

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Studiengang Ökotrophologie

*Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Schwangeren für Programme der
Gesundheitsförderung*
Bachelorarbeit

Tag der Abgabe:

28. Januar 2013

Vorgelegt von:

Sophia Schlamp

Betreuende Prüferin:

Prof. Dr. Anne Flothow

Zweite Prüfende:

Prof. Dr. Silya Ottens

In vorliegender Arbeit wird auf eine geschlechtsneutrale Schreibweise geachtet. Wo dies nicht möglich ist, wird zugunsten der besseren Lesbarkeit das ursprüngliche grammatische Geschlecht verwendet. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass damit auch das jeweils andere Geschlecht angesprochen ist.

Inhalt

Tabellenverzeichnis	5
Zusammenfassung	6
1 Einleitung	8
2 Soziale Ungleichheit und Schwangerschaft	9
2.1 Begriffserklärung	9
2.1.1 Soziale Ungleichheit.....	9
2.1.2 Soziale Benachteiligung.....	11
2.1.3 Zusammenhang von sozialer Benachteiligung und Gesundheit: Gesundheitliche Ungleichheit.....	11
2.2 Auswirkungen sozialer Benachteiligung während der Schwangerschaft .	12
2.2.1 Jugendschwangerschaft.....	12
2.2.2 Vorsorge.....	13
2.2.3 Gesundheitliche Folgen.....	13
2.3 Die Zielgruppe und ihre Bedarfe	14
2.3.1 Beschreibung der Zielgruppe.....	15
2.3.2 Bedürfnisse sozial benachteiligter Schwangerer.....	16
2.4 Daten und Fakten rund um Schwangerschaften in der Hansestadt Hamburg	17
2.4.1 Allgemeine Daten.....	17
2.4.2 Bundesstiftung Mutter und Kind.....	18
3 Gesundheitsförderungsprogramme für sozial benachteiligte Schwangere	20
3.1 Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten	20

3.2	Spezielle Anforderungen an Programme für die Zielgruppe sozial benachteiligte Schwangere	23
3.2.1	Gestaltung des Zugangs	24
3.2.2	Gestaltung des Programminhaltes	25
3.3	Mögliche Anreize für eine verbesserte Nutzungsrate.....	27
3.4	Gesundheitsförderungsprogramme für die Zielgruppe in der Hansestadt Hamburg	28
3.4.1	Überblick	28
3.4.2	Familienhebammen im Kinder- und Familienzentrum Barmbek-Süd	32
3.4.3	ADEBAR.....	33
4	Anlaufstellen.....	35
4.1	Erreichung der Zielgruppe über Anlaufstellen	35
4.2	Anlaufstellen für finanzielle Hilfen	37
4.2.1	Geeignete Anlaufstellen für die Eingliederung in Gesundheitsförderungsprogramme	41
4.2.2	Jobcenter und Anlaufstellen für die Beantragung finanzieller Mittel der Bundesstiftung Mutter und Kind als mögliche Multiplikatoren	43
5	Diskussion	45
	Literatur	48
	Eidesstattliche Erklärung.....	57

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über Gesundheitsförderungsprogramme für sozial benachteiligte Schwangere in Hamburg..... 32

Tabelle 2: wichtige finanzielle Hilfen für sozial benachteiligte Schwangere in Hamburg..... 39

Zusammenfassung

Frauen in sozialer Benachteiligung sind häufiger von gesundheitlichen Komplikationen während der Schwangerschaft betroffen und bedürfen auf Grund ihrer Lebenssituation einer deutlich umfassenderen Unterstützung als Frauen in sozial gefestigten Situationen. Leider ist eben gerade die sozial benachteiligte Zielgruppe nur unzureichend über Vorsorgemöglichkeiten informiert, gesundheitsfördernde Angebote werden wenig in Anspruch genommen.

Diese Bachelorarbeit untersucht verschiedene Ansatzmöglichkeiten, wie sozial benachteiligte Frauen während der Schwangerschaft für Gesundheitsförderungsprojekte in der Hansestadt Hamburg besser erreicht werden können. Eine Analyse bestehender Gesundheitsförderungsprogramme zeigt, dass vor allem die alltagsnahe Gestaltung, aufsuchende Elemente und ein etablierter Angebotsort ausschlaggebend für einen niedrigschwelligen Charakter und eine bessere Erreichbarkeit sind. Um den positiven Effekt einer Gehstruktur zu nutzen, könnte die Zielgruppe über Anlaufstellen an ein passgenaues Programm vermittelt werden. Besonders finanzielle Anlaufstellen wie z.B. das Jobcenter haben Potenzial, als Vermittler an gesundheitsfördernde Programme für sozial benachteiligte Schwangere zu fungieren.

Abstract

Socially disadvantaged women are more likely to be affected by health complications during pregnancy. Due to their living conditions they require more support. Unfortunately, this target group is insufficiently informed about options for prenatal care and programs available to advance the mother's health are rarely taken advantage of.

How can we ensure health enhancement programs for deprived pregnant women in Hamburg are used more widely? This Bachelor Thesis will explore and assess different possible ways of making these programs more accessible. An analysis of existing health enhancement programs in Hamburg has shown that usage increases if low threshold programs can be easily integrated into the daily routine and are delivered at an established location. The target group will be more likely to benefit from this outreach work if contact points are available to place them in ap-

propriate programs. In particular, contact points for financial assistance such as Job centers are an effective facilitator for putting socially disadvantaged pregnant women in contact with suitable health enhancement programs.

1 Einleitung

Gesundheitliche Prägung eines Kindes beginnt nicht nach der Geburt; bereits während der Schwangerschaft haben Umwelt, Mangel- oder Überernährung in der Gebärmutter und fetale Stressaktivierung Auswirkungen auf den Gesundheits- und Krankheitsverlauf im späteren Leben. Prä- und perinatale Einflüsse können Grundlage für chronische Krankheiten wie z.B. Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sein (vgl. Schlußner, 2011, S.618).

Die gesundheitliche Beratung und Betreuung während der Schwangerschaft ist also ein wichtiges Instrument zur Prävention von chronischen Krankheiten. Für schwangere Frauen in einer sozial prekären Situation sind diese Präventionsmaßnahmen besonders bedeutend: Sie sind aufgrund ihrer sozialen Benachteiligung stärkeren Stressbelastungen ausgesetzt, was zu negativer fetaler Programmierung und vorgeburtlicher Komplikationen führen kann. Doch gerade diese Zielgruppe nimmt Präventionsangebote und Vorsorgemaßnahmen nur wenig in Anspruch.

Ziel dieser Bachelorarbeit ist, erste Ansatzwege zu entwickeln, wie sozial benachteiligte Schwangere Frauen für Programme der Gesundheitsförderung in der Hansestadt Hamburg besser erreicht werden können.

Dafür wird die Zielgruppe zunächst genau spezifiziert und analysiert: Wie eine Schwangerschaft von der sozialen Situation beeinflusst wird und welche Wünsche und Bedarfe sozial benachteiligte schwangere Frauen haben, wird in Punkt zwei behandelt. Unter Verwendung von Daten der statistischen Ämter und der Sozialdatenstatistik der *Bundesstiftung Mutter und Kind* wird die Situation von schwangeren Frauen der Hansestadt Hamburg dargestellt.

Kapitel 3 beschäftigt sich näher mit den in Hamburg bestehenden Gesundheitsförderungsprogrammen für die Zielgruppe. Nach einer kurzen Erläuterung von wichtigen Kriterien eines Gesundheitsförderungsprogrammes für sozial Benachteiligte werden die besonderen Anforderungen aufgezeigt, die ein wirksames Programm für sozial benachteiligte Schwangere aufweisen sollte. Einen Überblick über das

Programmspektrum in Hamburg gibt 3.4, zwei etablierte Programme werden näher beschrieben.

Im letzten Teil der Arbeit wird untersucht, auf welche Weise die wichtigsten Anlaufstellen der Zielgruppe zur Vermittlung an ein Gesundheitsförderungsprogramm genutzt werden kann. Anlaufstellen für finanzielle Hilfen, speziell das Jobcenter und die Anlaufstellen für Hilfeleistungen der *Bundesstiftung Mutter und Kind* werden dabei besonders berücksichtigt.

2 Soziale Ungleichheit und Schwangerschaft

Beeinflusst der soziale Status den Verlauf einer Schwangerschaft? Welche Folgen haben die Umstände einer sozialen Benachteiligung für eine schwangere Frau? Mit diesen Fragen beschäftigt sich folgendes Kapitel. Nachdem ein eindeutiger Bedarf passgenauer gesundheitsfördernder Maßnahmen für Schwangere in sozialer Benachteiligung begründet ist, werden in 2.3 die Zielgruppe und ihre Bedarfe sorgfältig analysiert. Da sich die Erkenntnisse vorliegender Arbeit auf die Hansestadt Hamburg konzentrieren, werden im letzten Teil des Kapitels wichtige Daten im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft in Hamburg dargestellt. Zunächst aber sollen einige für die Thematik bedeutende soziologische Begriffe näher definiert werden.

2.1 Begriffserklärung

Die Bezeichnung „Schwangerschaft“ kann medizinisch klar festgelegt werden: Es handelt sich dabei um den Zeitraum von 266 Tagen, die eine befruchtete Eizelle im Körper einer Frau durchschnittlich benötigt, um zu einem Kind heranzureifen (vgl. Dudenhausen et al., 2011, S.18f.).

Eine genaue Eingrenzung von sozialer Benachteiligung ist dagegen weitaus schwieriger. Soziale Benachteiligung ist eine Auswirkung sozialer Ungleichheit, deren Erklärung sich in 2.1.1 vor allem auf Definitionen der Soziologen Stefan Hradil und Andreas Mielck stützt. Auch bei der Bezeichnung „gesundheitliche Ungleichheit“ ist eine Spezifizierung erforderlich, diese wird in 2.1.3 vorgenommen.

2.1.1 Soziale Ungleichheit

Im Fachlexikon der sozialen Arbeit wird soziale Ungleichheit wie folgt beschrieben: „Soziale Ungleichheit ist die Menge der Differenzierungen in einer Gesellschaft nach sozialen Merkmalen, die (a) zu unterschiedlichen sozialen Positionen führen, (b) unterschiedliche Lebenslagen nach sich ziehen, dadurch (c) eine unterschiedliche individuelle und kollektive Teilhabe an Entwicklungschancen sowie knappen und begehrten Gütern einräumen, verstärkt dadurch, dass (d) sich deren Träger unterschiedlich im Raum positionieren“ (Dangschat, 2011, S.814).

In jeder Gesellschaft existieren soziale Güter, die bei ihren Mitgliedern sehr begehrt sind, weil mit ihnen gewisse gesellschaftliche Werte und allgemein verbreitete Vorstellungen eines „guten Lebens“ (z.B. Gesundheit, Wohlstand und Sicherheit) erfüllt werden können. Mit dem Besitz bestimmter Güter wie z.B. Geld oder günstigen Wohnbedingungen lassen sich also Zielvorstellungen einer Gesellschaft realisieren (vgl. Hradil, 2005, S.28). Doch sind diese Güter nicht für alle Personen ausreichend vorhanden und außerdem regelmäßig ungleich verteilt, werden bestimmte Mitglieder der Gesellschaft entweder bevorzugt oder benachteiligt; man spricht von sozialer Ungleichheit (vgl. Hradil, 2006, S.34).

Die knappen und begehrten Güter dienen als Merkmale sozialer Ungleichheit. Anhand sogenannter vertikaler Merkmale wie Bildung, beruflicher Status und Einkommen wird der sozio-ökonomische Status bestimmt. Mit diesem kann eine Person einer sozialen Schicht zugeordnet werden. Bildung, Beruf und Einkommen ermöglichen also die Aufteilung einer Bevölkerung in oben und unten (vgl. Mielck, 2000, S.18).

Die Gruppierung nach sozialen Schichten ist aber nicht die einzige Strukturierung sozialer Ungleichheit. Auch unabhängig der vertikalen Merkmale können in einer Gesellschaft soziale Vor- und Nachteile bestehen, z.B. durch Geschlecht, Alter und ethnischer Zugehörigkeit (vgl. Hradil, 2006, S.43f.). Man bezeichnet diese Merkmale als horizontal, da sie „quer“ zu den sozialen Schichten verlaufen (vgl. Mielck, 2000, S.18). So haben beispielsweise Frauen auch Nachteile gegenüber Männern, selbst wenn sie sich in der gleichen Position der sozialen Schichtung befinden (vgl. Hradil, 2006, S.44).

In der gegenwärtigen Ungleichheitsforschung ist man überwiegend der Meinung, dass eine Gesellschaft nicht mehr ohne Weiteres mithilfe der vertikalen Merkmale

Einkommen, Bildung und Beruf in Unter-, Mittel- und Oberschicht eingeteilt werden kann. Grund dafür ist die Pluralisierung sozialer Lagen, soziokultureller Milieus und Lebensstile, die zunehmend auch biografisch betrachtet werden sollten (vgl. Böhnisch, 2003, S.262).

Im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Ungleichheit spielen Bildung, Beruf und Einkommen eine wichtige Rolle (siehe 2.1.3.), weshalb in dieser Arbeit vor allem auf jene vertikale Merkmale eingegangen wird (vgl. Richter, Hurrelmann, 2006, S.11).

2.1.2 Soziale Benachteiligung

Als sozial benachteiligt werden demzufolge diejenigen Individuen oder Gruppen bezeichnet, die aufgrund von Schichtgrenzen und Diskriminierung dauerhaft keinen oder nur erschwerten Zugang zu den gesellschaftlich anerkannten Werten erhalten und deren Chancen einer gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft sich somit verringern. Es ist davon auszugehen, dass soziale Benachteiligung in jeder Gesellschaft vorkommt (vgl. Iben, 2002, S.853).

In allen hochentwickelten Gesellschaften und so auch in Deutschland vergrößert sich die Kluft zwischen Gruppen mit hohem und niedrigem sozio-ökonomischen Status immer weiter, trotz des vergleichsweise gut ausgebauten sozialen Sicherungssystems und zahlreicher politischer Gegenmaßnahmen (vgl. Richter, Hurrelmann, 2006, S.9; Hurrelmann, 2010, S.26).

2.1.3 Zusammenhang von sozialer Benachteiligung und Gesundheit: Gesundheitliche Ungleichheit

Die Menschen in Deutschland sind heute so gesund wie noch nie in der Geschichte der Bundesrepublik. Auch ihre Lebenserwartung steigt langsam aber beständig nach wie vor an (vgl. Statistisches Bundesamt, o.J.). Auf der anderen Seite ist jedoch auch eine ungleiche Verteilung der gesundheitlichen Entwicklung zu vermerken, die ebenso immer weiter zunimmt: Zwar verbessert sich die Gesundheit der Bevölkerung als Ganzes stetig, dieser Prozess verläuft bei Menschen in sozial benachteiligter Lage aber deutlich langsamer. Bildung, Beruf und Einkommen, die „Kerndimensionen sozialer Ungleichheit“ (Richter, Hurrelmann, 2006, S.11) beeinflussen dabei die gesundheitliche Lage besonders ausgeprägt. Der Begriff „Ge-

sundheitliche Ungleichheit“ beschreibt den Zusammenhang zwischen sozial benachteiligter Lebenssituation und der Gesundheit (vgl. Richter, Hurrelmann, 2006, S.11; Lampert, Mielck, 2008, S.8).

„Die soziale Ungleichheit wirkt sich [...] mittelbar und unmittelbar auf das gesamte gesundheitliche Befinden aus“ (Hurrelmann, 2010, S.27).

Folgende Erkenntnisse machen die Problematik deutlich (vgl. Mackenbach, 2006, S.6, 20):

- Die Lebenserwartung sinkt linear mit dem sozio-ökonomischen Status.
- Das gilt auch für die meisten Erkrankungen und Behinderungen: Je niedriger der sozio-ökonomische Status, desto höher die Rate der Erkrankungen.
- Die Anzahl der Jahre, die in guter Gesundheit verbracht werden (gesunde Lebenserwartung), wird von Ungleichheiten in der Mortalität und Morbidität stark beeinflusst.

Diese Feststellungen veranschaulichen klar, warum gesundheitsfördernde Programme gerade bei Menschen mit sozialer Benachteiligung von großer Bedeutung sind.

2.2 Auswirkungen sozialer Benachteiligung während der Schwangerschaft

Der Zusammenhang von sozialer Benachteiligung und Gesundheitszustand besteht zum einen das ganze Leben lang, zum anderen betrifft er alle existierenden Altersgruppen (vgl. Haverkamp, 2008, S.320).

Folglich spielt er auch während der Schwangerschaft eine tragende Rolle, und zwar sowohl für die werdende Mutter als auch bereits für das ungeborene Kind. Welche gesundheitlichen Auswirkungen soziale Benachteiligung während der Schwangerschaft auf die Schwangere und den Fötus hat, soll im Folgenden zusammengefasst werden.

2.2.1 Jugendschwangerschaft

Die *Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung (pro familia)* führte zusammen mit dem *Institut für Sexualwissenschaften* der Universität Hamburg von 2005 bis 2008 eine Erhebung zu Jugendschwangerschaften durch. Forschungsfrage war unter anderem auch, ob soziale Benachteiligung einen Einfluss darauf hat, minderjährig schwanger zu werden. Die Ergebnis-

se waren eindeutig: „Soziale Benachteiligung ist die stärkste Determinante für das Entstehen von Jugendschwangerschaften“ (pro familia-Bundesverband, 2008, S.2).

Die Wahrscheinlichkeit, unter 18 schwanger zu werden, wird sowohl durch Armut, Arbeitslosigkeit sowie geringe Bildungschancen erhöht. Bei Haupt- und Förder-schülerinnen kommt eine minderjährigen Schwangerschaft sogar fünfmal öfter vor als bei Gymnasiastinnen (vgl. pro familia-Bundesverband, 2008, S.1f.). Auch die Tendenz, sich gegen einen Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden, steigt mit der sozialen Benachteiligung deutlich (vgl. BZgA, 2009, S.61).

2.2.2 Vorsorge

Soziale Ungleichheit wirkt sich auf die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge aus: Sozial belastete Schwangere nehmen die Vorsorgeuntersuchungen deutlich seltener wahr als der Gesamtdurchschnitt. Zu diesem Ergebnis gelangte man u.a. in einer Untersuchung, die auf Basis der Perinataldaten von Baden-Württemberg stattfand und bei der für das Jahr 2001 Informationen von insgesamt 88.874 Schwangeren ausgewertet wurden: Bei Frauen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status kam eine völlig unzureichende Inanspruchnahme (d.h. null bis eine von zehn besuchten Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft) 12mal häufiger vor als im Gesamtkollektiv (vgl. Simoes et al., 2003, S.6,8).

Wie häufig und in welchem Zeitintervall eine Schwangere die Vorsorgeuntersuchung nutzt, hat Auswirkungen auf die Morbidität von Mutter und Kind (vgl. Simoes et al., 2003, S.6).

Sozial benachteiligte Schwangere nutzen zudem die Angebote eines Geburtsvorbereitungskurses und der Unterstützung durch eine Hebamme deutlich seltener. Dies liegt unter anderem auch daran, dass Schwangere jener Statusgruppe weniger Informationen über Vorsorgemaßnahmen und gesundheitsfördernde Angebote erhalten (Siegmond-Schultze, Kielblock, Bansen, 2008, S.212).

2.2.3 Gesundheitliche Folgen

Soziale Benachteiligung bringt zahlreiche Stressbelastungen mit sich, die sich nachweislich negativ auf den Schwangerschaftsverlauf auswirken und Schwangerschaftskomplikationen wie hypertensive Erkrankungen, vorzeitige Wehen,

Wachstumsretardierungen und Frühgeburten zur Folge haben können (vgl. Knorz, Sayn-Wittgenstein, 2008, S.3; Ehlert, 2004, S.367; Lampert et al., 2010, S.11). Auch das Rauchverhalten während der Schwangerschaft wird vom sozialen Status beeinflusst. Zu diesem Ergebnis kommt der *Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)*, der von 2003 bis 2006 vom *Robert Koch-Institut* durchgeführt wurde: Während der Schwangerschaft griffen etwa viermal so viele Studienteilnehmerinnen mit niedrigem sozialen Status regelmäßig zur Zigarette, als Mütter aus der hohen Statusgruppe (vgl. Bergmann et al., 2007, S.672). Bei Mutter und ungeborenem Kind kann Rauchen während der Schwangerschaft schwere gesundheitsschädigende Folgen, Komplikationen während der Geburt, Früh- und Mangelgeburten verursachen (vgl. Keller et al., 2009, S.4; Armbruster, 2006, S.53). Neben dem Rauchverhalten wurde in der *KiGGS*-Studie auch der Zusammenhang von sozialer Benachteiligung und dem Geburtsgewicht überprüft. Dieses fällt bei Kindern von Müttern mit verminderten sozialen Status geringer aus als im Gesamtdurchschnitt. Eine erhöhte Gewichtszunahme jener Frauen während der Schwangerschaft konnte zwar ebenfalls beobachtet werden, die Unterschiede waren aber nicht signifikant (vgl. Bergmann et al., 2007, S.671). Sozialer Status beeinflusst nicht nur die Morbidität von Mutter und Kind, in der untersten sozialen Schicht kommt auch Säuglingssterblichkeit am häufigsten vor (vgl. Lampert et al., 2010, S.11; Mielck, 2000, S.82f.).

2.3 Die Zielgruppe und ihre Bedarfe

Damit bestimmte Bevölkerungsgruppen besser erreicht werden können, müssen die Angebote bedarfsgerecht gestaltet werden. Dafür ist eine sorgfältige Zielgruppenanalyse unerlässlich. Als Zielgruppe bezeichnet man „eine Gruppe von Personen, die gezielt mit bestimmten Angeboten [...] erreicht werden soll“ (Blümel, Lehmann, 2010).

Neben der Beschreibung der Zielgruppe ist es zudem wichtig zu wissen, welche Wünsche und Bedürfnisse diese an Gesundheitsförderungsprogramme stellt. Denn nur, wenn die Vorstellungen und Wünsche bekannt sind, kann ein attraktives Programm gestaltet werden, das die Zielgruppe auch von seinem Nutzen überzeugt.

2.3.1 Beschreibung der Zielgruppe

Allgemeine Merkmale, die kennzeichnend für besonders gravierende soziale und gesundheitliche Belastungen sind, werden in der Literatur u.a. von Mielck und Streich beschrieben (vgl. Mielck 2003, S.12; Streich, 2006, S.290).

Auch wenn es sich bei den zu erreichenden Frauen um eine sehr heterogene Gruppe mit einer weiten Altersspanne handelt -eingeschlossen sind alle Frauen im gebärfähigen Alter, das nach der Definition des *Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung* vom 15. bis zum 49. Lebensjahr andauert-, lässt sich die Zielgruppe „Schwangere Mädchen und Frauen in sozialer Benachteiligung“ unter Berücksichtigung der allgemeinen Merkmale von Mielck und Streich mit folgenden Kriterien beschreiben (vgl. Hoßmann, Lettow, Münz, 2009; Mielck 2003, S.12; Streich, 2006, S.290; Knorz, Sayn-Wittgenstein, 2008, S.3 f.; Verbund Hebammenforschung, 2012):

- Geringes Einkommen
- Niedrige Schulbildung
- Niedriger beruflicher Status
- Arbeitslosigkeit
- Minderjährigkeit
- Alleinerziehend
- Migrationshintergrund
- Schwierige oder unzureichende Wohnsituation
- Gesundheitliche Probleme
- Gewalterfahrung
- Schwache soziale Beziehungen

Nicht alle genannten Merkmale betreffen jede Frau der Zielgruppe. Zudem bestehen auch kleinere Untergruppen wie etwa schwangere Studierende oder besonders belastete Akademikerinnen, die zwar weniger sichtbar sind, aber dennoch nicht übergangen werden dürfen. Grundsätzlich gilt: Je mehr Belastungsfaktoren aufeinander treffen, umso größer ist das Risiko für Mutter und Kind und somit auch der Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen (vgl. Mielck, 2003, S.12).

Aufgrund ihrer sozialen Benachteiligung können bei den Schwangeren persönliche Hürden entstehen, die sie möglicherweise daran hindern, ein Gesundheitsförderungsprogramm zu besuchen (vgl. Sterzing 2011, S.23; Knorz, Sayn-Wittgenstein, 2008, S.4):

- Geburtsangst und daraus resultierende Verdrängung
- Schwierigkeiten bei der Organisation des Alltags
- Überforderung
- Resignation
- Angst vor Fehlern mit schlimmen Folgen (z.B. Wegnahme des Kindes)
- Misstrauen (gegenüber Anbietern wie z.B. Jugendamt)
- Schlechte Erfahrung mit bereits besuchten Angeboten
- Angst vor Bloßstellung und Stigmatisierung

2.3.2 Bedürfnisse sozial benachteiligter Schwangerer

Über Wünsche und Bedürfnisse der Zielgruppe gibt es bis heute nur wenige evaluierte Erkenntnisse. Zur Entwicklung eines Gesundheitsförderungsprojekts führte die Hochschule Osnabrück unter der Leitung von Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein von 2008 bis 2010 eine qualitative Studie zum Bedarf schwangerer Mädchen und Frauen in sozialer Benachteiligung durch. Dafür wurden 19 sozial benachteiligte Mütter, sieben Hebammen und ein Berater interviewt sowie sieben Angebote nach Zugangsweg und Angebotskommunikation analysiert (vgl. Verbund Hebammenforschung 2012).

Ergebnisse der Interviews zeigen, dass die medizinische Kontrolle durch den Frauenarzt für die Frauen als sehr wichtig empfunden wird. Desweiteren wussten die meisten Interviewten über ihre Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung Bescheid, empfanden die Beantragung jedoch als zu umständlich und das Gefühl, von Hilfsangeboten abhängig zu sein, als sehr störend. Soziale Unterstützung von Bekannten, Familie und vor allem vom Partner bedeutete den Frauen viel, oft wurden abgebrochene oder vernachlässigte Kontakte zu Familienmitgliedern während der Schwangerschaft wieder aktiviert.

Überraschenderweise hielten die Frauen Informationen rund um die Geburt eher für unwichtig, wohingegen sie großes Interesse über Auskünfte zur Entwicklung des ungeborenen Kindes zeigten. Alle Informationen sollten möglichst ungefragt herausgegeben werden.

In Gruppenkursen waren die Inhalte für die Befragten eher zweitrangig, bedeutender war die Möglichkeit, sich aussprechen zu können. Allgemein hatten die Frauen in dieser für sie oft neuen Lebenssituation ein großes Bedürfnis nach Normalität und Akzeptanz.

2.4 Daten und Fakten rund um Schwangerschaften in der Hansestadt Hamburg

Zwischen den einzelnen Bundesländern gibt es hinsichtlich Geburtenrate, Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes und Schwangerschaftsabbruchszahlen erhebliche Unterschiede. Aber auch die Vergabe von finanziellen Unterstützungsmitteln und die Angebotsstruktur verschiedener Gesundheitsförderungsprogramme differieren von Bundesland zu Bundesland. Aus diesem Grund konzentriert sich diese Arbeit auf die aktuelle Situation in Hamburg.

Neben Daten des *statistischen Bundesamts* liefert die Sozialdatenstatistik 2011 der *Bundesstiftung „Mutter und Kind-Schutz des ungeborenen Lebens“* aufschlussreiche Daten über sozial benachteiligte Schwangere in Hamburg.

2.4.1 Allgemeine Daten

2010 wurden von Hamburgerinnen insgesamt 17.377 Kinder geboren (vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2012, S.22). Im Jahr 2011 sank diese Rate geringfügig auf 17.125 Kinder, tendenziell ist die Geburtenrate aber leicht steigend (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2012). Das durchschnittliche Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes 2011 ist mit 31,5 Jahren das höchste Durchschnittsalter in den Bundesländern. Auch bei der Geburt des ersten Kindes sind die Hamburgerinnen mit 30,3 Jahren durchschnittlich die Ältesten in Deutschland (vgl. Statistisches Bundesamt, 2012a). Die Anzahl der minderjährigen Mütter ist in Hamburg ebenso wie im Gesamtdeutschland rückläufig. Während 2001 in Hamburg von 10000 Frauen noch knapp 30 unter 18 Jahre

alt waren, ist diese Zahl im Jahr 2010 auf 14 Mädchen gesunken (ohne Berücksichtigung der Schwangerschaftsabbrüche minderjähriger Frauen) (vgl. Laue, 2011, S.6).

2010 fanden 4.300 Schwangerschaftsabbrüche von Frauen mit Wohnsitz in Hamburg statt. 2011 verringerte sich die Anzahl auf 3.969 Abbrüche, dabei waren 129 der Frauen, die den Abbruch vornahmen, unter bzw. gleich 18 Jahre. Die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche schwankt seit den letzten 10 Jahren unregelmäßig zwischen 4.500 und 3.200, die Zahl der Minderjährigen, die einen Abbruch vornahmen, ist in den letzten Jahren jedoch deutlich gesunken (vgl. Statistisches Bundesamt, 2012b, S.29ff.).

Schwangere Frauen, die erwerbsfähig und hilfebedürftig sind, haben ab der 13. Schwangerschaftswoche bis zur Entbindung Anspruch auf Schwangerenmehrbedarfs-Zahlungen. Der Schwangerenmehrbedarf muss im Jobcenter beantragt werden, die Höhe beträgt 17% des Individualregelbedarfs (vgl. pro familia, 2009, S.21). 2010 bekamen in Hamburg durchschnittlich 1.607 Frauen den Mehrbedarf für Schwangere, 2011 sank die Anzahl auf 1.484, was einem Prozentsatz von 8,6% aller Schwangeren in Hamburg entspricht. (vgl. Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2012).

2.4.2 Bundesstiftung Mutter und Kind

Die *Bundestiftung Mutter und Kind* ist eine Stiftung des öffentlichen Rechts und steht unter der Rechtsaufsicht des *Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. Sie unterstützt seit 1984 schwangere Frauen in Notlagen. Dafür stellt der Bund der Stiftung jährlich mindestens 92 Mio. Euro aus dem Bundeshaushalt zur Verfügung. Mit diesem Geld werden finanzielle Zuschüsse für beispielsweise die Erstausrüstung des Babys, die Weiterführung des Haushalts oder die Betreuung des Kindes für jährlich durchschnittlich 150.000 Frauen geleistet. Eine schwangere Frau befindet sich in einer Notlage „wenn ihre Einkünfte den finanziellen Bedarf für Schwangerschaft, Geburt sowie Pflege und Erziehung des Kleinkindes nicht decken und andere staatliche Leistungen nicht rechtzeitig oder ausreichend zur Verfügung stehen“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, o.J.).

Das Verfahren für die Antragstellung und Bewilligung wird von den örtlichen Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen durchgeführt. Wie viel und wie lange Geld ausbezahlt wird, entscheiden die jeweiligen Zuwendungsempfänger der Bundesstiftung auf Landesebene, in Hamburg sind dies Einrichtungen des Caritas-Verbandes, des Diakonischen Werkes und des Sozialdienst katholischer Frauen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, o.J.; pro familia, 2009, S.23).

In der Sozialdatenstatistik 2011 wurden Daten über finanzielle Unterstützung der Bundesstiftung erhoben und in Bundesländer aufgeschlüsselt dargestellt. Auf ausgewählte Ergebnisse wird in folgenden Text weiter eingegangen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2012).

Im Jahr 2011 betrug die Zahl der Hilfeempfängerinnen 132.359, davon kamen 4.312 aus Hamburg. Für Gesamtdeutschland bedeutet dies, dass jede fünfte Schwangere Stiftungsmittel erhalten hat, in Hamburg ist es mit 25,2% sogar jede vierte Schwangere. Im Zeitverlauf stieg die Anzahl der Hilfeempfängerinnen seit 2005 stetig an, im Jahr 2011 ging sie aufgrund der niedrigeren Geburtenzahl leicht zurück. Vergleicht man Hamburgs Daten mit Ergebnissen der anderen Bundesländer, so fällt ein hoher Anteil an ausländischen Hilfeempfängerinnen auf: Mit 45% wurden in Hamburg im Ländervergleich am meisten Ausländerinnen durch die Bundesstiftung unterstützt. Der größere Teil der Empfängerinnen in Hamburg 2011 lebte in einer ehelichen oder eheähnlichen Gemeinschaft, nur 41 Prozent wohnte allein oder bei den Eltern. Im Vergleich zu 2010 stieg der Anteil der Hilfeempfängerinnen ohne eigenes Einkommen und Sozialleistungen in Hamburg um 53% deutlich an. Der Unterstützungsbetrag pro Erstbewilligung betrug 2011 durchschnittlich 549 Euro.

Anzumerken ist weiterhin, dass die Anträge überwiegend zu einem späten Zeitpunkt der Schwangerschaft gestellt werden: 78% der Schwangeren beantragten 2011 erst nach der 20. Schwangerschaftswoche Unterstützung durch die Bundesstiftung.

3 Gesundheitsförderungsprogramme für sozial benachteiligte Schwangere

In Deutschland existieren bereits zahlreiche Programme der Gesundheitsförderung für Schwangere in sozialer Benachteiligung, die die Zielgruppe mit zum Teil großem Erfolg erreichen. Wie ein Programm gestaltet sein muss, um eine optimale Teilnahme wie auch eine möglichst nachhaltige Wirksamkeit zu erzielen, davon handelt dieses Kapitel. Von der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* wurden zwölf Kriterien entwickelt, die ein erfolgreiches Gesundheitsförderungsprogramm beinhalten sollte. Diese werden in 3.1 kurz erläutert. Die besonderen Anforderungen an ein Programm für sozial benachteiligte Schwangere—sowohl inhaltlicher als auch struktureller Art- und sinnvolle Anreize für eine bessere Erreichbarkeit werden in 3.2 und 3.3 dargestellt. Der letzte Punkt des Kapitels gibt einen Überblick über bestehende Gesundheitsförderungsprojekte in Hamburg und stellt zwei besonders etablierte Programme näher vor.

3.1 Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Um eine bessere Vernetzung der Beteiligten zu erreichen, initiierte die *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* im Jahr 2001 den bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Neben der *BZgA* sind 57 Kooperationspartner, unter anderem alle Landesvereinigungen für Gesundheit, die Bundesvereinigung *Prävention und Gesundheitsförderung*, Spitzenverbände der Krankenkassen, die Bundesverbände der Ärzteschaft und Wohlfahrtsverbände an dem Verbund beteiligt. Ein Arbeitskreis, bestehend aus Experten des Gesundheitsförderungsbereichs, entwickelte einen Kriterienkatalog, der zur Beurteilung und Entwicklung von Konzepten der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten dienen soll. In folgendem Abschnitt werden die insgesamt 12 Kriterien aufgezählt und kurz erläutert (vgl. BZgA, 2011).

1. Konzeption, Selbstverständnis

Die Konzeption muss einen deutlichen Zusammenhang zur Gesundheitsförderung und/oder zur Prävention aufweisen. Zudem ist eine darauf begründete klare Formulierung des angestrebten Ziels von großer Wichtigkeit.

Die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit ist zudem ausdrückliche Intention des Konzeptes.

2. Zielgruppe

Sowohl eine präzise Eingrenzung als auch eine tatsächliche Erreichung der Zielgruppe ist zu empfehlen. Die möglichen Zielgruppen, die im Rahmen des Kooperationsverbunds erreicht werden sollen, sind zum einen sozial Benachteiligte, also Personen (und Angehörige, Freunde und Bekannte), die von niedrigen Einkommen, niedrigen beruflichen Status, mangelnder Schulbildung oder sonstigen schwierigen Lebenslagen betroffen sind, zum anderen können die Konzeptionen auch für Multiplikatoren ausgearbeitet sein.

3. Innovation und Nachhaltigkeit

In einem innovativen Programm können Herausforderungen durch die Verwendung von neuartigen Ideen und Methoden gelöst werden. Dabei ist zu beachten, dass diese individuell an die Rahmenbedingungen des Projektes angepasst sein müssen, um zu funktionieren. Häufig sind eher die kurzfristig ausgelegten Projekte von innovativem Charakter, doch auch kontinuierliche Programme können innovativ sein, wenn sie sich gesellschaftlichem Wandel anpassen und offen für Veränderungen sind.

4. Multiplikatorenkonzept

Ein Multiplikatorenkonzept ermöglicht die Einbindung und Qualifizierung der Multiplikatoren.

5. Niedrigschwellige Arbeitsweise

Die Zielgruppe wird mit Angeboten der sog. „Komm-Struktur“ meist nicht erreicht- die Hemmschwelle, aus dem vertrauten sozialen Umfeld herauszutreten und Kontakt mit sozial oft höher gestellten Multiplikatoren aufzunehmen, ist zu hoch. Doch gerade die Zielgruppe der sozial Benachteiligten benötigt gesundheitsfördernde Unterstützung. Aus diesem Grund sind niedrigschwellige Ansätze notwendig, die so konzipiert sind, dass sie im vertrauten Umfeld der Zielgruppe stattfinden (Settingansatz). Die Angebote

haben aufsuchenden Charakter, d.h. die Zielgruppe muss nicht den ersten Schritt machen, denn Multiplikatoren gehen direkt auf sie zu und versuchen, sie so früh wie möglich zu erreichen. Auch bürokratische und organisatorische Hürden werden z.B. durch zielgruppenorientierte Öffnungszeiten und unverbindliche Kursangebote verringert.

6. Partizipation

Die Zielgruppe wird dazu motiviert, Wünsche, Bedürfnisse und Kritik zu äußern und wird in Entscheidungsprozesse, Planung und Umsetzung der Angebote aktiv einbezogen. Häufig muss Partizipation zunächst schrittweise aufgebaut werden. Dabei ist es sehr wichtig, die Zielgruppe ausführlich zu informieren und ihre Wünsche, Anregungen und Bedürfnisse aufmerksam anzuhören.

7. Empowerment

Die eigenen Lebensbedingungen selbst gestalten und über seine Gesundheit bestimmen zu können, ist das Ziel von Empowerment. Dazu werden oftmals versteckte oder verschüttete persönliche und soziale Ressourcen der Zielgruppe gestärkt und genutzt. Das soziale und politische Umfeld der Zielgruppe beeinflusst die Gestaltungsmöglichkeiten der eigenen Lebenswelt und muss unbedingt beachtet werden.

8. Settingansatz

Als Setting wird ein „überschaubares sozial-räumliches System“ verstanden, „in dem Menschen ihren Alltagstätigkeiten nachgehen“ (BZgA, 2011, S.565). Ziel des Settingansatz ist es, die Lebenswelten der Menschen gesünder zu gestalten und den erreichten Standard zu erhalten. Vorteil des Ansatzes ist, dass sowohl verhältnis- als auch verhaltensorientierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung realisiert werden können.

9. Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung

In einem integrierten Handlungskonzept werden schon bei der Planung eines Projekts sowohl die Zielgruppe als auch alle das Projekt beeinflussende Akteure beteiligt und vernetzt. Systematische Kommunikation und Koor-

dination sind notwendig um eine optimale Zusammenarbeit und damit eine ganzheitliche Herangehensweise zur Problemlösung zu bewirken.

10. Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung

Qualität wird nicht mehr als ideales Endprodukt gehandhabt, sondern als ein Prozess, der immer wieder überprüft und verbessert werden muss.

Auch ein Angebot der Gesundheitsförderung muss durch Qualitätsmanagement und Qualitätsentwicklung in allen Bereichen ständig auf neue Herausforderungen überprüft, angepasst und optimiert werden.

11. Dokumentation und Evaluation

Jedes Angebot muss in seinen Eigenschaften, Aktivitäten und Ergebnissen analysiert und bewertet werden. So können Stärken und Schwächen sichtbar gemacht werden, was für die Verbesserung des Angebotes nützlich ist.

12. Kosten-Nutzen-Relation

Nach der Kosten-Nutzen-Relation sind gesundheitsfördernde Interventionen dann besonders erfolgreich, wenn „der nachgewiesene Nutzen die entstehenden/entstandenen Kosten übertrifft bzw. aufwiegt“ (BZgA, 2011, S.560). Dieser Nachweis ist in der Gesundheitsförderung allerdings nur sehr selten möglich, da sich viele Posten wie z.B. Lebensqualität oder gewonnene Lebensjahre nicht in Geldgrößen umrechnen lassen. Deshalb wird häufig die Kosten-Wirksamkeitsanalyse angewandt, die auch die erwähnten nichtmonetären Kriterien berücksichtigt.

3.2 Spezielle Anforderungen an Programme für die Zielgruppe sozial benachteiligte Schwangere

Über die besonderen Ansprüche an ein Gesundheitsförderungsprogramm für die Zielgruppe sozial benachteiligter Schwangerer gibt es nur wenige wissenschaftliche Erkenntnisse. Folgende zwei Veröffentlichungen haben sich mit den Bedarfen der Zielgruppe sozial benachteiligter Schwangerer bzw. sozial benachteiligter Familien mit Kindern von 0-6 Jahren beschäftigt:

In einem Forschungsprojekt, das 2008 vom *Verbund Hebammenforschung* der Fachschule Osnabrück durchgeführt wurde, wurden 30 teilstrukturierte Interviews mit der Zielgruppe und mit acht Familienhebammen durchgeführt, um den Bedarf der Zielgruppe sozial benachteiligter schwangerer Mädchen und Frauen zu analysieren (vgl. Knorz, Sayn-Wittgenstein, 2008, S. 3).

Eine Expertise von Dorit Sterzing im Auftrag des *Deutschen Jugendinstituts (DJI)* gibt einen Überblick über bestehende Programme für Familien mit Kindern zwischen 0 und 6 Jahren mit dem Schwerpunkt sozialer Benachteiligung. Die Ergebnisse werden im ersten Teil der Expertise programmübergreifend zusammengefasst und im zweiten Teil einzeln profiliert (vgl. Sterzing, 2011, S. 8ff.).

Im Folgenden werden mit Hilfe der beschriebenen Studien zunächst die speziellen Anforderungen zur Gestaltung des Zugangs und anschließend zur Beschaffenheit des Inhalts abgeleitet.

3.2.1 Gestaltung des Zugangs

Um wirksame Programme für die Zielgruppe zu schaffen, ist es unerlässlich, die Situation der werdenden Mütter genau zu betrachten und stets mögliche Ängste und Schamgefühle zu berücksichtigen (vgl. Geene, Wolf-Kühn, 2012).

Die zu erreichenden Frauen leiden - wie in Punkt 2.3 beschrieben – unter zahlreichen Überlastungserscheinungen unterschiedlichster Art. Aus diesem Grund muss das entsprechende Programm alltagsnah gestaltet werden. Wenn die zusätzlichen Anforderungen durch das Projekt auf ein Minimum reduziert werden können und es unkompliziert in den Alltag eingebaut werden kann, so ist die Chance größer, dass die Zielgruppe das Programm nicht als weitere Belastung empfindet. Unter anderem spielen hier räumliche und zeitliche Aspekte eine Rolle: Nutzerinnenfreundliche Öffnungszeiten und vertraute Räumlichkeiten, die sich in der nahen Umgebung der Frauen befinden, sind gute Möglichkeiten, die Zugangshürde für die Zielgruppe zu senken (vgl. Sterzing, 2011, S.28).

Auch unkomplizierte Rahmenbedingungen beeinflussen die alltagsnahe Gestaltung. Sind die Angebote offen und zeitnah verfügbar und zudem mit nur wenigen bis gar keinen formalen Anforderungen verbunden, so sinken die Zugangshürden. Sind neben dem direkten Zugang zum Programm auch weitere Zugänge möglich,

wie beispielsweise die Vermittlung durch andere Einrichtungen oder die Überleitung vom Jugendamt, so können mehr Frauen erreicht werden (vgl. Hartmann o.J., S. 4f.).

Die Möglichkeit einer freiwilligen Teilnahme wird in der Literatur als wichtig eingeschätzt, vor allem die Option, aus dem Programm wieder aussteigen zu können. Auch die Möglichkeit einer anonymen Kontaktaufnahme verringert Zugangsbarrieren (vgl. Sterzing, 2011, S. 29).

Der Kostenfaktor hat einen großen Einfluss auf die Inanspruchnahme eines Projektes. Idealerweise ist ein Programm mit keinen bzw. nur geringen Kosten verbunden. Falls Gebühren erhoben werden, dann sind regelmäßige kleine Beträge günstiger als eine einmalige, hohe Summe. Bei Bedarf sollte eine Erlassung bzw. eine Reduktion der Kosten möglich sein, die entsprechende Antragsstellung auf Stiftungsmittel sollte entweder übernommen oder unterstützend begleitet werden. Generell wird ein offener Umgang mit dem Thema Kosten und Befreiungsmöglichkeiten empfohlen. Wenn Teilnehmer erst nach den Möglichkeiten der Kostenreduzierung fragen müssen, ist das eine zu große Hürde. Im Einzelgespräch ist stets ein sensibler und rücksichtsvoller Umgang mit dem Thema Kosten zu beachten (vgl. Sterzing, 2011, S. 26f.).

Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt zur Erleichterung der Zugangswege zu den Projekten, ist die Verbesserung der Transparenz. Das Forschungsprojekt des *Verbunds Hebammenforschung* deckte eine bestehende Konkurrenz verschiedener Programme auf, die sich zuungunsten der Zielgruppe auswirkte. So wird auf bereits bestehende Informations- und Unterstützungsangebote nicht ausreichend hingewiesen, was bei der Zielgruppe zu einem deutlichen Informationsdefizit führt. Auf eine bessere Verknüpfung und mehr Transparenz der Projekte ist also zu achten (vgl. Knorz, Sayn-Wittgenstein, 2008, S.6).

3.2.2 Gestaltung des Programminhaltes

Viele der zu erreichenden Frauen haben bereits Stigmatisierung erlebt und deshalb auch bezüglich des Programminhaltes ein großes Bedürfnis nach Normalität. Andererseits sind die zu bewältigenden Schwierigkeiten und Entwicklungsaufgaben bei sozial benachteiligten Teilnehmerinnen zum Teil stärker ausgeprägt, zu-

dem kommen andere Probleme wie Isolation und Armut noch dazu. So sollte ein wirksames Angebot einerseits individuell auf die speziellen Problemlagen der Zielgruppe eingehen, andererseits nur teilweise von der Normversorgung abweichen (vgl. Knorz, Sayn-Wittgenstein, 2008, S.6 und Sterzing, 2011, S. 30).

Generell sollte eine wertschätzende und ressourcenorientierte Haltung jederzeit eingehalten werden. Die Hürde, Programme der Gesundheitsförderung von sich aus in Anspruch zu nehmen, ist bei der Zielgruppe oft zu hoch. Aus diesem Grund ist ein zumindest teilweise aufsuchender Charakter sehr wichtig (Sterzing, 2011, S.32 f.).

Die professionellen Mitarbeiter des Angebotes sollten die Zielgruppe kennen und bereits Erfahrung mit ihr gesammelt haben. Die Zusammenarbeit mit Laien aus dem gleichen sozialen oder kulturellen Umfeld (z.B. Mütter aus dem Stadtteil) hat sich ebenso bewährt wie die Mitarbeit von Hebammen, Studierenden und Ehrenamtlichen, obwohl diese nicht immer aus dem gleichen Umfeld kommen (vgl. Sterzing, 2011, S. 33).

Der Aufbau und Lerninhalt des Angebotes unterscheidet sich nicht wesentlich von mittelschichtorientierten Programmen, allerdings ist der Anteil von Übungsanteil gegenüber dem Theorieteil höher, auf diese Weise bleibt mehr Raum zum Ausprobieren und Üben. Um auf Lese- und Schreibschwierigkeiten Rücksicht zu nehmen, sind verwendete Materialien klar strukturiert, auf schriftliche Aufgabenstellungen wird verzichtet. Die Möglichkeit, Programminhalte sowohl in ihrer Reihenfolge als auch Schwerpunktsetzung flexibel gestalten zu können, erleichtert die individuelle Anpassung an die Bedarfe der Teilnehmer (vgl. Sterzing, 2011, S.35).

Ob sich ein Einzel- oder Gruppensetting besser für die Zielgruppe eignet, hängt unter anderem vom Grad der Belastung der Teilnehmer ab. Je höher die Belastung, desto sorgfältiger sollte die Begleitung und desto kleiner die Gruppe ausfallen. Zwischen einem Einzelsetting –oft bestehend aus Hausbesuchen- und dem Gruppenangebot existieren verschiedene Varianten, die je nach Bedarf eingesetzt werden können. Beispielsweise können neben regelmäßigen Gruppentreffen Begleitungen zu Behördenterminen oder Arztbesuchen organisiert werden. Das Gruppensetting hat den Vorteil, dass ein thematischer Austausch mit „Gleichgesinnten“ stattfinden kann und neue Netzwerke gebildet werden können (vgl. Sterzing, 2011, S.32; Sayn-Wittgenstein, Knorz, Lange, 2012).

Über die optimale Dauer eines Programmes können bislang keine Aussagen getroffen werden. Ein Grund dafür ist der entstehende Widerspruch zwischen optimaler Programmdauer zur Erreichung der angestrebten Ziele und niedrighschwelliger Gestaltung: Je länger ein Angebot andauert, desto höher ist zwar die Wahrscheinlichkeit für nachhaltige Veränderungen, doch ebenso wächst die Schwierigkeit, die Zielgruppe für eine Teilnahme zu gewinnen.

Wenn auch über die Programmdauer keine Empfehlungen gegeben werden können, so wird ein damit verbundener Aspekt für wichtig erachtet: Um weiterhin zur Teilnahme am Angebot zu motivieren, bieten viele bestehende Projekte Nachholangebote an, anstatt Versäumnisse zu sanktionieren (vgl. Sterzing, 2011, S.34 f.).

3.3 Mögliche Anreize für eine verbesserte Nutzungsrate

Ob bestimmte Anreize die Zielgruppe sozial Benachteiligter (positiv) beeinflussen können, an präventiven Gesundheitsförderungsprogrammen teilzunehmen, darüber existieren bis heute nur vereinzelte wissenschaftliche Erkenntnisse. Eine der wenigen deutschen Studien zu diesem Thema wurde 2003 bis 2004 von Nina Heinrichs durchgeführt. Sie untersuchte die Auswirkungen der beiden Anreize „Bezahlung“ und „Setting“ auf Rekrutierung, Teilnahme und Effektivität eines Elterntrainings in sozial benachteiligten Stadtgebieten. Die Erhebung fand in 15 Kindertagesstätten (Kitas) in sozialen Brennpunkten der Stadt Braunschweig statt. Die Kitas wurden dafür zunächst randomisiert in die Kombinationen *Einzeltraining/bezahlt*, *Einzeltraining/unbezahlt*, *Gruppentraining/bezahlt* und *Gruppentraining/unbezahlt* eingeteilt. Anschließend wurde in den Kitas der jeweiligen Kombination entsprechend drei Monate für das Elterntraining geworben. Während das Setting keinen Einfluss auf die Rekrutierungsrate hatte, wurde diese jedoch durch den finanziellen Anreiz signifikant gesteigert. Auch die Anwesenheitsrate beim ersten Treffen war bei Teilnehmern mit der Bezahlungsstrategie deutlich höher. In den weiteren Sitzungen übte die Rekrutierungsstrategie aber keinen Einfluss mehr auf die Anwesenheitsrate aus (vgl. Heinrichs, Krüger, Guse, 2006, S.98ff.). Die Bezahlung hatte also einen positiven Einfluss auf die Teilnehmeranzahl; entgegen Vermutungen konnte man jedoch besonders schwer beeinträchtigte Eltern durch die Bezahlung nicht besser zu einer Teilnahme motivieren. Auf die kurzfris-

tige Wirksamkeit des Trainings wirkte sich die Bezahlung nicht aus, dafür aber das Setting: Das Einzeltraining zog mehr positive Veränderungen im Erziehungsverhalten nach sich als das Gruppentraining (vgl. Heinrichs, Krüger, Guse, 2006, S.105).

Angesichts der Studienergebnisse kam man zu dem Schluss, dass die Bezahlung von sozial benachteiligten Eltern zu empfehlen ist, wenn die Gewinnung einer größeren Teilnehmeranzahl sozial Benachteiligter erreicht werden soll (vgl. Heinrichs, Krüger, Guse, 2006, S.106).

Bei der Zielgruppe der beschriebenen Erhebung handelt es sich zwar nicht um schwangere Frauen, dennoch lassen sich zumindest die Ergebnisse der Einflüsse von monetären Anreizen auf die Zielgruppe dieser Arbeit übertragen, da im vorliegenden Zusammenhang bei beiden Fällen das Merkmal „soziale Benachteiligung“ im Vordergrund steht.

Auch ohne fundierte wissenschaftliche Erkenntnisse sind kleine Anreize wie z.B., Gutscheine, Geschenke fürs Baby in Programmen für sozial benachteiligte (werdende) Familien in zahlreichen Programmen oft vorgesehen, besonders gemeinsame Mahlzeiten bei Gruppenangeboten erfreuen sich großer Beliebtheit (vgl. Sterzing, 2011, S.28f.).

3.4 Gesundheitsförderungsprogramme für die Zielgruppe in der Hansestadt Hamburg

3.4.1 Überblick

Tabelle 1 gibt einen Überblick über Gesundheitsförderungsprogramme für sozial benachteiligte Schwangere in Hamburg. Während der Recherche nach relevanten Programmen entstand zunächst der Eindruck, dass in Hamburg eine große Fülle von Projekten für sozial benachteiligte Schwangere existiert. Nach genauerer Sondierung kamen viele Angebote jedoch nicht mehr in Betracht, da sie oft erst nach dem Ende der Schwangerschaft ansetzen und die Schwerpunkte auf der Versorgung und Gesundheitsförderung des Säuglings bzw. der Mutter liegen. Viele soziale Einrichtungen wie z.B. *pro familia Hamburg* bieten Information und Beratung für die Zielgruppe. Da es sich bei den Beratungsstellen um kein eigentliches

Gesundheitsförderungsprogramm handelt, werden diese im Überblick nicht berücksichtigt.

Die in der Tabelle aufgelisteten sechs Angebote sind ausgenommen des „Kinderkompetenzteams“ auf einen oder mehrere Stadtteile begrenzt. Im Programm „Kinderkompetenzteam“ wird die Zielgruppe allerdings zusätzlich eingegrenzt auf suchtgefährdete und –kranke Schwangere. Das Programm „Andere Umstände“ ist vor allem für junge Schwangere im Alter von 16-23 Jahren ausgelegt. Das Projekt „Mum- Mama und mehr“ spricht zunächst alle schwangeren Frauen an, unabhängig ihrer Belastungssituation. Besonders belastete Schwangere erhalten dann intensivere Hilfe, wenn dies erforderlich ist. Drei Angebote sind nach den zwölf Kriterien guter Praxis als Good-Practice-Beispiele ausgezeichnet. Keines der aufgeführten Programme endet bei der Geburt des Kindes, Mutter und Kind werden bei Bedarf mindestens bis zum Ende des ersten Lebensjahres unterstützt. Strukturelle Gemeinsamkeiten aller aufgelisteten Programme sind die Vernetzung mit anderen Einrichtungen, der überwiegend kostenlose Charakter, die unkomplizierte Teilnahme und ihre aufsuchenden Elemente.

„ADEBAR“ und das Programm „Familienhebammen im Kinder- und Familienzentrum (KiFaZ) Barmbek-Süd“ zeichnen sich u.a. durch den Einsatz von Familienhebammen aus, mit dem Kinder- und Familienzentrum in Barmbek ist zudem ein sehr etablierter und beliebter Angebotsort gefunden. Das Projekt „andere Umstände“, das eng mit dem KiFaZ Barmbek zusammenarbeitet, kann mit seiner Gästewohnung schnelle und praktische Hilfe in Notsituationen bieten.

Die Familienlotsen im Rahmen des „familienNetzwerk Hamm“ helfen nicht nur bei der Vernetzung mit Hilfeeinrichtungen, sondern entwickeln und stärken zusammen mit der Zielgruppe deren „natürliches Netzwerk“, bestehend aus persönlichen Bindungen zu Freunden, Verwandten und Nachbarschaft (vgl. BZgA, 2011, S. 56). Das Projekt „Mum-Mama und mehr“ nutzt die Zusammenarbeit mit drei Frauenarztpraxen im Stadtteil für die erste Kontaktaufnahme mit der Zielgruppe.

Name	Bezirk/ Stadtteil	Intention	Zielgruppe	Aspekte der Niedrigschwellig- keit	Good Practice	Internetpräsenz
ADEBAR	Mitte und Altona: Stadtteile St. Pauli und Altona- Altstadt	Stärkung der sozialen und gesundheit- lichen Situa- tion Verbesserung der Kompetenzen	sozial be- nachteiligte Schwangere und Familien mit Kinder bis zu 10 Jahren	Offene Angebots- struktur und vielsei- tige Angebotsgestal- tung aufsuchender Cha- rakter Kooperation mit anderen Einrichtun- gen des Stadtteils Ansprechpersonen sowohl aus Sozial- pädagogik als auch Gesundheitsförde- rung	ja	http://www.adebar-hamburgaltona.de/
Familienheb- ammen im KiFaZ Barm- bek-Süd	Hamburg- Nord: Stadt- teil Barm- bek-Süd	Kompetenz- stärkung Stabilisie- rung der Eltern-Kind- Bindung	Eltern in Belastungs- situationen, Begleitung von Schwanger- schaft bis Ende des ersten Le- bensjahres	Etablierter Ange- botsort unkomplizierte und unverbindliche Teilnahme Kombination aus Komm- und Geh- struktur bedarfsorientierte, kostengünstige bzw. kostenlose Angebo- te Fremdsprachen- kenntnisse der Hebammen, bzw. Einsatz von Dolmet- schern	ja	http://www.barmbek-basch.info/einrichtung/kifaz/familienhebben
Andere Um- stände	Hamburg- Nord Stadtteile:	Chancen- verbesserung junger	Für schwang- ere Frauen bzw. Mütter	Enge Vernetzung mit sozialen Einrich- tungen im Stadtteil	nein	http://www.aue-hamburg.de/

	Barmbek-Süd, Barmbek-Nord, Dulsberg, Winterhude	Schwangerer, Mütter und deren Kinder Erreichbarkeit der Zielgruppe für ganzheitliche Unterstützung Entwicklung von Selbsthilferessourcen	im Alter von 16-23 Jahren in belasteten Situationen	Kostenlose Angebote Vielfältiges Beratungs- und Betreuungsangebot Gästewohnung Kombination aus Komm- und Gehstruktur		
Familienlotsen im Rahmen des familien-Netzwerk Hamm	Hamburg-Mitte Stadtteil: Hamm	Ressourcenorientierte Netzwerkaktivierung der Teilnehmer Förderung personaler Ressourcen Stärkung von Netzwerken Förderung des Gesundheitszustands der Zielgruppe	sozial benachteiligte Familien, alleinerziehende Mütter, Schwangere, Teenagermütter, Mütter mit psychischen Problemen	Kostenlose Angebotsstruktur aufsuchender Charakter langfristige persönliche Ansprechpartner unkomplizierte Anmeldung	ja	http://familiennetzwerk-hamm.de/index.php/beratung-fuer-familien.html
KiKo Hamburg (Kinderkompetenzteam von jugend hilft jugend Hamburg)	ganz Hamburg	Kompetenzstärkung Verbesserung der Lebensbedingungen von Eltern und Kinder	Suchtgefährdete und suchtkranke Schwangere und Familien in Hamburg	Kostenlose Angebotsstruktur Kooperation mit anderen Einrichtungen	nein	http://www.jugendhilft-ju-gend.de/de/verein/KiKo/

Mum-Mama und mehr (Altona)	Altona und St. Pauli	Aufbau eines niedrig-schwelligen, psychosozialen Frühwarnsystems Frühe Identifizierung von Schwangeren in belasteten Lebenslagen	alle Schwangeren	Kooperation u.a. mit Frauenärztinnen, Hebammen, sozialen Einrichtungen, Behörden Kombination aus Komm- und Gehstruktur Kostenlose Angebotsstruktur Unkomplizierte Teilnahme	nein	http://www.mamaundmehr.net/index.html

Tabelle 1: Überblick über Gesundheitsförderungsprogramme für sozial benachteiligte Schwangere in Hamburg
Quelle: selbst erstellt, mit verwendeten Daten aus der Internetpräsenz der aufgeführten Programme und BZgA, 2011

Von allen aufgelisteten Programmen bestehen ADEBAR und Familienhebammen im KifaZ Barmbek-Süd am längsten (seit 2001 bzw. 1998) und sind auch deshalb in Hamburg sehr etabliert. Aus diesem Grund werden sie im Folgenden exemplarisch näher beschrieben.

3.4.2 Familienhebammen im Kinder- und Familienzentrum Barmbek-Süd

Das Familienhebammenprojekt im KiFaZ Barmbek-Süd wurde 1998 mit dem Ziel initiiert, sozial benachteiligte Schwangere, Mütter und Familien zu unterstützen (vgl. Barmbek°Basch e.V., 2008, S.10).

Das Projekt ist Bestandteil des Kinder- und Familienzentrums in Barmbek-Süd. Die zwei eingestellten Familienhebammen arbeiten eng mit den Mitarbeitern des KiFaZ zusammen, daneben bestehen zahlreiche Kooperationen u.a. mit sozialen Diensten, Ärzten sowie Hebammen. Mit den Kooperationspartnern finden regelmäßige Treffen statt, um das gesundheitliche Versorgungsnetz der Zielgruppe weiter zu verbessern. Dabei können die Familienhebammen auch als Mittler fun-

gieren, da sie in ihrer Arbeit einen großen Einblick in die Situation der Zielgruppe erhalten.

Angebote des Programms sind zum einen die allgemeine Beratung rund um Schwangerschaft und Geburt, Kursangebote und Hausbesuche, die Hebammen leisten zudem aber auch spezielle Unterstützung bei besonders schweren Belastungen wie z.B. bei psychischen Erkrankungen. Da das Programm für alle Bewohner offen zugänglich ist, bei Bedarf jedoch auch intensivere Hilfe geleistet werden kann, wird die Vernetzung der Stadtteilbewohner untereinander unterstützt, Ausgrenzung und Stigmatisierung können verringert werden (vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., 2007, S.5).

Das Familienhebammenprojekt zeichnet sich besonders durch seine niedrigschwellige Arbeit aus. Das KiFaZ ist als Anlaufstelle im Stadtteil inzwischen sehr bekannt und beliebt. Diese Tatsache kommt auch dem Projekt selbst zugute: Die Hemmschwelle einer ersten Kontaktaufnahme sinkt, zudem kann die Zielgruppe früh erreicht werden, da viele Mädchen und Frauen das KiFaZ bereits vor der ersten Schwangerschaft kennen und besuchen.

Die Teilnahme an den Angeboten ist sowohl kostenlos bzw. kostengünstig, freiwillig und ohne umständliches Anmeldeverfahren möglich. Durch die Fremdsprachenkenntnisse der Hebammen und den Einsatz von Dolmetschern werden Sprachbarrieren abgebaut (vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., 2007, S.4).

3.4.3 ADEBAR

Das Familienprojekt ADEBAR wurde im Jahr 2001 als eines von zehn Hamburger „Schnittstellenprojekten“ zur Förderung der Kinder- und Jugendhilfe im Stadtteil gegründet. Seit 2004 wird ADEBAR vom Bezirksamt Altona finanziert (vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., 2005, S.2; Hartmann, 2012). Zielgruppe sind Schwangere und Familien mit Kindern im Alter von 0-12 Jahren in den Stadtteilen St. Pauli –Süd und Altona-Altstadt (vgl. Hartmann, o.J., S.6).

St. Pauli-Süd und Altona-Altstadt sind zwei Stadtteile mit sehr ungünstigen Sozialdaten: Einkommensschwachheit, Kinder- und Jugendarmut und ein hoher Anteil an Arbeitslosen- und Sozialhilfeempfänger prägen St. Pauli-Süd. Viele Frauen sind noch sehr jung, wenn sie ihr erstes Kind bekommen und der Anteil an Ein-

Eltern-Familien ist hoch. Charakteristisch für den Stadtteil sind seine Vergnügungsbetriebe, die viele teilweise negative Auswirkungen für die (werdenden) Familien mit sich bringen (vgl. Hartmann, 2012; Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., 2005, S.2).

ADEBAR verfolgt das Ziel, eine bessere soziale und gesundheitliche Situation der Zielgruppe in den beiden Stadtteilen zu schaffen und deren Ressourcen zu stärken. Dieses Ziel wird mit den vier Arbeitsbereichen „soziale Stadtteilentwicklung“, „Familienhebammen-Angebot“, „Familien-Café“ und „familiäre Krisenhilfe“ verfolgt (vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., 2005, S.3).

Im Bereich der sozialen Stadtentwicklung werden Bedarfe und Ressourcen der Bewohner ermittelt, partizipative Teilhabe an neuen Planungen und Realisierungen im Stadtteil wird ermöglicht.

Das Familiencafé ist ein offener Raum für Schwangere, Mütter und Väter mit ihren Kindern, in dem sie Information und Beratung z.B. durch sozialpädagogische Fachkräfte erhalten und zudem in Kontakt mit anderen Stadtteilbewohnern treten können. Im Café besteht auch die Möglichkeit, sich mit einer Familienhebamme in Verbindung zu setzen.

Die familiäre Krisenhilfe leistet bedarfsgerechte, zeitnahe Hilfe während akuter Krisensituationen der Zielgruppe; Eskalation und eine Verfestigung der Problemlage sollen so vermieden werden.

Betreuung und Unterstützung für Frauen und Familien während der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr des Kindes bietet das Familienhebammenprojekt. Kursangebote wie Geburtsvorbereitung, Babymassage und Muttergruppen richten sich an alle (werdenden) Mütter in den Stadtteilen, aufsuchende Hilfe in Form von Hausbesuchen nur an Frauen in einer besonderen Belastungssituation (vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., 2007, S.3; Hartmann, o.J., S.6f.).

Die Familienhebammen arbeiten eng mit den Sozialpädagogen von ADEBAR zusammen, zudem nehmen sie regelmäßig am „Runden Tisch Altona-St. Pauli“ teil, den verschiedene Experten und Fachkräfte aus Arztpraxen, Krankenhäuser, sozialen Einrichtungen, Beratungsstellen zum Austausch und zur Weiterbildung nutzen. Um die Zielgruppe erreichen zu können, versucht ADEBAR in verschiedenen Bereichen im Stadtteil präsent zu sein und unterschiedliche Zugänge über Kooperationspartner, Freunde und Verwandte zu schaffen. Die Anmeldung für die aus-

nahmslos kostenlosen Angebote ist unbürokratisch und unkompliziert, die Teilnahme unverbindlich. ADEBAR wurde 2006 mit dem Deutschen Präventionspreis ausgezeichnet (vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., 2007, S.4; Hartmann, o.J., S.6).

4 Anlaufstellen

Folgendes Kapitel stellt erste Ansätze dar, inwiefern Anlaufstellen in Hamburg dafür genutzt werden können, schwangere Frauen in sozialer Benachteiligung an geeignete Gesundheitsförderungsprogramme zu vermitteln. Im Projekt „Pro Kind“, das in Niedersachsen, Bremen und Sachsen angeboten wird, beschäftigte man sich ausführlich mit der Erreichbarkeit sozial benachteiligter Schwangerer mit Hilfe von Anlaufstellen. Die Ergebnisse werden in 4.1 näher beschrieben.

Da das Fehlen finanzieller Mittel für einen Großteil der Zielgruppe eine bedeutende Rolle spielt, werden in dieser Arbeit die Anlaufstellen für finanzielle Hilfen besonders berücksichtigt. Der Überblick in 4.2 dient der Orientierung, welche wichtige finanzielle Unterstützung wo beantragt werden kann. Nicht alle dieser Anlaufstellen sind für eine Vermittlung gleich gut geeignet, wie 4.2.1 erläutert. Am Ende des Kapitels veranschaulicht ein fiktives Fallbeispiel, wie die erfolgreiche Vermittlung durch die Anlaufstelle „Jobcenter“ idealerweise aussehen könnte.

4.1 Erreichung der Zielgruppe über Anlaufstellen

Wie sozial benachteiligte Schwangere optimal über Anlaufstellen wie z.B. Beratungsstellen und Jobcenter erreicht werden können, darüber existieren bis jetzt nur wenige Erhebungen und Erkenntnisse. Im Rahmen des Modellprojekts „Pro Kind“, ein Unterstützungsangebot zur ganzheitlichen Förderung von erstgebärenden Schwangeren in schwieriger sozialer Lage in Niedersachsen, Bremen und Sachsen, wurde sich intensiv mit der Erreichbarkeit durch Anlaufstellen auseinandergesetzt. Dabei wird zwischen folgenden zwei Fragestellungen unterschieden:

1. Wie können die Kooperationspartner dazu motiviert werden, die Zielgruppe in ihrem Umfeld an das Programm zu empfehlen?

2. Wie können die Kooperationspartner die Zielgruppe effektiv zu einer tatsächlichen Teilnahme am Projekt motivieren?

Zur ersten Frage wurden folgende Hypothesen gebildet:

Um die möglichen Kooperationspartner zur Weiterempfehlung an ein Projekt anzuregen, müssen diese von der Sinnhaftigkeit und vom Nutzen des Projektes überzeugt sein. Desweiteren sollte diese Weiterempfehlung kurz und unkompliziert geschehen können, ohne dass der übliche Arbeitsablauf dabei gestört wird. Aus diesen Gründen hat „Pro Kind“ Materialien wie Informationsflyer für die Zielgruppe, Flyer für die Multiplikatoren und eine Multiplikatorenmappe entwickelt, die den Vermittlern zur Verfügung stehen. Auch die Möglichkeit eines gegenseitigen Austausches von Informationen und Anliegen zwischen Kooperationspartner und Programmkoordinatoren wird als wichtig erachtet (vgl. Maier-Pfeiffer, Pfeiffer, 2006, S.12ff.; Refle, 2009, S.51).

Im Rahmen des Modellprojektes „Pro Kind“ wurde eine Multiplikatorenbefragung durchgeführt, die Erkenntnisse über die Erreichbarkeit der schwangeren Frauen mit Hilfe von Anlaufstellen schaffen sollte. Dazu wurden mögliche Kooperationspartner wie Jobcenter, Hebammen und Schwangerenberatungseinrichtungen zu ihrer Empfehlungsrate und den evtl. Hinderungsgründen einer Weiterempfehlung befragt. Zudem sollte ermittelt werden, wie die möglichen Kooperationspartner am besten über das Programm informiert werden sollten, damit sie das Programm möglichst oft an die Zielgruppe weiterempfehlen. Die genutzten Informationswege bestanden dabei aus: Informationsveranstaltung, Flyer, persönliches Anschreiben, persönliches Gespräch, Kollegen, Vorgesetzte und Medien (vgl. Brand, Jungmann, 2010, S.109f.).

Die höchste Empfehlungsrate der insgesamt 127 „aktiven Multiplikatoren“, also derjenigen Befragten, die in der Vergangenheit bereits mindestens eine Frau an das Projekt weiterempfohlen hatten, war mit 52% bei den Jobcentern zu vermerken. Am seltensten empfahlen die Schwangerenberatungsstellen an „Pro Kind“ weiter (7%). Die Empfehlungsraten sind unabhängig davon, wie viele der Frauen letztlich tatsächlich in das Projekt aufgenommen wurden.

Über den optimalen Weg, die Multiplikatoren über das Projekt zu informieren konnten bei der Befragung keine Erkenntnisse gewonnen werden. Weder ein per-

sönliches Gespräch noch die Kombination aus mehreren verschiedenen Informationsarten hatte –anders als angenommen- Einfluss auf das Empfehlungsverhalten. Als größter Hinderungsgrund wurde mangelndes Interesse auf Seiten der Zielgruppe genannt (vgl. Brand, Jungmann, 2010, S.111f.).

Je länger die möglichen Kooperationspartner über das Programm informiert wurden, desto höher fiel die Weiterempfehlungsrate aus. Das lässt darauf schließen, dass die Multiplikatoren Zeit benötigen, um das Programm kennenzulernen, sich ausreichend von seinem Nutzen überzeugen zu können und es dann schließlich auch weiterzuempfehlen (vgl. Brand, Jungmann, 2010, S.113).

Um die Zielgruppe selbst zu einer Teilnahme am Projekt zu motivieren, reicht ein einfacher Hinweis auf das Projekt meist nicht aus, da die Schwelle zum nächsten Schritt für die Zielgruppe immer noch zu hoch ist. Aus diesem Grund entwickelte man bei „Pro Kind“ eine geschlossene Vermittlungskette: Die Multiplikatoren belassen es nicht dabei, die schwangeren Frauen über „Pro Kind“ zu informieren und ihnen eine Teilnahme anzuraten, sondern vermitteln sie direkt an zuständige Mitarbeiter von „Pro Kind“. Dafür unterschreiben die Frauen eine Einverständniserklärung, die die Multiplikatoren in der obengenannten Multiplikatorenmappe finden. Die Mitarbeiter des Projektes stellen anschließend zunächst telefonischen Kontakt her auf den ggf. ein persönliches Informationstreffen folgt. Somit kann die Zielgruppe von der Anlaufstelle direkt in das Projekt eingegliedert werden, ohne dass sie an Schwellen wie eine selbst initiierte erste Kontaktaufnahme scheitern muss (vgl. Refle, 2009, S.50f.).

4.2 Anlaufstellen für finanzielle Hilfen

Bei dem Großteil der Schwangeren Frauen in sozialer Benachteiligung spielt der Mangel an finanziellen Mitteln eine bedeutende Rolle. Aus diesem Grund sollen im Nachfolgenden die wichtigsten Hilfen beschrieben werden, die die Betroffenen beantragen können. Tabelle 2 stellt eine Übersicht über die relevantesten finanziellen Unterstützungsangebote dar. Außer im Falle des Wohnberechtigungsscheins handelt es sich bei den aufgelisteten Leistungen um Geldzahlungen.

Was?	Wo?	Wie viel?	Wann?	Wer?	Bedingungen/ Sonstiges
Wohngeld	Wohngeld- stelle des Bezirks- amtes	kein einheitlicher Betrag	Antrag ab der 13. SSW. mit dem Mutter- pass oder Schwanger- schaftsattest	Personen mit niedrigen Ein- kommen, aber keinen ALGII Bezug	Kein Wohngeld bei Bezug von ALGII/ Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunter- halt oder andere Transferleistung mit Berücksichti- gung der Kosten für die Unterkunft
Wohnungsberechti- gungsschein, Dring- lichkeitsschein	Bezirksamt	Wohnungsberechti- gungsschein: Berechtigung zum Bezug einer Sozial- wohnung Dringlichkeitsschein: bei wohnlicher Notsi- tuation	Antrag ab der 13. SSW.	Jede Schwange- re, deren Ein- kommen eine festgelegte Obergrenze nicht überschrei- tet	Für ALG II Emp- fängerinnen: nied- rigere qm-Größen als vom Woh- nungsamt berech- tigt
Schwangeren- Mehrbedarf	Jobcenter	17% der Regelleis- tungen aus ALGII	Antrag ab der 13. SSW.	ALGII/Sozialhilfe -Bezieherinnen & Schwangere mit geringem Einkommen (auch Studen- tinnen und Auszubildende)	
Erstausstattung („Ba- bypauschale“ und Schwangerschaftsbe- kleidung)	Jobcenter	500€ „Baby- pauschale“ 120€ Schwanger- schaftsbekleidung	Antrag ab der 13. SSW.	ALG II-Bezieher U. U. auch, wenn kein ALG II bezogen wird	Bei Leistungsfä- higkeit Zahlungs- verpflichtung des Vaters möglich Bei nächster Ge- burt innerhalb drei Jahre nur 50%ige Zahlung der Erst- ausstattung
Mutterschaftsgeld	Kranken- kasse	<ul style="list-style-type: none"> Durchschnittl. Nettoeinkommen der letzten drei Monate Bei Arbeits- losigkeit: Höhe des ALGI Bei geringfügig 	Antrag frühestens in der 33. SSW. (erst dann Aus- stellung der Bescheini- gung über	Nur für Frauen in einem Arbeits- /Heimarbeitsver- hältnis bzw. bei Bezug von ALGI	Bescheinigung über errechneten Geburtstermin von Frauenärztin not- wendig Wird anteilig von der Krankenkasse

		Beschäftigten: bis zu 13€ am Tag	voraussichtl. Geburtster- min		und vom Arbeitge- ber bezahlt Privat- oder Fami- lien-versicherte: Beantragung beim Bundesversiche- rungsamt
Hilfeleistungen aus der Bundesstiftung für Mutter und Kind	Einrichtun- gen des Caritas- Verbandes, Diakoni- schen Wer- kes, Sozial- dienst ka- tholischer Frauen	2011 in Hamburg durchschnittlich 549€	Antrag ab Beginn der Schwan- gerschaft mit dem Mutterpass oder Schwanger- schaftsattest	Beantragung von jeder Schwangeren ohne Einkünfte oder mit gerin- gem Einkommen möglich	Auszahlung nach der 15. Schwan- gerschaftswoche Nur in Verbindung mit einer sozialen Beratung

Tabelle 2: wichtige finanzielle Hilfen für sozial benachteiligte Schwangere in Hamburg

Der Wohnungsberechtigungsschein ist notwendig, um eine Sozialwohnung beziehen zu können. Ausgestellt wird der Schein in Hamburg gegen eine Gebühr von 8,50-20€ in den Bezirksämtern. Bedingung ist, dass bestimmte Einkommens-Obergrenzen nicht überschritten werden. Schwangere in einer wohnlichen Notsituation, z.B. wenn sie von Obdachlosigkeit bedroht sind, haben ab der 13.

Schwangerschaftswoche zudem die Option, einen sog. Dringlichkeitsschein zu beantragen. Das Einwohneramt hilft in diesem Fall bei der Suche nach einer geeigneten Wohnung (vgl. hamburg.de GmbH & Co. KG, 2013; pro familia, 2010, S.23 f.).

Schwangere mit niedrigem Einkommen, die aber kein Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, keine Hilfe zum Lebensunterhalt oder andere Transferleistung mit Berücksichtigung der Kosten für die Unterkunft beziehen, können Wohngeld beantragen. Mit dem Wohngeld werden nicht die vollständigen Wohnkosten gedeckt, es handelt sich um einen Mietzuschuss. So gehört zu den Voraussetzungen der Nachweis über regelmäßige Einnahmen, mit denen der sonstige Lebensunterhalt zuzüglich einem Anteil der Wohnungskosten gedeckt werden kann (vgl. pro familia, 2010, S.45; Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt, 2013, S.1f.).

Frauen in einem Arbeits- oder Heimarbeitsverhältnis erhalten während der Mutterschutzfrist das sogenannte Mutterschaftsgeld, das dem durchschnittlichen Nettoeinkommen der letzten drei Monate entspricht. Bei der Mutterschutzfrist handelt es

sich um einen Zeitraum von sechs Wochen vor dem errechneten Geburtstermin und acht Wochen (bei Früh- und Mehrlingsgeburten zwölf Wochen) nach der Entbindung. In der Zeit vor der Entbindung darf freiwillig weitergearbeitet werden, nach der Geburt gilt innerhalb der Schutzfrist ein Beschäftigungsverbot. Bei Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung zahlt die Krankenkasse während der Schutzzeit 13 Euro pro Kalendertag, der Arbeitgeber kommt für die Differenz auf. Für die Beantragung des Mutterschaftsgeldes bei der Krankenkasse lässt sich die Schwangere sieben Wochen vor dem errechneten Geburtstermin eine entsprechende Bescheinigung bei der Gynäkologin ausstellen, die sie dann zusammen mit dem Antrag auf Mutterschaftsgeld bei ihrer Krankenkasse einreicht.

Im Falle einer privaten Krankenversicherung oder einer Familienversicherung muss der Antrag auf Mutterschaftsgeld beim *Bundesversicherungsamt* gestellt werden. Das Mutterschaftsgeld besteht dann aus einer einmaligen Zahlung von höchstens 210 Euro (vgl. pro familia, 2010, S. 8f.).

Wie in 2.4.2 beschrieben, können Schwangere mit geringem oder gar keinem Einkommen Unterstützung durch die *Bundesstiftung Mutter und Kind* beantragen. Nach Bewilligung des Antrags wird ein einmaliger Geldbetrag ausgezahlt, der für notwendige Dinge im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt z.B. für Schwangerschaftskleidung und Wickeltisch genutzt werden soll. Der Antrag muss in Hamburg vor der Geburt in Verbindung mit einer sozialen Beratung beim *Caritas-Verband*, beim *Diakonischen Werk* oder beim *Sozialdienst katholischer Frauen* gestellt werden. Auf die Gelder der Bundesstiftung gibt es keinen Rechtsanspruch (vgl. pro familia, 2010, S.23).

Frauen, die Arbeitslosengeld II beziehen und auch Studierende und Auszubildende, die nur über ein geringes Einkommen verfügen, können ab der 13. Schwangerschaftswoche den sog. Schwangerenmehrbedarf beantragen. Dieser beträgt 17% der aktuellen Regelleistung und kann mit Hilfe des Mutterschutzpasses im Jobcenter angefordert werden (vgl. pro familia, 2010, S.21, 25; Studierendenwerk Hamburg, 2012).

Zusätzlich zum Mehrbedarf haben schwangere Arbeitslosengeld II-Bezieherinnen und Schwangere mit niedrigen Einkommen die Möglichkeit, eine Erstausrüstung für das Baby inklusive Möbel wie Kinderbett, Hochstuhl usw. und Geld für Um-

standskleidung, für den Stillbedarf und den Aufenthalt im Krankenhaus zu erhalten. Die Erstausrüstung bei Schwangerschaft setzt sich aus 500€ „Babypauschale“ und 120€ Umstandsbekleidung zusammen und wird ebenso im Jobcenter beantragt. Die Auszahlung der „Babypauschale“ erfolgt in drei Teilbeträgen: 200€ vor, 130€ bei und 170€ nach der Geburt des Kindes. Grundsätzlich besteht ein Anspruch auf die Erstausrüstung auch bei den nächsten Schwangerschaften. Erfolgen diese aber innerhalb drei Jahren nach der letzten Entbindung, so werden in der Regel nur 50% der Pauschale ausgezahlt, da davon ausgegangen wird, dass die Ausstattung der vorhergegangenen Schwangerschaft noch teilweise vorhanden und brauchbar ist. Ist der Vater des Kindes leistungsfähig, kann er unter Umständen für die Leistungen der Erstausrüstung herangezogen werden (vgl. pro familia, 2010, S.22; Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, 2009).

4.2.1 Geeignete Anlaufstellen für die Eingliederung in Gesundheitsförderungsprogramme

Um effektive Verbesserungen im Gesundheitsverhalten und in den Gesundheitsverhältnissen der Zielgruppe erreichen zu können, ist es wichtig, diese so früh wie möglich während der Schwangerschaft zu erreichen (Trummer, Pilz, 2000, S.167). In Tabelle 2 sind die Zeitpunkte der Antragstellung und so in der Regel auch die erste Kontaktaufnahme mit den jeweiligen Einrichtungen übersichtlich dargestellt. Demnach eignet sich die Krankenkasse nur bedingt dazu, die Zielgruppe möglichst früh zu erreichen und in ein Gesundheitsförderungsprojekt einzugliedern. Der Antrag auf Mutterschaftsgeld kann erst ausgestellt werden, wenn die Schwangere einen Bescheid über den voraussichtlichen Entbindungstermin vorlegen kann, dieser wird von Gynäkologen und Hebammen frühestens in der 33. Schwangerschaftswoche ausgestellt. Zudem haben nur Frauen in einem Arbeits- oder Heimarbeitsverhältnis bzw. bei Bezug von Arbeitslosengeld I Anspruch auf Mutterschaftsgeld, die in der Arbeit beschriebene Zielgruppe ist teilweise aber auf Transferleistungen wie Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld angewiesen. Ein bedeutender Teil der Betroffenen kann also über die Beantragung von Mutterschaftsgeld bei der Krankenkasse nicht erreicht werden. Für die Beantragung des

Geldes ist des Weiteren gar kein Besuch bei der Krankenkasse notwendig, der Antrag kann über den Postweg eingereicht werden. Das erschwert die Kontaktaufnahme mit der Zielgruppe zusätzlich (vgl. pro familia, 2010, S.8).

Auch der Antrag für das Wohngeld kann über den Postweg oder über eine andere Person mit Bevollmächtigung abgewickelt werden, das entsprechende Antragsformular ist im Internet verfügbar (vgl. Bezirksamt Hamburg-Mitte, 2012).

Bei der Beantragung des Wohnberechtigungs- und des Dringlichkeitsscheines ist ein persönliches Erscheinen „in der Regel notwendig“ (Bezirk Hamburg-Mitte, o.J.). Allerdings ist der Antrag auf Wohngeld, für den Wohnberechtigungs- und Dringlichkeitsschein nicht nur an die Zielgruppe der sozial benachteiligten Schwangeren gerichtet, so können viele Bewohner mit einem niedrigen Einkommen Wohngeld beantragen (vgl. Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, 2009). Diese Tatsache macht ein gezieltes Ansprechen der Schwangeren auf entsprechende Gesundheitsförderungsprogramme organisatorisch schwierig.

Der Schwangeren-Mehrbedarf und die Erstausrüstung bei Schwangerschaft sind dagegen passgenau mit der Zielgruppe „Schwangere in sozialer Benachteiligung“, zumal diese finanziellen Hilfen sowohl Frauen zur Verfügung stehen, die Arbeitslosengeld II oder andere Transferleistungen beziehen als auch jenen, die nur ein geringes Einkommen verzeichnen können. Dazu gehören auch schwangere Studentinnen und Auszubildende, die auf viele Gelder keinen Anspruch haben (z.B. dürfen sie in der Regel kein Arbeitslosengeld II beziehen, Studentinnen haben oft keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld). Die Anlaufstelle „Jobcenter“ kann also zur Gewinnung der Zielgruppe unter Umständen günstig sein (vgl. pro familia, 2009, S.25f.)

Auch die Einrichtungen, in denen Hilfeleistungen aus der *Bundesstiftung für Mutter und Kind* beantragt werden können, sind für die Erreichung der Zielgruppe geeignet: Da die Antragstellung mit einer vorausgehenden sozialen Beratung verknüpft ist, besteht ein direkter persönlicher Kontakt mit der Zielgruppe, der zur Sensibilisierung für geeignete Gesundheitsförderungsprojekte genutzt werden kann. Die Hilfeleistungen der Bundesstiftung sind für **alle** Schwangeren mit geringen bis gar keinen Einkünften gedacht. An der großen Anzahl von Frauen, die 2011 in Hamburg Unterstützung beantragt und erhalten haben (siehe 2.4.2.), wird das Potenzial deutlich, das diese Anlaufstellen zur Gewinnung der Zielgruppe bereithalten.

Einen Schwachpunkt stellt der Zeitpunkt der tatsächlichen Kontaktaufnahme dar. Der mögliche Termin, an dem die Frauen Kontakt mit den Einrichtungen aufnehmen können, ist theoretisch früh: Sobald ein Schwangerschaftstest oder ein Mutterspass ausgestellt wurde, können die Frauen einen Antrag auf Stiftungsgelder stellen. Viele tun dies in der Praxis aber erst zu fortgeschrittener Schwangerschaft (78% erst nach der 20. Schwangerschaftswoche, siehe 2.4.2). Die Gegebenheit, dass die tatsächliche Kontaktaufnahme mit den Anlaufstellen in der Realität oft viel später stattfindet, stellt jedoch auch bei allen anderen vorgestellten Anlaufstellen ein Problem dar.

Die Anlaufstellen „Jobcenter“ und „Einrichtungen zur Beantragung von Hilfeleistungen der *Bundesstiftung Mutter und Kind*“ eignen sich organisatorisch gesehen folglich am besten, um die Zielgruppe sozial benachteiligter Schwangerer zu erreichen. Sie sollen deshalb als Kontaktmöglichkeit näher betrachtet werden. Im folgenden Kapitel werden erste Ansatzmöglichkeiten und ihre Bedingungen erläutert, um die Zielgruppe mit Hilfe der genannten Anlaufstellen erreichen zu können.

4.2.2 Jobcenter und Anlaufstellen für die Beantragung finanzieller Mittel der Bundesstiftung Mutter und Kind als mögliche Multiplikatoren

Damit eine erfolgreiche Vermittlung der Zielgruppe zustande kommen kann, müssen wie in 4.2 beschrieben zunächst die Mitarbeiter der Anlaufstellen dafür motiviert werden, als Multiplikatoren zu fungieren. Dafür ist es wichtig, die möglichen Multiplikatoren sorgfältig über das Programm zu informieren und konkrete Nutzen für die Zielgruppe aufzuzeigen. Da die Multiplikatorenbefragung im Rahmen von „Pro Kind“ keinen positiven Einfluss eines bestimmten Informationsweges herausfinden konnte, sind persönliche Gespräche nicht immer notwendig und können in einigen Fällen ggf. auch durch effizientere Wege wie z.B. E-Mail ersetzt werden (vgl. Brand, Jungmann, S.113).

Wichtig für die Aktivierung der Multiplikatoren im Jobcenter oder in den Anlaufstellen für die Stiftungsgelder ist zudem die Tatsache, dass sie trotz Vermittlungsaufgabe ihren normalen Arbeitsablauf beibehalten können, der Prozess muss also unkompliziert sein und darf keinen großen Zeitaufwand erfordern. Für einen erleichterten Vermittlungsvorgang ist es sinnvoll, wenn das Gesundheitsförderungs-

programm, an das vermittelt werden soll, passendes Material konzipiert und zur Verfügung stellt. Dieses kann z.B. Checklisten, Kontaktadressen, verschiedene Flyer für Multiplikatoren und Zielgruppe und ein vorgefertigtes Formular für eine schriftliche Einverständniserklärung beinhalten.

Um die Multiplikatoren möglichst nachhaltig für die Vermittlung zu gewinnen, sollten Mitarbeiter des Kooperationsprogramms zeitnah erreicht werden können, um akut auftretende Fragen schnell und unkompliziert beantworten zu können. In diesem Zusammenhang ist zu überlegen, einen Mitarbeiter des Programms eigens für diese Aufgabe zu bestimmen und zu schulen, damit ein persönlicher Ansprechpartner zur Verfügung steht.

Ein weiterer Aspekt für eine nachhaltige Kooperation ist die regelmäßige Absprache über Neuigkeiten und Änderungen. Im Rahmen eines runden Tisches o.ä. kann Raum für Kontaktaustausch und Besprechungen von Schwierigkeiten aber auch Erfolgserlebnissen geschaffen werden. Damit die Multiplikatoren das Programm und seine Arbeit/Mitarbeiter nicht nur in der Theorie kennenlernen, können Interessierte in die Einrichtungen eingeladen werden.

Um die Zielgruppe selbst für eine Teilnahme am Projekt zu motivieren, genügt es meist nicht –wie die Erfahrungen bei „Pro Kind“ gezeigt haben- sie über das Programm zu informieren und zur Teilnahme anzuregen. Sinnvoller scheint es, die gewünschten Teilnehmer bereits bei der ersten Kontaktaufnahme mit den Anlaufstellen „abzuholen“, so dass keine zusätzlichen Schwellen überwunden werden müssen. Bei „Pro Kind“ geschieht dies über die in 4.2. beschriebene „geschlossene Vermittlungskette“ (vgl. Refle, 2009, S.50f.).

Eine solche wäre auch für die Vermittlung an ein Gesundheitsförderungsprojekt in Hamburg denkbar. Folgendes fiktives Beispiel soll veranschaulichen, wie eine Vermittlung im Jobcenter ablaufen könnte:

Eine junge Frau kommt ins Jobcenter in Hamburg-Altona. Sie ist im sechsten Monat schwanger und bezieht Arbeitslosengeld II. Nun möchte sie sich über finanzielle Hilfen informieren, die ihr ab der Schwangerschaft zustehen. Die zuständige Sachbearbeiterin erläutert der Schwangeren zunächst deren Unterstützungsmöglichkeiten, erklärt, worauf sie beim Ausfüllen der Formulare achten muss und welche Unterlagen benötigt werden. Da das Jobcenter mit dem Familienprojekt ADEBAR in enger Kooperation steht, kennt die Sachbearbeiterin das Programm und

vermutet, dass es für die junge Frau geeignet sein könnte. Sie erzählt der Frau von ADEBAR und dem zugehörigen Familienhebammenprojekt und gibt ihr einen Flyer, den Mitarbeiter von ADEBAR eigens für diesen Zweck entworfen haben. Die Angesprochene zeigt Interesse am Programm, sie wusste nichts von der Möglichkeit kostenloser Beratungsgespräche und –besuche einer Hebamme. Die Angestellte des Jobcenters erwähnt, sie könne mit Einverständnis der Interessentin deren Kontaktdaten an ADEBAR weiterleiten, die dortigen Mitarbeiter würden sich dann innerhalb weniger Tage für ein erstes Beratungsgespräch telefonisch melden. Die junge Frau akzeptiert den Vorschlag und unterschreibt die Einverständniserklärung. Anschließend nimmt sie ihre Dokumente und den ADEBAR-Flyer und verabschiedet sich. Die Sachbearbeiterin schickt eine E-Mail mit den Kontaktdaten der Frau an ihren Ansprechpartner bei ADEBAR. Schon am nächsten Tag vereinbaren Mitarbeiter des Familienhebammenprojekts einen Termin mit der jungen Schwangeren.

5 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, Möglichkeiten zu finden, wie sozial benachteiligte schwangere Frauen besser für entsprechende gesundheitsfördernde Programme erreicht werden können. Dazu wurden wichtige Kriterien untersucht, wie die Zielgruppe einerseits für eine Teilnahme sensibilisiert und motiviert sowie andererseits eine erhöhte Wirksamkeit des Programminhalts erreicht werden kann.

Die Zielgruppe selbst nach ihren Wünschen an Gesundheitsförderungsprogramme zu fragen, ist ein wichtiges Instrument, um die Motivation zur Teilnahme zu erhöhen. Hierzu gibt es bis jetzt zu wenige Erhebungen. Um auf solidere Aussagen zurückgreifen zu können, sind weitere Befragungen nötig. Ein beachtenswertes Ergebnis aus der von der Hochschule Osnabrück durchgeführten Befragung ist, dass die Zielgruppe sich mehr für die verschiedenen Entwicklungsstadien ihres ungeborenen Kindes interessierten als für Informationen über die Geburt. Diese Erkenntnis könnte für eine passgenaue Konzeption berücksichtigt werden. In Gruppenkursen sollte den Teilnehmern zudem genug Zeit gegeben werden, sich aussprechen zu können. Um den Wunsch nach Normalität zu verwirklichen, ist

eine alltagsnahe Gestaltung von Vorteil, die unter anderem mit Hilfe vertrauter Räumlichkeiten und Nutzerinnen-freundlicher Öffnungszeiten geschaffen wird. Die –idealerweise kostenlosen- Angebote sollten offen und zeitnah verfügbar, sowie mit so wenig formalem Aufwand wie möglich verbunden sein. Ein teilweise aufsuchender Charakter des Programmes ist sinnvoll.

Ob mit speziellen Anreizen die effektive Teilnahme erhöht werden kann, ist nur unzureichend erforscht. Erste Studien zur Bezahlung als Anreizmethode zeigen, dass die Anwesenheitsrate bei bezahlten Kursteilnehmern zwar steigt, die Bezahlung aber weder die weitere Teilnahme noch die Wirksamkeit des Kurses beeinflusst.

In Hamburg gibt es sechs Gesundheitsförderungsprojekte für sozial benachteiligte Schwangere, drei davon sind nach den Kriterien guter Praxis ausgezeichnet. Vor allem ADEBAR in St. Pauli und Altona-Altstadt und die Familienhebammen im KiFaZ Barmbek-Süd sind in den jeweiligen Stadtteilen inzwischen sehr etabliert.

Damit eine möglichst große Anzahl der Zielgruppe erreicht werden kann, bieten sich bestimmte Anlaufstellen an, die viele der Frauen im Laufe ihrer Schwangerschaft aufsuchen. Dies trifft besonders auf Anlaufstellen für finanzielle Hilfen zu. Vor allem die Jobcenter und die Anlaufstellen zur Beantragung von Unterstützung der *Bundesstiftung Mutter und Kind* scheinen für eine Vermittlerfunktion geeignet zu sein: Sie können die Zielgruppe theoretisch relativ früh während der Schwangerschaft erreichen, des Weiteren werden sie von einer großen Anzahl der Frauen aufgesucht. Bei beiden Anlaufstellen besteht ein direkter Kontakt mit der Zielgruppe, der zur Vermittlung an entsprechende Gesundheitsförderungsprojekte genutzt werden kann. Wie diese Vermittlung aussehen könnte, zeigt das fiktive Fallbeispiel am Ende des letzten Kapitels. Es handelt sich hierbei natürlich um eine sehr idealistische Darstellung. Vor allem die Phase der Motivierung bis hin zur Unterschreibung der Einverständniserklärung erfordert ein großes Ausmaß an Sensibilität, Gesprächstechnik und Überzeugungsvermögen eines geschulten und motivierten Sachbearbeiters.

Um eine Vermittlung dieser Art tatsächlich zu realisieren, bedarf es neben der Schulung engagierter Kräfte vieler weiterer Aufgaben: Die richtigen Ansprechpartner müssen gefunden, Schulungskonzepte, Flyer und Informationsmaterialien

entwickelt, Finanzierungsfragen geklärt und ein Prozessschema muss ausgearbeitet werden, um nur einige der zu erledigenden Notwendigkeiten zu nennen.

Sicherlich existieren auf Seiten der Anlaufstellen weitere zu klärende Bedingungen, Schwierigkeiten aber auch Ressourcen, die für Außenstehende nicht sichtbar sind. Zudem gilt es, ein geeignetes Gesundheitsförderungsprogramm zu finden, an das vermittelt werden kann. Dies könnte eventuell Schwierigkeiten bereiten, da viele Programme auf Grund von Ressourcenknappheit, Unterbesetzung und Stellenabbau ausgelastet sind und keine große Anzahl an Betroffenen mehr aufnehmen können. Darüber hinaus müssen zudem die Rahmenbedingungen und Entwicklung einer begleitenden Evaluation festgelegt werden.

Doch auch wenn noch viele Aufgaben zu bewältigen sind: Angesichts der bestehenden Bedarfe und der großen Anzahl von Betroffenen, die die genannten finanziellen Anlaufstellen erreichen, sollte das Potenzial von Jobcenter und Anlaufstellen für finanzielle Hilfen der *Bundesstiftung Mutter und Kind* als Vermittlerfunktion unbedingt genutzt werden.

Literatur

Armbruester H (2006): Einfluss der Tätigkeit der Mütter auf die Klassifikation der Neugeborenen nach Schwangerschaftsdauer und Gewicht. Analyse des Neugeborenenkollektivs der Bundesrepublik Deutschland der Jahre 1995-1997. http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000002017 Stand: 1.11.2012.

Barmbek°Basch e.V. (2008): Barmbek°Basch. Zentrum für Kirche, Kultur und Soziales. Konzept des neuen Stadtteilzentrums in Barmbek-Süd. Kurzfassung. http://www.barmbek-basch.info/sites/default/files/konzept_barmbekbasch.pdf Stand 07.01.2013.

Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (2009): Arbeitshilfe zu § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII. Erstausrüstungen für Bekleidung einschließlich bei Schwangerschaft und Geburt vom 01.02.2009 (Gz. SI 213 / 112.21-6). <http://www.hamburg.de/basfi/ah-sgbxii-kap03-28/1114582/ah-sgbxii-31-2-erstausruestung-bekleidung.html> Stand 11.01.2013.

Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt (2013): Allgemeine Fragen und Antworten zum Wohngeld. <http://www.hamburg.de/contentblob/2001712/data/wohngeldfragen.pdf> Stand 10.01.2013.

Bergmann K.E., Bergmann R.L., Ellert U., Dudenhausen J.W. (2007): Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), in: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2007, 50. Jg, Nr. 5-6, S. 670-676.

Bezirk Hamburg-Mitte (o.J.): Allgemeine Wohnungsangelegenheiten, Wohnberechtigungsschein. <http://www.hamburg.de/mitte/allgemeine-wohnungsangelegenheiten/> Stand 25.01.2013.

Bezirksamt Hamburg-Mitte (2012): Informationsblatt über öffentlich geförderte Mietwohnungen, Wohnberechtigungsschein und Dringlichkeitsschein. 5.geänderte Auflage. Hamburg: o.V.

Blümel S., Lehmann F. (2010): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=a1d528c54a8a62c58f59ea9ecd3674ec&id=angebote&idx=141> Stand 16.11. 2012.

Brand T., Jungmann T.(2010): Zugang zu sozial benachteiligten Familien. Ergebnisse einer Multiplikatorenbefragung im Rahmen des Modellprojekts „Pro Kind“, in: Prävention und Gesundheitsförderung, 5.Jg, Nr. 2, S.109-114.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011): Bundesstiftung „Mutter und Kind-Schutz des ungeborenen Lebens“. Sozialdatenstatistik 2011. http://www.bundesstiftung-mutter-und-kind.de/fileadmin/inhalt_dokumente/PDF_final_endgueltige_Sozialdatenstatistik2011.pdf Stand18.01.2013.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (o.J.): Bundestiftung Mutter und Kind. Ziel und Zweck. <http://www.bundesstiftung-mutter-und-kind.de/ziel-und-zweck.html> Stand 04.11.2012.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Hrsg. 2011): Gesundheitsförderung konkret, Band 5. Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. 5. erweiterte und überarbeitete Auflage 2011. Köln: o.V.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Hrsg. 2009): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Eine Studie im Auftrag des Bundesverbands der pro familia, gefördert durch die BZgA. Köln: o.V.

Böhnisch L.(2003): Pädagogische Soziologie. Eine Einführung. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Dangschat J.S. (2011): Soziale Ungleichheit, in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.), Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7. völlig neu überarbeitete und aktualisierte Auflage 2011. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S.814-815

Dudenhausen J.W., Obladen M., Grab D., Pschyrembel W. (2011): Praktische Geburtshilfe. Mit geburtshilflichen Operationen. 21., erweiterte Auflage 2011. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co.KG.

Ehlert U. (2004): Einfluss von Stress auf den Schwangerschaftsverlauf und die Geburt. In: Psychotherapeut 2004, 49.Jg.,Nr.5, S.367-376.

Geene R., Wolf-Kühn N. (2012): Kindervorsorge-U´s und Frühe Hilfen – die Sicht sozial benachteiligter Mütter. Vortrag. Kongress Armut und Gesundheit. Berlin, 10.03.2012.

http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Vortrag_Geene_WolfKuehn_KongressAG2012.pdf 19.01.2013.

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (2005): Good Practice in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Adebar - Beratung und Begleitung für Familien. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/adebar/> Stand 08.01.2013.

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (2007): Good Practice in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Familienhebammen im Kinder- und Familienzentrum (KiFaZ) Barmbek-Süd. <http://www.gesundheitliche->

chancengleichheit.de/good-practice/familienhebammen-im-kinder-und-familienzentrum-kifaz-barmbek-sued/ Stand 07.01.2013.

hamburg.de GmbH & Co. KG (2013): Behördenfinder der Freien Hansestadt Hamburg. Wohnberechtigungsbescheinigungen.
<http://www.hamburg.de/behoerdenfinder/hamburg/11268748/> Stand 10.01.2013.

Hartmann M. (2012): ADEBAR. Hintergrundinfos. http://www.adebar-hamburgaltona.de/start_fs.html Stand 08.01.2013.

Hartmann M. (o.J.): Frühe Hilfen für Schwangere und Familien – Anforderungen an Angebotsgestaltung, niedrigschwellige Zugänge und interdisziplinäre Kooperation. http://www.fes.de/integration/pdf/080626_Hartmann.pdf Stand 19.01.2013.

Haverkamp F. (2008): Gesundheit und soziale Lebenslage, in: Huster E.-U., Boeckh J., Mogge-Grotjahn H. (Hrsg.), Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 320-334.

Heinrichs N., Krüger S., Guse U. (2006): Der Einfluss von Anreizen auf die Rekrutierung von Eltern und auf die Effektivität eines präventiven Elternprogramms, in: Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 35. Jg., Nr.2, S.97-108.

Hoßmann I., Lettow M., Münz R. (2009): Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Demographische Analysen, Konzepte, Strategien. Glossar.
http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Glossar/pdf_Glossar_MK.pdf
Stand 17.11.2012.

Hradil S. (2006): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter M., Hurrelmann K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S.33-52.

Hradil S. (2005): Soziale Ungleichheit in Deutschland. 8. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Iben G. (2002): Soziale Benachteiligung, in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.), Fachlexikon der sozialen Arbeit. 5. Auflage 2002. Frankfurt am Main: Eigenverlag, S.853-854.

Keller R., Radtke T., Füllemann D., Krebs H., Hornung R. (2009): Rauchen in der Schwangerschaft. Tabakmonitoring-Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum. Zürich: o.V.

Knorz B., Sayn-Wittgenstein F. z. (2008): Wer, wie, was, wieso, weshalb, warum...? Was brauchen sozial benachteiligte schwangere Mädchen und Frauen? In: Gesundheit Berlin (Hrsg.), Dokumentation 14. Bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin: o.V., S. 1-8.

Lampert T., Hagen C., Heizmann B. (2010): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: Robert Koch Institut.

Lampert T., Mielck A. (2008): Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik, in: Gesundheit und Gesellschaft-Wissenschaft (GGW),8.Jg., Nr.2, S.7-16.

Laue E. (2011): Minderjährige Schwangere in Deutschland. Statistische Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen und Geburten, in: BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. Sonderheft 2011.

Mackenbach J.P. (2006): Health Inequalities: Europe in Profile. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. London: Department of Health.

Maier-Pfeiffer A., Pfeiffer C. (2006): Frühe Förderung von Kindern aus sozial

benachteiligten Familien. Das Projekt Pro Kind Niedersachsen, in: Kerner H.-J.; Marks E. (Hrsg.), Internetdokumentation Deutscher Präventionstag. Hannover. <http://www.praeventionstag.de/html/GetDokumentation.cms?XID=148> 14.01.2013.

Mielck A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Huber.

Mielck A. (2003): Projekte für mehr gesundheitliche Chancengleichheit: Bei welchen Bevölkerungsgruppen ist der Bedarf besonders groß? In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Hrsg.), Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Band 22. Köln: o.V., S.10-19.

pro familia-Bundesverband (2008): Fakten & Hintergründe für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Jugendschwangerschaften in Deutschland-II. http://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/fakten_Hintergruende_Jugendschwangerschaften2.pdf Stand 21.01.2013.

pro familia, Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung, Landesverband Hamburg e.V. (Hrsg. 2010): Was alles auf mich zukommt. Leitfaden für Schwangere. 14.Auflage 2010. Hamburg:o.V.

Refle M. (2009): Zugang zu sozial benachteiligten Eltern. Das Landesprojekt Pro Kind in Sachsen, in: Henry-Huthmacher C., Hoffmann E. (Hrsg. 2009), Wie erreichen wir Eltern? Aus der Praxis für die Praxis. Sankt Augustin/Berlin: o.V., S.45-52.

Richter M., Hurrelmann K. (2006): Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen, in: Richter M., Hurrelmann K. (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S.11-31.

Sayn- Wittgenstein F. z., Knorz B., Lange U. (2012): Soziale Benachteiligung und Schwangerschaft- Was wissen wir über die Bedürfnisse der Frauen? Vortrag. Kongress Armut und Gesundheit. Berlin, 10.03.2012.

http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Vortrag_Lange_KongressAG2012.pdf Stand 18.01.2013

Schleußner E. (2011): Fetale Programmierung, in: Schneider H., Husslein P., Schneider K.-T., die Geburtshilfe. Berlin: Springer Verlag. S. 617-632.

Siegmund-Schultze E., Kielblock B., Bansen T. (2008): Schwangerschaft und Geburt: was kann die Krankenkasse tun? Eine sozioökonomische Analyse der Bedürfnisse von KKH-versicherten Frauen in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt und Babyzeit, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 13.Jg, Nr.4, S.210-215.

Simoes E., Kunz S., Bosing-Schwenkglens M., Schwoerer P., Schmahl F.W. (2003): Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge-ein Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen und Aspekte der Effizienz. Untersuchung auf der Basis der Perinatalerhebung Baden-Württemberg 1998-2001.

http://www.geqik.de/fileadmin/Dateien/publikationen/Inanspruchnahme_der_Schwangerenvorsorgeuntersuchung.pdf Stand 19.01.2013.

Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2012): Arbeitsmarkt in Zahlen, Bestand an Personen mit Mehrbedarf für Schwangere. Hannover: o.V.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2012): Gebiet und Bevölkerung- Geborene und Gestorbene.

http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab3.asp Stand 04.11.2012.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2012): Statistisches Jahrbuch 2011/2012. Hamburg: o.V.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig Holstein (2006): Statistik informiert...Nr. 126/2006. Minderjährige Mütter und Schleswig-Holstein 2005. Anteil an allen geborenen Kindern bei einem Prozent. http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/SI06_126_F.pdf Stand 04.11.2012.

Statistisches Bundesamt (o.J.): Lebenserwartung in Deutschland. Durchschnittliche und fernere Lebenserwartung nach ausgewählten Altersstufen. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/LebenserwartungDeutschland.html> Stand 21.01.2013.

Statistisches Bundesamt (2012a): Alter der Mutter. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMutterAlterBundeslaender.html> Stand 4.11.2012.

Statistisches Bundesamt (2012b): Gesundheit. Schwangerschaftsabbrüche 2011. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/RechtlicheBegrueendung.html> Stand 21.01.2013.

Sterzing D. (2011): Präventive Programme für sozial benachteiligte Familien mit Kindern von 0-6 Jahren. Überblick über die Angebote in Deutschland. München: o.V.

Streich W. (2006): Vulnerable Gruppen: „Verwundbarkeit“ als politiksensibilisierende Metapher in der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit, in: Richter M., Hurrelmann K. (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 289-295.

Studierendenwerk Hamburg (2012): Leistungen für schwangere Studierende. http://www.studierendenwerkhamburg.de/studierendenwerk/de/familien-service/leistungen/Leistungen_fuer_schwangere_Studierende/Leistungen_fuer_schwangere_Studierende.php Stand 11.01.2013.

Trummer U., Pilz I.(2000): Entwicklung von Dokumentationsstandards für die Wiener Familienhebammen als Basis für Evaluation und Vergleich in europäischen Netzwerken, in: Dür W., Pelikan M. (Hrsg.), Gesundheit beobachten: Dokumentation und Berichterstattung als aufgabe der Gesundheitsförderung. Wien: Facultas-Universitätsverlag.

Verbund Hebammenforschung (2012): Soziale Benachteiligung und Schwangerschaft-Was wissen wir über die Bedürfnisse der Frauen? Ausgewählte Ergebnisse des Projekts: Erfassung des Bedarfs sozial benachteiligter schwangerer Mädchen und Frauen zur Entwicklung eines Gesundheitsförderungskonzepts. Berlin: o.V.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich 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 Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 25.01.2013

Sophia Schlamp