



FRÜHE HILFEN – KEINER FÄLLT DURCHS NETZ

EIN KOOPERATIONSPROJEKT DES MINISTERIUMS FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT,
FRAUEN UND FAMILIE, DER SAARLÄNDISCHEN LANDKREISE UND DES REGIONAL-
VERBANDES SAARBRÜCKEN

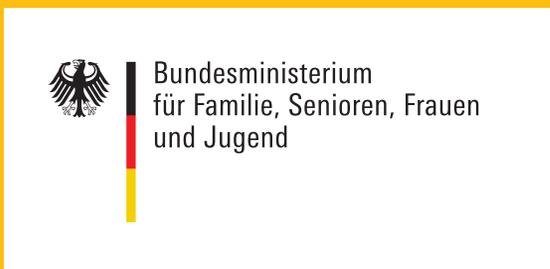
BILANZBERICHT

PROJEKTLAUFZEIT 2007 – 2011

INSTITUT FÜR PSYCHOSOMATISCHE KOOPERATIONSFORSCHUNG UND FAMILIEN-
THERAPIE DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS HEIDELBERG –
MANFRED CIERPKA, MARISA BENZ, DANIELA DOEGE UND MARIANA RUDOLF



Gefördert vom



Saarland

Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Frauen und Familie

Franz-Josef-Röder-Straße 23, 66119 Saarbrücken
presse@soziales.saarland.de
www.soziales.saarland.de

Saarbrücken 2013

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Projektdarstellung	5
2.1	Elternkurs <i>Das Baby verstehen</i>	7
2.2	Aufsuchende Unterstützung für Familien	10
2.2.1	Familienhebammen, SMA und SPFB im Projekt	11
2.2.2	Ausbildung von Hebammen zu Familienhebammen bzw. Kinderkrankenschwestern zu SPFB	12
2.2.3	Einschätzung familiärer Belastung	15
2.2.4	Vermittlung ans Projekt <i>Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz</i>	16
2.2.5	Inhalte der Hausbesuche der aufsuchenden Arbeit	17
2.2.6	Organisationstreffen und Supervision.....	19
2.2.7	Dokumentation der aufsuchenden Arbeit	20
2.2.8	Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Institutionen	21
2.3	Koordinierungsstellen	22
2.4	Das <i>Netzwerk für Eltern</i>	25
2.5	Wissenschaftliche Begleitung	26
2.6	Evaluationsstudie <i>Projekt frühe Intervention für Familien (PFIFF)</i>	28
3	Daten und Ergebnisse	32
3.1	Instrumente und Methoden der Prozessevaluation	32
3.1.1	Heidelberger Belastungsskala (<i>HBS</i>)	33
3.1.2	Einzelfalldokumentation	33
3.1.3	Familienfragebogenpaket.....	34
3.1.4	Dokumentationsbogen	35
3.1.5	Zufriedenheitsfragebogen	35
3.1.6	Dokumentationsbogen am Ende der Interventionen.....	36
3.2	Daten zu Vermittlung und Betreuung	36
3.2.1	Gesamtzahl der Projektbetreuungen im Rahmen der aufsuchenden Arbeit	36
3.2.2	Hausbesuche im Rahmen der aufsuchenden Arbeit.....	38
3.2.3	Tätigkeitsschwerpunkte der Familienhebammen.....	40

3.2.4	Vergleich der Tätigkeitsschwerpunkte von Familienhebammen und SMA.....	45
3.2.5	Herkunft der Projektanfragen insgesamt	48
3.2.6	Herkunft der Anfragen, die zu einer Betreuung durch eine aufsuchende Helferin führten	49
3.2.7	Herkunft der Anfragen, welche zu keiner Beauftragung führten.....	50
3.2.8	Anfragezeitpunkt	52
3.2.9	Weitervermittlung anstelle einer Betreuung durch eine Familienhebamme.....	54
3.2.10	Weitervermittlungen im Fallverlauf	57
3.2.11	Beendigungen.....	58
3.2.12	Weitervermittlung nach Ende der Betreuung	64
3.2.13	Kooperation von <i>Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz</i> und Jugendhilfe.....	70
3.2.14	Zufriedenheit der Familien mit der aufsuchenden Hilfe.....	74
3.2.15	Angaben zu Arbeitsbündnis und Kooperationen am Interventionsende.....	76
3.2.16	Einbeziehung der Väter in die aufsuchende Arbeit aus Hebammensicht...	79
3.3	Soziodemographische Daten	83
3.3.1	Rücklauf der Fragebogenpakete von Müttern und Vätern	83
3.3.2	Alter der betreuten Eltern	84
3.3.3	Nationalität der betreuten Eltern.....	87
3.3.4	Sprachkenntnisse der betreuten Eltern	89
3.3.5	Schulabschlüsse der im Projekt betreuten Eltern	91
3.3.6	Beschäftigungsstatus der betreuten Eltern	92
3.3.7	Familienstand der betreuten Eltern	94
3.3.8	Belastungsgrad der betreuten Familien.....	97
3.4	Ergebnisse der Evaluationsstudie <i>PFIFF</i>	103
3.4.1	Mütterliche Feinfühligkeit.....	103
3.4.2	Entwicklungsstand des Kindes	106
3.4.3	Mütterliche Belastung.....	108
3.4.4	Mütterliche postpartale depressive Symptomatik	111
3.4.5	Anmerkungen zu soziodemografischen Daten in <i>PFIFF</i>	113
4	Themenbezogene Analysen	115
4.1	Jugendliche Eltern	115
4.1.1	Teenagereltern als Zielgruppe der <i>Frühen Hilfen</i>	115

4.1.2	Anzahl der bei <i>Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz</i> betreuten Teenagereltern.....	116
4.1.3	Belastung der Teenagereltern bei <i>Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz</i>	119
4.1.4	Diskussion der Ergebnisse zu Teenagereltern	126
4.2	Alleinerziehende	127
4.2.1	Alleinerziehende als Zielgruppe der <i>Frühen Hilfen</i>	128
4.2.2	Unterschiede zwischen Alleinerziehenden und Elternpaaren	128
4.2.3	Diskussion der Ergebnisse zu Alleinerziehenden	130
4.3	Exkurs Migration.....	130
4.3.1	Familien mit Migrationshintergrund als Zielgruppe der <i>Frühen Hilfen</i>	131
4.3.2	Bedürfnisse von Familien mit Migrationshintergrund	132
4.3.3	Projektfamilien mit Migrationshintergrund.....	136
4.4	Exkurs zur Netzwerkarbeit	144
4.4.1	Zur Notwendigkeit von Netzwerken im Bereich der <i>Frühen Hilfen</i>	144
4.4.2	Die Arbeit im Netzwerk.....	148
4.4.3	Entstandene Netzwerkstrukturen im Saarland.....	150
5	Erfahrungen der Projektimplementierung.....	155
5.1	Aufsuchende Arbeit	155
5.1.1	Familienhebammen und Kinderkrankenschwestern als zentrale Berufsgruppen der aufsuchenden Arbeit.....	155
5.1.2	Arbeitsbelastung der aufsuchenden Helferinnen	156
5.1.3	Kooperation mit anderen Helfern einer Familie	156
5.2	Koordinierungsstellen	157
5.2.1	Zusammenarbeit von Jugend- und Gesundheitshilfe.....	157
5.2.2	Anforderungen an die KoordinatorInnen.....	158
5.2.3	Besetzung der Koordinierungsstellen durch MitarbeiterInnen des Allgemeinen Sozialen Dienstes	158
5.3	Präventionscharakter des Projekts und Kooperation mit der Jugendhilfe.....	159
5.4	Netzwerke.....	160
5.4.1	Gelingende Anbindung von Netzwerkpartnern	160
5.4.2	Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten.....	161
5.4.3	Zusammenarbeit mit freiberuflichen Hebammen	162

5.4.4	Zusammenarbeit mit Kliniken	162
5.4.5	Zusammenarbeit mit Fachschulen für Erziehung	163
5.5	Elternkurs <i>Das Baby verstehen</i>	163
5.5.1	Institutionelle Anbindung der Elternkurse	163
5.5.2	<i>Das Baby verstehen</i> in der aufsuchenden Arbeit.....	164
5.6	Forschungsbegleitung	165
6	Fazit.....	169
6.1	Zusammenfassung und Empfehlungen.....	169
6.2	Ausblick	176
7	Literatur	181
7.1	Literaturverweise aus dem Text.....	181
7.2	Auswahl von Veröffentlichungen, die im Rahmen der Projektzeit entstanden	185

1 Einleitung

Im Jahr 2007 wurde vom damaligen saarländischen Ministerium für Inneres, Familie, Frauen und Sport (heute: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie) in Zusammenarbeit mit allen saarländischen Landkreisen und dem Regionalverband Saarbrücken, dem damaligen Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz sowie dem Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie (im Folgenden kurz IPKF genannt) des Universitätsklinikums Heidelberg unter der Leitung von Prof. Dr. med. M. Cierpka das Projekt *Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz* beschlossen. Das bestehende *Landesprogramm Frühe Hilfen* wurde damit um ein entscheidendes Element erweitert.

Das Thema der *Frühen Hilfen* erlangte zu dieser Zeit mehr und mehr Bedeutung. Viele Erkenntnisse aus der Präventionsforschung, welche die besondere Bedeutung der frühen Kindheit für die emotionale, kognitive und soziale Entwicklung eines Menschen aufzeigten, wurden thematisiert. Parallel ereigneten sich erschreckende Fälle von Kindesmisshandlung, die von den Medien aufgegriffen wurden und die Frage in den Fokus der Aufmerksamkeit rückten, wie derart krisenhafte Zuspitzungen verhindert werden können.

Als erstes Bundesland reagierte das Saarland damals auf diese Veränderungen, indem es flächendeckende Maßnahmen einführte. Es griff die aktuellen Forschungsergebnisse auf, um der Situation umfassend begegnen zu können und bezog die gesamtgesellschaftlichen Veränderungen betreffend die Wahrnehmung der Rolle der Elternschaft mit ein. Ziel war es, allen Familien in der Zeit rund um die Geburt eines Kindes auf die individuellen Bedürfnisse der Familie zugeschnittene, frühzeitige, präventive und niederschwellige Unterstützung anzubieten. Im Rahmen von *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz* sollten Familien (vor allem belastete, aber auch generell alle Familien, welche Hilfe oder Beratung wünschten), öffentlich unterstützt werden.

Im Zuge des bundesweiten Ausbaus der *Frühen Hilfen* wurde 2007 auch das *Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)* gegründet. Es hat sich zum Ziel gesetzt, Angebote zur Förderung einer guten Entwicklung von Kindern zu stärken, und zwar durch den Ausbau multiprofessioneller Kooperationen und die Vernetzung der Hilfen aus Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe. So war auch die Begleitforschung *PFIFF (Projekt Frühe Interventionen für Familien)* eines der vom *NZFH* geförderten Modellprojekte (Eickhorst, 2008).

Ein wissenschaftlicher Beirat begleitet die konzeptionelle und organisatorische Entwicklung des NZFH und hat 2009 eine „Begriffsbestimmung Frühe Hilfen“ verabschiedet (NZFH/Wissenschaftlicher Beirat, 2009):

Frühe Hilfen

- sind lokale/regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren (Schwerpunkt: 0- bis 3-Jährige),
- zielen auf eine frühzeitige und nachhaltige Verbesserung der Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern,
- leisten neben praktischer Unterstützung im Alltag einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Eltern,
- beinhalten allgemeine und spezifische aufeinander abgestimmte Angebote und Maßnahmen im Sinne der Gesundheitsförderung für alle (werdenden) Eltern und ihre Kinder (universelle/primäre Prävention), darüber hinaus insbesondere für Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention),
- sorgen, falls eine Gefährdung des Kindeswohls durch die Hilfen allein nicht abgewendet werden kann, für die Einleitung weiterer Maßnahmen zum Schutz des Kindes,
- gründen sich auf multiprofessionelle Kooperation, beziehen aber auch bürgerschaftliches Engagement und die Stärkung sozialer Netzwerke von Familien ein.

Die Definition macht deutlich, dass sowohl primärpräventiven (universellen) als auch sekundärpräventiven Maßnahmen zum Kinderschutz eine hohe Bedeutung zugemessen wird (Cierpka, 2012). Das zeigte sich auch bei einer Befragung von Fachkräften in Jugend- und Gesundheitsämtern zu deren Begriffsverständnis und Umsetzung *Früher Hilfen*. Darin ergaben sich unterschiedliche Schwerpunktsetzungen der Institutionen und ein breites Angebot an präventiven Maßnahmen, wobei sekundärpräventive Angebote häufiger genannt wurden als primärpräventive (Sann & Landua, 2010).

Um zu einer unbeeinträchtigten Entwicklung von Kindern in allen Entwicklungsbereichen beitragen zu können (d. h. körperlich, sozial und emotional), sollten Belastungskonstellationen möglichst frühzeitig erkannt werden, um jeder Familie ein für ihre Lebensumstände passendes Unterstützungsangebot machen und negativen Entwicklungen vorbeugen zu können, bevor sich diese chronifizieren oder bereits gravierende Folgen nach sich ziehen. Dabei war

es ein Anliegen, mit dem Unterstützungsangebot der *Frühen Hilfen* im Saarland gerade auch diejenigen Familien anzusprechen, die von sich aus keine Präventions- und Interventionsangebote in Anspruch nehmen würden.

Mit dem Jahr 2011 endete auch der Projektstatus der *Frühen Hilfen* im Saarland. Hinter allen Beteiligten lagen zu diesem Zeitpunkt vier arbeitsintensive, in vielerlei Hinsicht lehrreiche und bereichernde, aus Projektsicht insbesondere aber auch äußerst erfolgreiche Jahre. Gelingen war die Implementierung von flächendeckenden, präventiven Unterstützungsangeboten für Familien sowie der Aufbau eines extensiven Netzwerkes aus VertreterInnen unterschiedlichster Institutionen und Berufsgruppen, die mit Familien rund um die Zeit von Schwangerschaft, Geburt und früher Kindheit in Verbindung stehen und das Ziel haben, diese gemeinsam bedarfsgerecht und bestmöglich zu unterstützen.

Die erfolgreiche Umsetzung des Projektgedankens und die Überführung der entstandenen Strukturen in eine Regelversorgung sind dem engagierten und fachkompetenten Einsatz einer großen Vielzahl an Personen und Institutionen zu verdanken.

Dies sind zum einen die zahlreichen Familienhebammen sowie die KoordinatorInnen, ohne die die Durchführung und Implementation des Präventionsprojektes sowie dessen Evaluation nicht möglich gewesen wäre. Durch ihre Kooperationsbereitschaft, ihren Einsatz und ihre Ideen und Anmerkungen trugen sie maßgeblich zum Erfolg des Projekts bei. Hohe und multiple Belastungen in Familien waren nicht selten eine Herausforderung für alle Beteiligten. Es galt stets, einen guten Ausgleich zwischen dem Aufbau einer persönlichen Beziehung zu den Familien und der gleichzeitigen Wahrung einer professionellen Distanz zu finden. Dabei spielte im Projektalltag die Gestaltung vielfältiger Beziehungsebenen eine Rolle, sei es zwischen Eltern und Kind, Familienhebammen und Eltern, KoordinatorInnen und Familienhebammen, zu Netzwerkpartnern, zur Koordination auf Landesebene und zur wissenschaftlichen Begleitung. Trotz aller Herausforderungen war es durch die engagierte Arbeit möglich, auch immer neue HelferInnen ins Boot zu holen und somit die geleistete Hilfe für belastete Familien auszubauen und zu optimieren. Zum anderen gilt unser Dank daher den NetzwerkpartnerInnen, die durch ihr Engagement in der gemeinsamen interdisziplinären Arbeit dazu beigetragen haben, dass den Familien sowie den direkt ins Projekt involvierten Beteiligten ein großer Ressourcenpool zur Verfügung gestellt werden konnte, der die erfolgreiche und vielseitige Arbeit möglich machte.

Auch die umfangreiche Dokumentation der geleisteten Arbeit von Seiten der aufsuchenden Helferinnen sowie der KoordinatorInnen stellte eine weitere Beanspruchung dar, die neben der eigentlichen Arbeit, die geleistet werden musste, die Ressourcen der Dokumentierenden

zusätzlich forderte. Ohne diesen Mehraufwand wäre es jedoch nicht möglich gewesen, den Verlauf und die Fortschritte der Projektarbeit detailliert zu verfolgen und am Ende Schlüsse darüber ziehen zu können, welche einzelnen Schritte schließlich zum Projekterfolg beigetragen haben und an welcher Stelle Verbesserungen vorgenommen werden können, um die Präventionsarbeit weiter zu verbessern.

Ein Anliegen des vorliegenden Berichtes ist es daher, die geleistete Arbeit zusammenzufassen und für vergleichbare Unterfangen in der Zukunft herauszustellen, welche Faktoren und Unternehmungen zum Aufbau und Erhalt der bis zum heutigen Zeitpunkt geschaffenen Strukturen beigetragen haben.

Gerne möchten wir an dieser Stelle auch den Familien danken, die freiwillig am Präventionsprojekt teilgenommen haben. Sie haben von dem Projekt profitiert, haben aber auch durch ihre Bereitschaft zur Kooperation maßgeblich zu den gewonnenen Erkenntnissen beigetragen.

In eigener Sache danken wir früheren MitarbeiterInnen des Projektteams von *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz* am Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, die in vielen Fällen über ihre eigentliche Arbeitszeit und Projektzugehörigkeit hinaus immer für Nachfragen bereit waren und das Projekt durch ihre engagierte Mitarbeit und ihre kreativen Ideen mitgeprägt haben.

2 Projektdarstellung

Ziel des Projekts war es, allen Familien in der Zeit rund um die Geburt eines Kindes auf ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnittene, frühzeitige, präventive und niederschwellige Unterstützung anzubieten.

Im Zeitraum rund um die Geburt steht eine überwiegende Mehrheit von Familien im Rahmen der medizinischen Vorsorge sowie der Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung im Kontakt mit Angeboten des Gesundheitssystems, Beratungsstellen oder Ämtern. Ein erstes Ziel des Projekts war es, dass *alle* (werdenden) Eltern an Nachsorgehebammen vermittelt werden, die sich nicht bereits aus eigener Initiative um Unterstützung durch eine Hebamme bemüht haben. Da jede Familie nach der Geburt eines Kindes das Anrecht auf eine Hebamme hat, wirkt eine Unterstützung, die durch diese geleistet wird, nicht stigmatisierend. Zudem haben Hebammen oft einen gewissen Vertrauensvorschuss von Seiten der Familien, was die Kontaktaufnahme deutlich erleichtert. Durch die Hebammenbetreuung bleibt ein Kontakt zu Familien auch nach der Geburt bestehen, sodass Eltern über Möglichkeiten einer eventuell sinnvollen oder notwendigen Unterstützung auch noch zu einem späteren Zeitpunkt informiert werden können und sich in diesem Zuge möglichst zu einer Annahme der Hilfe motivieren lassen.

Eine weitere Möglichkeit, mit Eltern auch nach der Zeit um Schwangerschaft und Geburt in Kontakt zu bleiben, wurde über die Gründung des Zentrums für Kindervorsorge in Homburg für ein verpflichtendes Einladungssystem zu den U-Untersuchungen geschaffen.

Ein Zugang zu belasteten Familien wird in einem dreischrittigen Vorgehen aufgebaut: Nach Möglichkeit wird bereits im Rahmen der Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung der Blick von Ärzten, Hebammen, Pflegepersonal oder BeraterInnen auch auf psychosoziale Belastungsfaktoren gelenkt, sodass Eltern bereits in diesem ganz frühen Zeitfenster an ein passendes Angebot der *Frühen Hilfen* vermittelt werden können. Allen Eltern soll präventiv der Kurs *Das Baby verstehen* zur Stärkung der elterlichen Sicherheit angeboten werden (*Schritt 1*). Für Familien mit besonderen Belastungen besteht die Möglichkeit, während des gesamten ersten Lebensjahres ihres Kindes Hausbesuche durch speziell ausgebildete, aufsuchende Helferinnen (im vorliegenden Projekt waren dies Familienhebammen mit den Grundberufen Hebamme oder Kinderkrankenschwester) zu erhalten. In ihrer Arbeit mit Familien legen diese ein besonderes Augenmerk auf die Kommunikation zwischen Eltern und Säuglingen und versuchen, die Eltern in ihren basalen elterlichen Kompetenzen zu fördern (*Schritt 2*).

Die aufsuchenden Helferinnen – Familienhebammen, Sozialmedizinische Assistentinnen (SMA) und Sozialpädiatrische Familienbegleiterinnen (SPFB)¹ – begleiten Familien in ihrem häuslichen Umfeld und Alltag und sind dadurch auch in der Lage, einen eventuellen Bedarf an weiteren Unterstützungsangeboten zu erkennen und Familien zu ermutigen, diese in Anspruch zu nehmen (*Schritt 3*).

Um innerhalb eines jeden Landkreises engmaschige Netzwerkstrukturen zwischen allen Berufsgruppen und Institutionen, die mit jungen Familien in Kontakt sind, noch weiter zu verbessern, wurden in allen regionalen Körperschaften (allen fünf Landkreisen des Saarlandes sowie dem Regionalverband Saarbrücken) Arbeitskreise mit dem Namen *Netzwerk für Eltern* etabliert. Ziel dieser Netzwerke ist die Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen VertreterInnen aller an der Prävention und Intervention in der frühen Kindheit beteiligten Institutionen sowie der Auf- und Ausbau von Kooperationsstrukturen zur bedarfsgerechten Vermittlung weiterführender und angemessener Interventionen und Angebote. Dieses Ineinandergreifen der vorhandenen Expertisen sowie das Vermeiden des Aufbaus von redundanten Parallelstrukturen werden als zentral für eine gelingende Zusammenarbeit zum Wohle der Familien angesehen.

Zur Koordinierung und Organisation der unterschiedlichen Projektbausteine wurde in jedem der fünf Landkreise des Saarlandes sowie im Regionalverband Saarbrücken eine Koordinierungsstelle für die *Frühen Hilfen* eingerichtet. Diese Stellen sind jeweils durch eine Kinderärztin und eine/einen SozialarbeiterIn oder SozialpädagogIn besetzt, die gemeinsam die Elternkurse, die aufsuchende Unterstützung durch das Projekt sowie das *Netzwerk für Eltern* koordinieren und so eine enge Zusammenarbeit der beiden großen Systeme Gesundheits- und Jugendhilfe gewährleisten, um den Zugang zu beiden Systemen zu erleichtern.

Eine ausführliche Beschreibung des Projekts ist auch dem Abschlussbericht 2007-2010 zu entnehmen. Aufgaben und Inhalte der einzelnen Projektbestandteile werden in den folgenden Unterkapiteln beschrieben.

¹ Anmerkung zur Sprachregelung: Zur besseren Lesbarkeit dieses Berichts wird der Begriff *Familienhebammen* teilweise synonym für die aufsuchenden Helferinnen allgemein verwendet. Soweit nicht explizit anders vermerkt, sind damit auch Sozialpädiatrische Familienbegleiterinnen und/oder Sozialmedizinische Assistentinnen gemeint. Die aufsuchenden Helferinnen im Projekt waren alle weiblich, daher wird die geschlechtsneutrale Form *HelferInnen* nur dann verwendet, wenn er sich nicht explizit auf die projektinterne Gruppe bezieht.

2.1 Elternkurs *Das Baby verstehen*

Die Idee sowie die Umsetzung und Entwicklung des Elternkurses *Das Baby verstehen* entstand bereits zu Beginn des vergangenen Jahrzehnts am Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie (IPKF) des Universitätsklinikums Heidelberg unter der Leitung von Prof. Dr. Manfred Cierpka in Kooperation mit der Karl Kübel Stiftung für Kind und Familie (Bensheim). Die Inhalte des Kurses basieren auf langjähriger Forschungstätigkeit sowie dem klinischen Wissen aus der hausinternen Sprechstunde des IPKF für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern.

Zunehmend zeichnete sich in der praktischen Erfahrung mit Eltern ab, dass viele gerade junge Familien mit der neuen Situation als Eltern überfordert sind und Unterstützung nötig hätten. Aufgrund der sich verändernden Familienstruktur, aber auch durch neue gesellschaftliche Anforderungen verursacht, gibt es heutzutage kaum noch Großfamilien, in denen junge Menschen frühzeitig Erfahrungen im Umgang mit Säuglingen und kleinen Kindern sammeln können. Oftmals fehlt ihnen darüber hinaus ein soziales Netzwerk, das sie in ihrer neuen Rolle unterstützt. Junge Eltern werden mit einer Vielzahl von Ansprüchen und (oftmals auch gegensätzlichen) Informationen über „richtige Elternschaft“ überfordert. Die so entstehende Verunsicherung kann die intuitiven, elterlichen Fähigkeiten, die alle Eltern in unterschiedlichem Ausmaß in Bezug auf den Umgang mit einem Säugling besitzen, überlagern, und auf diese Weise verhindern, dass Signale des Säuglings von den Eltern wahrgenommen und angemessen interpretiert werden.

Ziel des Elternkurses war und ist es daher, Paaren oder auch einzelnen Elternteilen ein präventives Angebot zur Vorbereitung auf die Zeit nach der Geburt und auf die Elternschaft zu machen, welches ihre intuitiven elterlichen Kompetenzen sowie ihr Vertrauen in diese stärkt und so zu einer verbesserten Eltern-Kind-Interaktion und damit langfristig auch zu einer besseren Eltern-Kind-Beziehung und höheren Bindungsqualität beiträgt.

In seiner Umsetzung ist der Kurs kurz, verhaltensnah und ressourcenorientiert. Vorgesehen ist die Durchführung in einer Gruppe von etwa 5-7 Elternpaaren an fünf Abenden. Angepasst an die Bedürfnisse der Kursteilnehmer kann von dieser Struktur jedoch abgewichen werden und der Kurs beispielsweise als Wochenendblockseminar oder in einer Gruppe für spezielle Zielgruppen wie Teenagereltern oder Alleinerziehende angeboten werden.

Schwerpunkt des Kurses ist es, die Eltern für die Signale ihrer Säuglinge zu sensibilisieren. Dafür werden unter anderem kurze Videoaufnahmen gezeigt, die Interaktionen von Müttern und Vätern mit ihren Kindern zeigen. Diese Videos, welche alle ausgebildeten Elternkurstrai-

ner auf einer DVD erhalten, wurden speziell für die Verwendung im Elternkurs mit Müttern und Vätern in der häuslichen Umgebung oder im Rahmen eines Elterngruppentreffens aufgenommen. Die Eltern wurden gebeten, sich „so mit ihrem Kind zu beschäftigen, wie sie es auch ohne Anwesenheit der Kamera tun würden“, um die Situation möglichst authentisch zu gestalten. Für die DVD wurden Videos ausgewählt, die eine breite Mischung unterschiedlicher Interaktionsbereitschaften der Kinder und unterschiedliche Formen und Abstimmungsgrade der Kommunikation zeigen. Anhand dieser Videosequenzen lernen die Eltern im Kurs diejenigen Signale kennen, die ihre Säuglinge im Hinblick auf eine Interaktionsbereitschaft geben. Daran anknüpfend werden Interpretationen und Reaktionsmöglichkeiten thematisiert. Da das Wahrnehmen und Interpretieren nonverbaler Ausdruckssignale eines Säuglings eine notwendige Voraussetzung für adäquates und promptes Reagieren seitens der Eltern ist, hilft das Anschauen und gemeinsame Sprechen über die Videoaufnahmen den Eltern, im Alltag die Signale des eigenen Kindes ebenfalls zu erkennen und darauf angemessen zu reagieren.

Eine häufig gestellte Frage im Zusammenhang mit der Videoarbeit ist, weshalb auf den Einsatz von Videoaufnahmen der teilnehmenden Eltern selbst verzichtet wird und stattdessen Fremdaufnahmen verwendet werden. Hierfür gibt es eine Reihe von Gründen. So kann es für die Eltern durchaus verunsichernd sein, das eigene Verhalten und mögliche ungünstige Interaktionen auf Video vor Augen geführt zu bekommen. BeraterInnen müssen nicht nur einer möglichen Beschämung der Eltern entgegenwirken, sondern auch bei der Formulierung eigener Rückmeldungen äußerst sensitiv vorgehen, um nicht den Selbstwert der Eltern oder deren Vertrauen in die eigenen Kompetenzen zu untergraben. In Gruppen, wie z. B. im Rahmen von Elternkursen, ist das Risiko noch höher, dass sich das im Fokus stehende Elternteil bloßgestellt fühlt. Ein solches, auf der Konfrontation mit dem eigenen Verhalten basierendes Vorgehen wäre außerdem aufgrund seiner Intensität eher im therapeutischen Bereich anzusiedeln und würde dem Ansatz der Niederschwelligkeit nicht gerecht. Eltern, die einen Elternkurs besuchen, sollten nicht dadurch abgeschreckt oder verängstigt werden, dass dort mit „eigenen“ Videos gearbeitet wird. Hinzu kommt, dass eine qualitativ hochwertige Ausbildung der KurstrainerInnen zur Arbeit mit Interaktionsaufnahmen äußerst zeitaufwändig und kostenintensiv ist, was wiederum ein günstiges Anbieten des Elternkurses verhindern würde.

Neben dem Hauptthemenbereich der Sensibilisierung für kindliche Signale werden im Elternkurs auch Selbstfürsorge und Herausforderungen in der Partnerschaft beim Übergang zur Elternschaft, die Zeit nach der Geburt, der Umgang mit Schreien und weitere relevante Themen behandelt.

In jedem der fünf Landkreise des Saarlandes sowie im Regionalverband Saarbrücken wurden zu Beginn des Projektes im Jahre 2007 jeweils zwischen 20 und 25 ElternkurstrainerInnen als MultiplikatorInnen ausgebildet. Diese wurden von den jeweiligen Landkreis-KoordinatorInnen unter verschiedenen Gesichtspunkten ausgewählt: die KurstrainerInnen sollten einer Berufsgruppe angehören, die mit Eltern und Familien rund um die Zeit von Schwangerschaft und Geburt in Verbindung stehen, um so einen möglichst leichten Zugang zu potentiellen Kursteilnehmern zu gewährleisten. Darüber hinaus sollten sie durch ihre berufliche Anbindung räumlich und zeitlich die Möglichkeit haben, niederschwellig Kurse anzubieten, beispielsweise in einer Hebammenpraxis, in einer Beratungsstelle oder in einer der Geburtskliniken. Man war um eine möglichst dezentrale Verteilung der KursanbieterInnen über den jeweils gesamten Landkreis bzw. Regionalverband Saarbrücken bemüht, um so eine gute Erreichbarkeit für alle in Frage kommenden Eltern zu gewährleisten.

Ausgebildet wurden die Elternkurstrainer von dafür qualifiziertem Personal der gemeinnützigen Focus Familie GmbH, welche seit 2004 deutschlandweit den Kurs *Das Baby verstehen* verbreitet. Die Ausbildung der saarländischen KursleiterInnen wurde vom zuständigen Ministerium im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts durch das IPKF finanziert. Als Gegenleistung für die kostenfreie Ausbildung zu KurstrainerInnen verpflichteten sich alle TeilnehmerInnen, mindestens einen Elternkurs im Rahmen des Projekts unbezahlt anzubieten.

In Absprache zwischen dem zuständigen Ministerium und den katholischen Familienbildungsstätten der Landkreise²/des Regionalverbands Saarbrücken wurde von diesen jeweils eine „Overhead-Funktion“ für die Organisation der Elternkurse übernommen, d. h. sie übernahmen die Bewerbung der Kurse sowie die organisatorische und finanzielle Abwicklung. Die Finanzierung der Kurse wurde zu einem Drittel vom Ministerium und zu zwei Dritteln von dem jeweiligen Landkreis/dem Regionalverband Saarbrücken getragen, sodass den Familien eine kostenfreie Teilnahme ermöglicht wurde.

Beginnend im Jahr 2008 wurde durch Flyer und Poster saarlandweit auf die Elternkurse aufmerksam gemacht (s. Anhang 1). Regional wurden sie (je nach Anbieter) in den Programmen der Familienbildungsstätten, über Zeitungsanzeigen oder im direkten Kontakt mit Familien beworben. Im Rahmen einer großen Anzahl an Projektvorstellungen und Schulungsveranstaltungen wurden die MitarbeiterInnen von Arztpraxen, Beratungsstellen und insbesondere das Arzt- und Pflegepersonal aller saarländischer Geburtskliniken gebeten,

² Mit Ausnahme von St. Wendel. Da dieser Landkreis keine eigene Familienbildungsstätte hat, erfolgte die Organisation hier durch die Landkreis-Koordinatorinnen.

alle Eltern, mit denen sie vor, während und nach der Geburt eines Kindes in Kontakt stehen, auf das Elternkursangebot hinzuweisen und sie nach Möglichkeit an einen stattfindenden Kurs oder an die Koordinierungsstelle des betreffenden Landkreises (zu Koordinierungsstellen siehe Abschnitt 0) zu vermitteln.

Die Möglichkeit der KursleiterInnen, die ursprüngliche Konzeption der Kursstruktur bei Bedarf in gewissem Ausmaß an die Gegebenheiten vor Ort anzupassen, wurde im Verlauf der Projektzeit von einer Reihe der AnbieterInnen rege und kreativ genutzt: So wurden beispielsweise die Kursinhalte in PEKiP-Kurse oder Schulungstermine für Pflegeeltern eingebunden. Weiterhin wurden einige Kurse hinsichtlich der Arbeitszeit und Räumlichkeiten im Rahmen der institutionellen Einbindung der KursleiterInnen abgehalten und daher nicht über das Projekt abgerechnet. Auf diese Weise konnten die Kursinhalte auch an einen relativ großen Personenkreis vermittelt werden.

Die Inhalte von *Das Baby verstehen* wurden nicht nur an Eltern vermittelt; ebenso wurden im Projektverlauf Möglichkeiten erarbeitet, diese Inhalte auch anderen Personenkreisen nahe zu bringen. Im Jahre 2011 z. B. führten MitarbeiterInnen des IPKF Fortbildungsveranstaltungen zum Thema *Das Baby verstehen* in allen saarländischen Fachschulen für Erziehung bzw. Sozialwesen durch und sensibilisierten damit auch angehende ErzieherInnen und SozialarbeiterInnen für die kindlichen Signale. In Planung ist außerdem eine Zusammenarbeit mit der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlands, um die dort in Ausbildung befindlichen SozialarbeiterInnen ebenfalls zu schulen. Auch ein regelmäßiges Angebot für Auszubildende in den Grundberufen Hebamme, KrankenpflegerIn und ArzthelferIn oder für angehende Pflegeeltern erscheint sinnvoll.

Die Elternkurse in ihrer klassischen Form wurden während der Projektzeit evaluiert. Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass die Zeit für den Kurs und die Arbeit mit den Eltern ausgedehnt werden sollte, um die gewünschten langfristigen Effekte bei den Familien zu erreichen (vgl. auch Abschnitt 5.5.1). Für die Zukunft sollten hier weitere Lösungen entwickelt werden.

2.2 Aufsuchende Unterstützung für Familien

Eines der Hauptziele des Projektes war es, allen Eltern ein auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Unterstützungsangebot machen zu können. Für viele Eltern kann der Elternkurs *Das Baby verstehen* genau diese Funktion erfüllen. Wie jedoch bei vielen anderen Kursangeboten, die in Form einer sogenannten *Komm-Struktur* stattfinden (das bedeutet, dass Eltern zum Angebot *kommen*, um dieses in Anspruch zu nehmen), handelt es sich auch bei *Das*

Baby verstehen mit seiner Komm-Struktur um eine Form der Unterstützung, die nur einen bestimmten Teil der Eltern anspricht. Ein Kursangebot fordert von Eltern ein relativ hohes Maß an Eigenmotivation und Selbstorganisation. Darüber hinaus setzt es voraus, dass Eltern bereits darüber nachgedacht haben, Hilfe in Anspruch nehmen zu wollen und dies auch können, und zwar in einem Kurs, der in Form von „Lerninhalten“ angeboten wird. Erfahrungsgemäß nehmen daher in erster Linie Familien des Mittelstandes an Elternkursen teil. Diese Familie fühlen sich zwar durchaus in vielen Belangen belastet, unterliegen jedoch selten zusätzlichen Belastungsfaktoren wie z. B. der Zugehörigkeit zu einer sozialen Randgruppe oder dem Vorhandensein großer finanzieller Probleme. Oft sind sie auch in der Lage, bestehende Belastungen selbst in den Griff zu bekommen.

Viele Eltern, besonders solche aus bildungsfernen Familien, aber auch besonders belastete Familien, sind häufig nicht in der Lage, ein Kursangebot für sich zu nutzen. Insbesondere dann, wenn Familien zusätzlichen Belastungen ausgesetzt sind, sei es finanzieller, gesundheitlicher oder sozialer Art, ist ein Elternkurs möglicherweise nicht die passende Unterstützungsform. Häufig sind Eltern dann mit ganz anderen, sehr basalen Fragen und Problemen beschäftigt, sodass ihnen ein unbeschwertes Sich-Einlassen auf die Signale des Kindes zunächst gar nicht möglich ist. In diesem Fall sind erst einmal andere Hilfen notwendig, um Familien dort zu unterstützen, wo Hilfe am dringendsten benötigt wird.

Ansätze, die einen Zugang zu belasteten Familien zu einem möglichst frühen Zeitpunkt im Leben eines Kindes ermöglichen, um diese individuell und gezielt zu unterstützen, waren jedoch bislang in Deutschland noch nicht in ausreichendem Maße vorhanden. Es erschien folglich notwendig, dafür neue Strukturen zu schaffen. So entstand der Gedanke einer präventiven, aufsuchenden Unterstützung für Familien. Damit sollte ein Angebot für all diejenigen Eltern geschaffen werden, für die der Besuch eines Elternkurses keine ausreichende und passende Unterstützung darstellt. Gleichzeitig sollte diese Hilfe freiwillig und niederschwelliger als Maßnahmen aus dem Spektrum der Jugendhilfe sein.

2.2.1 Familienhebammen, SMA und SPFB im Projekt

Es stellte sich die Frage, über welche Berufsgruppen am ehesten ein offener Zugang zur Zielgruppe der belasteten Familien geschaffen werden könnte. Familienhebammen erschienen insbesondere geeignet, eine solche aufsuchende Hilfe anzubieten. Familienhebammen im ursprünglichen Sinne sind Hebammen, die eine Qualifizierungsmaßnahme mit psychosozialen und entwicklungspsychologischen Inhalten durchlaufen haben (vgl. Abschnitt 2.2.2 zur Ausbildung von Hebammen zu Familienhebammen bzw. Kinderkrankenschwestern zu

SPFB). Da allen Familien im Umfeld von Schwangerschaft und Geburt im Rahmen der Regelversorgung Unterstützung durch eine Hebamme zusteht, ist davon auszugehen, dass Hausbesuche einer Familienhebamme nicht als Diskriminierung oder Übergriff wahrgenommen werden. Familienhebammen können durch die Projektfinanzierung Familien auch über die medizinische Nachsorge hinaus in allen psychosozialen Fragen unterstützen, und zwar je nach Bedarfslage während des gesamten ersten Lebensjahres des Kindes.

Im Verlauf der Projektzeit wurde die Gruppe der aufsuchenden Helferinnen um die Berufsgruppe der Kinderkrankenschwestern erweitert und in derselben Qualifikationsmaßnahme als „Familienhebammen“ ausgebildet. Damit standen auch medizinisch-krankenpflegerisch ausgebildete Fachkräfte für die aufsuchende Arbeit zur Verfügung. Unter den Bezeichnungen *Sozialmedizinische Assistentin (SMA)* oder *Sozialpädiatrische Familienbegleiterin (SPFB)* leisten auch diese Fachkräfte im Rahmen der *Frühen Hilfen* aufsuchende Arbeit in Familien. Mit diesen Helferinnen, die spezifische berufliche Fachkenntnisse verbunden mit einer berufsübergreifenden Zusatzausbildung aufweisen, können Familien mit unterschiedlichen Belastungskonstellationen noch passgenauer unterstützt werden. Wichtig ist dabei auch, dass Familien von SMA über die Dauer des ersten Lebensjahres des Kindes hinaus unterstützt werden können. Während Familienhebammen und SPFB als Honorarkräfte von den Landkreisen angestellt wurden, sind SMA festangestellte Mitarbeiterinnen der Gesundheitsämter. In dieser Eigenschaft ist es ihnen möglich, Familien sogar bis zum Ende des sechsten Lebensjahrs eines Kindes zu begleiten.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Projektbegleitung durch das IPKF wurde an der Schnittstelle zwischen den saarländischen Familienhebammen und den anderen beteiligten Akteuren im Saarland die „Koordinierungsstelle Familienhebammen“ eingerichtet. Diese wurde im damaligen Ministerium für Bildung, Familie, Frauen und Kultur angesiedelt und mit der Aufgabe betraut, den Kontakt und die Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen zu intensivieren und zu optimieren. Gleichzeitig war es Aufgabe dieser Stelle, Ansprechpartner für die Belange der Familienhebammen in ihrem neuen und daher teilweise ungewohnten Aufgabengebiet zu sein, Umsetzungsprobleme aufzugreifen, diese lösungsorientiert zu kommunizieren und ganz allgemein an der Weiterentwicklung des Projektes mitzuwirken.

2.2.2 Ausbildung von Hebammen zu Familienhebammen bzw. Kinderkrankenschwestern zu SPFB

Beginnend im Herbst 2007 wurden zunächst 27 Hebammen zur Familienhebamme fortgebildet. Zuvor waren alle im Saarland arbeitenden Hebammen angeschrieben und nach ihrem

Interesse an einer Projektmitarbeit angefragt worden. Alle interessierten Hebammen nahmen an dem insgesamt 160 Stunden umfassenden Curriculum teil, das über verschiedene Wochenenden hinweg stattfand. Das Curriculum wurde vom IPKF in Zusammenarbeit mit dem saarländischen Hebammenverband organisiert und erstellt. Inhaltlich orientierte es sich an den Curricula für Familienhebammen aus Hessen, mit einem besonders ressourcenorientierten und systemischen Schwerpunkt auf der Förderung von Kommunikation zwischen Eltern und Säuglingen. Hier sei insbesondere die Ausbildung der Familienhebammen in der aufsuchenden Variante des Elternkurses *Das Baby verstehen* erwähnt, die diese in die Lage versetzt, die Inhalte des Elternkurses auch im aufsuchenden Kontext zu vermitteln.

Aufgrund der großen Nachfrage nach aufsuchender Unterstützung in allen saarländischen Kreisen zeigte sich sehr bald ein Bedarf an zusätzlichen Familienhebammen. So wurde im Jahre 2009 ein zweiter Ausbildungsgang angeboten. Zu diesem zweiten Ausbildungsgang wurden neben Hebammen auch Kinderkrankenschwestern um ihre Bewerbung gebeten. In Einzelgesprächen wurden 15 Hebammen und 8 Kinderkrankenschwestern ausgewählt, die im Frühjahr 2009 zu Familienhebammen und SPFB fortgebildet wurden. Aufgrund der bis dahin gewonnenen Erfahrungen und in Anlehnung an das inzwischen entstehende „Kompetenzprofil Familienhebammen“ des *Nationalen Zentrums Frühe Hilfen* (NZFH, 2012) wurde der zweite Ausbildungsgang sowohl inhaltlich wie auch im Stundenumfang (auf insgesamt 200 Stunden) erweitert. Alle Inhalte der Ausbildung sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1: Inhalte der Fortbildung zur Familienhebamme/SPFB

-
- Einführung in die Ausbildung und ins Projekt *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz*
 - Inhalte und Schwierigkeiten in der Arbeit als FH/SPFB
 - Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Arbeit als FH/SPFB
 - Frühkindliche Entwicklung und Eltern-Kind-Kommunikation
 - Frühkindliche Entwicklung (Sozialpädiatrie)
 - *Das Baby verstehen* (aufsuchende Variante) - zweitägig
 - Grundlagen systemischer Beratung - zweitägig
 - Kooperation in den *Frühen Hilfen* – Rechtliches zum Kinderschutzbeauftragten/Rolle der Jugendämter
 - Kooperation in den *Frühen Hilfen* – Rolle der Gesundheitsämter/Kinderschutzkonzept GH/U-Untersuchungen
 - Kindeswohlgefährdung (Alarmzeichen; Möglichkeiten; Kontakt zum JA)
 - Kommunikation in Stresssituationen
 - Besonderheiten in der Arbeit mit anderen Kulturen
 - Suchtverhalten
 - Prävention von häuslicher Gewalt
 - Regulationsstörungen
 - Überblick über psychische Störungen
 - Die Bedeutung mütterlicher psychischer Auffälligkeiten nach der Geburt
 - Die Rolle der Väter in den *Frühen Hilfen*
 - Schwanger in schwierigen Lebenssituationen
 - Nähe und Distanz im helfenden Kontakt
 - Ressourcenmanagement, Dokumentation und Konzepterstellung - zweitägig
 - Praxisinfos aus dem Projekt *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz*
-

Beide Ausbildungsgänge wurden in ihrer Gesamtheit durch die *Friedrich Naumann-Stiftung für die Freiheit* finanziert. Aufgrund der Kostenfreiheit für die Teilnehmerinnen konnten Interessierte in ausreichender Zahl gewonnen werden, die sich im Gegenzug für die kostenfreie Ausbildung zu einer mindestens zweijährigen Mitarbeit im Projekt verpflichteten.

Den Teilnehmerinnen des ersten Ausbildungsganges wurden Fortbildungsblöcke mit Themen angeboten, die im ersten Curriculum noch nicht vorkamen. So konnten sie ihr Wissen erweitern und auf dem aktuellsten Stand halten. Auch im weiteren Projektverlauf erhielten alle aufsuchenden Helferinnen innerhalb des Projekts regelmäßige Fortbildungsangebote (für eine Aufstellung der angebotenen Fortbildungen siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Angebotene Fortbildungen für die Familienhebammen im Laufe der Projektlaufzeit

26.10.2008	Familienhebammentätigkeit als Balance-akt zwischen Schutz des Kindeswohls und Schweigepflicht	Frau Schönecker, Dt. Institut f. Jugendhilfe und Familienrecht e. V., Heidelberg, und Herr Möllene, Leiter des Amtes für Jugend und Familie, Fulda
31.10.2009	Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und anderen Drogen	Dr. R. Münzer, Ltd. Oberarzt der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, Pfalzkrankenhaus, Klingenmünster
05.12.2009	Arbeit mit dem Konzept „Das Baby verstehen“ in der aufsuchenden Arbeit	Frau Dipl. Psych. K. Scholtes, Frau Dr. Dipl. Psych. C. Wölfer, IPKF Heidelberg
29.05.2010	Regulationsstörungen	Frau Dr. M. Jotzo, Dipl.-Psych., Darmstadt
13.11.2010	Interkulturelle Kompetenz, kultursensible Betreuung von Familien	Frau Jaque-Rodney, Familienhebamme
26.11.2011	Deeskalation in Familien	Andreas Hänsel, Kriseninterventionszentrum München

2.2.3 Einschätzung familiärer Belastung

Es war ein besonderes Anliegen, den Familien, die an das Projekt vermittelt wurden, eine genau für ihre Bedürfnisse passende Unterstützung anzubieten. Voraussetzung dafür ist, dass die Belastungen von Familien erkannt und in ihrem Ausmaß eingeschätzt werden. Nur so können Risiken für Kind und Familie genau und frühzeitig identifiziert werden. Ein solches professionelles Erkennen und eine effektive Einschätzung der Belastung durch geeignete Fachkräfte (z. B. Krankenschwestern, Hebammen, Gynäkologen) ist eine Voraussetzung für darauf folgende bedarfsgerechte Unterstützungsangebote. Um dieses zu gewährleisten, wurde am IPKF im Vorfeld ein Instrument zur Einschätzung der individuellen Belastung einer Familie entwickelt (*Heidelberger Belastungsskala (HBS)*, einzusehen in Anhang 2) und eine einheitliche Vorgehensweise zur Vermittlung von Familien erarbeitet.

Einer möglichst differenzierten und validen Operationalisierung aller relevanten Merkmalsbereiche stand bei der Entwicklung der Skala eine möglichst einfache und ökonomische Handhabung in der alltäglichen Routine gegenüber – eine Routine, in der sehr vielfältige Kooperationen ganz unterschiedlicher Berufsgruppen und Institutionen (Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal, Hebammen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen usw.) stattfinden. Mit der Heidelberger Belastungsskala wurde ein Instrument entwickelt, das im Sinne einer ersten Einschätzung die quantifizierbare Erfassung von Belastungsfaktoren innerhalb eines familiären Beziehungssystems unterstützen soll. In einem zweiten Schritt sollen Hinweise auf die jeweils angemessenen Interventionsmaßnahmen gegeben werden.

Die *HBS* erfasst vier Belastungsbereiche: persönliche Belastungen des Kindes (z. B. Behinderung, schwieriges Temperament), persönliche Belastungen der Eltern/familiäre Belastungen (z. B. ungewollte Schwangerschaft, chronische Familienkonflikte), soziale Belastungen (z. B. fehlende Unterstützung) und materielle Belastungen (z. B. Arbeitslosigkeit), wobei alle Einschätzungen auch zu einem Gesamtwert zusammengefasst werden sollen, der jedoch nicht den Mittelwert der einzelnen Belastungsskalen ergeben muss. Damit darf auch ein gewisser intuitiver Anteil an der Einschätzung beteiligt sein, der dazu führen soll, dass der Gesamtwert auch bei einem unklaren Bild aus den Einzelwerten eine Entscheidung zum Hilfsangebot (d. h. ein Skalenwert über einer Schwelle) darstellen kann. Die Belastungsbewertung einer Familie erfolgt auf jeder der insgesamt fünf Dimensionen mit Punktwerten zwischen 0 und 100.

Die individuelle Risikobestimmung muss immer auch das Vorhandensein potentiell kompensatorischer Schutzfaktoren berücksichtigen. So können beispielsweise trotz deutlicher materieller Belastung die psychosoziale Integration und die familiäre Unterstützung gut ausgeprägt sein.

Liegt nun eine Familie über dem vorgegebenen Schwellenwert von 40 Punkten, so bedeutet dies, dass die belasteten gegenüber den nicht belasteten Bereichen überwiegen und unbedingt empfohlen wird, den betroffenen Familien eine passende Hilfe zukommen zu lassen.

Das Üben der Handhabung der Skala mittels Fallbeispielen ist Voraussetzung für deren praktischen Einsatz. Die *HBS* wurde daher von den MitarbeiterInnen am IPKF in speziellen Schulungen saarlandweit in allen Geburts- und Kinderkliniken sowie in Netzwerktreffen anhand von Fallvignetten vermittelt. Eine genauere Beschreibung der Skala sowie ihrer Anwendung und Gütekriterien sind u. a. in entsprechenden Veröffentlichungen zu finden (Eickhorst, Stasch & Sidor, 2012; Sidor, Eickhorst, Stasch & Cierpka, 2012). Angaben zu den Belastungswerten der im Projekt aufsuchend betreuten Familien sind in Kapitel 3.3.8 zum Belastungsgrad der betreuten Familien zu finden.

2.2.4 Vermittlung ans Projekt *Frühe Hilfen* - Keiner fällt durchs Netz

Wie bereits beschrieben, handelt es sich bei den *Frühen Hilfen* um eine präventive Form der Unterstützung, d. h. ein Angebot an Familien, das diese annehmen oder ablehnen können. Wird bei einer Familie ein Unterstützungsbedarf erkannt, ist daher das Einverständnis der Familie in jedem Fall erforderlich. Alle saarländischen Kliniken sowie alle Institutionen der *Netzwerke für Eltern* erhielten daher Kopiervorlagen für Einverständniserklärungen, die von den Familien einzuholen waren (siehe Anhang 3, auch in verschiedenen Fremdsprachen

erhältlich). Um eine Familie für die Teilnahme am Projekt zu motivieren, sollte eine Person, die mit der Familie bereits in Kontakt steht und schon eine gewisse Vertrauensbasis aufgebaut hat, diese im Falle des Vorliegens von Belastungen ressourcenorientiert und wertschätzend auf ihre spezifische Situation ansprechen und über die Möglichkeiten einer freiwilligen und kostenfreien Unterstützung durch die *Frühen Hilfen* informieren. Informationsmaterialien über das Projekt wurden vom zuständigen Ministerium in Kooperation mit dem IPKF, den Landkreisen und dem Regionalverband Saarbrücken in Form von Projektflyern und Informationsschriften zur Verfügung gestellt (siehe Anhänge 4a und b).

Geben die Eltern ihr schriftliches Einverständnis, so können die persönlichen Daten der Familie für eine Weitervermittlung an eine passende Unterstützungsform an die Koordinierungsstelle des betreffenden Landkreises bzw. des Regionalverbands Saarbrücken weitergegeben werden. Die Koordinierungsstellen sind angehalten, vermittelnden Institutionen und somit auch den Familien möglichst zeitnah Rückmeldung darüber zu geben, ob eine Vermittlung der Familie stattgefunden hat, und wenn ja, in welcher Form.

Ist eine Familie zunächst nicht mit der Weitergabe ihrer Informationen einverstanden und/oder möchte keine Unterstützung durch die *Frühen Hilfen* in Anspruch nehmen, ist diese Entscheidung anzuerkennen. Es bleibt die Möglichkeit, wertfrei die persönliche Sorge auszudrücken und z. B. durch die eigene Wahrnehmung der Situation zu begründen. Bedenken der Familie gegenüber einer Projektteilnahme sollten ernst genommen und können gemeinsam reflektiert werden. Im Falle einer Kindeswohlgefährdung (und nur in diesem Fall) ist eine Kontaktaufnahme und Meldung an das Jugendamt notwendig. Liegt jedoch keine akute Kindeswohlgefährdung vor, muss auch eine ablehnende Entscheidung der Familie akzeptiert werden.

Genauere Angaben zu den Vermittlungswegen von Familien im Projekt *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz* im Saarland finden sich in den Abschnitten 3.2.5 (Herkunft der Projektanfragen) und 3.2.6 (Herkunft der Anfragen, die zu einer Betreuung durch eine aufsuchende Helferin führten). Informationen zur Kooperation zwischen dem Projekt und der Jugendhilfe sind in Abschnitt 3.2.13 dargestellt.

2.2.5 Inhalte der Hausbesuche der aufsuchenden Arbeit

Das Hauptziel des Projekts besteht darin, Kinder in ihrer Entwicklung zu fördern, um ihnen (auch unter belasteten Umständen) ein möglichst gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. In diesem Zuge ist die Arbeit mit den Eltern der wichtigste Faktor, da diese für die Belange ihres Kindes verantwortlich sind und dessen Entwicklung maßgeblich prägen.

Die familienzentrierte Prävention geht dementsprechend von der Annahme aus, dass Veränderungen, die bei den Eltern und der gesamten Familie ansetzen, entsprechend zu Veränderungen bei den Kindern führen (vgl. Cierpka, 2012). Gefördert werden soll vor allem die elterliche Feinfühligkeit: sind Eltern in der Lage, auf die Signale des Kindes feinfühlig, prompt und angemessen zu reagieren, so fördert dies die Eltern-Kind-Beziehung in den ersten Lebensjahren und damit langfristig auch die Bindungsfähigkeit des Kindes und legt damit einen Grundstein für die weitere positive Entwicklung. Erreicht werden soll dies im Projekt in der Arbeit mit multipel belasteten Familien vor allen Dingen durch die Anwendung der Inhalte und Methoden von *Das Baby verstehen* in der aufsuchenden Variante, wie bereits in den Abschnitten 2.1 zum Elternkurs und 2.2.2 zur Aus- und Weiterbildung der Familienhebammen dargelegt.

In der aufsuchenden Arbeit soll unbedingt versucht werden, die Väter explizit in die Fördermaßnahmen mit einzubeziehen, da deren Wohlbefinden, Motivation und Engagement oftmals ein bedeutender Faktor für die allgemeine Situation der Familie ist und die stützende Funktion der Väter in der Familie und auf das Kind bezogen oft unterschätzt wird (Lamb, 2010).

Die Effektivität der Maßnahme soll dadurch gesteigert werden, dass im Rahmen der Hausbesuche nicht allein auf die Eltern-Kind-Interaktion sowie Aspekte der Versorgung des Kindes geachtet wird, sondern die Familien zusätzliche Unterstützung bei verschiedenen Problemen bekommen, die für sie eine Belastung darstellen und somit auch die gesamte Befindlichkeit und dadurch ebenso die Beziehung zum Kind und die Fähigkeit, auf eigene Ressourcen zurückgreifen zu können, beeinflussen (z. B. Probleme in der Partnerschaft, im sozialen Umfeld oder auch gesundheitliche Schwierigkeiten).

Die Wissenschaftler Ramey und Ramey (1993) beispielsweise haben ein Rahmenprogramm für die Prävention im psychosozial schwierigen Umfeld erarbeitet: Demnach sind Hausbesuchsprogramme dann effektiv, wenn sie das Spektrum der von ihnen benannten acht Bereiche der Unterstützung umfassen:

1. Unterstützung bezüglich der Sicherstellung des für das Überleben wichtiger Bereiche (Unterkunft, Nahrung, Einkünfte, Sicherheit und Transportmöglichkeiten)
2. Vermittlung von Werten und Zielen für die Familie auch in Hinblick auf Schulbesuch und Arbeitsplatz
3. Schaffung eines Gefühls für die physische, sozial-emotionale und finanzielle Sicherheit für Eltern und Kind
4. Sicherstellung physischer und psychischer Gesundheit

5. Verbesserung der sozialen Interaktionen zwischen den Familienmitgliedern, den Peers und den Nachbarn
6. Steigerung des Selbstwertgefühls
7. Förderung sozialer Kompetenzen, Kommunikationsfertigkeiten und der Motivation für Schulerfolg
8. Training basaler intellektueller Fähigkeiten

Das vom Projekt vorgesehene Themenspektrum, das in der Arbeit mit Familien abgedeckt werden sollte, umfasst alle diese acht Bereiche. Ein komplettes Abdecken dieser doch sehr unterschiedlichen und umfassenden Bereiche kann von den Familienhebammen selbstverständlich nicht in jedem Fall ohne weitere Unterstützung geleistet werden, weshalb sie für eine erfolgreiche Arbeit auf Kooperationen angewiesen sind. Die Familienhebammen, welche die Familien in ihrem häuslichen Umfeld und Alltag begleiten und unterstützen, erhalten im Laufe ihrer Arbeit einen genaueren Einblick in den Alltag und die möglichen Problemlagen der Familien, weshalb sie bestehende Belastungen erkennen und dementsprechend an weitere Hilfen und Unterstützungsangebote vermitteln können. Durch die Tatsache, dass sie den Umgang der Familie mit Problemen über einen gewissen Zeitraum hinweg beobachten können, sind sie in der Lage, die Bewältigungsfähigkeit der betreuten Familien besser einzuschätzen und gegebenenfalls weitere Hilfe anzuregen. Durch ihre intensivere Beziehung zur Familie können sie in diesem Fall äußerst wichtige Motivationsarbeit leisten, indem sie Angst und Schamgefühle vor der Inanspruchnahme weiterer Hilfen abbauen.

2.2.6 Organisationstreffen und Supervision

Um den Hilfebedarf einer Familie im professionellen Team zu klären, finden in allen Landkreisen und im Regionalverband Saarbrücken zweiwöchentlich Organisationstreffen sowie regelmäßige Fallbesprechungen zwischen den Familienhebammen und den KoordinatorInnen des jeweiligen Landkreises statt. In diesen Treffen wird unter anderem thematisiert, in welchen Bereichen eine bestimmte Familie (zusätzliche) Unterstützung benötigt, in welcher Form diese geleistet werden kann und welche Stellen möglicherweise hinzugezogen werden können. Daneben ist eine fortlaufende Auftragsklärung in der direkten Zusammenarbeit mit der betreffenden Familie unerlässlicher Teil einer professionellen, aufsuchenden Unterstützung im Projekt *Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz* und kann zudem die Motivation auf Seiten der Familien erhöhen, weiter im Projekt zu verbleiben, indem ihr Gefühl der Mitbestimmung über die eigene Situation gesteigert wird.

Neben der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs einer Familie ist für eine Familienhebamme im Rahmen ihrer Tätigkeit das Einschätzen der eigenen Möglichkeiten, aber auch der eigenen Grenzen eine ebenso wichtige wie herausfordernde Aufgabe, um die Arbeit professionell handhaben zu können. Um die Qualität der aufsuchenden Arbeit sowie auch das Wohlergehen der aufsuchenden Helferinnen zu sichern, wurden zur Reflektion dieser und ähnlicher Themen über den gesamten Projektzeitraum regelmäßige Supervisionssitzungen durch MitarbeiterInnen des IPKF angeboten (siehe Abschnitt 2.5: Wissenschaftliche Begleitung). Die Inanspruchnahme der Supervision war verpflichtend für alle aufsuchenden Helferinnen im Projekt. Alle im Projekt betreuten Familien gaben mittels der *Einverständniserklärung für die Supervision* (siehe Anhang 5) ihre Zustimmung, dass die aufsuchenden Helferinnen im Rahmen der Supervision anonym Informationen über die Familie berichten sowie personenbezogene Daten für die Organisation und Vermittlung der Unterstützung an die ProjektkoordinatorInnen weitergeben dürfen.

2.2.7 Dokumentation der aufsuchenden Arbeit

Ein wichtiger Teil der Aufgaben von Familienhebammen, SPFB und SMA, aber auch der KoordinatorInnen, besteht in der Dokumentation der aufsuchenden Arbeit und weiterer Tätigkeiten sowie dem regelmäßigen Austausch mit weiteren an der Betreuung einer Familie beteiligten Stellen (beispielsweise dem Kinderarzt oder dem Jugendamt) – im Projekt auch als *nicht-klientenbezogene Arbeit* bezeichnet. Diese Tätigkeiten sind sowohl in Bezug auf ihre Wichtigkeit als auch im Hinblick auf den damit verbundene Arbeits- und Zeitaufwand nicht zu unterschätzen.

Eine qualitativ hochwertige Betreuung von Familien setzt eine regelmäßige und stringente Dokumentation, sowohl auf Seiten der aufsuchenden Helferinnen selbst, als auch auf Seiten der beauftragenden Stelle – in diesem Fall der Koordinierungsstelle – voraus. Ein guter Austausch der notwendigen, den Fall und das Vorgehen betreffenden Informationen sowie klare Absprachen zur weiteren Fallbetreuung sind unerlässlich, um Familien passgenaue Unterstützung anbieten zu können. Daneben ist nicht zuletzt die rechtliche Absicherung der Helferinnen selbst ein weiteres Argument für eine lückenlose Dokumentation.

Die wissenschaftliche Begleitung war über die gesamte Projektzeit hinweg fester Bestandteil von *Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz* (siehe auch Abschnitt 2.5: Wissenschaftliche Begleitung). Eine Unterstützung der Dokumentationsfähigkeit der Familienhebammen war daher für alle MitarbeiterInnen fester Bestandteil der Projektarbeit.

Aufgabe der Familienhebammen war es, neben der Dokumentation der eigenen Arbeit, die KoordinatorInnen durch einen regelmäßigen Informationsaustausch bei der Erstellung der sogenannten *Einzelfalldokumentation* zu unterstützen. Darin werden weitere Daten zu Aspekten der Fallanfrage, dem -verlauf und schließlich der -beendigung gesammelt. Darüber hinaus informierten die aufsuchenden Helferinnen die betreuten Familien über die Begleitforschung und holten bei Bedarf deren schriftliches Einverständnis zur Datenerhebung ein (siehe auch Kapitel 3.1: Instrumente und Methoden der Prozessevaluation).

2.2.8 Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Institutionen

Wie bereits weiter oben angeführt, sind Familienhebammen in aller Regel nicht die einzigen Personen, die Familien in der frühen Zeit mit einem Kind unterstützen. Jedoch sind es in Verbindung mit ihrer aufsuchenden Arbeit oftmals die Familienhebammen, welche in der Lage sind, einen Kontakt mit weiteren Hilfen anzubahnen. In vielen Fällen haben die im Projekt betreuten Familien jedoch bereits Kontakt zu Angeboten der Regelversorgung wie beispielsweise Gynäkologen oder Kinderärzten.

Eine wichtige Aufgabe der aufsuchenden Helferinnen besteht, wie bereits angeführt, darin, Familien dabei zu unterstützen, notwendige Kontakte zum Hilfesystem einzugehen und aufrecht zu erhalten. In diese Kategorie fallen beispielsweise die Wahrnehmung der U-Untersuchungen, Vereinbarung oder Einhaltung wichtiger Termine (z. B. bei Ärzten, Beratungsstellen oder Ämtern) oder die Umsetzung der mit anderen Helfern thematisierten Maßnahmen (z. B. Frühförderung, Krankengymnastik, Arbeitssuche etc.). In diesem Kontext muss jedoch herausgestellt werden, dass die Familienhebammen den Familien nicht ihre Schwierigkeiten oder die Verantwortung für das Aktivwerden abnehmen sollen (z. B. indem sie Arzttermine für die Familie vereinbaren oder die Haushaltsführung erledigen). Allenfalls in Einzelsituationen kann dies punktuell sinnvoll sein. Vielmehr sollen sie die Familien im Rahmen der zeitbegrenzten Unterstützung in die Lage versetzen, zukünftige Schwierigkeiten alleine zu meistern bzw. sich innerhalb des Systems selbständig Hilfe zu organisieren. Eine Familienhebamme muss die Einflussmöglichkeiten und Grenzen ihrer Arbeit gut einschätzen können, um zu erkennen, wann es angebracht ist, die Familie bedarfsspezifisch an andere Unterstützungsangebote zu übermitteln.

Der andere Teil der Vernetzungsarbeit besteht für die Familienhebammen in der regelmäßigen Absprache mit anderen in die Betreuung der Familien involvierten HelferInnen. So kann beispielsweise eine gleichzeitige Betreuung durch das Projekt in Form der Familienhebamme und einer aufsuchenden Familienhilfe sehr sinnvoll für Familien sein. Der regelmäßige

Austausch zwischen den in die Arbeit einbezogenen Gruppen erfordert und ermöglicht eine klare Aufgabenteilung der HelferInnen, entzerrt für jeden Einzelnen die Arbeit und erweitert gleichzeitig den Rahmen für zusätzliche Arbeitsbereiche – dies kann allerdings nur funktionieren, wenn es klare Absprachen zwischen den Helfenden gibt, die von allen Seiten auch eingehalten werden.

Finden diese Absprachen nicht statt oder werden von einer oder beiden Seiten nicht eingehalten, kann dies zum einen zu einer großen Verwirrung auf Seiten der Familien und schlimmstenfalls zu einem Betreuungsabbruch führen sowie dem negativen Gefühl der Familie, dass Unterstützung von außen unter Umständen mehr schadet als hilft.

Frustration, Ärger und Entfremdung in der Zusammenarbeit verschiedener Hilfsangebote sind weitere mögliche Resultate fehlender oder unklarer Absprachen und erschweren die zukünftige Zusammenarbeit. Um entsprechende Aufgabenteilungen oder Absprachen treffen zu können, ist ein ausreichendes Zeitkontingent für diese Art der Arbeit unabdingbar. Dieses Thema wird häufig insbesondere in der Kooperation zwischen aufsuchenden Hilfen und anderen Helfern des Gesundheitssystems offenbar. Da sowohl die Hebammen als auch die Kinderkrankenschwestern aus der Gesundheitshilfe kommen, sprechen sie dieselbe Sprache und verfügen in diesem Bereich über einen besonders großen Wissensschatz, der unterschiedlich in die betreuende Arbeit mit einfließt. Um Spannungen zwischen den Beteiligten aufgrund von möglicherweise gegenläufigen Empfehlungen zu vermeiden, sollten klare Absprachen über Intentionen und Maßnahmen in der Arbeit mit den Familien abgesprochen werden.

Um die Schweigepflicht einzuhalten und die beteiligten Helfer und Helferinnen abzusichern wurde im Projekt eine Einverständniserklärung für Eltern zur Verfügung gestellt, die es den Familienhebammen erlaubt, für Absprachen mit weiteren Unterstützungsanbietern bei Bedarf notwendige Informationen der Familie weiterzugeben (siehe Anhang 6).

2.3 Koordinierungsstellen

Um ein effektives Ineinandergreifen verschiedener Unterstützungsmöglichkeiten gewährleisten zu können und die Arbeit zum Wohle der betreffenden Kinder und deren Familien professionell und organisiert umzusetzen, ist eine Koordinierungsstelle, bei der „die Fäden zusammenlaufen“, unabdingbar. Die jeweiligen Koordinierungsstellen der Landkreise und des Regionalverbandes Saarbrücken bilden das Herzstück des Projektes. Anders als in den weiteren Projektstandorten in Hessen oder Baden-Württemberg sollten diese im Saarland mit jeweils zwei KoordinatorInnen aus unterschiedlichen Systemen besetzt sein – einem/einer

SozialarbeiterIn oder SozialpädagogIn aus der Jugendhilfe und einer Kinderärztin des Gesundheitsamtes. Es sollte sich überdies bei den jeweiligen KoordinatorInnen um Personen handeln, die bereits einen guten Überblick über die bestehenden Netzwerkstrukturen in ihrem Landkreis haben und daher in der Lage sind, das Netzwerk zu koordinieren, die Netzwerkteilnehmer zu motivieren und Problemlagen in der Zusammenarbeit zu lösen.

Im direkten Vergleich der Koordinierungsstellen und ihrer inhaltlichen wie auch formalen Ausgestaltung war von Beginn an der Einfluss der individuellen Arbeitsweise der einzelnen verantwortlichen Personen wie auch die Unterschiedlichkeit der verschiedenen Landkreise hinsichtlich strukturellem Vorgehen, der Art der Arbeitsabläufe sowie der unterschiedlichen Bedarfslagen vor Ort deutlich erkennbar (vergleiche auch Abschnitt 5.2 zu Koordinierungsstellen).

Von Beginn an war für die KoordinatorInnen jeweils ein Stellenumfang von 50 % angedacht, der aus dem Etat der Jugendhilfe bzw. des Gesundheitsamtes sowie des jeweiligen Landkreises finanziert wurde. Die Aufgaben, welche den Koordinierungsstellen übertragen wurden, waren vielfältig und zentral für eine erfolgreiche Umsetzung des Projektes.

Zu Beginn, aber auch während des gesamten Verlaufs des Projekts bestand eine der Hauptaufgaben der KoordinatorInnen im Aufbau und der Erhaltung des Netzwerkes. In Zusammenarbeit mit den MitarbeiterInnen des IPKF wurde das Projekt allen relevanten Berufsgruppen und Institutionen vorgestellt und es wurden Absprachen über genaue Abläufe getroffen: Kooperationen mussten aufgebaut, erhalten und dynamisch angepasst werden, um relevante Personen für ein gelingendes und umfassendes Netzwerk in die Arbeit mit einzu beziehen und sicher zu stellen, dass alle Beteiligten in der gemeinsamen Arbeit angemessen berücksichtigt wurden. Darüber hinaus war es Aufgabe der KoordinatorInnen, in ihrem jeweiligen Landkreis das *Netzwerk für Eltern* zu gründen bzw. bereits bestehende Arbeitskreise entsprechend zu erweitern oder neu zu fokussieren. Die KoordinatorInnen übernahmen in diesem Rahmen die regelmäßige Organisation, Moderation und Einladung zu den Netzwerktreffen. Je nach Schwerpunktsetzung der einzelnen Koordinierungsstellen organisierten sie zudem Projektaufaktveranstaltungen, Fortbildungsveranstaltungen, Koordinierungstreffen mit den Elternkursanbietern des jeweiligen Landkreises oder erweiterten das Angebot für Eltern beispielsweise um Eltern-Kind-Cafés und ähnliche Angebote.

Vor allem aber haben die KoordinatorInnen eine zentrale Position bei der Vermittlung von Anfragen und der Koordinierung der aufsuchenden Arbeit. Stimmt eine Familie der Weitergabe ihrer Informationen zu, kontaktiert die vermittelnde Person die Koordinierungsstelle telefonisch oder mit Hilfe des Fax-Anfragebogens (siehe Anhang 7). Darüber hinaus können

sich Familien selbst auch direkt an die Koordinierungsstelle wenden und Unterstützungsbedarf anmelden.

Wann immer eine Anfrage für eine bestimmte Familie die Koordinierungsstelle erreicht, ist es Aufgabe der KoordinatorInnen, abzuwägen und zu prüfen, welche Art von Unterstützung in diesem Falle passend ist, um anschließend eine dementsprechende Vermittlung der Familie in die Wege zu leiten. Diese Vermittlung kann entweder an ein existierendes Angebot im Rahmen des Netzwerks erfolgen (beispielsweise an eine Beratungsstelle, die Frühförderung, therapeutische Hilfe für ein oder beide Elternteile, eine Betreuungseinrichtung oder auch das Jugendamt) oder es erfolgt eine direkte Vermittlung an ein Projektangebot, d. h. an einen Elternkurs oder an eine Betreuung durch eine Familienhebamme, SMA oder SPFB. Im Falle einer angedachten Betreuung erfolgt eine Beauftragung der aufsuchenden Helferin durch die Koordinierungsstelle (Beispiel für einen Beauftragungsbogen siehe Anhang 8). Im Verlauf einer aufsuchenden Betreuung sorgen die KoordinatorInnen für engmaschige Absprachen mit den aufsuchenden Helferinnen im Rahmen der regelmäßigen Fallbesprechungen sowie der 14-tägigen Organisationstreffen, bei denen beide KoordinatorInnen, alle Familienhebammen, SMA und SPFB des Landkreises sowie der/die zuständige LandkreisbetreuerIn des IPKF anwesend sind.

Die KoordinatorInnen dokumentieren alle Anfragen sowie alle aufsuchenden Projektbetreuungen inklusive Betreuungsbeginn, -verlauf und -abschluss. Diese Dokumentation ist unerlässlich sowohl für die Erfüllung der allgemeinen Dokumentationspflicht als auch für die Qualitätssicherung der Projektarbeit und die wissenschaftliche Begleitforschung durch das IPKF. Die vom IPKF zur Verfügung gestellten Fragebögen zur Einzelfalldokumentation sind in Anhang 9 einzusehen.

Ebenso wie für die Familienhebammen bestand auch für die KoordinatorInnen ein regelmäßiges Supervisionsangebot durch eine Diplom-Psychologin des IPKF sowie eine Reihe an weiteren Fortbildungsangeboten, um sie in der Arbeit im Rahmen der *Frühen Hilfen* umfassend zu unterstützen und Überlastungen durch die aufsuchende Arbeit bei durchaus problematischer Klientel rechtzeitig abwenden zu können (siehe Tabelle 3 für eine Aufstellung aller angebotenen Fortbildungen).

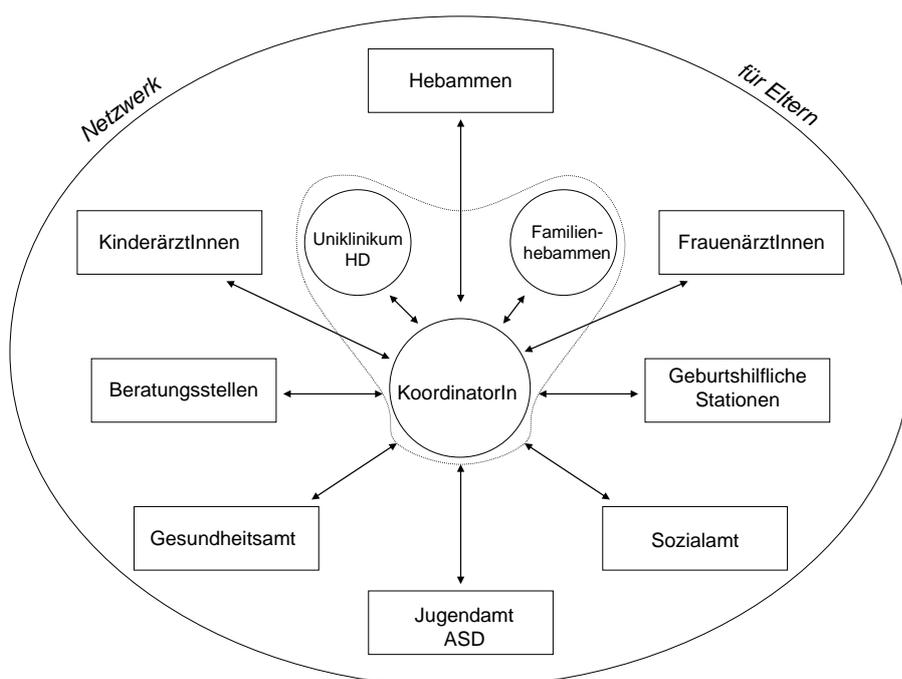
Tabelle 3: Angebotene Fortbildungen für die KoordinatorInnen im Laufe der Projektlaufzeit

Oktober 2008	Kinderschutz contra Datenschutz?	Frau Schönecker, Dt. Institut f. Jugendhilfe und Familienrecht e. V., Heidelberg, und Herr Fischer, Jugendamt Ostalbkreis
26.02.2010	Koordination und Moderation von Netzwerken	Frau Dr. F. Ehlers, Organisationsberaterin (Heidelberg)
02.12.2011	Arbeiten im Netzwerk	Frau Dr. M. Jotzo, Dipl.-Psych. (Darmstadt)

Einmal pro Quartal lud das zuständige Ministerium die KoordinatorInnen aller Landkreise sowie VertreterInnen der Familienhebammen, der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e. V. (LAGS, beauftragt mit der Abrechnung der Familienhebammentätigkeit), des Gesundheitsministeriums, des IPKF und der landesweiten Koordinierungsstelle für Familienhebammen zu einem gemeinsamen Treffen ein, um aktuelle Projektthemen zu besprechen.

2.4 Das Netzwerk für Eltern

Um innerhalb eines jeden Landkreises engmaschige Netzwerkstrukturen zwischen allen Berufsgruppen und Institutionen, die mit jungen Familien in Kontakt sind, noch weiter zu verbessern, wurden in allen Kreisen Netzwerke mit dem Namen *Netzwerk für Eltern* etabliert. Eine schematische Darstellung ist in Abbildung 1 zu sehen.

**Abbildung 1: Arbeitskreise Netzwerk für Eltern**

Die Netzwerkteilnehmer aller Landkreise treffen sich regelmäßig (in der Mehrheit der Fälle vierteljährlich) und widmen sich der Optimierung von Vermittlungs- und Kooperationsstrukturen der Präventions- und Interventionsmaßnahmen. Auch ein gegenseitiges Kennenlernen der verschiedenen Institutionen untereinander ist Element der Netzwerktreffen, um von der gegenseitigen Expertise profitieren zu können und das Netzwerk aktiv zu halten. Regelmäßig wurden Vorträge gehalten, die an dieser Stelle nicht alle einzeln aufgeführt werden können. Oft stellten Institutionen sich vor, oder MitarbeiterInnen der wissenschaftlichen Begleitung referierten Projektergebnisse oder hielten Vorträge zu bestimmten Themen wie z. B. die Belastungseinschätzung in Familien, kindliche Regulation oder Bindung. Im Laufe der Projektzeit haben die *Netzwerke für Eltern* überdies in mehreren Landkreisen zur Entstehung zusätzlicher Angebote und Strukturen beigetragen, wie beispielsweise Eltern-Kind-Cafés oder der Möglichkeit anonymer Fallbesprechungen im Rahmen interdisziplinärer Arbeitskreise. Nähere Angaben zu den Netzwerken der einzelnen Landkreise sowie Erfahrungen und Empfehlungen zur Netzwerkarbeit finden sich unter Abschnitt 4.3.3.

2.5 Wissenschaftliche Begleitung

Die konzeptionelle Entwicklung des Projekts *Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz* erfolgte am IPKF des Universitätsklinikums Heidelberg. Vor diesem Hintergrund wurden dem IPKF vom zuständigen Ministerium die wissenschaftliche Begleitung sowie die fachliche Unterstützung der Landkreise und des Regionalverbandes Saarbrücken bei der Umsetzung der Projektinhalte übertragen.

Um eine optimale Implementierung der Projektstrukturen zu sichern, wurde im Rahmen dieser wissenschaftlichen Begleitung eine Prozessevaluation durchgeführt. Diese umfasste die Datenerhebung, -auswertung und -präsentation der durchgeführten Projektarbeit in allen Projektphasen. Hierfür wurden die Beteiligten des *Netzwerk für Eltern*, die KoordinatorInnen und aufsuchenden Helferinnen der Projektstandorte unter anderem zu Arbeitsinhalten, Kooperationsstrukturen, Anregungen und Kritik an der Projektorganisation im laufenden Prozess befragt und daraufhin notwendige Anpassungen und Änderungen durchgeführt. Darüber hinaus gingen in die Prozessevaluation verschiedene soziodemographische Informationen der betreuten Familien, Angaben zu deren psychischer Verfassung und weitere organisatorische Daten ein (im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem Nationalen Zentrum *Frühe Hilfen* wurde zusätzlich, um die Wirksamkeit des Projekts *Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz* wissenschaftlich zu untersuchen, eine groß angelegte Studie zur Ergebnisevaluation durchgeführt: das *Projekt frühe Interventionen für Familien (PFIFF)*). Eine genaue Beschreibung der *PFIFF*-Wirksamkeitsstudie ist im folgenden Kapitel 2.6 zu finden.

Zu den Aufgaben der fachlichen Unterstützung seitens des IPKF gehörten die Organisation der Ausbildungen zur Erreichung der Qualifikation *Familienhebamme* sowie die Vorbereitung, Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen und Schulungen für Projektbeteiligte und Netzwerkpartner. Die Entwicklung sowie fortlaufende Aktualisierung und Optimierung wissenschaftlich anwendbarer sowie praxisorientierter Materialien war ebenso ein wichtiger Bestandteil der Projektarbeit wie die Unterstützung der durchzuführenden Dokumentationsarbeit. Weiter gehörten die Forschungsbegleitung, die Gestaltung von Postern und Erstellung von Artikeln zur Information der Fachöffentlichkeit über die Projektarbeit sowie die Verfassung regelmäßiger Berichte für Projektpartner und Auftraggeber zu den Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung.

Darüber hinaus wurde jedem einzelnen Landkreis und dem Regionalverband Saarbrücken ein/eine PsychologIn des IPKF als LandkreisbetreuerIn zur Unterstützung bei der Implementierung und später der Verstetigung des Projekts an die Seite gestellt. Die Aufgaben dieser LandkreisbetreuerInnen umfassten unter anderem die Supervision der Familienhebammen, SPFB und SMA sowie die Unterstützung der KoordinatorInnen bei der Organisation von Netzwerktreffen oder bei Fragen bezüglich der Dokumentation und Auswertung der gesammelten Daten. Ein großer Bereich der Unterstützung der KoordinatorInnen betraf die Netzwerkarbeit. Unter diesen Aspekt fielen Aufgaben wie die allgemeine Begleitung und Stärkung der Netzwerkarbeit, die Initiierung der Vernetzung mit bislang im Netzwerk fehlenden Institutionen und Berufsgruppen, Motivationsarbeit bei der Vernetzung mit bislang schwer zugänglichen Berufsgruppen und Institutionen, die Teilnahme an und Vorbereitung von Projekttreffen und -aktionen auf lokaler und übergeordneter Ebene (z. B. KoordinatorInnentreffen, Lenkungsgruppe oder Treffen mit anderen Projekten der *Frühen Hilfen*) sowie die Optimierung der inhaltlichen und strukturellen Gestaltung der Netzwerkarbeit. Auf Wunsch erhielten die Koordinierungsstellen auch Unterstützung bei der Vorbereitung und Moderation von Gesprächen mit Vertretern aus dem Jugendhilfe- und Gesundheitssektor oder anderen Institutionen sowie eine vertiefte Begleitung und Hilfe für einzelne Betreuungsfälle und Anfragen. Darüber hinaus wurden gemeinsam idealtypische Vermittlungswege ins Projekt sowie ein Vorgehen für Krisenfälle erarbeitet. Ein Überblick des Aufgabenspektrums des IPKF im Rahmen des Projektes wird durch Abbildung 2 veranschaulicht.

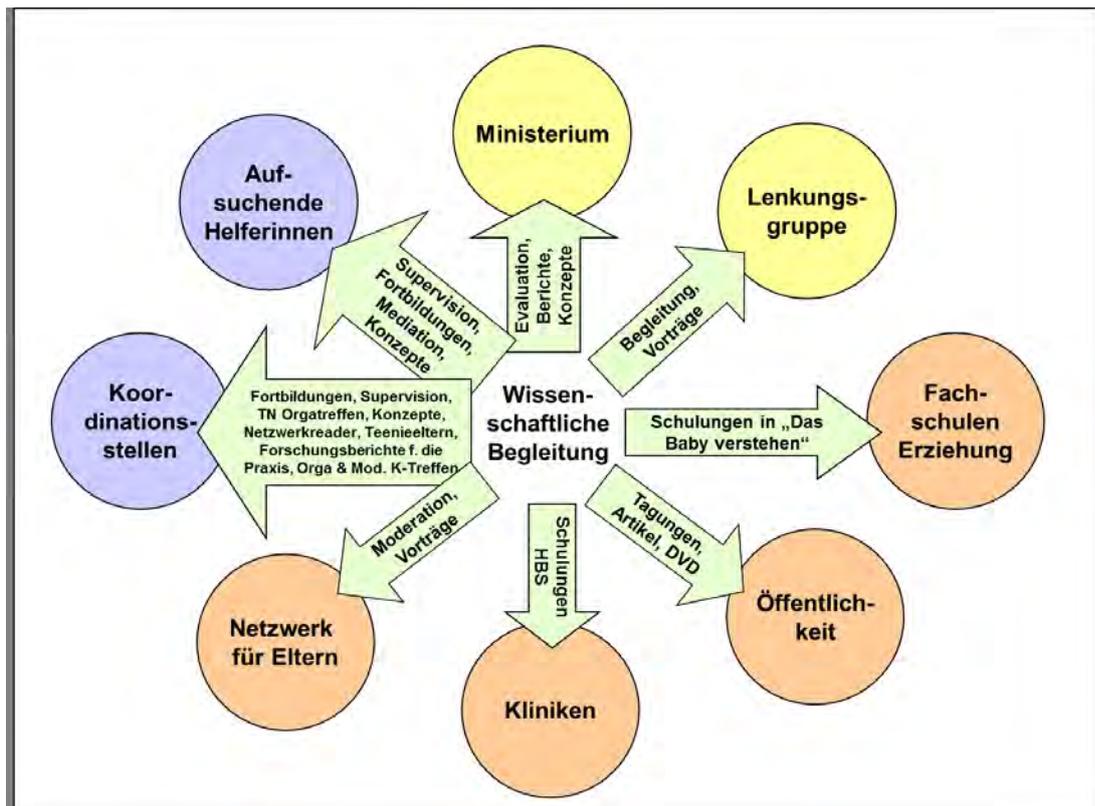


Abbildung 2: Schematische Darstellung der Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung

In der Wahrnehmung der genannten Aufgaben wurden die MitarbeiterInnen des IPKF von der landesweiten Koordinierungsstelle Familienhebammen (siehe auch 2.2.1 zu *Familienhebammen*, SMA und SPFB im Projekt) sowie der Stabsstelle im zuständigen Ministerium unterstützt.

2.6 Evaluationsstudie *Projekt frühe Intervention für Familien (PFIFF)*

Das *Projekt Frühe Interventionen für Familien (PFIFF)* wurde als eines von bundesweit zehn Modellprojekten im Rahmen des Nationalen Zentrums für *Frühe Hilfen* gefördert und durchgeführt. Mit *PFIFF* sollte untersucht werden, welche Effekte die aufsuchende Unterstützung durch *Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz* zeigt, d. h. ob Familien, die durch das Projekt begleitet wurden, positivere Entwicklungen zeigen als solche, die nicht in das *Projekt Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz* eingebunden waren. Im Rahmen der Wirksamkeitsüberprüfung wurden die Effekte des aufsuchenden Interventionsangebots in drei Bereichen über-

prüft: Effekte bezogen auf die Eltern, Effekte bezogen auf die Kinder selbst sowie die Eltern-Kind-Interaktion.³

Für die großangelegte Studie wurden Familien, die eine aufsuchende Unterstützung durch das Projekt erhielten (Familien, die in den Projektstandorten leben) mit Familien ohne Intervention (die außerhalb der Projektstandorte leben) verglichen. Es handelt sich dabei um eine quasi-experimentelle Studie, d. h. um eine kontrollierte Studie unter naturalistischen Bedingungen, bei der die Zuweisung zu Interventions- und Kontrollgruppe nicht zufällig erfolgt. Dies ist zwar ein Nachteil unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten, da eine zufällige Zuweisung der Gruppen systematische verzerrende Effekte hätte ausschließen können, jedoch war eine wichtige Intention des Projekts, allen belasteten Familien der Projektlandkreise effektive Unterstützung zukommen zu lassen, weshalb es nicht vertretbar gewesen wäre, bestimmten Familien aus studientechnischen Gründen die Teilnahme zu verweigern. Die Evaluation im Rahmen von *PFIFF* fand zu vier Messzeitpunkten statt: wenige Wochen nach der Geburt, im Alter von sechs Monaten, sowie im Alter von ein und zwei Jahren des Kindes.

An der Studie nahmen 150 Familien teil, die in einem der Projektlandkreise aufsuchende Unterstützung erhielten (Interventionsgruppe) und 152 Familien, die zwar ähnlich belastet waren wie die Interventionsfamilien, jedoch in einem Landkreis ohne *Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz* lebten und auch keine vergleichbare *Frühe Hilfen*-Unterstützung durch ein anderes Projekt erhielten (Kontrollgruppe). Einige der Familien, welche Bestandteil der Interventionsgruppe waren, stammten aus dem Saarland. Um projektbetreute Familien für die Teilnahme an der Studie zu gewinnen, waren betreuende Familienhebammen, SPFB und SMA angehalten, die Rekrutierung im Rahmen der *PFIFF*-Studie bestmöglich zu unterstützen und wurden vom jeweiligen Landkreisbetreuer des IPKF instruiert, die von Ihnen betreuten Familien diesbezüglich anzusprechen, zu informieren und möglichst zur Teilnahme an der Evaluationsstudie zu motivieren. Die *PFIFF*-Mitarbeiter stellten Informationsmaterialien zur Weitergabe an die Familien zur Verfügung, um die potentiellen Teilnehmer über die Notwendigkeit der Studie zu informieren. Um den Anreiz zur Teilnahme an der Studie zu erhöhen sowie die Familien für ihren Aufwand (mehrere Hausbesuche, Videoaufnahmen sowie die Bearbeitung umfangreicher Fragebögen) zu entlohnen, gab es für absolvierte Termine eine Aufwandsentschädigung. Die Teilnahme an der *PFIFF*-Studie war für die betreuten Familien der Interventionsgruppe freiwillig und hatte keinerlei Auswirkungen auf ihre Unterstützung durch das Projekt. Die Einwilligung der Familie zur Studienteilnahme wurde durch eine unterzeichnete Fax-Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme mit anschließender Wei-

³ MitarbeiterInnen bei *PFIFF* (in alphabetischer Reihenfolge): Cristina Fischer, Elisabeth Kunz, Daniel Schweyer, Anna Sidor (Leiterin der Arbeitsgruppe), Vanessa Sieler

terleitung an die *PFIFF*-Studie festgehalten. Interventions- und Kontrollgruppe unterschieden sich nicht im Ablauf der Studie.

Da es sich in einigen Projekt-Landkreisen als schwierig erwies, betreute Familien in die Begleitforschung einzubinden, wurden von *PFIFF* zusätzliche Informationsveranstaltungen für die betreuenden Familienhebammen durchgeführt, um diese mit der Begleitforschung vertrauter zu machen sowie bezüglich der Probandenrekrutierung zu beraten und zu schulen. Zur Rekrutierung der Kontrollgruppe wurden verschiedene Institutionen (außerhalb der Projektgebiete von *Keiner fällt durchs Netz* wie z. B. in Rheinland-Pfalz) angesprochen, die mit Schwangeren und Müttern mit Neugeborenen in Kontakt standen, darunter Kliniken mit Geburtsstationen, Jugendämter, Gesundheitsämter, Schwangerschaftsberatungsstellen, „Jobcenter“ der Arbeitsämter, der Berufsverband der Frauenärzte e. V. und Hebammenpraxen. Die MitarbeiterInnen all dieser Einrichtungen wurden, wie in den Projektlandkreisen, in der Erkennung von belasteten Familien geschult und gebeten, potentiell für die Studie in Frage kommende Familien eine Kurzinformation zur Evaluationsstudie mit Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme vorzulegen. Sobald den kooperierenden Institutionen oder Familienhebammen per Fax die Einverständniserklärung einer Familie zugeht, wurde die Adresse der Familie an MitarbeiterInnen der *PFIFF*-Studie weitergeleitet und von diesen versucht, Kontakt aufzunehmen.

Folgende Bereiche wurden für die Evaluation durch *PFIFF* erfasst:

- *Mütterliche Feinfühligkeit*: Nach einer Definition von Ainsworth, Blehar, Waters und Wall (1978) bedeutet feinfühliges mütterliches Verhalten, dass die Mutter aufmerksam gegenüber den Signalen ihres Babys ist, die Signale richtig interpretiert und auf diese prompt und angemessen reagiert. Um feinfühliges Verhalten in der *PFIFF*-Studie zu erheben, wurde der sogenannte *CARE-Index* (Crittenden, 2005) eingesetzt. Der *CARE-Index* ist eine Beobachtungsmethode, mittels derer die Qualität der Interaktion zwischen einem Erwachsenen (meist der Mutter) und einem Kind beurteilt werden kann. Das Verfahren basiert auf Videoaufzeichnungen von 3-minütigen Spiel-Interaktionen zwischen Kind und Bezugsperson unter stressfreien Bedingungen. Die Videoaufnahmen wurden von geschulten studentischen MitarbeiterInnen bei den Hausbesuchen zur Datenerhebung in den Familien aufgezeichnet und anschließend von MitarbeiterInnen der *PFIFF*-Studie ausgewertet, die speziell in der Kodierform des *CARE-Index* ausgebildet waren.
- *Entwicklungsstand des Kindes*: Der Entwicklungsstand der Kinder wurde mit dem *Ages & Stages Questionnaire (ASQ)* (Squires et al., 1999) erhoben. Dieser zielt darauf ab, die kindliche Entwicklung über die Spanne der ersten fünf Lebensjahre (ab dem 2. Lebensmonat bis zum 60. Lebensmonat) zu erfassen. Die Bögen des *ASQ* fragen altersspezifi-

sche Entwicklungsschritte und Fertigkeiten eines Kindes ab, zu denen die Eltern jeweils angeben, wie häufig das Kind die gefragten Verhaltensweisen ausführt (Antwortmöglichkeiten: „ja“, „manchmal“ und „noch nicht“.) Folgende Entwicklungsbereiche werden erfasst: Kommunikation, Grobmotorik, Feinmotorik, Problemlösungskompetenzen sowie soziale Entwicklung. Wissenschaftliche Untersuchungen dieser Fragebögen haben gezeigt, dass Eltern in vergleichbar gutem Maße in der Lage sind, die Bögen zu bearbeiten wie PsychologInnen, weshalb die Ergebnisse trotz subjektiver Angaben der Eltern als aussagekräftig einzustufen sind.

- *Postpartal-depressive Symptomatik der Mütter:* Die postpartal-depressive Symptomatik der Mütter wurde mit einem Selbstauskunfts-Screening-Instrument, der *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* (Cox et al., 1987; deutsche Fassung: Bergant et al., 1998) erfasst, wobei die Befindlichkeit der Mutter in mehreren Aspekten erfragt wurde.
- *Mütterliche Belastungsfaktoren:* Zur Erfassung der mütterlichen Belastung wurde die Kurzform der deutschen Version des standardisierten Elternfragebogens *PSI-SF* (Parental Stress Index Shortform; Abidin, 1995) verwendet, wobei die Angaben ebenfalls mittels Selbstauskunft abgegeben wurden.
- *Belastungssituation und soziodemografische Daten:* Die allgemeine Belastung der Familien wurde mit Hilfe der *Heidelberger Belastungsskala (HBS)* erhoben (siehe auch Abschnitt 2.2.3 zur Einschätzung familiärer Belastung und Anhang 2). Für die Familien der Interventionsgruppe wurden diese Belastungseinschätzungen durch die Familienhebammen vorgenommen, während für die Familien der Kontrollgruppe die *HBS* von geschulten studentischen MitarbeiterInnen ausgefüllt wurde. Alle Familien erhielten zur Erfassung der soziodemografischen Daten ein Fragebogenpaket, das auch im regulären Fragebogenpaket von *Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz* enthalten war und somit auch von Projektfamilien bearbeitet wurde, die nicht an der Evaluationsstudie teilnahmen (Version des Fragebogens siehe Anhang 10).

Zum Zeitpunkt der Berichterstellung liegen die Ergebnisse der ersten drei *PFIFF*-Untersuchungszeitpunkte vor (d. h. Ergebnisse der Erhebungen zum Zeitpunkt kurz nach der Geburt der Kinder, sowie im Alter von sechs Monaten und einem Jahr). Ein Einblick in diese Evaluationsergebnisse ist unter Abschnitt 3.4 zu finden.

3 Daten und Ergebnisse

Über eine ausführliche Beschreibung der Projektstruktur und der Umsetzung hinaus soll der vorliegende Bericht die geleistete Arbeit und Erkenntnisse der Evaluation auch anhand von Zahlen verdeutlichen. Mit diesen soll dargelegt werden, welche Projektentscheidungen zu dessen Erfolg geführt haben und welche weiteren Optimierungen darüber hinaus noch angestrebt werden sollten.

In Kapitel 3.1 werden die verwendeten Fragebögen und Dokumente vorgestellt. Danach folgt in Kapitel 3.2 eine statistische Aufstellung der im Projekt geleisteten Arbeit. Kapitel 3.3 wertet die Daten der durch das Projekt unterstützen Familien soziodemografisch aus. Erste Ergebnisse der *PFIFF*-Evaluationsstudie finden sich unter 3.4.

3.1 Instrumente und Methoden der Prozessevaluation

Die vorliegenden statistischen Auswertungen der Prozessevaluation beziehen sich auf den Erhebungszeitraum von Anfang 2008 bis zum 31. Dezember 2011. In die Statistik gingen alle Daten ein, die dem IPKF über den oben genannten Zeitraum vorlagen. Mögliche Abweichungen der hier vorliegenden Zahlen von der tatsächlich geleisteten Arbeit können aufgrund unvollständiger Dokumentation nicht ausgeschlossen werden. Insbesondere die Daten für 2008 (alle Landkreise betreffend) und das erste Halbjahr 2009 (vor allem Saarlouis betreffend) weisen große Lücken auf. Dies hängt zum einen mit Anfangsschwierigkeiten bei der Dokumentation sowie personellen Engpässen bei den für die Daten zuständigen KoordinatorInnen zusammen. Zum anderen wurden im Verlauf des Projekts die Erhebungsinstrumente mehrfach optimiert und angepasst, um die Erfahrungen und Wünsche aller am Projekt Beteiligten einzubringen. Die Folge ist daher, dass nicht zu allen Fragestellungen und über den gesamten Projektzeitraum Daten erhoben werden konnten (z. B. die Dokumentation der Hausbesuche betreffend oder die Einzelfalldokumentation der KoordinatorInnen), da Fragestellungen wie erwähnt zum Teil modifiziert wurden oder erst später hinzukamen. Jedoch kam auch bei später in die Evaluation integrierten Erhebungsinstrumenten eine ausreichend große Fallzahl zu Stande, so dass relevante Aussagen, wenn auch nicht für den gesamten Projektzeitraum, aus dem analysierten Datenmaterial gezogen werden können.

Alle nachfolgenden Daten und Auswertungen basieren auf der Dokumentation der KoordinatorInnen und aufsuchenden Helferinnen oder auf Angaben der betreuten Familien. Die verwendeten Instrumente wurden vom IPKF entwickelt bzw. ausgewählt und zur Verfügung gestellt. Auch ist das IPKF für die in diesem Bericht vorliegenden Berechnungen verantwortlich.

Um den für die Forschungsbegleitung zusätzlichen Dokumentationsaufwand möglichst gering zu halten, wurde bei der Materialerstellung darauf geachtet, dass die Instrumente sowohl für die ohnehin erforderliche Falldokumentation als auch für die wissenschaftliche Begleitung nutzbar sind. Instrumente, die lediglich für die wissenschaftliche Begleitung relevant waren, wurden möglichst zeiteffizient einsetzbar gestaltet (Multiple-Choice-Fragebogen).

Über den gesamten Projektzeitraum wurden keinerlei personenbezogene Daten an das IPKF weitergegeben. Dies war notwendig, um im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung den Datenschutz der betreuten Familien zu wahren. Für jede im Projekt betreute Familie wurde auf Seiten der Familienhebammen bzw. KoordinatorInnen systematisch ein Code vergeben und auf allen Dokumenten verwendet, die an das IPKF weitergegeben wurden. Eine Zuordnung der Codes zu personenbezogenen Daten war einzig und allein den KoordinatorInnen und den jeweils betreuenden aufsuchenden Helferinnen möglich (dieser Vorgang wird im Folgenden als Pseudonymisierung bezeichnet).

Für die wissenschaftliche Begleitung der aufsuchenden Arbeit im Projekt *Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz* waren verschiedene Instrumente fortlaufend im Einsatz, welche im folgenden Abschnitt näher erläutert werden.

3.1.1 Heidelberger Belastungsskala (HBS)

Einige vermittelnde Institutionen und Personen verwendeten die *HBS* für die Belastungseinschätzung von Familien, konnten diese Fragebögen jedoch, selbst wenn sie vorhanden waren, aufgrund der saarländischen Datenschutzgesetze nicht an die wissenschaftliche Begleitforschung weitergeben. Aus diesem Grund wurden die Belastungen jeder Familie zu Beginn und zum Ende der Betreuung von den Familienhebammen anhand der Heidelberger Belastungsskala eingestuft und in pseudonymisierter Form an das IPKF weitergegeben. Für eine genauere Beschreibung der Skala siehe auch Absatz 2.2.3 sowie Anhang 2.

3.1.2 Einzelfalldokumentation

Zu Beginn des Projekts füllten die KoordinatorInnen einen monatlichen Dokumentationsbogen mit Informationen zu allgemeinen Fallzahlen und Beendigungen aus. Seit 2009 steht den Koordinierungsstellen ein Einzelfalldokumentationsbogen zur Verfügung, der gezielt Informationen zu allen Anfragen, Fallverläufen und -beendigungen erfasst. Die KoordinatorInnen sammeln und bündeln in dieser Einzelfalldokumentation alle betreuungsrelevanten Informationen der anfragenden Stellen und aufsuchenden Helferinnen. Die erste Seite der Ein-

zelfalldokumentation erfasst die für die Vermittlung und Organisation der Hilfe notwendigen personenbezogenen Daten. Diese Seite verbleibt einzig und allein bei der jeweils zuständigen Koordinierungsstelle. Die Seiten zwei bis vier werden in pseudonymisierter Form an das IPKF weitergegeben. Eine Version des Einzelfalldokumentationsbogens ist unter Anhang 9 einsehbar. Alle hier vorliegenden Berechnungen zur geleisteten Arbeit (ausgenommen des Falles, dass explizit ein anderes Erhebungsinstrument genannt wird) beruhen auf Informationen aus diesem Erhebungsmaß.

3.1.3 Familienfragebogenpaket

Dieses Fragebogenpaket enthält neben einem soziodemographischen Teil mehrere standardisierte und etablierte Fragebögen der psychologischen Forschung, darunter einen Fragebogen zur familiären Kohärenz, zum elterlich empfundenen Stress (PSI) und zur postpartalen depressiven Symptomatik (die letztgenannten beiden Fragebögen wurden auch im Rahmen der *PFIFF*-Studie eingesetzt, vgl. Absatz 2.6) sowie einen eigens für das Projekt entwickelten Fragebogen zur väterlichen Involviertheit. Das Paket wurde jeweils in einer Version für Mütter und einer Version für Väter erstellt und Fragebogenteile dementsprechend angepasst.

Alle Familienhebammen, SPFB und SMA waren angehalten, bei einem ihrer ersten Projektbesuche bei einer Familie beide Eltern (sofern vorhanden) darum zu bitten, das Fragebogenpaket auszufüllen. Das Ausfüllen des Fragebogenpakets war für die Familien freiwillig und hatte keinen Einfluss auf ihre weitere Unterstützung durch das Projekt. Die von den Familien ausgefüllten Bögen wurden durch die aufsuchenden Helferinnen in pseudonymisierter Form an das IPKF weitergegeben. Die Familien erhielten mit dem Fragebogen zudem einen verschließbaren Umschlag, um den Fragebogen darin zu verpacken, sodass die aufsuchenden Helferinnen den ausgefüllten Fragebogen zwar weitergeben, den Inhalt allerdings nicht sehen und die Familien damit sicher sein konnten, dass ihre Daten anonym bleiben und durch diese Vorgehensweise die Wahrscheinlichkeit sozial erwünschter Antworten vermindert werden sollte.

Die aufsuchenden Helferinnen wurden darüber hinaus instruiert, wie sie die Eltern beim Ausfüllen des Bogens unterstützen können, z. B. durch beispielhaftes Erklären der Absicht einer gestellten Frage, ohne jedoch den kompletten Bogen mit den Familien auszufüllen. Im Rahmen der Beantwortung der Fragebögen wurde dem Aufbau einer professionellen Beziehung zwischen Helferin und Familie uneingeschränkte Priorität vor dem Erheben der Daten eingeräumt, um die eigentliche aufsuchende Arbeit durch die Datensammlung nicht zu beeinträchtigen: es war den Familienhebammen, SPFB und SMA daher freigestellt, eine Familie nicht

um das Ausfüllen der Bögen zu bitten, sollte dies ihrer Einschätzung nach die Bereitschaft der Familie zur Zusammenarbeit gefährden oder eine zu große Belastung oder Überforderung für die Familie darstellen. Aufgrund der genannten Vorgehensweise liegt daher nicht von allen projektbetreuten Familien ein Fragebogenpaket vor und die vorhandenen Bögen sind als durchaus vorselektiert anzusehen, was bei der Interpretation der getroffenen Aussagen der Datenauswertung immer beachten werden muss. Darüber hinaus konnten weitere Faktoren die Bearbeitung des Fragebogens erschweren oder gar verhindern, wie beispielsweise Sprachprobleme bei ausländischen Projektfamilien, weshalb gewisse Teilgruppen in den analysierten Daten unterrepräsentiert sind. Das Fragebogenpaket (hier in der Version „Mutter“) findet sich in Anhang 10. Alle soziodemografischen Daten basieren auf der Auswertung der Familienfragebogenpakete, sofern nicht explizit ein anderes Instrument erwähnt wird.

3.1.4 Dokumentationsbogen

Die aufsuchenden Helferinnen füllten nach jedem projektfinanzierten Hausbesuch einen Dokumentationsbogen aus (siehe Anhang 11), den sie in pseudonymisierter Form an das IPKF weiterleiteten. Neben Informationen zu Zeitpunkt, Dauer und Angaben über die anwesenden Personen während des Hausbesuchs erfasst der Bogen alle Themen, die mit der Familie in diesem Besuch besprochen wurden. Es wurde ebenso dokumentiert, welches Thema als Schwerpunkt gewählt und welche Inhalte generell bearbeitet wurden. Die abgefragten Inhaltspunkte orientierten sich dabei im Wesentlichen an den Inhalten des Elternkurses *Das Baby verstehen* (aufsuchende Variante).

3.1.5 Zufriedenheitsfragebogen

Am Ende der Betreuung wurden die Familien gebeten, einen Fragebogen bezüglich ihrer Zufriedenheit mit der Projektbetreuung auszufüllen (siehe Anhang 12). Dieser Fragebogen wurde den Familien von ihrer betreuenden Familienhebamme ausgehändigt und auch über diese ans IPKF weitergeleitet. Auch hier wurden verschließbare Umschläge zur Verfügung gestellt, so dass gegenüber den aufsuchenden Helferinnen die Anonymität der Angaben der projektbetreuten Familie gewährleistet werden konnte, um eine ehrliche und nicht sozial erwünschte Einschätzung auf Familienseite zu erleichtern.

3.1.6 Dokumentationsbogen am Ende der Interventionen

Am Ende einer Betreuung füllten die aufsuchenden Helferinnen einen Fragebogen zur Zusammenarbeit mit der Familie und mit anderen möglichen an der Arbeit beteiligten Helfern aus, um deren Sichtweise auf die gemeinsame geleistete Arbeit in die Datenauswertung mit einbeziehen zu können (siehe Anhang 13). Hier wurden Informationen zum Arbeitsbündnis mit der Familie, der Anwendbarkeit der Interventionsinhalte sowie Ansichten zur Zusammenarbeit mit anderen HelferInnen und Institutionen erfragt.

3.2 Daten zu Vermittlung und Betreuung

Im folgenden Abschnitt werden verschiedene Zahlen und Ergebnisse bezogen auf die aufsuchende Arbeit im Rahmen des Projektes dargestellt. Die Datenauswertung umfasst die Gesamtzahlen aller Betreuungen und Hausbesuche von Projektbeginn bis Ende 2011 (basierend auf den eingereichten Dokumentationen der ProjektkoordinatorInnen sowie der betreuenden Familienhebammen). Die Daten zu den Inhalten der dokumentierten Hausbesuche sowie zu den Vermittlungswegen der Anfragen und aufsuchenden Betreuungen im Projekt werden diskutiert. Daran anknüpfend werden die genannten Gründe für Fallbeendigungen und die verschiedenen Arten der Weitervermittlungen innerhalb des *Netzwerks für Eltern* differenziert dargestellt.

3.2.1 Gesamtzahl der Projektbetreuungen im Rahmen der aufsuchenden Arbeit

Im Projektzeitraum von 2008 (Beginn der aufsuchenden Arbeit) bis einschließlich 2011 wurden im Saarland insgesamt 983 neue Beauftragungen von Familienhebammen, SMA und SPFB dokumentiert.

Die verschiedenen Landkreise im Saarland unterscheiden sich, wie Abbildung 3 zeigt, deutlich hinsichtlich der Betreuungszahlen, was größtenteils auf die entsprechende Bevölkerungsdichte der einzelnen Landkreise zurückzuführen ist. Die Spanne reicht von 68 Fällen in Merzig-Wadern und St. Wendel bis hin zu 397 Fällen im Regionalverband Saarbrücken.

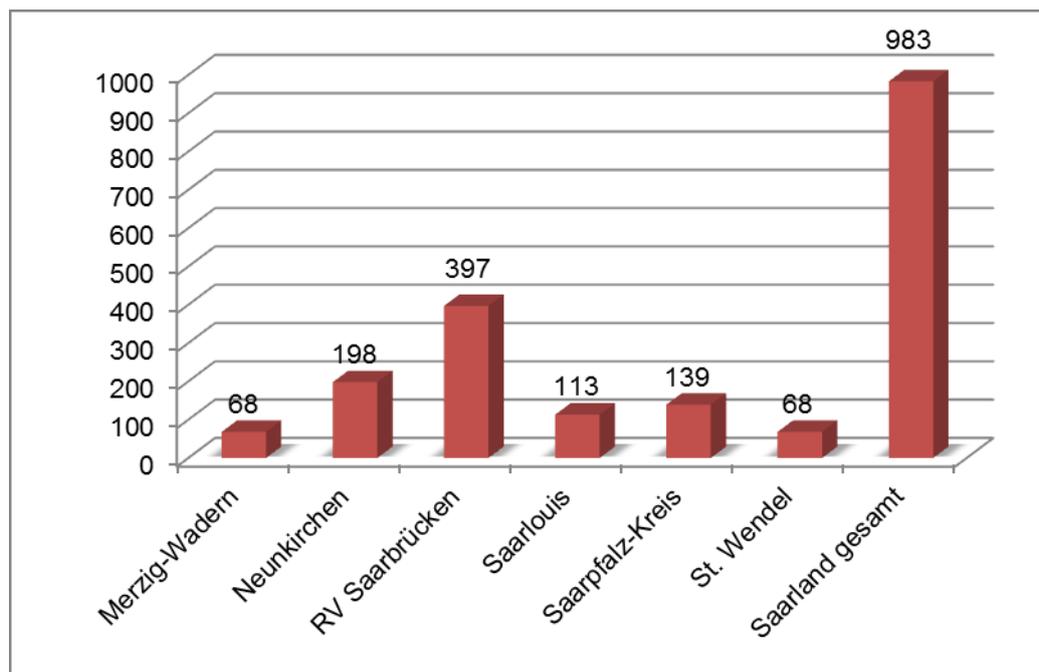


Abbildung 3: Anzahl der im Projektzeitraum neu betreuten Fälle, getrennt nach Landkreisen

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der Koordinierungsstellen 2008-2011

Dass dieses Ungleichgewicht wie angeführt teilweise durch die in den Landkreisen verschiedenen Einwohnerzahlen und somit auch die unterschiedlich hohen Geburtenraten bedingt ist, zeigt ein Vergleich zwischen den Geburtenraten und den projektbetreuten Fällen pro Landkreis (beispielhaft für das Jahr 2011, siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Geburtenzahlen pro Landkreis im gesamten Saarland 2011 im Vergleich mit den neu betreuten Fällen im Jahr 2011 (absolute Zahlen in Klammern)

Landkreis	Anteil an Geburten (Lebendgeborene)	Anteil (Anzahl) der neu betreuten Fälle
Merzig-Wadern	11,3 % (798)	4,5 % (12)
Neunkirchen	13,0 % (922)	22,1 % (58)
RV Saarbrücken	35,1 % (2484)	44,2 % (116)
Saarlouis	19,5 % (1385)	12,9 % (34)
Saarpfalz-Kreis	13,6 % (965)	9,5 % (25)
St. Wendel	7,5 % (534)	6,4 % (17)
Gesamt 2011	100 % (7088)	100 % (262)

Anm.: Daten der neu betreuten Fälle basierend auf der eingereichten Einzelfalldokumentation der KoordinatorInnen im Jahre 2011

Ein weiterer Grund für die unterschiedlich hohen Betreuungszahlen könnten die Unterschiede in der Sozialstruktur der Kreise gewesen sein. Ebenso dürfte auch der Bekanntheitsgrad

des Projekts im jeweiligen Kreis, die Qualität der Netzwerkbeziehungen vor Ort sowie nicht zuletzt der Auslastungsgrad der örtlichen, aufsuchenden Helferinnen eine Rolle bei der Zahl der Betreuungen durch Familienhebammen gespielt haben. Da die letztendliche Entscheidung darüber, welche Familien eine aufsuchende Unterstützung durch das Projekt erhalten und welche Familien an andere Angebote weitervermittelt werden, bei den KoordinatorInnen liegt, dürften die Unterschiede in den Betreuungszahlen der Landkreise auch aufgrund deren unterschiedlicher, persönlicher Einschätzungen der Lage und des Bedarfs der Familie zustande kommen. Die Entwicklung klarer und verbindlicher Kriterien bezüglich der Entscheidung, ob eine aufsuchende Betreuung im Rahmen der Frühen Hilfen das passende Angebot für eine Familie darstellt, könnte dazu beitragen, die Zugangswege zum Projekt über die Landkreise hinweg vergleichbarer zu machen.

3.2.2 Hausbesuche im Rahmen der aufsuchenden Arbeit

In den Jahren 2008 (Beginn der aufsuchenden Arbeit) bis 2011 wurden im Saarland insgesamt 13.959 Hausbesuche über das Projekt finanziert (Zahlen entstammen den Abrechnungsdaten der LAGS). Tabelle 5 stellt die Anzahl der Besuche nach Landkreisen aufgelistet dar. Da die Hausbesuche der SMA nicht über die LAGS abgerechnet wurden, sind diese nicht in die Aufstellung miteinbezogen. Im weiteren Verlauf der Analysen beziehen sich die Auswertungen über die Hausbesuche auf die eingereichte Dokumentation der Familienhebammen, welche von den Zahlen der LAGS abweichen, da nicht jeder Hausbesuch wie vorgesehen dokumentiert und die Dokumentation nicht für jeden betreuten Fall und Hausbesuch eingereicht wurde.

Tabelle 5: Anzahl der über Projektmittel finanzierten Hausbesuche 2008 – 2011

	Merzig-Wadern	Neunkirchen	RV Saarbrücken	Saarlouis	Saarpfalz-Kreis	St. Wendel	Saarland gesamt
Anzahl der Hausbesuche	1.589	2.950	4.171	1.959	2.112	1.178	13.959

Anm.: Daten basierend auf den Abrechnungsdaten der LAGS 2008 – 2011

Seit 2009 liegen über die Koordinierungsstellen von insgesamt 873 betreuten Familien zusätzliche Informationen zur Anzahl der Hausbesuche vor (inklusive der durch SMA betreuten Familien). Eine Zusammenstellung dieser Angaben ist in Tabelle 6 zu finden. Demnach fanden im gesamten Saarland durchschnittlich 18 projektfinanzierte Hausbesuche pro betreute Familie statt. Die enorme Spannweite reicht von gar keinem rein projektfinanzierten Hausbesuch bis hin zu 86 projektfinanzierten Hausbesuchen (wobei es sich hier um seltene Ein-

zelfälle handelt, bei denen eine intensivere Betreuung als notwendig angesehen wurde). Ein Großteil der Familien erhielt zwischen 0 und 45 Hausbesuchen. Das breite Spektrum der Besuchsanzahl ist ein Hinweis darauf, dass sich der Projektansatz, die Intervention an die spezifischen Bedürfnisse der Familien anzupassen, gut bewährt hat.

Tabelle 6: Durchschnittliche Anzahl der projektfinanzierten Hausbesuche (in Klammern: Standardabweichung als Maß für die Schwankungsbreite)

	Merzig-Wadern	Neunkirchen	RV Saarbrücken	Saarlouis	Saarpfalz-Kreis	St. Wendel	Saarland gesamt
Projektfinanzierte Hausbesuche	24,28 (12,58)	22,46 (14,73)	15,05 (11,52)	18,29 (12,61)	19,62 (18,09)	18,34 (15,41)	18,52 (14,09)

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der Koordinationstellen 2008-2011

Vergleicht man die einzelnen Landkreise bezüglich der Anzahl der Hausbesuche pro Familie, so zeigen sich deutliche Unterschiede: während in Neunkirchen und Merzig-Wadern Familien durchschnittlich mehr als 20 projektfinanzierte Hausbesuche erhielten, waren es im Regionalverband Saarbrücken nur 15 Hausbesuche. Einzelfälle mit besonders hochfrequenten Interventionen waren vor allem in Neunkirchen und Merzig-Wadern zu finden. Eine Erklärung könnte in der unterschiedlichen individuellen Einschätzung des Hilfebedarfs liegen oder auch in den unterschiedlich großen Kapazitäten der Familienhebammen, die dann einzelne Familien bei Bedarf auch höherfrequent betreuen können. Um eine einheitlichere Betreuungsdichte zu erreichen, könnten verbindliche Richtlinien für die KoordinatorInnen und aufsuchenden Helferinnen bezüglich der Häufigkeit der Hausbesuche erstellt werden. Diese Vorgehensweise birgt allerdings das Risiko, dass individuell zugeschnittene Hilfen nur noch eingeschränkt angeboten werden können und somit der Vorteil individualisierter Hilfsangebote verloren gehen würde.

Um eine Konkurrenzsituation mit den regulär nachsorgenden Hebammen des Saarlandes zu verhindern, wurde festgelegt, dass die Betreuung durch das Projekt erst nach Ende der Regelversorgungszeit und damit nach der 8. Lebenswoche des Kindes beginnen kann. Auf diese Weise sollte eine gute Kooperation mit den Nachsorgehebammen aufrecht erhalten werden, da diese ebenso Familien ans Projekt vermitteln und ein Weg gefunden werden musste, mögliche finanziellen Einbußen auf der Seite der Nachsorgehebammen zu umgehen. Da viele der im Projekt tätigen Familienhebammen weiterhin ihrer regulären Hebammentätigkeit nachgingen, konnte es jedoch selbstverständlich vorkommen, dass die spätere Familienhebamme eine Familie bereits während Schwangerschaft, Geburt und Regelversorgung betreute.

Derartige frühe Betreuungen können zwar auch projektunabhängig stattfinden, jedoch wurden diese, wenn sich in Einzelfällen bereits frühzeitig ein Betreuungsbedarf durch Familienhebammen abzeichnete, oft unter Hebammen derselben Praxis dementsprechend organisiert. Auf diese Weise konnte Familien häufig ein Personenwechsel in der Betreuung erspart bleiben und ein möglichst gutes Arbeitsbündnis zwischen Familienhebamme und Familie erzielt werden. Wie Tabelle 7 zeigt, wurden insgesamt 126 von 743 betreuten Familien bereits in der Schwangerschaft und 223 in der Regelversorgung durch eine Familienhebamme betreut. Durchschnittlich erhielten diese Familien 6,3 Besuche in der Schwangerschaft und 11,9 Besuche in der Regelversorgung. Diese Besuche wurden im Rahmen der Hebammengebührenordnung regulär über die Krankenkassen abgerechnet. Inhaltlich wurde ebenfalls eine reine medizinische Vor- und Nachsorge geleistet. Eine Sonderregelung bestand für die Zeit der Nachsorge. An reguläre Nachsorgetermine anknüpfend konnte für Themen, welche in die Familienhebammenarbeit fallen, zusätzliche Zeit eingeplant und über das Projekt abgerechnet werden (sogenannte „mischfinanzierte“ Besuche). Durchschnittlich erhielten Familien, welche bereits in der Zeit der Regelversorgung von ihrer späteren Familienhebamme betreut wurden, 7,9 mischfinanzierte Hausbesuche.

Tabelle 7: Finanzierungsart der durchgeführten Hausbesuche (N = 873 Familien, 743 Betreuungen, 193 fehlende Angaben)

	Besuche Schwanger- schaft	Regel- finanzierte Besuche	Projekt- finanzierte Besuche	Misch- finanzierte Besuche	Fallbe- sprechungen
Anzahl betreuter Familien	126	223	570	169	534
Anzahl Besuche (Min - Max)	793 (0 - 37)	2.618 (0 - 48)	11.002 (0 - 86)	1.328 (0 - 28)	3.016 (0 - 46)
Besuche pro Familie	6,3	11,9	19,3	7,9	5,6

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008-2011

3.2.3 Tätigkeitsschwerpunkte der Familienhebammen

Nach jedem projektfinanzierten Hausbesuch füllten die aufsuchenden Helferinnen einen Dokumentationsbogen über ihre geleistete Arbeit aus (siehe Anhang 11). In diesem Dokumentationsbogen konnten die Familienhebammen angeben, welche Themen während des Besuchs behandelt wurden bzw. welchen thematischen Schwerpunkt sie gewählt hatten. Aus Abbildung 4 gehen die von den Familienhebammen genannten Schwerpunkte der aufsuchenden Arbeit hervor.

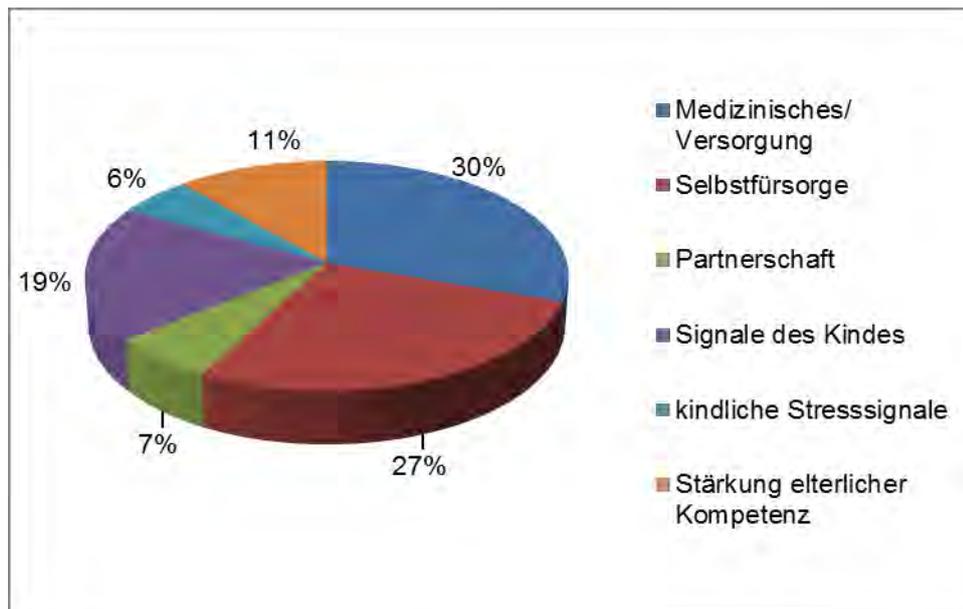


Abbildung 4: Erstgenannte Tätigkeitsschwerpunkte der Hausbesuche

Anm.: Daten basierend auf den eingereichten Dokumentationsbögen der Familienhebammen über die Hausbesuche in den Jahren 2008-2011; dokumentiert wurden 11.536 Hausbesuche (davon gingen 2.523 wegen falscher oder fehlender Angaben nicht in die Auswertung ein, wodurch eine Gesamtsumme von 9.004 in die Analyse einbezogenen Hausbesuchen entstand)

Die Verteilung dieser inhaltlichen Schwerpunkte blieb über den gesamten bisherigen Projektzeitraum hinweg weitgehend stabil. Es zeigt sich, dass der originäre Tätigkeitsbereich nachsorgender Hebammen, nämlich der Bereich „Medizinisches/Versorgung“ (von Mutter und Kind) in etwa einem Drittel aller Hausbesuche den Schwerpunkt darstellt. Auch dann, wenn die Versorgung nicht das Hauptthema des Hausbesuches ist, wird diese häufig dennoch zumindest thematisiert (laut Dokumentationsbögen ist dies in 75 % aller dokumentierten Hausbesuche der Fall, siehe Tabelle 8). Da sich dieses Thema in der aufsuchenden Arbeit als überaus bedeutend herausstellte, kann man daraus schlussfolgern, dass die betreuten Familien auch weit über den Zeitraum der durch die Krankenkassen finanzierten Nachsorge hinaus Unterstützung in diesen Belangen benötigen. Für die Krankenkassen stellt sich daher die dringende Frage nach einer Möglichkeit der zumindest teilweisen Kostenübernahme der *Frühe Hilfen*-Besuche, da ein Großteil der Arbeit der Familienhebammen Fragen der medizinischen Versorgung bzw. allgemeine Versorgungsfragen behandelt.

Tabelle 8: Anteile der Hausbesuche, in denen die jeweiligen Themenbereiche bearbeitet wurden

Themenbereich	Medizinisches/Versorgung	Selbstfürsorge	Partnerschaft	Signale des Kindes	Kindl. Stresssignale	Stärkung elterl. Kompetenz
Anteil der Hausbesuche	75,6 %	71,3 %	47,7 %	71,5 %	58,2 %	64,9 %

Anm.: Daten basierend auf den eingereichten Dokumentationsbögen der Familienhebammen über die Hausbesuche in den Jahren 2008-2011. Dokumentiert wurden 11.536 Hausbesuche

Aus Tabelle 8 wird auch deutlich, dass in aller Regel mehr als ein Thema im Verlauf eines Hausbesuchs thematisiert wurde. Der zweithäufigste von den Hebammen benannte Tätigkeitsschwerpunkt ist das Thema „Selbstfürsorge“, worunter neben dem Umgang mit Belastungssituationen auch alle Bereiche der sozialen Beratung, wie z. B. finanzielle und rechtliche Fragen, Fragen zur Kinderbetreuung oder zur Arbeitssituation der Eltern gezählt wurden (siehe Abbildung 5). In diesem Bereich schlägt sich insbesondere die Vernetzungsarbeit, auf die Familienhebammen und SPFB zurückgreifen können, nieder. Die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Netzwerk führt dazu, dass den Familien in vielen Bereichen adäquat Hilfe angeboten wird. Diese Bereiche sind, hinter dem Hauptschwerpunkt „Medizinisches/Versorgung“ am relevantesten bzw. tauchen am häufigsten in der aufsuchenden Arbeit auf.

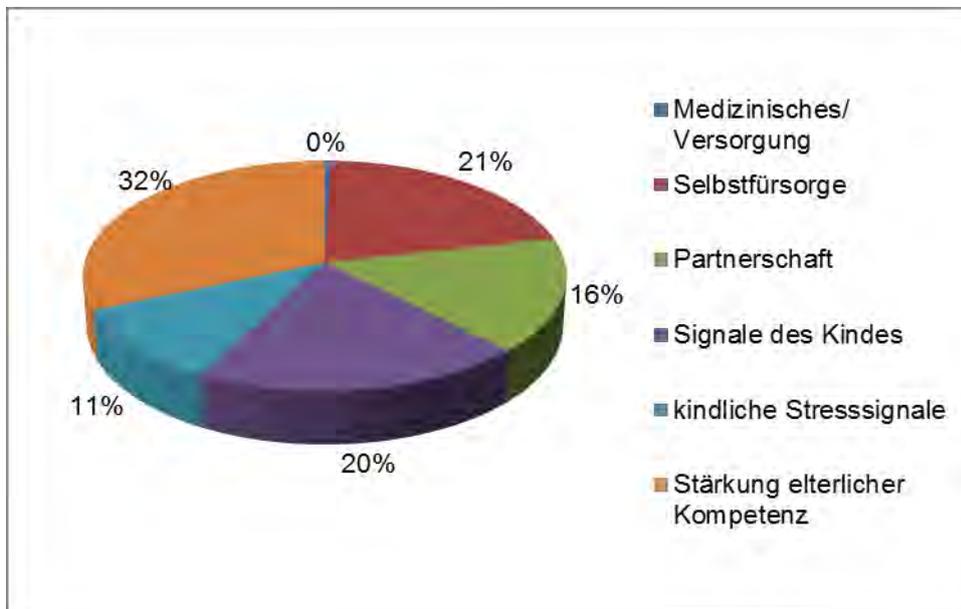


Abbildung 5: Zusätzliche Tätigkeitsschwerpunkte der Familienhebammen

Anm.: Daten basierend auf den eingereichten Dokumentationsbögen der Familienhebammen über die Hausbesuche in den Jahren 2008-2011; dabei wurde bei 972 der auswertbaren 9004 Hausbesuchsdokumentationen ein zusätzlicher Schwerpunkt angegeben

Die beiden Themenschwerpunkte medizinische Versorgung und Selbstfürsorge werden in etwa 50 % der Fälle als Hauptschwerpunkte benannt. Die andere Hälfte setzt sich aus Gesprächen über kindliche Signale oder über Themen wie die Stärkung elterlicher Kompetenzen zusammen. Am seltensten wird der Bereich „Kindliche Stresssignale“ (6 %) genannt, wobei dieses Ergebnis möglicherweise auf eine nur geringe Differenzierung zur Kategorie "Signale des Kindes" zurückzuführen sein kann.

Es zeigt sich also, dass der thematische Hauptanteil der Projektarbeit insgesamt über die originäre Hebammentätigkeit der medizinischen/versorgungsbezogenen Betreuung (Haupt-

schwerpunkt bei 30 % der Besuche) hinaus geht und die betreuten Familien im Sinne der Projektidee auch tatsächlich vielfach Unterstützung in anderen Bereichen erhielten (70 % der Besuche mit anderem Schwerpunkt).

Erfreulich ist, dass Bereiche, welche thematisch grundlegend für die Entwicklung und Stärkung der elterlichen Feinfühligkeit sind, sehr häufig in Hausbesuchen thematisiert wurden. Das spiegelt wider, dass diese Themen auch für Eltern in multipel belasteten Situationen von Bedeutung waren, sodass sie sie entweder selbst ansprachen oder die aufsuchende Helferin entsprechende Beratung für wichtig erachtete und initiierte.

Betrachtet man jedoch nur die Gesamtzahl der Themenverteilung der dokumentierten Hausbesuche, so können ohne Einbeziehung des Betreuungsverlaufs keine Rückschlüsse darüber gezogen werden, ob sich die behandelten Themenschwerpunkte im Laufe der Betreuungen je nach Alter des Kindes verändern. Um diese Frage zu beantworten, wurden die Daten derjenigen Familien ausgewählt, die über längere Zeit betreut wurden und somit auch eine bestimmte Mindestanzahl an Hausbesuchen (≥ 25) aufweisen. Für die Analyse wurden die Dokumentationsbögen von Familienhebammen aus dem gesamten Projektgebiet (Hessen, Heidelberg und Saarland) herangezogen, um eine aussagekräftige Anzahl an Daten zur Verfügung zu haben. Es gibt keine Hinweise darauf, dass sich die Ergebnisse zwischen den einzelnen Projektgebieten unterscheiden, was die Zusammenfassung der Daten aus den verschiedenen Projektstandorten rechtfertigt. Insgesamt wurden für die folgenden Berechnungen die Daten von 191 Familien (7.071 Besuche, Besuchsdauer $\bar{\varnothing}$ 80,7 Minuten) zu Grunde gelegt.

Es zeigte sich, dass über die Betreuungszeit einer Familie hinweg ein deutlicher Schwerpunktwechsel festgestellt werden kann (siehe Abbildung 6): der zunächst überproportionale Anteil des Bereichs „Medizinisches/Versorgung“ nimmt etwa ab dem 4. Monat zu Gunsten anderer Thematiken wie z. B. Selbstfürsorge oder Partnerschaft ab. Dieser Befund kann unter anderem damit erklärt werden, dass in den ersten acht Lebenswochen fast ausschließlich die reguläre Nachsorge ausgeführt wird, welche von den Krankenkassen bezahlt wird und auch in dieser ersten Zeit mit dem Kind vor allem Fragen der Eltern in Bezug auf Versorgung des Kindes zu klären sind. Wie weiter oben im Text bereits beschrieben, bleibt die medizinische Versorgung jedoch über die gesamte Betreuungszeit hinweg ein häufiges Thema.

Selbstfürsorge ist als Themenbereich bereits von Anfang an in der Familienarbeit stark vertreten, gewinnt jedoch ab dem 4. Monat noch stärker an Bedeutung, wie sich aus der folgenden Abbildung 6 erkennen lässt. Die Erkennung kindlicher Signale sowie kindlicher Stresssignale ist besonders im Alter der Kinder zwischen 3 und 6 Monaten ein sehr präsent

Thema. Dies dürfte daran liegen, dass zu diesem Zeitpunkt Säuglinge in der Regel etwas aktiver werden und deutlich wahrnehmbar in Kommunikation treten. Diese Entwicklung der Kinder wird von den aufsuchenden Helferinnen offenbar in die inhaltliche Gestaltung der Hausbesuche einbezogen.

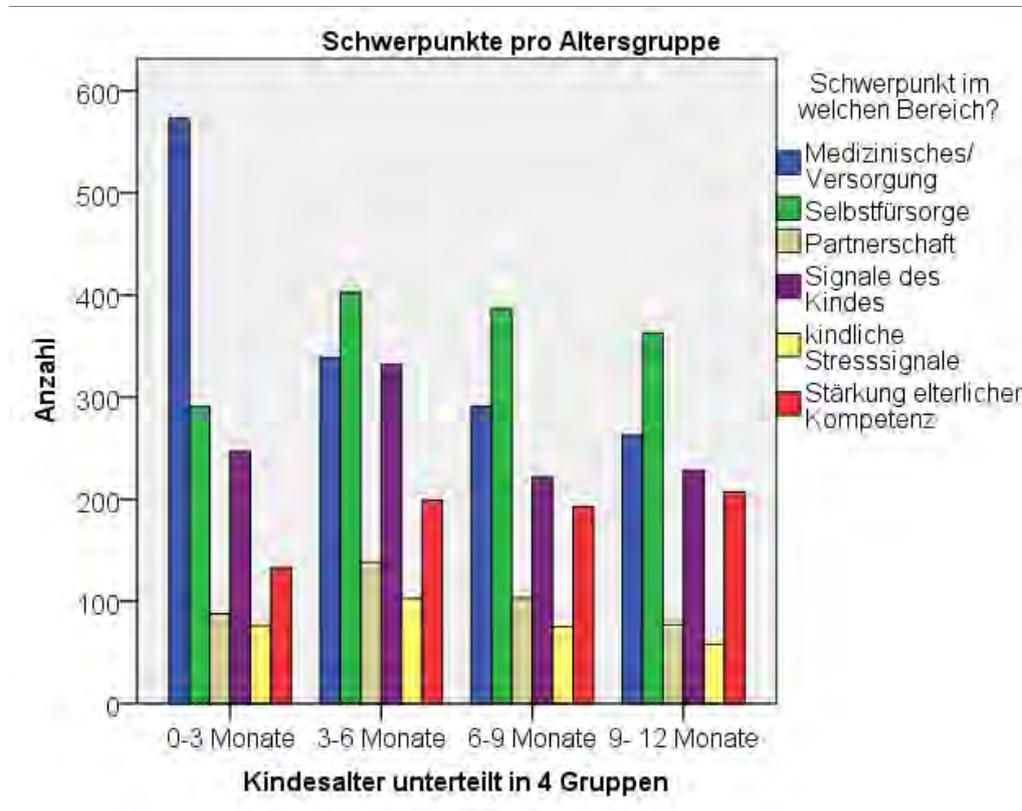


Abbildung 6: Verteilung der Schwerpunkte der Hausbesuche pro Altersgruppe.

Anm.: Daten basierend auf den eingereichten Dokumentationsbögen der Familienhebammen über die Hausbesuche in den Jahren 2008-2011, ausgewertet werden konnten für diese Fragestellung die Daten aus 7071 Hausbesuchen

Zusätzlich zur regulären Hebammentätigkeit hatten die Familienhebammen auch die Möglichkeit, Videomaterial in die Arbeit mit den Familien einzubeziehen, um die vermittelten Inhalte etwas anschaulicher machen zu können. Tatsächlich kam das Videomaterial aus dem Elternkurs *Das Baby verstehen* in den Hausbesuchen nur äußerst selten zum Einsatz (im Jahr 2011 wurde das Material nur in 1,3 % aller Hausbesuche verwendet). Schließt man nur diejenigen Hausbesuche in die Auswertung mit ein, deren Schwerpunkt die Arbeit an „kindlichen Signalen“ oder „kindlichen Stresssignalen“ beinhaltete (also speziell diejenigen Themenbereiche, für welche die Videos zur Verfügung stehen) erhöht sich diese Zahl nur geringfügig (Videoverwendung in 5 % dieser Besuche). Möglicherweise war die Durchführung der Videoarbeit in der Besuchssituation für die Familienhebammen nicht problemlos durchführbar oder Unsicherheiten in der Arbeit mit Videos verhinderten die Einbringung derselben in die aufsuchende Arbeit. Eine verstärkte Thematisierung der Videoarbeit in zukünftigen Aus-

und Fortbildungen für Familienhebammen könnte diesen Umstand gezielt aufgreifen und bearbeiten. Eine weitere Diskussion dieses Aspekts findet sich im Abschnitt 5.5.2.

3.2.4 Vergleich der Tätigkeitsschwerpunkte von Familienhebammen und SMA

Seit 2009 füllten auch die SMA nach jedem Hausbesuch einen Dokumentationsbogen aus, was einen Vergleich der inhaltlichen Schwerpunktsetzung der beiden Berufsgruppen ermöglicht. Da SMA eher in Familien eingesetzt werden sollen, in denen medizinische Probleme bei Kind oder Eltern im Vordergrund stehen, ist zu erwarten, dass sich auch die Tätigkeitsschwerpunkte der SMA von denen der freiberuflichen Familienhebammen und SPFB⁴ dahingehend unterscheiden. In die Analyse wurde nur die Dokumentation der aufsuchenden Helferinnen aufgenommen, bei denen eine klare Zuordnung zur Tätigkeit als Familienhebamme/SPFB oder SMA möglich war.

Wie in Abbildung 7 zu sehen ist, liegt der Fokus der Hausbesuche der SMA stärker auf medizinischen sowie Versorgungsaspekten (in 44,3 % der Hausbesuche wurde Medizinisches/Versorgung als Schwerpunkt angegeben gegenüber 28,9 % der von Familienhebammen dokumentierten Hausbesuche). Dies stimmt mit den entsprechenden Modi der Fallvergabe an Familien mit eher medizinischen Fragestellungen überein. Die Schwerpunktsetzung auf Selbstfürsorge ist in der Gruppe der Familienhebammen deutlich höher (28,3 % vs. 14,5 %).

⁴ In diesem Abschnitt sind im Gegensatz zum restlichen Text mit Familienhebammen tatsächlich nur die freiberuflich arbeitenden Familienhebammen und SPFB gemeint (Abkürzung FH), während die am Gesundheitsamt angestellten Familienhebammen und SPFB als SMA bezeichnet werden.

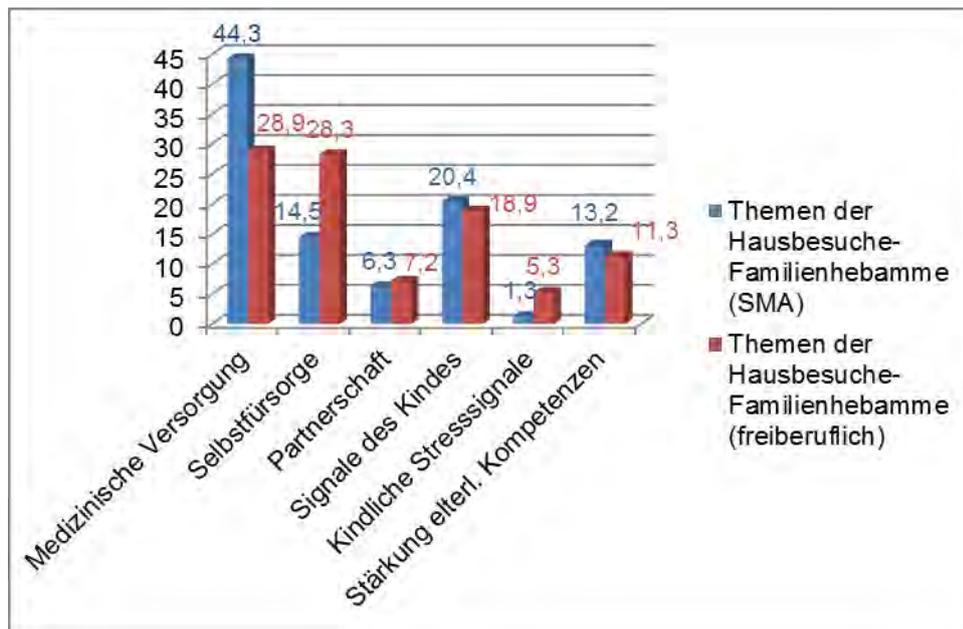


Abbildung 7: Verteilung der Schwerpunkte der Hausbesuche bei SMA und FH

Anm.: Daten basierend auf den eingereichten Dokumentationsbögen der Familienhebammen über die Hausbesuche in den Jahren 2008-2011.

Die zwei analysierten Gruppen der aufsuchenden Helferinnen unterscheiden sich nur leicht darin, wie oft die Themen elterliche Selbstfürsorge (SMA 72,2 %, FH 78,2 %), Signale des Kindes (SMA 72,6 %, FH 64,3 %) und Stärkung der elterlichen Kompetenz (SMA 64,1 %, FH 58,1 %) angesprochen wurden. Die Häufigkeiten für die Bereiche Partnerschaft und kindliche Stresssignale zeigen keinen signifikanten Unterschied.

Betrachtet man für die beiden Gruppen getrennt den zeitlichen Verlauf der Schwerpunktsetzung, so ergibt sich jedoch auch bei den SMA das zuvor in Abschnitt 3.2.3 für die aufsuchenden Helferinnen als Gesamtgruppe berichtete Muster: Medizinische Themen sowie Versorgungsaspekte überwiegen anfangs und nehmen mit steigendem Kindesalter zu Gunsten anderer Themen ab (siehe Abbildung 8 sowie Abbildung 9), wenngleich sie bei den SMA bis zum Schluss zum häufigsten Arbeitsschwerpunkt gehören.

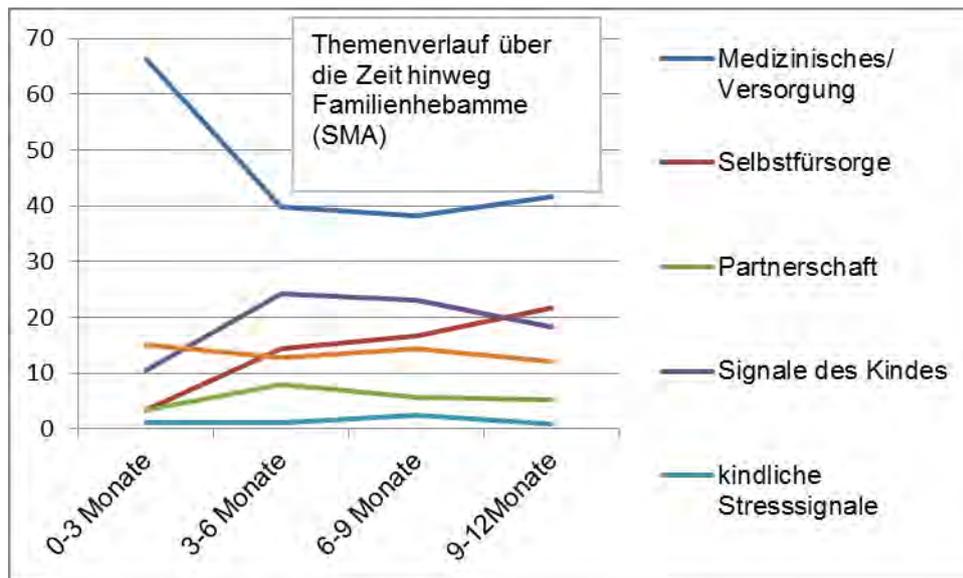


Abbildung 8: Themenverlauf der Schwerpunktsetzung der Hausbesuche der SMA über die Zeit

Anm.: Daten basierend auf den eingereichten Dokumentationsbögen der Familienhebammen über die Hausbesuche in den Jahren 2008-2011.

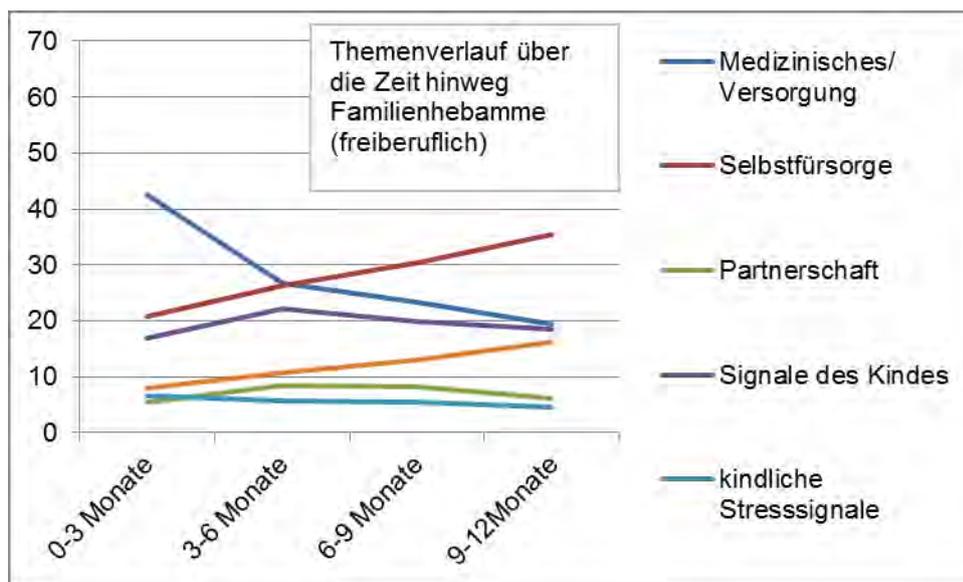


Abbildung 9: Themenverlauf der Schwerpunktsetzung der Hausbesuche der Familienhebammen (ohne SMA) über die Zeit

Anm.: Daten basierend auf den eingereichten Dokumentationsbögen der Familienhebammen über die Hausbesuche in den Jahren 2008-2011.

Der Unterschied zwischen den Schwerpunktsetzungen der beiden analysierten Gruppen ist statistisch bedeutsam, das heißt nicht allein auf Zufall oder Messfehler zurückzuführen. Einerseits kann der Unterschied weitgehend durch die unterschiedliche Fallzuteilung erklärt werden – die KoordinatorInnen der Kreise sind angehalten, bei der Beauftragung auf eine passgenaue Vermittlung der Betreuung zu achten, sodass Familien, bei denen medizinische Themen im Vordergrund stehen (beispielsweise eine Erkrankung oder Behinderung des Kin-

des) nach Möglichkeit durch eine Familienhebamme mit Grundberuf Kinderkrankenschwester betreut werden sollten, die meistens als SMA (selten als SPFB) arbeiten. Andererseits muss jedoch auch davon ausgegangen werden, dass die unterschiedlichen Berufsgruppen aufgrund ihrer Ausbildung und ihres sonstigen Tätigkeitsfelds unterschiedliche Fokusse in Bezug auf die Unterstützung von Eltern mitbringen. Während die Kinderkrankenschwestern vermutlich einen stärkeren Fokus auf das Kind haben, arbeiten Hebammen traditionsgemäß sehr eng mit den Eltern, besonders aber den Müttern, zusammen. Dies drückt sich auch in der statistisch bedeutsamen, stärkeren Fokussierung der Hebammen auf das Thema Selbstfürsorge aus.

Diese Unterschiede zeigen auf, dass die Entscheidung, Kinderkrankenschwestern als weitere Berufsgruppe mit ins Projekt zu holen, für die passgenaue Unterstützung der Familien in verschiedenen Belastungssituationen äußerst hilfreich war. Um optimal von den unterschiedlichen Kompetenzen dieser Berufsgruppen profitieren zu können, ist eine individuelle Auswahl der passenden HelferIn für jede Familie essentiell. Um zu verhindern, dass die jeweilige HelferIn in einer Familie eventuell wichtige Themen außer Acht lässt oder diverse Schwierigkeiten aufgrund ihres beruflichen Fokus übersieht oder als weniger wichtig einstuft, bleiben gemeinsame Fallbesprechungen, in denen beide Berufsgruppen vom Fachwissen der anderen profitieren können und ihre gegenseitigen Sichtweisen austauschen, unabdingbar. Die unterschiedliche Schwerpunktsetzung könnte zukünftig in Fortbildungsveranstaltungen thematisiert und somit ein gegenseitiger Austausch gefördert werden. Auch für die Versorgungssituation erscheint dies günstig: da unterschiedliche Problemlagen bei den Familien bestehen, können die unterschiedlichen Kompetenzen der Berufsgruppen bedarfsgerecht genutzt und die Familien so passgenau und umfassend unterstützt werden.

3.2.5 Herkunft der Projektanfragen insgesamt

Familien werden von unterschiedlichen Institutionen ans Projekt vermittelt. Die saarlandweite sowie landkreisspezifische Analyse dieser Vermittlungsstrukturen gibt Aufschluss darüber, in welchen Institutionen Entwicklungsbedarf hinsichtlich der Früherkennung bzw. Vermittlung belasteter Familien besteht, welche Kooperationen am besten funktionieren und welche ausgebaut werden sollten (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Herkunft der Anfragen an das Projekt (in Klammern: prozentualer Anteil der anfragenden Stellen pro Landkreis)

Anfragende Stellen	Merzig-Wadern	Neunkirchen	RV Saarbrücken	Saarlouis	Saarpfalz-Kreis	St. Wendel	Saarland gesamt
Hebammen	32 (32 %)	79 (39 %)	92 (21 %)	35 (32 %)	37 (21 %)	17 (14 %)	292 (26 %)
Kliniken	24 (23 %)	33 (16 %)	141 (33 %)	26 (24 %)	34 (20 %)	26 (22 %)	281 (24 %)
Jugendamt/ASD	16 (16 %)	31 (15 %)	74 (17 %)	15 (14 %)	45 (26 %)	22 (18 %)	203 (18 %)
Ärzte	7 (7 %)	26 (13 %)	50 (12 %)	11 (10 %)	8 (5 %)	8 (7 %)	110 (10 %)
Beratungsstellen	7 (7 %)	16 (8 %)	13 (3 %)	8 (8 %)	17 (10 %)	10 (8 %)	71 (6 %)
Selbstmelder	2 (2 %)	2 (1 %)	3 (1 %)	4 (4 %)	5 (3 %)	0 (0 %)	16 (1 %)
Gesundheitsamt	0 (0 %)	1 (0 %)	2 (0,5 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (0 %)
Frühförderung	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	0 (0 %)	1 (0 %)
Andere	15 (15 %)	16 (8 %)	54 (13 %)	9 (8 %)	26 (14 %)	37 (31 %)	167 (15 %)
Gesamt	103 (100 %)	204 (100 %)	429 (100 %)	108 (100 %)	173 (100 %)	120 (100 %)	1144 (100 %)

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008-2011

Es zeigt sich, dass die meisten Anfragen (im saarlandweiten Durchschnitt: 26 %) von Seiten der Hebammen stammen, dicht gefolgt von Geburtskliniken. Anfragen vom Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) des Jugendamts finden sich an dritter Stelle. Die Rangfolge der anfragenden Stellen entspricht mit wenigen Ausnahmen weitgehend dem Bild in den einzelnen Landkreisen: Im Regionalverband Saarbrücken sowie in St. Wendel liegen die Geburtskliniken auf Platz 1 der Anfragen; im Saarpfalz-Kreis stammen die meisten Anfragen von Seiten des ASD.

3.2.6 Herkunft der Anfragen, die zu einer Betreuung durch eine aufsuchende Helferin führten

Es gehört zu den Aufgaben der Koordinierungsstellen, zu entscheiden, welches Angebot am besten zu einer jeweiligen Anfrage passt. Anfragen, die bezüglich einer Betreuung an das Projekt gestellt wurden, führten daher nicht in allen Fällen zur Installierung einer aufsuchenden Hilfe, sondern manchmal waren andere Maßnahmen geeigneter. Die Anfragen, welche eine Betreuung nach sich zogen, sind nachfolgend in Tabelle 10 nach anfragender Stelle und Landkreisen aufgeschlüsselt, um besser beurteilen zu können, welche Stellen hauptsächlich Familien an das Präventionsprojekt verweisen und ob sich diese Zahlen zwischen den verschiedenen Projektstandorten möglicherweise unterscheiden.

Tabelle 10: Herkunft der Anfragen, die zu einer Betreuung durch eine aufsuchende Helferin führten (in Klammern: prozentualer Anteil der anfragenden Stellen pro Landkreis)

Anfragende Stellen	Merzig-Wadern	Neunkirchen	RV Saarbrücken	Saarlouis	Saarpfalz-Kreis	St. Wendel	Saarland gesamt
Hebammen	31 (40 %)	74 (36 %)	88 (22 %)	28 (25 %)	37 (27 %)	16 (24 %)	274 (28 %)
Kliniken	12 (16 %)	29 (15 %)	127 (33 %)	19 (17 %)	20 (15 %)	11 (16 %)	178 (18 %)
Jugendamt/ASD	10 (13 %)	27 (14 %)	64 (16 %)	20 (17 %)	28 (20 %)	11 (16 %)	160 (16 %)
Ärzte	7 (9 %)	22 (11 %)	43 (10 %)	7 (6 %)	1 (1 %)	5 (7 %)	85 (9 %)
Beratungsstellen	1 (1 %)	16 (8 %)	9 (2 %)	5 (4 %)	8 (6 %)	5 (7 %)	54 (6 %)
Selbstmelder	2 (3 %)	4 (2 %)	3 (1 %)	3 (3 %)	3 (2 %)	0 (0 %)	38 (4 %)
Andere unklar	14 (18 %)	19 (10 %)	45 (11 %)	6 (5 %)	20 (16 %)	20 (29 %)	115 (12 %)
Gesamt	77 (100 %)	199 (100 %)	397 (100 %)	115 (100 %)	135 (100 %)	69 (100 %)	976 (100 %)

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008 – 2011. Abweichungen zur Gesamtsumme aus Tabelle 9 aufgrund vereinzelt fehlender Angaben.

Es zeigt sich, dass auch die meisten Anfragen, die zu einer Projektbetreuung führen, von Seiten der Hebammen stammen (Saarland gesamt: 28 %). Weitere große Teile der Anfragen, welche Vermittlungen an Projektangebote nach sich ziehen, stammen auch hier aus Kliniken (18 %) sowie von Seiten des ASD (16 %). Da diese Institutionen in den meisten Landkreisen gut ins Netzwerk integriert sind und auch insgesamt (unabhängig von der Art der Vermittlung) die meisten Anfragen von dort stammen, spricht dies für eine gute Passung des Netzwerkes. Hebammen, Geburtskliniken und der ASD stehen in einem intensiven Kontakt mit Familien, was vermutlich mit dazu beiträgt, die Belastungssituation der Familie genau einschätzen und daher die passende Hilfe anregen zu können.

3.2.7 Herkunft der Anfragen, welche zu keiner Beauftragung führten

Nicht alle Fälle, die als Anfrage an das Projekt gestellt wurden, führten auch zu einer Betreuung durch eine Familienhebamme. Dies kann unterschiedliche Gründe haben: möglicherweise wurde die Betreuung durch eine Familienhebamme als nicht passgerecht angesehen, da der Fall möglicherweise zu schwerwiegend war und es daher für sinnvoller erachtet wurde, diesen direkt an das Jugendamt abzugeben. Ein weiterer Grund könnte ebenso eine sehr niedrige Belastungseinschätzung sein, welche daher eine Familienhebammenbetreuung als nicht notwendig erscheinen lassen kann und demnach auch keine aufsuchende Hilfe installiert wurde, weshalb die Kapazitäten der aufsuchenden Helferinnen stärker belasteten Familien zugedacht werden konnten.

Woher die Anfragen kamen, die für eine andere Art der Betreuung als geeigneter betrachtet wurden, lässt sich aus Tabelle 11 erkennen. Da generell wenig Anfragen dokumentiert wurden, die nicht an ein Projektangebot vermittelt wurden, wird die Herkunft nur nach anfragender Stelle und nicht nach Landkreis aufgeschlüsselt. Die spezifischen Hilfen, an die anstatt einer Familienhebammenbetreuung vermittelt wurde, werden unter 3.2.9 genauer betrachtet.

Tabelle 11: Herkunft der Anfragen, welche zu keiner Beauftragung einer Familienhebamme führten (in Klammern: prozentualer Anteil der anfragenden Stellen)

Anfragende Stellen	Anzahl (Prozent)
Kliniken	41 (31 %)
Hebamme	25 (19 %)
Jugendamt/ASD	23 (18 %)
Ärzte und Psychotherapeuten	15 (12 %)
Beratungsstellen	9 (7 %)
Einrichtungen der Erwachsenenbildung	5 (4 %)
Selbstmelder	4 (3 %)
Gesundheitsamt	3 (2 %)
Familienangehörige/Privatpersonen	1 (1 %)
Juristischer Bereich	1 (1 %)
Andere, sozialer Bereich	4 (3 %)
Gesamt	131 (100 %)

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008 – 2011. Abweichungen zur Gesamtsumme aus Tabelle 9 aufgrund vereinzelt fehlender Angaben.

Die prozentuale Mehrheit der Anfragen, die zu keiner Beauftragung einer Familienhebamme führte, stammt von Seiten der Kliniken (31 %), gefolgt von Hebammen (19 %) und dem ASD (18 %). Setzt man diese Zahlen in Bezug zur Gesamtanzahl der Anfragen der jeweiligen Stellen, so ergibt sich, dass 23 % der Anfragen von Kliniken, 9,1 % der Anfragen von Hebammenseite, 14 % der Anfragen von Seiten des ASD sowie 17,6 % der Anfragen von Ärzten/Psychotherapeuten zu keiner Beauftragung führten. Kliniken könnten demnach noch deutlicher darin geschult werden, zu erkennen, welche Familien im Rahmen des Projekts betreut und welche möglicherweise gleich an andere Angebote vermittelt werden können. Generell ist es jedoch wünschenswert, dass tendenziell eher zu viele als zu wenig Anfragen ans Projekt gestellt werden, da die KoordinatorInnen auf eine gestellte Anfrage hin auch bedarfsgerecht an nicht- projektbezogene Angebote vermitteln können, um der Familie benötigte Hilfe zu ermöglichen. Somit muss keine Familie, die Hilfe sucht, ohne Angebote bleiben.

Die gestellten Anfragen konnten nicht in allen Fällen eindeutig den anfragenden Institutionen zugeordnet werden: Einige der anfragenden Hebammen arbeiten teilweise in Kliniken und

könnten daher theoretisch auch unter „Klinik“ eingeordnet werden, was dementsprechend den Anteil der Anfragen von Klinikseite erhöhen würde. Der resultierende hohe Anteil von Anfragen aus Kliniken könnte außerdem dadurch erklärt werden, dass Familien im direkten Zeitraum um die Geburt besonders belastet erscheinen, da sie sich unmittelbar einer neuen Situation gegenüber sehen und somit (z. B. für KlinikmitarbeiterInnen) eher betreuungsbedürftig erscheinen können. Möglicherweise klingt die Belastung nach einiger Zeit ab, so dass bei der späteren Beurteilung des Falls durch einen/eine KoordinatorIn das Einsetzen einer Familienhebamme als nicht mehr notwendig angesehen wird. Richtet man den Blick aber auf die Stellen, an die vermittelt wurde, wenn keine Projektbetreuung empfohlen worden war, lässt sich erkennen, dass viele Fälle an den ASD verwiesen wurden. Das spricht dafür, dass die Problemlage hier als entsprechend komplex eingestuft wurde und die Begleitung durch eine Familienhebamme damit als nicht ausreichend bewertet wurde. (siehe Tabelle 15 in Abschnitt 3.2.9).

3.2.8 Anfragezeitpunkt

Eine Anfrage an die Koordinierungsstellen bezüglich Unterstützung für eine bestimmte Familie kann theoretisch über die gesamte Schwangerschaft und das gesamte erste Lebensjahr des Kindes erfolgen. Es zeigt sich, dass in allen saarländischen Kreisen eine überwiegende Mehrheit der Anfragen (Daten zu 727 Fällen) nach der Geburt des Kindes bei den Koordinierungsstellen eingehen –saarlandweit 80,2 % aller Anfragen; nur 19,8 % der Anfragen erreichten die KoordinatorInnen bereits während der Schwangerschaft (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Vergleich der vor- bzw. nachgeburtlichen Anfragezahlen (in Klammern: prozentuale Anteile pro Landkreis)

	Merzig- Wadern	Neun- kirchen	RV Saar- brücken	Saar- louis	Saarpfalz- Kreis	St. Wen- del	Saarland gesamt
Anteil Anfragen SWS	7 (11,30 %)	26 (24,50 %)	76 (22,70 %)	4 (4,90 %)	26 (26,80 %)	5 (10,90 %)	144 (19,80 %)
Anteil Anfragen nach Geburt	55 (88,70 %)	80 (75,50 %)	259 (77,30 %)	77 (95,10 %)	71 (73,20 %)	41 (89,10 %)	583 (80,2 %)
Gesamt	62 (100 %)	106 (100 %)	325 (100 %)	81 (100 %)	97 (100 %)	46 (100 %)	727 (100 %)

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008-2011

Am häufigsten werden Anfragen in den ersten drei Lebensmonaten der Kinder gestellt. Im Durchschnitt sind die Kinder zum Anfragezeitpunkt 5,9 Wochen alt (siehe Tabelle 13). Das

zweithäufigste Anfragefenster liegt im letzten Drittel der Schwangerschaft (durchschnittlich in der 30. Schwangerschaftswoche).

Tabelle 13: Durchschnittliche Anfragezeitpunkte für Anfragen in der Schwangerschaft und nachgeburtlich

	Merzig- Wadern	Neun- kirchen	RV Saar- brücken	Saar- louis	Saarpfalz- Kreis	St. Wendel	Saarland gesamt
Schwangerschafts- wochen	28,57	29,31	29,89	32,25	31,73	29,20	30,10
Alter des Kindes bei Anfrage (in Wochen)	5,70	5,26	5,59	6,24	7,33	7,29	5,97

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008-2011

Diese Befunde entsprechen weitestgehend der ursprünglichen Projektidee: potentiell belastete Familien sollten frühzeitig und idealerweise in der Schwangerschaft oder rund um die Zeit der Geburt erreicht werden, um ihnen eine Unterstützung zu einem möglichst frühen Zeitpunkt anzubieten, damit Überforderungen präventiv angegangen werden können. Vor und nach der Geburt scheinen Eltern durch die anstehenden großen Veränderungen und Anforderungen durch die neue Situation Hilfen gegenüber besonders aufgeschlossen zu sein, weshalb diese erhöhte Bereitschaft, Unterstützung anzunehmen, genutzt werden sollte.

In nachfolgender Tabelle 14 ist der Anfragezeitpunkt nach Landkreisen aufgeschlüsselt.

Tabelle 14: Anzahl der Anfragen nach Anfragezeitpunkt, unterteilt nach Schwangerschaftswochen bzw. Lebensmonaten (in Klammern: prozentualer Anteil der Anfragezeitpunkte pro Landkreis)

Anfragezeitpunkt	Merzig-Wadern	Neunkirchen	RV Saarbrücken	Saarlouis	Saarpfalz-Kreis	St. Wendel	Saarland gesamt
Vorgeburtlich							
SSW ≤ 13	0 (0 %)	1 (0,9 %)	2 (0,6 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (0,4 %)
SSW 14-27	4 (6,4 %)	8 (7,5 %)	23 (6,8 %)	1 (1,2 %)	7 (7,2 %)	2 (4,3 %)	45 (6,2 %)
SSW 28-40	3 (4,8 %)	17 (16,0 %)	51 (15,2 %)	3 (3,7 %)	19 (19,6 %)	3 (6,5 %)	96 (13,2 %)
Nachgeburtlich							
0-3 Monate	49 (79,0 %)	74 (69,8 %)	234 (69,8 %)	71 (87,6 %)	59 (55,9 %)	35 (76,1 %)	522 (71,8 %)
4-6 Monate	5 (8,1 %)	4 (3,7 %)	16 (4,7 %)	6 (7,4 %)	9 (8,5 %)	2 (4,3 %)	42 (5,7 %)
7 Monate und älter	1 (1,6 %)	2 (1,9 %)	9 (2,6 %)	0 (0 %)	3 (3,1 %)	4 (8,7 %)	19 (2,6 %)
Gesamt	62 (100 %)	106 (100 %)	335 (100 %)	81 (100 %)	97 (100 %)	46 (100 %)	727 (100 %)

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008-2011

Aus Tabelle 13 und Tabelle 14 sind deutliche Unterschiede im Anfragezeitpunkt zwischen den Kreisen zu erkennen. Während in Saarlouis nur ca. 5 % der Anfragen vor der Geburt erfolgen, sind es in Neunkirchen, dem Regionalverband Saarbrücken und dem Saarpfalz-Kreis jeweils mehr als 20 %. Ein Grund hierfür könnten unterschiedlich ausgestaltete Netzwerk- und damit Vermittlungsstrukturen sein, da der Anfragezeitpunkt unmittelbar mit diesen zusammen hängt: Während ein Kinderarzt Familien erst nachgeburtlich betreut und somit eine Familie dementsprechend spät ans Projekt vermittelt werden kann, erfolgen Vermittlungen durch Gynäkologen bereits frühzeitig im Rahmen der Schwangerschaft und Vermittlungen über Geburtskliniken in aller Regel unmittelbar um den Zeitpunkt der Geburt. Um erwünschte frühzeitige Vermittlungen zu gewährleisten, ist es umso wichtiger, Stellen in die Netzwerke einzubeziehen, die mit werdenden Müttern in Kontakt stehen. Nur diese können bei einem Hilfebedarf frühzeitig aktiv werden und damit möglichen Belastungen bereits entgegen wirken, bevor sich diese chronifizieren.

3.2.9 Weitervermittlung anstelle einer Betreuung durch eine Familienhebamme

Erreicht eine Anfrage die Koordinierungsstelle, wird versucht, eine möglichst passende Form der Unterstützung für die betreffende Familie zu finden. Nicht in allen Fällen handelt es sich dabei um eine Familienhebamme, SPFB oder SMA.

Im Zeitraum von 2008 bis 2011 wurden laut Dokumentation der Koordinierungsstellen 113 Familien nach Anfrage direkt an ein anderes Unterstützungsangebot des Netzwerks weitervermittelt, anstatt eine Betreuung durch eine Familienhebamme anzubahnen. Eine Familie wurde an zwei verschiedene Stellen angebundnen, wodurch es insgesamt 114 Nennungen bezogen auf 113 Familien gibt (siehe Tabelle 15).

Am häufigsten fand eine Weitervermittlung an das Jugendamt statt (50 %, 57 Fälle). Es handelte sich hierbei in aller Regel um Familien, die aufgrund ihrer hohen Belastung bzw. ihrer Belastungskonstellation nicht mehr in den Bereich der primär- oder sekundärpräventiven Unterstützung fielen, sondern bei denen aufgrund des hohen Belastungsmaßes eine engmaschigere Intervention durch das Jugendamt als notwendig angesehen wurde. Um einerseits eine Überforderung der aufsuchenden Helferinnen zu vermeiden und andererseits die Familie vor der Erfahrung zu bewahren, dass eingesetzte Hilfen nicht greifen und statt dessen ein erneuter Wechsel der Unterstützungsform als angebracht angesehen wird, wurde bereits zu Beginn nach einer anderweitigen passenden Unterstützung an Stelle einer Familienhebamme gesucht. Eine Anfrage an das Projekt kann jedoch auch in Fällen der Nichtvermittlung an eine Familienhebamme als Erfolg angesehen werden: Durch die gestellte Anfrage war es bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt möglich, den Kontakt zwischen Familie und Jugendamt herzustellen, wobei diese Kontaktaufnahme ohne das Projekt so früh wohl nicht stattgefunden hätte.

Weitere Vermittlungen erfolgten an Nachsorgehebammen, Frühförderung, andere Landkreise, Neurologie, Erste-Hilfe-Kurs, Psychiater, Mutter-Kind-Station, Trauertherapie, Arzt, Beratungsstelle, Gesundheitsamt, PEKIP, „MuKi“, Krabbelgruppe, PÄDSAK und das Projekt UFER.

Tabelle 15: Weitervermittlungen anstelle eines Familienhebammeneinsatzes, aufgeschlüsselt nach vermittelten Stellen (in Klammern: prozentualer Anteil der Weitervermittlungen)

Weitervermittlung an	Anzahl (%)
Jugendamt/ASD	57 (50 %)
Hebamme	11 (10 %)
Arzt	2 (2 %)
Beratungsstelle	21 (18 %)
Mutter-Kind-Gruppen (z. B. PEKIP, Krabbelgruppe)	5 (4 %)
Anderer Landkreis	2 (2 %)
Andere (PÄDSAK, Projekt UFER, Gesundheitsamt, SKF, Frühförderung, Neurologie, Erste-Hilfe-Kurs, Psychiater, Trauertherapie, Mutter-Kind-Station, unbekannt)	16 (14 %)
Gesamt	114 (100 %)

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008 – 2011.

Die weiter vermittelten Fälle sind zusätzlich nach Landkreisen getrennt aufgeschlüsselt (siehe Tabelle 16), um die Art der Weitervermittlung auch zwischen den einzelnen Projektgebieten vergleichen zu können.

Tabelle 16: Weitervermittlungen anstelle eines Familienhebammeneinsatzes, aufgeschlüsselt nach vermittelten Stellen und Landkreisen (in Klammern: prozentuale Anteile pro Landkreis)

Weitervermittlung	Merzig-Wadern	Neunkirchen	RV Saarbrücken	Saarlouis	Saarpfalz-Kreis	St. Wendel
Jugendamt/ASD	15 (39 %)	9 (38 %)	9 (69 %)	9 (75 %)	5 (61 %)	10 (52 %)
Hebamme	3 (8 %)	3 (12 %)	1 (8 %)	0 (%)	1 (13 %)	3 (16 %)
Arzt	0 (%)	1 (4 %)	0 (%)	0 (%)	1 (13 %)	0 (%)
Beratungsstelle	17 (45 %)	2 (8 %)	0 (%)	0 (%)	0 (%)	2 (11 %)
Andere	3 (8 %)	9 (38 %)	3 (23 %)	3 (25 %)	1 (13 %)	4 (21 %)
Gesamt	38 (100 %)	24 (100 %)	13 (100 %)	12 (100 %)	8 (100 %)	19 (100 %)

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008-2011

Verglichen mit den anderen aufgeführten Landkreisen weist der Landkreis Merzig-Wadern mit 38 Weitervermittlungen anstelle eines Familienhebammeneinsatzes die höchste Anzahl an Weitervermittlungen bezogen auf die Gesamtzahl der Weiterleitungen (N = 114) auf (33 %). Auch auf die Gesamtanzahl der Anfragen ans Projekt bezogen machen die Weitervermittlungen in Merzig-Wadern ca. 1/3 aus und liegen damit über der Höhe der weitervermittelten Anfragen anderer Landkreise (vgl. Neunkirchen: 11,7 %).

Diese Zahl kann einerseits dafür stehen, dass verhältnismäßig viele Anfragen ans Projekt gestellt wurden, die eigentlich eher einen Fall für die Betreuung durch den ASD darstellten

und somit eine Weitervermittlung indiziert war, oder dass die im Landkreis vorhandene Anzahl der Familienhebammen die zahlreichen Anfragen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Kapazitäten nicht ausreichend betreuen konnte, so dass eine Weiterleitung der schweren Fälle notwendig wurde. Teilweise kam es jedoch zu Doppelbetreuungen durch das Jugendamt und den aufsuchenden Hilfen im Rahmen des Projektes, was, sofern klare und alle Beteiligte berücksichtigende Absprachen getroffen wurden, ein durchaus erfolgreicher Ansatz sein kann (vgl. Abschnitte 3.2.13 und 5.3.2 zur Kooperation von *Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz* und Jugendhilfe).

Die passgenaue Vermittlung der ans Projekt gestellten Anfragen an aufsuchende Hilfen, weitere Projektangebote oder andere die Familie unterstützende Maßnahmen ist eine zentrale Aufgabe der ProjektkoordinatorInnen. An dieser Stelle entscheidet sich, welche Art der Unterstützung eine Familie im weiteren Verlauf erhält. Die Auswahl an Unterstützungsmöglichkeiten im Saarland ist groß, was bereits durch die vielfältige Zusammensetzung der Netzwerke deutlich wird. Diese Vielseitigkeit zeigt sich auch in den unterschiedlichen Bedarfslagen der Familien. Nutzt der/die KoordinatorIn daher die gegebenen Möglichkeiten effizient, so kann der Erfolg der angebotenen und umgesetzten Unterstützung für die Familien maximiert werden. Eine fehlende Passung zwischen Hilfsangebot bzw. HelferIn und Familie kann auf beiden Seiten zu Frustration, Hilflosigkeit und Ärger führen und auch Betreuungsabbrüche verursachen.

3.2.10 Weitervermittlungen im Fallverlauf

Ein mögliches Betreuungsziel besteht darin, die Familie während der Arbeit möglichst gut in weitere bestehende Hilfsangebote einzubinden, damit diese bestmöglich unterstützt werden und auf verschiedene Unterstützungsangebote wie Elterntreffs etc. zurückgreifen kann, die auch nach Ende der aufsuchenden Betreuung des Projektes weiter vorhanden sind. Wird die Maßnahme noch während der laufenden Familienhebammenbetreuung anstatt erst im Anschluss daran eingeführt, so steigert dies die Wahrscheinlichkeit, dass die Hilfe auch akzeptiert und somit längerfristig angenommen wird.

Bei den im Saarland betreuten Familien gab es während der Arbeit mit Familienhebammen zahlreiche Vermittlungen (N = 257) an zusätzliche Angebote (siehe Tabelle 17), allen voran an Mutter-Kind-Gruppen, was die angestrebte Niederschwelligkeit der Maßnahmen unterstreicht: Mütter können sich hier selbständig langfristig Unterstützung sichern und dauerhaft in soziale Kontakte eingebunden werden. Weitere Angebote, an die in zahlreichen Fällen verwiesen wurde, betreffen die Vermittlungen an Beratungsstellen und außerfamiliäre Be-

treuungen wie z. B. Kinderkrippen. Die bedarfsgerechte Vermittlung zeigt sich erneut an der hohen Anzahl der Nennungen der Weiterleitung in der Kategorie „Andere“, was für eine hohe Vielfältigkeit der eingeleiteten Maßnahmen spricht. Unter die Angebote dieser Kategorie fallen beispielsweise Maßnahmen wie Psychotherapie oder spezielle eigenständige Projekte („Tandem“, „Ufer“, Angebote der Gemeinwesenarbeit).

Tabelle 17: Anzahl der bis einschließlich 2011 betreuten Familien, bei denen während der Familienhebammenbetreuung zusätzliche Maßnahmen eingeleitet wurden

Weitervermittlung an	Anzahl (%)
ASD/Jugendamt	27 (10,5 %)
Frühförderung	26 (10,1 %)
Beratungsstelle	35 (13,6 %)
Außerfamiliäre Betreuung	33 (12,8 %)
Eltern-Kind-Gruppen (z. B. PEKiP, Krabbelgruppe, Spielkreis, Babyclub)	84 (32,7 %)
Andere (u. a. Psychotherapie (10), Haushaltsorganisationstraining (4), Mutter-Kind-Kur (4), Projekt Tandem (4), Projekt Ufer (3), Säuglingsambulanz (3), Selbsthilfegruppe (2), Familienzentren, ambulanter Pflegedienst, Sozialberatung, Krankengymnastik)	52 (20,2 %)
Gesamt	257 (100 %)

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008 – 2011

3.2.11 Beendigungen

Das Projekt *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz* ermöglicht die aufsuchende Unterstützung von Familien durch Familienhebammen und SPFB regulär bis maximal zum ersten Geburtstag des Kindes, d. h. spätestens zu diesem Zeitpunkt findet eine Beendigung der aufsuchenden Hilfe durch das Projekt statt. Eine Betreuung muss allerdings nicht bis zu diesem Zeitpunkt andauern, sondern kann auch vorzeitig beendet werden – wenn beispielsweise kein weiterer Hilfebedarf besteht oder die Familie andere Unterstützungsformen erhält, die eine aufsuchende Hilfe durch Familienhebammen überflüssig machen. Auch wenn Eltern eine weitere Unterstützung ablehnen, muss dies akzeptiert werden, da die Teilnahme am Projekt freiwillig ist. Insgesamt liegen zu 713 Betreuungen im Projektzeitraum konkrete Daten zur Beendigung vor, für die in 699 Fällen auch Gründe für die Beendigung genannt worden sind (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Gründe für die Beendigung der aufsuchenden Hilfe im Projekt, nach Landkreisen getrennt

Beendigungsgründe	Neunkirchen	Merzig-Wadern	RV Saarbrücken	Saarlouis	Saarpfalz-Kreis	St. Wendel	Saarland gesamt
Kindesalter	102 (67,1 %)	39 (66,1 %)	133 (51,4 %)	35 (58,3 %)	69 (62,2 %)	29 (50,0 %)	407 (58,2 %)
Mangelnde Bereitschaft	14 (9,2 %)	8 (13,6 %)	25 (9,7 %)	7 (11,7 %)	9 (8,1 %)	6 (10,3 %)	69 (9,9 %)
Kein weiterer Hilfsbedarf	12 (7,9 %)	7 (11,9 %)	55 (21,2 %)	8 (13,3 %)	15 (13,5 %)	8 (13,8 %)	105 (15,0 %)
Inobhutnahme	9 (5,9 %)	1 (1,7 %)	12 (4,6 %)	2 (3,3 %)	3 (2,7 %)	1 (1,7 %)	28 (4,0 %)
Andere	15 (9,9 %)	4 (6,8 %)	34 (13,1 %)	8 (13,3 %)	15 (13,5 %)	14 (24,1 %)	90 (12,9 %)
Gesamt	152 (100 %)	59 (100 %)	259 (100 %)	60 (100 %)	111 (100 %)	58 (100 %)	699 (100 %)

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008 – 2011.

Der häufigste Grund für eine Beendigung der Begleitung durch Familienhebammen ist demnach in allen Landkreisen das Erreichen des festgelegten Höchstalters des Kindes von einem Jahr (58,2 %). Dies bedeutet, dass in mehr als der Hälfte aller Fälle nicht inhaltliche, sondern vielmehr strukturelle Gründe zur Beendigung der Betreuung führten. Eine genauere Analyse zeigt, dass von den 407 Betreuungen, die aufgrund des Erreichens der Betreuungsgrenze des ersten Lebensjahres des Kindes beendet wurden, insgesamt 198 Familien (48,6 %) entweder im Betreuungsverlauf oder an dessen Ende an eine andere Unterstützungsform angebunden wurden (in 38 Fällen liegen keine Angaben vor) und somit auch nach Erreichen des regulären Beendigungszeitpunktes der Betreuung nicht ohne Unterstützung blieben.

Das Alter des Kindes von einem Jahr markiert zwar das Erreichen des Endes der aufsuchenden Hilfe im Rahmen der Projektbetreuung, jedoch stellt dies kein Hindernis dar, um der Familie weitere Hilfe zur Seite zu stellen. Bei 171 der wegen Kindesalters beendeten Betreuungen (42 %) wurde jedoch weder im Betreuungsverlauf noch an dessen Ende an eine andere Unterstützungsform vermittelt.

Um Familien im Abschied von der oft zur Vertrauensperson gewordenen Helferin nicht zu überfordern und die Akzeptanz anderer unterstützender Personen oder einer anderen Hilfeform zu erhöhen, ist es wichtig, weitere Unterstützungsangebote frühzeitig anzubahnen, so dass am Ende des ersten Lebensjahres ein optimaler Übergang geschaffen werden kann. Da sich das besondere Fachwissen von Hebammen insbesondere auf die frühe gemeinsame Zeit von Eltern und Kind bezieht, erscheint ein deutlich längerer Betreuungszeitraum durch Familienhebammen nicht optimal. In Einzelfällen wurde jedoch durch die kurzzeitige

und flexible Ausweitung des Betreuungszeitraumes die Möglichkeit einer passenden Anbindung innerhalb des Netzwerkes geschaffen und die Übergabe an anschließende Hilfsangebote erleichtert.

In 15 % der Fälle benötigten die Familien bereits vor Ende des ersten Lebensjahres des Kindes keine weiteren Hilfen mehr, sodass die Betreuung beendet wurde. Die Entscheidung, dass bei einer betreuten Familie kein weiterer Hilfebedarf besteht, wird in aller Regel in Absprache sowohl zwischen Familie und aufsuchender HelferIn wie auch zwischen aufsuchender HelferIn und KoordinatorIn getroffen. Ein solcher erfolgreicher Betreuungsabschluss bedeutet nicht zwangsläufig, dass alle Schwierigkeiten der Familie gelöst bzw. alle Belastungen verschwunden sind. Vielmehr werden Betreuungen auch dann beendet, wenn eine Familie vermutlich nicht von einer weiteren Unterstützung durch eine Familienhebamme profitieren würde. Dies kann beispielsweise auch dann der Fall sein, wenn Familien innerhalb des Netzwerkes an für sie passgenaue Unterstützungsangebote angebunden werden konnten, sodass die bestehenden Schwierigkeiten an diesen Stellen hinreichend gut abgefangen werden können und die intensive Familienhebammenbetreuung daher nicht weiter fortgeführt werden muss. Ebenso kann und soll der Fall eintreten, dass Familien wie intendiert durch die Unterstützung der Familienhebamme ein ausreichendes Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten entwickelt haben, sodass sie die noch bestehenden Schwierigkeiten ohne eine weitere Betreuung selbständig bewältigen können.

Anknüpfend an die bereits diskutierten Tätigkeitsbereiche der Familienhebammen wäre es sinnvoll, zukünftig vor einer Beendigung der Betreuung aufgrund fehlenden Hilfebedarfs zu prüfen, ob die Familie nicht eventuell noch von abschließenden Hausbesuchen mit Fokussierung auf die elterliche Feinfühligkeit profitieren könnte. Die Inhalte des Elternkurses *Das Baby verstehen* wurden so konzipiert, dass nicht nur Eltern mit besonders geringer Feinfühligkeit, sondern alle Eltern, unabhängig vom Vermittlungsgrund ans Projekt, davon profitieren können. Würden die Kursinhalte gegen Ende der aufsuchenden Betreuung noch einmal gesondert thematisiert, so könnten bereits in der gemeinsamen Arbeit erzielte Erfolge weiter ausgebaut und längerfristig verfestigt werden. Möglicherweise findet eine Familie erst nach Erreichen einer gewissen Stabilität der Verbesserung ausreichend Ressourcen, um sich auf die Arbeit an feinfühligere Interaktion einlassen zu können und profitiert daher umso mehr von der Bearbeitung der Themen des Elternkurses gegen Ende der Betreuung, wenn diese Stabilität in der Mehrzahl der Fälle erreicht wurde.

Im Laufe der Betreuung führte mangelnde Bereitschaft zur Kooperation auf Seiten der Familien in 10 % der Fälle zur Beendigung der Zusammenarbeit. Unter diese Kategorie werden zum einen Fälle gezählt, in denen eine Familie offen zum Ausdruck bringt, dass sie keine

weitere Unterstützung durch das Projekt wünscht. Dies kann der Fall sein, wenn Familien einerseits das Gefühl haben, nicht die erwartete Hilfe über das Projekt zu erhalten oder falls andererseits diverse zwischenmenschliche Faktoren zwischen Betreuenden und Betreuten die Arbeit beeinträchtigen und die Zusammenarbeit an einen Punkt kam, an dem eine der beiden Seiten das Arbeitsbündnis zu beenden als notwendig ansah. Eine rechtzeitige umfassende Auftragsklärung kann durch Erwartungsabgleiche verhindern, dass Betreuungen über längere Zeit nicht zufriedenstellend verlaufen und schließlich abgebrochen werden. Zusätzlich kann auch eine ausreichend gute Vorsondierung der Anfragen und eine individuelle Auswahl der Unterstützungsform einer mangelnden Passung zwischen Familie und vermittelter Hilfe vorbeugen und dafür sorgen, dass nur diejenigen Familien im Projekt durch Familienhebammen betreut werden, für die eine solche Unterstützung auch angemessen ist (siehe auch Abschnitt 3.2.9, Weitervermittlung anstelle einer Betreuung durch eine Familienhebamme). Ein notwendig gewordener Betreuungsabbruch ist für alle Beteiligten meist überaus frustrierend und kann das Vertrauen in die Wirksamkeit von Unterstützungsmaßnahmen grundlegend negativ beeinflussen, was somit längerfristige Folgen für die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten nach sich zieht und daher unbedingt vermieden werden sollte .

Viele Familien erhielten bereits vor Beginn der Familienhebammenbetreuung andere Unterstützungsangebote (vgl. Abschnitt 3.2.13). Ist dies bei hoch belasteten Familien der Fall, könnten diese durch ein weiteres Betreuungsangebot in eine Art Überforderungssituation (zeitlich, kognitiv oder emotional) geraten, sodass sich ebenso eine mangelnde Bereitschaft zur weiteren Zusammenarbeit im Sinne eines Abbruchs ergibt. Dies geschieht vor allem dann, wenn die agierenden HelferInnen wenige oder unklare Absprachen untereinander getroffen haben und möglicherweise widersprüchliche oder redundante Unterstützungen anstoßen (siehe auch Abschnitt 2.2.8, Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Institutionen). Nicht selten kommt es vor, dass Familien aus Sorge, nach Außen einen schlechten Eindruck zu machen oder aus der Befürchtung heraus, eine Ablehnung der Projektteilnahme könne gegenüber dem Jugendamt negativ ausgelegt werden, einer Betreuung durch eine Familienhebamme zustimmen, obwohl sie eine solche eigentlich nicht möchten. In einigen dieser Fälle kann es Familienhebammen durchaus gelingen, trotz dieser schwierigen Ausgangslage eine gute Arbeitsbeziehung zu einer Familie herzustellen und sie so doch für die Annahme der *Frühen Hilfen* zu gewinnen. In anderen Fällen jedoch bleibt die ursprüngliche Einstellung der Familien bestehen, was eine konstruktive Arbeit unmöglich macht. Nicht immer formulieren Familien ihre Ablehnung der Unterstützung ganz direkt. Häufig wird diese durch wiederholtes „Vergessen“ der Termine, Nicht-Öffnen der Haustüre oder fehlende aktive Mitarbeit gezeigt.

Weiterhin bleibt zu beachten, dass die analysierten Auskünfte über die Beendigungsgründe nicht von den Familien selbst stammen, sondern von den Familienhebammen oder den zuständigen KoordinatorInnen angegeben wurden, deren subjektive Sicht durchaus von denen der Familie abweichen kann. Ein „objektives“ Bild der Beendigungsgründe lässt sich auf diesem Wege somit nicht widerspiegeln.

Als Helferin zu entscheiden, wie intensiv versucht werden soll, eine Familie für eine Projektteilnahme zu motivieren, ist oft schwierig. Da es sich bei dem Projekt um eine freiwillige Form der Unterstützung handelt, gehört es einerseits zum professionellen Handeln der Helferinnen, die Entscheidung einer Familie für ein Betreuungsende zu akzeptieren (wobei eine Meldung ans Jugendamt im Falle einer Kindeswohlgefährdung hiervon unbeeinträchtigt bleibt). Andererseits sind eine fehlende (allgemeine) Motivation sowie generelle Schwierigkeiten bezogen auf Autonomie und Abhängigkeit bei potentieller Klientel häufig zu beobachten, was eine spannungsfreie Zusammenarbeit zusätzlich erschweren kann. Es liegt im Aufgabenbereich der Familienhebammen, eine passiv oder aktiv gezeigte Ablehnung von destruktiven Verhaltensmustern der Familie zu trennen und dementsprechend darauf zu reagieren.

Letztlich bleibt es ein Balanceakt jeder Helferin, einerseits die Entscheidung der Familie zu einem Abbruch der Zusammenarbeit anzuerkennen, andererseits aber auch bindungsängstliche, vermeidende innere Anteile nicht zu unterstützen und die Familie zur Fortführung der Betreuung zu ermutigen. Im Optimalfall kann und sollte diese Ambivalenz zusammen mit der Familie thematisiert und im Laufe der gemeinsamen Arbeit reflektiert und bearbeitet werden. Dies erfordert jedoch, soweit überhaupt ein Kontakt hergestellt werden kann, ein gewisses Maß an Introspektionsfähigkeit seitens der Familie sowie ein gesundes Selbstwertgefühl der Helferin. Denn erst wenn es gelingt, als Familienhebamme das ablehnende Verhalten des Gegenübers losgelöst von der eigenen Person (und eventuellen eigenen Verletzungen im Rahmen der Zusammenarbeit) zu betrachten, wird es möglich, empathisch auf beide Seiten der Ambivalenz einzugehen und die Familie im Finden ihrer eigenen Entscheidung zu unterstützen. Dieser Prozess ist jedoch bereits eher ein therapeutischer Akt, der im Alltag oft nicht ausreichend umgesetzt werden kann.

Der Anteil der wegen mangelnder Kooperation beendeter Fälle hängt daher teilweise von den Möglichkeiten der aufsuchenden Helferinnen ab, zunächst misstrauische Klienten von der Sinnhaftigkeit der Unterstützung zu überzeugen und sie zur Mitarbeit zu motivieren sowie der Fähigkeit, deren Motivation über die Dauer der Betreuung ausreichend hoch zu halten. Die Art der Vermittlung ans Projekt und eine umfassende, alle Faktoren betrachtende Fallanalyse vor Beauftragung sind wichtige Einflussgrößen für den (erfolgreichen) Ablauf der

Betreuung und um eine entsprechende Bedarfsklärung der Familie und Vermittlung der passgenauen Hilfe zu gewährleisten. Um zukünftig kostbare finanzielle und zeitliche Ressourcen zu sparen und möglichst effizient einzusetzen, erscheint eine fortlaufende Rückmeldung über die geleistete Zusammenarbeit im Rahmen des Projektes und Schulung der aufsuchenden Helferinnen für vermittelnde Institutionen sinnvoll, damit die geleistete Arbeit umfassend reflektiert werden und stetig optimiert werden kann. Die Aufgabe, den Familien wertschätzend und ohne Druck, gleichzeitig jedoch klar und bestimmt ein Unterstützungsangebot zu unterbreiten, ist eine besonders sensible Aufgabe, die viel Übung, Zeit und Motivation sowie Kenntnisse in Gesprächsführung und Umgang mit potentiell problematischer Klientel erfordert.

In 12,9 % der Fälle wurden „andere“ Gründe für die Beendigung angegeben, beispielsweise ein Umzug der Familie in Regionen außerhalb des Projektstandortes, das Antreten eines neuen Arbeitsplatzes oder die Aufnahme in eine Mutter-Kind-Einrichtung, welche die aufsuchende Betreuung nicht mehr möglich bzw. nötig machte.

In 4,0 % der Fälle wurde die Betreuung durch eine Inobhutnahme des Kindes beendet. Ziel der Betreuung ist es zwar, negative Entwicklungen der Situation von Eltern und Kind zu vermeiden und Unterstützung zur Meisterung der vorhandenen Anforderungen zu leisten, jedoch ist dies nicht in allen Fällen erfolgreich möglich, da Beziehungskonstellationen teilweise von Anfang an zu stark beeinträchtigt und die Probleme der Familie so gravierend sein können, dass das Kind schließlich in ein stabileres und sichereres Umfeld gebracht werden muss. Ohne den Zugang zu den betreffenden Familien durch die *Frühen Hilfen* wäre die Gefährdung des Kindeswohls in vielen Fällen möglicherweise nicht frühzeitig genug erkannt worden, weshalb auch die Beendigung der Zusammenarbeit durch eine Inobhutnahme nicht zwingend als Scheitern angesehen werden muss. Auch können Familienhebammen in Fällen anstehender Inobhutnahme die Eltern beim Umgang mit der Situation unterstützen, sodass diese die Notwendigkeit der Maßnahme erkennen, verstehen und mit der Belastung besser umgehen können. Während Familienhebammen zwar in manchen Fällen einer anstehenden Inobhutnahme als Teil des Helfersystems, das die Inobhutnahme angestoßen hat, angesehen und daher von den Familien abgelehnt werden, bieten sie doch für viele Eltern die Möglichkeit, ihre Gefühle von Ärger, Frustration, Trauer oder Scham loszuwerden und ermöglichen auf diese Weise, dass sich die betroffenen Familien in der schwierigen Situation nicht alleine gelassen fühlen, da eine Person vorhanden war, an die sie sich mit ihren Emotionen und Ängsten wenden konnten.

3.2.12 Weitervermittlung nach Ende der Betreuung

Im Abschnitt 3.2.10 (Weitervermittlungen im Fallverlauf) wurde bereits berichtet, an welche zusätzlichen Unterstützungsformen Familien schon während der laufenden Betreuung durch eine Familienhebamme vermittelt wurden. Häufig kommt es jedoch auch vor, dass erst am Ende der Projektbetreuung klar wird, dass Familien (noch) nicht ganz ohne eine Unterstützung auskommen oder die Betreuung durch eine Familienhebamme aufgrund einer passenden Weitervermittlung nicht mehr als notwendig erachtet wird, da zwischenzeitlich andere Maßnahmen als zentral für die erfolgreiche Unterstützung der Familie angesehen wurden. Es ist in vielen Fällen sinnvoll, die Familie mit dem Ende der aufsuchenden Arbeit an eine weitere Hilfe zu vermitteln, so dass die Unterstützung nicht abrupt endet und die Familie an weitere Hilfsangebote angebunden bleibt. Diese weiteren unterstützenden Maßnahmen können und sollten in vielen Fällen bereits während der Betreuung durch eine Familienhebamme eingebracht werden oder, um einen nahtlosen Übergang der Betreuung zu gewährleisten, an die aufsuchende Arbeit anschließen und daher spätestens am Ende der Betreuungszeit angebahnt werden.

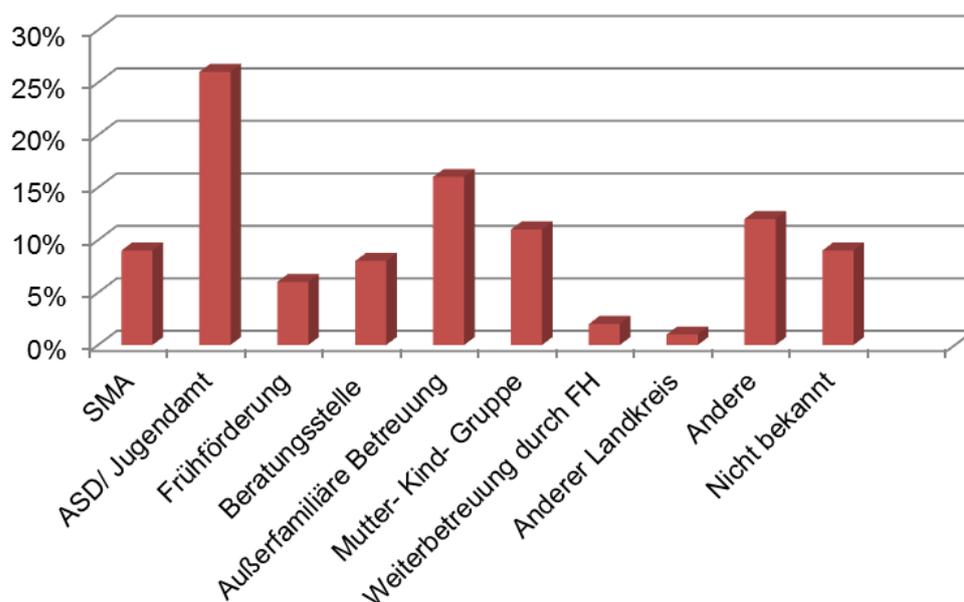
Aus Tabelle 19 geht hervor, dass mit 306 Familien (43 % der 713 bis 2011 erfassten beendeten Fälle) erfreulicherweise fast die Hälfte der Projektfamilien, für die Daten vorliegen, am Ende der Betreuung an eine andere Unterstützungsform angebunden werden konnte. Für die andere Hälfte gab es nach KoordinatorInnenauskunft keine direkt weitervermittelten Angebote. Teilweise kann davon ausgegangen werden, dass die nicht weiter vermittelten Familien durch die Hilfe der Familienhebamme in die Lage versetzt werden konnten, ihre Schwierigkeiten zu bewältigen und schließlich ohne die durchaus sehr intensive Betreuung durch Familienhebammen oder weitere Angebote zurechtzukommen. In einigen Fällen haben die Familien selbst die Initiative ergriffen und sind in Elterntreffs aktiv geworden, weshalb eine Weitervermittlung durch die Hebamme überflüssig erschien. Anhand der vorliegenden Informationen können jedoch keine eindeutigen Rückschlüsse darauf gezogen werden, wie viele der am Ende der Hebammenbetreuung nicht-weitervermittelten Familien möglicherweise weiterhin von Unterstützungsangeboten profitiert hätten und aus welchen Gründen diese nicht umgesetzt wurden.

Tabelle 19: Anzahl der Weitervermittlungen nach Ende der Familienhebammenbetreuung, bezogen auf das gesamte Saarland

Weitervermittlung an	Anzahl (%)
SMA/Kinderkrankenschwester	26 (9 %)
Jugendamt/ASD	79 (26 %)
Frühförderung	17 (6 %)
Beratungsstelle	25 (8 %)
Außerfamiliäre Betreuung	49 (16 %)
Mutter-Kind-Gruppen (z. B. PEKIP, Krabbelgruppe, Spielkreis)	35 (11 %)
Weiterbetreuung durch FH (wg. Geburt eines Geschwisterkinds)	6 (2 %)
Anderer Landkreis	4 (1 %)
Anderere (Medical Center, Kompetenz- Agentur, FHZ, Jugendhilfe, Frauenhaus, „Kinderstubb“, Mutter-Kind-Kur, Projekt TANDEM, Projekt UFER, integrativer Kita-Platz, Familientherapie, Babysprechstunde, Babyschwimmen, Selbsthilfegruppe, Amt für kommunale Arbeitsförderung, Projekt Alleinerziehende, Deutschkurs, Migrationsdienst, Mehrgenerationenhaus, Gemeinwesenprojekt, Babyclub, Psychotherapie, Kinderarzt, Sozialraumprojekt „Stärken vor Ort“, Sozialpädiatrisches Zentrum)	38 (12 %)
Nicht bekannt	27 (9 %)
Gesamt	306 (100 %)

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008-2011

Eine grafische Veranschaulichung der stattgefundenen Vermittlungen ist in Abbildung 10 zu sehen.

**Abbildung 10: Weitervermittlungen nach Ende der Familienhebammenbetreuung, bezogen auf das gesamte Saarland (Darstellung in Prozent)**

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008-2011

Wie in Tabelle 19 und Abbildung 10 zu erkennen ist, werden viele Fälle am Ende der Familienhebammenbetreuung an SMA/Kinderkrankenschwestern sowie das Jugendamt übergeben. Ob dies widerspiegelt, dass viele Familien am Ende der Betreuung weiterhin zu belastet waren, um ohne intensive Betreuung auszukommen, oder ob die Fälle von vornherein eher Fälle für Angebote des ASD statt für eine Familienhebamme gewesen wären, kann aufgrund der Datenlage nicht eindeutig beantwortet werden. Auf die Weitervermittlungen an die Jugendhilfe wird im folgenden Abschnitt 3.2.13 (Kooperation von *Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz* und Jugendhilfe) genauer eingegangen.

Wie bereits bei der Fallanfrage sollte auch am Ende einer Betreuung rechtzeitig über die Notwendigkeit und die Möglichkeiten einer weiteren individuellen Unterstützung nachgedacht werden. Besonders wichtig erscheinen hierbei die frühzeitige Anbahnung einer solchen Vermittlung, um Familien nicht am Ende der Betreuung zusätzlich zu den Anforderungen des Abschieds von der Familienhebamme mit einer neuen Unterstützung zu überfordern sowie die aktive Einbindung der Familienhebamme selbst in die Anbindung weiterer Unterstützungsformen, da diese in den meisten Fällen zu einer wichtigen Vertrauensperson geworden ist und den Erfolg einer neuen Maßnahme durch ihre Unterstützung erhöhen kann. Ein möglicherweise erhöhter Zeitdruck am Ende einer Betreuung sollte nicht dafür verantwortlich sein, angemessene Hilfen aus Zeit- oder Ressourcenmangel nicht zu aktivieren. Wird die Hilfe bereits während der Betreuung angebahnt, so können mögliche Unsicherheiten und Probleme der Familie (z. B. Bedenken, sich in die Gruppe eines Elterntreffs integrieren zu können) gemeinsam mit der Familienhebamme besprochen und die praktische Umsetzung erprobt und nachbesprochen werden.

Die Anbindung an weitere Hilfsangebote innerhalb des Netzwerkes ermöglicht es also, dass die Hilfe für Familien nicht mit der aufsuchenden Arbeit der Familienhebammen endet. Die Gestaltung von Übergängen kann gewährleisten, dass Familien auch nach Ende der Projektbetreuung nicht „durchs Netz fallen“.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, bei wie vielen Familien die Unterstützungsangebote, die während der Betreuung installiert worden waren (vgl. Abschnitt 3.2.10 zu den Weitervermittlungen im Fallverlauf) auch nach Ende der Familienhebammenzeit fortgeführt wurden. Insgesamt trifft dies in 236 Fällen zu (es liegen Angaben für N = 499 Familien vor, siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Fortführung der Unterstützungsangebote oder Maßnahmen der Jugendhilfe, welche bereits während der Projektbetreuung bestanden haben

Im Betreuungszeitraum bestehende Unterstützungsangebote oder Maßnahmen der Jugendhilfe werden fortgesetzt	Anzahl (Prozent)
Ja	236 (47,3 %)
Nein	263 (52,7 %)
Gesamt	499 (100 %)

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008-2011

Von diesen 236 Fällen, für die bestehende Maßnahmen der Jugendhilfe fortgeführt werden, wurden 92 Fälle zusätzlich an andere Stellen weitervermittelt, während bei 144 Familien diese Unterstützung als ausreichend betrachtet wurde (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21: Weitervermittlungen nach Ende der Familienhebammenbetreuung bei Familien, in denen zuvor installierte Maßnahmen zudem fortgeführt werden

Weitervermittlungen nach Ende der Familienhebammenbetreuung bei Familien, in denen zuvor installierte Maßnahmen fortgeführt werden	Saarland gesamt
Ja	92 (39 %)
Nein	144 (61 %)
Gesamt	236 (100 %)

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008-2011

Wenn in einigen beendeten Fällen keine Weitervermittlung nach Ende der Betreuung angegeben wurde, bedeutet dies also keineswegs, dass diese Familien dann unversorgt waren. Stattdessen hatten viele von ihnen bereits während der Betreuung Maßnahmen erhalten, die später fortgeführt wurden. Wie aus Tabelle 21 ersichtlich ist, wurden die betreffenden, im Fallverlauf installierten Hilfen, in 61 % der Fälle von den KoordinatorInnen und/oder Familienhebammen als ausreichend betrachtet und daher keine zusätzlichen Hilfen installiert. Das beinhaltet wiederum, dass viele Familien in der Statistik der Weitervermittlungen am Betreuungsende nicht auftauchen, obwohl sie weiterhin Hilfen erhalten, die jedoch bereits während der laufenden Betreuung angeregt wurden.

Es stellt sich außerdem die Frage, ob eine Vermittlung von Familien an zusätzliche Hilfsangebote bedeutet, dass die Eltern trotz der aufsuchenden Betreuung nicht ausreichend unterstützt werden konnten, oder ob gerade das Annehmen weiterer Hilfen eine Kompetenz darstellt und daher eine hohe Anzahl von Weitervermittlungen als positives Resultat angesehen werden kann. Einerseits ist es wünschenswert, dass Familien in der Zusammenarbeit mit Familienhebammen eigene Schwierigkeiten bewältigen lernen und Ressourcen aktivieren, damit sie ihren Alltag in Zukunft möglichst eigenständig und ohne engmaschige Betreuung

bewältigen können. Andererseits kann eine hohe Anzahl an installierten weiteren Hilfen auch dafür stehen, dass die im Rahmen des Projekts geleistete Unterstützung Wirkung zeigt, indem sie Familien in die Lage versetzt, helfende Angebote anzunehmen, ohne die sie auf Dauer nicht auskommen würden.

Weiterhin ist von Bedeutung, was mit Familien passiert, die zwar an eine aufsuchende Helferin, jedoch weder während noch am Ende der Betreuung an eine weitere Hilfe vermittelt wurden. Insgesamt war dies bei 195 von 873 Familien der Fall. Um Vorstellungen über diese Elterngruppe zu erhalten, wurden die für diese Gruppe angegebenen Beendigungsgründe betrachtet. Dabei zeigt sich, dass in vielen Fällen das Kindesalter das reguläre Projektende bedeutete (was jedoch nicht zwingend mit dem Ende des Hilfebedarfs einher gehen muss), jedoch war auch in einigen Fällen mangelnde Kooperation ein Beendigungsgrund, was wiederum erklären kann, wieso diese Familien nicht an weitere Hilfen angebunden werden konnten: stehen sie der aufsuchenden Hilfe durch eine Familienhebamme ablehnend gegenüber, so ist es wahrscheinlich, dass auch das Anraten weiterer Unterstützung von Seiten der aufsuchenden Hilfe wenig Erfolg zeigen wird (siehe Tabelle 22 und Abbildung 11).

Tabelle 22: Beendigungsgründe der Familienhebammenarbeit in Familien ohne weitere Vermittlungen

Beendigungsgrund	Anzahl (Prozent)
Kindesalter	58 (47,5 %)
mangelnde Bereitschaft zur Zusammenarbeit	31 (25,4 %)
kein weiterer Hilfebedarf	21 (17,2 %)
Umzug	7 (5,7 %)
stationäre Hilfe	1 (0,8 %)
anderer Bedarf als FH	1 (0,8 %)
anderer Grund	3 (2,5 %)
Gesamt	122 (100 %)

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008-2011

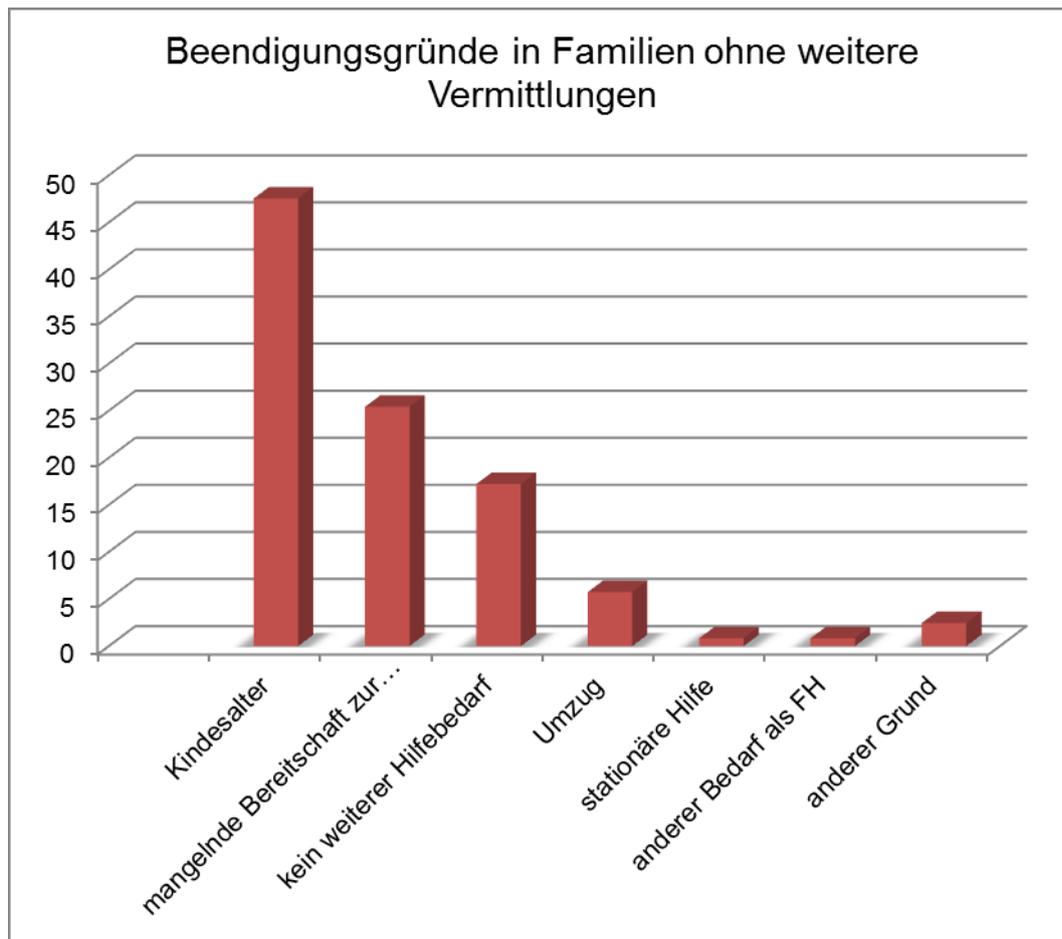


Abbildung 11: Beendigungsgründe der Familienhebammenarbeit in Familien ohne weitere Vermittlungen, bezogen auf das gesamte Saarland

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008-2011

Ebenso kann es jedoch sein, dass die Familie am Ende der Betreuung bereits eine so hohe Selbständigkeit und ein ausreichend gutes Funktionsniveau aufwies, dass eine weitere Unterstützung tatsächlich nicht mehr als notwendig angesehen werden kann. Da jedoch nur eine Nennung des Beendigungsgrundes möglich war, lässt sich daraus nicht eindeutig schließen, in wie vielen Fällen unter Beendigungsgrund „Kindesalter“ auch Familien waren, die zudem keine weitere Hilfe benötigten, jedoch das Kindesalter letztendlich das Ende der Projektteilnahme herbeiführte.

Betrachtet man die Familien, welche nach dem Ende der Arbeit an Maßnahmen des ASD oder an eine Betreuung durch eine SMA weiter vermittelt wurden, so fällt auf, dass vor allem die Belastung der Eltern, aber ebenso die finanzielle und Gesamtbelastung der Familie (jeweils eingeschätzt zu Beginn der Betreuung mittels der *HBS*) bei den an den ASD vermittelten Fällen deutlich höher ausfiel als bei der an eine SMA vermittelten Gruppe sowie im Vergleich zum Durchschnitt der *HBS*- Werte Gesamtstichprobe. Die Familien, welche an eine Betreuung durch eine SMA verwiesen wurden, unterscheiden sich hingegen nur gering von

den Durchschnittswerten der Gesamtstichprobe (die Analyse der Daten beruht auf 27 an den ASD verwiesenen Familien sowie 25 an eine SMA weitergeleiteten, da nur eine kleine Zahl am Ende an die beiden Institutionen vermittelt wurde und darüber hinaus nicht für alle diese Familien die *HBS* vorlag, siehe Tabelle 23).

Tabelle 23: Vergleich der *HBS*-Belastungswerte zwischen Familien, die nach Ende der Betreuung an den ASD vermittelt werden und der Gesamtstichprobe

Weitervermittlungen nach Ende der Familienhebammenbetreuung an Maßnahmen des ASD	<i>HBS</i> - Belastung Kind	<i>HBS</i> - Belastung Eltern	<i>HBS</i> - Belastung Soziales	<i>HBS</i> - Belastung Materiell	<i>HBS</i> - Belastung Gesamt
Weitervermittlung an ASD (N = 27)	20,27	54,6	35,08	40,39	50,56
Weitervermittlung an SMA (N = 25)	18,80	41,79	31,80	33,60	37,80
Durchschnittswerte (N = 597)	19,06	42,41	33,61	35,68	40,05

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008-2011

Die obige Tabelle zeigt, dass die Familien, welche an den ASD vermittelt wurden und ein höheres Belastungsniveau zu Beginn der Betreuung aufwiesen, auch am Ende noch so belastet sind, dass eine weitere enge Betreuung daher als angemessen erschien. Diese Zahlen unterstreichen erneut die bedarfsgerechte Betreuung im Rahmen des Projekts und im Anschluss daran, da abhängig vom Belastungsgrad der jeweiligen Familien entsprechende Unterstützungsmaßnahmen installiert werden.

3.2.13 Kooperation von *Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz* und Jugendhilfe

Familien, die bei *Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz* betreut wurden, erhielten in einigen Fällen gleichzeitig eine Unterstützung durch das Jugendamt oder durch andere Institutionen oder waren dem Jugendamt zumindest bekannt. Aus der Einzelfalldokumentation der Projekt-KoordinatorInnen liegen hierzu Daten zu 718 projektbetreuten Familien vor. Wie Tabelle 24 zeigt, waren 354 der Familien zu Beginn der Unterstützung bereits bei der Jugendhilfe aktenkundig, was ungefähr der Hälfte der betreuten dokumentierten Familien entspricht.

Tabelle 24: Anzahl der betreuten Familien, die der Jugendhilfe bereits zu Projektbeginn bekannt waren, nach Landkreisen getrennt.

Familie ist der Jugendhilfe bekannt	Merzig-Wadern	Neunkirchen	RV Saarbrücken	Saarlouis	Saarpfalz-Kreis	St. Wendel	Saarland gesamt
Ja	24 (49,0 %)	67 (48,6 %)	140 (45,9 %)	39 (45,3 %)	59 (68,6 %)	25 (46,3 %)	354 (49,3 %)
Nein	25 (51,0 %)	71 (51,4 %)	165 (54,1 %)	47 (54,7 %)	27 (31,4 %)	29 (53,7 %)	364 (50,7 %)
Gesamt	49 (100 %)	138 (100 %)	305 (100 %)	86 (100 %)	86 (100 %)	54 (100 %)	718 (100 %)

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008-2011

Beim Vergleich der Landkreise sticht vor allem der Saarpfalz-Kreis heraus, wo fast 70 % der Familien zu Projektbeginn der Jugendhilfe bekannt waren. Dies steht in Übereinstimmung mit den Anfragestrukturen, da dort auch die meisten Anfragen vom Jugendamt initiiert werden (vgl. Abschnitt 3.2.5 zur Herkunft der Projektanfragen insgesamt) und somit die hohe Anzahl der jugendamtsbekannten Familien erklärt, die anschließend im Projekt betreut wurden.

Vor Anfrage an das Projekt erhielten außerdem 243 der im Projekt betreuten Familien bereits eine Form der Unterstützung (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25: Anzahl der betreuten Familien pro Landkreis, die bereits zu Projektbeginn eine Form der Unterstützung erhielten

Familie erhält bereits Unterstützung	Merzig-Wadern	Neunkirchen	RV Saarbrücken	Saarlouis	Saarpfalz-Kreis	St. Wendel	Saarland gesamt
Ja	14 (28,6 %)	52 (39,7 %)	81 (30,6 %)	28 (31,5 %)	49 (57,6 %)	19 (35,8 %)	243 (36,2 %)
Nein	35 (71,4 %)	79 (60,3 %)	184 (69,4 %)	61 (68,5 %)	36 (42,4 %)	34 (64,2 %)	429 (63,8 %)
Gesamt	49 (100 %)	131 (100 %)	265 (100 %)	89 (100 %)	85 (100 %)	53 (100 %)	672 (100 %)

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008-2011

Im Saarpfalz-Kreis erhalten laut Datenlage relativ viele Projektfamilien bereits vor Vermittlung ans Projekt eine Form der Unterstützung (57,6 %), während der Anteil im Projektgebiet Merzig-Wadern (28,6 %) gering ausfällt. Auch dieser Umstand lässt sich teilweise durchaus mit den vor Ort gegebenen Strukturen erklären, kann jedoch ebenso mit der Art der Weiterleitung ans Präventionsprojekt sowie der Vermittlungsmentalität der KoordinatorInnen und zeitlichen Kapazität der Familienhebammen in Verbindung stehen: werden Familien, die bereits eine Unterstützung erhalten, als „versorgt“ angesehen und daher nicht ans Präventi-

onsprojekt verwiesen bzw. dort betreut, fällt der prozentuale Anteil der ins Projekt aufgenommenen und zuvor bereits unterstützten Familien dementsprechend geringer aus.

Die Art der vor Projektbeginn erhaltenen Unterstützung wurde ebenfalls nach Landkreisen aufgeschlüsselt (siehe Tabelle 26).

Tabelle 26: Art der Unterstützung, welche Familien bereits vor Beginn der Projektbetreuung erhielten, nach Landkreisen getrennt

Art der Unterstützung	Neunkirchen	Merzig-Wadern	RV Saarbrücken	Saarlouis	Saarpfalz-Kreis	St. Wendel	Saarland gesamt
ASD- SPFH	6 (12,8 %)	9 (75,0 %)	43 (57,3 %)	9 (33,3 %)	24 (51,1 %)	3 (20,0 %)	94 (42,2 %)
ASD- Andere	14 (29,8 %)	2 (16,7 %)	14 (18,7 %)	14 (51,9 %)	16 (34,0 %)	3 (20,0 %)	63 (28,3 %)
Frühförderung	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2,1 %)	0 (0 %)	1 (0,4 %)
Beratungsstelle	4 (8,5 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2,1 %)	1 (6,7 %)	6 (2,7 %)
Andere	23 (48,9 %)	1 (8,3 %)	18 (24,0 %)	4 (14,8 %)	5 (10,6 %)	8 (53,3 %)	59 (26,5 %)
Gesamt	47 (100 %)	12 (100 %)	75 (100 %)	27 (100 %)	47 (100 %)	15 (100 %)	223 (100 %)

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008-2011

Unterstützungsformen, die unter der Kategorie „andere“ aufgeführt wurden, beinhalteten unter anderem Maßnahmen wie gesetzliche Betreuer, betreutes Wohnen oder Mutter-Kind-Einrichtungen.

Wie sich aus Tabelle 26 erkennen lässt, ist der Anteil der Maßnahmen insgesamt von Seiten des ASD bezogen auf die Gesamtzahl der vor Projektteilnahme bereits vorhandenen Unterstützungsmaßnahmen relativ hoch (70,5 % bzw. 157 Fälle im gesamten Saarland). Die Frage, ob eine derartige „Doppelbetreuung“ durch ASD und KfdN sinnvoll ist, lässt sich nicht einfach beantworten, da dies von einer Reihe unterschiedlicher Faktoren abhängt. Durch gleichzeitige Betreuung der Familie durch das Projekt und die Jugendhilfe könnte es der Familie durchaus schwer fallen, eine gute Arbeitsbeziehung zu verschiedenen HelferInnen aufzubauen und zu erhalten. Ebenso kann die doppelte Betreuung erschweren, verschiedene damit zusammenhängende Verpflichtungen und Termine zuverlässig einzuhalten, ohne dass sich eine Überforderungssituation auf Seiten der Familien einstellt. Generell stellt sich die Frage, ob bei der betreuten Familie Themen zu bearbeiten sind, die sowohl eine Unterstützung durch die Jugendhilfe als auch eine gleichzeitige Familienhebammenbetreuung sinnvoll erscheinen lassen. Es kann sich als schwierig gestalten, die unterschiedlichen Hef-

rInnen durch klare Absprachen miteinander zu verbinden, um ihre jeweilige geleistete Hilfe und deren unterschiedliche Kompetenzbereiche gut aufeinander abzustimmen, damit *mehr HelferInnen* tatsächlich auch *mehr Hilfe* bedeuten, ohne Überforderung und Rollenkonfusion bei den Beteiligten hervorzurufen (vgl. auch Abschnitt 2.2.8 zur Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Institutionen).

Ist eine gute Absprache zwischen den in Unterstützungsmaßnahmen involvierten Institutionen vorhanden, so kann eine gleichzeitige Betreuung durchaus fruchtbar sein: Themenbereiche können gezielt aufgeteilt werden, so dass sich insbesondere die Familienhebamme ganz auf die Interaktion und Kommunikation zwischen Eltern und Säugling konzentrieren kann – der zentralen Aufgabe der *Frühen Hilfen*. Ein kooperativer Austausch zwischen den HelferInnen kann zu einem gemeinsamen tieferen Verständnis für die Belange der Familie führen und kreative Ideen für die Arbeit hervorbringen. Findet ein solcher Austausch nicht statt, kann hingegen eine *Doppelbetreuung* auch zu einer *Doppelbelastung* für Familien werden.

Teilweise zeichnete sich erst im Verlauf einer Projektbetreuung ab, dass eine Familie so schwer belastet ist, dass die Unterstützung durch das Projekt als Hilfe nicht ausreicht. In diesen Fällen wurde nach Möglichkeit die Jugendhilfe hinzugezogen bzw. stärker miteinbezogen. Aus Tabelle 27 wird ersichtlich, dass bei 24,4 % der Familien im Verlauf oder zum Ende der Projektbetreuung eine Maßnahme der Jugendhilfe eingeleitet wurde (Angaben zu 579 Familien liegen vor).

Tabelle 27: Anzahl der Familien, in denen während oder nach der Projektbetreuung eine Maßnahme der Jugendhilfe eingeleitet wurde, aufgeschlüsselt nach Landkreisen

Maßnahme der Jugendhilfe	Neunkirchen	Merzig-Wadern	RV Saarbrücken	Saarlouis	Saarpfalz-Kreis	St. Wendel	Saarland gesamt
Ja	46 (39,0 %)	7 (20,6 %)	46 (18,9 %)	12 (17,4 %)	20 (27,4 %)	10 (24,4 %)	141 (24,4 %)
Nein	72 (61,0 %)	27 (79,4 %)	198 (81,1 %)	57 (82,6 %)	53 (72,6 %)	31 (75,6 %)	438 (75,6 %)
Gesamt	118 (100 %)	34 (100 %)	244 (100 %)	69 (100 %)	73 (100 %)	41 (100 %)	579 (100 %)

Anm.: Daten basierend auf der eingereichten Dokumentation der KoordinatorInnen 2008-2011

Betrachtet man nur diejenigen Familien, welche dem Jugendamt bereits vor Betreuung durch eine Familienhebamme bekannt waren, so wurde 95 dieser Familien (34,5 %) im Verlauf oder am Ende des Betreuungszeitraums auch eine zusätzliche Unterstützung des Jugendamts zur Seite gestellt. In diesen Fällen ist es nicht eindeutig zu klären, ob die zusätzliche

Maßnahme des Jugendamts hinzugezogen werden musste, weil die Projektbetreuung nicht ausreichte, oder ob die Familien beide Unterstützungsmaßnahmen benötigt haben und daher die eine ohne die andere nicht sinnvoll gewesen wäre. Diese Fragen müssen jedoch im Einzelfall beantwortet werden. Einerseits hätten Familien sicher von einer frühzeitigen Betreuung durch das Jugendamt profitieren können, jedoch wird in anderen Fällen möglicherweise die gute Erfahrung mit Unterstützung im Rahmen des Projekts und die Motivationsarbeit der Familienhebamme ausschlaggebend dafür gewesen sein, dass zu einem späteren Zeitpunkt eine Hilfe durch das Jugendamt angenommen werden und damit effektiv greifen konnte.

Da eine Vielzahl der Familien, welche an Angebote des Projektes vermittelt wurden, vorher bereits der Jugendhilfe bekannt war, stellt sich die Frage, wie viele der Anfragen, die ans Projekt gestellt wurden, noch einen präventiven Charakter hatten und welche möglicherweise gestellt wurden, da die Kapazität der Ämter überschritten war und daher zusätzliche Unterstützung installiert werden musste. Bei der Fallvergabe solcher Anfragen kann es mitunter für KoordinatorInnen und aufsuchende Helferinnen schwierig sein zu klären, welcher Anteil des Arbeitsauftrages und des Hilfebedarfs der Familie tatsächlich aus Aufgaben und Tätigkeiten der originären Familienhebammentätigkeit besteht (wie beispielsweise der Arbeit an der Stärkung intuitiver elterlicher Kompetenzen und der Bindung zum Kind).

3.2.14 Zufriedenheit der Familien mit der aufsuchenden Hilfe

Um einen Einblick in die Sicht der Familien auf die Zusammenarbeit mit den Familienhebammen zu erhalten, füllten diese am Ende der Betreuung einen *Zufriedenheitsfragebogen* aus, der verschiedene Aspekte der Zusammenarbeit mit den aufsuchenden Helferinnen erfragt (Nützlichkeit der Hilfe, Zuverlässigkeit der Betreuung etc.). Die Bearbeitung der Bögen war freiwillig, weshalb nicht von allen Familien Angaben vorliegen (N = 272) und unzufriedene Familien möglicherweise keine Bewertung abgegeben haben. Auch Familien, die aus diversen Gründen frühzeitig aus der Projektbetreuung ausgeschieden sind, ohne einen Fragebogen auszufüllen, gehen daher nicht in die Ergebnisauswertung mit ein. Weiterhin ist denkbar, dass Familien mögliche Nachteile einer negativen Bewertung befürchtet haben könnten bzw. die Familienhebamme, welche die Fragebögen am Ende einsammelt, mit möglichen negativen Aussagen nicht kränken wollten und daher ihre Urteile nicht oder nur verfälscht abgegeben haben, obwohl die Beantwortung des Fragebogens anonym erfolgen sollte. Aus all diesen Gründen ist es möglich, dass die Werte in eine positive Richtung verzerrt sind.

Von den geschilderten Einschränkungen abgesehen, war die generelle Zufriedenheit mit dem Projekt sehr hoch, wie sich in Tabelle 28 erkennen lässt.

Tabelle 28: Durchschnittlich abgegebene Zufriedenheitsbeurteilungen bezüglich des Projekts aus Familiensicht (N = 272; in Klammern: Standardabweichung SD als Maß für die Schwankungsbreite)

	Mittelwert (SD)
Zufriedenheit mit den Hausbesuchen?	1,1 (0,27)
Hebamme als zuverlässig erlebt?	1,1 (0,25)
Hebamme als wichtige Ansprechpartnerin erlebt?	1,2 (0,47)
Hausbesuche deckten sich mit Interessen?	1,2 (0,45)
Hausbesuche haben geholfen?	1,6 (0,39)

Anm.: Daten ermittelt aus Angaben der eingereichten *Zufriedenheitsbögen* der betreuten Familien im Zeitraum 2008-2011; Wertebereich: 1 = *zufrieden bzw. stimmt* bis 4 = *unzufrieden bzw. stimmt nicht*

An den insgesamt sehr positiven Bewertungen sowie der geringen Wertestreuung der Urteile lässt sich erkennen, dass sich die Familien bezüglich der Bewertung der Zusammenarbeit relativ einig waren: wurde eine Familienhebammenbetreuung angenommen, so wurde sie in fast allen Fällen als sehr positiv empfunden. Auch die einzelnen Bereiche wurden von den Familien bezüglich der empfundenen Nützlichkeit eingestuft, wobei die Angaben von „sehr hilfreich“ bis „nicht hilfreich“ oder „ich brauchte keine Hilfe“ reichten (siehe Tabelle 29).

Tabelle 29: Zufriedenheitsbewertungen der Familien bezogen auf die Betreuung

	Sehr hilfreich	hilfreich	Meist nicht hilfreich	Überhaupt nicht hilfreich	Ich brauchte keine Hilfe
Med. Beratung/Versorgung	190 (69,9 %)	72 (26,5 %)	1 (0,4 %)	0 (0 %)	9 (3,3 %)
Tipps für Wohlbefinden	144 (54,1 %)	101 (38 %)	2 (0,8 %)	0 (0 %)	19 (7,1 %)
Suche nach finanzieller Unterstützung	86 (32,7 %)	84 (31,9 %)	2 (0,8 %)	2 (0,8 %)	89 (33,8 %)
Unterstützung in der Partnerschaft	62 (23,9 %)	82 (31,7 %)	6 (2,3 %)	1 (0,4 %)	108 (41,7 %)
Bedürfnisse des Kindes verstehen?	169 (63,5 %)	68 (25,6 %)	2 (0,8 %)	0 (0 %)	27 (10,2 %)
Mit kindlichen Stresssignalen umgehen?	145 (54,4 %)	72 (27,1 %)	1 (0,4 %)	0 (0 %)	48 (18 %)
Stärkung elterlicher Fähigkeiten?	130 (48,7 %)	91 (34,1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	46 (17,2 %)

Anm.: Analyse der abgegebenen *Zufriedenheitsbögen* der betreuten Familien zwischen 2008 und 2011, Werte von 1 = *sehr hilfreich* bis 4 = *überhaupt nicht hilfreich* sowie 9 = *ich brauchte keine Hilfe*

Generell beurteilten die Familien die geleistete Beratung durch die Familienhebammen als überaus hilfreich: wenn in einem Bereich Hilfe als notwendig betrachtet und geleistet wurde, wurde diese nahezu ausschließlich als sehr hilfreich/hilfreich bezeichnet.

Die Ergebnisse der Beurteilungen unterscheiden sich bereichsspezifisch und vor allem hinsichtlich der Anzahl der Nennungen im Bereich „ich brauchte keine Hilfe“: Viele Familien sahen eigenen Unterstützungsbedarf und damit einhergehend eine große Nützlichkeit der Hilfe (Beurteilung als sehr hilfreich oder hilfreich) vor allem in den Bereichen *med. Beratung/Versorgung, Tipps für Wohlbefinden, Bedürfnisse des Kindes verstehen, mit kindlichen Stresssignalen umgehen* sowie die *Stärkung elterlicher Fähigkeiten*. Die Tatsache, dass Tipps für Wohlbefinden sowohl als hilfreich als auch notwendig (da nur wenige Familien angaben, in diesem Bereich keine Unterstützung gebraucht zu haben) angesehen wurden, spiegelt wider, dass Eltern neben auf das Kind bezogenen Unterstützungsmaßnahmen auch in Bezug auf die Selbstfürsorge profitieren konnten, was wiederum deren eigenen Ressourcen und somit auch der Beziehung zum Kind zugutekam.

Bereiche, in denen die Unterstützung zwar auch größtenteils als sehr hilfreich oder hilfreich beurteilt, aber von ebenso vielen Familien als nicht notwendig angesehen wurde, waren *Suche nach finanzieller Unterstützung* sowie *Unterstützung in der Partnerschaft*. Einerseits können diese Ergebnisse darauf beruhen, dass die Familien in diesen Bereichen aus eigener Sicht keine Unterstützung nötig hatten, da keine Probleme vorlagen, andererseits könnten diese Nennungen auch widerspiegeln, dass sie diese Bereiche nicht thematisieren möchten oder beispielsweise finanzielle Angelegenheiten eher mit anderen Unterstützungssystemen (z. B. spezielle Finanzberatung) lösen würden. Ebenso könnte es auch der Fall sein, dass diese Themen von Seiten der Familienhebammen relativ selten angesprochen wurden, was im Vergleich mit den Themenschwerpunkten der Hausbesuche (vgl. Kapitel 3.2.3) als naheliegend erscheint, da diese Bereiche nicht zum zentralen Arbeitsgebiet der aufsuchenden Helferinnen gehören. Dennoch wurde bei ca. zwei Dritteln der Familien laut deren Auskunft auch in diesem Bereich Beratung geleistet und diese wiederum als nützlich erachtet, was erneut für die bedarfsgerechte Anpassung der Betreuung durch die Familienhebammen spricht.

3.2.15 Angaben zu Arbeitsbündnis und Kooperationen am Interventionsende

Neben den Familien selbst wurden die betreuenden Hebammen ebenso über ihren Eindruck bezüglich der gemeinsamen Arbeit mit den Familien befragt. Zu bewertende Aspekte waren unter anderem die Bewertung des Zugangs zur Familie sowie die Umsetzbarkeit der Inhalte

in der Arbeit. Auch die Beurteilung der Hebammen fiel insgesamt sehr positiv aus (siehe Tabelle 30). Insgesamt beruht die Analyse auf 354 abgegebenen Bögen.

Tabelle 30: Durchschnittliche Bewertungen der Zusammenarbeit zwischen Familienhebamme und Familie aus Hebammensicht (N = 354; in Klammern: Standardabweichung SD als Maß für die Schwankungsbreite)

	Mittelwert (SD)
Guter Zugang zur Familie?	1,7 (0,9)
Familie zuverlässig?	1,6 (0,8)
Umsetzbarkeit der Interventionsinhalte für Familie?	2,0 (0,8)
Umsetzbarkeit des Curriculums?	1,9 (0,8)
Eigene Sicherheit in Anwendung des Curriculums?	1,8 (0,8)

Anm.: Analyse der abgegebenen *Dokumentationsbögen zum Interventionsende* der Familienhebammen zwischen 2008 und 2011, Werte von 1 = *sehr gut/ja* bis 4 = *schlecht/nein*

Generell scheinen die Hebammen laut eigener Auskunft relativ oft mit dem Verlauf der Betreuung zufrieden zu sein, wobei die Werte auch wiedergeben, dass viele aufsuchende Helferinnen nicht optimal zufrieden sind: Die Umsetzbarkeit der Interventionsinhalte beispielsweise auf Hebammenseite sowie aus Hebammensicht auf Familienseite wurde im Schnitt als „gut“ bezeichnet, nicht jedoch als „sehr gut“. Bei einer durchaus schwierigen und multipel belasteten Klientel sind diese Resultate dennoch als ein Erfolg zu werten. Es muss jedoch beachtet werden, dass unkooperative und sehr unzuverlässige Familien wahrscheinlich bereits zu Beginn der Betreuung aus dem Projekt ausgeschieden sind oder den Zugang erst gar nicht gefunden haben, weshalb die Werte ebenso wie bei den Zufriedenheitsfragebögen der Familien positiv verzerrt sein könnten, da sehr unkooperative Familien eher selten in der Arbeit gehalten werden.

In 111 von 354 Fällen (32 %) wurden aus Familienhebbammensicht besondere Probleme bei der Zusammenarbeit berichtet (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31: Art der Probleme in Zusammenarbeit mit Familien aus Hebammensicht

Problemkategorie	Häufigkeit der Nennung
Kooperationsprobleme	48 (47,1 %)
Psychische Probleme/Drogen	9 (8,8 %)
Vater erschwert Zusammenarbeit	12 (11,8 %)
Sprach/Verständigungsprobleme	5 (4,9 %)
Problemlagen in der Familie	11 (10,8 %)
Misstrauen/Interaktionsprobleme	11 (10,8 %)
Andere Probleme	6 (5,9 %)

Anm.: Analyse der abgegebenen *Dokumentationsbögen zum Interventionsende* der Familienhebammen zwischen 2008 und 2011 (Datenbasis: N = 354 Dokumentationsbögen)

Die Kategorie „Kooperationsprobleme“ ist bei weitem die meist genannte (47,1 % der Nennungen) in Bezug auf Schwierigkeiten im Laufe der aufsuchenden Arbeit. Aufgrund der Daten lässt sich jedoch nicht genauer aufschlüsseln, welche spezifischen Probleme die Hebammen unter dieser Kategorie eingeordnet haben; ebenso wenig lässt sich ohne eine gezielte Befragung der Familien entscheiden, ob Kooperationsprobleme durch grundsätzlich verschiedene Auffassungen der beteiligten Parteien über die Arbeit entstanden sind oder ob dies mangelnde Motivation auf Familienseite oder auch indirekt eine Ablehnung einer problematischen Familie seitens der betreuenden Hebamme sein könnte.

Die aufsuchenden Helferinnen haben durch ihre Weiterbildung eine Grundqualifikation im Bereich Gesprächsführung sowie Motivierung der mitunter schwierigen Klientel. Angesichts der Datenlage sollte dieses Know-How immer wieder aufgefrischt werden, da mangelnde Kooperation zwischen den Beteiligten die Zusammenarbeit negativ beeinflusst und schließlich zu Betreuungsabbrüchen führen kann, die nach Möglichkeit vermieden werden sollten.

Über die Bewertung der Zusammenarbeit mit den Familien hinaus sollten die Familienhebammen ebenso die Kooperation mit verschiedenen Institutionen bewerten, mit denen sie zur Unterstützung der Familien zusammengearbeitet haben (siehe Tabelle 32). Auch hier fielen die abgegebenen Urteile sehr positiv aus. Am positivsten waren die Bewertungen bezogen auf die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt, was teilweise dadurch erklärt werden kann, dass die Koordinierungsstellen normalerweise durch Jugendhilfe und Gesundheitshilfe besetzt sind und daher der Zugang zu diesem System erleichtert ist. Auch bezüglich dieser Urteile scheinen sich die Familienhebammen in ihrer Sichtweise allgemein sehr einig zu sein (geringe Streuung der abgegebenen Werte).

Tabelle 32: Durchschnittliche Bewertungen der Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen aus Hebammensicht (in Klammern: Standardabweichung SD als Maß für die Schwankungsbreite)

	Mittelwert (SD)	Häufigkeiten der Nennungen
Zusammenarbeit mit Sozialamt	1,7 (0,79)	35
Zusammenarbeit mit Jugendamt	1,7 (0,76)	179
Zusammenarbeit mit Gesundheitsamt	1,2 (0,45)	54
Zusammenarbeit mit Beratungsstelle	1,3 (0,48)	112
Zusammenarbeit mit Ärzten	1,7 (0,67)	143
Zusammenarbeit mit Behörden	1,4 (0,69)	120

Anm.: Analyse der abgegebenen *Dokumentationsbögen zum Interventionsende* der Familienhebammen zwischen 2008 und 2011, Werte von 1 = *sehr gut* bis 4 = *schlecht*; N = 643 Nennungen basierend auf 354 Dokumentationsbögen

Aus der obigen Tabelle lässt sich ebenso erkennen, dass je nach Kooperationspartner unterschiedliche Anzahlen an Bewertungen der Zusammenarbeit vorlagen, da bestimmte Kooperationen selten oder gar nicht auftraten und somit nicht jede Familienhebamme jede Art der Kooperation bewerten konnte. Eine Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt trat eher selten auf; am häufigsten wurde die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt bewertet. Diese Ergebnisse könnten ebenso durch die Tatsache bestimmt sein, dass die KoordinatorInnen selbst teilweise aus dem Gesundheitswesen stammen und SMA ebenso am Gesundheitsamt angestellt sind. Diese Struktur machte vermutlich die explizite Kooperation mit dem Gesundheitsamt als Institution und dementsprechend deren gesonderte Auflistung überflüssig, da der Zugang wie angeführt schon geschaffen war. Kooperationen mit der Jugendhilfe scheinen jedoch häufiger vorzukommen als andere Kooperationen, obwohl auch die KoordinatorInnen der Jugendhilfeseite dem Jugendamt zugeordnet werden könnten. Das könnte daran liegen, dass z. B. bei Doppelbetreuungen oder bei dem Melden fraglicher Kindeswohlgefährdungen nicht die KoordinatorInnen, sondern andere MitarbeiterInnen des Jugendamts involviert sind und die aufsuchenden Helferinnen diese Kontakte unabhängig von der alltäglichen Zusammenarbeit mit den Jugendamts-KoordinatorInnen bewerten.

3.2.16 Einbeziehung der Väter in die aufsuchende Arbeit aus Hebammensicht

Die Familienhebammen konnten in ihren abschließenden Bewertungen auch rückblickende Urteile darüber abgeben, wie sehr die Väter in die Zusammenarbeit involviert waren (Analyse basierend auf 350 Nennungen). Bei 255 von 350 Betreuungen war der Vater laut Familienhebammenauskunft bei mindestens einem Besuch anwesend. In Tabelle 33 lässt sich erkennen, dass die Mehrheit der Väter als sehr engagiert/eher engagiert angesehen wurde

(64,3 %), es knapp 20 % eher wenig engagierte Väter gab und die restlichen als nicht engagiert eingestuft wurden (15,3 %).

Tabelle 33: Bewertungen des emotionalen Engagements des Vaters aus Hebammensicht (N = 274 Nennungen, Angaben der Häufigkeiten und Prozentwerte)

Emotionales Engagement des Vaters (Häufigkeiten und %)	
Sehr engagiert	95 (34,7 %)
Eher engagiert	81 (29,6 %)
Eher wenig engagiert	56 (20,4 %)
Nicht engagiert	42 (15,3 %)
Gesamt	274 (100 %)

Anm.: Analyse der abgegebenen *Dokumentationsbögen zum Interventionsende* der Familienhebammen zwischen 2008 und 2011

Ebenso lässt sich eine Beteiligung der Väter teilweise durch die Analyse der Dokumentationsbögen der Familienhebammen über die absolvierten Hausbesuche nachverfolgen. Im Zuge der Auswertung ergab sich, dass bei insgesamt 11.535 analysierten Hausbesuchen bei 3.143 (27,2 %) der Vater anwesend war und wiederum bei 2.197 (19 %) der gesamten Besuche auch mit einbezogen wurde, was wiederum bedeutet, dass, sofern der Vater überhaupt anwesend war, diese Tatsache noch nicht seine Involviertheit in den Hausbesuch garantierte (miteinbezogen wurde der Vater in 70 % der Fälle seiner Anwesenheit, siehe Tabelle 34).

Dieses Ergebnis kann einerseits dadurch erklärt werden, dass Väter möglicherweise während des Familienhebammenbesuchs anderen Aufgaben nachgehen müssen, Themen besprochen werden, welche für den Vater wenig relevant erscheinen (z. B. Stillprobleme) oder der Vater kein Interesse an einer Teilnahme hat. In einigen Familien wird die Anwesenheit eines Vaters möglicherweise als störend empfunden (wenn dieser z. B. desinteressiert, beserwischerisch, aggressiv oder gar übergriffig erlebt wird), weshalb eine anfängliche Fokussierung auf die Arbeit mit Mutter und Kind angebracht erscheinen kann. Längerfristig sollte jedoch ein Weg gefunden werden, auch „schwierige“ Väter in die Arbeit mit einzubeziehen, da sie ein ebenso wichtiger Teil des Familiengefüges sind wie Mutter und Kind und ihre Involviertheit auch in den meisten Fällen direkt mit dem Wohle der gesamten Familie verbunden ist.

Bezüglich der Anwesenheit der Väter gibt es keine deutlichen Unterschiede zwischen den verschiedenen Landkreisen, jedoch wurde im Regionalverband Saarbrücken sowie im Saarpfalz-Kreis laut Angaben der Familienhebammen der Vater häufiger mit einbezogen als in den anderen Kreisen (siehe Tabelle 34).

Tabelle 34: Anwesenheit und Involviertheit des Vaters bei den Hausbesuchen (N = 11535 Besuche)

	Merzig- Wadern	Neun- kirchen	RV Saar- brücken	Saarlouis	Saarpfalz- Kreis	St. Wendel	Saarland gesamt
anwesend	437 (33,4 %)	701 (28,9 %)	1185 (29,5 %)	328 (28,0 %)	285 (23,6 %)	207 (25,0 %)	3143 (28,7 %)
nicht anwe- send	873 (66,6 %)	1723 (71,1 %)	2830 (70,5 %)	845 (72,0 %)	924 (76,4 %)	620 (75,0 %)	7815 (71,3 %)
involviert	286 (50,1 %)	400 (38,8 %)	914 (60,5 %)	209 (45,4 %)	209 (63,7 %)	179 (51,4 %)	2197 (51,7 %)
nicht invol- viert	285 (49,9 %)	630 (61,2 %)	596 (39,5 %)	251 (54,6 %)	119 (36,3 %)	169 (48,6 %)	2050 (48,3 %)

Anm.: Analyse der abgegebenen Dokumentationsbögen zum Interventionsende der Familienhebammen zwischen 2008 und 2011.

In einer gesonderten Analyse im Rahmen des Gesamtprojektes (um eine größere Stichprobe zu erhalten und somit auch statistisch besser abgesicherte Ergebnisse zu erzielen, wurden hierbei auch Daten der Bundesländer Hessen und Baden-Württemberg mit einbezogen) wurde die Involviertheit der Väter über das erste Lebensjahr des Kindes hinweg betrachtet. Hierfür wurden nur Familien eingeschlossen, deren Hausbesuchsanzahl über 25 Besuchen lag, damit ein sinnvoller Vergleich des zeitlichen Verlaufes möglich ist. Es zeigte sich, dass sowohl die Anwesenheit der Väter als auch deren Involviertheit mit steigendem Alter des Kindes stetig abnahm (siehe Abbildung 12). Dieser Befund kann einerseits damit erklärt werden, dass Väter möglicherweise anfangs verstärkt in die Arbeit mit einbezogen werden, damit sie gewisse „Grundfertigkeiten“ erlangen und es nach einer Weile nicht mehr für notwendig gehalten wird, sie weiter zu integrieren. Andererseits könnten die Befunde auch durch gesunkenes Interesse von Seiten der Väter erklärt werden. Für die sinkende Anzahl der Anwesenheit kann der Umstand mit verantwortlich sein, dass Familienhebammen möglicherweise Termine zeitlich vor allem mit „neuen“ Eltern so vereinbaren, dass beide Elternteile anwesend sein können und mit steigendem Alter des Kindes „routinierte“ Familien eher zu Zeiten besuchen, zu denen der Vater aufgrund von Arbeitstätigkeiten oder anderen Verpflichtungen außer Haus ist, da es der Familienhebamme natürlich nicht möglich ist, alle Familien nach der regulären Arbeitszeit des Vaters zu besuchen.

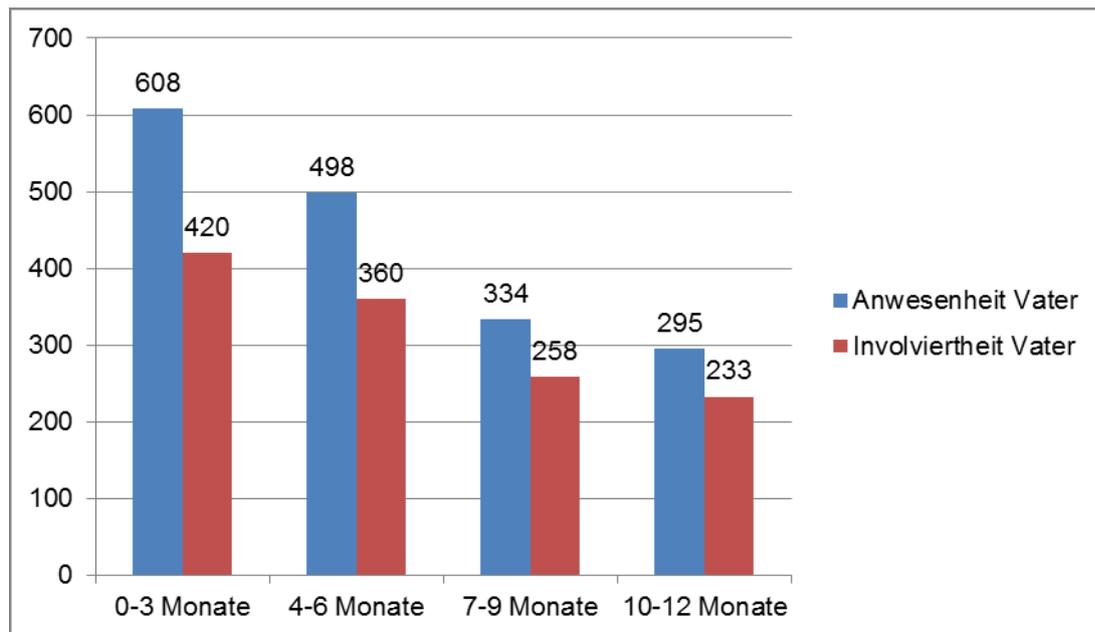


Abbildung 12: zeitlicher Verlauf der Anwesenheit und der Involviertheit der Väter bei den Hausbesuchen

Anm.: Daten erhoben mittels eingereicherter Dokumentationsbögen der Hausbesuche der Hebammen (N = 608, Besuchsanzahl >25, Familien aus dem gesamten Projektgebiet)

Im Verlauf des Projektes war es immer wieder ein besonderes Anliegen der Projektbegleitung, die aufsuchende Arbeit mit Vätern stärker zu fördern. In den vergangenen Jahren und Jahrzehnten wurde die Bedeutung von Wohlbefinden, Motivation und Engagement von Vätern wissenschaftlich als sehr bedeutsam für die allgemeine Situation der Familie nachgewiesen (z. B. Eickhorst, 2009; Lamb, 2010). Um das Thema präsenter zu machen, wurde unter anderem im Rahmen der Fortbildung zur Familienhebamme/SPFB dem Aspekt „Väter in den *Frühen Hilfen*“ eine Themeneinheit gewidmet. Es fand ein Fortbildungstag diesbezüglich statt, ein Projektflyer, der sich speziell an Väter richtet, wurde entwickelt und es wurde eine Befragung zu den spezifischen Bedürfnissen und Wünschen von Vätern im Projekt durchgeführt, um sie besser einzubinden und auf deren Vorstellungen eingehen zu können. Aus Projektsicht besteht in diesem Bereich weiterhin ein großer Bedarf an weiteren Aktivitäten und Versuchen, die Einbindung der Väter zu erhöhen. Es sollte unbedingt weiter angestrebt werden, Väter noch stärker in die Arbeit zur Unterstützung von Familien einzubeziehen. So wäre es zum Beispiel wünschenswert, dass in jeder Familie eine gewisse Anzahl der Hausbesuche gezielt so vereinbart wird, dass auch der Vater (sofern vorhanden) anwesend sein und in die Arbeit miteinbezogen werden kann. Erfahrungen beispielsweise aus der Eltern-Säuglings-Sprechstunde am IPKF in Heidelberg zeigen, dass bei entsprechender Einladung und Fokussierung auf die Wichtigkeit und Bedeutung des Vaters für die Arbeit, Väter ihre Anwesenheit bei entsprechenden Terminen überraschend häufig möglich machen.

3.3 Soziodemographische Daten

Um einen genauen Eindruck von den Familien zu erhalten, welche in *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz* im Saarland aufsuchend betreut wurden, sind im Folgenden eine Reihe soziodemographischer Charakteristika der Projektfamilien dargestellt. Wie bereits im Bericht beschrieben, handelt es sich bei diesen Daten um freiwillige, pseudonymisierte Angaben der Familien, die mittels des Familienfragebogenpakets erhoben wurden (siehe Anhang 10). Leider liegen nicht von allen betreuten Familien Daten vor. Neben dem unterschiedlichen Zeitbudget und der unterschiedlichen Motivation der aufsuchenden Helferinnen, welche Familien zum Ausfüllen der Bögen ermutigen sollten, könnten auch Charakteristika der Familie ausschlaggebend dafür gewesen sein, ob ein Fragebogen ausgefüllt wurde oder nicht. Beispielsweise sind Familien, denen es aus sprachlichen oder kognitiven Gründen schwer fällt, Fragebögen auszufüllen, in den folgenden Auswertungen vermutlich unterrepräsentiert. Auch war es den Familienhebammen freigestellt, eine Familie nicht um ein Ausfüllen der Bögen zu bitten, sollte dies ihrer professionellen Einschätzung nach die Zusammenarbeit mit der Familie negativ beeinflussen. Insofern werden auch Familien, die der Projektbetreuung gegenüber ambivalente Gefühle äußerten oder der Schweigepflicht/dem Datenschutz im Projekt gegenüber misstrauisch waren, wahrscheinlich seltener die entsprechenden Fragebogen ausgefüllt haben. Familien, die der Beantwortung der Fragebögen eher unmotiviert gegenüberstanden und diese schließlich nicht bearbeiteten, konnten daher häufig nicht in die Auswertung mit einbezogen werden, und es muss davon ausgegangen werden, dass die Stichprobe, anhand derer die Daten erhoben wurden, nicht repräsentativ für die Projektfamilien ist.

3.3.1 Rücklauf der Fragebogenpakete von Müttern und Vätern

Die beschriebenen Angaben beziehen sich auf die Daten von insgesamt 605 Personen (darunter 394 Mütter und 211 Väter), die zwischen 01/2008 und 12/2011 im Rahmen des Projektes *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz* im Saarland aufsuchend unterstützt wurden. Tabelle 35 gibt Aufschluss über die Anzahl der Fragebogenpakete, die von Müttern und Vätern der einzelnen Landkreise bearbeitet wurden. Aus Kreisen mit höheren Betreuungszahlen stammen logischerweise auch mehr Fragebogenpakete.

Tabelle 35: Anzahl der in die Auswertung eingegangenen Familienfragebogenpakete, aufgeschlüsselt nach Landkreisen

Fragebogen	Neunkirchen	Merzig-Wadern	RV Saarbrücken	Saarpfalz-Kreis	Saarlouis	St. Wendel	Saarland gesamt
Mütter	85 (22 %)	53 (13 %)	148 (37 %)	42 (11 %)	42 (11 %)	24 (6 %)	394 (100 %)
Väter	45 (21 %)	36 (17 %)	71 (34 %)	20 (9 %)	26 (12 %)	16 (7 %)	211 (100 %)
Gesamt	130 (21 %)	89 (15 %)	219 (36 %)	62 (10 %)	68 (11 %)	40 (7 %)	605 (100 %)

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen Familienfragebogenpakete im Zeitraum 2008-2011

Zu 211 Familien liegen sowohl ein ausgefüllter Mutter- als auch ein ausgefüllter Vaterfragebogen vor; zu 183 Familien gibt es nur Angaben der Mütter. Es liegen zu keiner Familie nur Daten des Vaters vor. Insgesamt stammen die Daten damit aus 394 der betreuten Familien. Die Überrepräsentation der Mutterdaten resultiert zum einen daraus, dass es unter den Projektfamilien eine Reihe alleinerziehender Mütter gab, bei denen zum Teil kein Kontakt zum Vater bestand (siehe weiter unten), weshalb ein Vaterfragebogen in diesen Fällen nicht ausgefüllt werden konnte. Zum anderen fand die Zusammenarbeit bei vielen in Partnerschaft lebenden oder verheirateten Projekteltern oftmals in deutlich stärkerem Ausmaß oder gar ausschließlich zwischen Mutter und Familienhebamme statt, weshalb anzunehmen ist, dass die Mütter stärker motiviert waren, den Bogen zu bearbeiten bzw. die Väter zu wenig motiviert waren, diesen auszufüllen (dies passt auch zur Einschätzung der Hebammen, dass einige Väter in der gemeinsamen Arbeit mittel bis wenig engagiert waren, siehe Tabelle 33 weiter oben im Text).

Einerseits könnte die in einigen Fällen passive Haltung der Väter durch gesellschaftliche und kulturelle Ansichten gegenüber dem Einbezug der Väter bestimmt sein, andererseits beschäftigt sich die Familienhebammenarbeit auch wie erwähnt mit Bereichen, in denen die Kindesmutter im Vordergrund steht und daher der Vater etwas weniger einbezogen werden kann.

3.3.2 Alter der betreuten Eltern

Das Durchschnittsalter der befragten Mütter in den Projektfamilien beträgt 24,5 Jahre (SD⁵: 6,4 Jahre); die jüngste befragte Mutter ist 14, die älteste 43 Jahre alt. Damit sind die befragten Projektmütter durchschnittlich vier Jahre jünger als Mütter im saarlandweiten Durch-

⁵ SD = Standardabweichung (Maß für die Schwankungsbreite des Werts)

schnitt (28,5 Jahre) sowie fast fünf Jahre jünger als im Bundesdurchschnitt (29,1 Jahre) bei Geburt ihres ersten Kindes (Statistisches Bundesamt, 2012a), und das, obwohl viele Eltern bei der Aufnahme ins Projekt nicht das erste Kind bekommen, sondern schon eines oder mehrere Kinder haben. Eine Anbindung der jüngeren Eltern, welche durch ihr junges Alter an sich in ihrer Elternrolle bereits belastet sein können, scheint im Projekt also gelungen zu sein.

Das Durchschnittsalter der Väter beträgt 28,8 Jahre (SD: 8 Jahre) und liegt damit etwas höher als das der Mütter. Der jüngste befragte Vater ist ebenfalls 14 Jahre, der älteste 51 Jahre alt.

Auch bezüglich der Altersverteilung spiegelt sich dieser Unterschied zwischen Müttern und Vätern wieder (vgl. Tabelle 36): in beiden Gruppen sind die über 25-jährigen am häufigsten vertreten, wobei in der Gruppe der Mütter insgesamt 39 % (155 Personen) und in der Gruppe der Väter ganze 57 % (124 Personen) älter als 25 Jahre sind (siehe eine zusammengefasste Darstellung unter Abbildung 13).

Zudem lässt sich feststellen, dass es deutlich weniger minderjährige Väter (5 % bzw. 9 Personen) als minderjährige Mütter (12 % bzw. 49 Personen) gibt (siehe Abbildung 14). Von insgesamt 20 Personen (13 Mütter und 7 Väter) fehlt die Altersangabe. Zwischen den Landkreisen gibt es hinsichtlich der Altersverteilung keine deutlichen Unterschiede.

Tabelle 36: Altersverteilung der durch Familienhebammen betreuten Mütter und Väter (N = 605 Angaben)

Altersgruppen	Mütter (N = 394)	Väter (N = 211)	Gesamt (N = 605)
Unter 18 Jahre	49 (12 %)	9 (5 %)	58 (10 %)
18-20 Jahre	86 (23 %)	22 (11 %)	108 (18 %)
21-25 Jahre	94 (24 %)	51 (23 %)	145 (24 %)
Über 25 Jahre	155 (39 %)	122 (57 %)	272 (45 %)
Keine Angabe	13 (2 %)	7 (4 %)	20 (3 %)

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen Familienfragebogenpakete im Zeitraum 2008-2011

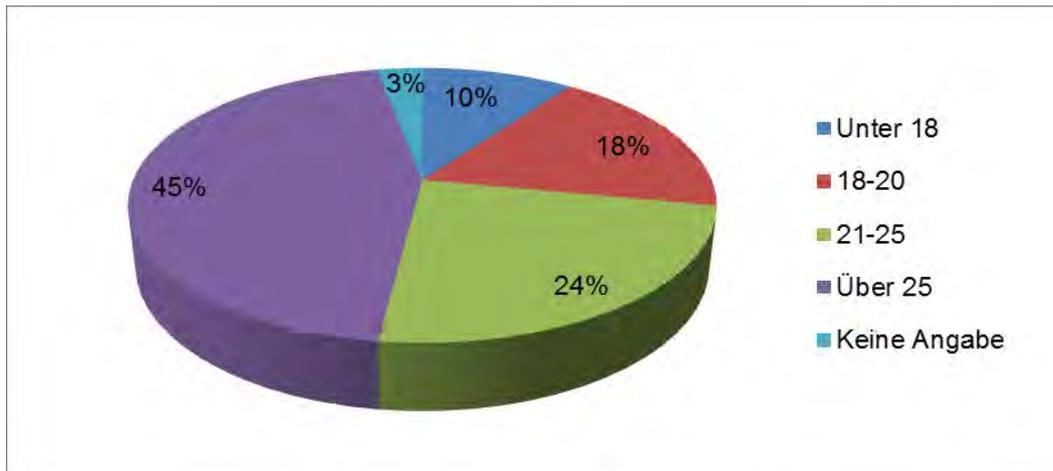


Abbildung 13: Altersverteilung in Jahren der projektbetreuten Eltern im gesamten Saarland (Angaben in Prozent)

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen Familienfragebogenpakete im Zeitraum 2008-2011

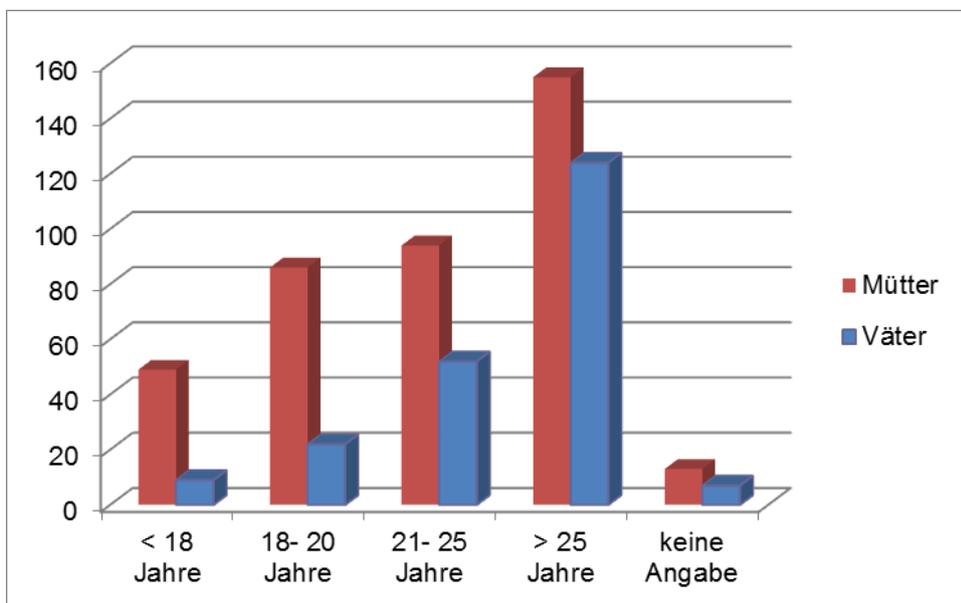


Abbildung 14: Altersverteilung der projektbetreuten Eltern im gesamten Saarland für Mütter und Väter getrennt (Angaben in absoluten Zahlen)

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen Familienfragebogenpakete im Zeitraum 2008-2011

Der Altersunterschied zwischen Müttern und Vätern entspricht der traditionellen Altersverteilung von Paaren in der Gesamtbevölkerung – laut Angaben des statistischen Bundesamtes (2010) ist bei 73 % aller Paare der Mann älter als die Frau und zwar durchschnittlich etwa 4 Jahre.

Unter den befragten Müttern waren 49 (12 %) minderjährige Mütter. Es ist anzunehmen, dass im Projekt zudem weitere Mütter unter 18 Jahren betreut wurden, die jedoch keinen Fragebogen ausfüllten. Im Saarland werden pro Jahr insgesamt etwa 100 Kinder von Müttern unter 18 Jahren geboren, weshalb statistisch gesehen die Geburten minderjähriger Müt-

ter einen Anteil von 1,2 bis 1,4 % ausmachen (Stockhausen, 2010). Im Projekt ist also der Anteil minderjähriger Mütter zehnmal so hoch als im saarländischen Durchschnitt. Zudem sind immerhin einige jugendliche Väter vertreten, wenngleich sich unter den befragten Eltern deutlich weniger minderjährige Väter als Mütter befinden, was der traditionellen Altersverteilung bei der Partnerwahl entspricht). Obwohl also nicht alle jugendlichen Familien im Saarland mit *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz* erreicht werden konnten (sicherlich haben auch nicht alle von ihnen per se Betreuungsbedarf), so sprechen die Zahlen für eine bereits gelingende Vermittlung von Familien aufgrund des möglichen Risikofaktors „junges Alter der Eltern“. Es stellt sich die Frage, wie deren spezifische Bedürfnisse noch mehr berücksichtigt und Familien dieser Risikogruppe in Zukunft noch besser erreicht werden können (vgl. hierzu auch Abschnitt 4.1 zum Thema „Jugendliche Eltern“).

3.3.3 Nationalität der betreuten Eltern

Von den befragten Personen gaben 90 % (543 Personen) an, deutscher Nationalität zu sein. Bei den Müttern waren es 88 % (349 Personen), bei den Vätern 92 % (194 Personen). Lediglich 5 % (37 Personen) gaben an, nicht Deutsch zu sein, darunter 7 % der Mütter und 3 % der Väter. 25 Personen machten keine Angaben zu ihrer Nationalität (siehe Tabelle 37 sowie Abbildung 15).

Tabelle 37: Nationalität der Projektfamilien (Angaben in Prozent)

Nationalität	Mütter (N = 394)	Väter (N = 211)	Gesamt (N = 605)
Deutsch	349 (88 %)	194 (92 %)	543 (90 %)
Andere	29 (7 %)	8 (4 %)	37 (6 %)
Keine Angabe	16 (5 %)	9 (4 %)	25 (4 %)

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen Familienfragebogenpakete im Zeitraum 2008 –2011

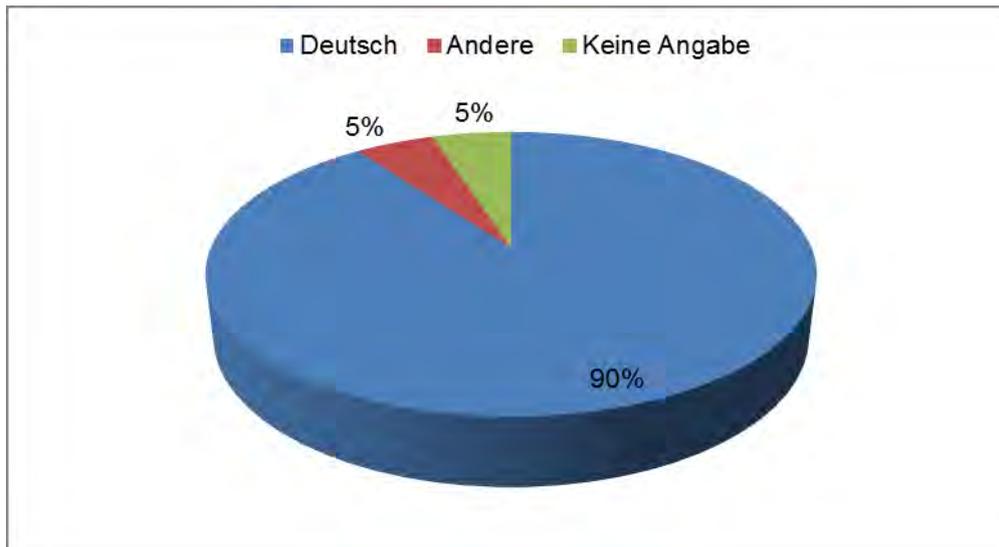


Abbildung 15: Nationalität der projektbetreuten Familien im gesamten Saarland (Angaben in Prozent)

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen Familienfragebogenpakete im Zeitraum 2008-2011

Generell ist anzumerken, dass aufgrund der Sprachbarriere ausländische Personen im Datensatz unterrepräsentiert sein dürften, da das Ausfüllen des Fragebogens auch mit Unterstützung der aufsuchenden Helferin zumindest mittlere Sprachkenntnisse voraussetzt. Es kann also davon ausgegangen werden, dass der prozentuale Anteil der projektbetreuten ausländischen Eltern tatsächlich etwas höher liegt. Nach Angaben der aufsuchenden Helferinnen in der Belastungsskala erscheinen 6,2 % der Mütter im Projekt durch Migration traumatisiert oder weisen zumindest Anzeichen dafür auf, was wiederum das aktuelle Belastungsausmaß der Familien mitbestimmt haben kann.

Bei einer nach Landkreisen getrennten Analyse fällt auf, dass die meisten Mütter nicht-deutscher Nationalität im Regionalverband Saarbrücken leben (siehe Tabelle 38). Mehrere Familienhebammen nicht-deutscher Herkunft waren im Regionalverband tätig, was dazu beigetragen haben könnte, dort vermehrt ausländische Familien ins Projekt einzubinden, bzw. diese beim Bearbeiten der Elternfragebögen zu unterstützen. Aber auch allgemeine bevölkerungsdemographische Merkmale könnten für diese regionale Ungleichheit verantwortlich sein. Der vorliegende Datensatz ist leider zu klein und der Anteil ausländischer Projektfamilien zu gering, um diese Hypothese gezielt zu überprüfen. Es erscheint jedoch plausibel, dass einer Helferin gleicher kultureller Herkunft verstärkt Vertrauen entgegengebracht wird, sie leichter Zugang zu den Familien findet und diese einer Betreuung somit eher zustimmen. Bei der Auswahl zusätzlicher Hebammen und Kinderkrankenschwestern für einen weiteren Fortbildungsgang zur Familienhebamme bzw. SPFB im Jahr 2012/13 wurde zudem darauf geachtet, nach Möglichkeit Bewerberinnen mit Migrationshintergrund auszubilden. Eine weitere Möglichkeit zur Einbindung ausländischer Kulturkreise wäre, unterstützende

Helferinnen (vgl. Projekt „Stadtteilmütter in anderen Bundesländern“) anderer Kulturen und Sprachen ans Projekt anzubinden, welche die Hausbesuche der verschiedenen Hebammen begleiten und übersetzend und zur kulturellen Verständigung aktiv werden können (vgl. dazu auch Abschnitt 4.3, Exkurs Migration).

Tabelle 38: Nationalitäten der Mütter und Väter nach Landkreisen aufgeschlüsselt

	Merzig- Wadern	Neun- kirchen	RV Saar- brücken	Saarlouis	Saarpfalz- Kreis	St. Wen- del	Saarland gesamt
Mütter							
deutsch	49 (94,2 %)	75 (96,2 %)	127 (87,6 %)	38 (92,7 %)	36 (94,7 %)	24 (100 %)	349 (92,3 %)
nicht deutsch	3 (5,8 %)	3 (3,8 %)	18 (12,4 %)	3 (7,3 %)	2 (5,3 %)	0 (0 %)	29 (7,7 %)
Väter							
deutsch	34 (97,1 %)	44 (100 %)	63 (92,6 %)	16 (100 %)	24 (100 %)	13 (86,7 %)	194 (96,0 %)
nicht deutsch	1 (2,9 %)	0 (0 %)	5 (7,4 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (13,3 %)	8 (4,0 %)
Gesamt							
deutsch	83 (95,4 %)	119 (97,5 %)	190 (89,2 %)	54 (94,7 %)	60 (96,8 %)	37 (94,9 %)	543 (93,6 %)
nicht deutsch	4 (4,6 %)	3 (2,5 %)	23 (10,8 %)	3 (5,3 %)	2 (3,2 %)	2 (5,1 %)	37 (6,4 %)

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen Familienfragebogenpakete im Zeitraum 2008 – 2011

Der prozentuale Anteil der Familien nicht-deutscher Nationalität im Saarland liegt nach Angaben der Bundeszentrale für politische Bildung (2011) bei 8,6 % und damit nur geringfügig höher als jener der nicht-deutschen Personen in vorliegender Stichprobe, weshalb nach diesen Angaben die ausländischen ProjektteilnehmerInnen im Projekt nicht unterrepräsentiert wären. Eine differenziertere Betrachtung zu Fragen der Einbeziehung von Familien mit Migrationshintergrund ins Projekt findet sich im Abschnitt 4.3.

3.3.4 Sprachkenntnisse der betreuten Eltern

Die überwiegende Mehrheit von 80 % der Befragten (489 Personen) spricht deutsch als einzige Muttersprache (siehe Abbildung 16 und Tabelle 39). Weitere 5 % (30 Personen) sprechen neben Deutsch noch eine weitere Muttersprache und 8 % (43 Personen) geben an, eine andere Muttersprache als Deutsch zu sprechen (7 % bzw. 40 Personen machten keine Angaben diesbezüglich). Die Verteilung der Muttersprachen unterscheidet sich nicht zwi-

schen Väter- und Müttergruppe. Als andere Muttersprache werden am häufigsten Russisch und Türkisch angegeben; eine Reihe anderer Sprachen werden jeweils von ein oder zwei Personen gesprochen.

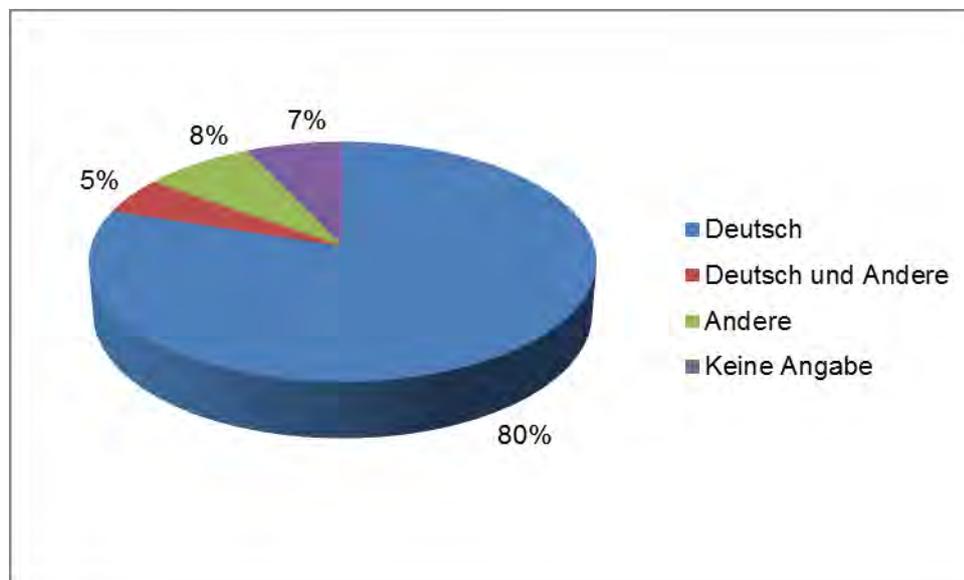


Abbildung 16: Muttersprachen der Projektfamilien (Angaben in Prozentwerten) für das gesamte Saarland
Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen Familienfragebogenpakete im Zeitraum 2008-2011

Die folgende Tabelle 39 gibt Aufschluss über die vorgekommenen Sprachen und deren Häufigkeiten.

Tabelle 39: Muttersprache nach Müttern und Vätern getrennt (Angaben in absoluten Zahlen, Prozentwerte in Klammern) für das gesamte Saarland.

Muttersprache	Mütter (N = 394)	Väter (N = 211)	Gesamt (N = 605)
Deutsch	317 (80 %)	172 (82 %)	489 (80 %)
Deutsch und Andere	21 (5 %)	9 (4 %)	30 (5 %)
Andere:	31 (8 %)	15 (7 %)	46 (8 %)
Russisch	7 (23 %)	3 (20 %)	10 (22 %)
Türkisch	4 (13 %)	2 (13 %)	6 (13 %)
Englisch	2 (7 %)	0 (0 %)	2 (4 %)
Rumänisch	2 (7 %)	1 (7 %)	3 (7 %)
Weitere (arabisch, französisch, georgisch, italienisch, kisuahili, kurdisch, lingala, polnisch, serbo-kroatisch, spanisch, vietnamesisch, kreolisch)	16 (50 %)	9 (60 %)	25 (54 %)
Keine Angabe	25 (7 %)	15 (7 %)	40 (7 %)

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen Familienfragebogenpakete im Zeitraum 2008-2011

Wie auch bei den Angaben zur Nationalität kann davon ausgegangen werden, dass der Fragebogen aufgrund der Sprachbarriere von Nicht-Muttersprachlern seltener ausgefüllt wurde und die Anzahl an im Projekt betreuten Eltern mit anderer Muttersprache höher liegt.

3.3.5 Schulabschlüsse der im Projekt betreuten Eltern

Der häufigste genannte Schulabschluss der betreuten Eltern im Projekt ist der Hauptschulabschluss (50 % der befragten Mütter und 54 % der befragten Väter geben diesen als höchsten Abschluss an). Für 17 % der Mütter und 10 % der Väter ist die Mittlere Reife der höchste erreichte Bildungsabschluss, jeweils 5 % beider Geschlechter verfügen über eine Fachhochschulreife. Die Schule mit Abitur abgeschlossen haben jeweils 4 % der Mütter sowie der Väter; 2 % der Mütter und 4 % der Väter verfügen über einen Hochschulabschluss. Ein verhältnismäßig hoher Anteil von immerhin noch 15 % (18 % der Mütter und 14 % der Väter) verfügt über keinen Schulabschluss (siehe Tabelle 40). Dieser Anteil erscheint auf den ersten Blick sehr hoch, erklärt sich jedoch zumindest teilweise durch das junge Alter vieler Projekteltern (10 % unter 18 Jährige), da diese die Schule noch nicht beendet haben und davon auszugehen ist, dass zumindest ein Teil dieser Personen derzeit noch in Schulausbildung ist.

Tabelle 40: Bildungsabschlüsse nach Müttern und Vätern getrennt (Angaben in absoluten Zahlen, Prozentwerte in Klammern) für das gesamte Saarland.

Bildungsabschluss	Mütter (N = 394)	Väter (N = 211)	Gesamt (N = 605)
Hauptschule	195 (50 %)	114 (54 %)	309 (51 %)
Realschule	65 (17 %)	21 (10 %)	86 (16 %)
Fachhochschulreife	20 (5 %)	11 (5 %)	31 (5 %)
Abitur	17 (4 %)	8 (4 %)	25 (4 %)
Hochschule	9 (2 %)	8 (4 %)	17 (3 %)
Kein Schulabschluss	72 (18 %)	30 (14 %)	102 (15 %)
Keine Angabe	16 (4 %)	19 (9 %)	35 (6 %)

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen Familienfragebogenpakete im Zeitraum 2008-2011

Im Vergleich zum bundesdeutschen Durchschnitt (Statistisches Bundesamt, 2012b) sowie zum saarlandweiten Durchschnitt (Statistisches Bundesamt, 2012c) sind in der hier angeführten Stichprobe die niedrigeren Bildungsabschlüsse etwas überrepräsentiert. Deutschlandweit verfügte in 2011 etwa 27 % der volljährigen Bevölkerung über die Fachhochschul- oder Hochschulreife (Saarland: 23,4 %) sowie 22 % über die Mittlere Reife (Saarland: 19,6 %). Einen Hauptschulabschluss hingegen hatten 36 % aller Deutschen (48,7 % der

Saarländer), d. h. unsere Stichprobe entspricht hier dem saarländischen Durchschnitt. Da soziale Risikofaktoren wie beispielsweise Arbeitslosigkeit, materielle Schwierigkeiten oder Wohnungsenge häufiger Personen mit niedrigerem oder keinem Schulabschluss betreffen, ist dieser Unterschied zur Allgemeinbevölkerung ein Zeichen dafür, dass es gelungen ist, die Zielgruppe des Projekts in angemessenem Ausmaß zu erreichen.

3.3.6 Beschäftigungsstatus der betreuten Eltern

Abbildung 17 und Tabelle 41 geben Auskunft über den Beschäftigungsstatus der betreuten Eltern. Etwa jede zweite Mutter (57 % bzw. 225 Personen) befindet sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung laut eigenen Angaben in Elternzeit. Nur 3 % der Mütter (11 Personen) gehen aktuell einer Beschäftigung nach, 4 % (17 Personen) befinden sich derzeit in Ausbildung und 26 % der Mütter (102 Personen) sind arbeitslos, wobei unklar ist, ob alle diese Personen bereits vor Beginn des Mutterschutzes arbeitslos waren oder ob sich die Aussage darauf bezieht, dass sie nach Ende der Elternzeit nicht in ein bestehendes Arbeitsverhältnis zurückkehren. In der Gruppe der Väter gehen deutlich mehr Personen, nämlich 47 % (101 Personen) einer Beschäftigung nach. 27 % der Väter (57 Personen) sind arbeitslos. Nur 4 % der Väter (9 Personen) sind derzeit in Elternzeit und 12 % (26 Personen) befinden sich derzeit in Ausbildung. Von 59 Personen liegt keine Angabe zum Beschäftigungsstatus vor.

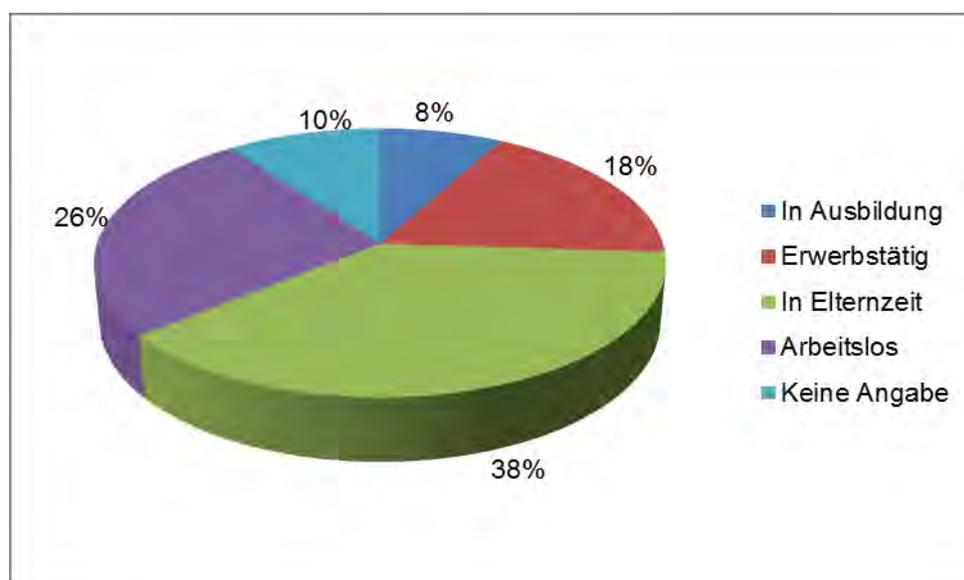


Abbildung 17: Beschäftigungsstatus der projektbetreuten Eltern im Saarland (in Prozent)

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen Familienfragebogenpakete im Zeitraum 2008-2011

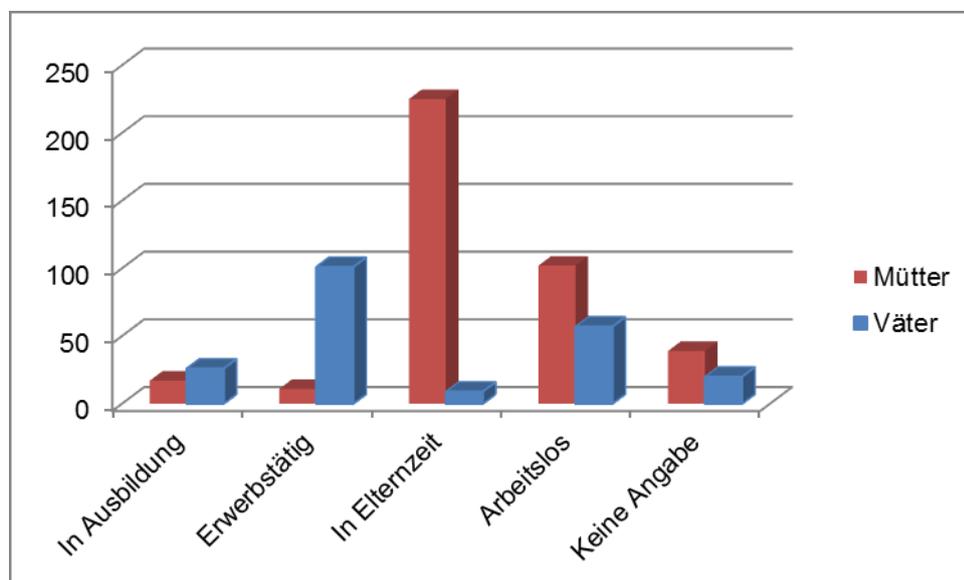
Das Verhältnis zwischen dem beruflichen Status von Müttern und Vätern wird im Folgenden veranschaulicht.

Tabelle 41: Beschäftigungsstatus nach Müttern und Vätern getrennt (Angaben in absoluten Zahlen, Prozentwerte in Klammern) für das gesamte Saarland.

Beschäftigungsstatus	Mütter (N = 394)	Väter (N = 211)	Gesamt (N = 605)
In Ausbildung	17 (4 %)	26 (12 %)	43 (8 %)
Erwerbstätig	11 (3 %)	101 (47 %)	109 (18 %)
In Elternzeit	225 (57 %)	9 (4 %)	234 (38 %)
Arbeitslos	102 (26 %)	57 (27 %)	159 (26 %)
Keine Angabe	39 (10 %)	20 (10 %)	59 (10 %)

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen Familienfragebogenpakete im Zeitraum 2008-2011

Die folgende Abbildung 18 zeigt den Vergleich der Tätigkeiten von Müttern und Vätern grafisch.

**Abbildung 18: Beschäftigungsstatus nach Müttern und Vätern getrennt (in absoluten Zahlen)**

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen Familienfragebogenpakete im Zeitraum 2008-2011

Der Anteil arbeitsloser Väter (und auch Mütter) ist in der Stichprobe der ProjektteilnehmerInnen zwar auffallend hoch (in der Gesamtbevölkerung des Saarlandes lag der Anteil Arbeitsloser zwischen 2008 und 2011 bei 6,8 % bis 7,7 % (Bundesagentur für Arbeit, 2013), im Hinblick auf materielle Belastungsfaktoren als Risikofaktor ist dieser überproportional große Anteil Arbeitsloser jedoch nicht überraschend, sondern eher zu erwarten und spiegelt wider, dass die betreffende potentielle Zielgruppe zufriedenstellend in der erfassten Gruppe repräsentiert ist. Es kann zudem darüber spekuliert werden, dass sich möglicherweise mehr arbeitslose Väter die Zeit nahmen, den Fragebogen zu bearbeiten als berufstätige Väter und somit in den ausgewerteten Daten verstärkt vertreten waren. Allein die Tatsache, dass arbeitslose Väter vermutlich häufiger bei den Hausbesuchen anwesend sind und so von der

Familienhebamme oder SPFB direkt um das Ausfüllen gebeten werden können, könnte zu einer höheren Beteiligung dieser geführt haben. Die tatsächliche Anzahl arbeitsloser Projektväter könnte daher möglicherweise etwas niedriger sein.

3.3.7 Familienstand der betreuten Eltern

Bezüglich des Familienstandes in der Gesamtstichprobe (Abbildung 19) lässt sich feststellen, dass 21 % der Stichprobe (122 Personen) ledig sind. 46 % (259 Personen) befinden sich in fester Partnerschaft und 28 % (158 Personen) sind verheiratet. Von 30 Personen liegen keine Angaben zum Familienstand vor.

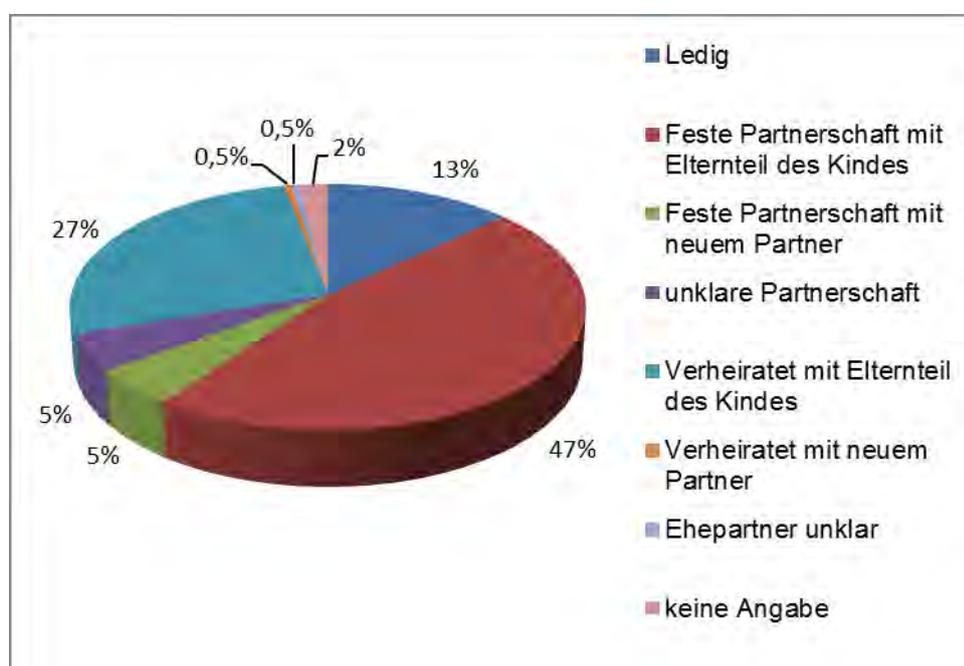


Abbildung 19: Familienstand der projektbetreuten Familien (Angaben in Prozentwerten für das gesamte Saarland)

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen Familienfragebogenpakete im Zeitraum 2008-2011

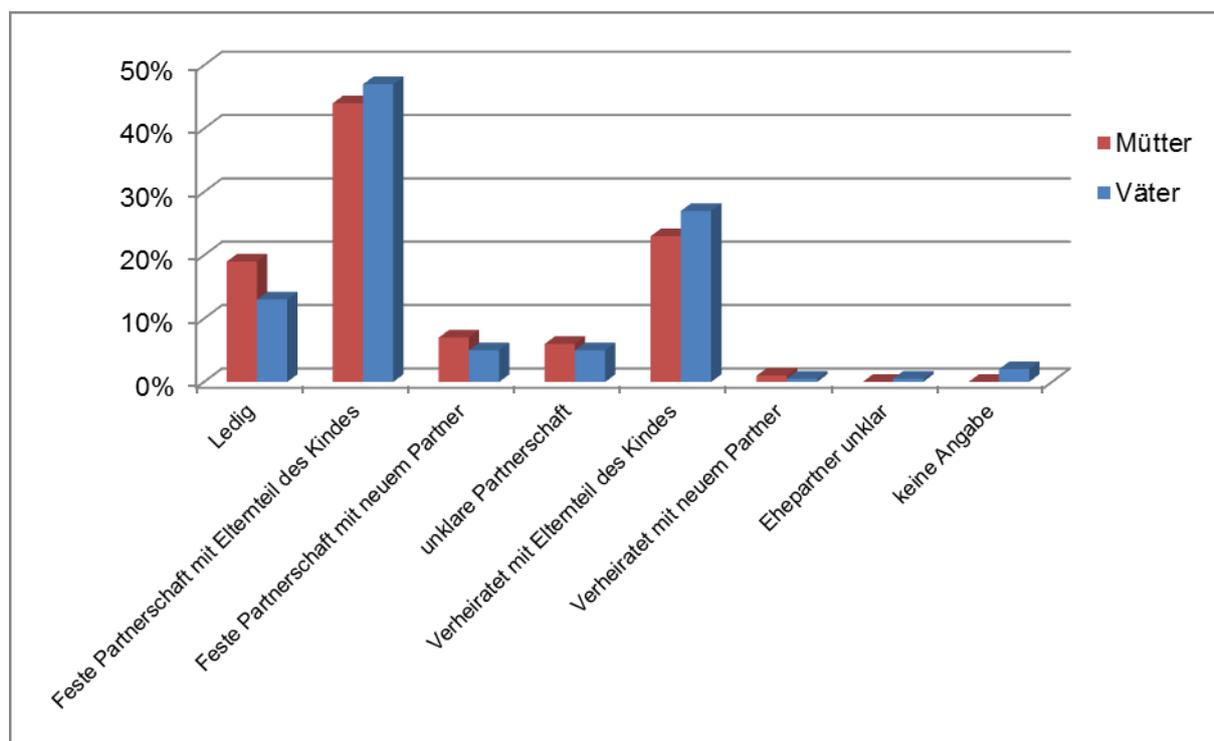
Die Verteilung des Familienstandes der Mütter und Väter im Projekt ist in Tabelle 42 näher ausgeführt. Wie bereits erwähnt ist die Zahl der alleinerziehenden Mütter relativ hoch, da alleinerziehende Väter nicht am Projekt teilnahmen und zudem in der Gesamtbevölkerung deutlich weniger häufig vertreten sind.

Tabelle 42: Familienstand nach Müttern und Vätern getrennt (Angaben in absoluten Zahlen, Prozentwerte in Klammern) für das gesamte Saarland.

Familienstand	Mütter (N = 394)	Väter (N = 211)	Gesamt (N = 605)	
Ledig	76 (19 %)	2 (1 %)	78 (13 %)	
Feste Partnerschaft	mit Kindesvater	173 (44 %)	111 (53 %)	284 (47 %)
	mit anderem Partner	26 (7 %)	1 (1 %)	27 (5 %)
	Partner unklar	23 (6 %)	8 (4 %)	31 (5 %)
Verheiratet	mit Kindesvater	91 (23 %)	73 (35 %)	164 (27 %)
	mit anderem Partner	4 (1 %)	0 (0 %)	4 (0,5 %)
	Partner unklar	1 (0 %)	0 (0 %)	1 (0,5 %)
Keine Angabe	0 (0 %)	16 (6 %)	16 (2 %)	

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen Familienfragebogenpakete im Zeitraum 2008-2011

Die oben aufgeführte Verteilung ist zur besseren Übersichtlichkeit in der folgenden Abbildung 20 grafisch dargestellt.

**Abbildung 20: Familienstand nach Müttern und Vätern getrennt (in Prozent)**

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen Familienfragebogenpakete im Zeitraum 2008-2011

In 253 Fällen gaben die Mütter an, dass die Partnerschaft mit dem Kindesvater noch bestehe. Im Falle einer Trennung gaben 38 der 107 getrennt lebenden Mütter an, dass kein Kontakt zum Vater vorhanden sei (35,5 %), bei 44 Frauen bestehe wenig Kontakt (41,1 %) und

im Falle von 25 Müttern sei ein regelmäßiger Kontakt zu berichten (23,4 %). Auch die Tatsache, ob Mutter und Vater gemeinsam leben, spielt eine wichtige Rolle für den Familienalltag und die aufsuchende Arbeit im Rahmen des Projektes und wurde daher erfragt (siehe Tabelle 43). Die Auflistung erfolgt nur aus Muttersicht, da die Aussage getrennt lebender Väter aufgrund nicht vorhandener Fragebögen nicht einbezogen werden kann.

Tabelle 43: Lebenssituation der Eltern aus Muttersicht (Angaben in absoluten Zahlen, Prozentwerte in Klammern) für das gesamte Saarland.

Lebenssituation der Familien	Anzahl (%)
Eltern leben gemeinsam	221 (56 %)
Mutter lebt ohne Kindesvater	119 (30 %)
unklar	54 (14 %)
gesamt	394 (100 %)

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen Familienfragebogenpakete im Zeitraum 2008-2011

In knapp der Hälfte der Fälle, in denen der Kindesvater nicht bei der Familie wohnt, berichtet die Kindesmutter dennoch von Kontakt (vgl. Tabelle 44).

Tabelle 44: Kontakt des Kindes zum Vater, bezogen auf Familien, in welchen der Vater nicht zusammen mit dem Kind wohnt (Angaben in absoluten Zahlen, Prozentwerte in Klammern) für das gesamte Saarland.

Kontakt zum Vater bei Getrenntlebenden	Anzahl (%)
ja	51 (43 %)
nein	63 (53 %)
unklar	5 (4 %)
gesamt	119 (100 %)

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen Familienfragebogenpakete im Zeitraum 2008-2011

Das Ergebnis, dass relativ viele Mütter trotz Trennung vom Partner über Kontakt mit diesem berichten, ist als durchaus positiv zu bewerten. Obwohl in vereinzelt Fällen möglicherweise auch Gewalt in der Partnerschaft ein Trennungsgrund war und auch einige Familienhebammen berichten, dass sich die Arbeit mit einigen Vätern durchaus problematisch gestaltet, kann der Kindesvater der Kindesmutter als Elternteil des gemeinsamen Kindes zur Seite stehen und Unterstützung zum Wohle des Kindes sowie der ganzen Familie leisten, weshalb er möglichst in die gemeinsame Arbeit mit einbezogen werden soll.

3.3.8 Belastungsgrad der betreuten Familien

Um eine hochbelastete Familie zu erkennen, wurde am IPKF ein Instrument zur Risikoeinschätzung entwickelt, die sogenannte *Heidelberger Belastungs-Skala (HBS)*, siehe auch die Abschnitte 2.2.3 und 3.1.1 sowie Anhang 2). Anhand dieses Instruments wird die Belastung der Familien mit Hilfe kurzer Beschreibungen in den Bereichen *Belastungsfaktoren auf Seiten der Eltern*, *Belastungsfaktoren auf Seiten des Kindes*, *soziale Belastungen*, *materielle Belastungen* sowie ein *Gesamtbelastungswert* auf einem Kontinuum vom 0 bis 100 eingeschätzt.

Tabelle 45 zeigt die Einteilung der Punktwerte, welche die Einschätzung erleichtern soll.

Tabelle 45: Einteilung der Punktwerte der HBS zur Einschätzung der Belastung

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

Die *HBS* wurde zu Beginn der Betreuung ausgefüllt, da die Familienhebamme zu diesem Zeitpunkt zwar einen recht guten Eindruck der familiären Situation gewinnen konnte, die absolvierten Hausbesuche sich jedoch noch nicht bedeutsam auf die Belastungssituation ausgewirkt haben dürften und daher eine anfängliche Bestandsaufnahme nach einigen ersten Besuchen durchaus als noch objektiv zu betrachten ist. Dabei kann ein späteres intensiveres Kennenlernen die Ergebnisse durchaus noch verändern, da möglicherweise viele Belastungen der Familie erst im Laufe der Betreuung auftreten oder manche Familien erst nach längerer Zeit in der Lage sind, problematische Teile ihrer Lebensgeschichte mitzuteilen.

In Tabelle 46 und Abbildung 21 ist dargestellt, wie die Familienhebammen das Belastungsniveau der von ihnen betreuten Familien zu Betreuungsbeginn durchschnittlich einschätzten.

Tabelle 46: Durchschnittliche Belastung der Familien in den unterschiedlichen Bereichen, eingeschätzt mittels HBS durch die Familienhebammen zu Beginn der Betreuung (in Klammern: Standardabweichungen SD als Maß für die Schwankungsbreite; N = 597)

Skala (0-100)	Mittelwert (SD)
Persönliche Belastung des Kindes	19,06 (14,0)
Familiäre Belastung/Belastung der Eltern	42,41 (20,2)
Soziale Belastung	33,61 (17,0)
Materielle Belastung	35,68 (16,0)
<i>HBS – Gesamtbelastung</i>	40,05 (16,8)

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingereichten HBS- Dokumentation der Familienhebammen im Zeitraum 2008-2011

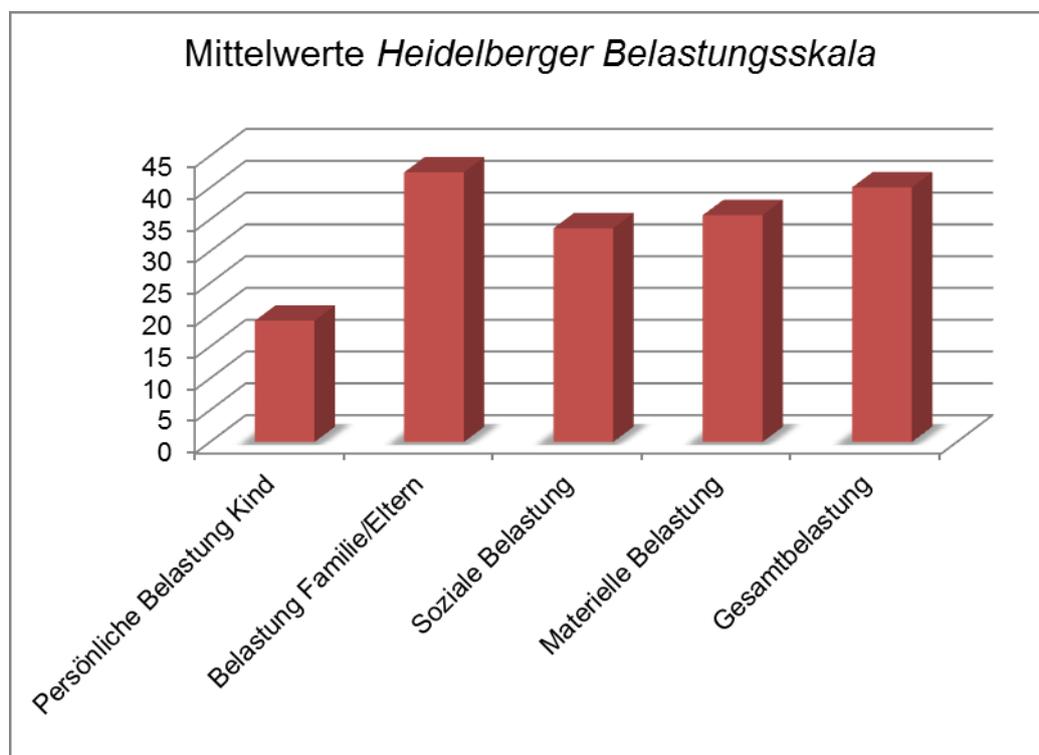


Abbildung 21: Durchschnittliche Belastung der Familien in den unterschiedlichen Bereichen, eingeschätzt mittels HBS durch die Familienhebammen zu Beginn der Betreuung (Mittelwerte)

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen Familienfragebogenpakete im Zeitraum 2008-2011

Betrachtet man die einzelnen Belastungsbereiche, so zeigt sich, dass von den aufsuchenden Helferinnen die persönliche Belastung des Kindes in den Familien am niedrigsten (19,1 %) und die persönliche Belastung der Eltern (42,4 %) am höchsten empfunden wurde. Insgesamt wurde die Belastung der Familien bei einem Wert von 40 Punkten eingestuft und liegt damit also im mittleren Bereich (vgl. Tabelle 45).

Zur Belastung der Eltern zählen neben gesundheitlichen, psychischen und Suchtproblemen der Eltern auch partnerschaftliche Probleme bzw. die Zusatzbelastung Alleinerziehender sowie eine frühzeitige und damit einhergehend potentiell belastende Elternschaft. Insbeson-

dere gehen in diese Belastungskategorie aber auch Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung zwischen Eltern und Kind ein. Besonderes Augenmerk der aufsuchenden Hilfe sollte wie bereits mehrfach erwähnt die Fokussierung auf die Beziehungs- und Interaktionsgestaltung zwischen Eltern und Kind sein, um intuitive elterliche Kompetenzen zu stärken. Die besonders hohe Belastung der Projektfamilien im beschriebenen Bereich ist daher wenig überraschend, spiegelt jedoch erneut wieder, dass gerade Familien, die in diesem Bereich besondere Schwierigkeiten aufweisen, entsprechend erkannt wurden, um dann an Familienhebammen vermittelt zu werden. Werden die Eltern entlastet, so bedeutet dies ebenso Entlastung des Familiensystems und Entlastung der Beziehung zwischen Eltern und Kind, weshalb Prävention auf die Eltern bezogen auch Prävention am Kind bedeutet.

Betrachtet man die Werteverteilung der einzelnen Bereiche der *HBS* (siehe Abbildung 22 und Abbildung 24), so lässt sich erkennen, dass vor allem im Bereich der persönlichen Belastung der Eltern sowie bezogen auf soziale Belastungen Gruppen vorhanden sind, bei denen die fremdeingestufte Belastung äußerst negativ ausfällt. Im Belastungsbereich 41- 60 (*die Belastungsfaktoren überwiegen im Vergleich zu unbelasteten Bereichen deutlich*), in den immer noch ca. 27 % aller projektbetreuten Familien fallen, sind die unbelasteten Bereiche bereits in der Minderheit, wobei die Gefahr besteht, dass sich die Zustände bei Beurteilung durch eine Familienhebamme ohne Unterstützung weiter verschlechtern werden. Gerade diese Familien, welche noch Ressourcen aufweisen, jedoch in ihrer Zeit als „neue“ Eltern belastet erscheinen und daher Unterstützung benötigen, um eigene Ressourcen aktivieren zu können, müssen an *Frühe Hilfen* angebunden werden.

Bei den Belastungswerten des Kindes dominiert die Fallzahl der Kategorie der Belastungswerte 0-20, d. h. in vielen Fällen ist eine geringe Belastung vorhanden, wobei einige wenige Kinder durchaus als höher belastet eingestuft werden (41-60) und die Belastungsfaktoren die unbelasteten Bereiche übersteigen (siehe Abbildung 22).

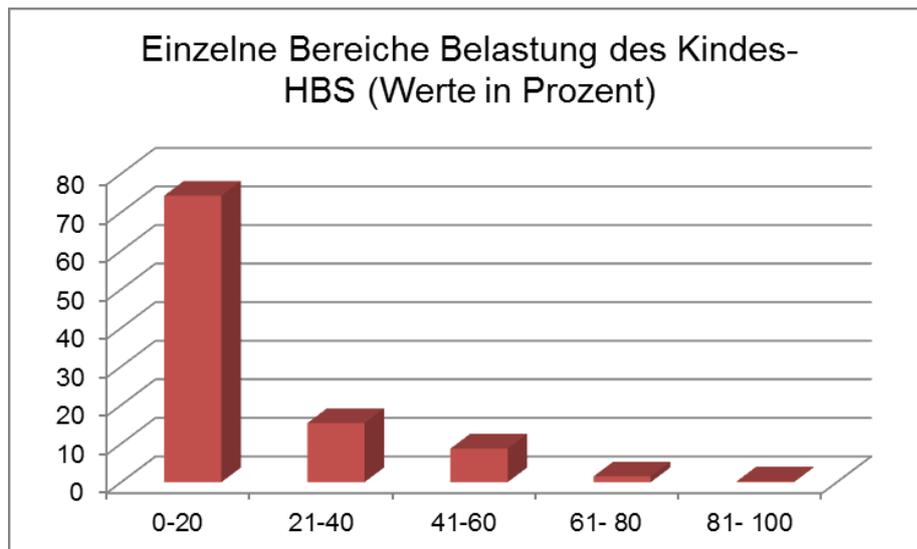


Abbildung 22: Prozentualer Anteil je Bereich der persönlichen Belastung des Kindes, eingeschätzt durch die Familienhebammen zu Beginn der Betreuung

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen *HBS* im Zeitraum 2008-2011, ausgefüllt durch die betreuenden Familienhebammen

Betrachtet man die durch die Hebamme eingeschätzte Belastung der Eltern, so zeigt sich, wie oben bereits erwähnt, eine deutlich höhere Belastung als die auf das Kind bezogen, da viele Eltern im Wertebereich 21-40 sowie 41-60 eingestuft wurden (siehe Abbildung 23).

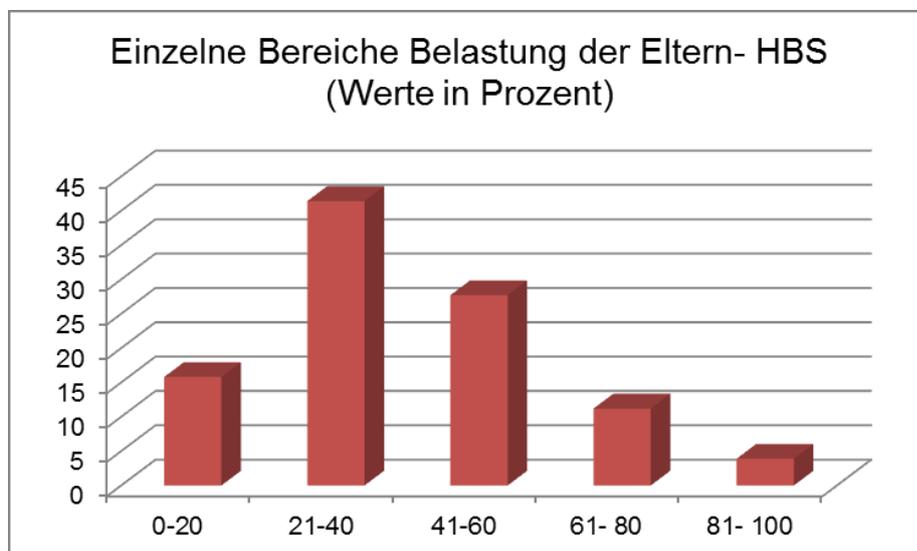


Abbildung 23: Prozentualer Anteil je Bereich der Belastung der Eltern, eingeschätzt durch die Familienhebammen zu Beginn der Betreuung

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen *HBS* im Zeitraum 2008-2011, ausgefüllt durch die betreuenden Familienhebammen

Auch im sozialen Bereich zeigen sich die Familien häufig belastet, wobei die Mehrzahl der Familien in die beiden niedrigeren Belastungs- Kategorien 0-20 und 21-40 eingestuft werden (siehe Abbildung 24).

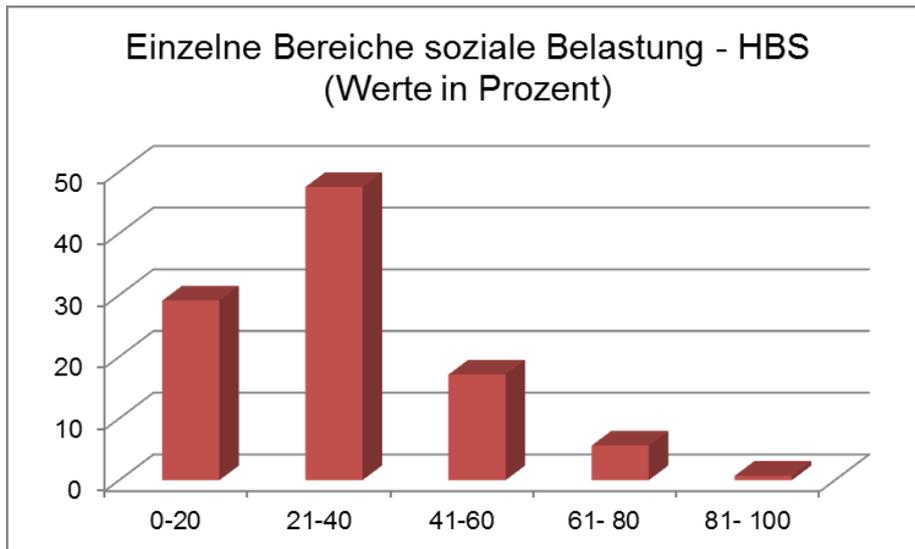


Abbildung 24: Prozentualer Anteil je Bereich der Belastung der Eltern, eingeschätzt durch die Familienhebammen zu Beginn der Betreuung

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen *HBS* im Zeitraum 2008-2011, ausgefüllt durch die betreuenden Familienhebammen

Zwar weisen einige Familien aus Familienhebammensicht auch finanzielle Schwierigkeiten auf, jedoch scheinen diese vielfach in einem Bereich zu liegen, in dem sie (mit Hilfe) noch kompensierbar sind (siehe Abbildung 25).

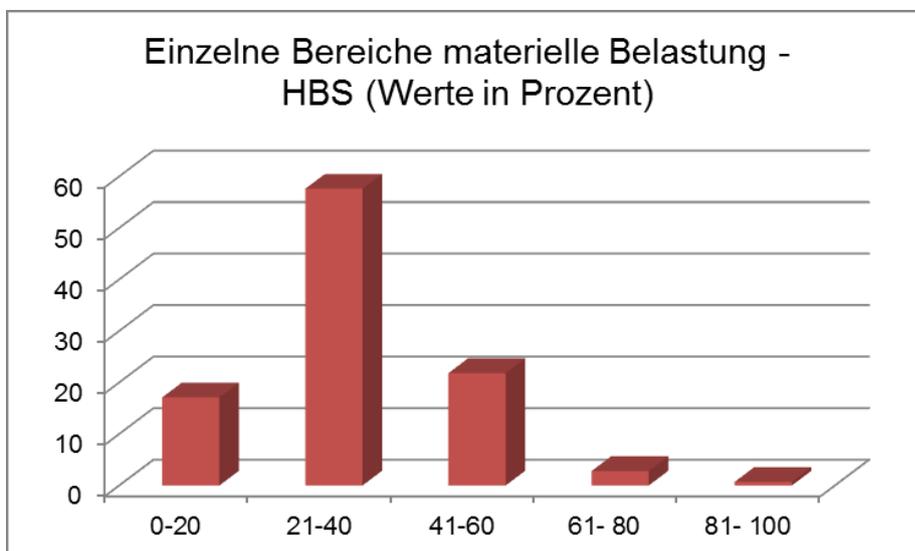


Abbildung 25: Prozentualer Anteil je Bereich der materiellen Belastung, eingeschätzt durch die Familienhebammen zu Beginn der Betreuung

Anm.: Daten ermittelt aufgrund der eingegangenen *HBS* im Zeitraum 2008-2011, ausgefüllt durch die betreuenden Familienhebammen

Insgesamt ist anzumerken, dass die durch die Familienhebammen ermittelten durchschnittlichen Belastungswerte und prozentualen Werte pro Kategorie verhältnismäßig niedrig erscheinen. Wie erwähnt werden jedoch potentielle aktuelle Belastungen und frühere negativ

beeinflussende Lebensereignisse der Familien oft erst spät gegenüber der Familienhebamme geäußert, weshalb die tatsächliche vorliegende Belastung in den Familien wahrscheinlich eher unterschätzt wird und zu einem späteren Zeitpunkt, an dem mehr Details über die Familie bekannt geworden sind, als höher eingestuft. Es wäre ebenso möglich, dass die Familienhebammen Hemmungen hatten, einer Familie nach einer kurzen Phase des Kennenlernens zu hohe Belastungswerte zuzuordnen und sie somit zu stigmatisieren. Da jedoch die Bewertung mittels der *HBS* ein Screening darstellt und eine erste strukturierte Einstufung der Familie und damit einhergehend Ermittlung des Unterstützungsbedarfs ermöglichen soll, ist eine wiederholte Bearbeitung der Einstufung nicht sinnvoll.

Eine durchgängig niedrigere Belastungseinschätzung ist im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung zwar unproblematisch, kann jedoch ein Hinweis darauf sein, dass auch im Rahmen der Betreuung bestimmte Belastungsfaktoren in ihrer Bedeutung unterschätzt werden. Möglicherweise führt die sehr intensive Beziehung zwischen Familien und Familienhebammen dazu, dass diese ihren Blick vor allem auf die Kompetenzen der Familie richten. Eine solch ressourcenorientierte Haltung ist im Rahmen der aufsuchende Arbeit zwar äußerst gewinnbringend und erfolgversprechend, für eine (mehr oder weniger objektive) Einschätzung der familiären Situation ist es jedoch notwendig, den Blick sowohl auf die Ressourcen als auch auf die Schwierigkeiten einer Familie zu lenken. Um auszuschließen, dass Familien aufgrund „zu geringer Belastung“ weniger intensiv oder gar nicht im Rahmen des Projekts betreut werden, sollte in der Arbeit im multiprofessionellen Team unbedingt Wert darauf gelegt werden, gemeinsam und ausführlich alle Seiten einer Familiensituation zu beleuchten (z. B. im Rahmen von Fallbesprechungen und Supervision). Gerade auch im Hinblick auf eine zunehmende Konzentration auf präventive Unterstützung für Familien und eine deutlichere Abgrenzung zur Jugendhilfe muss ein verstärktes Augenmerk auf zunächst vielleicht unbelastete oder nur sehr wenig belastete Familien gelegt werden.

Erfahrungsberichte von aufsuchenden Helferinnen und Netzwerk Beteiligten lassen die Belastungslage der Familien deutlich gravierender erscheinen, als die geschilderten Ergebnisse es vermuten lassen. Häufig entstand der Eindruck, dass es sich bei der Mehrzahl der im Projekt betreuten Fälle um hoch- bis sehr hochbelastete Familien handelt. Vor allem der Bereich der *Belastung der Eltern* wird oft als hoch eingestuft. Geht man zudem davon aus, dass Belastungen sich im Lauf des ersten Lebensjahres des Kindes eher noch verstärken, so ist es durchaus sinnvoll, Hilfe zu einem möglichst frühen Zeitpunkt anzubieten und vorhandene Ressourcen zu stärken, solange sich belastende Einflüsse noch nicht verstetigt haben.

Auch wenn Anwender der *HBS* zunächst geschult werden müssen und die Belastungseinschätzung etwas Übung erfordert, bietet die Skala die Möglichkeit, die Ermittlung des Hil-

febedarfs von Familien zu erleichtern, indem sie die subjektiven Eindrücke strukturieren hilft und die verschiedenen Belastungsbereiche veranschaulicht, die im Rahmen der Vermittlung an Unterstützungsangebote eine Rolle spielen. Familienhebammen und KlinikmitarbeiterInnen berichten zudem über den Vorteil, dass sie durch die regelmäßige Anwendung der *HBS* die mittels der Skala abgefragten Belastungsbereiche auch in der sonstigen täglichen Arbeit im Blick hätten. So seien sie achtsamer geworden für bestimmte Belastungen und Ressourcen von Familien, die sie sonst vielfach nicht bedacht hätten. Dies ermöglicht eine ganzheitlichere und vollständigere Wahrnehmung der Familien.

3.4 Ergebnisse der Evaluationsstudie *PFIFF*

Das Projekt *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz* wurde wie bereits unter 2.6 erwähnt, systematisch evaluiert, um die Wirksamkeit des Präventionsprojektes zu untersuchen, Schlüsse aus erfolgreichen Maßnahmen zu ziehen und ebenso Anhaltspunkte für mögliche Verbesserungen zu finden. Derzeit liegen die vollständigen Ergebnisse der ersten drei *PFIFF*-Untersuchungszeitpunkte vor (d. h. Ergebnisse der Erhebungen zu den Zeitpunkten kurz nach der Geburt der Kinder sowie im Alter von sechs Monaten und einem Jahr). Die Datenerhebung des vierten Untersuchungszeitpunktes (im Alter der Kinder von 2 Jahren) ist vollständig abgeschlossen, so dass erste Ergebnisse des Vergleichs der Familien mit und ohne aufsuchende Unterstützung ein Jahr nach Interventionsende folgen werden.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Datenauswertung für die verschiedenen untersuchten Bereiche aufgeführt und deren Implikationen diskutiert.

3.4.1 Mütterliche Feinfühligkeit

Die Auswertung der Videos zur mütterlichen Feinfühligkeit konnte in beiden Gruppen (d. h. in Gruppen mit und ohne Betreuung durch eine Familienhebamme) eine kleine Verbesserung der Feinfühligkeit vom Zeitpunkt kurz nach der Geburt bis zum Alter des Kindes von einem Jahr feststellen. Bei der Interventionsgruppe stiegen die Werte von durchschnittlich 5,53 auf durchschnittlich 5,82 auf der *CARE*-Skala, mittels derer die Feinfühligkeit der Mütter in der Interaktion mit ihrem Kind durch geschulte Beurteiler eingestuft wurde. Bei der Kontrollgruppe stiegen sie von 5,85 kurz nach der Geburt auf 6,35 im Alter von einem Jahr des Kindes⁶. Obwohl sich die Werte zahlenmäßig leicht unterscheiden, ist der Unterschied statistisch nicht

⁶ Die Werte der *CARE*-Skala reichen insgesamt von 0-14. Ein Wert von 0 steht für keinerlei Feinfühligkeit, 7 für normale und 14 für herausragende Feinfühligkeit.

bedeutsam (Signifikanzniveau $p = 0,03$), d. h. es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse zufällig zu Stande kamen und der erzielte Effekt ist somit nicht eindeutig auf die Intervention zurückführbar (siehe Abbildung 26).

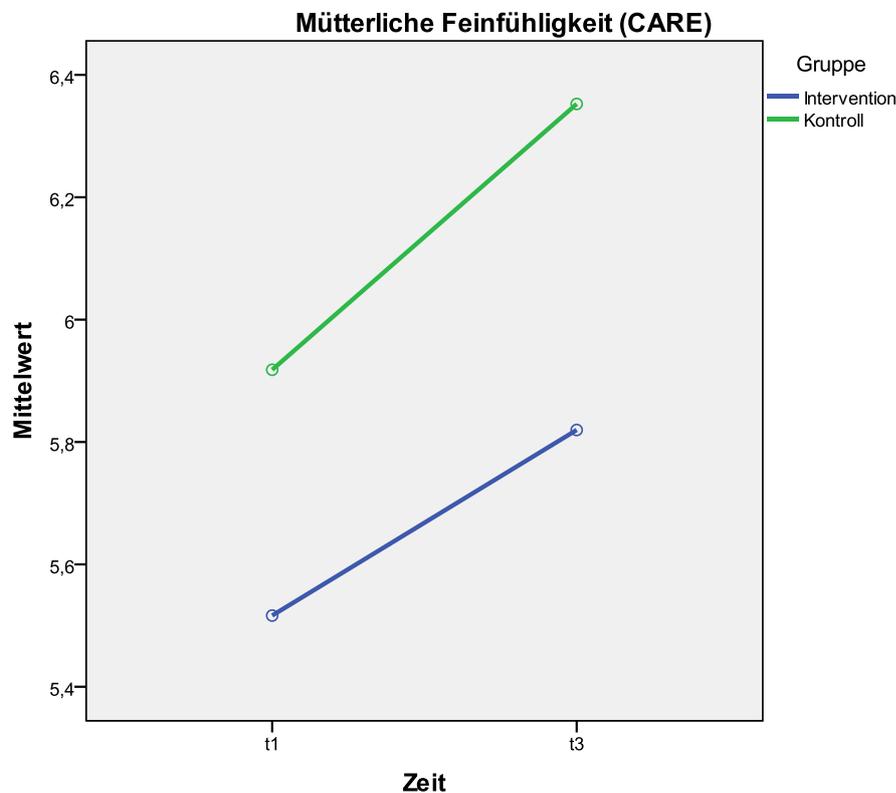


Abbildung 26: Fremdeingeschätzte Feinfühligkeit der Interaktion im ersten Lebensjahr zwischen Mutter und Kind (N = 244)

Anm.: Daten erhoben mittels Videoaufnahme und Auswertung nach dem CARE-Index

Bei genauerer Untersuchung der verschiedenen Dimensionen der CARE-Bewertung lässt sich feststellen, dass sich beide Gruppen vor allem in den kognitiven Aspekten der Feinfühligkeit verbessert haben, worunter zum Beispiel die Wechselseitigkeit des Spiels zwischen Mutter und Kind sowie die Auswahl der Aktivitäten durch die Mutter fallen: die Interaktion mit dem älteren Säugling wurde als vielseitiger eingestuft. Es ist zu vermuten, dass den Müttern eine feinfühliges Spielgestaltung mit einem aktiven und deutlich seine Präferenzen zeigenden einjährigen Kind leichter fällt als bei einem Säugling, oder die Mütter im Laufe der gemeinsam verbrachten Zeit besser gelernt haben, Aktivitäten auszuwählen, welche das Kind präferiert. Die emotionalen Aspekte der Feinfühligkeit hingegen sind vom ersten bis zum dritten Messzeitpunkt bei beiden Gruppen gleich geblieben. Im Bereich der mütterlichen Feinfühligkeit konnten mittels des CARE-Index also keine spezifischen Effekte der aufsuchenden Unterstützung durch das Projekt nachgewiesen werden. Die subjektive Sicht der Mütter, ob sich

deren eigenes Verhalten gegenüber dem Kind in Bereichen der Feinfühligkeit verändert hat, konnte mittels des CARE- Instruments nicht erfasst werden.

Um zu erklären, wieso der Bereich der Feinfühligkeit von der aufsuchenden Arbeit scheinbar unberührt bleibt, muss die Vielfältigkeit der Tätigkeitsschwerpunkte der Familienhebammen betrachtet werden (siehe unter anderem 2.2.5 Inhalte der Hausbesuche der aufsuchenden Arbeit): die Thematisierung kindlicher Signale ist nur in 19 % der Hausbesuche aus Familienhebbammensicht Schwerpunkt der aufsuchenden Arbeit. Zählt man hier das Erkennen kindlicher Stresssignale hinzu, so erhöht sich der Anteil zwar auf 25 %, bleibt jedoch weiter hinter den Bereichen *Medizinisches/Versorgung* oder *Selbstfürsorge* zurück. Möglicherweise ist es den aufsuchenden Helferinnen aufgrund zahlreicher anderer Bereiche, die in der Arbeit mit den Familien thematisiert werden, nicht ausreichend möglich, ausreichend Zeit für Aspekte der Erkennung der Signale des Kindes einzuräumen sowie die Bindung zwischen Mutter und Kind in den Vordergrund zu stellen. Ebenso ist es jedoch möglich, dass die betreuenden Familienhebammen diesen Bereich der Arbeit als weniger relevant empfanden und daher weniger thematisiert haben, weshalb, sollte dies der Fall sein, in zukünftigen Fortbildungen auf diese Problematik näher eingegangen werden sollte.

Die angeführten Ergebnisse können zusätzlich durch die Untersuchungen anderer Forschergruppen erklärt werden: die Wissenschaftler Bakermans-Kranenburg und Mitarbeiter (2003) führten eine Analyse durch, in der sie die Ergebnisse von verschiedenen Unterstützungsprogrammen für Eltern verglichen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass Programme, welche ausschließlich auf die elterliche Feinfühligkeit fokussierten und andere Bereiche weniger thematisierten, deutlich größere Erfolge in Bezug auf die Feinfühligkeit erzielen konnten als Programme, die in verschiedenen Bereichen Unterstützung anboten. Der Bereich der Feinfühligkeit scheint daher in der Arbeit mit Familien intensiv bearbeitet werden zu müssen, um messbare Effekte zu erzielen.

Die ausbleibenden statistischen Belege für eine spezifische Erhöhung der mütterlichen Feinfühligkeit könnten also durch die Vielschichtigkeit des Unterstützungsangebotes der *Frühen Hilfen* erklärt werden, welches nicht nur spezifisch auf die Erhöhung der mütterlichen Feinfühligkeit abzielt, sondern verschiedene Bereiche thematisiert, in denen die Familien Unterstützung benötigen. Das Ergebnis wirft jedoch die Frage auf, wie im Rahmen des Präventionsprojekts bessere Interventionseffekte im Bereich der mütterlichen Feinfühligkeit erzielt werden könnten. Eventuell sollte angestrebt werden, für Bereiche wie beispielsweise Aspekte sozialer Beratung die betreuten Familien noch stärker im Netzwerk einzubinden, um die Arbeit der Hausbesuche vermehrt auf den Bereich der Eltern-Kind-Interaktion fokussieren zu können. Weiterhin sollte verstärkt darauf geachtet werden, dass ausreichend viele Hausbe-

suche pro Familie schwerpunktmäßig die Eltern-Kind-Interaktion zum Thema haben, da dieser Aspekt, wie bereits angeführt, sonst schnell untergehen kann. Derzeit wird das Thema „kindliche Signale“ zwar häufig in Hausbesuchen angesprochen, Hauptarbeitsinhalt ist es jedoch selten. Eine weitere und tiefergehende Schulung der aufsuchenden Helferinnen in der interaktionszentrierten Intervention wäre hierzu ebenfalls zielführend. Zusätzlich kann es sinnvoll sein, den aufsuchenden Helferinnen mehr Zeit für die Betreuung der Familien einzuräumen, damit mehr Raum für die Bearbeitung von Themen entsteht, die über die grundlegenden Bereiche wie *Medizinisches/Versorgung* hinausgehen.

3.4.2 Entwicklungsstand des Kindes

Die Auswertungen bezüglich der sozialen Entwicklung des Kindes zeigten, dass die Kinder der durch Familienhebammen betreuten Interventionsgruppe am Ende ihres ersten Lebensjahres in ihrer sozialen Entwicklung bessere Werte erzielten als die Kinder der vergleichbaren Kontrollgruppe (siehe Abbildung 27). Zum ersten Erhebungszeitpunkt war der Entwicklungsstand der Kinder beider Untersuchungsgruppen etwa gleich. Vergleicht man diese anfänglich erhobenen Werte nun mit den Werten, welche ein Jahr später erhoben wurden, so zeigt sich, dass die Werte der Kinder aus Familien mit einer Unterstützung durch *Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz* angestiegen sind, während die Werte der Kinder aus Kontrollfamilien sogar absanken (Signifikanzniveau $p = 0,001$).

Im Bereich der Problemlösekompetenz verhielt es sich ähnlich: in diesen Bereichen zeigte die aufsuchende Unterstützung durch das Projekt ebenso deutlich positive Effekte.

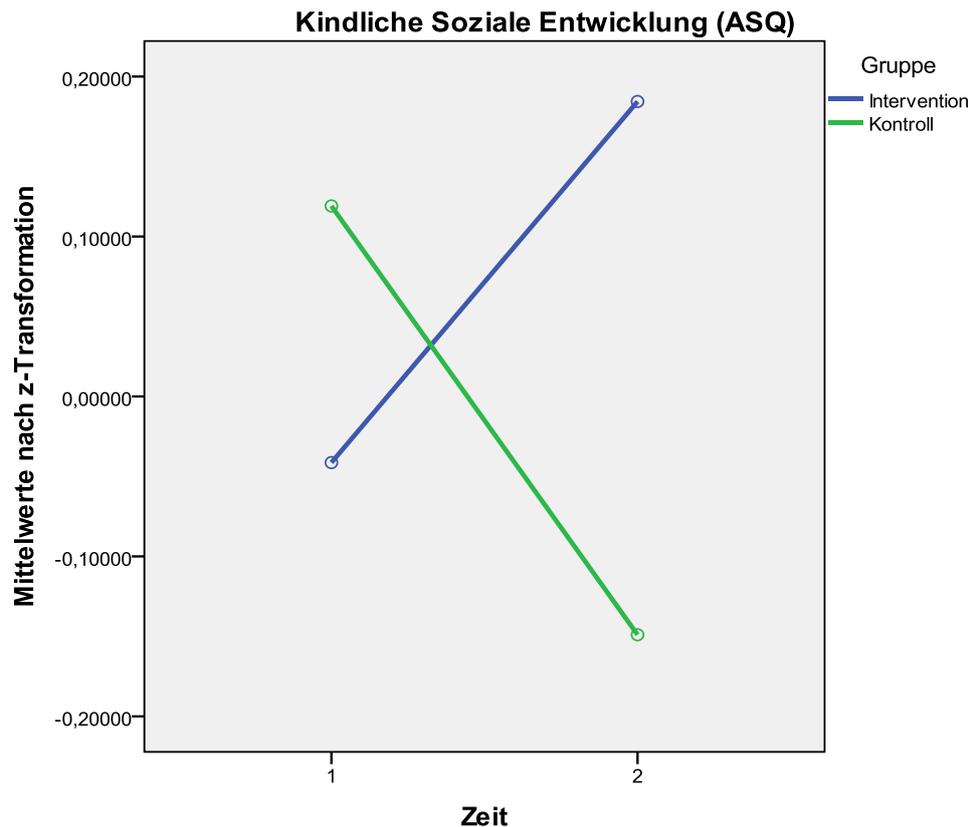


Abbildung 27: Soziale Entwicklung der Kinder im ersten Lebensjahr aus Muttersicht, eingeschätzt mittels ASQ (N = 251)

Anm.: Daten erhoben mittels des ASQ (Interventions- und Kontrollgruppe) der gemeinsam mit den Familien ausgefüllt wurde

Zwar konnten Verbesserungen der sozialen Entwicklung in der Interventionsgruppe festgestellt werden, jedoch lässt sich aufgrund der Daten nicht darauf schließen, auf welchem Wege diese zustande kamen. Möglicherweise handelt es sich hier um einen Effekt, der über die Mütter vermittelt wurde, welche durch die Unterstützung und Aufklärung durch die Familienhebammen die Entwicklung ihrer Kinder besser fördern und somit die höheren Entwicklungswerte ihrer Kinder zum Alter von einem Jahr hervorrufen konnten. Es wäre aber auch denkbar, dass die Familienhebammen als weitere Bezugspersonen der Kinder fungieren konnten und dadurch unmittelbar deren Entwicklung positiv beeinflusst haben. Ein Zusammenspiel beider Erklärungsvarianten erscheint als wahrscheinlich, wobei der Einfluss, der durch die Mutter ausgeübt wird, als deutlicher angesehen werden sollte, da natürlich die Höhe der Interaktion zwischen Mutter und Kind die der Interaktion zwischen Familienhebamme und Kind aufgrund der häufiger gemeinsam verbrachten Zeit übersteigt.

Weitere Analysen zeigten, dass insbesondere diejenigen Kinder, die mit 5 Monaten hinsichtlich der sozialen Entwicklung schlechter abschnitten, von der Intervention stärker profitierten als die Kinder, die zum gleichen Messzeitpunkt bessere Werte erzielten. Somit lässt sich

verdeutlichen, dass aufgrund der Unterstützung durch das Projekt ausreichend Raum für Verbesserung bei den anfänglich sozial schlechter entwickelten Säuglingen ermöglicht wurde und somit in diesem Bereich stärker eingeschränkte Kinder von der Intervention ausreichend profitieren konnten.

Der negative Effekt des Rückgangs der Werte für soziale Entwicklung bei den Kindern der Kontrollgruppe entspricht dem bisherigen Wissen über die langfristigen negativen Auswirkungen einer psychosozial belasteten Umgebung auf die Entwicklungsparameter von Kindern (z. B. Laucht et al., 2000): werden bestehende Belastungen nicht bearbeitet, so können diese über die Zeit hinweg zu einer Verschlechterung der Situation führen. Die Ergebnisse der PFIFF-Studie unterstreichen somit die Wichtigkeit einer frühen Intervention für die Prävention der negativen Auswirkungen eines belastenden Umfeldes auf die Entwicklung der Kinder.

3.4.3 Mütterliche Belastung

Mithilfe des unter 2.6 bereits beschriebenen *Parental Stress Index (PSI)* wurden verschiedene Bereiche der mütterlichen Stressbelastung untersucht: allgemeines elterliches Stresserleben, Stress durch den erlebten Umgang mit dem Kind und Stress aufgrund der Wahrnehmung des Kindes als „schwierig“.

In der Auswertung wurde ein klinisch bedeutsamer Interventionseffekt in verschiedenen Bereichen gefunden: während die Werte bezüglich einer als ungünstig empfundenen Interaktion in der Gruppe, die im Rahmen von *Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz* betreut wurde, zum dritten Untersuchungszeitpunkt (Alter des Kindes von einem Jahr) gesunken sind, stiegen die Werte der Kontrollgruppe an, d. h. die Mütter der Kontrollgruppe berichteten am Ende des ersten Lebensjahres des Kindes eine deutlich negativere Interaktion mit ihrem Kind als jene der Interventionsgruppe (Signifikanzniveau $p = 0,02$; vgl. Abbildung 28). So ist es dank der aufsuchenden Unterstützung durch das Projekt gelungen, dass sich die mütterliche Wahrnehmung der Interaktion zwischen Mutter und Kind positiv entwickelte.

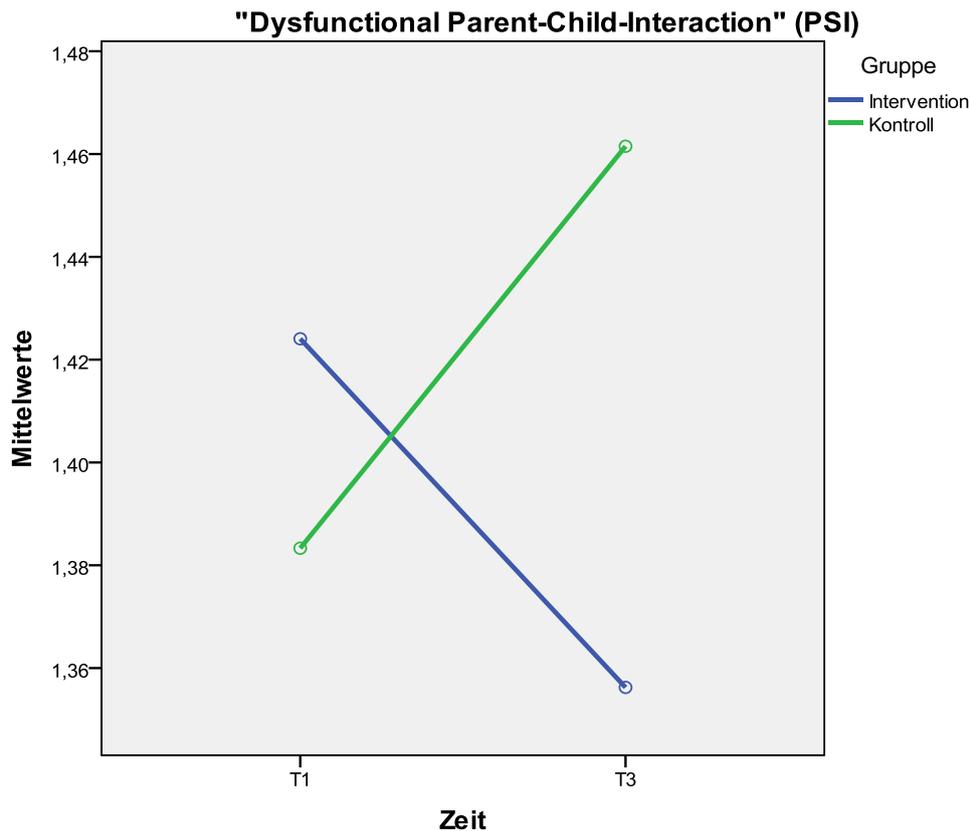


Abbildung 28: Bewertung der Dysfunktionalität der Interaktion im ersten Lebensjahr aus Muttersicht (N = 197)

Anm.: Daten erhoben mittels des ASQ (Interventions- und Kontrollgruppe), der gemeinsam mit den Familien ausgefüllt wurde

Ebenso konnten zwischen den beiden Untersuchungsgruppen statistisch bedeutsame Unterschiede bezogen auf die Wahrnehmung der Mutter, ob sie ihr Kind als schwierig empfinde, gefunden werden: in beiden Gruppen stiegen die Werte vom ersten bis zum dritten Untersuchungszeitpunkt an (d. h. die Mütter nehmen ihre Kinder als schwieriger wahr), wobei dieser Anstieg in der Kontrollgruppe deutlich stärker ausfiel als in der Interventionsgruppe (Signifikanzniveau $p = 0,01$, siehe Abbildung 29). Da die Wahrnehmung der Mutter wiederum ihr Verhalten gegenüber dem Kind höchstwahrscheinlich beeinflusst, ist dieser Befund sehr wichtig für die Beziehungsgestaltung zwischen Müttern und ihren Kindern: nimmt eine Mutter ihr Kind als deutlich schwieriger wahr und vermeidet daher die Interaktion zunehmend, so kann dies problematische Folgen für die Bindung zwischen Mutter und Kind sowie die Entwicklung des Kindes nach sich ziehen. Da sich die Wahrnehmung des Kindes im Laufe der aufsuchenden Arbeit beeinflussen lässt, können derartige negative Kreisläufe vermieden und eine wichtige Voraussetzung für eine gute Mutter- Kind- Beziehung geschaffen werden.

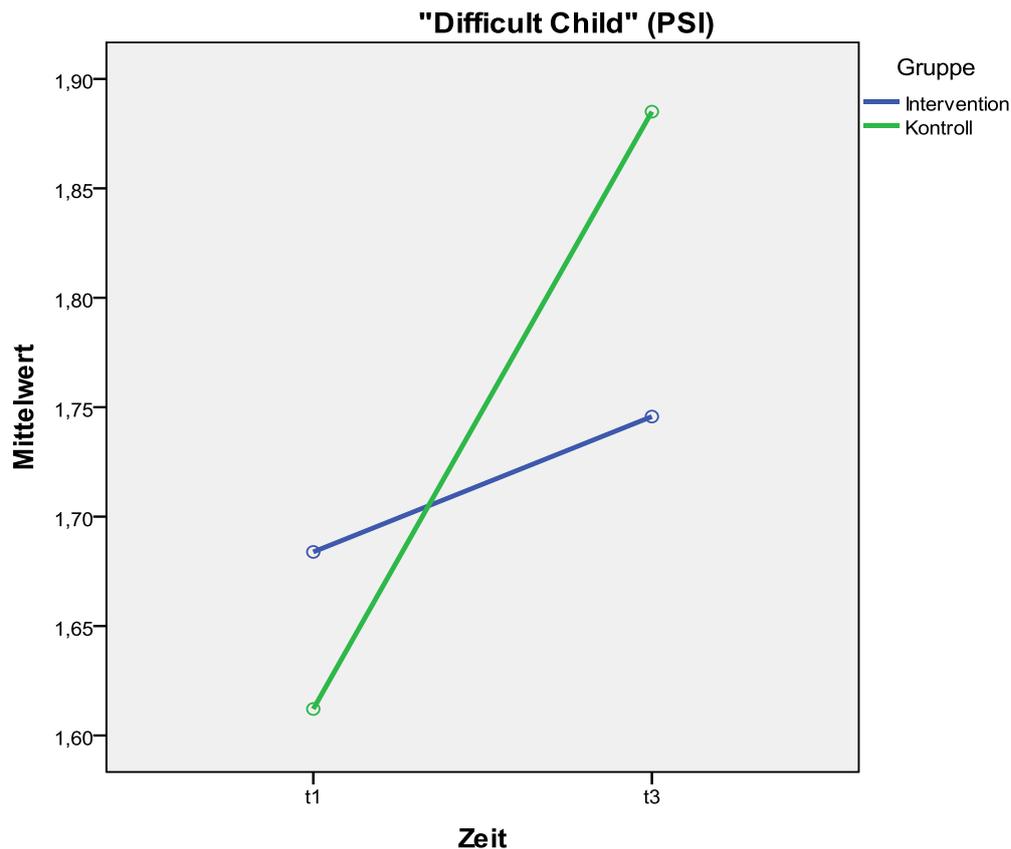


Abbildung 29: Bewertung der Schwierigkeit des Temperaments des Kindes im ersten Lebensjahr aus Muttersicht (N = 188)

Anm.: Daten erhoben mittels des ASQ (Interventions- und Kontrollgruppe), der gemeinsam mit den Familien ausgefüllt wurde

Vermutlich weisen Kinder, die aus Muttersicht als weniger schwierig eingestuft werden, bessere Anpassungs- und Regulationsfähigkeiten auf. Dies kann ein Hinweis auf einen direkten positiven Einfluss der frühen Intervention auf kindliche Charakteristika sein. Zu beachten ist jedoch, dass dieses von der Mutter abgegebene subjektive Urteil stark von ihrer allgemeinen aktuellen Verfassung beeinflusst sein kann. Ist eine Mutter stärker durch verschiedene Aspekte belastet, so kann dies dazu führen, dass ein tatsächlich unproblematisches Verhalten des Kindes als deutlich stresserzeugend wahrgenommen wird. Somit muss in Betracht gezogen werden, dass die weniger stresshafte Wahrnehmung des Kindes einerseits durch die veränderte Interpretation der Mutter als auch durch tatsächliche Veränderungen auf Seiten des Kindes hervorgerufen worden sein kann. Beide Wirkungswege erscheinen jedoch als möglich, da auch die reine Veränderung der Wahrnehmung der Mutter eine Verhaltensänderung nach sich zieht und somit wiederum auf das Kind einwirkt.

Ein interessanter Befund ist die Tatsache, dass die Mütter der Kontrollgruppe als auch der Interventionsgruppe ihre Kinder im Alter von einem Jahr häufiger als schwieriger empfinden

als dies zu Anfang der Fall war. Es ist vorstellbar, dass für die (belasteten) Eltern die zunehmende psychomotorische Entwicklung der Kinder in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres eine besondere Herausforderung darstellt. Die für dieses Alter charakteristische Entwicklung von zunehmender Mobilität, des Explorationsdrangs und der psychischen Entwicklung in Richtung Autonomie tragen vermutlich dazu bei, dass Konflikte in der Interaktion und stresshafte Situationen ansteigen und die untersuchten Eltern ihre Kinder als „schwieriger“ im Vergleich zum frühen Säuglingsalter wahrnehmen. Dieser Effekt fällt in der Interventionsgruppe jedoch geringer aus als in der Kontrollgruppe, welche keine aufsuchende Hilfe erhielt.

3.4.4 Mütterliche postpartale depressive Symptomatik

Um die psychische Belastung der Mütter zu erfassen, wurde das Ausmaß der möglichen vorhanden Depressivität der Mutter als weiterer Faktor erhoben. Die Depressivitätswerte blieben bei den Müttern der Interventionsgruppe über die drei Erhebungszeitpunkte hinweg gleich, während die der Mütter der Kontrollgruppe im Laufe des ersten Lebensjahres des Kindes leicht anstiegen (siehe Abbildung 30). Dieser Unterschied ist jedoch so gering, dass er keine statistische Bedeutsamkeit erlangte.

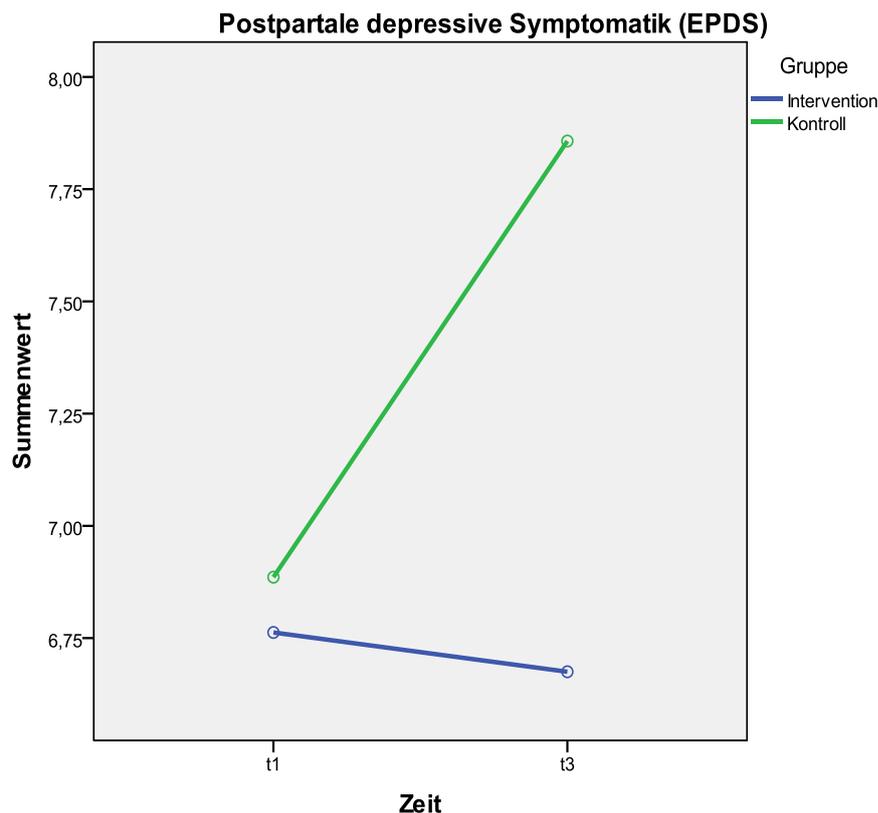


Abbildung 30: Postpartale Depressivität der Mütter (N = 185)

Anm.: Daten erhoben mittels der *EPDS* als Teil des Fragebogenpakets der Eltern

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass mütterliche depressive Symptomatik nur in geringem Ausmaß durch eine familienunterstützende Intervention beeinflusst werden kann. Dies deckt sich mit den Erwartungen an die aufsuchende Unterstützung durch Familienhebammen, SMA und SPFB. Sowohl in der Ausbildung als auch in der Supervision und in den Fallbesprechungen wurde thematisiert, die eigenen Möglichkeiten bezogen auf eine Unterstützung der Familien im Rahmen der aufsuchenden Arbeit realistisch einzuschätzen. Zwar sind Themen wie Selbstfürsorge und weitere auf die Belastung der Eltern abzielende Bereiche wichtig für die aufsuchende Arbeit und werden auch eingebunden, jedoch reicht dies anscheinend nicht aus, um schwerwiegendere psychische Belastungen abfangen zu können, was zudem nicht der Fokus der Familienhebammenarbeit sein sollte: bei Belastungen, die im Rahmen der aufsuchenden Arbeit nicht gehandhabt werden können, hat die Familienhebamme die wichtige Funktion, die Familie bedarfsgerecht weiterzuleiten. Wenn eine postpartale depressive Symptomatik oder eine andere psychische Erkrankung bei den Eltern festgestellt wurde, wurde stets Wert darauf gelegt, Eltern nach Möglichkeit an eine passende psychotherapeutische Unterstützung anzubinden. Beim Vorliegen oder bei Anzeichen für eine schwerwiegende psychische Erkrankung eines Elternteils sollte bereits zum Zeitpunkt der Anfrage eine andere, passendere Unterstützungsform (z. B. in Form einer psychotherapeuti-

schen oder psychiatrischen Behandlung) in Betracht gezogen beziehungsweise hinzugezogen werden.

Die Anzahl der Mütter in beiden Untersuchungsgruppen, die zum ersten Messzeitpunkt von einer relevanten depressiven Symptomatik betroffen war, lag mit 16,8 % nur leicht über der durchschnittlichen Rate für postpartale Depressionen von 10-15 % in der Gesamtbevölkerung (Tronick & Reck, 2009).

3.4.5 Anmerkungen zu soziodemografischen Daten in *PFIFF*

Um die Ergebnisse der Evaluationsstudie besser einordnen zu können, soll an dieser Stelle kurz auf die soziodemographischen Daten beider Gruppen eingegangen werden. Obwohl es intendiert ist, Interventions- und Kontrollgruppe so zusammenzustellen, dass diese hinsichtlich möglicher Einflussfaktoren vergleichbar sind (z. B. Alter, Nationalität, Anzahl der Kinder in der Familie etc.), unterscheiden sich die beiden im Rahmen der *PFIFF*- Studie verglichenen Gruppen voneinander: die Mütter der Kontrollgruppe waren im Schnitt älter als die Mütter der Interventionsgruppe, verfügten über einen höheren Bildungsstand, ein höheres durchschnittliches Einkommen und waren häufiger verheiratet. Das niedrigere Alter der Mütter in der Interventionsgruppe kann zumindest zu einem gewissen Teil den niedrigeren Bildungsstand und die damit verbundenen niedrigeren Einkommensverhältnisse erklären. Vermutlich waren die Mütter der Kontrollgruppe auch aufgrund ihres höheren Alters häufiger verheiratet, während die Mütter der von Familienhebammen besuchten Gruppe häufiger unverheiratet in einer Partnerschaft lebten. Weitere Unterschiede existierten auch auf die Kinder bezogen: die Kinder in der Interventionsgruppe waren häufiger zu früh geboren.

Obwohl beide Gruppen wie erwähnt hinsichtlich soziodemographischer Variablen möglichst vergleichbar sein sollten, waren die Familien der Kontrollgruppe auf einige Lebensbereiche bezogen etwas besser gestellt als die Familien der Interventionsgruppe. Die Gesamtbelastung war jedoch laut Einschätzung mittels der *HBS* bei den Kontrollfamilien mit einem Wert von 49,5 signifikant höher (Signifikanzniveau $p = 0.009$) als bei den Interventionsfamilien, welche einen Wert von 44,9 aufwiesen (für eine Diskussion der ermittelten Belastungswerte siehe auch Abschnitt 3.3.8 zum Belastungsgrad der betreuten Familien). Diese Befunde widersprechen jedoch zudem der Wahrnehmung der Projektmitarbeiter, welche die Werte in beiden Gruppen erhoben haben, da die Interventionsfamilien deutlich belasteter erlebt wurden als die Kontrollfamilien.

Abschließend lässt sich anmerken, dass die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung die Effekte der Intervention nachweisen. Jedoch sollte auch bedacht werden, dass

neben den objektiven Erfolgskriterien wie z. B. dem Entwicklungsstand des Kindes auch die subjektiven Sichtweisen der ProjektteilnehmerInnen gewichtet werden müssen. Auch wenn sich die Depressivität durch die Intervention nicht deutlich veränderte, so sprachen die abgegebenen subjektiven Urteile der Familien dafür, dass sich diese durch die Betreuung besser fühlten. Eine hohe Zufriedenheit mit der Teilnahme konnte wie bereits angeführt bei den projektbetreuten Familien festgestellt werden. Da Einstellungen und subjektives Befinden großen Einfluss auf das tatsächliche Verhalten ausüben können, sind positive Rückmeldungen bezüglich der Betreuung sowie positive Einstellungen zum Kind ein weiterer Erfolg des Projektes, auch wenn dies oft nicht in statistischer Messbarkeit dargestellt werden kann.

4 Themenbezogene Analysen

Im Rahmen der Datenauswertung des Projektes lassen sich einige spezifische thematische Fragestellungen näher untersuchen. Von Interesse waren zum Beispiel nähere Auswertungen zu Charakteristika der Stichprobe jüngerer Mütter, da sich diese Untergruppe durchaus von anderen ProjektteilnehmerInnen unterscheidet und für die Mütter möglicherweise andere Unterstützungsmaßnahmen notwendig sind als bei älteren Müttern oder Paaren. Auch die Gruppe der Alleinerziehenden sollte, um beispielsweise Schlüsse über abweichende Belastungsaspekte ziehen zu können (da z. B. die Unterstützung durch einen Partner fehlt), gesondert betrachtet werden. Die Ergebnisse werden im Folgenden diskutiert.

4.1 Jugendliche Eltern

Ein besonderes Augenmerk lag im Verlaufe der Projektzeit auf der Auseinandersetzung mit dem Thema „jugendliche Eltern“. Neben der Erarbeitung einer Expertise zum Thema, die den Landkreisen zur Verfügung gestellt und im Laufe verschiedener Gespräche mit Familienhebammen, KoordinatorInnen und dem zuständigen Ministerium weiterentwickelt werden konnte, wurden auch Auswertungen anhand der Daten vorgenommen. Die Ergebnisse werden im Folgenden zusammengefasst. Datenbasis für die Auswertungen sind die Dokumentationen aus allen Projektstandorten (Saarland, Hessen, Heidelberg).

4.1.1 Teenagereltern als Zielgruppe der *Frühen Hilfen*

Jugendliche Schwangere und Eltern stammen aus allen sozialen Schichten, jedoch häufiger aus sozial schwachen, benachteiligten Familien. Zudem haben sie erhöhte Anforderungen zu bewältigen: Die Versorgung eines Kindes und die Anpassung des eigenen Lebensrhythmus an dessen Bedürfnisse schränken die eigene Autonomie enorm ein, oft sind die jungen Eltern auf Hilfe von außen angewiesen. Das steht dem gleichzeitigen pubertätsbedingten Streben nach Autonomieentwicklung entgegen und kann zu innerpsychischen Konflikten oder interpersonellen Auseinandersetzungen führen.

Nicht alle Teenagereltern sind belastet; viele kommen gut mit ihrer neuen Situation zurecht. Als wesentliche Schutzfaktoren für eine gesunde Entwicklung jugendlicher Eltern und ihrer Kinder werden Schulbildung, soziale Unterstützung und eine stabile und sichere Bindung angenommen. Fehlen diese Ressourcen, birgt eine frühe Elternschaft für die Eltern wie für ihre Kinder erhöhte Risiken. So können die umfangreichen familiären Verpflichtungen zu einer zunehmenden sozialen Isolation der Teenager führen. Auch wird in der Literatur ein

erhöhtes Risiko für Armut, Bildungsnachteile und psychische Erkrankungen genannt. Die Kinder von Teenagereltern haben ein erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten. Jugendliche Mütter weisen häufig weniger Kenntnisse über die Meilensteine der Entwicklung ihres Kindes auf und bevorzugen strafende Erziehungsstile. Zwar interagieren sie mit ihren Kindern ebenso warmherzig wie ältere Mütter, jedoch scheinen Wechsel zwischen Unterstimulation (Schweigen, wenig emotionale Beteiligung) und Überstimulation (invasives Verhalten, „Knuffen“ des Babys) typisch zu sein (Ziegenhain et al., 2004).

Potenzielle Ursachen für eine frühe Schwangerschaft und Familiengründung sind v. a. mangelnde Verhütung, psychologische Motive wie der Wunsch nach Bindung und emotionaler Nähe, sowie soziale Motive (z. B. Sinnggebung bei sozialer Benachteiligung). Diese Tatsachen können in sich schon Risiken darstellen. Angesichts der möglichen Kumulation von Risikofaktoren ist daher insgesamt von einem besonderen Unterstützungsbedarf jugendlicher Eltern auszugehen. Bedürfnisse nach Selbstbestimmung und Unabhängigkeit entsprechen jedoch der jugendlichen Entwicklungsstufe der Eltern und erschweren es HelferInnen, Teenagereltern für Unterstützungsangebote zu erreichen.

Um zu prüfen, ob sich die in der Literatur genannten Risikofaktoren auch bei den jugendlichen Projekteltern zeigen, sollten minderjährige und nicht minderjährige Eltern hinsichtlich dieser Faktoren (soweit sie Bestandteil der standardmäßigen Datenerhebung sind) miteinander verglichen werden.

4.1.2 Anzahl der bei *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz* betreuten Teenagereltern

Wann genau Mütter und Väter als „jugendliche Eltern“ oder „Teenagereltern“⁷ betrachtet werden, ist nicht eindeutig festgelegt. Die internationale, wörtliche Definition fasst unter den Begriff der Teenagerschwangerschaft eine Schwangerschaft bei unter 20-Jährigen. Manche Studien beziehen sich dagegen nur auf minderjährige, also unter 18-jährige Schwangere oder Eltern. Praxisrelevanter scheint eine Definition, die sich nicht auf eine exakte Altersstufe festlegt, sondern junge Mütter und Väter einschließt, die zum Zeitpunkt ihrer Elternschaft bestimmte Entwicklungsschritte ins Erwachsenenalter noch nicht abgeschlossen haben. Dieses Kriterium ist jedoch bisher nicht Bestandteil der Evaluation bei *Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz*. Daher kann nur das Kriterium „Minderjährigkeit“ von Mutter und Vater (Einschätzung der Familienhebamme in der *HBS-L*) oder das Alter der Eltern aus den Elternfra-

⁷ Die Begriffe werden hier synonym verwendet.

gebögen (Selbstauskunft) für Vergleiche herangezogen werden. Daher unterliegen die Auswertungen mehreren Einschränkungen: Zum einen liegen nur für einen Teil der betreuten Eltern die entsprechenden Fragebögen vor. Diese sind möglicherweise nicht repräsentativ für die Gesamtheit der begleiteten Familien. Auch definieren Familienhebammen eine vorliegende „Minderjährigkeit“ nach ihrer eigenen individuellen Sichtweise. Diese kann sich z. B. auf die Schwangerschaft beziehen, auf den Zeitpunkt der Geburt oder den Zeitpunkt des Ausfüllens (d. h. einige Wochen nach der Geburt). Unabhängig davon stellt auch das Erleben und Verhalten einiger älterer Eltern die Helferinnen vor vergleichbare Herausforderungen; diese Eltern tauchen jedoch in den Daten nicht als adoleszent auf, da ein entsprechendes Kriterium schwer objektivierbar ist und bisher nicht dokumentiert wird.

Zunächst schien die Frage interessant, wie viele jugendliche Eltern überhaupt im Projekt vertreten sind. Dafür kann zum einen das entsprechende Kriterium aus der *HBS-L* herangezogen werden. Dieses lag zum Zeitpunkt der folgenden Auswertung für 838 betreute Familien vor. Vernachlässigt man die Familien, von denen diese Angabe nicht vorliegt (Prozentangaben in Klammern), so zeigt sich aus den Daten der *HBS-L*, dass in ca. 11 % der Familien die Mutter minderjährig ist und in ca. 4 % der Familien der Vater (siehe Tabelle 47).

Tabelle 47: Anzahl der Familien mit minderjährigen Müttern und Vätern

	minderjährige Mutter (<i>HBS-L</i>)		minderjähriger Vater (<i>HBS-L</i>)	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
trifft zu	79	9,4 % (11,4 %)	28	3,3 % (4,4 %)
trifft nicht zu	615	73,4 % (88,6 %)	608	72,6 % (95,6 %)
keine Information	144	17,2 %	202	24,1 %
Gesamt	838	100 %	838	100 %

Anm.: Daten basierend auf den Angaben der aufsuchenden Helferinnen in der *HBS-L*, Daten aus dem gesamten Projektgebiet

Betrachtet man diese Zahlen nach Bundesländern getrennt, so zeigen sich anteilig im Saarland und in Heidelberg ähnliche Anteile jugendlicher Mütter mit 12,7 % bzw. 12,5 %, während in Hessen deren relativer Anteil geringer ist (5,6 %). Bei den Vätern sind die Anzahlen so gering, dass kaum eine sinnvolle Aussage getroffen werden kann (siehe Tabelle 48). Um einen besseren Vergleich zwischen den Projektstandorten zu ermöglichen, sind in der Tabelle nur diejenigen Eltern berücksichtigt, für die eine Angabe bezüglich der Minderjährigkeit vorlag.

Tabelle 48: Anzahlen und Anteile minderjähriger Eltern nach Bundesland

	minderjährige Mutter (<i>HBS-L</i>)						minderjähriger Vater (<i>HBS-L</i>)					
	trifft zu		trifft nicht zu		gesamt		trifft zu		trifft nicht zu		gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Saarland	67	12,7 %	461	87,3 %	528	100,0 %	23	4,7 %	470	95,3 %	493	100,0 %
Hessen	7	5,6 %	119	94,4 %	126	100,0 %	3	2,7 %	108	97,3 %	111	100,0 %
Heidelberg	5	12,5 %	35	87,5 %	40	100,0 %	2	6,2 %	30	93,8 %	32	100,0 %
Gesamt	79	11,4 %	615	88,6 %	694	100,0 %	28	4,4 %	608	95,6 %	636	100,0 %

Anm.: Daten basierend auf den Angaben der aufsuchenden Helferinnen in der *HBS-L*, Daten aus dem gesamten Projektgebiet

Da auch nicht minderjährige Eltern zur Gruppe der Teenagereltern gezählt werden können, scheint es sinnvoll, auch das tatsächliche Alter der Eltern zu betrachten, so wie es in den Elternfragebögen erfasst wird. Die Menge dieser Daten ist geringer, da nicht alle Eltern den Fragebogen bearbeitet haben und insbesondere Väter sich weniger an der Bearbeitung beteiligten. Somit beruhen die folgenden Darstellungen auf den Daten von 630 Müttern und 352 Vätern, die uns zum Zeitpunkt der Auswertung vorlagen. Der Anteil von knapp 10 % unter 18-jähriger Mütter entspricht annähernd den Daten der *HBS-L*. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Gruppe der Eltern, die zwischen 18 und 20 Jahren alt sind, noch mal doppelt so groß ist wie die der minderjährigen. Somit sind insgesamt nach diesen Daten 28,7 % der betreuten Mütter und 12,5 % der Väter unter 21 Jahre alt; 53,8 % der Mütter und 35,5 % der Väter sind unter 25 Jahre alt (vgl. Tabelle 49).

Tabelle 49: Alter der Eltern laut Selbstauskunft

	Mütter			Väter		
	Häufigkeit	Gültige %	Kumulierte %	Häufigkeit	Gültige %	Kumulierte %
unter 18 Jahre	61	9,7	9,7	11	3,1	3,1
18-20 Jahre	120	19,0	28,7	32	9,1	12,3
21-25 Jahre	158	25,1	53,8	81	23,1	35,3
über 25 Jahre	291	46,2	100,0	227	64,7	100,0
Gesamt	630	100,0		352	100,0	

Anm.: Daten basierend auf den eingereichten Elternfragebogenpaketen, Daten aus dem gesamten Projektgebiet

Die folgende Abbildung 31 veranschaulicht die Verteilung der Altersstufen bildlich.

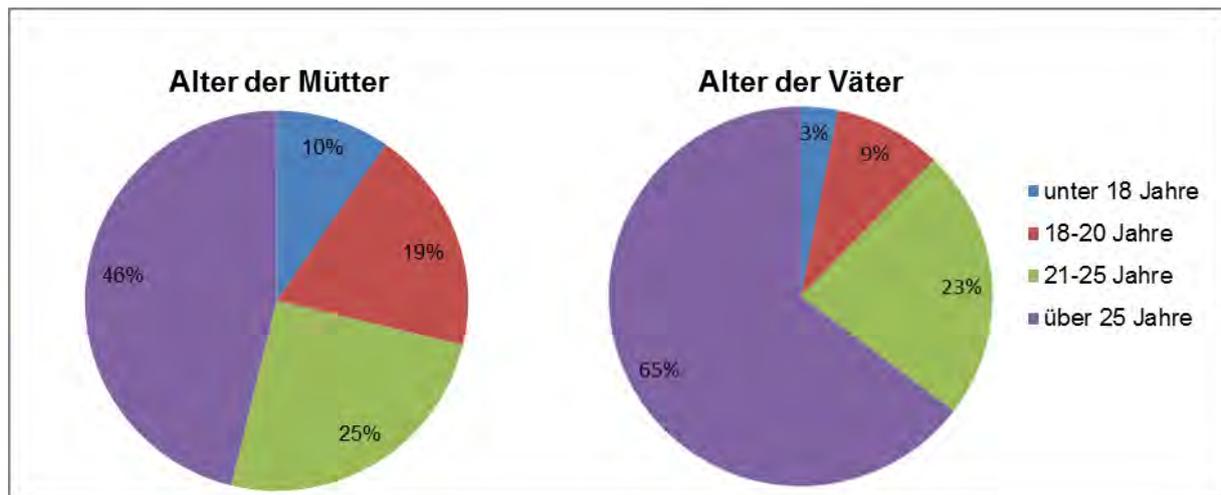


Abbildung 31: Altersstufen der betreuten Eltern laut Selbstausskunft

Anm.: Daten erhoben mittels des Fragebogenpakets für die Eltern (gesamtes Projektgebiet)

Definiert man „Teenagereltern“ also als nicht ausschließlich unter 18-jährige Eltern, so ist diese Gruppe in hohem Maße vertreten. Diese Tatsache zeigt, wie wichtig es ist, sich im Projekt mit den Besonderheiten jugendlicher Eltern auseinanderzusetzen. Das junge Durchschnittsalter der Eltern erschwert aber auch den Vergleich jugendlicher und nicht-jugendlicher Projekteltern auf der Grundlage des Items „Minderjährigkeit“, da auch die meisten nicht minderjährigen Mütter und Väter im Projekt noch relativ jung sind und die eingangs geschilderten Schwierigkeiten zu bewältigen haben.

4.1.3 Belastung der Teenagereltern bei *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz*

Zunächst wurden anhand der erhobenen Daten Zusammenhänge zwischen der Adoleszenz von Mutter und Vater (Einschätzung der Familienhebamme als „minderjährig“ (*HBS-L*) bzw. Selbstausskunft der Eltern bzgl. ihres Alters im Familienfragebogenpaket) und jenen Variablen berechnet, die auch in der Literatur als Risikofaktoren für oder Folgen von Teenagerschwangerschaften genannt werden. Dies sind bei der *HBS-L*: Erhöhte Krankheitsanfälligkeit des Kindes, schlechter Allgemeinzustand des Kindes, unzureichende Schwangerenvorsorge, Kind unerwünscht, Kind ungeplant, Körperkontakt wird vermieden, Blickkontakt wird vermieden, keine verbalen Anregungen, keine angemessenen Anforderungen an das Kind, kindliche Signale werden übergangen, offene Ablehnung des Kindes, Sündenbockzuweisung an das Kind, unsicherer Umgang mit dem Kind, Gewalt in der Herkunftsfamilie, (fehlende) Kontakte im sozialen Umfeld, zu Familie, Nachbarn, Freunden, Kollegen, (schlechte) finanzielle Situation.

Überwiegend bestanden keine systematischen Zusammenhänge zwischen einem jungen Alter der Eltern und dem Vorliegen weiterer Risikofaktoren. Das mag zum Teil auch daran liegen, dass für manche *HBS*-Kriterien generell (d. h. unabhängig vom Alter der Eltern) sehr selten „trifft zu“ oder „Anzeichen“ angegeben wurde.

Im Folgenden wird lediglich auf diejenigen Faktoren eingegangen, die einen statistisch bedeutsamen Unterschied beim Vergleich minderjähriger mit volljährigen bzw. unter 21-jähriger mit über 21-jährigen Eltern aufwiesen. Für die Berechnungen wurden die *HBS-L*-Kategorien „trifft zu“ und „Anzeichen“ (bzgl. Risikofaktoren) zu einer Kategorie zusammengefasst.

a) Geplantheit und Erwünschtheit des Kindes

Die folgenden Grafiken (Abbildung 32) veranschaulichen, dass die Kinder der begleiteten Familien generell häufiger ungeplant als geplant sind. Bei Familien mit minderjähriger Mutter und/oder minderjährigem Vater sind die Kinder jedoch im Verhältnis noch seltener geplant (zu sehen an dem größeren Unterschied zwischen blauem und grünem Balken). Das ist nachvollziehbar durch die Lebenssituation der Jugendlichen. Bei nur 9 der minderjährigen Mütter und 3 der minderjährigen Väter (das entspricht 11 % bzw. 13 %) war laut Familienhebamme das Kind geplant, während bei den volljährigen Müttern und Vätern ca. 30 % der Kinder geplant waren.

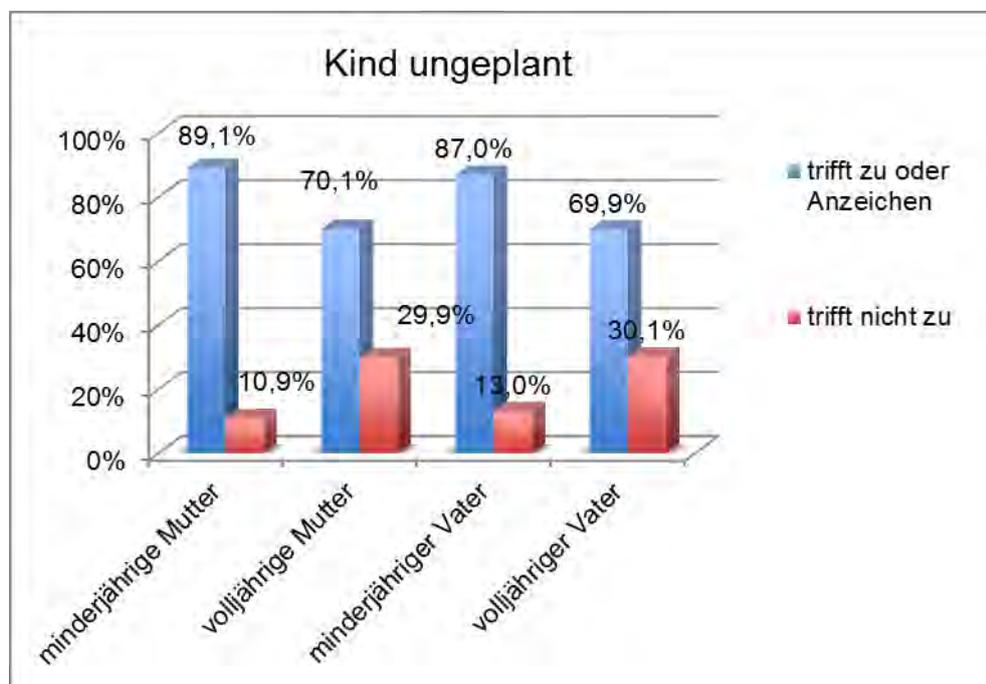


Abbildung 32: Ungeplantheit des Kindes; Angaben in Prozent

Anm.: Daten basierend auf den Angaben der aufsuchenden Helferinnen in der *HBS-L*, Daten aus dem gesamten Projektgebiet

Betrachtet man unter 21-jährige Mütter, so sind sogar 87,1 % ihrer Kinder ungeplant, während dies bei über 21-jährigen Müttern 63,5 % sind. Bei den unter 21-jährigen Vätern sind diese Zahlen ähnlich (86,5 % vs. 54,8 %).

Obwohl die Rate nicht geplanter Kinder bei den minderjährigen und unter 21-jährigen Müttern höher ist, heißt das nicht, dass diese Kinder weniger erwünscht sind. Das deckt sich mit den Befunden anderer Studien und könnte mit einem Akzeptanzprozess im Laufe der Schwangerschaft, aber auch mit den geschilderten Bedürfnissen vieler jugendlicher Eltern zusammenhängen (Wünsche nach Nähe, und Geborgenheit, die das Kind insgeheim erfüllen soll). Bei Familien mit minderjährigen und unter 21-jährigen Vätern sind jedoch – relativ gesehen – mehr Kinder unerwünscht als bei Familien mit volljährigen Vätern (33,3 % vs. 16,1 %). Aufgrund der geringen Anzahl von Teenagervätern in der Stichprobe darf dieser Befund jedoch nicht überinterpretiert werden.

Während jungen Müttern nachgesagt wird, dass sie die Schwangerschaftsvorsorge nur unzureichend wahrnehmen, traf das auf die Projekt-Teenagemütter (ob minderjährig oder unter 21) nicht in überhöhtem Maße zu. Allerdings zeigte sich ein Zusammenhang dieses Kriteriums mit dem Alter des Vaters: war dieser unter 21, so hatten 22,9 % der zugehörigen Mütter keine ausreichenden Untersuchungen wahrgenommen, während dies bei den „älteren“ Vätern nur in 8 % der Fälle vorkam. Dass sich der Befund nur bezogen auf das Alter des Vaters, nicht auf das der Mutter zeigt, könnte damit zusammenhängen, dass ein junges Alter der werdenden Mutter ein „offensichtlicher“ Risikofaktor ist, der dazu beiträgt, dass diese früh (d. h. bereits in der Schwangerschaft) ans Projekt vermittelt werden. Dass sie dann genauso zuverlässig wie „ältere“ Mütter den vorgesehenen Untersuchungen nachkommen, könnte demnach an den positiven Auswirkungen einer frühen Betreuung durch eine Familienhebamme liegen.

b) Befinden der Eltern und Umgang mit dem Kind

Interessant ist auch der Zusammenhang zwischen der Minderjährigkeit der Eltern und dem Ausmaß ihrer Überforderung. Während minderjährige Väter von den Hebammen häufiger überfordert erlebt werden als volljährige (auch hier sind einschränkend sehr geringe Fallzahlen anzumerken), stellt sich bei den Müttern ein umgekehrter Zusammenhang dar. Offenbar werden sie seltener als überfordert eingeschätzt (vgl. Abbildung 33). Das mag z. B. daran liegen, dass jugendliche Mütter mehr Unterstützung ihrer Herkunftsfamilie erhalten. Es könnte aber auch sein, dass hier auch die Selbstdarstellung der Jugendlichen eine Rolle spielt. In ihrem pubertätsangemessenen Autonomiebestreben (zu dem womöglich noch Abwertungen seitens der Umwelt hinzukommen) fällt es ihnen erfahrungsgemäß schwerer, Hilfebedarf

einzugestehen. Zurückweisungen oder Ambivalenzen im Annehmen von Hilfe werden in dieser Altersgruppe von den Helferinnen häufig berichtet und werden verstehbar, wenn man sich die Entwicklungskonflikte der jungen Mütter vergegenwärtigt. Als Familienhebamme scheint es sinnvoll, sich davon nicht beirren zu lassen, sondern der eigenen Wahrnehmung zu vertrauen und auch die Bedürftigkeit im Blick zu behalten, die teils hinter einer scheinbar souveränen Fassade verborgen wird.

Beim Vergleich von unter und über 21-jährigen Eltern bestehen keine Zusammenhänge mit der Überforderung.

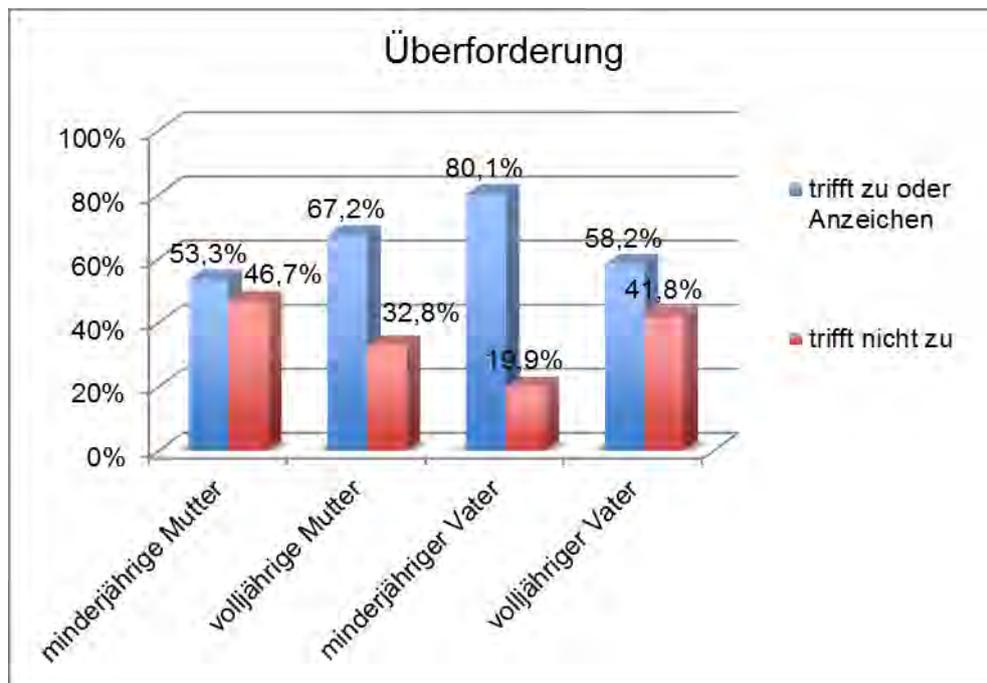


Abbildung 33: Überforderung der Eltern; Angaben in Prozent

Anm.: Daten basierend auf den Angaben der aufsuchenden Helferinnen in der HBS-L, Daten aus dem gesamten Projektgebiet

Eltern, bei denen die Mütter minderjährig sind, werden zudem als psychisch stabiler eingestuft (hierbei unterscheidet der Fragebogen nicht zwischen Mutter und Vater). Bei der Frage, ob die Eltern einen unsicheren Umgang mit dem Kind haben, zeigten sich für die Väter ähnliche Zusammenhänge wie bei der Überforderung (auch hier sehr geringe Fallzahlen, die mit Vorsicht zu interpretieren sind). Bei den Müttern zeigte sich kein Zusammenhang. Anders fällt der Vergleich zwischen den unter und über 21-jährigen Eltern aus: 43,3 % der Mütter und 73,3 % der Väter gehen laut Familienhebamme unsicher mit dem Kind um, während es bei den „älteren“ Eltern nur in 34,7 % bzw. 37,5 % der Fälle vorkommt.

Bemerkenswert ist, dass sämtliche dysfunktionale Umgangsweisen mit dem Kind (Signale nicht erkennen, mangelnde Anregung usw.), die Teenagereltern in der Literatur nachgesagt werden, bei den minderjährigen Eltern im Projekt zwar auch vorkommen, aber nicht häufiger als bei den anderen betreuten Eltern. Der Vergleich zwischen unter 21-jährigen und älteren Müttern sieht jedoch auch hier anders aus: So wird für 18,2 % der unter 21-jährigen und nur 9,9 % der älteren Mütter angegeben, dass sie den Blickkontakt zu ihrem Kind vermeiden und für 25,8 % (vs. 15,9 %), dass sie ihrem Kind nicht ausreichend verbale Anregungen geben. 32,2 % (vs. 21,4 %) der unter 21-jährigen Mütter stellen unangemessene Anforderungen an ihr Baby und 33,8 % (vs. 25,1 %) übergehen zuweilen die kindlichen Signale. Bei den unter 21-jährigen Vätern kommt es vor, dass sie häufiger kindliche Signale außer Acht lassen (42,9 % vs. 21,9 %) und Körperkontakt zum Kind vermeiden (23,3 % vs. 10,2 %). Die anderen für die Mütter genannten dysfunktionalen Verhaltensweisen zeigen sie nicht überzufällig oft.

Interessant ist auch, dass es bei den unter 21-jährigen Müttern und Vätern häufiger (mehr als doppelt so oft wie bei den über 21-jährigen) Gewalt in der Herkunftsfamilie des Vaters (nicht in der der Mutter) gab. Das spricht für die Hypothese, dass eine frühe Familiengründung als ein Versuch betrachtet wird, in einer eigenen Familie die Geborgenheit und Zuneigung zu finden, die zu Hause vermisst wurde.

c) Familienbeziehungen

Das jugendliche Alter und sicherlich auch die großen Veränderungen durch die Geburt eines Kindes bedingen, dass Partnerschaften bei jugendlichen Eltern im Durchschnitt seltener oder nur von kurzer Dauer sind. Das zeigt sich auch in der vorliegenden Stichprobe: So stehen minderjährige Eltern für ihr Kind seltener als Paar zur Verfügung als volljährige Eltern (vgl. Abbildung 34). Dabei ist der Unterschied noch größer, wenn der Vater minderjährig ist. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich für einen gemeinsamen Familienalltag (ohne Grafik). Andererseits erscheint der Anteil minderjähriger Eltern, die immer noch ein Paar sind, trotz der potentiellen Schwierigkeiten mit ca. 50 % immer noch relativ hoch.

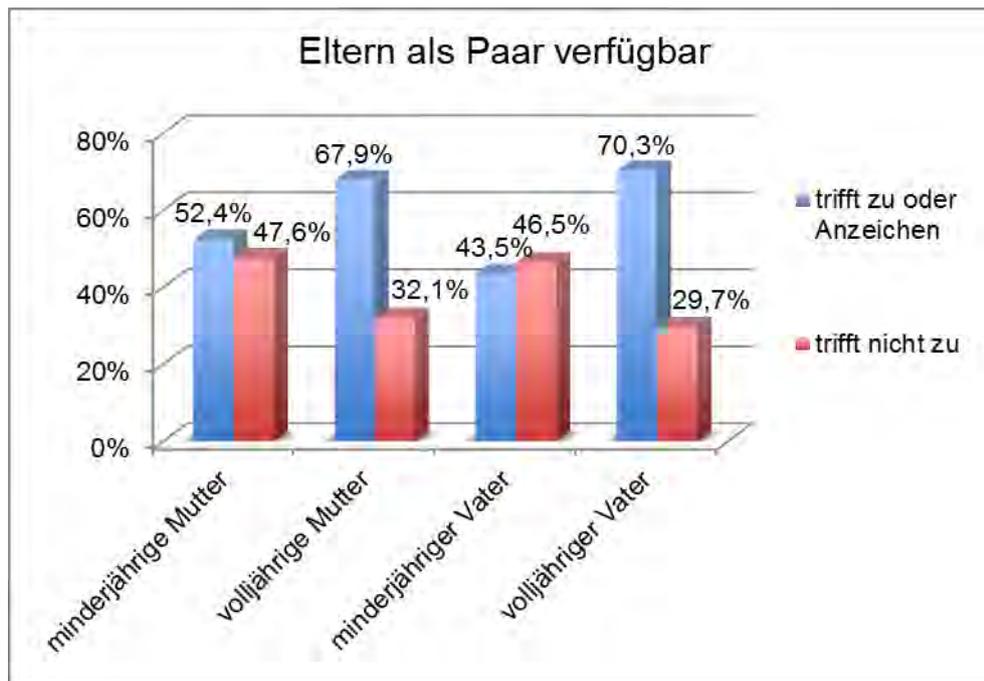


Abbildung 34: Verfügbarkeit der Eltern als Paar; Angaben in Prozent

Anm.: Daten basierend auf den Angaben der aufsuchenden Helferinnen in der *HBS-L*, Daten aus dem gesamten Projektgebiet

Der geschilderte Zusammenhang bleibt auch später bestehen, jedoch nur in Bezug auf das Alter der Mütter und das Gefälle zwischen den unter und den über 21-Jährigen, die noch ein Paar sind, ist nicht so groß (59,7 % vs. 69,9 %).

Nach Ablauf der Betreuungszeit geben die Familienhebammen im *Fragebogen zum Interventionsende* an, ob der Vater bei mindestens einem Besuch anwesend war. Dies ist bei minderjährigen Müttern und Vätern im Verhältnis seltener der Fall als bei volljährigen. So nahm bei den minderjährigen Müttern nur in 56,4 % der Fälle der Vater beim Hausbesuch teil im Gegensatz zu 74,5 % der Fälle bei volljährigen Müttern. Bei den minderjährigen im Vergleich zu den volljährigen Vätern ist dieses Verhältnis ähnlich (siehe Tabelle 50).

Tabelle 50: Anwesenheit der Väter

		Vater war anwesend	Vater war nicht anwesend	χ^2
Mütter	minderjährig (<i>HBS-L</i>)	22 (56,4 %)	17 (43,6 %)	0,18
	volljährig (<i>HBS-L</i>)	207 (74,5 %)	71 (25,5 %)	
Väter	minderjährig (<i>HBS-L</i>)	9 (56,2 %)	7 (43,8 %)	0,41
	volljährig (<i>HBS-L</i>)	217 (78,3 %)	60 (21,7 %)	

Anm.: Daten basierend auf den Angaben der aufsuchenden Helferinnen in der *HBS-L*, Daten aus dem gesamten Projektgebiet

Es besteht jedoch kein Unterschied, wenn man über und unter 21jährige Eltern hinsichtlich der Anwesenheit des Vaters bei den Besuchen vergleicht. Eventuell wohnen die Eltern in dem Alter schon eher in einer eigenen Wohnung, sodass der Vater ohne großen Aufwand anwesend sein kann, während bei Minderjährigen, die noch bei den eigenen Eltern leben, die Väter während des Termins mit der aufsuchenden Helferin gezielt zu Besuch kommen müssen.

d) Kontakte nach außen

Wie in der Einleitung erwähnt, birgt eine Teenagerschwangerschaft das Risiko der Isolation in sich. Das Kind rückt in den Mittelpunkt und das Zusammensein mit Gleichaltrigen, die andere Interessen haben, wird erschwert. Daher wurde überprüft, wie es um die Kontakte der Projekteltern zum sozialen Umfeld, Freunden und Familie steht.

Bei den minderjährigen Müttern zeigten sich geringe Zusammenhänge, allerdings in die andere als die angenommene Richtung. Sie scheinen tendenziell mehr eingebunden zu sein als volljährige Mütter. Beispielhaft seien hier die Kontakte zu Freunden genannt, da in diesem Bereich der deutlichste Zusammenhang bestand (augenscheinlich bei beiden Eltern, statistisch signifikant ist der Unterschied jedoch nur bei den Müttern, vgl. Abbildung 35). Es sei auch angemerkt, dass „Kontakte zu Freunden“ zu haben noch nichts über die Qualität und Verlässlichkeit dieser Beziehungen aussagt.

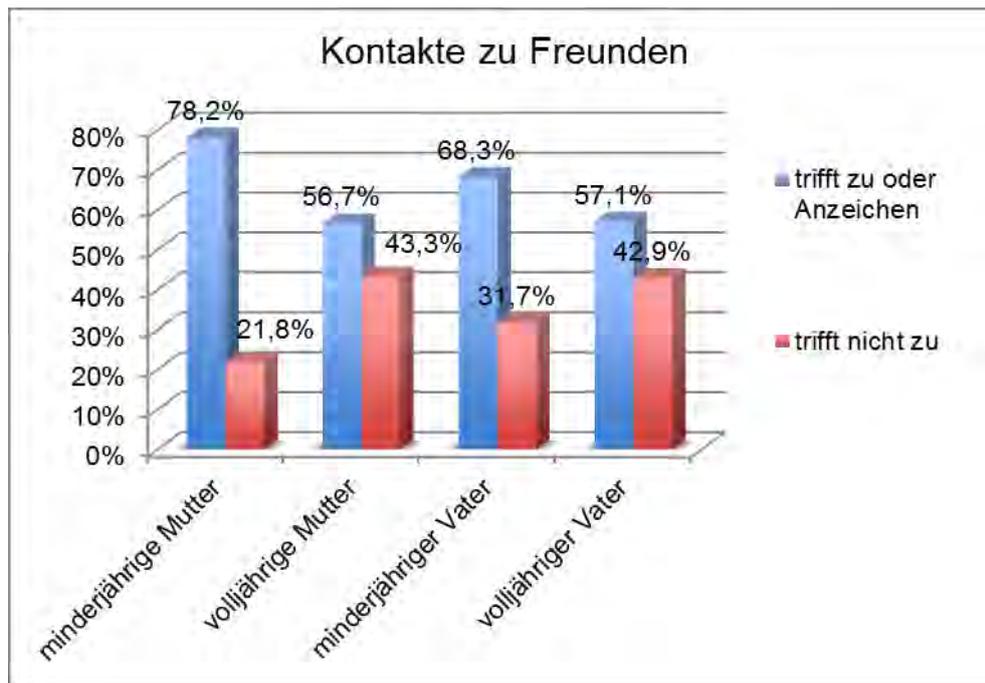


Abbildung 35: Kontakte zu Freunden; Angaben in Prozent

Anm.: Daten basierend auf den Angaben der aufsuchenden Helferinnen in der *HBS-L*, Daten aus dem gesamten Projektgebiet

Der Vergleich zwischen unter und über 21-jährigen Müttern und Vätern zeigte keinen Unterschied was die Kontakte zu Freunden betrifft.

4.1.4 Diskussion der Ergebnisse zu Teenagereltern

Im Gegensatz zu einigen anderen Studien zu diesem Thema fanden wir zwischen minderjährigen und volljährigen Eltern nur wenige bedeutende Unterschiede. Diese bezogen sich v. a. auf das Nichtgeplantsein des Kindes und die Verfügbarkeit der Eltern als Paar.

Setzt man die Altersgrenze, bis zu der man Eltern als Teenagereltern einstuft, jedoch etwas höher an, finden sich einige der auch in der Literatur beschriebenen Merkmale häufiger, insbesondere was den Umgang mit dem Kind betrifft, wie z. B. die Vermeidung von Blickkontakt (Mütter), das Vermeiden von Körperkontakt (Väter), das Übergehen kindlicher Signale (beide Eltern), mangelnde verbale Anregung, allgemeine Unsicherheiten im Umgang mit dem Kind und unangemessene Anforderungen (Mütter).

Die Tatsache, dass insgesamt eher wenige Unterschiede beobachtet wurden, hängt möglicherweise mit der untersuchten selektiven Stichprobe zusammen. Alle Eltern, die im Rahmen des Projekts unterstützt werden, weisen Risikofaktoren in unterschiedlichen Bereichen auf. Dass sie minderjährig sind, ist dabei nur einer von vielen. Es kann also aus den Ergeb-

nissen nicht geschlossen werden, dass Teenagereltern unbelastet sind. Die Ergebnisse eines Vergleichs zwischen Teenagereltern und durchschnittlichen Eltern außerhalb des Projekts würden vermutlich anders ausfallen. Auch ist zu beachten, dass die Daten i.d.R. erst erhoben werden, nachdem einige Besuche durch die Familienhebamme stattgefunden haben. Bis zu diesem Zeitpunkt könnte das Unterstützungs- und Kontaktangebot anfängliche geringe Unterschiede bereits ausgeglichen haben.

Wie eingangs erwähnt, ist die Gruppe der „Teenagereltern“ allein auf Basis der Daten nicht klar eingrenzbar. Rückmeldungen von KoordinatorInnen und Familienhebammen lassen darauf schließen, dass deren Anzahl in Wirklichkeit weitaus größer ist, als durch die vorliegenden Daten dargestellt werden kann. Viele Eltern im Projekt entsprechen zwar nicht den altersgemäßen Definitionskriterien, doch ihre Lebenssituation und ihr adoleszenter Entwicklungsstand konfrontieren sie und ihre Helferinnen mit den gleichen Herausforderungen. Um diese Eltern bei Auswertungen differenzieren zu können und die Bedeutung des Projekts für diese Gruppe zu belegen, sollte überlegt werden, künftig auch subjektive, altersunabhängige Kriterien für die Adoleszenz der betreuten Eltern systematisch zu erfassen und auszuwerten.

4.2 Alleinerziehende

Neben Elternpaaren, die im Projekt von aufsuchenden Helferinnen begleitet wurden, gibt es auch einige Alleinerziehende. Sie machen bei der Erfassung zum Betreuungsbeginn ungefähr ein Fünftel der Fälle aus, wobei davon auszugehen ist, dass sich im Lauf des ersten Lebensjahres der Kinder diese Zahl aufgrund der steigenden Herausforderungen an die Partnerschaft weiter erhöht. Der Grund, wieso ein Elternteil sein Kind ohne den Partner aufzieht, kann sehr vielfältig sein: wenn Paare Eltern werden, verschlechtert sich innerhalb des ersten Lebensjahres des Kindes oft die Beziehungsqualität, da ein Kind neben allen positiven Aspekten auch hohe Anforderungen mit sich bringt, viele Entscheidungen abgestimmt werden müssen und weniger Zeit für das Paar als solches bleibt, was zunächst ungewohnt ist und schnell zur Belastung werden kann. Gelingt es einem Paar mittel- bzw. längerfristig nicht, gemeinsam den Übergang von der Paar- zur Elternschaft zu meistern und die jeweiligen neuen Rollen anzunehmen, kann dies in manchen Fällen zur Trennung führen. Nicht selten führt jedoch bereits das Bekanntwerden einer Schwangerschaft zu großen Spannungen in einer (in einigen Fällen erst seit kurzem bestehenden) Partnerschaft, sodass es bereits vor der Geburt zu einer Trennung kommt. Zusätzlich gibt es neben der Anzahl Alleinerziehender, die eine Trennung vom Vater des Kindes erfahren haben, auch eine größere Anzahl an Frauen, welche, ohne in einer festen Beziehung gewesen zu sein, schwanger werden und daher bereits von Anfang an nicht über die Unterstützung eines Partners verfügen.

4.2.1 Alleinerziehende als Zielgruppe der *Frühen Hilfen*

Obwohl viele Eltern die Situation, ihr Kind alleine aufzuziehen, gut meistern können, gibt es auch Hinweise auf nachteilige Effekte dieser Konstellation: Kinder, die bei einem alleinerziehenden Elternteil aufwachsen, tragen ein höheres Risiko, in ihrer psychosozialen Entwicklung beeinträchtigt zu sein. Ist der Elternteil neben dem Faktor des Alleinerziehendseins noch durch weitere Aspekte wie Armut oder soziale Isolation belastet, so kann dies schnell zu einer Überforderung führen, weshalb die Unterstützung durch aufsuchende Helferinnen gerade in diesen Fällen notwendig werden kann. Um mehr über mögliche Unterschiede zwischen Alleinerziehenden und Eltern in einer Partnerschaft zu erfahren, wurden diesbezüglich statistische Analysen durchgeführt.

4.2.2 Unterschiede zwischen Alleinerziehenden und Elternpaaren

Im Folgenden soll betrachtet werden, ob sich zusammenlebende Eltern und/oder verheiratete Eltern sowie alleinerziehende Mütter im Projekt hinsichtlich bestimmter Faktoren, wie beispielsweise ihrer Vorstellung von Elternschaft, unterscheiden. Es soll damit die Annahme überprüft werden, dass Alleinerziehende aufgrund der Mehrbelastung ein höheres Belastungsniveau, eine negativere Erfahrung von Elternschaft und eine weniger positive Wahrnehmung des Kindes aufweisen. Die Daten beruhen auf befragten Eltern im Projekt *Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz* im Saarland, in Hessen und in der Stadt Heidelberg. Insgesamt lagen zum Zeitpunkt der Analyse Daten von 322 Müttern vor: 257 dieser Mütter (Alter im Durchschnitt: 25,16 Jahre) leben mit ihrem Partner zusammen und 65 sind alleinstehende Mütter (Alter im Durchschnitt: 24,69 Jahre).

In Bezug auf die soziodemographischen Daten gab es kaum Unterschiede zwischen diesen Gruppen. Die einzigen bedeutenden Unterschiede betrafen die Anzahl der Räume in der Wohnung sowie das Einkommen pro Monat (beides geringer für alleinerziehende Mütter), worauf Schlüsse auf die finanzielle Lage der Familie gezogen werden konnten.

Um mehr über die Beziehung zum Kind zu erfahren, wurden das durch die Mutter eingeschätzte Temperament des Kindes, die depressive Stimmung der Mutter, Bindungsstörungen und das Kohärenzgefühl der Mütter sowie elterlicher Stress erhoben. Außerdem wurden die Belastungswerte mittels der *HBS* hinzugezogen (Belastungsanalyse in den Bereichen Belastung der Mutter, des Kindes, in sozialen und finanziellen Bereichen) und die Familie insgesamt sowie das Funktionieren der Familie aus Muttersicht eingeschätzt.

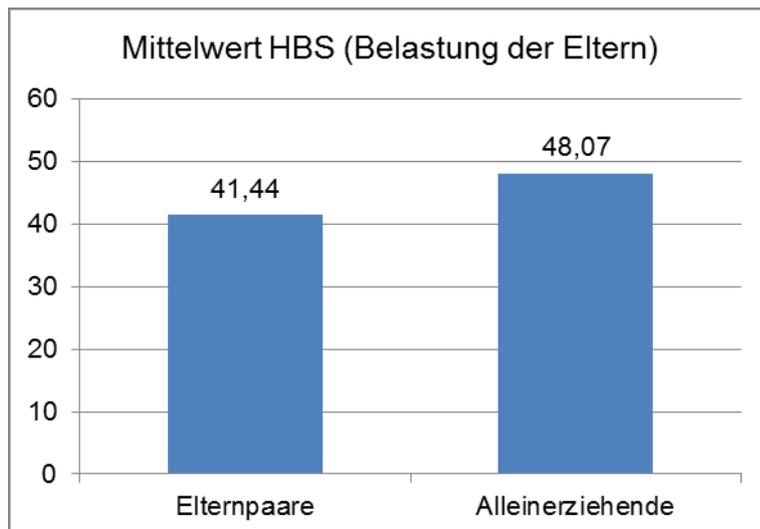


Abbildung 36: Belastungen von Elternpaaren und Alleinerziehenden

Anm.: Daten basierend auf den Angaben der aufsuchenden Helferinnen in der *HBS-L*, Daten aus dem gesamten Projektgebiet

Entgegen der allgemeinen Erwartung wurden zwischen den untersuchten Gruppen (Alleinerziehende Mütter/Mütter, die mit ihrem Partner zusammenleben) nur wenige bedeutsame Unterschiede gefunden: Die Ergebnisse der Heidelberger Belastungs-Skala deuten darauf hin, dass alleinerziehende Mütter ein etwas höheres *persönliches Belastungsniveau* verglichen mit dem von Elternpaaren haben. Im Unterschied zu Alleinerziehenden bewerten Elternpaare das *kindliche Temperament* tendenziell etwas positiver. In der Untergruppe der Mütter ohne regelmäßige Anwesenheit anderer Betreuungspersonen sind bei den Alleinerziehenden häufiger *depressive Symptome* zu finden (siehe Abbildung 37).

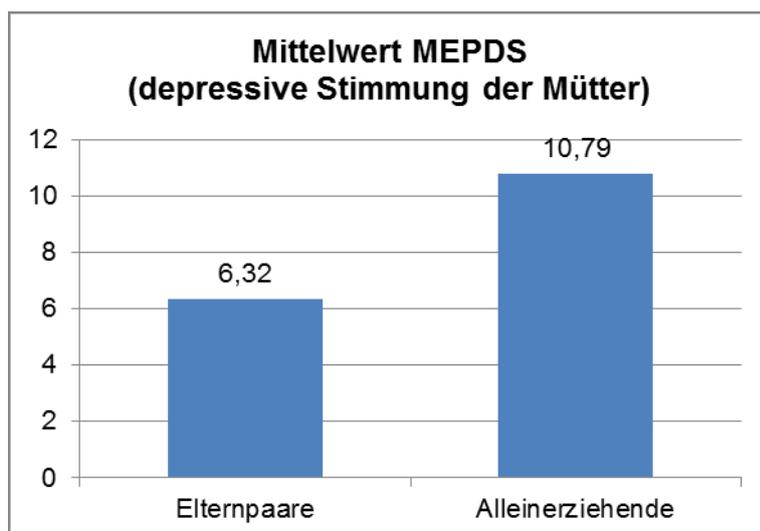


Abbildung 37: Depressive Stimmung der Mütter

Anm.: Daten erhoben mittels der *EPDS* als Teil des Fragebogenpakets der Eltern; Daten aus dem gesamten Projektgebiet

4.2.3 Diskussion der Ergebnisse zu Alleinerziehenden

Möglicherweise sind die geringen Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen zumindest teilweise auf die untersuchte Stichprobe zurückzuführen. Sowohl die teilnehmenden Elternpaare als auch die Alleinerziehenden wiesen eine Reihe von Risikofaktoren auf und wurden deshalb durch das Projekt *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz* unterstützt. Von diesen Faktoren, die natürlich aus sehr unterschiedlichen Bereichen stammen, ist der Faktor „alleinerziehend“ vermutlich nicht der gravierendste. Eine Untersuchung an einer Nicht-Risikostichprobe könnte andere Ergebnisse hervorbringen. Das Helfernetz aus aufsuchender Hilfe und potentiell weiteren unterstützenden Angeboten könnte darüber hinaus bei beiden Gruppen eine vergleichbare ausgleichende Wirkung haben. Zusätzlich ist der Zeitpunkt der Datenerhebung für die genannten Analysen von Relevanz, denn die Fragebögen werden meist nach wenigen Besuchen bearbeitet. Einerseits könnten spezifische Probleme der Familien im Rahmen der aufsuchenden Arbeit bis dahin schon gezielt thematisiert und angegangen worden sein. Andererseits bleibt unklar, wie sich die Belastungen der beiden Elterngruppen verändern, wenn im Laufe des ersten Lebensjahres und danach immer mehr Anforderungen hinzukommen.

4.3 Exkurs Migration

Spricht man von Migranten, so ist zunächst zu beachten, dass dies ein Überbegriff für eine äußerst heterogene Personengruppe ist. Im Alltag wird häufig von „Ausländern“ gesprochen, d. h. von Menschen, die ohne deutschen Pass in Deutschland leben – davon gab es im Jahr 2011 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 6,93 Millionen (Statistisches Bundesamt, 2011a). Davon sind jedoch 1,2 Millionen, also etwa jeder Fünfte, in Deutschland geboren, d. h. diese Menschen haben keine eigenen Migrationserfahrungen gemacht. Dahingegen leben 5 Millionen Deutsche in unserem Land, die in ihrem Leben selbst Migrationserfahrungen gemacht haben (Statistisches Bundesamt, 2011b). Nach der Definition des Statistischen Bundesamtes zählen zu Personen mit Migrationshintergrund jedoch alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil (Statistisches Bundesamt, 2011c). Dies trifft auf insgesamt 15,9 Millionen Menschen deutschlandweit zu.

Migration kann mit großen persönlichen Risiken für Menschen verbunden sein, wenn sie beispielsweise im Kontext von Ausnahmesituationen wie Krieg oder Verfolgung stattfindet.

Häufig sind aber auch Hoffnungen auf Verbesserung der ökonomischen Situation Grund für eine Immigration nach Deutschland, oder in einigen Fällen die Zusammenführung mit einem deutschen Lebenspartner oder anderen Familienangehörigen. In einigen dieser Zusammenhänge kann eine Migration Menschen aus ihren familiären und sozialen Kontexten reißen und zu Isolation im Einwanderungsland führen. Nicht selten leben Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland aber auch in großen Familienverbänden, wenn die Familienmitglieder gemeinsam immigriert sind oder sie bereits in zweiter oder dritter Generation in Deutschland geboren und aufgewachsen sind. In diesen Fällen sind zwar ebenfalls kulturelle Besonderheiten in der Betreuung dieser Familien zu beachten, es liegen jedoch vermutlich völlig andere Lebens- oder Problemvoraussetzungen vor als bei Familien oder Menschen, die erst seit kurzer Zeit in Deutschland leben.

4.3.1 Familien mit Migrationshintergrund als Zielgruppe der *Frühen Hilfen*

Die Ausführungen machen deutlich, dass auch im Kontext der *Frühen Hilfen* zu beachten ist, dass ein Migrationshintergrund *an sich* noch keinen Risikofaktor für die kindliche Entwicklung darstellt und Migranten per se nicht zu einer speziellen Risikogruppe der *Frühen Hilfen* zählen. Dies in der Kommunikation nach außen deutlich zu machen und auch Netzwerkpartner für die Vermittlung von Familien entsprechend zu schulen, ist ein wichtiger Schritt in Richtung eines respektvollen und passenden Zugangs zu Familien mit Migrationshintergrund.

Zutreffend ist hingegen, dass Personen mit Migrationshintergrund mitunter ein deutlich erhöhtes Risiko für bestimmte Belastungsfaktoren haben. So war 2011 zum Beispiel der prozentuale Anteil der von Armut gefährdeten Personen bei Menschen mit einem Migrationshintergrund mehr als doppelt so hoch wie bei Personen ohne Migrationshintergrund (26,6 % vs. 12,3 %) (Statistisches Bundesamt, 2011d). Deutschlandweit waren 2011 zudem 1,6 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund ohne Schulabschluss, wohingegen trotz der weit aus höheren Gesamtzahl nur 1 Million Menschen ohne Migrationshintergrund keinen Schulabschluss hatten. Wie bereits erwähnt, *können* daneben soziale Isolation und fehlende familiäre Unterstützung ein Problem im Zusammenhang mit Migration sein. Wichtiger als die Kenntnis des Migrationsstatus einer Person oder Familie ist für die Belastungseinschätzung in den *Frühen Hilfen* daher zunächst unbedingt die Beachtung aller bekannter Risikofaktoren, wie sie in der *Langform der Heidelberger Belastungsskala (HBS-L*, siehe Abschnitt 2.2.3 und Anhang 2) erhoben werden. Als migrationsspezifische Belastungsfaktoren werden in der *HBS-L* mangelnde Sprachkenntnisse und Hinweise auf eine Traumatisierung durch Migration erfasst.

Unter Abschnitt 3.3.3 zur Nationalität der betreuten Eltern wurde bereits dargestellt, dass insgesamt 5 % (30 Personen) der ProjektteilnehmerInnen, die die Familienfragebogenpakete ausgefüllt hatten, darin angaben, nicht Deutsch zu sein, darunter 7 % der Mütter und 3 % der Väter. Hier ist zum einen davon auszugehen, dass ein gewisser Anteil an Familien mit Migrationshintergrund aufgrund der Sprachbarriere nicht in der Lage war, die Familienfragebögen auszufüllen und diese Ergebnisse daher die tatsächliche Anzahl nicht deutscher Projektfamilien unterschätzen. Zum anderen wurde im Fragebogen lediglich die Nationalität der Teilnehmer erhoben. Diese Variable schließt nicht diejenigen Familien mit ein, die zwar einen Migrationshintergrund haben, jedoch deutsche Staatsbürger sind. Wie an entsprechender Stelle bereits diskutiert, kann auf dieser Grundlage also kein umfassender Schluss zu der Frage gezogen werden, wie groß der Anteil belasteter Familien mit Migrationshintergrund ist, der durch *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz* erreicht wurde. Verglichen mit den absoluten Anteilen von Ausländern an der saarländischen Bevölkerung scheinen diese in unserer Stichprobe zwar nicht unterrepräsentiert – Statistiken dazu beziehen sich jedoch nur auf die Staatsangehörigkeit und berücksichtigen nicht das Vorliegen eines Migrationshintergrunds bei Menschen mit deutschem Pass. Auch werden Daten zum „Ausländeranteil“ an der Grundgesamtheit aller Personen und nicht in einer selektierten Stichprobe belasteter Familien erhoben. Es ist also durchaus davon auszugehen, dass Familien mit Migrationshintergrund seltener in den *Frühen Hilfen* betreut werden als es aufgrund ihres Bedarfs wünschenswert wäre. Es soll daher im Folgenden darauf eingegangen werden, wie ihnen der Zugang zu den *Frühen Hilfen* in Zukunft erleichtert werden kann und welche Besonderheiten in der Betreuung von Familien mit Migrationshintergrund auftreten.

4.3.2 Bedürfnisse von Familien mit Migrationshintergrund

Unterstützungsangebote wie die *Frühen Hilfen* stehen zunächst einmal vor der Herausforderung, Menschen mit Migrationshintergrund und insbesondere mangelhaften Kenntnissen der deutschen Sprache zu erreichen. Zwar wurden vom IPKF die erforderlichen Einverständniserklärungen fürs Projekt in eine Reihe verschiedener Sprachen übersetzt und den aufsuchenden Helferinnen zur Verfügung gestellt, jedoch sollten darüber hinaus unbedingt auch speziell für Familien gestaltete Projektflyer in anderer Sprache angeboten werden (zumindest in den am häufigsten benötigten Sprachen türkisch und russisch). Es ist zu überlegen, in diesen Flyern inhaltlich zudem auf die spezifischen Bedürfnisse von Migrationsfamilien einzugehen und darzulegen, inwiefern die *Frühen Hilfen* hier unterstützen können.

Wenn es gelingt, Familien mit wenig Kenntnis der deutschen Sprache ins Projekt zu vermitteln, stellt sich im nächsten Schritt die Schwierigkeit, in der direkten Arbeit mit den Familien

diese Sprachbarriere zu überwinden. Bei der Auswahl von Hebammen und Kinderkrankenschwestern für einen weiteren Fortbildungsgang zur Familienhebamme bzw. SPFB im Jahr 2012 wurde speziell darauf geachtet, nach Möglichkeit auch BewerberInnen mit Migrationshintergrund auszubilden. Dies sollte unbedingt auch in Zukunft angestrebt werden. Vermutlich wird jedoch in naher Zukunft keine ausreichende Anzahl an HelferInnen alle benötigten Sprachen sprechen, und selbst wenn HelferInnen über bestimmte Sprachkompetenzen verfügen, so sind diese weder unabhängig von ihrem Wohnort einsetzbar, noch kann deren Kapazität freigehalten werden, bis entsprechende Anfragen die Koordinierungsstelle erreichen. Die beste aufsuchende Hilfe kann jedoch nur dann umfassend greifen, wenn mit Familien eine offene und unbeeinträchtigte Kommunikation stattfinden kann. Familienhebammen berichteten zwar immer wieder auch von interkulturellen Betreuungen, in denen es ihnen gelang, auch ohne den sprachlichen Zugang eine tragfähige Vertrauensbasis aufzubauen und die Familien sehr erfolgreich zu begleiten, doch erfordert dies ein hohes Engagement und viel Geduld auf beiden Seiten. Andernfalls wird die Zusammenarbeit sowohl für die Helferin als auch für die Familien nur wenig befriedigend sein können und auch eine positive Mund-zu-Mund-Propaganda (welche gerade in diesem Kontext unersetzlich ist) wird unwahrscheinlicher.

Daher sollten unkomplizierte Möglichkeiten erarbeitet werden, wie z. B. bei Bedarf ein/e ÜbersetzerIn die Hausbesuche begleiten und finanziert werden kann. Eine andere Möglichkeit bestünde in der Kooperation mit sogenannten „Stadtteilmüttern“, wie es sie bereits in mehreren deutschen Städten, unter anderem auch in Saarbrücken, gibt. Stadtteilmütter sind Mütter mit eigenem Migrationshintergrund, die jedoch über gute Deutschkenntnisse verfügen und andere, weniger gut integrierte Migrantenfamilien unterstützen. Sie beraten diese bezüglich der frühkindlichen Entwicklung der Kinder, bei Fragen der Ernährung, helfen bei Kontakten zu Sozial- und Bildungseinrichtungen oder sie begleiten schwierige Behördengänge. In Berlin, wo das Projekt am weitesten ausgebaut scheint, erhalten die Stadtteilmütter mittlerweile eine eigene Ausbildung zur Sozialassistentin und begleiten beispielsweise auch SozialpädagogInnen bei der aufsuchenden Arbeit⁸. Zwischen den Saarbrücker Stadtteilmüttern und dem Projektteam des Regionalverbands ist bereits eine Vernetzung gelungen. So wurde durch das IPKF ein erster Kontakt mit dem Ziel einer gegenseitigen Information über die Tätigkeitsbereiche beider Projekte angebahnt und es wurde daraufhin eine Saarbrücker Familienhebamme mit türkischem Hintergrund zur Vorstellung im Team der Stadtteilmütter eingeladen. Wünschenswert wäre jedoch eine systematische Ausweitung des Konzepts auf das

⁸ <http://www.morgenpost.de/familie/article1861412/Stadtteilmuetter-bekommen-Zeugnisse-als-Sozialassistentin.html>

ganze Saarland sowie die Erarbeitung möglicher Wege der Zusammenarbeit im Einzelfall. Idealerweise würde diese über das gegenseitige Vermitteln von Familien hinausgehen und in einer Arbeitsaufteilung münden, die ermöglicht, dass sich die Familienhebamme auf ihre originären Arbeitsschwerpunkte und die Eltern-Kind-Interaktion konzentrieren kann und die Unterstützung in Alltagsfragen der Integration von der Stadtteilmutter übernommen wird. Auch könnte ein gemeinsamer kultureller Hintergrund von Stadtteilmutter und Familie den anfänglichen Vertrauensaufbau zur Familienhebamme erheblich erleichtern. Insgesamt lässt sich sagen, dass die Frage der Integration von Migrationsfamilien in Angebote der *Frühen Hilfen* offenbar ein bundesweites Problem darstellt. Erste Initiativen beschäftigen sich mit Verbesserungsmöglichkeiten. Beispielhaft sei hier das niedersächsische Projekt *Efi (Elternarbeit, Frühe Hilfen und Migrationsfamilien)* genannt⁹. Auch hier werden Vertrauenspersonen wie „Integrationslotsen“ als zentrale Möglichkeit betrachtet, um einen Zugang zu den Familien zu gewinnen.

Aufgrund ihres kulturellen Hintergrundes kann es manchen Familien mit Migrationshintergrund noch schwerer fallen als deutschen Familien eine angebotene Hilfe anzunehmen – insbesondere eine aufsuchende Hilfe, die quasi ein Eindringen in das sehr private Umfeld der Familie darstellt. Während Familienhebammen aufgrund der guten Akzeptanz und Bekanntheit ihrer Profession in der deutschen Bevölkerung eine ausgezeichnete Wahl für die *Frühen Hilfen* darstellen, ist eine Hebammenhilfe nach der Geburt in manchen anderen Kulturen nicht verbreitet. Sich als aufsuchende Helferin auf Familien mit Migrationshintergrund einzustellen erfordert also demnach nicht nur eine Überwindung sprachlicher Hürden, sondern auch eine fortlaufende Auseinandersetzung mit dem jeweiligen kulturellen Hintergrund.

Es wird auch in Zukunft eine Reihe an Migrantenfamilien geben, die einer aufsuchenden Hilfe trotz dieser Ansätze nicht zustimmen werden. Es stellt sich hier, wie auch bei allen anderen Familien die Frage, welche Möglichkeiten es im Rahmen des Netzwerks gibt, sie dennoch in ihren speziellen Bedürfnissen zu unterstützen und zu entlasten. Auch haben Familien mit Migrationshintergrund eine Reihe ganz besonderer Anliegen und Bedürfnisse, in denen sie von Unterstützung profitieren könnten, die jedoch nicht unbedingt in das spezifische Aufgabenfeld der Familienhebammen fallen. Dazu gehören spezielle Visumsfragen, Fragen zum Aufenthaltsrecht, zu Ansprüchen finanzieller Unterstützung, Weiterbildungsmöglichkeiten, Sprachkursen oder Kontakten zu anderen Familien mit demselben kulturellen Hintergrund. Gerade in der frühen Zeit nach der Geburt eines Kindes können notwendige Behördengänge und Formulare eine Belastung darstellen, die selbst deutsche Familien vor erhebliche Herausforderungen stellt. Familien mit Migrationshintergrund haben oftmals noch zu-

⁹ www.efi-nds.de

sätzliche Formalitäten zu erfüllen und stehen darüber hinaus vor der sprachlichen Hürde des „Behördendeutsch“. Familien in diesen Punkten Hilfe anzubieten kann für die häusliche Situation äußerst entlastend sein. Insofern spielen auch im Kontext der Einbeziehung von Migrationsfamilien die Netzwerke eine ganz zentrale Rolle. Familienhebammen benötigen im Rahmen der aufsuchenden Betreuung von Familien mit Migrationshintergrund unbedingt die Möglichkeit, mit Stellen Kontakt aufzunehmen, die sich speziell mit diesen Themen auskennen. Ebenso benötigen die Koordinierungsstellen diese Kontakte, um Familien weiterz Vermitteln, die aufgrund ihres kulturellen Hintergrundes entweder keine aufsuchende Betreuung möchten oder für die diese Art der Unterstützung nicht die passende Hilfe darstellt. Die Einbeziehung von speziellen Angeboten für Migranten in die *Netzwerke für Eltern* sollte daher unbedingt stärker in den Fokus gerückt werden. Eine Umfrage des IPKF zur Kooperation der Koordinierungsstellen mit speziellen Anlaufstellen und Projekten für Migranten ergab, dass in einigen Landkreisen bereits Kooperationen oder zumindest eine gegenseitige Bekanntheit bestanden, während in anderen Kreisen zu diesem Thema bislang noch sehr wenig bis keine Schritte unternommen worden waren. Gleichzeitig ergab eine Recherche, dass sich bereits eine ganze Reihe Anlaufstellen und Ansprechpartner im Saarland diesem speziellen Thema widmet und als potentielle Netzwerkpartner fungieren könnte (eine Liste der bestehenden Angebote kann auf Wunsch beim IPKF angefordert werden¹⁰).

Abgesehen von den oben genannten spezifischen Fragestellungen und Themen, bei denen Familien mit Migrationshintergrund eventuell Unterstützung benötigen, stellen sie unter Umständen auch einige besondere Anforderungen an die aufsuchenden Helferinnen. Diese beruhen dabei ebenfalls weniger auf spezifischen Risiken jener Familien, als vielmehr auf unterschiedlichen kulturellen Werten und Grundhaltungen, sowie den daraus resultierenden Verhaltensweisen im Umgang mit ihren Kindern (vgl. Abels und Eickhorst, 2009). Einige dieser Verhaltensweisen können vor dem Hintergrund der westeuropäischen Kultur, von der auch die meisten aufsuchenden Helferinnen im Projekt geprägt sind, möglicherweise seltsam erscheinen. Im Kontext ihrer kulturellen Entstehung sind diese Verhaltensweisen jedoch durchaus sinnvoll und passend. Kinder, die mit diesen Verhaltensmustern aufwachsen, entwickeln sich in aller Regel zu gesunden und an ihre Kultur angepassten Erwachsenen. Dies zeigt in besonders beeindruckendem Maße, dass es nicht *die eine* richtige Art und Weise gibt Kinder aufzuziehen, sondern ein sehr breites Spektrum an in sich stimmigen Möglichkeiten. Diese Tatsache setzt bei aufsuchenden HelferInnen im Allgemeinen, aber in besonderem Maße im Kontext anderer Kulturen, eine Grundhaltung voraus, die von großer Toleranz

¹⁰ Diese Liste erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit, sondern ist gedacht als erster Schritt zur Anbahnung einer Kooperation innerhalb der Landkreise.

und Offenheit gegenüber Familien verschiedenster Lebensformen geprägt ist. Daneben wird es in vielen Fällen zunächst aber auch eines gewissen Grundwissens um kulturelle Besonderheiten bedürfen, um aufsuchende HelferInnen in die Lage zu versetzen, bestimmte Verhaltensweisen, Rollenaufteilungen oder Überzeugungen einzuordnen. Beispielsweise haben Menschen aus dem nicht-westlichen Kulturraum ein völlig anderes Verständnis von Pünktlichkeit – regelmäßige Verspätungen sind in diesem Kontext möglicherweise völlig anders zu bewerten als bei einer deutschen Familie (Katz, 1985). Es sind daher sowohl Grundkenntnisse der betreffenden Kultur, aber auch Sensibilität und Erfahrung notwendig, um richtig einordnen zu können, inwiefern scheinbar problematische Verhaltensweisen auf ein Problem der Familien hinweisen oder aber Ausdruck eines in sich stimmigen kulturellen Modells sind (Borke & Keller, 2012).

Ein Wissen um kulturelle Besonderheiten ist jedoch nicht nur erforderlich, um die Familie zu verstehen und ihr Verhalten einordnen zu können, sondern insbesondere auch um in der Lage zu sein, Familien auf eine Art und Weise zu begegnen, die von diesen als respektvoll, wertschätzend und hilfreich empfunden wird. Je nach kulturellem Kontext können beispielsweise Fragen zu emotionalen aber auch physischen Vorgängen als beschämend erlebt oder gut gemeinte Tipps als wenig hilfreich empfunden werden, wenn sie vor dem kulturellen Hintergrund der Familie unpassend sind. Um Familien aus anderen Kulturen im Rahmen der *Frühen Hilfen* passende Unterstützung anbieten zu können, ist daher eine entsprechende fortlaufende Weiterbildung der aufsuchenden Helferinnen notwendig, ebenso wie eine enge Kooperation mit Spezialisten auf diesem Gebiet.

4.3.3 Projektfamilien mit Migrationshintergrund

Angesichts der genannten potentiellen Mehrfachbelastungen von Familien mit Migrationshintergrund stellt sich die Frage, wie viele Mitglieder dieser Zielgruppe bei *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz* begleitet wurden, ob diese belasteter waren als andere Projektfamilien bzw. unter welchen spezifischen Belastungen sie zu leiden hatten.

a) Anzahl betreuter Familien mit Migrationshintergrund

Bei entsprechenden Analysen stellt sich zum einen die bereits genannte Definitionsfrage. Im Fragebogenpaket für die Eltern wird deren Muttersprache und Nationalität erhoben. Macht man jedoch einen Migrationshintergrund am Kriterium der Nationalität fest, so werden zum einen immigrierte Familien ausgeschlossen, die bereits eine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. Zum anderen können die vorliegenden Daten aus den Elternfragebögen die tatsächliche Situation der Migrationsfamilien nicht repräsentativ abbilden, da Mütter und Väter

bei mangelnden Kenntnissen der deutschen Sprache häufig nicht in der Lage sind, das Fragebogenpaket zu bearbeiten. Die Angaben der Familienhebammen in der *HBS-L* zu relevanten mit Migration assoziierten Belastungsfaktoren, nämlich *unzureichende Sprachkenntnisse* und *Traumatisierung durch Migration*, sind unabhängig von dieser Schwierigkeit und werden daher im Folgenden betrachtet. Es bleibt aber zu beachten, dass auch mit dieser Datenerhebung die Gesamtgruppe der Migrationsfamilien nicht vollständig erfasst werden kann, da sie jene Migrantenfamilien ausschließen, die gut deutsch sprechen und/oder nicht traumatisiert sind.

Unzureichende Sprachkenntnisse gehen mit verringerten Teilhabechancen im Aufenthaltsland einher. Sie können zu sozialer Isolation führen und damit negative Auswirkungen auf das Funktionsniveau der Familie haben. Auch eine *Traumatisierung durch Migration* kann die gesamte Familie belasten. Auf 80 der betreuten Familien trifft mindestens eines dieser beiden Kriterien zu (auf 419 Familien traf keines davon zu, für 630 Familien war diesbezüglich keine Information vorhanden), das entspricht einer Quote von 7,6 %. Betrachtet man zum Vergleich die Nationalität dieser 80 Familien auf Basis der Daten des Elternfragebogens, wird ersichtlich, dass ein Migrationshintergrund in der Tat nicht vollständig durch die Nationalität abbildbar ist: in der Zielgruppe befinden sich 16 Mütter mit deutscher und 15 mit nicht-deutscher Nationalität sowie 7 Väter mit deutscher und 4 mit nicht-deutscher Nationalität. Für die restlichen 49 Mütter und 69 Väter dieser Subgruppe sind keine Fragebogendaten vorhanden, was die Annahmen bestätigt, dass Eltern mit unzureichenden Sprachkenntnissen nicht in der Lage sind, ein solches Fragebogenpaket auszufüllen.

Bezüglich der von den Familienhebammen beurteilten Traumatisierung durch Migration ergab sich eine Anzahl von 39 Müttern (6,4 %), für die das Kriterium zutrifft oder Anzeichen vorliegen, während es bei 564 Personen (49,8 %) als nicht zutreffend angesehen wurde und in 477 Fällen (46,6 %) keine Angabe hierzu gemacht (d. h. keine HBS- Dokumentation ausgefüllt) wurde; in 0,2 % der Fälle gaben die Familienhebammen an, sie verfügten über keine Informationen, um die Frage beantworten zu können. Bezogen auf die Väter ergab sich, dass 22 von 516 beurteilten Familienvätern (1,9 %) als traumatisiert oder Anzeichen diesbezüglich aufweisend eingestuft wurden. Für 466 Väter (41,2 %) wurde dies als nicht zutreffend angesehen; für 28 Väter (2,5 %) lag den Familienhebammen keine Information vor und bei 477 Familien (54,4 %) wurden keine Angaben gemacht.

Das Vorhandensein unzureichender Sprachkenntnisse bzw. Anzeichen hierfür wurde bei 46 Müttern (4,1 %) als zutreffend eingestuft, während es für 569 Mütter (50,3 %) nicht zutraf sowie in 516 Fällen (45,6 %) keine Angaben gemacht wurden. Bezogen auf die Väter wurden 41 von ihnen (3,6 %) als über unzureichende Sprachkenntnisse verfügend bzw. Anzei-

chen hierfür eingestuft, während dies bei 428 (37,8 %) nicht als zutreffend angesehen wurde und in 36 Fällen (3,2 %) aus Hebammensicht keine Info vorhanden war. In 627 Fällen (55,4 %) waren keine Daten vorhanden.

b) Belastungen betreuter Familien mit Migrationshintergrund

Vergleicht man die Belastung (erfasst aus Hebammensicht mittels der HBS) der durch Sprachprobleme im Aufenthaltsland und/oder Migrationserfahrungen belasteten Familien (N = 77) mit denen derjenigen Familien, für die die genannten Faktoren nicht zutreffen (N = 405), so ergeben sich statistisch bedeutsame Unterschiede (siehe Abbildung 38): Die mit Migrationsfaktoren belasteten Familien weisen auch höhere Belastungen in den Kategorien Belastung der Eltern (Signifikanzniveau $p = .03$), soziale Belastung (Signifikanzniveau $p = .00$), materielle Belastung (Signifikanzniveau $p = .01$) sowie eine höhere Gesamtbelastung (Signifikanzniveau $p = .01$) auf. Erwartungsgemäß unterscheiden sich die Belastungen der Kinder nicht. Diese Ergebnisse unterstreichen die Wahrnehmung vieler HelferInnen im Feld, dass die Lebenssituation für Familien in einem für sie ursprünglich fremden Land zusätzliche Belastungen mit sich bringt. Es bleibt jedoch zu beachten, dass der Migrationshintergrund hier über Kriterien definiert wurde, die per se eine Belastung implizieren: Migranten, die ausreichend deutsch sprechen und nicht traumatisiert sind, können aufgrund der *HBS-L*-Daten nicht identifiziert werden und waren daher nicht Teil der analysierten Gruppe. Ebenso könnten Migranten speziell durch ihre hohe Belastung in das Präventionsprojekt aufgenommen worden sein, sodass die angeführten Ergebnisse nicht repräsentativ für die Gesamtgruppe der Migranten sind. Außerdem werden die Daten aus Hebammensicht und zu Beginn der Betreuung erhoben. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass die oft vorhandene Ansicht, Migranten seien durch ihre spezielle Situation per se stärker belastet, die Einschätzung verzerrt.

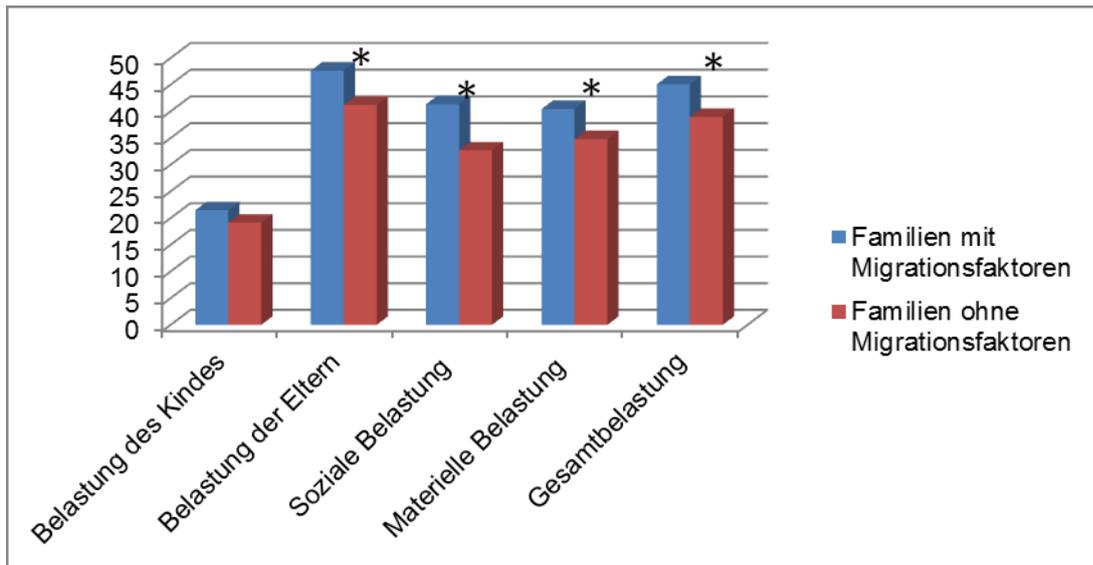


Abbildung 38: Belastung in Familien mit Migrationsfaktoren

Anm.: Daten basierend auf Angaben der Familienhebammen in der HBS-L

Bei der Betrachtung einzelner relevanter Belastungsfaktoren der HBS-L ergeben sich weitere Unterschiede zwischen den beiden Gruppen: Familien mit Belastungen durch Migrationsfaktoren weisen nach Hebammensicht signifikant seltener einen gemeinsamen Familienalltag auf und sind seltener als Paar für das Kind verfügbar (Signifikanzniveau $p = .00$), sie haben signifikant weniger Kontakte im sozialen Umfeld (Signifikanzniveau $p = .00$) und weisen deutlich seltener eine ausreichende Säuglingsausstattung auf (Signifikanzniveau $p = .04$) (siehe Abbildung 39-42).

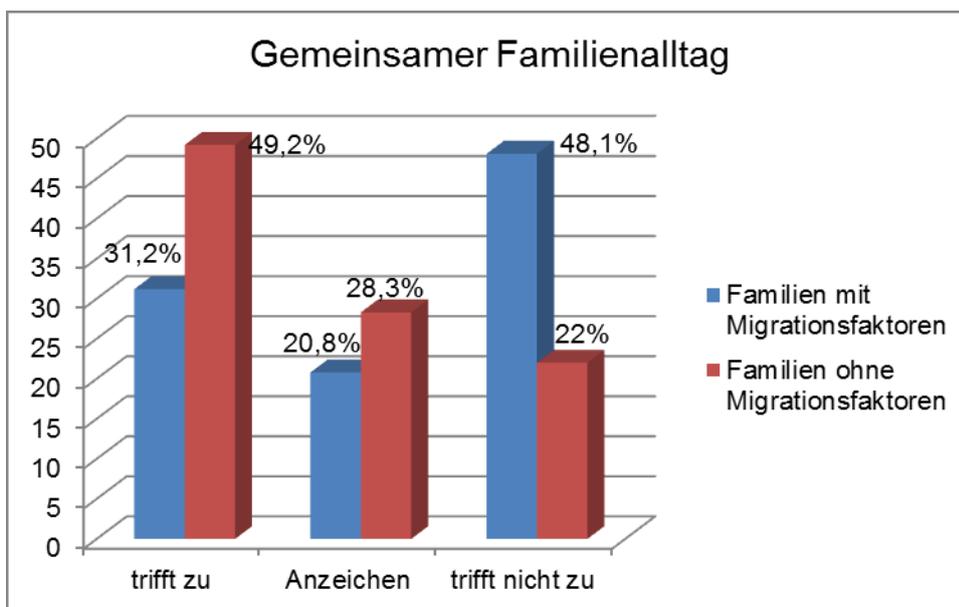


Abbildung 39: Gemeinsamer Familienalltag in durch Migration belasteten Familien

Anm.: Daten basierend auf Angaben der Familienhebammen in der HBS-L

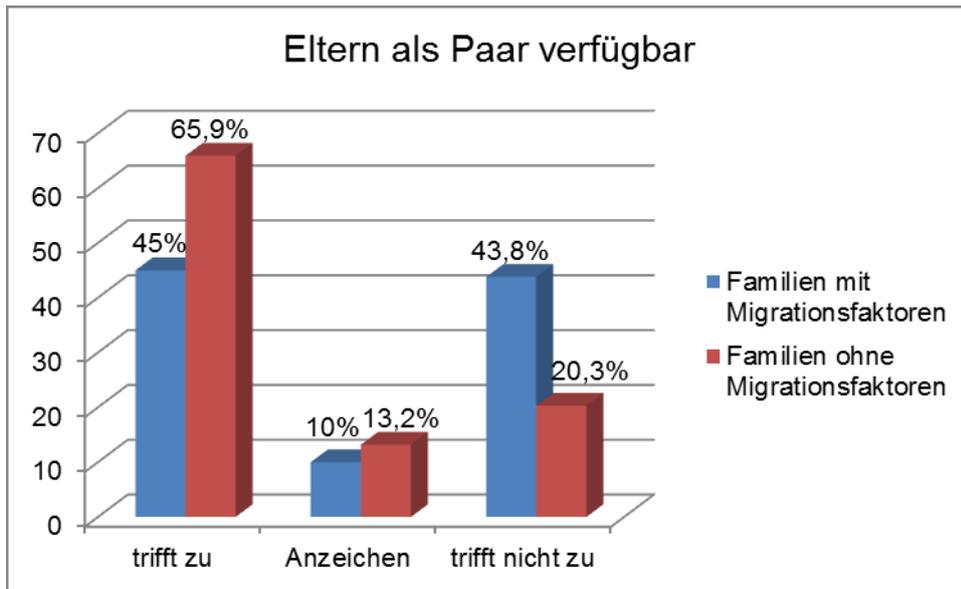


Abbildung 40: Verfügbarkeit der Eltern als Paar in durch Migration belasteten Familien

Anm.: Daten basierend auf Angaben der Familienhebammen in der *HBS-L*

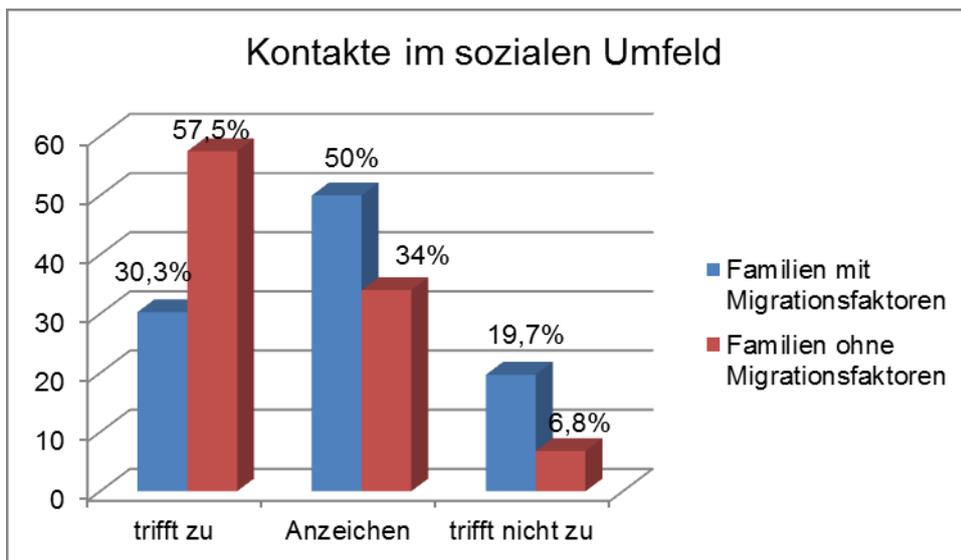


Abbildung 41: Soziale Kontakte in durch Migration belasteten Familien

Anm.: Daten basierend auf Angaben der Familienhebammen in der *HBS-L*

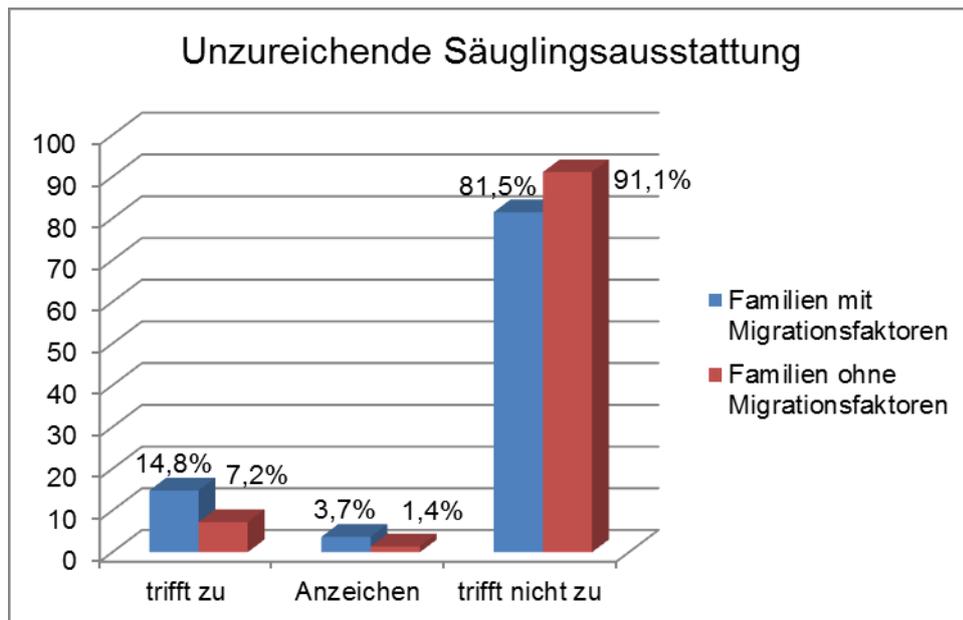


Abbildung 42: Unzureichende Säuglingsausstattung in durch Migration belasteten Familien

Anm.: Daten basierend auf Angaben der Familienhebammen in der *HBS-L*

Hinsichtlich interaktionsbezogener Variablen (z. B. Vermeidung von Körperkontakt/Blickkontakt, verbalen Anregungen für das Kind, Stellen unangemessener Anforderungen oder Übergehen kindlicher Signale) weisen beide Gruppen aus Sicht der betreuenden Familienhebammen keine Unterschiede auf.

Bei der Betrachtung der Gemeinsamkeiten oder Unterschiede beider Gruppen bleibt zu beachten, dass die angeführten Urteile aus Sicht der betreuenden Familienhebammen abgegeben wurden und nicht zwangsläufig der Selbstwahrnehmung bzw. subjektiven Belastung der Familie entsprechen. Beispielsweise kann eine aus mitteleuropäischer Sicht unzureichend erscheinende Säuglingsausstattung von Eltern aus einem anderen Herkunftsland als völlig ausreichend bewertet werden. Auch könnten kulturell bedingte Unterschiede in den Geschlechterrollen und bezüglich der Positionierung der Väter im Familiensystem eine Rolle spielen.

c) Besonderheiten in der aufsuchenden Arbeit

Weiterhin wurde verglichen, ob sich das Urteil der betreuenden Familienhebammen über die Zusammenarbeit mit den Familien (erhoben aus Familienhebbammensicht mittels des *Fragebogens zum Interventionsende*) zwischen beiden Gruppen signifikant unterscheidet. Bezüglich zweier Aspekte zeigte sich ein bedeutsamer Unterschied zwischen den mit Migrationsfaktoren belasteten (N = 40) und den unbelasteten (N = 190) Familien (siehe Abbildung 43). Die *Umsetzbarkeit des Curriculums für die Familienhebamme* wurde in der Subgruppe deut-

lich schlechter bewertet (Signifikanzniveau $p = .01$), ebenso die *Sicherheit der Familienhebamme in der Anwendung des Curriculums* (Signifikanzniveau $p = .03$). Dies kann einerseits durch sprachliche Schwierigkeiten bedingt sein, jedoch ist anzunehmen, dass auch kulturell bedingte Unterschiede in den Vorstellungen von Kinderversorgung, Kindererziehung oder vom Familienleben eine Rolle spielen. Möglich ist auch, dass die im Curriculum vermittelten Inhalte der aufsuchenden Arbeit auf Kulturen, in denen andere Bindungsverhaltensweisen üblich sind, schwer übertragbar sind. Da die Zusammenarbeit mit Familien mit Migrationshintergrund insgesamt genauso gut bewertet wird wie mit anderen Familien, kann davon ausgegangen werden, dass es den Familienhebammen erfolgreich gelang, „kultursensibel“ zu arbeiten und flexibel mit den eigenen kulturell geprägten Sichtweisen umzugehen.

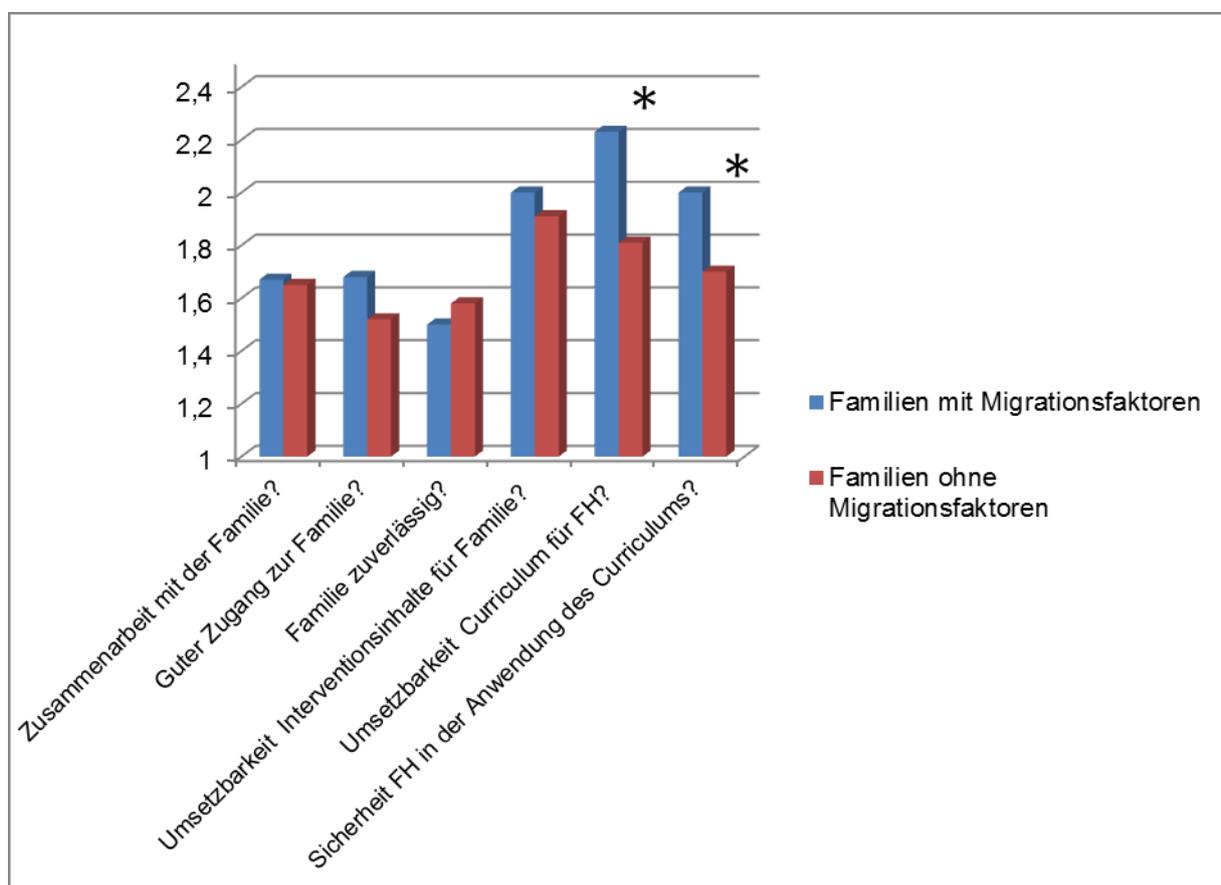


Abbildung 43: Zusammenarbeit mit durch Migration belasteten Familien

Anm.: Daten basierend auf Angaben der Familienhebammen im *Fragebogen zum Interventionsende*

d) Zufriedenheit mit der Betreuung

Beim Vergleich der Angaben zur Zufriedenheit mit der Begleitung aus Familiensicht zeigte sich nur bezüglich der Kategorie *Hebamme als wichtige Ansprechpartnerin* ein Unterschied: Familien mit Migrationsbelastungen (N = 25) erlebten die Familienhebamme signifikant häu-

figer als wichtige Ansprechpartnerin als Familien ohne derartige Belastungen (N = 150) (siehe Abbildung 44). Das unterstreicht die Bedeutung der Familienhebammen als „Türöffner“, um Familien, die evtl. isoliert leben und wenige Ansprechpartner haben, Brücken zu anderen Unterstützungs- und Kontaktmöglichkeiten zu bauen.

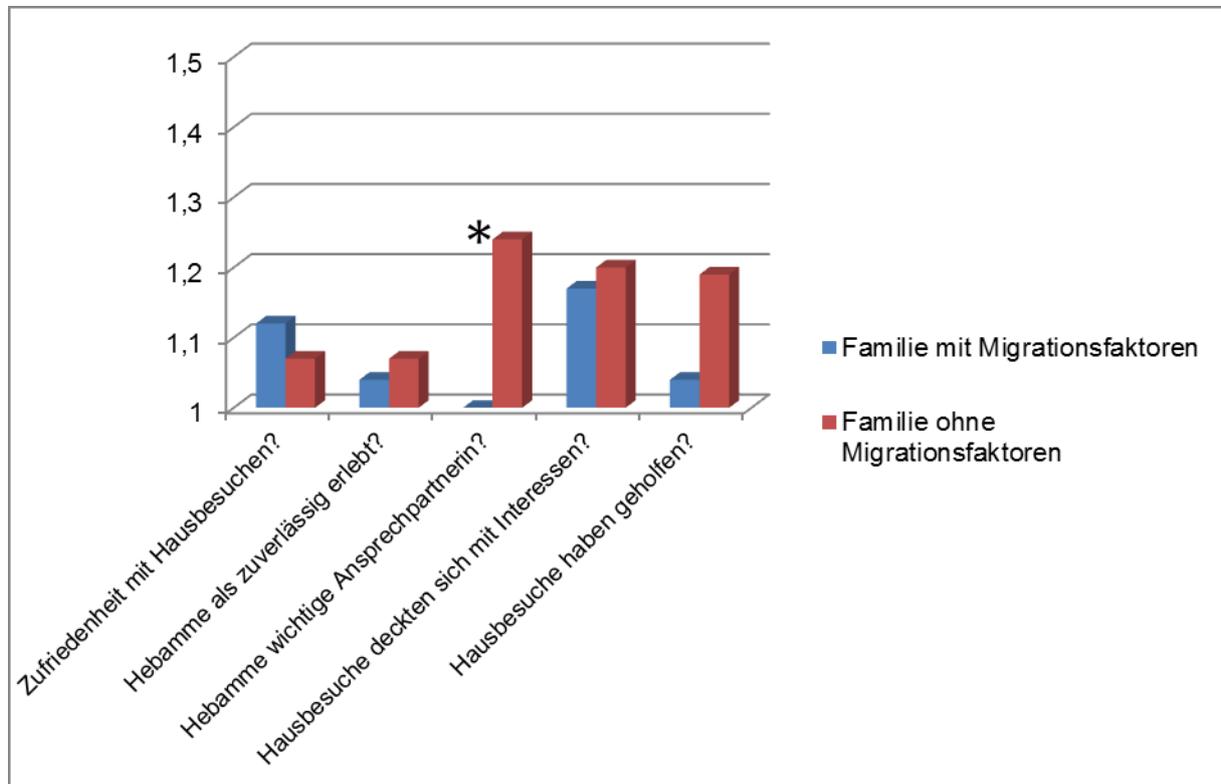


Abbildung 44: Zufriedenheit der durch Migration belasteten Familien mit der Begleitung

Anm.: Daten basierend auf Angaben der Familien im *Zufriedenheitsfragebogen*

e) Vermittlungsstrukturen

Interessant scheint auch ein Vergleich, ob sich Familien mit und ohne Migrationsbelastung in der Art der Betreuung oder in den Vermittlungswegen unterscheiden. Unsere Daten zeigen, dass Familien mit Migrationsfaktoren jedoch der Jugendhilfe nicht häufiger im Voraus bekannt werden, sie erhalten nicht seltener Unterstützung, sie werden nicht vermehrt durch die Koordinationsstelle vermittelt und sie erhalten genauso häufig eine Maßnahme der Jugendhilfe, eine Weitervermittlung nach Ende der aufsuchenden Arbeit, eine Fortführung der Maßnahmen oder eine Beendigung bestehender Maßnahmen durch die Jugendhilfe.

f) Fazit

Familien, die durch ihren Migrationshintergrund belastet sind, zeigen offenbar weitere Belastungen in anderen Bereichen. Erwartungsgemäß bestehen aus Familienhebammensicht Ein-

schränkungen in sozialen Kontakten, ebenso ist die familiäre und materielle Belastung höher. Die Familienhebammen sind unsicherer in der Anwendung des Curriculums, dies schlägt sich jedoch nicht in der Zusammenarbeit mit der Familie nieder. Auch bezogen auf Variablen, die Hinweise auf die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung liefern können, konnten keine Gruppenunterschiede festgestellt werden.

4.4 Exkurs zur Netzwerkarbeit

Ein wichtiger Teil der Projektarbeit, der grundlegend dazu beiträgt, dass Familien die bedarfsgerechte Hilfe zur Seite gestellt werden kann, ist die Netzwerkarbeit im Rahmen der *Frühen Hilfen*. Obgleich der in der Außenbetrachtung des Projekts zentrale Fokus häufig auf der aufsuchenden Arbeit durch die Familienhebammen, SPFB und SMA lag, ist die aktive Vernetzung unter Mitarbeitern und Institutionen im Bereich der Arbeit mit Familien an den jeweiligen Projektstandorten für die erfolgreiche Umsetzung *Früher Hilfen* mindestens von ebenso großer Bedeutung. Auf einzelne Aspekte dieses vielschichtigen Themengebietes soll in den folgenden Abschnitten näher eingegangen werden und auch Unsicherheiten und Probleme im Rahmen der Netzwerkarbeit thematisiert werden.

4.4.1 Zur Notwendigkeit von Netzwerken im Bereich der *Frühen Hilfen*

Frühe Hilfen finden nicht in einem „luftleeren Raum“ oder unabhängig von allen anderen Strukturen unserer Gesellschaft statt, sondern sind, genau wie die Geburt eines Kindes, eingebettet in und somit auch abhängig von verschiedensten Arbeits- und Lebensbereichen.

Mit dem Übergang zur Elternschaft müssen Mutter und Vater ihren bisherigen Alltag dem neuen Lebensabschnitt anpassen und diesen in bestehende Verhältnisse integrieren. Viele Bereiche bekommen eine neue Bedeutung, wie z. B. die finanzielle Versorgung und Absicherung, medizinische und psychische Gesundheitsversorgung, das Sicherstellen eines angemessenen Wohnraumes, die Anpassung des bisherigen Arbeitsalltags sowie der Umgang mit neuen/veränderten familiären und sozialen Beziehungen. Selbst Familien ohne zusätzliche Belastungen stehen rund um die Zeit der Geburt vor der Aufgabe, all diese Bereiche in Einklang zu bringen und neu zu ordnen, wozu der Kontakt zu einer Reihe von Personen und Institutionen unumgänglich ist. Besonders belastete Familien benötigen in der Regel darüber hinaus auch Unterstützung in weiteren Bereichen.

Obwohl die Arbeit aufsuchender HelferInnen in vielen Bereichen bereits außerordentliche Unterstützung leisten kann und diese in ihrer Ausbildung für ihre spezielle Aufgabe mit Wis-

sen in verschiedensten Bereichen ausgestattet wurden, benötigen sie dennoch eine enge Kooperation mit weiteren Fachleuten, um eine umfassende Unterstützung von Familien gewährleisten zu können. Nicht selten ist es für die effektive Arbeit einer Familienhebamme notwendig, Familien in Krisen zunächst dabei zu unterstützen, grundlegende Dinge des Alltags so handhabbar zu machen, dass eine Konzentration auf das Kind überhaupt ermöglicht wird. So wäre es beispielsweise für eine von Obdachlosigkeit bedrohte Familie wenig hilfreich, sich auf die Interaktion zwischen Eltern und Kind zu konzentrieren. In solch einem Fall würden die primäre Sorge um eine zukünftige Bleibe und existentielle finanzielle Sorgen alle anderen Problembereiche in den Hintergrund stellen. Die in anderen Bereichen eventuell vorhandenen Ressourcen reichen dann nicht mehr aus, um die Belastung auszugleichen. Um an den Punkt zu gelangen, an dem eine Unterstützung im Bereich der Interaktion von Säugling und Eltern überhaupt möglich und für die Familie annehmbar wird, müssen deren basale Bedürfnisse zunächst in gewissem Maße gesichert werden. Das ist in diesem Rahmen nur in Kooperation mit weiteren Fachleuten möglich, die dort ansetzen, wo der Arbeits- und Einflussbereich der aufsuchenden HelferInnen endet.

Während einige Familien erst mit zusätzlicher Unterstützung durch weitere Fachleute von der aufsuchenden Arbeit der *Frühen Hilfen* profitieren können, ist dies für andere aufgrund ihrer individuellen Problemlagen schlecht oder gar nicht möglich. Dennoch können diese Familien bei der Lokalisation von passenden Hilfsangeboten unterstützt werden, so dass im Rahmen der *Frühen Hilfen* ein bedarfsgerechtes Angebot ermittelt werden kann, da hier ein Forum zum Austausch zwischen den verschiedenen Fachrichtungen geschaffen wird, welche zusammen nach der richtigen Unterstützung für Familien mit Hilfebedarf suchen können. Nur im interdisziplinären Rahmen und durch eine Zusammenarbeit ohne Konkurrenzdenken wird es Familien ermöglicht, bestehendes Wissen verschiedener Fachrichtungen sowie vorhandene lokale Strukturen effizient zu nutzen, um schließlich bedarfsgerechte Hilfe zu erhalten.

Bislang herrschte überwiegend eine organisatorische Trennung zwischen verschiedenen Systemen, die Unterstützung für Familien anbieten: Hauptakteure waren das Gesundheitswesen (Hebammen, Kinderärzte, Gynäkologen etc., die sich vor allem mit Fragen der körperlichen Entwicklung befassen) sowie die Jugendhilfe (Jugendamt, freie Träger etc., die sich vor allem mit Fragen der psychosozialen Entwicklung befassen). Darüber hinaus können weitere Akteure je nach Bedarfslage der Familie eine wichtige Rolle bezüglich deren Unterstützung spielen wie z. B. Familienbildungsstätten, Beratungsstellen, Kindertagesstätten, Jurisdiktion, Jobcenter etc.. Gerade im Hinblick auf die bereits zu Beginn des Projekts extrem vielfältige Angebotslandschaft, die an nahezu allen Standorten im Saarland anzutreffen

war, sind gute Vernetzungsstrukturen elementar, um die bestehenden Angebote für Familien überschaubar und somit nutzbar zu machen. Nur so können die Investitionen der beteiligten Akteure effizient miteinander verbunden werden.

Bestrebungen der Anbieter von Unterstützung für Familien im Saarland, sich in Form von Arbeitskreisen oder „runden Tischen“ zu vernetzen, gab es bereits vor Start des Projektes *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz*, weshalb teilweise auf diese bestehenden Strukturen aufgebaut werden konnte. Großflächig und strukturiert geschah die angesprochene Vernetzung jedoch erst im Rahmen der *Frühen Hilfen*, da eine solide Netzwerkarbeit wie bereits erwähnt als Grundlage für eine effiziente Unterstützung für Familien angesehen wurde.

Zum erfolgreichen Aufbau von Vernetzungsstrukturen ist jedoch zunächst eine Instanz notwendig, welche die Initiative ergreift und im weiteren Verlauf eine gewisse Verantwortung für die Rahmgebung der Kooperation übernimmt. Auch wenn bereits einige Personen oder Institutionen lange vor Projektbeginn schon die Notwendigkeit einer Vernetzung erkannt haben, liegt es nahe, dass ohne eine solche zentrale Steuerung, die bei Bedarf ihre Lenkungs-funktion einnehmen und auf das Netzwerk Einfluss nehmen kann, keine klare Struktur zur Kooperation entstehen kann. Ist diese nicht vorhanden, kann es leicht zu einer „Verantwortungsdiffusion“ kommen (Darley & Latané, 1968), die dazu führt, dass sich beim Vorhandensein mehrerer potentiell Zuständiger niemand in der konkreten Verantwortung für bestimmte Aufgaben sieht und diese daher, obwohl deren Durchführung als notwendig erkannt wird, am Ende trotz des Vorhandenseins der relevanten Fachpersonen unerledigt bleiben. Dies kann gerade im Bereich der *Frühen Hilfen* gravierende Auswirkungen haben. Je mehr Personen potentiell tätig werden könnten, desto eher geht jeder Einzelne davon aus, dass irgendein anderer die Initiative ergreifen wird oder sollte, was die Wahrscheinlichkeit eines jeden senkt, selbst zu handeln. Auch in der Arbeit zwischen verschiedenen Institutionen kann sich dieser Effekt leicht einstellen, da jede Stelle für sich genommen eine Reihe von Gründen finden kann, weshalb jemand anderes aus ihrer Sicht besser geeignet wäre, eine anstehende Aufgabe zu übernehmen. Die Tatsache, dass niemand die Initiative ergreift, kann darüber hinaus zur Einschätzung führen, es bestehe bei den übrigen Beteiligten kein Interesse am Thema, was zusätzlich die eigene Motivation zum Aktivwerden senken kann. Im Rahmen der Erforschung derartiger Phänomene zeigte sich jedoch auch, dass, sobald von anderer Seite die Initiative ergriffen wurde, die Bereitschaft mitzuarbeiten erfreulich groß war – eine Erfahrung, die auch im Rahmen der Netzwerkarbeit im Saarland gemacht wurde und die die Arbeit zur Unterstützung der Familien entscheidend voran trieb.

Die eingerichteten Koordinierungsstellen im Projekt brachten ideale Voraussetzungen mit, als „neue Mitspieler“ mit frischem Wind eine Vernetzung zu initiieren. Dabei war es jedoch

überaus wichtig, nicht den Eindruck zu vermitteln, dass *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz* alle bisherigen Hilfeformen ersetzen kann oder den Anschein erweckt, Anspruch darauf zu erheben. Eine solche Einschätzung der potentiellen Akteure im Rahmen des Netzwerks kann eine gute Zusammenarbeit mit lange etablierten Institutionen und Helfern erschweren und gefährden, was dem Projektansatz widerspricht. Gerade auf die langjährige Erfahrung bestehender Institutionen mit lokalen Gegebenheiten und der Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachleuten soll und kann nicht verzichtet werden. Bei der Netzwerkgründung sollte es aus diesem Grund nicht (nur) darum gehen, bereits bestehenden Hilfen das neue Projekt vorzustellen, sondern vor allen Dingen darum, *alle* Helfenden in diesem Bereich zusammenzubringen, um voneinander zu lernen, Erfahrungen auszutauschen, Ideen zu entwickeln und zum Wohle der Familien kooperativ zusammenzuarbeiten.

Im konkreten Ablauf der Netzwerkarbeit äußerten einige der KoordinatorInnen immer wieder ihre Sorge darüber, wie sie die Netzwerktreffen, die ein Forum zur Zusammenarbeit darstellen sollen, gestalten sollten bzw. mit welchen Inhalten und Themen sie diese füllen können. An dieser Stelle war es wichtig zu vermitteln, dass die KoordinatorInnen zwar eine Steuerungsfunktion haben, um möglichen Problemen im Laufe der Arbeit entgegen zu wirken, und dazu beitragen sollen, das Netzwerk aktiv zu halten und den Rahmen für die Netzwerktreffen herzustellen. Die organisatorische Planung der Treffen (Zeit, Ort, Raum) fällt in den Bereich der KoordinatorInnen, die auch dafür verantwortlich sind, fristgerecht alle potentiellen Netzwerkpartner einzuladen. Jedoch sind sie nicht alleine dafür verantwortlich, die Netzwerktreffen mit Inhalt zu füllen, sondern sie sollten in diese Aufgabe alle Beteiligten einbeziehen, da diese die grundlegenden Bestandteile des geknüpften Netzwerks darstellen und dieses daher auch mitgestalten sollen und müssen: bleiben Teile des Netzwerks inaktiv und nehmen ihre Rolle als wichtigen „Knotenpunkt“ nicht wahr, so belastet dies die gesamte gemeinsame Arbeit und wirkt sich auf das Netzwerk, bei dem alle Punkte (mehr oder weniger direkt) voneinander abhängen, aus.

Die Koordinierungsstelle ist damit also auch zentrale Anlaufstelle für die Koordination des Netzwerks, kann dieses jedoch nicht alleine aufrechterhalten. Das Netzwerk selbst kann als dezentrale Struktur funktionieren, die von vielen unterschiedlichen Personen in den diversen Verantwortlichkeiten getragen wird. Daher sollte anfangs innerhalb eines jeden Netzwerkes die zukünftige Rollenverteilung geklärt werden, um Missverständnisse in der Arbeit möglichst im Voraus zu umgehen, die Erwartungen der verschiedenen Beteiligten aus verschiedenen Institutionen zu klären sowie die (möglicherweise sehr unterschiedlichen) Ansichten darüber abzugleichen, was Netzwerkarbeit für jeden Einzelnen bedeutet: Wer ist wofür zuständig?

Wer moderiert die Treffen? Wie oft sollen Treffen stattfinden? Was soll/kann gemeinsam erreicht werden?

4.4.2 Die Arbeit im Netzwerk

Eine erfolgreiche Netzwerkarbeit bedarf einer hohen Sensibilität im Umgang mit potentiellen Kooperationspartnern. Es sollte darauf geachtet werden, keine möglicherweise wichtigen Personen oder Institutionen von vornherein auszuschließen, was Unmut oder Kränkungen hervorrufen kann und so auch eine mögliche zukünftige Zusammenarbeit erschwert oder sogar verhindert. In der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Institutionen sind neben zentralen fachlichen Aspekten auch die persönlichen Beziehungen ausschlaggebend und spielen eine nicht zu unterschätzende Rolle für den Erfolg oder das Scheitern der Kooperation. Viele Fragen können oft nicht zufriedenstellend gelöst werden: Gibt es beispielsweise mehrere ähnliche Angebote in einem Bereich (z. B. verschiedene Schwangerschaftsberatungsstellen), so stellt sich die Frage, ob nur eine dieser Stellen eingeladen werden sollte, um zu vermeiden, dass eine zu hohe Teilnehmerzahl die Arbeit erschwert, oder beide Stellen, um Kränkungen auf der Seite der nicht eingeladenen Beteiligten zu vermeiden.

Eine weitere Frage stellte sich an einigen Standorten, an denen bereits Arbeitsgruppen bestanden. Hier wurden Bedenken geäußert, ob ein zu großer Kreis an Personen im Netzwerk ein effizientes Arbeiten verhindern könnte. Hierzu lässt sich anmerken, dass die Netzwerktreffen in erster Linie dazu dienen sollten, Verbindungen auf der inhaltlichen, aber auch auf der sozialen und emotionalen Beziehungsebene aufzubauen, um diese zu verstetigen. In der Zusammenarbeit sollen relevante Themen in der Arbeit zur Unterstützung für Familien entwickelt und gemeinsame Ziele erarbeitet werden, jedoch können verschiedene Themen, die eine intensivere Bearbeitung benötigen, besser in interdisziplinären Arbeitsgruppen (z. B. 6-8 MitarbeiterInnen aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen) bearbeitet werden. Dadurch ergibt sich eine geringere Arbeitsbelastung für die Gesamtgruppe und eine effizientere Kommunikation in den Netzwerktreffen, in denen das Bearbeitete gemeinsam reflektiert werden kann und auch soll. Entsteht im Verlauf der Netzwerkarbeit dennoch eine zu große Gruppe an Personen, was die Übersichtlichkeit des Netzwerkes und möglicherweise auch dessen Effizienz einschränkt, können MultiplikatorInnen zum Einsatz kommen, die den Informationsaustausch für ihre jeweilige Profession oder Institution gewährleisten.

Die Teilnehmerzahl in den Netzwerktreffen unterliegt in den meisten Fällen – vor allem anfangs – einigen Schwankungen: der Kreis interessierter Personen kann in der ersten Phase durchaus stetig ansteigen, jedoch dezimiert sich die Anzahl mit der Zeit oft von selbst, sei es

aufgrund von Interessenrückgang oder durch eine zu hohe Arbeitslast in den Institutionen, im Zuge derer die Netzwerkarbeit ins Hintertreffen gerät. Möglicherweise ziehen sich einige Institutionen im Laufe der gemeinsamen Arbeit aus dem Netzwerk zurück, da sie merken, dass die Form der Zusammenarbeit nicht ihrem Bedarf/ihrer Zielsetzung entspricht bzw. sie wenig zur Zielsetzung/Zielerreichung beitragen können und keine relevanten „Knotenpunkte“ für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zur Unterstützung für Familien darstellen. Nicht alle an einem Standort vorhandenen Institutionen sind relevant zur Zielerreichung und müssen in die Arbeit der *Frühen Hilfen* einbezogen werden. Bleiben Personen im Netzwerk, obwohl sie sich dort nicht aufgehoben fühlen, oder zeigen sich demotiviert, da die Netzwerkarbeit nicht im Themengebiet ihrer Einrichtung liegt, kann dies die Funktionalität des gesamten Netzwerks beeinträchtigen. Schließlich ist die Grundlage einer gemeinsamen Arbeit erst dann gegeben, wenn alle Personen diesbezüglich ein gemeinsames Ziel anstreben und zumindest potentiell alle einen Beitrag leisten können.

Anders verhält es sich, wenn die Erwartungen einer Institution, die eigentlich an der Netzwerkarbeit interessiert wäre und diese auch bereichern würde, unerfüllt bleiben und deren eigener Vernetzungsbedarf nicht erkannt wird. Auch dies kann zu einem Rückgang der Motivation führen und schließlich das Ausscheiden aus der Netzwerkarbeit bedeuten. Ziehen sich relevante und wichtige Netzwerkpartner aus der gemeinsamen Arbeit zurück, so hat dies ebenfalls negative Auswirkungen auf die gesamte Arbeit im Rahmen der Unterstützung von Familien. Daher ist es wichtig, die Erwartungen und den Bedarf jedes einzelnen Netzwerkpartners zu erkennen, diesen nach Möglichkeiten in der gemeinsamen Arbeit gerecht zu werden und Unzufriedenheiten zu thematisieren und zu beheben, damit sich die eigene Investition in die gemeinsame Arbeit für alle Beteiligten als lohnenswert erweist. Wird ein Partner nicht berücksichtigt, erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, diesen als Netzwerk- Knotenpunkt zu verlieren.

Auch sollte im Rahmen der gemeinsamen Netzwerkarbeit überlegt werden, wie man wichtige, aber noch nicht ans Netzwerk angebundene Institutionen für die gemeinsame Arbeit gewinnen kann und welche Gründe eine bisherige Aktivwerdung verhindert haben könnten.

Ein breites, gut geknüpftes Netzwerk ist jedoch eine wichtige Voraussetzung, um Familien bedarfsgerecht und effizient zu unterstützen und nicht „durchs Netz fallen“ zu lassen. Daher ist eine wiederholte Bedarfsklärung und stetige Kommunikation essentiell für eine erfolgreiche Zusammenarbeit, da sich Ansichten über und Motivationen für die Zusammenarbeit im Laufe der gemeinsamen Arbeit immer wieder ändern können und daher klar gemacht werden sollte, welche verschiedenen Interessen und Wünsche vorliegen und die Arbeit lenken. Netzwerkarbeit ist dynamisch, vielschichtig, strukturell, persönlich, zeit- und ressourcenin-

tensiv, was in der Vernetzung immer wieder beachtet werden sollte, um deren Gelingen zu sichern.

Am Anfang der meisten Netzwerktreffen standen oft die ausführliche Vorstellung aller Netzwerkpartner und der Austausch über bestehende Angebote. Dies hat den offensichtlichen Vorteil, dass alle Beteiligten über die Hilfelandschaft vor Ort informiert sind und dadurch bei dem entsprechenden Bedarf einer Familie wissen, wo eine passende Unterstützung angeboten wird bzw. wer ein guter erster Ansprechpartner sein könnte. Über ein reines Kennenlernen hinaus sollen die Netzwerktreffen jedoch auch einen Rahmen bieten, um persönliche Beziehungen aufzubauen und zu verstetigen, da diese im alltäglichen Arbeitsablauf eine Kontaktaufnahme untereinander deutlich erleichtern. Da in vielen Institutionen oft eine hohe Fluktuation an Personal herrscht, muss der Aspekt der persönlichen Beziehungsgestaltung immer wieder aufgegriffen werden. Auch sollte nach Möglichkeit immer ein bestimmter Vertreter der jeweiligen beteiligten Institution zu den Netzwerktreffen geschickt werden, damit sich verlässliche Strukturen aufbauen können. Ausreichend lange (Kaffee-)Pausen sind daher keinesfalls ein Zeichen für zu wenig relevante Themen und Inhalte, sondern ein wünschenswerter Bestandteil eines jeden Treffens, um den gegenseitigen Austausch zu fördern. Eine angenehme Umgebung und Atmosphäre sowie das Tragen von gut lesbaren Namensschildern sind diesem informellen Kennenlernen ebenfalls zuträglich. Insbesondere in schwierigen Phasen der Zusammenarbeit kann eine gut etablierte persönliche Ebene äußerst hilfreich sein und dabei unterstützen, Probleme aus dem Weg zu räumen oder sogar im Voraus zu verhindern. Gerade im Hinblick auf die unterschiedlichen beruflichen Kontexte und dadurch bestehende unterschiedlichen „Sprachen“ und Perspektiven der einzelnen Beteiligten kann es hilfreich sein, festzustellen, in welchen Bereichen eventuelle Gemeinsamkeiten liegen.

4.4.3 Entstandene Netzwerkstrukturen im Saarland

Im Laufe der Projektzeit konnten an allen saarländischen Projektstandorten feste Netzwerkstrukturen und regelmäßige Treffen der Arbeitsgruppen *Netzwerk für Eltern* etabliert werden. Wie auch in allen anderen Projektbereichen sind auch die Netzwerkstrukturen geprägt von den Eigen- und Besonderheiten der einzelnen Landkreise. Während in einigen Landkreisen auf bestehende Strukturen aufgebaut werden konnte und ein besonderes Augenmerk auf der Anpassung bereits bestehender Gefüge an die Projektidee gelegt wurde, konnte in anderen Landkreisen weniger auf bereits etablierte Arbeitskreise zugegriffen werden. Je nach bisherigem Arbeitsfeld, Schwerpunktsetzung und Kontakten der KoordinatorInnen entwickelten sich die Netzwerke unterschiedlich schnell und jeweils in etwas unter-

schiedlicher Zusammensetzung. Tabelle 51 zeigt eine Zusammenstellung aller Netzwerkteilnehmer an den einzelnen Standorten. Es kann sich dabei nicht um eine erschöpfende Aufstellung handeln, da sich die Netzwerke auch weiterhin im Aufbau befinden und sich stetig weiterentwickeln. Die Aufstellung kann stattdessen als Momentaufnahme verstanden werden, die auch als Anregung für mögliche Erweiterungen einzelner Netzwerke herangezogen werden kann.

Tabelle 51: Beteiligte Institutionen und Berufsgruppen in den Landkreisen auf Basis der *Dokumentation des Netzwerks für Eltern* der KoordinatorInnen, basierend auf eingereichten Daten aus 2008 – 2010

Landkreis	Institutionen	Berufsgruppen
Merzig-Wadern	<ul style="list-style-type: none"> • ARGE (Arbeitsgemeinschaft/Jobcenter) • AWO (Arbeiterwohlfahrt/Freie Wohlfahrtspflege) • Beratungsstellen (u. a. Caritas, Donum vitae, Lebensberatung) • Ergotherapeutische Praxen • Famfoe (Verein für Familienförderung e. V.) • Familienbildungsstätte • Familienzentren • Gemeinde Losheim • Gemeinde Perl • Gesundheitsamt • Hospitalstiftung • IPB (Institut für Pädagogik und systemische Beratung) • Jugendamt • Jugendhilfe St. Maria • Kindertagesstätten • Landkreis Merzig-Wadern • Lebenshilfe • Logopädische Praxen Kindergärten • Lokales Bündnis für Familien • SHG-Klinik (Saarland Heilstätten GmbH) • Stadt Merzig • Universitätsklinikum Heidelberg 	<ul style="list-style-type: none"> • Ärztinnen/Ärzte • ErgotherapeutInnen • ErzieherInnen • LogopädInnen • PsychologInnen • SMA • SozialarbeiterInnen • Verwaltungsfachangestellte
Neunkirchen	<ul style="list-style-type: none"> • ARGE (Arbeitsgemeinschaft/Jobcenter) • Beratungsstellen (u. a. Familienberatungsstellen, Lebensberatungsstelle, Schwangerschaftsberatungsstellen) • Frühförderstellen • freie Jugendhilfeträger • Gesundheitsamt • Gynäkologische Praxen • Kliniken (u. a. Entbindungsklinik Kinderklinik Psychiatrische Klinik) • Katholische Familienbildungsstätte • SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum) • Suchthilfe • Universitätsklinikum Heidelberg 	<ul style="list-style-type: none"> • Familienhebammen • GynäkologInnen • HeimleiterInnen • Kinderärztinnen/-ärzte • KinderkrankenschwägerInnen • PsychologInnen • Schoolworker • SozialarbeiterInnen • SozialpädagogInnen • SoziologInnen • SMA

RV Saarbrücken	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungsstellen (u. a. Schwangerenberatungsstellen) • Familienbildungsstätten • Familienzentren • Gesundheitsamt • Jugendamt • Kinderschutzbund • Kliniken (u. a. Kinderklinik) • Psychosozialer Dienst des Gesundheitsamts • Sozialer Dienst • Universitätsklinikum Heidelberg 	<ul style="list-style-type: none"> • Ärztinnen/Ärzte • Hebammen • Familienhebammen • KinderkrankenschwesterInnen • ErziehungswissenschaftlerInnen • PsychologInnen • SozialarbeiterInnen
Saarlouis	<ul style="list-style-type: none"> • Jugendamt (ASD) • Gesundheitsamt • ARGE (Arbeitsgemeinschaft/Jobcenter) • Sozialamt • Beratungsstellen der verschiedensten Träger (Caritas, AWO, Lebensberatungsstellen des Bistums Trier, Donum Vitae) • „Ufer“ (Projekt mit ehrenamtlichen Paten) • Frühförderstellen im Landkreis Saarlouis • Frauenhaus Saarlouis • St. Elisabeth-Klinik • DRK Krankenhaus • Universitätsklinikum Heidelberg 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderärztinnen/-ärzte • GynäkologInnen • Familienhebammen • SozialarbeiterInnen • PsychologInnen • Sozialpädagogische FamilienhelferInnen
Saarpfalz-Kreis	<ul style="list-style-type: none"> • ARGE (Arbeitsgemeinschaft/Jobcenter) • Beratungsstellen (Donum vitae, Psych. Beratungsstelle) • Caritas (Beratungsstelle, Frühförderung, Therapeutische Schülerhilfe) • Jugendamt • Familienhilfezentrum • Kindertageseinrichtung • Jugendpflege „Muggeltreff“ • psychosoziale Projekte • Psychotherapiepraxis • Gesundheitsamt • Katholische Erwachsenenbildung • Kinder- und Jugendpsychiatrie • Polizei • Projektgruppe Kinder & Jugendliche • Sozialamt • Suchtberatung • Universitätsklinikum Heidelberg 	<ul style="list-style-type: none"> • Ärztinnen/Ärzte (u. a. Frauenärztin) • Familienhebammen • Hebammen • KindergärtnerInnen • PolizistInnen • PsychologInnen • Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen • SozialarbeiterInnen • Verwaltungsfachangestellte
St. Wendel	<ul style="list-style-type: none"> • ASD Jugendamt • Beratungsstellen (u. a. Caritas, Donum vitae, Lebensberatung, Schwangerenberatung, Sozialdienst Katholischer Frauen) • Familienberatungszentren • Frühförderung • Gesundheitsamt • Kinderschutzbund • Lebenshilfe • Mehrgenerationenhaus • Mutter-Kind-Einrichtung • Sozialdienst katholischer Frauen • „Ufer“ (Projekt mit ehrenamtlichen Paten) • Universitätsklinikum Heidelberg 	<ul style="list-style-type: none"> • Ärztinnen/Ärzte (u. a. Kinderärzte) • ErzieherInnen • Kinderkrankenschwester-/SäuglingspflegerInnen • SozialpädagogInnen • FamilienpflegerInnen • Hebammen • Familienhebammen • PsychologInnen • SMA • SozialarbeiterInnen

Zur Unterstützung der Netzwerkarbeit wurden im Laufe der Projektarbeit von Seiten der wissenschaftlichen Begleitung durch das IPKF mehrere Fortbildungsveranstaltungen für die KoordinatorInnen organisiert und angeboten (siehe Abschnitt 2.3 zu den Koordinierungsstellen).

Darüber hinaus wurden Landkreise auf Wunsch gezielt bei der Netzwerkarbeit vor Ort unterstützt, sei es durch Unterstützung bei der Organisation, Planung, Gestaltung oder Moderation der Netzwerktreffen sowie durch die Präsentation bestimmter Fortbildungs- oder Forschungsinhalte für die Netzwerkteilnehmer.

Eine schriftliche Befragung der Teilnehmer aller sechs saarländischen Netzwerke für Eltern im Jahr 2012 ergab ein spezifisches Feedback für jedes Netzwerk zur Zufriedenheit und Einschätzung der Treffen (mit Ausnahme von Saarlouis, aus diesem Kreis liegen keine Daten von Netzwerkteilnehmern vor). Im Folgenden soll eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse dieser Befragung für jeden Kreis dargestellt werden.

In **Merzig-Wadern** füllten 11 Netzwerkteilnehmer den Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Arbeit im „Netzwerk für Eltern“ aus. Aus deren Sicht waren die Treffen besonders hilfreich dabei, Informationen über laufende Projekte zu erhalten und einen Einblick in die Arbeit anderer Institutionen zu gewinnen. In Merzig-Wadern fand im Jahr 2011 nur ein Netzwerktreffen statt, was von den Teilnehmern sehr bedauert wurde. Diese wünschten sich zukünftig Treffen in deutlich kürzeren Abständen, eine größere Bekanntheit des Arbeitskreises (dabei vor allem eine verstärkte Einbeziehung von Pädiatern und Gynäkologen) und mehr Gelegenheit für positive gemeinsame Erfahrungen und Zusammenarbeit. Darüber hinaus wünschen sich die Teilnehmer die Möglichkeit für anonyme Fallbesprechungen und themenspezifische Vorträge. Insgesamt gab es für Merzig-Wadern eine Reihe an fehlenden Angaben, was daran liegen mag, dass aufgrund der eher selten stattfindenden Treffen die Teilnehmer den Eindruck hatten, keine ausreichenden Angaben machen zu können.

In **Neunkirchen** wurde der Netzwerkfragebogen von 24 Personen ausgefüllt. Aus der Sicht der dortigen Netzwerkteilnehmer sind eine Reihe positiver Merkmale der Netzwerkarbeit zu verbuchen, insbesondere die Förderung der Zusammenarbeit, im Rahmen der Treffen gehaltene Vorträge und die Struktur der Treffen im Allgemeinen. Die Zusammensetzung des Netzwerkes schätzen die Teilnehmer ebenso wie die Kommunikation und Zusammenarbeit der Netzwerkpartner als sehr gelungen ein. Wünsche für die zukünftige Netzwerkarbeit waren vor allem eine größere Zurückhaltung auf Seiten der Moderation und stattdessen mehr Gelegenheit für den Austausch gemeinsamer Erfahrungen und den Aufbau und die Aufrechterhaltung von Kontakten. Konkrete Ideen für die weitere gemeinsame Arbeit waren die

Erstellung einer Adress- und Erreichbarkeitsliste aller Einrichtungen vor Ort in Form einer Broschüre.

Für den **Regionalverband Saarbrücken** wurden die Fragebögen von sieben Netzwerkteilnehmern ausgefüllt. Hier wurde neben Struktur, Austausch und Zusammenarbeit auch die Moderation der Treffen positiv hervorgehoben. Exemplarische Fallbesprechungen werden für die Zukunft gewünscht, während bestimmte Weiterqualifizierungsaspekte von einigen Beteiligten als wenig hilfreich erlebt werden. Gerade für den großen Regionalverband ist jedoch die Stichprobe der Befragten äußerst gering und daher möglicherweise nur wenig repräsentativ für die allgemeinen Wünsche und die Bedarfslage der Netzwerkteilnehmenden, wobei die Gründe für die geringe Beteiligung an der Befragung unklar bleiben.

Insgesamt 14 Teilnehmer des Netzwerks für Eltern im **Saarpfalz-Kreis** füllten den Fragebogen aus. Diese zeigten sich im besonderen Maße zufrieden mit den Einblicken und Informationen, die sie über die Arbeit anderer Institutionen erhielten. Für die Zukunft gewünscht wurden vor allem Fortbildungsangebote, eine zuverlässigere Struktur für Einladungen und Protokolle sowie eine stärkere Förderung des gegenseitigen Austausches.

Aus **St. Wendel** gingen 16 ausgefüllte Fragebögen ein. Den Angaben der Fragebögen entsprechend sind die Teilnehmer sehr zufrieden mit den im Netzwerk gehaltenen Vorträgen, der Struktur der Treffen, der Moderation sowie der Förderung der Zusammenarbeit. Als besonders hilfreich werden auch hier Informationen und erhaltene Einblicke in die Arbeit anderer Institutionen empfunden sowie die generelle Zusammenarbeit im Rahmen des Netzwerkes. Anonyme Fallbesprechungen werden von einer Mehrheit der Befragten gewünscht sowie eine engere Zusammenarbeit auch außerhalb der Treffen.

Die Befragung der Netzwerkpartner zeigt insgesamt, dass sich die Netzwerke der einzelnen Kreise (aus denen Daten vorliegen) auf einem sehr guten Weg befinden. Es zeigt sich durchgängig, dass die Teilnehmer die Möglichkeit schätzen, die Angebote der anderen Netzwerkpartner auf diesem Wege besser kennenzulernen, Erfahrungen auszutauschen und gemeinsam fachspezifische Inhalte vermittelt zu bekommen. Das Feedback der Befragten deutet auch daraufhin, dass der nächste Schritt in nahezu allen Landkreisen sein sollte, nach einem Kennenlernen auf der inhaltlichen Ebene nun auch die konkrete Zusammenarbeit stärker in den Fokus zu rücken, gemeinsame Ziele zu erarbeiten und anzugehen, um längerfristig zu einer noch engeren Kooperation auch außerhalb der einzelnen Treffen zu kommen und das bestehende Netzwerk sowie den gemeinsamen Fokus, die einzelnen Arbeitsbereiche der Netzwerkteilnehmenden zum Wohle der Familien zu verknüpfen, weiter zu stärken.

5 Erfahrungen der Projektimplementierung

Neben den bisher analysierten quantitativen Daten bietet dieser Abschnitt Raum für die Diskussion qualitativer Aspekte und Erfahrungen, die im Rahmen von *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz* während der Projektimplementierung im Saarland gewonnen wurden. Ursprüngliche Projektideen sowie entsprechende Ergänzungen und Erweiterungen, die über die Jahre hinzukamen, werden kritisch reflektiert. Dabei wird aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung dargestellt, welche Aspekte sich in der Projektlaufzeit bewährt haben und wo Verbesserungen möglich bzw. nötig wären.

5.1 Aufsuchende Arbeit

Es folgt eine Darstellung und Reflektion der Erfahrungen, die im Kontext der aufsuchenden Arbeit im Projekt mit den aufsuchenden Helferinnen, den KoordinatorInnen sowie den Netzwerk beteiligten gemacht wurden.

5.1.1 Familienhebammen und Kinderkrankenschwestern als zentrale Berufsgruppen der aufsuchenden Arbeit

Der Einsatz von Familienhebammen als zentraler Berufsgruppe der aufsuchenden Arbeit der *Frühen Hilfen* hat sich in den vergangenen Jahren bewährt. Hebammen sind in unserer Gesellschaft als Helferinnen vor, während und nach der Geburt akzeptiert und geschätzt, ihre Hilfe wird nicht als stigmatisierend oder übergriffig erlebt. Die große Zahl an erfolgreichen Projektvermittlungen zeigt die gute Akzeptanz des Projekts in der Bevölkerung. Eine besonders deutliche Sprache sprechen daneben auch die positiven Bewertungen der aufsuchenden Arbeit durch die Projektfamilien selbst.

Die Ausweitung der aufsuchenden Helferinnen im Projekt um die Berufsgruppe der Kinderkrankenschwestern zeigte sich für das Projekt als ein großer Gewinn. Einer möglichen Konkurrenzsituation zwischen den beiden Berufsgruppen, die sich durch die Aufteilung der Fälle zwischen beiden Gruppen hätte ergeben können, konnte entgegengewirkt und deren Kooperation zugunsten des Projekts gestärkt werden. Ein weiterer Vorteil der Einführung einer zweiten Berufsgruppe ist die damit entstandene Möglichkeit, Familien eine Unterstützung an die Seite zu stellen, die noch spezifischer auf ihre spezielle Belastungssituation zugeschnitten sein kann. So können SPFB (Sozialpädiatrische Familienbegleiterinnen) und SMA (Sozialmedizinische Assistentinnen) durch ihre medizinische Grundberufsausbildung beispielsweise Familien mit behinderten oder chronisch kranken Säuglingen ein optimales Unterstüt-

zungsangebot zur Verfügung stellen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hebammen und Kinderkrankenschwestern im Rahmen von Organisationstreffen und Supervision ermöglicht beiden Berufsgruppen einen gegenseitigen Austausch und damit ein besseres Verständnis der jeweiligen Arbeitsweise, sowie eine Erweiterung ihres jeweiligen Fachwissens.

5.1.2 Arbeitsbelastung der aufsuchenden Helferinnen

Die Tätigkeit als Familienhebamme beinhaltet komplexe Anforderungen, insbesondere emotionaler Art und auf der Beziehungsebene. Viele Familien, die im Rahmen der *Frühen Hilfen* begleitet werden, haben aufgrund ihrer eigenen Sozialisation dysfunktionale Bindungsmuster gelernt, die sie im aktuellen Kontakt zur Helferin fortsetzen.

Der Umgang mit Nähe und Distanz und die Aufrechterhaltung der Beziehungsabstinenz und eigener Grenzen werden zwar immer wieder als Thema in den Ausbildungsseminaren, Fortbildungen und vor allem in der Supervision behandelt. Deren Einfluss steht jedoch einer teilweise jahrzehntelangen berufsrollenbedingten Prägung als rund um die Uhr verfügbare „Macherin“ entgegen, die unmittelbare Entscheidungen treffen muss. Eine Herausforderung besteht darin, sich von diesen Mustern zu lösen und den Familien Raum für die Aktivierung eigener Ressourcen zu lassen.

Bei der Fallauswahl erwies es sich als wichtig, auch bei hohen Anfragezahlen ausreichend weniger belastete Familien aufzunehmen bzw. diese länger zu begleiten, nicht nur um den Präventionscharakter der *Frühen Hilfen* zu bewahren: Familienhebammen sollten neben alltäglichen Krisen in Familien mit komplexen Problemlagen auch positive, unkomplizierte Verläufe erleben und begleiten dürfen. Auch für die Familien ist es aus psychologischer Sicht von großer Bedeutung, dass eine positive Entwicklung nicht gleichbedeutend mit der Beendigung des Kontaktes ist. Wird der Abschiedsprozess nicht von Eltern und Familienhebamme gemeinsam gestaltet, kann das Betreuungsende von Eltern und Helferin möglicherweise als eine „Strafe“ erlebt werden.

5.1.3 Kooperation mit anderen Helfern einer Familie

Zentraler Bestandteil der Rolle der aufsuchenden Helferin ist die Vernetzung mit anderen Institutionen und das Anbieten weiterer Unterstützungsmöglichkeiten für die Familie. Diese Aufgabe setzt eine enge Kooperation zwischen den verschiedenen Hilfesystemen voraus. Eine solche Kooperation verlief in den meisten Fällen positiv. Zu einem guten Gelingen trugen ein gegenseitiges Respektieren der jeweiligen Fachkompetenzen, zuverlässige Abspra-

chen sowie eine klare Aufgaben- und Arbeitsteilung bei. Dennoch ließ es sich nicht vermeiden, dass in einigen Fällen aus den unterschiedlichen Perspektiven und Herangehensweisen unterschiedlicher Berufsgruppen Fragestellungen entstanden, z. B. die unterschiedliche Bewertung von Impfungen oder bestimmten Milchprodukten durch Ärzte und Hebammen. Die Weitergabe derartiger professioneller Meinungsverschiedenheiten an Familien kann für diese, wenn sie multipel belastet sind und z. B. über mangelnde Fähigkeiten zur Emotionsregulation oder eine eingeschränkte kognitive Auffassungsgabe verfügen, äußerst verwirrend und beunruhigend sein. Im Zweifelsfalle sollten das Vertrauen der Eltern und deren Zugang zu ihrem Helfersystem unbedingt erhalten bleiben und gestärkt werden. Diese Aspekte im Blick zu behalten, sollte wichtiger sein als das strenge Vertreten der eigenen fachlichen Einschätzungen.

5.2 Koordinierungsstellen

Die Koordinierungsstellen in den Landkreisen und im Regionalverband Saarbrücken sind das Herzstück des Projektes. Ihre Arbeit hat sich in allen Projektbereichen als unverzichtbar erwiesen: im Bereich der Beauftragung und Beratung der aufsuchenden Helferinnen, im Kontakt mit vermittelnden Institutionen, als Organisatoren des *Netzwerks für Eltern*, in der Fortbildung von Netzwerkpartnern und bei der Zusammenarbeit mit den MultiplikatorInnen des Elternkurses. Insbesondere die regelmäßigen Organisationstreffen mit allen Familienhebammen haben sich als zentrales Element für die aufsuchende Arbeit bewährt. In einigen Kreisen wurden die regelmäßigen Treffen während des Projektverlaufes sogar ausgedehnt und um sogenannte Fallbesprechungen erweitert, um so die Familienhebammen in engem Kontakt in der Fallbetreuung zu unterstützen. Im Folgenden werden die Projekterfahrungen im Bereich der Koordinierungsstellen zusammengefasst.

5.2.1 Zusammenarbeit von Jugend- und Gesundheitshilfe

Als eine Besonderheit des Projekts im Saarland zeigte sich von Beginn an die gemeinsame Koordination durch Jugendhilfe und Gesundheitshilfe. Es wurde angestrebt, in jedem Landkreis einen/eine KoordinatorIn aus der Jugendhilfe und einen/eine aus der Gesundheitshilfe anzustellen. Diese fachliche Kooperation hat sich bewährt. Die enge Zusammenarbeit von je einem/einer KoordinatorIn aus den beiden Bereichen konnte zu einer Annäherung beider Systeme, einer gemeinsamen Sprachregelung sowie einer engeren Kooperation auf Einzelfallebene beitragen. Insbesondere auch für die aufsuchende Arbeit der Familienhebammen ist die Möglichkeit, sich Rat und Informationen bei den KoordinatorInnen aus beiden Systeme-

men einholen zu können, von unschätzbarem Wert. Eine standardmäßige gemeinsame Besetzung der Koordinierungsstelle erscheint wünschenswert. Das Saarland nimmt damit eine Vorreiterrolle für alle anderen Bundesländer ein.

5.2.2 Anforderungen an die KoordinatorInnen

Das Tätigkeitsprofil der Koordinierungsstelle erfordert Kompetenzen in vielfältigen Bereichen. Als besonders wichtige Faktoren für die erfolgreiche Arbeit erwiesen sich ein gutes Fachwissen in den Bereichen der Psychologie, Medizin und Jugendhilfe, gute Organisations- sowie Dokumentationsfähigkeiten, ein hohes Maß an Bereitschaft und Fähigkeit zur Kooperation und Vernetzung, gute Führungskompetenzen und Kenntnis der örtlichen Helfelandschaft und deren Akteure. Die KoordinatorInnen müssen Fälle auswählen, zuweisen, die aufsuchenden Helferinnen unterstützen, Netzwerkpartner einbinden und motivieren und immer wieder die geleistete Arbeit und die eigene Rolle reflektieren, um bei möglichen Fehlentwicklungen oder Problemen intervenieren und die Arbeit zu Gunsten der Familien optimieren zu können.

Die geringen zeitlichen Ressourcen der Koordinierungsstellen mit einem Umfang von insgesamt einer Stelle zeigten sich dabei oft als Herausforderung. Um jeden der genannten Bereiche ausreichend abdecken zu können, wäre in allen Landkreisen, insbesondere aber in denjenigen mit besonders großem Bedarf an *Frühen Hilfen*, die Besetzung der Koordinierungsstelle mit zwei vollen Stellen wünschenswert, um den umfangreichen Ansprüchen der Koordinierungsarbeit gerecht werden zu können.

5.2.3 Besetzung der Koordinierungsstellen durch MitarbeiterInnen des Allgemeinen Sozialen Dienstes

Die von Seiten des Jugendamtes eingesetzten KoordinatorInnen stammten ursprünglich aus dem Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) der jeweiligen Jugendämter und brachten ein großes Fachwissen und eine große Erfahrung in diesem Bereich mit, die dem Projekt sicherlich dienlich waren. Da jedoch die Koordinierungsstellen jeweils nur mit einem 50 %igen Stellenkontingent ausgestattet waren, verblieben einige der KoordinatorInnen jeweils mit einer halben Stelle im ASD. Damit verbunden ergab sich die Schwierigkeit, beide Rollen trennen zu müssen, einerseits in der Außendarstellung des Projekts bei Familien oder Netzwerkpartnern. Gerade im Zusammenhang mit Eltern, die bereits Kontakte zum Jugendamt haben oder hatten, ist eine Trennung von Jugendhilfe und *Frühen Hilfen* nur schwer überzeugend zu vermitteln, wenn die/der KoordinatorIn eine/ein bekannte/r JugendamtsmitarbeiterIn ist. Andererseits stellte es auch für die KoordinatorInnen selbst eine Herausforderung dar, zwi-

schen Informationen zu trennen, die sie über eine Familie im Rahmen der einen oder der anderen Arbeit unter Schweigepflicht erhielten, insbesondere in Fällen, in denen Projektfamilien gleichzeitig auch durch das Jugendamt betreut wurden oder dem Jugendamt bekannt waren. Für zukünftige Besetzungen von Koordinierungsstellen im Bereich der *Frühen Hilfen* mit niedriger Zugangsschwelle wäre daher eine Auswahl von Personen zu bevorzugen, die nicht gleichzeitig im ASD tätig sind, um ein Verschwimmen der Grenzen zwischen den Zuständigkeitsgebieten zu vermeiden.

5.3 Präventionscharakter des Projekts und Kooperation mit der Jugendhilfe

Die Frage, welche Familien für eine aufsuchende Betreuung im Projekt *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz* in Frage kommen, muss empirisch noch besser untersucht werden. War das Projekt ursprünglich noch als primäres Präventionsprojekt gestartet, wurden in seinem Verlauf immer häufiger auch Familien betreut, die eigentlich zu belastet für einen primärpräventiven Ansatz bzw. die Arbeit der Helferinnen waren und somit bereits eher eine Intervention (d. h. sekundäre oder tertiäre Prävention) benötigten. In vielen Fällen wurde eine Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe notwendig, die zwar meist für die Beteiligten gewinnbringend genutzt wurde, jedoch dazu führte, dass verständlicherweise der Kinderschutz in den Vordergrund rückte. Die primärpräventive Strategie der Frühen Hilfen steht dann rasch hinter der sekundärpräventiven Intervention zurück. In Zukunft sollte unbedingt darauf geachtet werden, dass die primärpräventiven Ziele des Programms aufrecht erhalten bleiben.

Die de facto erfolgte Ausweitung der *Frühen Hilfen* hin zur Begleitung stärker belasteter Familien brachte jedoch auch Vorteile mit sich. Auch für diese Familien war die Familienhebamme oft diejenige Person, die fachlich am kompetentesten im Säuglingsbereich tätig war, der Familie durch die Intensität der Beziehung am meisten vertraut wurde und damit auch am ehesten die Chance hatte, die Familie zur Annahme weiterer Unterstützung zu motivieren. Die Indikation für eine Doppelbetreuung muss unbedingt im Einzelfall entschieden werden. Nicht für alle Familien ist mehr Hilfe unbedingt gleichbedeutend mit besserer Hilfe und mit einer Verringerung der Doppelbetreuungen können Kapazitäten der Familienhebammen und SPFB für belastete Familien freigehalten werden, die ohne deren Einsatz gar keine Hilfe erhalten würden (primärpräventiver Bereich). Auch eine regelmäßige Rückmeldung an vermittelnde Institutionen, welche Familien im Rahmen der *Frühen Hilfen* in geeigneter Weise versorgt werden können, erwies sich in diesem Zusammenhang als sinnvoll.

Im Rahmen der Kooperation zwischen Familienhebamme und Jugendhilfe haben sich enge Absprachen organisatorischer (z. B. Einladungen aller Parteien zu stattfindenden Gesprä-

chen) aber insbesondere auch inhaltlicher Art (z. B. Arbeitsteilung, welcher Helfer ist für welche Themenbereiche in einer Familie zuständig) als unabdingbar für eine sinnvolle Unterstützung gezeigt.

5.4 Netzwerke

Im Verlaufe der Projektzeit ist es gelungen, an allen Projektstandorten im Saarland ein funktionierendes *Netzwerk für Eltern* mit regelmäßig stattfindenden Treffen zu etablieren. Während Netzwerke oder Arbeitskreise in ähnlicher Form in einigen Landkreisen bereits existierten, wurden diese in anderen Kreisen ganz neu gegründet. Mittlerweile wurde eine Vielfalt an Institutionen, die mit Eltern vor, während und nach der Geburt und im ersten Lebensjahr des Kindes zu tun haben, in die Netzwerke eingeladen und es wurde in zahlreichen Fällen eine intensive Zusammenarbeit geschaffen.

5.4.1 Gelingende Anbindung von Netzwerkpartnern

Im Kontext der Netzwerkarbeit sind speziell die extensiven Bemühungen hervorzuheben, das Projekt in jedem einzelnen Landkreis bekannt zu machen, mögliche Netzwerkpartner ins Boot zu holen und potentielle Anmelder bezüglich der Erkennung von Risikokonstellationen zu schulen. Dabei haben sich insbesondere direkte Kontakte bei einem persönlichen Kennenlernen der Akteure als wirkungsvoll erwiesen, um eine kontinuierliche Kooperation zu initiieren. Rückmeldungen verschiedenster Institutionen haben gezeigt, dass die Bereitstellung von gut sortierten und leicht einsetzbaren Informationsmaterialien (wie z. B. Flyern, Einverständniserklärungen etc.) wichtige Voraussetzungen für dauerhafte Kooperationen waren. Für eine zukünftige Verbesserung der Informationsmaterialien sollte eine stärker zielgruppenorientierte Anpassung der Projektflyer in den Blick genommen werden. Die derzeit im Einsatz befindlichen Flyer sind ein Kompromiss zur Weitergabe an sowohl Fachpersonal als auch potentielle Projektfamilien. Wünschenswert wäre für die Zukunft ein spezifisch für Familien gestalteter Flyer mit einfacher Sprache und geringem Wortumfang, der zudem mehrsprachig aufgelegt werden sollte; außerdem ein weiterer Flyer speziell für Fachpersonal, der Anleitungen gibt, welche konkreten Schritte im Kontakt mit einer Familie unternommen werden sollten, um diese an die *Frühen Hilfen* anzubinden.

Im Hinblick auf die inhaltliche Gestaltung und die TeilnehmerInnen der Netzwerktreffen unterschieden sich die Landkreise teilweise deutlich. Insbesondere zu Beginn fiel den KoordinatorInnen einiger Landkreise die inhaltliche Ausgestaltung der Treffen schwer, da dieser Bereich für die meisten von ihnen Neuland war und sie keine spezifischen Vorkenntnisse

diesbezüglich mitbrachten (s. Kapitel 4.4). Durch Fortbildungsveranstaltungen zu diesem Themenbereich und dank der wachsenden Erfahrung der KoordinatorInnen konnten inzwischen in allen Landkreisen erfolgreich geeignete Abläufe der Netzwerktreffen und Möglichkeiten zum Austausch etabliert werden. Zusätzliche Unterstützung schuf auch die Begleitung durch die wissenschaftlichen MitarbeiterInnen. Insbesondere im Jahr 2011 wurde seitens der wissenschaftlichen Begleitung durch Vorträge und Moderationen verstärkte Aufmerksamkeit auf die Netzwerkunterstützung in den Landkreisen gelegt. Dabei wurden verschiedene Probleme bearbeitet, welche sich zwischenzeitlich in der Netzwerkarbeit ergeben hatten. Zukünftig sollte beständig darauf Wert gelegt werden, die Netzwerkarbeit, deren ursprüngliche Aufgaben sowie erzielte Resultate im Sinne eines dynamischen Prozesses regelmäßig zu reflektieren und Arbeitsweisen gegebenenfalls anzupassen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass sich negative Routinen einspielen und Netzwerketeiligte sich aus einer nicht transparent gemachten Unzufriedenheit heraus zurückziehen.

5.4.2 Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten

In der Kooperation mit Frauen- und Kinderärzten hat sich besonders eine persönliche Bekanntheit bewährt, die beispielsweise entstand, wenn Hebammen neben ihrer Tätigkeit im Projekt auch in gynäkologischen Praxen arbeiteten. Insgesamt blieb leider die Berufsgruppe der niedergelassenen Ärzte in allen Landkreisen im Rahmen der Netzwerkarbeit unterrepräsentiert. Teilweise mag dies damit zusammenhängen, dass die Netzwerktreffen in einigen Landkreisen – auf Wunsch vieler anderer Berufsgruppen – am Nachmittag, also während der Praxisöffnungszeiten, stattfinden. Als alleiniger Grund für das Fehlen der Ärzte scheint dies jedoch nicht ausreichend und auch nicht auf alle Landkreise zuzutreffen, so dass weitere Initiativen, die niedergelassenen Frauen- und Kinderärzte ins Projekt zu integrieren, angezeigt sind. Ein Schritt in diese Richtung wurde beispielsweise durch eine Vorstellung des Projekts bei einem saarlandweiten Treffen niedergelassener GynäkologInnen unternommen. Wie es auch die Berichte aus anderen Modellprojekten verdeutlichen, ist die Schaffung von Kooperationsstrukturen mit dem ärztlichen Bereich ein bundesweites Problem. Bei der Motivation und Integration neuer Netzwerkpartner bietet sich die Überlegung an, welche Aspekte einer gemeinsamen Arbeit auch für sie selbst von Vorteil wären, z. B. die Entlastung, die dadurch entsteht, (werdende) Mütter und Väter mit Belastungen trotz des eigenen alltäglichen Zeitmangels nicht auf sich selbst gestellt zu wissen.

5.4.3 Zusammenarbeit mit freiberuflichen Hebammen

Bei den freiberuflichen Hebammen im Saarland war zu Beginn eine deutliche Zurückhaltung spürbar. Dies war in erster Linie darauf zurückzuführen, dass Konkurrenz durch die aufsuchende Arbeit im Rahmen des Präventionsprojektes befürchtet wurde. Es wurden Vermutungen laut, die Familienhebammen könnten eventuell die reguläre Nachsorgearbeit übernehmen, die ohne das Projekt in den Händen der Nachsorgehebammen verblieben wäre. Diese Befürchtungen konnten durch viele Gespräche mit den beteiligten Parteien ausgeräumt werden. Die reguläre Nachsorge sollte weiterhin bei den Hebammen verbleiben und eine Familienhebamme in der Mehrzahl der Fälle erst nach Ablauf dieser Zeit eingesetzt werden. Familien, die in das Projekt aufgenommen werden und in der Nachsorge von einer anderen als der Familienhebamme betreut werden, können zu einem Übergabebesuch am Ende der Nachsorge gemeinsam von Nachsorge- und Familienhebamme besucht werden. Auch im Hinblick auf eine positive Beziehungsgestaltung mit den Familien ist die Möglichkeit dieses gemeinsamen Besuchs der bereits vertrauten Hebamme und der für die Familie noch unbekannteren Familienhebamme von großem Vorteil.

5.4.4 Zusammenarbeit mit Kliniken

Auch die Kooperation mit den meisten der Kliniken bezüglich der Vermittlung von Familien ans Projekt gestaltete sich gerade zu Beginn schwierig. Einerseits erschwerte die Sorge um eine eventuelle Mehrarbeit unter dem Klinikpersonal die Integration der *HBS* zur Belastungseinschätzung (in jeglicher Form) in den Klinikalltag. So wurde manchenorts selbst eine zweiseitige Kurzfassung als zu aufwändig empfunden. Andererseits war in Kliniken, in denen die *HBS* durchaus für den Klinikalltag als gewinnbringend eingestuft wurde, eine Nutzung des Instruments im Sinne eines Risiko-Screening-Instruments aufgrund von Vorgaben des saarländischen Datenschutzgesetzes nicht möglich. Einen konkreten Ansprechpartner in den Kliniken zu finden, gestaltete sich ebenfalls oft problematisch.

Die gute Zusammenarbeit mit den anderen Netzwerkpartnern (darunter die im Projektverlauf immer besser werdende Zusammenarbeit mit den Nachsorgehebammen – zum Teil selbst Beleghebammen aus den Kliniken) konnte zunehmend die fehlenden Anfragen von Seiten der Kliniken ausgleichen. Aber auch wenn einige Familien über Nachsorgehebammen oder Familienhebammen, die in einer Klinik arbeiten, den Weg ins Projekt finden, ist davon auszugehen, dass bei einer mangelnden Kooperation von Kliniken immer wieder auch Familien nicht ans Projekt vermittelt werden, obwohl sie Bedarf hätten. Um eine Kooperation weiter zu stärken, wurde im Jahr 2011 eine weitere Reihe an Klinikschulungen durchgeführt. Inhalte

waren nicht nur eine erneute Vorstellung des Projekts und der KoordinatorInnen der jeweiligen Landkreise, sondern auch (um auch MitarbeiterInnen zu interessieren, die mit dem Projekt bereits vertraut waren), eine Vorstellung der bisherigen Ergebnisse der Begleitforschung PFIFF sowie Informationen und Gedankenanstöße zur Einschätzung von Belastungen, z. B. mittels der *HBS*. Das Angebot wurde von den Kliniken und von dem anwesenden Fachpersonal sehr unterschiedlich angenommen. Aber auch wenn durch derartige Schulungen jeweils nur einige MitarbeiterInnen für das Erkennen belasteter Familien sensibilisiert werden, scheint ein diesbezügliches Engagement lohnenswert, um das Projekt in den Kliniken gerade auch bei Personalwechseln bekannt zu halten und zur (weiteren) Mitarbeit zu motivieren.

5.4.5 Zusammenarbeit mit Fachschulen für Erziehung

Um auch den frühpädagogischen Bereich in größerem Ausmaß mit dem Bereich der *Frühen Hilfen* zu verknüpfen, wurden im Jahr 2011 drei Schulungen an saarländischen Fachschulen für Erziehung bzw. Sozialwesen durchgeführt. Inhalte der Schulungen waren Aspekte des Kurses „Das Baby verstehen“, soweit sie für die Zielgruppe von Relevanz waren. Der Einbezug von ErzieherInnen ist auch auf der Ebene der Fallarbeit von Bedeutung, indem z. B. die Familien nach dem Ablauf der Familienhebammenbetreuung an Kinderkrippen angebunden werden. Diese Übergänge zu gestalten, erfordert eine hohe Fachkompetenz und gute Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten. Im Rahmen dieser Schulungen wurde der große Bedarf dieser Zielgruppe an Inhalten die frühe Kindheit betreffend deutlich. Dieser Aspekt sollte daher zukünftig näher betrachtet und weiter unterstützt werden.

5.5 Elternkurs *Das Baby verstehen*

Die Elternkurse, deren Inhalte auch in den Hausbesuchen durch die Familienhebammen umgesetzt werden, konnten in der bisherigen Projektphase leider nur in begrenztem Umfang etabliert werden. Das betrifft sowohl die Komm- als auch die Gehstruktur des Projekts. Im Folgenden werden diese beiden Bereiche genauer thematisiert.

5.5.1 Institutionelle Anbindung der Elternkurse

Zwar zeigten sich die ausgebildeten MultiplikatorInnen durchweg motiviert, Kurse anzubieten, das Interesse an einer Teilnahme auf Seiten der Eltern blieb jedoch weitgehend gering. Einer der Gründe hierfür dürfte wohl sein, dass die Organisation der Elternkurse zunächst an die Familienbildungsstätten delegiert worden war: Für die potentiellen KurstrainerInnen blieb

über einen längeren Zeitraum ungeklärt, inwiefern sie selbstständig Kurse anbieten und bewerben dürfen. Länger andauernde Verhandlungen mit den Familienbildungsstätten verhinderten ein schnelles Vorankommen in der Umsetzung der Kurse auf einer niedrigschwelligen Schiene. Viele MultiplikatorInnen, die an verschiedenen Beratungsstellen angestellt waren, zeigten sich daran interessiert, die Kurse im Namen und in den Räumlichkeiten der eigenen Institutionen anzubieten und standen daher dem sogenannten „Overhead“ durch die Familienbildungsstätten von Beginn an äußerst kritisch gegenüber. Im Interesse der Möglichkeit, die Kurse möglichst dezentral und flächendeckend anzubieten, war diese Skepsis durchaus nachvollziehbar. Die Rückmeldung einzelner Familienbildungsstätten deutete darauf hin, dass auch auf deren Seite eine derartige Overhead-Funktion nicht notwendigerweise gewünscht war und vor allem die lange andauernde und unklare Kooperation zu Frustration und Verwirrung führte.

Um einen höheren Bekanntheitsgrad und die Möglichkeit der Mund-zu-Mund-Propaganda zu gewährleisten, wäre zudem für viele MultiplikatorInnen die Möglichkeit wünschenswert gewesen, den Kurs ohne Mindestteilnehmerzahl anbieten bzw. abrechnen zu können. Insbesondere zu Beginn mussten diese immer wieder einzelnen interessierten Eltern absagen, da die Mindestteilnehmerzahl nicht erreicht wurde.

Durch die institutionelle Einbindung der *Das Baby verstehen*-TrainerInnen wurden kreative Lösungen in der Vermittlung der Kursinhalte möglich (wie z. B. eine Einbindung der Inhalte in PEKiP-Kurse, Schulungstermine für Pflegeeltern etc.), ohne dass dabei die Kosten für das Projekt erhöht worden wären. Andererseits stellt sich die Frage, inwiefern die Beibehaltung des Ursprungskonzepts und der Erfolg des Kurses bei einer eventuellen Verkürzung der Inhalte noch gewährleistet sind. Den bisherigen Erfahrungen nach müsste im Gegenteil eher noch mehr Zeit investiert werden, um die Inhalte gemeinsam mit den Eltern erlebensnah erarbeiten und langfristig stabilisieren zu können. Für die Zukunft wäre es denkbar, die Struktur des Kurses in Richtung eines modularen, flexibleren Aufbaus zu verändern, um den Gegebenheiten der Zielgruppe entgegenzukommen. Dies sollte jedoch keinesfalls auf Kosten der Gesamtzeit der Kurseinheiten gehen.

5.5.2 *Das Baby verstehen* in der aufsuchenden Arbeit

Wie in Abschnitt 3.3.3 dargelegt, sind die Inhalte des Elternkurses auch wichtige Themen in den Hausbesuchen der aufsuchenden Helferinnen. Damit wird das Ziel erreicht, die Inhalte des Kurses auch denjenigen Eltern zukommen zu lassen, die den Kurs selbst nicht besuchen (beispielsweise aufgrund von Unsicherheit, anfänglicher mangelnder Motivation oder

Überforderung). Obwohl die Inhalte in vielen Hausbesuchen thematisiert wurden, zeigte sich, dass speziell mit dem Videomaterial zu *Das Baby verstehen* seltener als erwartet gearbeitet wurde. Im Gegensatz zur Arbeit im Rahmen der Elternkurse ist für die aufsuchende Arbeit weniger Einbeziehung der Videos vorgesehen, da im Eins-zu-Eins-Kontakt im häuslichen Umfeld der Familie immer wieder direkt auf die unmittelbaren Signale des eigenen Kindes eingegangen werden und dies die Arbeit mit Videobeispielen in vielen Situationen ersetzen kann. Auch scheinen manche kognitiv eingeschränkte Eltern eher weniger in der Lage zu sein, die in den Videos gezeigten Interaktionsverhaltensweisen als solche zu dekodieren und die Erkenntnisse auf die eigene Situation zu übertragen. Dies wurde von einigen aufsuchenden Helferinnen immer wieder berichtet, die gerne mehr mit den Videos gearbeitet hätten, aber die Erfahrung machten, dass entsprechende Eltern die erforderliche Transferleistung nicht vornehmen konnten.

Von solchen Fällen abgesehen, bietet die Arbeit mit Videoaufnahmen einige ganz besondere Vorteile: beispielsweise ist es möglich, ein und dasselbe Video mehrfach anzuschauen und somit genauer zu besprechen, ob sich die Wahrnehmung der Eltern bezogen auf die Situation verändert hat. Darüber hinaus haben Videoaufnahmen einen deutlich geringeren Aufforderungscharakter als reale Situationen, was ein stressfreieres und offeneres Reflektieren ermöglichen kann (siehe auch Kapitel 2.1). Zudem weist die Forschung zum Thema darauf hin, dass größere Effekte in der Arbeit erzielt werden können, wenn Videos miteinbezogen werden.

Es ist daher angezeigt, weitere Fortbildungsveranstaltungen speziell zur Anwendung der Videoaufnahmen von *Das Baby verstehen* in der aufsuchenden Arbeit anzubieten, um den Einsatz der Videos zu erhöhen, deren Vorteile zu veranschaulichen und mögliche Schwierigkeiten bei der Anwendung zu thematisieren. Zusätzliche Übung in der Videoarbeit könnte zudem auch zu einer größeren Routine der Helferinnen und somit zu mehr Sicherheit beim Einsatz der Videos in der täglichen Arbeit führen.

5.6 Forschungsbegleitung

Das Projekt wurde über die gesamte Laufzeit vom Team des Instituts für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie des Uniklinikums Heidelberg wissenschaftlich begleitet, zum einen durch die (für eine professionelle, selbstreflexive Arbeit unabkömmliche) Supervision der Familienhebammen und eine enge Begleitung der einzelnen Landkreise bei der Implementierung des Projekts im Sinne des Projektgedankens, und zum anderen durch „Serviceleistungen“ unterschiedlicher Art wie z. B. der Gestaltung und Bereitstellung von

Einverständniserklärungen, Dokumentationsmaterialien oder der Ausarbeitung und Organisation von Fortbildungsveranstaltungen.

Nur eine begleitende Evaluation ermöglicht eine Überprüfung und Anpassung des Projekts an die Bedürfnisse der betreuten Familien. Zudem erscheint der hohe finanzielle Aufwand für die Implementierung von *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz* nur dann gerechtfertigt, wenn die Wirksamkeit der aufsuchenden Arbeit sowie der Arbeit in den Projektlandkreisen systematisch festgehalten und wissenschaftlich evaluiert wird. In der Praxis zeigten sich jedoch zum Teil Widerstände gegenüber dem zeitlichen Mehraufwand, den die aufsuchenden Helferinnen, KoordinatorInnen und Netzwerkpartner durch die wissenschaftliche Begleitforschung hatten. Auch der inhaltliche Nutzen war insbesondere Berufsgruppen, die bislang nur wenig Kontakt zu wissenschaftlichen Vorgehensweisen hatten, manchmal schwer zu vermitteln. Im Laufe der Zusammenarbeit und durch eine Vielzahl an Gesprächen, Dokumentationsstrainings und regelmäßigen Rückmeldungen konnte die Bereitschaft zur Kooperation insbesondere auf Seiten der KoordinatorInnen und aufsuchenden Helferinnen erheblich gesteigert werden, sodass letztlich die Projektteams aller Landkreise mit großem Engagement mit dem Universitätsklinikum Heidelberg zusammenarbeiteten.

Für die Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern stellten rechtliche Vorgaben bezüglich des Datenschutzes eine erhebliche Hürde dar. Insbesondere die Tatsache, dass die Kliniken und Netzwerkpartner keine schriftliche Belastungserhebung durchführen durften, erwies sich hier als große Schwierigkeit. Zum einen war es dadurch nicht möglich, zu erfassen, welcher prozentuale Anteil an belasteten Familien im Saarland durch das Projekt unterstützt werden konnte. Zum anderen ist jedoch auch zu befürchten, dass Familien, die einer sorgfältigen Risikoeinschätzung bedurft hätten, um überhaupt Hilfe zu erhalten, keine Unterstützung durch das Projekt angeboten wurde.

Die Stellen am IPKF wurden mit Diplom-PsychologInnen besetzt. Die meisten von ihnen befanden sich in psychotherapeutischer Ausbildung und brachten so die nötigen Fachkompetenzen für ihre Rolle als SupervisorIn mit. Gleichmaßen erforderte die Tätigkeit in der wissenschaftlichen Begleitung ein Forschungsinteresse und ausreichendes Fachwissen bezüglich statistischer Methoden. Sowohl eine Ausbildung zum/zur PsychotherapeutIn als auch Bestrebungen zum Erreichen wissenschaftlicher Qualifikationen (z. B. einer Promotion) sind mit einem hohen Zeitaufwand verbunden. Diese Tatsache bedingte, dass das vorhandene Personalbudget nicht auf wenige volle Stellen aufgeteilt werden konnte, sondern immer wieder Stellensplittungen nötig wurden. Diese aus arbeitsorganisatorischen Gesichtspunkten nicht optimale Nutzung der finanziellen Ressourcen wurde zugunsten der fachlichen Eignung der angestellten Personen in Kauf genommen.

Ein weiterer Kritikpunkt betraf die mangelnde personale Kontinuität der Begleitung in manchen Landkreisen. Diese war einerseits durch die geschilderten multiplen Arbeitskontexte der MitarbeiterInnen bedingt. Andererseits war von ihnen ein hohes Maß an Vertrauen und Flexibilität gefordert, da die definitiven Kostenzusagen an das Universitätsklinikum und damit die Verträge mit den Angestellten immer nur für bestimmte Zeiträume (i.d.R. über ein Jahr) erfolgen konnten. Fanden MitarbeiterInnen in dieser Zeit eine alternative, feste Stelle, so ist es nachvollziehbar, dass sie diese in Anspruch nahmen, gerade wenn sie familiären Verpflichtungen nachkommen mussten und auf das regelmäßige Einkommen angewiesen waren.

Auch die generelle Notwendigkeit einer Außenperspektive in Form einer wissenschaftlichen Begleitung wurde immer wieder von internen oder externen Projektpartnern angezweifelt. Gerade auf inhaltlicher Ebene hat es sich jedoch bewährt, in den Landkreisen wissenschaftliche BegleiterInnen als „Fürsprecher des Projektgedankens“ einzusetzen. Nach den bisherigen Erfahrungen ist eine derartige Projektunterstützung unbedingt nachahmens- und empfehlenswert. Wie in vielen anderen Bereichen auch, ermöglicht eine Außenperspektive neue und andere Sichtweisen und einen oftmals „nüchterneren“ oder auch unvoreingenommeneren Blick auf Strukturen, Abläufe und Hierarchien. In bestehenden Strukturen ist es für die Beteiligten oftmals schwierig, potentielle Nachteile an lange eingespielten Abläufen zu erkennen. Strukturelle, aber auch zwischenmenschliche Konflikte beeinflussen die alltägliche Arbeit. Einem Außenstehenden ist es eher möglich, bestehende Konflikte, Tabus oder „Fehler im System“ zu erkennen, anzusprechen oder in Frage zu stellen. Auch neigt man im alltäglichen Ablauf leicht dazu, in akuten Situationen spontan zu handeln, ohne die eigenen Handlungen vor dem Hintergrund bestimmter Projektideen oder Strukturen erneut in Frage zu stellen, sodass auch hier eine Außenperspektive von wertvollem Nutzen ist. Wertvolle Arbeit konnte auch „hinter den Kulissen“ der einzelnen Landkreise geleistet werden indem verschiedene landkreisspezifische Informationen zusammengetragen, aufgefächert und neu gebündelt wurden, auch über die Grenzen des Saarlandes hinaus.

Die folgende Tabelle 52 enthält MitarbeiterInnen am Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, die in der wissenschaftlichen Begleitung von *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz* im Saarland seit Beginn der Projektzeit tätig waren bzw. sind.

Tabelle 52: MitarbeiterInnen am IPKF für den saarländischen Projektteil

Name	Vorname	Beginn der Tätigkeit	Ende der Tätigkeit
Benz	Marisa-Jasmin	2007-08	2012-12
Borchardt	Silke	2007-12	2012-12
Braun	Ursula	2012-01	2012-12
Demant	Hortense	2007-09	2010-06
Doege	Daniela	2009-09	
Dusin	Alexandra	2012-01	2012-12
Dr. Eickhorst	Andreas	2007-07	
Frey	Britta	2010-03	2012-12
Götzinger	Kai	2007-09	2010-10
Habash	Petra	2009-08	2010-11
Hinkel	Juliane	2008-06	2009-07
Dr. Jotzo	Martina	2009-10	2012-12
Kachler	Miriam	2011-02	2011-11
Köhler	Hubert	2009-08	2010-10
Mayer	Andreas	2012-04	2012-10
Nakhla	Daniel	2009-10	2012-09
Rudolf	Mariana	2012-01	
Scholtes	Kerstin	2007-08	2011-12
Dr. Sidor	Anna	2007-10	2007-12
Stasch	Michael	2008-01	2008-12
Teutsch	Petra	2008-05	2012-12
Dr. Thiel-Bonney	Consolata	2009-01	2010-12
Wiehmann	Janna	2011-01	2013-04
Dr. Wölfer	Claudia	2007-11	2008-09

Die Projektkoordination übernahmen nacheinander Dr. Andreas Eickhorst, Marisa Benz und Daniela Doege.

6 Fazit

Es folgen im Abschnitt 6.1 eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse dieses Bilanzberichts sowie daraus abgeleitete Empfehlungen. Abschließende Betrachtungen im Sinne der Weiterentwicklung des Projekts finden sich in Abschnitt 6.2.

6.1 Zusammenfassung und Empfehlungen

Im Lauf der vergangenen Jahre konnte das als Modellprojekt gestartete Programm *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz* erfolgreich im Saarland implementiert werden, was sich anhand des vorliegenden Bilanzberichtes über die vergangene Projektlaufzeit anschaulich verfolgen lässt. Die Daten zeigen eine stetig **zunehmende Inanspruchnahme** der Projektangebote durch belastete Familien: So konnten im Saarland während der Modellphase bis Ende 2011 insgesamt fast eintausend Familien durch Familienhebammen betreut werden, wobei von Region zu Region die jeweilige Zahl betreuter Familien bevölkerungsbedingt unterschiedlich hoch ausfiel, jedoch über die Jahre hinweg kontinuierlich anstieg. Diese zunehmende Inanspruchnahme hängt sicher mit dem steigenden Bekanntheitsgrad des Projektes in der allgemeinen Öffentlichkeit sowie in den vermittelnden Institutionen zusammen. Um gelingende Kooperationen aufrecht zu erhalten, haben sich Fachveranstaltungen bzw. Schulungen (z. B. von Klinikpersonal, medizinischen Fachangestellten) bewährt. Diese sollten zukünftig in regelmäßigen Abständen fortgeführt werden, gerade auch um neue MitarbeiterInnen in entsprechenden Institutionen mit dem Blick auf Risiko- und Schutzfaktoren von Familien sowie den konkreten Abläufen bei der Vermittlung von Familien ans Projekt vertraut zu machen.

Auf die betreuten Familien entfielen insgesamt 13.959 Hausbesuche (dokumentiert durch die LAGS, ohne Besuche der SMA). Das entspricht durchschnittlich 18 Besuchen pro Familie, wobei der individuelle Betreuungsumfang bedarfsgerecht der Problemlage der Familie angepasst wurde und stark variierte: die Spanne reichte damit von 0 bis 86 Besuchen. Die Möglichkeit, Hausbesuche bedarfsgerecht in zeitweise höherer Frequenz anbieten zu können, scheint wichtig und sollte bewahrt werden. Dies ist hinsichtlich der Fallvergabe und Auslastung der aufsuchenden Helferinnen zu bedenken: trotz hoher Anfragezahlen sollten die Familienhebammen eine gewisse Arbeitskapazität für den Einsatz in Krisensituationen bewahren.

Hauptthemenschwerpunkte der Hausbesuche waren Medizinisches/Versorgung sowie Selbstfürsorge, wobei sich die behandelten Aspekte mit dem Lebensalter des Kindes verän-

dernten (weg von versorgungsbezogenen Themen hin zu Selbstfürsorge sowie kindlichen Signalen, wobei Versorgungsthemen in der Mehrheit der Fälle weiterhin behandelt werden), was erneut für die bedarfsgerechte Betreuung der Familien spricht. Hier zeigt sich, dass der Arbeitsbereich einer Familienhebamme über den normalen Themenbereich einer Nachsorgehebamme hinaus geht und die belasteten Familien auf andere Art und Weise unterstützt werden können wie z. B. durch Ansprechen von Themen, die grundlegend für die Entwicklung und Stärkung der elterlichen Feinfühligkeit sind. Videomaterial zur Bearbeitung der Themen wurde relativ selten eingebracht (1,3 % der Hausbesuche), weshalb zukünftig stärker darauf fokussiert werden sollte. Die Arbeit mit Videos kann eine gute Möglichkeit sein, mit den Eltern anschaulich deren eigene Themen zu bearbeiten, ohne dabei deren Selbstwert zu gefährden, da die Arbeit mit „fremden“ Videos das Ansprechen von problematischen Aspekten aus einer distanzierteren Perspektive ermöglicht.

Um den verschiedenen Bedarfslagen der Familien gerecht zu werden, wurden im Laufe des Projektes neben Hebammen auch zahlreiche Kinderkrankenschwestern als aufsuchende Helferinnen (d.h. Sozialpädiatrische Familienbegleiterinnen, SPFB) ausgebildet. Die Grundberufe der Helferinnen schlugen sich auch im Vergleich ihrer Tätigkeitsschwerpunkte nieder: Letztere geben an, verstärkt medizinische Themen zu behandeln, während Familienhebammen (mit Grundberuf Hebamme) stärker auf die Selbstfürsorge fokussieren. Die unterschiedliche Schwerpunktsetzung ist durch die anfängliche Indikation zur Betreuung mitbedingt, da SPFB vorzugsweise in Familien mit medizinischen Fragestellungen arbeiten und daher der thematische Inhalt mit vorbestimmt ist. Ebenso ist jedoch denkbar, dass SPFB auf Grund ihres Grundberufs stärker auf medizinische Themen fokussieren. Gemeinsame Fallbesprechungen haben sich bewährt und sollten beibehalten werden, um sich im gegenseitigen Austausch über berufsbedingte Prägungen bewusst zu werden und unterschiedliche Schwerpunktsetzungen gemeinsam zu reflektieren.

Die Mehrheit der **Anfragen**, welche ans Projekt gestellt wurden, stammt von Kliniken (24 %) und Hebammen (26 %), ein weiterer großer Teil der Anfragen stammt von Seiten des Jugendamtes (18 %) sowie von Ärztinnen und Ärzten (10 %). Der Hauptteil der Anfragen, die am Ende auf eine Betreuung durch aufsuchende Helferinnen hinauslaufen, kommt von Hebammen (28 %), was nahe legt, dass diese am präzisesten einschätzen können, welche Problemkonstellationen tatsächlich für die aufsuchende Begleitung im Rahmen der *Frühen Hilfen* geeignet sind. Bei der zukünftigen Schulung von Klinikpersonal sollte die passgenaue Vermittlung von Familien noch stärker fokussiert werden. Im Zweifelsfalle sollten Institutionen jedoch lieber zu viele als zu wenige Anfragen stellen, um ein „durchs Netz fallen“ von Familien zu umgehen. Anfragen, die nicht zu einer Betreuung führen, sind ohnehin nicht negativ

zu bewerten, sondern es ist eine wichtige Aufgabe der KoordinatorInnen, das passendste Angebot zu vermitteln. Dies kann auch z. B. die Empfehlung eine Beratungsstelle oder die Weitergabe von Informationen sein (bei eher geringem Unterstützungsbedarf der Familie) oder die Weitergabe an den ASD (bei zu komplexer Problemlage). Im Projekt erfolgten Weitervermittlungen an Stelle eines Familienhebammeneinsatzes beispielsweise an Nachsorgehebammen, Angebote der Frühförderung oder auch Mutter-Kind-Stationen sowie Beratungsstellen. Empfehlenswert ist ein fachlicher Austausch der KoordinatorInnen – auch landkreis- oder bundeslandübergreifend – bezüglich Kriterien für die bedarfsgerechte Vermittlung von Familien.

Der Hauptgrund für die **Beendigung der aufsuchenden Arbeit** war das Erreichen des Lebensalters des Kindes von einem Jahr (58,2 % der beendeten Fälle). In 9,9 % der Fälle wurde von den Familienhebammen „mangelnde Bereitschaft“ der Eltern als Beendigungsgrund genannt. Eine genauere Beschreibung dieses Beendigungsgrunds zu erheben, wäre zukünftig wünschenswert: Woran machen die Helferinnen bzw. KoordinatorInnen fehlende Motivation der Familie fest, gab es Änderungen im Verlauf oder war die Motivation von Anfang an gering? Wurden von den Eltern Gründe genannt oder vermittelten sie die mangelnde Bereitschaft indirekt, indem sie z. B. nicht (mehr) anzutreffen waren? Welche Themen wären aus Sicht der Familienhebamme noch zu bearbeiten gewesen? Mit einer Klärung derartiger Fragen könnten die Beendigungsgründe der Familien besser verstanden und Abbrüchen vorgebeugt werden. Da die Teilnahme am Projekt jedoch freiwillig ist, lässt sich eine Mitarbeit der Familien nicht erzwingen. Spezifische Fortbildungen der aufsuchenden Helferinnen zur Motivation schwieriger Klientel sowie in Gesprächsführung, unterstützt durch kontinuierliche Supervision durch geschulte Fachleute, sind ein möglicher Weg zur Steigerung der Zugangswahrscheinlichkeit zu problematischen Familien im Rahmen des Projektes.

In vielen Fällen waren die Familien dem Jugendamt bereits vor Beginn der Projektbetreuung bekannt, und mehr als jede dritte Familie wurde vor der Betreuung unterstützt (z. B. Frühförderung, Selbsthilfegruppen etc.). Auch während und nach der Betreuung von Familien durch eine Familienhebamme spielt die optimale **Anbindung der Familien ins Helfernetzwerk** eine wichtige Rolle: In etwa einem Viertel der Fälle wurden während der aufsuchenden Arbeit ergänzende Hilfen vermittelt; 43 % der betreuten Familien wurden nach Ende der aufsuchenden Arbeit an weitere Angebote angebunden, darunter die Betreuung durch eine SMA, Angebote des Jugendamtes oder Formen außerfamiliärer Betreuung. Gerade die Einbindung von Kinderkrippen und das Schaffen guter Übergänge nach dem ersten Lebensjahr stellt eine weitere Herausforderung für die Frühen Hilfen dar (vgl. Abschnitt 6.2, Ausblick). Allgemein wäre es hinsichtlich der Weitervermittlung an andere Institutionen interessant zu hinter-

fragen, welche Angebote den Eltern zwar unterbreitet, aber nicht von diesen angenommen werden, und was sie davon abhält. Hinter einer vordergründigen „Motivationslosigkeit“ (z. B. bezüglich des Besuchs einer Krabbelgruppe) kann auch die Angst vor Kontakt stecken oder vor einem schlechteren Abschneiden des eigenen Kindes hinsichtlich seines Entwicklungsstands beim Vergleich mit anderen. Diese Motive werden bislang nicht systematisch erfasst und ihre Klärung wäre nicht nur aus Forschungssicht interessant, sondern könnte auch im Kontakt zwischen den aufsuchenden Helferinnen und der Familie zu einer Vertiefung führen, indem eventuelle Bedenken der Eltern ernst genommen und ergebnisoffen (sofern es sich um freiwillige Angebote handelt) besprochen werden.

Die **Zufriedenheit** der Eltern mit den Erfahrungen im Präventionsprojekt fiel sehr hoch aus, wobei anzumerken bleibt, dass die Stichprobe eher klein war und anzunehmen ist, dass mit der Betreuung unzufriedene Familien vorzeitig aus dem Projekt ausgeschieden sind und deren Meinung daher nicht repräsentiert ist. Vor allem die Bereiche „Medizinische Beratung/Versorgung“, „Bedürfnisse des Kindes verstehen“, „mit kindlichen Stresssignalen umgehen“ sowie „Tipps für Wohlbefinden“ wurden oft als sehr hilfreich empfunden.

Auch die aufsuchenden Helferinnen äußerten sich mehrheitlich positiv zu ihren Erfahrungen bei der Arbeit in den Familien. Das betraf z. B. die Zuverlässigkeit der Familien oder die Umsetzbarkeit der Interventionsinhalte, aber auch die Kooperation mit anderen Institutionen. Gab es jedoch besondere Probleme in der Zusammenarbeit (dies wurde von Hebammenseite in einem Drittel der bewerteten Fälle angegeben), so betraf fast die Hälfte dieser Probleme eine mangelnde Kooperation der Familien. Das zeigt erneut die Notwendigkeit, sich näher mit mangelnder Motivation von Familien auseinanderzusetzen, wie bereits zu den Beendigungsgründen und den Vermittlungen an andere Institutionen ausgeführt.

Obwohl **Väter** aus Familienhebammsicht mehrheitlich als engagiert gesehen und in 70 % der Familien auch einbezogen wurden, war nur in etwa jedem vierten Hausbesuch der Vater anwesend, mit abnehmender Tendenz über den Verlauf der Betreuungszeit hinweg. Die wichtige Rolle der Väter in der kindlichen Entwicklung wurde immer wieder betont und auch zukünftig sollte an deren Einbeziehung in die aufsuchende Arbeit festgehalten werden.

Die **Belastung der Familien** wurde zu Beginn der aufsuchenden Arbeit durch die Familienhebammen in verschiedenen Bereichen auf Skalen von 0 bis 100 eingeschätzt. Am höchsten wurde die Belastung im Bereich *Eltern* gesehen (42,41), gefolgt von *materieller* (35,68) und *sozialer Belastung* (33,61); die eingeschätzte *Belastung des Kindes* erzielte den niedrigsten Wert (19,06); der Gesamtwert lag im Schnitt bei 40,05. Die mittlere Belastung der Eltern und die verhältnismäßig geringe Belastung der Kinder entsprechen dem präventiven Ansatz, be-

lastete Eltern zu unterstützen, bevor diese Belastungen zu stark werden und bevor sie sich negativ auf die kindliche Entwicklung auswirken. Besonderes Augenmerk der aufsuchenden Hilfen sollte daher weiterhin auf der Beziehungs- und Interaktionsgestaltung zwischen Eltern und Kind liegen. Eine Fokussierung auf hochbelastete Familien würde der Projektidee als Präventionsprojekt widersprechen, zumal anzunehmen ist, dass Belastungsbewertungen am Ende der Betreuung noch höher ausfallen könnten als am Anfang, da Eltern entsprechende Belastungen oft erst mit einem gewachsenen Vertrauen zur Familienhebamme äußern.

Soziodemographische Daten wurden mittels Familienfragebogenpaketen erfasst, welche jedoch nicht für jede Projektfamilie vorhanden sind (eher unkooperative Familien sowie Familien mit unzureichenden Kenntnissen der deutschen Sprache sind vermutlich unterrepräsentiert).

Demnach sind die Mütter in den Projektfamilien mit einem durchschnittlichen **Alter** von 24,5 Jahren vier Jahre jünger als im saarlandweiten Durchschnitt bei der Geburt des ersten Kindes (und das, obwohl in den Projektfamilien häufig bereits weitere Kinder vorhanden sind). Eine Anbindung jüngerer Eltern scheint im Projekt also gelungen zu sein. Auswertungen speziell zu Teenagereltern ergaben, dass die Kinder der untersuchten unter 21-jährigen Eltern häufiger ungeplant, jedoch nicht häufiger unerwünscht waren. Im Gegensatz zu anderen Studien nahmen junge Mütter jedoch die Schwangerschaftsvorsorgen genauso häufig wahr wie ältere Mütter, auch bestanden keine Zusammenhänge mit möglicher Überforderung. Minderjährige Mütter zeigen im Vergleich mit älteren auch sonst kaum Auffälligkeiten, während dies beim Vergleich der unter 21-jährigen mit älteren Eltern anders aussah. Ihnen wurde von den Familienhebammen häufiger ein unsicherer Umgang mit ihrem Kind zugeschrieben, sie vermeiden aus Familienhebammensicht häufiger den Blickkontakt zu ihrem Kind, geben diesem nicht ausreichend verbale Anregungen, stellen unangemessene Anforderungen an das Kind und übergehen häufiger dessen Signale. Gewalt in der Herkunftsfamilie der jungen Eltern tritt häufiger auf und die Eltern sind seltener als Paar verfügbar. Bei der Betrachtung der angeführten Ergebnisse bleibt jedoch zu beachten, dass Familien in Familienhebammenbetreuung bestimmte Risikofaktoren aufweisen, auf Grund derer eine Betreuung installiert wurde, weshalb ein Vergleich zwischen Teenagereltern und älteren Eltern in der Gesamtbevölkerung durchaus anders ausfallen könnte. Davon abgesehen stellt die Beziehungsgestaltung zu Teenagereltern häufig eine Herausforderung für aufsuchende Helferinnen dar, gerade weil sie oft aufgrund ihrer pubertären Entwicklungsphase ihre Bedürfnisse weniger zeigen können und sich selbstsicherer geben als sie sind.

Der häufigste genannte **Schulabschluss** der betreuten Eltern im Projekt war der Hauptschulabschluss, über den laut der Elternfragebögen jeweils die Hälfte der Mütter und Väter

verfügte. Insgesamt sind im Vergleich zum bundesdeutschen sowie saarlandweiten Durchschnitt die niedrigeren Bildungsabschlüsse etwas überrepräsentiert. Vermutlich werden also eine geringe Bildung oder damit assoziierte Faktoren von den vermittelnden Institutionen als Risikofaktoren betrachtet, sodass entsprechende Eltern häufiger angefragt und betreut werden. In der Realität ist von einer noch höheren Rate geringer oder fehlender Bildungsabschlüsse unter Projektfamilien auszugehen, da die Daten zum Bildungsabschluss mittels des Elternfragebogens erhoben wurden und dessen Bearbeitung gewisse Kompetenzen hinsichtlich der Konzentrationsfähigkeit, des Sprachverständnisses und der Abstraktionsfähigkeit erfordert. Die praktische Arbeit in bildungsferneren Familien erfordert zuweilen eine Anpassung der Interventionsmethoden, z. B. wenn sie geringere Fähigkeiten hinsichtlich der Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit besitzen (und dadurch komplexe Ziele und Absprachen nicht einhalten können) oder ihre Abstraktionsfähigkeit geringer ist (und sie dadurch z. B. die beispielhaften Interaktionsvideos aus dem Elternkurs *Das Baby verstehen* nicht als Modell für die eigene Situation begreifen können).

Die meisten der betreuten Personen (90%) gaben an, deutscher Nationalität zu sein, doch liegt der tatsächliche Anteil von ProjektteilnehmerInnen mit **Migrationshintergrund** vermutlich höher, da mangelnde Kenntnisse der deutschen Sprache das Ausfüllen der Fragebögen verhindert haben könnten. Die größte Gruppe nicht-deutscher Eltern war im Regionalverband Saarbrücken zu finden. Da Migration oft mit erschwerten Zugangsbedingungen zur neuen Kultur, Sprachproblemen, finanziellen Schwierigkeiten und oftmals Arbeitslosigkeit zusammenfällt, bezog sich eine weitere themenspezifische Analyse auf die Gruppe der Familien mit Migrationshintergrund: Demnach schätzten Helferinnen z. B. die *Umsetzbarkeit der Ausbildungsinhalte* in Familien geringer ein, die sie durch Migrationsfaktoren belastet sahen. Dies könnte durch sprachliche Barrieren sowie kulturelle Unterschiede bedingt sein, hatte jedoch keinen Einfluss auf die erlebte Qualität der *Zusammenarbeit mit der Familie*. Die Familien selbst sahen die aufsuchende Helferin häufiger als wichtige Ansprechpartnerin als die Vergleichsstichprobe, was die Bedeutung der Familienhebamme als „Türöffner“ unterstreicht. Weitere Möglichkeiten, den speziellen Bedürfnissen von Familien mit Migrationshintergrund im Projekt Rechnung zu tragen, sind durch die vermehrte Ausbildung mehrsprachiger Familienhebammen im Rahmen des letzten Curriculums gegeben. Aber auch begleitende HelferInnen von außerhalb, die als „DolmetscherInnen“ fungieren können und den Kulturkreis genauer kennen, könnten den Familienhebammen zur Seite stehen und deren Arbeit ergänzen (vgl. das Projekt „Stadtteilmütter“ in Berlin).

Betrachtet man die **Familien- und Lebensformen** im Projekt zu Beginn der Betreuung, so sind zwar drei Viertel in fester Partnerschaft oder verheiratet, aber nur etwas über die Hälfte

der Eltern lebt gemeinsam, von den Kindern getrennter Mütter hat nur ein knappes Viertel regelmäßigen Kontakt zum Vater. Zu beachten ist, dass diese Daten kurz nach der Geburt des Kindes erhoben werden und die veränderte Lebenssituation im Lauf der nächsten Wochen die Partnerschaft weiter belasten kann, sodass es dann evtl. zu noch mehr Trennungen kommt. Kinder alleinerziehender Eltern tragen ein höheres Risiko, in ihrer psychosozialen Entwicklung beeinträchtigt zu sein. Ist der Elternteil neben dem Faktor des Alleinerziehendseins noch durch weitere Aspekte wie Armut oder soziale Isolation belastet, kann dies schnell zu einer Überforderung führen, weshalb die Unterstützung durch aufsuchende Helferinnen gerade in diesen Fällen notwendig werden kann und offenbar auch von den Anfragestellten so gesehen wird (daher eine höhere Rate Alleinerziehender im Projekt). Im Rahmen einer vergleichenden Analyse zwischen alleinerziehenden und nicht alleinerziehenden Müttern ergaben sich jedoch weniger signifikante Unterschiede als erwartet. Alleinerziehende Mütter weisen ein etwas höheres persönliches Belastungsniveau gemäß der *HBS-L* auf als die Vergleichsgruppe, bewerten das kindliche Temperament tendenziell etwas negativer und weisen häufiger depressive Symptome auf. Dass sie sich hinsichtlich der meisten anderen Kriterien nicht von anderen Eltern unterscheiden, könnte dadurch bedingt sein, dass alle Eltern im Projekt Belastungen aufweisen, unter denen die des Alleinerziehendseins kein besonderes Gewicht hat. Die Belastung könnte jedoch mit steigendem Kindesalter und dauerhafter Erfahrung der Elternrolle als alleinerziehend durchaus ansteigen.

Um die Effekte der Familienhebammenbetreuung wissenschaftlich belegen zu können (**Studie PFIFF**), wurde das Projekt systematisch evaluiert, indem Familien der Projektbetreuung mit einer Gruppe demographisch ähnlicher Familien ohne Hebammenbetreuung verglichen wurden. Es stellte sich heraus, dass die Kinder der Projektgruppe im Alter von einem Jahr hinsichtlich der altersentsprechenden *sozialen Kompetenzen* sowie der *Problemlösekompetenzen* einen höheren Entwicklungsstand aufwiesen als die Kinder der Vergleichsgruppe. Dieser Effekt könnte indirekt über die Sensibilisierung der Mütter oder auch direkt durch den Kontakt der Familienhebamme zum Kind vermittelt worden sein. Vor allem Kinder, die im Alter von fünf Monaten über eher geringe soziale Kompetenzen verfügten, profitierten am Ende stärker von der Intervention. Kinder der Kontrollgruppe verschlechterten sich sogar im Bereich der sozialen Entwicklung, was die Wichtigkeit einer rechtzeitig ansetzenden Unterstützung verdeutlicht.

Die *mütterliche Feinfühligkeit*, deren Förderung ein weiteres Ziel der aufsuchenden Arbeit ist, lag am Ende des ersten Lebensjahres des Kindes in beiden Gruppen höher als zu Beginn, wengleich die Verbesserung in der familienhebammenbetreuten Gruppe entgegen den Erwartungen nicht größer war.

Bezüglich der *elterlichen Stressbelastung* wiesen die Mütter der Kontrollgruppe am Ende des ersten Lebensjahres des Kindes höhere Werte auf als zu Beginn der Betreuung, während die Stresswerte der projektbetreuten Mütter sanken. In beiden Müttergruppen stieg die *Wahrnehmung des Kindes als schwierig* über die Zeit hinweg zwar an, jedoch war der Anstieg in der familienhebammenbetreuten Gruppe deutlich geringer. Ein genereller Anstieg der Werte ist jedoch nicht verwunderlich, da die Kinder mit zunehmendem Alter aktiver werden und es verstärkt zum Austesten von Grenzen kommt, jedoch kann die Familienhebammenbetreuung den Müttern offensichtlich effizient dabei helfen, mit der steigenden Anstrengung umzugehen bzw. beeinflusst mit, dass die Kinder bessere Anpassungs- und Regulationsfähigkeiten entwickeln und daher weniger problematisch sind.

Mütterliche depressive Symptomatik scheint sich hingegen durch die aufsuchende Arbeit nur gering beeinflussen zu lassen. Das entspricht den Erwartungen und belegt die Wichtigkeit eines gut funktionierenden Netzwerks, um Familien ergänzend zur aufsuchenden Arbeit bedarfsgerecht (in diesem Fall psychotherapeutisch) zu versorgen.

6.2 Ausblick

Die geschilderten Ergebnisse belegen die flächendeckende Umsetzung des Projekts und damit auch die gelungene Vernetzung mit dem medizinischen und dem sozialen Bereich. Gleichmaßen ist es gelungen, die erforderlichen Strukturen für die dauerhafte Finanzierung des *Landesprogramms Frühe Hilfen* zu schaffen bzw. zu konsolidieren, weshalb das Saarland im Bereich der Verstetigung *Früher Hilfen* als Vorreiter angesehen werden kann.

Die hier dargelegte und über mehrere Jahre geleistete Arbeit zur Unterstützung belasteter Familien wird erfreulicherweise durch die Bundeskinderschutzinitiative und die damit einhergehende Einführung des neuen Bundeskinderschutzgesetzes im Jahr 2012 auch im größeren Rahmen unterstützt und die *Frühen Hilfen* und ihre Finanzierung auf Bundesebene verankert. Das gewährleistet, dass die Hauptbestandteile des Programms, allen voran der Einsatz von Familienhebammen zur Unterstützung belasteter Familien, auch in Zukunft, nach Ende der Modellphase, fortgeführt werden können.

In intensiver Zusammenarbeit des zuständigen Ministeriums im Saarland, der saarländischen Landkreise und des Regionalverbands Saarbrücken, der aufsuchenden Helferinnen, der NetzwerkpartnerInnen sowie der WissenschaftlerInnen des Universitätsklinikums Heidelberg konnten umfassende Erfolge erzielt werden. Die Rolle der einzelnen Beteiligten änderte sich dabei im Zuge des Verstetigungsprozesses und mit dem Übergang des Programms in die Regelversorgung.

Nach dem ersten Lebensjahr

Eine zukünftige Herausforderung für die *Frühen Hilfen* liegt in der Bildung von verlässlichen Betreuungsketten, wie sie beispielsweise durch die Anbindung der Familien nach dem ersten Lebensjahr des Kindes geschaffen werden. Wichtige VernetzungspartnerInnen für Familienhebammen sind in diesem Zusammenhang die Fachkräfte in Kinderkrippen sowie Tagesmütter und -väter. Sie eröffnen Familien eine Chance, die mit Hilfe der Familienhebamme oder SPFB erreichten Erfolge längerfristig zu konsolidieren. Über eine Krippenbetreuung kann dem Hilfebedarf belasteter Familien, der sich meist im Verlauf der kindlichen Entwicklung verändert, auch über das erste Lebensjahr hinaus entgegengekommen werden. Zudem haben Krippenfachkräfte einen frühen und niederschweligen Zugang zu belasteten Familien, die zuvor noch keine Hilfen erhielten; sie können deren Bedarfslagen erkennen und zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten ermutigen.

Aber auch im Sinne der Primärprävention sind die Fachkräfte der frühkindlichen außerfamiliären Betreuung gefragt, nicht nur die betreuten Kinder, sondern die gesamte Familie im Blick zu behalten: Die Stärkung der Eltern-Kind-Interaktion, der elterlichen Erziehungskompetenzen und der sozial-emotionalen Kompetenzen der Kinder können in Kinderkrippen in besonderer Weise gefördert werden. Eine Möglichkeit dazu bietet das Programm „Spiel und Spaß“ (vorläufiger Titel), das gegenwärtig am IPKF entwickelt wird und nach dem Erzieherinnen als Multiplikatorinnen dazu beitragen, die emotionale Bindung zwischen Eltern und Kind durch die Begleitung des gemeinsamen Spiels zu stärken.

Der seit dem 01. August 2013 geltende Rechtsanspruch von Eltern auf eine Betreuung ihres Kindes in einer Kindertageseinrichtung oder in der Kindertagespflege erfordert einen (weiteren) Ausbau der Betreuungsstrukturen für unter Dreijährige in Deutschland. Wie auch in dem von der Bundesregierung in Auftrag gegebenen 14. Kinder- und Jugendbericht betont wird, sind Maßnahmen dabei jedoch nicht nur auf quantitativer, sondern auch auf qualitativer Ebene gefragt: Die Qualifizierung der Fachkräfte, sowohl in pädagogischer Hinsicht als auch im Erkennen von Problemkonstellationen, oder die Akquise männlicher Erzieher stellen demnach wichtige Herausforderungen dar, die trotz des Bestrebens, den Fachkräftemangel rasch auszugleichen, nicht vernachlässigt werden dürfen (Deutscher Bundestag, 2013).

Da bestehende Ausbildungscurricula für ErzieherInnen in der Regel auf die Förderung dreibis sechsjähriger und älterer Kinder und Jugendlichen ausgerichtet sind, erfordern die Neuentwicklungen eine Erweiterung der Ausbildungsinhalte um Aspekte im Kontext der frühkindlichen Entwicklung in den ersten drei Lebensjahren.

Empfehlenswert ist in einem ersten Schritt die Erstellung von Orientierungsplänen, die sich aus Bildungsplänen für die Kinder ergeben und die Anforderungen an die Krippenfachkräfte bündeln. Aus wissenschaftlicher Sicht beinhalten diese Anforderungen z. B. eine Sensibilisierung für psychosoziale Themen wie Bindungssicherheit, Eltern-Kind-Interaktion, Feinfühligkeit oder Familiensysteme. In manchen Bundesländern (z.B. Baden- Württemberg) bestehen bereits entsprechende Leitlinien.

Aus dem Orientierungsplan leiten sich Lehrpläne für die Fachkräfte ab. Deren Inhalte sollten in einem zweiten Schritt in die Fortbildung und Supervision bereits tätiger ErzieherInnen in Kindertagesstätten sowie in die Schulung von Tagesmüttern und -vätern integriert werden¹¹. Langfristig ist eine entsprechende Erweiterung der ErzieherInnenausbildung um die beschriebenen Themengebiete anzuraten. Diese erfordert Kooperationen der sozial-, gesundheits- und bildungspolitischen Institutionen.

Die Schnittstelle zwischen *Frühen Hilfen* und Kinderkrippen wird derzeit am IPKF in einer Fortsetzung der Studie *PFIFF* evaluiert. Dabei wird untersucht, welche der Familien aus dem Projekt *Frühe Hilfen – Keiner Fällt durchs Netz* nach dem ersten Lebensjahr ihres Kindes eine Betreuung in einer Kinderkrippe in Anspruch nehmen und welche Familien sich dagegen entscheiden. Von großem Interesse ist dabei die Motivation der Eltern, Angebote anzunehmen oder abzulehnen: Was motiviert hochbelastete Eltern, ihre Kinder im zweiten Lebensjahr fremdbetreuen zu lassen? Welche Gründe führen Eltern dafür an, dass sie sich gegen eine Krippenbetreuung entschieden haben? Diese Analyse, die in Interviewform mit Eltern und ErzieherInnen durchgeführt werden soll, hat zum Ziel, Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme aufzudecken, um ihnen aktiv begegnen zu können.

Elternkurse

Im Laufe der Modellphase zeigte sich, dass die Elternkurse *Das Baby verstehen* in der ursprünglichen Form seltener als gedacht wahrgenommen wurden. Stattdessen nahmen andere Wege der Vermittlung der Kursinhalte zu, z. B. in Form einer Anbindung an Angebote der Gemeinwesenarbeit. Für einige Eltern scheint der dortige Besuch einen niedrigschwelligeren Zugang darzustellen, vielleicht weil mehr das Zusammensein mit anderen Familien im Mittelpunkt steht als der Kurs selbst oder gar ein befürchteter Bewertungscharakter. Da die Einhei-

¹¹ Relevant scheint in diesem Zusammenhang auch die bundesweite *Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF)*, die sich die Schaffung erhöhter Transparenz und Qualität in der Weiterbildung entsprechenden Fachpersonals zum Ziel gesetzt hat:

<http://www.weiterbildungsinitiative.de>.

ten des Kurses nach dem bisherigen Konzept nicht in beliebiger Reihenfolge durchgeführt und auch nicht wesentlich verkürzt werden sollten, ist für die Zukunft eine Umstrukturierung der Inhalte in flexiblere Module gefragt, die eher von ihrer Intensität als von ihrem Inhalt her aufeinander aufbauen. Das würde es ermöglichen, die Inhalte je nach Zielgruppe entweder konzentriert durchzuführen (z. B. als Wochenendseminar) oder in kleinen Einheiten im Rahmen eines anderen Angebots, das kontinuierlich über längere Zeit hinweg angeboten wird.

Netzwerke

Eine gelingende Netzwerkarbeit hat sich auch bei der erfolgreichen Implementierung des Projekts als zentral erwiesen, stellt sie doch einen Hauptteil der Arbeit von KoordinatorInnen und Familienhebammen dar. Ohne die Vermittlung von Kliniken, Hebammen, Beratungsstellen oder des Jugendamts würde nur ein kleiner Anteil der Familien den Weg ins Projekt finden. Aber auch während und nach der Betreuung durch Familienhebammen ist die Zusammenarbeit mit anderen HelferInnen nötig, um den Bedarfslagen der Familien zu entsprechen und auch um sich selbst nicht zu überfordern.

Aktuell erarbeitet das *NZFH* mit Hilfe einer Expertengruppe ein Kompetenzprofil für NetzwerkkoordinatorInnen, das die Tätigkeitsfelder und Anforderungen bündelt, die für die Ausgestaltung der Rolle von Bedeutung sind. Aufgrund der hohen Verantwortung, die den KoordinatorInnen zukommt, sollten entsprechende Empfehlungen bei der Einstellung und Fortbildung von KoordinatorInnen beherzigt werden.

Bei der Netzwerkarbeit bewährt haben sich aus Projektsicht persönliche Kontakte und die regelmäßige Durchführung von Netzwerktreffen, die über bloße Vorstellungsrunden hinausgehen, beispielsweise in Form von Vorträgen zu einem gemeinsamen Interessenbereich. Empfehlenswert ist auch eine gelegentliche Reflektion mit neutralen Außenstehenden. So werden im Heidelberger Projektteil beispielsweise auf Wunsch beider Seiten regelmäßig auch einige MitarbeiterInnen des ASD zu den Fortbildungen für die Familienhebammen eingeladen. Die gemeinsame Seminarteilnahme, die zunächst als ein Experiment gestartet war, wird von beiden Seiten als sehr fruchtbar erlebt und schafft einen Rahmen, um sich der Berufsrollenprägung des jeweils anderen bewusst zu werden und so zu einer positiven Zusammenarbeit im Alltag zu finden.

Durch die Bundeskinderschutzinitiative wurde zusätzlich eine Vernetzung der einzelnen Angebote der *Frühen Hilfen* auf Bundesebene geschaffen. Eine Bündelung der Daten, Ergebnisse und Erkenntnisse der einzelnen Projekte, wie sie z. B. durch die Begleitforschung des *NZFH* realisiert werden soll, bietet die Möglichkeit, voneinander zu lernen und einheitliche

bewährte Standards zu entwickeln. Angebote müssen für eine Förderung durch die Bundesinitiative eine Reihe von formalen Kriterien erfüllen, um ihre Qualität sicherzustellen. Innerhalb der Bundesrepublik gibt es jedoch große individuelle Unterschiede bezüglich des Ausmaßes, in dem die *Frühen Hilfen* ausgestaltet sind. Während beispielsweise im Saarland die erforderlichen Strukturen seit längerem geschaffen und bereits über mehrere Jahre erprobt sind, sind andernorts die Kommunen gerade damit beschäftigt, erste Familienhebammen auszubilden oder einzustellen. Trotz oder gerade wegen dieser Unterschiede sollte angestrebt werden, das gemeinsame Ziel im Auge zu behalten und den Bedarfslagen der Familien zügig entgegenzukommen. Aber auch hier findet und fand, wie auf Landkreisebene, sicherlich ein großer Teil der eigentlichen Netzwerkarbeit durch einen informellen Austausch statt, indem sich beispielsweise immer wieder Verantwortliche aus anderen Kommunen und Kreisen an das Projekt wandten, weil sie sich für die Erfahrungen im Rahmen der Modell- und Verstetigungsphase interessierten, wie sie in diesem Bericht zusammengefasst sind.

Wie der vorliegende Bericht ebenfalls zeigt, bleibt auch nach der erfolgten Verstetigung des Projekts ein großes Potential für kontinuierliche Weiterentwicklungen. Wird die im Rahmen des Präventionsprojektes geleistete Arbeit auf diese Weise fortgeführt, so erhöht dies die Chance, die erreichten Erfolge über längere Zeit zu sichern und einen Beitrag dazu zu leisten, dass auch zu einem späteren Zeitpunkt keiner "durchs Netz fällt".

7 Literatur

Es folgen die Literaturverweise aus dem Bericht sowie eine Auswahl weiterer Veröffentlichungen, die im Rahmen der Projektlaufzeit entstanden.

7.1 Literaturverweise aus dem Text

- Abels, M. & Eickhorst, A. (2009). Kulturspezifische Wertvorstellungen und Umgangsweisen mit Säuglingen. In D. Nakhla, A. Eickhorst & M. Cierpka (Hrsg.), *Praxishandbuch für Familienhebammen. Arbeit mit belasteten Familien* (S. 99-108). Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index Short Form: Test Manual*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978) *Patterns of Attachment. A psychological study of the strange situation*. New York: Hillsdale.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
- Bergant, A. M., Nguyen, T., Heim, K., Ulmer, H. & Dapunt, O. (1998)  Deutschsprachige Fassung und Validierung der "Edinburgh postnatal depression scale." *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 123, 35-40.
- Borke, J. & Keller, H. (2012). Kultursensitive Beratung. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre – Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S. 345-352). Heidelberg: Springer.
- Bundesagentur für Arbeit (2013). *Entwicklung der durchschnittlichen Arbeitslosenquote im Saarland von 1999 bis 2012*.
<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/2518/umfrage/entwicklung-der-arbeitslosenquote-im-saarland-seit-1999> (25.05.2013).
- Bundeszentrale für politische Bildung (2011). *Ausländische Bevölkerung nach Ländern*.
<http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61625/auslaendische-bevoelkerung-nach-laendern> (24.05.2013)
- Cierpka, M. (2012). Familienstützende Prävention. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre – Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S. 523-531).

- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10 -item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Crittenden, P. (2005). Der CARE-Index als Hilfsmittel für die Früherkennung, Intervention und Forschung. *Frühförderung interdisziplinär*, 3, 99-106.
- Deutscher Bundestag (2013). *Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland (14. Kinder- und Jugendbericht) und Stellungnahme der Bundesregierung*. Drucksache 17/12200. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/122/1712200.pdf> (15.08.2013)
- Darley, J. M. & Latané, B. (1968). Bystander intervention in emergencies: diffusion of responsibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 377-383.
- Eickhorst, A. (2008). Gründung des „Nationalen Zentrums Frühe Hilfen“. Sieben geförderte Modellprojekte zur Risikoprävention für Familien sind gestartet. *Psychotherapeut*, 53(2), 157-160.
- Eickhorst, A. (2009). Zur Notwendigkeit von Frühen Hilfen für Väter. *Frühe Kindheit*, 1, 40-41.
- Eickhorst, A., Stasch, M. & Sidor, A. (2012). Das Einschätzen der Belastung in Familien. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre – Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S. 385-395).
- Katz, J.H. (1985). The Sociopolitical Nature of Counseling. *The Counseling Psychologist*, 13, 615-623.
- Lamb, M. E. (2010). How do fathers affect children's development? Let me count the ways. In M. E. Lamb (Hrsg.), *The role of the father in child development* (5. Auflage, S. 1-26). Hoboken, NJ: Wiley.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepide-miologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 246-262.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen/Wissenschaftlicher Beirat (2009). *Was sind Frühe Hilfen?* <http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen> (24.05.2013)
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2012). *Kompetenzprofil Familienhebammen*. <http://www.fruehehilfen.de/bundesinitiative-fruehe-hilfen/qualifizierung/kompetenzprofile/kompetenzprofil-familienhebammen> (21.05.2013)
- Ramey, C. T. & Ramey, S. L. (1993). Home Visiting Programs and the Health and Development of Young Children. *The Future of Children*, 3(3), *Home Visiting*, 129-139.

- Sann, A. & Landua, D. (2010). Konturen eines vielschichtigen Begriffs: Wie Fachkräfte Frühe Hilfen definieren und gestalten. *IzKK-Nachrichten*, 2010(1), *Kinderschutz und Frühe Hilfen*, 47-52.
- Sidor, A., Eickhorst, A., Stasch, M., & Cierpka, M. (2012). Einschätzung der Risikobelastung in Familien im Rahmen von Frühen Hilfen: Die Heidelberger Belastungsskala (HBS) und ihre Gütekriterien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61(10), 766-780.
- Squires, J. & Bricker, D. (1999). *Ages & Stages Questionnaire (ASQ) user's guide. 2nd Edition*. Chicago: Brookes.
- Statistisches Bundesamt (2011a). *Ausländische Bevölkerung. Stand 2011*. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/BevoelkerungMigrationsstatus5125203117004.pdf?__blob=publicationFile (21.05.2013).
- Statistisches Bundesamt (2011b). *Bevölkerung nach Migrationshintergrund. Stand 2011*. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Tabellen/MigrationshintergrundLaender.html> (21.05.2013).
- Statistisches Bundesamt (2011c). *Bevölkerung nach Migrationsstatus regional. Stand 2011. Ergebnisse des Mikrozensus*. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/AuslaendischeBevolkerung/AuslaendischeBevolkerung.html> (21.05.2013).
- Statistisches Bundesamt (2011d). *Lebensformen nach Migrationshintergrund. Bevölkerung 2011 nach Migrationsstatus und Armutsgefährdungsquote. Stand 2011*. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Tabellen/MigrationshintergrundArmutquote.html> (21.05.2013).
- Statistisches Bundesamt (2012a). *Alter der Mutter: Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes 2011 (biologische Geburtenfolge) nach Bundesländern*. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMutterAlterBundeslaender.html> (17.06.2013).
- Statistisches Bundesamt (2012b). *Bildungsstand: Verteilung der Bevölkerung in Deutschland nach höchstem Schulabschluss (Stand 2011)*. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1988/umfrage/bildungsabschluesse-in-deutschland> (25.05.2013).
- Statistisches Bundesamt (2012c). *Bildungsstand der Bevölkerung*. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Bildungsstand/BildungsstandBevoelkerung5210002127004.pdf?__blob=publicationFile (15.06.2013).

- Stockhausen, H.-G. (2010). *Hintergrundvermerk Teenager-Schwangerschaften*. Stabsstelle Chancen für Kinder (unveröffentlicht).
- Tronick, E. & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review Psychiatry*, 17, 147-156.
- Ziegenhain, U., Derksen, B. & Dreisörner, R. (2004). Frühe Förderung von Resilienz bei jungen Müttern und ihren Säuglingen. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 226-234.

7.2 Auswahl von Veröffentlichungen, die im Rahmen der Projektzeit entstanden

Bücher:

- Cierpka, M. (Ed.) (2012). *Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern*. Heidelberg: Springer.
- Cierpka, M., Scholtes, K., & Wölfer, C. (2009). Das Baby verstehen – Praxismanual für die aufsuchende Arbeit. *Focus Familie*.
- Nakhla, D., Eickhorst, A. & Cierpka, M. (Eds.) (2009). *Praxishandbuch für Familienhebammen. Arbeit mit belasteten Familien*. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Walter, H., & Eickhorst, A. (Eds.). (2012). *Das Väter-Handbuch. Theorie, Forschung, Praxis*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Zeitschriftenartikel und Buchkapitel:

- Abels, M. , & Eickhorst, A. (2011). Kulturspezifischer Umgang mit Säuglingen im Rahmen der Frühen Hilfen. In M. David & T. Borde (Eds.), *Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration* (pp. 211-226). Frankfurt/Main: Mabuse.
- Benz, M., Eickhorst, A., & Cierpka, M. (2012). Vier Jahre "Keiner fällt durchs Netz /Frühe Hilfen im Saarland". Ein Projekt zur primären Prävention im gesamten Saarland. *Saarländisches Ärzteblatt*, 65(4), 7-10.
- Benz, M., Scholtes, K., Demant, H., Nakhla, D., & Eickhorst, A. (2008). *Fragebogen zur Erhebung väterlichen Engagements*. Unpublished manuscript. Universitätsklinikum Heidelberg.
- Borchardt, S., Benz, M., Eickhorst, A., Scholtes, K., Demant, H., Götzinger, K., Cierpka, M. (2010). Zuweisungswege in aufsuchenden Maßnahmen der Frühen Hilfen. In I. Renner & A. Sann (Eds.), *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen*. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Cierpka, M. (2005). „Wenn es hoch hergeht in der Familie“. In C. Neuen (Ed.), *Gelassenheit. Vom Umgang mit Angst und Krisen* (pp. 153-171). Düsseldorf: Walter-Verlag.
- Cierpka, M. (2009). "Keiner fällt durchs Netz". Wie hoch belastete Familien unterstützt werden können. *Familiendynamik*, 2(34), 36-47.
- Cierpka, M. (2010). There is no such thing as a baby – das Eltern- Kind-System. In B. Maier, C. Braun, D. Schuster, A. Wenger & M. Rauchfuß (Eds.), *Ver-bindung. Bindung, Trennung und Verlust in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Beiträge der 1. Drei-Länder-Tagung der DGPPF e. V., ÖGPGG und SAPGG 2009* (pp. 49-58). Frankfurt: Mabuse.
- Cierpka, M. (2012). Gewaltkarrieren verhindern: Primäre Prävention mit "Keiner fällt durchs Netz". *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 19(3), 244-251.

- Cierpka, M., Doege, D., & Eickhorst, A. (2010). Keiner fällt durchs Netz - ein Präventionsprojekt zur Identifikation und Unterstützung hochbelasteter Familien. *Familien- und Kinderschutz. Rechtliche Grundlagen und Konzepte. EREV-Schriftenreihe*, 51, 40-48.
- Cierpka, M., Habash, P., Finke, P., & Hoffmann, G. F. (2011). Frühe Hilfen - Ein Kompetenzteam zum Schutz der Kinder. *Ruperto Carola*, 1, 32-36.
- Demant, H. (2009). Keiner fällt durchs Netz. Frühe Hilfen für eine unbelastete Kindheit. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157(6), 542.
- Doege, D. (2010). *Expertise zur Berücksichtigung von jungen Eltern /"Teenie-Eltern" im Präventionsprojekt „Keiner fällt durchs Netz“*. Unpublished manuscript. Universitätsklinikum Heidelberg.
- Eickhorst, A. (2008). Väter in Beratungskontexten: Status quo und Perspektiven. In J. Borke & A. Eickhorst (Eds.), *Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit*. Wien: facultas.
- Eickhorst, A. (2008). Gründung des „Nationalen Zentrums Frühe Hilfen“. Sieben geförderte Modellprojekte zur Risikoprävention für Familien sind gestartet. *Psychotherapeut*, 53(2), 157-160.
- Eickhorst, A. (2009). Zur Notwendigkeit von Frühen Hilfen für Väter. *Frühe Kindheit*, 1, 40-41.
- Eickhorst, A. (2009). „Keiner fällt durchs Netz“ (Hessen und Saarland) Konzept und Hintergründe des Präventionsprojekts. In D. I. f. Urbanistik (Ed.), *Frühe Hilfen interdisziplinär gestalten. Zum Stand des Aufbaus Früher Hilfen in Deutschland. Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe* (Vol. 70, pp. 152-157).
- Eickhorst, A. (2010). "Es wäre gut, wenn es weniger Vorbehalte gäbe, Angebote zur Unterstützung anzunehmen!". Andreas Eickhorst im Gespräch mit Bettina Wilms. *Psychotherapie im Dialog*, 11(3), 264-267.
- Eickhorst, A., Benz, M., Scholtes, K., & Cierpka, M. (2010). Väterliche Präsenz – ein Rahmenmodell mit vier Ebenen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*(8), 613-629.
- Eickhorst, A., Borchardt, S., & Cierpka, M. (2012). Differentielle Angebotsstrukturen in der Betreuung belasteter Familien am Beispiel des Frühe-Hilfen-Projektes "Keiner fällt durchs Netz". *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61(10), 781-790.
- Eickhorst, A., & Cierpka, M. (2012). Triade. In J. V. Wirth & H. Kleve (Eds.), *Lexikon des systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie* (pp. 435-438). Heidelberg: Carl-Auer.
- Eickhorst, A., Nakhla, D., Demant, H., Scholtes, K., & Benz, M. (2008). *Fragebogen zur Erhebung väterlicher Repräsentanzen*. Unpublished manuscript. Universitätsklinikum Heidelberg.

- Eickhorst, A., & Peykarjou, S. (2012). Väter in den Frühen Hilfen. *Frühe Kindheit*, 14(Sonderausgabe 2012), 38-43.
- Eickhorst, A., Schweyer, D., Köhler, H., Jelen-Mauboussin, A., Kunz, E., Sidor, A., & Cierpka, M. (2010). Unterschiede und Zusammenhänge elterlicher Feinfühligkeit bei Müttern und Vätern mit psychosozialen Belastungen. *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 1126-1133.
- Eickhorst, A., Sidor, A., Frey, B., & Cierpka, M. (2012). Frühe Hilfen durch "Keiner fällt durchs Netz". Ein Modellprojekt zur psychosozialen Prävention für Familien mit Kindern im ersten Lebensjahr. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 59(4), 290-302.
- Frey, B. (2009). Bevor das Kind in den Brunnen gefallen ist. *Hebammenforum*, 7, 550-553.
- Frey, B., Nakhla, D., Eickhorst, A., & Cierpka, M. (2012). Zur Arbeit von Familienhebammen im Hausbesuchsprogramm "Keiner fällt durchs Netz" unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrung mit Vätern im Projekt. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 59(4), 303-310.
- Gehrke, S., Hauptmann, L., & Sidor, A. (2011). „Keiner fällt durchs Netz“. Ein frühkindliches Präventionsprojekt im Rahmen der Frühen Hilfen. *Frühe Kindheit: die ersten sechs Jahre. Themenheft: Hilfen rund um die Geburt*, 14(3), 38-42.
- Götzinger, K., Eickhorst, A., & Cierpka, M. (2011). Familienhebammen im Projekt „Keiner fällt durchs Netz“ – Begleiterinnen im ersten Lebensjahr. In M. Müller & B. Bräutigam (Eds.), *Hilfe, sie kommen! Systemische Arbeitsweisen im aufsuchenden Kontext*. Heidelberg: Carl Auer.
- Gregor, A. (2004). Wir wird das zu Dritt wohl alles werden? – Frühprävention durch Elternkurse bei der Gründung einer Familie. *Forum Kriminalprävention*, 2.
- Gregor, A. (2005). Die Signale Ihres Kindes verstehen. In U. Jahn-Zöhrens (Ed.), *Entspannt erleben: Babys 1. Jahr* (pp. 166-171). Stuttgart: Trias; Bund Deutscher Hebammen (BDH).
- Gregor, A., & Cierpka, M. (2005). Frühe Hilfen für Eltern – Elternschule „Das Baby verstehen“. *Psychotherapeut*, 50, 144-147.
- Gregor, A., & Cierpka, M. (2005). Elternseminare. In M. Cierpka (Ed.), *Möglichkeiten der Gewaltprävention* (pp. 86-105). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Gregor, A. & Cierpka, M. (2005). Frühe Hilfen für Eltern: „Das Baby verstehen.“ <https://www.familienhandbuch.de/familienbildung/programme/fruhe-hilfen-fur-eltern-das-baby-verstehen>
- Hauptmann, L., Kachler, M., Sidor, A., Eickhorst, A., & Cierpka, M. (2011). "Keiner fällt durchs Netz": Psychosoziale Prävention bei belasteten Familien mit Säuglingen. *Kinderärztliche Praxis*, 82(4), 244.

- Hinkel, J., Benz, M., Frey, B., & Cierpka, A. (2010). Auswirkungen frühkindlicher außerfamiliärer Betreuung - eine Betrachtung aus wissenschaftlicher Perspektive. *Psychoanalyse*(14), 168-178.
- Kreß, S., Cierpka, M., Möhler, E., & Resch, F. (2012). Mütterliche Affekt Abstimmung von Müttern mit Missbrauchserfahrungen in der Mutter-Kind-Interaktion. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61(4), 271-285.
- Kunz, E., Sidor, A., Eickhorst, E., & Cierpka, M. (2012). Zusammenhänge zwischen elterlicher depressiver Symptomatik, Stressbelastung und Kohärenzgefühl in Risikofamilien. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7(4), 266-273.
- Nakhla, D., Eickhorst, A., & Schwinn, L. (2010). Catch them if you can?! – Angebote zur psychosozialen Unterstützung von Vätern mit Säuglingen und Kleinkindern unter besonderer Berücksichtigung der Teilnahmemotivation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*(8), 629-640.
- Retzlaff, R., Eickhorst, A., & Cierpka, M. (2010). Familienforschung in der Prävention belasteter Kinder – ein Überblick. In S. Wiegand-Greife, F. Matthejat & A. Lenz (Eds.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (pp. 333-356). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Scholtes, K. (2011). Keiner fällt durchs Netz – ein Präventionsprojekt. In S. Dietz, B. Schlehofer, F. Siedentopf, C. Sohn, W. Herzog & M. Rauchfuß (Eds.), *Nichts ist unmöglich!? Frauenheilkunde in Grenzbereichen* (pp. 202-208). Frankfurt/Main: Mabuse.
- Scholtes K., Eickhorst, A., & Cierpka, M. (2008). Neues Hilfsangebot für belastete Familien. „Keiner fällt durchs Netz“, ein Projekt der primären und sekundären Prävention. *Frauenarzt*, 49(3), 190-195.
- Sidor, A., Eickhorst, A., Stasch, M., & Cierpka, M. (2012). Einschätzung der Risikobelastung in Familien im Rahmen von Frühen Hilfen: Die Heidelberger Belastungsskala (HBS) und ihre Gütekriterien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61(10), 766-780.
- Sidor, A., Fischer, C., Eickhorst, A., & Cierpka, M. (2012). *Einfluss der frühen Regulationsprobleme auf die Entwicklung im 13. Lebensmonat. Eine longitudinale Studie in einer risikobelasteten Stichprobe*. Unpublished manuscript, Universitätsklinikum Heidelberg.
- Sidor, A., Fischer, C., Eickhorst, A., & Cierpka, M. (2013). Early Regulatory Problems in Infancy and Psychopathological Symptoms at 24 Months: A Longitudinal Study in a High-Risk Sample. *Manuscript submitted for publication*.
- Sidor, A., Kunz, E., Eickhorst, A., & Cierpka, M. (2013). The effects of the early prevention program “Keiner fällt durchs Netz” (KfdN) [“Nobody slips through the net”] on child, on mother and on their relationship. A controlled study. *Infant Mental Health Journal*, 34(1), 11-24.

- Sidor, A., Kunz, E., Schweyer, D., Eickhorst, A., & Cierpka, M. (2010). Zusammenhänge zwischen mütterlicher postpartaler depressiver Symptomatik und Feinfühligkeit. In I. Renner & A. Sann (Eds.), *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* (pp. 56-66). Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Sidor, A., Kunz, E., Schweyer, D., Eickhorst, A., & Cierpka, M. (2012). Wirkungsevaluation von "Keiner fällt durchs Netz" In Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Ed.), *Wirkungsevaluation "Keiner fällt durchs Netz" ein Modellprojekt des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen* (pp. 6-16). Köln: BZgA.
- Sidor, A., Thiel-Bonney, C., Kunz, E., Eickhorst, A., & Cierpka, M. (2012). Das exzessive Schreien bei 5 Monate alten Säuglingen und prä-, peri- und postnatale Belastungen ihrer Mütter in einer Hoch-Risiko-Stichprobe. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40(4), 239-250.

Anhang

1. Materialien zu Das Baby verstehen
 - a) Flyer
 - b) Poster
2. Heidelberger Belastungsskala
 - a) HBS-L
 - b) HBS-Kurzform
3. Einverständniserklärung für die Teilnahme am Projekt
4. Informationen für Familien zu Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz
 - a) Projektflyer
 - b) Projektkurzbeschreibung für Familien
5. Einverständniserklärung Supervision
6. Einverständniserklärung zur Schweigepflichtentbindung gegenüber weiteren Institutionen
7. Fax-Anfragebogen
8. Beauftragungsbogen
9. Einzelfalldokumentation
10. Fragebogenpaket (Mutter)
11. Dokubogen Familienhebammen
12. Zufriedenheitsfragebogen für Familien
13. Dokubogen am Interventionsende

1. Materialien zu *Das Baby verstehen*

a) Flyer:



Saarland
Ministerium für Bildung,
Familie, Frauen und Kultur

Das Baby verstehen
Hrsg. Manfred Cierpka

Teilnehmer
Alle werdenden Mütter und Väter oder Mütter und Väter, die gerade ein Kind bekommen haben, und ihr Baby besser verstehen möchten, können sich für die Teilnahme an einem Kurs anmelden.

Nähere Informationen erhalten Sie von Ihren Ansprechpartnern vor Ort.

Verantwortlich für Inhalt und Konzeption
Focus Familie
Keplerstr. 1 · 69120 Heidelberg
Tel. 06203-485767
www.focus-familie.de
info@focus-familie.de

Der Kurs "Das Baby verstehen" ist Bestandteil des Projektes "Keiner fällt durchs Netz", das saarlandweit durch das Ministerium für Bildung, Familien, Frauen und Kultur in Zusammenarbeit mit den saarländischen Kreisen und dem Regionalverband Saarbrücken angeboten wird. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet durch das Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie des Universitätsklinikums Heidelberg und unterstützt durch die hessenstiftung – "familie hat zukunfft" und die Karl Kübel Stiftung.

Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie des Universitätsklinikums Heidelberg

hessenstiftung
familie hat zukunfft

Karl Kübel Stiftung
für Kind und Familie

focus FAMILIE



Das Baby verstehen

Hintergrundinformationen

Neugeborene sind von Geburt an dazu in der Lage, sich und ihre Umwelt mit all ihren Sinnen wahrzunehmen. Sie sind außerdem mit vielen Fähigkeiten ausgestattet, die sie zu meisterhaften Kommunikationspartnern machen. Von Anfang an sind sie einzigartige Persönlichkeiten, die sehr gut mitteilen können, was sie von ihren Eltern für ihre gesunde Entwicklung brauchen. Viele wissenschaftliche Arbeiten haben dies bis heute belegt.

Inhaltlicher Schwerpunkt

Der Elternkurs "Das Baby verstehen" behandelt die ganz alltägliche Kommunikation zwischen dem Baby und seinen Eltern. Das "Lesen" des Babys steht im Mittelpunkt der meisten Kursstunden. Dabei wird zum Teil mit Live-Videoaufnahmen gearbeitet, so dass die kindlichen Signale in natürlich entstandenen Situationen aufgezeigt und beobachtet werden können. Durch spielerische Übungen wird darüber hinaus das persönliche Wohlergehen der Eltern in dieser neuen Lebenssituation zum Thema gemacht. Auch auf die neue Situation in der Paarbeziehung wird in einer gesonderten Stunde eingegangen.

Ziele

Vieles hat sich in den letzten Jahren verändert, wenn es um das Baby geht. Die Umsetzung der neueren Forschungsergebnisse zielt vor allem darauf ab, die Beziehungen der Eltern zu ihren Kindern schon in ihrem Werden zu fördern. Dazu gehört aber auch, dass sich Eltern über die eigenen Bedürfnisse besser bewusst werden.

Der Elternkurs „Das Baby verstehen“ besteht aus fünf Doppelstunden und beinhaltet folgende Themen:

- Eltern erhalten Informationen über frühe Entwicklungsprozesse, die ihnen bei der Betreuung ihres Kindes helfen werden.
- Sie werden für das Ausdrucksverhalten ihres Babys sensibilisiert und können so mehr Spaß mit ihm zusammen haben.
- Missverständnissen, die für Eltern und Kind aufreibend sein können, wird dadurch vorgebeugt. Sie können rechtzeitig gelöst werden und stören nicht auf Dauer den Umgang mit dem Kind.
- Eltern profitieren vom Erfahrungsreichtum der Kursleiterin und können sich mit anderen Menschen, die sich in der gleichen Situation befinden, austauschen.

b) Poster:



Saarland
Ministerium für Bildung,
Familie, Frauen und Kultur

Wir verstehen uns

*Anregungen für das tägliche
Miteinander von Mutter,
Vater und Kind.
Ein Angebot für Eltern kurz
vor oder nach der Geburt.*

**Das Baby
verstehen**
Hrsg. Manfred Cierpka

*Das Kursangebot basiert auf neuesten
Erkenntnissen der Säuglingsforschung
und beschäftigt sich auf anschauliche
Weise mit den Themen*

- Ich sorge auch für mich selbst
- Wie können Partner besser zusammenarbeiten?
- Das Baby sendet Signale aus
- Was geht dem Weinen des Babys voraus?
- Vertrauen in die eigenen Kompetenzen

┌
└


**FOCUS
FAMILIE**
www.focus-familie.de

Kooperationspartner:



2. Heidelberger Belastungsskala

a) HBS-L:



UniversitätsKlinikum Heidelberg



1

HBS-L

In folgendem Fragebogen möchten wir Sie darum bitten anhand von vier Modulen (persönliche Belastung des Kindes, persönliche Belastungen der Eltern/familiäre Belastung, soziale Belastung und materielle Belastung) die Funktionsfähigkeit einer Familie einzuschätzen. Beziehen Sie sich bei Ihrer Einschätzung sowohl auf eigene konkrete Beobachtungen, als auch auf Selbstbeschreibungen der Familien.

Code _____

Heutiges Datum _____

Alter des Kindes _____

Grundmodul 1 Persönliche Belastung des Kindes

Zutreffendes ankreuzen

1.1 Medizinische Probleme	trifft zu	trifft nicht zu	keine Information	
→ Frühgeborenes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
→ krankes Neugeborenes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
→ erhöhte Krankheitsanfälligkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
→ Mehrlinge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
→ Kind ist geistig behindert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
→ Kind ist körperlich behindert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
→ chronisch krankes Kind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
→ unbehandelte Erkrankungen (Kind)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
→ Pränataldiagnostik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
nicht-invasive Methoden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
invasive Methoden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

1.2 Körperlicher Zustand	trifft zu	Anzeichen	trifft nicht zu	keine Information
→ schlechter Allgemeinzustand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ Verletzungen/Misshandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.3 Pflegerische Versorgung	trifft zu	Anzeichen	trifft nicht zu	keine Information
→ schlechter Ernährungszustand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ unangemessene Bekleidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ mangelnde/falsche Körperpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ mangelnde Hygiene bei der Versorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ verwahrlostes Kind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ ungeeignete Umgebung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(z. B. Zimmer verraucht, TV läuft ständig)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ unzureichende Schwangerenvorsorge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Stand: 05.02.09

HBS-L



UniversitätsKlinikum Heidelberg



3

2.2 Wissen, Kenntnis

	trifft zu	Anzeichen	trifft nicht zu	keine Information
→ Analphabetismus, niedriger IQ				
-Mutter	0	0	0	0
-Vater	0	0	0	0
→ eingeschränkte Auffassungsgabe				
-Mutter	0	0	0	0
-Vater	0	0	0	0
→ unzureichende Sprachkenntnisse				
-Mutter	0	0	0	0
-Vater	0	0	0	0

2.3 Suchtprobleme

	Zutreffendes ankreuzen			
	trifft zu	Anzeichen	trifft nicht zu	keine Information
→ Alkohol				
-Mutter	0	0	0	0
-Vater	0	0	0	0
→ Zigaretten				
-Mutter	0	0	0	0
-Vater	0	0	0	0
→ Medikamente				
-Mutter	0	0	0	0
-Vater	0	0	0	0
→ illegale Drogen				
-Mutter	0	0	0	0
-Vater	0	0	0	0
→ Methadon				
-Mutter	0	0	0	0
-Vater	0	0	0	0
→ frühere Suchtproblematik				
-Mutter	0	0	0	0
-Vater	0	0	0	0

Stand: 05.02.09

HBS-L



UniversitätsKlinikum Heidelberg



4

2.4 Gesundheitliche/psychische Probleme

Zutreffendes ankreuzen

	trifft zu	Anzeichen	trifft nicht zu	keine Information
→ im Zusammenhang mit Schwangerschaft				
-Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Geburt als starke Belastungserfahrung				
-Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ im Zusammenhang mit Wochenbett				
-Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ psychische Erkrankung				
-Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ chronische körperliche Erkrankung				
-Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ unbehandelte Erkrankungen				
-Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Behinderung				
-Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ verwahrloster Zustand				
-Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Überforderung				
-Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.5 Aktuelle Lebensereignisse/Krisen und traumatische Lebenserfahrungen

Zutreffendes ankreuzen

	trifft zu	Anzeichen	trifft nicht zu	keine Information
→ Trennung vom Partner				
-Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Verlust eines Angehörigen				
-Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Traumatisierung durch Migration				
-Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zutreffendes ankreuzen

Stand: 05.02.09

HBS-L



UniversitätsKlinikum Heidelberg



5

	trifft zu	Anzeichen	trifft nicht zu	keine Information
→ Gewalt in Herkunftsfamilie				
-Mutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Vater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ sexuelle Gewalt in der Kindheit				
-Mutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Vater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.6. Partnerschaft

Zutreffendes ankreuzen

	trifft zu	Anzeichen	trifft nicht zu	keine Information
→ Eltern als Paar verfügbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ Eltern psychisch stabil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ situationsangemessene Atmosphäre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ gemeinsamer Familienalltag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ Krisenherde in der Beziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ Paarbeziehung von Trennung bedroht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ Gewalt in der Partnerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ neue/r Partner/in lebt mit in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zutreffendes ankreuzen

2.7. Alleinerziehende	trifft zu	Anzeichen	trifft nicht zu	keine Information
→ Familiäre Unterstützung verfügbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ Unterstützung aus weiterem sozialen Umfeld verfügbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ deutlich überfordert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ Kontakt zum Vater des Kindes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.8. Hinweise aus der Anamnese

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Information
→ früheres Kind aus Familie genommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ früheres Kind zur Adoption freigegeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ verstorbene(r) Kind(er)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ frühere Totgeburt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ Fehlgeburten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ Schwangerschaftsabbrüche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zutreffendes ankreuzen
HBS-L

Stand: 05.02.09



UniversitätsKlinikum Heidelberg



6

	trifft zu	Anzeichen	trifft nicht zu	keine Information
→ Altersabstand zu Geschwistern < 18 Mon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.9. Minderjährige Eltern

	trifft zu	Anzeichen	trifft nicht zu	keine Information
Mutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Grundmodul 3

Soziale Belastung der Familie

3.1. Kontakte

Zutreffendes ankreuzen

	vorhanden	eingeschränkt	nicht vorhanden	keine Informationen
Kontakte im sozialen Umfeld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontakte zu Familienangehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontakte zu Freunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontakte zu Nachbarn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontakte zu KollegInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.2. Besondere Beeinträchtigungen

Zutreffendes ankreuzen

	trifft zu	Anzeichen	trifft nicht zu	keine Information
Lebt im gewalttätigen Milieu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drogenmilieu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prostitutionsmilieu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kriminelles Milieu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
chronisch kranke Eltern der Mutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
chronisch kranke Eltern des Vaters	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.3. Barrieren und Hemmschwellen beim Zugang zum Gesundheitssystem

Zutreffendes ankreuzen

Barrieren	trifft zu	trifft nicht zu	keine Information
keine Krankenversicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leistung. n. Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
über ALG-II abgesichert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Stand: 05.02.09

HBS-L



UniversitätsKlinikum Heidelberg



7

Grundmodul 4 Materielle Belastung

Zutreffendes ankreuzen

	gut	ausreichend	nicht ausreichend	keine Information
Finanzielle Situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wohnverhältnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Information
Schulden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lange Arbeitslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unzureichende Säuglingsausstattung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Stand: 05.02.09

HBS-L



UniversitätsKlinikum Heidelberg



8

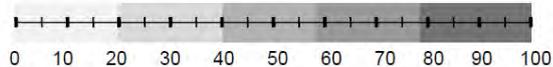
Anleitung zum Rating:

Nachdem Sie das Screening durchgeführt haben, möchten wir Sie nun um eine Globaleinschätzung der Gesamtbelastung (auf S. 10) unter Verwendung der einzelnen Module bitten. Orientieren Sie sich bei Ihrer Einschätzung für jeden der vier Bereiche zunächst an der vorgegebenen Einteilung der Punktwerte. Diese werden zum besseren Verständnis für jedes Modul näher erläutert.

999	Inadäquate Information
00-20	Das Beziehungssystem weist keine oder nur eine geringe Belastung auf. Evtl. vorhandene Schwierigkeiten werden gut kompensiert.
21-40	Das Beziehungssystem lässt Belastungsfaktoren erkennen, die mittelfristig nicht vollständig kompensiert werden können.
41-60	Die Belastungsfaktoren überwiegen im Vergleich zu unbelasteten Bereichen deutlich.
61-80	Die Belastung ist hoch, Möglichkeiten unbelasteten Funktionierens sind selten.
81-100	Die Belastung ist so schwer, dass Alltagsaufgaben nicht bewältigt werden können. Grundlegende Aspekte von Versorgung (Essen, Kleiden med. Versorgung) sind nicht sichergestellt. Absoluter Handlungsbedarf!

1) Persönliche Belastung des Kindes:

[00-20]	Das Kind ist gesund bzw. zeigt Schwierigkeiten, die im Normbereich liegen.
[21-40]	Das Kind kann krank oder auch behindert sein, allerdings gelingt mit der eingeleiteten Behandlung die medizinische/psychosoziale Rehabilitation bzw. Integration.
[41-60]	Das Kind ist krank, behindert oder kann verhaltensauffällig sein. Die medizinische/psychosoziale Rehabilitation bzw. Integration gelingt durch die eingeleitete Behandlung nur in Ansätzen.
[61-80]	Das Kind ist krank, behindert oder verhaltensauffällig. Die medizinische/psychosoziale Intervention ist unzureichend.
[81-100]	Das Kind ist schwer krank, stark behindert oder extrem verhaltensauffällig. Die medizinische/ psychosoziale Intervention gelingt nicht.



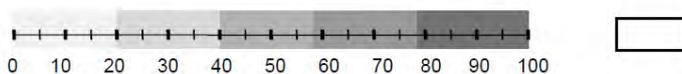
Stand: 05.02.09

HBS-L



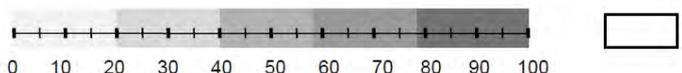
2) Persönliche Belastungen der Eltern / Familiäre Belastung:

- [00-20] Die Eltern sind als Paar verfügbar, psychisch stabil und können mit der veränderten Beziehungssituation und der gestiegenen Belastung adäquat umgehen. Alleinerziehende können auf verlässliche familiäre Unterstützung zurückgreifen oder diese initiieren. Es herrscht eine situationsangemessene, optimistische Atmosphäre.
- [21-40] Die Eltern können durch die veränderte Lebenssituation kurzfristig in eine Krise kommen (bspw. postpartale Depression der Mutter), die allerdings in angemessener Zeit bewältigt werden kann. Die Paarbeziehung ist größtenteils gut, weist aber auch potentielle „Krisenherde“ auf. Alleinerziehende können nur eingeschränkt auf familiäre Unterstützung zurückgreifen.
- [41-60] Ungelöste Konflikte in der Paarbeziehung bzw. in der erweiterten Familie oder psychische Erkrankungen hemmen häufig die Problemlösung, Kommunikation und die tägliche Routine; in der Anpassung an familiäre Belastungen und Veränderungen gibt es erhebliche Schwierigkeiten. Alleinerziehende sind deutlich überfordert.
- [61-80] Die Paarbeziehung ist dauerhaft von Trennung bedroht oder aufgrund persistierender Zerwürfnisse zerbrochen. Psychische Erkrankungen, Alkoholismus und/oder Gewalt spielen eine deutliche Rolle in der Familie.
- [81-100] Es gibt kaum einen gemeinsamen Familienalltag (z.B. keine gemeinsamen Mahlzeiten, Schlafens- und Aufstehzeiten, die Familienmitglieder wissen meist nicht, wo die anderen sind; die Kommunikation ist schwer gestört, man redet aneinander vorbei). Psychische Erkrankungen, Alkoholismus, Drogenabhängigkeit und/oder Gewalt spielen eine Rolle in der Familie.



3) Soziale Belastung:

- [00-20] Die Familie ist sozial gut integriert und kann gegebenenfalls Hilfe aktivieren.
- [21-40] Die Familie kann sozial integriert sein, allerdings trotzdem nur schwer auf bspw. die Herkunftsfamilie oder Bekanntenkreis als verlässliche Unterstützung zurückgreifen.
- [41-60] Die Familie ist sozial wenig integriert, potentielle Unterstützungssysteme (bspw. Familie, Freundeskreis, Einrichtungen der Jugendhilfe) erscheinen zum großen Teil weit weg, ebenfalls instabil bzw. wenig hilfreich und entlastend. Eine Krankenversicherung liegt womöglich nicht vor, die Familie ist über das BSHG abgesichert oder erfährt Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.
- [61-80] Die Familie hat keine hinreichende soziale Unterstützung. Das Umfeld ist möglicherweise dissozial, auf keinen Fall aber eine verlässliche Ressource.
- [81-100] Das soziale Umfeld ist dissozial, kriminell und insgesamt eher destruktiv.



Stand: 05.02.09

HBS-L



UniversitätsKlinikum Heidelberg



10

4) Materielle Belastung:

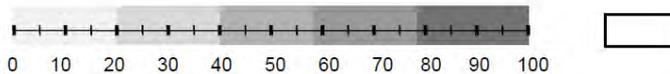
- [00-20] Die finanzielle Situation ist gesichert und kann grundlegende Versorgungsmöglichkeiten gewährleisten. Es besteht ein gewisser finanzieller Spielraum. Die Wohnsituation ist gut.
- [21-40] Die finanzielle Situation ist gesichert und kann grundlegende Versorgungsmöglichkeiten gewährleisten, allerdings sind die darüber hinausgehenden finanziellen Möglichkeiten eingeschränkt. Die Wohnsituation ist ausreichend oder zumindest zumutbar.
- [41-60] Die finanzielle Situation ist bspw. durch Schulden oder längere Arbeitslosigkeit nicht ausreichend gesichert und/oder es herrscht Wohnungsenge.
- [61-80] Die finanzielle Situation ist bspw. durch Schulden oder längere Arbeitslosigkeit völlig unzureichend und es herrscht Wohnungsenge.
- [81-100] Es herrscht große Armut und Wohnungsenge.



Anschließend bitten wir Sie darum, die Gesamteinschätzung der Familienbelastung vorzunehmen:

Gesamtbelastung:

- [00-20] Das Beziehungssystem weist keine oder nur eine geringe Belastung auf. Evtl. vorhandene Schwierigkeiten werden gut kompensiert.
- [21-40] Das Beziehungssystem lässt Belastungsfaktoren erkennen, die mittelfristig nicht vollständig kompensiert werden können.
- [41-60] Die Belastungsfaktoren überwiegen im Vergleich zu unbelasteten Bereichen deutlich
- [61-80] Die Belastung ist hoch, Möglichkeiten unbelasteten Funktionierens sind selten.
- [81-100] Die Belastung ist so schwer, dass Alltagsaufgaben nicht bewältigt werden können. Grundlegende Aspekte von Versorgung (Essen, Kleiden med. Versorgung) sind nicht sichergestellt. Absoluter Handlungsbedarf!



Stand: 05.02.09

HBS-L

b) HBS-Kurzform:

Heidelberger Belastungs-Skala (HBS)

Auf der **HBS**-Skala soll eine generelle Einschätzung der Funktionsfähigkeit einer Familie oder anderer Beziehungsformen auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen einem optimalen Funktionieren bis zu einem nicht mehr funktionstüchtigen System vorgenommen werden.
Die Einschätzung der Gesamtbelastung eines Beziehungssystems wird anhand der folgenden 4 Bereiche vorgenommen:

- 1) **Persönliche Belastung des Kindes**
- 2) **Persönliche Belastungen der Eltern / Familiäre Belastung**
- 3) **Soziale Belastung**
- 4) **Materielle Belastung**

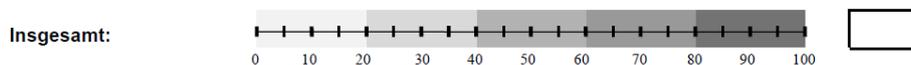
Anleitung zum HBS - Rating

Beziehen Sie sich bei Ihrer Einschätzung auf eigene konkrete Beobachtungen sowie Selbstbeschreibungen der Familien oder fremdanamnestiche Daten.
Orientieren Sie sich bei Ihrer Einschätzung für jeden der vier Bereiche zunächst an der vorgegebenen Einteilung der Punktwerte

999	Inadäquate Information
00-20	Das Beziehungssystem weist keine oder nur eine geringe Belastung auf. Evtl. vorhandene Schwierigkeiten werden gut kompensiert.
21-40	Das Beziehungssystem lässt Belastungsfaktoren erkennen, die mittelfristig nicht vollständig kompensiert werden können.
41-60	Die Belastungsfaktoren überwiegen im Vergleich zu unbelasteten Bereichen deutlich.
61-80	Die Belastung ist hoch, Möglichkeiten unbelasteten Funktionierens sind selten.
81-100	Die Belastung ist so schwer, dass Alltagsaufgaben nicht bewältigt werden können. Grundlegende Aspekte von Versorgung (Essen, Kleiden, med. Versorgung) sind nicht sichergestellt. Absoluter Handlungsbedarf!

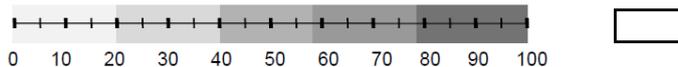
Diese Einteilungen sind für die einzelnen Bereiche in der Legende (siehe Seite 2 und 3) noch näher erläutert. Nach der ersten Groborientierung erfolgt für jeden der vier Bereiche die Festlegung *eines* spezifischen Skalenwerts (z.B. 45, 68,72).
Anschließend soll eine Gesamteinschätzung der Familienbelastung vorgenommen werden.

Gesamtbelastung:



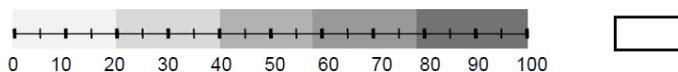
1) Persönliche Belastung des Kindes:

- [00-20] Das Kind ist gesund bzw. zeigt Schwierigkeiten, die im Normbereich liegen.
- [21-40] Das Kind kann krank oder auch behindert sein, allerdings gelingt mit der eingeleiteten Behandlung die medizinische/psychosoziale Rehabilitation bzw. Integration.
- [41-60] Das Kind ist krank, behindert oder kann verhaltensauffällig sein. Die medizinische/psychosoziale Rehabilitation bzw. Integration gelingt durch die eingeleitete Behandlung nur in Ansätzen.
- [61-80] Das Kind ist krank, behindert oder verhaltensauffällig. Die medizinische/psychosoziale Intervention ist unzureichend.
- [81-100] Das Kind ist schwer krank, stark behindert oder extrem verhaltensauffällig. Die medizinische/ psychosoziale Intervention gelingt nicht.



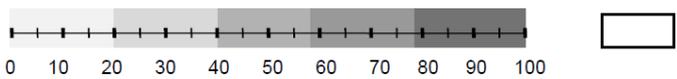
2) Persönliche Belastungen der Eltern / Familiäre Belastung:

- [00-20] Die Eltern sind als Paar verfügbar, psychisch stabil und können mit der veränderten Beziehungssituation und der gestiegenen Belastung adäquat umgehen. Alleinerziehende können auf verlässliche familiäre Unterstützung zurückgreifen oder diese initiieren. Es herrscht eine situationsangemessene, optimistische Atmosphäre.
- [21-40] Die Eltern können durch die veränderte Lebenssituation kurzfristig in eine Krise kommen (bspw. postpartale Depression der Mutter), die allerdings in angemessener Zeit bewältigt werden kann. Die Paarbeziehung ist größtenteils gut, weist aber auch potentielle „Krisenherde“ auf. Alleinerziehende können nur eingeschränkt auf familiäre Unterstützung zurückgreifen.
- [41-60] Ungelöste Konflikte in der Paarbeziehung bzw. in der erweiterten Familie oder psychische Erkrankungen hemmen häufig die Problemlösung, Kommunikation und die tägliche Routine; in der Anpassung an familiäre Belastungen und Veränderungen gibt es erhebliche Schwierigkeiten. Alleinerziehende sind deutlich überfordert.
- [61-80] Die Paarbeziehung ist dauerhaft von Trennung bedroht oder aufgrund persistierender Zerwürfnisse zerbrochen. Psychische Erkrankungen, Alkoholismus und/oder Gewalt spielen eine deutliche Rolle in der Familie.
- [81-100] Es gibt kaum einen gemeinsamen Familienalltag (z.B. keine gemeinsamen Mahlzeiten, Schlafens- und Aufstehzeiten, die Familienmitglieder wissen meist nicht, wo die anderen sind; die Kommunikation ist schwer gestört, man redet aneinander vorbei). Psychische Erkrankungen, Alkoholismus, Drogenabhängigkeit und/oder Gewalt spielen eine Rolle in der Familie.



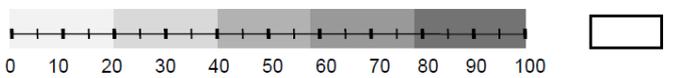
3) Soziale Belastung:

- [00-20] Die Familie ist sozial gut integriert und kann gegebenenfalls Hilfe aktivieren.
- [21-40] Die Familie kann sozial integriert sein, allerdings trotzdem nur schwer auf bspw. die Herkunftsfamilie oder Bekanntenkreis als verlässliche Unterstützung zurückgreifen.
- [41-60] Die Familie ist sozial wenig integriert, potentielle Unterstützungssysteme (bspw. Familie, Freundeskreis, Einrichtungen der Jugendhilfe) erscheinen zum großen Teil weit weg, ebenfalls instabil bzw. wenig hilfreich und entlastend.
- [61-80] Die Familie hat keine hinreichende soziale Unterstützung. Das Umfeld ist möglicherweise dissozial, auf keinen Fall aber eine verlässliche Ressource.
- [81-100] Das soziale Umfeld ist dissozial, kriminell und insgesamt eher destruktiv.



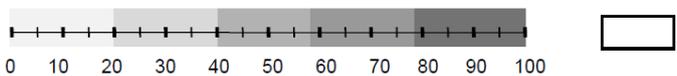
4) Materielle Belastung:

- [00-20] Die finanzielle Situation ist gesichert und kann grundlegende Versorgungsmöglichkeiten gewährleisten. Es besteht ein gewisser finanzieller Spielraum. Die Wohnsituation ist gut.
- [21-40] Die finanzielle Situation ist gesichert und kann grundlegende Versorgungsmöglichkeiten gewährleisten, allerdings sind die darüber hinausgehenden finanziellen Möglichkeiten eingeschränkt. Die Wohnsituation ist ausreichend oder zumindest zumutbar.
- [41-60] Die finanzielle Situation ist bspw. durch Schulden oder längere Arbeitslosigkeit nicht ausreichend gesichert und/oder es herrscht Wohnungsenge.
- [61-80] Die finanzielle Situation ist bspw. durch Schulden oder längere Arbeitslosigkeit völlig unzureichend und es herrscht Wohnungsenge.
- [81-100] Es herrscht große Armut und Wohnungsenge.



Gesamtbelastung:

- [00-20] Das Beziehungssystem weist keine oder nur eine geringe Belastung auf. Evtl. vorhandene Schwierigkeiten werden gut kompensiert.
- [21-40] Das Beziehungssystem lässt Belastungsfaktoren erkennen, die mittelfristig nicht vollständig kompensiert werden können.
- [41-60] Die Belastungsfaktoren überwiegen im Vergleich zu unbelasteten Bereichen deutlich
- [61-80] Die Belastung ist hoch, Möglichkeiten unbelasteten Funktionierens sind selten.
- [81-100] Die Belastung ist so schwer, dass Alltagsaufgaben nicht bewältigt werden können. Grundlegende Aspekte von Versorgung (Essen, Kleiden, med. Versorgung) sind nicht sichergestellt. Absoluter Handlungsbedarf!



Copyright:
 Michael Stasch
 Universitätsklinikum Heidelberg · Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie
 Bergheimer Str. 54, 69115 Heidelberg

3. Einverständniserklärung für die Teilnahme am Projekt:

**Einverständniserklärung**

Ich, _____ ,
geboren am _____ ,
wohnhaft _____ ,
_____ ,

erkläre meine freiwillige Teilnahme am Projekt "Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz". Ich bin vorab ausreichend über das Projekt informiert worden.

- Ich willige ein, dass beiliegender Anfragebogen in ausgefüllter Form an die beim Gesundheitsamt und der Jugendhilfe meines Landkreises angesiedelten Projektkoordinatoren weitergegeben wird, damit mir weitere Möglichkeiten der Unterstützung angeboten werden können.
- Ich bin darüber hinaus mit einer Rückmeldung der Koordinierungsstelle bezüglich der Vermittlung von Unterstützung an die für mich anfragende Stelle einverstanden.

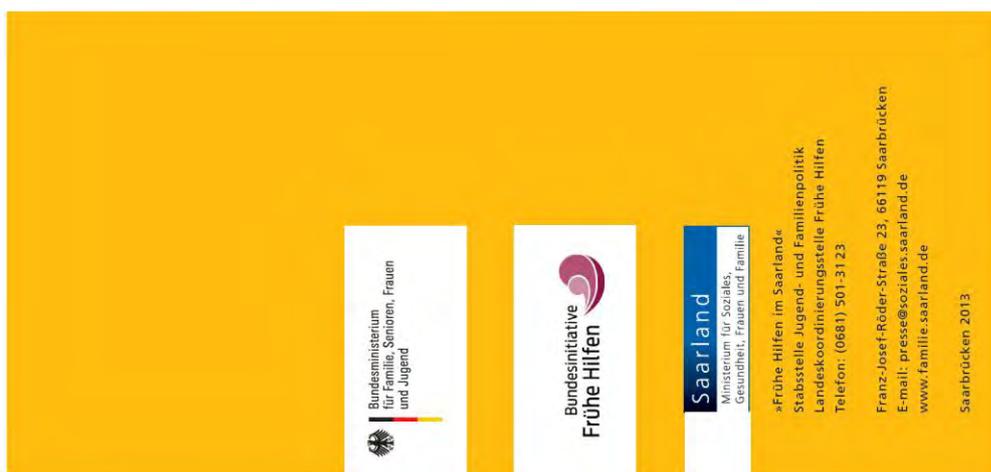
Datum

Unterschrift

Version: 08.12.2011

4. Informationen für Familien zu *Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz*

a) Projektflyer:



KOORDINIERUNGSTELLEN

REGIONALVERBAND SAARBRÜCKEN
 Eveline Zöbel
 Telefon: (0681) 506-52 60
 Fax: (0681) 506-53 93
 eveline.zobel@rvsbr.de
 gesine.thuennenkoetter@rvsbr.de

Der Saarländische Kreis
 Hildegard Johann-Wagner
 Telefon: (06841) 777-83 18
 Fax: (06841) 777-83 33
 hildegard.johann-wagner@saarländischer-kreis.de

Landkreis Neunkirchen
 Helke Stutz
 Telefon: (06824) 906-72 19
 Fax: (06824) 906-72 39
 h.stutz@landkreis-neunkirchen.de

Landkreis Merzig-Wadern
 Stefanie David
 Telefon: (06861) 8 01 73
 Fax: (06861) 8 03 65
 s.david@merzig-wadern.de

Landkreis St. Wendel
 Margit Schieren-Braun
 Telefon: (06851) 801-53 19
 Fax: (06851) 801-53 90
 m.schieren-braun@lkwnd.de

Landkreis Saarlouis
 Beate Rehlinger
 Telefon: (06831) 444-535
 Fax: (06831) 444-600
 beate-rehlinger@kreis-saarlouis.de

Krystyna Wojtunik
 Telefon: (06841) 104-83 31
 Fax: (06841) 104-75 01
 krystyna.wojtunik@saarländischer-kreis.de

Dr. Lieselotte Simon-Stolz
 Telefon: (06824) 906-88 56
 Fax: (06824) 906-88 24
 l.simon-stolz@landkreis-neunkirchen.de

Dr. Christina Ospelt
 Telefon: (06861) 8 04 19
 Fax: (06861) 8 04 14
 c.ospelt@merzig-wadern.de

Julia Hagenbaurer
 Telefon: (06851) 801-53 28
 Fax: (06851) 801-53 90
 j.hagenbaurer@lkwnd.de

Dr. Monika Weber
 Telefon: (06831) 444-738
 Fax: (06831) 444-712
 drmweber@kreis-saarlouis.de

»Frühe Hilfen im Saarland«
 Stabsstelle Jugend- und Familienpolitik
 Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen
 Telefon: (0681) 501-31 23
 Franz-Josef-Röder-Straße 23, 66119 Saarbrücken
 E-mail: presse@soziales.saarland.de
 www.familie.saarland.de
 Saarbrücken 2013

VORWORT



Liebe Eltern,

mit dem saarländischen Landesprogramm »Frühe Hilfen« setzt die Landesregierung ihre bisherige konsequente Unterstützung von saarländischen Familien in der Startphase des Familienlebens fort.

Gemeinsam mit den Landkreisen des Saarlandes und dem Regionalverband Saarbrücken werden die erfolgreichen Angebote wie die Einladungen zur Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen, die Elternkurse »Das Baby verstehen« und die aufsuchende Beratungsarbeit der Familienhebammen und Familienbegleiterinnen weitergeführt.

Die bisherigen Modellprojekte werden zu Regelangeboten für alle Familien im Saarland ausgebaut. Dies belegt den Stellenwert, den die saarländische Landesregierung der Familienpolitik und den saarländischen Familien beimisst.

Andreas Storm
 Andreas Storm
 Minister für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

FRÜHE HILFEN IM SAARLAND

Die Geburt ihres Kindes bringt viele Veränderungen mit sich. Es ist eine Zeit, die für die meisten Eltern nicht ausschließlich von Glück, sondern auch von Fragen und Unsicherheiten geprägt ist, mit denen Sie sich manchmal sehr alleine fühlen können.

Was müssen wir als Eltern in den Bereichen Entwicklung, Pflege, Ernährung beachten? Wie können wir die Signale des Kindes besser verstehen? Wie geht es mir selbst in dieser neuen Situation? Wie gehe ich mit den Veränderungen in Partnerschaft, Familie und Beruf um?

Gerade diese erste Zeit ist jedoch sehr wichtig, um Ihrem Baby einen guten Start ins Leben zu ermöglichen. Hier werden verschiedene Angebote für Familien mit Kindern im ersten Lebensjahr gemacht. Die Mitarbeiter Ihrer regionalen Koordinierungsstelle (Kinderärzte/ärztinnen und Sozialarbeiter/innen) stehen Ihnen aber auch für Fragen bzgl. Ihres Kindes bis zum Einschulungsalter zur Verfügung.

Unsere Angebote

Im Elternkurs »Das Baby verstehen« steht die Kommunikation zwischen Eltern und Kind im Mittelpunkt. Eltern werden für das Ausdrucksverhalten ihres Babys sensibilisiert und erhalten Anregungen für die Gestaltung zufriedenstellender Kontakte. Informationen über frühe Entwicklungsprozesse des Kindes, der Erfahrungsreichtum der Kursleiter/innen und der Austausch mit anderen Eltern tragen zum Abbau von Missverständnissen in der Kommunikation zwischen Eltern und Baby bei.

Auch das Wohlergehen der Eltern und die neue Situation in der Partnerschaft nach der Geburt eines Kindes sind Themen des Kurses. Speziell ausgebildete Familienhebammen und Kinderkrankenschwestern, die vertraut sind mit der Lebenssituation junger Familien und der Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern, können Sie bei Bedarf kostenfrei regelmäßig zu Hause besuchen. Sie stehen Ihnen bei Fragen zur Versorgung und zum Umgang mit dem Baby zur Seite und unterstützen Sie in der neuen Lebenssituation.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Koordinierungsstellen in den Landkreisen und im Regionalverband erreichen Sie bei Fragen zu unseren Angeboten direkt und unbürokratisch (Kontaktdaten siehe Rückseite). Sie erhalten entsprechende Informationen auch von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt oder Ihrer Hebamme.

An allen Standorten wurden »Netzwerke für Eltern« gegründet, in denen verschiedene Berufsgruppen und Einrichtungen zusammenarbeiten. Ihr Ziel ist die Vermittlung passender Unterstützungsangebote für junge Familien vor Ort.

Früherkennungsuntersuchung

Damit Ihr Kind gesund aufwachsen kann und Krankheiten früh erkannt und behandelt werden können, übernehmen die Krankenkassen die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 in den ersten sechs Lebensjahren. Diese Untersuchungen sind ein wichtiger Teil der Gesundheitsvorsorge, da sie in bestimmten Zeiten stattfinden, in denen Ihr Kind entscheidende Entwicklungsschritte macht. In dem gelben Kinderuntersuchungsheft, das Sie zur Geburt Ihres Kindes erhalten haben, sind die Zeiträume angegeben, in denen für Ihr Kind die einzelnen Früherkennungsuntersuchungen anstehen. Zusätzlich erhalten Sie vom »Zentrum für Kindervorsorge« ein Einladungsschreiben. Sollten Sie den Untersuchungstermin vergessen haben oder waren Sie verhindert, werden Sie schriftlich oder telefonisch erinnert.



b) Projektkurzbeschreibung für Familien:

**Familieninformation zum Projekt „Keiner fällt durchs Netz“**

Liebe Eltern,

die Geburt eines Kindes bringt für die ganze Familie und insbesondere für Sie als Eltern viele Veränderungen mit sich: in der Partnerschaft, im sozialen Umfeld und im Berufsleben. Es ist eine Zeit, die für die meisten Eltern nicht ausschließlich von Glück, sondern auch von vielen Fragen und Unsicherheiten geprägt ist, mit denen sie sich manchmal sehr alleine fühlen können. Gerade diese Zeit ist jedoch sehr wichtig, um einem Baby einen guten Start ins Leben zu ermöglichen. Das Projekt „Frühe Hilfen - Keiner fällt durchs Netz“ möchte Ihnen in dieser Situation Unterstützung anbieten. Im Projekt arbeiten beispielsweise Familienhebammen und Kinderkrankenschwestern, die sich mit der Lebenssituation junger Familien und der Entwicklung von Babys und Kleinkindern gut auskennen. Sie besuchen Familien, die sich für das Projekt angemeldet haben, in deren Zuhause, um dort in Ruhe alle Fragen und Probleme besprechen zu können, die Eltern beschäftigen. Sie können Hilfen und Ratschläge geben, was die Versorgung und den Umgang mit dem Baby angeht, aber auch darüber hinaus Ansprechpartnerin für alle weiteren auftauchenden Schwierigkeiten sein.

In jedem Landkreis gibt es zwei ProjektkoordinatorInnen, die am Gesundheits- und Jugendamt Ihres Landkreises angesiedelt sind. Ihre Aufgabe ist es, für Sie als Familie die am besten geeignete Form der Unterstützung anzubieten. Sie koordinieren die Arbeit der Familienhebammen und Sozialpädiatrischen Familienbegleiterinnen. Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass Ihr Name und Ihre Adresse/Telefonnummer an diese Projektkoordinatoren weitergegeben werden dürfen, damit diese Ihnen ein Angebot zur Unterstützung machen können.

Die Teilnahme am Projekt ist für Sie als Eltern freiwillig. Sie haben das Recht, Ihr Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für Ihre weitere medizinische und sonstige Versorgung zurückzuziehen. Die Teilnahme am Projekt bedeutet kein Risiko oder unerwünschte Folgen.

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Projektkoordinatoren in ihrem Landkreis:

Hier stehen i.d.R. die Kontaktdaten des jeweiligen Landkreises

5. Einverständniserklärung Supervision:



UniversitätsKlinikum Heidelberg



Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich,

geboren am

wohnhaft

.....

gebe meine freiwillige Einwilligung, dass notwendige Informationen anonym über mich und meine Familie durch die mich betreuende Familienhebamme/Kinderkrankenschwester

.....

für die Zwecke der Supervision der aufsuchenden Arbeit an die Projektmitarbeiter des Instituts für Familientherapie der Universität Heidelberg weitergegeben werden dürfen.

Weiter dürfen personenbezogene Informationen zur gezielten Organisation und Vermittlung der Hilfen an die beim Gesundheitsamt und der Jugendhilfe angesiedelten Projektkoordinatoren weitergegeben werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....

Datum

Unterschrift

Version 09.03.2009

6. Einverständniserklärung zur Schweigepflichtentbindung gegenüber weiteren Institutionen:



UniversitätsKlinikum Heidelberg



Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich,, geboren am.....,

wohnhaft.....

.....

entbinde die Familienhebamme /Kinderkrankenschwester

.....

gegenüber dem

- Jugendamt
- Gesundheitsamt
- einer anderen Institution oder Person, nämlich:

.....

von der Schweigepflicht. Die Weitergabe von personenbezogenen Daten ist auf Informationen beschränkt, die für das Tätigwerden des Jugend- oder Gesundheitsamtes bzw. der Institution in der konkret vorliegenden Situation erforderlich sind.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....

Ort, Datum

Unterschrift

Version 09.03.2009

7. Fax-Anfragebogen:



Anfragebogen
Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz

An die Koordinationsstelle des
Landkreises
per Fax-Nr:

Absender:

Institution/Praxis: _____	Ansprechpartner: _____
Tel zu erreichen: _____	Fax-Nr: _____
Datum / Unterschrift: _____	

Daten:

- Einverständnis zur Kooperation im Projekt „Frühe Hilfen, Keiner fällt durchs Netz“ erteilt.

Name der Mutter _____	Name des Vaters _____
Geb. Datum _____	Geb. Datum _____
Aktuelle Adresse _____	
Tel. Nr. _____	Geschwister / Alter _____ / _____ / _____

Gesundheitl. / mediz. Zustand der Mutter:
E.T. _____
Soziale Situation :

Name des Kindes _____	geb. _____
Angaben zum Kind	

Betreuung Hebamme / Nachsorgehebamme bereits eingeleitet?
Name: _____ Tel: _____

**Rückmeldung der Koordinierungsstelle
per Fax-Nr:**

Ergebnis der Kontaktaufnahme:	
<input type="checkbox"/> Familienhebamme	<input type="checkbox"/> andere Hilfen geplant
<input type="checkbox"/> bisher kein Kontakt	

Ansprechpartner: _____	Tel: _____
Datum / Unterschrift: _____	

8. Beauftragungsbogen:

**Beauftragung für Hausbesuche**

Mit Bezug auf den unter Vorbehalt stehenden Honorarvertrag vom 20.05.08 wird zwischen dem Regionalverband/Landkreis _____ als Auftraggeber und der Familienhebamme Frau _____ als Auftragnehmerin, folgender Auftrag erteilt:

Frau _____ wird beauftragt, bei Familie _____ _____ Stunden im Monat aufsuchender Arbeit als Familienhebamme ab dem..... zu leisten.

Datum

Unterschrift des Koordinator/-in

Beauftragung angenommen:

Datum

Unterschrift der Auftragnehmerin

9. Einzelfalldokumentation:

Anfrage, Vermittlung, Beauftragung	
Datum	
Familiencode	
Kopie an Uni Heidelberg am ausgefüllt von	
Schwangerschaftswoche	
Geburtsstermin	
Alter des Kindes bei Anfrage	
Anfragende Stelle	
Ist diese Stelle Teil des "Netzwerks für Eltern"? (ja/nein)	
Grund der Anfrage	
Gesundheitlicher Zustand Kind	
Soziale Situation Familie	
Nachsorgehebamme (ja/nein)	
Familie ist der Jugendhilfe bekannt (ja/nein)	
Familie erhält bereits Unterstützung durch...(z.B. ASD, Familienhilfe etc.)	
Es fand eine Vermittlung durch die Koordinationsstelle statt (ja/nein)	
Wenn "ja": Vermittlung an Projektangebote wie FH, SMA, Elternkurs (bitte angeben)	
Oder: wenn "ja": Vermittlung an andere Stelle, bitte angeben welche	
Bei Vermittlung an andere Stelle: Ist diese Teil des "Netzwerks für Eltern"? (ja/nein)	
Grund für Vermittlung an o.g. Stelle	
Grund für Nicht-Vermittlung	
Wenn keine Vermittlung stattfindet:	
bitte denken Sie an dieser Stelle an das Weiterleiten der Anfrage an Heidelberg!	
Beauftragung	
Betreuung durch FH/SMA ab	
Bitte denken Sie an dieser Stelle an das Weiterleiten der Anfrage an Heidelberg!	

Fallverlauf	
Familiencode	
Kopie an Uni Heidelberg am	
ausgefüllt von	
Es kam nach Beauftragung ein Kontakt zur Familie zustande (ja/nein)	
Fallbesprechungen (FH/SMA u. KoordinatorInnen)	
Besuche in der Schwangerschaft (ja/nein, wenn ja, wie viele?)	
Besuche in der Regelversorgung nach Geburt (ja/nein, wenn ja, wie viele?)	
Mischfinanzierte Besuche (ja/nein, wenn ja, wie viele?) (projektfinanzierte Leistungen in der Zeit der krankenkassenfinanzierten Regelversorgung (Verlängerung der Besuchszeit))	
Projektfinanzierte Besuche (Anzahl im gesamten Betreuungszeitraum)	
Kontakte zu Institutionen bzw. Ärzten im Rahmen des laufenden Falles	
(anzugeben z.B.: Frauenarzt, Kinderarzt, Beratungsstellen, Jugendamt / ASD, Logopäden, Ergotgtherapeuten, Psychotherapeuten, Sonstige)	
Ist/Sind diese Teil des "Netzwerks für Eltern"? (ja/nein, wenn nein, welche?)	
Vermittlung weiterer Unterstützungs- /Hilfsangebote? (ja/nein, wenn ja, welche?)	
Wenn nicht Koordinationsstelle, wer vermittelte?	
Einleitung einer Maßnahme der Jugendhilfe im Betreuungsverlauf am (wenn eingeleitet: welche?)	
Besondere Vorkommnisse in Stichworten: (Probleme, Fragen, Erfolge)	
Bei Anfragen	
In der Arbeit mit der Familie	
Im Zuge der Kooperation mit anderen Institutionen	
Sonstiges	

Ende der Betreuung	
bzw. bei Betreuung durch SMA: Mitteilung am Ende des ersten Lebensjahres	
Datum	
Familiencode	
Kopie an Uni Heidelberg am ausgefüllt von	
Beendigungsgrund	
(anzugeben z.B.: Kindesalter, mangelnde Bereitschaft zur Zus.Arbeit, kein weiterer Hilfebedarf, Inobhutnahme, Sonstige(nämlich))	
Weitervermittlung nach Ende der aufsuchenden Arbeit? (ja/nein)	
Wenn "ja", Weitervermittlung an SMA? (ja/nein)	
Oder: wenn "ja", Weitervermittlung an andere? An wen?	
(anzugeben z.B.: Kita, Maßnahme des Jugendamts, Beratungsstelle, keine weitere Vermittlung, Sonstige(nämlich))	
Ist/Sind diese Teil des "Netzwerks für Eltern"? (ja/nein)	
Wenn "nein", welche nicht?	
Im Betreuungszeitraum bestehende Unterstützungsangebote und/oder Maßnahmen der Jugendhilfe... (werden fortgeführt oder beendet ab (Datum)) Bitte aufzählen	
Sonstige Anmerkungen	

10. Fragebogenpaket (Mutter):

Fragebogen Mutter

<i>Wird ausgefüllt</i>
CODENUMMER _____
Heutiges Datum _____
Anzahl der bisher stattgefundenen Besuche _____

Wenn sie mehrere Kinder haben, beantworten Sie alle Fragen des Bogens bitte bezogen auf das jüngste Kind.

Persönliche Angaben der Mutter

1. Alter _____
2. Nationalität _____ 3. Religionszugehörigkeit _____
4. Schulabschluss
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> Realschulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife | <input type="checkbox"/> Abitur |
| <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss | <input type="checkbox"/> keiner |
5. Berufsausbildung als _____ keine
6. Aktuelles Beschäftigungsverhältnis
- angestellt selbstständig arbeitslos Elternzeit in Ausbildung
- 6a. aktuell ausgeübte berufliche Tätigkeit als _____
- 6b. Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie? _____
- 6c. Falls in der Elternzeit, voraussichtliche Dauer der Elternzeit _____
7. Aktueller Familienstand
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> feste Partnerschaft |
| <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> getrennt lebend |
| <input type="checkbox"/> geschieden, allein lebend | <input type="checkbox"/> geschieden, wiederverheiratet |
| <input type="checkbox"/> geschieden, in neuer Partnerschaft lebend | <input type="checkbox"/> verwitwet |
8. Besteht die Partnerschaft mit dem Vater des Kindes noch? Ja Nein
- Falls Ja gehen Sie bitte weiter zu Frage 9
- 8a. Seit wann sind Sie getrennt? _____
- 8b. Wie lange bestand die Beziehung bis zur Trennung? _____
- 8c. Besteht zwischen Ihnen und dem Vater noch Kontakt? Nein Wenig Regelmäßig
- 8d. Leben Sie aktuell in einer neuen Partnerschaft? Ja Nein
- 8e. Ist der neue Partner an der Versorgung des Kindes beteiligt? Ja Nein
- 8f. Wenn ja, in welchen Bereichen? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen)
- beim Füttern Wickeln Baden bei spielerischen Aktivitäten mit dem Kind
- 8g. Angaben zum Kindsvater (falls nicht im selben Haushalt lebend)
- Alter: _____
- Schulabschluss und erlernter Beruf _____
- Aktuell erwerbstätig? Ja Nein
- Wenn ja, als was? _____
- 8h. Hat der Kindsvater noch Kontakt zum gemeinsamen Kind?
- Ja Nein Wenn ja, wie häufig? _____

8i. Bekommen Sie vom Vater regelmäßig Unterhalt? Ja Nein

8j. Ist der leibliche Vater des Kindes an der Versorgung des Kindes beteiligt? Ja Nein

8k. Wenn ja, in welchen Bereichen? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen)

- beim Füttern Wickeln Baden bei spielerischen Aktivitäten mit dem Kind

9. Geschlecht und Alter aller Ihrer Kinder

Geschlecht (bitte ankreuzen)	Alter	Leibliches Kind?	Kind aus aktueller Beziehung?	Lebt das Kind bei Ihnen im Haushalt?	Haben Sie Kontakt zum Kind?
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, regelmäßig
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, regelmäßig
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, regelmäßig
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, regelmäßig
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, regelmäßig

10. Gab es bei der Geburt (des jüngsten Kindes) Komplikationen?

- Ja welche? _____
 Nein _____

11. War die Geburt (des jüngsten Kindes) für Sie eine belastende Erfahrung?

- sehr belastend
 etwas belastend
 wenig belastend
 gar nicht belastend

12. Aktuelle Lebenssituation

- Wie viele Zimmer hat Ihre Wohnung? _____
 Gibt es ein eigenes Kinderzimmer? Ja Nein
 Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt? _____
 Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt? _____
 Wie viel Geld steht Ihnen insgesamt monatlich zur Verfügung?
 weniger als 1000 € zwischen 1000 und 1500 €
 zwischen 1500 und 2000 € mehr als 2000 €

13. Ist der Vater des Kindes an der Versorgung des Kindes beteiligt? (Fragen 13 und 13a nur dann beantworten, falls Sie mit dem Vater des Kindes zusammenleben)

- Ja Nein

13a. Wenn ja, in welchen Bereichen? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen)

- beim Füttern Wickeln Baden bei spielerischen Aktivitäten mit dem Kind

14. Gibt es weitere Personen außer Ihnen, die Ihr Kind regelmäßig betreuen?

- Ja Nein

15. Wenn ja, ordnen Sie die Personen bitte einer der folgenden Kategorien zu:

Betreuungsperson	Versorgung wie oft	Entfernung der betreuenden Person zu Ihrem Wohnort (km)
Vater des Kindes	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> seltener als einmal im Monat <input type="checkbox"/> ein bis zwei Mal im Monat <input type="checkbox"/> ein Mal in der Woche <input type="checkbox"/> mehrmals in der Woche <input type="checkbox"/> täglich	
Eigene Eltern	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> seltener als einmal im Monat <input type="checkbox"/> ein bis zwei Mal im Monat <input type="checkbox"/> ein Mal in der Woche <input type="checkbox"/> mehrmals in der Woche <input type="checkbox"/> täglich	
Schwiegereltern	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> seltener als einmal im Monat <input type="checkbox"/> ein bis zwei Mal im Monat <input type="checkbox"/> ein Mal in der Woche <input type="checkbox"/> mehrmals in der Woche <input type="checkbox"/> täglich	
Großeltern	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> seltener als einmal im Monat <input type="checkbox"/> ein bis zwei Mal im Monat <input type="checkbox"/> ein Mal in der Woche <input type="checkbox"/> mehrmals in der Woche <input type="checkbox"/> täglich	
Andere Familienangehörige, nämlich _____	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> seltener als einmal im Monat <input type="checkbox"/> ein bis zwei Mal im Monat <input type="checkbox"/> ein Mal in der Woche <input type="checkbox"/> mehrmals in der Woche <input type="checkbox"/> täglich	
Freunde, Bekannte	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> seltener als einmal im Monat <input type="checkbox"/> ein bis zwei Mal im Monat <input type="checkbox"/> ein Mal in der Woche <input type="checkbox"/> mehrmals in der Woche <input type="checkbox"/> täglich	
Nachbarn	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> seltener als einmal im Monat <input type="checkbox"/> ein bis zwei Mal im Monat <input type="checkbox"/> ein Mal in der Woche <input type="checkbox"/> mehrmals in der Woche <input type="checkbox"/> täglich	
Arbeitskollegen	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> seltener als einmal im Monat <input type="checkbox"/> ein bis zwei Mal im Monat <input type="checkbox"/> ein Mal in der Woche <input type="checkbox"/> mehrmals in der Woche <input type="checkbox"/> täglich	
Sonstige, nämlich	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> seltener als einmal im Monat <input type="checkbox"/> ein bis zwei Mal im Monat <input type="checkbox"/> ein Mal in der Woche <input type="checkbox"/> mehrmals in der Woche <input type="checkbox"/> täglich	

16. Welches ist Ihre Muttersprache?

- deutsch
→ Wenn Ihre Muttersprache deutsch ist, gehen Sie bitte zu Frage 18.
- andere Muttersprache. Welche? _____
→ Wenn Sie nicht deutsch als Muttersprache sprechen, gehen Sie bitte zu Frage 17a.
- zwei Muttersprachen (deutsch und andere Sprache).
Welche? _____
→ Bitte beantworten Sie weiter bei Frage 18.
- zwei Muttersprachen (keine davon deutsch).
Welche? 1. _____
2. _____
→ Bitte beantworten Sie weiter bei Frage 17a.

17a. Wie gut verstehen Sie deutsch, wenn es gesprochen wird?

- sehr wenig wenig mittelmäßig viel fast alles

17b. Wie gut sprechen Sie deutsch?

- sehr wenig wenig mittelmäßig viel fast alles

17c. Wie gut lesen Sie deutsch?

- sehr wenig wenig mittelmäßig viel fast alles

17d. Wie gut schreiben Sie deutsch?

- sehr wenig wenig mittelmäßig viel fast alles

18. Sprechen Sie und Ihr Partner dieselbe Muttersprache?

- Ja, mein Partner und ich sprechen deutsch als Muttersprache.
→ Bitte gehen Sie weiter zum nächsten Fragebogen
- Ja, mein Partner und ich sprechen beide _____ als Muttersprache.
→ Bitte beantworten Sie weiter bei Frage 20a
- Nein, meine Muttersprache ist deutsch, mein Partner spricht eine andere Muttersprache. Welche? _____
→ Bitte beantworten Sie weiter bei Frage 19a
- Nein, wir sprechen zwei verschiedene Muttersprachen
Welche? _____
→ Bitte beantworten Sie weiter bei Frage 19a

19a. Wie gut versteht Ihr Partner Ihre Muttersprache, wenn sie gesprochen wird?

- sehr wenig wenig mittelmäßig viel fast alles

19b. Wie gut spricht Ihr Partner Ihre Muttersprache?

- sehr wenig wenig mittelmäßig viel fast alles

19c. Wie gut liest Ihr Partner Ihre Muttersprache?

- sehr wenig wenig mittelmäßig viel fast alles

19d. Wie gut schreibt Ihr Partner Ihre Muttersprache?

- sehr wenig wenig mittelmäßig viel fast alles

20a. Wie oft wird Ihre Muttersprache zu Hause gesprochen?

- nie selten manchmal oft immer

20b. Wie oft wird die Muttersprache Ihres Partners zu Hause gesprochen?

- nie selten manchmal oft immer

21a. In welcher Sprache werden Sie mit Ihrem Kind sprechen?

(es sind mehrere Antworten möglich)

- deutsch

21b. Wenn Sie schon Kinder haben, in welcher Sprache sprechen Sie mit Ihren Kindern?

(es sind mehrere Antworten möglich)

- deutsch

1.

Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? (jeweils nur eine Antwort)

		Ich stimme der Aussage zu			
		völlig	überwiegend	etwas	gar nicht
1.	Als Vater sollte man von Anfang an für sein Kind da sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ich bin der Ansicht, dass Frauen/Mütter grundsätzlich besser mit Säuglingen umgehen können als Männer/Väter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Die Organisation der Betreuung des Kindes (z. B. durch Oma, Babysitter etc.) ist auch Vatersache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Es ist unwichtig, dass der Vater möglichst immer telefonisch oder per SMS erreichbar ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Als Vater sollte man seinem Kind zuliebe (gesundheitliche) Risiken meiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Im Umgang mit dem Kind sollte sich ein Vater um andere Bereiche kümmern als die Mutter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Wenn ich meinem Partner nicht genau sage, wie er etwas mit dem Kind machen soll, macht er es falsch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ein Vater sollte bei wichtigen Terminen (z. B. Kinderarzttermin) für sein Kind da sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Mein Partner findet, dass ich seine Beziehung zum Kind fördere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ich habe das Gefühl das Kind reagiert positiv auf meinen Partner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Als Vater sollte man sich nach der Geburt stärker im beruflichen Bereich engagieren als vorher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ein Vater beeinflusst die Entwicklung seines Kindes entscheidend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Ich erlebe die Beziehung meines Partners zum Kind als schwierig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Es ist wichtig, sich als Vater über die Bedürfnisse des Kindes zu informieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ein Vater ist für wilde Spiele mit dem Kind da.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Als Vater ist es wichtig, sich auch ohne die Partnerin mit dem Kind zu beschäftigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Ich weiß, dass Leute darüber urteilen, wie man als Mutter und Hausfrau seine Kinder und seinen Haushalt in Ordnung hält.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Ich sehe gute und schlechte Seiten an meinem Vater.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Mein Partner erlebt das Kind als pflegeleicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Für den Unterhalt der Familie ist vor allem der Mann zuständig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Mein Partner hat sich auf die Vaterschaft vorbereitet gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Als Vater sollte man sich tagsüber möglichst oft in der Nähe seines Kindes aufhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Es ist in Ordnung, wenn ein Vater nur wenig Zeit mit seinem Kind verbringt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Es ist wichtig, dass Vater, Mutter und Kind auch gemeinsam miteinander spielen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Mein Vater war nie für mich da.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Als Vater sollte man mit seinem Kind kuscheln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Als Vater sollte man nach der Geburt mehr im Haushalt machen als vorher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Die Geburt war für mich eine belastende Erfahrung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Ich glaube mein Partner ist gerne Vater.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Mann und Frau sollten sich alle Aufgaben teilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Version 29.04.09

7

1.

		völlig	über- wiegend	etwas	gar nicht
31.	Die meisten Frauen mögen es, sich um ihren Haushalt und ihre Kinder zu kümmern. Männer mögen das nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Ich glaube, als Kind wollte mein Partner so sein wie sein Vater.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Ich fördere die Beziehung meines Partners zum Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Die Bedeutung des Vaters für das Wohlergehen des Kindes im ersten Lebensjahr halte ich für wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Ich glaube, mein Partner fühlt sich hilflos und überfordert mit dem Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Ich erlebe meinen Partner als unterstützend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Ich habe das Gefühl, dass mein Partner einen guten Kontakt zum Kind haben wird, wenn es etwas älter ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Kinder brauchen einen Vater.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Für die Familie ist vor allem die Frau zuständig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Ich habe das Gefühl mein Partner hat einen guten Kontakt zum Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	Ich denke mein Partner möchte vieles anders machen als sein Vater.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	Als Vater sollte man möglichst viel mit seinem Kind machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	Mein Partner weiß nicht wirklich, wie man ein Kind pflegt, deshalb ist es einfacher für mich, es selbst zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	Ich überlasse meinem Partner nur ungern den Umgang mit dem Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	Es ist wichtig, dass ein Vater nachts für sein Kind erreichbar ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.	Ich erlebte die Beziehung zu meinem Vater als gut, im Gegensatz zur Beziehung zu meiner Mutter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	Ich erlebte die Beziehung zu meiner Mutter als gut; im Gegensatz zur Beziehung zu meinem Vater.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.	Mein Partner ist mit seiner neuen Lebenssituation als Vater zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.	Wenn das Kind Unterstützung braucht, die der Vater selbst nicht geben kann, sollte er dafür sorgen, dass ihm diese zukommt (z. B. Kind zeigt Hunger, wird aber noch gestillt).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.	Kinder trösten ist Frauensache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.	Ein Vater sollte sich um sein krankes Kind kümmern (Medikamente besorgen, Arzttermin vereinbaren etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.	Ich glaube mein Partner findet, dass ich ihm vorschreibe, wie er mit dem Kind umgehen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.	Ich halte meinen Partner für einen guten Vater.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54.	Mein Partner weiß nicht wirklich, wie man sich mit einem Kind beschäftigt, deshalb ist es einfacher für mich, es selbst zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55.	Als Vater ist man verantwortlich für die finanzielle Absicherung seines Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.	In meinem Vater hatte ich immer einen Bündnispartner gegen meine Mutter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57.	In meiner Mutter hatte ich immer eine Bündnispartnerin gegen meinen Vater.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58.	Ich habe das Gefühl, mein Partner fühlt sich als Vater mit dem Kind sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59.	Meine Eltern stimmten sich untereinander gut ab, wenn es um mich ging.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.

		völlig	über- wiegend	etwas	gar nicht
60.	Mein Partner hat sich bereits während der Schwangerschaft als Vater gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.	Es ist mir wichtig, was Nachbarn, Freunde und Familie davon halten, wie ich mit meinem Kind umgehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62.	Ich erlebe meinen Partner als kompetent im Umgang mit dem Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63.	Mein Partner hält sich für einen guten Vater.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei den folgenden Fragen dürfen Sie auch mehr als eine Antwort ankreuzen:

64. **Ein Vater sollte sich verantwortlich fühlen für:**
- Die Bedürfnisse des Kindes
 - Die Entlastung der Partnerin
 - Die Versorgung der Familie
65. **Ein Vater sollte sich in folgenden Bereichen beteiligen:**
- Leibliche Versorgung des Kindes (z. B. Wickeln, Baden)
 - Emotionale Versorgung des Kindes (z. B. Beruhigen)
 - Spielerische Aktivitäten
66. **Die Beziehung zu meinem eigenen Vater erlebte ich als:**
- Gut
 - Zuverlässig
 - Unzuverlässig
 - Liebevoll
 - Unterstützend
 - Kontrollierend
 - Autoritär/dominierend, (z.B. was mein Vater sagte, galt ohne Widerrede)
67. **Den Umgang meiner Eltern miteinander (auch evtl. nach Trennung) erlebte ich als:**
- Harmonisch
 - Liebevoll bzw. respektvoll
 - Schwierig, mit vielen Streitigkeiten
 - Für mich als belastend
68. **Ich erlebe folgende Bereiche problematischer als vor der Geburt:**
- Die Partnerschaft
 - Die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie
 - Meine Erwerbslosigkeit (falls zutreffend)
 - Zeit für mich selbst zu finden
 - Freundeskreis

2.

Wir bitten Sie, bei den folgenden Aussagen jeweils anzugeben, wie häufig diese bei Ihnen zutreffen. Dabei interessiert uns Ihre persönliche Wahrnehmung.

		sehr häufig	häufig	selten	nie
1.	Mein Partner hält sich unter der Woche tagsüber in der Nähe des Kindes auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Mein Partner wickelt das Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Mein Partner beschäftigt sich mit der finanziellen Absicherung des Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Mein Partner beruhigt das Kind am Tag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Mein Partner macht auch ohne mich etwas mit dem Kind,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Seit das Kind da ist, übernimmt mein Partner mehr Aufgaben im Haushalt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Bei Abwesenheit ist mein Partner für uns unerreichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Mein Partner beschäftigt sich mit dem aktuellen Entwicklungsschritten des Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Mein Partner kuschelt mit dem Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Mein Partner besorgt persönlich für das Kind... <ul style="list-style-type: none"> o Spielmaterialien o Pflegeutensilien o Nahrung o Kleidung 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Seitdem das Kind da ist, macht sich mein Partner mehr Gedanken über die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Mein Partner hält sich am Wochenende tagsüber in der Nähe des Kindes auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Mein Partner badet das Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Mein Partner kümmert sich um langfristige Möglichkeiten der Absicherung des Kindes (z. B. Versicherungen, Sparbücher).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Mein Partner spielt mit dem Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Wenn das Kind Unzufriedenheit signalisiert, fühlt sich mein Partner aufgefordert, etwas zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Seit das Kind da ist, engagiert sich mein Partner stärker im beruflichen Bereich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Bei wichtigen Terminen für das Kind ist mein Partner dabei (z. B. Kinderarzttermin).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Mein Partner geht mit dem Kind spazieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Mein Partner ist als Vater verantwortlich für... <ul style="list-style-type: none"> o Die Bedürfnisse des Kindes o Meine Entlastung o Die Versorgung der Familie 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Wenn das Kind krank ist, kümmert sich mein Partner um seine Genesung (z. B. Arzttermine vereinbaren, Medikamente besorgen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Version 29.04.09

10

2.

		sehr häufig	häufig	selten	nie
22.	Mein Partner beruhigt das Kind nachts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Mein Partner informiert sich über die kindliche Entwicklung, z. B. in Zeitschriften, Internet, Gesprächen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Seit das Kind da ist, macht sich mein Partner mehr Gedanken über seine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Wenn das Kind Unterstützung braucht, die mein Partner selbst nicht geben kann, sorgt er dafür, dass dem Kind diese zukommt (z. B. Kind zeigt Hunger, wird aber noch gestillt).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Am Wochenende ist mein Partner nachts beim Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Mein Partner hält mir im Alltag den Rücken frei, damit ich mich um unser Kind kümmern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Mein Partner füttert das Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Unter der Woche ist mein Partner nachts beim Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Mein Partner achtet darauf, dass das Kind angemessen versorgt ist mit... <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pflegeutensilien <input type="checkbox"/> Nahrungsmitteln <input type="checkbox"/> Spielmaterial <input type="checkbox"/> Kleidung 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Mein Partner zieht das Kind an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Bei Bedarf kümmert sich mein Partner darum, dass das Kind betreut wird (z. B. durch Oma, Babysitter).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Mein Partner bringt das Kind ins Bett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Dem Kind zuliebe meidet mein Partner gesundheitliche Risiken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Mein Partner und ich spielen gemeinsam mit dem Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir interessieren uns nun dafür, wie zufrieden Sie mit Ihrem Partner in seiner Rolle als Vater eines Kindes im ersten Lebensjahr sind.

36. Sind Sie zufrieden damit, wie verfügbar Ihr Partner als Vater für Ihr Kind ist?

- Ich wünschte, er wäre mehr verfügbar
- Ich wünschte, er wäre weniger verfügbar
- Ich bin zufrieden damit, wie es ist

37. Sind Sie zufrieden mit der Verantwortung, die Ihr Partner als Vater für das Leben und die Versorgung Ihres Kindes übernimmt?

- Ich wünschte, er hätte mehr Verantwortung
- Ich wünschte, er hätte weniger Verantwortung
- Ich bin zufrieden damit, wie es ist

38. Sind Sie zufrieden damit, wie sich der direkte Kontakt zwischen Ihrem Partner und Ihrem Kind gestaltet?

- Ich wünschte, es wäre mehr Kontakt
- Ich wünschte, es wäre weniger Kontakt
- Ich bin zufrieden damit, wie es ist

39. Wie viel Zeit verbringen Sie durchschnittlich mit Ihrem Kind?

- An einem Wochentag bin ich tagsüber bei meinem Kind:Stunden
- Davon beschäftige ich mich aktiv mit meinem Kind:Stunden
- An einem Wochenendtag bin ich tagsüber bei meinem Kind:Stunden
- Davon beschäftige ich mich aktiv mit meinem Kind:Stunden

40. Wie viel Zeit verbringt Ihr Partner durchschnittlich mit Ihrem Kind?

- An einem Wochentag ist er tagsüber beim Kind:Stunden
- Davon beschäftigt er sich aktiv mit meinem Kind:Stunden
- An einem Wochenendtag ist er tagsüber beim Kind:Stunden
- Davon beschäftigt er sich aktiv mit dem Kind:Stunden

Wie oft treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

		Immer	Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie
1.	Ich fühle mich meinem Baby nahe.	<input type="checkbox"/>					
2.	Ich wünsche mir die Zeit zurück, als ich noch kein Baby hatte.	<input type="checkbox"/>					
3.	Ich fühle mich meinem Baby gegenüber distanziert.	<input type="checkbox"/>					
4.	Ich kuschele gern mit meinem Baby.	<input type="checkbox"/>					
5.	Ich bereue es, dieses Baby zu haben.	<input type="checkbox"/>					
6.	Das Baby scheint nicht mir zu gehören.	<input type="checkbox"/>					
7.	Mein Baby regt mich auf.	<input type="checkbox"/>					
8.	Mein Baby irritiert mich.	<input type="checkbox"/>					
9.	Ich fühle mich glücklich, wenn mein Baby lächelt oder lacht.	<input type="checkbox"/>					
10.	Ich liebe mein Baby über alles.	<input type="checkbox"/>					
11.	Ich liebe es mit meinem Baby zu spielen.	<input type="checkbox"/>					
12.	Mein Baby weint zu viel.	<input type="checkbox"/>					
13.	Ich fühle mich als Mutter gefangen.	<input type="checkbox"/>					
14.	Ich bin auf mein Baby böse.	<input type="checkbox"/>					
15.	Mein Baby ist mir lästig.	<input type="checkbox"/>					
16.	Mein Baby ist das Schönste auf der ganzen Welt.	<input type="checkbox"/>					
17.	Ich wünschte, mein Baby würde irgendwie verschwinden.	<input type="checkbox"/>					
18.	Ich habe meinem Baby Schaden zugefügt.	<input type="checkbox"/>					
19.	Mein Baby macht mich ängstlich.	<input type="checkbox"/>					
20.	Ich fürchte mich vor meinem Baby.	<input type="checkbox"/>					
21.	Mein Baby macht mich ärgerlich.	<input type="checkbox"/>					
22.	Ich fühle mich sicher, wenn ich mein Baby wickle.	<input type="checkbox"/>					
23.	Ich denke die einzige Lösung ist, wenn jemand anderes mein Baby betreut.	<input type="checkbox"/>					
24.	Ich möchte mein Baby verletzen.	<input type="checkbox"/>					
25.	Mein Baby ist leicht zu beruhigen.	<input type="checkbox"/>					

4.

Wir würden gerne wissen, wie Sie sich fühlen. Bitte wählen Sie unter den folgenden Aussagen, die Antwort, die am besten beschreibt, wie Sie sich **in den letzten sieben Tagen** gefühlt haben, nicht nur wie Sie sich heute fühlen:

In den letzten sieben Tagen...

1. konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen.
 - so wie ich es immer konnte
 - nicht ganz so wie sonst immer
 - deutlich weniger als früher
 - überhaupt nicht
2. konnte ich mich so richtig auf etwas freuen.
 - so wie immer
 - etwas weniger als sonst
 - deutlich weniger als früher
 - kaum
3. fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief.
 - ja, meistens
 - ja, manchmal
 - nein, nicht so oft
 - nein, niemals
4. war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen.
 - nein, überhaupt nicht
 - selten
 - ja, manchmal
 - ja, häufig
5. erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen.
 - ja, oft
 - ja, manchmal
 - nein, nicht oft
 - nein, überhaupt nicht
6. überforderten mich verschiedene Umstände.
 - ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden
 - ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden
 - nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden
 - nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig
7. war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte.
 - ja, die meiste Zeit
 - ja, manchmal
 - nein, nicht sehr oft
 - nein, überhaupt nicht
8. habe ich mich traurig und schlecht gefühlt.
 - ja, die meiste Zeit
 - ja, manchmal
 - selten
 - nein, überhaupt nicht
9. war ich so unglücklich, dass ich geweint habe.
 - ja, die ganze Zeit
 - ja, manchmal
 - nur gelegentlich
 - nein, niemals
10. überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen.
 - ja, ziemlich oft
 - manchmal
 - kaum
 - niemals

14

5.

Wir bitten Sie, bei den folgenden Sätzen jeweils anzugeben, wie sehr sie mit Ihrem eigenen Gefühl übereinstimmen

		trifft sehr zu	trifft zu	nicht sicher	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1.	Ich habe oft das Gefühl, dass ich nicht sehr gut mit den Dingen zurechtkomme.	<input type="checkbox"/>				
2.	Ich finde, dass ich mehr von meinem Eigenen aufgeben, um den Bedürfnissen meines Kindes gerecht zu werden, als ich gedacht habe.	<input type="checkbox"/>				
3.	Ich fühle mich durch meine Verantwortung als Mutter/Vater wie eingefangen.	<input type="checkbox"/>				
4.	Seit das Kind da ist, konnte ich keine neuen oder anderen Dinge mehr anfangen.	<input type="checkbox"/>				
5.	Seit das Kind da ist, habe ich das Gefühl, ich konnte fast überhaupt keine Dinge mehr machen, die ich gern mache.	<input type="checkbox"/>				
6.	Ich bin unglücklich über die letzten Kleiderkäufe, die ich für mich gemacht habe.	<input type="checkbox"/>				
7.	Es gibt einige Dinge in meinem Leben, die mich bedrücken.	<input type="checkbox"/>				
8.	Ein Kind zu haben, hat mehr Probleme für meine Beziehung zu meinem Partner gebracht, als ich dachte.	<input type="checkbox"/>				
9.	Ich fühle mich einsam und ohne Freunde.	<input type="checkbox"/>				
10.	Wenn ich zu einem Fest gehe, habe ich gewöhnlich nicht die Erwartung, dass es mir Spaß machen wird.	<input type="checkbox"/>				
11.	Ich habe nicht mehr so viel Interesse an Leuten wie früher.	<input type="checkbox"/>				
12.	Ich habe nicht so viel Spaß an Dingen wie früher.	<input type="checkbox"/>				

15

5.

		trifft sehr zu	trifft zu	nicht sicher	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
13.	Mein Kind macht selten etwas für mich, was mir gut tut.	<input type="checkbox"/>				
14.	Manchmal habe ich das Gefühl, dass mein Kind mich nicht mag und nicht gern nahe bei mir ist.	<input type="checkbox"/>				
15.	Mein Kind lächelt mich viel seltener an, als ich erwartete.	<input type="checkbox"/>				
16.	Wenn ich etwas für mein Kind mache, dann habe ich das Gefühl, dass meine Anstrengung gar nicht recht anerkannt wird.	<input type="checkbox"/>				
17.	Beim Spielen lacht oder kichert mein Kind kaum.	<input type="checkbox"/>				
18.	Mein Kind scheint nicht so schnell zu lernen wie andere Kinder.	<input type="checkbox"/>				
19.	Mein Kind scheint nicht so viel zu lächeln wie andere Kinder.	<input type="checkbox"/>				
20.	Mein Kind kann nicht so viele Dinge, wie ich erwartet hatte.	<input type="checkbox"/>				
21.	Es braucht lange und es ist sehr schwierig für mein Kind, sich an neue Dinge zu gewöhnen.	<input type="checkbox"/>				
22.	Ich habe erwartet, dass ich innigere und positivere Gefühle für mein Kind habe würde, und das bedrückt mich.	<input type="checkbox"/>				
23.	Manchmal macht mein Kind Dinge, die mich ärgern, einfach um böse zu sein.	<input type="checkbox"/>				

24 Ich habe das Gefühl, ich bin... (bitte wählen Sie eine Antwort)

- eine nicht sehr gute Mutter
- jemand, der einige Schwierigkeiten damit hat, Mutter zu sein
- eine durchschnittliche Mutter
- besser, als die durchschnittlichen Eltern
- eine sehr gute Mutter

5.

		trifft sehr zu	trifft zu	nicht sicher	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
25.	Mein Kind scheint mehr zu schreien und zu quengeln als die meisten anderen Kinder.	<input type="checkbox"/>				
26.	Mein Kind wacht in der Regel schlecht gelaunt auf.	<input type="checkbox"/>				
27.	Mein Kind hat starke Stimmungsschwankungen und ist leicht erregbar.	<input type="checkbox"/>				
28.	Mein Kind macht Dinge, die mich sehr aufregen.	<input type="checkbox"/>				
29.	Mein Kind reagiert sehr heftig, wenn etwas geschieht, das es nicht mag.	<input type="checkbox"/>				
30.	Mein Kind gerät über die kleinsten Dinge leicht in Aufregung.	<input type="checkbox"/>				
31.	Der Schlaf- und Essrhythmus meines Kindes war (ist) viel schwerer aufzubauen als ich dachte.	<input type="checkbox"/>				

32 Ich habe festgestellt, mein Kind zu etwas aufzufordern oder ihm etwas zu untersagen, ist...

(bitte wählen Sie eine Antwort)

- viel schwerer, als ich dachte
- etwas schwerer, als ich dachte
- ungefähr so schwer, wie ich erwartet habe
- etwas leichter, als ich dachte
- viel leichter, als ich dachte

33 Bitte denken Sie sorgfältig darüber nach, wie viele Dinge es gibt, die Ihr Kind tut, die Sie ärgern, z. B. jammern, schreien, trödeln, nicht folgen, umher jagen, unterbrechen, schlagen...

(bitte wählen Sie eine Antwort)

- zehn und mehr
- acht bis neun
- sechs bis sieben
- vier bis fünf
- eins bis drei

17

5.

		trifft sehr zu	trifft zu	nicht sicher	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
34.	Es gibt einige Dinge, die mein Kind tut, die mich wirklich ärgern.	<input type="checkbox"/>				
35.	Mein Kind erwies sich als größeres Problem, als ich erwartet habe.	<input type="checkbox"/>				
36.	Mein Kind stellt mehr Anforderungen an mich als andere Kinder.	<input type="checkbox"/>				

6.

Wie sehen Sie Ihr Kind heute? Inwieweit treffen folgende Aussagen zu?

		trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
1.	Mein Kind ist meist fröhlich und zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Mein Kind ist leicht erregbar und weint häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Mein Kind ist schwer zu trösten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Mein Kind ist neugierig und aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Mein Kind ist eher zurückhaltend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.

Beschreiben Sie bitte Ihre Familie, so wie sie jetzt ist

		fast nie	ab und zu	öfters	häufig	fast immer
1.	Wir bitten einander um Hilfe	<input type="checkbox"/>				
2.	Wenn Probleme auftreten, folgen wir in der Regel den Vorschlägen der Kinder	<input type="checkbox"/>				
3.	Wir akzeptieren die Freunde des anderen	<input type="checkbox"/>				
4.	Bei uns haben auch Kinder etwas zu sagen	<input type="checkbox"/>				
5.	Wir unternehmen gern etwas gemeinsam	<input type="checkbox"/>				
6.	Verschiedene Personen übernehmen die Führungsrolle in unserer Familie	<input type="checkbox"/>				
7.	Wir sind gefühlsmäßig enger miteinander verbunden als mit Leuten außerhalb unserer Familie	<input type="checkbox"/>				
8.	Bei der Bewältigung von Aufgaben sind wir flexibel	<input type="checkbox"/>				
9.	Unsere Familie verbringt gern die Freizeit miteinander	<input type="checkbox"/>				
10.	Eltern und Kinder sprechen gemeinsam über Strafen	<input type="checkbox"/>				
11.	Wir sind gefühlsmäßig sehr eng miteinander verbunden	<input type="checkbox"/>				
12.	Bei uns treffen die Kinder die Entscheidungen	<input type="checkbox"/>				
13.	Wenn wir etwas gemeinsam in unserer Familie unternehmen, ist jeder da	<input type="checkbox"/>				
14.	Die Regeln in unserer Familie ändern sich	<input type="checkbox"/>				
15.	Es fallen uns leicht Dinge ein, die wir gemeinsam tun können	<input type="checkbox"/>				
16.	Wir teilen die Erledigung von Haushaltspflichten untereinander auf	<input type="checkbox"/>				
17.	Wenn wir Entscheidungen treffen, beraten wir vorher miteinander	<input type="checkbox"/>				
18.	Es ist schwer zu sagen, wer in unserer Familie das Sagen hat	<input type="checkbox"/>				
19.	Zusammengehörigkeitsgefühl ist bei uns sehr wichtig	<input type="checkbox"/>				
20.	Es ist schwer zu sagen, wer welche Haushaltspflichten übernimmt	<input type="checkbox"/>				

19

8.

Sie finden im Folgenden 20 Aussagen über Ihre Familie. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie gut die Aussage Ihre Familie beschreibt. Bitte kreuzen Sie die für Sie am ehesten zutreffende Einschätzung in den entsprechenden Kästchen neben der Aussage an. Beantworten Sie jede Aussage, selbst wenn Sie sich Ihrer Einschätzung nicht völlig sicher sind.

		Stimmt genau	Stimmt ein wenig	Stimmt eher nicht	Stimmt über- haupt nicht
1.	In unserer Familie lebt jeder eher für sich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Eigentlich vertrauen wir einander nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Wenn man in unserer Familie etwas falsch macht, weiß man nicht, was man zu erwarten hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Meine Familie könnte glücklicher sein, als sie tatsächlich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Wir brauchen lange, um mit schwierigen Situationen zurechtzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Wir teilen einander mit, was uns gerade stört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ich kann mir nicht vorstellen, dass irgendeine Familie besser klar kommt als unsere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Wenn wir etwas falsch machen, bekommen wir keine Gelegenheit, es zu erklären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Einige Dinge in unserer Familie stellen mich nicht vollständig zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Wenn wir uns in unserer Familie aufregen, brauchen wir zu lange, um darüber hinwegzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ich weiß nie, was in unserer Familie los ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Wir sind uns oft nicht einig, welche Probleme wir haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Wir sind so gut angepasst, wie eine Familie nur sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Wenn bei uns in der Familie Probleme aufkommen, suchen wir gemeinsam nach neuen Lösungswegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ich glaube nicht, dass irgendeine Familie glücklicher als meine sein könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	In unserer Familie hat man es schwer, seinen eigenen Weg zu verfolgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Wir sind eng miteinander verbunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Wir nehmen uns Zeit, einander anzuhören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Meine Familie und ich verstehen einander vollkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Wir teilen uns gegenseitig mit, wie es uns wirklich geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20

9.

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen und Aussagen zu verschiedenen Aspekten des Lebens. Kreuzen Sie die äußerste Zahl links bzw. rechts an, wenn die Antwort links bzw. rechts daneben Ihrer Meinung vollständig entspricht. Wenn Sie Ihre Antwort irgendwo zwischen der Aussage links und der Aussage rechts sehen, kreuzen Sie diejenige Zahl an, die Ihrer Meinung am besten entspricht.

1. Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

2. Wenn Sie über das Leben nachdenken, ist es dann sehr oft so, dass...

Sie spüren, wie schön es ist, zu leben 1 2 3 4 5 6 7 Sie sich fragen, wieso Sie überhaupt leben

3. Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie...

eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung 1 2 3 4 5 6 7 eine Quelle von Schmerz und Langeweile

4. Wie oft sind Ihre Gedanken und Gefühle ganz durcheinander?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

5. Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt, ...

dann ist es bestimmt so, dass Sie sich auch weiterhin gut fühlen werden 1 2 3 4 5 6 7 dann wird bestimmt etwas passieren, dass dieses Gefühl wieder verdirbt

6. Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben...

ohne jeden Sinn und Zweck sein wird 1 2 3 4 5 6 7 voller Sinn und Zweck sein wird

7. Viele Leute – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

8. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass...

es Ihnen immer gelingen wird, Schwierigkeiten zu überwinden 1 2 3 4 5 6 7 Sie es nicht schaffen werden, die Schwierigkeiten zu überwinden

9. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

21

10.

Schätzen Sie auf der vorgegebenen Skala von „Ich stimme völlig“ bis „Ich stimme gar nicht zu“ ein, wie die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:

		Ich stimme völlig zu	Ich stimme meist zu	Ich stimme teilweise zu	Ich stimme teilweise nicht zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme gar nicht zu
1.	Ich glaube, ich bin eine gute Mutter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ich fühle mich nervös und unsicher, wenn ich mit meinem Kind umgehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ich glaube nicht, dass ich genug Geduld im Umgang mit meinem Kind habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Mutter zu sein, erscheint mir sehr einfach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ich gerate in Panik, wenn mein Kind zu schreien beginnt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ich bin mir nicht sicher, ob ich die Mutter bin, die ich sein sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ich mache meine Sache als Mutter nicht besonders gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ich bin sicher, dass ich lernen kann, was ich brauche, um mein Kind gut zu erziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Ich fühle mich ungeschickt und unbeholfen beim Versorgen meines Babys.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ich bin jemand, der eine gute Mutter sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Andere Leute meinen, dass ich eine gute Mutter bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Im allgemeinen fühle ich mich als Mutter sicher und voller Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Manchmal scheint mir die Verantwortung einer Mutter mehr zu sein, als ich bewältigen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Ich mache mir viel Sorgen, ob ich das Beste für mein Kind tue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ich bin stolz, wie ich mein Kind beruhigen kann, wenn es aufgeregt ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Ich weiß, dass ich meinem Kind vieles beibringen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Ich finde gewöhnlich heraus, was mein Kind will, wenn es schreit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Eine Mutter zu sein, scheint mehr Energie zu verlangen, als ich manchmal zur Verfügung habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Wenn ich bei meinem Kind bin, habe ich das Gefühl, stark zu sein und ihm Schutz geben zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Seit ich Mutter geworden bin, habe ich das Gefühl, ich sei viel häufiger krank gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Viele meiner Freundinnen und Bekannten sind bessere Mütter als ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Ich brauche viele Ratschläge im Umgang mit meinem Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Mutter sein ist schwieriger, als ich mir vorgestellt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Ich bin ruhig und entspannt, wenn ich mit meinem Kind zusammen bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22

10.

Schätzen Sie auf der vorgegebenen Skala von „Ich stimme völlig“ bis „Ich stimme gar nicht zu“ ein, wie die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:

		Ich stimme völlig zu	Ich stimme meist zu	Ich stimme teilweise zu	Ich stimme teilweise nicht zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme gar nicht zu
1.	Ich glaube, ich bin eine gute Mutter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ich fühle mich nervös und unsicher, wenn ich mit meinem Kind umgehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ich glaube nicht, dass ich genug Geduld im Umgang mit meinem Kind habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Mutter zu sein, erscheint mir sehr einfach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ich gerate in Panik, wenn mein Kind zu schreien beginnt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ich bin mir nicht sicher, ob ich die Mutter bin, die ich sein sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ich mache meine Sache als Mutter nicht besonders gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ich bin sicher, dass ich lernen kann, was ich brauche, um mein Kind gut zu erziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Ich fühle mich ungeschickt und unbeholfen beim Versorgen meines Babys.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ich bin jemand, der eine gute Mutter sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Andere Leute meinen, dass ich eine gute Mutter bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Im allgemeinen fühle ich mich als Mutter sicher und voller Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Manchmal scheint mir die Verantwortung einer Mutter mehr zu sein, als ich bewältigen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Ich mache mir viel Sorgen, ob ich das Beste für mein Kind tue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ich bin stolz, wie ich mein Kind beruhigen kann, wenn es aufgeregt ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Ich weiß, dass ich meinem Kind vieles beibringen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Ich finde gewöhnlich heraus, was mein Kind will, wenn es schreit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Eine Mutter zu sein, scheint mehr Energie zu verlangen, als ich manchmal zur Verfügung habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Wenn ich bei meinem Kind bin, habe ich das Gefühl, stark zu sein und ihm Schutz geben zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Seit ich Mutter geworden bin, habe ich das Gefühl, ich sei viel häufiger krank gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Viele meiner Freundinnen und Bekannten sind bessere Mütter als ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Ich brauche viele Ratschläge im Umgang mit meinem Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Mutter sein ist schwieriger, als ich mir vorgestellt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Ich bin ruhig und entspannt, wenn ich mit meinem Kind zusammen bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22

11. Dokubogen Familienhebammen:

Dokumentationsbogen Familienhebamme

(nach jedem Besuch auszufüllen)

Hebamme _____	Familiencode _____
Heutiges Datum _____	Alter des Kindes _____
Bitte einmalig zu Beginn ausfüllen:	
Die Familie wird von mir betreut seit der _____ Schwangerschaftswoche bzw. _____ Woche nach Geburt	

Kam der Besuch zustande? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn nein: Grund dafür _____	Wenn ja: Dauer des Besuchs: _____ min
a) Wer war anwesend?	<input type="checkbox"/> Säugling <input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Geschwisterkinder <input type="checkbox"/> Andere, nämlich:
b) Wer wurde miteinbezogen (in mindestens einem Bereich)?	<input type="checkbox"/> Säugling <input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Geschwisterkinder <input type="checkbox"/> Andere, nämlich:
In welchen Bereichen wurde gearbeitet?		
1. Medizinisches/Versorgung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	2. Selbstfürsorge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wochenbettbetreuung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Umgang mit Belastungs- situationen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beratung bzgl. medizinischer Komplikationen der Mutter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Informationen zur Bedeutung der Eltern-Kind-Beziehung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beratung bzgl. medizinischer Komplikationen des Kindes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gesundheitsberatung der Eltern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Versorgung des Kindes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Soziale Beratung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ernährung des Kindes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, in welchem Bereich? <input type="checkbox"/> Finanziell	
Handling <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Rechtlich	
Sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Wohnsituation	
	<input type="checkbox"/> Arbeitssituation	
	<input type="checkbox"/> Ausstattung für das Kind	
	<input type="checkbox"/> Kinderbetreuung	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	
3. Partnerschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	4. Signale des Kindes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Veränderung der inner- familiären Rollen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wahrnehmen kindlicher Signale <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mütterliche / väterliche Identität <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Interpretation kindlicher Signale <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ressourcen in der Partnerschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kindliche Entwick- lungsphasen und Bedürfnisse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Belastungen in der Partnerschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kommunikation zwischen Eltern und Kind <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Stand: 04.12.08

12. Zufriedenheitsfragebogen für Familien:



Wird ausgefüllt
Code _____
Heutiges Datum _____
Alter des Kindes _____

Zufriedenheitsfragebogen für Familien

1. **Wie zufrieden sind Sie mit den Hausbesuchen insgesamt?**

zufrieden meistens zufrieden meistens unzufrieden unzufrieden

2. **Empfanden Sie es als leicht, in das Projekt aufgenommen zu werden?**

ja eher ja eher nein nein

Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

3. **Ich habe die Familienhebamme/Kinderkrankenschwester als zuverlässige Betreuerin erlebt**

stimmt stimmt meistens stimmt meistens nicht stimmt nicht

4. **Die Familienhebamme/Kinderkrankenschwester war im vergangenen Jahr eine wichtige Ansprechpartnerin für mich**

stimmt stimmt meistens stimmt meistens nicht stimmt nicht

5. **Die Inhalte der Hausbesuche deckten sich mit meinen Anliegen / Interessen**

stimmt stimmt meistens stimmt meistens nicht stimmt nicht

6. **Die Hausbesuche der Familienhebamme/Kinderkrankenschwester haben mir und meiner Familie geholfen**

stimmt stimmt meistens stimmt meistens nicht stimmt nicht

7. **Wie hilfreich haben Sie die verschiedenen Angebote der Familienhebamme/Kinderkrankenschwester empfunden?**

Medizinische Beratung / Versorgung / Pflege des Kindes:

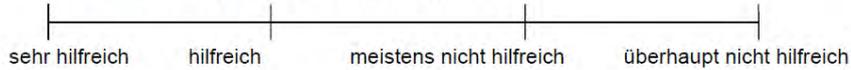
sehr hilfreich hilfreich meistens nicht hilfreich überhaupt nicht hilfreich

in diesem Bereich brauchte ich keine Hilfe

Version 06.05.2009

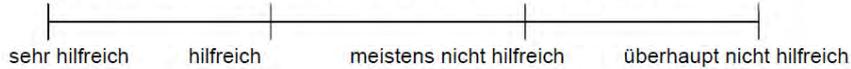


Ratschläge und Tipps für das eigene Wohlbefinden:



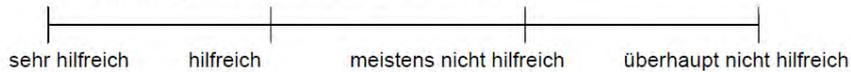
in diesem Bereich brauchte ich keine Hilfe

Hilfe bei der Suche nach finanzieller / sozialer Unterstützung



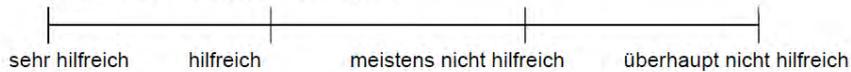
in diesem Bereich brauchte ich keine Hilfe

Unterstützung bei Problemen in Partnerschaft



in diesem Bereich brauchte ich keine Hilfe

Bedürfnisse des Kindes verstehen



in diesem Bereich brauchte ich keine Hilfe

Mit kindlichen Stresssignalen umgehen im Alltag (Müdigkeit, Schreien, usw.)



in diesem Bereich brauchte ich keine Hilfe

Stärkung elterlicher Fähigkeiten



in diesem Bereich brauchte ich keine Hilfe

8. Anregungen und Verbesserungsvorschläge für das Projekt

Version 06.05.2009

13. Dokubogen am Interventionsende:

Dokumentationsbogen Interventionsende

(am Ende der Familienbetreuung auszufüllen)

FH/SMA _____	Familiencode _____
Datum _____	Alter des Kindes _____
<i>Bitte beurteilen Sie rückblickend folgende Punkte Ihrer Familienarbeit</i>	
Arbeitsbündnis	
1. Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit mit der Familie ein? <input type="checkbox"/> sehr gut (eine sehr kooperative Familie) <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> eher schlecht <input type="checkbox"/> schlecht (unkooperative Familie)	2. Haben Sie das Gefühl, dass Sie einen guten Zugang zu der Familie gewonnen haben <input type="checkbox"/> ja (viel Vertrauen, Aufgeschlossenheit) <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein (Misstrauen, Verschlossenheit)
3. Haben Sie die Familie als zuverlässig erlebt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	4. Gab es besondere Probleme bei der Zusammenarbeit mit der Familie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____
5. Waren die Interventionsinhalte Ihrer Meinung nach für die Familie verständlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	6. Konnte die Familie ihrer Meinung nach die Interventionsinhalte umsetzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein
7. Hatten Sie das Gefühl, die Inhalte des Curriculums in der Familie angemessen umsetzen zu können?* <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein	8. Fühlten Sie sich sicher mit der Anwendung des Curriculums in der Familie ?* <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein
9. War der Vater während zumindest eines Besuches anwesend? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	10. Wie schätzen Sie das emotionale Engagement des Vaters ein? <input type="checkbox"/> der Vater wirkte sehr engagiert <input type="checkbox"/> der Vater wirkte eher engagiert <input type="checkbox"/> der Vater wirkte eher wenig engagiert <input type="checkbox"/> der Vater wirkte nicht engagiert

* Für die Teilnehmerinnen am Curriculum für Familienhebammen im Saarland 2007/2008

Dokumentationsbogen Interventionsende
(am Ende der Familienbetreuung auszufüllen)

Strukturelle Merkmale der Arbeit (oder Kooperation mit anderen Einrichtungen?)	
1. Welche Institutionen waren an Ihren Arbeitseinsätzen beteiligt?	
<input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Ärzte, welche _____	<input type="checkbox"/> Jugendamt <input type="checkbox"/> Beratungsstelle <input type="checkbox"/> andere, welche (Sonstige?) _____
2. Wie schätzen sie die Zusammenarbeit mit den Behörden ein?	
2.1 Sozialamt <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> eher schlecht <input type="checkbox"/> schlecht	2.2 Jugendamt <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> eher schlecht <input type="checkbox"/> schlecht
2.3 Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> eher schlecht <input type="checkbox"/> schlecht	2.4 Beratungsstelle <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> eher schlecht <input type="checkbox"/> schlecht
2.5 Ärzte, welche _____ <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> eher schlecht <input type="checkbox"/> schlecht	2.1 Sonstige, welche _____ <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> eher schlecht <input type="checkbox"/> schlecht

Bedeutsame Ereignisse in der Familie (z.B. Arbeitslosigkeit, Tod, Krankheit, Unfall, Trennung, Versöhnung, neuer Partner etc.)
