



in Kooperation mit der



# Jahresbericht 2007

**Implementationsforschung**

**und**

**Biopsychosoziale Evaluation**

**zum Modellprojekt**



# Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Angaben zum Modellprojekt .....	5
2. Arbeitsschritte der Projektpraxis im Berichtszeitraum .....	6
3. Begleitforschungskonzepte und -instrumente .....	7
3.1 Implementationsforschung .....	8
3.1.1 Funktionen der Implementationsforschung .....	8
3.1.2 Ebenen der Implementationsforschung .....	9
3.2. Konzept und Ebenen der Evaluationsforschung .....	10
3.3 Stand der Entwicklung der Erhebungsinstrumente .....	11
4. Ergebnisse der Begleitforschung im Berichtszeitraum .....	14
4.1 Zielgruppenakquise .....	14
4.2 Zugangswege in das Modellprojekt .....	18
4.3 Merkmale der Zielgruppe .....	19
4.4 Gründe für die Nichtaufnahme von überwiesenen Frauen .....	21
4.5 Merkmale der Ausfälle .....	23
4.6 Stand der Umsetzung der Hausbesuche .....	24
4.7 Ergebnisse zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Modellprojekt Pro Kind (t0) .....	28
4.8 Effektivität der pränatalen Intervention – Erste Befunde zum t0-t1-Vergleich .....	41
4.9 Ausblick .....	48
5. Öffentlichkeitsarbeit .....	49

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Verbleib der Teilnehmerinnen in Niedersachsen .....	14
Abb. 2: Verteilung der Teilnehmerinnen auf die niedersächsischen Kommunen.....	15
Abb. 3: Zielgruppenakquise in Niedersachsen im Ist/Soll-Vergleich.....	16
Abb. 4: Verbleib der Teilnehmerinnen in Bremen.....	16
Abb. 5: Verteilung der Teilnehmerinnen auf die Kommunen in Bremen.....	17
Abb. 6: Zielgruppenakquise in Bremen im Ist/Soll-Vergleich .....	17
Abb. 7: Zugangswege in Niedersachsen (N=117) .....	18
Abb. 8: Zugangswege in Bremen (N=86) .....	19
Abb. 9: Nationalität und Migrationshintergrund.....	20
Abb. 10: Schwangerschaftsstatus der Teilnehmerinnen (Pro Kind: N =169).....	21
Abb. 11: Engagement, Interesse und Verständnis in Niedersachsen .....	25
Abb. 12: Engagement, Interesse und Verständnis in Bremen.....	26
Abb. 13: Vorliegen einer chronischen Erkrankung bei den Teilnehmerinnen.....	28
Abb. 14: Selbsteingeschätzte Stressbelastung der Teilnehmerinnen in der DASS-21 (Köppe, 2001).....	29
Abb. 15: Selbsteingeschätzte Depressionsbelastung der Teilnehmerinnen in der DASS-21 (Köppe, 2001).....	30
Abb. 16: Selbsteingeschätzte Angstbelastung der Teilnehmerinnen in der DASS-21 (Köppe, 2001).....	30
Abb. 17: Eigene Bindungs- und Beziehungstraumata, Gewalterfahrungen und Angst vor Gewalt .....	32
Abb. 18a: Selbsteinschätzung der pränatalen Bindung (MAAS-Gesamtskalenwert).....	32
Abb. 18b: Selbsteinschätzung der pränatalen Bindungsqualität (MAAS-Skalenwert Bindungsqualität) .....	33
Abb. 18c: Selbsteinschätzung der pränatalen Mutter-Kind-Bindungsintensität (MAAS-Skalenwert Bindungsintensität).....	33
Abb. 19: Selbsteinschätzung der elterlichen Selbstwirksamkeit und der Elternkompetenz ....	34
Abb. 20: Verteilung der Teilnehmerinnen nach ihrem Schulabschluss .....	35
Abb. 21: Prozentualer Anteil der Ausbildungsabschlüsse bei den Teilnehmerinnen .....	35
Abb. 22: Prozentualer Anteil der Erwerbstätigkeit bei den Teilnehmerinnen .....	36
Abb. 23: Wohnsituation der Teilnehmerinnen: Personen im Haushalt.....	36
Abb. 24: Größe des informellen Netzwerkes .....	37
Abb. 25: Häufigkeit persönlicher Kontakte im informellen Netzwerk.....	38
Abb. 26: Eingeschätzte emotionale, instrumentelle und informative Unterstützungsqualität .	39
Abb. 27: Inanspruchnahme sozialstaatlicher Angebote im formellen Netzwerk.....	40
Abb. 28: Zusammenfassende Übersicht über das Vorliegen von Risikofaktoren bei den Teilnehmerinnen.....	41
Abb. 29: Selbsteingeschätzte Regelmäßigkeit der Ernährung in der Schwangerschaft.....	42
Abb. 30: Selbsteingeschätzte Häufigkeit des Auswärtsessens in der Schwangerschaft .....	43
Abb. 31: Selbsteingeschätztes Vorliegen von Schlafproblemen in der Schwangerschaft .....	43
Abb. 32: Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag während der Schwangerschaft .....	44
Abb. 33: Stressbelastung im Verlauf der Schwangerschaft .....	44
Abb. 34: Angstbelastung im Verlauf der Schwangerschaft .....	45
Abb. 35: Selbsteingeschätzte Pränatale Mutter-Kind-Bindung (Gesamtskala, bestehend aus den Subskalen „pränatale Bindungsqualität“ und „pränatale Bindungsintensität“).....	46
Abb. 36: Selbsteingeschätzte pränatale Bindungsqualität.....	46

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Ebenen der Implementationsforschung.....	9
Tab. 2: Zielzahlen in Niedersachsen .....	15
Tab. 3: Zielzahlen in Bremen .....	17
Tab. 4: Alterstruktur der Teilnehmerinnen in Niedersachsen und Bremen .....	19
Tab. 5: Gründe für die Nichtaufnahme von Teilnehmerinnen in Bremen .....	22
Tab. 6: Gründe für die Nichtaufnahme von Teilnehmerinnen in Niedersachsen.....	22
Tab. 7: Merkmale der Ausfälle .....	24
Tab. 8: Anteil der verbrachten Zeit in den Domänen in der Schwangerschaft .....	27
Tab. 9: Anteil der verbrachten Zeit in den Domänen in der Säuglingsphase.....	27

# 1. Allgemeine Angaben zum Modellprojekt

„Pro Kind – Wir begleiten junge Familien“ ist ein Modellprojekt, das sich die Prävention familiärer und kindlicher Probleme - insbesondere die Verhinderung kindlicher Vernachlässigung und des Kindesmissbrauchs sowie die Förderung sozialer Integration - zum Ziel gesetzt hat. Es basiert auf der Konzeption des in den USA seit fast 30 Jahren erfolgreich etablierten und evidenzbasierten Hausbesuchsprogramms „Nurse Family Partnership (NFP)“ zur frühen Förderung von jungen, in finanzieller und sozialer Hinsicht benachteiligten Familien. Diese werden kontinuierlich durch „Nurses“ (entspricht dem Berufsbild der Familiengesundheitsschwester) betreut und unterstützt. Die Hausbesuche beginnen bereits vor der Geburt des ersten Kindes und werden bis zu dessen zweiten Geburtstag fortgesetzt. Auch im Modellprojekt „Pro Kind – Wir begleiten junge Familien“ werden Maßnahmen der aufsuchenden, klientenzentrierten Beratung von schwangeren Frauen durch professionelle Familienbegleiterinnen im Rahmen einer differenzierten Einzelfallbetreuung durchgeführt. Die Umsetzung erfolgt in Form zweier unterschiedlicher Projektvarianten, die sich hinsichtlich ihres Familienbegleitungsmodus voneinander unterscheiden. Bei der ersten Variante übernimmt ein Team aus Familienbegleiterinnen, jeweils bestehend aus einer Hebamme und einer Sozialpädagogin, die Hausbesuche. Dagegen werden bei der zweiten Variante die Frauen und ihre Familien - in engerer Anlehnung an das NFP-Konzept - durchgehend von einer Familienbegleiterin (Hebamme) betreut. In Niedersachsen und Sachsen werden beide Varianten erprobt und in Bremen wird ausschließlich die zweite Variante umgesetzt.

Das Programm dient auf der Ebene des Kindes der Förderung der emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklung sowie der Prävention von Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch, indem es die Eltern zu den primären Adressaten der Intervention macht: Gesundheitsbezogenes Verhalten wird bereits während der Schwangerschaft gefördert und die Bindung zum Kind wird über die Stärkung der elterlichen intuitiven Erziehungskompetenzen verbessert. Auf der Ebene der Mutter bzw. der Eltern wird auf den Auf- und Ausbau der formellen und informellen Netzwerke hingewirkt. Darüber hinaus zielt das Projekt langfristig auch darauf ab, den Familien ökonomische Eigenständigkeit und damit Unabhängigkeit von z.B. Arbeitslosengeld und Sozialhilfe zu ermöglichen, womit sich die Hoffnung verbindet, staatliche Unterstützungskosten reduzieren zu können.

Das KFN e.V. hat unter der Leitung von Prof. Dr. Tanja Jungmann (Leibniz Universität Hannover) die wissenschaftliche Implementationsforschung, gefördert durch die Dürr-Stiftung, Hamburg und die Reimann-Dubbers-Stiftung, Heidelberg sowie die biopsychosoziale Evaluation, gefördert durch die TUI-Stiftung, Hannover übernommen. Für die Durchführung der

Evaluationsforschung in Sachsen, gefördert durch das BMFSFJ, wurde ein Kooperationsvertrag mit dem Direktor der Universitäts- und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes –und Jugendalters, Prof. Dr. Kai von Klitzing (Universität Leipzig), geschlossen. Die Kosten-Nutzen-Analyse, die ebenfalls durch das BMFSFJ gefördert wird, leitet PD Dr. Peter Lutz (Leibniz Universität Hannover).

## **2. Arbeitsschritte der Projektpraxis im Berichtszeitraum**

Die Grundlage für die Begleitung der Teilnehmerinnen bilden Handbücher für die Schwangerschaft und Säuglingszeit, die in der deutschen Übersetzung des amerikanischen Materials und Adaption an die deutschen Verhältnisse vorliegen (Adamaszek, 2006, 2007). Das Handbuch „Kleinkindzeit“ wird derzeit übersetzt und adaptiert. Die Familienbegleiterinnen werden durch regelmäßige Termine zur individuellen Fallbesprechung und Fachberatung in ihrer Arbeit unterstützt und begleitet. In etwa 14 Fortbildungstagen soll den Familienbegleiterinnen das notwendige inhaltliche Hintergrundwissen für die praktische Tätigkeit in den Familien vermittelt werden.

Die Projektleitung und ihre Stellvertretung in Bremen und in Sachsen haben die Ausbildung zur Kinderschutzfachkraft bereits abgeschlossen, die beiden stellvertretenden Leiterinnen des Praxisteils in Niedersachsen haben diese Ausbildung begonnen.

### **Stand des Modellprojektes Niedersachsen (Praxisteil)**

Das Modellprojekt „Pro Kind – Wir begleiten junge Familien“ ist im November 2006 in Niedersachsen in die Hauptphase gestartet. Für die ersten Familienbegleiterinnen, die schon in der Pilotphase mit der Projektarbeit begonnen haben, fanden weitere Schulungstermine statt. Den Familienbegleiterinnen, die ihre Arbeit in der Hauptphase aufnehmen sollten, wurden in ersten Workshops die theoretischen und praktischen Grundlagen des Programms vermittelt. Bis auf ein Team in Wolfsburg haben inzwischen alle Teams die Arbeit aufgenommen. In Niedersachsen wurden zudem zwei Familienbegleiterinnen für die Umsetzung des Modells der durchgehenden Begleitung, das primär in Bremen umgesetzt wird, eingestellt. Diese Variante wird zum Teil für Fälle in Hannover und in zwei neu hinzugekommenen Standorten, Laatzen und Garbsen, erprobt. Diese beiden Kommunen, die zur Region Hannover gehören, nehmen seit November 2007 am Modellprojekt „Pro Kind“ teil. Der Umfang der Fachberatung wurde von zwei monatlichen Terminen um einen dritten optionalen Termin aufgestockt.

### **Stand des Modellprojektes Bremen (Praxisteil)**

Seit Januar 2007 hat das Modellprojekt „Pro Kind“ seine Arbeit im Land Bremen aufgenommen. Während der Pilotphase wurde das Team der Familienbegleiterinnen zusammengestellt, die ersten Fortbildungen fanden statt und die ersten beiden Familienbegleiterinnen haben mit ihrer Arbeit in den Familien begonnen. Die Haupphase begann in Bremen Mitte Mai, in Bremerhaven Mitte Oktober. Zurzeit sind vier Hebammen mit halber Stelle angestellt, die die Familien im durchgängigen Modell begleiten.

Wöchentliche Fachberatungen und Teamsitzungen sowie in einem viermonatigen Rhythmus stattfindende Begleitungen bei einem Hausbesuch durch die Fachberaterin stellen neben den Fortbildungen den Rahmen der Qualifizierung der Hebammen für ihre Tätigkeit in den Familien dar.

### **Stand des Modellprojektes Sachsen (Praxisteil)**

„Pro Kind Sachsen“ nimmt seit Januar 2008 die ersten Familien auf. In den Städten Leipzig und Plauen wird die Variante der durchgängigen Begleitung umgesetzt, in Dresden, im Muldentalkreis und im Vogtlandkreis die Teamvariante. Die Teams sind mit 14 Familienbegleiterinnen nahezu vollständig.

Jede zweite Woche findet eine Fachberatung mit Teamsitzungen statt. Dazwischen werden telefonische Fachberatungen durchgeführt. Alle zwei Monate gibt es zusätzlich ganztägige Teamtreffen der Familienbegleiterinnen aller Standorte in Sachsen.

## **3. Begleitforschungskonzepte und -instrumente**

Da die Implementationsforschung, wie auch die biopsychosoziale Evaluation, sehr breit angelegt sind und auf vielen verschiedenen Ebenen Daten erhoben und ausgewertet werden, müssen aus Gründen der Übersichtlichkeit Ergebnisse in bestimmten Bereichen in den Vordergrund, andere dagegen in den Hintergrund treten.

Für beide Bereiche werden zunächst noch einmal – in Anlehnung an den Jahresbericht 2006/wie im Jahresbericht 2006 – die Ziele, die konzeptuellen Hintergründe und die Fortschritte in der Instrumententwicklung dargestellt.

Besondere Schwerpunkte liegen dann im Ergebnisteil auf der Zielgruppenakquise und –retention, dem Stand der Umsetzung der Hausbesuche sowie der Risikobelastung der aufgenommenen Frauen bei Aufnahme in das Modellprojekt (t0). Des Weiteren werden erste vorläufige Befunde zur Wirksamkeit der ersten Phase von Pro Kind, der „pränatalen Interventi-

on“ (Vergleich t0 [Aufnahme in das Modellprojekt] mit t1 [36. Schwangerschaftswoche] vorgestellt.

### **3.1 Implementationsforschung**

Das Hauptanliegen der Implementationsforschung im Modellprojekt „Pro Kind“ lässt sich in folgender Frage zusammenfassen: *Welche Bedingungen begünstigen oder hemmen die Umsetzung des Pro Kind-Programms?* Diese Frage soll durch eine vergleichende Analyse des Vorgehens in den Projektstandorten beantwortet werden.

Schwierigkeiten der Forschung bestehen erstens darin, dass vorab nicht bekannt ist, welche Bedingungen entscheidenden Einfluss auf die Projektumsetzung haben, weshalb vorher unbekannt ist, welche Bedingungen besonders intensiv beforscht werden müssen. Zweitens ergibt sich aus der Vielzahl der Standorte eine hohe Varianz der Ausgangsbedingungen und Umsetzungsstrategien, so dass die Forschung zur Vereinfachung und Abstraktion gezwungen ist, um diese Komplexität zu bewältigen.

#### **3.1.1 Funktionen der Implementationsforschung**

Die Implementationsforschung im Projekt „Pro Kind“ hat zwei Funktionen:

1. Sie soll Antwort auf die Frage geben: *Wird das Programm wie intendiert ausgeführt?* Dies ist eine Voraussetzung für die Durchführung einer Programmevaluation, denn nur wenn ein Programm auch tatsächlich wie geplant durchgeführt wird, lassen sich die Effekte kausal dem Programm oder Programmelementen zuordnen. Dies ist eine Implementationsforschung, die sehr stark auf die Evaluationsforschung zugeschnitten ist.
2. Zudem soll rückblickend festgestellt werden, *was gut lief, wo es Probleme gab und wie diese gelöst wurden, um daraus Empfehlungen für nachfolgende Implementationen zu formulieren.* Dies ist aus Praxissicht die interessantere Form der Implementationsforschung und ist gut mit der ersten Variante kombinierbar. Dies kann in der Form geschehen, dass in einem ersten Schritt untersucht wird, wo es Abweichungen von den ursprünglich geplanten Zielen gibt, bevor in einem zweiten Schritt dann den Ursachen und möglichen Lösungsstrategien nachgegangen wird. Diese Erkenntnisse sollen am Ende des Projekts in einem Implementationshandbuch zusammengefasst werden.

Eine weitere Funktion der Implementationsforschung besteht darin, *zeitnahe Rückmeldungen über positive und/oder negative Entwicklungen* an den Praxisteil zu geben, also aktiv in die praktische Gestaltung des Modellprojekts einzugreifen (Stichwort „lernende Organisation“). Dazu wurden Feedback-Mechanismen, wie regelmäßige Berichte zum Stand der Implementa-



tion in den einzelnen Standorten und zeitnahe Rückmeldungen über Dateninkonsistenzen, bereits eingerichtet. Ein Problem ist allerdings darin zu sehen, dass eine valide Datengrundlage für diese Form der präskriptiven Implementationsforschung noch fehlt, da es sich um die Erstimplementation eines amerikanischen Konzeptes in Deutschland handelt. Empfehlungen der Implementationsforschung basieren also zwingend auf dem NFP-Konzept. Da der deutsche und der amerikanische Sozialstaat aber sehr unterschiedlich sind, müssen diese Empfehlungen sorgfältig auf Praktikabilität und Übertragbarkeit geprüft werden.

### 3.1.2 Ebenen der Implementationsforschung

Um die Vielzahl der einander wechselseitig beeinflussenden Bedingungen und Aspekte der Implementation zu ordnen, lassen sich drei Ebenen analytisch unterscheiden: erstens der gesellschaftliche Kontext, in dem Pro Kind implementiert wird, zweitens die Ebene der Organisation, welche den Input (Ressourcen und Personal) sowie die Arbeitsteilung betrifft, und drittens die Ebene der Programmumsetzung oder operative Ebene, in der es um die Umsetzung der Pro Kind-Kernkomponenten durch die „Frontline Implementers“ (Sorg, 1983) geht (vgl. Tab. 1).

**Tab. 1: Ebenen der Implementationsforschung**

Ebene	Implementationsbedingungen	Erhebungsinstrument
Gesellschaftlicher Kontext	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Akzeptanz und Unterstützung durch die Kommune</li> <li>○ Akzeptanz und Unterstützung durch die Multiplikatoren</li> <li>○ Vorhandensein und Erreichbarkeit der Zielgruppe</li> <li>○ Sozialstrukturelle und institutionelle Gegebenheiten am Standort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Multiplikatorenfragebogen</li> <li>○ Netzwerkfragebogen</li> <li>○ Experteninterviews</li> </ul>
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ressourcenausstattung (Zeit und Geld)</li> <li>○ Zusammenarbeit mit den Trägern</li> <li>○ Personalsituation</li> <li>○ Formale und informale Arbeitsteilung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dokumentenanalyse</li> <li>○ Experteninterviews</li> <li>○ Netzwerkfragebogen</li> </ul>
Programminhalte	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Häufigkeit und Inhalt der Hausbesuche</li> <li>○ Häufigkeit und Inhalt von Fachberatungen und Fallbesprechungen</li> <li>○ Schulungsveranstaltungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dokumentationssystem Hausbesuche</li> <li>○ Dokumentationssystem Hintergrundbegleitung</li> <li>○ Evaluationsbogen für die Schulungsveranstaltungen</li> </ul>

Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, werden verschiedene Erhebungsinstrumente eingesetzt, um die Implementationsbedingungen auf den drei Ebenen zu erfassen und miteinander in Beziehung setzen zu können. Auf der Ebene des gesellschaftlichen Kontextes werden Multiplikatoren- und Netzwerkfragebögen eingesetzt. Durch diese Fragebögen, die sich derzeit in der Konzeption befinden, soll die Größe der Zielgruppe und der Anteil der an Pro Kind vermittelten

Frauen ermittelt sowie die Einbettung von Pro Kind in das kommunale Versorgungsnetzwerk erfasst werden. Es werden zudem Experteninterviews mit Kommunevertretern geführt, um die besonderen Voraussetzungen und Herausforderungen in den einzelnen Pro Kind-Kommunen zu erfassen.

Auf der Ebene der Organisation erfolgen eine Dokumentenanalyse der Finanzierungs- und Beschäftigungsarrangements sowie eine Auswertung der Projekttagbücher. Zudem wird auch hier ein Netzwerkfragebogen zur Erfassung der informalen Arbeitsteilung eingesetzt sowie Experteninterviews mit Pro Kind-Mitarbeitern geführt.

Auf der operativen Ebene wird durch ein umfangreiches Dokumentationssystem die Qualität der Umsetzung der Hausbesuche sowie der Reflexion der Begleitungstätigkeit in Fachberatungen und Fallbesprechungen erfasst. Das Dokumentationssystem auf der Ebene der Hausbesuche besteht aus halbstandardisierten Hausbesuchs-, Empfehlungs-, Telefonkontakt- und Aktivitätsstatusprotokollen, die von den Familienbegleiterinnen ausgefüllt werden. Die Protokolle sind in ihrer Konzeption stark an deren Äquivalente im NFP-Programm angelehnt. Auf der Reflexionsebene werden Protokolle für die Fachberatungen und Fallbesprechungen eingesetzt. Zudem werden in Zukunft zwei Beobachtungsbögen nach NFP-Vorbild zum Stand der Programmumsetzung durch die Familienbegleiterinnen von den Fachberaterinnen ausgefüllt.

Bei der Erhebung der Daten für die Implementationsforschung wird auf die wechselseitige Ergänzung von standardisierten Erhebungsinstrumenten und qualitativen Interviews gesetzt. Erstere haben den Vorteil einer einfacheren Auswertung, letztere sind dagegen besser geeignet, durch ihre Offenheit den subjektiv wahrgenommenen Problemlagen der Praxis gerecht zu werden. Die Datenerhebung erfolgt relativ breit, da - wie oben bereits erwähnt - vorab unklar ist, welche Bedingungen der Implementation sich als besonders schwierig oder wichtig erweisen. Forschungslogisch wird hier davon ausgegangen, dass sich die besonderen Problembereiche im Laufe der Erhebung herauskristallisieren und dann intensiver ausgewertet werden.

### ***3.2. Konzept und Ebenen der Evaluationsforschung***

Im Bereich der biopsychosozialen Evaluation wird mithilfe quantitativer und qualitativer Erhebungsmethoden die Wirkung des Hausbesuchsprogramms auf Mikroebene (Mutter, Vater und Kind) und auf Mesoebene (Dyade Mutter-Kind/Vater-Kind und Triade Mutter-Vater-Kind-Interaktion in ihren jeweiligen unmittelbaren Bezügen) überprüft. Dazu werden standardisierte Befragungen mit den am Projekt teilnehmenden Frauen, später auch mit ihren Partnern (biologischer oder sozialer Kindsvater) durchgeführt. Die allgemeine kognitive Entwicklung der Kinder wird ab dem Alter von sechs Monaten mit standardisierten Verfahren (Bayley Scales II) erfasst, selbiges gilt für die sprachliche Entwicklung ab einem Alter von 12 Mona-

ten (ELFRA 1 und 2, SETK-2, SETK 3-5) und für die sozial-emotionale Entwicklung und Verhaltensauffälligkeiten ab einem Alter von zwei Jahren (CBCL 1 ½ - 5 Jahre und CBCL 4-18 Jahre). Vor- und nachgeburtlich wird die Mutter-Kind-Bindung bisher durch Selbsteinschätzung der Mutter mit Hilfe verschiedener Skalen erfasst, ergänzend sind nach der Geburt des Kindes auch videogestützte Beobachtungen der Eltern-Kind-Interaktion geplant.

Um mögliche Effekte des Programms eindeutig auf die durchgeführte Intervention zurückführen zu können, bedarf es eines Kontrollgruppendesigns mit streng randomisierter Zuweisung der Teilnehmerinnen zur Treatment- und Kontrollgruppe. In der gesamten Außendarstellung des Modellprojektes wird die Treatmentgruppe mit dem Begriff „Begleitgruppe“ und die Kontrollgruppe mit dem Begriff „Basisgruppe“ bezeichnet.

Die Frauen in der Basisgruppe erhalten keine spezielle Begleitung durch Hebammen und Sozialpädagoginnen, aber alle Leistungen des Sozialstaates sowie eine finanzielle Entschädigung für den zeitlichen Aufwand, der sich durch die Begleitforschung ergibt.

### **3.3 Stand der Entwicklung der Erhebungsinstrumente**

Im Erstkontaktfragebogen (t0) und im t1-Fragebogen, der in der 36. Schwangerschaftswoche eingesetzt wird, werden demografische Informationen über die Mutter - wie z.B. Alter, Familienstatus, Wohn- und Lebensverhältnisse - in Anlehnung an das Sozio-ökonomische Panel (SOEP) erfasst.

Da in der pränatalen Interventionsphase vor allem die mütterliche Gesundheit, positive Veränderungen des mütterlichen Gesundheitsverhaltens während der Schwangerschaft mit dem Ziel der Geburt eines gesunden Kindes im Vordergrund stehen, werden die körperliche und psychische Gesundheit der Mutter, ihre Konsum-, Ernährungs-, Schlaf- und Aktivitätsgewohnheiten bei der Aufnahme in das Modellprojekt ebenso erfasst wie in der 36. Schwangerschaftswoche. Dabei findet vornehmlich eine Orientierung am Mutterpass und an den Fragen von Olds zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten statt. Ergänzt werden diese Items durch die Skalen Ernährung, Schlaf und Bewegung des Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG, Dlugosch & Krieger, 1995). Zur Erhebung eventuell vorliegender psychischer Erkrankungen, wurde für beide Fragebogenversionen die 21-Item Version der Depression-Angst-Stress-Skala (DASS, Lovibond & Lovibond, 1992 in der Fassung von Köppe, 2001) ausgewählt.

Im t0-Erstkontaktgespräch und im t1-Interview werden die Frauen außerdem zu ihrem elterlichen Kompetenzgefühl und ihrer pränatalen Bindung zum Kind befragt. Beide Bereiche werden in der Begleitgruppe im Rahmen der inhaltlichen Dömane „Mutter-/Vater-/Elternrolle“

bearbeitet. Zur Erfassung der pränatalen Mutter-Kind-Bindung wird die eigene deutsche Übersetzung der Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS, Condon 1993) eingesetzt. Das elterliche Kompetenzgefühl wird über eine ebenfalls in das Deutsche übertragene Skala des Prenatal Parental Expectations Survey (PPES, Reece, 1998) und die Subskala „Efficacy as parents“ aus dem Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern (FKE, Miller, 2001) erfasst. Bereits vorhandene Erfahrungen in der Erziehung von und im Umgang mit Kindern werden in Anlehnung an Porter & Hsu (2003) erfragt.

Die Größe und die wahrgenommene Qualität des sozialen Netzwerkes stellen einen wichtigen Schutzfaktor für die Anpassungsleistungen der Frauen unserer Zielgruppe dar. Ein Ziel des Modellprojektes besteht darin, den Ausbau der formellen und informellen Netzwerke positiv zu beeinflussen. Aus diesem Grund werden die Größe und die Kontakthäufigkeit des Netzwerkes vor dem Begleitungsbeginn ebenso erfasst wie das Ausmaß der wahrgenommenen Unterstützung und das Vorhandensein professioneller Unterstützungsangebote. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang auch die Qualität der Paarbeziehung bzw. bestehende Paarkonflikte, die in Anlehnung an Olds Fragebogen „Family and Friends Relationships“ erfasst werden.

Das Aggressionspotenzial der Mutter wird lediglich zum Zeitpunkt t0 über 13 Items des Fragebogens zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF, Hampel & Selg, 1998), die hoch auf dem Faktor 3 „Erregbarkeit“ laden, erhoben. Dieses Vorgehen ist damit zu begründen, dass Erregbarkeit nur schwer beeinflussbar ist und es vielmehr darum geht, durch ein entsprechendes Bewältigungsverhalten die Erregbarkeit so zu kanalisieren, dass Aggressionen nicht am Kind ausagiert werden. Im Fragebogen t1 werden die Bewältigungsstrategien der Frauen mit der Kurzfassung der COPE-Skala (Carver, 1997) in ihrer deutschen Übersetzung von Knoll (2002) erfasst. Diese besteht aus zwei Subskalen zur Erfassung des problem- und des emotionsfokussierten Bewältigungsverhaltens.

Zur Kontrolle sozial erwünschter Antworttendenzen ist die Kurzform des SDS (Lück & Timaeus, 1969) in beide Fragebögen integriert.

Um den Befragten die Beantwortung der standardisierten Fragen durch die Auswahl eines Wertes auf einer Einschätz- oder Ratingskala zu erleichtern, wurden die Antwortmöglichkeiten vereinheitlicht. Es wurde durchgängig eine Einschätz- oder Ratingskala mit vier Antwortmöglichkeiten (in der Regel mit Ausprägungen von „trifft gar nicht zu“ = 1 bis „trifft voll zu“ = 4) gewählt.

Mittlerweile ist auch eine Version des t2-Fragebogens erstellt. Diese wird derzeit noch erprobt und konnte bereits bei n = 13 Frauen, deren Kinder sechs bis acht Monate alt sind, erfolgreich

eingesetzt werden. Bei den Kindern wurden zu diesem Zeitpunkt die Bayley Scales of Infant Development II (BSID-II, Bayley, 1993) eingesetzt. Dazu haben bisher zwei Testleiterschulungen für die Standorte in Niedersachsen und Bremen stattgefunden. Alle Entwicklungstestungen werden - sofern die Eltern einverstanden sind - zu Supervisions- und Auswertungszwecken videografiert.

Der erste Fragebogen für die Väterforschung wurde im Berichtszeitraum konzipiert und erprobt. Alle Informationen zum Vater werden möglichst vergleichbar zu den Angaben der Mutter erhoben (Demografie und Lebenssituation, Befindlichkeit, Persönliche Gesundheit, Familien-, Freundes- und Bekanntenkreis, eigene Erfahrungen im Leben, Einstellungen und Verhaltensweisen), väterspezifische Fragen, die sich z.B. auf die Übernahme der Vaterrolle und sein Rollenverständnis in der Partnerschaft und die Vater-Kind-Bindung beziehen, wurden integriert und weichen von den bei den Frauen verwendeten Skalen ab bzw. stellen ein Pendant dazu dar. In der aktuellsten Fassung des Väterfragebogens wurden auch vier Skalen der Kosten-Nutzen-Analyse integriert, um die ökonomische Situation und die beruflichen Perspektiven der Väter mit zu erfassen.

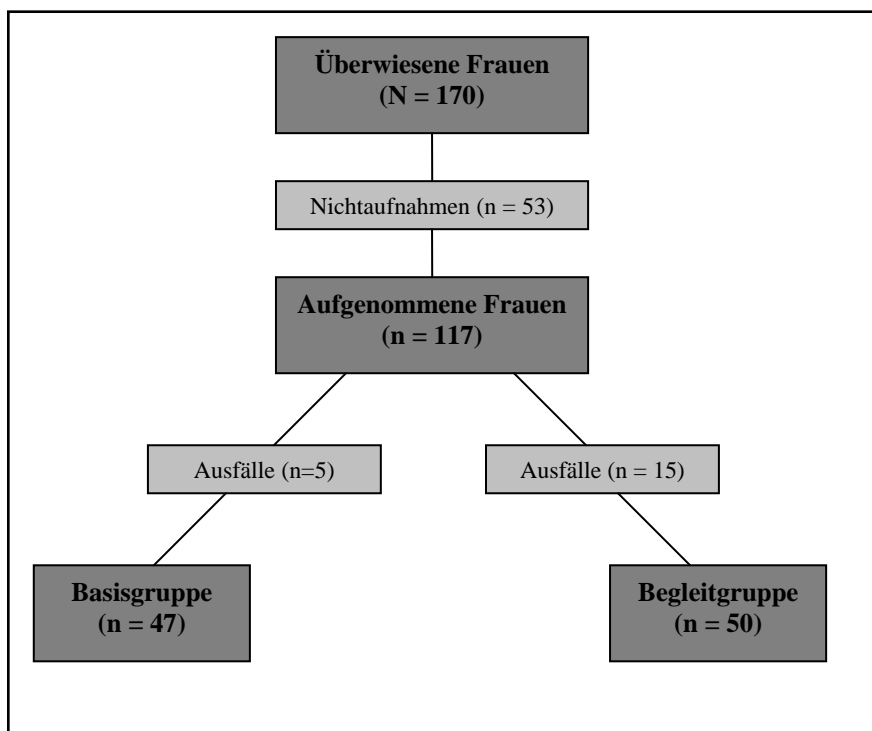
## 4. Ergebnisse der Begleitforschung im Berichtszeitraum

Im folgenden Kapitel wird zunächst auf den bisherigen Verlauf der Zielgruppenakquise und den Stand der Umsetzung des Hausbesuchsprogramms eingegangen. Im Anschluss daran werden deskriptive Daten zur Zusammensetzung der Stichprobe bei der Aufnahme in das Modellprojekt präsentiert. Abschließend erfolgt eine Darstellung der ersten Befunde zur Programmwirksamkeit in der pränatalen Phase. Dabei ist zu beachten, dass momentan die Stichprobengrößen für die Wirksamkeitsanalysen noch gering sind ( $N = 50$ ), die Daten sich nur auf die Modellprojektstandorte in Niedersachsen beziehen und für eine ursächliche Erklärung der Befunde feinanalytischere Betrachtungen notwendig sind.

### 4.1 Zielgruppenakquise

#### Niedersachsen

Bis Ende Dezember 2007 wurden insgesamt 170 Frauen an Pro Kind Niedersachsen überwie-



sen bzw. meldeten sich selbst bei Pro Kind (vgl. Abb. 1). Von diesen 170 Frauen konnten 53 nicht in das Modellprojekt aufgenommen werden (siehe hierzu Kap. 4.4).

Bei 20 der 117 aufgenommenen Frauen kam es zu einer vorzeitigen Beendigung der Teilnahme. Die Zahl der

**Abb. 1: Verbleib der Teilnehmerinnen in Niedersachsen**

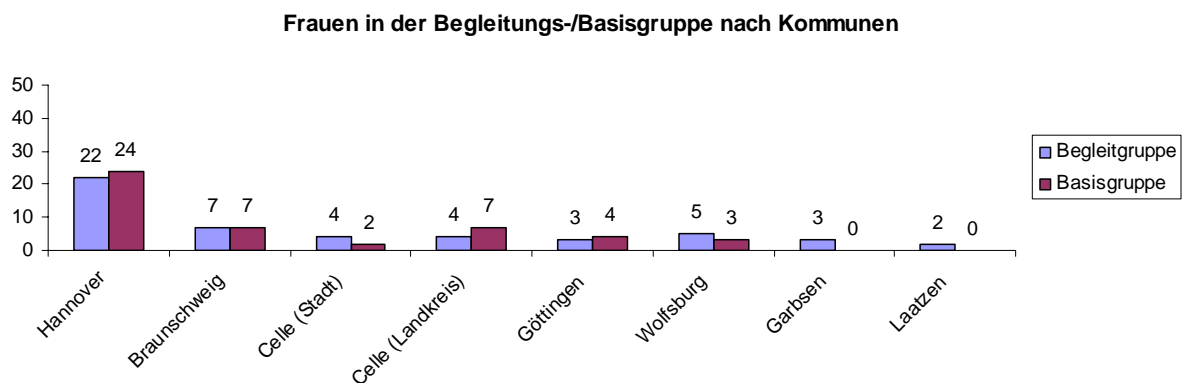
vorzeitigen Beendigungen war in der Begleitgruppe mit 15 Frauen wesentlich höher als in der Basisgruppe, in der es lediglich in 5 Fällen zu einer vorzeitigen Beendigung kam (siehe hierzu auch Kap. 4.5). Ohne diese Ausfälle verbleiben 97 aktive Teilnehmerinnen, von denen sich 50 in der Begleit- und 47 in der Basisgruppe befinden, im Projekt.

**Tab. 2: Zielzahlen in Niedersachsen**

Kommune	Basis-/Begleitgruppe	Gesamt
Hannover	84 / 84	168
Braunschweig	35 / 35	70
Celle (Stadt)	6 / 6	12
Celle (Landkreis)	6 / 6	12
Göttingen	17 / 17	34
Wolfsburg	20 / 20	40
Garbsen	6 / 6	12
Laatzen	5 / 5	10
Niedersachsen	179 / 179	358

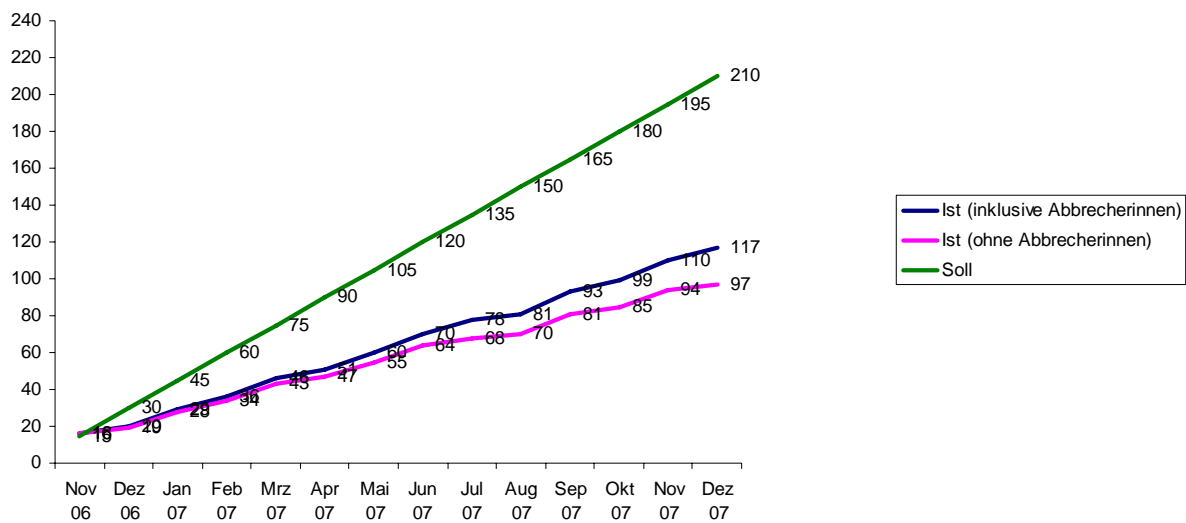
Tabelle 2 zeigt die angestrebten Zahlen an Teilnehmerinnen, die bis Ende 2008 in den acht niedersächsischen Kommunen erreicht werden sollen. Hannover ist mit einer Zielzahl von 168 Teilnehmerinnen bei Weitem die größte Pro Kind Kommune in Niedersachsen, gefolgt von Braunschweig, wo insgesamt 70 Teilnehmerinnen aufgenommen

werden sollen. Mit 40 bzw. 34 Teilnehmerinnen gehören Wolfsburg und Göttingen zu den mittelgroßen Pro Kind Kommunen. Mit Celle Stadt und Landkreis sowie Garbsen und Laatzen sind zudem vier kleine Kommunen mit jeweils zwölf bzw. zehn Teilnehmerinnen beteiligt. Die tatsächliche Verteilung der Teilnehmerinnen auf die Kommunen in Abbildung 2 zeigt, dass in kaum einer Kommune bisher die Hälfte der angestrebten Zielzahl erreicht werden konnten. Nur in den kleinen Pro Kind Kommunen Celle Stadt und Landkreis ist dies mit sechs bzw. elf Teilnehmerinnen insgesamt der Fall.



**Abb. 2: Verteilung der Teilnehmerinnen auf die niedersächsischen Kommunen**

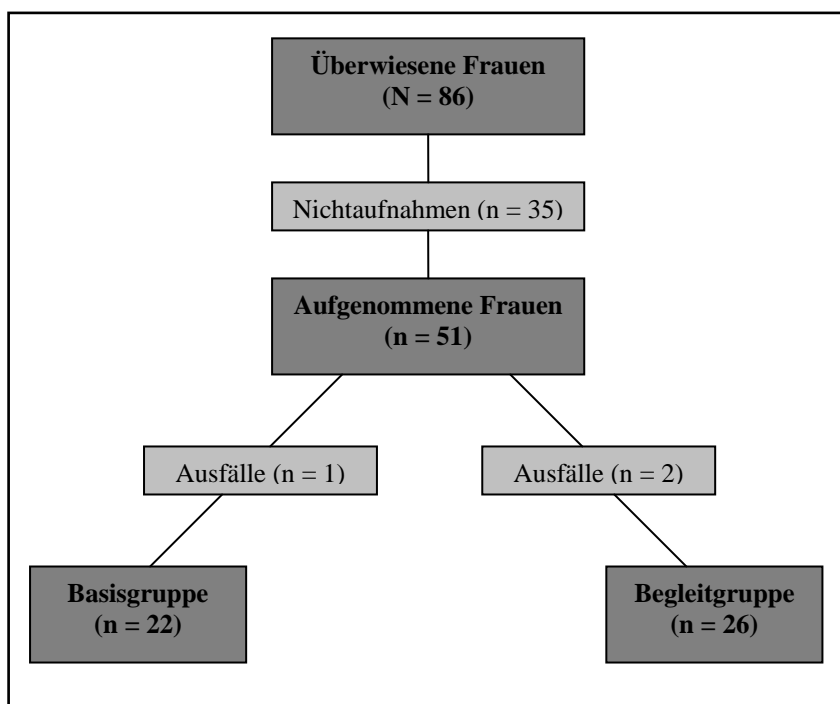
Damit bleiben die tatsächlichen Zahlen in allen größeren Kommunen bisher weit hinter den Zielzahlen zurück. In Garbsen und Laatzen wurden in den drei Monaten von Anfang Oktober bis Ende Dezember insgesamt fünf Teilnehmerinnen aufgenommen, was gemessen an den Zielzahlen ein sehr guter Start in die Akquisephase ist.



**Abb. 3: Zielgruppenakquise in Niedersachsen im Ist/Soll-Vergleich**

Ein Ist/Soll-Vergleich des Akquiseverlaufs seit Beginn der Hauptphase in Niedersachsen zeigt, dass die Ist-Werte relativ konstant bei ungefähr der Hälfte der Soll-Werte liegen (vgl. Abb. 3). Die Soll-Werte ergeben sich aus der Zielzahl geteilt durch die Anzahl der Monate der Akquisephase.

### Bremen



**Abb. 4: Verbleib der Teilnehmerinnen in Bremen**

Im Bundesland Bremen wurden seit April 2007 86 Frauen an Pro Kind vermittelt oder meldeten sich selbst bei Pro Kind (vgl. Abb. 4).

35 von diesen 86 Frauen konnten nicht in das Modellprojekt aufgenommen werden. Bei drei der 51 aufgenommenen Frauen kam es zu einer vorzeitigen Beendigung der Teilnahme. Ende Dezember



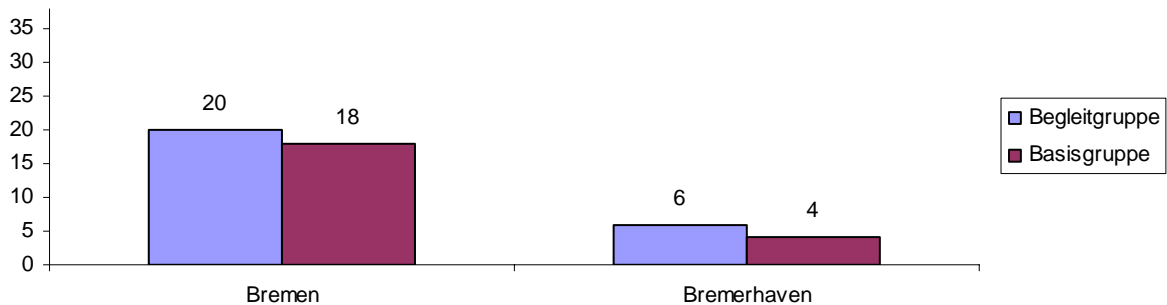
2007 nahmen somit insgesamt 48 Frauen am Modell Projekt Pro Kind Bremen teil. Dabei befinden sich 26 Frauen in der Begleit- und 22 Frauen in der Basisgruppe.

**Tab. 3: Zielzahlen in Bremen**

Kommune	Basis-/Begleitgruppe	Gesamt
Bremen	88 / 88	176
Bremerhaven	12 / 12	24
Land Bremen	100 / 100	200

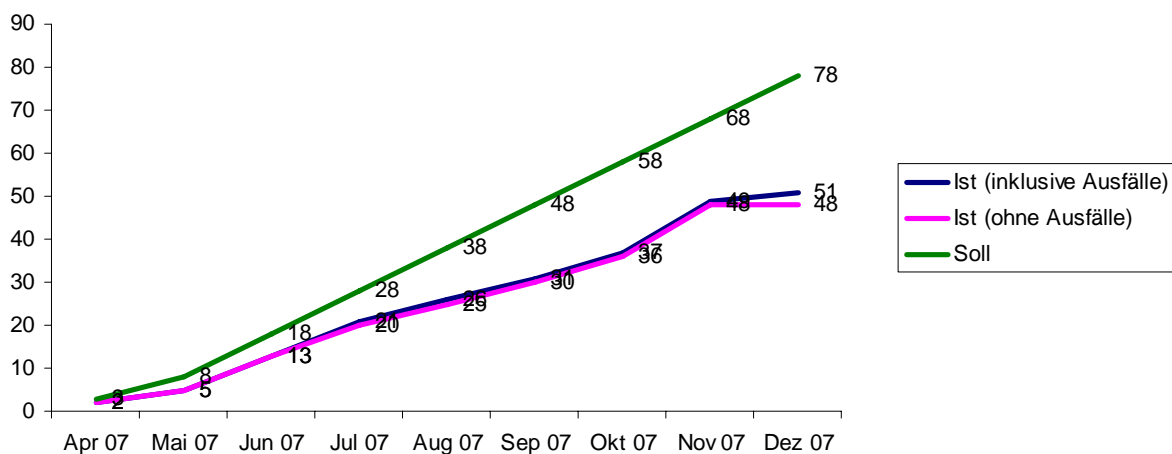
Tabelle 3 zeigt die Zielzahlen für die beiden Projektstandorte Bremen und Bremerhaven im Land Bremen. Bremen stellt mit einer angestrebten Zahl

von 176 Frauen den größten Pro Kind Standort überhaupt dar. Bremerhaven, welches im Oktober 2007 in die Akquisephase eintrat, gehört mit einer angestrebten Zahl von 24 Fällen eher zu den kleineren Projektstandorten.



**Abb. 5: Verteilung der Teilnehmerinnen auf die Kommunen in Bremen**

Wie Abbildung 5 zeigt, befinden sich in Bremen Ende 2007 20 Frauen in der Begleit- und 18 Frauen in der Basisgruppe. Bisher sind also nur etwas weniger als ein Viertel der Zielzahlen erreicht worden. Erfreulich ist dagegen der Verlauf der Zielgruppenakquise in Bremerhaven. Dort wurden innerhalb von drei Monaten zehn Frauen aufgenommen, so dass bereits fast die Hälfte der angestrebten Zielzahlen erreicht worden ist.



**Abb. 6: Zielgruppenakquise in Bremen im Ist/Soll-Vergleich**

Aber auch in Bremen bleiben die Ist-Werte deutlich unter den Soll-Werten der Zielgruppenakquise zurück (vgl. Abb. 6), wobei der Verlauf in Bremen im Vergleich zu Niedersachsen allerdings etwas positiver ist. Im Mittel liegen die Ist-Werte um ca. ein Drittel unter den Soll-Werten. Der Akquisebeginn in Bremerhaven macht sich im November positiv bemerkbar, so dass sich der Abstand zwischen Ist- und Soll-Werten verringert. Die Stagnation der Ist-Werte im Dezember vergrößert diesen jedoch wieder erheblich.

#### 4.2 Zugangswege in das Modellprojekt

Bei der Akquise der Teilnehmerinnen ist Pro Kind auf die Mitwirkung von Multiplikatoren zur Informationsweitergabe oder direkten Vermittlung angewiesen. Eine Betrachtung der unterschiedlichen Vermittlungswege in Niedersachsen zeigt, dass die Vermittlung über das Jugendamt und die Gynäkologen zusammen mit der selbstständigen Kontaktaufnahme durch die potentiellen Teilnehmerinnen die häufigsten Zugangswege zu Pro Kind Niedersachsen sind (vgl. Abb. 7). Auch die Vermittlung durch die Jobcenter/Arbeitsagentur sowie diverser Beratungsstellen sind häufige Zugangswege in das Projekt. Eher selten ist die Vermittlung einer potentiellen Teilnehmerin durch Schulen oder das soziale Umfeld.

In Bremen stellt sich die Verteilung der Zugangswege etwas anders dar als in Niedersachsen. Der Anteil der Selbstmelderinnen und der Vermittlungen durch die Jobcenter/Arbeitsagenturen sind größer (vgl. Abb. 8). Dagegen sind Vermittlungen durch die Gynäkologen und das Jugendamt oder das Amt für Soziale Dienste (AfSD) im Vergleich zu Niedersachsen eher selten.

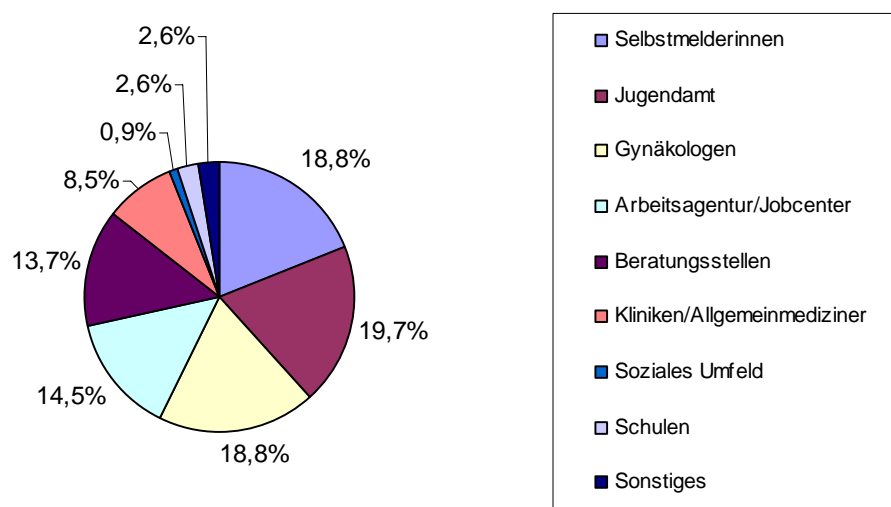
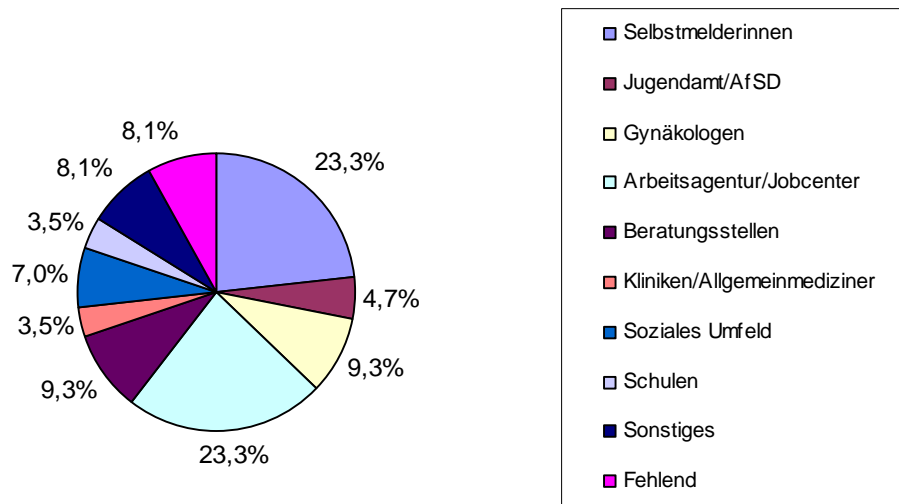


Abb. 7: Zugangswege in Niedersachsen (N=117)

Die Vermittlung über das soziale Umfeld spielt in Bremen eine größere Rolle als in Niedersachsen. Auch kommt es in Bremen häufiger vor, dass Frauen von diversen kleineren Projekten oder Arbeitskreisen an Pro Kind weitervermittelt werden.



**Abb. 8: Zugangswege in Bremen (N=86)**

Auffällig ist in beiden Bundesländern der hohe Anteil an Selbstmelderinnen. Denn häufig wird davon ausgegangen, dass Frauen, die zur Pro Kind-Zielgruppe gehören, weniger Eigeninitiative zeigen und ihre Hemmschwelle, an einem Präventionsprojekt teilzunehmen, eher hoch ist.

### 4.3 Merkmale der Zielgruppe

#### Altersstruktur

Eine Aufteilung der Teilnehmerinnen in die Alterskategorien Minderjährige (bis 18 Jahre), junge Erwachsene (18 bis 21 Jahre) und Erwachsene (über 21 Jahre) verdeutlicht, dass sowohl in Bremen als auch in Niedersachsen ungefähr die Hälfte der Teilnehmerinnen junge Erwachsene sind (vgl. Tab. 4).

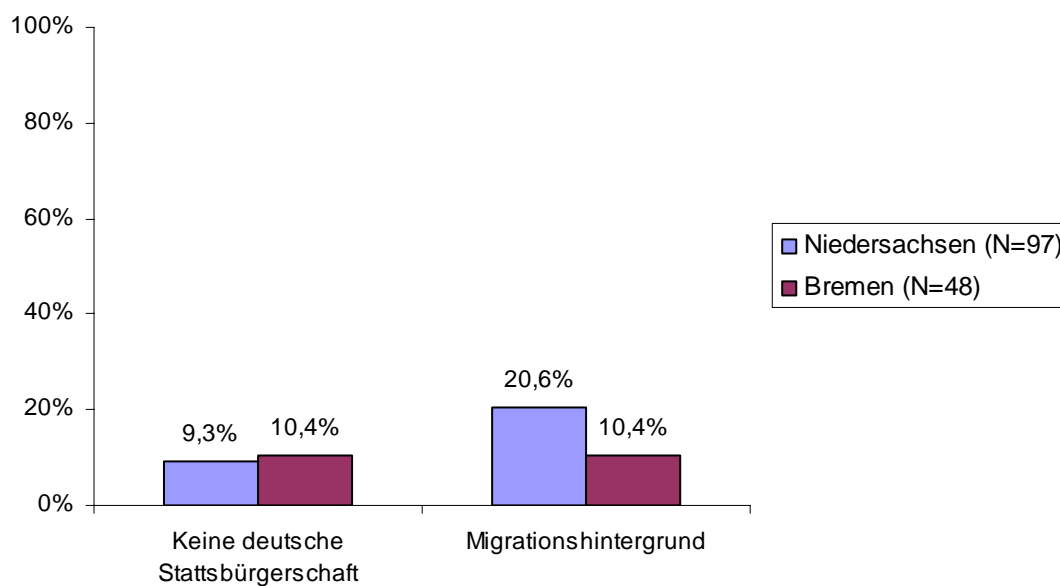
**Tab. 4: Alterstruktur der Teilnehmerinnen in Niedersachsen und Bremen**

	Begleitgruppe		Basisgruppe		Gesamt	
	Niedersachsen	Bremen	Niedersachsen	Bremen	Niedersachsen	Bremen
Gesamtzahl der Teilnehmerinnen	50	26	47	22	97	48
Bis 18 Jahre	6 (12%)	6 (23,1%)	10 (21,3%)	7 (31,8%)	16 (16,5%)	13 (27,1%)
18 bis 21 Jahre	26 (52%)	15 (57,7%)	21 (44,7%)	9 (40,9%)	47 (48,5%)	24 (50%)
Über 21 Jahre	18 (36%)	5 (19,2%)	16 (34%)	6 (27,3%)	34 (35,1%)	11 (22,9%)
Ø-Alter der Teilnehmerinnen	21,8 (15-39 J.)	20,1 (15-36 J.)	20,4 (14-31 J.)	20,1 (15-40 J.)	21,1 (14-39 J.)	20,1 (15-40 J.)

Insgesamt sind die Teilnehmerinnen in Bremen mit durchschnittlich 20,1 Jahren etwas jünger als die Teilnehmerinnen in Niedersachsen, welche im Durchschnitt 21,1 Jahre jung sind. Dies liegt daran, dass es in Niedersachsen bei 8 minderjährigen Frauen in der Begleitgruppe zu einer vorzeitigen Beendigung der Teilnahme kam. Daher sind in Niedersachsen verhältnismäßig weniger Minderjährige in der Begleitgruppe (12%) als in Bremen (23,1%).

### Nationalität und Migrationshintergrund

Bezüglich der Nationalität lässt sich feststellen, dass sowohl in Bremen als auch in Niedersachsen ca. 90% der Teilnehmerinnen die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen (vgl. Abb. 9). Der Anteil an Teilnehmerinnen mit einer anderen Staatsangehörigkeit ist also eher gering. Ein Grund für den eher geringen Anteil an ausländischen Frauen im Modellprojekt „Pro Kind“ könnte darin liegen, dass ausreichende Deutschkenntnisse ein Kriterium für die Aufnahme in das Projekt sind.

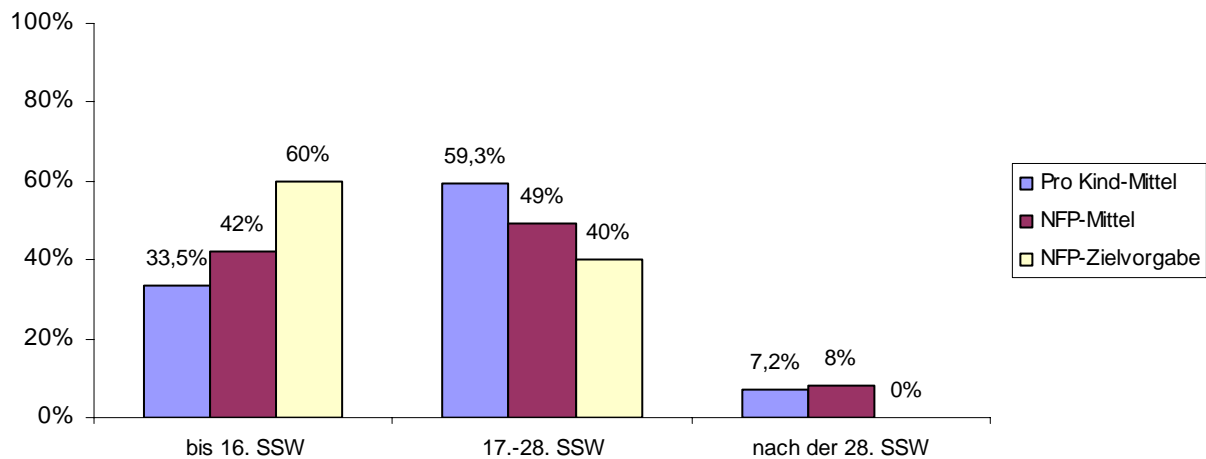


**Abb. 9: Nationalität und Migrationshintergrund**

Durch eine Erweiterung der Variable „Nationalität“ zur Variable „Migrationshintergrund“, welche neben der Staatsangehörigkeit auch die Muttersprache und das Geburtsland mit einbezieht, verdoppelt sich der Anteil der nicht deutschen Teilnehmerinnen in Niedersachsen von 9,3% auf 20,6%. In Bremen bleibt der Anteil der nicht-deutschen Teilnehmerinnen dagegen gleich.

## Schwangerschaftsstatus bei Aufnahme

Wie Abb. 10 zeigt, wird ein Großteil der Teilnehmerinnen (59,3%) zwischen der 17. und der 28. Schwangerschaftswoche in das Projekt aufgenommen. Bereits in dieser frühen Phase der Projektlaufzeit ist es gelungen 33,5% der Teilnehmerinnen bis zur 16. Schwangerschaftswoche aufzunehmen. Allerdings sind in Anbetracht der Zielvorgabe des NFP- Programms, 60% der Teilnehmerinnen bis zur 16. Schwangerschaftswoche aufzunehmen, in diesem Bereich noch Verbesserungsmöglichkeiten vorhanden. Im NFP-Mittel liegt der Anteil der so früh aufgenommenen Frauen bei 42%, wovon Pro Kind im Mittel nicht so weit entfernt ist.



**Abb. 10: Schwangerschaftsstatus der Teilnehmerinnen (Pro Kind: N =169)**

Entgegen der NFP-Zielvorgabe, wonach Frauen nur bis zu 28. Schwangerschaftswoche aufgenommen werden dürfen, wurde bei 7,2% der Teilnehmerinnen eine Ausnahme gemacht. Allerdings liegt dies noch unter dem NFP-Mittel von 8%. Eine Folge könnte sein, dass durch die späte Aufnahme der Teilnehmerinnen Programmeffekte während der Schwangerschaft ausbleiben oder gering ausfallen.

### 4.4 Gründe für die Nichtaufnahme von überwiesenen Frauen

Im Zusammenhang mit der Zielgruppenakquise fällt der relativ hohe Anteil an nicht aufgenommenen Frauen auf. In Niedersachsen konnten 31% der überwiesenen Frauen nicht aufgenommen werden, in Bremen liegt der Anteil sogar bei 41%. Die Gründe für die Nichtaufnahmen lassen sich in drei Kategorien zusammenfassen, die Tabelle 5 zeigt.

**Tab. 5: Gründe für die Nichtaufnahme von Teilnehmerinnen in Bremen**

Kategorie	Grund	Häufigkeit	Prozentualer Anteil
Zielgruppenkriterien nicht erfüllt	Keine finanzielle Notlage	1	2,9%
	Über der 28. SSW	10	28,6%
	Ungenügende Deutschkenntnisse	3	8,6%
	Nicht erstgebärend	10	28,6%
	Gesamt	24	68,6%
Fehlende Motivation der Teilnehmerin	Kein Interesse mehr	5	14,3%
	Nicht erreichbar	3	8,6%
	Gesamt	8	22,9%
Sonstiges	Kein gesicherter Aufenthaltsstatus	1	2,9%
	Betreuung durch Familienhebammen	1	2,9%
	Gesamt	2	5,7%
<b>Gesamt</b>		<b>35</b>	<b>100%</b>

Die erste Kategorie beinhaltet Gründe, die die Nichterfüllung der Zielgruppenkriterien betreffen. Dabei fällt auf, dass verhältnismäßig viele Frauen von den Multiplikatoren überwiesen werden, deren Schwangerschaft bereits zu weit fortgeschritten ist oder die nicht ihr erstes Kind erwarten. Die zweite Kategorie umfasst Frauen, die die Zielgruppenkriterien zwar voll erfüllen, jedoch eine zu geringe Motivation für eine Teilnahme am Projekt zeigen. Dieses Desinteresse äußern die Frauen häufig selbst oder aber durch ihre Nichterreichbarkeit. In der dritten Kategorie sind schließlich Gründe zusammengefasst, die eine Beforschung über längere Zeit (kein gesicherter Aufenthaltsstatus) oder eine eindeutige Erklärung der Effekte (Betreuung im Familienhebammenprojekt) stark erschweren würden. Wie eine vergleichende Betrachtung der Tabellen 5 und 6 zeigt, unterscheiden sich die Gründe für die Nichtaufnahmen in Bremen und Niedersachsen hinsichtlich ihrer Verteilung und zum Teil auch in ihrer Art.

**Tab. 6: Gründe für die Nichtaufnahme von Teilnehmerinnen in Niedersachsen**

Kategorie	Grund	Häufigkeit	Prozentualer Anteil
Zielgruppenkriterien nicht erfüllt	Keine finanzielle Notlage	7	13,2%
	Über der 28. SSW	5	9,4%
	Ungenügende Deutschkenntnisse	3	5,7%
	Wohnort außerhalb des Einzugsgebietes	10	18,9%
	Vor Aufnahme entbunden	1	1,9%
	Nicht näher spezifiziert	4	7,5%
	Gesamt	30	56,6%
Fehlende Motivation der Teilnehmerin	Kein Interesse mehr	7	13,2%
	Nicht erreichbar	13	24,5%
	Gesamt	20	37,7%
Sonstiges	Kein gesicherter Aufenthaltsstatus	2	3,7%
	Stationäre Betreuung durch das Jugendamt	1	1,9%
	Gesamt	3	5,7%
<b>Gesamt</b>		<b>53</b>	<b>100%</b>

Die häufigsten Gründe für eine Nichtaufnahme in Bremen liegen darin, dass die Frauen die 28. Schwangerschaftswoche überschritten oder bereits Kinder haben (vgl. Tab. 5). In Niedersachsen ist dagegen die Nichterreichbarkeit nach dem Erstkontakt der häufigste Grund für ein

Ausbleiben der Aufnahme in das Projekt. Der zweithäufigste Grund besteht darin, dass die potentiellen Teilnehmerinnen ihren Wohnsitz nicht in einer Pro Kind Kommune haben (vgl. Tab. 6).

In beiden Bundesländern wird der Großteil der Nichtaufnahmen durch die Nichterfüllung der Zielgruppenkriterien begründet. Jedoch ist dieser Anteil in Bremen mit 68,6% deutlich höher als in Niedersachsen (56,6%). In Niedersachsen ist hingegen die fehlende Motivation der Teilnehmerinnen mit 37,7% vergleichsweise häufiger der Grund als in Bremen (22,9%).

#### **4.5 Merkmale der Ausfälle**

Wie bereits oben angemerkt, ist es auffällig, dass die Häufigkeit der vorzeitigen Beendigung der Teilnahme in der Begleitgruppe mit 17 Ausfällen wesentlich höher ist als in der Basisgruppe, wo sechs Ausfälle zu verzeichnen sind. Da der Kontakt mit der Basisgruppe jedoch nur sehr sporadisch erfolgt, kann es durchaus sein, dass sich die Zahl der Ausfälle zwischen den Gruppen mit der Zeit angleicht.

Tabelle 7 zeigt eine Übersicht über die Merkmale der Teilnehmerinnen, bei denen es zu einer vorzeitigen Beendigung kam, sowie die Gründe, die zur Beendigung geführt haben. Hannover ist der Standort, in dem bisher die meisten Ausfälle zu verzeichnen sind. Anteilsmäßig ist jedoch Göttingen mit vier Ausfällen bei derzeit sieben aktiven Teilnehmerinnen am stärksten betroffen. Betrachtet man die Altersverteilung, so zeigt sich, dass es sich bei den Ausfällen in der Begleitgruppe sehr häufig um minderjährige Frauen handelt. Die Nationalität scheint dagegen keine Rolle zu spielen. Das Verhältnis von zwei nicht-deutschen zu 21 deutschen Teilnehmerinnen unter den Ausfällen entspricht dem Verhältnis bei den aktiven Teilnehmerinnen. Hinsichtlich der Betreuungsphase zum Zeitpunkt der Beendigung gibt es eine annähernde Gleichverteilung zwischen der Schwangerschaftsphase und der Säuglingsphase. Da bisher allerdings nur wenige Frauen die Säuglingsphase abgeschlossen haben, können genauere Aussagen darüber, in welcher Phase es vermehrt zu Ausfällen kommt, noch nicht getroffen werden. Dass es noch keine Ausfälle in der Kleinkindphase gibt, ist ebenfalls damit zu begründen, dass sich erst sehr wenige Teilnehmerinnen in dieser Phase befinden. Bei den Gründen, die zur vorzeitigen Beendigung der Teilnahme führen, sind kein weiteres Interesse von Seiten der Teilnehmerin und der Umzug in eine Kommune, in der kein Pro Kind-Angebot vorhanden ist, am häufigsten.

**Tab. 7: Merkmale der Ausfälle**

Merkmal	Ausprägung	Häufigkeit Begleitgruppe	Häufigkeit Basisgruppe	Gesamt
Standort	Hannover	4	3	7
	Celle Landkreis	2	0	2
	Celle Stadt	2	0	2
	Göttingen	3	1	4
	Braunschweig	3	1	4
	Wolfsburg	1	0	1
	Bremen	2	1	3
	Gesamt	17	6	23
Alter	Bis 18 Jahre	8	1	9
	18 bis 21 Jahre	5	3	8
	Über 21 Jahre	4	2	6
	Gesamt	17	6	23
Nationalität	Deutsch	16	5	21
	Nicht-Deutsch	1	1	2
	Gesamt	17	6	23
Betreuungsphase bei Ausfall	Schwangerschaftsphase	7	4	11
	Säuglingsphase	10	2	12
	Kleinkindphase	0	0	0
	Gesamt	17	6	23
Gründe für den Ausfall	Kind verstorben/Fehlgeburt	1	2	3
	Umzug außerhalb des Einzugsgebietes	3	2	5
	Herausnahme des Kindes aus der Familie	2	0	2
	Kein Interesse mehr	5	1	6
	Nichterreichbarkeit	2	0	2
	Abbruch durch die Teilnehmerin ohne Angabe von Gründen	2	0	2
	Doppelbetreuung Pro Kind / Familienhebammen	1	0	1
	Teilnehmerin möchte nicht an Testungen teilnehmen	0	1	1
	Kein Bedarf an Pro Kind Begleitung laut Familienbegleiterin	1	0	1
Gesamt	17	6	23	

Es lässt sich zwischen Beendigungsgründen unterscheiden, die durch Pro Kind nicht beeinflussbar sind wie das Versterben des Kindes, Fehlgeburten oder der Umzug in eine andere Kommune und solchen, die durch das Programm beeinflussbar sind, wie das nachlassende Interesse der Teilnehmerinnen, Nichterreichbarkeit, Abbrüche der Teilnehmerinnen ohne Angabe von Gründen, aber auch die Herausnahme des Kindes aus der Familie. Da es sich bei Pro Kind um ein Programm handelt, welches auf Freiwilligkeit und einer kontinuierlichen Begleitung über zweieinhalb Jahre beruht, gehört es zu den großen Herausforderungen der Praxis, die Motivation der Teilnehmerinnen aufrechtzuerhalten.

#### **4.6 Stand der Umsetzung der Hausbesuche**

Jeder Hausbesuch wird von den Familienbegleiterinnen durch ein Hausbesuchsprotokoll dokumentiert, in dem die Dauer des Hausbesuchs, das Engagement der Teilnehmerin und das Interesse am und Verständnis des Materials festgehalten wird. Außerdem wird der Anteil der Zeit, der in den einzelnen Domänen verbracht wird, durch die Familienbegleiterinnen einge-

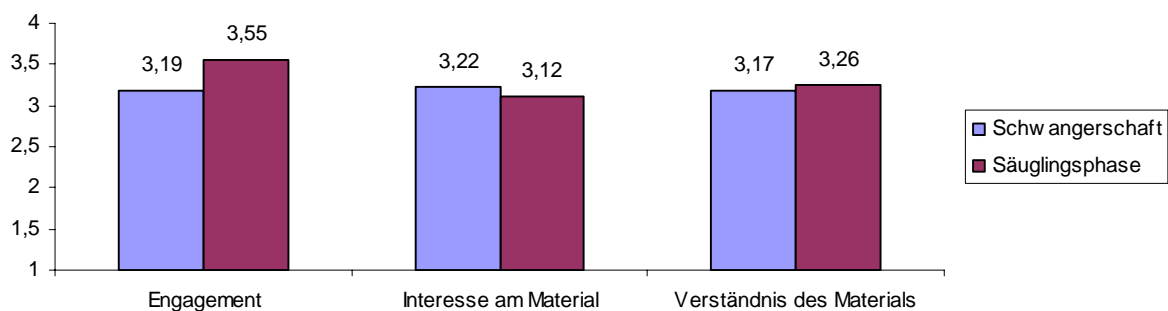


schätzt. Für Niedersachsen sind bisher 584 Hausbesuche bei 56 Frauen dokumentiert. Davon entfallen 344 auf die Phase der Schwangerschaft, 236 auf die Säuglingsphase und vier auf die Kleinkindphase. Die durchschnittliche Dauer der Hausbesuche beträgt 85,2 Minuten mit einer Streubreite von 15 bis 210 Minuten. Die durchschnittliche Dauer der Hausbesuche weicht also nur geringfügig von der geplanten Durchschnittsdauer von 90 Minuten ab.

Für Bremen sind bisher 189 Hausbesuche bei 24 Frauen dokumentiert. 122 der 189 Hausbesuche fanden in der Schwangerschaft und 67 in der Säuglingsphase statt. Aufgrund des späteren Projektstarts als in Niedersachsen fanden bisher noch keine Besuche in der Kleinkindphase statt. Die durchschnittliche Dauer beträgt in Bremen 86,4 Minuten mit einem Range von 25 bis 180 Minuten. Auch hier weicht die durchschnittliche Dauer nur gering von der geplanten Dauer ab.

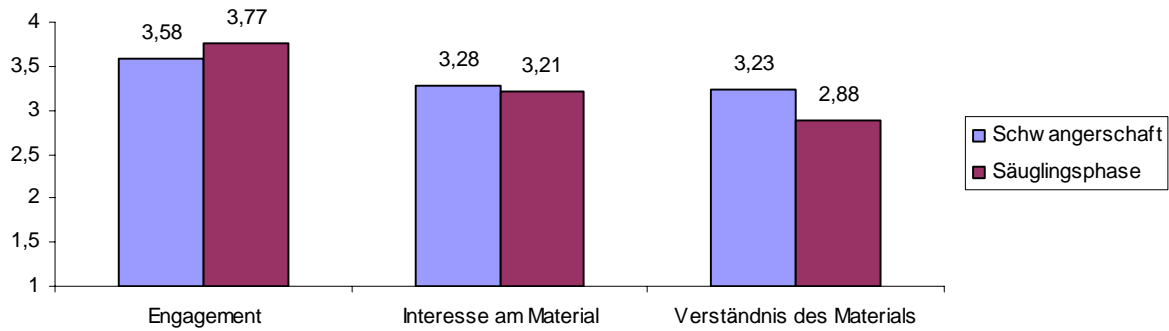
### Engagement, Verständnis und Interesse am Material

Das Engagement der Teilnehmerinnen während des Hausbesuchs sowie ihr Verständnis und Interesse am Material werden von den Familienbegleiterinnen auf einer vierstufigen Skala eingeschätzt.



**Abb. 11: Engagement, Interesse und Verständnis in Niedersachsen**

Sowohl in Niedersachsen als auch in Bremen wird das Engagement der Teilnehmerinnen recht hoch eingeschätzt (vgl. Abb. 11 und Abb. 12). In Bremen wird das Engagement noch höher bewertet als in Niedersachsen. Vergleicht man die Einschätzung des Engagements zwischen Schwangerschafts- und Säuglingsphase, so zeigt sich, dass in beiden Bundesländern das



**Abb. 12: Engagement, Interesse und Verständnis in Bremen**

Engagement in der Säuglingsphase höher ist als während der Schwangerschaft. Verständnis und Interesse am Material bleiben dagegen relative konstant bei einem Mittelwert von rund 3,2 in beiden Bundesländern. Eine Ausnahme bildet das Verständnis des Materials in Bremen in der Säuglingsphase mit einem Mittelwert von 2,88. Dieser Mittelwert basiert jedoch nur auf einer geringen Anzahl von Fällen ( $n = 22$ ) und gleicht sich bei steigender Fallzahl möglicherweise den anderen Mittelwerten an.

### **Anteil der verbrachten Zeit in den Domänen**

Um einen ganzheitlichen Ansatz zu gewährleisten, sind die Inhalte der Hausbesuche bei Pro Kind in sechs Domänen unterteilt. Ein Vergleich mit den NFP-Mittelwerten und – Zielvorgaben in Tabelle 8 zeigt, dass der Anteil der Zeit, die während der Schwangerschaft in den einzelnen Domänen verbracht wird, im Gros den Vorgaben des NFP entspricht. Diese Feststellung ist insbesondere zutreffend, wenn man in Rechnung stellt, dass das NFP-Programm nur fünf Domänen gesondert aufführt, da bei der Thematisierung der sechsten Domäne „Soziale Dienste und Gesundheitsversorgung“ - so die Argumentation - immer ein Problem in einer der anderen Domänen im Vordergrund steht. Entsprechend ist an dieser Stelle die genaue Vergleichbarkeit mit dem NFP-Programm nur eingeschränkt möglich.

In der Domäne „Persönliche Gesundheit der Mutter“ rangiert Bremen deutlich unterhalb der NFP-Zielvorgabe, auch in Niedersachsen ist der Wert nicht wesentlich höher.

**Tab. 8: Anteil der verbrachten Zeit in den Domänen in der Schwangerschaft**

Domäne	Pro Kind Nds.	Pro Kind Bremen	NFP-Mittel	NFP-Zielvorgabe
Persönliche Gesundheit	<b>29,1%</b>	<b>24,6%</b>	37%	<b>35-40%</b>
Gesundheitsförderliche Umgebung	11,6%	13,8%	11%	5-7%
Lebensplanung und -gestaltung	17,5%	17,4%	14%	10-15%
Mutter-/Vater-/Elternrolle	<b>15,5%</b>	<b>18,4%</b>	23%	<b>23-25%</b>
Familie und Freundeskreis	13,1%	14,6%	15%	10-15%
Soz. Dienst und Gesundheitsversorgung	13,1%	10,8%	--	--

Ein Grund für diese Diskrepanz könnte darin liegen, dass die Geburtsvorbereitung in Deutschland von Hebammen nach der Hebammengebührenverordnung abgeleistet wird und deshalb nicht so stark im Pro Kind-Programm thematisiert werden muss. Im Pro Kind-Programm wird stattdessen stärker auf die Domänen „Gesundheitsförderliche Umgebung“ und „Lebensplanung und -gestaltung“ eingegangen. Vergleichsweise wenig steht dagegen die Domäne „Mutter-/Vater-/Elternrolle“ bei den Hausbesuchen im Fokus.

**Tab. 9: Anteil der verbrachten Zeit in den Domänen in der Säuglingsphase**

Domäne	Pro Kind Nds.	Pro Kind Bremen	NFP-Mittel	NFP-Zielvorgabe
Persönliche Gesundheit	17,8%	23,6%	20%	14-20%
Gesundheitsförderliche Umgebung	11,1%	13,3%	12%	7-10%
Lebensplanung und -gestaltung	17,8%	15,7%	14%	10-15%
Mutter-/Vater-/Elternrolle	<b>25%</b>	<b>21,6%</b>	40%	<b>45-50%</b>
Familie und Freundeskreis	12,4%	14,2%	15%	10-15%
Soz. Dienst und Gesundheitsversorgung	14,5%	11,3%	--	--

In der Säuglingsphase gibt es bei Pro Kind eine sehr deutliche Abweichung von den NFP-Vorgaben. Statt der geforderten 45-50% und dem NFP-Mittel von 40% wird in Niedersachsen 25% der Zeit und in Bremen nur 21,6% der Zeit eines durchschnittlichen Hausbesuchs mit der Domäne „Mutter-/Vater-/Elternrolle“ verbracht. Mehr Zeit als im NFP-Programm wurde bei Pro Kind hingegen wiederum in die Domänen „Gesundheitsförderliche Umgebung“ und „Lebensplanung und -gestaltung“ investiert. Bei diesen Betrachtungen ist die prozentuale Hausbesuchszeit, die auf die Domäne „Soziale Dienste und Gesundheitsversorgung“ entfällt, zu berücksichtigen. Es bedarf allerdings genauerer Analysen der Empfehlungsprotokolle um daraus vorsichtige Rückschlüsse auf die Umverteilung dieses Zeitanteils auf die anderen Domänen zu ziehen. Außerdem gilt es zu berücksichtigen, dass erst sehr wenige Frauen die Säuglingsphase komplett durchlaufen haben.

#### **4.7 Ergebnisse zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Modellprojekt Pro Kind (t0)**

Die Ergebnisdarstellung zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Modellprojekt (t0) orientiert sich an den fünf Pro Kind-Domänen „Persönliche Gesundheit“, „Mutter-/Vater-/Elternrolle“, „Lebensplanung und –gestaltung“ sowie „Familien-, Freundes- und Bekanntenkreis“ und „Soziale Dienstleistungen und Gesundheitsversorgung“. Die Beschränkung auf die fünf genannten Domänen lässt sich damit begründen, dass die Datenlage zur sechsten Pro Kind-Domäne „Gesundheitsförderliche Umgebung“ wenig aussagekräftig ist, da nur bei 34 der 129 Aufnahmeinterviews das Interviewerrating durchgeführt wurde.

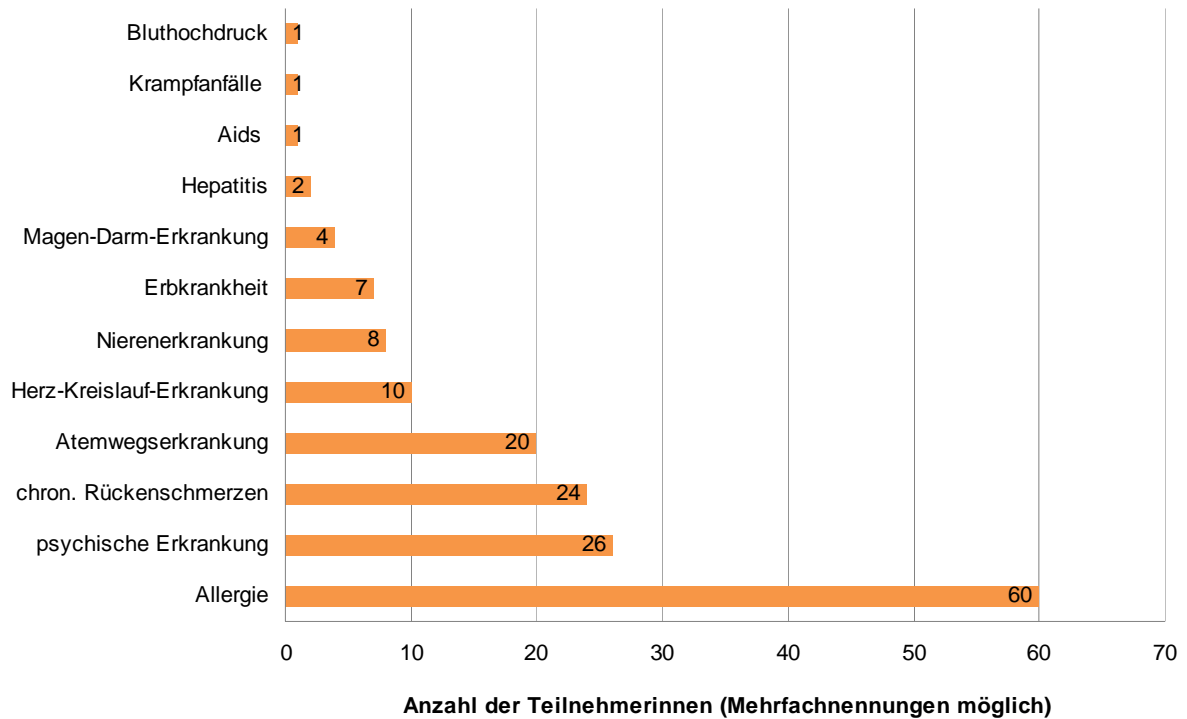
Mit Ausnahme der selbsteingeschätzten pränatalen Bindungsqualität und –intensität ergeben sich zum Zeitpunkt t0 keine signifikanten Unterschiede zwischen den Frauen in der Begleit- und den Frauen in der Kontrollgruppe. Entsprechend werden auch lediglich für die Bindungsskala die Ausgangswerte getrennt für die beiden Untersuchungsgruppen dargestellt.

##### **Domäne „Persönliche Gesundheit“**

In der Domäne „Persönliche Gesundheit“ werden physische und psychische Belastungen, aber auch das Substanzenkonsumverhalten der Teilnehmerinnen erfasst. Diese verschiedenen Belastungen werden im Folgenden in der genannten Reihenfolge dargestellt.

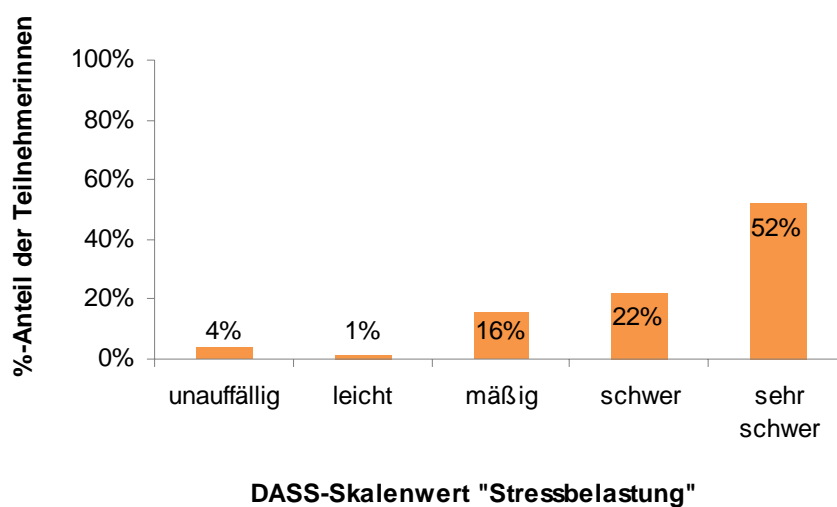
Bei 15,5% (n = 20) der Teilnehmerinnen liegt laut ärztlicher Untersuchung ein Schwangerschaftsrisiko vor. Ein erheblich größerer Prozentsatz der Frauen (69 %, n = 89) leidet an mindestens einer chronischen Erkrankung im physischen oder psychischen Bereich.

Abbildung 13 gibt einen Überblick über die Art der chronischen Erkrankung, wobei das Überwiegen von Allergien wenig überraschend ist und deckungsgleich mit der Auftretenshäufigkeit in der Normalpopulation sein dürfte. Am zweithäufigsten werden allerdings psychische Erkrankungen genannt, auf die noch gesondert eingegangen wird, gefolgt von chronischen Rückenschmerzen und Atemwegserkrankungen, die ebenfalls weit verbreitet in der Normalpopulation sind.



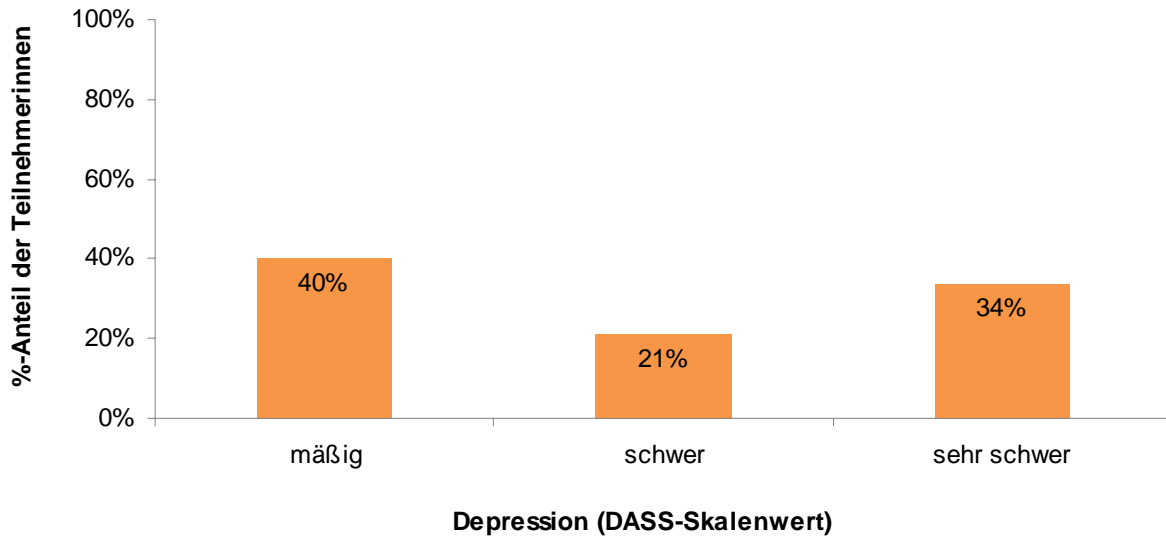
**Abb. 13: Vorliegen einer chronischen Erkrankung bei den Teilnehmerinnen**

Eine genauere Betrachtung der psychischen Erkrankungen zeigt, dass die Skalenwerte in der Depression-Angst-Stress-Skala-21 (DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1992 in der Fassung von Köppe, 2001) tatsächlich signifikant höher ausfallen als dies in der Normalpopulation der Fall ist. So schätzen sich 52% der Teilnehmerinnen als sehr schwer, 22% als schwer und 16% als mäßig durch Stress belastet ein. In die Kategorien, die am häufigsten in einer Normalstichprobe vertreten sind (70% unauffällig und leicht) fallen nur 5% der Pro Kind-Teilnehmerinnen (vgl. Abb. 14).

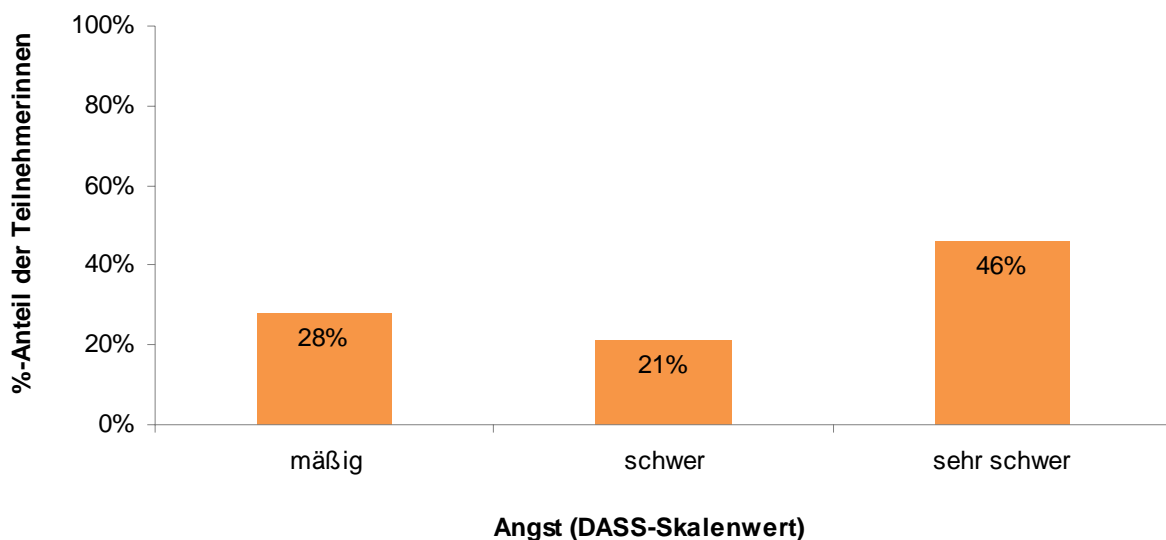


**Abb. 14: Selbsteingeschätzte Stressbelastung der Teilnehmerinnen in der DASS-21 (Köppe, 2001)**

Noch deutlicher werden die Unterschiede zur Normalstichprobe bei der Depressions- und Angstbelastung (Abb. 15 und 16). Während 70% der Normalbevölkerung Werte in den Kategorien „unauffällig“ und „leicht“ erzielt, tauchen diese Kategorien bei den Pro Kind-Teilnehmerinnen gar nicht auf. Zwar schätzen sich 40% als mäßig belastet auf der Depressionsskala ein, aber immerhin 21% als schwer und sogar 34% als sehr schwer belastet.



**Abb. 15: Selbsteingeschätzte Depressionsbelastung der Teilnehmerinnen in der DASS-21 (Köppe, 2001)**  
 Als schwer oder sehr schwer angstbelastet beschreiben sich sogar 67% der Teilnehmerinnen, nur 28% fallen in die Kategorie „mäßig angstbelastet“.



**Abb. 16: Selbsteingeschätzte Angstbelastung der Teilnehmerinnen in der DASS-21 (Köppe, 2001)**

Hinsichtlich anderer Gesundheitsverhaltensweisen der Teilnehmerinnen bei Pro Kind zeigt sich, dass 50% gelegentlich oder täglich rauchen (n = 64). Hier ergibt sich somit Präventionsbedarf.

Durchschnittlich konsumieren die Raucherinnen sieben Zigaretten täglich, wobei die Angaben zwischen weniger als einer Zigarette pro Tag bis hin zu 25 Zigaretten pro Tag schwanken, wobei soziale Erwünschtheitstendenzen hier noch zu einer Unterschätzung des tatsächlichen Nikotinkonsums führen könnten. Im Sinne gesundheitsförderlicher Umgebungsbedingungen besteht auch beim ebenfalls schädlichen Passivrauchen ein Verbesserungspotenzial, da immerhin knapp die Hälfte der Befragten (64 von 129 Frauen) sich tagsüber oder abends häufiger in Räumen aufhalten, in denen geraucht wird.

Der selbstberichtete Alkoholkonsum der Teilnehmerinnen fällt dagegen gering aus. 73% der Frauen geben an, vor oder seit der Schwangerschaft aufgehört zu haben, Alkohol zu trinken. Zwölf Frauen trinken eigenen Angaben zufolge höchstens einmal im Monat ein alkoholisches Getränk. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich für den Konsum anderer Drogen, der von allen Frauen bis auf vier ( $n = 3$  Haschischkonsum mehrmals im Monat und  $n = 1$  Methadonkonsum) verneint wird. Auch beim Alkohol- und sonstigen Drogenkonsum stellt sich die Frage nach der sozialen Erwünschtheit, die zu einer Verzerrung von Selbstberichten führen kann. Ein sensibles Befragungsvorgehen, durch das die Tendenz zu sozial erwünschten Antworten zwar nicht ganz verhindert, aber deutlich abgeschwächt werden kann, nimmt daher in der Schulung der für die Begleitforschung tätigen Interviewerinnen eine zentrale Stellung ein.

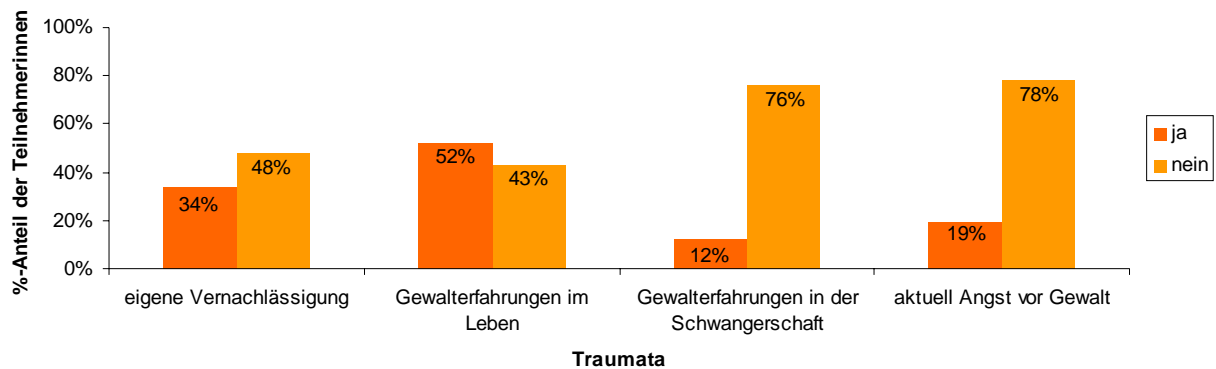
### **Domäne „Mutter-/Vater-/Elternrolle“**

In der Domäne „Mutter-/Vater-/Elternrolle“ werden neben dem Schwangerschaftswunsch auch eigene Erfahrungen der Teilnehmerinnen in ihrer Herkunftsfamilie erfragt, die im Sinne des Transmissionsgedankens in der Bindungstheorie prägend für den Beziehungsaufbau zum ungeborenen Kind sind. Die pränatale Mutter-Kind-Bindung bei Aufnahme in das Modellprojekt wird ebenso erfasst, wie die elterliche Selbstwirksamkeitserwartung und die Elternkompetenz.

Bei 13% ( $n = 17$ ) der Teilnehmerinnen handelt es sich eigenen Angaben zufolge um eine unerwünschte Schwangerschaft. 33% ( $n = 42$ ) der werdenden Mütter geben an, sich die Schwangerschaft eher nicht gewünscht zu haben. Dagegen antworteten 19% ( $n = 24$ ) der Teilnehmerinnen auf die Frage nach der Erwünschtheit der Schwangerschaft uneingeschränkt positiv, knapp 30% ( $n = 37$ ) eingeschränkt positiv.

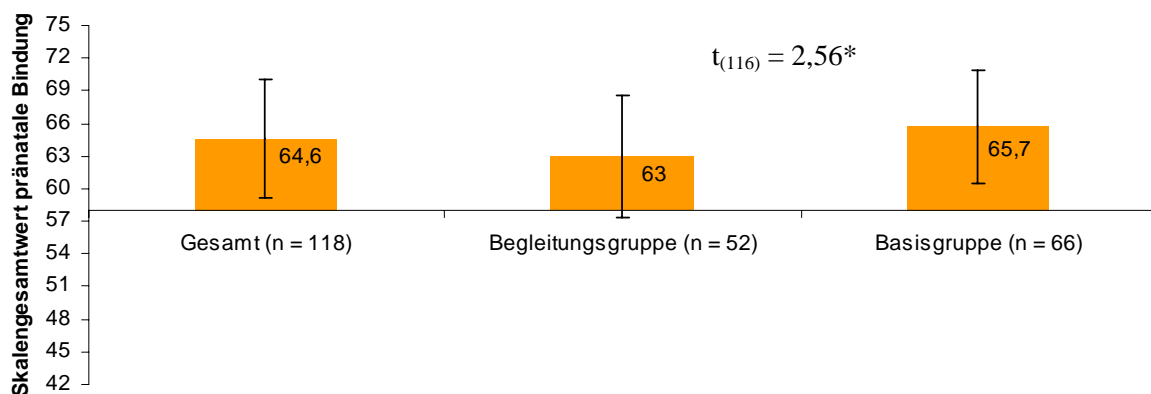
Sehr viele Pro Kind-Teilnehmerinnen sind von eigenen Bindungs- und Beziehungstraumata betroffen (vgl. Abb. 17), was die Beziehung zu ihrem Kind negativ prägen kann. Eigenen Angaben zufolge sind 34% ( $n = 44$ ) der Teilnehmerinnen in ihrer Kindheit oder Jugend vernachlässigt worden, 52% ( $n = 67$ ) berichten von Gewalterfahrungen im Leben, 12% ( $n = 16$ )

sogar von aktuellen Gewalterfahrungen während der Schwangerschaft. Immerhin 19% (n = 24) der Teilnehmerinnen geben im t0-Interview an, derzeit Angst vor Gewalt zu haben.



**Abb. 17: Eigene Bindungs- und Beziehungstraumata, Gewalterfahrungen und Angst vor Gewalt**

Zur Erfassung der pränatalen Mutter-Kind-Bindung wird die Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS, Condon 1993) eingesetzt. Die bisherigen Befunde zeigen, dass die Teilnehmerinnen insgesamt ihre Bindungsbeziehung zum ungeborenen Kind als überdurchschnittlich gut einschätzen. In der Gesamtskala „Pränatale Bindung“, wie auch in den Unterskalen „Pränatale Bindungsqualität“ und „Pränatale Bindungsintensität“ liegen die Werte über dem mittleren Skalenwert einer Normalstichprobe von Frauen, die an einem Geburtsvorbereitungskurs teilnahmen (N = 86). Des Weiteren ist die Bindungsskala mit ihren Unterskalen die einzige Skala, in der sich signifikante Unterschiede zwischen Begleitgruppe und Basisgruppe ergeben, wobei die Teilnehmerinnen in der Basisgruppe ihre Beziehung zum Kind noch einmal deutlich höher einschätzen als die Frauen der Begleitgruppe (vgl. Abb. 18a-c).



**Abb. 18a: Selbsteinschätzung der pränatalen Bindung (MAAS-Gesamtskalenwert)**



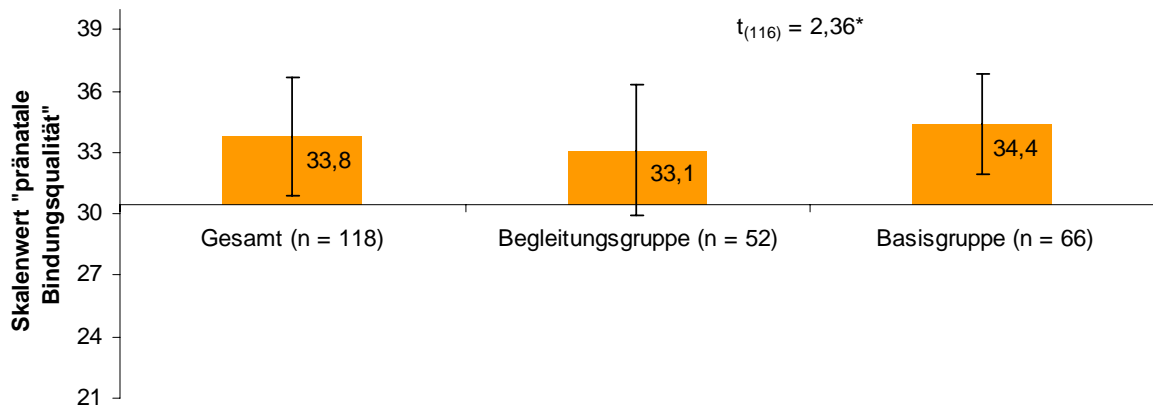


Abb. 18b: Selbsteinschätzung der pränatalen Bindungsqualität (MAAS-Skalenwert Bindungsqualität)

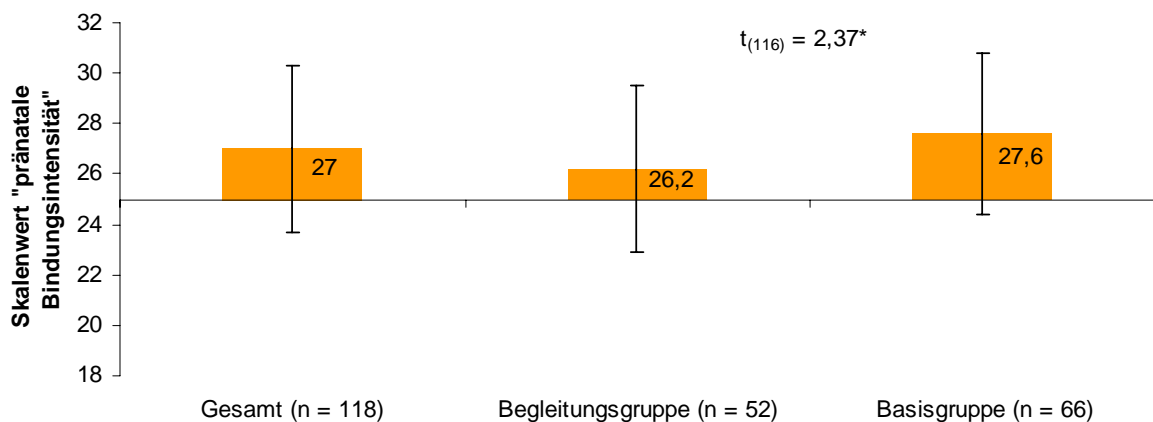
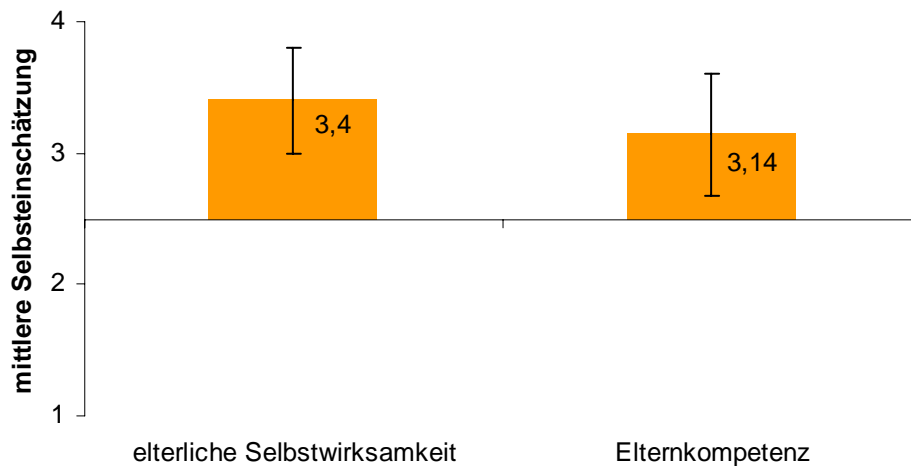


Abb. 18c: Selbsteinschätzung der pränatalen Mutter-Kind-Bindungsintensität (MAAS-Skalenwert Bindungsintensität)

Ähnliche Selbstüberschätzungen, wie man sie allerdings auch in der unbelasteten Stichprobe von Schwangeren findet, zeigen sich auch in den mittleren Selbsteinschätzungen auf der Skala des Prenatal Parental Expectations Survey (PPES, Reece, 1998) und der Subskala „Efficacy as parents“ aus dem Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern (FKE, Miller, 2001) (vgl. Abb. 19). Unterschiede zwischen den nach Zufall der Begleit- oder der Basisgruppe zugewiesenen Teilnehmerinnen werden hier nicht evident.



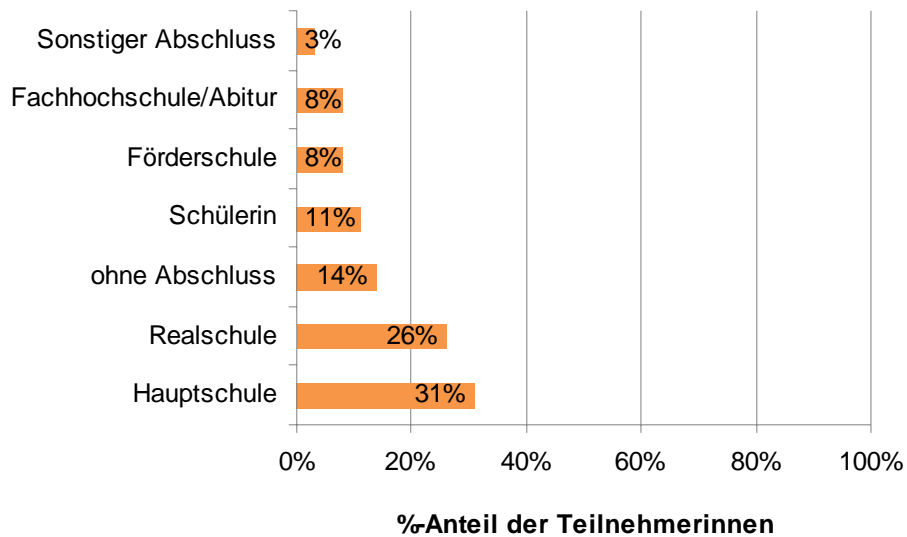
**Abb. 19: Selbsteinschätzung der elterlichen Selbstwirksamkeit und der Elternkompetenz**

Angesichts dieser Befunde im Aufnahmeinterview ist ein wichtiger Aspekt der Familienbegleitung einerseits der sensible Umgang mit Beziehungstraumata der Teilnehmerinnen, ein weiterer aber sicherlich auch die Arbeit an einer realistischeren Einschätzung der Beziehung zum Kind, um Enttäuschungen und Selbstüberforderungen in der Säuglingsphase zu verhindern.

### **Domäne „Lebensplanung und –gestaltung“**

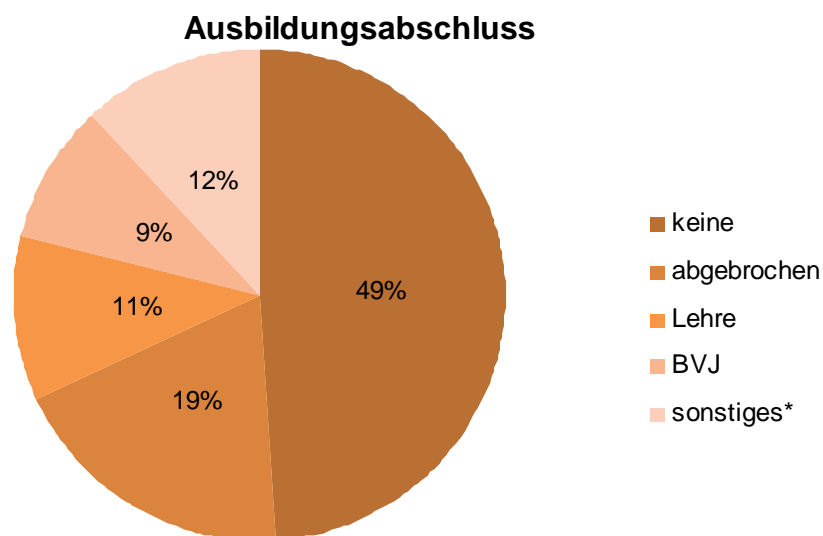
In dieser Domäne werden neben dem Schul- und Ausbildungsabschluss der Teilnehmerinnen auch die finanzielle Situation und die Wohnsituation erfasst.

Wie Abb. 20 zeigt, verfügt die überwiegende Mehrheit der Teilnehmerinnen über einen Haupt- oder Realschulabschluss (31% bzw. 26%). Ein nicht unerheblicher Anteil von 14% der Teilnehmerinnen hat aber gar keinen Schulabschluss, 11% gehen noch zur Schule. 8% der Teilnehmerinnen haben eine Förderschule besucht, ebenso viele Teilnehmerinnen haben das Abitur bzw. einen Fachhochschulabschluss.



**Abb. 20: Verteilung der Teilnehmerinnen nach ihrem Schulabschluss**

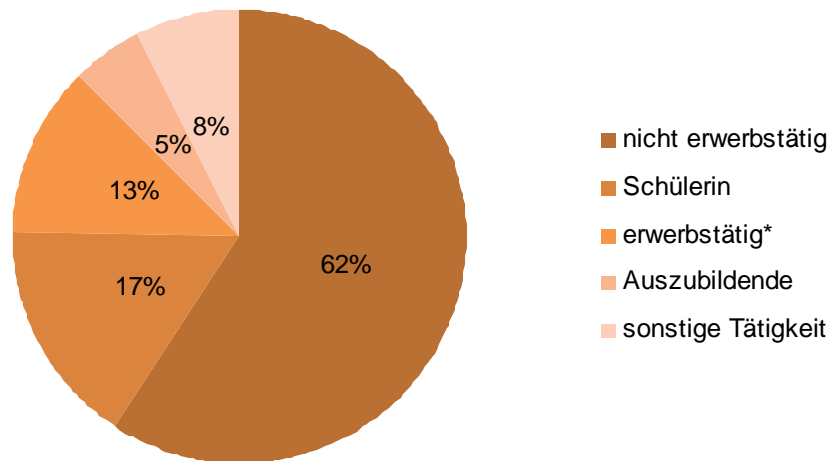
Deutlich schlechter stellt sich die Situation dar, wenn man den Ausbildungsabschluss und die Erwerbstätigkeit betrachtet (Abb. 21 und 22). So hat fast die Hälfte der Teilnehmerinnen keinen Abschluss, 19% haben ihre Ausbildung abgebrochen, 11% der Teilnehmerinnen befinden sich noch in der Lehre, 9% in ihrem berufsvorbereitenden Jahr.



**Abb. 21: Prozentualer Anteil der Ausbildungsabschlüsse bei den Teilnehmerinnen**

Entsprechend sind 62% der Teilnehmerinnen nicht erwerbstätig, nur 13% gehen einem Beruf nach, wobei es sich zumeist um Mini- oder 1 €Jobs handelt. Jeweils eine Frau gibt an Arbeiterin, Angestellte und Selbstständige zu sein. 22% befinden sich noch in der Ausbildung oder sind Schüler.

### Erwerbstätigkeit



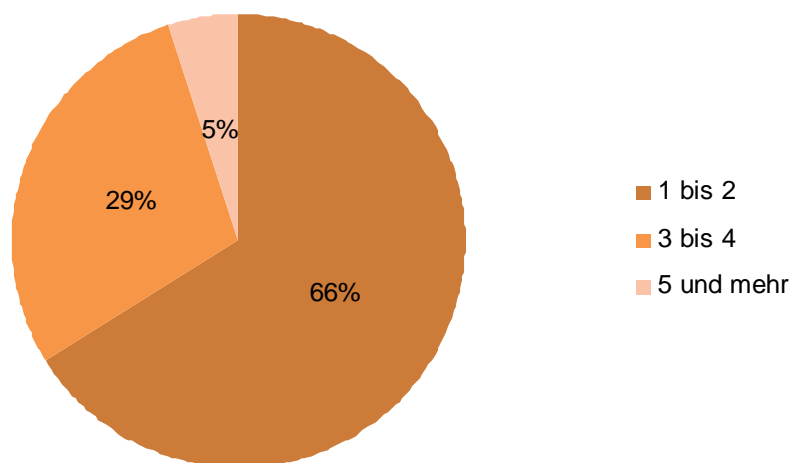
**Abb. 22: Prozentualer Anteil der Erwerbstätigkeit bei den Teilnehmerinnen**

An staatlichen Unterstützungsleistungen wird zumeist das Arbeitslosengeld II bezogen (54%), 28% erhalten noch Kindergeld, jeweils 8% sind Sozialhilfeempfängerinnen oder beziehen Unterhalt vom Jugendamt.

Das Pro-Kopf-Einkommen im Haushalt (abzüglich der Mietkosten) beträgt im Mittel 238 Euro (Streubreite: 0-733 Euro). 47% (n = 61) der Frauen haben Schulden, 43% (n = 56) der Frauen geben an, keine Schulden zu haben und 9% (n = 12) machen keine Angabe hierzu.

Die Frauen wohnen zumeist in der eigenen Wohnung (59%, n = 76), 39% (n = 50) der Frauen haben keine eigene Wohnung und eine Frau gibt an, wohnungslos zu sein.

### Personen im Haushalt\*



**Abb. 23: Wohnsituation der Teilnehmerinnen: Personen im Haushalt**

Wie Abbildung 23 zeigt, leben die Frauen überwiegend allein (21%) oder zu zweit (insgesamt 66%), entweder mit dem Partner zusammen (34%) oder mit einem anderen Familienmitglied (7%). In 29% der Fälle wohnen drei oder vier Personen im Haushalt, in 5% der Fälle fünf und mehr Personen.

### Domäne „Familien-/Freundes-/Bekanntenkreis“

In dieser Domäne geht es um die informellen Netzwerke, in die die Teilnehmerin eingebunden ist. Zum einen wird die Quantität ihrer Beziehungen, zum anderen aber die selbsteingeschätzte Qualität dieser Beziehungen erfasst.

Die überwiegende Mehrheit der werdenden Mütter ist ledig (81%), lebt aber in einer festen (74%) oder lockeren Partnerschaft (7%). 15% der Teilnehmerinnen sind verheiratet, 4% geschieden und 1% verwitwet. Bei 73% (n = 94) der Frauen ist der Partner der leibliche Vater des ungeborenen Kindes.

Insgesamt scheinen die Teilnehmerinnen bis auf wenige Ausnahmen über ein funktionierendes informelles Unterstützungsnetzwerk zu verfügen. Sie haben überwiegend viele Personen im Freundeskreis, wie Abbildung 24 zeigt. Nur sehr wenige Frauen geben an, niemanden (5%) oder nur ein bis zwei Personen zu haben (4%). 6% machen keine Angaben.

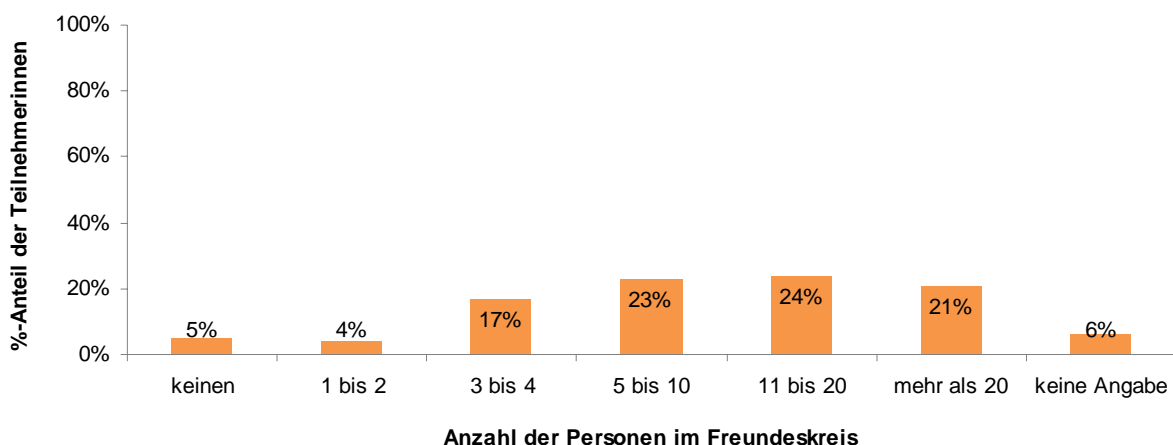
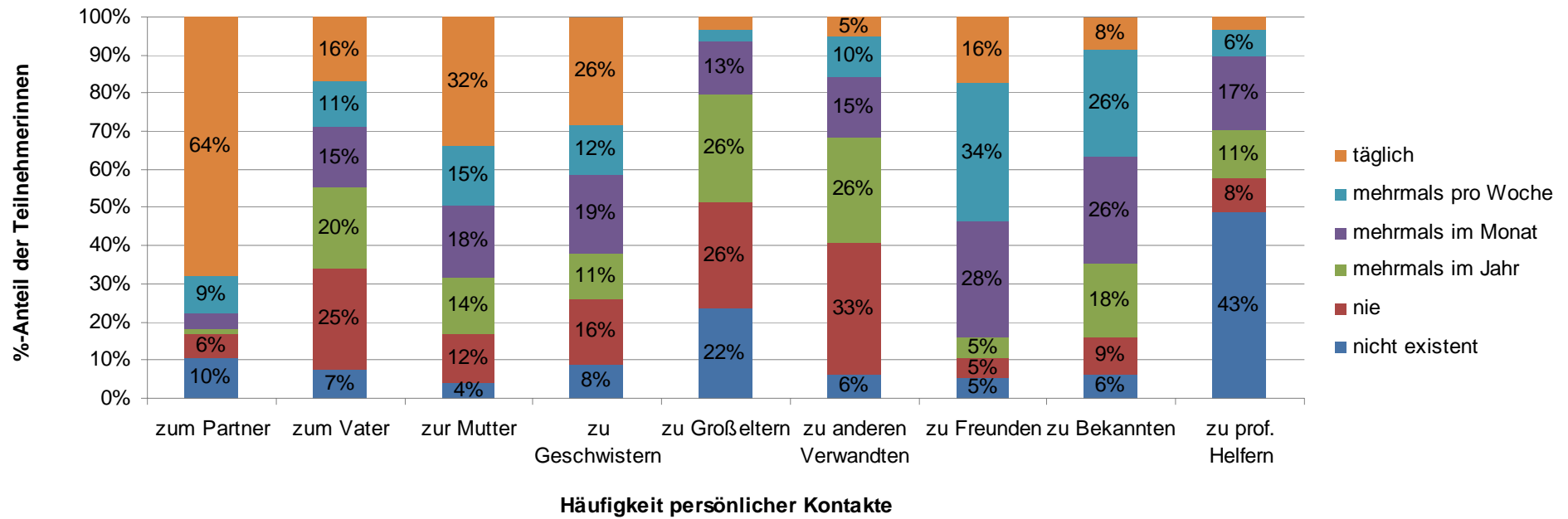


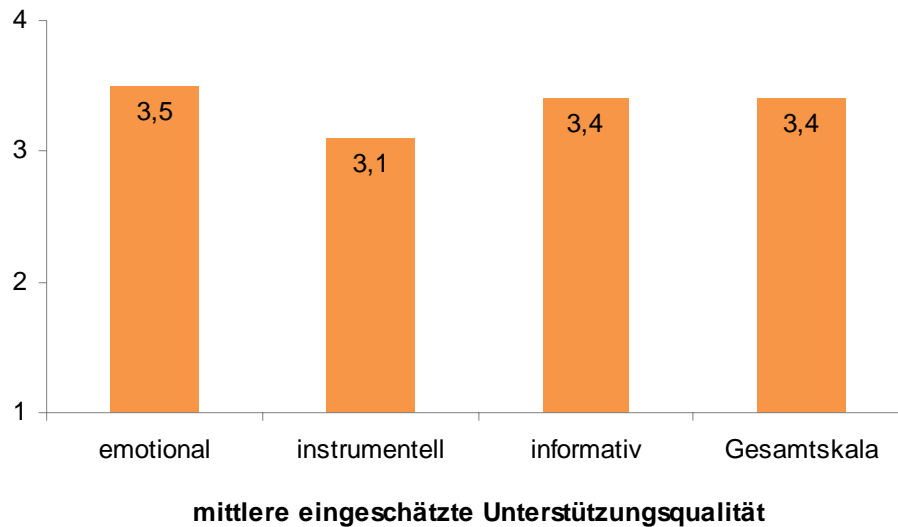
Abb. 24: Größe des informellen Netzwerkes

Auch die Häufigkeit persönlicher Kontakte, die zum Partner, zur Mutter und zu den Geschwistern - sofern vorhanden - zumeist mit „täglich“, zu Freunden zumeist mit „mehrmals pro Woche“ oder „mehrmals im Monat“ angegeben wird, lässt auf eine überwiegend gute soziale Integration schließen (vgl. Abb. 25).



**Abb. 25: Häufigkeit persönlicher Kontakte im informellen Netzwerk**

Vor diesem Hintergrund ist die als durchgängig sehr hoch eingeschätzte Unterstützungsqualität interpretierbar (vgl. Abb. 26). Aber auch hier liegen die Pro Kind-Teilnehmerinnen deutlich über dem Skalenmittel, was auf eine Überschätzung der Ressourcen in diesem Bereich hindeuten könnte.

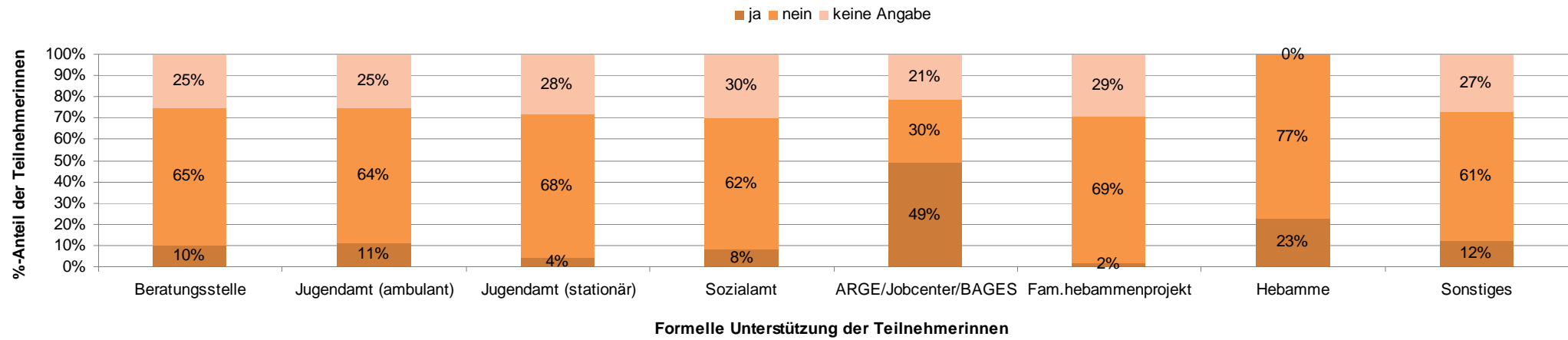


**Abb. 26: Eingeschätzte emotionale, instrumentelle und informative Unterstützungsqualität**

Andererseits könnten hier aber auch tatsächlich wichtige Ressourcen der Teilnehmerinnen liegen, die die Familienbegleiterinnen mit einbeziehen sollten, um Probleme in anderen Bereichen anzugehen.

### **Domäne „Soziale Dienstleistungen und Gesundheitsversorgung“**

In dieser Domäne wird die Vernetzung der Teilnehmerinnen mit formellen Angeboten im sozialen und gesundheitlichen Bereich erfasst. Wie bereits aus Abbildung 25 hervorgeht, hat über 50% der Teilnehmerinnen nie Kontakt zu professionellen Helfern. Abbildung 27 zeigt ergänzend, dass die wenigsten Teilnehmerinnen die staatlichen Angebote in Anspruch nehmen, mit Ausnahme der ARGE/Jobcenter/BAGES, zu der 49% aufgrund ihrer beruflichen Situation regelmäßigen Kontakt haben.



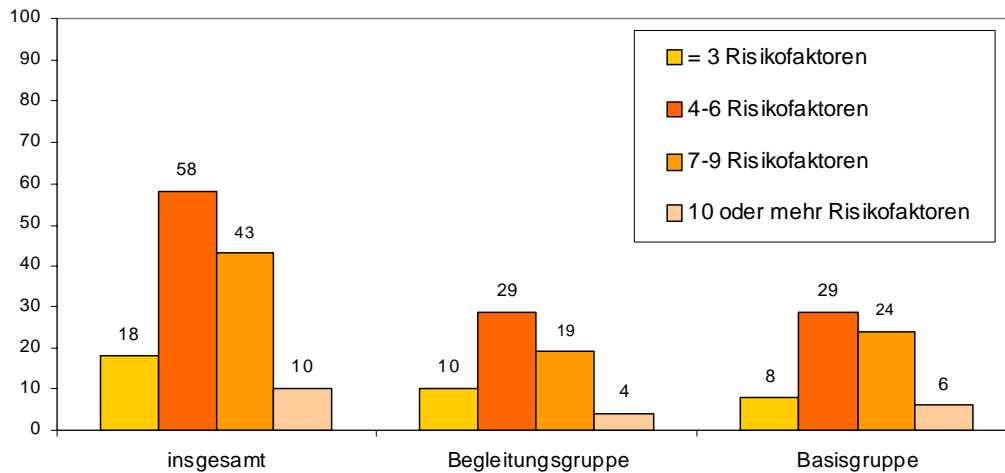
**Abb. 27: Inanspruchnahme sozialstaatlicher Angebote im formellen Netzwerk**



Besonders überraschend ist, dass trotz teilweise schon weiter fortgeschrittener Schwangerschaft 77% der Teilnehmerinnen keine Hebamme haben.

## Zusammenfassung

Abbildung 28 gibt einen zusammenfassenden Überblick über die Risikobelastung der aufgenommenen Frauen.



\*t0-Datenbank auf der Basis von n = 129 Frauen

### Abb. 28: Zusammenfassende Übersicht über das Vorliegen von Risikofaktoren bei den Teilnehmerinnen

Wie aus den bisherigen Ausführungen hervorgeht, sind Frauen, die bei Pro Kind aufgenommen werden, multipel risikobelastet. Im Mittel liegen sechs Risikofaktoren vor, wobei 83% der Frauen durch ALG II- bzw. Sozialhilfebezug und/oder Überschuldung finanziell belastet sind, bei weiteren 15% liegt das Pro-Kopf-Einkommen - bezogen auf den Haushalt - unterhalb der Grenze von 375 Euro. Bei 75,2% der Teilnehmerinnen liegen gesundheitliche Belastungen vor. 78,3% der Frauen haben selbst Vernachlässigungs- oder Gewalterfahrungen gemacht. Dagegen berichten nur 32,6% der Teilnehmerinnen über fehlende Unterstützung. Im Bereich der informellen Netzwerke haben demnach viele der bisher aufgenommenen Teilnehmerinnen wichtige Ressourcen, die die Familienbegleiterinnen einbeziehen und aktiv in der Begleitung nutzen können. Die Risikobelastung verteilt sich in den beiden Untersuchungsgruppen (Basis- und Begleitgruppe) in etwa gleich.

## 4.8 Effektivität der pränatalen Intervention – Erste Befunde zum t0-t1-Vergleich

Im Folgenden werden erste Befunde zur Effektivität der pränatalen Intervention in den Domänen „Persönliche Gesundheit“ und „Mutter-/Vater-/Elternrolle“ dargestellt. Nach den NFP-

Zielvorgaben sollte ein Schwerpunkt der Begleitung in der Schwangerschaft auf diesen beiden Domänen liegen. Die Auswertungen erfolgten auf der Datenbasis einer Stichprobengröße von insgesamt  $N = 50$  Teilnehmerinnen, mit denen bereits das t1-Interview in der 36. Schwangerschaftswoche durchgeführt worden ist. 29 Frauen (58% der Teilnehmerinnen) sind in der Basisgruppe, 21 Frauen (42% der Teilnehmerinnen) erhalten die Familienbegleitung. Die Darstellung beschränkt sich auf Skalen, in denen sich erste signifikante Haupt- oder Interaktionseffekte abzeichnen.

### Domäne „Persönliche Gesundheit“

Ein Thema der Familienbegleitung in der Schwangerschaft ist die Verbesserung der Ernährungs-, Bewegungs- und Schlafgewohnheiten, die über die Skalen Ernährung, Schlaf und Bewegung des Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG, Dlugosch & Krieger, 1995) erfasst werden.

Wie die Abbildungen 29 und 30 zeigen, ergeben sich hier tendenzielle Interaktionseffekte „Zeit x Gruppenzugehörigkeit“ für die Skalen „Regelmäßigkeit des Essens“ ( $F_{(1; 45)} = 3,812$ ;  $p = .057$ ) und „Auswärtsessen“ ( $F_{(1; 45)} = 2,841$ ;  $p = .099$ ). Die Teilnehmerinnen in der Basisgruppe geben dabei an, regelmäßiger zu essen sowie seltener auswärts zu essen als die Teilnehmerinnen in der Begleitgruppe. Die Effekte sind mit 8% und 6% (partielles Eta-Quadrat) sehr schwach.

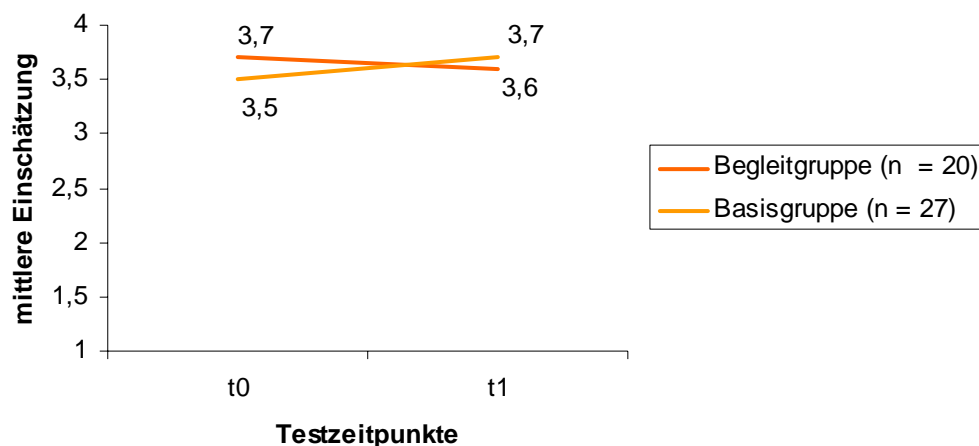
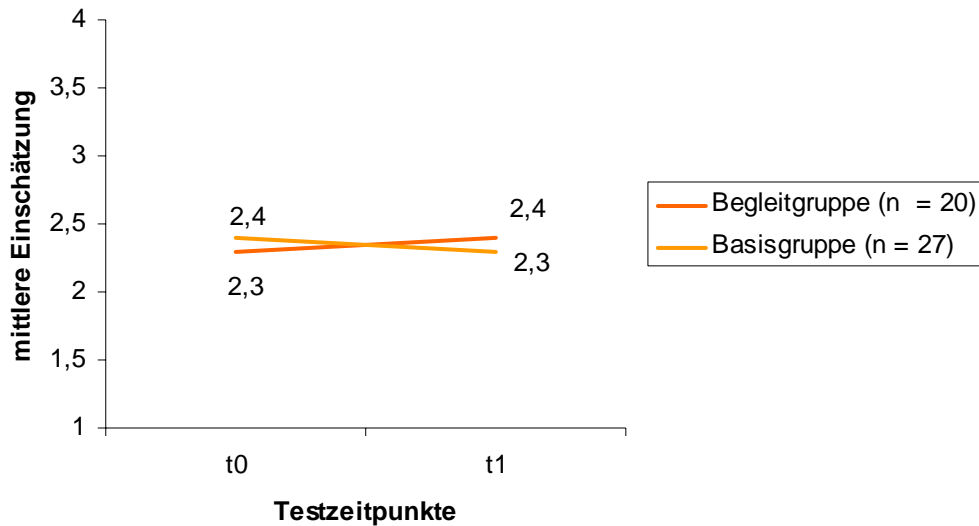
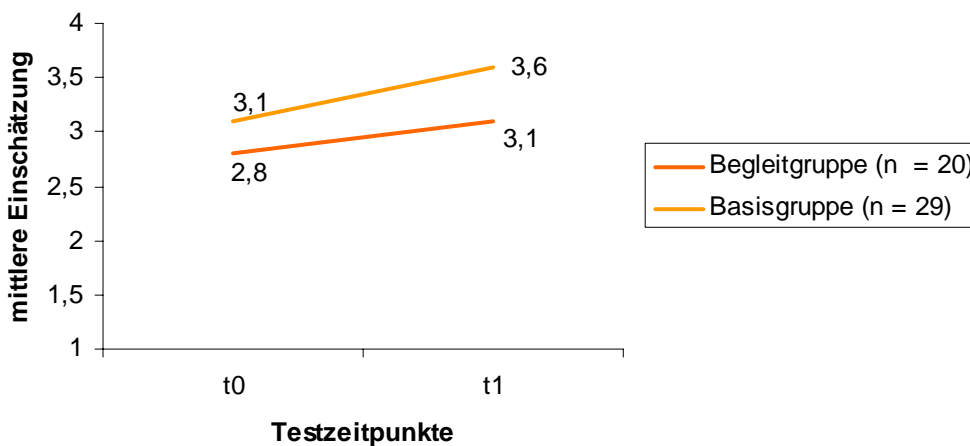


Abb. 29: Selbsteingeschätzte Regelmäßigkeit der Ernährung in der Schwangerschaft



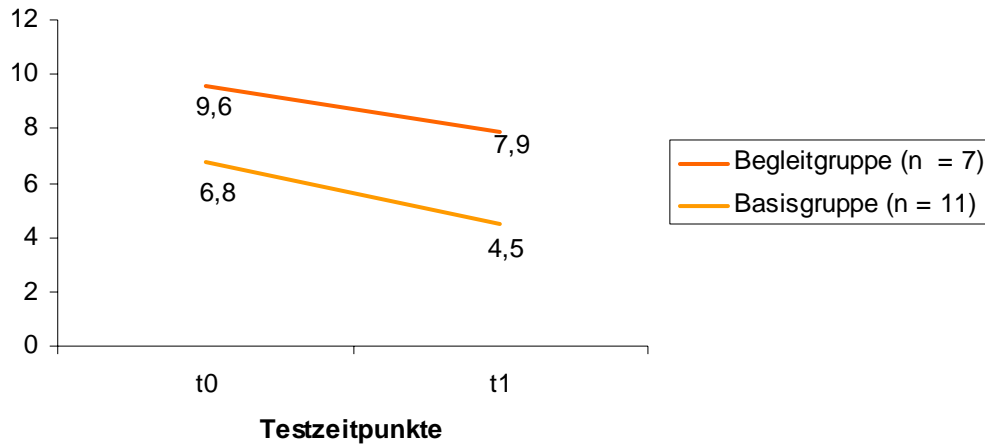
**Abb. 30: Selbsteingeschätzte Häufigkeit des Auswärtssessens in der Schwangerschaft**

In der Skala „Schlafprobleme“ zeigen sich weder ein signifikanter Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit noch gruppenspezifische Veränderungen über die Zeit (Interaktionseffekt „Zeit x Gruppenzugehörigkeit“). Erkennbar ist aber, dass die Schlafprobleme in beiden Gruppen signifikant zum Ende der Schwangerschaft zunehmen (Haupteffekt „Zeit“,  $F_{(1; 47)} = 8,767$ ;  $p < .01$ ). Dabei handelt es sich ebenfalls um einen kleinen Effekt (partielles Eta-Quadrat = .16) (vgl. Abb. 31).



**Abb. 31: Selbsteingeschätztes Vorliegen von Schlafproblemen in der Schwangerschaft**

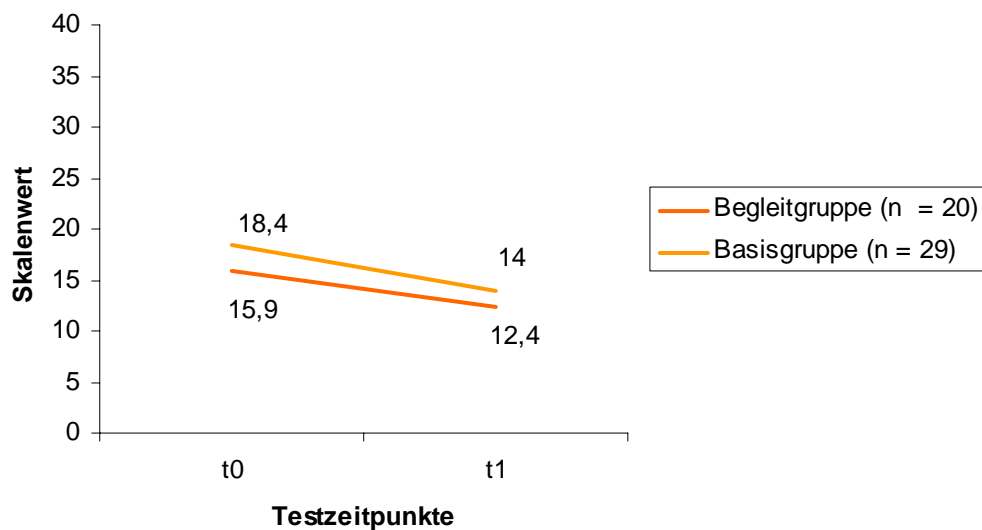
Hinsichtlich des Rauchverhaltens zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Haupteffekt „Zeit“ ( $F_{(1; 16)} = 10,708$ ;  $p < .01$ ). Die Teilnehmerinnen in beiden Gruppen reduzieren demnach ihren Zigarettenkonsum signifikant zum Ende der Schwangerschaft (vgl. Abb. 32). Mit einem partiellen Eta-Quadrat von .40 handelt es sich hierbei um einen Effekt mittlerer Stärke.



**Abb. 32: Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag während der Schwangerschaft**

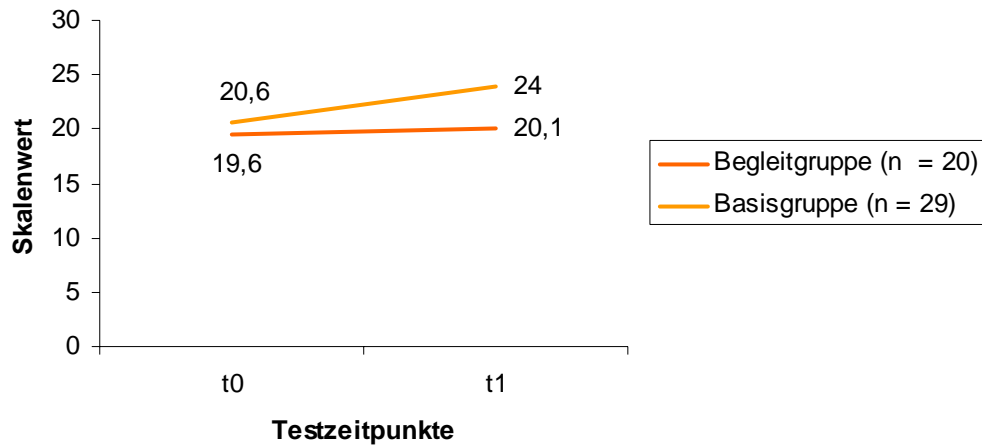
Wie auch schon bei der Aufnahme in das Modellprojekt sind hier soziale Erwünschtheitstendenzen in den Selbstberichten der Frauen nicht auszuschließen, so dass der tatsächliche Zigarettenkonsum durchaus höher liegen kann als der im Mittel angegebenen acht bzw. fünf Zigaretten.

Bei der Aufnahme in das Modellprojekt war die selbsteingeschätzte hohe psychische Belastung der Frauen in den DASS-21-Skalen auffällig (vgl. Kapitel 4.7). Zum Testzeitpunkt in der 36. Schwangerschaftswoche schätzen sich die Frauen beider Gruppen allerdings signifikant weniger stressbelastet ein ( $F_{(1; 47)} = 52,161$ ;  $p < .001$ ) (vgl. Abb. 33). Es handelt sich hierbei ebenfalls um einen Effekt mittlerer Stärke (partielles Eta-Quadrat = .53), was die Deutlichkeit der Signifikanz trotz lediglich geringer Mittelwertveränderung erklärt.



**Abb. 33: Stressbelastung im Verlauf der Schwangerschaft**

Während die Stressbelastung zum Ende der Schwangerschaft hin absinkt, berichten Teilnehmerinnen in beiden Gruppen über einen Anstieg der Angstbelastung ( $F_{(1; 47)} = 4,54$ ;  $p < .05$ ). Die Effektstärke ist hier aber wiederum mit 9% sehr klein.



**Abb. 34: Angstbelastung im Verlauf der Schwangerschaft**

Weitere signifikante oder tendenziell signifikante Haupt- oder Interaktionseffekte sind derzeit noch nicht nachweisbar.

#### **Domäne „Mutter-/Vater-/Elternrolle“**

In der Domäne „Mutter-/Vater-/Elternrolle“ wird vor allem die selbsteingeschätzte pränatale Bindung zum Kind beleuchtet, die sich bereits bei der Aufnahme in das Modellprojekt bei den Frauen in der Begleit- und Basisgruppe signifikant unterscheidet. Wie die Abbildungen 35 und 36 zeigen, schätzen die Frauen in beiden Gruppen ihre pränatale Bindung zum Kind am Ende der Schwangerschaft noch positiver ein (signifikanter Haupteffekt „Zeit“,  $F_{(1; 44)} = 4,714$ ;  $p < .05$ , partielles Eta-Quadrat = .097).

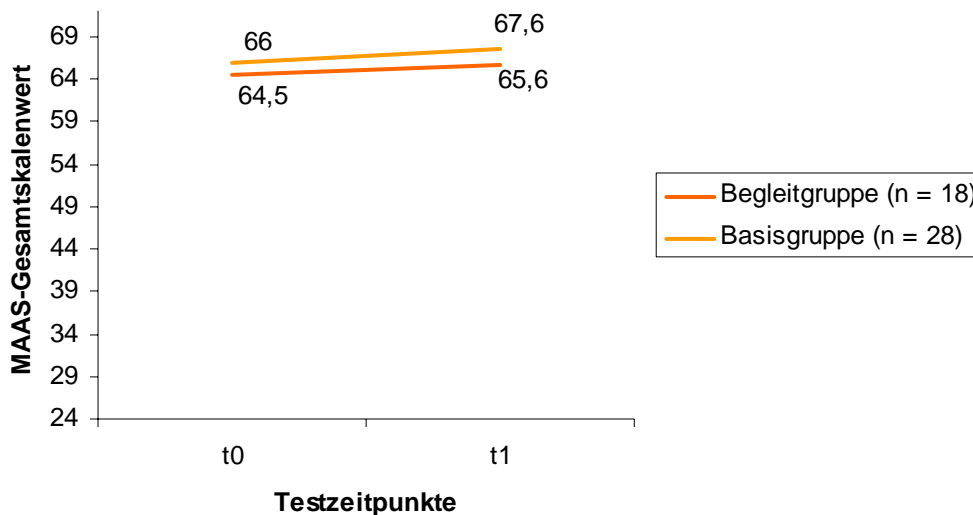


Abb. 35: Selbsteingeschätzte Pränatale Mutter-Kind-Bindung (Gesamtskala, bestehend aus den Subskalen „präinatale Bindungsqualität“ und „präinatale Bindungsintensität“).

Dieser kleine Effekt in der MAAS-Gesamtskala geht auf die als signifikant höhere Einschätzung auf der Subskala „Bindungsqualität“ zurück (Haupteffekt „Zeit“,  $F_{(1; 44)} = 15,759$ ;  $p < .001$ , partielles Eta-Quadrat = .26), wie Abbildung 36 zeigt.

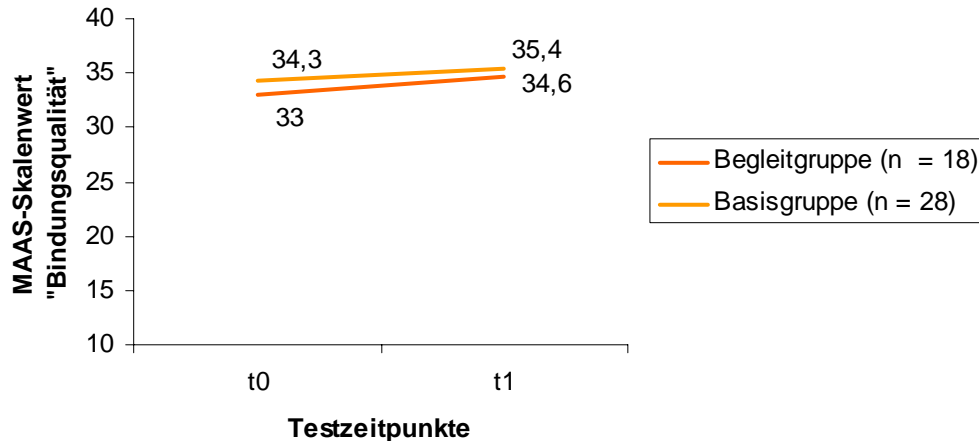


Abb. 36: Selbsteingeschätzte pränatale Bindungsqualität

Über die Zeit nähern sich die Einschätzungen in der Begleitgruppe langsam denen in der Basisgruppe an.

### Zusammenfassung und mögliche Erklärungen der Befunde

Die Befunde bei der Aufnahme in das Modellprojekt (t0) sprechen dafür, dass die angestrebte Zielgruppe erreicht wird. Erste Auswertungen können jedoch zum jetzigen Zeitpunkt noch keine positiven Effekte der Familienbegleitung in der Schwangerschaft nachweisen. Dies

kann zum einen an der noch zu geringen Stichprobengröße und zum anderen an der noch geringeren Anzahl eingegebener t1-Fragebögen liegen.

Ein weiterer Erklärungsansatz für die bisher noch nicht nachweisbaren Effekte könnte die teilweise späte Aufnahme der Teilnehmerinnen in das Modellprojekt sein. Je später die Aufnahme erfolgt, desto weniger Hausbesuche können während der Schwangerschaft realisiert werden. Die NFP-Zielvorgaben liegen hier mit 60% der Aufnahmen in der zwölften bis sechzehnten Schwangerschaftswoche sehr hoch. Bisher ist es gelungen 34% der Frauen in Niedersachsen und Bremen so früh aufzunehmen. 7,2% der Frauen wurden allerdings erst nach der 28. Schwangerschaftswoche aufgenommen, was aber immer noch unter dem NFP-Mittel von 8% liegt. Dennoch zeichnet sich bei der Teilnehmerinnenakquise aus Sicht der Implementationsforschung und der biopsychosozialen Evaluation weiterer Optimierungsbedarf ab.

Die Ergebnisse der Implementationsforschung zum Stand der Umsetzung der Hausbesuche zeigen, dass in den Domänen „Persönliche Gesundheit“ und „Mutter-/Vater-/Elternrolle“, die nach den NFP-Zielkriterien in der Schwangerschaftsphase im Fokus stehen sollten, noch Spielraum ist, der zukünftig besser genutzt werden könnte. Für die Domäne „Mutter-/Vater-/Elternrolle“ liegen zwar Informations- und Arbeitsblätter vor, aber das „Partners In Parenting Education“-Modul (PIPE), das einen integralen Bestandteil des NFP-Konzeptes darstellt, befindet sich derzeit noch in der Aufbauphase. Ziele von PIPE sind ein responsiver und sensibler Umgang der Eltern mit dem Kind, die Erkennung und Deutung der kindlichen Signale und die Nutzung von Alltagssituationen (Wickeln-, Füttern-, Schlaf- und Baderoutinen etc.) zur entwicklungsförderlichen Interaktion mit dem Kind. Die Adaption dieses Moduls, die auch die Arbeit mit einer „Babypuppe“ umfasst, und erste Schulungen der Familienbegleiterinnen sind jetzt vorgesehen. Des Weiteren haben Anfang Februar 2008 Fortbildungen der Familienbegleiterin im Umgang mit der Entwicklungstabelle nach Beller & Beller (2000) stattgefunden, um sie zu befähigen, Entwicklungsverzögerungen bei den Kindern im Pro Kind-Projekt entweder selbst festzustellen oder die Rückmeldungen der Bayley-Testergebnisse aus der Forschung in Förderempfehlungen übersetzen zu können bzw. die Frühförderung des Kindes im formellen Netzwerk auf einer gut fundierten Grundlage in die Wege zu leiten. Durch diese beiden neuen Module lässt sich eine wesentliche Stärkung der Begleitung in dieser Domäne erwarten.

In der Domäne „Persönliche Gesundheit“ könnte eine besondere Schwierigkeit der Umsetzung des Pro Kind-Konzeptes darin bestehen, dass die Bemühungen der Familienbegleiterinnen um Verhaltensänderungen der Teilnehmerinnen bei Themen wie gesunde Ernährung, Bewegung, Schlaf und vor allem Substanzkonsum erst langfristig zum Tragen kommen und

kurzfristig möglicherweise sogar Reaktanz auslösen, was zu einer Verstärkung negativer Verhaltenstendenzen führt. Andererseits könnten aber auch die leicht negativen Effekte in der Begleitgruppe darauf zurückzuführen sein, dass die Selbsteinschätzung durch die Projektteilnahme realistischer geworden ist und ihnen auf der Basis der Informations- und Arbeitsblätter auffällt, dass sie weniger regelmäßig essen und häufiger auswärts essen als sie es selbst zum t0-Zeitpunkt eingeschätzt haben bzw. als es die Teilnehmerinnen zu t0 und t1 in der Basisgruppe einschätzen.

#### **4.9 Ausblick**

Der Zusammenhang zwischen Hausbesuchshäufigkeit und Risikobelastung ist signifikant positiv ( $r = .50$ ,  $p < .05$ ), was dafür spricht, dass die höher risikobelasteten Frauen auch im Mittel mehr Hausbesuche erhalten. Bei einer detaillierten Betrachtung nach Risikobelastung der Teilnehmerinnen und Anzahl der Hausbesuche in der Schwangerschaft zeichnet sich ab, dass die höher risikobelasteten Teilnehmerinnen in der Begleitgruppe mit höherer Begleitungsintensität ( $> 10$  Hausbesuche in der Schwangerschaft) deutlich günstigere Outcomes haben als die Teilnehmerinnen mit geringerer Risikobelastung und hoher Begleitungsintensität (vgl. auch Olds, 2004).

Insgesamt bleibt abzuwarten, wie sich die Wirkung des Programms bei einer größeren Stichprobe und einer längeren Projektlaufzeit entfaltet. Die hier präsentierten Ergebnisse haben lediglich vorläufigen Charakter, dennoch sensibilisieren sie für Programmbereiche, in denen es noch Verbesserungspotential gibt.



## 5. Öffentlichkeitsarbeit

### VERÖFFENTLICHUNGEN

Adamaszek, K. & Pfeiffer, C. (eingereicht). Prävention, die in der Schwangerschaft beginnt. Pro Kind – Wir begleiten junge Familien: Ein Modellprojekt in Niedersachsen, Bremen/Bremerhaven und Sachsen. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.

Jungmann, T. (2007). Unreife bei der Geburt – Ein Risikofaktor für Sprachentwicklungsstörungen? *Kindheit & Entwicklung*, 15, 3, 182-194.

Jungmann, T. (2007). *Frühgeburtlichkeit und ihre Risiken. Sprach- und Kognitionsentwicklung*. VDM-Verlag.

Jungmann, T., Adamaszek, K. & Kolanowski, M. (2008). Prävention, die in der Schwangerschaft beginnt - Das Modellprojekt „Pro Kind“ und Familienhebammen in Niedersachsen und Bremen: Kooperation statt Konkurrenz. *Hebammenforum*, 01/08, 25-28.

Jungmann, T., Kurtz, V. & Brand, T. (im Druck). Das Modellprojekt „Pro Kind“ – Eine Verortung in der Landschaft früher Hilfen. *Frühförderung Interdisziplinär*.

### VORTRÄGE

Adamaszek, Kristin & Jungmann, Tanja. *Projekt Pro Kind Bremen- Ein neuer präventiver Beitrag zur ganzheitlichen Gesundheit junger Familien und das Konzept der Begleitforschung - illustrative Ergebnisse aus den USA*. Vortrag Fortbildungsveranstaltung für Gynäkologen im Ev. Diakonie Krankenhaus, Bremen, 14.2.2007

Hartmann, Susanne & Jungmann, Tanja. *Pro Kind – Ein Modellprojekt für Schwangere in schwierigen Lebenssituationen*. Vortrag im Rahmen der geburtshilflichen Fortbildungen am Zentrum für Frauenheilkunde, MHH: 18.07.2007.

Jungmann, Tanja. *Prävention durch frühe Förderung*. Vortrag im Rahmen der 1. Grevenbroicher Präventionstage. Grevenbroich: 08.03.2007.

Jungmann, Tanja & Kurtz, Vivien. *Pro Kind – Wir begleiten junge Familien*. Poster auf dem Deutschen Präventionstag in Wiesbaden: 18. und 19.06.2007.

Jungmann, Tanja. *Die Begleitforschung zum Modellprojekt Pro Kind*. Vortrag im Rahmen des Auftaktworkshops in Bremen: 15.06.07 und im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit in Wolfsburg: 05.09.2007.

Jungmann, Tanja. *Die Begleitforschung zum Modellprojekt Pro Kind*. Vortrag im Rahmen des Auftaktworkshops des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) in Bonn-Bad Godesberg: 25.10.2007.

Jungmann, Tanja. *Stand der Begleitforschung des Modellprojektes Pro Kind*. Vortrag im Rahmen der Kuratoriumssitzung der TUI-Stiftung in Hannover: 08.11.2007.

Jungmann, Tanja & Brand, Tilman. *Die Begleitforschung zum Modellprojekt Pro Kind*. Vortrag im Rahmen des Auftaktworkshops in Bremerhaven: 17.10.2007.

Jungmann, Tanja & Brand, Tilman. *Die Begleitforschung zum Modellprojekt Pro Kind: Das Konzept der Implementationsforschung & erste Ergebnisse*. Vortrag im Rahmen des Besuchs des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen und des BMFSFJ in Hannover: 12.11.2007.

Kurtz, Vivien & Hartmann, Susanne. *Pro Kind- Wir begleiten junge Familien*. Vortrag bei JugendamtsvertreterInnen in Celle: 30.01.2007.

Schneider, Rowitha & Jungmann, Tanja. *Modellprojekt Pro Kind*, Vortrag im Rahmen der DRK Fachtagung „System Familie – Vernetzung von Angeboten zur Stärkung von Familien“ in Berlin, 6.12.2007