

Thomas Meyer
Christina Kieslinger

Sonnenkinder – Gesund und geborgen aufwachsen in Stuttgart

– Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung –

Ein Forschungsbericht

Stuttgart, Dezember 2014

Thomas Meyer
Christina Kieslinger

Sonnenkinder – Gesund und geborgen aufwachsen in Stuttgart

– Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung –

Ein Forschungsbericht

im Auftrag
des Caritasverbands für Stuttgart e.V.
St. Anna gGmbH
Sozialdienst katholischer Frauen e.V.
Vinzenz von Paul Kliniken gGmbH

IfaS - Institut für angewandte Sozialwissenschaften
Steinbeis-Transferzentrum an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart
Rotebühlstraße 131
70197 Stuttgart

info@ifas-stuttgart.de
www.ifas-stuttgart.de

Alle Rechte bleiben dem Auftraggeber vorbehalten!

Stuttgart, im Dezember 2014

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

die Frühen Hilfen haben sich in den letzten Jahren zu einer zentralen Infrastrukturleistung für Familien mit Neugeborenen und Kleinkindern in Deutschland entwickelt. Durch eine frühzeitige Unterstützung und Stärkung sollen angehende Eltern bzw. Eltern mit Neugeborenen bereits von Anfang an in ihren Erziehungskompetenzen gestärkt werden. Gleichzeitig geht es aber auch darum, Kindeswohlgefährdungen frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden.

Im Jahr 2009 wurden in der Landeshauptstadt Stuttgart Grundlagen für ein Modellprojekt im Bereich der Frühen Hilfen gemeinsam von Fachkräften des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe erarbeitet. Zwei Jahre später startete das Modellprojekt „Sonnenkinder – Gesund und geborgen in Stuttgart aufwachsen“, gefördert durch die Veronika Stiftung der Diözese Rottenburg-Stuttgart und wissenschaftlich begleitet durch des Institut für angewandte Sozialwissenschaften an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart, Fakultät Sozialwesen. Getragen wird das Projekt durch verschiedene Akteur/innen aus der Gesundheits- und Jugendhilfe: dem Marienhospital Stuttgart, der St. Anna Klinik Bad Cannstatt, dem Sozialdienst katholischer Frauen e.V. und dem Caritasverband für Stuttgart e.V.. Das Projekt „Sonnenkinder“ unterscheidet sich in zweierlei Hinsicht von anderen Angeboten der Frühen Hilfen:

- 1) Zum einen werden alle (werdende) Mütter bereits zum Zeitpunkt der Geburt ihres Kindes in zwei am Projekt beteiligten Kliniken, d.h. kurz vor der Entbindung oder unmittelbar danach, durch die Fachkräfte des Sonnenkinder-Teams aufgesucht. Dadurch ist es möglich schnell und unbürokratisch die zu benötigende Unterstützung zu leisten. Es lassen sich vier Ebenen des Tätigwerdens in den Kliniken unterscheiden:
 - a) Erstens sollen alle werdenden Eltern in den beiden Kliniken über das Sonnenkinder-Projekt, über die angebotenen Unterstützungsleistungen und ggf. über andere Unterstützungsleistungen für Familien mit Neugeborenen in Stuttgart informiert werden. Von zentraler Bedeutung ist dieser Willkommensbesuch in den Kliniken nicht nur aufgrund der Weitergabe erster wichtiger Informationen. Darüber hinaus lernen die besuchten Frauen in den Willkommensbesuchen eine mögliche Ansprechpartnerin kennen, die sie auch nach der Geburt bzw. nach dem Klinikaufenthalt kontaktieren können.

- b) Zweitens können bei Bedarf erste Beratungstätigkeiten in den Kliniken durchgeführt werden.
 - c) Drittens kann bei Bedarf auch bereits eine Vermittlung in entsprechende Hilfesysteme erfolgen.
 - d) Viertens bietet das Sonnenkinder-Team selbst eine intensive Betreuung an, die dann auch nach dem Verlassen des Krankenhauses wahrgenommen werden kann.
- 2) Zum anderen setzt sich das Team aus Fachkräften der Sozialen Arbeit (Sozialpädagoginnen, systemische Familientherapeutinnen) und der Gesundheitsvorsorge (Familien-, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Still- und Laktationsberaterinnen, Hebammen) zusammen, um so komplexe Problemlagen erkennen und diesen gerecht werden zu können.

Dieser niedrigschwellige und interdisziplinäre Zugang ermöglicht es, ein breites Spektrum an Familien zu erreichen und Unterstützungsangebote frühzeitig und bedarfsgerecht zu platzieren. Das Projekt Sonnenkinder bietet durch sein interdisziplinär zusammengesetztes Team ambulante Hilfen aus einer Hand und richtet sich an Familien mit unterschiedlichen Problemlagen. Flankierend zur Klinikpräsenz und der Fallbegleitung werden zudem Gruppenangebote für Mütter konzipiert und durchgeführt sowie ehrenamtlich tätige Familienpatinnen rekrutiert und als weiterführende bzw. ergänzende Unterstützung eingesetzt.

Durch die Vernetzungsaktivitäten zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe zeigen sich in diesem Projekt deutlich die Herausforderungen, die insgesamt in der Ausgestaltung der Frühen Hilfen diskutiert und bearbeitet werden müssen, d.h. die enge, verlässliche, qualitativ abgestimmte Kooperation von Jugend- und Gesundheitshilfe und die Zusammenarbeit innerhalb dieser Systeme in einer sehr komplexen Hilfelandschaft.

Das Unterstützungsangebot „Sonnenkinder“ wurde im Herbst 2011 bis Herbst 2014 durch das Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart, Fakultät Sozialwesen, wissenschaftlich begleitet. IfaS versteht sich als anwendungsorientiertes Forschungsinstitut und bündelt seine Kernkompetenzen neben klassischen Evaluationsprojekten vor allem in der Praxisforschung, wissenschaftlichen Begleitung sowie Konzeptentwicklung. Dabei liegt der Fokus auf der so genannten kooperativen Forschung, d.h. Entwicklung, Planung und Begleitung von Forschungsvorhaben und Entwicklungsprojekten im gemeinsamen Dialog mit Einrichtungen und Organisa-

tionen der Sozialen Arbeit oder dem Gesundheitswesen. Kurz: Forschung mit und in der Praxis.

Diese Verwobenheit mit der Praxis zeigt sich bei der wissenschaftlichen Begleitung des Sonnenkinderprojekts in besonderer Art und Weise: Der Gegenstand der dreijährigen wissenschaftlichen Projektbegleitung durch IfaS bezieht sich auf verschiedene Ebenen:

- Teamcoaching und Projektentwicklung
- Kooperative Instrumentenentwicklung
- Datenerhebung und Datenanalyse
- Gemeinsame Interpretation der Ergebnisse und Formulierung von Empfehlungen

Diese Form der Begleitforschung ermöglichte uns als Wissenschaftsteam spannende Einblicke in ein relativ junges Handlungsfeld der Sozialen Arbeit. Wir danken den vier Trägern des Projekts Sonnenkinder für die Finanzierung der Begleitforschung und die ausgesprochen offene und angenehme Zusammenarbeit während der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation. Ein besonderer Dank gilt dem Kernteam des Sonnenkinder-Projekts für die ausführliche Dokumentation und kontinuierliche Mitarbeit in verschiedenen Workshops, den Familienpatinnen für die Mitwirkung an einer Gruppendiskussion sowie den zahlreichen Müttern, die sich dazu bereit erklärt haben, sich in unterschiedlichster Weise an der Evaluation zu beteiligen.

Mit diesem hier vorliegenden Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung möchten wir Ihnen die im Rahmen des dreijährigen Modellprojekts generierten Ergebnisse zugänglich machen. Sie erhalten Einblicke in die Arbeit in den Kliniken und in die Lebenskontexte der begleiteten und betreuten Müttern/Familien sowie Informationen zur Ausgestaltung der Fall- und Projektarbeit, Erkenntnisse zu elterlichen Erziehungskompetenzen, Gruppenangebote und Familienpatinnen sowie zu Vernetzungsaktivitäten und zum Teamentwicklungsprozess. An dieser Stelle möchten wir Sie allerdings darauf hinweisen, dass sich mit diesen Ergebnissen keine generalisierten Aussagen über andere (werdende) Mütter, die im Rahmen von Angeboten der Frühen Hilfen betreut und begleitet werden, treffen lassen.

Wir wünschen dem Team Sonnenkinder weiterhin viel Erfolg in der Arbeit mit (werdenden) Mütter, Familien und Säuglingen sowie eine gute Zusammenarbeit auf operativer und struktureller Ebene.

Stuttgart, im Dezember 2014

Inhaltsverzeichnis

1	ZUSAMMENFASSUNG	1
2	DAS PROJEKT „SONNENKINDER“ – VERORTUNG IM HANDLUNGSFELD DER FRÜHEN HILFEN	13
2.1	DAS HANDLUNGSFELD DER FRÜHEN HILFEN	13
2.1.1	<i>Ausgangslage und Entstehungshintergrund</i>	13
2.1.2	<i>Ziele und fachspezifische Einordnung der Frühen Hilfen</i>	15
2.1.3	<i>Strukturen und rechtliche Grundlagen</i>	18
2.2	DIE LANDSCHAFT DER FRÜHEN HILFEN IN STUTTGART	22
2.3	DAS MODELLPROJEKT „SONNENKINDER – GESUND UND GEBORGEN AUFWACHSEN IN STUTTGART“	26
3	AUFGABEN UND ROLLE DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG IM MODELLPROJEKT	31
3.1	DAS UNTERSUCHUNGSDESIGN: BAUSTEINE DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG	31
3.2	UMSETZUNG DER BAUSTEINE	33
3.2.1	<i>Teamcoaching</i>	33
3.2.2	<i>Instrumentenentwicklung</i>	39
3.2.3	<i>Dokumentation und Datenanalysen</i>	41
4	ERGEBNISSE DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG	42
4.1	ALLGEMEINE ERGEBNISSE DER FORTLAUFENDEN DOKUMENTATION	42
4.1.1	<i>Die Phase der Kontaktaufnahme: Willkommensbesuche in den Kliniken sowie Erst- und Zweitgespräche</i>	42
4.1.2	<i>Charakterisierung der Betreuungsfälle: Persönliche Merkmale und sozio-ökonomische Lage</i>	53
4.1.3	<i>Die Fallbegleitung: Beratung und Unterstützung durch die Fachkräfte des Sonnenkinder-Teams</i>	74
4.1.4	<i>Tätigkeiten der Mitarbeiterinnen des Projekts „Sonnenkinder“</i>	80
4.1.5	<i>Fortbildungen</i>	88
4.2	SPEZIELLE ERGEBNISSE: ELTERLICHE ERZIEHUNGSKOMPETENZEN	91
4.2.1	<i>Das elterliche Erziehungskonzept nach Bastian et al.</i>	91
4.2.2	<i>Einschätzung der Entwicklung der elterlichen Kompetenzen durch die betreuenden Fachkräfte</i>	94
4.2.3	<i>Die Entwicklung der Erziehungskompetenzen aus Sicht der Eltern - Erkenntnisse aus der elterlichen Befragung</i>	99
4.3	SPEZIELLE ERGEBNISSE: GRUPPENANGEBOTE	106
4.3.1	<i>Beschreibung der Zielgruppe</i>	107
4.3.2	<i>Akquise, Zugang und Gründe für die Nutzung des Gruppenangebots</i>	109
4.3.3	<i>Nutzen und Zufriedenheit mit dem Gruppenangebot</i>	110

4.4	SPEZIELLE ERGEBNISSE: EHRENAMT	111
4.4.1	<i>Ehrenamt im Handlungsfeld der Frühen Hilfen</i>	111
4.4.2	<i>Erfahrungen mit Familienpatinnen im Modellprojekt Sonnenkinder</i>	114
4.5	SPEZIELLE ERGEBNISSE: KOOPERATIONEN/VERNETZUNGSAKTIVITÄTEN	120
4.6	SPEZIELLE ERGEBNISSE: TEAMENTWICKLUNGSPROZESS	124
4.6.1	<i>Priorisierte Ziele im Projekt</i>	125
4.6.2	<i>Teamarbeit</i>	127
4.6.3	<i>Arbeit mit und für Familien</i>	129
4.6.4	<i>Arbeitsstrukturen</i>	132
5	PERSPEKTIVEN UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE WEITERE BEGLEITUNG UND BERATUNG VON FAMILIEN MIT NEUGEBORENEN IM RAHMEN DES „SONNENKINDER“-ANGEBOTS	135
6	LITERATURVERZEICHNIS	143
	LITERATURQUELLEN	143
	INTERNETQUELLEN	144
	ANHANG	147

III Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Träger- und Teamstruktur des Projekts „Sonnenkinder“	27
Abbildung 2	Aufgabenfelder und Ziele des Projekts „Sonnenkinder“	29
Abbildung 3	Verortung des Projekts „Sonnenkinder“ im Hinblick auf die Dimensionen Vorgehensweise, Angebote und strategische Ausrichtung	30
Abbildung 4	Verteilung der Fälle nach Krankenhäusern	54
Abbildung 5	Angaben zu den Beratungsorten	77
Abbildung 6	Gewichtung der fall- und projektbezogenen Tätigkeiten (Nov 2011-Feb 2012)	81
Abbildung 7	Fallbezogene Tätigkeiten (Nov 2011-Feb 2012)	82
Abbildung 8	Projektbezogene Tätigkeiten (Nov 2011-Feb 2012)	83
Abbildung 9	Gewichtung der fall- und projektbezogenen Tätigkeiten (Mrz 2012- Dez 2013)	85
Abbildung 10	Fallbezogene Tätigkeiten (Mrz 2012- Dez 2013)	86
Abbildung 11	Projektbezogene Tätigkeiten (Mrz 2012- Dez 2013)	87
Abbildung 12	Das elterliche Erziehungskonzept nach Bastian et al. (leicht verändert nach CK)	93
Abbildung 13	Art der Einrichtung/Praxis/Träger/Gremium/Arbeitskreis, gegliedert nach thematischen Oberkategorien	121
Abbildung 14	Organisationsformen der Kooperationspartner/innen	122
Abbildung 15	Art des Kontakts	122
Abbildung 16	Spinnennetz Kooperationspartner/innen	123

IV Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Zusammenstellung aller im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung entwickelten Instrumente	40
Tabelle 2	Anzahl der Willkommensbesuche in den beiden Kliniken	43
Tabelle 3	Anzahl der Willkommensbesuche in den Kliniken spezifiziert nach schwangeren bzw. nicht schwangeren Müttern	43
Tabelle 4	Vergleich zwischen Anzahl der tatsächlichen Geburten und den durchgeführten Willkommensbesuche in den Kliniken bei entbundenen Frauen	44
Tabelle 5	Zusammenfassende Darstellung der Erstgespräche und Betreuungsfälle	46
Tabelle 6	Zeitdauer des Erstgesprächs und für die Tätigkeit sonstiger Aktivitäten in Minuten	47
Tabelle 7	Gesprächsinhalte der Erstbesuche	48
Tabelle 8	Ersterfassungsdatum des Erstgesprächs und Verteilung in den Kliniken	49
Tabelle 9	Zeitdauer des Zweitgesprächs und für die Tätigkeit sonstiger Aktivitäten in Minuten	50
Tabelle 10	Zugang zu den Müttern, mit denen mindestens ein Erstgespräch stattfand	51
Tabelle 11	Weiterführende Hilfen nach Gesprächen mit den Müttern/Familien in den jeweiligen Kliniken	51
Tabelle 12	Arten der weiterführenden Unterstützungsinstanzen	52
Tabelle 13	Betreute Fälle, die bereits abgeschlossen sind	53
Tabelle 14	Wohnorte der betreuten Mütter sortiert nach Stadtbezirken	55
Tabelle 15	Alter der Mütter	56
Tabelle 16	Angaben über Migrationshintergrund der Mütter/Familien	57

Tabelle 17	Angaben über Nationen bei Migrationshintergrund	59
Tabelle 18	Angaben zur Geburt der Mütter	60
Tabelle 19	Angaben zur Anzahl der Kinder	61
Tabelle 20	Angaben zum Familienstand	62
Tabelle 21	Angaben zum Haushaltsstand	62
Tabelle 22	Haushalts- und Familienstand der betreuten Mütter (Kreuztabelle)	62
Tabelle 23	Projektjahrübergreifende Angaben zum Schul- und Berufsabschluss und zur Erwerbssituation der Mutter	64
Tabelle 24	Angaben zur Erwerbssituation der Mütter	65
Tabelle 25	Berufe nach Gehalt sortiert	66
Tabelle 26	Finanzielle Einkommensquellen der betreuten Familien	67
Tabelle 27	Besondere Situation der Mütter/Familien	68
Tabelle 28	Risikofaktoren in den Familien	71
Tabelle 29	Risikofaktoren des Säuglings	73
Tabelle 30	Beratungsthemen	75
Tabelle 31	Angaben zur Fallbegleitungsdauer bei den abgeschlossenen Fällen	76
Tabelle 32	Angaben zu den Beratungsorten	77
Tabelle 33	Angaben zur Anzahl weiterer Beratungskontakte und Unterstützungsinstanzen nach Zuordnung	78
Tabelle 34	Ende der Betreuung und Notwendigkeit einer weiterführenden Hilfe	79
Tabelle 35	Weiterführende Beratungs- und Unterstützungsinstanz im Anschluss an die Begleitung durch „Sonnenkinder“	79

Tabelle 36	Angaben zur mütterlichen Zufriedenheit mit der Unterstützungsleistung	80
Tabelle 37	Weitere Anmerkungen seitens der Mütter	80
Tabelle 38	Bewertung der Zufriedenheit der Fortbildungen	89
Tabelle 39	Veränderungswünsche	90
Tabelle 40	Beizubehaltende Aspekte	90
Tabelle 41	Einschätzung der mütterlichen/elterlichen Kompetenzen zu Beginn und zum Ende der Betreuung durch die betreuenden Fachkräfte	96
Tabelle 42	Einschätzung der Entwicklung der elterlichen Kompetenzen nach Beendigung der Betreuung, differenziert nach weiterer Hilfe	97
Tabelle 43	Selbsteinschätzung der Mütter/Familien zu Beginn der Betreuung	100
Tabelle 44	Selbsteinschätzung der Mütter zu Beginn und zum Ende der Betreuung	102
Tabelle 45	Gegenüberstellung der Fremd- und Selbsteinschätzung zur Ausprägung der elterlichen Kompetenzen am Ende der Betreuungsleistung	104
Tabelle 46	Ausgewählte Aspekte der Unterstützung der kindlichen Entwicklung Teil 1	105
Tabelle 47	Ausgewählte Aspekte der Unterstützung der kindlichen Entwicklung Teil 2	105
Tabelle 48	Familienkonstellation und Alter der Teilnehmer/innen sowie Alter ihres Säuglings	108
Tabelle 49	Gründe für die Nutzung des Angebots	110
Tabelle 50	Besonderheiten des Gruppenangebots	110
Tabelle 51	Mütterlicher Nutzen und Nutzen für das Familienleben	111
Tabelle 52	Kooperation nach Art der Einrichtung/Praxis/Träger/Gremium/Arbeitskreis	120
Tabelle 53	Ziele der Mitarbeiterinnen des Sonnenkinderprojekts	129

1 Zusammenfassung

In den zurückliegenden drei Projektjahren bestand die Rolle und Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung schwerpunktmäßig in der Begleitung und Coaching des Sonnenkinder-Teams. Dabei wurden sechs forschungsleitende Fragen und die entsprechenden Evaluationsziele in insgesamt elf Projekt-Workshops und drei Gruppendiskussionen bearbeitet:

- (1) **Evaluation der fallbezogenen Unterstützungsstruktur des Sonnenkinderprojekts** (Klinik-Besuche, ambulante Beratungs- und Begleitungssettings, Hausbesuche): Im Rahmen der Evaluation der fallbezogenen Unterstützungsstruktur des Sonnenkinderprojekts entwickelte IfaS theorie- und praxisgeleitet zusammen mit dem Kernteam ein Instrument zur Erfassung aller Willkommensbesuche in den beiden Kliniken, der durchgeführten Erst- und Zweitgespräche in den beiden Kliniken sowie ein ausführliches Falldokumentationssystem für die konkrete Fallarbeit. In diesem Instrument sollten vor allem die betreuten Mütter/Familien, die Inhalte der Begleitung, parallel laufende/weiterführende Hilfen sowie der Abschluss der Fallbegleitung detailliert erfasst werden.
- (2) **Untersuchung der Gruppenangebote des Projekts:** Die im Rahmen des Projekts durchgeführten Gruppenangebote wurden in intensiven Gruppendiskussionen reflektiert aber auch kontinuierlich bezüglich der erreichten Personengruppe und den jeweiligen Inhalten dokumentiert. Zudem fand eine schriftliche Elternbefragung zu den jeweiligen Nutzungsmotiven und zur Zufriedenheit mit den Gruppenangeboten statt.
- (3) **Analyse der elterlichen Erziehungskompetenzen und Erhebung der Zufriedenheit der Eltern mit der Unterstützungsleistung:** Mit der Inanspruchnahme der Unterstützungsleistung in Form von ambulanten Beratungs- und Begleitungsmöglichkeiten sowie Gruppenangeboten sollten die Erziehungskompetenzen der Eltern gefördert werden. Zur Untersuchung dieser elterlichen Befähigung wurden die Fachkräfte beauftragt, verschiedene Kompetenzbereiche zu zwei Messzeitpunkten einzuschätzen. Zudem wurden die betreuten Mütter/Eltern mit einem standardisierten Fragebogen zu zwei Messzeitpunkten hinsichtlich der Entwicklung ihrer elterlichen Kompetenzen befragt. Die Zufriedenheit mit der Unterstützungsleistung wurde am Ende ihrer Begleitung ebenso erfasst.
- (4) **Erschließung des Potentials an bürgerschaftlichem Engagement zur Unterstützung der (werdenden) Eltern¹:** Zur Erfassung geeigneter Rekrutierungsstrategien von Familienpatinnen sowie zur Bewertung der Tätigkeit dieser Ehrenamtlichen führte IfaS zwei Gruppendiskussionen mit Haupt- und Ehrenamtlichen durch.

¹ Wenn in der folgenden Ausführung von Müttern die Rede ist, sind die werdenden Mütter miteingeschlossen. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text aber nicht immer explizit darauf hingewiesen.

- (5) **Untersuchung bestehender Vernetzungsaktivitäten und Fortbildungsangebote:** Im Rahmen der Untersuchung von Kooperationsbeziehungen wurden bestehende Vernetzungsaktivitäten anhand einer Netzwerkanalyse vertieft reflektiert und evaluiert. Zudem wurden die Fortbildungen durch eine Befragung der Teilnehmer/innen bewertet.
- (6) **Begleitung und Bewertung des Projektprozesses:** Der gesamte Projektprozess wurde auf Basis einer Dokumentation der einzelnen Tätigkeiten der Mitarbeiterinnen sowie bezüglich des gesamten Teamentwicklungsprozesses analysiert. Die Tätigkeiten wurden durch die Mitarbeiterinnen sowohl fall- als auch projektspezifisch erfasst, der Teamentwicklungsprozess im Hinblick auf Ziele, notwendige Rahmenbedingungen sowie mögliche Risiken reflektiert. Zudem wurden die Mitarbeiterinnen zu zwei Messzeitpunkten angehalten, ihre Teamarbeit, die Arbeit mit und für Familien sowie die gegebenen Arbeitsstrukturen in zwei Gruppendiskussionen zu bewerten.

Die in den drei Projektjahren generierten Daten werden zeitnah in einem ausführlichen Abschlussbericht im Herbst 2014 veröffentlicht. Vorab soll dieses Dokument der zusammenfassenden Darstellung einiger zentraler Befunde zu den betreuten Müttern/Familien sowie zu verschiedenen Themen des Projektprozesses und -verlaufs dienen.

Willkommensbesuche in der Klinik, Erst- und Zweitgespräche, Entwicklung der Fallzahlen

Insgesamt fanden im Zeitraum Dezember 2011 bis Juni 2014 mindestens 4537 Willkommensbesuche in der Klinik mit Müttern/Eltern zu etwa gleichen Anteilen in den beiden Kliniken statt. Im ersten Projektjahr waren dies 1073 Besuche, im zweiten Jahr 1838 und im dritten Jahr 1626 Besuche.² Dabei entfällt der Großteil der Besuche auf Mütter, die ihr Kind bereits entbunden haben, in etwa 20% der Fälle wurden aber auch Schwangere erreicht.³

Ein Gegenüberstellung der Willkommensbesuche im Marienhospital und in der St. Anna-Klinik mit den tatsächlichen Geburtenzahlen in den jeweiligen Kliniken zeigt, dass die Mitarbeiterinnen im Zeitraum Januar 2013 bis Juni 2014 bei etwa 90% aller Mütter, die ihr Kind dort zur Welt gebracht haben, Willkommensbesuche vor Ort durchgeführt haben.⁴

² In den ersten Projektmonaten wurden die Willkommensbesuche im Marienhospital nicht durch das Sonnenkinder-Team, sondern durch die Pflegekräfte vor Ort durchgeführt. Da keine systematische Dokumentation aus dieser Zeit vorliegt, kann davon ausgegangen werden, dass sogar noch mehr Willkommensbesuche stattfanden.

³ Ab Januar 2013 wurden die Willkommensbesuche in der Klinik genau erfasst: Von 2862 besuchte Frauen waren 542 Frauen zum Zeitpunkt des Willkommensbesuch in der Klinik noch schwanger (18,9%).

⁴ Bei der Gegenüberstellung der Geburtenzahlen und Willkommensbesuche in den Kliniken werden nur die Mütter gezählt, die ihr Kind bereits entbunden haben. Schwangere Mütter werden bei diesem Vergleich nicht berücksichtigt.

Mit jeder sechsten Mutter (N=784) wurde ein intensiveres Erstgespräch geführt, in dem es inhaltlich z.B. bereits um spezifische Informationen über das Projekt ging, Informationen zu weiteren Unterstützungsmöglichkeiten für Familien mit Säuglingen weitergegeben oder (erste) Beratungsaktivitäten umgesetzt wurden. Die Gesprächsinhalte bezogen sich dabei im Schwerpunkt auf die Klärung einer Hebammenunterstützung (36,4%) sowie auf die Weitergabe von Informationen über Angebote der Frühen Hilfe sowie auf die Klärung sozialrechtlicher und finanzieller Belange der Familien (25,5%). Ferner standen die psychische und körperliche Gesundheit der Mutter (25,1%) im Mittelpunkt der geführten Erstgespräche.

In 348 Fällen wurden die Mütter im Anschluss an ein oder zwei intensivere Erstgespräche direkt zu einem „Fall“ für das Sonnenkinder-Team. Das bedeutet, dass von den 784 erreichten Müttern/Familien 348 Personen zu konkreten Betreuungsfällen wurden (entspricht 7,7% aller 4537 informierten Mütter/Eltern bzw. 44,4% aller 784 Mütter/Familien, mit denen mindestens ein intensiveres Erstgespräch geführt wurde). Von diesen 348 Betreuungsfällen waren 89 Frauen zum Zeitpunkt des Betreuungsbegins noch schwanger, d.h. bei 25,6% aller Betreuungsfälle begann die Fallarbeit noch während der Schwangerschaft.

Überwiegend kamen die betreuten Mütter/Familien über das Marienhospital und über die St. Anna-Klinik zum Projekt, wobei 11,8% der betreuten Frauen über andere Kliniken Zugang zum Projekt erhielten. Neben 348 Betreuungsfällen gab es weiterhin 177 Familien/Mütter, mit denen im Erst- oder Zweitgespräch in den Kliniken eine weiterführende Hilfe vor allem in Form einer Hebammenunterstützung (50,4%) vereinbart wurde.

Vielfalt der betreuten Personengruppen im Rahmen des Sonnenkinder-Projekts

Das Projekt erreichte im Grunde verschiedene Personengruppen, die von den unterschiedlichsten Problemlagen betroffen sind. Überwiegend wurden aber Mütter/Familien mit einem Migrationshintergrund (70%⁵), die häufig ihr erstes Kind bekommen haben (57%) und mit einem (Ehe) Partner zusammenleben (77%) betreut. Besonders bedeutsam ist zunächst, dass es sich bei den betreuten Müttern häufig um erstgebärende Mütter handelte. Weniger als die Hälfte brachten daher bereits Erfahrungen im Umgang mit Kleinkindern mit (meist jedoch nur ein weiteres Kind). Nur bei 17,8% der betreuten Familien handelte es sich um so genannte Mehrfamilien, d.h. Familien, die drei oder mehr Kinder haben.

⁵ Die betreuten Mütter/Familien stammen dabei verstärkt aus Nicht-EU-Ländern, wie z.B. aus dem ehemaligen Jugoslawien/Kosovo/Albanien, aus Afrika, südosteuropäischen Ländern (Türkei, Bulgarien, Rumänien, Ungarn) und Vorderasien.

Aufgrund dieser Spezifik lässt sich ein wesentlicher Problemhintergrund beschrieben, der sowohl mit der (außereuropäischen) Migrationsgeschichte als auch mit der Tatsache, dass es sich um erstgebärende Frauen handelt, zusammenhängen könnte: Diese im Rahmen des Projekts betreuten Frauen verfügen der Sache nach über wenig Erfahrung in der Pflege und Versorgung von Säuglingen. Vermutlich handelt es sich hierbei um werdende Eltern mit einem niedrigen Erfahrungshintergrund und Informationsstand, die von anderen Angeboten für Erstlingseltern (z.B. Schwangerschaftsberatung) nicht angesprochen oder erreicht werden, vermutlich auch bedingt durch den Migrationshintergrund. So könnte man weiterhin vermuten, dass aufgrund des niedrigschwelligen Zugangs des Projekts Eltern/Familien erreicht werden, die z.B. aufgrund einer Flüchtlingsgeschichte über keine adäquaten sozialen Beratungsnetze (z.B. Verwandte, Geschwister) verfügen und auch kaum Kenntnisse über die Beratungs- und Informationsangebote in Stuttgart haben. Dies trifft vor allem auf Familien aus afrikanischen, arabischen oder asiatischen Ländern zu, die möglicherweise nicht auf die Beratung ihrer eigenen Familie (z.B. die eigenen Eltern, Geschwister mit Kindern) zurückgreifen können, wie dies bei türkischen oder italienischen Familien der Fall ist, die bereits seit ein oder zwei Generationen in Deutschland leben. Ähnlich dürfte es sich mit dem Informations- und Kenntnisstand bezüglich lokaler Angebote verhalten.

Auch die Betrachtung des Alters der Mütter zum Zeitpunkt der Geburt verdeutlicht die Heterogenität der im Rahmen des Projekts betreuten Familien: Die Mütter sind dabei mehrheitlich im Alter zwischen 23 und 34 Jahren. Das Durchschnittsalter mit 29,3 Jahren entspricht in etwa dem bundesdeutschen Durchschnittsalter⁶. Es lassen sich aber auch minderjährige und sehr junge Mütter unter 23 Jahren (18,5%) sowie ältere Mütter über 35 Jahren (22,8%) finden. Das Sonnenkinderprojekt erreichte daher auch die in der Literatur als „Risikogruppe“ bezeichneten minderjährigen bzw. jüngeren Mütter. Schwerpunktmäßig wurden jedoch Frauen mittleren Alters betreut.

Im Rahmen des Projekts wurde auch erfasst, wie viele Mütter über einen Schulabschluss oder eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen. Auch hier lässt sich eine heterogene Verteilung feststellen, d.h. es wurden durchaus verschiedene Familien mit unterschiedlichem Bildungsstand und Einkommensmöglichkeiten betreut. Wahrscheinlich bedingt durch den relativ hohen Anteil an Müttern/Familien mit Migrationshintergrund haben aber nur knapp drei Viertel der betreuten Frauen einen Schulabschluss (71,1%), eine abgeschlossene Berufsausbildung sogar noch weniger (43,1%). Unabhängig davon zeigt die Vielfalt der dokumentierten Berufsfelder, in

⁶ Im Jahr 2012 waren Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes im Bundesdurchschnitt 29 Jahre und in Baden-Württemberg knapp 30 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Mütter bei ihrem zweiten Kind beläuft sich sowohl bundesweit als auch in Baden-Württemberg auf 32 Jahre. (vgl. www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMutterAlterBundeslaender.html).

denen die betreuten Mütter tätig sind bzw. waren, dass das Sonnenkinderprojekt aber sowohl von gering verdienenden Frauen als auch von potenziell besser verdienenden Frauen in Anspruch genommen wurde.

Neben diesen Informationen konnte in Projektjahr II und Projektjahr III festgehalten werden, dass sich viele der betreuten Mütter in Elternzeit bzw. Mutterschutz befanden (34,5%), was einen Hinweis darauf gibt, dass sie in der Regel erwerbstätig sind. Dennoch nahmen in diesen zwei Jahren oftmals auch Mütter das Projekt in Anspruch, die sich als Hausfrauen bezeichneten (33,5%).⁷ Bei 59,7% der betreuten Familien verfügte mindestens ein Elternteil (vermutlich der Vater) im Betreuungszeitraum über ein Erwerbseinkommen. Etwa die Hälfte der Mütter/Familien erhielten ferner Elterngeld (45,5%).

Auch eine weitere „Risikogruppe“, sogenannte Alleinerziehende, wurde im Rahmen des Projekts betreut: Etwa 26% der Mütter sind den Angaben zum Haushalts- und Familienstand der betreuten Familien zufolge „alleinerziehend“, während über drei Viertel der betreuten Mütter mit einem (Ehe) Partner zusammenleben. Vergleicht man diese Verteilung mit aktuellen Daten so entspricht der Anteil an „Alleinerziehenden“ dem üblichen Durchschnitt einer deutschen Großstadt. Bundesweit gilt jede fünfte Familie (20%)⁸ und in Großstädten sogar 26%⁹ als Ein-Eltern-Familie. Insofern spiegelt sich im Sonnenkinder-Projekt der „übliche“ Anteil an alleinerziehenden Familien wieder, und es wird deutlich, wie umfassend verschiedene Familienformen in Stuttgart mit Hilfe dieses Ansatzes erreicht werden. Zwar gehören insbesondere Alleinerziehende zu einer Hauptrisikogruppe im Handlungsfeld der Frühen Hilfen, so dass hier ein höherer Anteil an Einelternfamilien erwartet werden konnte. Der Grund für diesen relativ „normalen“ Anteil an Alleinerziehenden könnte jedoch wiederum in der oben beschriebenen Charakteristik der betreuten Personengruppe gefunden werden. So handelt es sich bei einem Großteil der betreuten Eltern/Mütter um Menschen mit einem Migrationshintergrund, die häufig aus nicht europäischen Ländern kommen. Möglicherweise bedingt dies die Dominanz „intakter“ Familien, etwa aufgrund einer gemeinsamen Flüchtlingsgeschichte. Das Merkmal „Alleinerziehend“ ist daher nur eines von vielen Lebenslagenmerkmalen, die für den Hilfe- und Unterstützungsbedarf

⁷ Im ersten Projektjahr wurde in den Antwortkategorien zwischen „Hausfrau“ und „Elternzeit“ unterschieden. Erst im zweiten Projektjahr wurde die Antwortkategorie „Elternzeit“ um den Begriff „Mutterschutz“ ergänzt. Dadurch wurde diese Kategorie im Vergleich zum ersten Projektjahr häufiger gewählt. Aufgrund dessen beziehen sich die obigen Angaben auf die Projektjahre II und III.

⁸ Vgl. Lenze, A. (2012): Alleinerziehende unter Druck: Rechtliche Rahmenbedingungen, finanzielle Lage und Reformbedarf. Online im Internet: www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_39498_39499_2.pdf. Zugriff: 2014-10-14; S. 19.

⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2010): Alleinerziehende in Deutschland: Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Online im Internet: www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2010/Alleinerziehende/pressebroschuere_Alleinerziehende2009.pdf?__blob=publicationFile. Zugriff: 2014-10-14; S. 9.

im Rahmen des Sonnenkinder-Projekts eine wichtige Rolle spielen, neben anderen Merkmalen, wie etwa die fehlende soziale Einbindung der Familie, ein unklarer Aufenthaltsstatus, mangelnde finanzielle Ressourcen und prekäre Lebensverhältnisse sowie das mangelnde Wissen über Informations-, Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten im Umgang mit Säuglingen. Kurz: Familien, die bedingt durch einen Migrationshintergrund und/oder eine Flüchtlingsgeschichte in bestimmte problematische Lebenssituationen geraten sind.

Alles in allem wird anhand der Ergebnisse deutlich, dass sich die betreuten Mütter/Eltern keineswegs schematisch bestimmten „Risikogruppen“ der Frühen Hilfen zuordnen lassen. Stattdessen sind die Lebenslagen gekennzeichnet durch ein Bündel an problematischen Lebensverhältnissen. Minderjährige oder sehr junge Mütter, alleinerziehende Familienkonstellationen, kinderreiche Familien, geringer Bildungshintergrund und von Armut bedrohte Sozialisationskontexte spielen eine große Rolle, daneben wurden aber auch viele Familien betreut, die im Rahmen eines klassischen „Screenings“ nicht sofort als „Risikofamilien“ aufgefallen wären. Eine wesentliche Auffälligkeit ist hierbei der vielfältige Migrationshintergrund, der möglicherweise Ausgangspunkt verschiedener Problemlagen sein könnte (unklare Aufenthaltsverhältnisse, kulturelle Barrieren, fehlende soziale Einbindung und Netzwerke, fehlendes Wissen über das deutsche Sozialsystem usw.).

Problemlagen der betreuten Mütter/Familien sowie familiäre Risikofaktoren

Die Betrachtung der sozioökonomischen Problemfelder der betreuten Mütter/Familien zeigt, dass es sich meist um Lebenslagenmerkmale handelt, die wiederum mit der Charakteristik der betreuten Personengruppe (Migrationshintergrund, erstgebärend ohne bzw. mit wenigen Kenntnissen bezüglich der Versorgung von Kleinkindern) in Verbindung stehen: Die Problembereiche konzentrierten sich auf die finanzielle Lage der Familie (53,7%), auf die fehlenden sozialen Netzwerke (35,7%), ihren mangelnden Kenntnisstand hinsichtlich des deutschen Hilfesystems (30,7%) und über (lokale) Angebote der medizinischen/psychosozialen Versorgung (29,4%) sowie auf fehlende Deutschkenntnisse (26,5%). Die zentrale Bedeutung eines (häufig außereuropäischen) Migrationshintergrunds zeigt sich dabei nicht nur in den eingeschränkten Netzwerken und den fehlenden Kenntnissen des deutschen Hilfesystems, sondern zuletzt auch in der relativ hohen Bedeutung der fehlenden Deutschkenntnisse. Diese nimmt in den drei Projektjahren systematisch zu. Im Schnitt gaben die Mütter/Familien zudem 3,5 Problemfelder an.

Was die Risikofaktoren betrifft, so beziehen sich diese weniger auf Merkmale des Kindes (z.B. Frühgeburt, Entwicklungsverzögerungen), sondern vielmehr auf die Lebenslage der Mütter/Eltern. So wurden kindliche Risikofaktoren nur in 16,6% der Fälle angegeben, während elterliche Risikofaktoren bei einem Drittel der betreuten Mütter/Familien dokumentiert wurden. Bei diesem Drittel lagen im Schnitt mindestens zwei Risikofaktoren vor, die wiederum mit den oben genannten sozioökonomischen Problemfeldern der betreuten Personengruppe korrelieren.

ren: Die schwierige soziale Situation (68%), Probleme bei der Alltagsbewältigung (32%) sowie die psychische (18,9%) und gesundheitliche (14,1%) Beeinträchtigungen der Mütter. Alle drei Risikofaktoren verweisen auf eine fehlende soziale Unterstützung und mangelnde Kenntnisse über entsprechende Unterstützungsleistungen. Dieses Bündel an Risikofaktoren hängt wiederum vermutlich mit Migrationsfolgen sowie (daraus resultierenden) eingeschränkten sozialen Netzwerken und mangelnden finanziellen Ressourcen zusammen. Eine gewisse Rolle spielten neben diesen genannten Faktoren aber auch das Vorliegen einer konflikthaften Beziehung der Eltern bzw. eine schwierige Situation zwischen den Eltern (21,6%).

Was die oben angedeuteten kindlichen Risikofaktoren betrifft, so bezogen sich diese in den meisten Fällen auf die Folgen einer Frühgeburt (35%) und einen erhöhten Betreuungsaufwand durch z.B. Stillprobleme (31%).

Beratungsthemen und Betreuungszeitraum

In den Beratungen ging es vor allem darum, die Eltern/Mütter im Hinblick auf eine gesunde Entwicklung ihres Säuglings zu beraten (73,1%), gefolgt von Informationsweitergaben und Vermittlungsaktivitäten an weitere Hilfeinstanzen (71,5%). Weitere wichtige Themenstellungen in den Betreuungsleistungen stellten geburtsspezifische Themen (52,9%), die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung (52,9%), die Stillberatung (50%) und der Umgang mit Ämtern/Finanzen bzw. die Existenzsicherung (48,1%) dar. Aber auch eine Unterstützung in den Bereichen Haushaltsorganisation und Alltagsbewältigung spielten eine gewisse Rolle (42,6%). Diese Prioritäten verdeutlichen, wie heterogen die Beratungstätigkeiten der Mitarbeiterinnen sind. Zu beobachten ist eine Mischung aus Sozialberatung, psychosozialer Unterstützung sowie gesundheitswissenschaftlichen Themen aus dem Bereich der frühkindlichen Entwicklung. Über die drei Projektjahre hinweg zeigte sich eine gleichbleibende Bedeutung dieser Themenmischung, was eine Interdisziplinarität im Team auch zukünftig zwingend erforderlich macht.

Die Dauer einer Fallbegleitung dauerte im Schnitt etwa 108,7 Tage bzw. 3,6 Monate.¹⁰ Innerhalb dieser Zeit kam es im Schnitt alle 10 Tage zu einem persönlichen oder telefonischen Kontakt mit den Fachkräften.¹¹ Dieser persönliche Kontakt mit den Fachkräften fand dabei am häufigsten direkt in den Familien (monatlich zwischen 38-48%) oder in den Kliniken (monatlich zwischen 17-36%) statt.

¹⁰ Der Median lag allerdings bei 67 Tagen bzw. 2,2 Monate.

¹¹ Auch hier unterscheidet sich der Median von 7,5 Tagen stark vom Mittelwert.

Zeitgleich zur Begleitung durch eine fallverantwortliche Fachkraft des Sonnenkinderprojekts hatten die Mütter/Familien im Schnitt zwei weitere Ansprechpartner/innen, die sie bei Bedarf kontaktieren. Die weiteren Beratungskontakte bestanden dabei am häufigsten zu Ärzt/innen (49,8%), Hebammen (32,6%) und zu Akteur/innen der Beratungszentren der Stadt Stuttgart (23%).

In den überwiegenden Fällen wurde die Unterstützungsleistung am Ende der Maßnahme einvernehmlich beendet (82,7%). In 36% der Fälle war allerdings eine weiterführende Hilfe von Nöten. So wurden die betreuten Frauen im Anschluss an die Begleitung oftmals an das Jugendamt vermittelt bzw. eine HZE-Maßnahme installiert (26,4%), ein Schwangerschafts(konflikt)beratungsstelle hinzugezogen (20,8%) oder für die Mütter betreute und geschützte Wohnmöglichkeiten rekrutiert (16,7%).

Gruppenangebote im Projekt

Insbesondere in den Anfangszeiten konnten Frauen mit Migrationshintergrund in einem nur geringen Umfang für die Gruppenangebote im Rahmen des Sonnenkinderprojekts gewonnen werden. Inzwischen wird das Angebot von 39,5% Frauen mit Migrationshintergrund genutzt. Die jetzigen Teilnehmer/innen erfahren vor allem über Mund-zu-Mund Propaganda im Bekanntenkreis über die bestehende Möglichkeit der Gruppenangebote, sodass sich diese Form der Rekrutierung auch in der Teilnehmerinnenstruktur widerspiegelt: Die Mehrheit der Teilnehmerinnen kennt sich untereinander, was sich wiederum möglicherweise negativ auf die Nutzung durch neue, interessierte, unbekannte Teilnehmerinnen auswirken könnte (feste Gruppen).

Ferner schätzen die Teilnehmerinnen die kosten- und zwanglose Möglichkeit der Gruppenangebote sehr und nehmen die Gruppenangebote u.a. gerne in Anspruch, da sie in bekannten und erreichbaren Räumlichkeiten stattfinden. Was die Ausgestaltung der Gruppenangeboten betrifft, wünschen sich die Mütter weiterhin ein Wechselspiel von Offenheit, Programm und persönlichen Beratungsmöglichkeiten. So ist ihnen die Erschließung von sozialen Kontakten in den wöchentlichen Gruppenangeboten sehr wichtig, gefolgt von fachlichen Ratschläge bezüglich Versorgung, Ernährung und Entwicklung des Säuglings und das Erlangen von Wissen über ein gewisses Repertoire an Liedern und Spielen. Im Grunde spiegeln auch diese Wünsche die Charakteristika der betreuten Personengruppe wieder: Erstgebärende Mütter/Familien, häufig mit einem Migrationshintergrund und fehlenden sozialen Netzwerken, die geringe Kenntnisse über eine adäquate Förderung ihrer Kinder kompensieren möchten.

Entwicklung der elterlichen Kompetenzen

Die Entwicklung der elterlichen Kompetenzen wurde im zweiten und dritten Projektjahr einerseits durch die Projektmitarbeiterinnen und andererseits auch durch eine direkte Befragung der betreuten Mütter selbst eingeschätzt.¹² In der Auswertung der Fremdeinschätzung durch die Fachkräfte zeigt sich, dass sich vor allem die „persönliche Situation der Mütter (Gesundheit, Stress)“, „Kenntnisse des deutschen Hilfesystems“, „Bewältigung des Alltags“ und „Familienleben“ verbessert haben. Geringfügig verbessert haben sich die Kompetenzen „Interaktion mit dem Kind“ und „Versorgung des Kindes“. Keine Verbesserung lässt sich hingegen für den Bereich „Bereitschaft, Hilfe zu suchen/anzunehmen“ feststellen. Auffallend ist, dass die Kompetenzbereiche „Interaktion mit dem Kind“, „Versorgung des Kindes“ und „Bereitschaft, Hilfe zu suchen/anzunehmen“ allerdings bereits zu Beginn der Betreuung als relativ hoch eingeschätzt werden. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass sich diese Kompetenzbereiche kaum verändert zu haben scheinen bzw. sich keine Verbesserungen beobachten lassen. Hingegen spiegeln die anfänglich „schwächeren“ Kompetenzbereiche „Persönliche Situation“, „Bewältigung des Alltags“ und „Kenntnisse des deutschen Hilfesystems“ wiederum genau die charakteristischen Merkmale der betreuten Personengruppe wieder: fehlende soziale Unterstützung/Netzwerke, Migrationshintergrund, mangelndes Wissen über Unterstützungsmöglichkeiten, usw. Die hier dokumentierten Verbesserungen zeigen daher deutlich auf, dass insbesondere diese Lebenslagendimensionen durch die Arbeit des Sonnenkinderteams angegangen und Kompetenzen gestärkt werden konnten. Da es sich hierbei nicht (nur) um psychologische und gesundheitlich relevante Themen handelt, sondern vor allem auch um soziale Aspekte (Alltagsbewältigung, Kenntnisse sozialer Unterstützungssysteme), stellt die Multidisziplinarität des Sonnenkinderteams eine entscheidende Bereicherung in der Arbeit mit diesen Familien dar.

Werden die Fälle betrachtet, die im Anschluss an die Unterstützungsleistung keine weiterführende Hilfe benötigten, zeigt sich, dass sich die Kompetenzen bei diesen Fällen im Vergleich zu den Fällen, die eine weiterführende Hilfe benötigten, deutlich verbessert haben. Bei drei Kompetenzbereichen („Bereitschaft Hilfe zu suchen/anzunehmen“, „Interaktion mit dem Kind“ und „Versorgung des Kindes“) lässt sich in der Gruppe derjenigen Personen, die nach Beendigung der Betreuung eine weiterführende Hilfe benötigten, zudem erkennen, dass es augenscheinlich überhaupt keine Verbesserung bzw. sogar eine „Verschlechterung“ gab. Demnach könnte die

¹² Die Selbst- und Fremdeinschätzung der Entwicklung der elterlichen Kompetenzen erfolgte mit Hilfe eines einfachen Single-Subject-Designs, basierend auf einem Vergleich der Werte zwischen Baseline (Erfassung der Kompetenzen am Anfang der Fallarbeit) und Folgerhebung (zu Betreuungsende). Dieses quasi-experimentelle Vorgehen ermöglicht im Rahmen der begrenzten Möglichkeiten (fehlende Kontrollgruppe, fehlende vollständige Kontrolle der Einflussfaktoren) durchaus eine Einschätzung dieser Entwicklung. Dennoch können die nachgewiesenen Veränderungen der elterlichen Kompetenzen nicht ausschließlich auf die Betreuungsleistung „Sonnenkinder“ zurückgeführt werden.

Vermittlung in weiterführende Hilfen auch Ausdruck dieser Entwicklung sein. Unabhängig davon, ob eine weitere Hilfe notwendig wurde oder nicht, lassen sich in den Kompetenzbereichen „Persönliche Situation“, „Kenntnisse des deutschen Hilfesystems“, „Bewältigung des Alltags“ und „Familienleben“ in beiden Fällen Verbesserungen erkennen.

Insbesondere in diesen Bereichen konnte das Sonnenkinderteam also vermutlich unabhängig von einem nach wie vor bestehenden Hilfebedarf zu einer Kompetenzsteigerung beitragen.

Auch die Mütter schätzten ihre elterlichen Kompetenzbereiche zum Endzeitpunkt der Betreuungsleistung tendenziell besser ein als zu Betreuungsbeginn. Relativ deutliche Verbesserungen erfahren vor allem die Kategorien „Lebenszufriedenheit“, „Selbstwirksamkeit“ und „Elterliche Einstellung zum Kind“, gefolgt von dem „elterlichen Kompetenzgefühl“. Kaum Veränderungen scheint es bei den (familiären) Ressourcen zu geben. Dies zeigt, dass die Sonnenkinderbetreuung vor allem in psychosozialen Bereichen (Lebenszufriedenheit, Selbstwirksamkeit, elterliche Einstellung zum Kind und elterliches Kompetenzgefühl) Verbesserungen nach sich zog. Eine Verbesserung der (sozialen) Ressourcen fand in der Wahrnehmung der befragten Mütter/Eltern hingegen nur bedingt statt. Solche sozialen und/oder familiären Ressourcen stellen aber auch ein Bereich dar, in dem die Mitarbeiter/innen des Sonnenkinderteams nur bedingt Veränderungen herbeiführen können.

Eine weitere Auswertung ermöglicht zuletzt eine Gegenüberstellung der Selbst- und Fremdeinschätzung am Ende der Betreuungsleistung. Dabei zeigt sich, dass die Mütter/Eltern die Ausprägung der Kompetenzen relativ ähnlich wie die Fachkräfte einschätzen.

Ehrenamtliche Aktivitäten im Projekt

Die Rekrutierung von Familienpatinnen gestaltete sich vor allem in den Anfangszeiten des Projekts als sehr aufwendig, was möglicherweise mit der Vielzahl an Paten-/Patinnenprojekten im Bereich der Frühen Hilfen in Stuttgart, mit der Voraussetzung bezüglich der zeitlich benötigten Ressourcen von zwei bis drei Stunden pro Woche für berufsständige Frauen und/oder mit der kulturellen Herkunft der Familien zusammenhängen könnte. Vor allem Letzteres schien für die Familienpatin eine Herausforderung zu sein, da die unterschiedlichen kulturellen Sichtweisen und Sprachbarrieren nicht selten zu Missverständnissen führen können. Abgesehen davon mussten die Familienpatinnen lernen, mit der schwierigen Erreichbarkeit/Unzuverlässigkeit der Familien umzugehen und sensibel auf psychische Krankheitsbilder von Müttern reagieren zu können. Auch der unvermeidbare Ablösungsprozess zwischen Familienpatin, Mutter und Kind zur Beendigung der Patenschaft zieht bei vereinzelt Patinnen nach wie vor Unsicherheiten und Bedenken nach sich. Der Ablösungszeitpunkt benötigt daher einen geeigneten Zeitpunkt (wie etwa der Besuch einer Tageseinrichtung des Kleinkinds) und sollte vor allem sensibel gestaltet werden.

Die Motivation von Familienpatinnen kann durch regelmäßige Zusammenkünfte der Familienpatinnen, die von einer hauptamtlichen Ansprechperson begleitet werden, aufrechterhalten werden. Abgesehen von kontinuierlichen Patinnen-Treffen sollten die Patinnen aber auch im regelmäßigen Einzelkontakt zu Hauptamtlichen stehen können und Rückhalt sowie Wertschätzung erfahren. Weiterbildungsmöglichkeiten, eine angenehme Atmosphäre in der betreuenden Familie, positives familiäres Feedback sowie erkennbare Kollegialität und Fachlichkeit im hauptamtlichen Team stellen weitere Faktoren dar, die die Motivation von Familienpatinnen bestärken.

Vernetzungsaktivitäten im Projekt

Zum Erhebungszeitpunkt der bestehenden Vernetzungen und Kooperationen im Frühjahr 2013 bestanden zu insgesamt 100 Einrichtungen/Trägern bzw. Arbeitskreisen/Gremien Vernetzungsaktivitäten.¹³ Überwiegend handelte es sich dabei um Kontakte mit Kliniken/Gesundheitsdiensten und mit sozialen Diensten in konfessioneller Trägerschaft. Eine weitere Unterteilung der Kooperationspartner/innen zeigt, dass es sich bei den Vernetzungsaktivitäten oftmals um Einrichtungen handelte, deren Aufgabenspektrum sich entweder auf medizinische Dienste/Hebammenhilfe oder psychologische/sozialpädagogische Beratungen bezieht. Die Organisationsformen der Kooperationspartner/innen waren häufig ambulant bzw. weisen eine „Komm-Struktur“ auf. Inhaltlich kamen die Kontakte meistens aufgrund des fachlichen Austauschs bei einer gemeinsamen Fallbearbeitung zustande.

Mit den Fortbildungsangeboten wurden insbesondere Mitarbeiter/innen des Gesundheitswesens für die Belange von Eltern und ihren Kindern sensibilisiert und begleitet. Im Trend äußerten sich die Teilnehmerinnen mit den durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen als sehr zufrieden. Dementsprechend konnte u.a. durch diese Maßnahme das anfänglich formulierte Projektziel – Aufbau einer nachhaltigen Vernetzungsstruktur im Bereich der Frühen Förderung/Frühen Hilfen in Stuttgart – entscheidend gefördert werden.

Tätigkeitsschwerpunkte und Projektprozess

Die Gegenüberstellung der fall- und projektspezifischen Tätigkeiten zeigt für den Zeitraum März 2012 bis Dezember 2013 folgende Tendenzen: Zu beobachten ist insbesondere, dass sich der Anteil fallspezifischer Tätigkeiten auf etwa 50% der Arbeitszeit einpendelte. Entsprechend kann von einer annähernden Gleichverteilung, was fall- und projektbezogene Tätigkeiten betrifft, ge-

¹³ Es muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich die Vernetzungsaktivitäten im Projekt Sonnenkinder kontinuierlich erweitern, die Erkenntnisse der Netzwerkanalyse im Frühjahr 2013 somit nur eine aktuelle Tendenz der Kooperationsbeziehungen des Sonnenkinderprojekts angeben.

sprochen werden. Innerhalb der fallspezifischen Tätigkeiten zeigt sich, dass die unmittelbare Fallarbeit ungefähr die Hälfte dieser Tätigkeiten ausmachte. Während die fallspezifische Arbeit mit Kooperationspartner/innen und die fallspezifische Büroarbeit in den letzten Monaten abnahmen, bildeten die Fahrtzeiten, die unmittelbare Fallarbeit sowie die Dokumentation den Hauptanteil der fallspezifischen Tätigkeiten. Auch bei den projektspezifischen Tätigkeiten lassen sich Entwicklungen beobachten. So nahmen beispielsweise die Gruppenangebote sowie die Arbeit mit Ehrenamtlichen in der Zwischenzeit einen deutlich größeren Zeitanteil ein als zu Beginn des Projekts.

Was den Projektprozess betrifft, wurde sowohl die Team- und Klientenarbeit als auch die bestehenden Arbeitsstrukturen im Projekt seitens der Mitarbeiterinnen als überwiegend positiv erlebt. Die gelungene Teamarbeit zeichnete sich dabei durch die Multiprofessionalität der Mitarbeiterinnen, die ausreichend zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen, die angemessenen Kommunikationsstrukturen, die Möglichkeit zur aktiven Mitgestaltung des Projekts und das bestehende Potential zur Erschließung neuer Tätigkeitsfelder (wie etwa Ehrenamt, Gruppenangebote, Fortbildungen) aus.

Vor allem aber waren die persönlichen Merkmale der Mitarbeiterinnen für eine reibungslose kollegiale Teamarbeit ausschlaggebend. Die Arbeit mit und für Familien gestaltete sich hingegen phasenweise spannungsreich und herausfordernd, insbesondere aufgrund sprachlicher und kultureller Barrieren. Nichtsdestotrotz sorgten effiziente Arbeitsstrukturen (frühzeitiger Zugang, interdisziplinäres Team, Einsatz von Familienpatinnen etc.) für eine gelungene Begleitung von Müttern/Familien mit meist komplexen Problemlagen. Insbesondere in den Anfangszeiten und teilweise noch heute bestehen dennoch negativ behaftete Arbeitsstrukturen, die vor allem in Vernetzungsaktivitäten deutlich werden: Datenschutz, fehlende zeitliche Ressourcen für Fallbesprechungen mit dem Klinikpersonal, trägerübergreifende Kommunikationsstrukturen und Transparenz etc.

2 Das Projekt „Sonnenkinder“ – Verortung im Handlungsfeld der Frühen Hilfen

2.1 Das Handlungsfeld der Frühen Hilfen

2.1.1 Ausgangslage und Entstehungshintergrund

In den zurückliegenden Jahren nahm die Anzahl der zur Anzeige gebrachten Kindesmisshandlungen in Deutschland stetig zu. So haben sich laut Kißgen und Heinen die Anzeigen zu Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern im Zeitraum zwischen 1990-2005 beinahe verdreifacht (Kißgen/Heinen 2010, S. 7f.). Wiederkehrend berichteten die Medien über tragische Kinderschutzfällen, die in Deutschland eine landesweite Kinderschutzdebatte auslösten, woraufhin fachliche Initiativen und die Politik tätig wurden und im Koalitionsvertrag Maßnahmen zur Förderung der Frühen Hilfen formulierten (vgl. Sann/Schäfer 2008, S. 111; MfAS BW, 2010, S. 3). Durch diese Maßnahmen sollten vor allem Kinder aus sozial benachteiligten Familien erreicht werden, da man davon ausging, dass insbesondere in benachteiligten familiären Lebenslagen Kinder Opfer von Vernachlässigung und Misshandlung sind (vgl. Schröder 2010, o.S.).

Zur Umsetzung des im Koalitionsvertrag vereinbarten Auf- und Ausbaus der Frühen Hilfen förderte der Bund zunächst im Zeitraum von fünf Jahren (2006-2010) ein landesweites **Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühsysteme“** mit 10 Mio. Euro. Im Rahmen dieses Aktionsprogramms wurden bundesweit 19 verschiedene Modellprojekte initiiert, die an die bereits laufenden Aktivitäten im Bereich Frühe Hilfen in den einzelnen Bundesländern anknüpften. Diese 19 verschiedenen Projekte an 21 Standorten wurden wissenschaftlich begleitet und auf unterschiedliche Merkmale hin untersucht. Die abschließenden Untersuchungsergebnisse verdeutlichten eine äußerst hohe Heterogenität innerhalb den verschiedenen Projekte, z.B. in Bezug auf das Setting, den Zeitrahmen, die Professionen, Angebotsbreite etc. (DJI 2006, S. 9f.; S. 26; BMFSFJ 2006, S. 11).

Eine weitere Maßnahme im Rahmen des Aktionsprogramms stellte die Etablierung eines multiprofessionellen Kompetenzzentrums (**Nationales Zentrum Frühe Hilfen - NZFH**) auf Bundesebene im Jahre 2007 dar.¹⁴ Ziel des NZFH ist die Entwicklung von geeigneten Strukturen und

¹⁴ Dieses Kompetenzzentrum, genauer gesagt der wissenschaftliche Beirat des NZFH verabschiedete im Jahr 2009 eine überarbeitete Begriffsbestimmung zu den Frühen Hilfen. Die neue Definition sieht – anders als in den Anfangszeiten der Frühen Hilfen – eine Erweiterung der Zielgruppe vor (die Adressat/innen sind nun alle Eltern) und somit eine Stärkung primär präventiver Angebote.

gelingenden Kooperationsformen zwischen relevanten Akteur/innen der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens im Handlungsfeld der Frühen Hilfen (vgl. Sann/Schäfer 2008, S. 104). Zur Verwirklichung dieser Arbeitsaufträge nutzt das NZFH empirisch abgesicherte Erkenntnisse aus weiteren zehn vom Bund initiierten Modellprojekten, die jeweils durch eine wissenschaftliche Begleitung evaluiert wurden (vgl. NZFH 2010, S. 15). Die daraus resultierenden Erkenntnisse werden auf einer Plattform des NZFH sowohl der Forschung und Praxis als auch der Allgemeinbevölkerung zugänglich gemacht. Dadurch leistet das NZFH einen Beitrag zum Auf- und Ausbau sowie zur Weiterentwicklung der Frühen Hilfen in Deutschland (vgl. ebd., S. 14). Abgesehen davon treibt das NZFH die Qualifizierung von Fachkräften aus unterschiedlichen Professionen, die im Netzwerk Frühen Hilfen tätig sind, mittels Kongressen, Tagungen, Workshops und einer e-Learning Plattform voran und initiiert einen kontinuierlichen Austausch mit verschiedenen verantwortlichen Akteur/innen aus der Landes- und Kommunalverwaltung sowie Wissenschaft und Fachverbänden (vgl. NZFH 2010, S. 14f.; BMFSFJ 2012a, o.S.). Getragen wird das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend initiierte Kompetenzzentrum gemeinschaftlich von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) (vgl. NZFH 2010, S. 14).

Neben der Etablierung eines Kompetenzzentrums ist die Einführung des **Bundeskinderschutzgesetzes (BKISchG)** am 1. Januar 2012 ein weiterer Meilenstein zur Verbesserung des Kinderschutzes, weil es vor allem die Vernetzung Früher Hilfen in den Mittelpunkt rückt. Alle wesentlichen Akteur/innen im Kinderschutz sollen zu einem Kooperationsnetzwerk zusammengeführt werden (vgl. Bundesregierung 2012). Auf die Notwendigkeit des Auf- und Ausbaus von Netzwerkstrukturen im Feld der Frühen Hilfen wiesen dabei vor allem die Ergebnisse aus der systematischen Evaluation der zehn Modellprojekte des NZFH hin (vgl. DJI 2008, S. 2): „...eine verbesserte Netzwerkarbeit und verbindliche Kooperationen [sind] der Schlüssel zum Erfolg[,] Familien nicht nur zu erreichen, sondern sie auch wirksam zu unterstützen“ (Thyen 2012, S. 22).

Die multiprofessionelle Vernetzungsaktivitäten und die Verschränkung von präventiven Angeboten mit intervenierenden Maßnahmen sollen erstens den Schutz von insbesondere Kleinkindern vor Vernachlässigung und Verwahrlosung, Gewalt und Missbrauch verbessern und zweitens ein schnellerer Eingriff bei Handlungsbedarf gewährleisten (vgl. Bundesregierung 2012, o.S.). Das Kernstück des Bundeskinderschutzgesetzes stellt demzufolge das Gesetz zum Thema Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) dar. Ferner sieht es Änderung bestehender

Gesetzesgrundlagen vor. Unter anderem zählen hierzu verschiedene Änderungsvereinbarungen zum Achten Sozialgesetzbuch (vgl. BMFSFJ 2012b, o.S.; NZFH 2014a, o.S.)¹⁵

Zur Verwirklichung der gesetzlichen Regelung und somit zur Weiterentwicklung von verbindlichen Netzwerkstrukturen im Kinderschutz wurde 2012 die **Bundesinitiative Frühe Hilfen** gegründet. Ihre rechtliche Grundlage bildet §3 Abs. 4 KKG im BKiSchG. Neben der Förderung des Aus- und Aufbau der Netzwerke Frühe Hilfen sollen durch diese Initiative der Einsatz von Familienhebammen verbessert und ehrenamtliche Strukturen gefördert und einbezogen werden. Die Koordination der Bundesinitiative Frühe Hilfen erfolgt auf Bundesebene durch das NZFH, während die Steuerung des Netzwerks Früher Hilfen in den jeweiligen Ländern durch entsprechende Koordinationsstellen erfolgt, die meist beim Jugendamt angesiedelt sind. Insgesamt ist die Bundesinitiative bis zu vier Jahren zeitlich befristet (bis 2015) und umfasst ein Fördervolumen von insgesamt 177 Millionen Euro. Nach Ablauf der Befristung im Jahr 2016 gewährleistet der Bund zur nachhaltigen „Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und der psychosozialen Unterstützung von Familien“ (§3 Abs. 4 KKG) einen Bundesfonds von jährlich 51 Millionen Euro (vgl. §3 Abs. 4 KKG; NZFH 2014b, o.S.).

2.1.2 Ziele und fachspezifische Einordnung der Frühen Hilfen

Das vorangegangene Kapitel, insbesondere die Ausführung zum BKiSchG, deutet bereits darauf hin, dass die Frühen Hilfen keinen expliziten Hilfetyp der Kinder- und Jugendhilfe darstellen. Stattdessen handelt es sich um ein Netzwerk, in dem sich Akteur/innen aus verschiedenen Berufsgruppen zusammenfinden und gemeinsam auf Basis der Verschränkung von präventiven Angeboten mit intervenierenden Maßnahmen ein spezifisches Ziel erreichen möchten: nämlich die Förderung eines sicheren und gesunden Aufwachsens von Kleinkindern in den ersten Le-

¹⁵ Zukünftig sollen beispielsweise „Verbindlichkeit fachlicher Standards der Kinder- und Jugendhilfe“ (MfAS – BW 2010, S. 14) gestärkt, der Einsatz von Familienhebammen ausgebaut, notwendige Informationen zwischen Jugendämtern bei familiärem Ortswechsel weitergegeben sowie eine Schweigepflichtentbindung für Berufsheimnisträger/innen (Äzt/innen, Lehrer/innen, Psycholog/innen etc.) bei einer Kindeswohlgefährdung eingeführt werden (vgl. ebd.; BMFSFJ 2012b, o.S.). Darüber hinaus sind fortan verschiedene Maßnahmen im Bereich Früherkennung und Prävention für Eltern und deren Neugeborenem verpflichtend, wie etwa Früherkennungsuntersuchungen und Hausbesuche, sofern diese zur Beurteilung der Lebenssituation des Kleinkinds in der Familie nach fachlicher Einschätzung erforderlich sind. Zuletzt müssen Fachkräfte im Handlungsfeld Frühe Hilfen ein erweitertes Führungszeugnis vorlegen (vgl. MfAS – BW 2010, S. 14; BMFSFJ 2012b, o.S.; Bundesregierung 2012).

bensjahren durch verschiedene Angebote¹⁶. Der Begriff „Gesundheit“ wird in diesem Kontext ganzheitlich verstanden: So geht es in den Frühen Hilfen nicht nur darum, die körperliche und seelische Gesundheit von Kleinkindern zu fördern, sondern ebenso ihre soziale Einbindung und Teilhabe sowie ihre Entwicklungsmöglichkeiten (vgl. Thyen 2012, S. 16). Dadurch tragen die Frühen Hilfen „maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe“ (NZFH 2014a, o.S.).

In der Praxis soll die frühzeitige und nachhaltige Förderung von Kleinkindern in den genannten Bereichen durch die Förderung der elterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen erreicht werden. Dies soll mittels alltagspraktischer Unterstützungsleistungen zur Verbesserung der mütterlichen Gesundheit, der elterlichen Lebensbewältigung und durch den Aufbau sozialer Beziehungen der Eltern ermöglicht werden (vgl. ebd.; Jungmann/Pfeiffer 2010, S. 29-31). Für ein gesundes Aufwachsen von Kleinkindern scheint dabei insbesondere die Befähigung der Eltern hinsichtlich ihrer Beziehungs- und Erziehungskompetenzen ausschlaggebend zu sein. So beeinflussen diese Kompetenzen grundlegend die emotionale und soziale Entwicklung eines Kindes. Das elterliche Erziehungsverhalten wird daher „als vermittelnde Größe zwischen Risiko und tatsächlich eintretender Gefährdung angesehen“ (Sann/Schäfer 2008, S. 109). Die Förderung der elterlichen Erziehungs- und Beziehungskompetenzen erfolgt in der Praxis durch Wissensvermittlung: Eltern lernen die kindlichen Signale und Bedürfnisse besser wahrzunehmen, den Entwicklungsstand ihres Kindes realistisch einzuschätzen und mit ihrem Kleinkind entwicklungsadäquat umzugehen (vgl. ebd.; DJI 2006, S. 9).

Die Adressat/innen der Unterstützungsleistungen des Netzwerks Frühe Hilfen sind demzufolge nicht unmittelbar die Kleinkinder, obwohl alle Angebote auf die Entwicklungsförderung von Kleinkindern abzielen (vgl. Jungmann/Pfeiffer 2010, S. 29-31). Stattdessen richtet sich das Netzwerk Frühe Hilfen mit seinen Angeboten und Maßnahmen primär an die Eltern. Genauer gesagt an alle „Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-jährigen“ (NZFH 2010, S. 14). Die Angebote des Netzwerks Frühe Hilfen sollen somit zunächst **allen** (werdenden) Eltern mit ihren

¹⁶ Angebote und Institutionen der Frühen Hilfen sind beispielsweise: Krabbelgruppen, Familienbildungsstätten, Einrichtungen der Frühförderung, Geburtskliniken, Teenagerbildung zur Verhütung ungewollter Schwangerschaften etc. (vgl. Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. 2013, S. 53).

Kleinkindern zugänglich sein.¹⁷ Im Sinne einer primären Prävention sollen allen (werdenden) Eltern Aufklärungs-, Anleitungs- sowie Beratungsangebote offeriert werden, um ungünstigen Entwicklungen vorzubeugen und familiäre sowie soziale Ressourcen zu fördern (vgl. Kieslinger/Meyer 2012, S. 5; NZFH 2013, o.S.). Neben universellen/primären Präventionsangeboten bestehen aber auch „spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen“ (NZFH 2014a, o.S.), die sich an Familien in besonders psychosozial belasteten Lebenssituationen richten (selektive/sekundäre Prävention). Bei diesen Familien tragen die Frühen Hilfen dazu bei, dass individuelle, familiäre und soziale Belastungen für das Kindeswohl bzw. für die kindliche Entwicklung frühzeitig erkannt und reduziert werden. Misslingt dies, d.h. eine Kindeswohlgefährdung kann weder durch selektive/sekundäre Präventionsmaßnahmen noch mittels Vereinbarungen mit professionsübergreifenden Kooperationspartner/innen gemäß §8a SGB VIII abgewendet werden, tragen die Frühen Hilfen Sorge dafür, dass weitere Interventionen zum Schutz des Kindes eingeleitet werden (tertiäre Prävention) (vgl. ebd.; Kieslinger/Meyer 2012 S. 5; Thyen 2012, S. 16). Demzufolge stellen die Frühen Hilfen mit ihrem „Screening“ ein Kontrollinstrument zur Messung der elterlichen Befähigung hinsichtlich ihrer Erziehungskompetenzen dar und beziehen sich damit auf Hilfeprozesse von der Frühen Förderung bis hin zum Kinderschutz (vgl. Schröder 2010, o.S.).

Die derzeit in der Praxis initiierten Projekte machen deutlich, dass sich die Unterstützungsleistungen der Frühen Hilfen insbesondere an die oftmals schwer zu erreichenden „Hochrisikofamilien“ richten. Um die Zugangsschwelle zu diesen Familien abzubauen, bedarf es daher Unterstützungsleistungen in Form eines aufsuchenden Charakters. Anstelle von herkömmlichen „Komm-Strukturen“, wie z.B. Kurse oder Beratungsstellen, müssen niederschwellige „Geh-Strukturen“ (z.B. Hausbesuche) initiiert werden (vgl. Jungmann/Pfeiffer 2010, S. 30). Um (werdenden) Eltern die Zugangswege zu diesen unterschiedlichen Hilfeformen zu eröffnen und diese somit systematisch zu erreichen, nimmt – wie bereits mehrfach angedeutet – neben der Initiierung aufsuchender Angebote die flächendeckende Vernetzung unterschiedlicher Hilfeerbringer einen hohen Stellenwert ein (vgl. Renner/Heimeshoff 2010, S. 12; Thyen 2012, S. 16; 20). Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit sind somit Schlüsselbegriffe im Handlungsfeld der Frühen Hilfen, auf die im folgenden Kapitel nochmals eingehender Bezug genommen wird.

¹⁷ Nur selten wird jedoch die in den Frühen Hilfen vorherrschende Logik einer umfassenden Unterstützung aller (werdenden) Eltern erfüllt. Das Hauptaugenmerk wird auf die Unterstützung von Familien in besonderen (d.h. meist benachteiligten) Lebenslagen gelegt.

2.1.3 Strukturen und rechtliche Grundlagen

Das Netzwerk Frühe Hilfen besteht aus drei tragenden Subsystemen: Dem medizinischen Sektor, zu dem u.a. die Frühförderung gezählt wird, die Kinder- und Jugendhilfe sowie die Schwangerschaftsberatungsstellen. Neben diesen drei Subsystemen befassen sich weitere Instanzen mit dem Thema Kinderschutz, wie etwa die Arbeitsagenturen, die Polizei und die Familiengerichte (vgl. Hahn 2011, Folie 22; Ziegenhain et al. 2010, S. 71).

Die Berufsgruppen im Netzwerk Frühe Hilfen sind allerdings durch eine große Heterogenität gekennzeichnet, was eine gelungene Kooperation oftmals erschwert: sie sind nicht nur in unterschiedlichen Trägerschaften verankert, sondern haben auch ein oftmals grundverschiedenes berufliches Selbstverständnis (ressourcen- vs. defizitorientierter Ansatz, familien- vs. individuumsbezogenes Handeln, usw.) und folgen unterschiedlichen Systemlogiken, z.B. hinsichtlich Fachtermini und Sprache (vgl. Thyen 2012, S. 16; Hahn 2011, Folie 22). Weiter bestehen bei den einzelnen Berufsgruppen Vorurteile gegenüber anderen Professionen im Netzwerk Frühe Hilfen sowie überzogene Erwartungen an andere Angebotsträger/innen. In Einzelfällen kommt es zudem vor, dass Fachkräfte die bundeseinheitliche Regelung zum Datenschutz nicht kennen und z.B. Verwirrung über die bestehende Meldepflicht an das Jugendamt, wie etwa in Bayern, besteht (vgl. Fegert 2013/2014, S. 4f.). Zudem sind vielerorts die Voraussetzungen für eine gelingende Vernetzung nicht durchdekliniert. Deutlich wird dies vor allem im medizinischen Sektor: Hier werden Vernetzungsaktivitäten oftmals nicht als Teil der fachlichen Arbeit verstanden. Finanzierungs- und Abrechnungsgrundlagen für Vernetzung, z.B. in Form des Mitwirkens in Hilfekonferenzen oder für den Aufbau von systeminternen Netzwerke, fehlen (vgl. Fegert 2013/2014, S. 6; Thyen 2012, S. 21).

Im Folgenden werden die drei tragenden Subsysteme sowie die weiteren Instanzen mit ihren für das Netzwerk Frühe Hilfen bedeutsamen Merkmalen und Rechtsgrundlagen näher erläutert.

Das Gesundheitswesen

Die Angebote des Gesundheitswesens umfassen sowohl aufsuchende als auch allgemeine Hilfen für (werdende) Mütter, die im Fünften und Neunten Sozialgesetzbuch (Gesetzliche Krankenversicherung sowie Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) aufgeführt werden.

Der Träger von Leistungen nach SGB V ist die gesetzliche Krankenversicherung. Die gesetzlichen Krankenkassen können darüber hinaus jedoch auch Leistungen nach SGB IX gewähren. Werden Leistungen nach SGB IX nicht von der gesetzlichen Krankenkassen erbracht, werden die Leistungen entweder durch die Bundesagentur für Arbeit oder von Trägern der gesetzlichen Ren-

tenversicherung sowie der öffentlichen Jugend- und Sozialhilfe gewährt (vgl. Ziegenhain et al. 2010, S. 83).

Rehabilitationsdienste bzw. -einrichtungen nach SGB IX können dabei z. B. Frühförderstellen, Einrichtungen zur Intervention bei Suchterkrankungen und Sozialpädiatrische Zentren sein (vgl. ebd.). Insbesondere nehmen von diesen Einrichtungen die Frühförderstellen eine wesentliche Rolle im Netzwerk Frühe Hilfen ein. Diese richten ihre Behandlung und Begleitung auf „Familien mit Kindern, die behindert oder von Behinderung bedroht sind“ (Sann/Schäfer 2008, S. 106), leisten i.d.R. ambulante sowie aufsuchende Arbeit und zielen auf Empowerment ihrer Adressat/innen (vgl. ebd.; Thyen 2012, S. 21f.). Ihre Tätigkeiten sind unter §30 SGB IX „Früherkennung und Frühförderung“ und §56 „Heilpädagogische Leistungen“ geregelt (vgl. Thyen 2012, S. 21f.).

Leistungen nach SGB V werden hingegen von Krankenhäusern, Vertragsärzt/innen, Vertragspsychotherapeut/innen oder von anderen Leistungserbringer/innen wie Ergotherapeut/-innen gewährleistet. Im Kontext der Prävention von Kindeswohlgefährdungen leisten insbesondere niedergelassene Ärzt/innen für Gynäkologie, die Allgemeinmedizin sowie die Pädiatrie einen wertvollen Beitrag (vgl. Ziegenhain et al. 2010, S. 87f.). Ihre allgemeinen, durch die Krankenkassen finanzierten Angebote nach §20 „Prävention und Selbsthilfe“ (wie etwa §24 „Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter“, §26 „Kinderuntersuchungen“) zeichnen sich für ihre niederschwellige und breite Zugangsweise zu allen Familien aus und sind demzufolge durch kein Stigma vorbelastet (vgl. Paul 2012, S. 6; Thyen 2012, S. 21; Wiesner et al. 2010, S. 13). Gleiches gilt für Geburtskliniken. Geburtskliniken haben aber nicht nur „stigmafreie“ Leistungen, ihre Arbeit ist ferner auch dahingehend von hoher Bedeutung, weil der Hilfebedarf der Familien frühzeitig wahrgenommen wird und in Folge dessen die Vermittlung der betroffenen Familien zu anderen Hilfeinstanzen eingeleitet werden kann. Die betroffenen Familien können dabei möglicherweise zu Kinderkliniken vermittelt werden. Kinderkliniken sind vor allem auf die Erreichung von Familien spezialisiert, „bei denen bereits Risiken durch Auffälligkeiten, Störungen oder Erkrankungen des Kindes vorliegen oder die durch Verletzungen der Kinder bei Verdacht auf Misshandlung auffallen“ (Ziegenhain et al. 2010, S. 85).

Neben diesen genannten Instanzen sind dem medizinischen Sektor ferner auch (Familien)Hebammen/Entbindungspfleger sowie Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger zuzuordnen. Erstere, (Familien)Hebammen/Entbindungspfleger, zeichnen sich durch ihre aufsuchende Arbeit aus. Sie betreuen und begleiten die Familien in ihrem häuslichen Umfeld und erhalten dadurch umfassenden Einblick in die familiäre Gesamtsituation (vgl. ebd., S. 86). Da

diese Akteur/innen Einblick in den familiären Alltag haben und zudem eine unkomplizierte und vertrauensvolle Beziehung zu Familien aufbauen können, stellen sie im Netzwerk Frühe Hilfen wertvolle Kooperationspartner/innen dar. Gleiches gilt für niedergelassene Kinderärzt/innen. Der vertrauensgeprägte Beziehungscharakter zu Familien wird jedoch durch widersprüchliche eingebaute Handlungsaufträge, wie beispielsweise die neue Befugnisnorm nach §4 im Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) „Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung“¹⁸ etwas gestört (vgl. Thyen 2012, S. 21).

Zusammenfassend betrachtet, ist der medizinische Sektor aufgrund seiner allgemeinen Leistungen, die von fast allen (werdenden) Familien in Anspruch genommen werden, für die Herstellung eines Zugangs zu den oftmals schwer erreichbaren Hochrisikofamilien von hoher Bedeutung (vgl. Paul 2012, S. 6). Im Netzwerk Frühe Hilfen sollten sie daher zwingend mitberücksichtigt werden. Von der Zusammenarbeit profitieren dabei nicht nur Akteur/innen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Schwangerschaftsberatungsstellen, sondern der Profit im „Netzwerken“ wird auch seitens der Kliniken erkannt: Laut Ziegenhain (2010) geben die Rückmeldungen von Kliniken bezüglich Kooperationsmöglichkeiten Hinweise auf „eine erhöhte Handlungssicherheit und damit Arbeitszufriedenheit im Umgang mit kritischen Fällen sowie eine persönliche Entlastung“ (Ziegenhain et al. 2010, S. 85).

Die Kinder- und Jugendhilfe

Die Leistungen des zweiten Subsystems des Netzwerks Frühe Hilfen, die Kinder- und Jugendhilfe, sind im Achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) verankert und reichen von allgemeinen Angeboten zur Förderung von Familien über individuelle Unterstützungsmaßnahmen bis hin zur Sicherstellung des Kinderschutzes bei Kindeswohlgefährdungen (vgl. Ziegenhain et al. 2010, S. 75). Daraus ableitend ergibt sich die doppelte Aufgabenstellung der Kinder- und Jugendhilfe: Einerseits geht es um die Unterstützung von Familien im Hinblick auf deren Erziehungsaufgaben, andererseits obliegt der Kinder- und Jugendhilfe ein Wächteramt, indem sie den Schutz von Kindern vor Gefährdungen sicherstellt (vgl. Thyen 2012, S. 22). Im Kontext der Frühen Hilfen sind seitens dieses Subsystems insbesondere folgende Aufgabenbereiche als relevant anzuse-

¹⁸ Nach §4 BKisSchG werden die Akteur/innen, die im Bereich der Frühen Hilfen tätig sind, dazu angehalten, bei Erkennung „gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen, mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation [zu] erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hin[zu]wirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird“ (§4 BKisSchG).

hen: „Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie“ (§16 SGB VIII), „Erziehungsberatung“ (§28 SGB VIII), „Sozialpädagogische Familienhilfe“ (§31 SGB VIII) und „Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder“ (§19 SGB VIII). Angebote wie Kindertageseinrichtungen und -krippen nach §§22-26 SGB VIII haben ebenfalls im Bereich der Frühen Hilfen eine wichtige, vor allem kompensatorische, Funktion. Das für diesen Arbeitsansatz relevante Angebotsspektrum der Kinder- und Jugendhilfe erstreckt sich somit inhaltlich „von Kindertageseinrichtungen über Familienbildung und Beratung bis zu ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen zur Erziehung“ (Ziegenhain et al. 2010, S. 78).

Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen

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

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

Weitere Akteure im Netzwerk Frühe Hilfen

Neben diesen tragenden Subsystemen des Netzwerks Frühe Hilfen sind Kooperationen zu Arbeitsagenturen, der Polizei und dem Familiengericht wesentlich. Die Arbeitsagenturen hegen beispielsweise einen regelmäßigen Kontakt zu ihren Adressat/innen, die sich in finanziellen Notlagen befinden. Diese Familien werden von den benannten Subsystemen (Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe und Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen) nicht ohne weiteres erreicht. Somit erweitern Arbeitsagenturen die Chance, auch diese Eltern zu erreichen, sie auf ihren Hilfebedarf anzusprechen, auf Unterstützungsangebote aufmerksam zu machen und sie

ggf. in andere Hilfesysteme zu vermitteln. Polizei und Familiengerichte können hingegen Kompetenzen und strukturierte Handlungsabläufe in familiären Krisensituationen und Konflikten anbieten. Zudem wird dadurch nicht selten der Zugang zu Helfer/innen und „Institutionen mit pädagogischen und psychologischen bzw. klinisch-therapeutischen [Fach]Kompetenzen [hergestellt]“ (Ziegenhain et al. 2010, S. 93).

Daneben beziehen die Frühen Hilfen auch bürgerschaftliches Engagement, z.B. in Form von Partnerschaften, sowie die Stärkung von sozialen Netzwerken von Familien mit in den Hilfeprozess ein (vgl. Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (Hrsg.) 2013, S. 67).

2.2 Die Landschaft der Frühen Hilfen in Stuttgart

Für die Umsetzung der im Koalitionsvertrag beschlossenen Maßnahmen zum Aus- und Aufbau des Netzwerks Früher Hilfen (vgl. Kap. 2.1.1) hat die Landeshauptstadt Stuttgart im Herbst 2010 das Konzept zur „Frühen Förderung von Familien“ verabschiedet. Mit diesem Konzept sollen alle Familien möglichst frühzeitig, bei Bedarf bereits während der Schwangerschaft der Mutter, mit niederschweligen Angeboten erreicht und diskriminierende Hilfeansätze vermieden werden. Neben der Stärkung und Förderung der elterlichen Erziehungs- und Beziehungskompetenzen zielt das Konzept auf die Gewährleistung eines höchstmöglichen Kinderschutzes ab. Hierfür gilt es, den vielfältigen Familienkonstellationen mit meist komplexen Bedarfslagen mit angemessenen vielfältigen Unterstützungsansätzen zu begegnen und vor allem Familien in besonders belastenden Lebenssituationen intensiv und mit passgenauen Maßnahmen zur Förderung zu begleiten. Zur Erreichung dieser Zielsetzung beinhaltet das Konzept zur Frühen Förderung von Familien daher Angebote bzw. Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention. Dementsprechend umfasst es Angebote, die sich einerseits an **alle** (werdenden) Eltern richten und andererseits **gezielte** Maßnahmen für (werdende) Eltern mit Unterstützungsbedarf, die sich in besonderen belasteten Lebenssituationen befinden (vgl. Stadt Stuttgart 2013, S. 1).¹⁹ Angebote, die von allen Stuttgarter Familien in Anspruch genommen werden können, umfassen dabei drei Maßnahmen (vgl. Stadt Stuttgart 2014, o.A.):

¹⁹ Die Landschaft der Frühen Hilfen in Stuttgart wird in dieser Ausführung in Anlehnung an das städtische Konzept zur „Frühen Förderung von Familien“ dargestellt. Es wird kein Anspruch auf Vollständigkeit der Darstellung aller Angebote für Familien mit Neugeborenen in Stuttgart erhoben.

1. *Willkommensbesuch*: Frühestens vier Wochen nach dem Geburtstermin werden die frisch gewordenen Eltern mit ihrem Einverständnis von einer wichtigen Kontaktperson der Kinder- und Jugendhilfe ihres Stadtteils zur Übergabe des Elternbegleitbuchs²⁰ und Herstellung eines ersten Kontakts zu der Familie besucht. Hier haben Eltern die Möglichkeit, erste Fragen zur Infrastruktur der Frühen Förderung in Stuttgart zu stellen und Entlastungs- und Hilfebedarf zu melden.
2. *Familieninformationsstelle*: Alle Eltern können sich mit ihren Fragen zur Infrastruktur der Frühen Förderung in Stuttgart auch an die Familieninformationsstelle des Jugendamts Stuttgarts wenden. Diese Einrichtung stellt Informationen über Angebote der Frühen Förderung im Raum Stuttgart (vor allem zu Angeboten der Kinderbetreuung) zur Verfügung und vermittelt bei Bedarf an die jeweiligen Fachdienste weiter. Neben (werdenden) Eltern kann die Familieninformationsstelle auch von Fachkräften unterschiedlicher Träger und Einrichtungen genutzt werden, die ihre Arbeit mit und für Familien ausrichten.
3. *Familienbildung*: Mit spezifischen Familienbildungsangeboten in Kombination mit dem Landesprogramm STÄRKE sollen ebenso alle Eltern der Stadt Stuttgart erreicht werden. So erhielten alle Eltern noch bis zum 1. Juli 2014 nach der Geburt ihres Kindes einen Gutschein im Wert von 40€, der für Kursangebote, wie etwa PEKIP-Kurse (Prager-Eltern-Kind-Programm) oder Kurse zur Vermittlung von Grundlagen frühkindlicher Förderung, Sprachentwicklung etc., innerhalb des ersten Lebensjahrs ihres Säuglings eingelöst werden konnte. Ab Juli 2014 bekommen nur noch Familien die Teilnahmegebühren für Kurse im ersten Lebensjahr ihres Kindes teilweise oder ganz erstattet, die finanzielle Unterstützung bedürfen (vgl. Amt für Jugend und Bildung 2014, o.A.).

Im Sinne gezielter Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention sollen sich folgende acht Maßnahmen an (werdende) Familien mit Unterstützungsbedarf, die sich in einer besonderen Lebenslage befinden, richten. Diese Angebote unterscheiden sich in Maßnahmen zur Familienbildung und in Maßnahmen zur Familienentlastung und -unterstützung (vgl. Stadt Stuttgart 2013, S. 5-14):

²⁰ Das Elternbegleitbuch stellt eine Handreichung mit allen wesentlichen Programmen, Angeboten und Fördermöglichkeiten für (werdende) Eltern mit Kindern bis zum sechsten Lebensjahr dar. Es umfasst wichtige Adressen und Hinweisen und dient somit als Orientierungshilfe. Zudem beinhaltet es verschiedene Gutscheine und Anregungen zu vor allem Themen wie Sprachentwicklung und Leseförderung.

1. Angebote der Familienbildung

- *STÄRKE Modul II, Förderung von Familien in besonderen Lebenslagen:* Familien in besonderen Lebenslagen, wie etwa Alleinerziehende, Familien mit Migrationshintergrund, junge Mütter/Väter, Eltern mit Suchtproblematik, sollen durch spezielle Unterstützungsangebote erreicht und gestärkt werden. Hierbei handelt es sich z.B. um therapeutisch ausgerichtete Kursangebote zur Förderung der Bindung zwischen Eltern und Kindern, Kurse zur Stärkung der Erziehungskompetenz, Alltagsbewältigung oder zur Förderung der Haushaltsorganisation. Die Angebote erfolgen entweder als Gruppenangebote oder in Form von häuslicher Einzelfallberatung. Bis maximal 500 Euro werden Kursgebühren für diverse Bildungsangebote, die auf die besondere Lebenssituation zugeschnitten sind, erlassen.
- *Rucksack-Kurse des Elternseminars:* Mit dem Ziel, die Erstsprache von Migrantenkinder und demzufolge den Erwerb einer Zweitsprache zu fördern, erhalten Eltern in Kindertagesstätten und Grundschulen Unterstützung zur Förderung der Erstsprache im häuslichen Umfeld, z.B. durch diverse Arbeitsmaterialien und Bücher. Durch die kontinuierlichen Gruppenangeboten und Freizeitaktivitäten soll zudem auch der Kontakt und das Vertrauen unter den Eltern und zu Fachkräften der jeweiligen Dienststellen gefördert werden. Mittlerweile werden die Angebote auch von ehrenamtlichen Müttern aus den Rucksack-Gruppen durchgeführt.
- *Opstapje:* Mit einer praxisnahen Unterstützung in der kindlichen Erziehung und Förderung sollen Entwicklungs- und Startchancen von Kleinkindern im Alter von etwa 18 Monaten gestärkt werden. Der 18-monatige Kurs richtet sich an Alleinerziehende oder Familien mit Migrationshintergrund und wird seit fünf Jahren von Mitarbeiterinnen des Eltern-Kind-Zentrums im häuslichen Umfeld der Familie angeboten.

2. Familienentlastung und -unterstützung

- *Familienhebammen, Familienkrankenschwestern und Familienpflege:* Zur Unterstützung von (werdenden) Familien mit Neugeborenen suchen Fachkräfte aus verschiedenen Berufsgruppen Familien für zunächst 20 Stunden auf. Besteht anschließend ein weiterer Unterstützungsbedarf, können in Absprache mit dem zuständigen Beratungszentrum erneut 20 Stunden bewilligt werden. Die Aufgabenschwerpunkte von Familienhebammen und Familienkrankenschwestern liegen im Erkennen von Bindungsstörungen, sowie gesundheitliche, medizinisch-soziale und psychosoziale Belastungen, in der dahingehenden Bewusstseinsbildung der Eltern sowie in der Weitervermittlung der Eltern an entspre-

chende Dienste. Die Familienpflegerinnen leisten hingegen Hilfestellung in der Alltagsbewältigung oder bei persönlichen Lebenskrisen und können auch zur Unterstützung von Familien mit Kindern im Grundschulalter eingesetzt werden.

- *Familienkrankenschwestern beim Gesundheitsamt:* Durch Hausbesuche oder telefonischen Kontakte erfahren gesundheitlich, sozial oder wirtschaftlich benachteiligte Familien von Kindern bis zu sechs Jahren zu verschiedenen Themen wie etwa Früherkennung von Risiken des Aufwachsens ihrer Kinder oder elterliche Erziehungskompetenzen Beratung und praktische Hilfen. Zudem werden auch Familien mit Suchtproblematik und/oder Gewalterfahrungen, einer psychischen Beeinträchtigung eines Elternteils und junge Mütter bei Überforderungssituationen betreut.
- *Wellcome:* Unter der Koordination des Hauses der Familie werden Eltern in der Anfangszeit mit ihrem Neugeborenen durch geschulte ehrenamtliche Kräfte begleitet. Im Mittelpunkt der ehrenamtlichen Begleitung stehen z.B. die Betreuung des Säuglings oder der Geschwisterkinder aber auch praktische Hilfen zur Alltagsorganisation. Die ehrenamtliche Unterstützung ist kostenpflichtig (5 Euro pro Stunde) und kann etwa zweimal pro Woche für jeweils zwei bis drei Stunden für eine begrenzte Gesamtdauer geleistet werden.
- *Projekt Mirijam des Sozialdiensts katholischer Frauen e.V.:* Im Rahmen von 14-tägigen Gruppenangeboten und ergänzenden kontinuierlichen Hausbesuchen sowie Beratungsangeboten werden Frauen aus dem gesamten Stuttgarter Stadtgebiet, die von ALG II leben, von Sozialpädagog/innen zwei Jahre lang begleitet. Dabei kann die Begleitung bereits in der Schwangerschaft beginnen. Die Mütter erhalten Informationen zur Entwicklung des Kindes und über weitere Hilfeangebote sowie finanzielle Unterstützungsleistungen. Ferner haben sie die Möglichkeit, in Austausch mit anderen Müttern zu treten. Zudem werden gemeinsam Lebensperspektiven entwickelt sowie soziale Kontakte aufgebaut. Die Vermittlung der Frauen an dieses Angebot erfolgt überwiegend durch Schwangerschaftsberatungsstellen.

- *Sonnenkinder*²¹: Durch Mitarbeiter/innen des Sonnenkinder-Teams werden alle (werdenden) Eltern in zwei Stuttgarter Kliniken entweder vor oder nach ihrem Geburtstermin aufgesucht. Hier erhalten Eltern wichtige Informationen zur Unterstützungslandschaft der Frühen Förderung in Stuttgart und haben parallel die Möglichkeit, Fragen rund um Pflege, Versorgung und Erziehung des Säuglings zu stellen sowie ihren Unterstützungsbedarf zu melden. Liegt Bedarf vor, werden diese Eltern entweder an entsprechende Fachdienste weitervermittelt oder durch Mitarbeiter/innen des Sonnenkinder-Teams begleitet und beraten (nähere Ausführungen zum Angebot siehe Kap. 2.3)

2.3 Das Modellprojekt „Sonnenkinder – Gesund und geborgen aufwachsen in Stuttgart“

Das Projekt *Sonnenkinder – Gesund und geborgen aufwachsen in Stuttgart* stellt ebenfalls ein Angebot des Stuttgarter Konzepts *Frühe Förderung von Familien* dar. Es ist ein Modellprojekt der Katholischen Kirche in Stuttgart, das gemeinsam von Organisationen der Gesundheits- und Jugendhilfe getragen wird: dem Marienhospital Stuttgart, der St. Anna Klinik Stuttgart, dem Sozialdienst katholischer Frauen der Diözese Rottenburg-Stuttgart und dem Caritasverband für Stuttgart (vgl. Stadt Stuttgart 2013, S. 12). Diese Multiprofessionalität findet sich auch im Sonnenkinder-Projektteam wieder²², was eine gelingende Unterstützung im Umgang mit komplexen elterlichen Bedarfslagen ermöglicht. Durch die Zusammenarbeit von Fachkräften aus unterschiedlichen Professionen wird zudem der gesetzliche Auftrag im Handlungsfeld der Frühen Hilfen, d.h. „der Aufbau und die Weiterentwicklung einer fachübergreifenden Vernetzungsstruktur“ (Kieslinger 2013, S. 18) erfüllt. Demnach schlägt sich die Verschränkung von Gesundheitswesen und Jugendhilfe nicht nur in der Trägerstruktur nieder, sondern gleichermaßen auch in den Qualifikationen des Sonnenkinder-Teams (vgl. Abbildung 1).

²¹ Prinzipiell ließe sich die Unterstützungsleistung des Programms Sonnenkinder im Hinblick auf ihre Klinik-Besuche unter Angebote der primären Prävention fassen, die für alle (werdenden) Eltern in Stuttgart zugänglich sind. Aufgrund der richtigen Zitation des Konzepts zur „Frühen Förderung von Familien“ der Landeshauptstadt Stuttgart, wird die Zuteilung des Programms Sonnenkinder unter Angebot für Eltern mit Unterstützungsbedarf, die sich in besonderen Lebenslagen befinden, belassen.

²² Das Projektteam Sonnenkinder setzt sich aus einem multidisziplinären Kernteam des Caritasverbands Stuttgart, des Sozialdiensts katholischer Frauen und dem Pflegepersonal der geburtshilflichen Stationen des Marienhospitals und der St. Anna-Klinik zusammen.

Abbildung 1: Träger- und Teamstruktur des Projekts „Sonnenkinder“



Mittels präventiver und intervenierender Maßnahmen geht es im Rahmen des Projekts Sonnenkinder sowohl um die Förderung von Familien als auch um die Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen. Dementsprechend richtet sich das Projekt an alle (werdenden) Mütter/Eltern des Marienhospitals und der St. Anna-Klinik in Stuttgart im Sinne einer allgemeinen Gesundheitsprävention. Das Projektteam erreicht somit etwa 38% der Familien und deren neugeborenen Säuglings in Stuttgart.²³

Die Kontaktaufnahme zu den Eltern findet in den beiden Kliniken entweder bereits vor oder nach der Geburt statt („Klinikpräsenz“). Ursprünglich war geplant, dass die Willkommensbesuche in den Kliniken durch das Pflegepersonal der geburtshilflichen Stationen durchgeführt werden, was sich in der Praxis allerdings änderte: Die Willkommensbesuche erfolgten zuerst in der St. Anna Klinik und letztendlich auch im Marienhospital ausschließlich durch das multidisziplinäre Kernteam des Projekts Sonnenkinder²⁴ (vgl. Caritasverband für Stuttgart e.V. u.a. o. Jg., S. 2).

Im Rahmen der Willkommensbesuche in den beiden Kliniken werden alle (werdenden) Mütter/Eltern zum Projekt informiert und/oder erhalten Informationen bezüglich weiterer be-

²³ Anzumerken ist jedoch, dass auch Familien bzw. Mütter, die in anderen Kliniken gebären, Hilfe seitens der Mitarbeiterinnen des Kernteams des Sonnenkinderprojekts einfordern können, indem sie ihren Hilfebedarf eigenständig beim Projekt anmelden (vgl. Kieslinger 2013, S. 20).

²⁴ Das Kernteam setzt sich aus insgesamt 9 Fachkräften der Gesundheits- und Jugendhilfe zusammen.

deutsamer Unterstützungsleistungen für Eltern und derer Neugeborener in Stuttgart (primäre Prävention). In diesen Willkommensbesuchen in den Kliniken können neben allgemeinen Informationen auch bereits erste „konkrete Hilfestellungen in Form von beraterischen Tätigkeiten eingeleitet werden [so genannte Erstgespräche]“ (Kieslinger 2013, S. 19). Liegt in der Regel nach zwei Gesprächskontakten in der Klinik kein weiterer Unterstützungsbedarf vor, ist die Betreuung in der Klinik beendet. Andernfalls, also bei Vorliegen eines weiteren Unterstützungs- und Entlastungsbedarf, werden die Mütter/Eltern an weitere Hilfeinstanzen vermittelt oder haben die Möglichkeit, sich erneut an die Mitarbeiterinnen des Projekts zu wenden und eine durch das Sonnenkinder-Kernteam erbrachte weitergehende Hilfeleistung zu erhalten („Fallarbeit“). Dieses Hilfeangebot stellt eine kontinuierliche, bedarfsgerechte sowie interessenorientierte Beratung und Alltagsbegleitung von Müttern/Eltern mit Unterstützungsbedarf²⁵ dar, die mit niederschweligen Veranstaltungen der Familienbildung kombiniert werden (sekundäre Prävention). Die maximale Länge der Unterstützungsleistung kann sich bis zum ersten Lebensjahr des Kindes erstrecken (vgl. ebd., S. 19f.; Caritasverband für Stuttgart e.V. u.a. o. Jg., S. 3-5).

Im Rahmen von Einzel- und Gruppenangeboten wird gemeinsam mit den Eltern der „Hilfedschungel“ der Unterstützungsleistungen für Eltern mit Neugeborenen in Stuttgart gelichtet. Darüber hinaus werden die Mütter/Eltern bei Bedarf zu externen sozialen und medizinischen Dienstleistungen begleitet, in „zentralen gesundheitlichen und sozialen Belangen ihrer Kinder in der Pflege, Versorgung und Erziehung“ (Caritasverband für Stuttgart e.V. u.a. o. Jg., S. 5) befähigt und Kindeswohlgefährdung mittels intervenierenden Maßnahmen vermieden oder schlimmstenfalls abgewendet.²⁶ Die Befähigung der Mütter/Eltern bezieht sich dabei auf folgende Wissensbereiche:

- Elternkompetenzen (Organisation des Familienlebens, Versorgung des Kindes, gelingende Interaktion mit dem Kind etc.);
- Alltägliche Bewältigungskompetenzen (Haushalt, Finanzen etc.);
- Fähigkeit mit der persönlichen Situation zu Recht zu kommen (Gesundheit, Stress etc.);

²⁵ Diese Mütter/Eltern finden sich häufig in einer problematischen sozioökonomischen Lebenssituation vor und/oder sind durch familiäre, kindliche und/oder soziale Risikomerkmale gekennzeichnet, die ein gesundes Aufwachsen des neugeborenen Säuglings möglicherweise gefährden (vgl. Kieslinger 2013, S. 19).

²⁶ In Fällen, die Hinweise auf eine Gefährdung des Kindeswohls geben, wird das Sonnenkinder-(Kern-) Team auch weiterführende Hilfen einleiten müssen (Das Sonnenkinderteam unterliegt der bindenden Vereinbarung des § 8a, SGB VIII). Insbesondere in solchen schwierigen Situationen kommt es auf eine möglichst schnelle Unterstützung der Familien an.

- Ausbau an Kenntnissen zum deutschen Hilfesystems;
- Förderung der Bereitschaft, eigenständig Hilfe zu suchen, bzw. anzunehmen.

Eine weitere Säule im Projektdesign stellt die Akquise, Schulung und Einbindung von ehrenamtlich tätigen Familienpatinnen dar. Diese Familienpatinnen sollen eine ergänzende oder an eine professionelle Betreuung anschließende Begleitung von Familien ermöglichen. Abgesehen von der unmittelbaren Arbeit mit den Familien zielt das Projekt Sonnenkinder zuletzt auf den Aufbau und die Sicherstellung einer nachhaltigen Vernetzungsstruktur zwischen den im Bereich der Frühen Hilfen in Stuttgart tätig Akteur/innen ab. Zu diesen Akteuren zählen sowohl Mitarbeiter/-innen der Jugend- und Sozialhilfe, des Gesundheitswesens als auch Personen, die sich ehrenamtlich engagieren. Die verschiedenen Akteur/-innen des Gesundheitswesens werden in Fortbildungen für die Belange von Kindern und Eltern sowie für potentielle Notlagen geschult (vgl. Caritasverband für Stuttgart e.V. u.a. o. Jg., S. 5). Abbildung 2 verdeutlicht die Vielfalt an Aufgaben und Zielen des Projekts.

Abbildung 2: Aufgabenfelder und Ziele des Projekts „Sonnenkinder“



Wie bereits oben angedeutet, kann das Betreuungssetting variieren: So erstreckt sich die Begleitung und Beratung von Familien mit Unterstützungsbedarf von „Angeboten mit herkömmlichen ‚Komm-Strukturen‘, d.h. Aufsuchen von Beratungsstellen [der Schwangerschaftsberatung des Sozialdiensts katholischer Frauen] sowie Teilnahme an speziellen Gruppenangeboten der Fami-

3 Aufgaben und Rolle der wissenschaftlichen Begleitung im Modellprojekt

3.1 Das Untersuchungsdesign: Bausteine der wissenschaftlichen Begleitung

Der Gegenstand der dreijährigen wissenschaftlichen Projektbegleitung durch das Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) in Stuttgart stellte einerseits die summative und formative Evaluation des Implementierungsprozesses des Modellprojekts und andererseits die Begleitung und Beratung des Teams bei der Umsetzung der Unterstützungsleistung für (werdende) Eltern und ihre Kinder dar. IfaS legte dabei seinen Untersuchungsschwerpunkt auf die Begleitung und Evaluation von sechs Gegenstandsbereichen des Modellprojekts:

- 1.) Der erste Gegenstandsbereich, der gewissermaßen den Schwerpunkt im Modellprojekt Sonnenkinder bildete, war die Implementierung und Evaluation der Unterstützungsstruktur des Sonnenkinderprojekts (Klinik-Besuche, ambulante Beratungs- und Begleitungssettings oder Hausbesuche). Diese Unterstützungsstrukturen wurden durch ausführliche Falldokumentationen evaluiert. Hierzu entwickelte IfaS in Zusammenarbeit mit dem Team des Modellprojekts verschiedene Instrumente, passte diese kontinuierlich an die Gegebenheiten in der Praxis an und wertet diese kontinuierlich aus.
- 2.) Neben der Fallarbeit bildete die Arbeit mit Gruppen eine weitere Säule im Rahmen des Modellprojekts Sonnenkinder. In Abgrenzung zur fallbezogenen Arbeit sollten verschiedene Gruppenangebote für (werdende) Mütter und ihre Kinder konzipiert und kontinuierlich angeboten werden. Die gruppenbezogene Arbeit mit Müttern wurde ebenso kontinuierlich dokumentiert. Zudem fand eine schriftliche Befragung zu den Motiven an der Teilnahme und zur Zufriedenheit der Mütter mit den Gruppenangeboten statt.
- 3.) Inhaltlich zielte der dritte Gegenstandsbereich auf die Förderung der elterlichen Erziehungskompetenzen ab. Mit der Inanspruchnahme der Unterstützungsleistung in Form von ambulanten Beratungs- und Begleitungsmöglichkeiten (Säule 1) und Gruppenarbeit (Säule 2) sollten Eltern eine Förderung ihrer Erziehungskompetenzen erfahren. Die Eltern sollten hierbei durch die Mitarbeiter/innen des Modellprojekts dazu befähigt werden, die zentralen gesundheitlichen und sozialen Belange ihrer Neugeborenen in der Pflege, Versorgung und Erziehung zu beachten. An der Entwicklung von elterlichen Erziehungskompetenzen ließ sich die Effizienz der Unterstützungsstrukturen für (werdende) Mütter von Neugeborenen messen. Zur Wirkungsmessung konstruierte IfaS theorie-

und praxisgeleitet zwei Untersuchungsinstrumente: Ein Fragebogen, welcher von den Mitarbeiter/innen des Sonnenkinder-Teams ausgefüllt wurde, sollte es ermöglichen, die elterliche Befähigung in verschiedenen Kompetenzfeldern aus Sicht der betreuenden Fachkraft einschätzen und dokumentieren zu können. Ein weiterer Fragebogen diente zur Erfassung der elterlichen Kompetenzen aus der Perspektive der begleiteten Mutter, d.h. dieser wurde von den Müttern bzw. Eltern selbst ausgefüllt. Dadurch ist es möglich, relativ gesicherte Hinweise auf eine Verbesserung der elterlichen Kompetenzen aus zwei verschiedenen Perspektiven zu bekommen.

- 4.) Innerhalb der vierten Säule ging es um die Erschließung des Potentials an bürgerschaftlichem Engagement für die Unterstützung der (werdenden) Eltern. Dabei wurden ehrenamtliche Kräfte, so genannte Familienpatinnen, mithilfe verschiedener Strategien akquiriert und nachhaltig in die Arbeit mit den zu betreuenden Eltern einbezogen. Zur Erfassung geeigneter Rekrutierungsstrategien von Familienpatinnen sowie zur Bewertung der Tätigkeit dieser Ehrenamtlichen führte IfaS zwei Gruppendiskussionen mit dem haupt- und ehrenamtlichen „Sonnenkinder“-Team durch.
- 5.) Die fünfte Säule befasste sich inhaltlich mit dem Aufbau einer nachhaltigen Vernetzungsstruktur im Bereich der Frühen Förderung/Frühen Hilfen in Stuttgart. Gefördert werden konnte diese u.a. durch die Initiierung von Fortbildungsangeboten, in welchen z.B. Mitarbeiter/innen des Gesundheitswesens für die Belange von Eltern und ihre Kinder sensibilisiert und begleitet werden. Die Bewertung der Zusammenarbeit verschiedener Akteur/innen stellte auch ein weiteres wichtiges Thema der Evaluation dar. Im Rahmen der Untersuchung von Kooperationsbeziehungen wurden zudem Rahmenbedingungen für eine gelingende Zusammenarbeit analysiert.
- 6.) Innerhalb der sechsten und somit letzten Säule, ging es im Sonnenkinderprojekt um die Herstellung einer gelingenden Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team. Hier erfasste IfaS den Teamentwicklungsprozess im Hinblick auf persönliche Ziele und Projektziele, notwendige Faktoren zur Zielerreichung sowie den möglichen Risiken. Zudem wurden die Mitarbeiterinnen angehalten, ihre Teamarbeit, die Arbeit mit und für Familien und die gegebenen Arbeitsstrukturen zu zwei Messzeitpunkten in zwei Gruppendiskussionen zu bewerten.

Im Hinblick auf diese sechs Gegenstandsbereiche umfassten die Kernaufgaben der wissenschaftlichen Begleitung ein kontinuierliches Projektmonitoring sowie die Unterstützung des Projektteams bei der praxis- und theoriegeleiteten Entwicklung von Evaluationsinstrumenten. In einem Coachingprozess wurden die Projektziele sowie die Zielerreichung kontinuierlich aufgearbeitet

und reflektiert. Entsprechend wurden die Instrumente auf ihre Validität hin überprüft und das Untersuchungsdesign angepasst. Darüber hinaus galt es, das hauptamtliche Team im Umgang mit Evaluationsinstrumenten kontinuierlich zu schulen. Eine jährliche Berichterstattung (Herbst 2012/13) diente der Offenlegung der Projektentwicklung und Zielerreichung. Mittels dieser hier vorliegenden abschließenden Berichterstattung werden zuletzt die Wirkungen des Projekts unter Einbezug der Fachliteratur reflektiert (Ergebnisevaluation).

Mit dieser anwendungsorientierten Forschung und Beratung wurde das Themenfeld der Frühen Hilfen am Beispiel des Sonnenkinderprojekts sowohl praxisorientiert erschlossen als auch nutzerorientiert aufbereitet und ein Beitrag zur aktuellen Theoriebildung geleistet.

3.2 Umsetzung der Bausteine

3.2.1 Teamcoaching

Im Rahmen des kontinuierlichen Prozess zum Teamcoaching fanden in der dreijährigen Modellphase neben einem Auftakttreffen zu Beginn des Projekts, zwei moderierten Gruppendiskussionen und einem Gruppeninterview insgesamt elf Workshops mit dem „Sonnenkinder“-Team statt, die sich inhaltlich auf die nachfolgend dargestellten Schwerpunkte bezogen haben:

Projektjahr I (Herbst 2011 – Herbst 2012)

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

Auf Basis der Projektziele formulierte IfaS gemeinsam mit dem Team die für die Evaluation relevanten forschungsleitenden Fragestellungen. Diese wurden im Rahmen eines Workshops vorgestellt und diskutiert. Parallel dazu wurden die Erhebungsinstrumente gemeinsam mit dem Projektteam entwickelt und festgelegt. Im Folgenden werden die forschungsleitenden Fragestellungen nochmals im Einzelnen aufgeführt:

- Erlangen Eltern einen geeigneten Überblick über wichtige Unterstützungsleistungen und Angebote für Kinder und Eltern in Stuttgart?
- Erhalten Eltern bei schwierigen Situationen schnellstmöglich die dafür notwendige Hilfe?
- Werden im Rahmen der Frühen Hilfen effiziente Formen der Unterstützung entwickelt/angeboten und welche Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden, um Eltern eine passgenaue Unterstützungsstruktur anzubieten?

- Wird den Eltern der Zugang zu den relevanten Angeboten ermöglicht?
- Werden die Eltern zu Eigeninitiative und Selbsthilfe befähigt und welche Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden, damit Eltern in zentralen gesundheitlichen und sozialen Belangen ihrer Kinder befähigt werden, sich selbst zu helfen?
- Inwiefern kann durch das Projekt einer Kindeswohlgefährdung vorgebeugt werden?
- Was sind Gründe der Nichtinanspruchnahme oder des Abbruchs der Unterstützungsleistung?
- Wie sollte die Fortbildung von Mitarbeiter/-innen des Gesundheitswesens aussehen, um diese für die Belange von Kindern und Eltern sowie für potentielle Notlagen zu sensibilisieren?
- Was sind die spezifischen Beiträge der beteiligten Personengruppen (Gesundheitswesen und Jugendhilfe) bei der Verwirklichung dieses Projekts? Wie kann die Kooperation nachhaltig gesichert werden?

Die entsprechende Zielerreichung wird durch den Einsatz von verschiedenen Forschungsinstrumenten evaluiert. Einige der Ziele werden mit einem fallspezifischen Dokumentationssystem oder anhand der Tätigkeitsnachweise der Projektmitarbeiterinnen untersucht. Das Dokumentationssystem bzw. die Fallakte erfasst fallspezifisch die sozioökonomischen Daten der Eltern und ihrer Kinder, Risikofaktoren und den Inhalt des Hilfeverlaufs. Für die Evaluation der Primärziele, Passgenauigkeit einer Hilfeerbringung und elterliche Befähigung, sollte darüber hinaus ein Instrument zur Befragung der Eltern sowie der Fachkräfte konstruiert werden. Ein weiterer Fragebogen wurde für die Erhebung des Sekundärziels, Sensibilisierung der Mitarbeiter/-innen des Gesundheitswesens durch Fortbildungen, entwickelt. Die Evaluation des Sekundärziels, Erfassung der bestehenden Kooperationspartner und Merkmale gelingender Kooperation/Vernetzung, sollte ebenfalls über einen Fragebogen, der von den Fachkräften für jeden Kooperationspartner einzeln ausgefüllt wird, erfolgen. Im nachfolgenden Kapitel 3.2.2, Instrumentenentwicklung, wird der Aufbau aller bislang bestehenden Instrumente näher beschrieben.

Workshop II: Praxisgeleitete Reflexion zur theoriegeleiteten Kategorienentwicklung des Tätigkeitsnachweises und des fallbezogenen Dokumentationssystems sowie Klärung des Erkenntnisinteresses zum Thema Kooperationen und erster Einsatz eines Erhebungsinstrumentes

Unter Hinzuziehung von Literatur und Forschungsinstrumenten anderer Praxisprojekte im Bereich der Frühen Hilfen wurden die bislang eingesetzten Instrumente überarbeitet bevor man

sie hinsichtlich ihrer praktischen Tauglichkeit in den Workshops reflektierte und an die Veränderungsvorschläge der Projektmitarbeiterinnen anpasste.

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

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

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

Die Teamziele aller Projektmitarbeiterinnen wurden in diesem Workshop nochmals zusammengeführt und von den Mitarbeiterinnen nach ihrer Wichtigkeit bewertet. Diese Ziele ließen sich in drei Oberkategorien einteilen: Gewährleisten und Aufrechterhaltung der Qualität, Teamentwicklung, Außenwirkung/Transparenz/Profil. In einem weiteren Schritt wurden zu diesen Zielen mögliche Umsetzungsstrategien entworfen und Risiken benannt (eine Übersicht über die Ziele, Faktoren der Zielerreichung und die genannten Risiken findet sich in der Tabelle in Kapitel 4.6).

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

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

Gruppendiskussion I

Zusätzlich zu den vier themenzentrierten Workshops wurde im September 2012 im Rahmen der Prozessevaluation eine einstündige Gruppendiskussion mit den Mitarbeiterinnen des Projekts Sonnenkinder durchgeführt. Schwerpunkte dieses Gesprächs waren die Themen „Team- und Klientenarbeit“, „Arbeitsstrukturen“ und „Projektverlauf“ (Ergebnisse dieser Gruppendiskussion werden in Kapitel 4.6 präsentiert).

Projektjahr II (Herbst 2012 – Herbst 2013)

Workshop V: Reflexion und Überarbeitung des Instruments zur Befragung der Eltern

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

maßen als Anamneseinstrument (Selbstauskunft der Mütter/Eltern zu Beginn der Betreuung) sowie als Instrument zur Evaluation der Betreuung (abschließende Elternbefragung) fungieren. Ferner können nun die Einschätzungen der Fachkräfte mit den Einschätzungen der betreuten Mütter bzw. Eltern verglichen werden. Als theoretische Grundlage diente das Erziehungskonzept von Bastian et al. (vgl. Kap. 3.1).

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

Workshop VI: Überarbeitung bestehender Dokumente

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

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

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

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

Neben der wissenschaftlichen Begleitforschung wurden im Rahmen des Sonnenkinder-Projekts zwei studentische Abschlussarbeiten geschrieben (eine Bachelor- und eine Masterthesis). Die Bachelorarbeit befasste sich mit dem Thema Ehrenamt²⁷, während in der Masterthesis drei Fallverlaufsanalysen angefertigt wurden. In den Fallverlaufsanalysen der Masterarbeit werden Schwerpunkte der Fallarbeit des Sonnenkinderprojekts deutlich. Die Ergebnisse dieser Abschlussarbeiten wurden in diesem Workshop ausführlich vorgestellt.

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

Gruppendiskussion II: Gruppeninterview zu den Themen Ehrenamt und Gruppenangebote im Modellprojekt

Zusätzlich zu den vier themenzentrierten Workshops wurde mit den Projektmitarbeiterinnen des Sonnenkinderprojekts ein einstündiges Gruppeninterview geführt. Schwerpunkte dieses Gesprächs waren die Themen Ehrenamt und Gruppenangebote (Ergebnisse dieses Gruppeninterviews vergleiche Kapitel 4.3 und 4.4)

Projektjahr III (Herbst 2013 – Herbst 2014)

Workshop IX: Präsentation, Reflexion und Diskussion der Ergebnisse des zweiten Zwischenberichts sowie Konzipierung eines Strategieplans für das dritte Projektjahr

Nach Abschluss des zweiten Projektjahrs wurden die Ergebnisse des Zwischenberichts II dem Projektteam präsentiert und gemeinsam diskutiert. Dabei wurden die Ergebnisse des zweiten Projektjahres den Erkenntnissen aus dem ersten Jahr gegenübergestellt. Dementsprechend konnten erwünschte aber auch nicht gewollte Veränderungen in der Fallarbeit offengelegt werden. Zudem wurde ein Strategieplan zur wissenschaftlichen Begleitung konzipiert, indem die Themen festgehalten wurden, die im dritten Projektjahr ausführlicher beachtet werden.

²⁷ Die Erkenntnisse dieser Bachelorarbeit zum Thema Ehrenamt fließen in Kapitel 4.4 mit ein.

Workshop X: Fortsetzung der Konzipierung eines Strategieplans für das dritte Projektjahr sowie Vorstellung und Reflexion der zukünftigen Dokumentationsvorlage für die Fallarbeit

Neben der weiterführenden Konzipierung eines Strategieplans der wissenschaftlichen Begleitung für das dritte Projektjahr, wurde das zukünftige Dokumentationsformular zur Fallarbeit vorgestellt. Dieses wurde seitens der Stadt Stuttgart erarbeitet und soll ab Frühjahr 2013 eingesetzt werden.

Workshop XI: Präsentation, Reflexion und Diskussion der Ergebnisse des Abschlussberichts

Nach Abschluss der Projektlaufzeit wurden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung dem Projektteam präsentiert und gemeinsam diskutiert. Veränderungen in der Projektlaufzeit wurden thematisiert und praxisnahe Erklärungen und Interpretation für ausgewählte Phänomene ausgetauscht. Zuletzt wurde die Zusammenarbeit zwischen Praxis und Wissenschaft bewertet und rückgemeldet.

Gruppendiskussion III

Zusätzlich zu den drei themenzentrierten Workshops innerhalb des dritten Projektjahres wurde im Rahmen der Prozessevaluation eine zweistündige Gruppendiskussion mit den Mitarbeiterinnen des Projekts Sonnenkinder durchgeführt. Diese zweite Gruppendiskussion basierte auf den in der ersten Gruppendiskussion (September 2012) gesammelten Erkenntnissen zu den Themen „Team- und Klientenarbeit“ und „Arbeitsstrukturen“. Darüber hinaus standen die in Workshop III genannten Ziele und Risiken im Mittelpunkt der Diskussion (Ergebnisse dieser Gruppendiskussion vergleiche Kapitel 4.6).

3.2.2 Instrumentenentwicklung

Innerhalb der dreijährigen Projektlaufzeit wurden verschiedene, quantitativ ausgerichtete Instrumente konstruiert, kontinuierlich auf ihre Handhabbarkeit hin überprüft und weiterentwickelt, unklare Items zur Dokumentation der im Projekt begleiteten Familien operationalisiert, und fortwährend ausgefüllt. Neben quantitativen Instrumenten wurden aber auch qualitative Interviewleitfäden für verschiedene Gruppendiskussionen konstruiert. Die daraus resultierenden Erkenntnisse werden in diesem Abschlussbericht ausführlich vorgestellt (vgl. Kap. 4).

Insgesamt bestehen im Sonnenkinderprojekt sieben quantitative Instrumente, die derzeit kontinuierlich im Rahmen des Sonnenkinderprojekts verwendet werden und vier Diskussions- bzw. Gesprächsleitfäden (vgl. Anhang). Diese werden in der folgenden Tabelle zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 1: Zusammenstellung aller im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung entwickelten Instrumente

Instrumente	Erkenntnisinteresse
<i>Quantitative Untersuchungsinstrumente</i>	
Dokumentation der Willkommensbesuche in den Kliniken	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Willkommensbesuche in den Kliniken
Besuchsprotokoll	<ul style="list-style-type: none"> • Inhalt und Themen der Erst- und Zweitgespräche in der Klinik • Weitervermittlung der Eltern an externe (Hilfe-) Instanzen
Dokumentationsinstrument, bestehend aus Fallakte, Fallverlaufsakte und Beendigungsbogen	<ul style="list-style-type: none"> • Sozioökonomischen Daten der betreuten Eltern; elterliche und kindliche Risikofaktoren • Erfassung der Einschätzung der elterlichen Erziehungskompetenzen zu Beginn und am Ende der Begleitung • Kontinuierliche Dokumentation zum Inhalt der elterlichen Begleitung • Beratungsarten und -themen • Gründe der Beendigung • Weiterführende Hilfen
Tätigkeitsnachweise	<ul style="list-style-type: none"> • Fallzahlen • Fall- und projektspezifische Tätigkeiten • Beratungsorte
Feedbackbögen zu den Fortbildungen	<ul style="list-style-type: none"> • Zufriedenheit der TeilnehmerInnen • Verbesserungsvorschläge
Instrument zur Elternbefragung (Anamnese und Endbefragung)	<ul style="list-style-type: none"> • Einschätzung der elterlichen Erziehungskompetenzen (zum Zeitpunkt des Hilfebeginns, zum Abschluss der Hilfe) • Elterliche Zufriedenheit
Instrument zur Dokumentation der stattgefundenen Gruppenangebote	<ul style="list-style-type: none"> • Sozioökonomische Angaben der Teilnehmerinnen • Besprochene Themen
Instrument zur Befragung der Teilnehmer/innen der Gruppenangebote	<ul style="list-style-type: none"> • Zugang zum Angebot • Mütterliche Zufriedenheit mit dem Angebot • Mütterlicher Nutzen
<i>Qualitative Untersuchungsinstrumente</i>	
Leitfaden für die Gruppendiskussion mit den Projektmitarbeiterinnen I	<ul style="list-style-type: none"> • Teamarbeit • Klientenarbeit • Arbeitsstrukturen • Projektverlauf
Leitfaden für die Gruppendiskussion mit den Projektmitarbeiterinnen II	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenangebote • Ehrenamt
Leitfaden für die Gruppendiskussion mit den Projektmitarbeiterinnen III	<ul style="list-style-type: none"> • Teamarbeit • Klientenarbeit • Arbeitsstrukturen
Leitfaden für die Gruppendiskussion mit den Familienpatinnen	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgaben • Rahmenbedingungen • Zufriedenheit

3.2.3 Dokumentation und Datenanalysen

Die Erfassung von Willkommensbesuchen und (Erst- und Zweit-)Beratungsgesprächen mit Familien in den beiden Kliniken sowie die Anzahl und die Arbeit mit den Betreuungsfällen (ab dem dritten Beratungsgespräch) sollten im Projektverlauf kontinuierlich dokumentiert werden.

Die Willkommensbesuche in den beiden Kliniken werden täglich dokumentiert und monatlich ausgewertet. Die Anzahl der dokumentierten (Erst-)Beratungsgespräche werden hingegen durch das Besuchsprotokoll erfasst. Beide Instrumente zeigen die Anstrengungen der Fachkräfte bei der Kontaktaufnahme und den stattfindenden (Erst-) Beratungsgesprächen sowie die Reichweite des Projekts in den Kliniken. Bis zur Aufnahme weiterer Hilfemaßnahmen finden maximal zwei Gespräche mit den Familien statt. Ab dem dritten Kontakt mit den Eltern wird der Kontakt als „Betreuungsfall“ definiert. Im Zuge eines dritten Kontakts mit den betreuten Müttern bzw. Eltern wird dann eine Fallakte geführt.

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

Zusätzlich zur Erfassung projektinterner Fallzahlen wurde IfaS mit der Recherche nach Fallzahlen von Fachkräften, die im Bereich der Frühen Hilfen beraterische Funktionen ausüben, beauftragt. Die Zahlen sollten dazu dienen, Aussagen über die etwa zu benötigten Fallzahlen pro Fachkraft treffen zu können. Im Rahmen der Recherche wurden Akteur/innen aus verschiedenen Bereichen der Frühen Hilfen (Forschung und Wissenschaft, Jugendhilfeplanung, Basisfachkräfte im Bereich der Frühen Hilfen) nach ihren Erkenntnissen und Einschätzungen bezüglich der Anzahl an Fällen pro Fachkraft im Jahr telefonisch oder per Emailkontakt befragt.

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

4 Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

4.1 Allgemeine Ergebnisse der fortlaufenden Dokumentation

4.1.1 Die Phase der Kontaktaufnahme: Willkommensbesuche in den Kliniken sowie Erst- und Zweitgespräche

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

- a) Der Zugang zu den Müttern erfolgt i.d.R. über die Projektvorstellung (Willkommensbesuch in der Klinik). Im Rahmen dieser Willkommensbesuche können durchaus auch bereits erste Beratungsgespräche stattfinden.
- b) Im Anschluss an die Willkommensbesuche erfolgen ein oder zwei intensivere Beratungsgespräche in der Klinik. Diese werden i.d.R. mit den so genannten Besuchsprotokollen dokumentiert.
- c) Prinzipiell wird ab dem dritten Gespräch die Beratung der Mütter/Eltern als „Fall“ definiert, d.h. die Mütter/Eltern werden zu einem „Betreuungs-Fall“ des Sonnenkinder-Teams. Bei manchen Fällen ist es aber auch möglich, dass bereits nach dem ersten Gespräch deutlich wird, dass die Familie einen Unterstützungsbedarf hat und somit zum Fall des Sonnenkinderprojekts wird. In diesen Fällen wurde sofort eine Fallakte angelegt; entsprechend fehlen Angaben in den Besuchsprotokollen (z.B. Zweitgespräch)

Im Folgenden wird die Anzahl der durch das Sonnenkinder-Team erreichten bzw. betreuten Mütter/Eltern näher dargestellt. Die Darstellung erfolgt dabei auf Basis der Unterscheidung zwischen Willkommensbesuch, Erstgesprächen (Erst- und ggf. Zweitgespräch) und Betreuungsfall.

Insgesamt ließen sich über die drei Projektjahre hinweg **4537 Willkommensbesuche** in den Kliniken bei entbundenen bzw. schwangeren Frauen dokumentieren, 2512 im Marienhospital und 2025 in der Sankt Anna-Klinik. Werden die einzelnen Projektjahre betrachtet, waren es im ersten Projektjahr 1073 Willkommensbesuche in beiden Kliniken, im zweiten Jahr 1838 und im dritten Jahr 1626 Willkommensbesuche. Im Vergleich zum ersten Projektjahr wurden im zweiten und dritten Projektjahr im Marienhospital mehr Willkommensbesuche ($N_{\text{Projektjahr II}}=1030$; $N_{\text{Projektjahr III}}=954$) als in der Sankt Anna-Klinik ($N_{\text{Projektjahr II}}=808$; $N_{\text{Projektjahr III}}=672$) dokumentiert. Das bedeutet jedoch nicht, dass im ersten Projektjahr im Marienhospital weniger Willkommensbesuche stattfanden. In den ersten Monaten des Projekts wurden die Willkommensbesuche der

(werdenden) Eltern durch das Pflegepersonal des Marienhospitals wahrgenommen. Die jeweilige Anzahl an Willkommensbesuche wurde hierbei leider nicht dokumentiert (vgl. Tab 2).

Tabelle 2: Anzahl der Willkommensbesuche in den beiden Kliniken

Projektjahr	Willkommensbesuche in den Kliniken gesamt	Marienhospital	St. Anna-Klinik
Erstes Projektjahr (Dez 11 – Aug 12)	1073	49,2% (N=528)	50,8% (N=545)
Zweites Projektjahr (Sep 12 – Aug 13)	1838	56,0% (N=1030)	44,0% (N=808)
Drittes Projektjahr (Sep 13 – Jun 14)	1626	58,7% (N=954)	41,3% (N=672)
Gesamt	4537	55,3% (N=2512)	44,6% (N=2025)

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

Tabelle 3: Anzahl der Willkommensbesuche in den Kliniken spezifiziert nach schwangeren bzw. nicht schwangeren Müttern

Willkommensbesuche in den Kliniken gesamt (Jan 13 – Jun 14)	Marienhospital		St. Anna-Klinik	
	Entbundene Frauen	Schwangere Frauen	Entbundene Frauen	Schwangere Frauen
2862	44,1% (N=1262)	13,03% (N=373)	36,97% (N=1058)	5,9% (N=169)

Aus Tabelle 3 kann entsprechend entnommen werden, dass mit den Willkommensbesuche in beiden Kliniken überwiegend Frauen erreicht wurden, die ihr Kind bereits entbunden haben (81,07%, N=2320). Dennoch fanden etwa 1/5 der Willkommensbesuche mit schwangeren Frauen (18,93%; N=542) statt. Werden die Kliniken miteinander verglichen, fanden wesentlich mehr Willkommensbesuche in den Kliniken mit schwangeren Frauen im Marienhospital als in der St. Anna-Klinik statt. Einen möglichen Grund hierfür könnten die getrennten Klinikstationen für schwangere und entbundene Frauen in der St. Anna-Klinik sein. Während im Marienhospital schwangere Frauen ebenso auf der Geburtsstation untergebracht werden, ist die Schwangerenstation in der St. Anna-Klinik von der Geburtsstation getrennt, was dazu führen könnte, dass in der St. Anna-Klinik die Willkommensbesuche seltener stattfinden.

Werden die Willkommensbesuche in den Kliniken bei den Müttern, die ihr Kind bereits zur Welt gebracht haben, den tatsächlichen Geburtenzahlen der jeweiligen Klinik gegenübergestellt, zeigt sich, dass die Mitarbeiterinnen des Projekts Sonnenkinder über die drei Projektjahre hinweg bei durchschnittlich knapp 90% aller Mütter, die ihr Kind in einen der beiden Kliniken entbunden haben, Willkommensbesuche durchgeführt haben (vgl. Tabelle 4).²⁸

Tabelle 4: Vergleich zwischen Anzahl der tatsächlichen Geburten und den durchgeführten Willkommensbesuche in den Kliniken bei entbundenen Frauen

Gesamt		
Projektjahr	Geburten gesamt	Willkommensbesuche in den Kliniken bei entbundenen Frauen gesamt
Erstes Projektjahr (Dez 11 – Aug 12)	1281 (100%)	1073 (83,8%)
Zweites Projektjahr (Sep 12 – Aug 13)	1723 (100%)	1594 (92,5%)
Drittes Projektjahr (Sep 13 – Jun 14)	1468 (100%)	1327 (90,4%)
Gesamt	4472 (100%)	3994 (89,3%)
Marienhospital		
Projektjahr	Geburten Marienhospital	Willkommensbesuche im Marienhospital: entbundene Frauen
Erstes Projektjahr (Dez 11 – Aug 12)	701 (100%)	528 (75,3%)
Zweites Projektjahr (Sep 12 – Aug 13)	906 (100%)	872 (96,3%)
Drittes Projektjahr (Sep 13 – Jun 14)	817 (100%)	739 (90,5%)
Gesamt	2424 (100%)	2139 (88,2%)
St. Anna-Klinik		
Projektjahr	Geburten St. Anna-Klinik	Willkommensbesuche im St. Anna-Klinik: entbundene Frauen
Erstes Projektjahr (Dez 11 – Aug 12)	580 (100%)	545 (94,0%)
Zweites Projektjahr (Sep 12 – Aug 13)	817 (100%)	722 (88,4%)
Drittes Projektjahr (Sep 13 – Jun 14)	651 (100%)	588 (90,3%)
Gesamt	2048 (100%)	1855 (90,6%)

²⁸ Bis Januar 2013 wurde bei der Erfassung der Willkommensbesuche in den Kliniken nicht zwischen entbundenen und schwangeren Frauen unterschieden. Das bedeutet, dass sich die Zahlen im ersten und zweiten Projektjahr auf schwangere und entbundene Frauen gleichermaßen beziehen.

In den einzelnen Projektjahren und den zwei Kliniken wurde in etwa stets dieselbe prozentuale Anzahl an entbundenen Müttern erreicht (zwischen 83-94%), mit Ausnahme des Projektjahrs I: Während in Projektjahr II und III im Marienhospital beinahe alle Mütter erreicht wurden, die ihr Kind bereits entbunden haben, waren es in Projektjahr I nur drei Viertel der entbundenen Frauen. Hierbei muss jedoch wieder berücksichtigt werden, dass in den ersten Monaten des Projekts im Marienhospital die Willkommensbesuche der Mütter durch das Pflegepersonal umgesetzt wurden und die jeweilige Anzahl an Willkommensbesuche in den Kliniken leider nicht dokumentiert wurde (vgl. auch Tab. 2). Das Ergebnis der Willkommensbesuche in den Kliniken bei den entbundenen Frauen von über 90% aller Geburten ist schlussfolgernd als sehr positiv zu bewerten.

In der folgenden Tabelle 5 stehen die Willkommensbesuche in den Kliniken den Erst- und Zweitgesprächen gegenüber. Dabei zeigt sich, dass bis zum abschließenden Zeitpunkt der Datenerhebung (August 2014) in allen drei Projektjahren zusammengerechnet (Okt 2011 – Ende Juli 2014) insgesamt 4537 Willkommensbesuche in den Kliniken stattfanden, wovon es mit jeder sechsten (werdenden) Mutter zu **intensivere Erst- bzw. Zweitgesprächen** kam, in denen es inhaltlich z.B. bereits um spezifische Informationen über das Projekt ging (ausführlichere Projektvorstellung), oder Informationen zu wichtigen Unterstützungsleistungen für Eltern und Kindern in Stuttgart weitergegeben wurden (N=784). Die Erstgespräche können aber auch bereits konkrete Hilfestellungen in Form von beraterischen Tätigkeiten beinhalten (die genauen Inhalte der Erstgespräche werden weiter unten aufgeführt). Von diesen 784 (werdenden) Mütter wurde etwa die Hälfte (N=348) zum Fall für das „Sonnenkinder-Team“.

Was die Willkommensbesuche in den Kliniken, die bei schwangeren Frauen durchgeführt wurde betrifft, zeigt sich, dass von 542 schwangeren Frauen, die einen Willkommensbesuch durch eine Mitarbeiterin des Sonnenkinder-Projekts erhielten, jede sechste schwangere Frau zum Betreuungsfall von „Sonnenkinder“ wurde (16,4%). Das Sonnenkinder-Projekt stellte also auch für schwangere Frauen eine wichtige Unterstützungsleistung dar.

Von den 784 intensiveren Erstgesprächen mit (werdenden) Müttern wurden 522 Gespräche (66,6%) durch ein so genanntes Besuchsprotokoll genauer erfasst. Dieses Dokument wurde von den Mitarbeiterinnen des Kernteams ausgefüllt (d.h. Erstgespräche und mögliche Zweitgesprä-

che wurden genauer dokumentiert). Zu den restlichen 262 Frauen liegt hingegen kein Besuchsprotokoll vor (33,4%), d.h. weitere Angaben zu den Erst- und Zweitgesprächen fehlen.²⁹

In 143 Fällen kann aus den 522 vorliegenden Besuchsprotokollen entnommen werden, dass neben einem intensiven Erstgespräch auch ein zweites intensives Gespräch stattfand. Von diesen 143 Fällen, bei denen ein Zweitgespräch stattfand, wurden 36 Mütter/Familien zum Fall Sonnenkinder (25,2%). Bei weiteren 312 Fällen (89,7%) wurde nach dem ersten intensiveren Gespräch unmittelbar eine Fallakte angelegt, d.h. bei diesen Familien/Mütter fand kein Zweitgespräch statt, sondern sie wurden nach dem ersten Gespräch unmittelbar ein Fall von „Sonnenkinder“ (vgl. Tab. 5).

Tabelle 5: Zusammenfassende Darstellung der Erstgespräche und Betreuungsfälle

Gesamt (Erst- und Zweitgespräche zusammengefasst)		
Anzahl der Willkommensbesuche in den beiden Kliniken (gesamt)	Anzahl der geführten Erstberatungsgespräche (Erst- und Zweitgespräch zusammengefasst)	Tatsächliche Anzahl der Betreuungsfälle
100,0% (N=4537)	17,3% (N=784)	7,7% (N=348)
	100% (N=784)	44,4% (N=348)
Nur schwangere Frauen (Erst- und Zweitgespräche zusammengefasst)		
Anzahl der Willkommensbesuche in den Kliniken bei schwangeren Frauen	Anzahl der geführten Erstberatungsgespräche (Erst- und Zweitgespräch zusammengefasst)	Tatsächliche Anzahl der Betreuungsfälle
100,0% (N=542)	(hierzu liegen keine Daten vor)	16,4% (N=89)

²⁹ Dass bei 262 Frauen kein Besuchsprotokoll ausgefüllt wurde, kann möglicherweise dadurch erklärt werden, diese Mütter/Familien direkt zu einem „Fall“ wurden und somit unmittelbar eine Fallakte nach dem Willkommensbesuch angelegt bzw. ausgefüllt wurde. Es ist aber auch möglich, dass der Willkommensbesuch von den in der jeweiligen Klinik tätigen Pflegefachkräften übernommen, und somit nicht dokumentiert wurde. Zu diesen 262 Müttern/Familien liegen lediglich Informationen darüber vor, wann die Betreuungsmaßnahme begonnen hat (19x im November 2011 – Februar 2012, 30x im März – August 2012, 37x im September 2013 – Februar 2013, 59x im März 2013 – August 2013, 55x im September 2013 – Februar 2014, 42x März 2014 – Juni 2014, in 19 Fällen fehlen Angaben zum Beginn der Betreuung).

Gesamt (differenziert nach Erst- und Zweitgespräche)

Anzahl der Willkommensbesuche in den beiden Kliniken	Anzahl der geführten Erst-Beratungsgespräche	Anzahl der geführten Zweit-Beratungsgespräche	Tatsächliche Anzahl der Betreuungsfälle
Personen, die bereits nach dem ersten Gespräch zu einem Betreuungsfall wurden			
100,0% (N=4537)	14,1% (N=641)		6,9% (N=312)
Personen, die nach dem zweiten Gespräch zu einem Betreuungsfall wurden			
100,0% (N=4537)	3,2% (N=143)	3,2% (N=143)	0,8% (N=36)

Im Schnitt dauerten alle erfassten intensiveren Erstberatungsgespräche (N=522) etwa 22 Minuten. Der Median, d.h. der mittlere Wert der Verteilung, beträgt allerdings 15 Minuten. Diese unterschiedlichen Werte zwischen Median und Mittelwert kommen durch die große Streuung der Gesprächsdauer zustande: Das längste Gespräch dauerte dabei 90 Minuten und das kürzeste 5 Minuten (vgl. Tab. 6). In 290 von 784 stattgefundenen Erstgesprächen (37%) wurden neben dem Gespräch noch weitere, „sonstige Tätigkeiten“³⁰ für die Mütter geleistet. Die sonstigen Tätigkeiten beanspruchten dabei im Mittel etwa 20 Minuten. Auch hier liegt der Median bei 15, d.h. die Dauer für diese Tätigkeiten ist ebenfalls breit gestreut. Sie liegt im kürzesten Fall bei 5 Minuten und im längsten Fall bei 240 Minuten (vgl. Tab. 6).

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

	Zeitdauer des Erstgesprächs in Minuten	Zeitdauer für sonstige Tätigkeiten in Minuten
Mittelwert	21,51	19,51
Median	15	15
Minimum	5	5
Maximum	90	240
Summe	10582	2205
Gültig	492	113
fehlende Antworten	30	409

In den intensiveren Erstgesprächen ging es inhaltlich am häufigsten darum, die Unterstützungsmöglichkeit durch eine Hebamme zu klären (36,4%). Ferner standen sozialrechtliche und finanzielle Belange oder die Informationsweitergabe zu anderen Angeboten im Bereich der Frü-

³⁰ Unter sonstige Tätigkeiten werden alle Aktivitäten zusammengefasst, die nicht im unmittelbaren Kontakt mit den Müttern/Familien getätigt wurden. Darunter fallen überwiegend bürospezifische Tätigkeiten wie z.B. andere Hilfeanbieter recherchieren bzw. kontaktieren, eine Weitervermittlung vorbereiten, sich mit Klinikpersonal und Kolleginnen austauschen, mit Verwandte/Bekannte der Mutter telefonieren.

hen Hilfen (28,1%) im Mittelpunkt der Gespräche. Auch gesundheitsbezogene Themen, z.B. körperliche oder psychische Gesundheit der Mütter wurden in den Erstgesprächen häufig thematisiert (25,1%). Bei weiteren 13,3% der Gespräche ging es um die Alltagsorganisation und/oder die mögliche Unterstützung durch eine Haushaltshilfe/Familienpflege (vgl. Tab. 7).

Tabelle 7: Gesprächsinhalte der Erstbesuche (Mehrfachantworten möglich)

<i>Gesprächsinhalte</i>	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (N=491)
fehlende Hebamme/Bedarf an Hebammenunterstützung	184	37,5%
Informationsweitergabe bzgl. Angebote Früher Hilfen/Klärung sozialrechtlicher und finanzieller Belange/Hinweise auf Schwangerschaftsberatung	144	29,3%
Themen zur psychischen und körperlichen Gesundheit der Mutter	127	25,9%
Schwierigkeiten mit Alltagsorganisation/Alleinerziehend/Überforderung/Bedarf an Haushaltshilfe/Familienpflege	67	13,6%
Themen zum Stillen/Bedarf an Stillberatung	50	10,2%
sonstige Aufklärung/sonstiges Gespräch*	34	6,9%
Themen zur Partnerschaft/familiärer Konstellation	32	6,5%
Gesundheitliche Themen des Kindes (Entwicklung, Verpflegung)	27	5,5%
Erschließung sozialer Kontakte	16	3,3%
Bedarf an Sprachkurs	9	1,8%
Ablehnung des Kindes/Adoption	5	1,0%
Gesamt	695	141,5%
Fehlende Antworten	17	

*Die Kategorie sonstige Aufklärung/sonstiges Gespräch bezieht sich z.B. auf folgende Gesprächsinhalte: Verarbeitung von Krisen (wie etwa Trauerverarbeitung bei Todgeburt, drohende Fehlgeburt, Autounfall) Heimweh in die Türkei, Vorbereitung auf die Geburt, Klärung der Fragen zum Projekt, Erfahrungsaustausch bzgl. Geburt

Werden die Monate der initiierten Kontakte bzw. der stattgefundenen Erstgespräche betrachtet, so reichen diese im Minimum von sechs Kontakten im November 2011 bis hin zu 45 Kontakten im Oktober 2012 pro Monat. Im zweiten Projektjahr wurden dabei wesentlich mehr Erstgespräche getätigt als noch im ersten Projektjahr ($N_{\text{Projektjahr I}}=237$, 31,1%; $N_{\text{Projektjahr II}}=356$, 46,6%). Die Erstgespräche im Projektjahr III ($N=170$, 22,1%) lassen sich jedoch nicht mehr mit den Erstgesprächen in Projektjahr I und II vergleichen, weil nicht mehr alle geführten Erstgespräche dokumentiert wurden: Seit Januar 2014 wird das Projekt Sonnenkinder neben der Veronika Stiftung durch die Stadt Stuttgart (Jugendamt) finanziell mitgetragen. Die Mitarbeiter/innen sind in der Pflicht, die Fallarbeit für das Jugendamt zu dokumentieren. Über diesen Zeitraum mussten die Mitarbeiter/innen sowohl für IfaS als auch für das Jugendamt Dokumentationsarbeit leisten, so dass die Erstgespräche aus Zeitgründen nicht mehr systematisch dokumentiert wurden. Zu-

dem nahm die Fallarbeit in Projektjahr III erheblich zu, was auf Kosten der Klinikpräsenzzeit ging. Die Dokumentation der Erstgespräche wurde daher ab diesem Zeitpunkt eher nachrangig gehandhabt (vgl. Tab. 8).³¹

Tabelle 8: Ersterfassungsdatum des Erstgesprächs und Verteilung in den Kliniken

Monat	Anzahl	Gültige Prozente
November 2011	6	0,8%
Dezember 2011	19	2,5%
Januar 2012	22	2,9%
Februar 2012	24	3,1%
März 2012*	25	3,3%
April 2012	26	3,4%
Mai 2012	31	4,1%
Juni 2012	20	2,6%
Juli 2012	36	4,7%
August 2012	28	3,7%
Projektjahr I gesamt	237	31,1%
September 2012	30	3,9%
Oktober 2012	45	5,9%
November 2012	34	4,5%
Dezember 2012	38	5,0%
Januar 2013	35	4,6%
Februar 2013	19	2,5%
März 2013	36	4,7%
April 2013	17	2,2%
Mai 2013	20	2,6%
Juni 2013	32	4,2%
Juli 2013	27	3,5%
August 2013	23	3,0%
Projektjahr II gesamt	356	46,6%
September 2013	15	2,0%
Oktober 2013	22	2,9%
November 2013	20	2,6%
Dezember 2013	24	3,1%
Januar 2014	11	1,4%
Februar 2014	14	1,8%
März 2014	11	1,4%
April 2014	17	2,2%
Mai 2014	15	2,0%
Juni 2014	21	2,7%
Projektjahr III gesamt	170	22,1%
Gesamt	764	100%
Fehlend	20	

³¹ In die Auswertung des Zugangs zu den Müttern sowie des Zeitpunkts der Kontaktaufnahme wurden auch die 262 Personen eingeschlossen, bei denen das Besuchsprotokoll (genauere Informationen zum Erst- und Zweitgespräch) fehlt. In diesen Fällen konnten trotz des fehlenden Besuchsprotokolls die Art des Zugangs und der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme ermittelt werden.

Wie bereits erwähnt, kam es bei 143 (werdenden) Müttern zu einem intensiveren Zweitberatungsgespräch in der Klinik. Dieses dauerte im Schnitt etwa gleich lang, wie das Erstgespräch (20 Minuten). Der Median liegt dabei ebenso bei 15, d.h. auch hier findet sich eine breite Streuung der Gesprächsdauer (min: 5 Min; max: 85 Min). Was die „sonstigen Tätigkeiten“ betrifft, wurden in 68 Fällen im Rahmen des zweiten Treffens mit der Mutter³² noch weitere, „sonstige Tätigkeiten“³³ für die Mütter geleistet. Die durchschnittliche Dauer für „sonstige Tätigkeiten“ liegt dabei bei ca. 26 Minuten. Die längste Dauer beträgt hierfür 75 Minuten und die kürzeste 10 Minuten; dadurch liegt der Median bei 17,5 (vgl. Tab. 9).

Tabelle 9: Zeitdauer des Zweitgesprächs und für die Tätigkeit sonstiger Aktivitäten in Minuten

	Zeitdauer des Zweitgesprächs in Minuten	Zeitdauer für sonstige Tätigkeiten in Minuten
Mittelwert	20,22	25,94
Median	15	17,50
Minimum	5	10
Maximum	85	75
Summe	2305	415
Gültig	114	16
fehlende Antworten/kein Zweitgespräch/ keine sonstigen Tätigkeiten	408	506

Angesichts der Verankerung des Projekts in den beiden Stuttgarter Kliniken ist es weniger erstaunlich, dass die Projektmitarbeiterinnen den Zugang zu den Müttern überwiegend über das Marienhospital (N=365; 48,2%) und über die Sankt Anna-Klinik (N=352; 46,5%) erhielten. Abgesehen von diesen Kliniken kamen weitere 14 Frauen über die Frauenklinik in Bad Cannstatt, neun über das Robert-Bosch-Krankenhaus und sechs Mütter über die Filderklinik zu dem Projekt. Über das Charlottenhaus und über die Beratungsstelle des Sozialdienstes katholischer Frauen konnten ebenso vier bzw. drei Kontakte zu Müttern/Familien hergestellt werden. Der erweiterte Zugang zu Mütter/Familien über insbesondere andere Krankenhäuser ist ein Indiz, dass die Bekanntheit des Projekts Sonnenkinder vor allem im Stadtkreis Stuttgart zugenommen hat (vgl. Tab. 10).

³² Im Rahmen des zweiten Treffens mit der Mutter muss es nicht zwingend zu einem intensiveren Zweitberatungsgespräch mit der Mutter kommen, d.h. werden Angaben zu „sonstigen Tätigkeiten“ im Rahmen des zweiten Treffens mit der Mutter gemacht, bedeutet es nicht zwangsläufig, dass ein Zweitgespräch stattfand.

³³ Siehe Fußnote 28.

Tabelle 10: Zugang zu den Müttern, mit denen mindestens ein Erstgespräch stattfand

Kliniken	Anzahl	Prozent
Marienhospital	365	48,2%
St. Anna-Klinik	352	46,5%
Frauenklinik Bad-Cannstatt	14	1,8%
Robert-Bosch-Krankenhaus	9	1,2%
Filderklinik	6	0,8%
Charlottenhaus	4	0,5%
Weitere Krankenhäuser (Krankenhaus Tübingen, Böblingen, Göppingen, Berliner Geburtshaus)	4	0,5%
Beratungsstelle des Sozialdienstes katholischer Frauen	3	0,4%
Gesamt	757	100%
Fehlende Angaben	27	

Von den 784 Müttern, die mindestens ein Erstberatungsgespräch hatten, erhielten 22,6% (werdende) Mütter „weiterführende Hilfen“ (damit ist nicht eine weitergehende Betreuung durch das Sonnenkinderprojekt gemeint, sondern eine Unterstützung durch andere Institutionen) (vgl. Tab. 11).

Tabelle 11: Weiterführende Hilfen nach Gesprächen mit den Müttern/Familien in den jeweiligen Kliniken

Anzahl der Willkommensbesuche in den beiden Kliniken	Anzahl der geführten Erstberatungsgespräche	Weiterführende Hilfen nach den dokumentierten geführten Erst- und Zweitberatungsgesprächen
100,0% (N=4537)	17,3% (N=784)	3,9% (N=177)
	100% (N=784)	22,6% (N=177)

Betrachtet man diese 177 Personen genauer, so wurden in 125 Fällen nähere Angaben zu den weiterführenden Unterstützungsinstanzen gemacht. Bei 63 Fällen wurde eine Hebamme/Nachsorgehebamme/Familienhebamme als weitere Unterstützungsinstanz hinzugezogen. 32 weitere Mütter/Familien wurden an Schwangerschafts(konflikts)beratungsstellen vermittelt. An andere Gruppenangebote der Frühen Hilfen, Patenschaften (Familienbildungsangebote, Babykurse, etc.) wurden 11 Frauen/Familien vermittelt und in acht Fällen wurde eine Haushaltshilfe/Familienpflege installiert (vgl. Tab 12).

Tabelle 12: Arten der weiterführenden Unterstützungsinstanzen

Weiterführende Unterstützungsinstanzen	Anzahl	Prozent der Fälle (N=125)
Hebamme/Nachsorgehebamme/Familienhebamme	63	50,4%
Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen	32	25,6%
(Gruppen)Angebote der Frühen Hilfen	11	8,8%
Haushaltshilfe/Familienpflege	8	6,4%
Stillberatung	7	4,8%
Sonstiges*	6	4,8%
Wohnheim	4	3,2%
Migrationsdienste, Flüchtlingshilfe	4	3,2%
Sozialberatung, Sozialstation	4	3,2%
Psychologische/psychiatrische Dienste	3	2,4%
Patenschaften	3	2,4%
Ärzte	2	1,6%
Tagesmütter	1	0,8%
Jugendamt	1	0,8%
Gesamt	148	118,4%

*Die Kategorie „Sonstiges“ bezieht sich auf folgende weiterführende Instanzen: Homöopath, Kinderhaushaltspflege, Kindertagesstätte, Klinikseelsorge, Olgahospital, Sozialdienst der Klinik.

39 Mütter/Familien wurden dabei sowohl an mindestens eine weiterführende Unterstützungsinstanz vermittelt als auch durch Mitarbeiter/innen des Sonnenkinderprojekts weiterhin begleitet. Diese Mütter/Familien nutzten somit mindestens zwei Unterstützungsinstanzen, die ihnen in der Anfangszeit mit ihrem Säugling beratend zur Seite stehen konnten.

4.1.2 Charakterisierung der Betreuungsfälle: Persönliche Merkmale und sozio-ökonomische Lage

Insgesamt wurden bzw. werden bis zum aktuellen Zeitpunkt der Datenerfassung (22. Juli 2014) 348 Mütter intensiv betreut und begleitet. Davon gelten 289 Fälle als abgeschlossen, 46 als laufend bzw. 13 als ruhend.³⁴ In der folgenden Auswertung wurden alle 348 abgeschlossenen, laufenden und ruhenden Fälle berücksichtigt. Beachtet werden muss jedoch, dass in manchen Fällen die Angaben fehlen. Die fehlenden Angaben sind jeweils in den Auswertungstabellen ersichtlich und die Prozentangaben in den Abbildungen und Tabellen beziehen sich stets auf die gültigen Antworten. Bei einigen Fragestellungen in der Fallakte waren zudem Mehrfachnennungen möglich. Die Summe der zusammengerechneten Prozentwerte bei der Auswertung übersteigt daher 100%. Von den 289 beendeten Fällen wurden in den ersten beiden Projektjahren jeweils 84 Fälle begleitet. Im dritten Projektjahr waren es 121 Fälle, die zum Stichtag 22. Juli 2014 beendet wurden (vgl. Tab. 13).

Tabelle 13: Betreute Fälle, die bereits abgeschlossen sind

Projektjahr	Anzahl	Gültige Prozent
Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)	84	29,1%
Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)	84	29,1%
Projektjahr III (Sep 13 – Jul 14)	121	41,9%
	(mit laufenden und ruhenden Fällen: 180)	
Gesamt	289	100%
Fehlende Angaben	-	

Was das Merkmal „Schwangerschaft/Kind bereits entbunden“ zum Zeitpunkt des Betreuungsbegins betrifft, liegen in 305 Fällen nähere Informationen aus der Fallakte vor: 216 Mütter hatten ihr Kind zum Zeitpunkt des Betreuungsbegins bereits entbunden (70,8%) und in 89 Fällen waren die Frauen zum Zeitpunkt des Betreuungsbegins noch schwanger (29,2%), d.h. jede dritte betreute Mutter.

Im Folgenden werden die dokumentierten Betreuungsfälle im Hinblick auf relevante personenspezifische und sozioökonomische Merkmale ausführlich dargestellt. Neben einer Zusammenstellung der jeweiligen Wohnorte der betreuten Mütter/Familie, gilt es insbesondere Bezug zu

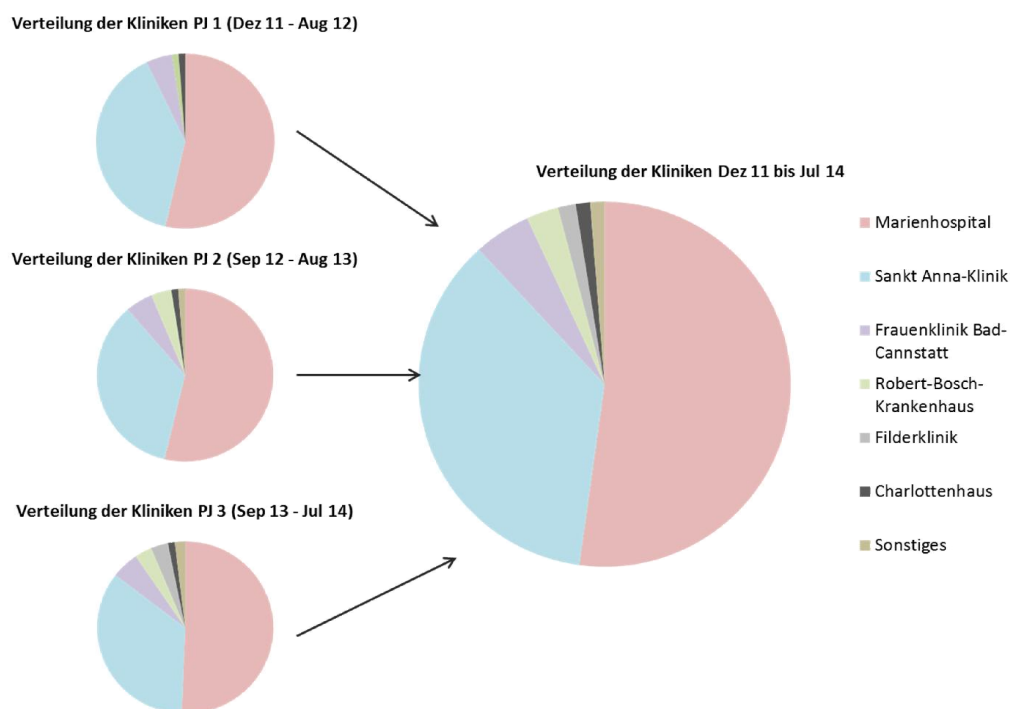
³⁴ Ein Fall gilt als beendet, wenn eine zweimonatige Kontaktstille verstrichen ist. Davor gilt er als ruhender Fall. Sind an der jeweiligen Fallarbeit jedoch weitere Kooperationspartner/innen beteiligt, erweitert sich die Zeitspanne, in der er als ruhender Fall definiert wird, auf 10 Monate.

nehmen auf familiäre Risikofaktoren und Lebenslagenmerkmale wie z.B. das Alter der Mütter/Eltern, Migrationshintergrund oder spezielle familiäre und soziale Problemlagen.

Verteilung der Betreuungsfälle auf Kliniken und Wohnort

Beginnend bei der Verteilung der Krankenhäuser haben die betreuten Frauen ihr Kind über die drei Projektjahre hinweg in den überwiegenden Fällen im Marienhospital zur Welt gebracht (52,2%). Weitere 36% der betreuten Mütter entschieden sich für die Geburt ihres Kindes in der Sankt Anna-Klinik in Bad Cannstatt. Abbildung 2 zeigt die jahresspezifische und -übergreifende Verteilung der Kliniken der betreuten Mütter/Familien.

Abbildung 2: Verteilung der Fälle nach Krankenhäusern



*Sonstiges: Krankenhaus in Tübingen, Krankenhaus in Böblingen, Krankenhaus in Göppingen, Geburtshaus in Berlin
Angaben: $N_{\text{Projektjahr I}}=84$, $N_{\text{Projektjahr II}}=80$, $N_{\text{Projektjahr III}}=158$; $N_{\text{Gesamt}}=322$, Fehlende Angaben: $N=26$

Wie aus Abbildung 2 ersichtlich wird, gibt es zwischen dem ersten, zweiten und dritten Projektjahr keine wesentlichen Veränderungen in der Verteilung der Fälle über beide am Projekt beteiligten Kliniken. Es ist lediglich zu erkennen, dass das Projektteam über die drei Jahre hinweg kontinuierlich vermehrt Mütter betreut hatte, die ihr Kind nicht in einer der beiden am Projekt beteiligten Kliniken zur Welt brachten: Während es im ersten Projektjahr nur 7,1% Personen waren, sind es im zweiten Jahr 11,3% und im Dritten 14,6% Frauen, die ihr Kind weder in der St. Anna-Klinik noch im Marienhospital entbunden haben. Dieser erweiterte Zugang zu den Müttern begründet erneut die Zunahme des Bekanntheitsgrads des Projekts Sonnenkinder.

Die meisten der betreuten Familien wohnen zum Zeitpunkt der Betreuung in Stuttgart Bad Cannstatt (21%) und im Stuttgarter Süden (15,7%). Betrachtet man die Verteilung der Kliniken sind diese Haupt-Einzugsgebiete der betreuten Müttern wenig erstaunlich: Das Marienhospital befindet sich im Süden von Stuttgart und die Sankt Anna-Klinik in Bad Cannstatt. Abgesehen von diesen Einzugsgebieten kommen dennoch verhältnismäßig viele Familien aus Stuttgart Mitte/Nord (11%), aus dem Stuttgarter Westen (9,6%), aus dem Stadtteil Stuttgart-Vaihingen (8,5%) sowie aus den Stadtteilen Zuffenhausen/Stammheim/Mühlhausen (9,6%). Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass Eltern/Mütter auch aus diesen Einzugsgebieten ihre Kinder im Marienhospital häufig zur Welt bringen (vgl. Tab. 14).

Tabelle 14: Wohnorte der betreuten Mütter sortiert nach Stadtbezirken

Stadtbezirk	Projektjahr I (Dez 11 - Aug 12)	Projektjahr II (Sep 12 - Aug 13)	Projektjahr III (Sep 13 - Jul 14)	Gesamt
Bad Cannstatt	20 (27,8%)	13 (17,6%)	26 (19,6%)	59 (21,2%)
Süd	11 (15,3%)	10 (13,5%)	21 (15,8%)	42 (15,1%)
Mitte/Nord	9 (12,5%)	4 (5,4%)	17 (12,8%)	30 (10,8%)
Zuffenhausen/ Stammheim/ Mühlhausen	4 (5,6%)	11 (14,9%)	13 (9,8%)	28 (10,0%)
West	7 (9,7%)	7 (9,5%)	13 (9,8%)	27 (9,7%)
Vaihingen	8 (11,1%)	7 (9,5%)	9 (6,8%)	24 (8,6%)
Neckarvororte	3 (4,2%)	5 (6,8%)	11 (8,3%)	19 (6,8%)
Ost	4 (5,6%)	4 (5,4%)	9 (6,8%)	17 (6,1%)
Östliche Fildervororte	3 (4,2%)	6 (8,1%)	5 (3,8%)	14 (5,0%)
Weil im Dorf/ Feuerbach	1 (1,4%)	5 (6,8%)	7 (5,3%)	13 (4,7%)
Untertürkheim	-	-	1 (0,8%)	1 (0,4%)
Andere Orte*	2 (2,8%)	2 (2,7%)	1 (0,8%)	5 (1,8%)
Gesamt	72 (100%)	74 (100%)	133 (100%)	279 (100%)
Fehlende Angaben	12	10	47	69

*außerhalb: Fellbach, Ditzingen, Kleinbettlingen (Landkreis Esslingen), Karlsruhe, Leonberg

Alter der Mütter

Was das Alter der betreuten Mütter betrifft, sind diese zum Zeitpunkt der Begleitung im Schnitt etwa 29 Jahre alt ($M=29,35$). Die jüngste Mutter ist 15 Jahre alt und die Älteste 47 Jahre. Alles in allem ist der Großteil der betreuten Mütter zwischen 23 und 34 Jahre alt (knapp 60% aller be-

treuten Mütter), jüngere Mütter unter 23 Jahren sind mit einem Anteil von 18,5% vertreten und ältere Mütter über 35% Jahren mit einen Anteil von 22,8% (vgl. Tab. 15).

Minderjährige Mütter, d.h. Mütter, die jünger als 18 Jahre alt sind, wurden über die drei Projektjahre hinweg insgesamt nur in acht Fällen betreut (3,1% aller Betreuungsfälle). Diese „typische“ Risikogruppe im Handlungsfeld Frühe Hilfen wurde daher zwar durchaus auch im Rahmen des Sonnenkinder-Projekt begleitet, stellt aber keine Schwerpunktgruppe dar.³⁵ Dies verdeutlicht letztendlich aber die hohe präventive Funktion des Angebots, da keine Fokussierung auf Risikogruppen im Vorfeld angestrebt wurde.

Tabelle 15: Alter der Mütter

Alter der Mütter	Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)	Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)	Projektjahr III (Sep 13 – Jul 14)	Gesamt
15-17	-	1 (1,8%)	7 (5%)	8 (3,1%)
18-22	8 (13%)	8 (14%)	23 (17%)	39 (15,4%)
23-28	15 (24%)	14 (25%)	37 (27,4%)	66 (26%)
29-34	21 (34%)	24 (42%)	38 (28,1%)	83 (32,7%)
35 und älter	18 (29%)	10 (18%)	30 (22,2%)	58 (22,8%)
Gesamt	62 (100%)	57 (100%)	135 (100%)	254 (100%)
Fehlende Antworten	22	27	45	94

Auffällig ist ferner, dass im Vergleich der einzelnen Projektjahre vor allem im dritten Projektjahr deutlich häufiger jüngere Mütter (Mütter zwischen 15 und 22 Jahren) betreut wurden als in den ersten beiden Projektjahren. Allein sieben der acht minderjährigen Mütter wurden im dritten Projektjahr erreicht (vgl. Tab. 15). Dass erst im dritten Projektjahr häufiger minderjährige Mütter im Rahmen des Sonnenkinderprojekts begleitet und betreut wurden, könnte mit den stärkeren Vernetzungsbemühungen mit zwei Mutter-Kind-Heimen zusammenhängen. So wurden vor allem durch den engeren Kontakt mit zwei Stuttgarter Mutter-Kind-Heimen laut den Mitarbeiterinnen mehr jüngere Mütter erreicht. Die verhältnismäßige hohe Anzahl an jüngeren Müttern könnte aber auch eventuell mit dem speziellen Gruppenangebot für jüngere Mütter zusammen-

³⁵ Der relativ niedrige Anteil an minderjährigen Müttern im Projekt wird auch im Vergleich zum durchschnittlichen Anteil minderjähriger Mütter in der Bevölkerung deutlich. So betrug im Jahr 2012 der Anteil an Müttern, die ihr Kind mit unter 18 Jahren bekommen haben, im bundesdeutschen Durchschnitt etwa 6% (vgl. dazu www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/LebendgeboreneAlter.html).

hängen, welches etwa ab Beginn des dritten Projektjahrs installiert wurde. Dieses spezielle Gruppenangebot fördert ggf. die Kontaktaufnahme und fungiert als „Eisbrecher“ für die minderjährigen Mütter/Familien, so dass diese dann in einem engmaschigeren Setting (im Kontext der Einzelfallarbeit) betreut werden können.

Migrationshintergrund

Bis zum aktuellen Zeitpunkt (22. Juli 2014) nahmen insgesamt 233 Frauen mit Migrationshintergrund³⁶ (70,4%) eine Einzelhilfeleistung des Sonnenkinderprojekts in Anspruch (vgl. Tab. 16). Nur knapp ein Drittel der begleiteten Frauen haben demnach keinen Migrationshintergrund. Werden diese Ergebnisse den Daten des „Monitors Hilfen zur Erziehung“ 2014 gegenübergestellt, wird deutlich, dass der Anteil der im Rahmen des Sonnenkinderprojekts betreuten Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu den deutschlandweiten bzw. bundeslandweiten HzE-Betreuungsfällen überproportional hoch ist: So hatte laut Fendrich et al. 43,4% der jungen Menschen in Baden-Württemberg, die im Jahr 2012 Hilfen zur Erziehung nutzten, mindestens ein Elternteil mit ausländischer Herkunft. Deutschlandweit waren es im Jahr 2012 31,8% Familien mit Migrationshintergrund, die Leistungen der sozialpädagogischen Familienhilfe in Anspruch nahmen. Bei der HzE-Maßnahme Erziehungsberatung waren es sogar nur 23,6% (vgl. Fendrich et al 2014, S. 24f.).³⁷

Tabelle 16: Angaben über Migrationshintergrund der Mütter/Familien

Migrationshintergrund	Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)	Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)	Projektjahr III (Sep 13 – Jul 14)	Gesamt (Dez 11 – Jul 14)
Ja	60 (72,3%)	55 (68,8%)	118 (70,2%)	233 (70,4%)
Nein	23 (27,7%)	25 (31,3%)	50 (27,8%)	98 (29,6%)
Gesamt	83 (100%)	80 (100%)	168 (100%)	331 (100%)
Fehlende Antworten	1	4	12	17

³⁶ Zu den Frauen mit Migrationshintergrund zählen Personen, die eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen, die deutsche Staatsangehörigkeit durch Einbürgerung erhielten oder Spätaussiedlerinnen bzw. Spätaussiedler sind, unabhängig davon, ob diese Personen zugewandert sind oder in Deutschland geboren wurden.

³⁷ Die Daten zum Migrationshintergrund der Unterstützungsleistung Sonnenkinder werden an dieser Stelle mit den Daten zur SPFH und Erziehungsberatung verglichen, da sich das Projekt inhaltlich u.a. auf eben diese beiden HzE-Maßnahmen beziehen lässt.

Mütter bzw. Familien mit Migrationshintergrund sind also in der Gruppe der Nutzer/innen von Betreuungsleistungen im Rahmen des Sonnenkinderprojekts überproportional vertreten. Einschränkung muss an dieser Stelle jedoch auf regionale Differenzierungen bezüglich des Anteils von Familien mit Migrationshintergrund hingewiesen werden. So leben laut dem Monitor Familienforschung (2013) Familien mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich häufig in Ballungsgebieten. In Großstädten (ab einer Anzahl von 500.000 Einwohner/innen) liegt der Anteil von Familien mit Migrationshintergrund bei 43% (vgl. BMFSFJ 2013, S. 6). Die Landeshauptstadt Stuttgart mit 613.392 Einwohner/innen im Jahr 2012 stellt solch einen Ballungsraum dar. Eine Erhebung des statistischen Amtes der Landeshauptstadt Stuttgart erfasste im Jahr 2010 etwa 39% Menschen mit Migrationshintergrund in Stuttgart. Damals wurde ein fast lineares Wachstum mit durchschnittlich +0,3%-Punkte pro Jahr prognostiziert. Diesen Angaben zufolge wäre dies im Jahr 2014 über 40% lebende Personen mit Migrationshintergrund im Ballungsraum Stuttgart (vgl. Haußmann/ Schmitz-Veltin 2010, Folie 13).³⁸ Wird des Weiteren der Sachstandsberichts des Jugendamts des Jahres 2013 herangezogen, scheint die hohe Anzahl an Frauen mit Migrationshintergrund in Angeboten der Frühen Hilfen in Stuttgart keine Seltenheit zu sein: So hatten 81% der durch eine Familienkrankenschwester erreichten Frauen einen Migrationshintergrund, bei den Familienpfleger/innen waren es 47% der erreichten Frauen, die einen Migrationshintergrund hatten.

Die nachfolgende Tabelle 17 verdeutlicht die Herkunftsländer der Frauen mit Migrationshintergrund. Nähere Angaben zu deren Herkunftsländern liegen von 186 Frauen vor: Nur 22 Mütter kommen aus einem EU-Gründungsland (12%). Die meisten Mütter mit Migrationshintergrund kommen hingegen überwiegend aus dem ehemaligen Jugoslawien, dem Kosovo oder aus Albanien (N=39, 21%), gefolgt von Frauen mit afrikanischer Herkunft: Etwa jede fünfte Frau hat einen afrikanischen Migrationshintergrund (N=35, 19%). Auch aus südosteuropäischen Ländern (Türkei, Bulgarien, Rumänien und Ungarn) sowie aus vorderasiatischen Ländern kommt jeweils knapp ein Fünftel der betreuten Frauen.

³⁸ Bedauerlicherweise gibt diese Studie keine Erkenntnisse über den Anteil der Familien mit Migrationshintergrund in Stuttgart.

Tabelle 17: Angaben über Nationen bei Migrationshintergrund

Nationen bei Migrationshintergrund	Projektjahr I (Dez 11 - Aug 12)	Projektjahr II (Sep 12 - Aug 13)	Projektjahr III (Sep 13 - Jul 14)	Gesamt (Dez 11 - Jul 14)
EU-(Gründungs)länder (Frankreich, Portugal, Spanien, Griechenland, Italien, Niederlande)	3	5	14	22
Nicht-EU-Länder/ Beitrittsländer ab 2004	51	31	82	164
<i>Davon:</i>				
Ehem. Jugoslawien/ Kosovo/Albanien	18	4	17	39
Afrika	10	8	17	35
Türkei, Bulgarien, Rumänien, Ungarn	5	5	19	29
Vorderasien (Afgha- nistan, Arabien, Irak, Iran, Pakistan)	7	3	18	28
Asien (China, Vietnam, Indonesien, Indien)	5	5	6	16
Ehemalige GUS- Staaten, Tschechien, Polen	5	3	4	12
Amerika/ Lateinamerika	1	3	1	5
Gesamt	54	36	96	186
Fehlende Angaben	6	19	21	46

Werden diesen Angaben den Daten des statistischen Amtes in Stuttgart (2010) gegenübergestellt, lässt sich eine weitestgehende Übereinstimmung festhalten: Zwischen 1999 bis 2009 waren die häufigsten Herkunftsländer von Stuttgarter/innen mit Migrationshintergrund das ehemalige Jugoslawien, gefolgt von der Türkei und der ehemaligen Sowjetunion. Afrikanische Länder sowie Länder aus Vorderasien spielen jedoch laut den Erkenntnissen des statistischen Amtes bis 2009 in Stuttgart kaum eine Rolle (vgl. Haußmann/ Schmitz-Veltin 2010, Folie 17).³⁹

Auffallend ist daher der relativ hohe Anteil an betreuten Familien aus Afrika und Vorderasien bzw. aus dem arabischen Kulturraum. Dies deutet auf einen hohen Unterstützungsbedarf solcher Familien hin, der u.a. mit einem unklaren Aufenthaltsstatus oder sozialrechtlichen und ökonomischen Faktoren zusammen hängen könnte. Hingegen sind Bürger/innen aus der Türkei oder

³⁹ Aufgrund der heutigen Flüchtlingssituation von Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund sowie aus Vorderasien und Arabien hat sich der Anteil an Menschen mit afrikanischem oder arabischem Migrationshintergrund in der Landeshauptstadt Stuttgart seit 2009 jedoch möglicherweise geändert.

der ehemaligen Sowjetunion unter den im Rahmen des Sonnenkinderprojekts erreichten Frauen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung in Stuttgart deutlich seltener vertreten. Zu vermuten ist, dass türkische Familien oder Familien aus der ehemaligen Sowjetunion den Kontakt zu solchen familienorientierten Hilfeangeboten scheuen und Probleme eher innerfamiliär zu bewältigen versuchen.

Erstgebärende und kinderreiche Familien

Über alle drei Projektjahre hinweg sind etwas mehr als die Hälfte der betreuten Frauen erstgebärende Mütter (N=188, 57%). Auffallend ist zudem, dass der Anteil der erstgebärenden Mütter im Laufe der Zeit ansteigt. Während im ersten Projektjahr wesentlich mehr Mütter erreicht wurden, die „nicht-erstgebärend“ waren, wurden im zweiten und dritten Projektjahr kontinuierlich immer mehr erstgebärende Mütter erreicht (im dritten Projektjahr sogar 66% der Betreuungsfälle). Verhältnismäßig häufig nutzen also Mütter ohne „Erfahrungen“ mit eigenen Kindern das Angebot des Sonnenkinderprojekts, was wiederum die präventive Funktion des Angebots untermauert.

Handelt es sich um Mütter, die „nicht-erstgebärend“ sind (N=142, 43%), so haben diese in den meisten Fällen bereits ein weiteres Kind, d.h. sie bekamen zum Zeitpunkt der Betreuung ihr zweites Kind (80 von 142 nicht erstgebärenden Müttern). In 58 von 142 Fällen wurden hingegen „kinderreiche“ Familien betreut, d.h. Familien, die drei oder mehr Kinder haben. Familien mit mehr als drei Kindern sind jedoch eine Seltenheit. Nur 22 der 142 nicht erstgebärenden Mütter haben nach der Geburt vier oder mehr Kinder (vgl. Tab. 18 & 19).

Tabelle 18: Angaben zur Geburt der Mütter

Erstgebärend	Projektjahr I (Dez 11 - Aug 12)	Projektjahr II (Sep 12 - Aug 13)	Projektjahr III (Sep 13 - Jul 14)	Gesamt (Dez 11 - Jul 14)
Ja	35 (42,2%)	42 (53,2%)	111 (66,1%)	188 (57%)
Nein	48 (57,8%)	37 (46,8%)	57 (33,9%)	142 (43%)
Gesamt	83	79 (100%)	168 (100%)	330 (100%)
Fehlende Antworten	1	5	12	19

Tabelle 19: Angaben zur Anzahl der Kinder

Anzahl an Kinder	Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)	Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)	Projektjahr III (Sep 13 – Jul 14)	Gesamt (Dez 11 – Jul 14)
1 (=erstgebärend)	35	42	111	188
2 (=bereits ein weiteres Kind)	28	22	30	80
3 (=bereits zwei weitere Kinder)	11	11	14	36
4 und mehr (=bereits drei und mehr weitere Kinder)	9	4	9	22
Gesamt	83	79	164	326
Fehlende Antworten	1	5	16	18

Alles in allem erreicht das Projekt also häufig erstgebärende Mütter, die der Sache nach über weniger Erfahrung in der Pflege und Versorgung von Säuglingen verfügen. Vermutlich handelt es sich hierbei zudem um werdende Eltern mit einem niedrigen Erfahrungshintergrund und Informationsstand, die von anderen Angeboten für Erstlingseltern (z.B. Schwangerschaftsberatung) nicht angesprochen oder erreicht werden. Verknüpft man diese Hypothese mit den Erkenntnissen zum Migrationshintergrund, so könnte man weiterhin vermuten, dass häufig Eltern/Familien erreicht werden, die z.B. aufgrund einer Flüchtlingsgeschichte über keine adäquaten sozialen Beratungsnetze (z.B. Verwandte, Geschwister) verfügen und auch kaum Kenntnisse über die Beratungs- und Informationsangebote in Stuttgart haben. Dies träfe vor allem auf Familien aus afrikanischen, arabischen oder asiatischen Ländern zu, die möglicherweise nicht auf die Beratung ihrer eigenen Familie (z.B. die eigenen Eltern, Geschwister mit Kindern) zurückgreifen können, wie dies bei türkischen oder italienischen Familien der Fall ist, die bereits seit ein oder zwei Generationen in Deutschland leben. Ähnlich dürfte es sich mit dem Informations- und Kenntnisstand bezüglich lokaler Angebote verhalten.

Demnach bietet das Projekt neben herkömmlichen Angeboten für werdende (Erstlings-)Eltern aufgrund seiner aufsuchenden Struktur eine sinnvolle und notwendige Ergänzung, was Beratung und Information im Umgang mit einem Säugling betrifft.

Familiäre Situation und Haushaltsstand

Was den Familienstand der betreuten Mütter betrifft, sind die Mütter überwiegend verheiratet (62,8%) und leben mit ihrem Ehepartner zusammen. Weiterhin gab jede dritte Frau an, ledig zu sein (N=101, 32%). Der Familienstand „ledig“ bedeutet allerdings nicht zwangsläufig, dass die Mütter alleinerziehend sind. So gaben 39 dieser Mütter an, mit einem Partner zusammenzule-

ben, weitere 13 ledige Mütter wohnen in einer WG. Abgesehen von verheirateten und ledigen Frauen wurden ferner zehn geschiedene Frauen betreut (3,2%). Überwiegend (in 7 von 10 Fällen) haben diese Frauen einen neuen Partner gefunden und teilen sich auch einen Haushalt mit ihm. Nur in drei Fällen leben die geschiedenen Mütter alleine (vgl. Tab. 20, 21 & 22).

Tabelle 20: Angaben zum Familienstand

Familienstand	Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)	Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)	Projektjahr III (Sep 13 – Jul 14)	Gesamt (Dez 11 – Jul 14)
Verheiratet	50 (64,1%)	54 (72,0%)	95 (57,9%)	199 (62,8%)
Ledig	20 (25,6%)	19 (25,3%)	62 (37,8%)	101 (31,6%)
Geschieden	6 (7,7%)	-	4 (2,4%)	10 (3,2%)
getrennt lebend	2 (2,6%)	1 (1,3%)	2 (1,2%)	5 (1,6%)
eingetragene Partnerschaft	-	1 (1,3%)	1 (0,6%)	2 (0,6%)
Verwitwet	-	-	-	-
Gesamt	78 (100%)	75 (100%)	164 (100%)	317 (100%)
Fehlende Antworten	6	9	16	31

Tabelle 21: Angaben zum Haushaltsstand

Haushaltsstand	Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)	Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)	Projektjahr II (Sep 13 – Jul 14)	Gesamt (Dez 11 – Jul 14)
mit (Ehe-)Partner	53 (76,8%)	57 (80,3%)	117 (75,5%)	227 (77,0%)
allein lebend	15 (21,7%)	9 (12,7%)	28 (18,1%)	52 (17,6%)
WG	1 (1,4%)	5 (7%)	10 (6,5%)	16 (5,4%)
Gesamt	69 (100%)	71 (100%)	155 (100%)	295 (100%)
Fehlende Antworten	15	13	25	53

Tabelle 22: Haushalts- und Familienstand der betreuten Mütter (Kreuztabelle)

Haushaltsstand	Familienstand					Gesamt
	Ledig	Verheiratet	Geschieden	Getrennt lebend	Eingetragene Partnerschaft	
Alleinlebend	37	7	3	2	1	50
Mit (Ehe-)Partner	39	171	7	0	1	218
WG	13	2	0	1	0	16
Gesamt	89	180	10	3	2	284

Insbesondere die Gegenüberstellung von Familien- und Haushaltsstand (Tabelle 22) zeigt, dass das Merkmal „Alleinlebend“ (hier gemessen am Haushaltsstand) eine relativ kleine Gruppe dar-

stellt (insgesamt 17,6%). Die überwiegende Mehrheit ist verheiratet und lebt entweder mit dem Ehepartner (60,2%) oder nichtehelich (13,7%) in einem gemeinsamen Haushalt zusammen. Dazu kommen noch sieben geschiedene Frauen, die mit einem Partner zusammenwohnen (2,5%), sowie eine Mutter, die in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebt (0,4%). Insgesamt summiert sich dann der Anteil der Mütter, die in irgendeiner Form mit einem Partner zusammenleben, auf 76,8%. Entsprechend kann man davon ausgehen, dass etwa ein Viertel aller betreuten Frauen als „Alleinerziehende“ gelten, d.h. nicht mit einem Partner zusammen leben (Alleinlebende sowie Frauen/Mütter, die in einer WG leben⁴⁰).

Vergleicht man diese Verteilung mit aktuellen Erkenntnissen der Familienforschung so entspricht der Anteil an „Alleinerziehenden“ mit etwa 25% dem üblichen Durchschnitt einer deutschen Großstadt. Bundesweit gilt jede fünfte Familie (20%)⁴¹ und in Großstädten sogar 26%⁴² als Ein-Eltern-Familie. Insofern spiegelt sich im Sonnenkinder-Projekt der „übliche“ Anteil an alleinerziehenden Familien wieder, und es wird deutlich, wie umfassend verschiedene Familienformen in Stuttgart mit Hilfe dieses Ansatzes erreicht werden. Zwar gehören insbesondere Alleinerziehende zu einer Hauptrisikogruppe im Handlungsfeld der Frühen Hilfen, so dass hier ein höherer Anteil an Einelternfamilien erwartet werden konnte. Der Grund für diesen relativ „normalen“ Anteil an Alleinerziehenden könnte jedoch wiederum in der Charakteristik der betreuten Personengruppe gefunden werden. So handelt es sich bei einem Großteil der betreuten Eltern/Mütter um Menschen mit einem Migrationshintergrund, die häufig aus nicht europäischen Ländern kommen. Hierin spiegelt sich die Dominanz „intakter“ Familien, bedingt durch kulturelle Hintergründe und/oder eine gemeinsame Flüchtlingsgeschichte. Das Merkmal „Alleinerziehend“ ist daher nur eines von vielen (anderen) Lebenslagenmerkmalen, die für den Hilfe- und Unterstützungsbedarf im Rahmen des Sonnenkinder-Projekts eine wichtige Rolle spielen, neben anderen Merkmalen, wie etwa die fehlende soziale Einbindung der Familie, ein unklarer Aufent-

⁴⁰ Das Leben in einer Wohngemeinschaft wird hier ebenfalls formelle als „Alleinerziehend“ gewertet, auch wenn die Kinderbetreuung und Erziehung von Kindern in einer Wohngemeinschaft durchaus sehr gut geregelt und organisiert sein kann.

⁴¹ Vgl. Lenze, A. (2012): Alleinerziehende unter Druck: Rechtliche Rahmenbedingungen, finanzielle Lage und Reformbedarf. Online im Internet: www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_39498_39499_2.pdf. Zugriff: 2014-10-14; S. 19.

⁴² Vgl. Statistisches Bundesamt (2010): Alleinerziehende in Deutschland: Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Online im Internet: www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2010/Alleinerziehende/pressebroschuere_Alleinerziehende2009.pdf?__blob=publicationFile. Zugriff: 2014-10-14; S. 9.

haltsstatus, mangelnde finanzielle Ressourcen und prekäre Lebensverhältnisse sowie das mangelnde Wissen über Informations-, Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten im Umgang mit Säuglingen.

Schul- und Berufsabschlüsse, Beschäftigungssituation und finanzielle Situation

Tabelle 23 gibt einen Überblick über die Schul- und Ausbildungsabschlüsse der im Projekt betreuten Frauen (in Tabelle 23 werden die Erkenntnisse nur projektjahrübergreifend dargestellt⁴³). Insgesamt, so zeigt die Tabelle 23 haben etwa drei Viertel der begleiteten Mütter einen allgemeinen Schulabschluss und weniger als 50% eine abgeschlossene Berufsausbildung. Der geringe Anteil an Frauen mit einer qualifizierten Berufsausbildung spiegelt wiederum die Spezifik der Personengruppe (hoher Anteil an Frauen mit Migrationshintergrund aus außereuropäischen Ländern) wieder. Da jedoch sehr wenige Erkenntnisse zu diesen Variablen vorliegen, kann es sein, dass möglicherweise mehr Mütter über einen Schul-/Berufsabschluss verfügen.

Tabelle 23: Projektjahrübergreifende Angaben zum Schul- und Berufsabschluss und zur Erwerbssituation der Mutter

Schulabschluss	Angaben	Berufsabschluss	Angaben
Allgemeiner Schulabschluss	135 (71,1%)	Abgeschlossene Berufsausbildung	103 (43,1%)
ohne Abschluss	55 (28,9%)	ohne Abschluss	78 (56,9%)
Gesamt	190 (100%)	Gesamt	181 (100%)
Fehlende Antworten	158	Fehlende Antworten	167

Weiterhin gaben die meisten Mütter an, Hausfrauen zu sein (41,2%). Im zweiten und dritten Projektjahr waren allerdings deutlich weniger Hausfrauen vertreten (30,2% bzw. 35,08%) als im ersten Projektjahr (61%). Möglicherweise hängt dies damit zusammen, dass in dem Dokumentationsinstrument die Variable „Elternzeit“ im zweiten Projektjahr um den Begriff „Mutterschutz“ erweitert wurde. Es kann also angenommen werden, dass im ersten Projektjahr mehr Frauen im Mutterschutz waren, diese aber damals durch die Variable „Hausfrau“ erfasst wurden. So sind im zweiten und dritten Projektjahr 38,1% bzw. 32,84% der erreichten Frauen in Elternzeit bzw. im Mutterschutz, während es im ersten Jahr nur 2,6% der betreuten Mütter waren.

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

Neben der Variable „Mutterschutz/Elternzeit“ wurde auch die Variable „arbeitslos/erwerbslos“ im zweiten Projektjahr verändert bzw. in zwei neue Variablen aufgeteilt: „Arbeitslos“ und „Erwerbslos“. Über die Projektjahre hinweg hat sich dabei gezeigt, dass insgesamt 8% der erreichten Frauen erwerbslos waren. Jede zehnte betreute Frau war arbeitslos. Nur 10,2% der Mütter waren zum Zeitpunkt der Begleitung entweder Vollzeit oder Teilzeit erwerbstätig (jeweils 5,2%). Weitere 5,1% der betreuten Mütter befinden sich in der Ausbildung bzw. studieren noch (vgl. Tab. 24).

Die Zahlen untermauern wiederum die Spezifik der Personengruppe. Aufgrund der vielfältigen Migrationsgeschichten kann davon ausgegangen werden, dass nur ein Bruchteil der betreuten Frauen erwerbstätig ist bzw. war. Dies kann kulturelle Hintergründe haben (etwa im Falle eines Migrationshintergrunds aus dem islamischen Kulturraum) oder aber auch mit einem ungeklärten oder prekären Aufenthaltsstatuts zusammenhängen.

Tabelle 24: Angaben zur Erwerbssituation der Mütter

Erwerbssituation	Projektjahr I (Dez 11 - Aug 12)	Projektjahr II (Sep 12 - Aug 13)	Projektjahr II (Sep 13 - Jul 14)	Gesamt (Dez 11 - Jul 14)
Hausfrau	47 (61%)	19 (30,2%)	47 (35,08%)	113 (41,2%)
Elternzeit	2 (2,6%)	Mutter- schutz/ Elternzeit 24 (38,1%)	44 (32,84%)	70 (25,5%)
Arbeitslos		4 (6,3%)	14 (10,45%)	25 (9,1%)
Erwerbslos	Erwerbs-/ arbeitslos 15 (19,5%)	7 (11,1%)	7 (5,22%)	22 (8,0%)
Ausbildung/ Studium	5 (6,5%)	3 (4,8%)	6 (4,48%)	14 (5,1%)
Vollzeit erwerbstätig	4 (5,2%)	3 (4,8%)	7 (5,22%)	14 (5,1%)
Teilzeit erwerbstätig	3 (3,9%)	3 (4,8%)	8 (0,6%)	14 (5,1%)
Noch in der Schule	1 (1,3%)	-	1 (0,75%)	2 (0,7%)
Gesamt	77 (100%)	84 (100%)	134 (100%)	274 (100%)
Fehlende Angaben	7	-	46	74

Was die Berufsabschlüsse und (aktuellen) Tätigkeiten der betreuten Frauen betrifft, liegen bedauerlicherweise nur in 43 Fällen genauere Berufsbezeichnungen vor (12,4% aller betreuten Fälle). Dennoch zeigen diese eine Vielfalt an Berufsfeldern auf, die sich in verschiedene Einkommensgruppen einstufen ließen (vgl. Tab. 25). Deutlich wird, dass das Sonnenkinderprojekt sowohl von eher gering verdienenden Frauen als auch von (potenziell) besser verdienenden Frauen in Anspruch genommen wurde. Werden ferner die Angaben zu den Einkommensarten

der Familien hinzugezogen, deuten diese ebenso darauf hin, dass das Angebot Sonnenkinder von Müttern/Familien verschiedener sozialer Schichten aufgesucht wird. So verfügte in 59,7% der Familien mindestens ein Elternteil (vermutlich der Vater) über ein Erwerbseinkommen. Etwa die Hälfte erhielten ferner bereits Elterngeld (45,5%) und/oder Kindergeld (54%). In jeder dritten Familie bekam mindestens ein Elternteil Sozialhilfe (30,7%) und in 5,1% der betreuten Familien bezog mindestens ein Elternteil Arbeitslosengeld I (vgl. Tab. 25 & 26).

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass sich die Mehrheit der betreuten Mütter/Eltern nicht schematisch einer bestimmten „Risikogruppe“ zuordnen lassen. Das Sonnenkinder-Projekt erreicht im Grunde die gesamte Vielfalt familiärer Lebenslagen und erfüllt damit eine wichtige präventive Funktion, weil der „Blick“ nicht einseitig auf bestimmte Risikogruppen verstellt ist. Die Lebenslagen sind gekennzeichnet durch vielfältige Lebensverhältnisse, deren Zusammenspiel letztendlich erst zu „problematischen“ Ausgangslagen führen kann. Neben minderjährigen oder jungen Müttern, Alleinerziehenden, kinderreichen Familien, Eltern mit geringer Bildung und/oder von Armut betroffene Familien wurden auch Familien betreut, die im Rahmen eines klassischen „Screenings“ nicht sofort als „Risikofamilien“ aufgefallen wären. Wesentlich ist hierbei häufig ein Migrationshintergrund, der wiederum Ausgangspunkt verschiedener Problemlagen sein kann (unklare Aufenthaltsverhältnisse, kulturelle Barrieren, fehlende soziale Einbindung und Netzwerke, fehlendes Wissen über das deutsche Sozialsystem usw.).

Tabelle 25: Berufe nach Gehalt sortiert

Einkommensgruppen am durchschnittlichem Nettoeinkommen gemessen	Berufsbezeichnungen	Anzahl
Prekäre Einkommensgruppen, Niedriglohnlektor	z.B. Lagerhelferin, Reinigungskraft, Friseurin, Beiköchin, Gastronomie-Gehilfe, Hauswirtschaftlerin, Altenpflegerin, Krankenschwester, Kinderpflegerin, Einzelfachverkäuferin, Gastronomie, Hotellerie	23
Mittlere Einkommensgruppen	Sozialpädagogin, Buchhalterin, Marketing-Assistentin, Physiotherapeutin, zeitgenössische Tänzerin, Sekretärin, Speditionskauffrau, Polizistin	9
Höhere Einkommensgruppen	Lehrerin, Rechtsanwältin, Wirtschaftspsychologin, Wissenschaftlerin, Ärztin, Chemikerin (promoviert), Dipl. Ingenieurin, Architektin	11
Gesamt		43
Fehlende Angaben		305

Tabelle 26: Finanzielle Einkommensquellen der betreuten Familien

Einkommensarten	Anzahl	Prozent der Fälle (N=176)
Mindestens ein Erwerbseinkommen in der Familie	105	59,7%
Kindergeld	95	54,0%
Elterngeld	80	45,5%
Sozialhilfe/Alg II	54	30,7%
Sonstige*	12	6,8%
Alg I	9	5,1%
Unterhaltszahlungen	3	1,7%
Gesamt	358	203,4%

*Sonstiges Erwerbseinkommen: Asylbewerberleistungen (8x), Praktikumsgehalt, Bafög, Kinderzuschlag und Wohngeld (2x)

Sozio-ökonomische Lage und Risikofaktoren

Die nachfolgenden Tabellen 27 und 28 zeigen schließlich die auf Basis der Dokumentation durch die Fachkräfte erfasste sozioökonomische Lebenslage der Mütter/Familien (Tab. 27) und verschiedene Risikofaktoren (Tab. 28) auf. Da es sich bei den Situationsvariablen dieser Tabellen um Mehrfachantworten handelt, verdeutlicht die Anzahl an Antworten ein multiples Spektrum an Problemfaktoren. Im Schnitt lassen sich, was beispielsweise die sozioökonomische Lebenslage anbelangt, etwa 3,5 Problemfelder je Mutter/Familie im Schnitt errechnen (970 Nennungen auf 272 Fälle).

Die Problembereiche konzentrieren sich vor allem auf die (aktuelle) finanzielle Lage (53,7%), fehlende soziale Netzwerke (35,7%), fehlende Kenntnis des deutschen Hilfesystems (30,1%), mangelnde Kenntnisse über (lokale) Angebote der medizinischen/psychosozialen Versorgung (29,4%) sowie fehlende Deutschkenntnisse (26,5%). Weiterhin wird bei etwa jeder vierten Mutter eine alleinerziehende Lebenslage als Problembereich angegeben. Dies deckt sich wiederum mit den Daten zur Haushalts- und Familiensituation (vgl. Tabelle 22). Unzureichende Wohnverhältnisse sowie keine oder wenig soziale Unterstützung werden ebenfalls für etwa ein Viertel der betreuten Mütter/Familien als Problembereiche angegeben (Vgl. Tab. 27). Alles in allem zeigen die verschiedenen Nennungen ein multiples Spektrum an problematischen Lebenslagen, die jedoch miteinander zusammenhängen können (Mehrfachnennungen).

Tabelle 27: Besondere Situation der Mütter/Familien

	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (bei N=71)	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (bei N=60)	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (bei N=141)	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (N=272)
Besondere Situation	Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)		Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)		Projektjahr III (Sep 13 – Jul 14)		Gesamt (Dez 11 – Jul 14)	
Schwierige finanzielle Lage	36	50,7%	32	53,3%	78	55,3%	146	53,7%
Fehlendes familiäres/ nachbarschaftliches/ freundschaftliches Netzwerk	21	29,6%	20	33,3%	56	39,7%	97	35,7%
Ohne Kenntnisse des deutschen Hilfesystems	22	31,0%	18	30,0%	42	29,8%	82	30,1%
Wenige Kenntnisse über Angebote der medizinischen/ psychosozialen Versorgung	26	36,6%	16	26,7%	38	27,0%	80	29,4%
Ohne Deutschkenntnisse	12	16,9%	12	20,0%	48	34,0%	72	26,5%
Alleinerziehend	20	28,2%	18	30,0%	78	23,4%	71	26,1%
Unzureichende Wohnverhältnisse	13	18,3%	14	23,3%	42	29,8%	69	25,4%
Keine/wenige soziale Unterstützung	15	21,1%	10	16,7%	44	31,2%	69	25,4%
Wenige Kenntnisse über Pflege, Ernährung, soziale emotionale Bedürfnisse von Babys	21	29,6%	14	23,3%	20	14,2%	55	20,2%
Sonstige Nennungen*	10	14,1%	13	23,3%	32	22,7%	53	19,5%
Soziale Belastungen	10	14,1%	12	20,0%	30	21,3%	52	19,1%
Problematische Familiengeschichte	16	22,5%	13	21,7%	15	10,6%	44	16,2%
Lebend bei Eltern/ Schwiegereltern	5	7%	8	13,3%	12	8,5%	25	9,2%
Unerwünschte Schwangerschaft	2	2,8%	8	13,3%	8	5,7%	18	6,6%
Fehlende Krankenversicherung	5	7%	3	5,0%	9	6,4%	17	6,3%
3 und mehr Kinder in der Familie unter 5 Jahren	4	5,6%	4	6,7%	4	2,8%	12	4,4%
Minderjährig Schwangere	1	1,4%	1	1,7%	6	4,3%	8	2,9%
Gesamt	236	332%	219	362%	517	367%	970	357%
Fehlende Antworten	13		24		39		76	

Über die Projektjahre hinweg zeigt sich eine gleichbleibende Bedeutung dieser Hauptfaktoren. Insbesondere die schwierige finanzielle Lage, die fehlenden sozialen Netzwerke sowie das mangelnde Wissen über das deutsche Hilfesystem und/oder fehlende Kenntnisse der lokalen medizinischen und psychosozialen Versorgung werden durchweg als wesentlich benannt. Alle genannten Lebenslagenmerkmale stehen wiederum mit der Charakteristik der betreuten Personengruppe (Migrationshintergrund, eingeschränkte soziale Netzwerke, erstgebärend ohne bzw. mit wenigen Kenntnissen bezüglich der Versorgung von Kleinkindern) in Verbindung. Die zentrale Bedeutung eines (häufig außereuropäischen) Migrationshintergrunds zeigt sich dabei nicht nur in den eingeschränkten Netzwerken und den fehlenden Kenntnissen des deutschen Hilfesystems, sondern zuletzt auch in der relativ hohen Bedeutung der fehlenden Deutschkenntnisse: Diese nimmt in den drei Projektjahren systematisch zu (vgl. Tabelle 27).

Zählt man andere Lebenslagenmerkmale, die eher im „Mittelfeld“ zu finden sind, aber mit diesen drei bzw. vier dominierenden Lebenslagen durchaus in Verbindung stehen, noch hinzu, wird die starke Bedeutung eingeschränkter ökonomischer Ressourcen, fehlender Netzwerke und mangelnder Kenntnisse noch deutlicher. Als ebenfalls wesentlich genannt werden z.B. „Unzureichende Wohnverhältnisse“, „Keine/wenige soziale Unterstützung“, „Wenige Kenntnisse über Pflege, Ernährung, sozialeemotionale Bedürfnisse von Babys“ sowie „Soziale Belastungen“. Auch diese vier Merkmale stehen möglicherweise mit einem spezifischen Migrationshintergrund in Verbindung. Daneben lassen sich auch „klassische“ Merkmale von Risikofamilien feststellen, wie sie häufig im Handlungsfeld der Frühen Hilfen herausgestellt werden: Alleinerziehend, problematische Familiengeschichten, unerwünschte Schwangerschaften, kinderreiche Familien und minderjährige Mütter. Diese Merkmale rangieren aber eher im unteren Drittel der Tabelle und werden im Schnitt – mit Ausnahme des Merkmals „Alleinerziehend“ – von weniger als 10% der betreuten Eltern genannt. In einigen Fällen wurden darüber hinaus „sonstige Angaben“ gemacht, die hier nicht weiter zugeordnet werden. Allerdings lassen sich auch hier Nennungen finden, die mit einem spezifischen Migrationshintergrund zusammen hängen.⁴⁴

⁴⁴ Als sonstige Nennungen wurden in 51 von 53 Fällen genauere Angaben zur problembehafteten Situationen gemacht: Stillschwierigkeiten (15x), Strafverfahren des Ehemanns/Partner in Haft (5x), Zwillinge (3x), Lebend im Paulusstift (3x), Geschwisterkind mit Behinderung (2x), erst fünf Jahre/seit einem Jahr in Deutschland (2x), junge Eltern (2x), Todgeburt des Kindes (2x), nur Aufenthaltsvisum für Studierende/Doktorantin (2x), Ehemann wenig zu Hause/nur am Wochenende zuhause (2x), zwei Kinder unter 2 Jahren, sechste Schwangerschaft, Asylbewerberin, Ehemann trotz Trennung in der Wohnung, Eifersucht der dreijährigen Tochter, Abtreibung und Todgeburt, Flucht aus Kabul, illegaler Aufenthalt in Deutschland, vom Ehemann aus Tunesien geholt, Mutter im Methadonprogramm, von Abschiebung bedroht.

Neben der sozio-ökonomischen Lebenslage sollten die Fachkräfte ebenso angeben, welche spezifischen Risikofaktoren sich in der Familie beobachten lassen (vgl. Tab. 28). Im Gegensatz zu den Angaben zur sozio-ökonomischen Lebenssituation werden hierbei jedoch nur in 185 Fällen Angaben gemacht, entsprechend scheinen bei mehr als einem Drittel der Familien (163 von 348 Familien) keine unmittelbaren Risikofaktoren vorzuliegen.⁴⁵

Bei den genannten Risikofaktoren werden im Schnitt etwa zwei Faktoren pro Familie von den fallverantwortlichen Fachkräften genannt (364 Nennungen von 185 Fällen). Dabei überwiegt das Merkmal „Soziale Belastung/Schwierige soziale Situation“ (N=125; 68%), gefolgt von Problemen bei der Alltagsbewältigung (N=59; 32%). Eine gewisse Rolle spielen aber auch eine konflikthafte Beziehung der Eltern bzw. eine schwierige Situation zwischen den Eltern sowie die psychische oder gesundheitliche Beeinträchtigung der Mutter. Insbesondere psychische Beeinträchtigungen spielen im letzten Projektjahr eine weitaus wichtigere Rolle als in den ersten beiden Projektjahren.

Auch hier zeigt sich eine Parallele zu den bereits oben diskutierten Charakteristika der betreuten Personengruppe. Die sozialen, psychischen und gesundheitlichen Belastungen sowie die Probleme bei der Alltagsbewältigung korrespondieren vermutlich mit einer fehlenden sozialen Unterstützung und mangelnden Kenntnissen über entsprechende Unterstützungsleistungen. Dieses Bündel an Risikofaktoren hängt wiederum möglicherweise mit Migrationsfolgen sowie (daraus resultierenden) eingeschränkten sozialen Netzwerken und mangelnden finanziellen Ressourcen zusammen. Andere, „klassische“ Risikofaktoren, wie traumatische Geburtserfahrungen, eigene Erfahrungen mit Misshandlung/Vernachlässigung, oder Alkohol- bzw. Drogensucht in der Familie, spielen hingegen eine geringere Rolle (vgl. Tab. 28).

⁴⁵ Diese Interpretation ergibt sich daraus, dass die Fachkräfte im Fragebogen auch die Kategorie „trifft nicht zu“ ankreuzen konnten. Eine genaue Prüfung der Dokumentation zeigt, dass die fehlenden Angaben nicht etwa auf mangelndes Ausfüllverhalten zurückgeführt werden kann, sondern in der Tat mehrheitlich auf die Ankreuzoption „trifft nicht zu“.

Tabelle 28: Risikofaktoren in den Familien

	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (bei N=58)	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (bei N=45)	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (bei N=82)	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (N=185)
Risikofaktoren der Mütter/Eltern	Projektjahr I (Dez 11 - Aug 12)		Projektjahr II (Sep 12 - Aug 13)		Projektjahr III (Sep 13 - Jul 14)		Gesamt (Dez 11 - Jul 14)	
Soziale Belastungen/schwierige soziale Situation (seit Projektjahr 2012/13: Psycho-soziale Belastungen*)	41	70,7%	34	75,6%	50	61,0%	125	67,6%
Probleme bei der Alltagsbewältigung	21	36,2%	13	28,9%	25	30,5%	59	31,9%
Konflikthafte Beziehung der Eltern/schwierige Situation zwischen den Eltern	9	15,5%	15	33,3%	16	19,5%	40	21,6%
Psychische Beeinträchtigung	10	17,2%	1	2,2%	24	29,3%	35	18,9%
Gesundheitliche Beeinträchtigung	11	19,2%	3	6,7%	12	14,6%	26	14,1%
Geburt als schwere/traumatisierende Erfahrung	8	13,8%	8	17,8%	8	9,8%	24	13,0%
Intellektuelle Beeinträchtigung	3	5,2%	2	4,4%	11	13,4%	16	8,6%
Eigene Erfahrung mit Misshandlung/Vernachlässigung	3	5,2%	2	4,4%	8	9,8%	13	7,0%
Eingeschränkte Fähigkeit beim Umgang mit Stress	2	3,4%	1	2,2%	4	4,9%	7	3,8%
Sonstige Nennungen**	-	-	3	6,7%	12	14,6%	15	8,1%
Alkohol/Drogensucht beider Eltern/eines Elternteils	1	1,7%	1	2,2%	2	2,4%	4	2,2%
Gesamt	109	188%	83	184%	172	210%	364	197%
Fehlende Antworten	26		39		98		163	

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

**Als sonstige Nennungen wurden folgende Risikofaktoren genannt: 12-jährige Tochter lebt beim Ex-Ehepartner, ängstliche Frau (2x), Unsicherheit.

Zuletzt können die begleiteten Familien noch im Hinblick auf Risikofaktoren beim Kind betrachtet werden. Frühgeburten, Mehrlingsgeburten, vermeidendes oder unsicheres Bindungsverhalten, Entwicklungsbeeinträchtigungen und/oder Verhaltensauffälligkeiten sowie erhöhter Betreuungsaufwand, etwa aufgrund von Stillproblemen, können „klassische“ Risikofaktoren sein. Die Auswertung dieser Faktoren zeigt jedoch, dass in den meisten Fällen hierzu keine Angaben gemacht wurden; lediglich bei 58 Familien gibt es Hinweise auf Risikofaktoren beim Kind, in den meisten Fällen (N=290) liegt augenscheinlich kein unmittelbarer Risikofaktor bei dem neu geborenen Kind vor (vgl. Tab. 29). Wird ein Risikofaktor bei Neugeborenen genannt, handelt es sich meistens um Folgen einer Frühgeburt (knapp 35% dieser 58 Nennungen), einen erhöhten Betreuungsaufwand durch z.B. Stillprobleme (31,0% der 58 Nennungen) sowie um Entwicklungsbeeinträchtigungen oder Verhaltensauffälligkeiten (26% der 58 Nennungen) (vgl. Tab. 29).

Zusammenfassend verdichtet sich ein bestimmtes Bild über die im Rahmen des Sonnenkinderprojekts betreuten Familien: So lassen sich die betreuten Mütter/Eltern nur bedingt schematisch den „klassischen“ Risikogruppen der Frühen Hilfen zuordnen. Merkmale wie „minderjährige/junge Mutter“, „kinderreiche Familie“, „Alleinerziehend“, „Alkohol-/Drogensucht“, „eigene negative Erfahrungen in der Familie“, „problematischer familiärer Hintergrund“ oder bestimmte Risikofaktoren beim Kind (Mehrlingsgeburten, Frühgeburten, Verhaltensauffälligkeiten usw.) spielen zwar eine Rolle, aber können vermutlich für sich genommen nicht isoliert betrachtet werden. Sie wirken eher mit anderen Lebenslagenfaktoren zusammen. Es überwiegt eine spezifische soziale Situation, die mit psychischen und/oder gesundheitlichen Belastungen einhergeht, oftmals in Verbindung mit Problemen bei der Alltagsbewältigung. Diese sozialen, psychischen und gesundheitlichen Belastungen werden dann häufig begleitet oder sogar verstärkt durch a) fehlende soziale Unterstützung bzw. Netzwerke, und b) ein mangelndes Wissen über (lokale) Unterstützungsangebote im Hinblick auf Informationen, Beratung und Entlastung.

Diese Situation scheint kennzeichnend für die im Rahmen des Sonnenkinderprojekts betreuten Familien: Eine individuelle Belastungssituation, die aufgrund fehlender Ansprechpersonen und gering ausgeprägter sozialer Netzwerke sowie eines mangelnden Wissens um etwaige, zur Verfügung stehende Unterstützungsmöglichkeiten nicht kompensiert werden kann. Ein solches Bündel an Risikofaktoren korrespondiert wiederum möglicherweise mit Migrationsfolgen sowie (daraus resultierenden) eingeschränkten sozialen Netzwerken, mangelndem Wissen und fehlenden finanziellen Ressourcen. Für eben diese Personengruppe ist der aufsuchende, wohlwollende und niedrigschwellige Ansatz des Sonnenkinderprojekts möglicherweise die einzige Möglichkeit, dieses Dilemma zu durchbrechen und die prekäre Situation anzugehen und zu meistern.

Tabelle 29: Risikofaktoren des Säuglings

	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (bei N=12)	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (bei N=22)	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (bei N=24)	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (bei N=58)
<i>Risikofaktoren des Säuglings</i>	Projektjahr I (Dez 11 - Aug 12)		Projektjahr II (Sep 12 - Aug 13)		Projektjahr III (Sep 13 - Jul 14)		Gesamt (Dez 11 - Jul 14)	
Frühgeburt	3	23,1%	7	31,8%	10	41,7%	20	34,5%
Erhöhter Betreuungsaufwand	6	46,2%	9	40,9%	3	12,5%	18	31,0%
Entwicklungsbeeinträchtigung/Verhaltensauffälligkeit	2	15,4%	5	22,7%	4	16,7%	15	25,9%
Sonstiges*	1	7,7%	4	18,2%	7	29,2%	12	20,7%
Aufnahme in Kinderklinik/ Kinderstation	-	-	2	9,1%	4	16,7%	6	10,3%
Unsicheres Bindungsverhalten	-	-	2	9,1%	3	12,5%	5	8,6%
Gesamt	12	100%	29	131,8%	35	145,8%	76	131,0%
Fehlende Angaben	72		62		156		290	

*Als sonstige Risikofaktoren wurden folgende Merkmale genannt: (frühgeborene) Zwillinge (3x), Saugprobleme (2x), Risikofaktoren beim Geschwisterkind (2x), Ikterus (Gelbsucht), Raucherkinder, Magensonde, Verdacht auf Stoffwechselstörung, Fehlgeburt.

4.1.3 Die Fallbegleitung: Beratung und Unterstützung durch die Fachkräfte des Sonnenkinder-Teams

In dem folgenden Kapitel werden die Erkenntnisse zur Fallbegleitung durch das Sonnenkinder-Team dargestellt. Basis für diese Analyse sind die von den Fachkräften ausgefüllten Tätigkeitsbeschreibungen als Bestandteil der fallspezifischen Dokumentation. Hierbei mussten die Fachkräfte für jeden einzelnen Fall beschreiben, welche Beratungs- und Unterstützungsleistungen bis zum Abschluss der Fallbegleitung jeweils anfielen. Neben diesen durch die Fachkraft erhobenen Angaben beinhaltet dieses Kapitel zudem eine Auswertung einzelner Themen aus der Elternbefragung. Im Rahmen dieser Elternbefragung sollten die betreuten Mütter/Familien beispielsweise angeben, wie zufrieden sie mit der Betreuung durch die Fachkräfte waren und welche Verbesserungsvorschläge sie zur Betreuung haben. Neben der Zufriedenheit mit der Unterstützungsleistung wurde zudem erhoben, inwiefern eine weiterführende Beratungs- und Unterstützungsleistung im Anschluss an die Begleitung durch das Sonnenkinder-Team von Nöten war.

Beratungsthemen, Art und Dauer der Beratung, Beratungsorte

In den Beratungen ging es über die drei Projektjahre hinweg vor allem darum, die Eltern/Mütter im Hinblick auf eine gesunde Entwicklung ihres Säuglings zu beraten (73,1%), gefolgt von Informationen und der Vermittlung an weitere Hilfeinstanzen (71,5%). Weitere wichtige Themenstellungen in den Betreuungsleistungen stellten geburtsspezifische Themen (52,9%), die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung (52,9%), die Stillberatung (50%) und der Umgang mit Ämtern/Finanzen bzw. die Existenzsicherung (48,1%) dar. Aber auch eine Unterstützung in den Bereichen Haushaltsorganisation und Alltagsbewältigung spielen eine gewisse Rolle (42,6%). Diese Prioritäten verdeutlichen, wie heterogen die Beratungstätigkeiten sind. Zu beobachten ist eine Mischung aus Sozialberatung, psychosoziale Unterstützung sowie gesundheitswissenschaftliche Themen aus dem Bereich der frühkindlichen Entwicklung. Über die drei Projektjahre hinweg zeigt sich diese gleichbleibende Bedeutung einer Themenmischung, was eine Interdisziplinarität im Team zwingend erforderlich macht. Im Schnitt standen pro Fall dabei etwa fünf verschiedene Beratungsthemen im Mittelpunkt der Betreuung (vgl. Tab. 30).

Die Beratung und Unterstützung wurde dabei am häufigsten persönlich, in den Kliniken oder zu Hause, durchgeführt. Beratungen über das Telefon sind jedoch durchaus auch üblich. Neben der persönlichen und telefonischen Beratung dienten aber auch die Gruppenangebote der direkten Beratung. Ferner wurde auch ambulante Familienunterstützung angeboten.

Tabelle 30: Beratungsthemen

	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (bei N=73)	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (bei N=74)	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (bei N=165)	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (bei N=312)
Beratungsthemen	Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)		Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)		Projektjahr III (Sep 13 – Jul 14)		Gesamt (Dez 11 – Jul 14)	
Gesunde Entwicklung des Säuglings	55	75,3%	60	81,1%	113	68,5%	228	73,1%
Informationen/ Vermittlung	63	86,3%	54	73,0%	106	64,2%	223	71,5%
Geburtsspezifische Themen	36	49,3%	51	68,9%	78	47,3%	165	52,9%
Eltern-Kind-Bindung	26	35,6%	46	62,2%	93	56,4%	165	52,9%
Stillberatung	12	16,4%	43	58,1%	101	61,2%	156	50,0%
Umgang mit Ämtern, Finanzen/Existenzsicherung	39	53,4%	30	40,5%	81	49,1%	150	48,1%
Haushaltsorganisation, Alltagsbewältigung	48	65,8%	35	47,3%	50	30,3%	133	42,6%
Probleme Mutter/Vater	30	41,1%	32	43,2%	56	33,9%	118	37,8%
Schwangerschaftsproblem	18	24,7%	15	20,3%	52	31,5%	85	27,2%
Hilfe bei Gestaltung eines soziales Netzwerks	3	4,1%	20	27,0%	45	27,3%	68	21,8%
Fallbesprechung mit Kolleginnen*	-	-	11	14,9%	50	30,3%	61	19,6%
Klärung der Wohnsituation*	-	-	5	6,8%	53	32,1%	58	18,6%
Sprachkenntnisse/ Migrationsfragen**	5	6,8%	4	5,4%	2	1,2%	11	3,5%
Gesamt	342	468,5%	424	573%	913	553,3%	1679	538,1%

*Variablen wurden im Frühjahr 2013 hinzugefügt.

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

Die Dauer einer Fallbegleitung dauerte im Schnitt etwa 108,7 Tage bzw. 3,6 Monate. Der Median liegt allerdings bei 67 Tagen bzw. 2,2 Monate. Der starke Unterschied zwischen Mittelwert und Median kommt durch die hohe Streuung der Fallbegleitungsdauer zustande: Die kürzeste Fallbegleitung dauerte 1 Tag und die längste 19 Monate bzw. über eineinhalb Jahre. Im Schnitt hatten die betreuten Frauen/Familien alle 10 Tage (M=9,7) Kontakt mit den Fachkräften (meist in Form einer Einzelfallbegleitung und weniger häufig in Form eines Gruppenangebots bzw. einer ambulanten Familienunterstützungsmaßnahme). Auch hier unterscheidet sich der Median von 7,5 Tagen aber stark vom Mittelwert aufgrund der starken Streuung der Kontakte: So gab es Fälle, in denen es zu täglichen Kontakten kam, während der längste Zeitabstand zwischen zwei Kontakten 80 Tage bzw. 2,6 Monate betrug (vgl. Tab. 31).⁴⁶

Tabelle 31: Angaben zur Fallbegleitungsdauer bei den abgeschlossenen Fällen

	Dauer der Fallbegleitung in Tage	Intervalle der Fallarbeitskontakte in Tage
Mittelwert	108,7(3,6 Monate)	9,7
Median	67(2,2 Monate)	7,5
Minimum	1	1
Maximum	580	80
Gültig	271	270
Fehlende Angaben	18	19

In Anlehnung an die obigen Erkenntnisse zu den Beratungsorten konnte auch durch den Tätigkeitsnachweis der Projektmitarbeiterinnen verdeutlicht werden, dass die Beratung von Familien/Müttern am häufigsten persönlich zu Hause stattfanden (monatlich zwischen 38-48%), gefolgt von dem Beratungskontakt in den Kliniken (monatlich zwischen 17-36%) oder am Telefon (monatlich zwischen 29-33%). Die telefonischen Beratungsgespräche, die seit Oktober 2012 erfasst werden, nahmen dabei kontinuierlich zu, so dass im August 2013 sogar mehr telefonische (39,7%) als persönliche (38,0%) Beratungsgespräche stattfanden.⁴⁷ Die ambulante Beratung, die meistens in Beratungsstellen des Sozialdiensts katholischer Frauen durchgeführt wurde, kam im Verhältnis zu anderen Beratungsorten eher selten vor (monatlich zwischen 5-17%).

⁴⁶ Basis dieser Analyse bildeten die abgeschlossenen Fälle. Die laufenden und ruhenden Fälle wurden in der Analyse der Fallbegleitungsdauer nicht berücksichtigt.

⁴⁷ Dass im August vermehrt telefonische Gespräche stattfanden, wird einerseits der in der Ferienzeit schlechten Hebammensituation in Stuttgart und andererseits der Urlaubszeit der Projektmitarbeiterinnen geschuldet. So war die Fülle der Frauen, die eine Nachsorgehebamme benötigten, kaum zu bewältigen. Die Fälle wurden durch Vertretungen bearbeitet, welche jedoch gleichzeitig ihre eigenen Fälle betreuen mussten und dadurch oftmals nur in telefonischem Kontakt mit den jeweiligen Familien/Müttern standen.

Die Begleitung zu Dritten, fand im Zeitraum April 2013 bis Dezember 2013 teilweise häufiger als die ambulante Beratung statt (vgl. Abb. 5 & Tab. 32).

Abbildung 5: Angaben zu den Beratungsorten

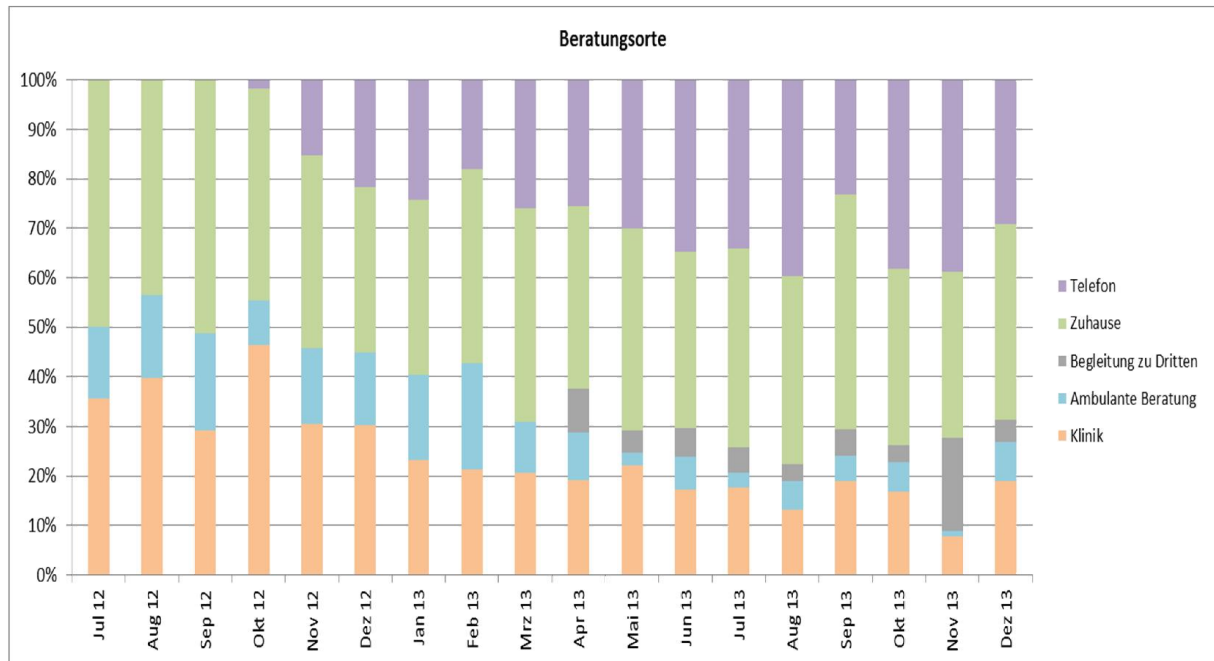


Tabelle 32: Angaben zu den Beratungsorten

	Juli 12 – Sep 12	Okt 12 – Dez 13 (Variable „Telefon“ neu)	Apr 13 – Dez 13 (Variable „Begleitung zu Dritten“ neu)
Zuhause	47,3%	40,3%	38,4%
Klinik	36,0%	21,0%	17,1%
Telefon	-	29,9%	32,8%
Ambulante Beratung	16,8%	8,8%	5,5%
Begleitung zu Dritten	-	-	6,2%

Weitere Beratungskontakte während der Betreuung

Zeitgleich zum Sonnenkinderprojekt verfügen die Mütter oftmals noch über weitere Beratungskontakte und nutzen noch andere Unterstützungsangebote. Hierzu liegen von 239 betreuten Müttern nähere Informationen vor: Im Durchschnitt haben die Mütter zwei weitere Beratungskontakte (vgl. Tab. 33). Diese bestehen am häufigsten zu Ärzt/innen, wie z.B. zu Kinderärzt/innen, Hausarzt/innen, Gynäkolog/innen usw. (N=119). In weiteren 78 Fällen wird die Hebamme als zusätzliche Beratungsperson genannt. Weitere wichtige Beratungskontakte stellen die Beratungszentren in Stuttgart (N=67) und die Schwangerschafts(konflikt)beratung (N=54) dar. In der nachfolgenden Tabelle 33 werden die hierzu vorliegenden Erkenntnisse aufgeführt:

Tabelle 33: Angaben zur Anzahl weiterer Beratungskontakte und Unterstützungsinstanzen nach Zuordnung

Anzahl weiterer Beratungskontakte	Angaben	Zuordnung der Beratungskontakte	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (N=239)
1	94	Ärzte	119	49,8%
2	84	Hebammen	78	32,6%
3	39	ASD/Beratungszentren Stuttgart	67	28,0%
4	15	Schwangerschafts(konflikt)beratung	54	22,6%
5	4	Sonstige Beratungskontakte*	30	12,6%
6	2	Sozialer Dienst Krankenhaus/ Patientenmanagement/Gesundheitsamt	26	10,6%
7	1	Betreutes Wohnen/Frauenhaus	15	6,3%
Gesamt	239	Flüchtlingshilfe/ Migrationsdienst/Beratung für Migranten	14	5,9%
Fehlende Angaben	109	PsychiaterIn/PsychologIn/ PsychotherapeutIn	13	5,4%
		Sozialamt	10	4,2%
		Jobcenter	6	2,5%
		Gesamt	432	180,8%

*Sonstige Beratungs- und Unterstützungsinstanzen: Olgahospital (4x), Patenschaften (4x), Migrantenmedizin (3x), Mieterschutzbund (3x), Familienkinderkrankenschwester (3x), ARGE in Hamburg, Down Syndrom Stuttgart e.V., Familienhelferin, Frauen helfen Frauen, Jugendarbeit, Kindergarten, Kinderschutzzentrum, pflegerische Elternambulanz, Polizei, Projekt Wellcome, ProJuFa, Schuldnerberatung, Tagesmütterbörse.

Betreuungsende und weiterführende Hilfen

Überwiegend endete die Betreuung bis zum aktuellen Zeitpunkt der Datenerfassung (Juni 2014) im gegenseitigen Einvernehmen (N=186). In 15 Fällen wurde von einem Abbruch durch die Mutter und in zwei Fällen von einem Abbruch durch den Vater berichtet. Andere Beendigungsgründe sind: Wegzug der Familie aus Stuttgart (N=11), Personalwechsel (N=6), Familie nicht wohnhaft im Einzugsgebiet von „Sonnenkinder“ (N=2), Kind älter als ein Jahr (N=2) und die fehlende Eigenmotivation einer Mutter/Familie.

In 72 Fällen wurde nach Auskunft des Teams „eine weitere Hilfe erforderlich“. Diese bezogen sich häufig auf eine weiterführende Unterstützungsmöglichkeit durch das Jugendamt bzw. auf die Installation einer HzE-Maßnahme (N=20), die Hinzuziehung einer Schwangerschafts(konflikt)beratungsstelle (N=15) oder auf die Weitervermittlung der Mütter zu betreuten und geschützten Wohnmöglichkeiten (N=13). Bei 128 Frauen war keine weitere Hilfe erforderlich (vgl. Tab. 34 & 35).

Tabelle 34: Ende der Betreuung und Notwendigkeit einer weiterführenden Hilfe

Ende der Betreuung		Weiterführende Hilfen	
Einvernehmlich	186	Keine weitere Hilfe erforderlich	128
Abbruch durch Mutter	15	Weitere Hilfe erforderlich	72
Abbruch durch den Vater	2		
sonstige Beendigungsgründe	22		
Gesamt	225	Gesamt	200
Fehlende Antworten	123	Fehlende Antworten	148

Tabelle 35: Weiterführende Beratungs- und Unterstützungsinstanz im Anschluss an die Begleitung durch „Sonnenkinder“

Weiterführende Beratungs- und Unterstützungsinstanz	Anzahl
Jugendamt/ASD	19 (26,4%)
Schwangerschafts(konflikt)beratung	15 (20,8%)
Betreutes Wohnen	12 (16,7%)
(Familien-)Hebamme/häusliche Kinderkrankenpflege	9 (12,5%)
Psychologische Beratung/sozialpsychiatrischer Dienst	4 (5,6%)
Familienpatinnen	4 (5,5%)
Asylbewerberunterkunft/Flüchtlingsunterkunft	2 (2,8%)
Gesundheitsamt/Kinderarzt	2 (2,8%)
Sozial- und Lebensberatung/Sozialamt	2 (2,8%)
Akupunktur	1 (1,4%)
Gruppenangebot	1 (1,4%)
Schuldnerberatung	1 (1,4%)
Gesamt	72

Zufriedenheit mit der Betreuung

Bei der abschließenden Elternbefragung zum Ende der Betreuung haben nur 44 von 348 (werdenden) Müttern geantwortet (Rücklaufquote: 12,6%). Verallgemeinerbare Aussagen über die Zufriedenheit weiterer Mütter sind daher nur bedingt möglich. Die Mütter, die ihre Zufriedenheit über die abschließende Elternbefragung rückgemeldet haben, gaben jedoch einvernehmlich an, dass sie sehr zufrieden mit der Unterstützungsleistung sind. Diese Zufriedenheit zeigt sich bei allen abgefragten items: Bei der Regelmäßigkeit der Angebote und bei der Verlässlichkeit, beim Engagement und bei der Kompetenz der Mitarbeiterinnen, beim entgegengebrachten Respekt und Verständnis, beim Einbezug der mütterlichen Wünsche und Bedürfnisse, beim Inhalt und Qualität der Beratung sowie bei den Tipps und Informationen, die die Mütter erhalten haben. Die Zufriedenheitswerte entsprechen bei allen items fast „sehr zufrieden“ (vgl. Tab. 36).

Tabelle 36: Angaben zur mütterlichen Zufriedenheit mit der Unterstützungsleistung

Zufriedenheit mit...	Mittelwert der Angaben ¹
Häufigkeit der Angebote (N=44)	4,95
Verlässlichkeit der Mitarbeiterinnen (N=43)	4,95
Inhalt und Qualität der Beratung (N=44)	4,93
Einbezug der Wünsche und Bedürfnisse (N=42)	4,83
Tipps/Informationen, die die Mütter erhalten haben (N=43)	4,88
Kompetenz der Mitarbeiterin (N=44)	4,95
Engagement der Mitarbeiterin (N=43)	4,95
Entgegengebrachter Respekt und Verständnis (N=43)	4,98

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

Ergänzend zu dieser augenscheinlich hohen Zufriedenheit spiegeln auch die Antworten auf die offenen Fragen diese Wertschätzung wieder. So betonen die befragten Mütter/Familien insbesondere die hohe Erreichbarkeit, Kurzfristigkeit und Flexibilität der Hilfeerbringung sowie die wertvollen Tipps und Informationen (vgl. Tab. 37).

Tabelle 37: Weitere Anmerkungen seitens der Mütter

Anmerkungen zur Zufriedenheit

- Betonung der Erreichbarkeit/ des schnellen Handelns (N=8)
- Sicherheitsgefühl durch „Sonnenkinder“ durch wertvolle Tipps und Informationen (N=6)
- Betonung der Kurzfristigkeit (N=4)
- Gefühl, ernst genommen zu werden/respektvolle Umgangsweise (N=3)
- Feingefühligkeit der Mitarbeiterin/Beratung auf „Augenhöhe“ (N=3)
- Betonung der Flexibilität (N=2)
- Schnelle Weitervermittlung an Hilfeinstanzen durch Vernetzung der „Sonnenkinder“

4.1.4 Tätigkeiten der Mitarbeiterinnen des Projekts „Sonnenkinder“

Neben der ausführlichen Dokumentation zu den begleiteten Müttern/Eltern wurden die Mitarbeiterinnen des Kernteams angehalten, ihre Tätigkeiten detailliert zu dokumentieren. Dabei wurden ihre Aufgaben im Rahmen des Projekts in fall- und projektbezogene Tätigkeiten unterschieden. Die folgende Auswertung soll verdeutlichen, welchen Umfang die fall- und projektbezogenen Tätigkeiten der Mitarbeiterinnen über die gesamte Projektlaufzeit jeweils einnahmen. Anzumerken bleibt an dieser Stelle, dass der im November 2011 erstellte Tätigkeitsnachweis für die Projektmitarbeiterinnen durch die wissenschaftliche Begleitung im März 2012 verändert

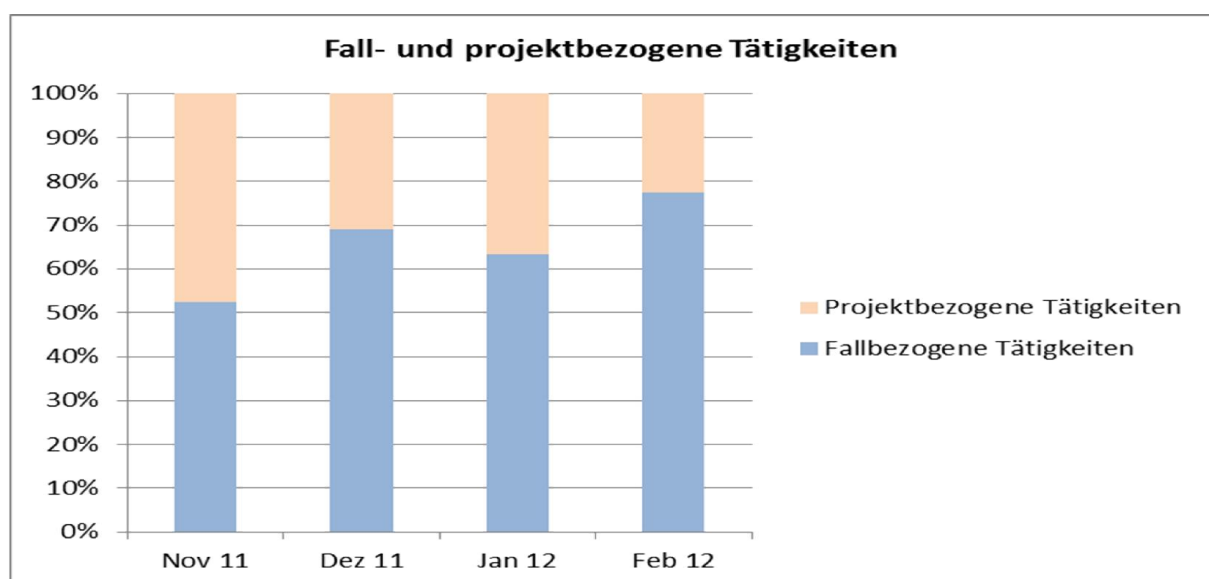
und angepasst wurde. Dementsprechend liegen für die Auswertung zwei verschiedene Versionen vor, die aufgrund unterschiedlicher fall- und projektbezogenen Tätigkeiten getrennt voneinander dargestellt werden müssen (Tätigkeitsbericht alt; Tätigkeitsbericht neu).

Tätigkeitsbericht alt (November 2011 – Februar 2012)

Unter die Kategorie fallbezogene Tätigkeiten lassen sich im Sonnenkinderprojekt im Zeitraum November 2011 bis Februar 2012 folgende Themen fassen: Aufgaben rund um die Organisation, Durchführung und Evaluation von Gruppenangeboten, ambulante Familienunterstützungen, ambulante pflegerische Hilfen, ambulante Beratungen, Beratungen in Klinik/Beratungsstelle, Beratungen vor der Geburt. Der Schwerpunkt der fallbezogenen Tätigkeiten liegt jedoch in der Organisation, Durchführung und Nachbereitung von Beratungssituationen in Kliniken, zuhause bei den Müttern/Eltern oder in der Beratungsstelle. Projektbezogene Tätigkeit stellen hingegen Vernetzungsaktivitäten mit Ärzt/innen in der Klinik, Pflegekräften in der Klinik und mit sonstigen Kooperationspartner/innen dar.

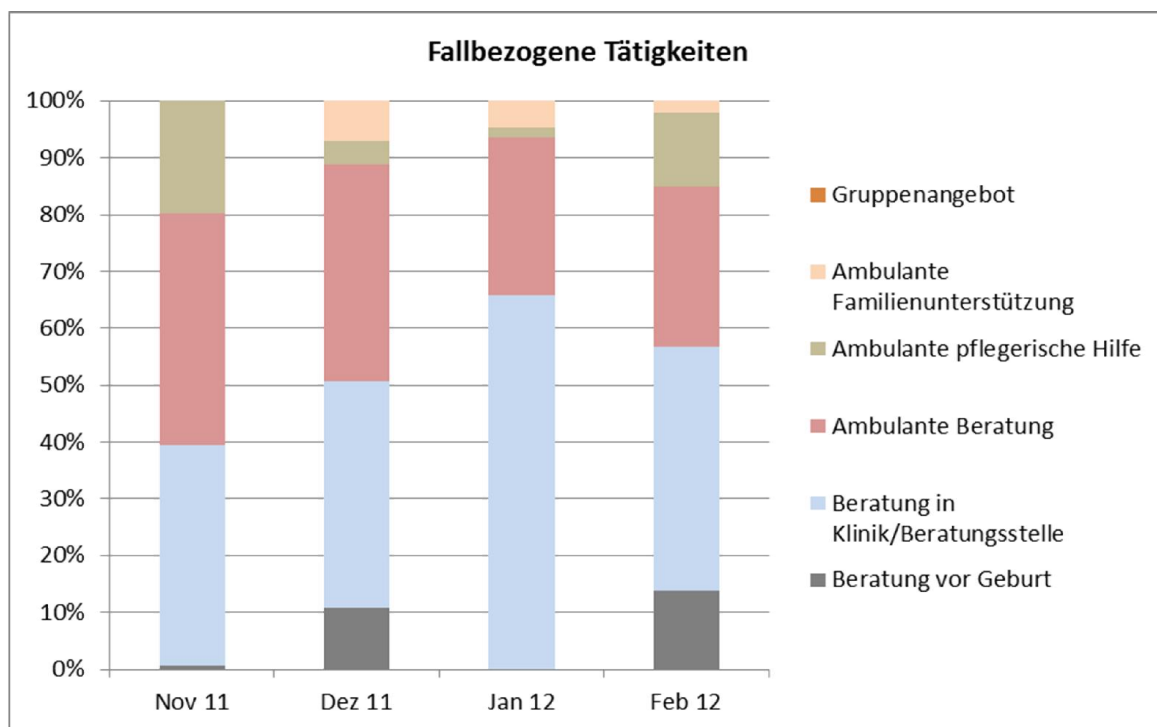
Werden fall- und projektbezogene Tätigkeiten im Zeitraum November 2011 bis Februar 2012 verglichen, wird eine Zunahme an fallbezogenen Tätigkeiten deutlich erkennbar. So wurden im November 2011 zu etwa gleichen Anteilen sowohl fall- als auch projektbezogene Tätigkeiten geleistet (projektbezogene: 47,4%; fallbezogene: 52,5%). Im Februar 2012 hingegen waren die Projektmitarbeiterinnen häufiger in fallspezifischen Tätigkeiten involviert (77,4%). Obwohl im Zeitraum zwischen Dezember 2011 und Januar 2012 das Pensum an fallbezogenen Tätigkeiten etwas abnahm, pendelt sich der Anteil der Arbeitszeit für fallspezifische Tätigkeiten über den Beobachtungszeitraum bei etwa 70% ein (vgl. Abb. 6)

Abbildung 6: Gewichtung der fall- und projektbezogenen Tätigkeiten (Nov 2011-Feb 2012)



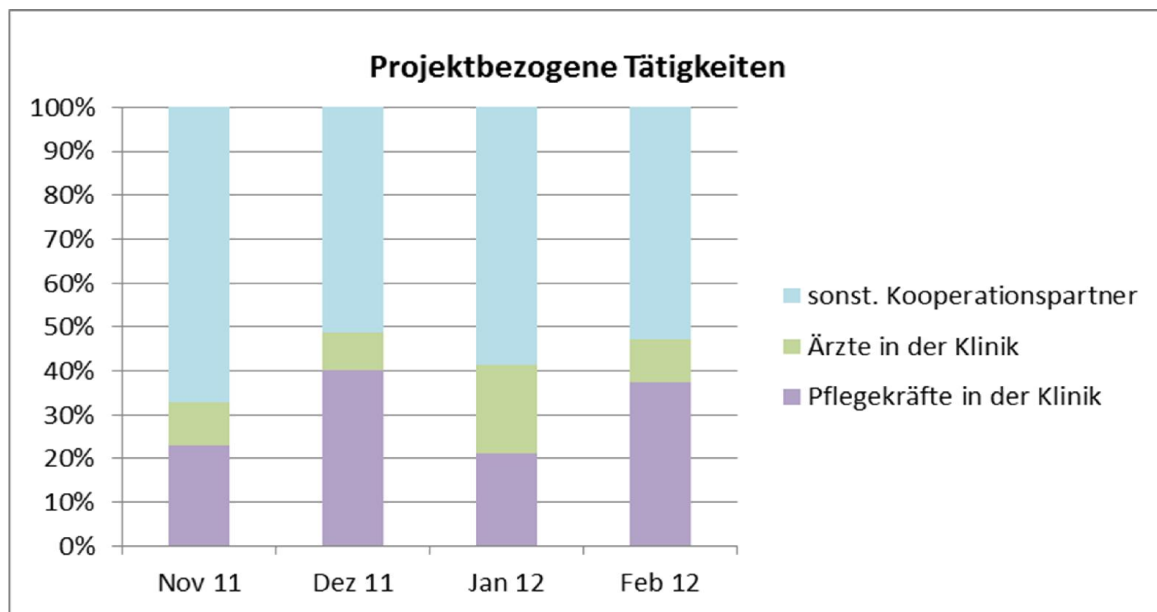
Die fallbezogenen Tätigkeiten können für diese Zeitspanne noch etwas genauer betrachtet werden: Mit Ausnahme des Monats November 2011 überwiegt in den nachfolgenden Monaten die fallbezogene Tätigkeit „Beratung in der Klinik/Beratungsstelle“ (46%). Auch die ambulante Beratung, die in der Regel in Form von Hausbesuchen durchgeführt wird, nimmt als Beratungssetting einen hohen Stellenwert in der Anfangsphase des Projekts ein (33,5%). Eher seltener wurden in diesem Zeitraum hingegen ambulante pflegerische Unterstützungsleistungen (9,1%) und Beratungen vor der Geburt (7,6%) geleistet. Am wenigsten wurden Beratungskontexte der ambulanten Familienunterstützung umgesetzt (3,8%). Gruppenangebote konnten zu diesem Zeitpunkt keine durchgeführt werden (vgl. Abb. 7).

Abbildung 7: Fallbezogene Tätigkeiten (Nov 2011-Feb 2012)



Was die projektbezogenen Tätigkeiten, d.h. die Vernetzungsaktivitäten der Projektmitarbeiterinnen betrifft, überwiegt zu Beginn des Projekts die Kooperation mit sonstigen Kooperationspartner/innen (52,9%).⁴⁸ Kooperieren die Mitarbeiterinnen des Sonnenkinderprojekts mit Akteur/innen aus der Klinik, so sind diese Personen meist Pflegekräfte (29,9%). Vernetzungsaktivitäten mit Ärzt/innen finden hingegen sehr selten statt (11,9%) (vgl. Abb. 8).

⁴⁸ Es wird angenommen, dass sich die Vernetzungsaktivitäten mit sonstigen Kooperationspartner/innen überwiegend auf die Kontaktaufnahme und -pflege mit Akteur/innen aus der Jugendhilfe beziehen.

Abbildung 8: Projektbezogene Tätigkeiten (Nov 2011-Feb 2012)*Tätigkeitsbericht neu (März 2012 – Dezember 2013)*

Zur Optimierung der Dokumentation von fall- und projektbezogenen Tätigkeiten wurde gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen des Sonnenkinderprojekts im Winter 2011/12 die Vorlage des Tätigkeitsnachweises überarbeitet und verändert. Dabei wurden bestehende Tätigkeitskategorien zusammengefasst und umbenannt sowie neue Kategorien hinzugefügt:

- Als fallbezogene Tätigkeiten kann seit März 2012 das Arbeitspensum für folgende Tätigkeitsinhalte angegeben werden: Fahrtzeit, fallspezifische Büro-/Teamarbeit, Dokumentation, fallspezifische Arbeit mit Kooperationspartner/innen, unmittelbare Arbeit mit Familien.
- Auch die projektbezogenen Tätigkeiten wurden ab März 2012 um folgende Kategorien erweitert: Erst- und Zeitkontakt in der Klinik, projektbezogene Büro- und Teamarbeit (Organisation), Öffentlichkeitsarbeit, Organisation/Durchführung von Fortbildungen. Jegliche Vernetzungsaktivitäten werden zukünftig mittels der Kategorie „Sonstige Arbeit mit Kooperationspartner/innen“ erfasst.
- Aufgrund der Weiterentwicklung des Sonnenkinderprojekts in der Praxis wurde der Tätigkeitsnachweis im Winter 2012 erneut auf seine Validität hin überprüft. Alle Tätigkeitskategorien konnten erhalten bleiben. Der Nachweis wurde lediglich um die projektbezogenen Tätigkeitskategorien „Organisation und Durchführung von Gruppenangebo-

ten“ sowie „Ehrenamt“ erweitert.⁴⁹ So wird ab Dezember 2012 bzw. Januar 2013 das Arbeitspensum für eben diese beiden Arbeitsschwerpunkte erfasst.

Neben den fall- und projektbezogenen Tätigkeiten können die Mitarbeiterinnen im Tätigkeitsnachweis weiterhin Angaben zu den Beratungssettings, die in den Anfangszeiten des Projekts im Rahmen von fallbezogenen Tätigkeiten erfasst wurden, machen. Allerdings wurden auch hier bestehende Kategorien umbenannt und Neue hinzugefügt. Als Beratungssetting können seit Juni 2012 folgende Orte angegeben werden: Beratung im häuslichen Umfeld, ambulante Beratung und Beratung in der Klinik.⁵⁰ Da auch hier fortwährende Überarbeitungen und Optimierungen zur Erfassung der Beratungsorte stattfand, wurde der Tätigkeitsnachweis im Oktober 2012 bzw. April 2013 um zwei weitere Kategorien zur Operationalisierung des Beratungsorts erweitert: Telefonische Beratung (ab Oktober 2012), Begleitung zu Dritten (ab April 2013).

Die folgenden Erkenntnisse beziehen sich auf die Tätigkeiten der Projektmitarbeiterinnen im Zeitraum März 2012 bis Dezember 2013. Seit Januar 2014 verwenden die Mitarbeiterinnen des Projekts aufgrund der Mitfinanzierung seitens der Stadt Stuttgart eine überarbeitete Vorlage zur Dokumentation ihrer Tätigkeiten im Projekt. Da die erste Sichtung dieser überarbeiteten Tätigkeitsnachweise keine wesentlichen Unterschiede im Arbeitspensum zeigte, wird auf die Aufbereitung dieser Tätigkeitsnachweise verzichtet. Die Gegenüberstellung der fall- und projektspezifischen Tätigkeiten zeigt für den Zeitraum März 2012 bis Dezember 2013 folgende Tendenzen (vgl. Abb. 9): Zu beobachten ist insbesondere, dass sich der Anteil fallspezifischer Tätigkeiten auf etwa 50% der Arbeitszeit einpendelt. Entsprechend kann von einer annähernden Gleichverteilung, was fall- und projektbezogene Tätigkeiten betrifft, gesprochen werden. Innerhalb der fallspezifischen Tätigkeiten (vgl. Abb. 10) zeigt sich weiterhin, dass die unmittelbare Fallarbeit ungefähr die Hälfte dieser Tätigkeiten ausmacht. Während die fallspezifische Arbeit mit Kooperationspartner/innen und die fallspezifische Büroarbeit in den letzten Monaten abgenommen haben, bilden die Fahrtzeiten, die unmittelbare Fallarbeit sowie die Dokumentation den Hauptanteil der fallspezifischen Tätigkeiten. Auch bei den projektspezifischen Tätigkeiten (vgl. Abb. 11) lassen sich Entwicklungen beobachten. So nehmen beispielsweise die Gruppenangebote sowie die Arbeit mit Ehrenamtlichen einen größeren Zeitanteil ein als zu Beginn des Projekts.

⁴⁹ Dass diese Kategorien erst zu diesen Zeitpunkten in den Tätigkeitsnachweis aufgenommen wurde, stellt für die Darstellung der Längsschnittergebnisse kein weitere Problem dar, da man sich erst zu diesem Zeitpunkt mit den Themen „Gruppenangebote“ und „Ehrenamt“ intensiver im Projekt auseinandersetzte.

⁵⁰ Die Ergebnisse zur Gewichtung der Beratungssettings sind aus Kapitel 4.1.3 zu entnehmen.

Abbildung 9: Gewichtung der fall- und projektbezogenen Tätigkeiten (Mrz 2012- Dez 2013)

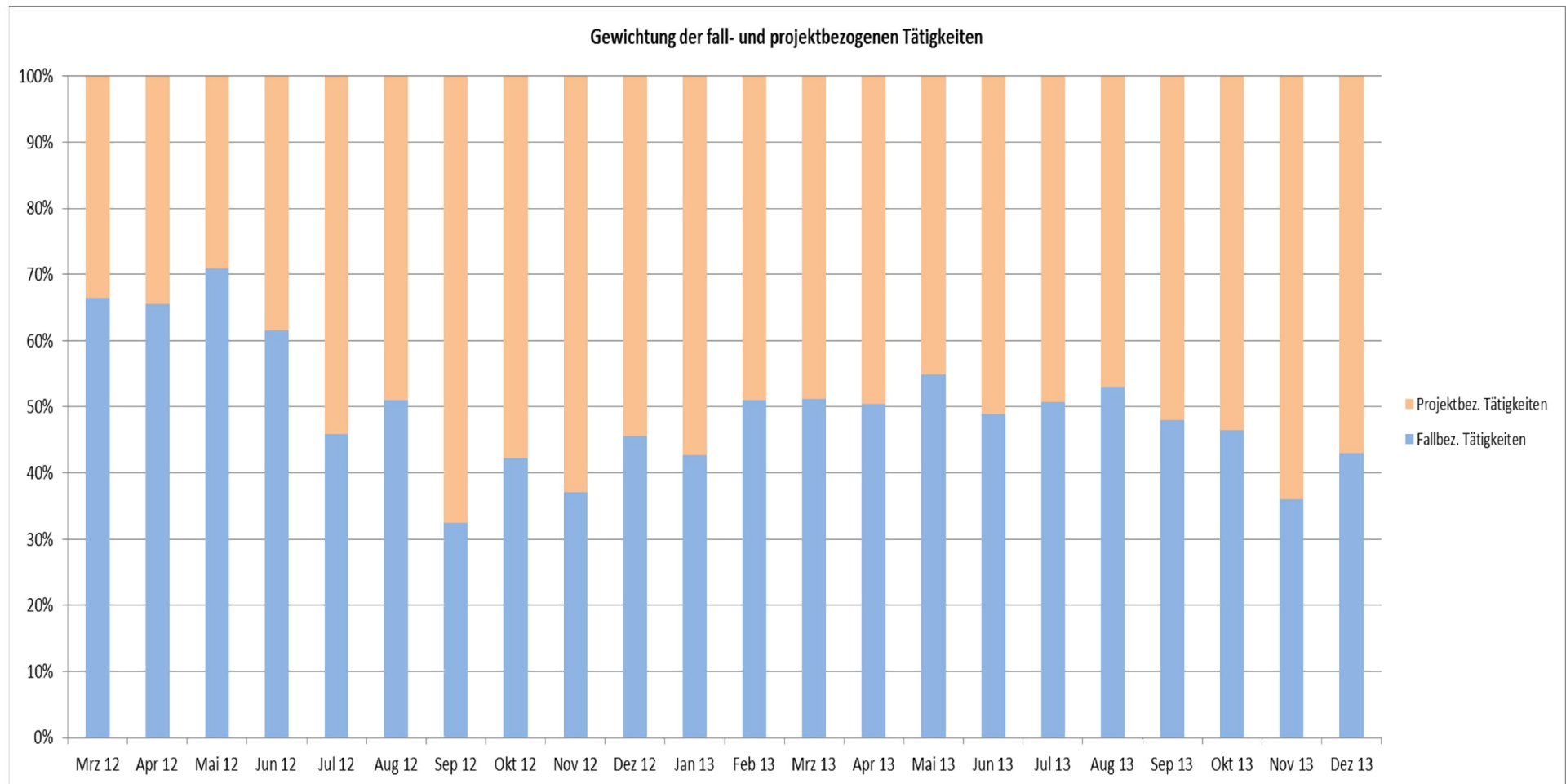


Abbildung 10: Fallbezogene Tätigkeiten (Mrz 2012- Dez 2013)

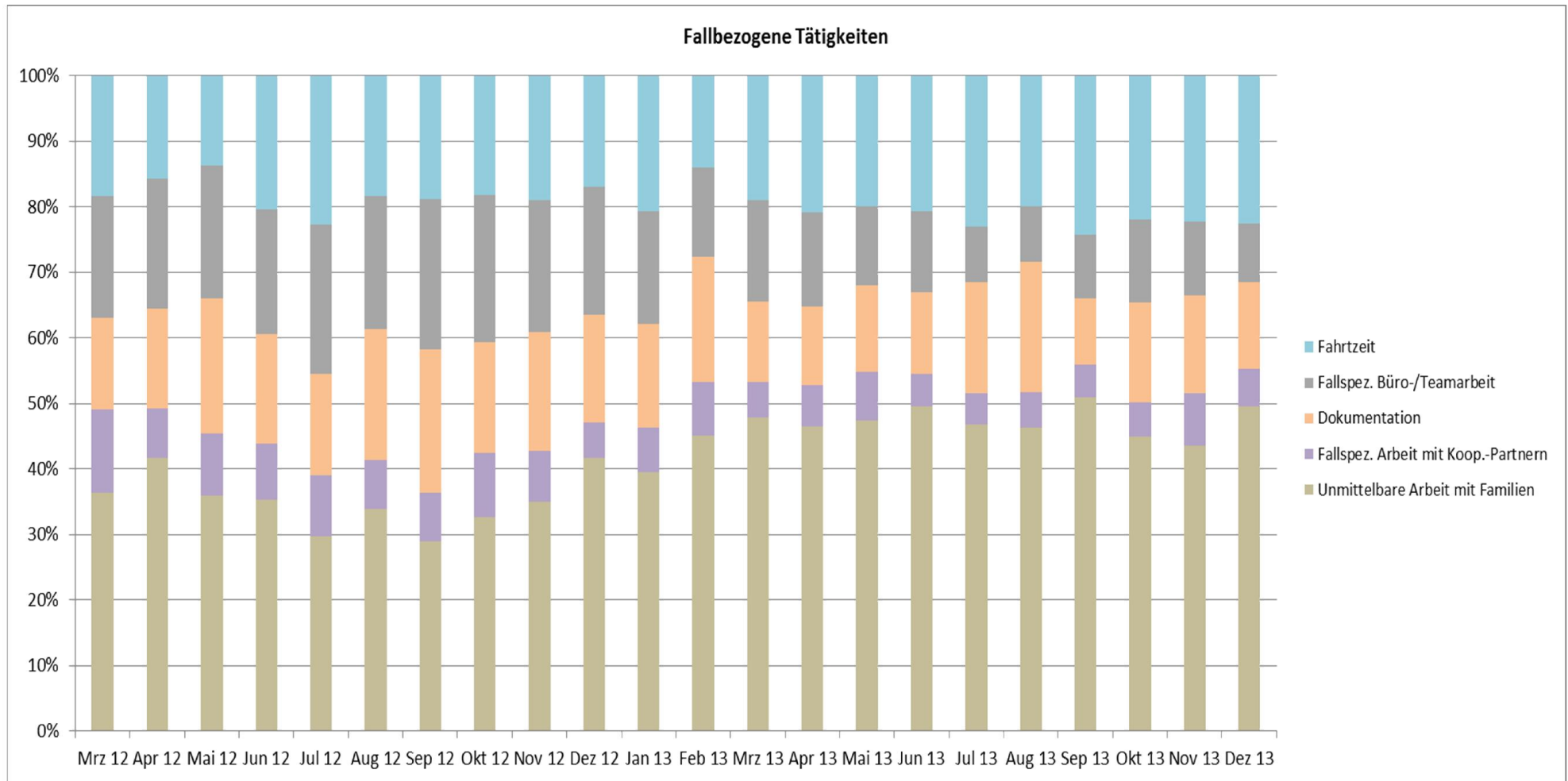
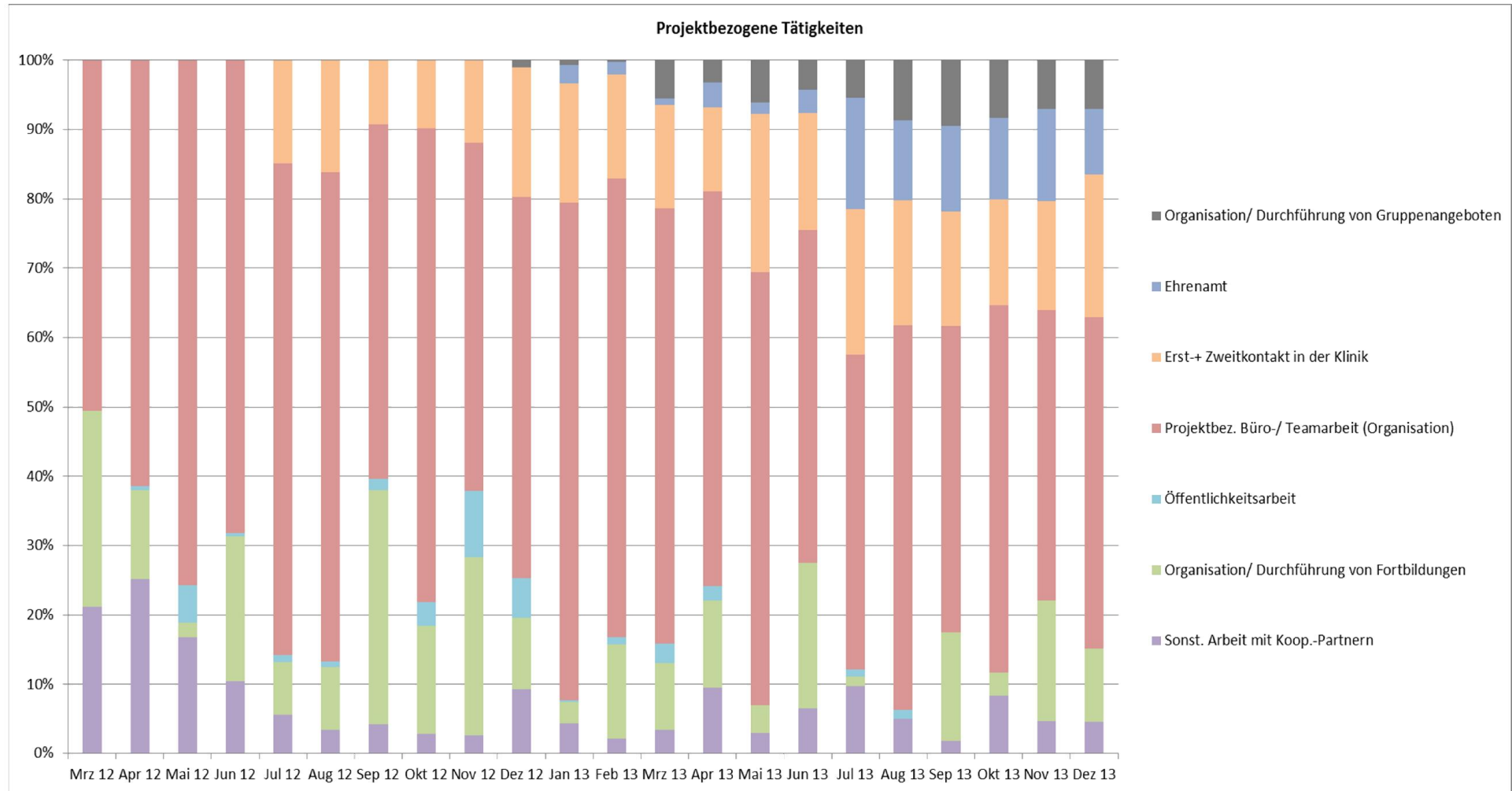


Abbildung 11: Projektbezogene Tätigkeiten (Mrz 2012- Dez 2013)



4.1.5 Fortbildungen

Im ersten und zweiten Projektjahr wurden insgesamt acht Fortbildungsangebote zu folgenden Themen durch die Mitarbeiterinnen des Sonnenkinderteams in den beiden Kliniken organisiert und durchgeführt:

- „Besonderheiten in der Betreuung von Schwangeren bzw. Familien und Kinder mit Migrationshintergrund“,
- „Grundlagen des Aufenthaltsrechts“,
- „Familienpflege/Haushaltshilfe – das beste Placebo für jede kranke Mutter“,
- „Ein guter Start auf Station – ein Beitrag zur Vermeidung von Misshandlung und Vernachlässigung in der frühen Kindheit“ (Fortbildung fand im 1. und 2. Projektjahr statt)
- Stille Geburt – Wenn Lebensende und Lebensanfang zusammenfallen
- Einführung in die Interkulturelle Kommunikation am Beispiel der Betreuung von Schwangeren, Familien und Kindern mit Migrationshintergrund
- Früherkennung von Risiken für junge Familien in der postpartalen Zeit

Im dritten Projektjahr wurden die Fortbildungen von der caritasinternen Fachstelle für Fortbildungen organisiert. Dabei fanden zwei Fortbildungen zu den Themen Hyperemesis und motivierende Gesprächsführung bei postpartalen psychischen Erkrankungen statt. Diese wurden jedoch nicht mehr durch die wissenschaftliche Begleitung evaluiert.

Aus der folgenden Tabelle 38 ist die Zufriedenheit der Teilnehmer/innen an diesen durch das Sonnenkinderteam angebotenen Fortbildungsveranstaltungen zu entnehmen. Die Auswertung bezieht sich auf insgesamt 165 TeilnehmerInnen. Die Auswertung verdeutlicht eine im Trend sehr hohe Zufriedenheit mit den durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen (in der Regel „sehr zufrieden“ oder „eher zufrieden“). Im Vergleich zum ersten Projektjahr liegen im zweiten Projektjahr keine wesentlichen Unterschiede bei dieser Zufriedenheit vor. Auch im zweiten Projektjahr ist die Bewertung der TeilnehmerInnen hinsichtlich der Qualifikation der ReferentInnen und der Rahmenbedingungen des Kurses äußerst gut („sehr zufrieden“). Zudem fallen auch die Selbsteinschätzung bezüglich des eigenen Interesses sowie die insgesamt Zufriedenheit nahezu ausnahmslos sehr positiv aus. Hinsichtlich der Lernmethode und des -inhalts liegen die Werte jedoch näher bei dem Skalenpunkt 4, d.h. hier äußerten sich die TeilnehmerInnen „eher zufrieden“. Wenn also Verbesserungen bezüglich der Organisation der Fortbildungen vorzunehmen sind, dann sollten diese hinsichtlich der Didaktik und des Inhalts vorgenommen werden.

Tabelle 38: Bewertung der Zufriedenheit der Fortbildungen¹

		FB im Projekt- jahr I	FB im Projekt- jahr II	FB gesamt
Fachliche Kompetenz	Die Dozentin schätze ich als fachlich kompetent ein	4,92	4,84	4,88
Verständlichkeit	Der Dozentin ist es gelungen die Inhalte verständlich zu vermitteln	4,88	4,76	4,82
Beteiligung der Teilnehmer/-innen	Dozentin ging angemessen auf Fragen und Beiträge der Teilnehmer/-innen ein	4,81	4,71	4,76
Beteiligung der Teilnehmer/-innen	Diskussionen wurden zugelassen	4,81	4,77	4,79
Schnelligkeit	Das Tempo des Vorgehens seitens der Dozentin war angemessen	4,75	4,39	4,57
Anforderungen*	Die Anforderungen seitens der Dozentin waren zu hoch	1,50	1,62	1,56
Qualifikation Referenten/in gesamt		4,83	4,73	4,78
Gliederung des Inhaltes	Der inhaltliche Aufbau war logisch, der „rote Faden“ war erkennbar	4,61	4,29	4,45
Arbeitsmaterialien	Es wurden ausreichend Begleitmaterialien ausgegeben	4,27	4,09	4,18
Organisation gesamt	Die Organisation der Fortbildung war insgesamt gut	4,69	4,49	4,59
Bewertung der Lernmethode gesamt		4,54	4,28	4,41
Theorieteil	Theoretische Kenntnisse wurden gut vermittelt	4,74	4,50	4,62
Praktische Umsetzbarkeit	Den Fortbildungsinhalt kann ich gut in die Praxis umsetzen	4,42	4,24	4,33
Aktuelle Entwicklungen	Es wurde Bezug auf aktuelle Entwicklungen genommen	4,26	3,92	4,09
Praktische Relevanz	Der Nutzen der Inhalte für meine berufliche Tätigkeit hat sich mir erschlossen	4,63	4,39	4,51
Schwierigkeit	Der Schwierigkeitsgrad des Lerninhalts war angemessen	4,78	4,48	4,63
Bewertung des Lerninhalts gesamt		4,47	4,43	4,45
Bewertung der Selbsteinschätzung				
Persönliches Interesse	Mein persönliches Interesse am Fortbildungsinhalt war hoch	4,71	4,75	4,73
Zufriedenheit gesamt	Insgesamt bin ich mit der Fortbildung zufrieden	4,84	4,74	4,79
Selbsteinschätzung gesamt		4,81	4,71	4,76
Lernatmosphäre	Die Lernatmosphäre in der Fortbildung war angenehm	4,83	4,57	4,70
Motivation der Teilnehmer/innen	Die Teilnehmer/-innen waren motiviert	4,77	4,55	4,66
Bewertung der Rahmenbedingungen des Kurses gesamt		4,91	4,45	4,68

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

* item umgepolt

Die Teilnehmer/innen der Fortbildungen wurden zusätzlich danach befragt, welche Aspekte in der Fortbildung verändert bzw. beibehalten werden sollten. Bei den Veränderungswünschen zeigt sich, dass die Fortbildungen vor allem zeitlich verlängert werden müssten (N=12). Was die beizubehaltenden Aspekte betrifft, so wurde vor allem darauf verwiesen, dass bislang gute Referent/innen eingeladen wurden (vgl. Tab. 39 & 40):

Tabelle 39: Veränderungswünsche

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

Tabelle 40: Beizubehaltende Aspekte

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

4.2 Spezielle Ergebnisse: Elterliche Erziehungskompetenzen

4.2.1 Das elterliche Erziehungskonzept nach Bastian et al.

Das elterliche Erziehungskonzept nach Bastian et al. setzt sich aus drei Kompetenzbereichen zusammen: „die Fähigkeit von Mütter zur Versorgung von Säuglingen [...], ihre eigene Kompetenzüberzeugung [...] und ihre Erziehungseinstellung“ (Bastian et al. 2008, S. 93). Erstere, die elterlichen Versorgungskompetenzen, scheinen für diese Kindheitsphase im Grunde genommen der wichtigste Baustein bei den Erziehungskompetenzen zu sein. Diese Versorgungskompetenzen lassen sich in vier Bereiche zusammenfassen:

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

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

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

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

Neben diesen drei beschriebenen Variablen wird das elterliche Erziehungsverhalten allerdings auch durch verschiedene Kontextfaktoren beeinflusst. Diese Kontextfaktoren können sowohl

Risiko- als auch Schutzfaktoren darstellen, d.h. „je nach Ausprägung und wechselseitigen Wirkungen können diese Faktoren potentielle Gefährdungen nach sich ziehen oder aber verhindern“ (ebd., S. 97). Schutzfaktoren sind z.B. „eine gute Beziehung zu einer Bezugsperson, [ein] gutes soziales Netzwerk, [ein] offenes auf Selbstständigkeit orientiertes Erziehungsklima [...] [und eine] hohe Selbstwirksamkeitserwartung der Eltern“ (ebd.). Als Risikofaktoren, die eine gesunde Entwicklung des Kindes möglicherweise gefährden, können beispielsweise folgende Aspekte benannt werden: Psychische Beeinträchtigungen der Eltern verursacht durch Sucht und Depressionen, elterliche biographische Vorbelastungen (Vernachlässigung, negative Bindungserfahrungen und Beziehungsabbrüche), eigene häusliche Gewalterfahrung der Eltern und Gewalt in der Partnerschaft, frühe Mutterschaft oder alleinerziehend ohne ein soziales Unterstützungssystem, fehlende Erziehungskenntnisse oder eine unrealistische Erwartungshaltung gegenüber dem Kind, mangelnde finanzielle Ressourcen, häufige Umzüge, Wohnen in deprivierten Wohnquartieren bis hin zu Problemen, die mit mangelnder Bildung und Armut einhergehen etc.. Neben diesen Problemlagen können aber auch Merkmale des Kindes als belastende Faktoren angesehen werden, etwa eine Behinderung oder ein schwieriges Temperament (vgl. DJI 2009, S. 70; Thyen 2012, S. 16).

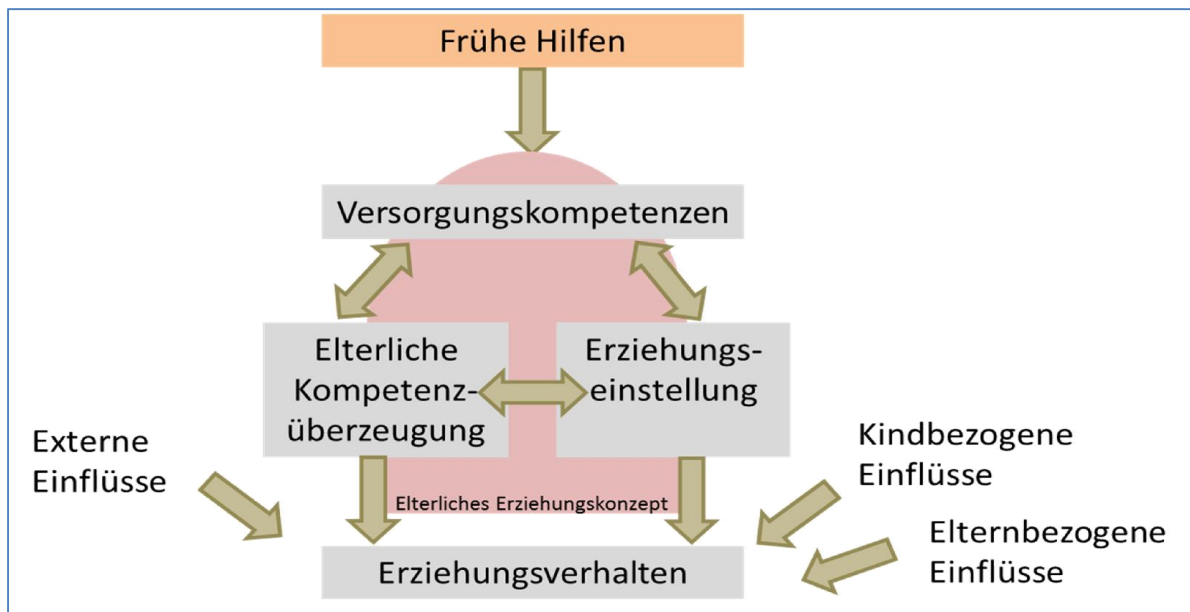
Daraus ableitend lassen sich die Kontextfaktoren, die eine gesunde Entwicklung des Kindes fördern oder aber auch gefährden können, in folgende drei Bereiche unterscheiden (Bastian et al. 2008, S. 97):

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

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

In der folgenden Abbildung 12 wird das elterliche Erziehungskonzept grafisch veranschaulicht:

Abbildung 12: Das elterliche Erziehungskonzept nach Bastian et al. (leicht verändert nach CK)



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

Zu diesem Erziehungskonzept liegen drei Studien vor, in denen die verschiedenen Dimensionen/Kompetenzbereiche in Items operationalisiert wurden.⁵¹ Insgesamt wurden dabei zu allen drei Variablen 178 Items bzw. Fragen konstruiert. Bastian et al. entwarfen auf dieser Basis einen vierseitigen Fragebogen. Dieser enthält zudem Fragen zu verschiedenen Kontextfaktoren, die das Erziehungsverhalten ebenfalls beeinflussen. Dieser Fragebogen, aber auch die in Fußnote 47 genannten Instrumente „*Self-efficacy in Infant Care Scale (SICS)*“, „*Parenting Sense of Competence Scale (PSOC)*“ und der Fragebogen zur „*Einstellung von Müttern zu Kindern im Kleinkindalter (EMKK)*“, wurden bei der Konstruktion der Instrumente zur Erfassung der elterlichen Erziehungskompetenzen im Rahmen des Sonnenkinderprojekts hinzugezogen. Hierzu wurden zwei Erhebungsinstrumente entwickelt: ein Fragebogen, der von den betreuenden Fachkräften ausge-

⁵¹ In der *Self-efficacy in Infant Care Scale (SICS)* von Prasopkittikun et al. (2006) wurde das elterliche Selbstvertrauen in die Versorgungskompetenzen des Kindes „und das Wissen über den kompetenten Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern“ (ebd., S. 94) erfasst. Die *Parenting Sense of Competence Scale (PSOC)* von Johnston/Jay Mash (1989) und Miller (2001) untersuchte „das Konzept der elterlichen Kompetenzüberzeugung und dessen Bedeutung für das Erziehungsverhalten“ (ebd., S. 95), während die Erziehungseinstellung mit einem Fragebogen zur „*Einstellung von Müttern zu Kindern im Kleinkindalter*“ (EMKK) von Condreau/Engfer (1984) und Lindner (2005) operationalisiert wurde (vgl. ebd.).

füllt wird sowie ein Fragebogen für die betreuten Mütter/Familien. Beide Instrumente entsprechend sich weitestgehend und beinhalten eine Auswahl an Items zu allen genannten Dimensionen des elterlichen Erziehungskonzepts dar. Das Instrumentarium zur Erfassung der elterlichen Erziehungskompetenzen enthält allerdings keine spezifischen Fragen zu verschiedenen Kontextfaktoren. Diese Variablen werden bereits in dem Dokumentationssystem (Kapitel 3) erfasst.

Die entwickelten Instrumente werden zu zwei Messzeitpunkten, d.h. zu Beginn und am Ende der Begleitung im Rahmen des Sonnenkinderprojekts, eingesetzt. Beide Vorlagen enthalten dieselben Items, um diese bei der Auswertung gegenüberstellen und schließlich auf eine Veränderung der Kompetenzen (d.h. Verbesserung oder Verschlechterung) schließen zu können.

Allerdings ist das Instrument zur Befragung der Eltern zum ersten Messzeitpunkt als eine Art Checkliste/Anamnesebogen konzipiert. Dies wurde von den Projektmitarbeiterinnen als Alternativlösung zur elterlichen Befragung als geeigneter angesehen, da eine „reine“ Befragung die Kontaktaufnahme und Vertrauensbildung zwischen Eltern und Mitarbeiterin möglicherweise erschwert hätte. Zum Endzeitpunkt ist das Instrument hingegen wie ein Fragebogen aufgebaut, der neben dem Thema Elternkompetenzen zusätzlich die elterliche Zufriedenheit mit der Betreuungsleistung erfasst. Zur besseren Verständlichkeit enthält das Instrument zudem Smileys für die fünf unterschiedlichen Skalenausprägungen und wurde für Eltern mit Migrationshintergrund ins Englische übersetzt. Der ausführliche Fragebogen ist dem Anhang zu entnehmen.

4.2.2 Einschätzung der Entwicklung der elterlichen Kompetenzen durch die betreuenden Fachkräfte

Bereits für die ersten beiden Zwischenberichte (2012/2013) wurde die Entwicklung der elterlichen Kompetenzen zwischen dem Beginn und dem Ende der Betreuung durch das Sonnenkinderteam dokumentiert und durch IfaS ausgewertet. Allgemein konnte hierbei eine Verbesserung verschiedener Kompetenzen nachgewiesen werden (Kieslinger/Meyer 2012/2013). Inwiefern dies ausschließlich auf die Betreuung zurückgeführt werden kann, ist mit Hilfe des vorliegenden Designs nicht eindeutig zu beantworten. Die Einschätzung dieser Entwicklung erfolgte mit Hilfe eines einfachen Single-Subject-Designs, basierend auf einem Vergleich der Werte zwischen Baseline (Erfassung der Kompetenzen am Anfang der Fallarbeit) und Folgerhebung (zu Betreuungsende). Dieses quasi-experimentelle Vorgehen ermöglicht im Rahmen der begrenzten Möglichkeiten (fehlende Kontrollgruppe, fehlende vollständige Kontrolle der Einflussfaktoren) durchaus eine Einschätzung dieser Entwicklung. Einschränkend muss jedoch angemerkt werden, dass die in diesem Kapitel dargestellten Ergebnisse auf den Einschätzungen der betreuenden Fachkräfte

beruht, was gewisse Verzerrungen durchaus mit sich bringen kann. Um validere Ergebnisse vorhalten zu können, werden in Kapitel 4.2.3 jedoch ergänzend die Selbsteinschätzungen der betreuten Mütter/Familien dargestellt.

Die folgende Tabelle 41 zeigt die Unterschiede zwischen Betreuungsanfang und Betreuungsende in der Einschätzung der Fachkräfte. Die Unterschiede können mit Hilfe von Mittelwertvergleichen abgebildet werden. Für alle betreuten Mütter sollte hierbei von den betreuenden Fachkräften auf einer Skala von 1 bis 5 jeweils zu Beginn und am Ende der Betreuung angegeben werden, wie hoch die Kompetenzen in verschiedenen Bereichen eingeschätzt werden. Diese Einschätzungen werden schließlich addiert und durch die Anzahl der Fälle geteilt. So erhält man einen Mittelwert, der die eingeschätzten Kompetenzen aller betreuten Mütter abbildet.

In den nachfolgenden Vergleich der Kompetenzen (Beginn der Betreuung vs. Ende der Betreuung) wurden allerdings nur die Fälle einbezogen, die

- a) zum Zeitpunkt der abschließenden Datenerfassung (Ende Juli 2014) abgeschlossen waren, und bei denen
- b) Angaben für den Beginn sowie für die Beendigung der Betreuung vorliegen.

Nur durch diese Auswahl können schließlich valide Aussagen über den Erfolg der Betreuung getroffen werden. So gibt es einige Dokumentationsformulare, bei denen nur die Kompetenzen zu Beginn der Betreuung abgefragt wurden (z.B. laufende oder ruhende Fälle, Angaben vergessen), in anderen Unterlagen hingegen liegen nur Angaben zu den Kompetenzen am Ende der Betreuung vor (z.B. weil die Kompetenzen zu Beginn der Betreuung nicht abgefragt wurden). Aus diesem Grunde mussten alle Fälle herausgefiltert werden, bei denen sowohl Angaben zur Beginn der Betreuung als auch zum Ende der Betreuung vorliegen (n=176). Durch diese Selektion konnte sichergestellt werden, dass ein und dieselbe Personengruppe im Hinblick auf die Entwicklung der Kompetenzen verglichen wird. Auf Basis eines Vergleichs der Kompetenzen eines identischen Personenkreises sind dann Rückschlüsse auf eine (positive) Veränderung der Kompetenzen zumindest näherungsweise möglich.⁵²

⁵² Auch ein Vergleich zwischen den Einschätzungen zu den abgeschlossenen im Verhältnis zu den ruhenden und laufenden Fällen zeigt, dass die abgeschlossenen Fälle fast durchweg besser beurteilt wurden, was ebenfalls dafür spricht, dass eine positive Entwicklung stattgefunden hat.

Tabelle 41: Einschätzung der mütterlichen/elterlichen Kompetenzen zu Beginn und zum Ende der Betreuung durch die betreuenden Fachkräfte¹

	Einschätzung der Kompetenzen zu Beginn der Betreuung (t1) (N=176)	Einschätzung der Kompetenzen zu Ende der Betreuung (t2) (N=176)
Persönliche Situation (Gesundheit, Stress)	3,02	3,78
Kenntnisse des deutschen Hilfesystems	3,40	3,84
Bereitschaft Hilfe zu suchen/ anzunehmen	4,18	4,12
Bewältigung des Alltags (Haushalt, Finanzen)	3,68	4,06
Familienleben (Kinderbetreuung, Organisation)	3,86	4,09
Interaktion mit dem Kind	4,24	4,27
Versorgung des Kindes (Pflege)	4,35	4,37

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

Die Tabelle 41 zeigt, dass sich fast alle Kompetenzbereiche zwischen Beginn und Ende der Betreuung verbessert haben. Besonders deutlich wird diese Verbesserung in den Bereichen „Persönliche Situation“ (fast 0,8 Punkte), „Kenntnisse des deutschen Hilfesystems“ (über 0,4 Punkte), „Bewältigung des Alltags“ (knapp 0,4 Punkte) und „Familienleben“ (über 0,2 Punkte). Geringfügig verbessert haben sich die Kompetenzen „Interaktion mit dem Kind“ und „Versorgung des Kindes“. Keine Verbesserung lässt sich hingegen für den Bereich „Bereitschaft, Hilfe zu suchen/anzunehmen“ feststellen.

Auffallend ist allerdings, dass die Kompetenzbereiche „Interaktion mit dem Kind“, „Versorgung des Kindes“ und „Bereitschaft, Hilfe zu suchen/anzunehmen“ bereits zu Beginn der Betreuung als relativ hoch eingeschätzt werden (Werte über 4,0 = eher gut). Insofern ist es nicht verwunderlich, dass sich in diesen Kompetenzbereichen kaum verändert zu haben scheinen bzw. sich keine Verbesserungen beobachten lassen. Hingegen spiegeln die anfänglich „schwächeren“ Kompetenzbereiche „Persönliche Situation“, „Bewältigung des Alltags“ und „Kenntnisse des deutschen Hilfesystems“ wiederum genau die bereits in Kapitel 3 dargestellten charakteristischen Merkmale der betreuten Personengruppe wieder: fehlende soziale Unterstützung/Netzwerke, Migrationshintergrund, mangelndes Wissen über Unterstützungsmöglichkeiten, usw.. Die hier dokumentierten Verbesserungen zeigen daher deutlich auf, dass insbesondere diese Lebenslagendimensionen durch die Arbeit des Sonnenkinderteams angegangen und Kom-

petenzen gestärkt werden konnten. Da es sich hierbei nicht (nur) um psychologische und gesundheitlich relevante Themen handelt, sondern vor allem auch um soziale Aspekte (Alltagsbewältigung, Kenntnisse sozialer Unterstützungssysteme), stellt die Multidisziplinarität des Sonnenkinderteams eine entscheidende Bereicherung in der Arbeit mit diesen Familien dar.

Um diesen Befund zu vertiefen, wurde bereits in den ersten beiden Zwischenberichten (vgl. Kieslinger/Meyer 2012/2013), noch zusätzlich unterschieden zwischen Fällen, bei denen zum Zeitpunkt der Beendigung keine weitere Hilfe erforderlich wurde, und Fällen, die weitere Hilfe benötigten bzw. die in weiterführende Hilfsangebote vermittelt wurden. Wie bereits in den Zwischenberichten deutlich wurde, ist auch aktuell vor allem bei den abgeschlossenen Fällen, die keine weitere Hilfe brauchten, eine deutliche Verbesserung zu verzeichnen. Weniger verbessert haben sich hingegen die Kompetenzen bei den Fällen, die weiterführende Hilfe in Anspruch nehmen (vgl. Tab. 42).

Tabelle 42: Einschätzung der Entwicklung der elterlichen Kompetenzen nach Beendigung der Betreuung, differenziert nach weiterer Hilfe¹

	Einschätzung der Kompetenzen zu Beginn der Betreuung (N=176)	Einschätzung der Kompetenzen beim Abschluss der Betreuung (N=162) ²	
		Keine weitere Hilfe erforderlich (N=104)	Weitere Hilfe erforderlich (N=58)
Persönliche Situation (Gesundheit, Stress)	3,02	4,10**	3,46**
Kenntnisse des deutschen Hilfesystems	3,40	3,95	3,77
Bereitschaft Hilfe zu suchen/ anzunehmen	4,18	4,28*	3,93*
Bewältigung des Alltags (Haushalt, Finanzen)	3,68	4,30**	3,83**
Familienleben (Kinderbetreuung, Organisation)	3,86	4,26*	3,88*
Interaktion mit dem Kind	4,24	4,37	4,11
Versorgung des Kindes (Pflege)	4,35	4,45	4,22

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

2 Basis der Analyse sind ebenfalls die identischen 176 Personen allerdings fehlen in 14 Fällen Angaben zu weiterführenden Hilfen

* Unterschiede sind statistisch signifikant (bei $p < 0,05$)

** Unterschiede sind statistisch hoch signifikant (bei $p < 0,01$)

Die gefundenen Unterschiede zwischen Fallbeendigungen ohne weitere Hilfe und mit weiterführender Hilfe sind äußerst deutlich, in vier Fällen sogar statistisch signifikant. Dabei verdeutlichen die Unterschiede vor allem, dass bei den „erfolgreichen“ Fallbeendigungen (d.h. keine wei-

tere Hilfe erforderlich) merkliche Verbesserungen eingetreten sind, während dies bei den Fallbeendigungen mit anschließender weiterführender Hilfe weniger der Fall ist.

Bei drei Kompetenzbereichen (Bereitschaft Hilfe zu suchen/anzunehmen, Interaktion mit dem Kind und Versorgung des Kindes) lässt sich in der Gruppe derjenigen Personen, die nach Beendigung der Betreuung eine weiterführende Hilfe benötigten, zudem erkennen, dass es augenscheinlich überhaupt keine Verbesserung bzw. sogar eine „Verschlechterung“ gab. Demnach könnte die Vermittlung in weiterführende Hilfen auch Ausdruck dieser Entwicklung sein. Verbesserungen lassen sich in der Gruppe der beendeten Fällen mit weiterführenden Hilfen jedoch trotzdem in den Bereichen „Persönliche Situation“, „Kenntnisse des deutschen Hilfesystems“ und „Bewältigung des Alltags“ identifizieren, was wiederum die Bedeutung dieser Schwerpunkte in der Tätigkeit des Sonnenkinderteams verdeutlicht.

Zusammenfassend verdeutlichen die Tabellen 41 und 42 einige wichtige Auffälligkeiten, die im Folgenden nochmals interpretiert werden sollen: In vier Kompetenzbereichen (Persönliche Situation, Bewältigung des Alltags, Kenntnisse des deutschen Hilfesystems und Familienleben) ist eine deutliche Verbesserung der Kompetenz zu beobachten (vgl. Tab. 41). Da die anderen drei Kompetenzbereiche bereits von Anfang an relativ hoch eingeschätzt werden, sind die Verbesserungen hier vermutlich weniger stark ausgeprägt, wenn auch ebenfalls erkennbar (mit Ausnahme der Bereitschaft, Hilfe anzunehmen). Die merkliche Kompetenzsteigerung in den Bereichen „Alltag“, „Familie“, „Persönliche Situation“ und „Informiertheit“ geht also vermutlich auf die multidisziplinär ausgerichtete Arbeit des Sonnenkinderteams zurück (medizinische, familientherapeutische und sozialpädagogische Unterstützung). Differenziert man diese Verbesserungen nochmals nach Gruppenzugehörigkeit - Fallbeendigungen, die keine weitere Hilfe erhalten, und Fallbeendigungen, die in weitere Hilfen vermittelt bzw. bei denen eine weiterführende Hilfe notwendig wurde - so zeigt sich, dass in den Kompetenzbereichen „Persönliche Situation“, „Kenntnisse des deutschen Hilfesystems“, „Bewältigung des Alltags“ und „Familienleben“ in beiden Fällen Verbesserungen eintraten, d.h. unabhängig davon, ob eine weitere Hilfe notwendig wurde oder nicht (vgl. Tab. 42). Insbesondere in diesen Bereichen konnte das Sonnenkinderteam also vermutlich unabhängig von einem nach wie vor bestehenden Hilfebedarf zu einer Kompetenzsteigerung beitragen.

4.2.3 Die Entwicklung der Erziehungskompetenzen aus Sicht der Eltern - Erkenntnisse aus der elterlichen Befragung

Zum Abschluss der Datenerhebung Ende Juli 2014 liegen der wissenschaftlichen Begleitung insgesamt 63 Anamnesebögen zum Beginn einer Betreuung und 44 Elternfragebögen zum Ende der Betreuung vor. Da für eine vergleichende Auswertung aber nur Fälle berücksichtigt werden können, die abgeschlossen sind, werden für spezielle Auswertungen (Vorher-Nachher-Vergleich) nur 53 Anamnesebögen (abgeschlossene Fälle) und 44 Fragebögen zum Betreuungsende herangezogen.⁵³ Um zusätzlich noch exaktere Aussagen im Hinblick auf Entwicklungen bzw. Veränderungen seit Beginn der Betreuung zu erhalten, wurde für die Auswertung zusätzlich noch eine weitere Untergruppe (N=29) gebildet: Mütter/Familien, deren Betreuung abgeschlossen ist und die beide Instrumente ausgefüllt haben (Anamnesebogen und Elternfragebogen zum Ende der Betreuung). Auf Basis dieser Untergruppe kann eine exakte Gegenüberstellung der Werte (Vorher-Nachher) gelingen, da es sich um ein und denselben Personenkreis handelt. Zur Vereinfachung werden die Auswertungsgruppen nochmals kurz dargestellt:

- N_{alle} = Alle befragten Mütter/Familien. Hierbei handelt es sich um 63 Fragebögen, wobei insgesamt 10 dieser Betreuung noch nicht abgeschlossen sind.
- N_{ges} = Alle befragten Mütter/Familien, bei denen die Betreuung auch abgeschlossen ist. In insgesamt 53 von 63 Fällen handelt es sich um abgeschlossene Betreuungen. Hier liegen 53 Anamnesebögen vor, von denen auch 44 Personen zusätzlich den Elternfragebogen zum Ende der Betreuung ausgefüllt haben.⁵⁴
- N_{ident} = Alle Mütter/Familien, die sowohl den Anamnesebogen als auch den Elternfragebogen ausgefüllt haben. In insgesamt 29 von 53 abgeschlossenen Fällen wurden beide Instrumente ausgefüllt. Diese Gruppe lässt die besten Rückschlüsse auf Entwicklungen/Veränderungen zu, weil es sich um ein und dieselben Personen handelt.⁵⁵

Beginnend mit der Auswertung des Anamnesebogens ($N_{\text{alle}} = 63$) zu Beginn der Betreuung zeigt die folgende Tabelle 43 verschiedene Merkmale der Selbsteinschätzung der befragten Eltern/Mütter zu Beginn der Betreuung. Hierbei wurden die Familien zu ihrer Lebenszufrieden-

⁵³ Das Missverhältnis von 53 Anamnesebögen für abgeschlossene Fälle und 41 Fragebögen zum Betreuungsende (was einem Abschluss gleichkommt) ergibt sich daraus, dass nicht alle abgeschlossenen Fälle befragt werden konnten.

⁵⁴ Bei diesen 44 Frauen dauerte die Fallbegleitung im Schnitt 5,6 Monate (der Median beträgt 4,3 Monate).

⁵⁵ Bei diesen 29 Frauen dauerte die Fallbegleitung im Schnitt 5,2 Monate (der Median beträgt 4,3 Monate).

heit, zu ihrem Selbstwirksamkeitsgefühl, zu ihren Ressourcen, ihrem elterlichen Kompetenzgefühl sowie zu ihrer Einstellung zum Kind befragt.⁵⁶ In Anlehnung an Bastian et al. (2008) beeinflussen diese Schwerpunkte das elterliche Erziehungskonzept (vgl. Kapitel 3.1).

Tabelle 43: Selbsteinschätzung der Mütter/Familien zu Beginn der Betreuung¹

Einschätzungen der Kompetenzbereich durch die Mütter/Familien (N _{alle} = 63)	Mittelwert
Lebenszufriedenheit	
Ich bin mit meinem gegenwärtigen Leben zufrieden.	4,23
Ich bin mit meiner finanziellen Situation zufrieden.	3,35
Ich bin mit meiner Wohnsituation zufrieden.	3,48
Selbstwirksamkeit	
Ich habe genug Selbstvertrauen, um meine Probleme anzugehen.	3,67
Ich habe meist das Gefühl, dass ich alles geschafft habe.*	2,92
Ich bin fest davon überzeugt, dass ich alle Fähigkeiten habe, eine gute Mutter zu sein/zu werden.	4,27
Ich fühle mich nicht erschöpft.*	3,05
Ich fühle mich nicht mit meinen Problemlagen allein gelassen.*	4,02
Ich habe Vertrauen in die Zukunft.	4,20
Ressourcen	
Ich fühle mich über die Angebote und Hilfen, die es für Familien gibt, gut informiert.	3,82
Es war/ist für mich nicht schwierig, Hilfe von anderen anzunehmen.*	3,45
Meine Familie unterstützt mich, wenn ich Hilfe brauche.	3,93
Elterliches Kompetenzgefühl	
Ich bin ein gutes Vorbild für andere Eltern.	3,96
Mutter zu sein stresst mich nicht.*	3,89
Elterliche Einstellung zum Kind	
Ich weiß, was meinem Kind fehlt, wenn es schreit.*	2,74
Ich weiß genau, wie ich mein Kind trösten kann, wenn es schreit.	3,71
Es macht mir Spaß, mit meinem Kind zu spielen.	4,80
Mir fällt es nicht schwer, mit meinem Kind geduldig zu sein.*	3,44
Wenn mein Kind krank ist, weiß ich was ich tun muss.	3,65
Ich kann einschätzen, wann mein Kind Hunger hat.	4,34
Beim Stillen und Füttern meines Kindes fühle ich mich sicher.	4,19

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

*Diese items sind im Fragebogen negativ formuliert. Zur Vereinheitlichung wurden die items in der Tabelle umgepolt.

⁵⁶ Letztere Skalen wurden nur von Müttern ausgefüllt, die ihr Kind bereits entbunden hatten.

Die Tabelle 43 verdeutlicht, dass die befragten Eltern sich zu Beginn der Betreuung in einigen Aspekten durchaus sehr positiv einschätzen (Werte über 4,0; in der Tabelle fett markiert), in anderen aber unsicher sind oder sogar ein negatives Bild von sich haben (Werte unter 3,5; in der Tabelle kursiv markiert). Sehr positive Einschätzungen beziehen sich beispielsweise auf die Lebenszufriedenheit und das Vertrauen in die Zukunft, auf die Überzeugung, eine gute Mutter zu sein, sowie auf den Spaß am Kind. Eher unsicher oder gar unzufrieden sind die befragten Mütter hingegen in den Bereichen finanzielle Situation und Wohnsituation, dem Gefühl, „alles geschafft zu haben“ und bei der aktuell zur Verfügung stehenden Ausdauer und Kraft, in Punkto Hilfe anzunehmen sowie bei einigen Aspekten im Umgang mit dem Kind (Unsicherheit bei Schreien des Kindes, Einschätzung des Hungers, Geduld). Alles in allem bewegen sich die Einschätzungen in der Tendenz zwischen „teils/teils“ und „trifft eher zu“, d.h. zwischen den Werten 3 und 3,5.

Um eine Entwicklung dieser Einschätzungen im Zuge der Betreuung dokumentieren zu können, wurde ein Elternfragebogen entwickelt, der von den Müttern/Familien am Ende der Betreuung ausgefüllt wurde. Dafür wurden exakt die gleichen Items verwendet. Für eine Analyse dieser Entwicklungen können natürlich nur Fälle betrachtet werden, bei denen die Betreuung auch abgeschlossen ist (N_{ges}). Von den 53 abgeschlossenen Fällen liegen hierzu 41 ausgefüllte Elternfragebögen vor. Aus der Tabelle 45 wird deutlich, dass sich die Mütter/Familien in der Gesamttendenz eher positiv zu den Veränderungen äußern. Betrachtet man die Einschätzungen zu Beginn der Betreuung, so liegen die Werte in der Tendenz zwischen „teils/teils“ und „trifft eher zu“, d.h. zwischen den Skalenwerten 3 und 4, zum Betreuungsende hingegen deutlich näher an dem Wert 4 (trifft eher zu). Um noch validere Aussagen zur *Entwicklung bzw. Verbesserung* der elterlichen Kompetenz treffen zu können, wurden die Werte der Eltern, die sowohl einen Anamnesebogen zu Beginn der Betreuung als auch einen Elternfragebogen am Ende der Betreuung ausfüllten, zusätzlich gegenübergestellt (N_{ident} ; in Tabelle 45, Angaben in Klammern).⁵⁷ In der folgenden Tabelle werden die Auswertungen zu beiden Gruppen zusammengefasst dargestellt (vgl. Tab. 44).

⁵⁷ Hier wurden nur Familien/Mütter im Hinblick auf eine Entwicklung betrachtet, deren Betreuung zum aktuellen Zeitpunkt als „beendet“ angegeben wurde und die den Elternfragebogen sowohl zu Beginn als auch am Ende der Betreuung ausgefüllt haben. Damit sollte sichergestellt sein, dass die dokumentierten Veränderungen innerhalb einer definierten Population auf die jeweilige Ausgangslage (Baseline) bezogen werden kann.

Tabelle 44: Selbsteinschätzung der Mütter zu Beginn und zum Ende der Betreuung¹

	Mütterliche Einschätzung zu Beginn der Betreuung (t1) N _{ges} =53 (N _{ident} =29)	Mütterliche Einschätzung zum Ende der Betreuung (t2) N _{ges} =44 (N _{ident} =29)	Veränderung
Ich bin mit meinem gegenwärtigen Leben zufrieden.	4,28 (4,00)	4,32 (4,31)	+0,04 (+0,31)
Ich bin mit meiner finanziellen Situation zufrieden.	3,28 (3,34)	4,46 (3,28)	+1,18 (-0,06)
Ich bin mit meiner Wohnsituation zufrieden.	3,46 (3,61)	3,66 (3,66)	+0,20 (+0,05)
Verbesserung Lebenszufriedenheit gesamt			+0,47 (+0,30)
Ich habe genug Selbstvertrauen, um meine Probleme anzugehen.	3,71 (3,48)	3,92 (3,79)	+0,21 (+0,31)
Ich habe meist das Gefühl, dass ich alles geschafft habe.*	2,96 (3,00)	3,05 (3,21)	+0,09 (+0,21)
Ich bin fest davon überzeugt, dass ich alle Fähigkeiten habe, eine gute Mutter zu sein/zu werden.	4,32 (4,03)	4,45 (4,46)	+0,13 (+0,43)
Ich fühle mich nicht erschöpft.*	3,13 (2,83)	3,33 (3,56)	+0,20 (+0,73)
Ich fühle mich nicht mit meinen Problemlagen allein gelassen.*	4,08 (3,93)	3,87 (3,73)	-0,21 (-0,20)
Ich habe Vertrauen in die Zukunft.	4,18 (4,04)	4,47 (4,41)	+0,29 (+0,37)
Veränderung Selbstwirksamkeit gesamt			+0,12 (+0,31)
Ich fühle mich über die Angebote und Hilfen, die es für Familien gibt, gut informiert.	3,82 (3,76)	4,23 (4,18)	+0,41 (+0,42)
Es war/ist für mich nicht schwierig, Hilfe von anderen anzunehmen.*	3,47 (3,44)	3,40 (3,27)	-0,07 (-0,17)
Meine Familie unterstützt mich, wenn ich Hilfe brauche.	3,97 (3,83)	3,83 (3,77)	-0,14 (-0,06)
Veränderung Ressourcen gesamt			+0,07 (+0,06)
Ich bin ein gutes Vorbild für andere Eltern.	4,00 (3,64)	3,80 (3,88)	+0,20 (+0,24)
Mutter zu sein stresst mich nicht.*	3,91 (3,54)	3,35 (3,52)	-0,56 (-0,02)
Veränderung Elterliches Kompetenzgefühl gesamt			-0,18 (+0,11)

	Mütterliche Einschätzung zu Beginn der Betreuung (t1) N _{ges} =53 (N _{ident} =29)	Mütterliche Einschätzung zum Ende der Betreuung (t2) N _{ges} =44 (N _{ident} =29)	Veränderung
Ich weiß, was meinem Kind fehlt, wenn es schreit.*	2,80 (2,85)	2,08 (3,26)	-0,72 (+0,41)
Ich weiß genau, wie ich mein Kind trösten kann, wenn es schreit.	3,74 (3,52)	4,22 (4,22)	+0,48 (+0,70)
Es macht mir Spaß, mit meinem Kind zu spielen.	4,79 (4,67)	4,49 (4,43)	-0,30 (-0,24)
Mir fällt es nicht schwer, mit meinem Kind geduldig zu sein.*	3,47 (3,27)	3,46 (3,42)	-0,01 (+0,15)
Wenn mein Kind krank ist, weiß ich was ich tun muss.	3,76 (3,68)	4,49 (4,41)	+0,73 (+0,73)
Ich kann einschätzen, wann mein Kind Hunger hat.	4,43 (4,27)	4,64 (4,61)	+0,21 (+0,34)
Beim Stillen und Füttern meines Kindes fühle ich mich sicher.	4,23 (3,96)	4,70 (4,67)	+0,47 (+0,71)
Veränderung Elterliche Einstellung zum Kind gesamt			+0,11 (+0,70)

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

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

Die Tabelle 44 verdeutlicht in beiden Fällen (N_{ges} und N_{ident}), dass sich die Mütter zum Endzeitpunkt der Betreuungsleistung in der Summe tendenziell besser einschätzten als zum Betreuungsbeginn (vgl. vor allem letzte Spalte: Veränderung). Vergleicht man die aufsummierten Mittelwerte zwischen dem Anamnesebogen (Selbsteinschätzung zu Beginn der Betreuung) und dem Elternfragebogen (Selbsteinschätzung zum Ende der Betreuung), zeigen sich teilweise Verbesserungen von über 0,5 Punkten auf einer 5er-Skala. Relativ deutliche Verbesserungen erfahren vor allem die Kategorien „Lebenszufriedenheit“, „Selbstwirksamkeit“ und „Elterliche Einstellung zum Kind“. Kaum Veränderungen scheint es aber bei den (familiären) Ressourcen und dem elterlichen Kompetenzgefühl zu geben.

Insgesamt sind die dokumentierten Verbesserungen vor allem in der Auswertungsgruppe zu beobachten, die aus ein und demselben Personenkreis besteht (N_{ident}). Die Lebenszufriedenheit, die Selbstwirksamkeit sowie die elterlichen Einstellungen haben sich teilweise erheblich verbessert. Eine Verbesserung lässt sich hier auch beim elterlichen Kompetenzgefühl verzeichnen. Dies zeigt, dass die Betreuung vor allem in den psychosozialen Bereichen Lebenszufriedenheit, Selbstwirksamkeit, elterliches Kompetenzgefühl und Einstellung zum Kind Verbesserungen nach

sich zog. Eine Verbesserung der (sozialen) Ressourcen fand mit Ausnahme der Informationen in der Wahrnehmung der befragten Mütter/Eltern nur bedingt statt. Solche sozialen und/oder familiären Ressourcen stellen aber auch ein Bereich dar, in dem die Mitarbeiter/innen des Sonnenkinderteams nur bedingt Veränderungen herbeiführen können.

Den Müttern bzw. Eltern wurden in dem Elternbefragungsbogen zum Ende der Betreuung zusätzlich die gleichen Kompetenzbereiche wie den Fachkräften vorgelegt (siehe Kapitel 4.2.2), um einen Vergleich zwischen der Einschätzung der Fachkräfte und der Selbsteinschätzung der Mütter/Eltern zu ermöglichen. Werden die Kompetenzeinschätzungen der Mütter und ihrer fallverantwortlichen Fachkraft gegenübergestellt, stellt sich heraus, dass beide Personengruppen die Ausprägung der Kompetenzen relativ ähnlich einschätzen (vgl. Tab. 45), was wiederum die in Kapitel 4.2.2 getroffenen Vermutungen zur Verbesserung der Kompetenzen stützt.

Tabelle 45: Gegenüberstellung der Fremd- und Selbsteinschätzung zur Ausprägung der elterlichen Kompetenzen am Ende der Betreuungsleistung

	Fremdeinschätzen der Kompetenzen durch Fachkräfte (am Ende der Betreuung)¹	Selbsteinschätzung der Kompetenzen durch Mütter (am Ende der Betreuung)¹	
Persönliche Situation (Gesundheit, Stress)	3,83 (n=180)	3,76 (n=42)	
Kenntnisse des deutschen Hilfesystems	3,89 (n=188)	-	
Bereitschaft Hilfe zu suchen/ anzunehmen	4,12 (n=190)	Bereitschaft von Angehörigen/ Freunden/Bekanntem Hilfe zu suchen ²	4,90 (n=42)
		Bereitschaft von sozialen Diensten (Beörden/Ämter, ÄrztInnen) Hilfe zu suchen ²	3,74 (n=42)
Bewältigung des Alltags (Haushalt, Finanzen)	4,12 (n=166)	4,20 (n=41)	
Familienleben (Kinderbetreuung, Organisation)	4,13 (n=168)	4,33 (n=43)	
Interaktion mit dem Kind/Erziehung Kind	4,29 (n=158)	4,24 (n=42)	
Versorgung des Kindes (Pflege)	4,40 (n=168)	4,63 (n=43)	

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

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

Um zusätzliche Hinweise zur Entwicklung der elterlichen Kompetenzen zu ermöglichen, wurden abschließend noch weitere Fragen in den Anamnese- bzw. Elternfragebogen zum Ende der Betreuung integriert, beispielweise Fragen zum Vorsingen, zum Stellenwert des Fernsehers und

zum Rauchen in der Wohnung. Die Auswertungen müssen auch in diesem Fall wiederum anhand ein und denselben Personenkreises vorgenommen werden, um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Hierzu liegen Daten von insgesamt 26 befragten Müttern/Familien vor (vgl. Tab. 46 & 47).

Hierbei zeigt sich anhand einiger Beispiele, dass die Mütter am Ende der Betreuung einen bewussteren Umgang mit dem Kind entwickelt haben: Im Vergleich zum Zeitpunkt des Beginns der Betreuung singen sie ihrem Kind häufiger etwas vor und lassen seltener den Fernseher laufen. Auch werden Vorsorgeuntersuchungen am Ende der Betreuung von fast allen befragten Müttern/Familien wahrgenommen. Lediglich beim Thema „Rauchen“ gibt es keine Unterschiede zu vorher, allerdings ist der Anteil derjenigen Personen, die angaben, in der Wohnung zu rauchen, ohnehin sehr gering.

Tabelle 46: Ausgewählte Aspekte der Unterstützung der kindlichen Entwicklung, Teil 1¹

Unterstützung in der Entwicklung/Sicherheit	Mütterliche Einschätzung zu Beginn der Betreuung (alle Befragten; N=55)	Mütterliche Einschätzung zu Beginn der Betreuung (N=26)	Mütterliche Einschätzung zum Endzeitpunkt der Betreuung (N=26)
Wie häufig singen Sie ihrem Kind etwas vor?	2,85	2,73	2,96
Wie häufig läuft bei Ihnen der Fernseher?	2,46	2,42	2,12
Wie häufig raucht jemand in der Nähe ihres Kindes?	1,10	1,08	1,36

¹ Skala zur Häufigkeit: 4=Fast immer; 3=häufig; 2=selten; 1=nie

Tabelle 48: Ausgewählte Aspekte der Unterstützung der kindlichen Entwicklung, Teil 2

Unterstützung in der Entwicklung/Sicherheit	Mütterliche Einschätzung zu Beginn der Betreuung (alle Befragten; N=55)	Mütterliche Einschätzung zu Beginn der Betreuung (N=26)	Mütterliche Einschätzung zum Endzeitpunkt der Betreuung (N=26)
Rauchen Sie in der Wohnung?	Ja: 5,5%	Ja: 0%	Ja: 0%
Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung mit ihrem Kind (Untersuchung)?	Ja: 93,9%	Ja: 90,5%	Ja: 95,8%

4.3 Spezielle Ergebnisse: Gruppenangebote

Seit Februar 2013 haben Mütter die Möglichkeit an kostenlosen, offenen Gruppenangeboten im Rahmen des Sonnenkinderprojekts teilzunehmen.⁵⁸ Diese finden wöchentlich über eineinhalb Stunden in Räumlichkeiten der St. Anna-Klinik und des Stadtteilhauses Mitte statt. Seit August 2013 wird darüber hinaus ein Gruppenangebot für jüngere Mütter angeboten, d.h. Mütter, die im Durchschnitt unter 22 Jahren sind. Das Gruppenangebot für jüngere Mütter wurde initiiert, da die Akquise dieser Zielgruppe, laut einer Projektmitarbeiterin, schwierig sei (zumal die angesprochenen jüngeren Mütter Bedarf und Interesse an Gruppenangeboten signalisierten und sich gerne mit Frauen des gleichen Alters treffen wollten). Bei der Planung und Gestaltung dieses Angebots werden die Bedürfnisse und Interessenlagen der Mütter stets berücksichtigt. Dabei wird so vorgegangen, dass am Ende eines jeden Angebots die Mütter nach ihren Themenvorschlägen für das nächste Treffen gefragt werden. Im Rahmen des Gruppenangebots im St. Anna-Klinikum wird die Vorgehensweise zur Planung des Angebots allerdings anders gehandhabt. Hier ist der Rahmen stets vorgegeben: Angeleitete Aktivitäten, etwa verschiedene Anregungen für das Kind und Spielangebote zur Verbesserung der Mutter-Kind-Bindung, wechseln sich mit offen gehaltene Austauschmöglichkeiten ab. Die Mütter werden bei der Themenwahl der Angebote somit wenig beteiligt.

Neben Aktivitäten in der Gruppe besteht die Möglichkeit zu persönlichen Beratungsgesprächen mit der Gruppenleiterin. Hierfür wird bei Bedarf ein weiterer Termin außerhalb der Gruppenangebote vereinbart. Die persönlichen Beratungsgespräche wurden laut Dokumentation der Gruppenangebote über den Zeitraum März 2014 bis Juli 2014 von 31% der Teilnehmer/innen (25 von 81 Müttern) genutzt.

Die Erfahrungen in der Praxis zeigen, dass das Gruppenangebot im Stadtteilhaus Mitte, welches ebenfalls in einem wöchentlichen Rhythmus stattfindet, im Gegensatz zum Gruppenangebot in der St. Anna-Klinik eher schleppend verläuft. Im Gruppenangebot der St. Anna-Klinik sind durchschnittlich, laut einer fünfmonatigen Dokumentation, 12 Frauen anwesend. Im Gruppen-

⁵⁸ Empirische Grundlage für die folgenden Ausführungen sind die Ergebnisse des Gruppeninterviews innerhalb des zweiten Projektjahrs mit den Mitarbeiterinnen des Modellprojekts, eine fünfmonatige Dokumentation der Gruppenangebote in der St. Anna-Klinik und im Marienhospital über den Zeitraum März 2014 bis Juli 2014 sowie eine quantitative Befragung von insgesamt 34 Teilnehmer/innen des Gruppenangebots. Von diesen 34 Teilnehmer/innen nehmen 28 das Müttercafé in der St. Anna-Klinik wahr, vier Mütter besuchten das Müttercafé des Stadtteilhauses Mitte und zwei befragte Mütter nutzen das erst im August 2013 initiierte Müttercafé für jüngere Mütter.

angebot des Stadtteilhauses liegt die durchschnittliche Teilnehmerinnen-Anzahl laut Dokumentation bei drei Frauen. Häufig sagen die Mütter ihre Teilnahme ab, was ggf. damit zu tun haben könnte, dass viele Mütter nicht im unmittelbaren sozialen Nahraum wohnen, die Räumlichkeiten nicht kennen und demzufolge keine Anknüpfungspunkte zum Stadtteilhaus Mitte haben. Zudem kennen sich die teilnehmenden Mütter nicht untereinander und auch die Organisation dieses Gruppenangebots, vor allem in der Ferienzeit, scheint verbesserungswürdig zu sein (Vorfinden abgeschlossener Räumlichkeiten, mangelnde Informationsweitergabe vor Ort zur Durchführung des Angebots etc.). Aufgrund der fehlenden Teilnahme von Müttern und der Kürzung des Stelenumfangs der Gruppenleiterin wird das Angebot „Müttercafé“ im Stadtteilhaus Mitte im Herbst 2014 eingestellt.

4.3.1 Beschreibung der Zielgruppe

Das Angebot „Müttercafé“ sollte sich ursprünglich an Mütter richten, die einen Migrationshintergrund haben und/oder in sozialer Isolation leben. Gerade diese Mütter, so wurde anfangs angenommen, benötigen das Angebot zur Erschließung sozialer Kontakte und/oder zur Verbesserung ihrer Deutschkenntnisse. Weiter wurde vermutet, dass eben diese Mütter mit bestehenden Angeboten der Frühen Hilfen in Stuttgart schlechter erreicht werden (im Gegensatz zu anderen Müttern, etwa Frauen ohne Migrationshintergrund), etwa aufgrund verschiedener Zugangsbarrieren, wie z.B. fehlender Infos aufgrund der Sprachkenntnisse, eine zu große Gruppe etc. Daher wurden kleinere Gruppen geplant und eine verbesserte Zugänglichkeit über eine „persönlichere/vertraulichere“ Akquise der für die jeweilige Mutter bekannten Projektmitarbeiterinnen und somit Ansprechpartnerinnen gewährleistet.

In der Praxis werden jedoch laut Angaben der Projektmitarbeiterinnen, anders als erwartet, überwiegend Frauen aus der „bürgerlichen Mitte“ erreicht. Sozial schwächer gestellte Mütter suchen das Angebot scheinbar eher seltener auf. Ferner haben mehr als die Hälfte der erreichten Mütter keinen Migrationshintergrund: In der fünfmonatigen Dokumentation der Gruppenangebote der St. Anna-Klinik und des Stadtteilhauses Mitte wird deutlich, dass von 81 erreichten Müttern nur 32 einen Migrationshintergrund haben (39,5%). Die Teilnehmerinnen mit Migrationshintergrund kommen dabei aus verschiedenen Nationen (Peru, China, Italien, Spanien, Ukraine, Rumänien, Kosovo, Serbien, Russland, Iran). Im Vergleich mit der Anzahl an Frauen, die das Sonnenkinder-Angebot als Einzelbegleitungsmaßnahme nutzen (N=233, 70%), sind daher deutlich weniger Frauen mit Migrationshintergrund in den Gruppenangeboten vertreten. Stellt man den Prozentsatz von 39,5% Frauen mit Migrationshintergrund allerdings der Bevölkerungsstruktur ins Stuttgart gegenüber, bildet die Teilnehmerinnenstruktur in den Gruppenangeboten

die Bevölkerungsstruktur exakt ab (in einer statistischen Auswertung des Jahres 2010 werden im Jahr 2014 über 40% Personen mit Migrationshintergrund in Stuttgart erwartet) (vgl. Tab. 48).

Die Mütter sind überwiegend verheiratet (64,7%) und im Durchschnitt 32 Jahre alt. Die jüngste Teilnehmer/in ist 19 Jahre und die älteste 39 Jahre alt. Die Säuglinge sind im Durchschnitt fünf Monate alt (vgl. Tab. 48).⁵⁹

Tabelle 48: Familienkonstellation und Alter der Teilnehmer/innen sowie Alter ihres Säuglings

Familienkonstellation	Anzahl	Alter der Teilnehmer/innen	Anzahl	Alter des Säuglings in Monate	Anzahl
Verheiratet	22	19-25	2	1,5-3	8
Ledig	11	24-27	4	3,5-5	12
Geschieden	1	28-31	7	5,5-7	4
Gesamt	34	32-35	13	7,5-10	5
Fehlende Antworten	-	36-39	7	Gesamt	29
		Gesamt	33	Fehlende Antworten	5
		Fehlende Antworten	1		

Dass bislang sozial schwächer gestellte Frauen bzw. Frauen mit Migrationshintergrund die Gruppenangebote weniger häufig aufsuchen, machen die befragten Mitarbeiter/innen an möglichen Abgrenzungstendenzen zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund bzw. Frauen der bürgerlichen Mittel und sozial schwächer gestellte Frauen fest. Ferner wirkt sich vermutlich der gewachsene Zusammenhalt der Gruppe auf „neuhinzukommende“ Mütter hemmend aus, ebenso wie auch eine gewisse „Bewertungsangst“, bedingt durch die Tatsache, dass die bislang teilnehmenden Mütter kaum von bestehenden Problem in der Gruppe berichteten. Letzteres kann einem Beispiel gut verdeutlicht werden: Eine Erstteilnehmerin traute sich ihr Problem in der Gruppe nicht anzusprechen, da die Probleme der anderen Mütter scheinbar im Verhältnis zu ihrem Anliegen sehr gering waren. Hemmende Faktoren könnten aber auch der kulturelle Hintergrund der Mütter, oder Scham, ihre Anliegen vorzutragen, sein. Denkbar ist aber auch, dass vor allem Mütter mit Migrationshintergrund über bestehende Ansprechpersonen verfügen, u.a. durch die Familie und betreuende Fachkraft des Sonnenkinderprojekts.

⁵⁹ Die Erkenntnisse zu den Migrationshintergründen, der Familienkonstellation und zu dem Alter der Mütter und ihre Säuglinge basieren auf einer quantitativen Befragung von insgesamt 34 Teilnehmer/innen.

4.3.2 Akquise, Zugang und Gründe für die Nutzung des Gruppenangebots

Akquise und Zugang

Die Akquise der Mütter für die Gruppenangebote findet einerseits in den am Projekt beteiligten Kliniken während den Präsenzzeiten der Mitarbeiterinnen bzw. bei den Willkommensbesuchen in den Kliniken sowie Erst- und Zweitgesprächen mit den Müttern statt. Andererseits wird versucht, die Mütter über Öffentlichkeitsarbeit des Stadtteilhaus Mitte zu erreichen, d.h. über deren Homepage und vor Ort ausgelegten Flyern. Frauen, die im sozialen Nahort zu den Räumlichkeiten des Müttercafés leben, wird bei der Akquise ein besonderer Stellenwert zugeschrieben, d.h. insbesondere diese Frauen werden gezielter bei der Akquise berücksichtigt.

Die fünfmonatige Dokumentation der Gruppenangebote zeigt, dass viele der teilnehmenden Mütter durch Mund-zu-Mund-Propaganda bzw. ihren Bekanntenkreisen sowie im Rahmen der Willkommensbesuche in der St. Anna-Klinik von dem Gruppenangebot Kenntnis erhielten: Von 81 dokumentierten Teilnehmer/innen erfuhren jeweils 24 Frauen durch ihre Freundinnen/Bekannte vom Angebot oder wurden über die Flyerverteilung zum Angebot in der St. Anna-Klinik auf das Angebot aufmerksam gemacht. Weitere sieben Frauen sind über das Internet auf das Angebot gestoßen und drei der Mütter waren vor ihrem Besuch des Gruppenangebots bereits in Einzelbetreuung bei der Gruppenleiterin. Jeweils eine Frau erfuhr über die Flyerverteilung im Marienhospital, ihre Hebamme oder dem Besuch eines anderen Gruppenangebots von der Möglichkeit des Müttercafés. Viele der Teilnehmerinnen kennen sich laut Aussagen der Gruppenleiterin untereinander (u.a. durch den Geburtsvorbereitungskurs), was sich positiv auf die Gruppendynamik auswirkt. Ferner haben viele der Mütter nicht in der St. Anna-Klinik entbunden.

Gründe für die Nutzung des Gruppenangebots

Laut Aussage einer Projektmitarbeiterin nutzen die Teilnehmerinnen das Gruppenangebot oftmals als Alternativlösung zur Pecip-Spielgruppe und zum Erschließen neuer sozialer Kontakte. Letzteres Motiv, die Erschließung von neuen sozialen Kontakten, wird durch die Befragung von 34 Müttern bestätigt: 90% der Mütter nehmen am Angebot teil, um sich mit anderen Müttern austauschen zu können und neue soziale Kontakte zu erschließen. Jeweils ein weiteres Drittel nutzt das Angebot, weil sich die Teilnahme positiv auf die Entwicklung ihres Kindes auswirkt und/oder das Angebot Möglichkeiten zum fachlichen Austausch mit der Gruppenleiterin bietet (vgl. Tb. 49).

Tabelle 49: Gründe für die Nutzung des Angebots (Mehrfachantworten möglich)

Teilnahmegründe	Anzahl	Prozent der Fälle (N=30)
Austausch und Kontakt zu anderen Müttern und Kindern	27	90%
Positive Auswirkung der Teilnahme auf die Entwicklung des Kindes	10	33,3%
Fachlicher Austausch mit der Gruppenleiterin	9	30%
Spielanregungen für das Kind	6	20%
Abwechslung vom Alltag	6	20%
Gesamt	58	193,3%

4.3.3 Nutzen und Zufriedenheit mit dem Gruppenangebot

Als besonders am Müttercafé empfinden die Mütter vor allem die vertraute Atmosphäre während des Angebots (66,7%), die durch verschiedene Rahmenbedingungen geprägt wird: Programmgestaltung (offene vs. angeleitete Aktivitäten), Rituale, Vielfalt an Nationalitäten und Persönlichkeit der Gruppenleiterinnen. Weitere 52,4% betonen die Gelegenheit, mit anderen Müttern und deren Säuglingen in Kontakt und Austausch zu treten, als eine Besonderheit des Angebots.

Wenig erstaunlich ist, dass auch die Erschließung von sozialen Kontakten von der Hälfte der Befragten als wesentlicher Nutzen des Angebots angegeben wird. Insgesamt 90% der befragten Mütter sehen den Nutzen aber vor allem in den fachlichen Anregungen, Tipps und Informationen der Gruppenleiterinnen in Bezug auf die Entwicklung ihres Säuglings. Die Möglichkeit zum fachlichen Austausch regt zuletzt 20% der teilnehmenden Mütter zur Reflexion ihres mütterlichen Erziehungsverhaltens an. Zu den Inhalten, die die Mütter „mit nach Hause“ nehmen, zählen vor allem Lieder und Spielangebote (52,9%) sowie fachliche Anregungen und Tipps, die sie im Angebot erhalten (47,1%). Die folgenden Tabellen 50 und 51 zeigen die Besonderheiten und den subjektiven Nutzen.

Tabelle 50: Besonderheiten des Gruppenangebots

Besonderheit	Anzahl	Prozent der Fälle (N=21)
Atmosphäre und Rahmenbedingungen	14	66,7%
Erschließung sozialer Kontakte zu anderen Müttern und Kindern	11	52,4%
Singen	6	28,6%
Spielen	3	14,3%
Gesamt	34	161,9%

Tabelle 51: Mütterlicher Nutzen und Nutzen für das Familienleben

Subjektiver Nutzen für die Mütter	Anzahl	Prozent der Fälle (N=20)	Nutzen für Familienleben	Anzahl	Prozent der Fälle (N=17)
Anregungen, Tipps, Informationen	18	90%	Anregungen für Lieder und Spiel für zu Hause	9	52,9%
Erschließung sozialer Kontakte	10	50%	Anregungen, Tipps und Informationen	8	47,1%
Anregung zur Reflexion	4	50%	Teilnahme hat positive Auswirkung auf das Kind	5	29,4%
Gesamt	32	160%	Gesamt	22	129,4%

Die befragten Mütter sind sowohl mit der Angebotsgestaltung (Inhalte, Ablauf und Aufbau des Gruppenangebots, Vielfalt der Themen, Einbezug der mütterlichen Wünsche und Vorstellungen, Tipps und Informationen), der Kursleiterin (Kompetenz, Engagement, entgegengebrachter Respekt/entgegengebrachtes Verständnis, Betreuung insgesamt) als auch mit äußeren Rahmenbedingungen (Erreichbarkeit der Angebote, Räumlichkeiten, Bewirtung) sehr zufrieden. Aufgrund dieser hohen Zufriedenheit seitens der Teilnehmer/innen ist es zuletzt nicht erstaunlich, dass nur sieben von 34 befragte Mütter Verbesserungsvorschläge haben: Vier Mütter wünschen sich dabei ein größeres Repertoire an Spielangebote sowie Lieder und jeweils eine Mutter wünscht sich den Ausbau von Gruppenangeboten für ältere Kinder, mehr Informationen zu weiteren (Sport-)Angeboten für Kleinkinder und die Minderung des Lärmpegels.

4.4 Spezielle Ergebnisse: Ehrenamt

4.4.1 Ehrenamt im Handlungsfeld der Frühen Hilfen

Generell alle Felder der Sozialen Arbeit, dabei auch die Frühen Hilfen, sind neben der professionellen Arbeit auf das ehrenamtliche Engagement von Bürger/innen angewiesen. Dabei geht es jedoch nicht nur um Kostengründe, sondern vor allem auch um die Potenziale, die in einer Unterstützung durch Ehrenamtliche wurzeln (z.B. besserer Zugang, Vertrauenspersonen, Interaktion auf „gleicher Augenhöhe“, Peer Counseling, Unterstützung beim Aufbau von sozialen Beziehungen, usw.). Kostengünstige Kombi-Modelle aus Semi-Professionellen und ausgebildete Fachkräften machen daher oft Sinn, um spezifische Bereiche der Sozialen Arbeit auf verlässliche Grundlagen zu stellen und mehrere Klient/innen gleichzeitig erreichen zu können (vgl. Henn 2013, S. 46).

Mit der Nutzung des ehrenamtlichen Engagements sind demnach nicht nur Einsparpotenziale für die Einrichtungen verbunden, darüber hinaus ermöglicht das Ehrenamt auch „Gewinne“ für die Politik und Gesellschaft allgemein sowie Lern- und Entwicklungsperspektiven für die ehrenamtlich Tätigen selbst. Konkret bringt das Ehrenamt für die engagierte Person einige Vorteile mit sich, z.B. Spaß und Freude, einen Ausgleich zum Berufsalltag, gesellschaftliche Anerkennung und Partizipation an politischen sowie administrativen Entscheidungen, den Zugewinn an neuen Kompetenzen und ein weiteres herausragendes Merkmal im Lebenslauf, welches bei einem späteren Arbeitgeber durchaus einen positiven Eindruck erweckt und ggf. neue Wege eröffnet.

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

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

lebens, (mentale) Gesundheit, ökonomische Selbststeuerung), können semi-professionelle Kräften vor allem im Hinblick auf eine Verringerung von (akuter) Kindesmisshandlungen nützlich sein, weil „solche Personen den größten Einfluss haben, die einerseits selbst früher in einer ähnlichen Situation waren und andererseits selbst früher Hilfe erhalten haben“ (Lengning/Zimmermann 2009, S. 21; 23).

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

Ein beispielhaftes ehrenamtliches Patinnenprojekt im Bereich Frühe Hilfen stellt das Patenschaftsmodell des Kinderschutzbundes der Stadt Bielefeld dar. In diesem Projekt erfahren sogenannte Risikofamilien und sozial schwächer gestellte Familien Unterstützung und Entlastung durch alltagspraktische Begleitung und Beratung von speziell geschulten ehrenamtlichen Kräften. Dabei geht es z.B. darum, dass sich Patinnen um Kinder und Mütter zu kümmern, etwa durch gemeinsames Spielen, ihre Anwesenheit bei Mahlzeiten und durch Gesprächsbereitschaft. Ihre Arbeit zielt auf Hilfe zur Selbsthilfe und kann ferner „integrative Hilfen für Familien mit Migrationshintergrund“ (Hensel/Sommerkamp 2010, S. 139) oder ihre Weitervermittlung an

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

4.4.2 Erfahrungen mit Familienpatinnen im Modellprojekt Sonnenkinder

Innerhalb des ersten Projektjahrs hat sich herausgestellt, dass viele der begleiteten Familien in Isolation leben und selten über ein nachbarschaftliches, freundschaftliches und/oder familiäres Netzwerk verfügen. Viele der begleiteten Eltern kommen daher häufig bei der Alltagsbewältigung an ihre Grenzen. Diese Bedarfe der Familien/Mütter (Aufbau sozialer Netzwerke und Entlastung im Alltag) lassen sich jedoch durch die in Anspruch genommenen Begleitungen und Beratungen von hauptamtlichen Mitarbeiterinnen des Sonnenkinderteams nicht zureichend decken. Parallel zur bestehenden Begleitungs- und Beratungsstruktur von Familien/Müttern mit Neugeborenen wurde daher eine ergänzende bzw. weiterführende Unterstützungsstruktur aufgebaut: Bereits während oder nach der Unterstützung von Eltern/Mütter mit Neugeborenen durch die Fachkräfte des Sonnenkinder-Teams sollen vor allem dauerhaft belastete Familien, wie etwa Familien mit Migrationshintergrund, Familien in Isolation, sozial schwächer gestellte Familien, Ein-Eltern-Familien, Familien in besonderen Belastungssituationen, durch ehrenamtli-

che Kräfte, so genannte Familienpatinnen, begleitet werden.⁶⁰ Der Einsatz der Familienpatinnen ist dabei nicht als Ersatz der professionellen Kräfte zu verstehen. Die Familienpatinnen werden also – trotz der Empfehlungen von Sweet und Appelbaum (2004) – nicht in Familien eingesetzt, in denen es um selektive und tertiäre Präventionsmaßnahmen geht, d.h. Kinderschutz gewährleistet bzw. aufgebaut werden muss. Sie stellen somit keine „Notfallhelferinnen“ bzw. „Kontrollleurinnen“ von Familien in besonderen Lebenslagen dar, sondern sind als Ergänzung zur Betreuung und Unterstützung der Fachkräfte des Sonnenkinder-Teams zu verstehen.

Aufgaben und Profil von Familienpatinnen

Das Aufgabenspektrum der Familienpatinnen ist sehr komplex und muss stets individuell und entlang der Bedarfe der Familien gestaltet werden. Grundlegend sind neben dem Angebot, „einfach“ nur Gesprächspartnerin bzw. ein sozialer Kontakt von Müttern zu sein und diese bezüglich verschiedener Erziehungsfragen zu ermutigen, Begleitungen der Mütter zu verschiedenen Gruppenangeboten zur Förderung ihrer sozialräumlichen Integration, Begleitungen zu weiteren Terminen (z.B. Kinderarzt, Logopädie, Behörden/Ämter) sowie Unterstützung im Alltag (wie etwa Einkaufen oder Aufklärung bzgl. Behördenbriefe) möglich. Die Arbeit mit den Müttern beansprucht dabei, laut den befragten Familienpatinnen, eine hohe Sensibilität, vor allem wenn es um Klärung von Fragen zur Kinderversorgung und -erziehung geht. Bei Familien/Müttern mit Migrationshintergrund arbeiten die Familienpatinnen zudem sprachfördernd und finden sich stellenweise in der Rolle einer „Kulturvermittlerin“ wieder: So findet ein Austausch über kulturelle Unterschiede beispielsweise durch Haushaltstätigkeiten wie etwa Kochen/Backen statt und kulturelle Barrieren können durch eine Begleitung zu bestimmten Hilfeinstanzen überwunden werden.

Neben den Unterstützungsleistungen, die sich direkt an Mütter richten, sind die Familienpatinnen für das Kleinkind und die Geschwisterkinder zuständig. Hier geht es darum, gemeinsam ihre Freizeit zu gestalten (z.B. Vorlesen oder gemeinsames Spielen), stundenweise die Beaufsichtigung des Neugeborenen oder der Geschwisterkinder zu übernehmen, die Entwicklung der (Geschwister)Kinder zu unterstützen, Hausaufgabenbegleitung zu übernehmen und/oder Kenntnisse der deutschen Sprache zu fördern.

⁶⁰ Empirische Grundlage für die folgenden Ausführungen sind die Ergebnisse des Gruppeninterviews innerhalb des zweiten Projektjahrs mit den Mitarbeiterinnen des Modellprojekts, die Gruppendiskussion innerhalb des dritten Projektjahrs mit sechs Familienpatinnen und die Projektkonzeption ehrenamtlicher Sonnenkinderpatinnen.

Die Praxis zeigt, dass sich Familienpatinnen vorrangig um die Neugeborenen und deren Geschwisterkinder sorgen. Dadurch erfahren vor allem die Mütter eine hohe Entlastung. Die direkte Arbeit mit den Müttern findet stattdessen nur vereinzelt und sporadisch statt.

Egal welcher Bedarf in den bestehenden Patenschaften gedeckt werden muss, die Familienpatinnen müssen für ihr Ehrenamt zwei bis drei Stunden pro Woche aufbringen und laut den Projektmitarbeiterinnen eine gefestigte Persönlichkeit haben. Bereitschaft zur Offenheit gegenüber fremden Familien, vorurteilsfreie Begegnungen, keine Berührungängste und vor allem Akzeptanz sowie Verständnis gegenüber fremden Kulturen stellen ebenso wichtige Eigenschaften einer Familienpatin dar. Darüber hinaus sollten die Familienpatinnen Erfahrungen im Umgang mit Säuglingen bzw. Kleinkindern mitbringen und Interesse an Teamarbeit haben. Dass im Sonnenkinderprojekt gezielt nach weiblichen Ehrenamtlichen geworben wird, ist von den Tätigkeiten einer Familienpatin abhängig, die zeitweise auch sehr persönlich und körpernah in den jeweiligen Familien sein kann.

Akquise und Motive der Familienpatinnen

Die Akquise der Familienpatinnen, so hat sich im zweiten Projektjahr gezeigt, gestaltete sich aufwendig und benötigte den Einsatz verschiedenster Strategien. Aufgrund der aufwendigen Akquise zu Anfangszeiten des Ehrenamts bei „Sonnenkinder“ begann daher im Sommer 2013 die Kampagne „Werden Sie Sonnenkinder-Patin!“. Dabei wurden 5000 Flyer gedruckt und in unterschiedlichen Einrichtungen in Stuttgart verteilt. Weiterhin wurde auf verschiedene Veranstaltungen (etwa auf dem Fest der Kulturen, auf der Ehrenamtsbörse, etc.) für das Ehrenamt geworben, Termine zu Projektvorstellungen und Ehrenamtsbewerbungen in verschiedenen Gruppierungen vereinbart (wie z.B. im Degerlocher Frauenkreis, in verschiedenen Kirchengemeinden etc.), mittels Presseartikel auf das Projekt aufmerksam gemacht (z.B. im Stuttgarter Wochenblatt) und T-Shirts mit der Inschrift „Werden Sie Sonnenkinderpatin“ gedruckt. Zeitgleich führten die Mitarbeiterinnen des Modellprojekts Sonnenkinder eine eigene Informationsveranstaltung zum Thema Ehrenamt im Sonnenkinderprojekt durch und schrieben verschiedene wirtschaftliche Unternehmen an, um für Sonnenkinderpatinnen in ihrem Betrieb zu werben. Zuletzt ist das Sonnenkinderprojekt in zwei Ehrenamtsbörsen vertreten: in der Freiwilligenbörse der Stadt Stuttgart und im Kaleidoskop des Caritasverbands für Stuttgart e.V.⁶¹

⁶¹ In den Freiwilligenzentren werden am Ehrenamt interessierte Bürger/innen für ihr bürgerschaftliche Engagement qualifiziert, an verschiedene soziale Träger vermittelt und durch Fachkräfte begleitet.

Über die verschiedenen öffentlichkeitswirksamen Kanäle konnten bislang etwa 30 interessierte Familienpatinnen gewonnen werden. Im Anschluss an das zunächst vorhandene Interesse kommen jedoch häufig keine Patenschaften zu Stande. Die Hintergründe für die schwierige Gewinnung ehrenamtlicher Kräfte können, laut der Befragung der hauptamtlichen Mitarbeiterinnen, in verschiedenen Kontexten liegen: Im Großraum Stuttgart bestehen vielzählige Projekte im Bereich der Frühen Hilfen, die ebenso auf die Arbeit von ehrenamtlichen Kräfte aufbauen (z.B. Projekte wie etwa welcome, Initiative Z, Opstapje und das Familienpatinnenprojekt des Sozialdiensts katholischer Frauen e.V., sowie weitere Projekte, die nach Jobpatenschaften oder Lesepatinnen suchen). Außerdem könnte angenommen werden, dass die zeitlich benötigten Ressourcen im Rahmen des Sonnenkinderprojekts von zwei bis drei Stunden pro Woche für berufstätige Frauen zu viel bzw. zu anspruchsvoll sind. Als dritten Grund vermuten die Mitarbeiterinnen des Sonnenkinderprojekts, dass im Gegensatz zum Engagement im Projekt Sonnenkinder ein kirchliches oder vereinsinternes Engagement bevorzugt wird. Hier bewegen sich die Ehrenamtlichen in ihrer spezifischen Community, während sie im Rahmen des Sonnenkinderprojekts „fremde Welten“ bzw. „Neuland“ betreten (gemeint ist damit die Begleitung von anfangs fremden Familien). Verstärkt werden könnte eine Hemmschwelle dabei ggf. auch durch die kulturelle Herkunft der Familien und deren oftmals unzureichende Deutschkenntnisse.

Zum heutigen Zeitpunkt (Frühjahr 2014) sind im Sonnenkinderprojekt acht Familienpatinnen im Einsatz. Eine davon begleitet zwei Familien. Neben den neun bestehenden Patenschaften unterstützt eine weitere ehrenamtliche Kraft das Müttercafé in der St. Anna-Klinik. Die am Interview teilnehmenden sechs Familienpatinnen sind in Rente, Teilzeit beschäftigt oder gehen derzeit keiner Beschäftigung nach. Beinahe alle der Familienpatinnen verfügen über soziale oder medizinische Berufserfahrungen. Vereinzelt wird die (frühere) Beschäftigung bzw. die darin erlernten Kompetenzen und gemachten Erfahrungen als Motive zu ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit im Rahmen des Sonnenkinderprojekts angegeben. So besteht der Wunsch, die angeeigneten Kompetenzen zur Erziehung von Kindern an ihre Patenfamilien weiterzutragen oder ihnen beratend zur Seite zu stehen. Zudem werden oftmals die fehlenden sozialen Beziehungen der Familienpatinnen zu Eltern und Kinder sowie Teamkolleginnen als Beweggründe für das Ehrenamt genannt. Durch ihre Tätigkeit als Familienpatinnen möchten einige den durch die Rentenzeit entstandenen Mangel an zwischenmenschlichen Beziehungen ausgleichen. Weitere Motive sind großes Bereitschaftspotential zum bürgerschaftlichem Engagement, positiv gemachte Erfahrungen durch ein früheres Ehrenamt, Normalität bezüglich ehrenamtlichen Engagements im sozialen Netzwerk der Familienpatinnen, die Freude am Umgang mit Kindern, sowie die persönliche Überzeugung an der fachlichen Ausrichtung des Sonnenkinderprojekts.

Rahmenbedingungen

Damit Familienpatinnen ihren Aufgaben gerecht werden und ihre Motivation längerfristig aufrechterhalten bleibt, kommt es auf die Begleitung durch das Sonnenkinderteam und die Planung und offene Kommunikation bezüglich ihres Einsatzes im Rahmen des Projekts an. Dabei sollte vor allem der Kontakt bzw. Austausch mit anderen Familienpatinnen von einer hauptamtlichen Mitarbeiterin gepflegt und kontinuierlich begleitet werden. Regelmäßige Zusammenkünfte mit allen Familienpatinnen sowie deren Anbindung an das hauptamtliche Team sind laut der Mitarbeiterinnen unabdingbar. In der Gruppendiskussion mit den Familienpatinnen hat sich zwar die Anbindung an das hauptamtliche Team als weniger wichtig herausgestellt, während ihnen jedoch die regelmäßige Zusammenkunft zwischen Familienpatinnen als äußerst wichtig erscheint. So besteht bei den Familienpatinnen der Wunsch nach einem monatlichen Austausch zwischen den Patinnen, und dass dieser durch eine hauptamtliche Mitarbeiterin begleitet wird. Aber auch die Begleitung des Austauschs zwischen den Familienpatinnen durch eine professionelle Fachkraft empfinden die Patinnen als Wertschätzung ihrer Arbeit, was ihr Ehrenamt nachhaltig sichert. Darüber hinaus sollten die Familienpatinnen die Möglichkeit haben, sich bezüglich unterschiedlicher Themenstellungen, wie etwa zum Kinderschutz und „Erste Hilfe für den Säugling bzw. Kleinkind“, durch externe Referent/innen oder durch hauptamtliche Mitarbeiterinnen weiterzubilden.

Zudem wird die Unterstützungsbereitschaft der Patinnen durch eine angenehme Atmosphäre in der Familie, ein positives Feedback der Familie bezüglich der Aufgaben und Ratschläge/Tipps, die seitens der Ehrenamtlichen erbracht werden, sowie durch ein aufgebautes Vertrauensverhältnis zur Familie nachhaltig gesteigert, ebenso wenn ihre Anregungen zur Kindererziehung und -versorgung dann auch tatsächlich von den Eltern/Mütter umgesetzt werden.

Inwiefern dabei die „Chemie“ zwischen den Beteiligten stimmt, kann lediglich über eine angemessene persönliche Begleitung der jeweiligen Familienpatinnen herausgefunden werden. Eine Ansprechperson, die die Prozesse steuert sowie koordiniert und den Patinnen mit einer wertschätzenden Haltung gegenüber tritt, ist daher von hoher Bedeutung.⁶² Diese Wertschätzung, Freundlichkeit und Offenheit gegenüber potentiellen Familienpatinnen gilt es bereits in der Phase der Kontaktaufnahme zu gewährleisten. So stellt das Erstgespräch/der Erstkontakt für die

⁶² Durch diese koordinierende Person sollen die Patenschaften für sechs bis 12 Monate institutionell begleitet werden. In Ausnahmefällen sind jedoch längere institutionell begleitete Patenschaften möglich.

Familienpatinnen einen ausschlaggebenden Moment dar, der sicherstellt, ob sie sich zukünftig auch (weiter) beteiligen werden.

Ein freundliches, offenes und wertschätzendes Miteinander muss sich auch im Team widerspiegeln, da auch die Kollegialität im Team als förderlicher Faktor für das Ehrenamt seitens der Familienpatinnen genannt wurde. Gleiches gilt für die fachliche Haltung des Teams. Auch scheint den Familienpatinnen insbesondere die vorzufindende Fachlichkeit im hauptamtlichen Team für ihre Entscheidung zum Ehrenamt bei den Sonnenkindern ausschlaggebend zu sein.

Herausforderung für Familienpatinnen im Umgang mit Familien/Mütter

Die im Interview mit den Familienpatinnen genannten Herausforderungen in der Arbeit mit den Familien entsprechen im Ansatz den beschriebenen Faktoren in der Arbeit mit und für Familien aus der Sicht der Fachkräfte. Ebenso wie die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen empfinden die Familienpatinnen zunächst die zeitweise schwierige Erreichbarkeit der Familien/Mütter als belastend. Laut einer Familienpatin sei es für sie eine große Herausforderung mit der Unzuverlässigkeit ihrer begleiteten Familie umzugehen und es nicht als eine persönliche Abwertung zu verstehen. Auch die psychischen Beeinträchtigungen der Mütter oder derer mangelnden Kenntnisstands bezüglich der deutschen Sprache sind hohe Hürden in der gemeinsamen Ausgestaltung der Patenschaft. Hierbei führen stellenweise die kulturellen Unterschiede zu Missverständnissen. Was die psychischen Beeinträchtigungen betrifft, erfordern diese viel Einfühlungsvermögen der Familienpatinnen. Weiter müssen sich die Ehrenamtlichen stets mit den in den Milieus der Familie/Müttern vorzufindenden Lebensverhältnissen arrangieren und diese respektieren, sofern das Kindeswohl dadurch nicht gefährdet wird. Neben den herausfordernden Faktoren, die eher bei den Familien selbst zu verorten sind, schätzen die befragten Familienpatinnen zuletzt auch den Ablösungsprozess als herausfordernd ein. Dementsprechend muss ein geeigneter Zeitpunkt gefunden werden (z.B. Besuch einer Tageseinrichtung des Kindes) und die Ablösung schleichend gestaltet werden.

Insgesamt hat sich in der zweijährigen Implementierungsphase des Themas Ehrenamts herausgestellt, dass sich sowohl die Auswahl der Patinnen als auch die Begleitung der laufenden Patenschaften als sehr aufwendig gestaltete. Dennoch deuten die bisher gewonnen Erkenntnisse darauf hin, dass mittels der Familienpatinnen eine sinnvolle Ergänzung zur Betreuung und Begleitung des Fachkräfteteams aufgebaut werden konnte, so dass sich der Aufwand längerfristig als lohend herausstellen könnte.

4.5 Spezielle Ergebnisse: Kooperationen/Vernetzungsaktivitäten

Gleichermaßen wie das Thema Ehrenamt wurde auch die Bedeutung der Vernetzung im Sonnenkinderprojekt zu einem bestimmten Zeitpunkt analysiert. Die Untersuchung der Vernetzungsaktivitäten fand im Frühjahr 2013 mit Hilfe einer Netzwerkanalyse statt. Hierzu diente ein standardisierter Fragebogen, den die Mitarbeiterinnen des Sonnenkinderprojekts pro Kooperationspartner/in ausfüllten. Insgesamt ließen sich dabei Vernetzungsaktivitäten zu 100 Kooperationspartner/innen festgehalten. Diese Anzahl an Kooperationspartner/innen ist allerdings nicht beständig, da sich das Projekt und somit auch die Vernetzungsaktivitäten im Projekt Sonnenkinder kontinuierlich erweitern. Die folgenden Erkenntnisse bilden somit nur eine Tendenz der Kooperationsbeziehungen im Sonnenkinderprojekt, basierend auf den Angaben aus dem Frühjahr 2013, ab. Die dabei erfassten Vernetzungsaktivitäten lassen sich in drei Arten gliedern:

Tabelle 52: Kooperation nach Art der Einrichtung/Praxis/Träger/Gremium/Arbeitskreis

Art	Häufigkeit
Einrichtung/Träger	91
Gremien/Arbeitskreise	2
Einrichtung/Träger + Gremium/Arbeitskreis	1
Sonstige*	6
Gesamt	100

*Sonstige beziehen sich auf die Berufsgruppe der Hebammen. Hier wurde keine Zuordnung vorgenommen.

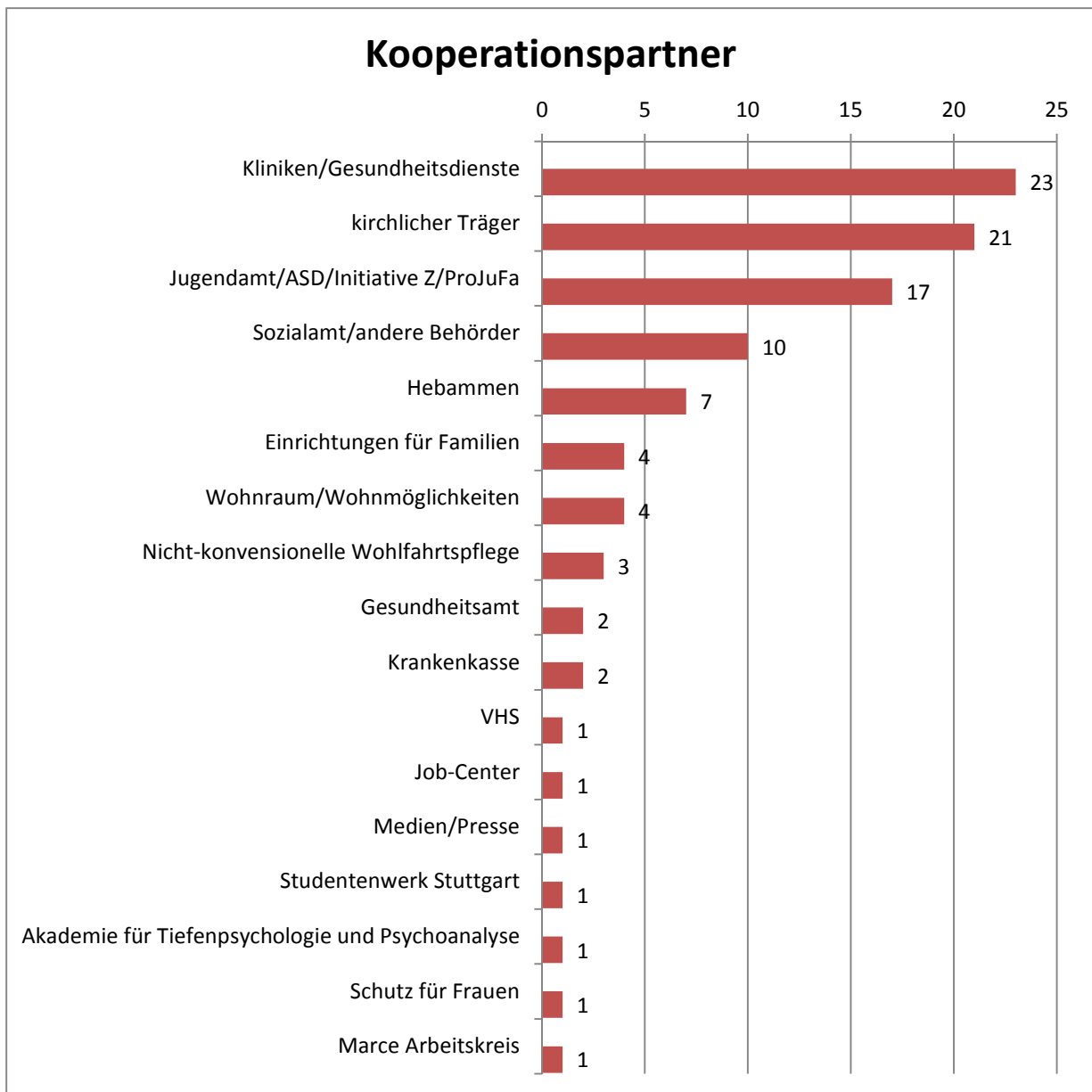
Nahezu alle Vernetzungsaktivitäten wurden mit anderen Einrichtungen/Trägern eingegangen (N=91). Neben Kontakten mit spezifischen Einrichtungen/Trägern sind die Mitarbeiterinnen zudem in drei Gremien/Arbeitskreise tätig: AG Frühe Hilfen, Marcé Arbeitskreis Stuttgart (Interdisziplinärer Arbeitskreis für peripartale psychische Erkrankungen) und der Arbeitskreis Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Daneben bestehen noch 6 Kooperationen mit (freiberuflichen) Hebammen (diese werden in der Tabelle 52 als „Sonstige“ ausgewiesen).

In allen 94 Einrichtungen bzw. Gremien/Arbeitskreisen kooperieren die Mitarbeiterinnen etwa im gleichen Ausmaß mit Fachkräften aus dem Gesundheitswesen (N=69) und mit Fachkräften aus sozialen und pädagogischen Berufen (N=63). Auch zu verschiedenen Sachbearbeiter/innen/Fachangestellten/Verwaltungsorganen (N=17), Leitungsorganen/Direktor/innen (N=6), ehrenamtlichen Kräften (N=4) und zu einem Redakteur bestehen Vernetzungsaktivitäten.

Werden die erfassten Kooperationspartner/innen in verschiedene Kategorien zugeordnet, handelt es sich wie Abbildung 13 zeigt, überwiegend um Kontakte mit Kliniken/ Gesundheitsdiens-

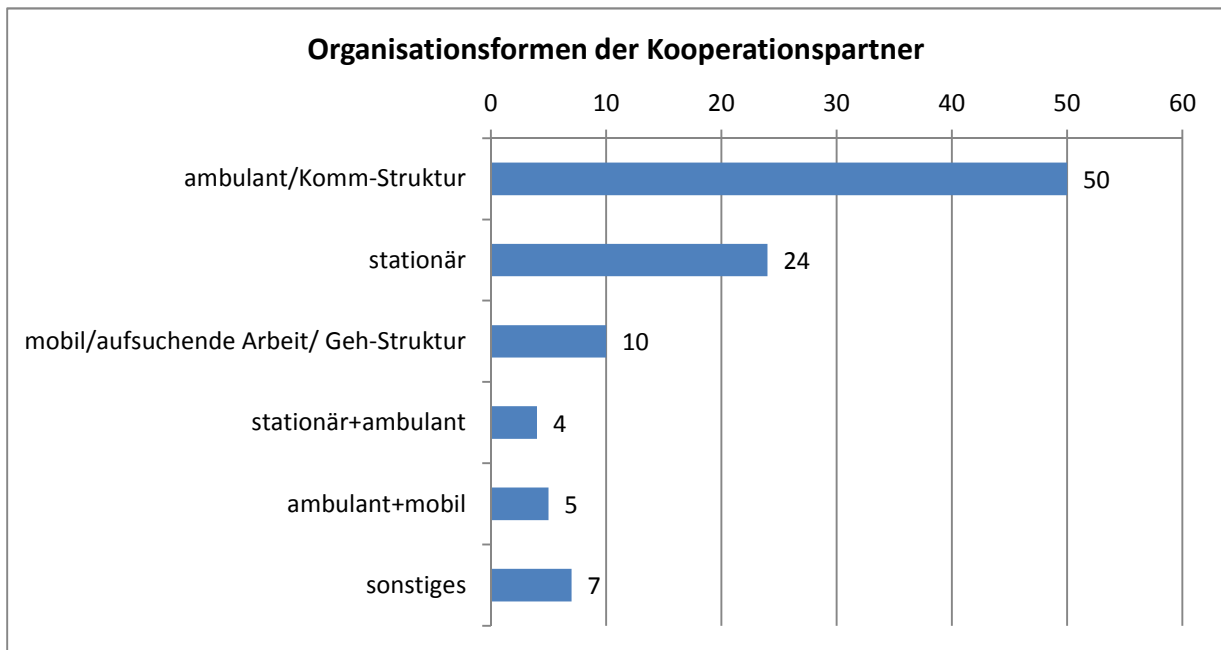
ten (N=23) und mit sozialen Diensten in konfessioneller Trägerschaft (N=21), etwa mit dem Sozialdienst katholischer Frauen e.V. (SkF), der evangelischen Gesellschaft (eva), dem Caritasverband für Stuttgart e.V. etc. Weitere wichtige Kooperationspartner/innen sind das Jugendamt bzw. der ASD oder ProJuFa (N=17).

Abbildung 13: Art der Einrichtung/Praxis/Träger/Gremium/Arbeitskreis, gegliedert nach thematischen Oberkategorien



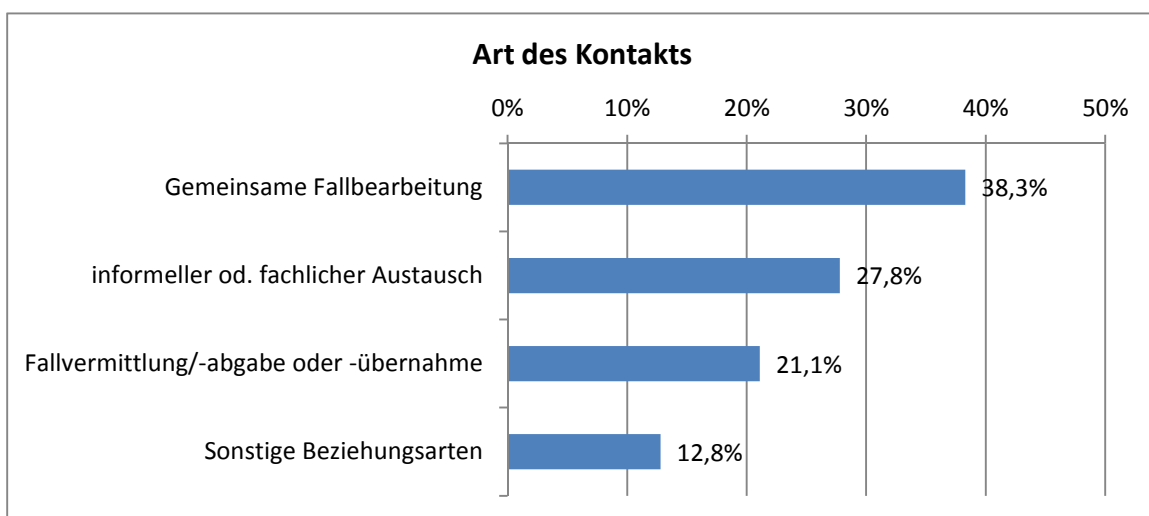
Gesamt: N=100; eine Doppelnennung (Elterntreff Zack)

Die Organisationsformen dieser Kooperationspartner/innen sind überwiegend ambulant bzw. weisen eine „Komm-Struktur“ auf (N=50). Weitere 24 Akteure bieten stationäre Unterstützungsleistungen an und 10 Partner/innen leisten aufsuchende Arbeit (Geh-Struktur) (vgl. Abb. 14).

Abbildung 14: Organisationsformen der Kooperationspartner/innen

Gesamt N=100; sieben Kooperationspartner/innen konnten keiner Organisationsform zugeordnet werden (Zuordnung in sonstiges): Arbeitskreis (2x), Kita, Presse, Studentenwerk, SWSG.

Inhaltlich kommen die Kontakte oftmals aufgrund des fachlichen Austauschs bei einer gemeinsamen Fallbearbeitung zustande (N=38,3%). Abgesehen davon stellen etwa 28% aller Kontakte einen informellen oder fachlichen Austausch dar und 21% werden zur Fallvermittlung/-abgabe oder -übernahme genutzt. Weitere 13% sind sonstige Beziehungsarten, deren Auflistung im Anhang zu finden ist (vgl. Abb. 15).

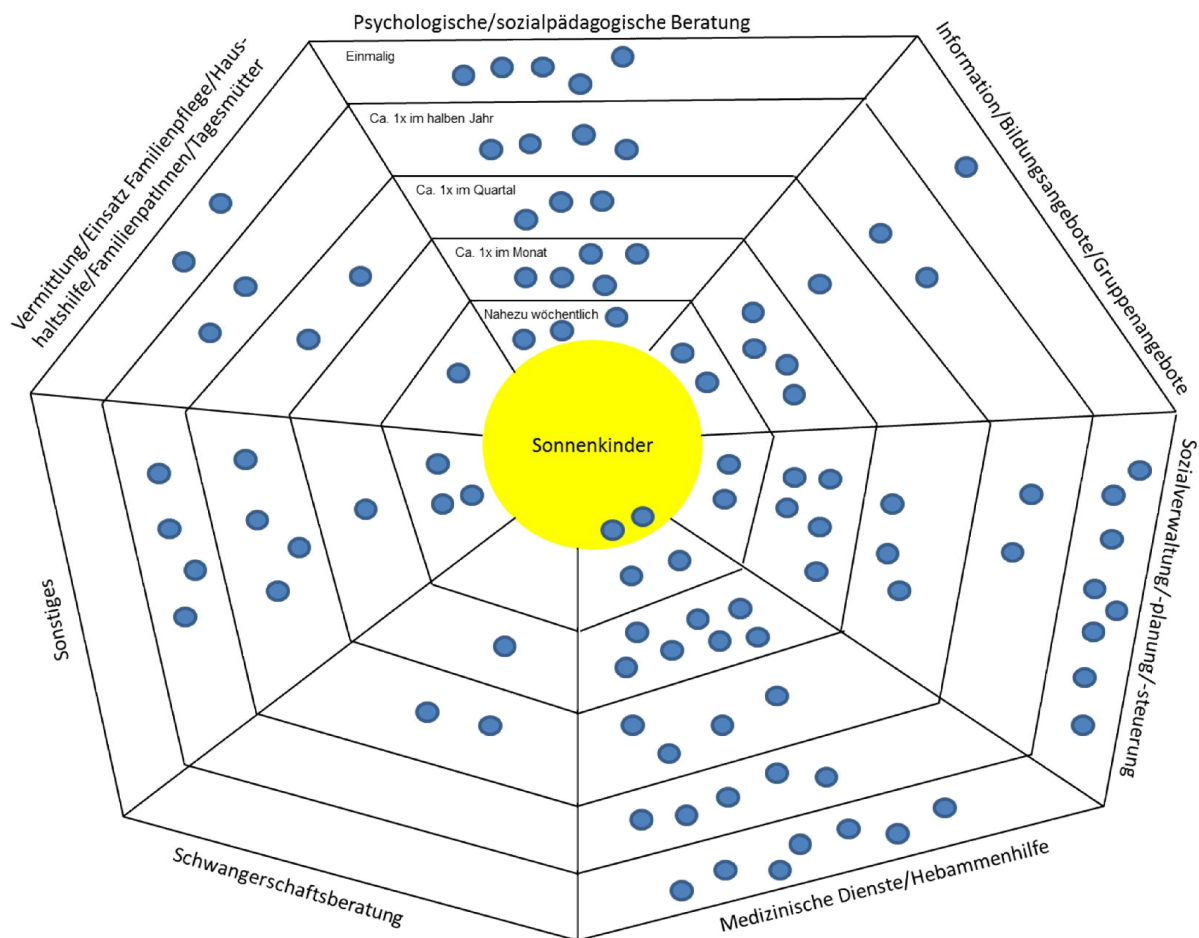
Abbildung 15: Art des Kontakts

Basierend auf diesen Informationen wurde eine Abbildung in Form eines „Spinnennetzes“ konstruiert, in welchem die einzelnen KooperationspartnerInnen in sieben Kategorien unterteilt und grafisch abgebildet werden konnten:

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

Neben diesen Kategorien wurden die erfassten Akteure in dem Spinnennetz weiter nach Kontakthäufigkeit der Kooperationen differenziert: Wöchentlich, einmal im Monat, einmal im Quartal, einmal im halben Jahr, einmalig (vgl. Abb. 16).

Abbildung 16: Spinnennetz Kooperationspartner/innen



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

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

4.6 Spezielle Ergebnisse: Teamentwicklungsprozess

Neben der praxis- und theoriegeleiteten Entwicklung von Evaluationsinstrumenten als einen wesentlichen Baustein der wissenschaftlichen Begleitung wurde der Teamentwicklungsprozess auf Basis eines kontinuierlichen Projektmonitoring begleitet. Ergänzend zur anwendungsorientierten Forschung bildete somit die Beratung und Begleitung des Teams einen weiteren Baustein im Untersuchungsdesign. In diesen Treffen standen sowohl die Erwartungen und Ziele der Pro-

jektmitarbeiterinnen als auch die Reflexion der Team- und Klientenarbeit sowie der bestehenden Arbeitsstrukturen im Mittelpunkt der Diskussionen.

Die folgende Ergebnisdarstellung beginnt mit der Auflistung von persönlichen Zielen und Projektzielen, die von den Mitarbeiterinnen des Sonnenkinderprojekts im Rahmen des dritten Workshops benannt wurden. Neben den Zielen wurden in diesem Workshop auch Faktoren zur Zielerreichung und mögliche Risiken auf dem Weg zur Zielerreichung thematisiert (Kap. 4.6.1). Anschließend an dieses Kapitel folgt die Darstellung der Erkenntnisse zu den Untersuchungsgegenständen „Teamarbeit“, „Klientenarbeit“ und „Arbeitsstrukturen“ (Kap. 4.6.2 – 4.6.4). Diese Themen wurden zu Beginn und am Ende der Projektlaufzeit in zwei Gruppendiskussionen untersucht.

4.6.1 Priorisierte Ziele im Projekt

Die im Rahmen des dritten Workshops benannten Ziele beziehen sich auf die Arbeit mit Familien/Mütter, Teamarbeit und Vernetzungsaktivitäten. Sie ließen sich folgenden Kategorien zuordnen: „Gewährleistung und Aufrechterhaltung der Qualität“, „Teamentwicklung“, „Außenwirkung/Transparenz/Profil“. Diese Ziele können laut Angaben der Projektmitarbeiterinnen durch Austausch und Vereinbarungen, stetige Überprüfung, Wissenserweiterung und angemessene zeitliche Ressourcen erreicht werden. Gleichzeitig bestehen allerdings auf dem Weg zur Zielerreichung mögliche Risiken, wie etwa ein nachrangiger Stellenwert an präventiven Unterstützungsleistungen, Fehleinschätzungen der Mitarbeiterinnen bezüglich des Hilfebedarfs der jeweiligen Familien/Mütter, Untergruppenbildung und Konkurrenzdenken im Team sowie die fehlende Anerkennung des Sonnenkinderteams in Kooperationsbeziehungen mit weiteren Akteur/innen im Handlungsfeld der Frühen Hilfen. Aus der folgenden Tabelle 53 lässt sich der Erkenntnisgewinn aus dem dritten Workshop entnehmen:

Tabelle 53: Ziele der Mitarbeiterinnen des Sonnenkinderprojekts

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

4.6.2 Teamarbeit

Zu Beginn und am Ende der dreijährigen Projektlaufzeit wurde die Arbeit im Team seitens der Mitarbeiterinnen als überwiegend positiv erlebt. Die gelungene Teamarbeit zeichne sich laut den befragten Mitarbeiterinnen insbesondere durch *persönliche Merkmale der Mitarbeiterinnen* aus, wie etwa die gegenseitige Wertschätzung, Akzeptanz, Vertrauen, Offenheit, rege Beteiligung/hohe Motivation und Zuverlässigkeit Aller.

Zusätzlich seien aber auch folgende bestehende strukturelle Faktoren fördernd für die Arbeit im Team: *Interdisziplinarität im Team, genügend zeitliche Ressourcen, Möglichkeit zur aktiven Mitgestaltung des Projekts* und *das bestehende Potential zur Erschließung neuer Tätigkeitsfelder* wie etwa das Thema Ehrenamt, Gruppenangebote und Fortbildungen. Ferner sei die *angemessene Kommunikationsstruktur* durch beispielsweise die Nutzung von Mobiltelefonen und einmal wöchentlich stattfindenden Teammeetings fördernd für die Arbeit im Team.

Eine multiprofessionelle Teamzusammensetzung ermögliche einen Zugewinn an professionsübergreifender Grundkenntnisse der Teammitglieder sowie eine gelingende gegenseitige Unterstützung im Umgang mit komplexen elterlichen Bedarfslagen. Zudem werden die Zugänge zu den Familien/Müttern durch die professionsübergreifende Verortung des Projekts erweitert. So lassen sich meist dieselben Themen in den Familien über den medizinischen bzw. sozialen Zugang offenlegen und bewältigen:

„ [...] das ist mir hier in dem Projekt auch aufgefallen, dass die medizinische Berufe, die gucken eher so auf das Kind [...] und bei uns ist es so eher überhaupt zu gucken, wie lebt die Familie, ist die Existenz gesichert, was haben die für einen Aufenthaltsstatus also eher so der Zugang und also eher so die Idee, wenn das alles stimmt, dann ist die Familie auch stabil und kriegt dann mit dem Kind auch eher hin [...] aber man kommt von unterschiedlichen Richtungen dann manchmal zu den gleichen Themen.“ (Zitat Projektmitarbeiterin)

Weiter bestehe durch eine multiprofessionelle Teamzusammensetzung dann auch die Möglichkeit, bestimmte Eltern/Müttern mit besonders komplexen Problemfeldern in einem medizinisch-sozialem Tandem zu begleiten und sich über die Eigenschaften der Fälle nicht nur in einmal-wöchentlich stattfindenden gemeinsamen Fallbesprechungen im Team, sondern auch häufiger im Tandem auszutauschen. Demzufolge stellt die Unterschiedlichkeit der Professionen sowohl für die einzelnen Teammitglieder als auch für die begleiteten Eltern/Müttern eine Bereicherung dar. Neben der Interdisziplinarität erleben die Teammitglieder auch die Innovation des Projekts und somit die Möglichkeit zur aktiven Gestaltung des Projekts von Anfang an als fördernd. Ideen werden eingebracht, (Vor-)Erfahrungen ausgetauscht und an der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Projekts bis hin zu seiner nachhaltigen Verankerung gemeinsam gear-

beitet. Die hohe Zufriedenheit mit der Arbeit im Team seitens der Teammitglieder lässt sich somit sicherlich auch auf das gestärkte und gewachsene Wir-Gefühl, das durch gemeinsame Erfahrungen geschaffen wurde, zurückführen. Das Wir-Gefühl bildet dann zeitgleich die Voraussetzung für ein reibungsloses Miteinander und schafft die Basis für Vertrautheit und Offenheit zwischen den einzelnen Teammitgliedern. So können Aufgaben und Fälle schneller und effektiver auf die jeweiligen Mitarbeiterinnen verteilt, und hemmende Faktoren wie etwa das Eingestehen eigener Grenzen in der Arbeit mit den Familien/Müttern, offene professionsübergreifende Fragen etc. in Teambesprechungen offengelegt werden. Neben der Offenheit im Team wird zudem die Zusammenarbeit mit dem Klinikpersonal aus der St. Anna-Klinik und dem Marienhospital von den Mitarbeiterinnen als positiv erlebt. Gleiches gilt für die Arbeit in Gremien. Auch hier herrsche eine gute Arbeitsatmosphäre zwischen den Akteur/innen des Handlungsfelds der Frühen Hilfen in Stuttgart. In ländlicheren Gegenden gestalte sich solche eine Zusammenarbeit laut einer Projektmitarbeiterin hingegen eher schwieriger.

Im Teamentwicklungsprozess kam es aber auch phasenweise zu *Herausforderungen*, die laut den Mitarbeiterinnen allerdings bewältigt werden konnten. Zum einen erfordere die *Interdisziplinarität* das Finden einer einheitlichen Sprache bezüglich verschiedener Fachtermini und Abkürzungen. Zum anderen müssen vor allem Mitarbeiterinnen aus dem (sozial)pädagogischen Kontext mit einer höheren Fallnachfrage nach medizinischem Know-How umgehen können. So formulierten die begleiteten Familien/Mütter häufig einen medizinischen Unterstützungsbedarf. Demzufolge kann bei (Sozial)Pädagoginnen vereinzelt das Gefühl des Nicht-Gebraucht-Werdens zum Vorschein treten. Die Länge der Begleitung der Familien/Mütter mit medizinischem Unterstützungsbedarf gestaltet sich allerdings dann kürzer als bei Familien, die von (Sozial) Pädagoginnen begleitet werden. So weisen ihre begleiteten Familien oftmals komplexere Problemfelder auf, die neben der pädagogischen Arbeit mit den Familien/Müttern, auch Vermittlungsaktivitäten und Rechercharbeiten mit sich bringen. Demzufolge lässt sich die Arbeit des Sonnenkinder-teams nicht an Fallzahlen festmachen.

Eine weitere Herausforderung stellte die Anstellung vier neuer Mitarbeiterinnen im Sommer 2012 dar. Durch die Erweiterung des Kernteams im Projektverlauf drohte eine Untergruppenbildung in „alte“ und „neuhinzugekommene“ Mitarbeiterinnen, was allerdings nicht eintrat. Stattdessen wurden neue Perspektiven eingebracht und beispielsweise die Erstgespräche in den Kliniken reflektiert. Weiter mussten die verschiedenen Vorstellungen bezüglich vereinbarter Anstellungskonditionen einer Mitarbeiterin zwischen dem Kooperationsträger Sozialdienst katholischer Frauen und Mitarbeiterin ausgehandelt werden (u.a. bezüglich ambulante Beratung vs. Hausbesuche, Teilnahme an Teamsitzungen etc.) und zuletzt kam es im Projektverlauf zu

einem Wechsel einer Mitarbeiterin des Sozialdiensts katholischer Frauen. Obwohl sich die Zusammenarbeit zwischen den vier Trägern des Projektes inzwischen sehr gut eingespielt hat, treten wiederkehrend negative Momente auf der Strukturebene in der Kooperation der beiden Träger der Jugendhilfe auf.

4.6.3 Arbeit mit und für Familien

Abgesehen von der Teamarbeit wurde in den Gruppendiskussionen zu Anfangs- und Endzeiten des Projekts die Gestalt der Arbeit mit und für Familien/Müttern reflektiert. Dabei lässt sich eine generelle Zufriedenheit und positive Bewertung der Klientenarbeit seitens der Projektmitarbeiterinnen festhalten sowie das Ausbleiben der anfangs formulierten Risiken (siehe Kap. 4.6.1). Allerdings sei die Arbeit nach wie vor von Spannungen zwischen Familien/Müttern, dem System Jugendhilfe und/oder Mitarbeiterinnen geprägt. Das Aushalten einer problembehafteten Familiensituation, die Rücksichtnahme auf den individuellen familiären Lebenskontext, die Annäherung an Herausforderungen im Umgang mit Multiproblemfamilien und die gleichzeitige Definition von eigenen Grenzen sowie die Bewältigung von familiären Schwierigkeiten im kontinuierlichem Austausch mit Familie stellen daher wesentliche Merkmale im Arbeitsalltag mit Familien/Müttern im Rahmen des Sonnenkinderprojekts dar.

Den Erfolg in der Arbeit mit Familien/Mütter machen die Projektmitarbeiterinnen zum einen an den bestehenden strukturellen Rahmenbedingungen, und zum anderen an (veränderten) Verhaltensweisen der Familien/Mütter fest. So kann den Eltern/Müttern erstens durch die strukturelle Rahmenbedingungen, der Interdisziplinarität des Teams und dem Einsatz von Familienpatinnen ein „Gesamtpaket“ gewährleistet werden, durch welches die Familien/Mütter u.a. medizinische Unterstützung und Stillberatung erhalten, sozialrechtliche und finanzielle Fragen durch die Anlaufstelle der Schwangerschaftsberatung klären, sowie soziale Belange im familiären Umgang aufarbeiten können und bei Bedarf durch eine Familienpatin längerfristige Entlastung erfahren. Zweitens ermöglicht die Multiprofessionalität einen sehr individuellen Umgang mit multikomplexen Problemfamilien, welche tatsächlich durch einen sehr niedrigschwelligen, unkomplizierten Zugang in den beiden Stuttgarter Kliniken erreicht werden können. Mittels der (Erst-)Gespräche in den Kliniken, die für alle Eltern zugänglich sind, kann bereits frühzeitig Beratung und Unterstützung gewährleistet werden, was prinzipiell zu Anfangszeiten des Projekts nicht fokussiert wurde. Geplant war, mittels der Erstbesuche Kontakte zu den Eltern/Müttern aufzunehmen und gemeinsam den Unterstützungsdschungel für Eltern mit Neugeborenen in Stuttgart zu lichten.

„...die Erstbesuche sind oft schon Hilfeleistungen, so genau haben wir uns das vorher gar nicht überlegt, dass schon da vieles abgearbeitet werden kann, ohne dass die Familie zum Fall wird. Da erfährt sie schon Hilfe und das hat natürlich auch mit der frühen Präsenz und mit den unterschiedlichen Professionen, die wir mitbringen [zu tun].“ (Zitat von einer Projektmitarbeiterin)

Zuletzt sind es die seitens der Projektträger eingeräumten zeitlichen Ressourcen, an welchen die Mitarbeiterinnen den Erfolg ihrer Klientenarbeit festmachen. Ein gutes Zeitmanagement ermöglicht ihnen die Umsetzung bedarfsgerechter Hausbesuche von Familien/Mütter mit Unterstützungsbedarf.

Dass ihre Hilfe und Unterstützung Veränderungen bewirkt und von den Eltern/Müttern äußerst gut angenommen wird, zeigt sich zudem an den verschiedensten Verhaltensweisen der Eltern/Mütter: so zeigen sich die Mütter beispielsweise interessiert und offen gegenüber den (Erst-)Gesprächen in den Kliniken, auch wenn sie zu diesem Zeitpunkt keinen Unterstützungsbedarf haben; gemeinsam mit der Familien kann eine Basis der Zusammenarbeit gefunden werden und die gemeinsam erarbeitete Lösungsstrategien werden umgesetzt; die Familien bringt sich aktiv in die Ausgestaltung der Hilfeleistung mit ein und thematisiert auch die in der Vergangenheit liegenden Themen; die Mutter-Kind-Beziehung stabilisiert sich und angemessene Entscheidungen können eigenständig durch die Familie/Mütter getroffen werden; Fröhlichkeit, Lebensmut, problemlösungsorientierte Herangehensweisen, Zukunftsorientierung und Existenzsicherung ist in den Familien vorzufinden usw..

Die Belastungen in der Arbeit mit und für Familien/Mütter sind komplex und liegen überwiegend im Umgang mit sprachlichen und kulturellen Barrieren seitens der Familien/Müttern begründet. Viele der begleiteten Mütter können kein Deutsch und verhalten sich teilweise zurückhaltend. Ihre Verschlossenheit lässt sich jedoch nicht ausnahmslos auf Sprachbarrieren zurückführen, sondern stellt auch das Produkt einer langjährigen kulturellen Sozialisierung dar, in der beispielsweise die mütterliche Unterstützung intern im familiären Kontext organisiert wird. Für eben diese Mütter stehen jene extern organisierten Unterstützungsmöglichkeiten dann außer Frage. Vereinzelt besteht bei Müttern mit Migrationshintergrund aber auch eine generelle Berührungsangst bezüglich Beratungs- und Begleitungsmöglichkeiten, Misstrauen, fehlendes Zeitmanagement, sich auf die Unterstützungsleistung einzulassen und/oder die Familien verfügen über ausreichende soziale Kontakte, die jene Hilfestellung überflüssig machen. Grundsätzlich erfordert die Arbeit mit und für Familien/Mütter mit Migrationshintergrund daher hohe Sensibilität aber auch kreatives Handeln von den Projektmitarbeiterinnen. So lassen sich Sprachbarrieren beispielsweise durch den Einbezug des Vaters, Geschwisterkinder, Verwandte und Bekannte, der Zimmernachbarin in der Klinik sowie in seltenen Fällen durch Dolmetscher/innen und durch den Einsatz der englischen Sprache überwinden. Kulturelle Barrieren hingegen lassen sich

durch praktische, konkrete Unterstützungsleistungen minimieren, wie etwa medizinische Unterstützung, Klärung sozialrechtlicher und finanzieller Problemstellungen, Babyausstattung, Organisation einer Familie-/Haushaltshilfe etc.

Weitere Spannungen in der Arbeit mit und für Familien/Mütter ist die zunehmende Begleitung von psychisch belasteten Müttern, eine passive Haltung des Vaters und die Unzuverlässigkeit bzw. fehlende Erreichbarkeit der Familien, die meistens durch ihre Überforderung, ihre Ambivalenz gegenüber der Unterstützungsleistung und/oder beispielsweise einer leeren Prepaid-Handykarte verursacht wird. Um an der passiven Haltung des Vaters im Kontext der Kindererziehung zu arbeiten, gilt es, diesen aktiv in den Prozess der Unterstützungsleistung einzubeziehen. Meistens findet dabei z.B. eine Sensibilisierung der Väter bezüglich des mütterlichen Verhaltens im Wochenbett statt oder sie werden zur Unterstützung der Mütter ermutigt. Da auch die Väter die Geburt ihres Kindes als ein dramatisches Ereignis erleben, möchten sie häufig ihr Befinden zum Ausdruck bringen, was den väterlichen Einbezug begründet. Dass auch er in den Hilfeprozess eingebunden werden muss, stellt sich gänzlich außer Frage, wenn es um Kinderschutzfälle geht.

Insbesondere die Begleitung dieser Familien, in denen es um Kinderschutzfälle geht, wird von den Mitarbeiterinnen des Sonnenkinderprojekts als sehr belastend erlebt. So gilt es gewisse Situationen auszuhalten, die schwierige Situation den Eltern offenzulegen und das Jugendamt zu einem geeigneten Zeitpunkt einzubinden. Ihr Vorgehen ist dabei klar nach §8a SGB VIII vorstrukturiert und die Einbindung des Jugendamts äußerst hilfreich. Dennoch ist der Einbezug des Jugendamts in Bezug auf die Arbeit mit den Familien schwierig. Einerseits erzeugt der Austausch mit dem Jugendamt Entlastung, andererseits bringt es Spannungen in der Arbeit zwischen Familien und den Sonnenkindermitarbeiterinnen einher, die deutlich das Vertrauensverhältnis negativ beeinflussen. Vereinzelt werden den Mitarbeiterinnen in jenen Situationen Informationen anvertraut, z.B. bezüglich der Täuschung des Jugendamts, in denen die Mitarbeiterinnen wiederum ihre offene Zusammenarbeit mit dem Jugendamt verdeutlichen müssen.

Eine weitere Schwierigkeit im Kontext der Arbeit mit und für Familien stellen teilweise bestehende Unterschiede in den Erwartungen, Sichtweisen und Problemdefinitionen zwischen Eltern/Müttern und Mitarbeiterinnen dar. Die elterliche Erwartungen und Wünsche an die Begleitung durch das Sonnenkinderprojekt sind vereinzelt zu hoch (Erlaubniserteilung bzgl. Aufenthalts der Familie in Deutschland, Geschenke in Form neuer Babyausstattungen etc.) oder das eigentliche Problem tritt nicht ins Bewusstsein der Mutter. So lassen sich gehemmte Mutter-Kind-Beziehungen nicht nur auf eine gestörte Stillgestaltung zurückführen. Stattdessen gründet

sich das Problem z.B. in der Geschichte der Mutter. Zur Herstellung einer Problemeinsicht und -bearbeitung bedarf es dann einer längerfristigen Begleitung mit vertrauensbildenden Maßnahmen, Sensibilität und Geduld. Trotz auftretender Unterschiede in der Problemdefinition wurde allerdings bislang der Hilfebedarf der Eltern/Mütter stets richtig eingeschätzt, was zu Projektanfangszeiten seitens der Mitarbeiterinnen als ein Risiko formuliert wurde. Gleiches gilt für die vermutete Gefahr eines nachrangigen Stellenwerts der Prävention. Vereinzelt sind die Mitarbeiterinnen zwar zu intervenierenden Maßnahmen zum Schutz des Kindes angehalten, dennoch können sie ihre präventiven Angebote, wie etwa die Arbeit in den Kliniken, das Müttercafé und die Unterstützung durch Familienpatinnen, gleichrangig realisieren.

Zuletzt hat sich in der Praxis auch die Anfangs vermutete Gefahr der Ablehnung von Klinikbesuche durch die Mütter nicht bewahrheitet. Der Zugang zu den Familien über (Erst-)Gespräche in den Kliniken wird von den Müttern nicht als störend erlebt. Stattdessen sind sie und ihre Familien offen und dankbar, dass die Möglichkeit dieser Unterstützungsleistung für Eltern mit Neugeborenen besteht. Dankbar sind vor allem Mütter bzw. Familien, die neu nach Stuttgart hinzugezogen sind und bislang über keine sozialen Kontakte vor Ort verfügen.

Diese Offenheit und Dankbarkeit von den Eltern/Mütter mit Neugeborenen dauert in den meisten Fällen über den gesamten Hilfeprozess an und bringt zuletzt eine letzte Herausforderung für die Mitarbeiterinnen mit sich: der Ablösungsprozess. Im Hilfeprozess gilt es daher den Zeitpunkt der Beendigung offen zu kommunizieren. Bei Bedarf kann die Ablösung auch durch den Einsatz einer Familienpatin aufgefangen werden.

4.6.4 Arbeitsstrukturen

Vor allem am Anfang des Projekts wurde die Arbeit mit und für Familien durch verschiedene Rahmenbedingungen erschwert. Diese Rahmenbedingungen beschränkten sich dabei nicht nur auf interne Abläufe, sondern zeigten sich auch in der Vernetzung mit den beiden am Projekt beteiligten Kliniken. Eine damalige Schwierigkeit verdeutlichte sich im Annäherungsprozess zwischen dem Klinikpersonal und den Mitarbeiterinnen: Aufgrund Unklarheiten zum Datenschutz der Mütter in den Kliniken durften diese nicht durch Mitarbeiterinnen des Sonnenkinderprojekts aufgesucht werden. Aber nicht nur der Datenschutz bedurfte damals einer Klärung, auch der Auftrag und die Zielsetzung des Projekts Sonnenkinder galt es in den Kliniken besser zu kommunizieren. Weiter konnte der geplante Austausch mit dem Klinikpersonal aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen nicht realisiert werden. So wurden weder die Fortbildungen in den Anfangszeiten des Projekts von Fachkräften aus den Kliniken genutzt, noch fanden Fallbesprechungen mit Hebammen statt. Letzteres, Fallbesprechungen mit dem Klinikpersonal, konnte

allerdings bis heute nicht institutionalisiert werden. Diese finden wenn dann sporadisch oder bei Bedarf bei Fallübergabe statt. Zuletzt bestand in den Kliniken keine Möglichkeit zur Dokumentation und Rechercharbeiten, da bisweilen keine entsprechenden Arbeitsmaterialien vorhanden waren.

Die Schwierigkeiten mit den internen Arbeitsstrukturen zeigten sich damals, aber auch noch heute, in der Büroausstattung. Bis heute teilen sich acht Mitarbeiterinnen drei Arbeitsplätze in einer Räumlichkeit. Dementsprechend muss die Bürobesezung gut organisiert werden. Da die Mitarbeiterinnen jedoch häufig im Einsatz für Familien agieren und somit viel außer Haus sind, lässt sich diese Schwierigkeit gut lösen. Zudem besteht die Möglichkeit durch den Einsatz von Laptops in den Kliniken vor Ort zu arbeiten. Die zahlreichen Außentermine der Mitarbeiterinnen erfordern dabei gelingende Kommunikationsstrukturen und diese sind, wie bereits in Kapitel 4.6.2 erwähnt, zum heutigen Zeitpunkt durch regelmäßige Teammeetings und der hohen Erreichbarkeit der Mitarbeiterinnen, bei Bedarf auch an den Wochenenden, gegeben. Abgesehen von den Kommunikationsstrukturen wird zum Endzeitpunkt die bestehende Flexibilität als sehr förderlich wahrgenommen. Während diese zu Anfangszeiten eher kritisch seitens der Projektmitarbeiterinnen bewertet wurde, sind diese zum heutigen Zeitpunkt mit der Möglichkeit zur selbstständigen Planung und Organisation ihres Arbeitsalltags zufrieden. Ein bisweilen bestehender hinderlicher Faktor seien allerdings die zum Teil weiten Anfahrtswege für die Hausbesuche.

Die zu Beginn des Projekts formulierten Risiken, wie etwa der Befürchtung, dass das Projekt Sonnenkinder nicht als gleichberechtigter Kooperationspartner wahrgenommen wird oder in Konkurrenz tritt, sind bis zum heutigen Zeitpunkt nicht eingetroffen. Die Außenwirkung des Projekts ist positiv und die Mitarbeiterinnen werden zunehmend als gern gesehene Kooperationspartnerinnen angesehen. Vereinzelt werden den Mitarbeiterinnen jedoch Fälle „zugeschoben“ und ihre Arbeit mit der Arbeit von Familienhebammen verglichen. So erwarten oftmals nicht nur die Kliniken, dass die Mitarbeiterinnen für Familien in besonderen Lebenslagen zuständig sind. Das Projekt Sonnenkinder wurde bisweilen auch schon zur Gerichtsauflage oder die Mitarbeiterinnen wurden für die Begleitung von Familien/Müttern aus anderen Stuttgarter Kliniken hinzugezogen.

Dementsprechend läuft das Projekt Gefahr, das Profil der Prävention und Freiwilligkeit zu verlieren. Dieses Profil gilt es daher zukünftig stärker in die Öffentlichkeit zu kommunizieren und den Einsatzort in der St. Anna-Klinik und im Marienhospital offen zu legen. In städtischen Kliniken sehen die Mitarbeiterinnen zwar ebenso den Bedarf, jedoch erfordere das Aufsuchen von

Eltern/Müttern aus städtischen Kliniken eine personelle Erweiterung. Abgesehen von der personellen Erweiterung plädieren die Mitarbeiterinnen für die Stärkung des Austauschs zwischen Fachkräften im Handlungsfeld der Frühen Hilfen. Trägerübergreifend sind die Kommunikationsstrukturen und die Transparenz bisweilen ausbaufähig.

5 Perspektiven und Handlungsempfehlungen für die weitere Begleitung und Beratung von Familien mit Neugeborenen im Rahmen des „Sonnenkinder“-Angebots

Zugänge, primäre und sekundäre Prävention

Seit Januar 2014 wird das Projekt Sonnenkinder neben der Veronika Stiftung durch die Stadt Stuttgart (Jugendamt) finanziell mitgetragen. Damit einher ging eine Zunahme an Fallübergaben seitens des Jugendamts bzw. der Beratungszentren der Stadt Stuttgart. Bei freien Kapazitäten konnten die Mitarbeiterinnen diese Neuzugänge neben ihren eigentlichen Fällen, die sie über die beiden Kliniken betreuten, mit aufnehmen. Wiederkehrend mussten sie dennoch verschiedene Neuzugänge über das Jugendamt ablehnen. Da sich jedoch die Fallzahlen in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht haben, muss diese Entwicklung in Zukunft geregelt werden bzw. entsprechende Strukturen geschaffen und/oder Ressourcen bereits gestellt werden. Ein Blick auf die Fallzahlen verdeutlicht dies: Werden die Fallzahlen der drei Projektjahre miteinander verglichen (Projektjahr I & II jeweils N=84; Projektjahr 3, N=120) wird vor allem in Projektjahr III eine Zunahme an Fallbearbeitungen bei Abnahme der Personalstellenkontingente deutlich.

Die Fallarbeit und Gruppenangebote zeichneten sich in den drei Projektjahren durch eine hohe Zufriedenheit seitens der betreuten Mütter aus. Insbesondere betonten die Mütter die hohe Flexibilität, Erreichbarkeit, Kurzfristigkeit, Verlässlichkeit und das schnelle Handeln seitens der Mitarbeiterinnen sowie das Sicherheitsgefühl, das die Mütter durch die subjektorientierten fachlichen Ratschläge hatten. Unter anderem diese besonderen Eigenschaften zeichnen nach wie vor die hohe Qualität der Fallarbeit im Sonnenkinder-Projekt aus. Möglicherweise könnte diese hohe Qualität, falls es zukünftig zu einer Zunahme an Fallbearbeitungen käme, aber nicht erhalten bleiben. Daher sollte zeitnah geklärt werden, welche Prioritäten die verschiedenen Fallzugänge haben (Wie sollte zukünftig mit der Mehrzahl an Neuzugänge umgegangen werden? Können Neuzugänge über das Jugendamt an andere Unterstützungsinstanzen weitervermittelt werden?). Möglicherweise ließen sich Kriterien formulieren, die zur Auswahl der Neuzugänge verwendet werden. An dieser Stelle muss allerdings erwähnt werden, dass aktuell noch keine Überlastung der Mitarbeiter/innen durch eine Vielzahl an Neuzugänge besteht.

In Anbetracht des primären Präventionsgedanken des Sonnenkinder-Projekts, welcher sich neben den Merkmalen „Frühzeitigkeit des Erstkontakts“, „Zusammenarbeit zwischen Jugend- und Gesundheitshilfe“, „multidisziplinäres Team“ und „Freiwilligkeit bzw. Unabhängigkeit des Projekts“ über die drei Projektjahre hinaus als Alleinstellungsmerkmal des Projekts entwickelte und somit das Sonnenkinder-Projekt von anderen Angeboten der Frühen Hilfen in Stuttgart abgrenzt, dürfen die breiten Zugangswege zu Müttern/Familien über die Stuttgarter Kliniken aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung auf keinen Fall vernachlässigt werden. Vor allem werden über die Geburtsstationen alle (werdenden) Mütter/Familien niederschwellig erreicht. Dabei ist der Zugang nicht mit einem Stigma vorbehaltet, d.h. Familien werden nicht stigmatisierend angesprochen. Zudem zeigen die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung, dass die anschließende Fallbegleitung auch von Familien in intakten Verhältnissen (und nicht nur von „Hoch-Risikofamilien“ der Frühen Hilfen) in Anspruch genommen wurde. Diese primär präventive Funktion steht dabei vor allem im Einklang mit gesellschaftlichen Wandlungsprozessen und einer Zunahme an Orientierungs- und Informationsbedarfen bei (werdenden) Eltern:

„Erziehung in der (Post-)Moderne [scheint] eine komplexe Herausforderung; viele Eltern zeigen sich in ihrer Erziehung unsicher und suchen, wie neuere Befunde zur Lage von Familien und junger Menschen in Erziehungskontexten zeigen [...], nach fachkundiger Unterstützung und Orientierung in ihrer Elternrolle“ (Böwer/Fischer 2014, S. 90).

Insofern sind Hilfeangebote der Frühen Hilfen nicht nur als interventionsorientierter Ansatz im Sinne eines Ausgleichs von Benachteiligung, sondern vor allem als wichtige „allgemeine“ Infrastrukturleistungen im System der Jugendhilfe zu verstehen. Die „intakten“ im Sonnenkinder-Projekt betreuten Mütter/Familien haben häufig ebenso einen Unterstützungsbedarf und werden möglicherweise, so unsere Vermutung, durch einen eingrenzenden Zugang nicht ausreichend erreicht. Aufgrund der Verknüpfung von universeller und selektiver Prävention in einem Angebot (universelle Prävention in den am Projekt beteiligten Kliniken und selektive Prävention im Rahmen der weiterführenden Fallbegleitung) erfüllt das Sonnenkinder-Projekt eine „Scharnierfunktion“ in der Präventionskette und macht schnelle und unbürokratische Hilfe möglich.

Ferner lassen sich die breiten Zugangswege über die Geburtsstationen auch theoriebasiert begründen: Laut der Forderung des wissenschaftlichen Beirats des Nationalen Zentrums Früher Hilfen (2006) müssen sich die Angebot der Frühen Hilfen u.a. an alle (werdenden) Eltern richten. Das Finden von systematischen Zugangswegen zu den Familien stellt dabei ein zentrales Qualitätsmerkmal im Netzwerk der Frühen Hilfen dar (vgl. Kapitel 2.1.2). Anstatt die breiten Zugangswege im Projekt „Sonnenkinder“ möglicherweise einzugrenzen, empfiehlt es sich daher aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung die Zugangswege über die Kliniken auszubauen, d.h.

in andere Stuttgarter Kliniken Präsenzzeiten von Fachkräften, die im Netzwerk der Frühen Hilfen tätig sind, einzuführen.

Werden die Willkommensbesuche in den Geburtskliniken weitergeführt, sollte auch zukünftig die offene Gesprächsform beibehalten werden und nicht durch so genannte Risikoscreening-Verfahren ersetzt werden. Durch sogenannte Risikoscreening-Verfahren ließen sich zwar „potenzielle Risikofamilien“ identifizieren, möglicherweise würde dieses Raster jedoch nicht alle Familien mit Unterstützungsbedarf erfassen. So zeigten die letzten drei Projektjahre, dass die Komplexität der Problemlagen der durch Sonnenkinder betreuten Familien sehr hoch ist, was ein Screening-Verfahren höchstwahrscheinlich nicht abbilden kann.

Im Kontext der Willkommensbesuche in den Kliniken sowie der Erst- und Zweitgespräche sollten des Weiteren auch Überlegungen im Hinblick auf ein Finanzierungsmodell mit anderen Land- und Stadtkreisen angestellt werden, zumal das Einzugsgebiet der Fachkräfte zunehmend von land- und stadtkreisübergreifenden Anfragen/Kontakten bestimmt wird.⁶³

Fallarbeit

Unabhängig von Herkunft, Bildungsstand oder sozio-ökonomischer Lage empfinden alle Mütter mit ihren Säuglingen die aufsuchende Arbeit im Sonnenkinder-Projekt sehr entlastend, da die Bedürfnisse des Neugeborenen den Tagesablauf der Mütter stark prägen und die Wahrnehmung externer Termine (Komm-Strukturen) mit dem Säugling äußerst schwierig sind. Dementsprechend sollten die Mütter/Eltern weiterhin vor allem durch Hausbesuche seitens der Mitarbeiterinnen des Sonnenkinder-Projekts (Geh-Strukturen) aufgesucht werden. Den Fokus einseitig auf Angebote mit „Komm“-Strukturen (ambulante Beratungsangebote) zu richten, wäre daher vermutlich falsch. Dies verdeutlichen auch die erreichten Familien im Sonnenkinder-Projekt. So wurde das Angebot in den letzten drei Projektjahren vor allem von Frauen mit Migrationshintergrund genutzt und diese Personengruppe, so zeigen Erfahrungen, nehmen häufig keine oder selten ambulante Unterstützungsleistungen mit Komm-Strukturen in Anspruch. Häufig gibt es Berührungängste, sie schämen sie sich für ihre Situation oder haben Angst von den Folgen einer Kontaktaufnahme zu sozialen Dienstleistungen, weshalb sie dann auch eher davon absehen.

⁶³ Aktuell werden die Mütter aus andere Land- und Stadtkreise im Anschluss an die Willkommensbesuche in den Kliniken sowie Erst- und Zweitgespräche an passende Unterstützungsangebote in ihren jeweiligen Wohnorten weitervermittelt. Diese Mütter werden nicht durch das Projekt im Rahmen der Fallarbeit weiterführend betreut und begleitet.

Der hohen Anzahl an Frauen/Familien mit Migrationshintergrund im Projekt „Sonnenkinder“ sollte man sowohl in der Planung der Unterstützungsleistung als auch in der Teamentwicklung Rechnung tragen. Aktuell ist zudem eine Zunahme an Müttern/Familien mit einem Flüchtlingshintergrund, etwa aus Syrien, Afghanistan oder afrikanischen Ländern zu erwarten. Möglicherweise sollten die Mitarbeiterinnen daher intensiv Fortbildungsangebote insbesondere zum Thema „kultursensible Arbeit mit und für Familien mit Migrationshintergrund“ besuchen und sich bezüglich aktueller Entwicklungen auf dem Laufenden halten. Weiter sollte sämtliches Informationsmaterial bezüglich Sonnenkinder mehrsprachig gestaltet werden. Die Übersetzung sollte dabei allerdings nicht nur sprachlich, sondern auch inhaltsbezogen vorgenommen werden. Bezüglich der Teamentwicklung könnte bei der nächsten Neueinstellung auch überlegt werden, ob es Sinn macht, zukünftige Mitarbeiterin mit einem Migrationshintergrund einzustellen. Alles in allem gilt es aber vor allem darauf zu achten, dass die Mitarbeiterinnen die Unterstützungsleistung auch englischsprachig gestalten können, wie sie es in den letzten drei Projektjahren auch bereits vielfach getan haben.

Zuletzt erwies sich in den drei Projektjahren die multidisziplinäre Zusammensetzung des Teams als einmalige Chance. So war in der Fallarbeit über die drei Projektjahre hinaus eine gleichbleibende Bedeutung der folgenden Themenmischung zu beobachten: eine Mischung aus Sozialberatung, psychosoziale Unterstützung sowie gesundheitswissenschaftliche Themen aus dem Bereich der frühkindlichen Entwicklung. Die Neuzugänge mit ihren komplexen Bedarfslagen ließen sich auf Basis der unterschiedlichen professionellen Backgrounds der Mitarbeiterinnen passgenau zuordnen und auf ihren Unterstützungsbedarf abgestimmt begleiten. Es konnten gesundheitliche, psychologische und soziale Probleme bearbeitet werden. Ergaben sich zudem im Laufe der Fallbegleitungen weitere Problemstellungen in den Familien, bestand immer die Möglichkeit einer interdisziplinären kollegialen Beratung bzw. die Familie im Tandem von zwei Mitarbeiterinnen zu begleiten.

Vernetzung

Die komplexen mütterlichen Bedarfslagen erfordern Vernetzungsaktivitäten mit anderen Hilfeangeboten und -instanzen. Nur durch Verweisungswissen der Fachkräfte, d.h. das Wissen über Möglichkeiten externer Hilfeinstanzen, können (werdende) Mütter mit ihren spezifischen Unterstützungsbedarfen weitervermittelt, und in Folge dessen eine erfolgreiche, passgenaue Hilfeleistung gewährt werden.

„Netzwerkorientierung kann als neues Arbeitsprinzip Sozialer Arbeit und des Gesundheitswesens beitragen. [...] Die Erkenntnis, dass individuelle Bedarfe nicht mehr nach institutionellen Zuständigkeiten zerlegt und getrennt erfolgreich bearbeitet werden können, gehört mittlerweile zum Allgemeingut praktischen Handelns auch in den Kommunen“ (Böwer/Fischer 2014, S. 95).

Abgesehen von der multidisziplinären Vernetzung des Teams sollten sich die Mitarbeiterinnen daher weiterhin mit Einrichtungen und Akteur/innen der Medizin und Jugendhilfe, mit psychologischen und sozialpädagogischen Beratungsinstanzen sowie mit anderen relevanten Akteursgruppen vernetzen. Zu betonen sind dabei vor allem die Kooperationsbemühungen mit Migrantenorganisationen aufgrund der hohen Anzahl an (werdenden) Müttern mit Migrationshintergrund im Projekt sowie die intensiven Vernetzungsaktivitäten mit Fachkräften der beiden Kliniken. Wie die drei Modellprojektjahre gezeigt haben, können durch intensive Zusammenarbeit mit Klinikpersonal (werdende) Eltern frühzeitig und schneller erreicht werden, was vor allem für die Abwendung einer Gefährdungslage des Kindes von wesentlicher Bedeutung ist. Dabei sollten auch die Kooperationsbemühungen seitens des Klinikpersonals als fachliche Arbeit verstanden werden und Finanzierungs- und Abrechnungsgrundlagen für Vernetzungsaktivitäten zur Verfügung stehen. Abgesehen von Vernetzungsaktivitäten im Netzwerk Früher Hilfen müssen systemübergreifende Kooperationen erprobt und installiert werden. So sieht sich das Projekt „Sonnenkinder“ für Eltern von Säuglingen bzw. Kleinkindern bis zum ersten Lebensjahr zuständig. Um die Übergänge der Adressat/innen und Zugänge zu Angeboten nach dem ersten Lebensjahr gelingend zu gestalten, bedarf es daher einer Übergangsgestaltung:

„kombinierte, ineinandergreifende Unterstützungsangebote über den gesamten Verlauf von Kindheit und Jugend[.] Präventive Angebote werden [also] über kommunale Ressortgrenzen hinweg aufeinander abgestimmt, um alters- und bedarfsgerechte Unterstützung zu bieten“ (Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (Hrsg.) 2013, S. 11f.).

Durch eine gelingende Vernetzung zu Akteur/innen im Feld der Frühen Hilfen aber auch darüber hinaus, lassen sich zudem möglicherweise Doppelstrukturen besser vermeiden.

Gruppenangebote

Bei der aktuellen Nutzergruppe des Müttercafés handelt es sich vor allem um Mütter aus der bürgerlichen Mitte, die in den meisten Fällen ihr erstes Kind zur Welt brachten. Häufig geht es um das Knüpfen sozialer Kontakte oder um allgemeine Tipps und Informationen zur Pflege, Erziehung und Förderung des Kindes. Von diesen sind also Unterstützungsangebote gewünscht, in denen sie soziale Kontakte erschließen und pflegen sowie Bestärkung in ihren Erziehungskompetenzen erfahren können. Diese Motivation kann als Ausdruck eines familiären Wandels und zunehmender Elternverantwortung verstanden werden. Der berufliche Alltag erfordert zuse-

hends mehr Mobilität, womit häufig ein Verlust an verwandtschaftlichen und freundschaftlichen Netzwerken einhergeht. Zudem rückte die elterliche Verantwortung in den letzten Jahren immer stärker in den Mittelpunkt von Politik und Gesellschaft, was viele Eltern verunsichert. Hinzu kommen der Wertewandel bezüglich veralteter Erziehungsmaßnahmen und die Flut an Erziehungsratgebern mit häufig unreflektierten oder sogar unseriösen Ratschlägen und Informationen. Viele Eltern entwickeln dabei eine große Angst, mit dem Kleinkind falsch umzugehen. Sie suchen (Rück-)halt, Orientierung, Sicherheit und Bestätigung in ihrem Tun sowie Austausch mit anderen betroffenen Eltern und fachkundige Unterstützung.

Was die Ausgestaltung der Müttercafés betrifft, sollte weiterhin auf folgende Aspekte geachtet werden:

- **Zugang zu Müttern mit Migrationshintergrund/sozial schwächer gestellte Mütter:** Um die Teilnahme aller Zielgruppen noch mehr zu stärken und somit auch Mütter aus sozial schwächer gestellten Milieus und/oder mit einem Migrationshintergrund vermehrt für die Gruppenangebote gewinnen zu können, sollten die entsprechenden Personengruppen zu den jeweiligen Gruppenangeboten begleitet werden. Diese Begleitung kann dabei durch eine ehrenamtliche Person, einer so genannten Familienpatin, durchgeführt werden. Sie sollte zudem nicht einmalig sein. Stattdessen muss diese über einen längeren Zeitraum, z.B. über drei bis vier Treffen angelegt, und entweder von ehrenamtlichen Familienpatinnen oder von der jeweiligen betreuenden Fachkraft durchgeführt werden. Werden die Begleitungen durch Fachkräfte umgesetzt, können hierfür beispielsweise die wöchentlichen Besuchszeiten genutzt werden.
- **Einsatz von Familienpat/innen:** Neben der Begleitung der Mütter zum Angebot kann eine ehrenamtliche Familienpatin durchaus auch bezüglich der Vorbereitung und Durchführung von Gruppenangeboten zur Unterstützung der hauptamtlichen Mitarbeiterin eingesetzt werden. Zumindest rechtfertigt die Anzahl von durchschnittlich elf Müttern mit Kleinkindern im Müttercafé der St. Anna-Klinik diesen Unterstützungsbedarf.
- **Teilnehmer/innen-Akquise:** In Anlehnung an das Ergebnis, dass viele Mütter durch ihren Bekanntenkreis vom Angebot erfahren haben, sollte bei der zukünftigen Planung der Müttercafés die Akquise nicht durch eine Vorauswahl von möglichen Teilnehmer/innen eingegrenzt werden. Überlegungen sind auch beispielsweise dahingehend anzustellen, ob man in bestehenden Gruppenangeboten, wie etwa zur Geburtsvorbereitung, auf das Müttercafé aufmerksam macht.

- **Räumlichkeiten:** Was die Räumlichkeiten betrifft, müssen diese entweder mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar sein oder im sozialen Nahraum der Mütter liegen. Hierbei bietet es sich beispielsweise an, den Müttern bekannte Räumlichkeiten, wie etwa Räume in ihrer Geburtsklinik zu nutzen.
- **Angebotsgestaltung:** Im Angebot sollten sich offen gehaltene Inhalte mit angeleiteten Aktivitäten abwechseln. Offenheit ist insbesondere dahingehend wichtig, um den Austausch zwischen den Teilnehmer/innen zu fördern. Ein Hauptmotiv der Teilnahme stellt die Erschließung von neuen sozialen Kontakten sowie Tipps und Informationen über geeignete Spiel- und Fördermöglichkeiten für die Kleinkinder dar. Die angeleiteten Aktivitäten sollten auch zukünftig ihren Fokus auf die Umsetzung von gemeinsamen Spielmöglichkeiten und Singkreise legen. Anregungen zu Spielangebote und Lieder können die Frauen aus dem Angebot dann „mit nach Hause“ nehmen.
- **Beratungsmöglichkeiten:** Neben fachlichen Inputs für die gesamte Gruppe, sollte die Gruppenleiterin auch zukünftig persönliche Beratungsmöglichkeit bei Bedarf außerhalb des Gruppenangebots anbieten. Angenommen wird, dass vereinzelt Mütter möglicherweise Themen mitbringen, die sie nicht im Gruppenkontext besprechen möchten.

Ehrenamt

Über die drei Projektjahre hat sich gezeigt, dass die ergänzende bzw. weiterführende Begleitung über Familienpatinnen insbesondere von Familien genutzt wird, die sowohl fehlende soziale Netzwerke als auch einen mangelnden Kenntnisstand über Pflege und Förderung des Kleinkindes haben. Zudem haben die Familien häufig einen Migrationshintergrund und stehen nicht selten vor kulturelle Barrieren. Familienpatinnen können hier eine Brückenfunktion einnehmen.

Insgesamt ist anzunehmen, dass das Angebot der Familienpatinnen vor allem von Familien genutzt wird, bei denen es um lebenspraktische Unterstützung und das Knüpfen von sozialen Kontakten geht. In dieser Hinsicht stellt das Modell eine geeignete ergänzende bzw. weiterführende Maßnahme dar. Auch zukünftig sollten die Familienpatinnen vor allem Angebote zur Alltagsbegleitung/lebenspraktische Hilfeleistungen anbieten, d.h. Begleitung der Familien zu Ämtern und Behörden und Hilfestellung zur Verbesserung der deutschen Sprache (insbesondere bei Familien mit Migrationshintergrund relevant), Verpflegung der Kleinkinder etwa bei Zwillingsschwistern etc.. An Grenzen könnte die ehrenamtliche Begleitung bei Hilfestellungen zur psychologischen Unterstützung stoßen. Solche Themen müssen weiterhin durch Fachkräfte gemeinsam mit den begleiteten Familien aufgearbeitet werden. Dringlich zu empfehlen ist die Wertschät-

zung der Familienpatin über eine für sie erreichbare Ansprechperson und den begleiteten regelmäßigen Austausch- und Schulungsmöglichkeiten mit anderen Familienpatinnen. Grundsätzlich darf allerdings nicht in Vergessenheit geraten, dass die Mindestvoraussetzung für eine gelungene Patenschaft die Sympathien zwischen Eltern, Kind und Patin sind.

Gesamtstädtische Konzeptionsentwicklung „Frühe Hilfen“ in Stuttgart

Eine gesamtstädtische Konzeptionsentwicklung und -grundlage „Frühe Hilfen“ unter Beteiligung aller freien Träger ist im Hinblick auf die zeitlich befristete Bundesinitiative von hoher Bedeutung. Nur dadurch lassen sich Doppelstrukturen vermeiden und das Wissen, die Erfahrungen und die personalen Kompetenzen bündeln. Empfehlungen hierzu geben die Autoren Böwe und Fischer 2014:

„Eine Perspektive für die Kommunen ist [...], während der Restlaufzeit der Bundesinitiative eine fachlich und politisch vor Ort abgestimmte Konzeption zu den Netzwerken Frühe Hilfen zu entwickeln und diese nicht nur als Resultat eines Top-Down-Prozesses vom Bund zu den Kommunen zu begreifen. [...] [Als] zweiten Aspekt [bedarf es] eines konzeptionell untersetzten Übergangs des Netzwerkhandelns von der Modell- in eine Regelphase“ (Böwe/Fischer 2014, S. 94).

Eine gesamtstädtische Konzeptionsentwicklung unter Beteiligung aller freien Träger kann nicht durch einen einzelnen freien Träger angestoßen und verantwortet werden. Sie sollte als Aufgabe der Landeshauptstadt Stuttgart verstanden werden und zwar in klarer Abgrenzung zur Tätigkeit des öffentlichen Trägers als einem Anbieter der Frühen Hilfen.

6 Literaturverzeichnis

Literaturquellen

- Bastian, P./ Böttcher, W./ Lenzmann, V./ Lohmann, A./ Ziegler, H. (2008): Frühe Hilfen und die Verbesserung elterlicher Erziehungskompetenzen. In: Bastian, P./ Diepholz, A./ Lindner, E. (Hrsg.): Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme. Münster: Waxmann Verlag GmbH, S. 83-101.
- Böwer, M./Fischer, J. (2014): Frühe Hilfen nach dem Ende der Bundesinitiative 2015. In: Sozialmagazin (Hrsg.): Frühe Hilfen. 39. Jg. Heft 7-8. S. 89-96.
- Fegert, J. (2013/2014): Bedingungen, Prinzipien und Herausforderungen interdisziplinärer Kooperation im Kinderschutz. In: Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung (Hrsg.): Konstruktiv kooperieren im Kinderschutz. Jg. 2013/2014. Heft 1. S. 4-11.
- Henn, C. (2013): Engagierte Bürger als „Geburtshelfer“. Unterstützung durch ehrenamtlich Tätige im Rahmen des Sonnenkinderprojekts. Bachelorthesis, DHBW Stuttgart (unveröffentlichtes Manuskript).
- Hensel, M./ Sommerkamp, H. (2008): Soziales Frühwarnsystem Bielefeld – Das Patenschaftsmodell des Kinderschutzbundes. In: Bastian, P./ Diepholz, A./ Lindner, E. (Hrsg.): Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme. Münster: Waxmann Verlag GmbH, S. 135-149.
- Jungmann, T./Pfeiffer, C. (2010): Zur Notwendigkeit und Prävention für Kinder sozial benachteiligter Familien - eine kriminologische Betrachtung. In: Kißgen, R./Heinen, N. (Hrsg.): Frühe Risiken und Frühe Hilfen. Grundlagen. Diagnostik und Prävention. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag; S. 17-46.
- Kieslinger, C. (2013): Die Sonnenkinder. Explorative Fallanalysen zu drei Hilfeverläufen. Masterthesis, Eberhard Karls Universität Tübingen (unveröffentlichtes Manuskript).
- Kißen, R./Heinen, N. (Hrsg.) (2010): Frühe Risiken und Frühe Hilfen. Grundlagen. Diagnostik und Prävention. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (Hrsg.) 2013: Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Hannover.
- Paul, M. (2012): Was sind Frühe Hilfen? In: Nationales Zentrum Früher Hilfen Frühe Hilfen (Hrsg.): Frühe Hilfen. Gesundes Aufwachsen ermöglichen. Jg. 14, Sonderausgabe 2012, S. 6f.
- Sann, A./Schäfer, R. (2008): Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen – eine Plattform zur Unterstützung der Praxis. In: Bastian, P./Diepholz, A./Linder, E. (Hrsg.): Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme. Münster: Waxmann Verlag GmbH; S. 103-122.

- Thyen, U. (2012): Der Beitrag Früher Hilfen zu früher Förderung und Bildung von Kindern. In: Nationales Zentrum Früher Hilfen Frühe Hilfen (Hrsg.): Frühe Hilfen. Gesundes Aufwachsen ermöglichen. Jg. 14, Sonderausgabe 2012, S. 16-23.
- Ziegenhain, U./Schöllhorn, A./ Künster, A-K./ Hofer, A./ König, C./ Fegert, J.-M. (2010): Modellprojekt. Guter Start ins Kinderleben. Niestetal: Silber Druck.

Internetquellen


- Amt für Jugend und Bildung (2014): Familie am Start – Hilfe von Anfang an. Online im Internet: www.familie-am-start.de/staerke. Zugriff: 2014-11-16.
- Caritasverband für Stuttgart e.V./Vincenz von Paul Kliniken gGmbH/Sozialdienst katholischer Frauen e.V./St. Anna gGmbH (o. Jg.): Sonnenkinder – Gesund und geborgen aufwachsen in Stuttgart. Online im Internet: www.sonnenkinder-stuttgart.de/medien/Konzeption_Sonnenkinder-Kurzfassung.pdf. Zugriff: 2013-02-27.
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2013): Mütter mit Migrationshintergrund – Familienleben und Erwerbstätigkeit. Online im Internet: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Monitor-Familienforschung-Ausgabe-32,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf. Zugriff: 2014-08-04.
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2012a): Aus- und Aufbau von Netzwerken Früher Hilfen. Online im Internet: www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=119200.html. Zugriff: 2013-06-06.
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2012b): Das Bundeskinderschutzgesetz. Online im Internet: www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=119832.html. Zugriff: 2014-09-01.
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006): Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme. Online im Internet: www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/60816KonzeptFrueheHilfen.pdf. Zugriff: 2014-06-06.
- Deutsches Jugendinstitut (2009): Frühe Förderung. Chancengleichheit durch Prävention. Kinder und Familien für das Leben stärken. Tagung vom 26.11.2009 in München. Online im Internet: www.muenchen.info/soz/pub/pdf/308_fachtag_fruehe_foerderung.pdf. Zugriff: 2014-04-16.
- Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI) (2008): Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge. Online im Internet: www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/BewertungLaendergesetzgesamt.pdf. Zugriff: 2012-10-25.
- Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI) (2006): Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Online im Internet: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/evaluation-fruehe-hilfen-kurzbericht,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf. Zugriff: 2014-06-14.

- Die Bundesregierung (2012): Neues Kinderschutzgesetz eingeführt. Online im Internet: www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2012/01/2012-01-03-kinderschutz.html. Zugriff: 2014-06-06.
- Hahn, M. (2011): Netzwerke Frühe Hilfen. Was brauchen sie um wirksam zu sein? Interdisziplinäre Kooperationstagung am 14.11.2011 in Berlin. Online im Internet: www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Netzwerke_Frueher_Hilfen_11_2011.pdf. Zugriff: 2013-06-24.
- Kieslinger, C./Meyer, T. (2013): Sonnenkinder – Gesund und geborgen aufwachsen in Stuttgart. Zweiter Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Online im Internet: www.sonnenkinder-stuttgart.de/medien/Zwischenbericht_II_Herbst_2013.pdf. Zugriff: 2014-09-01.
- Kieslinger, C./Meyer, T. (2012): Sonnenkinder – Gesund und geborgen aufwachsen in Stuttgart. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Online im Internet: www.sonnenkinder-stuttgart.de/medien/Zwischenbericht_Sonnenkinder_Herbst_2012.pdf. Zugriff: 2014-09-01.
- Lengning, A./Zimmermann, P. (2009): Interventions- und Präventionsmaßnahmen. Online im Internet: www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Interventions_und_Praeventionsmassnahmen_2010.pdf. Zugriff: 2013-05-03.
- Lenze, A. (2012): Alleinerziehende unter Druck: Rechtliche Rahmenbedingungen, finanzielle Lage und Reformbedarf. Online im Internet: www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_39498_39499_2.pdf. Zugriff: 2014-10-14.
- Michael Haußmann, Ansgar Schmitz-Veltin (2010): Die Stuttgarter Einwohner mit Migrationshintergrund im demografischen Wandel. Online im Internet: www.staedtestatistik.de/fileadmin/vdst/Muenchen2010/Vortraege/M0512_DGD_Hausmann_Schmitz-Veltin_.pdf. Zugriff: 2014-08-04.
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (MfAS) (2011): Kinderschutzkonzept Baden-Württemberg. Online im Internet: www.sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fm7/1442/Kinderschutzkonzept_Internet.pdf. Zugriff: 2014-06-14.
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg (MfAS – BW) 2010): Familien in Baden-Württemberg. Kinderschutz und Frühe Hilfen. Online im Internet: www.statistik.baden-wuerttemberg.de/BevoelkGebiet/Fafo/Familien_in_BW/R20103.pdf. Zugriff: 2014-06-14.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfe (NZFH) (2014a): Was sind Frühe Hilfen?. Online im Internet: www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/. Zugriff: 2014-06-12.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfe (NZFH) (2014b): Rechtliche Grundlagen der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Online im Internet: www.fruehehilfen.de/bundesinitiative-fruehe-hilfen/rechtliche-grundlagen/. Zugriff: 2014-06-12.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfe (NZFH) (2013): Glossar. Prävention. Online im Internet: [www.fruehehilfen.de/serviceangebote-des-nzfh/glossar/?tx_contagged\[source\]=default&tx_contagged\[uid\]=186&tx_contagged\[index\]=P&tx_contagged\[controller\]=Term&cHash=926b0d856e4bb94de8f2c81ecda871f1](http://www.fruehehilfen.de/serviceangebote-des-nzfh/glossar/?tx_contagged[source]=default&tx_contagged[uid]=186&tx_contagged[index]=P&tx_contagged[controller]=Term&cHash=926b0d856e4bb94de8f2c81ecda871f1). Zugriff: 2013-12-04.

- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (2010): Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Online im Internet: www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/00696_NZFH_Modellprojekte_Ergebnisse.pdf. Zugriff: 2014-06-14.
- Schröder, J.-A. (2010): Kinderschutz und bzw. oder versus Frühe Hilfen. Online im Internet: www.supervision-schroeder.com/details.php?typ=js_news&idx=61 Zugriff: 2012-09-05.
- Stadt Stuttgart (2014): Frühe Förderung von Familien in Stuttgart. Online im Internet: www.stuttgart.de/item/show/408964. Zugriff: 2014-05-14.
- Stadt Stuttgart (2013): Frühe Förderung von Familien in Stuttgart: 3. Sachstandsbericht 2013. Online im Internet: www.stuttgart.de/img/mdb/item/356850/92366.pdf. Zugriff: 2014-05-14.
- Statistisches Bundesamt (2010): Alleinerziehende in Deutschland: Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Online im Internet: www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2010/Alleinerziehende/pressebroschuere_Alleinerziehende2009.pdf?__blob=publicationFile. Zugriff: 2014-10-14.
- Wiesner, R. et al. (2010): Stellungnahme. Frühe Hilfen. Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen der Kinder- und Jugendhilfe in der Kooperation mit der Gesundheitshilfe. Online im Internet: www.dijuf.de/tl_files/downloads/2010/Stellungnahme_SFK_1_Fruehe_Hilfen_v._18.03.2010.pdf. Zugriff: 2013-06-24.

Anhang

Anhang 1: Dokumentation der Willkommensbesuche

Dokumentation Willkommensbesuche																																																																	
Klinik:																																																																	
Monat:	Jahr:																																																																
																																																																	
Tag	Anzahl der verteilten Flyer																																																																
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Entbundene Frauen</th> <th>Schwangere Frauen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td></td></tr> <tr><td>18</td><td></td></tr> <tr><td>19</td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td></tr> <tr><td>21</td><td></td></tr> <tr><td>22</td><td></td></tr> <tr><td>23</td><td></td></tr> <tr><td>24</td><td></td></tr> <tr><td>25</td><td></td></tr> <tr><td>26</td><td></td></tr> <tr><td>27</td><td></td></tr> <tr><td>28</td><td></td></tr> <tr><td>29</td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td></tr> <tr><td>31</td><td></td></tr> </tbody> </table>	Entbundene Frauen	Schwangere Frauen	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
Entbundene Frauen	Schwangere Frauen																																																																
1																																																																	
2																																																																	
3																																																																	
4																																																																	
5																																																																	
6																																																																	
7																																																																	
8																																																																	
9																																																																	
10																																																																	
11																																																																	
12																																																																	
13																																																																	
14																																																																	
15																																																																	
16																																																																	
17																																																																	
18																																																																	
19																																																																	
20																																																																	
21																																																																	
22																																																																	
23																																																																	
24																																																																	
25																																																																	
26																																																																	
27																																																																	
28																																																																	
29																																																																	
30																																																																	
31																																																																	

Anhang 2: Besuchsprotokoll

Projekt Sonnenkinder	
Protokoll für intensivere Gespräche	
Ort	_____
Telefonat	<input type="checkbox"/>
Datum	_____
Besuchte Mutter:	
Vorname	_____
Nachname	_____
Schritt 1	
<input type="checkbox"/>	Projektvorstellung
<input type="checkbox"/>	Projekt bereits bekannt
_____	Zeitdauer Gespräch
_____	Zeitdauer sonstiges
Kategorien zur Situationsbeschreibung:	
<input type="checkbox"/>	kein Handlungsbedarf
<input type="checkbox"/>	fehlende Hebamme/Bedarf an Hebammenunterstützung
<input type="checkbox"/>	Psychische und körperliche Gesundheit der Mutter
<input type="checkbox"/>	Bedarf an Stillberatung
<input type="checkbox"/>	Gesundheit des Kindes (Entwicklung, Verpflegung)
<input type="checkbox"/>	Bedarf an Haushaltshilfe/Familienpflege
<input type="checkbox"/>	Alltagsorganisation
<input type="checkbox"/>	Erschließung sozialer Kontakte
<input type="checkbox"/>	Bedarf an Sprachkurs
<input type="checkbox"/>	Partnerschaft/familiäre Konstellation
<input type="checkbox"/>	Ablehnung des Kindes/Adoption
<input type="checkbox"/>	Sozialrechtliche und finanzielle Belange/Information/Vermittlung
<input type="checkbox"/>	sonstige Aufklärung/sonstiges Gespräch*
<input type="checkbox"/>	Weitervermittlung
Art der Weitervermittlung:	



Schritt 2

<input type="checkbox"/>	Mutter wurde nach dem ersten Gespräch zum Fall		
	Zeitdauer Gespräch		
	Zeitdauer sonstiges		

Kategorien zur Situationsbeschreibung:

<input type="checkbox"/>	kein Handlungsbedarf		
<input type="checkbox"/>	fehlende Hebamme/Bedarf an Hebammenunterstützung		
<input type="checkbox"/>	Psychische und körperliche Gesundheit der Mutter		
<input type="checkbox"/>	Bedarf an Stillberatung		
<input type="checkbox"/>	Gesundheit des Kindes (Entwicklung, Verpflegung)		
<input type="checkbox"/>	Bedarf an Haushaltshilfe/Familienpflege		
<input type="checkbox"/>	Alltagsorganisation		
<input type="checkbox"/>	Erschließung sozialer Kontakte		
<input type="checkbox"/>	Bedarf an Sprachkurs		
<input type="checkbox"/>	Partnerschaft/familiäre Konstellation		
<input type="checkbox"/>	Ablehnung des Kindes/Adoption		
<input type="checkbox"/>	Sozialrechtliche und finanzielle Belange/Information/Vermittlung		
<input type="checkbox"/>	sonstige Aufklärung/sonstiges Gespräch*		

<input type="checkbox"/>	Weitervermittlung		
--------------------------	-------------------	--	--

Art der Weitervermittlung:

Anhang 3: Instrument zur Dokumentation der im Projekt begleiteten Familien

Deckblatt Fallakte			
Fall-Nummer:	<input type="text"/>		
Betreuungsbeginn:	<input type="text"/>		
Auszufüllen bei Betreuungsbeginn:			
Krankenhaus:	<input type="text"/>		
Name Betreuerin:	<input type="text"/>		
Nachname Mutter :	<input type="text"/>	Geb. Datum:	<input type="text"/>
Vorname Mutter :	<input type="text"/>		
Alter der Mutter:	<input type="text"/>		
Kind bereits entbunden:	<input type="checkbox"/>		
Kind noch nicht entbunden:	<input type="checkbox"/>	SSW:	<input type="text"/>
Nachname Kind :	<input type="text"/>	Datum Geburt:	<input type="text"/>
Vorname Kind :	<input type="text"/>	Geschlecht:	<input type="text"/>
Stadtbezirk:	<input type="text"/>		
Wohnort (wenn außerhalb Stuttgart):	<input type="text"/>		
Migrationshintergrund:	Nein	<input type="checkbox"/>	
	Ja	<input type="checkbox"/>	
Bei Migrationshintergrund:			
Staatsangehörigkeit:	<input type="text"/>		
Aufenthaltsstatus:	Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/>	Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/>
	Visum	<input type="checkbox"/>	Duldung <input type="checkbox"/>
Allgemeine Angaben			
Familienstand:	ledig	<input type="checkbox"/>	verheiratet <input type="checkbox"/>
			verwitwet <input type="checkbox"/>
			geschieden <input type="checkbox"/>
			getrennt lebend <input type="checkbox"/>
			eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/>
Erstgebärend:	Ja	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
			Anzahl Kinder <input type="text"/>
Haushaltsstand:	allein lebend	<input type="checkbox"/>	mit (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/>
			WG <input type="checkbox"/>
Schulabschluss:	ohne Abschluss	<input type="checkbox"/>	allgemeiner Schulabschluss <input type="checkbox"/>
Berufsabschluss:	ohne Abschluss	<input type="checkbox"/>	abgeschl. Berufsausbildung <input type="checkbox"/>
Erwerbssituation (unmittelbar vor der Geburt):	Teilzeit erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	Hausfrau <input type="checkbox"/>
	Vollzeit erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	erwerbslos <input type="checkbox"/>
	Ausbildung/Studium	<input type="checkbox"/>	noch in Schule <input type="checkbox"/>
			arbeitslos <input type="checkbox"/>
			Mutterschutz/Elternzeit <input type="checkbox"/>
Bei Berufstätigkeit:	Berufsbezeichnung: <input type="text"/>		
Einkommensarten der Familie:	Erwerbseinkommen	<input type="checkbox"/>	Elterngeld <input type="checkbox"/>
	Alg I	<input type="checkbox"/>	Kindergeld <input type="checkbox"/>
	Sozialhilfe, Alg II (HartzIV)	<input type="checkbox"/>	Unterhaltszahlungen <input type="checkbox"/>
	Sonstiges:	<input type="text"/>	

Besondere Situation:		
	alleinerziehend	<input type="checkbox"/>
	schwierige finanz.Lage	<input type="checkbox"/>
	fehlendes familiäres/nachbarschaftl./freundschaftl.Netzwerk	<input type="checkbox"/>
	Keine / wenig soziale Unterstützung	<input type="checkbox"/>
	Minderjährige Schwangere	<input type="checkbox"/>
	ohne Deutschkenntnisse	<input type="checkbox"/>
	ohne Kenntnisse d. deutschen Hilfesystems	<input type="checkbox"/>
	wenig Kenntnisse über Angebote d. medizinischen / psychosozialen Versorgung	<input type="checkbox"/>
	wenig Kenntnisse über Pflege, Ernährung, sozialeemotionale Bedürfnisse v. Babys	<input type="checkbox"/>
	unzureichende Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/>
	Lebend bei Eltern/Schwiegereltern	<input type="checkbox"/>
	Fehlende Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>
	Unerwünschte Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>
	Problematische Familiengeschichte (z.B. Gewalt)	<input type="checkbox"/>
	3 und mehr Kinder in der Familie unter 5 Jahren	<input type="checkbox"/>
	Soziale Belastungen (z.B. dissoziales Umfeld)	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges: _____	
	trifft nichts zu	<input type="checkbox"/>
Risikofaktoren:		
Merkmale des Kindes:		
	Unsicheres Bindungsverhalten	<input type="checkbox"/>
	Erhöhter Betreuungsbedarf (Erkrankung/Behinderung)	<input type="checkbox"/>
	Entwicklungsbeeinträchtigung / Verhaltensauffälligkeit	<input type="checkbox"/>
	Frühgeburt	<input type="checkbox"/>
	Aufnahme Kinderklinik/Kinderstation	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges: _____	
	trifft nichts zu	<input type="checkbox"/>
Merkmale bei den Eltern:		
	Eigene Erfahrungen mit Misshandlung/Vernachlässigung	<input type="checkbox"/>
	Gesundheitl. Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>
	Psychische Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>
	Intellektuelle Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>
	Soziale Belastungsfaktoren	<input type="checkbox"/>
	Probleme bei Alltagsbewältigung	<input type="checkbox"/>
	Geburt als schwere/ traumatisierende	<input type="checkbox"/>
	Alkohol/ Drogensucht beider Eltern/eines Elternteils	<input type="checkbox"/>
	Konfliktvolle Beziehung der Eltern/ Beziehungsstörung	<input type="checkbox"/>
	Eingeschränkte Fähigkeit beim Umgang	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges: _____	
	trifft nichts zu	<input type="checkbox"/>

Einschätzung der Kompetenz der Eltern						Kann ich nicht beantw.
	Sehr gut	Eher gut	Teils / Teils	Eher schlecht	Sehr schlecht	
Bewältigung Alltag (Haushalt, Finanzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienleben (Kinderbetreuung, Organisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung des Kindes (Pflege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaktion mit Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche Situation (Gesundheit, Stress)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kenntnisse des deutschen Hilfesystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereitschaft Hilfe zu suchen / anzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fallakte		
Fall-Nummer:	=Deckblatt!R48Deckblatt!B3	füllt sich aus Deckblatt automatisch
Krankenhaus:		füllt sich aus Deckblatt automatisch
Name Betreuerin:		füllt sich aus Deckblatt automatisch
Nachname Mutter:		füllt sich aus Deckblatt automatisch
Vorname Mutter:		füllt sich aus Deckblatt automatisch
Adresse:		
Straße		
Ort		
Telefon:		
Familienstruktur:		
Vater / Partner:		
Kinder (Alter):		
Bezugspersonen:		
Sonst. Beratungskontakte:		

Deckblatt Fallakte

Fall-Nummer:

Betreuungsbeginn:

Auszufüllen nach Betreuungsende:

Beendigungsgrund

Ende der Betreuung: einvernehmlich

Abbruch durch Mutter

Abbruch durch Vater

Abbruch durch Sonnenkinder

Sonstiges (z.B. Wegzug)

Gründe für Abbruch:

Weitergehende Hilfen

keine weitere Hilfe erforderlich

weitere Hilfe erforderlich

Welche Hilfe?

Kinderschutzfall

Befähigung der Eltern nach Beendigung

	Sehr gut	Eher gut	teils/teils	Eher schlecht	Sehr schlecht	Kann ich nicht beantw.
Bewältigung Alltag (Haushalt, Finanzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienleben (Kinderbetreuung, Organisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung des Kindes (Pflege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaktion mit Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche Situation (Gesundheit, Stress)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kenntnisse des deutschen Hilfesystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereitschaft Hilfe zu suchen / anzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang 4: Instrument zur Befragung der Teilnehmer/innen der Gruppenangebote

Fragebogen zur Erfassung Ihrer Zufriedenheit mit dem Müttercafé

Welches Gruppenangebot nutzen Sie?

- Müttercafé der St. Anna Klinik (Frau Thömmes)
- Müttercafé des Stadtteilhauses (Frau Thömmes)
- Müttercafé für junge Mütter (Frau Walper)

1. Personenbezogene Angaben

Nationalität: _____

Alter: _____

Familienkonstellation:

- Ledig
- Verheiratet
- Eingetragene Partnerschaft
- Geschieden
- Getrennt lebend
- Verwitwet

Alter des Kindes zum Zeitpunkt des Erstbesuchs des Müttercafés: _____ Monate

2. Zugang zum Angebot

☞ Aus welchen Gründen nehmen Sie an den Müttercafés teil?

3. Zufriedenheit mit dem Angebot

Wie zufrieden sind Sie mit...	sehr	eher ja	mittel	eher nein	gar nicht
... den Inhalten der Gruppenangebote?					
... dem Ablauf und dem Aufbau der Angebote?					
... der Vielfalt der Themen/Aktivitäten?					
... dem Einbezug Ihrer Wünsche und Bedürfnisse?					
... den Tipps/Informationen, die Sie erhalten haben?					

Wie zufrieden sind Sie mit...	sehr	eher ja	mittel	eher nein	gar nicht
... der Kompetenz der Kursleiterin?					
... dem Engagement der Kursleiterin?					
... dem entgegengebrachten Respekt/Verständnis?					
... der Betreuung durch die Gruppenleiterin insgesamt?					

Wie zufrieden sind Sie mit...	sehr	eher ja	mittel	eher nein	gar nicht
... der Erreichbarkeit (z.B. Lage) der Angebote?					
... den Räumlichkeiten (Ausstattung, Atmosphäre)?					
... der Bewirtung?					

4. Nutzen aus den Angeboten

Was gefällt Ihnen am Müttercafé besonders?

Was nehmen Sie persönlich aus Ihrer Teilnahme an den Müttercafés mit?

Wie profitiert Ihr Familienleben und/oder Ihr Kind vom Besuch der Müttercafés?/Was aus dem Müttercafé können Sie „mit nach Hause“ nehmen?

5. Verbesserungsvorschläge und sonstige Anmerkungen


Was hat Ihnen in den Müttercafés gefehlt?/Was gefällt Ihnen nicht so gut am Müttercafé? Haben Sie Verbesserungsvorschläge?

☞ Was möchten Sie der Gruppenleiterin und den Helferinnen sonst noch mit auf den Weg geben?







Anhang 6: Instrument zur Befragung der Eltern am Endzeitpunkt der Begleitung







Liebe Eltern,







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



Welche/s Beratungsangebot/e nehmen bzw. nahmen Sie in Anspruch?					
Einzelbetreuung	<input type="checkbox"/>				
Gruppenangebot	<input type="checkbox"/>				
Amb. Familienunterstützung	<input type="checkbox"/>				

		Sehr zufrieden 	Eher zufrieden 	Teils/ Teils 	Eher unzufrieden 	Gar nicht zufrieden 	Kann ich nicht 
Wie zufrieden waren Sie mit...							
... der Häufigkeit der Beratungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Verlässlichkeit der Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere Anmerkungen zum Thema Häufigkeit und Verlässlichkeit (zu beispielsweise Wartezeit bis zum nächsten Treffen, Verlässlichkeit, Flexibilität und Erreichbarkeit der Mitarbeiterin):							

							
Wie zufrieden waren Sie mit...							
... den Inhalten und der Qualität der Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dem Einbezug ihrer Wünsche und Bedürfnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Tipps/Informationen, die Sie erhalten haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere Anmerkungen (zu beispielsweise Qualität der Hilfe, Abstimmung der Hilfe auf meine Bedarfe, Tipps/Informationen für weitere Hilfen, Einbezug der Wünsche und Vorschläge, Nachvollziehbarkeit):							

							
Wie zufrieden waren Sie mit...							
... der Kompetenz der Mitarbeiterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dem Engagement der Mitarbeiterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dem entgegengebrachten Respekt/Verständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere Anmerkungen (zu beispielsweise Verständnis und Engagement der Mitarbeiterin für meine Situation, Ermutigung, Gefühl, ernst genommen zu werden, Atmosphäre, Respekt, Wertschätzung, Offenheit, Vertraulichkeit):							

Fühlen Sie sich durch die Hilfeleistung jetzt besser informiert?																				
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>																	
Wie schätzen Sie Ihre Bereitschaft ein, Unterstützung zu suchen...																				
...von Angehörigen/Freunden/Bekanntten	<input type="checkbox"/>	Sehr hoch	<input type="checkbox"/>	Hoch	<input type="checkbox"/>	Mittel														
...von sozialen Diensten (Behörden/Ämter, Ärzten usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weniger	<input type="checkbox"/>	Gar nicht														
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kann ich nicht														
Stellen Sie auf einer Skala dar, wie sie folgende Dinge nach der Hilfeleistung einschätzen:																				
Bewältigung des Alltags (Haushalt, Finanzen)	<input type="checkbox"/>	Sehr gut	<input type="checkbox"/>	Eher gut	<input type="checkbox"/>	Teils / Teils														
Familienleben (Kinderbetreuung, Organisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eher schlecht	<input type="checkbox"/>	Sehr schlecht														
Versorgung des Kindes (Pflege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kann ich nicht beantw.														
Erziehung des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Persönliche Situation (Gesundheit, Stress)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Stellen Sie auf einer Skala dar, wie sie folgende Dinge nach der Hilfeleistung einschätzen:																				
	<input type="checkbox"/>	trifft voll zu	<input type="checkbox"/>	trifft eher zu	<input type="checkbox"/>	teils/teils														
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/>	trifft überhaupt nicht zu														
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kann ich nicht beantw.														
Themenblock I: Lebenszufriedenheit, Ressourcen, Selbstwirksamkeit (von allen auszufüllen)																				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Ich bin mit meinem gegenwärtigen Leben zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Ich bin mit meiner finanziellen Situation zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Ich bin mit meiner Wohnsituation zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Ich habe genug Selbstvertrauen, um meine Probleme anzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Manchmal habe ich das Gefühl, als ob ich nicht alles geschafft habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Ich bin fest davon überzeugt, dass ich alle Fähigkeiten habe, eine gute Mutter zu sein/zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Ich fühle mich erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Ich fühle mich mit meinen Problemlagen allein gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Ich fühle mich über die Angebote und Hilfen, die es für Familien gibt, gut informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Es war/ist schwierig für mich, Hilfe von anderen anzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Meine Familie unterstützt mich, wenn ich Hilfe brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Ich habe Vertrauen in die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ja	nein				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
	ja	nein																		
Kennen Sie privat Menschen, die Ihnen einen guten Arzt empfehlen können?																				
Kennen Sie privat Menschen, die Ihnen im Haushalt helfen können?																				
Kennen Sie privat Menschen, die Sie bei der (zukünftigen) Kindererziehung/-pflege um Rat fragen können?																				
Befinden Sie sich zurzeit in einer Partnerschaft?																				
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ja	nein				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
	ja	nein																		
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: Sind Sie mit Ihrer Partnerschaft zufrieden?																
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

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

Anhang 7: Instrument der Netzwerkanalyse

Sonnenkinder - Gesund und geborgen aufwachsen in Stuttgart



Institut für angewandte Sozialwissenschaften

Fragebogen zur Erfassung der Kooperationspartner (auszufüllen durch das Projektteam)

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

- Einrichtung/ Träger _____
 Gremium/Arbeitskreis _____

2. Abteilung

3. Anschrift der Einrichtung
Straße:

PLZ:

Ort:

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

- stationär „Komm-Struktur“/ambulant „Geh-Struktur“/aufsuchend
 Anmerkung _____

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

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

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

- einmalig ca. 1x im halben Jahr ca. 1x im Quartal ca. 1x im Monat
 nahezu wöchentlich

8. Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

- informeller od. fachlicher Austausch (z.B. auch Arbeitskreise)
 gemeinsame Fallbearbeitung
 Fallvermittlung/-abgabe oder -übernahme
 sonstige Beziehungsarten: _____

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

- schlecht eher schlecht mittel eher gut gut

Anmerkungen:

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

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

Anhang 8: Tätigkeitsnachweise der Mitarbeiterinnen

Tätigkeitsbericht



Name:

Monat:

Jahr:

Aktiv betreute Fälle:

davon:

Anzahl

Anzahl

Neuzugänge:

Beendigungen:

Doppel betreute Fälle:

dabei: fallverantwortliche Fachkraft

nicht fallverantwortliche Fachkraft

Anzahl fallverantwortlicher Fälle seit Einstellungsbeginn:

Tag	Dauer In h (0,25; 0,5; 0,75; 1,0; ...)	Fallbezogene Tätigkeitskategorie					Beratungsort				Projektbezogene Tätigkeitskategorie								
		Unmittelbare Arbeit mit Familien	Fallspezifische Arbeit mit Kooperationspartnern	Dokumentation	Fallspez. Büroarbeit/ Teamarbeit	Fahrzeit	Klinik	Ambulante Beratung	Begleitung zu Dritten	Zuhause	Telefon	Sonstige Arbeit mit Kooperationspartnern	Organisation/ Durchführung von bzw. Teilnahme an Fortbildungen	Öffentlichkeitsarbeit	Projektbezogene Büro-/ Teamarbeit (Organisation)	Klinik	Erst- und Zweitkontakt in der	Ehrenamt	Organisation/ Durchführung von Gruppenangeboten
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			
31																			

Anhang 9: Leitfaden für die Gruppendiskussion mit den Projektmitarbeiterinnen I

Einstieg		Das folgende Gespräch haben wir in vier thematische Schwerpunkte unterteilt: Teamarbeit, Die Arbeit mit Klienten, Arbeitsstrukturen, Projektverlauf. Zu jedem Thema fragen wir sie nach positiven und negativen Erfahrungen. Die Idee einer Gruppendiskussion ist es, latente und häufig unbewusste Problemfelder und Wissensbestände herausarbeiten zu können. Es handelt sich daher nicht um ein Interview; stattdessen wollen wir Sie zu einer Diskussion anregen. Diskutieren wollen wir mit Ihnen über ihren Umgang mit den jeweiligen Situationen in ihrer Team- und Klientenarbeit sowie über strukturelle Rahmenbedingungen und bestimmte Situationen im Projektverlauf.
	Teamarbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Was macht für Sie eine gelungene Teamarbeit aus? - Was erleben Sie als gut in ihrer Teamarbeit? - Was haben Sie bislang als weniger gut in ihrer Teamarbeit erlebt? - Wie sind Sie mit den schwierigen Situationen umgegangen?
	Klientenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Worin würden Sie den Erfolg des Projekts im Hinblick auf Ihre Klienten festmachen? - Was waren für sie bislang besondere Highlights in ihrer Arbeit mit Klienten? - Was haben Sie hingegen eher als hinderlich erlebt? - Wie sind sie mit diesen Hindernissen umgegangen?
	Arbeitsstrukturen	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Arbeitsbedingungen sind Ihrer Meinung nach wichtig für den gelingenden Ablauf? - Welche Strukturen würden Sie in ihrer Arbeit als förderlich bezeichnen? - Welche Strukturen sind Ihrer Meinung nach eher hinderlich bzw. störend? - Wie gehen Sie mit diesen hinderlichen Strukturen um?
	Projektverlauf	<ul style="list-style-type: none"> - Was zeichnet Ihrer Meinung nach einen gelingenden Projektverlauf aus? - Was empfanden sie bislang als gut, bzw. gelungen, im Projektverlauf? - Was fanden sie eher schlecht im Projektverlauf? - Wie sind sie mit den Problemen im Projektverlauf bislang umgegangen?

Anhang 10: Leitfaden für die Gruppendiskussion mit den Projektmitarbeiterinnen II

	Einstiegsfragen/Leitfragen/ narrative Erzählaufforderungen	Unterfragen/Check – wurde das erwähnt	Konkrete Fragen/ Weiterführende Fragen
	<p>I. Gruppenangebote Betrachtet man das Netzwerk der Frühen Hilfen in Stuttgart hat es so den Anschein, dass es sehr viele Angebote für (werdende) Mütter bzw. Eltern in Stuttgart gibt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Was erhoffen Sie sich mit der Durchführung dieses Angebots? - Direkte Frage an Thömmes & Schenk: Was erwarten Sie sich von der Durchführung der Gruppenangebote? - Was unterscheidet ihr Müttercafé von den anderen Eltern- und Familienangeboten in Stuttgart? Wodurch heben sich die Angebote von anderen Familienangeboten ab? 		
	<p>Können Sie mir einen idealtypischen Ablauf eines Treffens schildern?</p>		
Kurze Beschreibung der Gruppenangebote	Auf welche Rahmenbedingungen ist bei der Planung und Gestaltung der Müttercafés zu achten?	<ul style="list-style-type: none"> - Aspekte der Vor- und Nachbereitung - Welche Arbeitsweisen und Kommunikationsformen werden schwerpunktmäßig angewendet? - Was sind Inhalte und Themen der Müttercafés? - Inwiefern werden die Mütter bei der Gestaltung der Müttercafés beteiligt? 	

Zielgruppe	Wie lässt sich die Zielgruppe beschreiben?	<ul style="list-style-type: none"> - Alter, Status, Familien in besonderen Lebenslagen etc. - Teilnahmemotive der Mütter - Einschätzung des Nutzens für die Mütter 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie wird die Zielgruppe erreicht/angesprochen/akquiriert? - Werden alle Mütter angesprochen oder nur spezifische Zielgruppen? Warum?
Akquise der Mütter	Wie wird die Zielgruppe erreicht/angesprochen/akquiriert ?		<ul style="list-style-type: none"> - Werden alle Mütter angesprochen oder nur spezifische Zielgruppen? Warum?
Erfahrungen	Welche Faktoren tragen ihrer Meinung nach für ein Gelingen der Müttercafés bei? Was sind die Kernaspekte für das Gelingen der Angebote? Was sind Hemmfaktoren ?		<ul style="list-style-type: none"> - Wie geht man mit aufkommenden Schwierigkeiten um?
Bewertung	Wie würden sie die Gruppenangebote bislang bewerten und warum?	<ul style="list-style-type: none"> - Was waren bisherige Erfolge? - Was waren Misserfolge? - Was blieb unverändert? 	
<p>II. Ehrenamt Aus unseren vergangenen Gesprächen ist mir bekannt, dass es schwierig ist, FamilienpatInnen zu gewinnen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - An was machen Sie den Misserfolg fest? 			
Erfahrungen	Bestehen bereits Erfahrungen mit dem Einsatz von Ehrenamtliche im Projekt? Wenn ja, welche?	<ul style="list-style-type: none"> - Wo werden Ehrenamtliche bislang eingesetzt? - Chancen - Grenzen/Risiken 	

Werben für das Thema Ehrenamt	Welche Strategien haben Sie bislang genutzt, um Ehrenamtliche zu werben?		<ul style="list-style-type: none"> - Sind Schulungen oder Fortbildungen von Ehrenamtliche vorgesehen? Wenn ja in welchen Bereichen? - Besteht hierzu bereits ein Konzept? Wenn ja, könne Sie mir das schildern? - Was denken Sie ist wichtig, um die Motivation von Ehrenamtlichen aufrechtzuerhalten?
Aufgaben der Hauptamtlichen	Wo sehen Sie ihre Aufgabe in der Betreuung von Ehrenamtlichen ?	<ul style="list-style-type: none"> - Sind Schulungen oder Fortbildungen von Ehrenamtliche vorgesehen? Wenn ja in welchen Bereichen? - Besteht hierzu bereits ein Konzept? Wenn ja, könne Sie mir das schildern? 	<ul style="list-style-type: none"> - Was denken Sie ist wichtig, um die Motivation von Ehrenamtlichen aufrechtzuerhalten?
Charakteristika Ehrenamtlicher	Wie charakterisiert sich eine idealtypische FamilienpatIn , die bei den Sonnenkindern tätig sein soll?	<ul style="list-style-type: none"> - Kompetenzen - Alter - Status 	<ul style="list-style-type: none"> - Im Hinblick welcher Aufgabenbereiche ist der Einsatz von ehrenamtlichen Kräften geplant?
Zukunft	<ul style="list-style-type: none"> - Wie stellen Sie sich das Thema Ehrenamt in der Zukunft vor? 		

Anhang 11: Leitfaden für die Gruppendiskussion mit den Projektmitarbeiterinnen III

	Einstiegsfragen/Leitfragen/ narrative Erzählaufforderungen	Gedankenstütze (Ziele und Risiken laut Workshop und Gruppendiskussion im Frühjahr und Sommer 2012)
Teamarbeit	<p>Wie erlebten Sie seit Beginn Ihrer Tätigkeit bei den Sonnenkindern bis zum heutigen Zeitpunkt die Arbeit im Team?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Was erleben Sie als gut in ihrer Teamarbeit? - Was haben Sie bislang als weniger gut in ihrer Teamarbeit erlebt? - Wie sind Sie mit den schwierigen Situationen umgegangen? - Inwiefern sind die im damaligen Workshop benannten Risiken eingetroffen (siehe rechts)? - Inwiefern wurden die im damaligen Workshop benannten Teamziele erreicht (siehe rechts)? - Welche Faktoren haben schlussendlich für eine positive Teamentwicklung beigetragen? 	<p><u>Ziele:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Schaffung von Basiswissen für alle MitarbeiterInnen - Gute Teamerweiterung durch die neu hinzugekommenen MitarbeiterInnen <p><u>Risiken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Untergruppenbildung - Konkurrenz - Unterschiedlichkeit wird nicht als Bereicherung gesehen - Verzahnung mit SkF (unterschiedliche Arbeitsstrukturen, unklarer Auftrag)
Klientenarbeit	<p>Wie bewerten Sie seit Beginn Ihrer Tätigkeit bei den Sonnenkindern bis zum heutigen Zeitpunkt die Arbeit mit Familien?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Worin würden Sie den Erfolg des Projekts im Hinblick auf Ihre Klienten festmachen? - Was haben Sie weiterhin als hinderlich in der Arbeit mit Familien erlebt (Sprachbarrieren, Ablehnung durch Vater/Mutter, Fremdheit der Beratungsmöglichkeiten für die Mütter)? 	<p><u>Ziele:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Familien/Frauen erhalten eine gute und effektive Beratung/Begleitung - Regelmäßige Fallarbeit <p><u>Risiken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervention vor Prävention - Quantität vor Qualität - Fehleinschätzung des Teams bezüglich Hilfebe-

	<ul style="list-style-type: none"> - Wie sind sie mit diesen Hindernissen umgegangen? - Inwiefern wurden die im damaligen Workshop benannten Klientenziele erreicht (siehe rechts)? - Inwiefern sind die im damaligen Workshop benannten Risiken eingetroffen (siehe rechts)? <p>Inwiefern ziehen Sie den Vater in die Unterstützungsleistung mit ein?</p>	<p>darf der jeweiligen Familien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zugang über Klinik kann bei den Familien als störend erlebt werden
Arbeitsstrukturen	<p>Wie bewerten Sie seit Beginn Ihrer Tätigkeit bei den Sonnenkindern bis zum heutigen Zeitpunkt Ihre Arbeitsbedingungen beim Projekt Sonnenkinder?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welche Strukturen würden Sie in ihrer Arbeit als förderlich bezeichnen? - Welche Strukturen sind Ihrer Meinung nach eher hinderlich bzw. störend (Arbeitsplatzausstattung, fehlende Fallbesprechung mit Klinikpersonal etc.)? - Wie gehen Sie mit diesen hinderlichen Strukturen um? - Inwiefern wurden die im damaligen Workshop benannten Ziele erreicht (siehe rechts)? - Inwiefern sind die im damaligen Workshop benannten Risiken eingetroffen (siehe rechts)? 	<p>Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unsere Außenwirkung ist gut und trägt dazu bei, dass wir als gleichberechtigte Kooperationspartner gesehen werden - Klares Profil des Projekts und der Mitarbeiter <p>Risiken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Team Sonnenkinder wird nicht ernst genommen - Fälle werden „zugeschoben“ - Alleinstellungsmerkmal gelingt nicht

Anhang 12: Leitfaden für die Gruppendiskussion mit den Familienpatinnen

	Einstiegsfragen/Leitfragen/ narrative Erzählauforderungen	Unterfragen/Check
Entscheidungszeit-raum bzw. Beginn des Ehrenamts	Was hat Sie dazu motiviert , sich gerade bei den <i>Sonnenkindern</i> ehrenamtlich einzubringen? /Weshalb engagieren Sie sich gerade bei den Sonnenkindern?	<ul style="list-style-type: none"> - Zugang: Wie sind Sie auf die Möglichkeit des Ehrenamts bei den <i>Sonnenkindern</i> aufmerksam geworden? - Erwartungen: Welche Erwartungen und Vorstellungen hatten bzw. haben Sie an Ihr Ehrenamt? - Persönliche Ziele: Was sind Ihre persönlichen Ziele in Ihrer Arbeit als Familienpatin? - Erfahrungen mit Ehrenamt: <ul style="list-style-type: none"> ○ Haben Sie bereits Erfahrungen mit dem Ehrenamt gesammelt? ○ Wenn ja, in welchem Kontext haben Sie diese Erfahrungen gesammelt? ○ Wenn ja, wie sind Ihre Erfahrungen mit der ehrenamtlichen Arbeit? (gut/schlecht)? ○ Haben die Erfahrungen Ihre Entscheidung zum Ehrenamt in irgendeiner Form beeinflusst? Wenn ja, inwiefern?
Aufgaben	Was sind Ihre Aufgaben im Projekt <i>Sonnenkinder</i> ?	<ul style="list-style-type: none"> - Was gehört alles mit dazu?
Gestaltung der Arbeit als Familienpatin	Welche Rahmenbedingungen und äußere Faktoren sind Ihnen wichtig, dass Sie Ihren genannten Aufgaben gewissenhaft und gerne als Familienpatin nachkommen können? /Also unter welchen Bedingungen möchten Sie arbeiten?	<ul style="list-style-type: none"> - Was ist davon die (Mindest-)Voraussetzung dafür, dass Sie sich ehrenamtlich engagieren? - Einarbeitung: Wurden Sie eingearbeitet? Wenn ja, wie wurden Sie eingearbeitet? - Anschluss an das hauptamtliche Team: Inwiefern besteht Kontakt zu den hauptamtlichen Mitarbeiterinnen/ zum hauptamtlichen Team? - Nachhaltigkeit: Sind diese genannten Faktoren auch die Faktoren, die Sie vorfinden möchten, dass Sie längerfristig mit dabei sind?

		<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserungsbedarf: Fehlen Ihnen bei den <i>Sonnenkindern</i> bestimmte Rahmenbedingungen, dass Sie sich gut einbringen und gut arbeiten können? Wenn ja, welche? - Entwicklungsbedarf: Also was sollte zukünftig in der Arbeit mit Familienpatinnen (z.B. bzgl. Steuerung) verbessert werden?
Bewertung der Arbeit als Familienpatin	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer ehrenamtlichen Arbeit im Projekt <i>Sonnenkinder</i> ? Warum?	<ul style="list-style-type: none"> - Gibt es etwas was Sie stört? Wenn ja, was stört Sie bzw. gefällt Ihnen weniger in Ihrer Arbeit als Familienpatin? - Persönlicher Anspruch: Inwiefern erfüllt Ihre Arbeit als Familienpatin Ihre persönlichen Ansprüche an eine ehrenamtliche Tätigkeit? - Persönlicher Profit: In welcher Weise bekommen Sie etwas für Ihr Engagement „zurück“? - Chancen: Worin sehen Sie für sich selbst Chancen im Ehrenamt? - Herausforderungen: Worin sehen Sie für sich selbst die Herausforderungen in Ihrer Arbeit als Familienpatin? - Umgang: Wie gehen Sie mit den Herausforderungen/Schwierigkeiten um?
Bewertung des Projekts	<p>Wie beurteilen Sie das Projekt <i>Sonnenkinder</i>?</p> <p>Wie bewerten Sie das Ehrenamt für das Projekt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gibt es Inhalte und Verfahrensweisen, die Sie bzw. die Familien besonders schätzen? - Gibt es Inhalte und Verfahrensweisen, die Ihnen bzw. den Familien weniger gut gefallen? - Gibt es Inhalte und Verfahrensweisen, die Ihrer Meinung nach fehlen? Wo sehen Sie im Projekt <i>Sonnenkinder</i> Entwicklungsbedarf? - Chancen: Inwiefern bereichern Sie mit Ihrer ehrenamtlichen Arbeit das Projekt? - Herausforderungen: Inwiefern könnte ihr ehrenamtliches Engagement ein Risiko für das Projekt darstellen?