

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fachbereich Life Sciences/Department Gesundheitswissenschaften

Studiengang Health Sciences

Unterstützung für junge Familien aus einem benachteiligten Quartier

Evaluation des Gesundheitsförderungsprojektes *Babyführer-
schein* in der Lenzsiedlung in Hamburg-Lokstedt

Bachelorarbeit

Vorgelegt von: Laura Penzlien

Erstprüferin: Prof. Dr. Christine Färber

Zweitprüfer: Dipl. Soz. Waldemar Süß

Tag der Abgabe: 22.12.09

Zusammenfassung

Frühe Hilfen stellen ein wichtiges Arbeitsfeld in der Gesundheitsförderung dar. Ziel ist es, Frauen und Männer in ihrer Elternfunktion zu unterstützen, Überforderungssituationen im Familienalltag vorzubeugen und somit die Entwicklungsbedingungen von Säuglingen positiv zu beeinflussen.

Der *Babyführerschein* ist ein dreimonatiger Eltern-Kind-Kurs und entstand 2007 innerhalb des Präventionsprogramms des Gesundheitsamtes „Lenzgesund – Frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ in der Lenzsiedlung, einem sozial benachteiligten Quartier in Hamburg-Lokstedt. Ziel des *Babyführerscheins* ist es, sozial benachteiligten Familien mit ihren Babys im Alter von 0 bis 2 Jahren Unterstützung zu Themen rund um Elternschaft und die Bedürfnisse von Säuglingen und Kleinkindern zu bieten, die Bindung zwischen Eltern und Kind zu stärken und darüber hinaus die Familien in weitere Unterstützungsangebote zu integrieren.

Das Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit ist die qualitative Evaluation des *Babyführerscheins* und die Ableitung von Handlungsempfehlungen für die Durchführenden des Angebots.

Die qualitative Evaluation untergliedert sich in drei Teile. Während des gesamten Kurses wurde eine Teilnehmende Beobachtung durchgeführt und protokolliert. Zu Beginn und Abschluss wurde an die TeilnehmerInnen ein Fragebogen ausgeteilt. Ehemalige TeilnehmerInnen des *Babyführerscheins* wurden ebenfalls ein Jahr nach Beendigung des Kurses mittels Fragebogen befragt. Fünf Expertinnen des *Babyführerscheins*, wurden mit Hilfe eines fokussierten Ansatzes interviewt.

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass der *Babyführerschein* ein wirksamer Ansatz *Früher Hilfen* ist. Die angestrebte Zielgruppe konnte mit Hilfe der Familienhebamme gut erreicht werden. Während des Kurses konnten Fortschritte im Wissen und Verhalten der Teilnehmerinnen festgestellt werden und die Bewertung des Kurses durch die befragten Teilnehmerinnen fiel positiv aus. Zudem konnte durch das Angebot eine weitere Einbindung der Teilnehmerinnen in die örtlichen Hilfsstrukturen erzielt werden. Das Konzept *Babyführerschein* sollte deshalb weiter fortgeführt und auch auf andere benachteiligte Stadtgebiete ausgeweitet werden.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
Danksagung	VII
1. Einleitung	1
1.1. Hintergrund.....	1
1.2. Ziele der Arbeit	2
1.3. Aufbau der Arbeit	2
2. Frühe Hilfen	4
2.1. Definition	4
2.2. Hintergrund.....	4
2.3. Risikofaktoren für Entwicklungsstörungen und Kindesvernachlässigung	5
2.4. Ansätze Früher Hilfen.....	6
2.5. Bindung als Schutzfaktor für ein gesundes Aufwachsen von Kindern	6
2.6. Angebote Früher Hilfen	7
2.6.1. Das Nationale Zentrum Früher Hilfen.....	7
2.6.2. Die Familienhebamme.....	8
2.6.3. STEEP - Steps Toward Effektive and Enjoyable Parenting	9
2.6.4. Opstapje -Schritt für Schritt.....	10
3. Die Lenzsiedlung in Hamburg-Lokstedt	11
3.1. Sozialstruktur der Lenzsiedlung	11
3.2. Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung.....	12
3.3. Präventionsprogramm „Lenzgesund“	12
3.3.1. Ziele, Handlungsfelder und Projekte	13
3.3.2. Wissenschaftliche Begleitforschung	14
4. Der Babyführerschein	16
4.1. Entstehung	16
4.2. Konzept	16
4.2.1. Ablauf und Inhalte.....	17
4.2.2. Ziele	18
5. Evaluation des Babyführerscheins	19
5.1. Zielsetzung und Fragestellung der Evaluation	19
5.2. Rahmenbedingungen der Evaluation.....	20
5.2.1. Untersuchungsgegenstandes	20

5.2.2. Qualitative Evaluation	20
5.2.3. Gütekriterien	20
5.3. Methodenbeschreibung	21
5.3.1. Teilnehmende Beobachtung	22
5.3.2. Befragung der TeilnehmerInnen	23
5.3.2.1. Vorbefragung	23
5.3.2.2. Abschlussbefragung	23
5.3.2.3. Nachbefragung	24
5.3.2.4. Auswertung der Befragungen	24
5.3.3. Experteninterviews	25
5.3.3.1. Interviewsituation und Durchführung	26
5.3.3.2. Dokumentation und Auswertung der Experteninterviews	26
5.4. Methodenkritik	28
6. Ergebnisse der Evaluation.....	29
6.1. Ergebnisse der Teilnehmerinnenbefragungen.....	29
6.1.1. Teilnahmestatistik.....	29
6.1.2. Soziodemografische Daten der Teilnehmerinnen	30
6.1.3. Zugang zum Kurs und Motivation zur Teilnahme	34
6.1.4. Bewertung der inhaltliche Aspekte des Babyführerscheins	36
6.2. Ergebnisse der Teilnehmende Beobachtung.....	40
6.3. Ergebnisse der Experteninterviews.....	42
6.3.1. Vorteile und Möglichkeiten des Babyführerscheins	42
6.3.2. Grenzen des Babyführerscheins	43
6.3.3. Bedürfnisse der Zielgruppe.....	44
6.3.4. Effekte des Babyführerscheins	45
6.3.5. Perspektive des Babyführerscheins	48
6.3.6. Vorteile der Zusammenarbeit.....	49
6.3.7. Verbesserungsvorschläge	50
7. Diskussion der Ergebnisse	51
7.1. Zielgruppenerreichung	51
7.2. Bewertung des Babyführerscheins durch die Teilnehmerinnen	51
7.3. Nutzen des Babyführerscheins	52
7.4. Voraussetzungen für den Babyführerschein	54
8. Handlungsempfehlungen.....	56
8.1. Allgemeine Handlungsempfehlungen	56
8.1.1. Selbstevaluationstool.....	56
8.1.2. Finanzierung.....	56

8.1.3. Good-Practice-Datenbank	57
8.2. Inhaltliche Handlungsempfehlungen	59
8.2.1. Einbindung der Väter	59
8.2.2. Einbindung von weiterem Fachpersonal.....	60
8.2.3. Angebot in Fremdsprachen	60
8.2.4. Abwechslungsreichere Gestaltung des Babyführerscheins	60
8.2.5. Personalplanung.....	61
9. Fazit	62
Literaturverzeichnis	X
Anhang 1: Fragebogen „Vorbefragung“	2

Anhang

Eidesstattliche Erklärung

Abkürzungsverzeichnis

BF	Babyführerschein
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BSG	Hamburger Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DJI	Deutsches Jugendinstitut
EKiZ	Eltern-Kind-Zentrum
HAG	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung
IMS	Institut für Medizin-Soziologie
NZFH	Nationales Zentrum Früher Hilfen
PISA	Programme for International Student Assessment
STEEP™	Steps Toward Effective and Enjoyable Parenting
STEP	Soziales Stadtteilentwicklungsprogramm

Danksagung

Vor Beginn möchte ich an dieser Stelle meinen herzlichen Dank allen Personen aussprechen, die mich bei der Entstehung dieser Bachelorarbeit unterstützt haben.

Zunächst gilt mein Dank meinen beiden Betreuern, Frau Prof.Dr. Christine Färber und Herrn Dipl. Soz. Waldemar Süß. Diese waren bei Problemen und Fragen stets für mich erreichbar und haben die Arbeit durch hilfreiche Anregungen und fachliche Ratschläge voran gebracht. Zahlreiche Treffen und Gespräche mit Herrn Waldemar Süß haben mir zudem geholfen, das Ziel dieser Arbeit nicht aus den Augen zu verlieren und meine Arbeit zu strukturieren. Gleicher Dank gilt der wissenschaftlichen Mitarbeiterin Karin Mossakowski aus dem Institut für Medizin-Soziologie.

Einen ganz besonderen Dank richte ich an alle Projektbeteiligten des *Babyführerscheins*. Diese waren mir gegenüber stets aufgeschlossen und hilfsbereit. Insbesondere die beiden Kursleiterinnen des *Babyführerscheins*, Frau Bettina Freyer und Frau Fatma Seligmann haben viel Zeit investiert, um meine Fragen zu beantworten und mir das Konzept näher zu bringen. Ohne ihre Unterstützung und freundliche Kooperation wäre die Evaluation des *Babyführerscheins* nicht möglich gewesen. Ich bewundere den Einsatz der Beiden sehr und wünsche ihnen für Ihre Zukunft alles Gute und natürlich weiterhin viel Erfolg mit dem Projekt *Babyführerschein*.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei meiner Familie, meinem Freund und all meinen Freunden für ihre vielfältige Unterstützung in dieser Zeit bedanken.

1. Einleitung

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der qualitativen Evaluation des Gesundheitsförderungsprojektes *Babyführerschein* (BF¹). Der BF ist ein Eltern-Kind-Kurs, der im Rahmen des Präventionsprogramms „Lenzgesund - Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ in der Lenzsiedlung in Hamburg-Lokstedt entstanden ist. Ziel des Projektes BF ist die Unterstützung und Förderung von sozial benachteiligten Eltern und ihren Kindern im Alter von 0 bis 2 Jahren.

1.1. Hintergrund

Die Lenzsiedlung ist ein sozial benachteiligtes Quartier im Hamburger Stadtteil Lokstedt. Im Vergleich zu anderen Stadtgebieten in Hamburg zeichnet sich die Sozialstruktur der Lenzsiedlung unter anderem durch einen überdurchschnittlich hohen Ausländeranteil, einem sehr hohen Anteil an Kindern und Jugendlichen und einer hohen Arbeitslosenrate an der Bevölkerung aus (MOSSAKOWSKI et al. 2006). Darüber hinaus häufen sich in der Lenzsiedlung soziale Probleme, wie Kriminalität, Gewalt, Alkoholmissbrauch und eine frühe Elternschaft (vgl. STAHL 2002).

Vor diesem Hintergrund wurde die Lenzsiedlung von 2000 bis 2007 in das Hamburger Senatsprogramm „Soziale Stadtteilentwicklung“ (seit 2005: „Aktive Stadtteilentwicklung“) aufgenommen. In diesem Rahmen entstanden in der Lenzsiedlung erste gesundheitsförderliche Aktivitäten, wohnräumliche Umgestaltungen und ein Quartiermanagement, das von der Lawaetz-Stiftung übernommen wurde (vgl. SÜSS 2007a, S. 12). Seit 2005 wird das Präventionsprogramm „Lenzgesund - Vernetzte Frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ vom Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel in der Lenzsiedlung umgesetzt. Dieses Präventionsprogramm unterteilt sich in insgesamt 7 Handlungsfelder, wobei der Fokus insbesondere auf die Zielgruppe der Eltern mit ihren Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren gerichtet ist. Vorangegangene Analysen zeigten bei dieser Zielgruppe einen besonders hohen Unterstützungsbedarf.

Diese Zielgruppe wird auch durch den 2007 vom Rauhen Haus² entwickelten und erstmalig durchgeführten BF angesprochen. Das Angebot des BF umfasst einen dreimonatigen Eltern-Kind-Kurs, in dem in wöchentlichen zweistündigen Treffen wichtige

¹ Im Folgenden wird für das Projekt *Babyführerschein* die Abkürzung BF verwendet. Diese Abkürzung schließt alle grammatikalischen Formen ein.

² Das Rauhe Haus ist eine große Einrichtung der Diakonie in Hamburg, die Kinder, Jugendliche und ihre Familien, alte Menschen und geistig Behinderte betreut.

Themen rund um die Entwicklung und Bedürfnisse des Kindes theoretisch und praktisch von zwei Sozialpädagoginnen vermittelt werden. Ziele des BF sind insbesondere die Vermittlung von Wissen rund um das Kindeswohl, die Stärkung der Bindung zwischen Elternteil und Kind und die weitere Einbindung der TeilnehmerInnen in die Hilfsstrukturen vor Ort (vgl. KOHLER et al. 2007, S. 29).

1.2. Ziele der Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist die qualitative Evaluation des BF. Im Fokus des Forschungsinteresses stehen dabei die Bewertung der Konzept- und Prozessqualität, die Beurteilung des Projektes durch die TeilnehmerInnen und die Einschätzung der Zielerreichung des BF. Dafür wurden verschiedene Evaluationsinstrumente entwickelt und im Zeitraum von September 2008 bis April 2009 angewendet. Aus den Ergebnissen der Evaluation sollen abschließend Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung des BF abgeleitet werden. Des Weiteren soll im Rahmen dieser Arbeit ein Selbstevaluations-tool für das Projekt entwickelt werden, das von den Kursleiterinnen bei der Durchführung weiterer BF eigenständig eingesetzt und ausgewertet werden kann. Auf diese Weise soll in Zukunft eine stetige Qualitätsüberprüfung des Projektes in Form eines Feedbacks durch die TeilnehmerInnen ermöglicht werden.

1.3. Aufbau der Arbeit

Im folgenden Kapitel soll zunächst der Ansatz *Früher Hilfen* vorgestellt und beispielhaft auf Entwicklungen und einzelne Konzepte in diesem Bereich eingegangen werden. Im dritten Kapitel wird die Sozialstruktur der Lenzsiedlung beschrieben und darauf aufbauend auf das in der Lenzsiedlung entstandene Präventionsprogramm „Lenzsgesund - Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ näher eingegangen. Das vierte Kapitel beschreibt die Entstehung, das Konzept und die Ziele des Projektes BF.

Die Darstellung des qualitativen Evaluationskonzepts beinhaltet die Zielsetzungen, die Rahmenbedingungen und eine ausführliche Beschreibung der einzelnen Evaluationsinstrumente.

Im sechsten Kapitel erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der Evaluation unterteilt nach den einzelnen Evaluationsmethoden, und im siebten Kapitel die Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf den BF.

Im achten Kapitel werden Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung des Projektes gegeben und im neunten Teil abschließend ein Fazit aus der Evaluation des BF gezogen.

2. Frühe Hilfen

2.1. Definition

Frühe Hilfen werden laut des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ der Bundesregierung als „präventiv ausgerichtete Unterstützungs- und Hilfsangebote für Eltern ab dem Beginn einer Schwangerschaft bis zum Ende des dritten Lebensjahres eines Kindes“ verstanden (NZFH, 2008, S. 9). Im Fokus stehen dabei Familien, die besonderen sozialen Belastungen ausgesetzt sind, um Risiken für ein gesundes Aufwachsen von Kindern frühzeitig zu erkennen und durch Interventionen zu vermindern. *Frühe Hilfen* umfassen dabei sowohl primärpräventive Angebote, als auch Interventionsmaßnahmen im Sinne der Sekundärprävention³ (vgl. ebd.).

2.2. Hintergrund

Säuglinge und Kleinkinder sind besonders verletzlich und besonders leicht von Vernachlässigung und Misshandlungen betroffen. Einzelne Fälle von Kindesvernachlässigung und -misshandlungen wurden in den letzten Jahren verstärkt in den Medien diskutiert. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) nennt in diesem Zusammenhang die Dunkelfeldstudie von ESSER und WEINEL, in der die Vernachlässigungsrate von Kindern bis zum Alter von sechs Jahren auf 5 bis 10 Prozent geschätzt wird (vgl. NZFH 2008, S. 8f).

Die Relevanz *Früher Hilfen* wird vom NZFH (2008) zudem anhand offizieller Statistiken verdeutlicht. So belegen Daten des Statistischen Bundesamtes den Anstieg der vom Jugendamt in Obhut genommenen Kinder von 1995 bis 2005 um 40 Prozent. 2005 wurden 40.000 Eltern mit ihren Kindern familienunterstützende Maßnahmen gewährt. Das entspricht einer Zunahme von 50 Prozent seit 1995. Bis 2006 erhöhte sich diese Rate um weitere 22 Prozent. Die Anzahl angezeigter Misshandlungen von Kindern unter sechs Jahren erhöhte sich nach der polizeilichen Kriminalstatistik von 1990 bis 2007 um fast zwei Drittel (vgl. ebd.). Bei der Interpretation dieser Daten muss die in den letzten Jahren gewachsene Aufmerksamkeit und Sensibilisierung der Öffentlichkeit und verschiedener Behörden für das Thema von Kindeswohlgefährdung berücksichtigt werden. Trotzdem verdeutlichen sie den Unterstützungsbedarf von Familien im Bereich der Frühen Hilfen (vgl. ebd.).

³ Zur Unterscheidung von Primär- und Sekundärprävention siehe BZgA (Hg.) 2003, S.179.

Zusätzliche Bedeutung erhalten die *Frühen Hilfen* durch den empirisch belegten positiven Zusammenhang zwischen widrigen Kindheitserfahrungen und der Ausbildung von psychischen und physischen Erkrankungen im späteren Jugend- und Erwachsenenalter (vgl. CIERPKA et al. 2007, S. 10).

2.3. Risikofaktoren für Entwicklungsstörungen und Kindesvernachlässigung

Für Vernachlässigung und Entwicklungsstörungen von Kindern ist die soziale Benachteiligung von Familien ein zentraler Risikofaktor. Soziale Benachteiligung kann dabei als „mehrfache Unterversorgungslage“ definiert werden. Eine solche Unterversorgungslage kann sich durch verschiedene soziale Faktoren manifestieren. Dabei spielen ein „niedriges Einkommen, Arbeitslosigkeit, Migration, beengte Wohnverhältnisse, problematische Nachbarschaften, niedriges Bildungsniveau, fehlende Berufsabschlüsse und ein Mangel an Perspektiven“ eine große Rolle (vgl. ARMBRUSTER 2006, S. 145). Weitere Merkmale sozialer Ungleichheit bzw. sozialer Benachteiligung, die einen besonders hohen Interventionsbedarf implizieren, werden von MIELCK benannt (vgl. 2003, S. 213ff). Die Existenz solcher sozialen Belastungsfaktoren kann das Auftreten von Problemen, wie beispielsweise Suchtmittelabhängigkeit, psychiatrische Erkrankungen, Partnerschaftskonflikte und soziale Isolation, begünstigen. Gleichzeitig können Belastungsfaktoren dieser Art negativ die gesunde Entwicklung gerade von Kindern negativ beeinflussen (vgl. ebd.).

Der Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung, vor allem in Form von Armut, und Entwicklungsstörungen sowie Vernachlässigungen von Kindern konnte auch empirisch nachgewiesen werden. Einige empirische Befunde werden von SEUS-SEBERICH zusammengefasst: Beispielsweise findet SCHONE (2000) einen positiven Zusammenhang zwischen geringen finanziellen und materiellen Ressourcen der Eltern und der Vernachlässigung von Kindern. VON HOFACKER (2000) stellt fest, dass 90 Prozent der vernachlässigten Kinder aus Armutsfamilien stammen und dass auch die Anwendung von Gewalt gegen Kinder in armen Familien häufiger auftritt. Ein weiterer Zusammenhang wird durch die PISA Studie⁴ zwischen sozialer Benachteiligung und der intellektuellen Entwicklung von Kindergartenkindern in Deutschland belegt (vgl. SEUS-SEBERICH 2006).

⁴ Programme for International Student Assessment.

2.4. Ansätze Früher Hilfen

Aus dem voran gegangenen Abschnitt wird deutlich, welche Relevanz die Zielgruppe der sozial benachteiligten Familien für das Feld der Frühen Hilfen hat. Die direkte positive Beeinflussung von sozialer Benachteiligung, insbesondere von Armut, ist eine schwierige Aufgabe in der Gesundheitsförderung und Prävention und erfordert den Einsatz vielfältiger Interventionen, die vor allem auf der verhältnispräventiven⁵ Ebene angesiedelt sind, aber auch einen individuellen Ansatz berücksichtigen.

Ein viel versprechender Ansatz *Früher Hilfen* in Bezug auf die Unterstützung von sozial benachteiligten Familien bezieht sich auf die Stärkung der Ressourcen dieser Familien, um somit bestehende Risiken zu verringern. Auf der Basis von Ressourcenförderung können beispielsweise die Stärkung von Erziehungskompetenzen, die Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung und/oder die allgemeine Förderung von sozialen Netzwerken und Hilfsstrukturen angestrebt werden. Ein möglichst früher Beginn ist dabei besonders erfolgsversprechend, da zum einen gerade in der Phase der frühen Elternschaft eine große Bereitschaft zur Veränderung besteht und zum anderen die Selbstheilungskräfte von Kindern in dieser Zeit sehr stark sind (vgl. CIERPKA et al. 2007, S. 10).

Im Folgenden soll am Beispiel der Ressource Eltern-Kind-Bindung der Nutzen von Frühintervention verdeutlicht werden.

2.5. Bindung als Schutzfaktor für ein gesundes Aufwachsen von Kindern

Als eine allgemein wichtige Grundlage für die gesunde Entwicklung eines Kindes wird der Aufbau einer sicheren Bindung innerhalb des ersten Lebensjahres gegenüber mindestens einem Elternteil, oder einer anderen Bezugsperson angesehen (vgl. BENGEL 2009, S. 89). Die Bindungstheorie hat zur Kennzeichnung der Eltern-Kind-Beziehung unterschiedliche Bindungsmuster entwickelt⁶, die in diesem Zusammenhang seit Mitte der 1980er Jahre verstärkt diskutiert werden (vgl. SÜSS/PFEIFER 1999, S.46). Die gesundheitsförderlichen Wirkungsweisen verschiedener Bindungsmuster sind sehr ausführlich wissenschaftlich untersucht worden und beziehen sich auf unterschiedlichste Risikokonstellationen (vgl. BENGEL 2009, S. 90). Die Ergebnisse solcher Studien beziehen sich demnach auf sehr spezifische Wirkungsweisen einer sicheren Bindung. So konnte beispielsweise die Entwicklung positiver Bewältigungsstrategien bei

⁵ Zur Verhältnisprävention siehe HURRELMANN et al., 2009, S. 42.

⁶ Zur Bindungstheorie und der Unterscheidung der Bindungsmuster siehe SUESS & PFEIFER, 1999, S. 46ff.

Misshandlungserfahrungen, die Verringerung von emotionalem Stress, ein stärkeres Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen und die Stärkung der sozialen Kompetenz mit einer sicheren Bindung in Zusammenhang gebracht werden (vgl. BENGEL 2009, S. 90). Insgesamt lässt sich aus den durchgeführten wissenschaftlichen Untersuchungen ableiten, dass sich eine sichere Bindung zu mindestens einer Bezugsperson als schützende Ressource gegenüber sozialen Risikofaktoren auswirkt (vgl. ebd., S. 92f). Durch das Einbeziehen der Kinder in Präventionsangebote und Interventionen *Früher Hilfen* können verschiedene Bindungsmuster zu den Eltern analysiert und Beziehungsstörungen positiv beeinflusst werden.

2.6. Angebote *Früher Hilfen*

Angebote zur Unterstützung junger Familien gibt es viele. So gibt es in Deutschland ein großes Angebot an Elternschulen, Elternberatungsstellen und Kinderförderungsprogrammen. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl an Erziehungsratgebern und Elternhandbücher in Buchform sowie im Internet. Jedoch erreicht diese Art von Unterstützung meist nicht die Zielgruppe der sozial benachteiligten Eltern (vgl. ARMBRUSTER 2006, S. 17). Die Angebotspalette speziell für diese Zielgruppe ist bisher noch unzureichend ausgebaut (vgl. CIERPKA et al. 2007, S. 10). Um die Zielgruppe der sozial benachteiligten und psychosozial hochbelasteten Familien nachhaltig zu erreichen, bedarf es zusätzlich spezifischer Voraussetzungen. Dazu zählen unter anderem eine ausreichende fachliche Qualifikation der Fachkräfte in Bezug auf die Erkennung von Kindeswohlgefährdung und die Wirkungsweisen *Früher Hilfen*. Darüber hinaus ist eine Vernetzung von Hilfsstrukturen und die Kooperation der unterschiedlichen Akteure in diesem Bereich essentiell, um eine nachhaltige Unterstützung, von der Früherkennung, über Hilfsangebote bis hin zu langfristigen Betreuungen, bieten zu können (vgl. GALM et al. 2007, S. 72ff). Nicht zuletzt wird von GALM et al. die Notwendigkeit der Forschung im Bereich der Frühen Hilfen betont, da hier bisher keine ausreichende Grundlagenforschung vorhanden ist. Auch die Evaluation von Maßnahmen und die Untersuchung der Erreichbarkeit von sozial belasteten Familien ist in stärkerem Maße erforderlich, um die Effektivität *Früher Hilfen* insbesondere für sozial Benachteiligte zu steigern (vgl. ebd.).

2.6.1. Das Nationale Zentrum Früher Hilfen

Um die Qualität von Angeboten *Früher Hilfen* speziell für die Zielgruppe der sozial Benachteiligten zu verbessern und eine stärkere Vernetzung und Kommunikation *Früher*

Hilfen zu gewährleisten, wurde das Nationale Zentrum für Frühe Hilfen (NZFH) eingerichtet. Dieses wurde im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und nationale Frühwarnsysteme“ vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) initiiert und wird durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Deutsche Jugendinstitut (DJI) getragen (vgl. NZFH 2008). Die Aufgaben des NZFH lassen sich in drei Bereiche unterteilen:

- **Erstellung einer Wissensplattform:** mit Informationen zu bisher geförderten Modellprojekten des NZFH.
- **Kommunikation:** Öffentlichkeitsarbeit für die Fachwelt und die allgemeine Öffentlichkeit.
- **Entwicklung und Transfer:** Anregungen und Unterstützung der Akteure *Früher Hilfen* durch den Wissenstransfer auf Fachtagungen, Workshops und in Beratungen (vgl. ebd.).

Seit 2007 werden in diesem Rahmen bundesweit viel versprechende Projekte *Früher Hilfen* und deren Begleitforschung ausgewählt und vom NZFH gefördert. Das Ziel ist hierbei, die Projekte auf ihre Wirksamkeit zu untersuchen und die Ergebnisse auf der Wissensplattform und auf Kongressen zu präsentieren, um Anregungen für die Praxis zu geben (vgl. NZFH 2008, S. 14f).

Ansätze *Früher Hilfen* sind sehr vielfältig. Anhand von drei Projekten, die sich bereits in der Vergangenheit bewährt haben, sollen im folgenden Abschnitt mögliche Ansätze *Früher Hilfen* exemplarisch dargestellt werden.

2.6.2. Die Familienhebamme

Das Konzept der Familienhebamme wurde in Hamburg erstmalig 1998 eingesetzt. Derzeit gibt es ca. 20 Familienhebammen in ganz Hamburg (vgl. BSG 2009, S. 7). Der Ansatz der Familienhebamme basiert auf der niedrighwelligen Unterstützung und Begleitung von Frauen und Familien in besonderen Problemlagen, von der Schwangerschaft bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes. Im Mittelpunkt stehen dabei die Hausbesuche („Geh-Struktur“) der Familienhebamme und die Integration der Frauen und Familien in die stadtteilnahen Hilfsstrukturen, um eine weiterführende Unterstützung der Familien im Bedarfsfall zu gewährleisten (vgl. ebd.). Neben der Geburtsvorsorge und -nachsorge, sowie der Frühversorgung von Säuglingen, spielt die Stärkung der Elternkompetenzen⁷ und die Eltern-Kind-Bindung eine wichtige Rolle in der

⁷ Beispielsweise die Bedürfnisse des Kindes und der Umgang mit dem Kind.

Familienhebammenarbeit. Entscheidend für das Gelingen der Arbeit ist dabei der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen der Familienhebamme und der betreuten Mutter bzw. Familie (vgl. ebd.).

Im Rahmen einer Einzelfallevaluation, die alle in Hamburg betreuten Fälle der Jahre 2006 und 2007 erfasst, wurde die Arbeit der Familienhebammen von der Hamburger Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) untersucht. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Zielgruppe der schwangeren Frauen, Mütter und Familien in besonderen Problemlagen durch die Familienhebamme gut erreicht werden konnte. Die wichtigsten Themen in der Hebammenbetreuung waren die Ernährung und die Gesundheit des Kindes, darüber hinaus wurden von den Familienhebammen jedoch eine Vielzahl an individuellen Hilfestellungen gegeben, die weit über eine reguläre Hebammenbetreuung hinausgehen (vgl. BSG 2009, S. 23). Die kompletten Ergebnisse sind 2009 vom BSG veröffentlicht worden (vgl. BSG 2009).

2.6.3. STEEP - Steps Toward Effektive and Enjoyable Parenting

STEETM ist ein komplexes bindungstheoretisch fundiertes Frühinterventionsprogramm aus den USA, wo es seit vielen Jahren erfolgreich angewendet wird. Das Angebot richtet sich speziell an psychosozial hoch belastete Familien und im Mittelpunkt steht auch bei dieser Intervention der Aufbau einer sicheren Bindung zwischen Eltern(-teil) und Kind (vgl. BOHLEN & MALI 2007, S. 15ff). Das Angebot beginnt bereits im letzten Drittel der Schwangerschaft und kann bis zu zwei Jahre nach der Geburt des Kindes fortgeführt werden. Im wöchentlichen Wechsel finden Hausbesuche von einer STEETM-Beraterin und Gruppentreffen mit anderen TeilnehmerInnen statt. Während der Hausbesuche werden die Interaktionen des Elternteils mit dem Kind analysiert und besprochen. Teilweise kommen hierfür Videoaufzeichnungen zum Einsatz („Seeing is believing“). Auf der anderen Seite bieten die 14-tägigen Gruppentreffen Raum für den Austausch der TeilnehmerInnen untereinander und den Aufbau eines sozialen Netzwerkes (vgl. ebd.)⁸. Seit 2004 wird STEETM auch in Praxiseinrichtungen in Brandenburg und Hamburg umgesetzt und wissenschaftlich von der Fachhochschule Potsdam und der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg begleitet und evaluiert (vgl. NZFH 2008, S. 22). Ein erstes Ergebnis dieser Interventionsstudie zeigt einen deutlichen Hinweis der Wirksamkeit von STEETM in Bezug auf die Förderung einer

⁸ Eine ausführliche Darstellung des Konzeptes STEETM wurde von ERICKSON & EGELAND 2006 veröffentlicht.

sicheren Eltern-Kind-Bindung ($p= 0,057$; Fisher's Exact). In zukünftige Auswertungen soll dieses Ergebnis weiter überprüfen werden (vgl. Suess 2009).

2.6.4. *Opstapje* -Schritt für Schritt

Das präventive Spiel- und Lernprogramm „*Opstapje* -Schritt für Schritt“ für Kleinkinder ab 18 Monaten aus sozial benachteiligten Familien wurde in den Niederlanden von der Averroès-Stiftung entwickelt und hinreichend evaluiert. Seit 2001 wird *Opstapje* auch in Deutschland eingesetzt (vgl. SANN & THRUM 2005, S. 20). Dabei sei erwähnt, dass es sich bei dem Programm *Opstapje* um ein lizenziertes Konzept handelt, das von den Entwicklern erworben werden muss.

Im Mittelpunkt von *Opstapje* steht die gezielte Förderung der Kinder im sprachlichen, kognitiven, motorischen und emotionalen Bereich und die Entwicklung der Erziehungskompetenzen der Eltern. Zur Entwicklungsförderung der Kinder werden den Familien von *Opstapje* pädagogisch wertvolle und altersgerechte Spielmaterialien zur Verfügung gestellt (vgl. ebd., S. 22ff).

Das Konzept eignet sich besonders für die Zielgruppe der sozial Benachteiligten, zum einen durch seine niedrighschwellige Arbeitsweise in Form von Hausbesuchen und zum anderen durch eine langfristige Betreuung der Familien von insgesamt 18 Monaten. In diesem Zeitraum finden die Hausbesuche einmal wöchentlich im ersten Programmjahr und vierzehntägig im zweiten Programmjahr statt. Während der 30- bis 45-minütigen Hausbesuche werden den Eltern in Spielsituationen mit dem Kind entwicklungsfördernde Interaktionsmuster vermittelt. Die Durchführung wird dabei von geschulten Laienhelferinnen übernommen, die aus dem Umfeld der Zielgruppe stammen, was zu mehr Akzeptanz und Vertrauen bei den Familien beitragen soll (vgl. SANN & THRUM 2005).

Zusätzlich zu den Hausbesuchen finden vierzehntägig Gruppentreffen mit anderen TeilnehmerInnen von *Opstapje* statt, in denen der Austausch in der Gruppe und die Erweiterung des sozialen Netzwerks gefördert werden sollen (vgl. ebd.). Die vom DJI durchgeführte Evaluation bestätigt dem Frühförderprogramm *Opstapje* seine positive Wirkungsweise in Bezug auf die Entwicklung der Kinder und die Situation ihrer Familien. Die ausführlichen Ergebnisse der Evaluation sind auf www.dji.de/opstapje veröffentlicht.

3. Die Lenzsiedlung in Hamburg-Lokstedt

In dem folgenden Kapitel soll die Lenzsiedlung in Hamburg-Lokstedt und das dort angewendete Präventionsprogramm „Lenzgesund - Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ vorgestellt werden, in dessen Rahmen das Projekt BF entstanden ist.

3.1. Sozialstruktur der Lenzsiedlung

Die Lenzsiedlung ist ein sozial benachteiligtes Quartier in Hamburg. Die Hochhaus-siedlung entstand Mitte der 70er Jahre im Hamburger Stadtteil Lokstedt, im Bezirk Eimsbüttel. Insgesamt leben in der Lenzsiedlung ca. 3000 Menschen aus ca. 40 Nationen (vgl. SÜSS 2006, S. 9ff). Die Sozialstruktur der Lenzsiedlung weist einige Besonderheiten auf. Diese werden im Vergleich mit dem Hamburger Durchschnitt deutlich (siehe Tabelle 1).

Tab. 1: Sozialstrukturelle Merkmale der Lenzsiedlung im Hamburger Vergleich

Sozialstrukturelle Merkmale	Anteil Lenzsiedlung (in %)	Anteil Hamburg gesamt (in %)
Anteil der ausländischen Bevölkerung ⁹	37 %	15 %
Bezug von Sozialleistungen nach SGB II ¹⁰	32,7 %	11,3 %
Hoher Anteil an Kindern und Jugendlichen (> 18 Jahre)	28,5 %	15,8 %

Quelle: Statistikamt Nord, Stand: 31.12.2005 (nach SÜSS 2006, S. 10ff)

Die in Tabelle 1 beschriebenen Merkmale liegen weit über dem Hamburger Durchschnitt und weisen einzeln bzw. in Kombination auf ein erhöhtes Krankheitsrisiko hin. Hinweise auf gesundheitliche Probleme gaben auch die Berichte von Mitarbeitern, der in der Lenzsiedlung aktiven Organisationen. So sind beispielsweise in vielen Familien die Kinder durch Passivrauchen belastet, eine frühe Elternschaft ist häufig und eine Reihe von Familien leben bereits in der dritten Generation von Sozialhilfe. Hinzu kommt eine erhöhte Häufigkeit von Alkohol- und Gewaltproblemen in den Familien, eine geringe Inanspruchnahme gynäkologischer und kinderärztlicher Vorsorgeuntersu-

⁹ Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in der Lenzsiedlung liegt nach Schätzungen von Akteuren aus der Lenzsiedlung sogar bei ca. 60 % (vgl. SÜSS 2006, S. 10).

¹⁰ Sozialgesetzbuch

chungen und wenig Wissen über Sexualität, Verhütung, Schwangerschaft und kindliche Entwicklungsabläufe (vgl. WERNER 2006, S. 16).

Auf der anderen Seite bietet die Lenzsiedlung aber auch positive Ressourcen, die für die Gesundheitsförderung genutzt werden können. Hierzu gehören beispielsweise die sehr junge Altersstruktur, die kulturelle Vielfalt der Bewohnerschaft und eine gute Infrastruktur des Stadtteils in allen Lebensbereichen (vgl. STAHL 2002, S. 21ff).

3.2. Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung

Aufgrund der beschriebenen sozialstrukturellen Merkmale startete das Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel ab 2001 erste gesundheitsfördernde Aktivitäten. Zuvor wurde die Lenzsiedlung bereits im Frühjahr 2000 in das Hamburger Programm zur sozialen/aktiven Stadtteilentwicklung (STEP) aufgenommen und gewann in diesem Rahmen zahlreiche Auszeichnungen, wie beispielsweise den Preis „Soziale Stadt 2004“, „Netzwerk Nachbarschaft 2005“ als Bundessieger und den Preis „Start ins Leben“ der Bürgerstiftung Hamburg (vgl. SÜSS 2007a, S. 10ff).

2003 wurde der „Runde Tisch Lenzgesund“ in der Lenzsiedlung gegründet. Regelmäßig finden seither in diesem Rahmen Treffen von verschiedenen Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialbereich der Lenzsiedlung und der Umgebung (z.B. Gesundheitsamt, Lenzsiedlung e.V., Schulen, Kindertagesstätten, Jugendamt, Familienhebamme, Schulärzte, Mütterzentrum, Netzwerk Kindergesundheit, AG Familienförderung u.v.m.) statt, mit dem Ziel die Vernetzung und den Austausch zwischen den Akteuren zu fördern und bedarfsgerechte Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention für die Lenzsiedlung zu entwickeln (vgl. ebd.). Im Rahmen des „Runden Tisches Lenzgesund“ wurde auch das vom Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel initiierte Präventionsprogramm „Lenzgesund - Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ weiterentwickelt, das seit 2005 in der Lenzsiedlung umgesetzt wird.

3.3. Präventionsprogramm „Lenzgesund“

Bei dem Präventionsprogramm „Lenzgesund -Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ handelt es sich um ein settingbasierten Ansatz, d.h. das Präventionskonzept fokussiert die Rahmenbedingungen des gesamten Lebensraumes der Lenzsiedlung und verbindet verhaltenspräventive Interventionen, in denen persönliche Kompetenzen gefördert werden, mit verhältnispräventiven Ansät-

zen, die sich auf die Verbesserung der Lebensqualität im Setting richten (vgl. ENGELMANN & HALKOW 2008, S. 37-47).

Als Kernelemente des Setting-Ansatzes werden von KILIAN et al. „die Vermittlung von Lebenskompetenzen („Life Skills“) als individuelle Befähigung der Zielgruppe, Partizipation als Voraussetzung, aktiv die Gestaltung der eigenen Lebens(um)welt beeinflussen zu können und die Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturen als die organisatorische Festigung der gesunden Lebenswelt“ benannt (zitiert nach ENGELMANN & HALKOW 2008, S. 43).

3.3.1. Ziele, Handlungsfelder und Projekte

Um das Präventionsprogramm möglichst an den Bedürfnissen der BewohnerInnen der Lenzsiedlung auszurichten, wurde eine Situationsanalyse durchgeführt und im Rahmen des „Runden Tisches Lenzgesund“ mit den teilnehmenden AkteurInnen über Strategien diskutiert. Im Ergebnis wurde deutlich, dass vor allem die Zielgruppe der Kinder und Familien in der Lenzsiedlung in den Fokus gesundheitsförderlicher Aktivitäten gerückt werden sollten (vgl. SÜSS 2006, S. 4).

Die Ziele des Präventionsprogramms werden von SÜSS (2006, S. 4f) folgendermaßen zusammengefasst:

- Verbesserung der gesundheitlichen Lage im Quartier, besonders für Kinder und ihre Eltern.
- Erschließung der guten gesundheitlichen Versorgungsstruktur im Umfeld der Lenzsiedlung für die Bewohnerschaft.
- Aufbau und Sicherung von Brückenstrukturen zwischen dem medizinisch-soziologischen Angebot und dem Gesundheitsbedarf der Menschen in der Lenzsiedlung.
- Förderung von Vernetzungsaktivitäten im Rahmen einzelner Handlungsfelder des Programms.
- Zusammenarbeit von Einrichtungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung und der Gesundheitsförderung.

Um die Ziele weiter zu konkretisieren, wurden sieben Handlungsfelder mit einzelnen Teilzielen und Zielgruppen bestimmt. Zu den Handlungsfeldern zählen im Einzelnen (vgl. KOHLER et al 2007, S. 62):

- Geburtsvorbereitung
- Schwangerschaft/Elternschaft Minderjähriger
- Versorgung nach der Geburt und im ersten Lebensjahr
- Impfen
- Frühe Hilfen/Frühförderung, Sprachförderung
- Zahngesundheit
- Ernährung, Bewegung, Sucht

Die sieben Handlungsfelder werden durch die Querschnittsaufgaben „Erziehungs- und Gesundheitskompetenz der Eltern“ und „Gewaltprävention“ ergänzt (vgl. ebd.).

Seit dem Start des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ ist viel geschehen in der Lenzsiedlung. Zahlreiche Projekte wurden entwickelt und durchgeführt und immer wieder im Rahmen des „Runden Tisches Lenzgesund“ diskutiert und weiterentwickelt. Eine Bestandsaufnahme der bereits durchgeführten Interventionen zeigt die Vielfältigkeit des Präventionsprogramms. An dieser Stelle soll nur eine kleine Auswahl beispielhaft genannt werden (vgl. SÜSS 2006, S. 6f):

- Familienhebamme
- Erziehungsberatung
- Krabbeltreff
- Hebammenfrühstück
- Sprachförderung
- Breakdance für Jugendliche
- Familiensporttage in der Lenzsiedlung
- Suchtsprechstunde
- Entschuldungsberatung
- Jobcafé für Arbeitssuchende

3.3.2. Wissenschaftliche Begleitforschung

Ein weiterer wichtiger Bestandteil des Präventionsprogramms ist die Integration einer wissenschaftlichen Begleitforschung für die Situationsanalyse, Methodenentwicklung und Evaluation des Programms „Lenzgesund“. Diese Aufgabe hat seit 2005 das Institut für Medizin-Soziologie (IMS) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf übernommen. Die wissenschaftliche Begleitforschung wird im Rahmen des Schwerpunktes

„Präventionsforschung“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziell gefördert¹¹ und trägt den Titel „Strukturbildung (Capacity Building) für Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Eltern in einem benachteiligten Quartier“ (vgl. MOSSAKOWSKI et al. 2006, S. 1). Die Ziele der wissenschaftlichen Begleitforschung lassen sich folgendermaßen beschreiben:

- Erstellung einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung zur Analyse der gesundheitlichen Situation in der Lenzsiedlung.
- Untersuchung der gesundheitsförderlichen und präventiven Strukturen durch das Konzept „Capacity Building“: Kapazitätsentwicklung im Quartier (KEQ)¹².
- Evaluation einzelner Projekte und Angebote und die Bewertung des Präventionsangebotes insgesamt.
- Entwicklung von Handlungsempfehlungen für das Programm.

Im Rahmen des Forschungsprojektes des IMS wurde im Jahr 2006 bereits eine Quartiersdiagnose erstellt, welche mithilfe von Daten die gesundheitliche Situation der Lenzsiedlung beschreibt und die Kapazitäten für Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier aufzeigt (vgl. MOSSAKOWSKI et al. 2006). Des Weiteren wurden eine Erstbefragung und eine Folgebefragung der Akteure in der Lenzsiedlung mit Hilfe des Instrumentes KEQ („Kapazitätsentwicklung im Quartier“) durchgeführt (vgl. SÜSS 2008).

¹¹ Förderkennzeichen: 01EL0414

¹² KEQ („Kapazitätsentwicklung im Quartier“) ist ein komplexes Instrument (Fragebogen) zur Messung der Gesundheitsstrukturen und -kapazitäten im Quartier in den Dimensionen Bürgerbeteiligung, lokale Führung, vorhandene Ressourcen, Vernetzung und Kooperation und Unterstützung der Bewohner (vgl. SÜSS 2007b, S. 4).

4. Der *Babyführerschein*

Das Gesundheitsförderungsprojekt BF ist ein Kooperationsprojekt des Rauhen Hauses mit dem Verein Lenzsiedlung und dem Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel und wurde erstmalig im September 2007 in der Lenzsiedlung angeboten. Die folgende Beschreibung des Projektes wurde im Rahmen der Evaluation, durch die Teilnehmende Beobachtung und die Interviews mit den Kursleiterinnen erarbeitet.

4.1. Entstehung

Die Idee zu diesem Projekt entstand innerhalb des „Runden Tisches Lenzgesund“ in der Lenzsiedlung. Zuvor wurde in der Lenzsiedlung bereits ein „Erziehungsführerschein“ für Eltern mit ihren Kindern im Alter von drei bis zwölf Jahren erfolgreich durchgeführt.

Mit dem BF sollte in Zukunft auch die Zielgruppe der jungen Eltern mit ihren Babys im Alter von 0 bis 2 Jahren angesprochen und unterstützt werden.

Die Nachfrage nach dem Angebot war sehr groß, so dass der BF im Frühjahr 2008 ein zweites mal angeboten wurde. Beide Durchführungen des Kurses wurden sehr gut von den TeilnehmerInnen angenommen. Im Jahr 2007 wurde der BF sogar mit dem Preis der Bürgerstiftung und einem Preisgeld von 2.000 Euro ausgezeichnet.

Aufgrund des großen Erfolges startete der BF im September 2008 gleich zweimal, einmal in der Lenzsiedlung und ein zweites mal zeitgleich im Eltern-Kind-Zentrum (EKiZ) Wagrierweg in Hamburg-Niendorf.

4.2. Konzept

Der BF ist ein niedrighschwelliges Elternbildungsangebot für Eltern mit ihren Babys im Alter von 0 bis 2 Jahre. Die Niedrighschwelligkeit bezieht sich in erster Linie auf den kostenfreien Zugang und die Durchführung des Kurses direkt vor Ort in einem benachteiligten Quartier.

Der Kurs geht über drei Monate. In diesem Zeitraum finden wöchentlich zweistündige Treffen statt, in denen verschiedene Themen rund um Elternschaft und das Baby behandelt werden. Durchgeführt wird der BF von zwei Sozialpädagoginnen und einer Kinderbetreuung für die Babys und eventuelle Geschwisterkinder. Zusätzlich werden zu bestimmten Themen ExpertInnen eingeladen (z.B. zum Thema „Fußgesundheit“). Themen rund um die Pflege des Babys werden von der Familienhebamme aus der Lenzsiedlung vermittelt.

Die Zielgruppe des Projektes wurde sehr offen gehalten, d.h. im Prinzip wird kein Elternteil, welches sich an den BF wendet, aus dem Angebot ausgeschlossen. Vorwiegend sollen jedoch sozial benachteiligte Eltern mit ihren Babys aus dem Quartier erreicht werden.

Bisher wurde der Zugang zu dem Kurs überwiegend durch die Familienhebamme aus der Lenzsiedlung hergestellt. Diese hat Kontakt zu fast allen jungen Müttern und kann diese bei Bedarf an den BF weiterleiten. Des Weiteren wurden Flyer angefertigt, in der Lenzsiedlung ausgelegt und in der Stadtteilzeitung über das Projekt informiert.

Insgesamt bietet der Kurs Platz für bis zu zwölf TeilnehmerInnen. Die Kosten für die Durchführung des Projektes belaufen sich insgesamt auf ca. 3500 Euro pro Kurs. Obwohl die Kosten sehr überschaubar sind, gibt es bisher keine Regelfinanzierung für das Projekt. Die bisherigen Durchführungen wurden von verschiedenen Finanzierungspartnern unterstützt, wie z.B. der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG), dem Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel, dem Rauhen Haus und dem Verein Lenzsiedlung.

4.2.1. Ablauf und Inhalte

Insgesamt besteht der BF aus zwölf Treffen. Der Ablauf dieser Treffen ist folgendermaßen aufgebaut:

- **Ankommen:** Die TeilnehmerInnen und ihre Babys treffen sich um 10 Uhr morgens in den für den BF bereitgestellten Räumlichkeiten. Zunächst gibt es Kaffee und Tee. Wenn alle TeilnehmerInnen angekommen sind, setzen sich alle in einem Stuhlkreis zusammen, die Babys können in die Mitte auf eine Decke gelegt werden. Mit der Einstiegsfrage „Wie geht es Dir?/Wie war Deine Woche?“ sollen die TeilnehmerInnen aufgelockert werden und in der Gruppe ankommen.
- **Theoretischer Teil:** In der folgenden dreiviertel Stunde folgt ein theoretischer Teil, in dem pro Treffen eines der folgenden Themen behandelt wird. Dabei ist die Reihenfolge der Themen nicht festgelegt und kann je nach Bedarf variiert werden.
 - Ankommen in der Welt
 - Bindung
 - Gefühle
 - Was will mir ein Baby sagen
 - Gesundheit I und Gesundheit II
 - Schlafen

- Ernährung
- Entwicklung
- Geschwister
- Erziehung
- Loslassen

Die behandelten Themen werden zusätzlich in schriftlicher Form in einer Mappe zusammengefasst und an die TeilnehmerInnen ausgeteilt. Die Eltern haben somit die Möglichkeit sich zuhause mit den Themen weiter zu beschäftigen.

Auf den theoretischen Teil folgt eine kleine Pause, die gerne genutzt wird um den Durchführenden Fragen zu stellen und untereinander Kontakte zu knüpfen.

- **Praktischer Teil:** In den folgenden 30-minütigen praktischen Teil, wird gemeinsam mit den Babys gearbeitet. Unter anderem werden mit der Familienhebamme die Techniken einer beruhigenden Babymassage erlernt und es werden nützliche Tipps zum „Handling“ des Babys gegeben. Des Weiteren werden in diesem Teil verschiedene Spiele ausprobiert und Lieder gesungen, um die Entwicklung der Babys zu fördern und die Bindung zwischen Elternteil und Kind zu stärken. Im Mittelpunkt stehen dabei der Spaß und die Freude am Umgang mit dem eigenen Kind¹³.

4.2.2. Ziele

Durch das Projekt BF sollen in erster Linie sozial benachteiligte, bzw. psychosozial hochbelastete Eltern mit ihren Kindern erreicht und unterstützt werden. Die Ziele des BF richten sich zum einen auf die Vermittlung von relevanten Wissen zum Thema Elternschaft, Gefühle und Bedürfnisse des Babys und den Umgang mit Krisensituationen und zum anderen auf die Stärkung einer sicheren Bindung zwischen Elternteil und Kind, als Voraussetzung einer gesunden Entwicklung des Kindes. Ein weiterer wichtiges Ziel des BF ist die Integration der TeilnehmerInnen in andere Unterstützungsangebote der Hilfsstrukturen vor Ort, um eine weiterführende und nachhaltige Unterstützung der TeilnehmerInnen zu gewährleisten.

¹³ Quelle: Teilnehmende Beobachtung

5. Evaluation des *Babyführerscheins*

Unter dem Begriff Evaluation versteht man die systematische Bewertung von Sachverhalten, Programmen, Objekten oder Personen anhand von festgelegten Kriterien (vgl. STOCKMANN 2004, S. 14f). In den Gesundheitswissenschaften wird die Evaluation zur Beurteilung sozialer Interventionsprogramme eingesetzt. Im Mittelpunkt stehen dabei die Konzeption, die Umsetzung und der Nutzen solcher Interventionen. Mit Hilfe von wissenschaftlichen Methoden sollen im Ergebnis die Qualität, die Effektivität und Effizienz von Maßnahmen beurteilt werden (vgl. BADURA 1999, S. 10f).

Die qualitative Evaluationsforschung umfasst eine Vielzahl an Forschungsmethoden, -verfahren und -techniken (vgl. FLICK 2008, S. 332ff). In diesem Kapitel werden die Zielsetzung, die Methoden und das Vorgehen bei der qualitativen Evaluation des BF vorgestellt und erläutert.

5.1. Zielsetzung und Fragestellung der Evaluation

Das Ziel der Evaluation des BF im Einzelnen ist die qualitative Bewertung des Projektes. Im Fokus stehen dabei die Beurteilung des Konzeptes und der Durchführung in Bezug auf die Zielerreichung, die Erreichung der Zielgruppe und die Bewertung des Angebots durch die TeilnehmerInnen. Ferner sollen Voraussetzungen für eine möglichst effiziente Arbeit des BF analysiert werden.

Ein praktisches Ziel der Evaluation des BF ist es, für die finanzielle Förderung durch öffentliche und private Geldgeber Entscheidungshilfen bereit zu stellen, da bisher keine feste Finanzierung für das Projekt besteht.

Auf der Grundlage dieser Ziele wurden folgende Forschungsfragen entwickelt:

- Wird die Zielgruppe erreicht?
- Wie wird der BF von den TeilnehmerInnen angenommen, bzw. bewertet?
- Inwiefern werden die Ziele, die TeilnehmerInnen zu stärken und die Bindung zum Kind zu verbessern, erreicht?
- Bildet der BF einen Beitrag zur Einbindung der TeilnehmerInnen in die stadtteilnahen Hilfsstrukturen?
- Welche Voraussetzungen erfordert eine Verstetigung des Projektes und die Übertragung in weitere Stadtteile?

Nach Bedarf sollen im Anschluss an die Auswertung der Evaluation Handlungsempfehlungen für die Durchführung des BF entwickelt werden, um die Qualität gegebenenfalls

zu verbessern. Zur Qualitätssicherung soll außerdem ein Selbstevaluationstool für das Projekt entwickelt werden, das bei der Durchführung weiterer BF regelhaft eingesetzt werden kann.

5.2. Rahmenbedingungen der Evaluation

5.2.1. Untersuchungsgegenstandes

Die Evaluation des Projektes wurde anhand der beiden von September bis Dezember 2008 durchgeführten BF in der Lenzsiedlung in Hamburg-Lokstedt und im EKIZ Wagrierweg in Hamburg-Niendorf vorgenommen. Da es sich bei dem BF als Untersuchungsgegenstand um ein kleines Einzelprojekt der Gesundheitsförderung innerhalb des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ handelt ist eine quantitative Vorgehensweise, die eine differenzierte Wirksamkeitsanalyse auf Basis von statistischen Signifikanztests zulässt, im Rahmen dieser Evaluation ausgeschlossen. Aus diesem Grund wurde eine vorwiegend qualitative Herangehensweise für die Evaluation des BF gewählt. Die Rahmenbedingungen und Vorteile der qualitativen Evaluation werden im Folgenden beschrieben.

5.2.2. Qualitative Evaluation

Die Größe des Untersuchungsgegenstandes legte eine qualitative Herangehensweise der Evaluation nahe. Der Fokus der Untersuchung liegt dabei nicht nur auf einer Ergebnisevaluation, sondern bezieht vielmehr die Prozesse und Abläufe des BF als wichtige Indikatoren für Qualität und Zielerreichung mit ein. Die Stärke eines qualitativen Forschungsansatzes liegt in seiner größeren Offenheit gegenüber dem Untersuchungsgegenstand im Vergleich zu einer rein quantitativen Vorgehensweise (vgl. KUCKARTZ et al. 2008, S. 11). Weitere Vorteile begründen sich durch die stärkere Fallorientierung, Ganzheitlichkeit und Komplexität und die Einbeziehung von Kontexten und Hintergründen in die Untersuchung (vgl. ebd., S. 66f).

5.2.3. Gütekriterien

Ein viel diskutiertes Thema in der qualitativer Forschung ist die Qualitätsüberprüfung der gewonnenen Daten. Im Gegensatz zur quantitativen Forschung ist eine Überprüfung der Qualität anhand von Signifikanztests und klassischen Gütekriterien wie Validität (Gültigkeit) und Reliabilität (Zuverlässigkeit) (vgl. MAYRING 2008, S.109f) kaum möglich. Für die qualitative Forschung werden deshalb in der Literatur andere Möglich-

keiten der Bewertung vorgeschlagen (vgl. STEINKE 2008, S. 319ff/MAYRING 2008, S. 111ff). Zur Qualitätssicherung der vorliegende Evaluation wurden die folgenden Gütekriterien herangezogen:

- Als grundlegende Validierungsstrategie der vorliegenden Evaluation wird die „Triangulation der Methoden“ eingesetzt. Hierunter versteht man die Betrachtung des Untersuchungsgegenstandes aus mindestens zwei verschiedenen Blickwinkeln (vgl. FLICK 2008, S. 309). Hierdurch soll neben der Erkenntnismaximierung eine größere Validität der Ergebnisse erzeugt werden (vgl. ebd., S. 310). Dies geschieht in der vorliegenden Evaluation durch den Einsatz verschiedener qualitativer Forschungsmethoden (siehe 5.3.).
- Ein weiteres Gütekriterium stellt die „Intersubjektive Nachvollziehbarkeit“ des Forschungsprozesses dar. Kernelement hierbei ist die genaue Dokumentation des Forschungsprozesses, um die Ergebnisse für die LeserInnen nachvollziehbar zu machen (vgl. STEINKE 2008, S. 324ff).

5.3. Methodenbeschreibung

Für die Evaluation des BF wurden verschiedene Instrumente entwickelt und eingesetzt. In der folgenden Übersicht werden die angewendeten Methoden zusammengefasst und in den folgenden Abschnitten detailliert beschrieben.

Übersicht der Evaluationsmethoden

- Teilnehmende Beobachtung
- Befragung der TeilnehmerInnen des BF mittels Fragebogen
 - Vorbefragung
 - Abschlussbefragung
 - Nachbefragung (von ehemaligen TeilnehmerInnen des BF)
- Expertenbefragung (Leitfadengestützte Interviews)

5.3.1. Teilnehmende Beobachtung

Die Teilnehmende Beobachtung¹⁴ wurde im Zeitraum vom 11.09.2008 bis zum 05.12.2008 in den beiden BF in der Lenzsiedlung in Hamburg-Lokstedt und im EKIZ Wagrierweg in Hamburg-Niendorf durchgeführt. Das EKIZ Wagrierweg befindet sich in einer Hochhaussiedlung, ähnlich der Lenzsiedlung in Hamburg-Niendorf, wobei sich das Angebot des EKIZ nicht vorrangig an die Bewohner dieser Siedlung richtet.

Der Einsatz einer Teilnehmenden Beobachtung als qualitative Evaluationsmethode wurde gewählt, da zum einen die Inhalte, Prozesse und Wirkungsweisen des BF durch den Einsatz dieser Methode näher kennengelernt und zum anderen das Verhalten der TeilnehmerInnen und die Gruppenprozesse innerhalb des Kurses beobachtet werden sollten.

Nach Absprache mit den Durchführenden des Angebots wurde entschieden die Beobachtung teilnehmend durchzuführen, um den Ablauf und die Gruppenprozesse möglichst nicht zu beeinflussen. Von den TeilnehmerInnen wurde die Verfasserin als Praktikantin wahrgenommen, die den BF näher kennen lernen möchte. Um den Ablauf des Kurses nicht zu stören, wurden die Protokolle erst im Anschluss an die Treffen erstellt. Im Protokoll wurden folgende Aspekte festgehalten:

- TeilnehmerInnen
- Ablauf
- Thema
- Gruppenprozesse und -aspekte
- Einzelne Beobachtungen
- Anmerkungen der Kursleiterinnen

Im Anschluss an diesen Zeitraum folgte eine intensive Sichtung des gesammelten Materials. Wichtige Eindrücke und Erkenntnisse wurden dabei stichpunktartig festgehalten und zusammengefasst. Die Protokolle der Teilnehmenden Beobachtung sind der vorliegenden Bachelorarbeit auf CD beigelegt.

Aufgrund des begrenzten Rahmens dieser Bachelorarbeit wurden die Protokolle der Teilnehmenden Beobachtung nicht differenziert analysiert. Die Erkenntnisse aus der Teilnehmenden Beobachtung fließen dennoch punktuell als Unterstützung der anderen Evaluationsergebnisse in die Evaluation des Projektes ein und wurden zudem genutzt, um Hypothesen für die Experteninterviews zu generieren.

¹⁴ Näheres zur Teilnehmenden Beobachtung vgl. LAMNEK 1995, S. 239 ff.

5.3.2. Befragung der TeilnehmerInnen

Zur Bewertung des Angebots und seines Nutzens für die TeilnehmerInnen wurden drei Fragebögen entwickelt. Aufgrund der zum Teil „bildungsfernen“ Klientel des BF, wurden vorwiegend geschlossenen Fragen eingesetzt, um die TeilnehmerInnen nicht zu überfordern. Die geschlossenen Fragen wurden jedoch an einigen Stellen durch offene Fragen ergänzt. Dabei wurde darauf geachtet, dass die Fragebögen verständlich, einfach und nicht zu lang sind. Des Weiteren dienen die Fragebögen der Entwicklung eines Selbstevaluationsinstrumentes für zukünftige Durchführungen des BF. Durch den Einsatz von quantitativen Methoden sollen aufwendige Auswertungen und Dokumentationen vermieden werden.

Grundsätzlich wurde den TeilnehmerInnen eine anonymisierte Auswertung der Daten zugesichert. Die Fragebögen wurden im Vorweg auf ihre allgemeine Verständlichkeit an jeweils drei Personen getestet. Im Anhang dieser Arbeit sind die Fragebögen der Teilnehmerbefragungen zur Einsicht beigefügt.

5.3.2.1. Vorbefragung

Die Vorbefragung bestand aus einem kurzen Fragebogen, der in den ersten Treffen von den TeilnehmerInnen der zeitgleich durchgeführten BF in der Lenzsiedlung und im EKIZ Wagrierweg ausgefüllt wurde. Der Fragebogen umfasste drei offen gestellte Fragen, welche die Motivation der Teilnahme, die Erwartungen an den Kurs und den Zugang der TeilnehmerInnen ermitteln sollten. Aufgrund einiger Schwierigkeiten beim selbstständigen Ausfüllen, war bei etwa der Hälfte der Befragten eine Hilfestellung in Form einer mündlichen Befragung notwendig¹⁵.

5.3.2.2. Abschlussbefragung

Für die Abschlussbefragung wurde ein zweiseitiger Fragebogen entwickelt, der beim jeweils letzten Treffen der beiden BF ausgeteilt und von den Teilnehmerinnen überwiegend selbstständig ausgefüllt wurde. Die gestellten Fragen dienen einer Bewertung des BF durch die TeilnehmerInnen und lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Bewertung einzelner Aspekte des Kurses (Bewertung auf einer Skala von 1= stimme überhaupt nicht zu bis 4= stimme voll und ganz zu)
- Bewertung der Nützlichkeit der einzelnen Themen für den Alltag der TeilnehmerInnen (offene Antwort möglich)

¹⁵ Diese Teilnehmerinnen waren nicht vertraut mit dem Ausfüllen eines Fragebogens und zogen daher eine mündliche Befragung vor.

- Verbesserungsvorschläge für den BF (offene Frage)
- Bewertung des Nutzens des Angebots insgesamt (offene Antwort möglich)
- Nutzung weiterer Unterstützungsangebote im Vorfeld und in Zukunft (offene Frage)

Des Weiteren wurden soziodemographische Daten der TeilnehmerInnen erhoben, um die Zielgruppenerreichung zu analysieren. Dabei wurden unter anderem die Indikatoren Alter, Schulabschluss, Migrationshintergrund und Haushaltssituation berücksichtigt.

5.3.2.3. Nachbefragung

Die Nachbefragung wurde im Januar und Februar 2009 mit Teilnehmerinnen des im Frühjahr 2008 durchgeführten BF durchgeführt. Mit dieser Befragung sollte analysiert werden, ob sich ein Nutzen des BF auch ca. ein Jahr nach der Teilnahme feststellen lässt. Der Fragebogen wurde aus einer Kombination von Fragen der Vor- und Abschlussbefragung erstellt und im Hinblick auf die AdressatInnen der Befragung leicht modifiziert.

Der Kontakt zu den ehemaligen Teilnehmerinnen konnte durch die Familienhebamme hergestellt werden, die über die Adressen der TeilnehmerInnen dieses BF verfügte und telefonisch die Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung im Vorfeld erfragte. Darauf hin wurden telefonisch Treffpunkte vereinbart, an denen die ehemaligen Teilnehmerinnen den Fragebogen eigenständig ausfüllten. Zwei der Teilnehmerinnen erbaten die Zusendung des Fragebogens, der dann beantwortet zurück geschickt wurde.

5.3.2.4. Auswertung der Befragungen

Insgesamt nahmen an dem BF in der Lenzsiedlung sechzehn Frauen und ein Vater und im EKIZ Wagrierweg elf Frauen teil. Mit der Vorbefragung konnten elf Teilnehmerinnen des BF aus der Lenzsiedlung und zehn Teilnehmerinnen aus dem EKIZ Wagrierweg erreicht werden. Die Abschlussbefragung wurde von acht Teilnehmerinnen aus der Lenzsiedlung und neun Teilnehmerinnen aus dem EKIZ Wagrierweg beantwortet. Durch die Nachbefragung der ehemaligen TeilnehmerInnen des BF im Frühjahr 2008 konnten fünf von insgesamt zwölf TeilnehmerInnen erreicht werden (laut Teilnahmeliste des BF). Aufgrund der geringen Fallzahlen, wurden die erhobenen Daten der drei verschiedenen Teilnehmergruppen des BF zu einem Datensatz zusammengefügt und gemeinsam deskriptiv ausgewertet.

5.3.3. Experteninterviews

Für die Experteninterviews, die im Zeitraum von Februar bis April 2009 durchgeführt wurden, wurde eine leitfadengestützte, problemzentrierte Herangehensweise gewählt. Genauer kann die Methode der Expertenbefragung als fokussierte Interviewform¹⁶ klassifiziert werden. Merkmale dieser qualitativen Methode sind die Offenheit der Antworten und die Erfassung von Erfahrungen der ExpertInnen in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand (vgl. MAYRING 1996, S. 50f). Wichtig für die Durchführung fokussierter Interviews ist die vorherige Beschäftigung der Forscherin mit dem Untersuchungsgegenstand, um darauf aufbauend Leitfadenfragen zu entwickeln (vgl. ebd.). Die Beschäftigung mit wichtigen Aspekten des BF war durch die Durchführung der Teilnehmenden Beobachtung gegeben. Die Experteninterviews dienen der Dokumentation des Expertenwissens in Bezug auf das Projekt und der Überprüfung der in der Teilnehmenden Beobachtung gesammelten Erfahrungen.

Nach Abschluss der Teilnehmenden Beobachtung wurden Leitfadenfragen für die Experteninterviews entwickelt. Nach der Durchführung des ersten Experteninterviews wurden die Leitfadenfragen erneut reflektiert und Überschneidungen einzelner Fragen reduziert. Im Folgenden sind die Leitfadenfragen der Experteninterviews aufgeführt.

- Was kann ein Angebot wie der BF Ihrer Meinung nach für das gesunde Aufwachsen eines Kindes leisten? Wo liegen die Grenzen?
- Was sind die besonderen Bedürfnisse der Zielgruppe und wie wird darauf im BF eingegangen?
- Haben Sie durch den BF Veränderungen bei den TeilnehmerInnen festgestellt?
- Welche Perspektive sehen Sie für den BF?
- Gibt es sonst noch etwas aus Ihren Erfahrungen, das Sie gerne hinzufügen möchten?

Die Auswahl der Personen für die Interviews erfolgte nach deren Expertenwissen. Insgesamt wurden fünf Expertinnen befragt:

- die beiden Kursleiterinnen des BF
- die Familienhebamme aus der Lenzsiedlung und die Erzieherin aus dem EKiz Wagrierweg
- eine weitere Expertin aus der Lenzsiedlung, die an der Entwicklung des BF mitgewirkt hat

¹⁶ Ausführliche Beschreibung des fokussierten Interviews siehe LAMNEK 2000, S. 79ff)

5.3.3.1. Interviewsituation und Durchführung

Zur Durchführung der Interviews wurden individuell Termine und Treffpunkte vereinbart. Zwei Interviews wurden in einem kleinen ruhigen Café in Hamburg-Lokstedt durchgeführt, zwei weitere in Räumlichkeiten des Lenzsiedlung e.V. in der Lenzsiedlung und eines im EKIZ Wagrierweg in Hamburg-Niendorf. Die Interviewsituation kann durchweg als entspannt und offen beschrieben werden. Ein wichtiger Grund hierfür war, dass die Forscherin durch die Teilnehmende Beobachtung Kontakt zu allen Expertinnen knüpfte und somit bereits ein Vertrauensverhältnis bestand.

Um die Aussagen der Expertinnen genauer erfassen zu können, wurden die methodische Kontrolle nach HELFFERICH angewandt (vgl. 2005, S. 139f). Das problemzentrierte, bzw. fokussierte Interview wurde demnach möglichst offen durchgeführt, bei Unklarheiten wurde jedoch Nachfragen vorgenommen, um Missverständnisse zu vermeiden. Zudem wird auch hier mit Hilfe der „Intersubjektiven Nachvollziehbarkeit“ die Güte der Ergebnisse gesichert, indem die Vorgehensweise Schritt für Schritt dokumentiert wurde (vgl. HELFFERICH 2005, S. 139f).

5.3.3.2. Dokumentation und Auswertung der Experteninterviews

Im Durchschnitt hatten die Interviews eine Dauer von 30 Minuten. Durch das Einverständnis der Expertinnen konnten die Interviews mit Hilfe eines Laptops aufgenommen werden. Der genaue Sinnzusammenhang der Expertenaussagen wurde somit dokumentiert. Den Expertinnen wurde die vertrauliche und anonyme Behandlung der erfassten Daten zugesichert.

Im Anschluss an die Experteninterviews wurden die Aussagen verschriftlicht. Der zeitliche Aufwand einer wortgenauen Transkription wird in diesem Zusammenhang als unverhältnismäßig eingestuft, deshalb wurden lediglich die für das Forschungsinteresse als relevant erachteten Aussagen verschriftlicht und dabei sprachlich geglättet. Die in dieser Arbeit verwendeten Zitate wurden zusätzlich von den Expertinnen auf ihren korrekten Sinngehalt überprüft und freigegeben.

In Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse von MAYRING (2008) wurden die verschriftlichten Experteninterviews in den folgenden Schritten zusammengefasst, reduziert und strukturiert¹⁷. Zur Strukturierung des Materials wurde ein Kategoriensystem entwickelt, unter welchem die Aussagen der Expertinnen gebündelt wurden. Nach der

¹⁷ Die verschiedenen Schritte der Auswertung sind dokumentiert und dieser Arbeit auf CD beigefügt.

Bearbeitung ca. eines Drittel des Materials wurde eine Revision der Kategorien vorgenommen. Das endgültige Kategoriensystem ist in Tabelle 2 dargestellt.

Tab.2: Übersicht Kategoriensystem der Experteninterviews

Kategorie	Unterkategorien
Vorteile/Möglichkeiten des BF	<ul style="list-style-type: none"> •Wissensvermittlung •Klärung von Fragen •Soziale Kontakte •Stärkung der TeilnehmerInnen •Sonstiges
Grenzen des BF	<ul style="list-style-type: none"> •zeitliche Beschränkung •Individuelle Fragestellungen •Überprüfung der Umsetzung zuhause •Verdacht auf Kindeswohlgefährdung •Erreichbarkeit der Zielgruppe (Freiwilligkeit des Angebots)
Bedürfnisse der Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> •Kontaktbedürfnis •Informationsbedürfnis •Zuwendung und Bestätigung •Bedürfnis über Gefühle zu sprechen •Sonstiges (z.B. Bedürfnis sein Kind zu zeigen)
„Effekte“ des BF	<ul style="list-style-type: none"> •Wahrnehmung weiterer Unterstützungsangebote •Wissenszuwachs •Gewinn an Selbstbewusstsein •Besseres Verständnis für das Kind •Neue soziale Kontakte
Perspektive des BF	<ul style="list-style-type: none"> •Voraussetzungen für den BF (Niedrigschwelligkeit, Einbindung in Hilfsstrukturen, Kooperation mit Familienhebamme, Kursleitung durch min. zwei Personen) •Übertragbarkeit des Konzeptes •Finanzierung •Zukunftsaussichten •Wünsche
(Vorteile) Zusammenarbeit für Kooperationspartner	<ul style="list-style-type: none"> •Gleiche Ziele •Ergänzung der Arbeit
Verbesserungsvorschläge	<ul style="list-style-type: none"> •Stundenkontingent der Kursleiterinnen •Ausweitung des praktischen Teils •Treffen ohne Kinder •Einsatz Medium Film •Größere Räumlichkeiten

Quelle: Ergebnisse der Experteninterviews

Mit den Experteninterviews sollten die Fragen beantwortet werden, inwieweit die Ziele des BF erreicht wurden und Aufschluss über Voraussetzungen für das Gelingen des Projektes und die Übertragung in andere Stadtteile geben.

Ein weiteres Interesse war der Vergleich der Erkenntnisse aus den Befragungen der TeilnehmerInnen und den Eindrücken aus der Teilnehmenden Beobachtung.

5.4. Methodenkritik

In diesem Abschnitt sollen einige Grenzaspekte der Evaluationsmethodik kritisch diskutiert werden.

- **Teilnehmende Beobachtung:** Bei der Durchführung der Teilnehmenden Beobachtung muss beachtet werden, dass es sich bei den Beobachtungen um subjektive Eindrücke der Forscherin handelt. In der Dokumentation wurde deshalb auf eine möglichst neutrale, nicht wertende Formulierung geachtet. Eine mögliche Beeinflussung des Geschehens im Feld wurde versucht zu minimieren, indem die Protokollierung der Beobachtungen erst im Anschluss an die Treffen des BF erfolgten.
- **Befragungsinstrumente:** Mit dieser Methode konnten ausschließlich regelmäßige TeilnehmerInnen des BF erreicht werden. Die regelmäßige Teilnahme impliziert, dass die Befragten einen persönlichen Nutzen aus dem BF gezogen haben. In der Lenzsiedlung gab es eine hohe Fluktuation der TeilnehmerInnen. Die Bewertung der Inhalte des BF durch AbbrecherInnen des Angebots und eventuelle Verbesserungsvorschläge dieser konnten somit nicht untersucht werden.

Ein weiterer zu beachtender Aspekt bei den durchgeführten Befragungen ist die mögliche Verzerrung der Ergebnisse durch eine „soziale Erwünschtheit“¹⁸, bzw. eine mögliche positive Tendenz des Antwortverhaltens der Befragten. Dieser Aspekt muss bei der Auswertung der Daten berücksichtigt werden.

- **Experteninterviews:** Die ausgewählten Expertinnen für die leitfadengestützten Interviews stehen in einem engen Bezug zu dem BF. Die Auswahl erfolgte aufgrund der Erfahrungen und des Expertenwissens der Befragten. Nichts desto trotz muss auch bei diesen Ergebnissen das Kriterium der Subjektivität der Antworten mit berücksichtigt werden.

Insgesamt muss angemerkt werden, dass aufgrund des geringen Stichprobenumfangs keine statistischen Signifikanzen errechnet werden konnten und somit keine Verallgemeinerung der Ergebnisse vorgenommen werden können. Die Ergebnisse dieser qualitativen Evaluation leisten dennoch einen wichtigen Beitrag zur Überprüfung der Konzept- und Prozessqualität des Kurses in Bezug auf den Nutzen für die TeilnehmerInnen. Durch die Entwicklung eines Selbstevaluationstools für den BF soll auch in Zukunft die Möglichkeit einer Qualitätssicherung gewährleistet werden.

¹⁸ Zur „Sozialen Erwünschtheit“ siehe RAAB-STEINER & BENESCH 2008, S. 60f).

6. Ergebnisse der Evaluation

Im Anschluss an die Erhebungsphase von September 2008 bis April 2009 wurden die gewonnenen Daten ausgewertet. Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Evaluation unterteilt nach den drei Evaluationsmethoden, Teilnehmerbefragungen, Teilnehmende Beobachtung und Experteninterviews, dargestellt.

6.1. Ergebnisse der TeilnehmerInnenbefragungen

Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs (vgl. Abschnitt 5.3.2.4) der drei TeilnehmerInnenbefragungen, wurden diese zusammengefasst und im folgenden weitestgehend gemeinsam ausgewertet.

6.1.1. Teilnahmestatistik

Zunächst soll an dieser Stelle eine Teilnahmestatistik¹⁹ des BF dargestellt werden.

Insgesamt nahmen an dem BF in der Lenzsiedlung siebzehn TeilnehmerInnen, davon sieben regelmäßig (≥ 6 mal) teil. Im EKIZ Wagrierweg kamen von insgesamt elf Müttern und davon neun regelmäßig zu den Treffen des BF. In der folgenden Tabelle sind die Häufigkeiten der Teilnahme der KursteilnehmerInnen des BF abgebildet:

Tabelle 3: Teilnahmestatistik des BF

Teilnahme	TeilnehmerInnen Lenzsiedlung Herbst 08	TeilnehmerInnen EKIZ Wagrierweg Herbst 08	Gesamt
12 mal	1	1	2
10 mal	1	5	6
9 mal	3	0	3
8 mal	1	2	3
6 mal	1	1	2
4 mal	0	2	2
3 mal	2	0	2
2 mal	2	0	2
1 mal	6	0	6
Teilnahmerange	1 -12 mal	4 - 12 mal	1 - 12 mal
Durchschnitt	4,6 mal	8,4 mal	6,1 mal

¹⁹ Die Teilnahmestatistik wurde aus den Protokollen der Teilnehmenden Beobachtung in der Lenzsiedlung und im EKIZ Wagrierweg generiert.

Teilnahme	TeilnehmerInnen Lenzsiedlung Herbst 08	TeilnehmerInnen EKiz Wagrierweg Herbst 08	Gesamt
Regelmäßige Teilnahme (>=6 mal)	7	9	16
Durchschnittliche regelmäßige Teilnahme (>=6 mal)	9 mal	9,3 mal	9,2 mal

Quelle: Teilnehmende Beobachtung (N=28)

Die Tabelle 3 zeigt, dass beide BF gut besucht wurden. Der BF im EKiz Wagrierweg wurde insgesamt regelmäßiger in Anspruch genommen als der BF in der Lenzsiedlung. In der Lenzsiedlung nahmen dafür deutlich mehr TeilnehmerInnen das Angebot wahr. Die hohe Fluktuation in der Lenzsiedlung hat verschiedene Gründe. Beispielsweise kamen drei der Mütter aus der Lenzsiedlung bereits wenige Tage nach der Geburt (zwei bis zwölf Tage), um sich das Angebot anzuschauen. Im Vordergrund stand hier jedoch die Kontaktaufnahme zur Familienhebamme, um erste persönliche Hilfestellungen mit dem Kind zu erhalten.

6.1.2. Soziodemografische Daten der Teilnehmerinnen

Die im Folgenden beschriebenen soziodemographischen Daten der Teilnehmerinnen des BF wurden im Abschlussfragebogen sowie in der Nachbefragung erhoben und werden durch gesammelte Daten aus der Teilnehmenden Beobachtung ergänzt. Diese Daten sollen Aufschluss geben, inwiefern die Zielgruppe des BF erreicht wurde. Insgesamt wurden durch den BF ausschließlich Frauen erreicht, mit der Ausnahme von einem Vater, der jedoch nur einmal an dem Kurs, und nicht an den Befragungen teilgenommen hat.

Tab. 4: Frage: „Aus welchem Stadtteil kommen Sie?“

Lenzsiedlung Herbst 08	Anzahl	Wagrierweg Herbst 08	Anzahl	Lenzsiedlung Frühjahr 08	Anzahl
Eimsbüttel	3	Niendorf	4	Eimsbüttel	2
Lenzsiedlung	2	Langenhorn	1	Stellingen	1
Lokstedt	2	Schnelsen	1	Lokstedt	1
Hamm	1	Eidelstedt	1	Lurup	1
		Lurup	1		

Quelle: Abschlussbefragung (N=22): Eigenangaben der Befragten

Die Tabelle 4 zeigt, aufgeteilt nach den drei durchgeführten BF, aus welchen Stadtteilen die Teilnehmerinnen kamen. Etwa die Hälfte bis zu drei Viertel der Frauen kommen hiernach aus dem direktem Umfeld des Standortes, an dem der BF durchgeführt wurde. Dass einige Frauen zum Teil einen deutlich weiteren Weg auf sich genommen haben liegt daran, dass von den Kursleiterinnen bei diesen Frauen ein erhöhter Bedarf angenommen wurde und deshalb verstärkte Bemühungen unternommen wurden, diesen Frauen die Teilnahme zu ermöglichen.

Die Folgenden Abbildungen geben einen Überblick über die Altersstruktur der Mütter und ihrer Kinder in den drei evaluierten BF. Zusätzlich wurde die Kinderanzahl der Frauen erhoben.²⁰

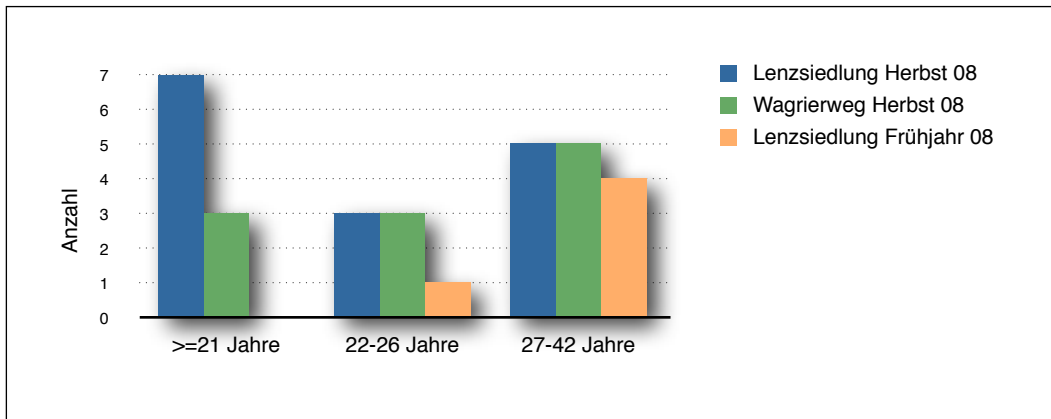


Abb. 1: Alter der Teilnehmerinnen (N= 31)

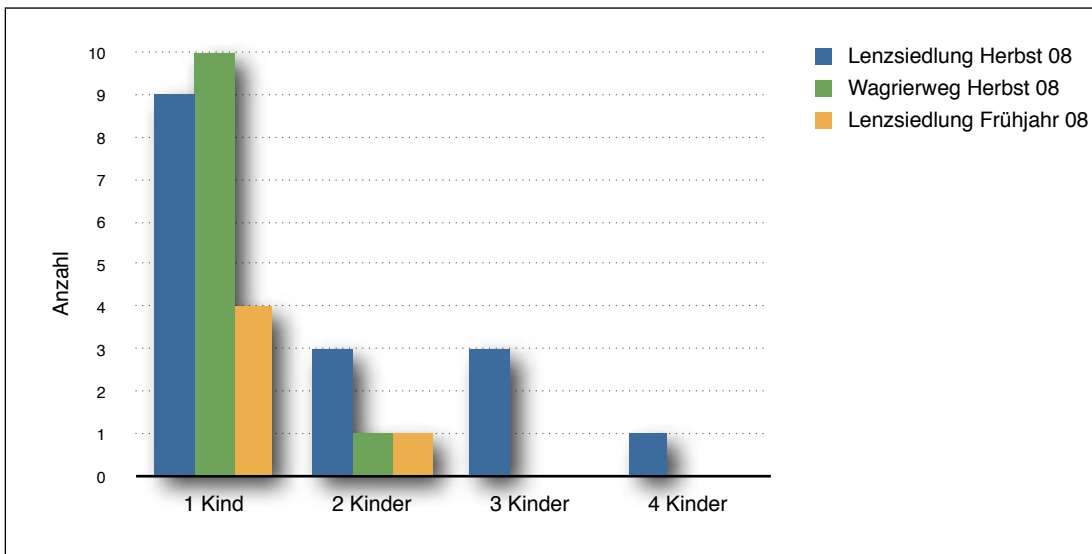


Abb. 2: Kinderanzahl der Teilnehmerinnen (N= 32)

²⁰ Die Daten der Abbildungen 1, 2 und 3, wurden im Rahmen der Teilnehmenden Beobachtung erhoben (n=32).

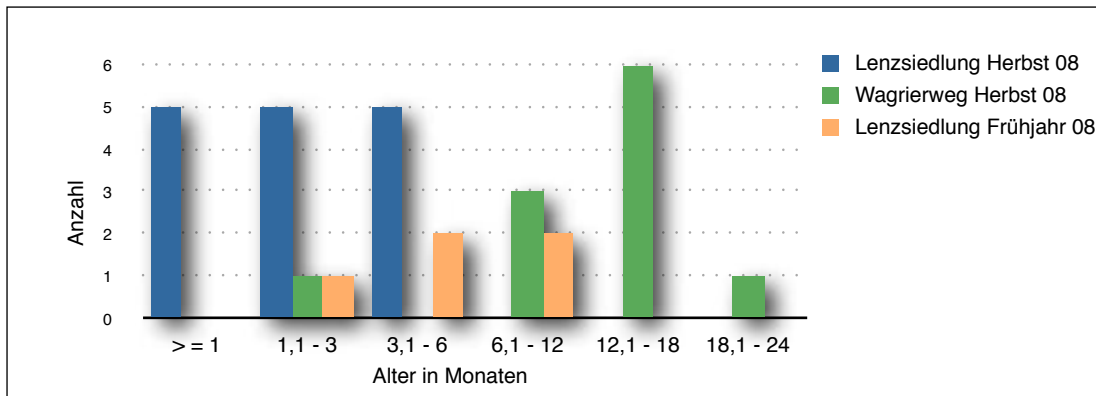


Abb. 3: Alter der Kinder zu Beginn des Kurses (N= 31)

Aus den Abbildungen 1, 2 und 3 wird deutlich, wie unterschiedlich die Zusammensetzung der drei Gruppen war. Interessanter Weise war die Zusammensetzung der Gruppen einzeln betrachtet recht homogen.

Der BF in der **Lenzsiedlung im Herbst 2008** zeichnete sich durch seine überwiegend jungen Teilnehmerinnen (Durchschnitt = 25,7 Jahre, Altersrange = 18-43 Jahre) und deren sehr junge Säuglinge (Durchschnitt = 3,03 Monate , Altersrange = 2 Tage - 12 Monate) aus. Etwas weniger als die Hälfte der Teilnehmerinnen hatten bereits mindestens ein weiteres Kind.

Im **Ekiz Wagrierweg** war die Altersstruktur heterogener (Altersrange: 18 bis 38 Jahre) und die Babys waren mit einem Durchschnittsalter von 13,2 Monaten (Altersrange = 9 Wochen - 21 Monate) deutlich älter, als in der Lenzsiedlung. Für alle bis auf eine Teilnehmerin in dieser Gruppe war es das erste Kind.

Die Ergebnisse aus der Nachbefragung des BF in der **Lenzsiedlung im Frühjahr 2008** zeigt eine deutlich höhere Altersstruktur der Mütter und die Kinder waren zu Beginn des Kurses im Durchschnitt 6 Monate alt (Altersrange = 2 bis 10 Monate). Da durch die Nachbefragung jedoch nur fünf Mütter (von insgesamt zwölf TeilnehmerInnen) erreicht werden konnten, kann zu dieser Gruppe keine abschließende Bewertung erfolgen.

Zusammenfassung

- ➔ Von den 28 TeilnehmerInnen der BF in der Lenzsiedlung und im EKiz Wagrierweg nahmen 16 regelmäßig (≥ 6 mal) teil (durchschnittlich 9,2 mal).
- ➔ Bis zu drei Viertel der TeilnehmerInnen stammen aus dem direkten Umfeld des BF.
- ➔ Unterschiedliche Zusammensetzung der Kurse: Es wurden Mütter und Babys unterschiedlichsten Alters mit dem BF erreicht.

Ein Drittel der Kursteilnehmerinnen gab in der Abschlussbefragung an, einen Migrationshintergrund zu haben.

Auf die Frage nach dem Schulabschluss ergab sich ein gemischtes Verhältnis von Hauptschulabschluss bis Abitur/Fachhochschulreife. 48 Prozent gaben an einen Hauptschulabschluss zu haben. Die Verteilung der Schulabschlüsse getrennt nach den drei befragten Gruppen zeigt Abbildung 4.

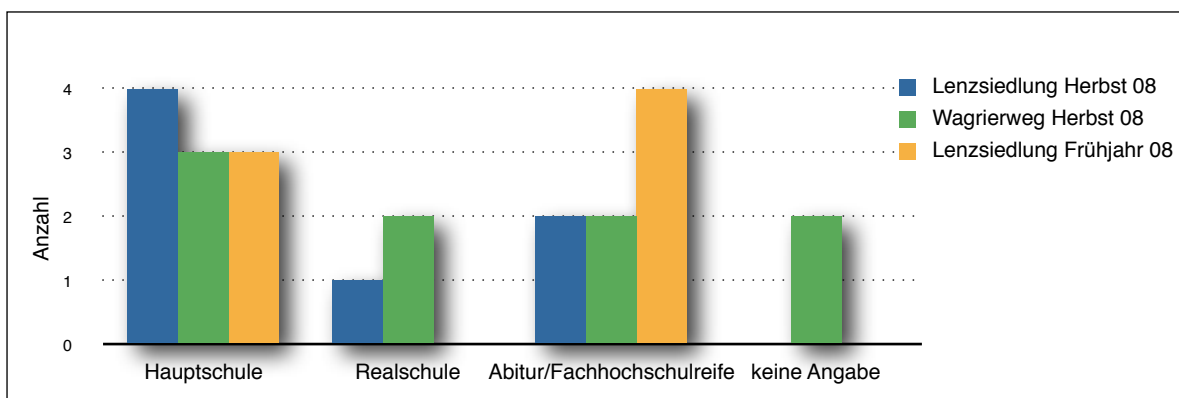


Abb. 4: Schulabschluss der Teilnehmerinnen

Knapp ein Drittel der Frauen waren vor der Geburt ihres Kindes nicht erwerbstätig.

18 der 22 befragten Frauen leben gemeinsam mit einem Partner und ihrem Kind. Vier der befragten Frauen gaben an, allein mit ihrem Kind zu leben (vgl. Abb. 5).

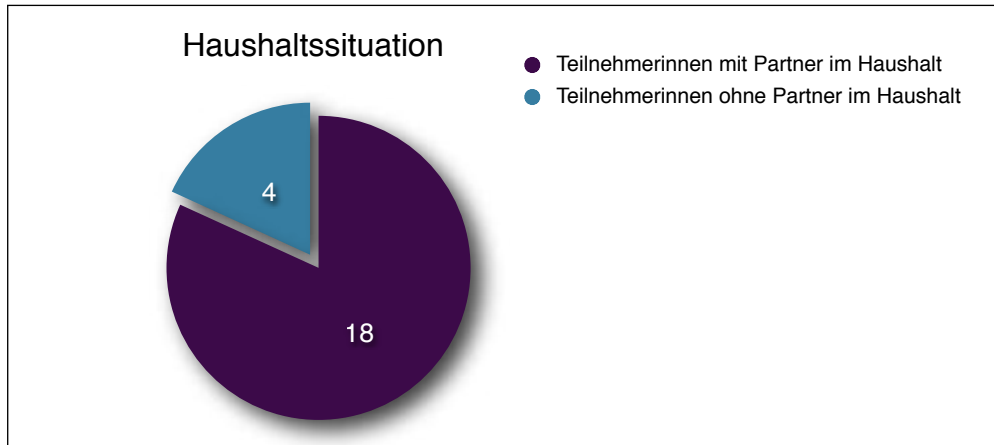


Abb. 5: Haushaltssituation der Teilnehmerinnen

Zusammenfassung

- ➔ Ein Drittel der Frauen gab an, einen Migrationshintergrund zu haben.
- ➔ Die Schulbildung der Teilnehmerinnen reichte von Hauptschulabschluss bis Abitur (48% Hauptschulabschluss).
- ➔ 27% der Befragten waren vor der Geburt ihres Kindes berufstätig.

6.1.3. Zugang zum Kurs und Motivation zur Teilnahme

In der Vorbefragung, die mit den Teilnehmerinnen in den ersten Treffen des BF durchgeführt wurde, wurden der Zugang zum Kurs, die Motivation zur Teilnahme und die Erwartungen an den Kurs offen abgefragt. In der Nachbefragung wurden diese Aspekte ebenfalls berücksichtigt. Die Antworten der drei befragten Gruppen wurden für die Auswertung zusammengefügt. Insgesamt liegen die Antworten von 26 Teilnehmerinnen vor. Die Ergebnisse der Vorbefragung werden im Folgenden zusammengefasst (Tab. 5, Abb. 6 und 7)

Tab. 5: Zugang zum Kurs (Mehrfachnennungen möglich)

Zugang zum Kurs	
Familienhebamme	14 (47 %)
Erzieherin (EKiZ Wagrierweg)	6 (20 %)
Familie/Freunde	4 (13 %)
FamilienhelferIn	3 (10 %)
Andere TeilnehmerIn	3 (10 %)

Quelle: Vorbefragung (n=26)

Zwei Drittel der Frauen gaben an, von der Familienhebamme, bzw. von einer Erzieherin aus dem EKiz Wagrierweg auf den Kurs aufmerksam gemacht worden zu sein (vgl. Tab. 5).

Auf die offene Frage, was die Mütter motiviert hat, an dem BF teilzunehmen, wurden von vielen Teilnehmerinnen mehrere Aspekte genannt. Die Antworten wurden vier Bereichen zugeordnet und zeigen folgendes Ergebnis (vgl. Abb. 6):

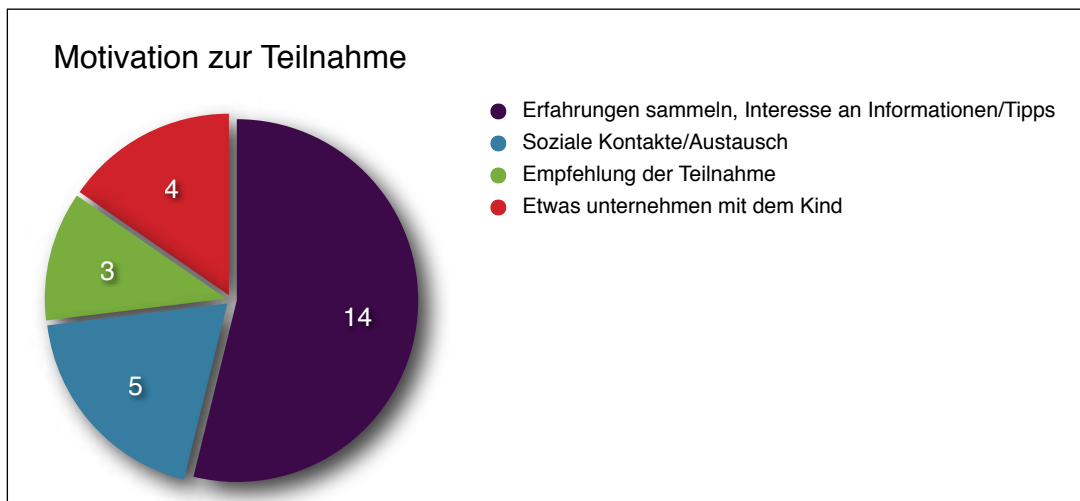


Abb. 6: Antworten auf die Frage zur Teilnahmemotivation

Ein Großteil gab an, an Informationen und Tipps interessiert zu sein und/oder Erfahrungen sammeln zu wollen. Etwa ein Viertel der Befragten motivierte das Zusammen treffen mit anderen Müttern (vgl. Abb. 6).

Ähnlich sah auch das Antwortverhalten auf die Frage nach den Erwartungen der Frauen an den BF aus. Auch hier wurde an erster Stelle „Erfahrungen sammeln, bzw. „Informationen und Tipps“ und die „Erweiterung der eigenen Kenntnisse genannt, gefolgt von dem Aspekt „Treffen/Austausch mit anderen Müttern“ (vgl. Abb. 7).

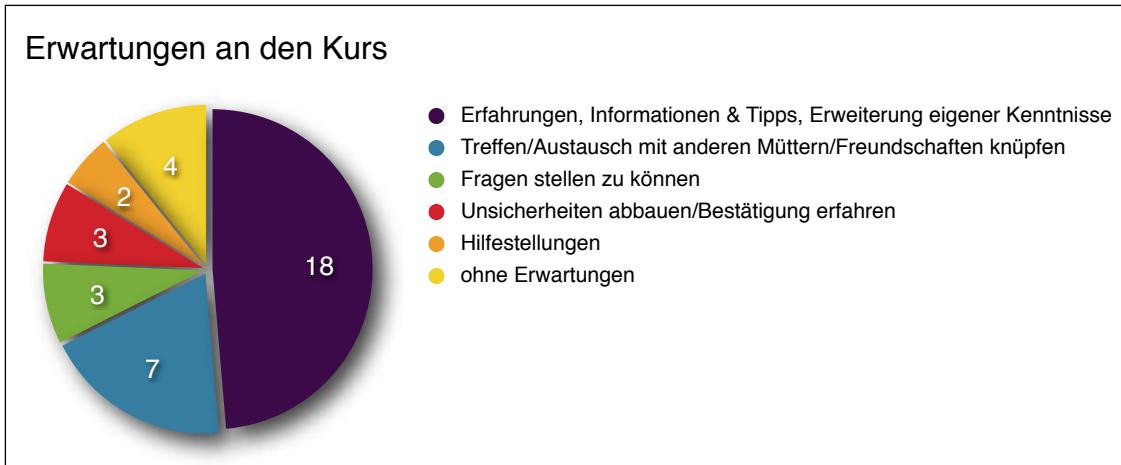


Abb. 7: Antworten auf die Frage nach den Erwartungen an den Kurs

Zusammenfassung

- ➔ *Der Zugang zum BF wurde hauptsächlich durch die Familienhebamme bzw. der Erzieherin aus dem EKiz Wagrierweg ermöglicht (67%).*
- ➔ *Die Motivation zur Teilnahme, sowie die Erwartungen an den Kurs waren größtenteils von den Faktoren Erfahrungen sammeln und Informationsver-*

6.1.4. Bewertung der inhaltliche Aspekte des *Babyführerscheins*

Die Bewertung des BF nach inhaltlichen Aspekten wurde innerhalb des Abschlussbefragung, bzw. der Nachbefragung abgefragt. Insgesamt konnten zu diesen Aspekten 22 Teilnehmerinnen befragt werden, davon 8 Mütter aus der Lenzsiedlung, 9 Mütter aus dem EKiz Wagrierweg und 5 Teilnehmerinnen aus der Nachbefragung. Für die Auswertung wurden die Antworten der drei Gruppen zusammengefügt und gemeinsam ausgewertet.

Im ersten Teil der Abschlussbefragung wurde den Teilnehmerinnen verschiedene Aussagen vorgegeben, welche sie dann auf einer Skala von 1 („stimme überhaupt nicht zu“) bis 4 („stimme voll und ganz zu“) bewerten konnten.

**Tab. 6: Frage: „Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?“
(1= stimme gar nicht zu; 4= stimme voll und ganz zu)**

Aussage	Durchschnittliche Bewertung (Mittelwert)
Die Räumlichkeiten waren meiner Meinung nach gut geeignet für die Durchführung des BF	3,7
Die Größe des Teilnehmerkreises war meiner Meinung nach genau richtig	3,9
Die von den Kursleiterinnen gegebenen Informationen und Anleitungen waren für mich gut verständlich	4,0
Die aus den einzelnen Themen erstellte Kursmappe war für mich informativ und nützlich	3,8
Auf meine Fragen und Bedürfnisse wurde ausreichend eingegangen	3,9
Im praktische Teil mit den Kindern wurden mir gute Tipps und Anregungen für Zuhause gegeben	3,7
Ich habe mich in der Gruppe verstanden und gut aufgenommen gefühlt	4,0

Quelle: Abschlussbefragung (N=22)

Insgesamt fiel die Bewertung aller abgefragten Aspekte des BF sehr gut aus. Die „Verständlichkeit der Informationen und Anleitungen“ und das „Gruppengefühl“ wurde von allen Befragten aus den drei Kursen mit 4 („Stimme voll und ganz zu“) bewertet. Am schlechtesten mit einem Durchschnittswert von jeweils 3,72 wurden die Aspekte „Räumlichkeiten“ und „Praktischer Teil“ beurteilt (vgl. Tab. 6).

Auf die Frage: „Welche Themen haben Ihnen im Alltag am meisten geholfen“ waren Mehrfachnennungen der Teilnehmerinnen zulässig. Die Auswertung der Nennungen ergab folgendes Bild:

Tab. 7: Frage: „Welche Themen haben Ihnen im Alltag am meisten geholfen?“ (Mehrfachnennung möglich)

Thema	Häufigkeit der Nennung
Gesundheit 1 +2	14 (23,3%)
Schlafen	9 (15%)
Ernährung	8 (13,3%)
Was will mir mein Baby sagen?	7 (11,6%)
Gefühle	5 (8,3%)
Umfeld und Loslassen	5 (8,3%)
Bindung	4 (6,6%)
Erziehung	3 (5%)

Thema	Häufigkeit der Nennung
Entwicklung	3 (5%)
Ankommen in der Welt	2 (3,3%)

Quelle: Abschlussbefragung (N= 22)

Betrachtet man die drei am häufigsten genannten Themen in Tab. 7 wird deutlich, dass für die Mütter vor allem alltagsnahe und praktische Themen (insgesamt = 52% der Nennungen) von großer Bedeutung waren.

In der nächsten Frage hatten die Frauen die Möglichkeit, den Nutzen der zuvor genannten Themen näher zu beschreiben. Zum Thema „Was will mir mein Kind sagen?“ wurde beispielsweise von einer Mutter geäußert „Ich wusste nie was sie mir sagen will, wenn sie weint, jetzt kann ich es ein bisschen verstehen“. Zum Thema „Gesundheit“ äußerte eine andere Mutter „Die Tipps, die ich bekommen habe, waren hilfreich (Fieber)“ und zum Thema „Bindung“ wurde von einer Mutter angemerkt „Für eine gesunde und gute Entwicklung ist Bindung wichtig“. Die detaillierten Antworten hierzu befinden sich auf der beigefügten CD.

Die Befragung der Teilnehmerinnen nach Verbesserungsvorschlägen ergab kein einheitliches Bild und keine Aussagen zu möglichen Mängeln des BF. Insgesamt haben 7 von 22 Befragten Verbesserungsvorschläge für den BF geäußert. Zwei der Frauen wünschten sich beispielsweise den Beginn des Kurses zu einer etwas früheren Uhrzeit, aufgrund des Rhythmus ihrer Kinder. Ferner wurden einige zusätzliche Themenvorschläge für den Kurs gegeben, wie z.B. die „Körpersprache des Kindes“, „etwas zum Thema Vaterschaft“ und „Erste-Hilfe fürs Kind“.

Zusammenfassung

- ➔ *Die Bewertung unterschiedlicher Aspekte des BF, wie beispielsweise die Wissensvermittlung, das Eingehen auf Fragen und das Wohlfühlen in der Gruppe, fiel insgesamt sehr gut aus.*
- ➔ *Im Alltag waren für die Teilnehmerinnen vor allem praktische Themen, wie Gesundheit, Schlafen und Ernährung von Bedeutung (52%).*
- ➔ *Die Frage nach Verbesserungsvorschlägen konnte keinen Aufschluss über mögliche Mängel des BF geben.*

Insgesamt gaben 20 Teilnehmerinnen an, dass sich die Teilnahme für sie gelohnt hat. Lediglich eine Mutter verneinte dies. Der Grund für die Verneinung lag laut der befragten Teilnehmerin darin, dass ihr Kind schon zu alt war und sie sich die Hilfestellungen zu einem früheren Zeitpunkt gewünscht hätte.

Die Antworten auf die offene Frage „Warum hat sich die Teilnahme für Sie gelohnt“ lassen sich wie folgt kategorisieren:

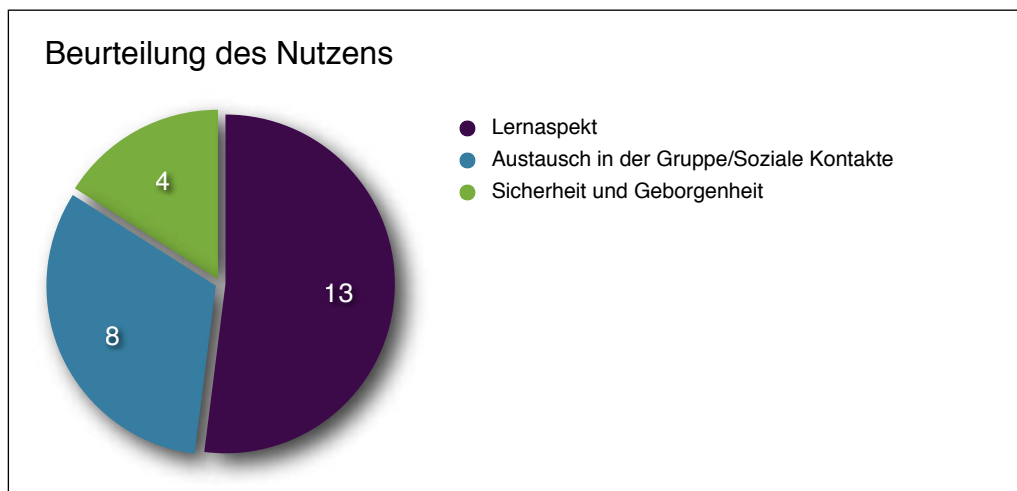


Abb. 8: Antworten auf die Frage: „Warum hat sich die Teilnahme für Sie gelohnt?“

Die Abbildung 8 zeigt, dass der Nutzen des BF für die Teilnehmerinnen durch den Lernaspekt, den Austausch in der Gruppe und durch den Gewinn an Sicherheit bestimmt wurde.

Mit der Frage „Welche anderen Unterstützungsangebote haben Sie seit Beginn Ihrer Schwangerschaft in Anspruch genommen“ zielt auf die generelle Bereitschaft der Teilnehmerinnen, Hilfsangebote anzunehmen, ab. Die Hälfte der Befragten konnte keinerlei Angaben zu dieser Frage machen. Die andere Hälfte gab am häufigsten an, Mutter-Kind-Angebote in Anspruch genommen zu haben. Vereinzelt wurde die Familienhebamme, Schwangerschaftsvorbereitungskurse/ Rückbildungskurse und Beratungsangebote genutzt.

Dagegen gaben 18 von 22 der Befragten an, in Zukunft weitere Mutter-Kind-Angebote/ Unterstützungsangebote nutzen zu wollen. Von den insgesamt 16 Angaben zu der Frage „Welche Angebote möchten Sie in Zukunft nutzen?“ bezogen sich 13 auf Angebote aus dem direktem Umfeld des BF. Unter anderem wurden die „Spielgruppe“, „Opstapje“ und „Erste-Hilfe-Kurs für Säuglinge“, das EKIZ, der „betreute Spielplatz“ und „Gedichte für Wichte“ genannt.

Zusammenfassung

- ➔ *Bis auf eine Mutter gaben alle Teilnehmerinnen an, dass sich der BF für sie gelohnt hat, insbesondere durch den Lernaspekt, den Austausch in der Gruppe und den Gewinn an Sicherheit.*
- ➔ *Die Hälfte der Befragten konnte keine Angaben zu bereits besuchten Hilfsangeboten machen, jedoch möchten über 80 % in Zukunft weitere Unterstützungsangebote nutzen.*

6.2. Ergebnisse der Teilnehmende Beobachtung

Während der Teilnehmenden Beobachtung in den zeitgleich in der Lenzsiedlung und im EKIZ Wagrierweg durchgeführten BF wurden insbesondere die Gruppenprozesse und -aspekte der TeilnehmerInnen analysiert. Im Folgenden wird auf die wichtigsten gesammelte Eindrücke der Verfasserin eingegangen und ein zusammenfassender Erfahrungsbericht der Teilnehmenden Beobachtung gegeben.

Im Verlauf der zwölf Treffen wurde eine starke Veränderung im Verhalten der Teilnehmerinnen deutlich. Während die Mütter in den ersten Treffen überwiegend sehr zurückhaltend in ihrem Verhalten waren, änderte sich dieses Bild nach etwa der Hälfte der Treffen deutlich. Teilweise angeregt durch offenere Mütter, die viele Fragen stellten und sich gerne mitteilten, gewannen auch andere Teilnehmerinnen an Vertrauen und begannen ebenfalls Fragen zu stellen und sich mitzuteilen. Während der letzten Treffen waren kaum mehr Spannungen in der Gruppe zu spüren. Sowohl in der Lenzsiedlung als auch im EKIZ Wagrierweg, sind die Gruppen zusammen gewachsen. Die Teilnehmerinnen haben sich gut verstanden und ein Vertrauensverhältnis zu den Durchführenden entwickelt. Hemmschwellen Fragen zu stellen, wurden dadurch deutlich abgebaut.

Ein sehr wichtiger Bestandteil der wöchentlichen Treffen war die „Wie geht's-Runde“ zu Beginn eines jeden Treffens. In diesem Zusammenhang hatten die Teilnehmerinnen die Möglichkeit aus ihrer Woche zu berichten und/oder auf aktuelle Entwicklungsschritte ihrer Kinder einzugehen. Hier wurden oft individuelle Probleme behandelt und auf Fortschritte der Kinder eingegangen.

In der Beobachtung des praktischen Teils zeigten sich während der ersten Treffen teilweise Defizite der Mütter im direkten Umgang mit ihrem Kind. Der direkte Körperkontakt und eine intensive spielerische Kommunikation mit dem Kind waren für einige Müt-

ter ungewohnt. Das Einüben von Liedern und Spielen wurde eher zurückhaltend angenommen. Die freudigen Reaktionen der Kinder wurden jedoch positiv von den Teilnehmerinnen empfunden und so entwickelten sich mit der Zeit bei den Teilnehmerinnen teilweise favorisierte Lieder und Spiele für ihre Kinder. Insgesamt ist der Beitrag des BF in diesem Bereich wahrscheinlich erst ein kleiner Schritt, jedoch zeigten sich der Bedarf und auch die positiven Wirkungen deutlich.

Eine weitere interessante Beobachtung, die während des BF gemacht werden konnte, war die Entwicklung der Interaktion in den Gruppen. Mit der Zeit haben die Frauen gemerkt, dass sie nicht alleine sind mit ihren Problemen und ein Zusammengehörigkeitsgefühl entwickelt. Teilweise sind Freundschaften unter den Teilnehmerinnen entstanden. Dies zeigte sich unter anderem in privaten Verabredungen der Mütter und in dem Bedürfnis, bei Problemen Hilfestellungen oder Ratschläge anzubieten. Besonders stark wurde dieses Verhalten bei den relativ jungen Müttern in dem Kurs in der Lenzsiedlung deutlich. Bis zu drei Monate nach der Durchführung des BF in der Lenzsiedlung kann des Weiteren eine Teilnahme von mindestens 5 Teilnehmerinnen aus dieser Gruppe an dem Spielangebot der Lenzsiedlung „Spielgruppe“ dokumentiert werden.

Zusammenfassung

- ➔ *Die Teilnehmerinnen des BF haben durch den Kurs an Selbstbewusstsein gewonnen. Hemmschwellen Fragen zu stellen wurden abgebaut.*
- ➔ *Im praktischen Teil zeigten sich teilweise Defizite der Mütter im Umgang mit ihrem Kind. Der BF leistete einen ersten Beitrag, die Mütter spielerisch an eine interaktive Förderung der Kinder heranzuführen.*
- ➔ *Der BF förderte den Austausch der Teilnehmerinnen untereinander und die Bildung von sozialen Netzwerken und Freundschaften innerhalb der Gruppe.*

6.3. Ergebnisse der Experteninterviews

Die leitfadengestützten Interviews wurden mit insgesamt fünf Expertinnen durchgeführt. Anhand der Antworten der Expertinnen wurde in der Auswertungsphase ein Kategoriensystem entwickelt (vgl. Abschnitt 6.3.3.2), in welches die Aussagen der Expertinnen eingeordnet wurden (vgl. Kategorien Experteninterviews²¹).

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Experteninterviews gegliedert nach dem Kategoriensystem dargestellt.

6.3.1. Vorteile und Möglichkeiten des *Babyführerscheins*

Als besondere Vorteile und Möglichkeiten des BF werden von den befragten Expertinnen die folgenden Aspekte des BF herausgestellt:

- **Wissensvermittlung:** Vorrangiges Ziel des BF ist es den TeilnehmerInnen relevantes Wissen rund um die Themen Elternschaft und Säuglingsaufzucht zu vermitteln. Dieser Aspekt wurde von allen Expertinnen hervorgehoben (vgl. Kategorien Experteninterviews, S. 1).

„Der Babyführerschein bietet den Teilnehmern einen Rundumschlag an Themen von der Geburt bis zu einem Jahr. Die Themen sind wirklich sehr gut dazu ausgewählt.“ (E3, S. 1)²²

Gleichzeitig sollen die Bedürfnisse und Wünsche der Kinder aufgezeigt und somit das Bewusstsein für die Verantwortung der Eltern für das gesunde Aufwachsen ihrer Kinder gestärkt werden. Ein grundlegendes Thema hierbei ist die Bindung zwischen Elternteil und Kind, welches in fast jedem der zwölf Treffen aufgegriffen wird (vgl. ebd.). Das Angebot ist trotz der vorgegebenen Themen sehr stark teilnehmerorientiert, d. h., die Bedürfnisse der TeilnehmerInnen stehen im Mittelpunkt und die Themen werden nach Bedarf angepasst (vgl. ebd.).

- **Klärung von Fragen:** Durch die Auseinandersetzung mit den Themen und die Möglichkeit Fragen stellen zu können, werden die KursteilnehmerInnen zunehmend offener und selbstbewusster und entwickeln ein tieferes Interesse an ihrem Kind (vgl. ebd.).

²¹ Das Dokument „Kategorien-Experteninterviews“ ist auf der beigefügten CD einsehbar.

²² Bei diesem und den folgenden Zitaten handelt es sich um sprachlich geglättete Aussagen aus den Experteninterviews. Näheres hierzu vgl. Abschnitt 5.3.3.2. Die dokumentierten Experteninterviews sind dieser Arbeit auf CD beigefügt.

- **Soziale Kontakte:** Ein weiterer wichtiger Aspekt des BF ist der Kontakt zu anderen Müttern. Gerade die Zielgruppe des BF ist oftmals sehr isoliert und fühlt sich mit ihren Problemen alleine (vgl. Kategorien Experteninterviews, S. 1).

„Durch die Gemeinschaft erfahren die Mütter, dass sie nicht alleine sind, dass es anderen ähnlich geht wie ihnen selbst und das ist eine gute Erfahrung.“ (E4, S. 1)

- **Weitere Vorteile:** Als weiterer Vorteil wird die Niedrigschwelligkeit (Offenheit des Angebots (kostenlos), Quartiersnähe, Freiwilligkeit) des Angebots angesehen. Dadurch werden Zugangsbarrieren abgebaut und die Zielgruppe besser erreicht (vgl. ebd.). Nicht zuletzt ist es den Durchführenden wichtig den TeilnehmerInnen des Angebots Spaß und Freude an ihrem Kind zu vermitteln (vgl. ebd.).

6.3.2. Grenzen des *Babyführerscheins*

Die Grenzen des BF zeigen sich laut der Expertinnen in den folgenden Gegebenheiten:

- **Zeitliche Beschränkung:** Der BF läuft über einen Zeitraum von drei Monaten. Eine über diesen Zeitraum hinausgehende Betreuung kann nicht gewährleistet werden (vgl. Kategorien Experteninterviews, S. 1).
- **Individuelle Fragestellungen:** Eine weitere Grenze zeigt sich bei sehr individuellen Fragestellungen. Die Durchführenden kommen beide aus dem sozialpädagogischen Bereich und können daher beispielsweise spezielle Fragen aus dem medizinisch-gesundheitlichen Kontext nur eingeschränkt beantworten (vgl. Kategorien Experteninterviews, S. 2).

„Beim Gesundheitsteil liegt die Grenze darin, dass wir natürlich keine Mediziner sind und bei sehr individuellen Fragen können wir dann nur zu guten Fachleuten weiterleiten.“ (E2, S. 2)

- **Freiwilligkeit des Angebots:** Der Aspekt der Freiwilligkeit birgt einen Konflikt in sich. Auf der einen Seite ist die Freiwilligkeit gewollter Bestandteil des Angebots, auf der anderen Seite kann so nicht die gesamte Zielgruppe erreicht werden. Niemand kann (und soll auch nicht!) zu der Teilnahme an dem Angebot gezwungen werden (vgl. ebd.).

- **Überprüfung der Umsetzung:** Als ein weiterer Grenzaspekt wird von den Expertinnen die nicht mögliche Überprüfung des Erlernten im häuslichen Umfeld genannt. Der Kurs kann lediglich Anregungen für den Familienalltag geben und den TeilnehmerInnen mehr Selbstvertrauen und Sicherheit im Umgang mit ihren Kindern vermitteln (vgl. ebd.).
- **Kindeswohlgefährdung:** Bei den bisherigen Durchführungen des BF kam einige Male der Verdacht einer Kindeswohlgefährdung auf. Dies ist nach Aussagen der Expertinnen ein „heikles Thema“ (ebd.) und erfordert einen äußerst sensiblen Umgang. Die Kursleiterinnen geraten in diesem Fall in einen Gewissenskonflikt; auf der einen Seite wollen sie gerade diese Mütter in dem Angebot halten, auf der anderen Seite unterliegen sie in diesen Fällen aber auch einer Meldepflicht.

„In solchen Fällen versuchen wir uns abzusprechen, auch mit der Familienhebamme, versuchen, die Mütter weiterzuleiten an die entsprechenden Fachleute und so Unterstützung anzubieten. Also das ist im Prinzip unsere Grenze, aber diese ist auch ganz klar.“ (E1: S. 3)

Zusammenfassung

- ➔ *Vorteile: Die Vorteile des BF liegen laut der Expertinnen in der Wissensvermittlung, der Klärung von Fragen der TeilnehmerInnen, der Knüpfung von sozialen Kontakten und der Niedrigschwelligkeit des Angebots.*
- ➔ *Grenzen: Grenzen des BF liegen in seiner zeitlichen Beschränkung, bei zu individuellen Fragestellungen der TeilnehmerInnen, bei dem Verdacht auf*

6.3.3. Bedürfnisse der Zielgruppe

Als Zielgruppe des BF sollen Eltern aus sozial benachteiligten Gebieten angesprochen werden. Diese Zielgruppe zeichnet sich unter anderem durch die folgenden besonderen Bedürfnisse aus.

- **Kontaktbedürfnis:** Am häufigsten wurde in der Expertinnenbefragung auf das soziale Kontaktbedürfnis der Teilnehmerinnen Bezug genommen.

„Nach einigen Terminen entsteht eine Gruppe, so dass sich die Teilnehmer in diesem Rahmen auch gerne wieder sehen möchten und es auch schön finden sich auszutauschen.“ (E1, S. 2)

Die Gemeinschaft überdauert oftmals die zwölf Wochen des BF und die Mütter haben auch weiterhin das Bedürfnis sich zu treffen und Freundschaften zu knüpfen (vgl. Kategorien Experteninterviews, S. 2).

- **Informationsbedürfnis:** Die Zielgruppe des BF hat viele Fragen rund um die Kindererziehung, beispielsweise zu den Themen Gesundheit, Ernährung und Schlafen, die sie während des BF stellen können. Ein wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang ist das Bedürfnis der TeilnehmerInnen, ein besseres Verständnis für ihr Kind zu entwickeln (vgl. ebd.).
- **Zuwendung und Bestätigung:** Nach Aussagen der Expertinnen fehlt es der Zielgruppe häufig an Zuwendung und Bestätigung aus ihrem sozialen Umfeld. Deshalb ist es wichtig, die TeilnehmerInnen des BF offen aufzunehmen und ihnen Zuwendung und das Gefühl von Wertschätzung entgegen zu bringen. (vgl. ebd.).

„Auch ein Bedürfnis nach Bestätigung, mach ich alles richtig mit dem Baby, ist vorhanden. Und Zuwendung ist ein wichtiges Bedürfnis. Also die Mütter zu bestärken in dem, was sie richtig machen, damit sie da Bestätigung finden.“ (E4, S. 2)

- **Bedürfnis über Gefühle sprechen zu können:** Während des Kursangebotes zeigt sich laut Expertenaussagen zudem ein starkes Bedürfnis der TeilnehmerInnen offen über ihre Gefühle sprechen zu können (vgl. ebd.).

„Ein wichtiges Bedürfnis vieler Frauen ist auch sich einfach mal aussprechen zu können und ganz offen auch mal über negative Gefühle sprechen zu können, ohne gleich als schlechte Mutter abgestempelt zu werden.“ (E2, S. 3)

6.3.4. Effekte des *Babyführerscheins*

Insgesamt wird der Nutzen des BF von den Expertinnen sehr hoch eingeschätzt und am Ende des Kurses erhalten sie überwiegend positive Rückmeldungen durch die TeilnehmerInnen. Die Kategorie „Effekte des BF“ fasst den von den Expertinnen im Einzelnen beobachteten Nutzen des Kurses für die Teilnehmerinnen zusammen.

- **Einbindung in Hilfsstrukturen:** Am häufigsten wurde während der Expertenbefragung auf die Einbindung der TeilnehmerInnen in weitere Unterstützungsangebote eingegangen. So hat der BF viele TeilnehmerInnen dazu bewegt, weitere Angebote für sich zu nutzen.

„Eine Wirkung vom Babyführerschein ist, dass sich die Mütter weiter treffen, bei anderen Angeboten in der Lenzsiedlung. Das sie angedockt sind an die Lenzsiedlung und sich so auch weiterhin mindestens einmal in der Woche mit ihrem Kind intensiv beschäftigen. Zum Beispiel Singen mit den Kindern und kleine Spielchen, welche die Kinder fördern und welche sie Zuhause vielleicht eher nicht anwenden würden. Dass sie so auch weiterhin Hilfe annehmen und Informationen erhalten.“ (E1, S. 3)

Die TeilnehmerInnen sind durch den Kurs offener geworden und haben insgesamt Hemmschwellen gegenüber Hilfsangeboten abgebaut. Besonders erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist laut einer befragten Expertin, die von den TeilnehmerInnen des letzten BF eigeninitiativ gegründete Mutter-Kind-Spielgruppe im EKiz Wagrierweg (vgl. Kategorien Experteninterviews, S. 3).

- **Wissenszuwachs:** Die Expertinnen stellen einen deutlichen Zuwachs an Wissen bei den TeilnehmerInnen fest. Vor allem die Familienhebamme, die meist noch über den BF hinaus Kontakt zu den TeilnehmerInnen hat, sieht deutliche Unterschiede im Wissensstand der TeilnehmerInnen gegenüber anderen von ihr betreuten Eltern teilen aus der Lenzsiedlung, die nicht am Kurs teilgenommen haben. Als besonders wichtig wird von den Müttern das Thema Gesundheit beurteilt (vgl. ebd.). Hier bestehen oftmals Unsicherheiten und ein großer Bedarf an Fragen, die im BF bearbeitet werden. Dies konnte auch während der Teilnehmenden Beobachtung festgestellt werden.

„Ganz besonders bei konkreten Themen wie z.B. das Thema Gesundheit mit konkreten Tipps, was zu tun ist und der Mappe zum Nachschlagen, das kommt auf jeden Fall an und wird auch umgesetzt. Oft rufen sie mich dann zwar trotzdem noch an, aber eher um sich eine Bestätigung zu holen, dass sie alles richtig machen.“ (E3, S. 2f)

- **Besseres Verständnis fürs Kind:** Insbesondere entwickeln die TeilnehmerInnen durch den BF ein besseres Verständnis für ihr Kind, reagieren besser auf dessen Bedürfnisse und gewinnen an Sicherheit im Umgang mit dem Säugling. Die inter-

viewten Expertinnen haben in diesem Bereich deutliche Fortschritte bei vielen der TeilnehmerInnen festgestellt (vgl. Kategorien Experteninterviews, S. 3f).

„Eine Mutter, die z.B. zu Anfang sehr aggressiv mit ihrem Kind war, die einfach mit diesem Handwerkszeug und mehr Verständnis für ihr Kind gute Fortschritte gemacht hat und jetzt deutlich besser mit dem Kind umgeht.“ (E1, S. 3)

- **Gewinn an Selbstbewusstsein:** Ein weiterer wichtiger Effekt des BF ist laut Expertenaussagen die Stärkung des Selbstbewusstseins der TeilnehmerInnen.

„Im Laufe dieses Gruppenprozesses wird auch eine starke Veränderung im Auftreten und Verhalten der Teilnehmer deutlich. Die Frauen werden immer selbstbewusster und sicherer mit der Zeit.“ (E2, S. 4)

Die Frauen fühlen sich im BF ernst genommen; Ängste und Unsicherheiten werden dadurch abgebaut und durch Vertrauen und Selbstwertgefühl ersetzt (vgl. Kategorien Experteninterviews, S. 3).

- **Soziale Kontakte:** Auch das Knüpfen von sozialen Kontakten in der Teilnehmergruppe konnte von den Expertinnen beobachtet werden. Während des BF entwickelt sich ein Zugehörigkeitsgefühl und eine Gemeinschaft zwischen den TeilnehmerInnen. Freundschaften entstehen, welche über das Kursangebot hinaus soziale Unterstützung mit sich bringen (vgl. Kategorien Experteninterviews, S. 4).

„Aus den bisherigen Babyführerschein sind immer Gruppen hervorgegangen, die sich eine lange Zeit danach weiterhin regelmäßig getroffen haben, entweder im Rahmen der Spielgruppe am Freitag oder auch privat was zusammen unternommen haben.“ (E2, S. 4)

Zusammenfassung

- ➔ *Bedürfnisse Zielgruppe: Die Zielgruppe des BF hat ein besonderes Bedürfnis Informationen, Zuwendung und Bestätigung zu erhalten, sozialen Kontakten zu knüpfen und über ihre Gefühle sprechen zu können.*
- ➔ *Effekte des BF: Im Zentrum stehen die Wahrnehmung weiterer Hilfsangebote, der Wissenszuwachs der TeilnehmerInnen, der Gewinn an selbstbewusstsein und ein besseres Verständnis für das Kind und die Erweiterung des sozialen Netzwerks.*

6.3.5. Perspektive des *Babyführerscheins*

Perspektivisch sehen die Expertinnen für den BF einige wichtige Voraussetzungen, die für das Gelingen des Projektes, die Sicherung der Finanzierung und die Übertragbarkeit in andere Stadtteile gegeben sein müssen.

- **Voraussetzungen:** Als allgemeine Voraussetzungen für das Gelingen des Projektes BF wird die **Niedrigschwelligkeit** angesehen. Der Kurs muss kostenlos für die Zielgruppe zugänglich bleiben und sollte weiterhin vor Ort in benachteiligten Quartieren, durchgeführt werden. Zudem ist eine **Vernetzung der Hilfsstrukturen** vor Ort und die **Kooperation der Akteure** unerlässlich.

„Ein gutes Netzwerk der Hilfsstrukturen vor Ort und im Team ist generell Voraussetzung für das Gelingen eines solchen Projektes und dass man gut miteinander kooperiert. Also, ich glaube, nur das Konzept, ohne das entsprechende Netzwerk, würde in einem anderen Stadtteil nicht funktionieren.“ (E4, S. 3)

Auch die **Zugangsfunktion der Familienhebamme** wird als wichtige Voraussetzung für das Gelingen des Projektes erachtet. Sehr wichtig für den BF ist zudem die **Kursdurchführung durch zwei Personen**. Zum einen haben die TeilnehmerInnen zwei AnsprechpartnerInnen, so dass nicht die gesamte Verantwortung auf einer Person lastet und zum anderen ist es für die Durchführenden wichtig, sich untereinander austauschen und ihre Einschätzungen absichern zu können. (vgl. ebd.).

- **Übertragbarkeit des Konzeptes:** Die Übertragbarkeit des Projektes in andere Stadtgebiete wird von allen Expertinnen befürwortet. Als Voraussetzung wird auch hier auf eine Person verwiesen, die den Zugang zu der Zielgruppe ermöglicht (vgl. ebd.).

„Also ich denke, das Konzept des Babyführerschein ist eigentlich in alle Gebiete übertragbar. Voraussetzung ist allerdings, dass man einen Zugang zu der Zielgruppe bekommt, so wie es bei uns die Familienhebamme ist. Das muss aber nicht zwangsläufig eine Familienhebamme sein, im Wagrierweg war eine Erzieherin der Zugang zu den Müttern. Man muss in dem jeweiligen Gebiet einfach schauen, wer hat da den besten Kontakt zu den Müttern und könnte diese ansprechen.“ (E2, S.4f)

- **Finanzierung:** Die bisherigen BF wurden größtenteils durch Projektgelder, beispielsweise aus Mitteln der HAG, und durch das Gesundheitsamt finanziert. Aus

Gesprächen mit den Durchführenden des BF wurde deutlich, dass die Akquisition von finanziellen Mitteln einen erheblichen Mehraufwand für das Projekt bedeutet. Mehrheitlich wird deshalb von den Expertinnen erwähnt, dass eine Regelfinanzierung wünschenswert ist (Kategorien Experteninterviews, S. 5).

Abgesehen von einer Regelfinanzierung, könnte sich eine Expertin eine Teilfinanzierung, z.B. der Räumlichkeiten, über die jeweiligen Träger in den Stadtteilen vorstellen (vgl. Kategorien Experteninterviews, S. 5).

- **Zukunftsansichten:** Für die Zukunft soll das Projekt BF zunächst fest in der Lenzsiedlung installiert werden. Zusätzliche Stunden für die Kursleiterinnen sollen eventuell vom Gesundheitsamt finanziert werden (vgl. ebd.). Ferner wird die Ausbildung von KursleiterInnen vom Rauhen Haus angestrebt, um das Projekt in weitere Stadtteile übertragen zu können. Im Gespräch hierfür sind bereits die Hamburger Stadtteile Stellingen und Horn (vgl. ebd.).
- **Wünsche:** Für die Zukunft wünscht sich eine Expertin die Einbindung von mehr Vätern in den Kurs und die Möglichkeit, den Kurs in mehreren Sprachen anzubieten (vgl. ebd.).

6.3.6. Vorteile der Zusammenarbeit

Die Vorteile der Zusammenarbeit des BF mit der Familienhebamme, bzw. der Erzieherin aus dem Ekiz Wagrierweg für den BF sind bereits in der Vorbefragung deutlich geworden.

In den Experteninterviews wurden die drei Expertinnen, die nicht hauptsächlich an der Kursdurchführung beteiligt waren, zusätzlich nach den für sie vordergründigen Vorteilen der Zusammenarbeit mit dem Projekt BF befragt. Die genannten Vorteile lassen sich unter den folgenden Aspekten zusammenfassen (vgl. ebd.).

- **Gleiche Ziele:** Durch die gleichen Ziele sehen die Befragten ihre eigene Arbeit unterstützt.
- **Ergänzung der eigenen Arbeit:** Zusätzlich wird die Arbeit durch bestimmte Aspekte des BF ergänzt :

„Ich nutze den Babyführerschein teilweise auch, um die Mütter langsam wieder etwas von mir zu lösen, denn der Kontakt ist zu Anfang natürlich sehr eng. Das ist eine gute Möglichkeit auch für mich, die Mütter sanft von mir zu lösen und in andere offene Angebote einzubinden. Denn meine Zeit ist natürlich auch begrenzt, und da ist es dann auch für mich ein gutes Gefühl zu wissen, dass die Mütter zum Babyführerschein gehen.“ (E3, S. 2)

6.3.7. Verbesserungsvorschläge

Im Laufe der Experteninterviews haben die Befragten immer wieder Verbesserungsvorschläge für den BF genannt.

- **Stundenkontingent der Kursleiterinnen:** Eine Expertin kritisiert die zu **knapp berechnete Zeit zur Vor- und Nachbereitung** des Kurses. Pro Treffen steht den Durchführenden hierfür eine Stunde zur Verfügung. Die tatsächlich benötigte Zeit übersteigt diese Stunde jedoch deutlich, was auch durch die Teilnehmende Beobachtung bestätigt werden kann. Die Expertin wünscht sich daher eine Erweiterung der Vor- und Nachbereitungszeit auf drei Stunden pro Treffen (vgl. Kategorien Experteninterviews, S. 6).

Weitere Vorschläge zur Verbesserung des Kurses bezogen sich auf die **Ausweitung des praktischen Teils**, den **Einsatz des Mediums Film** und der Gestaltung eines der **Treffen ohne die Kinder**.

Zusammenfassung

- ➔ *Perspektive: Voraussetzungen für das Konzept BF sind die Niedrigschwelligkeit, die Einbindung in Hilfsstrukturen vor Ort und die Kooperation mit einer Person, die den Zugang zu der Zielgruppe ermöglicht. Die Finanzierung des BF ist bisher nicht gesichert, trotzdem soll das Angebot fest in der Lenzsiedlung installiert und in weitere Stadtteile übertragen werden.*
- ➔ *Zusammenarbeit: Vorteile der Zusammenarbeit von Akteuren der Gesundheitsförderung mit dem BF bietet die Unterstützung und Ergänzung der eigenen Arbeit.*
- ➔ *Verbesserungsvorschläge: Unter anderem wurde hier die Ausweitung des praktischen Teils, die Gestaltung eines der Treffen ohne Kinder und der Einsatz des Mediums Film genannt.*

7. Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel sollen die Ergebnisse der verschiedenen Evaluationskomponenten zusammengefasst und in Bezug auf die Fragestellung der Arbeit diskutiert werden. Im Sinne der „Triangulation der Methoden“ als Validierungsstrategie werden somit die Ergebnisse der eingesetzten Evaluationsmethoden gegenübergestellt, miteinander verglichen und überprüft, um eine Erkenntnismaximierung zu erzielen.

7.1. Zielgruppenerreichung

Um die Zielgruppenerreichung zu beurteilen, wurden in dem Abschlussfragebogen der Teilnehmerinnen des BF wichtige Indikatoren einer möglichen sozialen Benachteiligung, bzw. eines erhöhten Hilfebedarfs erhoben. Etwa ein Drittel der befragten Mütter war sehr jung (unter 21 Jahre) und ein Drittel der Frauen gab an einen Migrationshintergrund zu haben. Knapp 50 Prozent der Befragten gaben an, lediglich einen Hauptschulabschluss zu haben (vgl. Abschnitt 6.1.2). Bezogen auf diese sozialstrukturellen Merkmale kann somit festgestellt werden, dass der BF seine Zielgruppe erreicht hat. Darüber hinaus wurde der Unterstützungsbedarf der Teilnehmerinnen jedoch zusätzlich aus sehr unterschiedlichen und individuellen Gründen deutlich.

Kritisch ist anzumerken, dass an den beiden BF in der Lenzsiedlung und dem Wagrierweg ausschließlich Frauen regelmäßig teilgenommen haben. Die Zielgruppe der Väter konnte durch das Angebot nicht erreicht werden. Ein wichtiger Grund dafür ist sicherlich die zeitliche Platzierung des Angebots am Vormittag. Viele Partner der Teilnehmerinnen sind berufstätig und haben nicht die Chance, das Angebot wahr zu nehmen. Ein weiterer Grund könnte in dem Vorherrschen von klassischen Rollenbildern liegen, in denen die Frau die Rolle der fürsorgenden Mutter übernimmt.

Diese Gründe machen es dem BF sehr schwer, Zugang zu den Vätern zu erlangen. Gleichwohl sehen die Durchführenden des Angebots in dieser Zielgruppe einen ähnlichen Bedarf in Bezug auf den sicheren Umgang mit dem Kind wie bei den Müttern.

7.2. Bewertung des *Babyführerscheins* durch die Teilnehmerinnen

Um Rückschlüsse auf die Akzeptanz des Angebots bei den Teilnehmerinnen zu ziehen, wurden in der Abschlussbefragung Fragen zur Bewertung des BF gestellt.

Die Auswertung ergab, dass die Qualität des Kurses von den teilnehmenden Müttern insgesamt als sehr hoch eingestuft wurde. Obwohl bei dieser Frage eine mögliche positive Tendenz des Antwortverhaltens (vgl. Abschnitt 5.4) berücksichtigt werden muss,

geben die Antworten Aufschluss über eine tendenzielle Bewertung der abgefragten Aspekte. So wurden die „Verständlichkeit der gegebenen Informationen“, das „Eingehen auf Fragen und Bedürfnisse“ und die „Gruppenatmosphäre“ im Durchschnitt am höchsten bewertet. Diese Ergebnisse werfen ein positives Bild auf das Konzept des BF. Aspekte, die weniger gut abschnitten, waren z.B. die „Eignung der Räumlichkeiten“ und der „Praktische Teil“. Während der Teilnehmenden Beobachtung wurde deutlich, dass die Raumgröße, vor allem in der Lenzsiedlung, bei einer Teilnehmerzahl ab 7 Müttern und ihren Babys, nicht mehr ideal geeignet waren für die Durchführung des BF. Allerdings waren in diesem Fall die Raumgröße nicht von den Durchführenden beeinflussbar. Auch die schlechtere Bewertung des praktischen Teils soll dessen Nutzen nicht einschränken. Laut einer befragten Expertin ist besonders der praktische Teil von großer Wichtigkeit für die Teilnehmerinnen. Hier geht es um Körperkontakt und Interaktion mit den Babys, um die Beziehung zum Kind zu stärken. Die Zielgruppe hat gerade in diesem Bereich oftmals Schwierigkeiten, sich dem Kind zu nähern.

„Die Umsetzung der praktischen Spiele und Singen mit dem Baby fällt den meisten viel schwerer in der Umsetzung zuhause. Also, alles, was sehr körperlich ist oder mit einer intensiven Auseinandersetzung und Beschäftigung mit dem Baby zu tun hat. Da wird dann doch noch eher der Fernseher eingeschaltet“ (E3, S. 3).

Im Alltag konnten die Mütter vor allem von den Themen „Gesundheit“, „Schlafen“ und „Ernährung“ profitieren. Aber auch die anderen behandelten Themen waren für die Teilnehmerinnen von Bedeutung (vgl. Tab. 7).

Insgesamt gaben 20 der 21 Befragten an, dass sich die Teilnahme für sie gelohnt hat. Gründe hierfür fanden sich vor allem in dem Wissenszuwachs der Frauen, dem Knüpfen von sozialen Kontakten und dem Gewinn an Sicherheit im Umgang mit dem eigenen Kind (vgl. Abb. 8). Diese Ergebnisse bestätigen dem BF eine gute Auswahl an Themen; wichtige Bedürfnisse der Zielgruppe werden behandelt und das Angebot wurde von der befragten Teilnehmergruppe insgesamt gut angenommen.

7.3. Nutzen des *Babyführerscheins*

Im Rahmen der Experteninterviews wurde auf die Effekte des BF auf bzw. den Nutzen für die Teilnehmerinnen eingegangen. Am häufigsten wurde in diesem Zusammenhang von den Expertinnen die **Einbindung der Teilnehmerinnen in weitere Unterstützungsangebote** genannt. Der BF baut Hemmschwellen der Nutzung weiterer Unter-

stützungsangebote ab. Die Abschlussbefragung der Teilnehmerinnen belegte, dass 82 % der Teilnehmerinnen in Zukunft weitere Unterstützungsangebote nutzen wollen. Auch die tatsächliche Einbindung in weitere Unterstützungsangebote im Quartier konnte bereits durch den BF erreicht werden. Dies zeigen Erfahrungen aus dem im Frühjahr 2008 durchgeführten BF. Etwa die Hälfte der damaligen Teilnehmerinnen nahm im Anschluss an der in der Lenzsiedlung angebotenen Spielgruppe bis zu einem Jahr weiter teil. Besonders erwähnenswert ist zudem die eigeninitiativ von einer Teilnehmerin des BF im EKIZ Wagrierweg (Herbst 08) gegründete Mutter-Kind-Gruppe, an der mehrere Mütter weiterhin teilgenommen haben. Diese Ergebnisse zeigen, dass das Ziel, die Teilnehmerinnen in die stadtteilnahe Hilfsstrukturen einzubinden weitestgehend erreicht wurde.

Ein weiterer deutlicher Nutzen zeigt sich im **Wissenszuwachs** bei den Teilnehmerinnen. Besonders bei alltagsnahen Themen wie „Gesundheit“, „Ernährung“ und „Schlafen“ werden viele Fragen der Teilnehmerinnen beantwortet. Der Wissenszuwachs wird besonders in der praktischen Umsetzung des Erlernten mit dem Kind deutlich, wie sich in der Teilnehmenden Beobachtung zeigte. Die Mütter werden sicherer im Umgang mit ihren Kindern und entwickeln ein besseres Verständnis für deren Bedürfnisse. Eine Expertin stellt einen deutlichen Unterschied im Wissen der Teilnehmerinnen gegenüber anderen Müttern aus der Lenzsiedlung, die den Kurs nicht besucht haben, fest (vgl. Kategorien Experteninterviews, S. 3).

„Es ist ja auch so, dass ich bestimmtes Wissen, was wichtig ist, bei den Müttern auch mal abfrage, und da habe ich festgestellt, spätestens nach dem Babyführerschein haben sie so konkrete Themen wie Gesundheit, was tun im Notfall, Ernährung drauf. Bei Müttern, die nicht den Babyführerschein besuchen, muss man da noch länger hinterher sein, bis sie das verstanden haben.“(E3, S. 3)

Als ein zusätzlicher Nutzen des Kurses hat sich die **Erweiterung des sozialen Netzwerkes** der Teilnehmerinnen herausgestellt. So sind aus dem BF einige Freundschaften hervorgegangen, die über die Zeit des BF gegenseitige soziale Unterstützung mit sich bringen. All diese Komponenten des BF führen im Ganzen zu einer **Stärkung der Teilnehmerinnen**. Die Frauen fühlen sich im BF ernst genommen. Unsicherheiten werden überwunden und durch Selbstvertrauen ersetzt. Somit wurde das Ziel die Teilnehmerinnen zu stärken vom BF erreicht.

Die Beurteilung der Verbesserung der Bindung zum Kind fällt dagegen schwerer. Hier sind die Äußerungen der Expertinnen zurückhaltender. Insgesamt ist der Kurs zwar stark am Thema Bindung ausgerichtet, für eine abschließende Beurteilung fehlt den

Expertinnen jedoch der Einblick in das Verhalten der Teilnehmerinnen im häuslichen Umfeld.

„Schwieriger für mich zu beurteilen ist, inwiefern sich die Bindung zum Kind verbessert hat. Es gibt zwar bestimmte Hinweise auf eine gute Bindung zwischen Mutter und Kind, die man beobachten kann, und da hat sich auch einiges gezeigt, aber für eine abschließende Beurteilung haben wir im Nachhinein doch zu wenig Einblick in das Verhalten der Mütter zu ihren Kindern und können dieses ja auch nicht über die Zeit des Babyführerscheins hinaus kontrollieren.“ (E2, S. 4)

7.4. Voraussetzungen für den **Babyführerschein**

Eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg des BF stellt die **Einbindung der Familienhebamme, bzw. der Erzieherin** dar. Diese Personen fungieren als „Türöffner“ für das Projekt, indem sie die Mütter zur Teilnahme an dem Kurs motivieren. Dies konnte durch die Ergebnisse der Vorbefragung und der Experteninterviews bestätigt werden. Deshalb ist die Einbindung und Kooperation mit einer Person, die Zugang zu und vor allem das Vertrauen der Zielgruppe hat, unerlässlich für das Projekt BF.

Weiterhin muss der Kurs **niedrigschwellig**, d.h. kostenlos und vor Ort angeboten werden, um Hemmschwellen einer Teilnahme zu vermeiden.

Eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen des Projektes ist zudem die **Einbindung in vorhandenen Hilfsstrukturen**. Durch eine gute Kooperation der verschiedenen Akteure kann der Nutzen des Kurses erhöht werden. Gut ausgebaute Hilfsstrukturen sind gleichzeitig eine Voraussetzung für die Übertragung des Konzeptes BF in weitere Stadtteile. Die Auswahl von benachteiligten Stadtteilen sollte dabei im Vordergrund stehen, um die Erreichung der Zielgruppe zu gewährleisten.

Für den Austausch und eine gegenseitige Absicherung ist es von großer Bedeutung, die **Durchführung des Angebots durch zwei Personen** zu gewährleisten. Wiederholt kam es in den letzten Durchführungen des BF zu dem Verdacht einer Kindeswohlgefährdung. In diesen Fällen geraten die Kursleiterinnen schnell in einen Gewissenskonflikt. Zum einen besteht gerade bei diesen Frauen ein erhöhter Unterstützungsbedarf, bei einem begründeten Verdacht auf Kindeswohlgefährdung muss jedoch schnell gehandelt und weitere Ämter eingeschaltet werden. Um die Signale richtig zu deuten und entsprechende Maßnahmen einzuleiten, ist der Austausch der beiden Kursleiterinnen untereinander eine wichtige Voraussetzung.

Zusammenfassung

- ➔ *Zielgruppe wurde gut erreicht (mit Ausnahme der Väter).*
- ➔ *Die Bewertung des BF durch die Teilnehmerinnen fiel insgesamt positiv aus.*
- ➔ *Der Nutzen des BF für die TeilnehmerInnen wird durch die Einbindung in stadtteilnahen Hilfsstrukturen, dem Wissenszuwachs, die Erweiterung des sozialen Netzwerkes und eine allgemeine Stärkung der Teilnehmerinnen bestimmt.*
- ➔ *Voraussetzungen für den Erfolg des BF sind die Einbindung in die örtlichen Hilfsstrukturen, eine Person (wie z.B. die Familienhebamme), die den Zugang zur Zielgruppe sichert, die Niedrigschwelligkeit des Angebots und die Durchführung durch zwei KursleiterInnen.*

8. Handlungsempfehlungen

Die Evaluation des BF konnte zeigen, dass die Ziele des Projektes erfolgreich verfolgt wurden. Im folgenden Kapitel werden Empfehlungen ausgesprochen, um die Qualität des BF zu sichern bzw. weiter auszubauen.

8.1. Allgemeine Handlungsempfehlungen

8.1.1. Selbstevaluationstool

Ein wichtiges Instrument der Qualitätsüberprüfung ist die Selbstevaluation. In Anlehnung an die durchgeführte Evaluation wurde für den BF ein Selbstevaluationstool in Form eines Fragebogens für die TeilnehmerInnen entwickelt. Grundlage hierfür waren die Fragebögen (Vor- und Abschlussbefragung) der Evaluation des BF²³. In zukünftigen Durchführungen des BF kann dieses Evaluationstool von den KursleiterInnen selbstständig angewendet werden. Die Austeilung der Fragebögen an die TeilnehmerInnen erfolgt beim letzten der zwölf Treffen des Kurses. Im Fokus dieses Evaluationsinstruments steht die Beurteilung des Kurses durch die TeilnehmerInnen. So können beispielsweise verschiedene Aspekte, wie die Räumlichkeiten, die Durchführung und das Eingehen auf Fragen und Bedürfnisse bewertet werden. Die Auswertung der Fragebögen erfolgt deskriptiv durch die KursleiterInnen, d.h. die Antworten der TeilnehmerInnen werden gesichert, ausgezählt und dokumentiert. Durch die Auswertung der Fragebögen, kann der Ablauf des Kurses durch die KursleiterInnen reflektiert und eventuell neue Erkenntnisse über die Bedürfnisse der TeilnehmerInnen und die Qualität der einzelnen Komponenten des Kurses gesammelt werden, um die Inhalte des BF bei Bedarf anpassen zu können. Diese Form der Qualitätssicherung dient gleichzeitig der Legitimation des Projektes und kann sich positiv auf eine weitere finanzielle Förderung auswirken.

8.1.2. Finanzierung

Die Finanzierung des BF konnte bisher nicht langfristig gesichert werden. Bisher wurde das Projekt durch verschiedene Kooperationspartner finanziert, was einen deutliche Mehraufwand an Arbeit für die Beantragung der Gelder mit sich brachte. Somit ist das Fortbestehen des BF unsicher und von der weiteren Bewilligung von Geldern abhängig. Die Evaluation hat gezeigt, dass sich die Investition in das Projekt

²³ Der Fragebogen zur Selbstevaluation ist im Anhang dieser Arbeit einsehbar.

lohnt. Den relativ geringen Kosten, von ca. 3500 Euro pro Kurs steht ein hoher Nutzen der Zielgruppe gegenüber.

Eine Möglichkeit der Regelfinanzierung wäre die Kooperation mit Krankenkassen. Diese sind durch § 20 Sozialgesetzbuch V dazu verpflichtet, einen Betrag von 2,78 Euro pro Versicherten (Stand 2008) in primärpräventive Maßnahmen und betriebliche Gesundheitsförderung zu investieren (IKK-BUNDESVERBAND et al. 2008, S. 4ff). Ein besonderer Fokus richtet sich dabei auf die Förderung der Gesundheit von sozial benachteiligten Personengruppen (vgl. ebd., S. 8). Die Bundesverbände der Krankenkassen (AOK, IKK, BKK u. a.) haben gemeinsam einheitliche Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung des Paragraphen 20 erarbeitet (vgl. IKK-BUNDESVERBAND et al. 2008). In Absprache mit den Krankenkassen müsste somit zunächst eine Überprüfung des Konzeptes BF hinsichtlich der Erfüllung der von den Spitzenverbänden entwickelten Kriterien durchgeführt werden.

Aufgrund der engen Kooperation des Projektes BF mit der Familienhebamme soll an dieser Stelle die Überlegung aufgenommen werden, den BF in das Familienhebammenprojekt zu integrieren. Beide Projekte profitieren voneinander, indem sie sich gegenseitig ergänzen. Zum einen werden die TeilnehmerInnen des BF von der Familienhebamme vermittelt und zum anderen birgt der BF eine Entlastung der Familienhebamme, indem die Mütter somit in ein offenes Angebot integriert werden. Eine gemeinsame Finanzierung der beiden Projekte könnte die Zusammenarbeit weiter stärken und somit eine umfassendere Betreuung und Unterstützung der Zielgruppe ermöglichen.

Ein Nachteil in Bezug auf eine Regelfinanzierung des Projektes ist sein bisher geringer Bekanntheitsgrad. Bisher wurde der BF seit Herbst 2007 vier mal in der Lenzsiedlung und ein weiteres Mal im EKIZ Wagrierweg durchgeführt. Aufgrund der Qualitäten des BF und um den Bekanntheitsgrad zu erhöhen, sollte weiter an dessen Verbreitung gearbeitet werden. Der Fokus sollte hierbei, wie bereits erwähnt, auf der Implementierung des Angebots auch in anderen benachteiligten Stadtgebieten liegen.

8.1.3. Good-Practice-Datenbank

Eine weitere Strategie zur Erhöhung des Bekanntheitsgrades des BF ist die Veröffentlichung des Projektes in der „Good-Practice-Datenbank“ der BZgA. Diese Datenbank bietet Akteuren im Handlungsfeld der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte die Chance ihre Projekte zu veröffentlichen und sich mit anderen Akteuren aus diesem Feld zu vernetzen (vgl. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).

Durch das Ausfüllen eines Fragebogens werden wichtige Aspekte des Projektes beschrieben und darauf folgend von einer Kommission anhand von zwölf Good-Practice-Kriterien überprüft (siehe Tab. 9). Dabei müssen nicht zwangsläufig alle Kriterien erfüllt werden um in die Datenbank aufgenommen zu werden. Eine Grundvoraussetzung für eine Aufnahme in die „Good-Practice-Datenbank stellen lediglich die Kriterien „Konzeption/Selbstverständnis“ und „Zielgruppe“ dar. Zusätzlich sollten mindestens ein bis drei weitere Kriterien vorbildlich erfüllt werden (vgl. BZgA 2007, S. 23ff).

Abb. 9: Übersicht Good Practice Kriterien

Die zwölf Kriterien von **Good Practice**

Konzeption, Selbstverständnis	Zielgruppe	Innovation und Nachhaltigkeit	Multiplikatorenkonzept
Niedrigschwellige Arbeitsweise	Partizipation	Empowerment	Settingansatz
integriertes Handlungskonzept und Vernetzung	Qualitätsmanagement/-entwicklung	Dokumentation und Evaluation	Kosten-Nutzen-Relation

GOOD PRACTICE
in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Quelle: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Bei der „Konzeption/Selbstverständnis“ kommt es vor allem darauf an, dass ein Bezug zur Gesundheitsförderung, bzw. Prävention vorhanden ist und dass durch das Konzept eine Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit angestrebt wird. Die Grundvoraussetzung „Zielgruppe“ setzt voraus, dass sozial benachteiligte Personengruppen durch das Angebot erreicht werden (vgl. BZgA 2007, S. 18f). Dies konnte durch die Evaluation bestätigt werden. Die Grundvoraussetzungen werden somit eindeutig durch den BF erfüllt. Zusätzlich zeichnet sich der BF insbesondere durch die Kriterien „Niedrigschwellige Arbeitsweise“, „Empowerment“, und „Settingansatz“, „Qualitätsmanagement“ und „Dokumentation und Evaluation“ aus:

- **„Niedrigschwellige Arbeitsweise“:** Der BF ist kostenlos, findet vor Ort im Stadtteil (Lebenswelt) der Zielgruppe statt und kann ohne komplizierte Anmeldeformalitäten

von der Zielgruppe in Anspruch genommen werden. Somit werden Hemmschwellen der Nutzung niedrig gehalten.

- **„Empowerment“**: Ein wichtiger Grundsatz des BF ist es, auf die Bedürfnisse der TeilnehmerInnen einzugehen, sie ernst zu nehmen und dabei die Ressourcen der TeilnehmerInnen zu stärken. Die Evaluation bestätigt dem Projekt, dass die Teilnehmerinnen an Selbstbewußtsein während des Kurses gewonnen haben und bestärkt wurden für ihre Belange zukünftig selbstständiger einzutreten.
- **„Settingansatz“**: Der BF ist im Sinne eines integrierten Handlungskonzeptes in der Lenzsiedlung mit anderen Akteuren innerhalb des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ vernetzt und zielt somit insgesamt sowohl auf individuelles Gesundheitsverhalten, als auch auf die Verbesserung der Bedingungen im Quartier ab.
- **„Qualitätsmanagement/ -entwicklung“**: Mit dem Selbstevaluationstool ist für den BF ein Instrument des Qualitätsmanagement, bzw. -entwicklung in Form einer Überprüfung der Zielerreichung, zukünftig gegeben.
- **„Dokumentation und Evaluation“**: Die qualitative Evaluation dokumentiert zum einen die Ziele, Strukturen und Prozesse des BF und bestätigt dem Projekt einen guten Handlungsansatz zur Unterstützung von sozial Benachteiligten.

Die aufgezählten Kriterien verdeutlichen den Nutzen des BF. Insgesamt werden die beiden notwendigen Einschlusskriterien und zusätzlich fünf weitere Kriterien von „Good-Practice“ erfüllt. Daraus kann geschlossen werden, dass der BF gute Chancen hat, als Beispiel guter Praxis in die Datenbank der BZgA aufgenommen zu werden.

8.2. Inhaltliche Handlungsempfehlungen

Aus der Evaluation des BF resultieren vorwiegend positive Ergebnisse in Bezug auf die Zielerreichung des Kurses. Dennoch wurden auch einige Schwachstellen des Projektes identifiziert. Im Folgenden sollen Vorschläge zur Verbesserung dieser Schwachstellen gemacht werden.

8.2.1. Einbindung der Väter

Die Evaluation des BF brachte hervor, dass eine Einbindung von Vätern in das Angebot bisher nicht erfolgt ist. Gründe hierfür wurden im Abschnitt 7.1 erläutert. Um die Väter zumindest für die Bedürfnisse der Kinder zu sensibilisieren, wurde von einer Expertin der Vorschlag gemacht, einen Abend innerhalb des BF speziell für die Väter zu organisieren. Dieser Abend könnte zu einem frühen Zeitpunkt im Rahmen des Kurses

stattfinden um den Vätern die Möglichkeit zu bieten, auch an weiteren Treffen teilzunehmen. Die Organisation dieses Treffens sollte nach Möglichkeit die Berufstätigkeit der Väter berücksichtigen und den Zeitpunkt dieses Treffens z.B. am Wochenende ansetzen.

8.2.2. Einbindung von weiterem Fachpersonal

Die Auswertung der Experteninterviews machte deutlich, dass eine Grenze des BF in den teilweise sehr individuellen Fragestellungen der TeilnehmerInnen liegt. Besonders während des Gesundheitsteils zeigte sich ein großes Bedürfnis der Teilnehmerinnen individuelle Fragen stellen zu können. Die Kompetenz der Beantwortung dieser Fragen liegt in diesem Fall bei einer der Kursleiterinnen, die eine Ausbildung zur Krankenschwester absolviert hat und wurde von den Teilnehmerinnen durchweg akzeptiert. Dennoch wäre die Einbindung eines Kinderarztes in diesem Teil zu überlegen um das Fachwissen der Kinderkrankenschwester zu ergänzen.

8.2.3. Angebot in Fremdsprachen

Mit den finanziellen Mitteln des Projektes konnte bisher nur deutschsprachige Eltern erreicht werden. MigrantInnen sind jedoch eine wichtige Zielgruppe des BF. Um zukünftig auch fremdsprachige MigrantInnen zu erreichen, soll an dieser Stelle angeregt werden, das Angebot des BF zu erweitern und zukünftig auch in Fremdsprachen anzubieten. Hierfür ist es wichtig im Vorfeld zu erörtern, für welche Sprache der Bedarf gegeben ist. Möglicherweise könnte dies in Kooperation mit der Familienhebamme aus der Lenzsiedlung und anderen Akteuren geklärt werden. Hinzu kommt die Schulung von fremdsprachigen Kursleiterinnen. Für eine Durchführung in türkischer Sprache könnte bereits jetzt eine der Kursleiterinnen aus der Lenzsiedlung eingesetzt werden, die fließend türkisch spricht.

8.2.4. Abwechslungsreichere Gestaltung des *Babyführerscheins*

Eine Expertin schlägt den partiellen Einsatz des Medium Film während des BF vor um die einzelnen Treffen abwechslungsreicher zu gestalten. Beispielsweise könnte in diesem Zusammenhang ein Film über die Kindliche Entwicklung gezeigt und im Anschluss darüber diskutiert werden. Die Kombination audiovisueller Medien in Kombination mit anderen didaktischen Methoden kann den Lernerfolg steigern. Ein sehr anschaulicher Film wurde beispielsweise 2008 von der Ehlerding-Stiftung gemeinsam mit der Deutschen Liga für das Kind herausgegeben. Die verschiedenen Entwicklungsphasen des

Kindes von der Schwangerschaft bis zum 2. Lebensjahr werden anschaulich dargestellt. Darüber hinaus gibt es ein Kapitel in dem Film, der über mögliche Unterstützungsmöglichkeiten informiert (vgl. www.ein-leben-beginnt.de). Unter dem Titel „Ein Leben beginnt... Babys Entwicklung verstehen und fördern“ ist dieser Film auf „www.ein-leben-beginnt.de“ zu beziehen. Der Film könnte den TeilnehmerInnen für Zuhause mitgegeben werden und somit gleichzeitig einen Beitrag zur Sensibilisierung der Väter für das Thema darstellen, indem der Film von beiden Elternteilen zuhause angeschaut werden kann.

8.2.5. Personalplanung

Eine Expertin bemängelt während des Interviews die zu knapp kalkulierte Stundenkontingent der Kursleiterinnen für die Durchführung des BF. Bisher wurde den Kursleiterinnen pro Treffen jeweils drei Stunden bewilligt. Die damit auf eine Stunde kalkulierte Vor- und Nachbereitung des Kurses wird jedoch deutlich überschritten. Die Vor- und Nachbereitungszeit umfasst zum einen die Vorbereitung des Themas und der Räumlichkeiten. Ein weit größeren zeitlichen Aufwand entsteht zusätzlich durch längere Einzelgespräche mit Teilnehmerinnen nach dem Kurs. Den Durchführenden ist dieser Aspekt sehr wichtig, trägt er doch erheblich zur Vertrauensbildung zu den Teilnehmerinnen bei. Dieser zeitliche Mehraufwand in der finanziellen Kalkulation sollte in Zukunft berücksichtigt werden.

9. Fazit

Die Ergebnisse der qualitativen Evaluation zeigen, dass der BF ein guter Ansatz *Früher Hilfen* ist. Die Zielgruppe der sozial benachteiligten Familien konnte mit Hilfe der Familienhebamme, bzw. der Erzieherin aus dem EKIZ Wagrierweg größtenteils erreicht werden. Die Bewertung des BF durch die Teilnehmerinnen fiel positiv aus und während des Kurses konnten deutliche Fortschritte der Teilnehmerinnen beobachtet werden. Die Expertinnen sehen die Stärkung der TeilnehmerInnen vor allem durch einen Wissenszuwachs, ein besseres Verständnis für das Kind und einen Gewinn an Selbstbewusstsein als gegeben an. Des Weiteren wurden die Teilnehmerinnen für das Thema „Bindung“ sensibilisiert.

Auch die erfolgreiche Einbindung der Teilnehmerinnen in die stadtteilnahen Hilfsstrukturen, als Form einer nachhaltigen Unterstützung, konnte durch die Evaluation bestätigt werden.

Zudem wurden durch die Evaluation wichtige Voraussetzungen für das Gelingen des Projektes und eine Übertragung in weitere sozial benachteiligte Gebiete analysiert. Die Kooperation mit einer Person, die Kontakt zur Zielgruppe hat, wie beispielsweise die Familienhebamme, steht dabei im Mittelpunkt sowie eine gute Kooperation mit den vorhandenen Hilfsstrukturen vor Ort. Ein anderer wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang ist die Durchführung des BF durch zwei SozialpädagogInnen, um einen Austausch und eine gegenseitige Absicherung der Kursleitung in schwierigen Situationen zu gewährleisten.

Die in dieser Arbeit aufgeführten Handlungsempfehlungen sollen den KursleiterInnen Anregungen für mögliche Verbesserungen des Kurses bieten. Insbesondere die Anwendung des Selbstevaluationstools sei an dieser Stelle hervorgehoben. Zukünftige Durchführungen des BF können somit reflektiert und die Zielerreichung und Bewertungen der TeilnehmerInnen analysiert werden. Zusätzlich zu der in dieser Arbeit dargestellten qualitativen Evaluation, kann diese Form der Selbstevaluation und Qualitätssicherung eine Legitimation in Bezug auf eine finanziellen Förderung des BF bieten.

Auf der Grundlage dieser Befunde schließt diese Arbeit mit dem Fazit, dass das Konzept des BF einen wirksamen Ansatz zur Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Familien und ihren Kindern im Alter von 0 bis 2 Jahren darstellt. Der BF sollte in Zukunft weiter finanziell gefördert, und auf andere sozial benachteiligte Stadtgebiete in Hamburg und bundesweit ausgeweitet werden.

Literaturverzeichnis

- ARMBRUSTER, M., 2006: Eltern-AG. Das Empowerment-Programm für mehr Elternkompetenz in Problemfamilien. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme
- BADURA, B. & SIEGGRIST, J., 1999: Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. Weinheim u. München: Juventa Verlag
- BENGEL, J., MEINDERS-LÜCKING, F., ROTTMANN, N., 2009: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 35. Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Köln: BZgA, S. 86-102
- BOHLEN, U., MALI, A., 2007: Schritte zu einer erfreulichen und gelingenden Elternschaft. Standpunkt Sozial. Hamburger Forum für soziale Arbeit und Gesundheit. 3/2007. 15-18
- BSG (Hg.) 2009: Die Arbeit der Familienhebammen in Hamburg. Ergebnisse der Einzelfallevaulation 2006 - 2007. Kurzbericht zur Gesundheit. Hamburg
- BZgA, 2007: Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz - Beispiele - Weiterführende Informationen. Gesundheitsförderung konkret, Band 5. Köln (3. erweiterte Auflage). S. 15-26
- CIERPKA, M., STASCH, M., GROß, S., 2007: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 34. Expertise zum Stand der Prävention/Frühintervention in der Frühen Kindheit in Deutschland. Köln: BZgA
- ENGELMANN, F., HALKOW, A. 2008: Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung - Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Berlin: Forschungsgruppe Public Health
- ERICKSON, M. F., EGELAND, B., 2006: Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEPTM- Programm. Stuttgart, Klett-Cotta
- FLICK, U. 2008: Triangulation in der qualitativen Forschung. In: FLICK, U., VON KARDORFF, E., STEINKE, I. (Hg.) 2008: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt's Taschenbuch Verlag (6. aktualisierte Auflage). S. 309-319

- FLICK, U., VON KARDORFF, E., STEINKE, I. (Hg.) 2008: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag (6. aktualisierte Auflage)
- GALM, B., LILLIG, S., SCHÄFER, H., STÖTZEL, M., 2007: Gewalt vermeiden: Prävention im deutschen Kinderschutz. In: Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention und Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung (Hg.): Early Prevention – Frühe Prävention. Strategien und Erfahrungen aus 12 Ländern. München. S. 61-82
- HELFFERICH, C., 2005: Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: VS Verlag (2. Auflage)
- HURRELMANN, K., KLOTZ, T., HAISCH, J. (Hrg.) 2009: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber (2. überarbeitete Auflage)
- IKK-BUNDESVERBAND et al., 2008: Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008. Bonn/Frankfurt am Main: KomPart Verlagsgesellschaft
- KOHLER, S., MOSSAKOWSKI, K., SÜSS, W., NICKEL, S., TROJAN, A. (Hg.) 2007: Beiträge zur Quartiersdiagnose. Kindergesundheit in der Lenzsiedlung. Einschätzungen von Fachleuten - Vorschläge für das Präventionsprogramm Lenzgesund. Hamburg
- KUCKARTZ, U., DRESING, T., RÄDIKER, S., STEFER, C., 2008: Qualitative Evaluation. Einstieg in die Praxis. Wiesbaden: VS Verlag (2. Auflage)
- LAMNEK, S., 1995: Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. Weinheim: Psychologie Verlags Union (3. korrigierte Auflage)
- LEHMANN, F., MEYER-NÜRNBERGER, M., ALTGELD, T. et al. (BZgA) 2003: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 22. Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Köln
- LENGNING, A., ZIMMERMANN, P. (NZFH&BZgA) 2009: Materialien zu Frühen Hilfen. Expertise. Interventions- und Präventionsmassnahmen im Bereich der Frühen Hilfen. Internationaler Forschungsstand, Evaluationsstandards und Empfehlungen für die Umsetzung in Deutschland. Köln

MAYRING, P., 1996: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union (3. überarbeitete Auflage)

MAYRING, P., 2008: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag (10. Auflage)

MIELCK, A., 2003: Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. In: BZgA (Hg.): Leitbegriffe in der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz: Peter Sabo (4. erweiterte und überarbeitete Auflage) S. 213-216

MOSSAKOWSKI, K., NICKEL, S., SCHÄFER, I., SÜSS, W., TROJAN, A., WERNER, S. (Hg.) 2006: Quartiersdiagnose Lenzgesund - mehr Gesundheit ins Quartier! Daten und Ansätze zur Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung in Hamburg-Lokstedt. Hamburg

MOSSAKOWSKI, K., SÜSS, W., 2009: Kleinräumige Gesundheitsberichterstattung für die Weiterentwicklung des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ in Hamburg-Eimsbüttel: Erfahrungen und Ansätze aus einem Forschungsprojekt zur Evaluation eines Präventionsprogramms in einem benachteiligten Gebiet. Situationsanalyse und Erfolgskontrolle. Bielefeld: BVÖGD. URL: http://www.aerzte-oegd.de/kongress/59_wissensch_kongress/anlagen/vortraege/mossakowski_suess.pdf (Stand: 07.05.2009)

NZFH & BZgA (Hg.) 2008: Frühe Hilfen. Modellprojekte in den Ländern. Köln

RAAB-STEINER, E., BENESCH, M., 2008: Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

SANN, A., THRUM, K., 2005: Opstapje - Schritt für Schritt. Ein präventives Spiel- und Lernprogramm für Kleinkinder aus sozial benachteiligten Familien und ihre Eltern. Praxisleitfaden. München: DJI

SEUS-SEBERICH, E. (2006): Welche Rolle spielt soziale Benachteiligung in Bezug auf Kindeswohlgefährdung? In: KINDLER, H., LILLIG, S., BLÜML, H., MEYSEN, T., WERNER, A. (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V.. Kapitel 21

STAHL, M. 2002: Quartiersentwicklung Lenzsiedlung-Hamburg. Migration und (Bildungs-) Beteiligung im Rahmen der Quartiersentwicklung Lenzsiedlung. URL: <http://www.eundc.de/pdf/08304.pdf> (Stand: 02.12.2002)

STEINKE, I., 2008: Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., Von Kardorff, E., Steinke, I. (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt's Taschenbuch Verlag (6. aktualisierte Auflage). S. 319-331

STOCKMANN, R. (2004) Evaluation in Deutschland. In: Stockmann R. (Hrsg.), Evaluationsforschung: Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder, 2. Überarbeitete und aktualisierte Auflage, Opladen

SÜSS, W. 2006: Daten für Taten und das Präventionsprogramm „Lenzgesund“. In: MOSSAKOWSKI, K., NICKEL, S., SCHÄFER, I., SÜSS, W., TROJAN, A., WERNER, S. (Hg.) 2006: Quartiersdiagnose Lenzgesund - mehr Gesundheit ins Quartier! Daten und Ansätze zur Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung in Hamburg-Eimsbüttel. Hamburg. S. 3-8

SÜSS, W. 2006: Die Lenzsiedlung - Eine kurze Beschreibung des Quartiers: Bevölkerung und Sozialstruktur. In: MOSSAKOWSKI, K., NICKEL, S., SCHÄFER, I., SÜSS, W., TROJAN, A., WERNER, S. (Hg.) 2006: Quartiersdiagnose Lenzgesund - mehr Gesundheit ins Quartier! Daten und Ansätze zur Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung in Hamburg-Eimsbüttel. Hamburg. S. 9-13

SÜSS, W. 2007a: Die Lenzsiedlung: Das Quartier und seine Bewohnerschaft. In: KOHLER, S., MOSSAKOWSKI, K., SÜSS, W., NICKEL, S., TROJAN, A. (Hg.) 2007: Beiträge zur Quartiersdiagnose. Kindergesundheit in der Lenzsiedlung. Einschätzungen von Fachleuten - Vorschläge für das Präventionsprogramm Lenzgesund. Hamburg. S. 9-15

SÜSS, W. 2007b: „Strukturbildung (Capacity Building) für Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Eltern in einem benachteiligten Quartier“ Berlin: Gesundheit Berlin (Hg.). URL: http://www.gesundheitberlin.de/download/Suess,_W..pdf.

SÜSS, W., 2008: Kapazitätsentwicklung im Quartier - Qualitätssicherung von gesundheitsförderlichen Programmen durch Evaluation von Strukturbildung und Kompetenzentwicklung. Berlin: URL: http://www.gesundheitberlin.de/download/S%FC%DF,_Waldemar.pdf (Stand: 06.12.2008)

SUESS, G. J.& PFEIFER, W.-K. (Hg) 2003: Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung. Gießen: Psychosozial-Verlag (3. Auflage)

SUESS, G. J., MALI, A, BOHLEN, U. 2009: Multizentrische Interventionsstudie zur Überprüfung von Wirksamkeitsfaktoren des bindungsbasierten STEEP-Frühinterventionsprogrammes in Deutschland. Posterpräsentation beim XXXI. DGKJP Kongress 2009, 4.-7. März 2009, Hamburg. URL: http://www.zepira-hamburg.de/fileadmin/user_upload/dokumente/KJP-Kongress_2009.pdf (Stand: 29.10.2009)

WERNER, S. 2006: Was passiert im Quartier? Eine Dokumentenanalyse der Angebote zur Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung. In: MOSSAKOWSKI, K., NICKEL, S., SCHÄFER, I., SÜSS, W., TROJAN, A., WERNER, S. (Hg.) 2006: Quartiersdiagnose Lenzgesund - mehr Gesundheit ins Quartier! Daten und Ansätze zur Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung in Hamburg-Eimsbüttel. Hamburg. S. 15-21

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Fragebogen „Vorbefragung“

Anhang 2: Fragebogen „Abschlussbefragung“

Anhang 3: Fragebogen „Nachbefragung“

Anhang 4: Leitfadenfragen Experteninterviews

Anhang 5: Fragebogen „Selbstevaluationstool“

Anhang 6: Protokollmuster „Teilnehmende Beobachtung“

Anhang 1: Fragebogen „Vorbefragung“

Vorbefragung

Teilnehmer: ____

Fragebogen zum „Babyführerschein“

Wie Sie vielleicht schon mitbekommen haben, führe ich am Institut für Medizin-Soziologie (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) eine Untersuchung über den „Babyführerschein“ durch. In dieser Untersuchung möchten wir herausfinden, welche Erwartungen und Wünsche Sie an den „Babyführerschein“ haben, wie der „Babyführerschein“ Ihnen gefällt und vor allem, was er Ihnen im Nachhinein gebracht hat und ob Sie Verbesserungsvorschläge haben. Indem Sie einige Fragen beantworten, helfen Sie, das Angebot „Babyführerschein“ weiter zu verbessern. Wir brauchen dazu besonders die Rückmeldung von Ihnen, das heißt denjenigen, denen der „Babyführerschein“ nur soll! Die Beantwortung der Fragen ist natürlich freiwillig und Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und anonym ausgewertet. Falls Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an mich wenden!

1. Wie haben Sie vom „Babyführerschein“ erfahren?

2. Was hat Sie dazu bewegt, am „Babyführerschein“ teilzunehmen?

3. Welche Erwartungen haben Sie an den Babyführerschein?

Vielen Dank!

Anhang 2: Fragebogen „Abschlussbefragung“

Abschlussbefragung zum „Babyführerschein“

Zu Beginn des „Babyführerscheins“ haben Sie uns in einem kleinen Fragebogen bereits Auskunft über Ihre Erwartungen an diesen Kurs gegeben. Zum Abschluss des „Babyführerscheins“ würden wir nun gerne von Ihnen erfahren, wie Ihnen der Kurs gefallen hat und ob Sie eventuell Verbesserungsvorschläge für dieses Kursangebot haben. Die Angaben zu den Fragen sind natürlich freiwillig, werden selbstverständlich vertraulich behandelt und anonym vom Institut für Medizin-Soziologie ausgewertet.

1. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
a) Die Räumlichkeiten waren meiner Meinung nach gut geeignet für die Durchführung des „Babyführerscheins“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die Größe des Teilnehmerkreises war meiner Meinung nach genau richtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die von den Kursleiterinnen gegebenen Informationen und Anleitungen waren für mich gut verständlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Die aus den einzelnen Themen erstellte Kursmappe war für mich informativ und nützlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Auf meine Fragen und Bedürfnisse wurde ausreichend eingegangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Im praktische Teil mit den Kindern wurden mir gute Tipps und Anregungen für Zuhause gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ich habe mich in der Gruppe verstanden und gut aufgenommen gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2a. Welche Themen des Kurses haben Ihnen im Alltag am meisten geholfen?

(Bitte maximal drei Angaben)

1. Ankommen in der Welt <input type="checkbox"/>	5. Gesundheit 1 (U-Untersuchungen, Impfungen, alternative Heilmethoden) <input type="checkbox"/>	9. Ernährung <input type="checkbox"/>
2. Bindung <input type="checkbox"/>	6. Gesundheit 2 (Kinderkrankheiten, Hausunfälle, Verhalten im Notfall) <input type="checkbox"/>	10. Entwicklung <input type="checkbox"/>
3. Gefühle <input type="checkbox"/>	7. Erziehung <input type="checkbox"/>	11. Umfeld und Loslassen <input type="checkbox"/>
4. Was will mir mein Kind sagen <input type="checkbox"/>	8. Schlafen <input type="checkbox"/>	

2b. Können Sie beschreiben, worin der besondere Nutzen bei diesen Themen für Sie lag?

Thema Nr. ____:

Thema Nr. ____:

Thema Nr. ____:

3. Haben Sie Verbesserungsvorschläge für den „Babyführerschein“?

a. Für die Durchführung des Kurses: _____

b. Für die Themen des Kurses: _____

c. Für die Materialien: _____

d. Hat Ihnen etwas gefehlt? _____

bitte wenden →

4. Hat sich die Teilnahme für Sie persönlich alles in allem gelohnt?

- Ja, warum? _____

- Nein, warum nicht? _____

5. Welche anderen Mutter-Kind-Angebote/Unterstützungsangebote haben Sie seit Beginn ihrer Schwangerschaft in Anspruch genommen?

6. Möchten Sie in Zukunft weitere Mutter-Kind-Angebote/Unterstützungsangebote nutzen?

Ja Nein

⇒ wenn ja, welche: _____

7. Haben Sie noch allgemeine Anmerkungen und/oder ergänzende Hinweise?

Abschließend haben wir noch einige Fragen zu Ihrer persönlichen Situation:

8. In welchem Stadtteil wohnen Sie? _____

9. Wie alt sind Sie? _____

10. Wie viele Kinder haben Sie? _____

11. Wie alt sind Ihre Kinder? _____

12. Haben Sie einen Migrationshintergrund?

Ja Nein

13. Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

- noch in der Schule, welche: _____
- Realschulabschluss/mittlere Reife
- keinen Schulabschluss
- Abitur/Fachhochschulreife
- Hauptschulabschluss
- Sonstiges: _____

14. Waren Sie vor der Geburt ihres Kindes erwerbstätig?

Ja Nein

15. Mit welchen Personen leben Sie in Ihrem Haushalt zusammen?

- mit Partner/in und Kind(ern); Anzahl der Kinder: _____
- nur mit Kind(ern); Anzahl der Kinder: _____
- Sonstiges, und zwar: _____

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Anhang 3: Fragebogen „Nachbefragung“

Nachbefragung zum „Babyführerschein“

Sehr geehrte ehemalige Teilnehmerin des „Babyführerscheins“,
 Sie haben von Januar bis April 2008 an dem Elternkurs „Babyführerschein“ in der Lenzsiedlung teilgenommen, deshalb möchte ich Sie herzlich einladen, an dieser kleinen Befragung teilzunehmen. Das Institut für Medizin-Soziologie und ich möchten in dieser Untersuchung herausfinden, ob der „Babyführerschein“ hilfreich für Sie war/ist und ob Sie Verbesserungsvorschläge für die Durchführung haben. Die Beantwortung der Fragen ist natürlich freiwillig und Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und anonym ausgewertet. Falls Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an mich wenden!

Kontakt: Laura Penzlien
Email:
Telefon:

1. Wie hatten Sie vom „Babyführerschein“ erfahren? _____
2. Welche Erwartungen hatten Sie an den „Babyführerschein“? _____
3. Wenn Sie sich an den „Babyführerschein zurückerinnern, inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
a) Die Räumlichkeiten waren meiner Meinung nach gut geeignet für die Durchführung des „Babyführerscheins“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die Größe des Teilnehmerkreises war meiner Meinung nach genau richtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die von den Kursleiterinnen gegebenen Informationen und Anleitungen waren für mich gut verständlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Die aus den einzelnen Themen erstellte Kursmappe war für mich informativ und nützlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Auf meine Fragen und Bedürfnisse wurde ausreichend eingegangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Im praktische Teil mit den Kindern wurden mir gute Tipps und Anregungen für Zuhause gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ich habe mich in der Gruppe verstanden und gut aufgenommen gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 2a. Welche Themen des Kurses haben Ihnen im Alltag am meisten geholfen?
 (Bitte maximal drei Angaben)

1. Ankommen in der Welt: <input type="checkbox"/>	5. Gesundheit <input type="checkbox"/>	9. Entwicklung <input type="checkbox"/>
2. Bindung <input type="checkbox"/>	6. Erziehung <input type="checkbox"/>	10. Geschwister <input type="checkbox"/>
3. Gefühle <input type="checkbox"/>	7. Schlafen <input type="checkbox"/>	11. Erziehen und Rituale <input type="checkbox"/>
4. Was will mir mein Kind sagen? <input type="checkbox"/>	8. Ernährung <input type="checkbox"/>	12. Umfeld und Loslassen <input type="checkbox"/>

- 2b. Können Sie beschreiben, worin der besondere Nutzen bei diesen Themen für Sie lag?

Thema Nr. _____:
 Thema Nr. _____:
 Thema Nr. _____:

3. Haben Sie Verbesserungsvorschläge für den „Babyführerschein“?

a. Für die Durchführung des Kurses: _____

 b. Für die Themen des Kurses: _____

 c. Für die Materialien: _____

bitte wenden →

4. Haben Sie durch den „Babyführerschein“ weitere Unterstützungsangebote für Mütter und ihre Kinder kennengelernt? Ja nein

⇒ wenn ja, welche: _____

5. Hat Sie der „Babyführerschein“ dazu motiviert weitere Unterstützungsangeboten für Mütter und Kinder in Anspruch zu nehmen? Ja nein

⇒ wenn ja, welche: _____

6. Hat sich die Teilnahme für Sie persönlich alles in allem gelohnt?

Ja, warum? _____

Nein, warum nicht? _____

7. Haben Sie noch allgemeine Anmerkungen und/oder ergänzende Hinweise?

Abschließend haben Wir noch einige Fragen zu Ihrer persönlichen Situation:

8. In welchem Stadtteil wohnen Sie? _____

9. Wie alt sind Sie? _____

10. Wie viele Kinder haben Sie? _____

11. Wie alt sind Ihre Kinder? _____

12. Haben Sie einen Migrationshintergrund?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

13. Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

noch in der Schule,
welche: _____

keinen Schulabschluss

Hauptschulabschluss

Realschulabschluss/mittlere Reife

Abitur/Fachhochschulreife

Sonstiges: _____

14. Waren Sie vor der Geburt ihres Kindes erwerbstätig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

15. Mit welchen Personen leben Sie im Haushalt zusammen?

mit Partner/in und Kind(ern); Anzahl der Kinder: _____

nur mit Kind(ern); Anzahl der Kinder: _____

Sonstiges, und zwar: _____

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Anhang 4: Leitfadenfragen Experteninterviews

Leitfaden Fokussiertes Experteninterview

1. Was kann ein Angebot wie der „Babyführerschein“ Ihrer Meinung nach für das gesunde Aufwachsen eines Kindes leisten? Wo liegen die Grenzen?
2. Inwiefern würden Sie sagen, dass der Babyführerschein Ihre Arbeit und Ziele unterstützt? Warum?
3. Was sind die besonderen Bedürfnisse der Zielgruppe und wie wird darauf im „Babyführerschein“ eingegangen?
4. Haben Sie Veränderungen bei den Teilnehmerinnen festgestellt (Bindung verbessert, Nutzung von anderen Angeboten etc.)?
5. Welche Perspektive sehen Sie für den Babyführerschein (Übertragbarkeit des Konzeptes in andere Gebiete/ Quartiere/Ausweitung des Angebots)?
6. Gibt es sonst noch etwas aus Ihren Erfahrungen, dass Sie gerne hinzufügen möchten?

Anhang 5: Fragebogen „Selbstevaluationstool“



Abschlussbefragung zum „Babyführerschein“

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer des „Babyführerscheins“,

gerne möchten wir von Ihnen erfahren, welche Erwartungen Sie an den Kurs hatten, wie Ihnen das Kursangebot gefallen hat und welche Verbesserungsvorschläge Sie für den „Babyführerschein“ haben. Mit Ihren Angaben können Sie uns dabei helfen, den „Babyführerschein“ weiter zu verbessern und bedürfnisgerechter zu gestalten! Die Beantwortung der Fragen ist selbstverständlich freiwillig und Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.

1. Wie haben Sie vom „Babyführerschein“ erfahren? _____

2. Welche Erwartungen hatten Sie an den „Babyführerschein“? _____

3. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
a) Die Räumlichkeiten waren meiner Meinung nach gut geeignet für die Durchführung des „Babyführerscheins“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die Größe des Teilnehmerkreises war meiner Meinung nach genau richtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die von den Kursleiterinnen gegebenen Informationen und Anleitungen waren für mich gut verständlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Die aus den einzelnen Themen erstellte Kursmappe war für mich informativ und nützlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Auf meine Fragen und Bedürfnisse wurde ausreichend eingegangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Im praktische Teil mit den Kindern wurden mir gute Tipps und Anregungen für Zuhause gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ich habe mich in der Gruppe verstanden und gut aufgenommen gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2a. Welche Themen des Kurses haben Ihnen im Alltag am meisten geholfen?

(Bitte maximal drei Angaben)

1. Ankommen in der Welt: <input type="checkbox"/>	5. Gesundheit <input type="checkbox"/>	9. Entwicklung <input type="checkbox"/>
2. Bindung <input type="checkbox"/>	6. Erziehung <input type="checkbox"/>	10. Geschwister <input type="checkbox"/>
3. Gefühle <input type="checkbox"/>	7. Schlafen <input type="checkbox"/>	11. Erziehen und Rituale <input type="checkbox"/>
4. Was will mir mein Kind sagen? <input type="checkbox"/>	8. Ernährung <input type="checkbox"/>	12. Umfeld und Loslassen <input type="checkbox"/>

2b. Können Sie beschreiben, worin der besondere Nutzen bei diesen Themen für Sie lag?

Thema Nr. ____: _____

Thema Nr. ____: _____

Thema Nr. ____: _____

bitte wenden →

3. Haben Sie Verbesserungsvorschläge für den „Babyführerschein“?

a. Für die Durchführung des Kurses: _____

b. Für die Themen des Kurses: _____

c. Für die Materialien: _____

4. Wie viele der angebotenen Termine haben Sie insgesamt wahrgenommen?

a. 1 bis 4 Termine b. 5 bis 8 Termine c. 9 bis 12 Termine

5. Hat Sie der „Babyführerschein“ dazu motiviert weitere Unterstützungsangeboten für Mütter und Kinder in Anspruch zu nehmen?

Ja nein

⇒ wenn ja, welche: _____

6. Hat sich die Teilnahme für Sie persönlich alles in allem gelohnt?

Ja, warum? _____

Nein, warum nicht? _____

7. Haben Sie noch allgemeine Anmerkungen und/oder ergänzende Hinweise?

Abschließend haben wir noch einige Fragen zu Ihrer persönlichen Situation:

8. In welchem Stadtteil/Quartier wohnen Sie?

9. Wie alt sind Sie?

10. Mit welchen Personen leben Sie in Ihrem Haushalt zusammen?

mit Partner/in und Kind(ern); Anzahl der Kinder: _____

nur mit Kind(ern); Anzahl der Kinder: _____

Sonstiges, und zwar: _____

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Anhang 6: Protokollmuster „Teilnehmende Beobachtung“

Protokollmuster für die Teilnehmende Beobachtung

Durchführung mit:

Teilnehmerinnen

Ablauf

Thema des Tages:
Theoretischer Teil:
Praktischer Teil:

Gruppenprozesse und -Aspekte			
Positiv	Negativ	Neutral	Persönliche Anmerkung

Einzelne Beobachtungen

Mutter	Mutter	Mutter	Mutter	Mutter	Mutter

Anmerkungen der Kursleiterinnen:

Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 21.12.2009

Laura Penzlien