



Abschlussbericht

der Implementationsforschung zum Modellprojekt



Brand, T. & Jungmann, T. (2010)

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	2
Tabellenverzeichnis	3
I Übersicht und Kurzzusammenfassung	4
II Das Konzept der Implementationsforschung	7
III Das Modellprojekt Pro Kind	10
IV Ergebnisse der Implementationsforschung	16
1. Beschreibung des Projektverlaufs	16
1.1 Vorbereitungsphase	16
1.2 Pilotphase.....	17
1.3 Hauptphase	18
1.4 Fazit des Projektverlaufs	19
2. Gesellschaftlicher Kontext	20
2.1 Kommunenstruktur	20
2.2 Zielgruppenakquise	24
2.3 Ergebnisse der Multiplikatorenbefragung	27
2.4 Fazit zum gesellschaftlichen Kontext.....	32
3 Auswahl der Projektakteure	33
3.1 Auswahl und Zusammenarbeit mit den freien Trägern der Jugendhilfe.....	33
3.2 Auswahl der Familienbegleiterinnen.....	34
3.3 Fazit zur Auswahl der Projektakteure	37
4. Adaption der Programmmaterialien	38
4.1 Implementation der Programmmaterialien.....	39
4.2 Beurteilung durch die Familienbegleiterinnen und die Teilnehmerinnen	41
4.3 Fazit zur Materialadaption	44
5. Schulungen.....	45
5.1 Entwicklung und Durchführung des Curriculums	45
5.2 Beurteilungen durch die Familienbegleiterinnen.....	46
5.3 Fazit zu den Schulungen	48
6. Fachberatung und Fallbesprechung	49
6.1 Konzept der Fachberatung und Fallbesprechung.....	49
6.2 Umsetzung der Fachberatung und Fallbesprechung.....	50
6.3 Fazit zur Fachberatung und Fallbesprechung	50
7. Praktische Arbeit der Projektakteure	51
7.1 Verbleib der Teilnehmerinnen im Projekt.....	51
7.2 Umsetzung der Hausbesuche	54
7.3 Engagement und Zufriedenheit der Familien.....	57
7.4 Fazit zur praktischen Arbeit	60
8. Systeminterventionen	62
8.1 Programmtreue oder Flexibilität	62
8.2 Konkurrenz oder Marktsegmentierung	63
8.3 Gesundheit oder Soziales	64
8.4 Fazit zu den Systeminterventionen.....	65
V Fazit und Ausblick.....	66
Literatur.....	69

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Bereiche der Implementationsforschung (in Anlehnung an Fixen et al., 2005)	8
Abb. 2: Konzeptionelles Modell der Programmwirkung (in Anlehnung an Olds et al., 1999).....	13
Abb. 3: Kontaktnetzwerk (Mittelwert > 2,5, vierstufige Skala)	22
Abb. 4: Empfehlungsnetzwerk (Mittelwert > 2,5, vierstufige Skala).....	23
Abb. 5: Netzwerk Qualität der Zusammenarbeit positiv (Mittelwert > 3, vierstufige Skala).....	23
Abb. 6: Netzwerk Qualität der Zusammenarbeit negativ (Mittelwert < 2,5, vierstufige Skala)	24
Abb. 7: Verlauf der Zielgruppenakquise im Ist/Soll-Vergleich.....	25
Abb. 8: Zielgruppenakquise nach Kommune.....	26
Abb. 9: Zugangswege ins Modellprojekt Pro Kind (N=286).....	27
Abb. 10: Einschätzungen der Träger zum Projektverlauf (N=4)	33
Abb. 11: Arbeitszufriedenheit der Familienbegleiterinnen (N=20).....	36
Abb. 12: Häufigkeit des Einsatzes der Arbeitsmaterialien in den Hausbesuchen (N=3553)	40
Abb. 13: Implementation von PIPE und Beller & Beller (N=115).....	40
Abb. 14: Beurteilung der Programmmaterialien zu den einzelnen Themen (1 = sehr schlecht; 10 = sehr gut).....	42
Abb. 15: Einschätzung des Interesses und Verständnis des Material der Teilnehmerinnen durch die Familienbegleiterinnen (N=2834)	43
Abb. 16: Umgang und Beurteilung der Materialien durch die Teilnehmerinnen (N=100, 1 = nie, 4 = immer).....	43
Abb. 17: Beurteilung der Workshopeinheiten durch die Familienbegleiterinnen (N=22, 1 = gar nicht hilfreich, 7 = sehr hilfreich)	47
Abb. 18: Zufriedenheit der Familienbegleiterinnen mit den Workshops	47
Abb. 19: Verbleib der Teilnehmerinnen im Projekt (N=286, Stand 31.12.2009).....	52
Abb. 20: Gründe für die vorzeitige Teilnahmebeendigung (N=81)	53
Abb. 21: Relevanz einzelner Themen in den Hausbesuchen (N=22, 1 = gar nicht, 10 = immer).....	56
Abb. 22: Sicherheit/Kompetenz im Umgang mit den Themen (1 = sehr unsicher/wenig kompetent; 10 = sehr sicher/sehr kompetent).....	56
Abb. 23: Engagement während des Hausbesuchs	57
Abb. 24: Therapist Adherence Measure und Begleitungsbeziehung (N=94).....	58
Abb. 25: Zufriedenheit mit der Teilnahme (N=96)	59
Abb. 26: Einfluss des Begleitmodus auf die Beratungsbeziehung (N=87, $t_{(50,383)} = 1,882$, $p = 0,066$)....	60

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Erhebungsinstrumente der Implementationsforschung.....	9
Tab. 2: Kommunenstruktur.....	20
Tab. 3: Zentralitätsmaße der Netzwerkakteure.....	21
Tab. 4: Multiplikatorenstatus der Befragten.....	28
Tab. 5: Kontakthäufigkeit nach Institution/Beruf.....	28
Tab. 6: Empfehlungsrate nach Beruf/Institution.....	29
Tab. 7: Gründe für eine Kooperation (Skala 1-4).....	30
Tab. 8: Gründe gegen Weiterempfehlung (Skala 1-4).....	30
Tab. 9: Gründe gegen die Kooperation (Skala 1-4).....	31
Tab. 10: Gründe gegen eine Kooperation (gewichtet, Skala 1-4).....	31
Tab. 11: Soziodemographische Eigenschaften der Familienbegleiterinnen (N=24).....	34
Tab. 12: Teilnahmebeendigung und Stabilität der Personalsituation (N=150, $\chi^2_{(1)} = 4,896$, $p = 0,027$)	35
Tab. 13: Schulungsprogramm der Familienbegleiterinnen.....	45
Tab. 14: Gründe für die Nichtaufnahmen (N=185).....	51
Tab. 15: Teilnahmebeendigung und Gewalterfahrung während der Schwangerschaft (N=266, $\chi^2_{(1)} = 9,721$, $p = 0,002$).....	53
Tab. 16: Hausbesuchshäufigkeit und Dauer im Pro Kind/NFP-Vergleich.....	54
Tab. 17: Prozentualer Anteil der verbrachten Zeit in den einzelnen Domänen.....	55

I Übersicht und Kurzzusammenfassung

Hauptgegenstand der Implementationsforschung ist die Qualität der Programmumsetzung. Durch die Einbeziehung verschiedener Methoden und Datenquellen sowie unterschiedlicher Perspektiven der beteiligten Akteure werden Fragen, ob und wie es gelingt, ein Programm wie geplant umzusetzen und welche Faktoren zum Ge- bzw. Misslingen beitragen, beantwortet. Die Bedeutung der Implementationsforschung ergibt sich aus der empirischen Erkenntnis, dass auch bei sorgfältig konzipierten Programmen und besten Absichten der durchführenden Praktiker nur dann mit positiven Effekten zu rechnen ist, wenn eine hohe Umsetzungsqualität erzielt wird.

In dem vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der Implementationsforschung zum Modellprojekt Pro Kind in Niedersachsen präsentiert. Dabei handelt es sich um eine Adaption des amerikanischen Hausbesuchsprogramms Nurse-Family Partnership (NFP) für sozial benachteiligte erstgebärende Mütter und ihre Familien. In Deutschland sind Hebammen und Sozialpädagoginnen die Projektakteure im Feld, die die Familien in ca. zweiwöchigem Rhythmus zu Hause besuchen. Die Familienbegleitung orientiert sich an theoriebasierten Leitfäden. Sie beginnt in der Schwangerschaft und endet mit dem zweiten Geburtstag des Kindes. Der Projektverlauf wird beschrieben. Im Anschluss daran werden sieben Bereiche der Programmumsetzung differenziert betrachtet. Die zentralen Ergebnisse zu diesen insgesamt acht Gliederungspunkten werden an dieser Stelle für einen ersten Überblick kurz zusammengefasst.

1. Beschreibung des Projektverlauf: Im Februar 2006 ging das Modellprojekt in Braunschweig, Celle (Stadt und Landkreis), Göttingen, Hannover und Wolfsburg in die Pilotphase. Zu einem späteren Zeitpunkt kamen Garbsen und Laatzen hinzu. Die Adaption und Vorbereitung der Umsetzung des Modellprojekts erfolgte unter großen zeitlichen Druck. Im weiteren Projektverlauf erschwerte vor allem die große räumliche Streuung die Öffentlichkeitsarbeit und die Durchführung der intensiven Fachberatungen und Fallbesprechungen.
2. Gesellschaftlicher Kontext: Vorbehalte gegen die amerikanische Programmherkunft bei vielen Multiplikatoren und das randomisierte Kontrollgruppendesign erschwerten die Zielgruppenakquise. Des Weiteren wirkte sich die Existenz bereits etablierter Angebote mit einem ähnlichen Schwerpunkt in den ausgewählten Kommunen negativ auf die Aufnahmezahlen aus. Durch eine Verlängerung der Zielgruppenakquise konnten jedoch schließlich 85% der Zielzahlen ($n = 286$ von ursprünglich anvisierten $N = 336$ Frauen) erreicht werden, was bei einer hochrisikobelasteten Stichprobe als sehr zufriedenstellend bezeichnet werden kann.

3. Auswahl der Projektakteure: Auf kommunaler Ebene wurden für die Bereitstellung des sozialpädagogischen Personals freie Träger der Jugendhilfe als Kooperationspartner gewonnen. In der Programmumsetzung hatten diese allerdings eine passive Rolle, was Unzufriedenheit auslöste. Die Möglichkeiten der Personalauswahl waren insbesondere bei den Hebammen eingeschränkt. In den Begleitungsstandems, die aus Hebammen und Sozialpädagogin bestehen, wirkten sich häufige Personalwechsel negativ auf die Retention der Teilnehmerinnen aus.
4. Adaption der Programmmaterialien: Die Adaption der drei Handbücher sowie der weiteren Programmelemente erfolgte unter großem Zeitdruck, so dass eine optimale Qualität in der ersten Auflage nicht erreicht werden konnte. Überarbeitungen und Ergänzungen unter Einbeziehung der Familienbegleiterinnen erfolgen derzeit.
5. Schulungen: Die Entwicklung eines festen Curriculums für die Workshops zur Qualifikation der Familienbegleiterinnen ist noch nicht abgeschlossen. Dennoch wurden die Schulungen insgesamt von den Familienbegleiterinnen positiv bis sehr positiv eingeschätzt. Weitere Ergänzungen des Programms, die sich aus den Umsetzungserfahrungen ergeben, sind geplant.
6. Fachberatung und Fallbesprechung: Die Hintergrundbegleitung wurde von den Familienbegleiterinnen als ein sehr hilfreiches Programmelement wahrgenommen. Die räumliche Streuung der Standorte und die Beschäftigung der Familienbegleiterinnen in mehreren Arbeitsverhältnissen führten allerdings zu terminlichen Problemen bei der Durchführung der Fachberatung.
7. Praktische Arbeit der Projektakteure: Verglichen mit dem NFP-Programm ist die Ausfallrate in der Schwangerschaftsphase deutlich geringer (7% vs. 23%), für die Säuglingsphase vergleichbar (24% vs. 26%). Die Hausbesuchshäufigkeit (9 in der Schwangerschafts-, 17 in der Säuglingsphase im Mittel) und –dauer (im Mittel 83 Minuten) sowie der prozentuale Anteil verbrachter Zeit mit den einzelnen Themenbereichen (Domänen) entspricht größtenteils den NFP-Vorgaben. Das Engagement und die Zufriedenheit der Programmteilnehmerinnen werden sowohl von den Familienbegleiterinnen als auch von ihnen selbst positiv bis sehr positiv eingeschätzt, wobei sich Hinweise auf positive Verzerrungen der Ergebnisse im Sinne der sozialen Erwünschtheit zeigen.
8. Systeminterventionen: Für die langfristige Programmimplementation ergeben sich verschiedene Herausforderungen. Erstens stellt sich die Frage nach dem Umgang mit dem Spannungsfeld zwischen Flexibilität und Programmtreue. Zweitens stellt sich die Frage nach der Verortung des Modellprojektes Pro Kind in der Landschaft Früher Hilfen (Konkurrenz zu bestehenden

Angeboten oder Ergänzung mit spezifischen Leistungen und Grenzen). Drittens bleibt zu klären, ob das Hausbesuchsprogramm langfristig im sozialen oder gesundheitlichen Bereich anzusiedeln ist.

Der Bericht schließt mit dem Fazit zu den Hauptfragestellungen Implementationsforschung zum Modellprojekt Pro Kind sowie der Ableitung sich daraus ergebender Konsequenzen für die Regelimplementation sowie weitere Implementationszyklen.

II Das Konzept der Implementationsforschung

Ziele und Fragestellungen

Implementationsforschung beschäftigt sich generell mit der Frage, ob ein Programm wie geplant umgesetzt werden kann und welche Faktoren zu Ge- bzw. Misslingen beitragen. Die Programmumsetzung ist dabei durch einen komplexen Prozess gekennzeichnet, welcher verschiedene Ebene und Bereiche berührt (vgl. Brand & Jungmann, 2008).

Ein Ziel der Implementationforschung besteht häufig darin als Vorstufe der Wirksamkeitsevaluation festzustellen, ob das Programm entsprechend der Vorgaben umgesetzt wurde, um den so genannten Typ-III-Fehler (Dobson & Cook, 1980) zu vermeiden. Ohne eine hinreichende Umsetzung der Programmelemente sind Programmeffekte kaum zu erwarten. Ein Vergleich verschiedener Meta-Analysen zeigt, dass sich bei einem hohen Implementationsniveau die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen verdoppelt bis verdreifacht (Durlak & DuPre, 2008). Auch Studien zur Wirksamkeit von Hausbesuchsprogrammen betonen die Wichtigkeit einer sorgfältigen Implementationsforschung zur Dokumentation und Analyse der Programmumsetzung. Trotz bester Absichten zeigt sich hier, dass viele Programme aufgrund von mangelhaften Implementationsergebnissen nicht die erwarteten Effekte erzielen (Gomby, 2005). Neben der Dokumentation der Programmumsetzung ist ein weiteres Ziel der Implementationsforschung, praxisrelevantes Wissen für zukünftige Implementationen des Programms zu generieren und so zur langfristigen Programmentwicklung beizutragen.

Für die Implementationsforschung im Modellprojekt Pro Kind ergeben sich folgende Fragestellungen:

1. Wird die angestrebte Zielgruppe erreicht?
2. Lässt sich das Modellprojekt wie geplant umsetzen?
3. Welche Änderungen des ursprünglichen Konzepts sind erforderlich?

Bereiche der Implementationsforschung

Bei der Umsetzung des Modellprojektes Pro Kind lassen sich sieben verschiedene Implementationsbereiche unterscheiden. Wie Abbildung 1 visualisiert, bedingen und beeinflussen die Bereiche gesellschaftlicher Kontext, Auswahl der Projektakteure, Materialadaption, Schulungen, Fachberatung und Fallbesprechung sowie die praktische Arbeit der Projektakteure einander. Aus dem Prozess der Projektumsetzung schließen sich im Bereich der Systeminterventionen Fragen nach Voraussetzungen für die langfristige Etablierung des Programms in der bundesdeutschen Landschaft Früher Hilfen an.

Der Fokus bei der Analyse des gesellschaftlichen Kontexts liegt zum einen auf den soziodemographischen Eigenschaften der beteiligten Kommunen sowie dem kommunalen Versorgungsnetzwerk und zum anderen auf dem Verlauf der Zielgruppenakquise. Im Bereich der Auswahl der Projektakteure geht es um eine Auswertung der Wahl und Zusammenarbeit mit den Trägern in den beteiligten Kommunen und den Familienbegleiterinnen. Bei den Familienbegleiterinnen schließen sich Fragen nach zukünftigen Auswahlkriterien und geeigneten Beschäftigungsarrangements an. Im Bereich der Adaption der Programmmaterialien stehen eine Beschreibung des Verlaufs der Adaption und eine Bewertung der Arbeit mit den Materialien durch die Familienbegleiterinnen im Vordergrund.

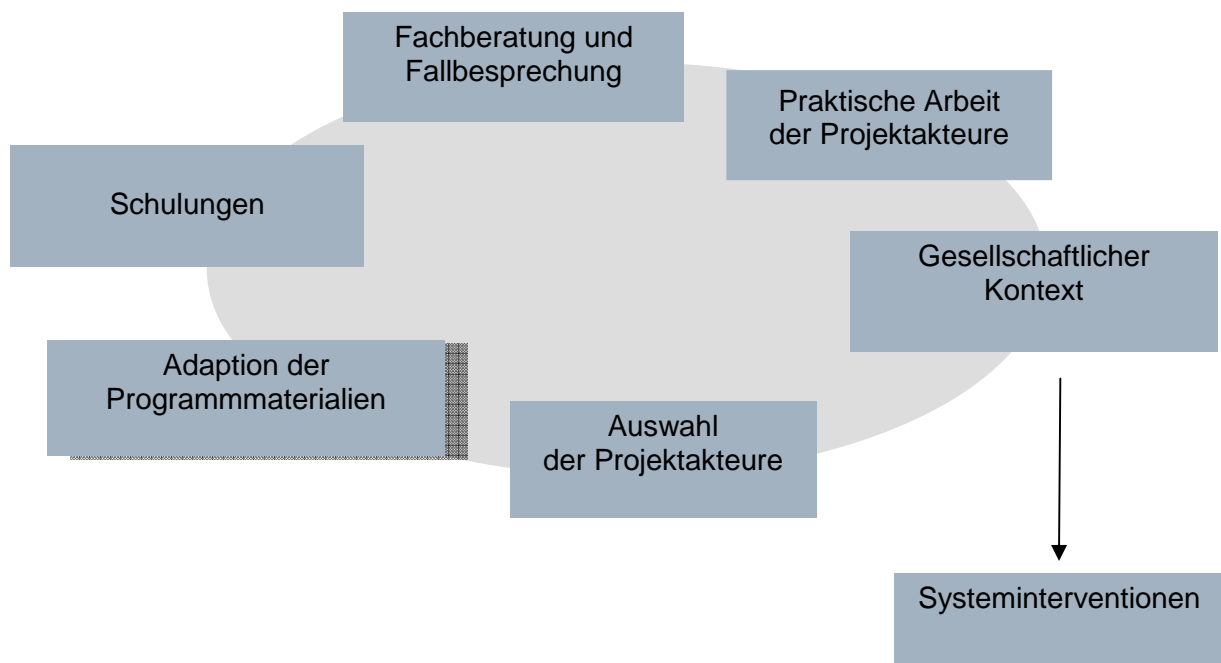


Abb. 1: Bereiche der Implementationsforschung (in Anlehnung an Fixen et al., 2005)

Die regelmäßig stattfindenden Schulungen der Familienbegleiterinnen bilden einen weiteren Bereich. Hierbei geht es vor allem um die sukzessive Entwicklung eines Curriculums sowie die Einschätzungen der Familienbegleiterinnen. Neben den Schulungen stellen die Fachberatungen und Fallbesprechungen ein weiteres Element dar, welches dazu dient, eine qualitativ hochwertige Praxisumsetzung des Programms zu gewährleisten. Im Bereich der praktischen Arbeit der Projektakteure geht es um die Umsetzung der Hausbesuche in den Familien.

Empirisches Vorgehen

Das empirischen Vorgehen ist durch den Einsatz verschiedener Erhebungsmethoden und Datenquellen sowie den Einbezug der unterschiedlichen Perspektiven der beteiligten Akteure (Multiplikatoren, Träger

in den Kommunen, Projektleitung, Familienbegleiterinnen, Teilnehmerinnen) gekennzeichnet. Dies ermöglicht eine differenzierte Analyse des gesamten Implementationsverlaufs und gewährleistet eine Offenheit des Forschungsprozess. Diese Offenheit erlaubt es, das empirische Vorgehen an den sich ergebenden Implementationsschwierigkeiten und kritischen Ereignisse zu orientieren. So wurde z.B. als Reaktion auf die schleppend verlaufende Zielgruppenakquise eine breit angelegte Multiplikatorenbefragung durchgeführt, um deren Perspektive stärker mit einzubeziehen. Durch diese Offenheit im empirischen Vorgehen soll die praktische Relevanz der gewonnenen Erkenntnisse erhöht werden.

Tab. 1: Erhebungsinstrumente der Implementationsforschung

Erhebungsinstrument	Implementationsbereich
Analyse soziodemographischer Daten der beteiligten Kommunen	Gesellschaftlicher Kontext
Netzwerk- und Multiplikatorenbefragung	Gesellschaftlicher Kontext
Experteninterviews und Fragebogenbefragung der kommunalen Träger	Auswahl der Projektakteure, Systeminterventionen
Experteninterviews mit Projektleitung	Auswahl der Projektakteure, Fachberatung und Fallbesprechung, Systeminterventionen
Qualitative Interviews mit den Familienbegleiterinnen	Praktische Arbeit der Projektakteure, Adaption der Programmmaterialien
Evaluationsbögen der Schulungen	Schulungen
Dokumentationssystem der Hausbesuche	Praktische Arbeit der Projektakteure
Zufriedenheitsbefragung der Teilnehmerinnen	Praktische Arbeit der Projektakteure

Tabelle 1 zeigt die eingesetzten Erhebungsinstrumente und die Implementationsbereiche, auf die sie sich beziehen. Es wird deutlich, dass sowohl qualitative als quantitative Verfahren zur Anwendung kommen, wobei erstere vor allem zur Beschreibung von Prozessen und letztere für die Erfassung von Zuständen eingesetzt werden.

III Das Modellprojekt Pro Kind

Das Modellprojekt Pro Kind ist ein Hausbesuchsprogramm für sozial benachteiligte, erstgebärende Mütter und ihre Familien. Es ist eine Adaption des evidenzbasierten US-amerikanischen Nurse-Family Partnership (NFP)-Programms. In diesem Programm werden junge Familien ab der Schwangerschaft bis zum zweiten Geburtstag des Kindes in ca. zweiwöchentlich stattfindenden Hausbesuchen begleitet. Ziele der Begleitung sind die Verbesserung der mütterlichen und kindlichen Gesundheit bereits während der Schwangerschaft, die Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz und die Verbesserung der kindlichen Entwicklungschancen sowie die Vernetzung der Frauen mit geeigneten staatlichen Unterstützungsangeboten.

Das amerikanische Vorbild und seine Begleitforschung

Das NFP-Programm ist in den USA an drei verschiedenen Standorten (Elmira, Memphis und Denver) und Zeitpunkten mit jeweils unterschiedlichem Zielgruppenschwerpunkt implementiert und in randomisierten Kontrollgruppenstudien auf Wirksamkeit getestet worden. Dadurch hat es einen hohen Grad an Evidenz für die Programmwirksamkeit erlangt. Zu den nachgewiesenen Programmeffekten zählen u.a. eine Reduktion des Zigarettenkonsums der Mütter während der Schwangerschaft, weniger Verletzungen, Vergiftungen und Krankenhausaufenthalte der Kinder sowie längere Intervalle zwischen den Schwangerschaften. In der Subgruppe der hochbelasteten Familien zeigen sich ferner positive Effekte auf die kindliche Entwicklung und die Arbeitsmarktbeteiligung der Mütter. Das NFP-Programm beeindruckt jedoch vor allem durch seine langfristigen Wirkungen: 15 Jahren nach der Geburt des ersten Kindes zeigt sich eine deutliche Reduktion der Fälle von Kindeswohlgefährdung in den begleiteten Familien. Für die Kinder aus hochbelasteten Familien werden weniger Probleme im Umgang mit Alkohol und Drogen, ein geringerer Zigarettenkonsum, weniger Sexualpartner sowie weniger Gesetzesverstöße und Inhaftierungen berichtet. Der ökonomische Nutzen übersteigt in der Subgruppe der hochbelasteten Familien die Kosten für die Programmteilnahme um den Faktor 4 (vgl. Olds, 2006). Die vergleichsweise hohe Effektivität und Effizienz des NFP-Konzeptes ist vor allem zurückführbar auf eine exzellente Qualitätskontrolle der Durchführung in der Praxis, die Weiterentwicklung des Konzeptes durch einen konsequenten Forschungs-Praxis-Transfer sowie die Identifikation von Kernkomponenten des Programms, die auch bei der Implementation an anderen Standorten beibehalten wurden und die als Zielkriterien einer erfolgreichen Programmumsetzung gelten.

Zentrale Charakteristika und daraus ableitbare Kernkomponenten

Zu den zentralen Charakteristika der praktischen Umsetzung des Hausbesuchsprogramms zählen

- seine theoretische Fundierung,
- die klare Strukturierung und
- die breite thematische Orientierung.

Auf diese Charakteristika und die sich daraus ergebenden Kernkomponenten, deren Umsetzung in der Implementationsforschung nachgezeichnet wird, wird im Folgenden kurz eingegangen.

Theoretische Fundierung

Die theoretische Grundlage des Programms bilden die Ökologische Theorie Bronfenbrenners (1992), die Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura (1977) und die Bindungstheorie von Bowlby (1969). Zusammengenommen betonen diese Theorien die Wichtigkeit des familiären Kontexts, der persönlichen Überzeugungen, Motivationen und Emotionen sowie der inneren Repräsentationen der eigenen Beziehungserfahrungen bei der Erklärung individuellen Verhaltens. Die Grundaussagen dieser Theorie finden ihren Niederschlag in der inhaltlichen Programmgestaltung, der Arbeitsweise und der Haltung der Familienbegleiterinnen den Familien gegenüber.

So unterstützen die Familienbegleiterinnen auf der Basis der Ökologischen Theorie die Teilnehmerinnen bei der Gestaltung ihrer sozialen Umwelt, indem z.B. die Einbeziehung des Partners oder anderer Familienmitglieder in die Kindeserziehung angeregt wird und bei Bedarf geeignete Vernetzungen mit anderen sozialen oder gesundheitlichen Diensten hergestellt werden. Die Selbstwirksamkeitstheorie postuliert, dass Individuen Entscheidungen aufgrund der Annahme treffen, dass diese ihre Handlungen erstens zu einem bestimmten Ziel führen und dass sie diese zweitens erfolgreich ausführen können. Die Programmmaterialien sind deshalb so aufgebaut, dass die Familienbegleiterinnen die Teilnehmerinnen zunächst über Risiken oder Vorteile von bestimmten Verhaltensweisen informieren und in einem zweiten Schritt, kleine, erreichbare Ziele mit ihnen erarbeiten. Durch dieses kleinschrittige Vorgehen haben die Teilnehmerinnen mit höherer Wahrscheinlichkeit Erfolgserlebnisse, was wiederum zunehmend ihre Erwartung stärkt, Alltagssituationen erfolgreich bewältigen zu können und zum Handeln motiviert. Die Bindungstheorie betont schließlich die Wichtigkeit der frühen eigenen Bindungserfahrungen der Eltern für den Umgang mit ihren Kindern sowie generell für eine erfolgreiche Beziehungsgestaltung zu anderen Menschen (emotionale und soziale Kompetenz). Entsprechend wird die „therapeutische Beziehung“, die idealerweise zwischen Familienbegleiterin und den Teilnehmerinnen entsteht, als wesentlicher Wirkmechanismus betrachtet. Durch kompensatorische Beziehungserfahrungen, die die Frauen in der Familienbegleitung machen, kann sich auch die Mutter-Kind-Beziehung positiver entwickeln. Durch das PIPE-Modul (Partners In Parenting Education, Perkins et al., 2002) soll gezielt die elterliche Feinfühligkeit in der spielerischen Interaktion mit dem Kind und im Alltag gestärkt werden. Zusätzlich

regen die Familienbegleiterinnen die Teilnehmerinnen zur Reflexion der eigenen Kindheitserfahrungen an und thematisieren mit ihnen, welche Erfahrungen sie gerne an ihr Kind weitergeben möchten und welche sie ihnen auf jeden Fall ersparen wollen.

Klare Strukturierung

Ein weiteres Kennzeichen des Hausbesuchsprogramms Pro Kind ist seine klare Strukturierung. Bis auf wenige Ausnahmen ist eine zweiwöchige Hausbesuchsfrequenz vorgesehen. Die Inhalte bauen konsequent aufeinander auf, indem sie sich an den kindlichen Entwicklungsphasen orientieren und die Herausforderungen aufgreifen, mit denen sich (werdende) Eltern in diesen kindlichen Entwicklungsphasen konfrontiert sehen. Für alle drei Interventionsphasen (Schwangerschaft, Säuglingsphase, Kleinkindphase) liegen elaborierte Handbücher vor, die für jeden Hausbesuch einen Leitfaden mit Themenvorschlägen und Arbeitsmaterialien enthalten, wobei den Bedürfnissen und Interessen der Familien der Vorrang vor der Leitfadentreue eingeräumt wird.

Breite thematische Orientierung

Im Rahmen des Hausbesuchsprogramms Pro Kind werden fünf bzw. sechs thematischen Schwerpunkte (Domänen) mit den Frauen bearbeitet. Zu diesen Domänen zählen die persönliche Gesundheit der Mutter, die gesundheitsförderliche Umgebung, Mutter-/Vater-/Eltern-Rolle, Lebensplanung und Gestaltung, Familie und Freundeskreis (informelle Netzwerke), sowie die sozialen Dienste und Gesundheitsversorgung (formelle Netzwerke). Der letztgenannte Punkt bildet im amerikanischen Original keine eigene Domäne, sondern wurde in der deutschen Adaption ergänzt. In diesen Domänen werden die wichtigsten Risiko- und Schutzfaktoren zur Verhinderung von negativen Geburtsoutcomes, Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, nicht intendierten Verletzungen der Kinder, Entwicklungsverzögerungen und eingeschränkter ökonomischer Selbstständigkeit adressiert.

Projektphase I: Pränatale Intervention **Projektphase II:** Frühkindliche Intervention

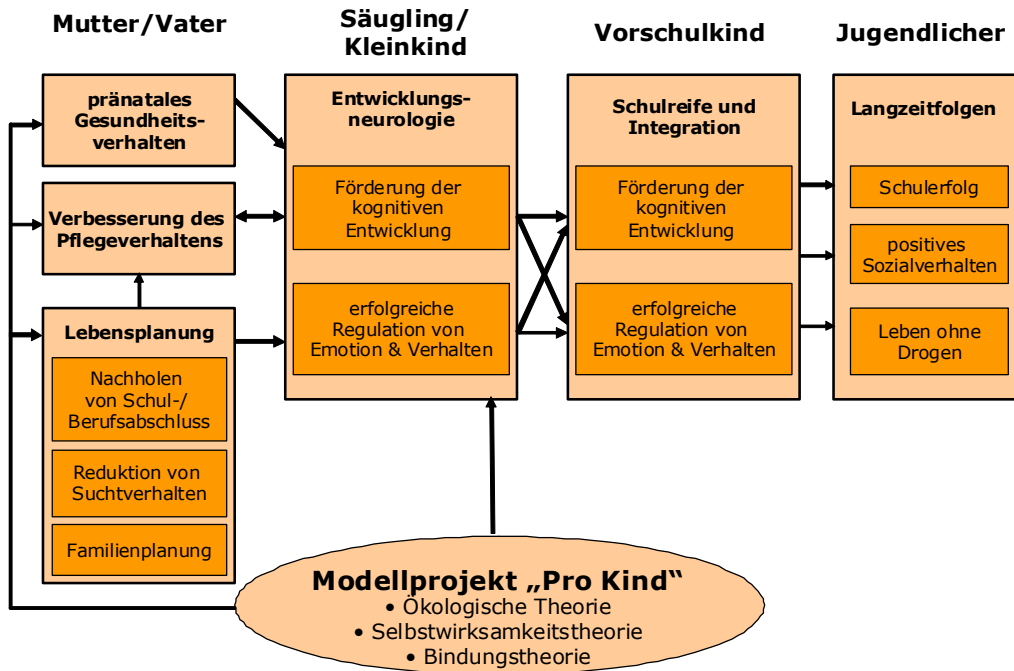


Abb. 2: Konzeptionelles Modell der Programmwirkung (in Anlehnung an Olds et al., 1999)

Abbildung 2 gibt einen Überblick der theoretischen Fundierung, der Domänen, die in den Hausbesuchen thematisiert werden, sowie des konzeptionellen Modells der Programmwirkung.

Da die mütterliche Gesundheit, ihr Gesundheitsverhalten in der Schwangerschaft und ihre Einstellung zum ungeborenen Kind entscheidenden Einfluss auf seine intrauterine Entwicklung sowie seine späteren Entwicklungsmöglichkeiten nimmt, liegen die thematischen Schwerpunkte der Phase I auf den Domänen „Persönliche Gesundheit“ und „Mutter-/Vater-/Elternrolle“. Es geht aber auch schon in der Schwangerschaft darum, die Lebenssituation der Familien zu stabilisieren und sie in Lage zu versetzen, aktiv ihr Leben mit Kind vorzubereiten. Die Familienbegleiterinnen unterstützen dabei die Frauen, Unterstützungsangebote in informellen und formellen Netzwerken zu identifizieren, sich diese zu erschließen und Kontakte aufrecht zu erhalten. Sobald das Kind geboren ist, geht es in der Phase II im Schwerpunkt darum, die kindlichen Entwicklungsbedingungen zu optimieren und Entwicklungsverzögerungen zu verhindern, indem die Eltern befähigt werden, die kindlichen Signale richtig zu interpretieren und prompt auf diese zu reagieren. Elterliche Feinfühligkeit und ihre Fähigkeit, Alltagssituationen als spielerische Lernfelder für ihre Kinder zu sehen und zu gestalten, steht nachweislich in einem engen Zusammenhang mit einer positiven kindlichen Entwicklung. Insbesondere die feinfühligkeitsvolle Regulation kindlicher Emotionen durch die Eltern befähigt diese, ihre Emotionen sukzessive selbst zu regulieren und verhindert das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten. Wie aus

Abbildung 2 hervorgeht, wird davon ausgegangen, dass das frühe Durchbrechen negativer Entwicklungskreisläufe nachwirkt und sich sogar noch im Jugendalter in einem höherem Schulerfolg, einem positiveren Sozialverhalten sowie einer höheren Wahrscheinlichkeit für ein Leben ohne Drogen niederschlägt.

Neben den Prinzipien der Klientenzentrierung, Ressourcenorientierung und Lösungsfokussierung wird der Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung zwischen Familienbegleiterin und Teilnehmerin, der bereits genannten „therapeutischen Allianz“, als Voraussetzung für den Begleitungserfolg angesehen. Eine wichtige Änderung des amerikanischen Originals besteht in diesem Zusammenhang darin, dass im Modellprojekt Pro Kind eine veränderte Begleitkonstellation getestet wird. Während die Familienbegleitung im NFP durch die Nurses (entspricht dem Berufsbild der Gemeindegeschwister) erfolgt, kommen im Modellprojekt Pro Kind zwei verschiedene Begleitvarianten zum Einsatz. In der einen Variante werden die Familien von einem Tandem bestehend aus einer Hebamme und einer Sozialpädagogin begleitet, wobei eine Übergabe der Begleitung erfolgt, wenn das Kind acht Wochen alt ist. In der zweiten Variante, die enger an das amerikanische Original angelehnt ist, werden die Familien durchgängig von einer Hebamme begleitet. Hier ist eine interessante Implementationsfrage, in welcher Variante die Arbeitszufriedenheit, das eigene Kompetenzgefühl etc. der Familienbegleiterinnen höher ist.

Die Zielgruppe

Die geringe Teilnahme von sozial benachteiligten Familien an Präventionsangeboten ist ein weithin bekanntes Problem (vgl. Brand & Jungmann, 2010). Gerade die Familien, bei denen von außen betrachtet ein erhöhter Bedarf besteht, nehmen häufig nicht teil. Es bedarf daher niedrigschwelliger, zugehender Angebote wie Pro Kind um diese Familien zu erreichen. Aber auch hier stellt sich die Herausforderung, die Teilnehmerinnen zum primären Einstieg in das Projekt zu motivieren. Ob und wie diese Familien für die Teilnahme an Pro Kind motiviert werden können, ist daher eine zentrale Fragestellung der Implementationsforschung.

Ebenso wie das amerikanische Original richtet sich Pro Kind ausschließlich an Erstgebärende, da die Geburt des ersten Kindes einen deutlichen ökologischen Übergang in eine neue Lebensphase markiert. Bei den werdenden Müttern und Vätern wird von einer verstärkten Bereitschaft ausgegangen, Unterstützung anzunehmen und das eigene Leben zu verändern. Die Frauen werden zwischen der 12. und 28. Schwangerschaftswoche aufgenommen. Als weitere Zielgruppenkriterien wurden ALG-II-/Sozialhilfebezug oder Überschuldung sowie mindestens ein weiterer sozialer oder persönlicher Belastungsfaktor festgelegt (z.B. kein Schulabschluss, Minderjährigkeit, eigene

Misshandlungserfahrung). Eine hinlängliche Kenntnis der deutschen Sprache wurde außerdem als Kriterium für die Aufnahme festgelegt, um die Teilnahme an den Forschungsinterviews zu gewährleisten.

IV Ergebnisse der Implementationsforschung

1. Beschreibung des Projektverlaufs

1.1 Vorbereitungsphase

Die Vorbereitungsphase des Modellprojektes Pro Kind begann im Mai 2005 mit einer Auftaktveranstaltung im KFN, an der verschiedene Vertreter aus Wissenschaft, Praxis und Politik teilnahmen. Geplant war, ein Projekt zur Prävention von Armut, gesundheitlichen Nachteilen und Kriminalität zu entwickeln und dieses in einer randomisierten Kontrollgruppenstudie zu testen. Dabei wurde zunächst eine Kombination des NFP-Programms mit dem Perry-Preschool-Projekt (Schweinhart, 2005) angestrebt, um eine Begleitung der Familien von der Schwangerschaft bis zum Schuleintritt der Kinder zu ermöglichen. Aufgrund der sehr langen Projektlaufzeit und den damit verbundenen Finanzierungsunsicherheiten wurde jedoch auf die Kombination verzichtet und man beschränkte sich auf eine Adaption des NFP-Programms.

- Aus den Verhandlungen mit dem Programmentwickler in den USA ergaben sich dabei zwei Auflagen: Zum einen sollte eine zuvor nicht geplante mehrmonatige Pilotphase durchgeführt werden, um die Umsetzungsmöglichkeiten des Programms in Deutschland zu prüfen.
- Zum anderen wurde zur Auflage gemacht, gleichrangig neben dem Modell der Tandembegleitung durch Hebamme und Sozialpädagogin auch das Modell der durchgängigen Begleitung durch eine Hebamme zu testen. Die Tandembegleitung sollte schwerpunktmäßig in Niedersachsen realisiert werden, die durchgängige Begleitung im Bundesland Bremen, welches zu einem späteren Zeitpunkt in das Modellprojekt einstieg.

Für Pro Kind Niedersachsen war geplant, insgesamt 336 Teilnehmerinnen aufzunehmen. Die Frauen wurden nach Zufall der Treatment- oder der Kontrollgruppe zugewiesen (Efron's biased coin design). Es war geplant, dass $n = 48$ der 168 Treatmentgruppenfrauen durchgängig von einer Hebamme begleitet werden, während die übrigen $n = 120$ Frauen Hausbesuche in der Tandemvariante erhielten. In der Pilotphase sollten die Familienbegleiterinnen bei $n = 12$ Frauen erste Erfahrungen mit der Programmumsetzung sammeln. Als Durchführungsstandorte für Niedersachsen waren zunächst Hannover sowie die kleineren Städte in der näheren Umgebung eingeplant. Aufgrund von zu geringen Geburtenzahlen in einigen der kleineren Kommunen, konnten statt dieser Braunschweig, Göttingen und Wolfsburg als Partner in der praktischen Umsetzung gewonnen werden.

1.2 Pilotphase

Die Pilotphase begann offiziell im Februar 2006 und endete im Oktober 2006. Als Standorte waren die niedersächsischen Kommunen Braunschweig, Celle (Stadt und Landkreis), Göttingen, Hannover und Wolfsburg beteiligt. In jedem der Standorte wurde zu Beginn ein freier Träger der Jugendhilfe ausgewählt, der das sozialpädagogische Personal stellt. Die Personalauswahl erfolgte in Abstimmung zwischen Projektleitung und Trägern. Ferner wurden Ausschreibungen für Hebammen in den beteiligten Kommunen gemacht, welche auf Honorarbasis angestellt wurden. Neben der Auswahl kommunaler Träger und der Familienbegleiterinnen waren die Gründung der Stiftung „Pro Kind“, der Aufbau eines eigenständigen Praxisbüros und der Leitungsteams sowie die Adaption der ersten beiden Handbücher und eine erste Schulung der Familienbegleiterinnen weitere Ziele der Pilotphase. Zur Akquise der 12 Teilnehmerinnen, die ab April begleitet werden sollten, wurde zudem mit der Öffentlichkeitsarbeit begonnen. Zuvor jedoch reisten Vertreter der Leitungsteams aus Forschung und Praxis in die USA, um dort an einem Training der NFP-Nurse für die Schwangerschaftsphase teilzunehmen. Diese Schulung bot die Möglichkeit erste Eindrücke im Hinblick auf die inhaltliche Arbeit zu erhalten und in Austausch mit den Programmentwicklern des NFP zu treten.

Die meisten der Ziele wurden in der Pilotphase erreicht, wenn auch nicht ohne Schwierigkeiten. Diese ergaben sich zum einen bei der Personalakquise der Hebammen, bei denen es nur sehr wenige Bewerberinnen gab. Zum anderen zeichnete sich ab, dass sich die Materialadaption deutlich langwieriger gestaltete als zunächst angenommen. Nach einem gescheiterten Versuch, die Übersetzung des Materials einer Agentur zu überlassen, konnte im Juni 2009 ein erster Entwurf des Schwangerschaftshandbuchs vorgelegt werden. Insgesamt wurde jedoch das Ziel, mit der Materialadaption dem Begleitungsprozess immer einen Schritt voraus zu sein, nicht zu jeder Zeit erfüllt werden. Auch bei der Teilnehmerinnenakquise zeichneten sich Schwierigkeiten ab. Statt der geplanten 12 konnten in der Pilotphase nur 9 Frauen aufgenommen werden.

Für das Projektleitungsteam waren neben der Projektleitung zwei stellvertretende Projektleiterinnen vorgesehen. Letztere sollten für die Umsetzung der Fachberatung zuständig sein. Neben der ersten Stellvertreterin, die einen sozialpädagogischen Hintergrund mitbrachte, wurde gegen Ende der Pilotphase die zweite Stellvertreterin mit gesundheitlichem Hintergrund (Hebamme, Master of Public Health) eingestellt. Eine mit der Projektorganisation betraute und zuvor für den Posten der zweiten Stellvertreterin vorgesehene Mitarbeiterin wurde aufgrund eines anderen fachlichen Hintergrunds (Psychologie) nicht weiter beschäftigt. Ergänzt wurde das Projektleitungsteam am Ende der Pilotphase um eine Verwaltungskraft und eine Buchhalterin.

Bis zum Ende der Pilotphase war eine komplexe Organisationsstruktur entstanden: die Stiftung „Pro Kind“ als Projektträgerin, das Projektbüro als Sitz der Leitung des Praxisprojekts, den fünf freien

Trägern der Jugendhilfe und elf Tandems aus Hebammen und Sozialpädagoginnen, die später durch drei durchgängig arbeitenden Familienbegleiterinnen ergänzt wurden. Hinzu kommt die dreiteilige Begleitforschung (Implementationsforschung, biopsychosoziale Evaluation und Kosten-Nutzen-Analyse), die institutionell am KFN und der Leibniz Universität Hannover angesiedelt wurde. Im Laufe des Jahres 2007 kamen die Praxisprojekte aus den Bundesländern Bremen und Sachsen mit jeweils eigenen Standorten hinzu, sowie die zahnmedizinische Begleitforschung der Medizinischen Hochschule Hannover und die Begleitforschung Pro Kind Sachsen mit Sitz an der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Leipzig, so dass sich die Zahl der beteiligten Akteure sowie die räumliche Ausdehnung noch einmal erheblich vergrößerte. Koordiniert wurde dieses Organisationsgeflecht zwischen Stiftung, Praxis und Forschung auf Leitungsebene durch regelmäßige Treffen, die über einen langen Zeitraum monatlich und inzwischen zweimonatlich stattfinden.

1.3 Hauptphase

In der Hauptphase, die im November 2006 begann, waren 22 Monate für die Zielgruppenakquise vorgesehen. Bei einer durchschnittlichen Begleitungsdauer der Frauen von zweieinhalb Jahren bedeutete dies, dass Ende 2010 die letzten Hausbesuche stattfinden würden. Die sich bereits in der Pilotphase abzeichnenden Probleme bei der Zielgruppenakquise setzten sich jedoch fort, wenn sich die monatlichen Aufnahmezahlen im Verlauf auch steigerten. Als Folge wurde das Ende der Zielgruppenakquise zweimal vorschoben: zunächst von August 2008 auf Dezember 2008 und ein weiteres Mal von Dezember 2008 auf April 2009, wodurch sich das Ende der Familienbegleitung auf Ende 2011 verschob. Als weitere Maßnahme zur Erreichung der Zielzahlen wurden im Oktober 2007 Garbsen und Laatzen als weitere Standorte miteinbezogen.

Der schleppende Verlauf der Zielgruppenakquise wirkte sich dabei sowohl auf die Ebene der Familienbegleiterinnen als auch auf die Ebene der Projektleitung aus. Für die Familienbegleiterinnen bedeutete dies, dass sie nur zögerlich mit ihrer Arbeit beginnen konnten. Einige Begleitungstandems mussten lange Zeit auf den Beginn ihrer praktischen Arbeit warten. Dadurch verlängerte sich der Zeitraum zwischen den Schulungen und der praktischen Umsetzung. Der natürliche Wissenszerfall, der ohne praktische Anwendung einmal erworbenen Wissens einsetzt, wurde z.T. durch zusätzliche Schulungstermine kompensiert. Insgesamt erschwerte die zögerliche Zielgruppenakquise es den Familienbegleiterinnen aber, sich rasch Sicherheit in der praktischen Umsetzung des Programms zu verschaffen. Auf der Ebene der Projektleitung bedeutete der schleppende Verlauf der Zielgruppenakquise, dass mehr zeitliche und personelle Ressourcen als ursprünglich geplant für die Öffentlichkeitsarbeit aufgewendet werden mussten, so dass weniger Zeit für andere Aufgaben wie z.B. die konzeptionelle Planung blieb. Die weite räumliche Streuung der Standorte machte es dabei sehr schwer, in allen Kommunen die notwendige Präsenz zu zeigen. Außerdem bedeutete die langsame

Akquise auch einen Effizienzverlust für die Fachberatung, da diese für viele Familienbegleiterinnen mit wenigen Fällen angeboten werden musste.

Die Personalsituation erwies sich während der Hauptphase als relativ unstet. Im Leitungsteam gab es im April 2007 einen Wechsel der zweiten stellvertretenden Leitung, welche erst ein halbes Jahr zuvor eingestellt worden war. Diese Stelle wurde schließlich im Sommer 2009 aus Kostengründen komplett gestrichen. Auch bei den Begleitungstandems ergaben sich viele Wechsel. Lediglich vier der elf Tandems blieben über ihre gesamte Arbeitszeit im Projekt unverändert. Bei den drei durchgängig arbeitenden Familienbegleiterinnen gab es dagegen keine Wechsel. Die häufigen Personalwechsel führten zum einen zu einem erhöhten Nachschulungsbedarf, was wiederum weiteren Arbeitsaufwand und weitere Kosten für die Projektleitung bedeutete, zum anderen wirkte sich dieser aber auch negativ auf den Verbleib der Teilnehmerinnen im Projekt aus (s.u.).

Die Materialadaption verlief, wie bereits beschrieben, weitgehend parallel zur praktischen Arbeit in der Hauptphase. Neben den Handbüchern wurden in der ersten Jahreshälfte 2008 die Entwicklungstabelle von Beller & Beller (2005) zur Einschätzung des kindlichen Entwicklungsstandes durch die Familienbegleiterinnen und PIPE (Partners in Parenting Education, Perkins et al., 2002) als Programmelement zur Förderung der Eltern-Kind-Interaktion, insbesondere der mütterlichen Feinfühligkeit in der Interpretation und Reaktion auf kindliche Signale und eine zur Förderung der kindlichen Entwicklung im Alltag hinzugenommen. Insbesondere die Teiladaption der PIPE-Bausteine erwies als zeit- und ressourcenintensiver als zunächst angenommen. So war u.a. zunächst eine Schulung der Fachberaterinnen bei den Programmentwicklern in den USA notwendig, um dann eine Schulung der Familienbegleiterinnen vorzunehmen. Der ohnehin relativ späte Einsatz dieses Programmelements verzögerte sich dadurch noch einmal.

1.4 Fazit des Projektverlaufs

Insgesamt sprechen die Befunde der Implementationsforschung für einen suboptimalen Projektverlauf, was möglicherweise auch negative Konsequenzen für die Programmwirksamkeit mit sich bringt. Als wichtige Strukturbedingungen sind zunächst die relative kurze Vorbereitungs- und Pilotphase sowie die räumlich breite Streuung der Projektstandorte zu nennen. Eine längere Vorlaufphase wäre empfehlenswert gewesen, um die Materialadaption vor Beginn der Arbeit mit den Familien abzuschließen. Weiterhin ist eine wichtige Konsequenz, die aus den Daten gezogen werden kann, dass bei der Implementation eines Programms frühzeitiger mit der Öffentlichkeitsarbeit begonnen werden sollte, um einen reibungsloseren Ablauf der Zielgruppenakquise zu gewährleisten. Die breite räumliche Streuung hat eine effiziente Gestaltung der Öffentlichkeitsarbeit zusätzlich erschwert. Auch die Hintergrundbegleitung der Familienbegleiterinnen wurde durch die räumliche Distanz erschwert.

Die Länge der Pilotphase und die Standortauswahl waren Ergebnis der engen finanziellen und zeitlichen Ressourcen sowie des Ziels, eine möglichst große Teilnehmerinnenzahl für eine aussagekräftige Wirksamkeitsevaluation zu gewinnen, insofern haben gute Gründe zu diesen Entscheidungen geführt. Allerdings wäre eine Reduktion der Teilnehmerinnenzahl und Standorte zugunsten einer längeren Pilotphase hier eventuell die bessere Alternative gewesen, um eine hohe Programmqualität zu gewährleisten.

2. Gesellschaftlicher Kontext

In diesem Kapitel wird zunächst ein kurzer Überblick über die sozialstrukturellen Eigenschaften der beteiligten Kommunen in Niedersachsen gegeben. Im Anschluss erfolgt die Vorstellung der Ergebnisse einer Befragung zum kommunalen Versorgungsnetzwerk. Abschließend werden die Ergebnisse der Zielgruppenakquise und einer in diesem Zusammenhang durchgeführten Multiplikatorenbefragung dargestellt.

2.1 Kommunenstruktur

Die sieben Pro Kind-Kommunen in Niedersachsen unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich ihrer Einwohnerzahl, sondern auch im Hinblick auf andere sozialstrukturelle Merkmale. Tabelle 2 gibt einen groben Überblick über einzelne sozialstrukturelle Merkmale der beteiligten Kommunen.

Tab. 2: Kommunenstruktur

Kommune	Einwohner (2007)	Geburten (2007)	Teenage-Mütter (v. T. weibl. Teenagern)	Arbeitslosenquote (Dez. 2008) ^c	Ausländeranteil
Braunschweig	240.171 ^a	2.192 ^a	9,2 ^b	9%	8,3% ^b
Celle (Stadt + LK)	180.930 ^a	1.473 ^a	16,2 ^b	7,8%	4,9% ^b
Garbsen	62.305 ^a	485 ^a	9 ^b	7,5%	9,9% ^b
Göttingen	121.884 ^a	1.038 ^a	8,8 ^b	8,6%	9,9% ^b
Hannover	516.166 ^a	5.017 ^a	12 ^b	10,7%	14,5% ^b
Laatzten	40.092 ^a	332 ^a	8,7 ^b	7,8%	10,2% ^b
Wolfsburg	120.417 ^a	946 ^a	11 ^b	6%	9,8% ^b

^a Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; ^b Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik, eigene Berechnung; ^c Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Auffällig an dieser Aufstellung ist die vergleichsweise hohe Prävalenz von Teenager-Müttern in Celle. Hier sind ungefähr 16 von 1.000 weiblichen Teenagern (15-19 Jahre) Mütter. Die Rate der minderjährigen Mütter ist deshalb interessant, weil fast die Hälfte der Pro Kind-Teilnehmerinnen bei Projekteintritt unter 20 Jahre sind und sich auch das NFP-Programm vor allem Müttern in dieser Alterskategorie richtet. Insgesamt stellt die Rate der minderjährigen Mütter einen deutlichen Unterschied im Implementationskontext zu dem in den USA dar. So kamen laut UNICEF-Bericht in Deutschland im Durchschnitt 13 minderjährige Mütter auf 1.000 weibliche Teenager (UNICEF, 2001, Datengrundlage

von 1998). Damit belegte Deutschland im OECD-Ländervergleich Rang 14, während die USA mit ungefähr 52 minderjährigen Müttern auf 1.000 weibliche Teenager mit Abstand die höchste Rate aufweisen.

Versorgungsnetzwerk

Um die Struktur des Versorgungsnetzwerks zu erheben, wurde gekoppelt an die Multiplikatorenbefragung (s.u.) eine Netzwerkbefragung durchgeführt. Die potentiellen Multiplikatoren wurden dabei zu ihrer Vernetzung mit den in Tabelle 3 genannten Berufsgruppen bzw. Institutionen in den Dimension „Kontakt“, „Weiterempfehlung von Klienten/Patienten“ sowie „Qualität der Zusammenarbeit“ befragt. Mit Hilfe dieser Daten lassen sich Zentralität bzw. Marginalität der einzelnen Akteure sowie deren Affinität bzw. Aversionen ermitteln.

Ein einfaches Maß für die Zentralität ist der „Freeman Degree“ (Knoke & Yang, 2008). Bei ungerichteten Beziehungen (Kontakt) ergibt sich der Grad der Zentralität (Degree) aus der Summe der Verbindungen zu anderen Netzwerkakteuren. Für die Dimension „Kontakt“ ergibt sich der Degree einer Berufsgruppe/Institution aus der Summe der gemittelten Ratings des wechselseitigen Kontaktes zu andere Berufsgruppen/Institutionen auf einer vierstufigen Skala. Bei gerichteten Beziehungen unterscheidet man zwischen dem Outdegree (z.B. von A ausgehende Weiterempfehlungen) und dem Indegree (z.B. an A gerichtete Weiterempfehlungen). Für die Dimensionen „Empfehlungen“ und „Qualität“ werden Out- und Indegree wiederum durch die Summe des gemittelten Ratings bestimmt.

Tab. 3: Zentralitätsmaße der Netzwerkakteure

Berufsgruppe/Institutionen	Kontakt	Empfehlungen		Qualität	
	Degree	Outdegree	Indegree	Outdegree	Indegree
Gynäkolog(inn)en	16,94	19,18	19,82	24,00	23,94
Andere Mediziner(innen)	18,44	18,42	20,06	26,07	25,75
Kinderärzte	20,45	18,64	23,18	23,19	28,42
Hebammen	17,64	18,32	19,47	25,59	27,82
Gesundheitsamt	20,43	20,19	18,24	28,50	25,88
Jugendamt	22,95	21,85	23,22	27,44	27,48
Beratungsstellen/Freie Träger	20,80	21,14	22,16	27,30	28,15
ARGE/Jobcenter	16,86	19,48	16,21	24,39	21,32
Schulen/Bildungseinrichtungen	20,43	19,53	19,46	27,02	25,91
Einzelne Frühe Hilfen	19,51	22,23	17,16	28,06	26,89

Wie aus Tabelle 3 hervorgeht, ist das Jugendamt in der Dimension „Kontakt“ der zentrale Akteur. ARGE und Jobcenter befinden sich dagegen in einer marginalen Position. Auch die Gynäkolog(inn)en und die Hebammen sind vergleichsweise wenig integriert.

In der Dimension „Empfehlungen“ zeigt sich, dass sich Hebammen ebenso wie Kinderärzte durch ein geringes Weiterempfehlungsverhalten auszeichnen, während einzelne Frühe Hilfen sowie das Jugendamt hier den aktivsten Part übernehmen. Trotz geringen eigenen Empfehlungsaktivitäten sind die Kinderärzte zusammen mit dem Jugendamt die häufigsten Ziele von Weiterempfehlungen. Am seltensten werden Klienten/Patienten an ARGE und Jobcenter weitervermittelt.

Auch in der Dimension „Qualität der Zusammenarbeit“ ergibt sich bei den Kinderärzten ein ambivalenter Befund. Insgesamt schätzen die Kinderärzte die Qualität der Zusammenarbeit mit den anderen Netzwerkakteuren am geringsten ein. Gleichzeitig wird die Zusammenarbeit mit ihnen von den anderen Akteuren am positivsten bewertet.

Aus der graphischen Netzwerkdarstellung lassen sich über die globalen Zentralitätsmaße hinaus noch weitere Informationen über die Netzwerkstruktur gewinnen.

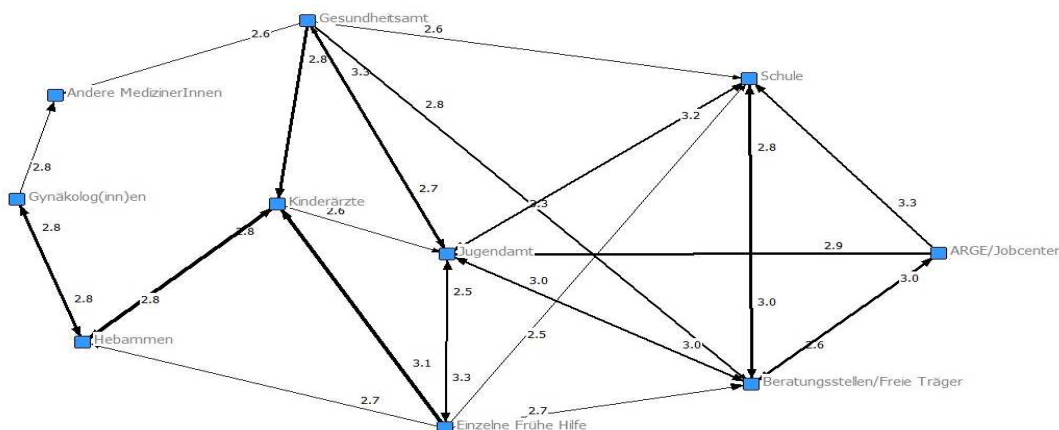


Abb. 3: Kontaktnetzwerk (Mittelwert > 2,5, vierstufige Skala)

In Abbildung 3 wird zum einen die zentrale Position des Jugendamtes im Kontaktnetzwerk deutlich. Zum anderen wird die relativ schwache Vernetzung zwischen dem gesundheitlichen Bereich (in der linken Bildhälfte) und dem sozialen Bereich (in der rechten Bildhälfte) evident. Der Übersichtlichkeit halber wurden nur Kontakte mit einem Mittelwert > 2,5 (zwischen den Abstufungen „selten“ und „häufig“) graphisch abgebildet. Die Werte an den Linien sind die Mittelwerte und stehen somit für die Intensität der Verbindung, die Pfeilspitzen geben die Richtung der Verbindung an.

Auch im Empfehlungsnetzwerk zeigt sich die Teilung zwischen dem gesundheitlichen und sozialen Bereich, wobei hier die Brückenfunktion des Jugendamtes besonders deutlich wird (s. Abbildung 4).

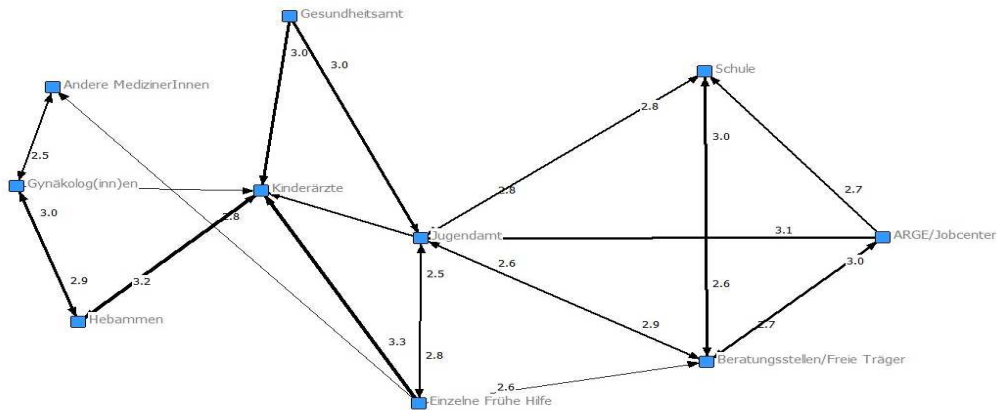


Abb. 4: Empfehlungsnetzwerk (Mittelwert > 2,5, vierstufige Skala)

Die Vielzahl der Verbindung in Abbildung 5 zeigt an, dass wenn eine Zusammenarbeit vorhanden ist, diese häufig positiv bewertet wird. Es ergibt sich eine deutliche Korrelation zwischen der Kontakthäufigkeit und der Einschätzung der Qualität ($r = .62$, $p < .001$, $N = 45$).

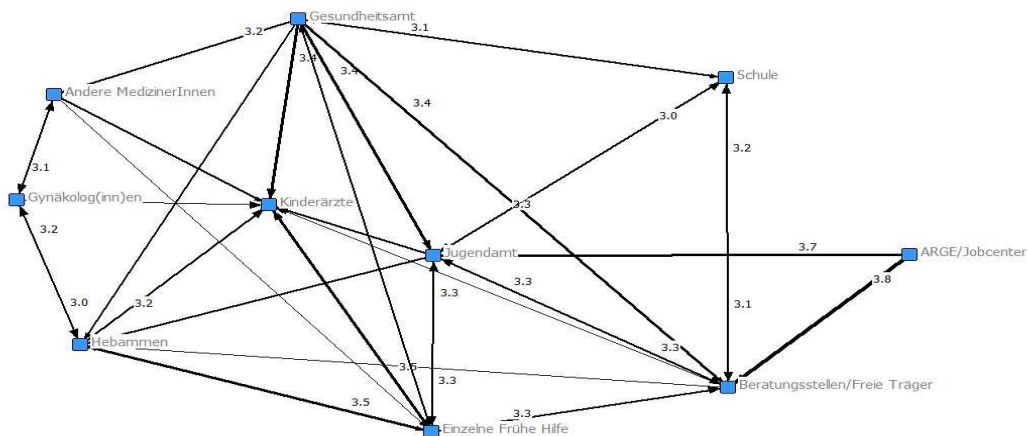


Abb. 5: Netzwerk Qualität der Zusammenarbeit positiv (Mittelwert > 3, vierstufige Skala)

Bei der Qualität der Zusammenarbeit ergibt sich die geringste Übereinstimmung bei den Einschätzungen der Berufsgruppen/Institutionen zueinander ($r = .37$, $p < .05$ vs. $r = .62$, $p < .001$ (Empfehlung), vs. $r = .72$, $p < .001$ (Kontakt)).

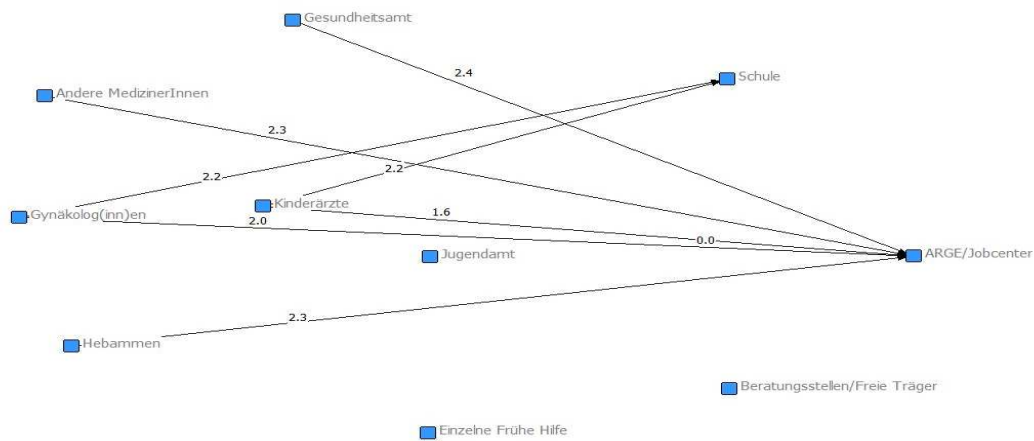


Abb. 6: Netzwerk Qualität der Zusammenarbeit negativ (Mittelwert < 2,5, vierstufige Skala)

Wie aus Abbildung 6 hervorgeht, sind Adressaten von negativen Bewertungen vor allem die ARGEN und Jobcenter.

Vor dem Hintergrund dieser Analyse der Netzwerkstruktur lässt sich ein positives Ergebnis der Pro Kind-Arbeit in der relativ erfolgreichen Kooperation mit den Gynäkolog(inn)en sowie den ARGEN und Jobcentern bei der Zielgruppenakquise (s.u.) sehen, da diese beiden Berufsgruppen/Institutionen ansonsten durch eine eher geringe Integration in das Versorgungsnetzwerk gekennzeichnet sind.

2.2 Zielgruppenakquise

Bei der Zielgruppenakquise wurde vor allem auf die Kooperation mit anderen sozialen und gesundheitlichen Dienstleistern (Multiplikatoren) gesetzt. Diese wurde über verschiedene Kommunikationswege angesprochen. So wurden u.a. Auftaktveranstaltungen in den beteiligten Kommunen durchgeführt, Informationsbriefe verschickt, Flyer ausgelegt und einzelne Beratungsstellen aufgesucht. Um eine aktive, passgenaue Vermittlung zu erleichtern, wurden die Multiplikatoren zum Teil mit Checklisten der Aufnahmekriterien und Einverständniserklärungen für die Teilnehmerinnen ausgestattet. Als zusätzlicher Anreiz wurde den Teilnehmerinnen eine Aufwandsentschädigung für die anfallenden Forschungsinterviews geboten.

Die Öffentlichkeitsarbeit rief neben einigen positiven Resonanzen auch viel Widerstand hervor. Das Modellprojekt Pro Kind wurde zum einen als Konkurrenz zu bestehenden Angeboten wahrgenommen. So war es trotz enormer Bemühungen nicht möglich, eine positive Kooperationsstruktur mit den Familienhebammenangeboten zu entwickeln, wodurch der gesamt Kontakt zum Hebammenverband erschwert wurde. Zum anderen sorgte die amerikanische Herkunft des Programms bei einigen potentiellen Multiplikatoren für Skepsis. Viel Kritik wurde dem Modellprojekt Pro Kind aber auch wegen des gewählten Forschungsdesigns entgegen gebracht, welches die Zufallszuteilung der Teilnehmerinnen in Treatment und Kontrollgruppe vorsieht (randomisiertes Kontrollgruppendesign), um

belastbare Aussagen über die tatsächliche Programmwirkung machen zu können. Dieses Design, das in der Wissenschaft zu Recht als „Goldstandard“ betrachtet wird, weil es zu belastbaren Erkenntnissen über die Effektivität und Effizienz einer Maßnahme führt, ruft bei Praktikern massive ethische Bedenken hervor.

Wie bereits beschrieben, wurden die Zielzahlen im vorgesehen Zeitraum nicht erreicht. Abbildung 7 zeigt den Gesamtverlauf der Zielgruppenakquise für die Hauptphase im Ist/Soll-Vergleich. Bis August 2008, dem zunächst vorgesehen Ende der Zielgruppenakquise, wurden 196 der angestrebten 336 Teilnehmerinnen (58%) aufgenommen. Durch die Verlängerung der Akquisephase bis April 2009 steigerte sich die Zahl 286 aufgenommenen Teilnehmerinnen, was 85% der angestrebten Zahlen entspricht.

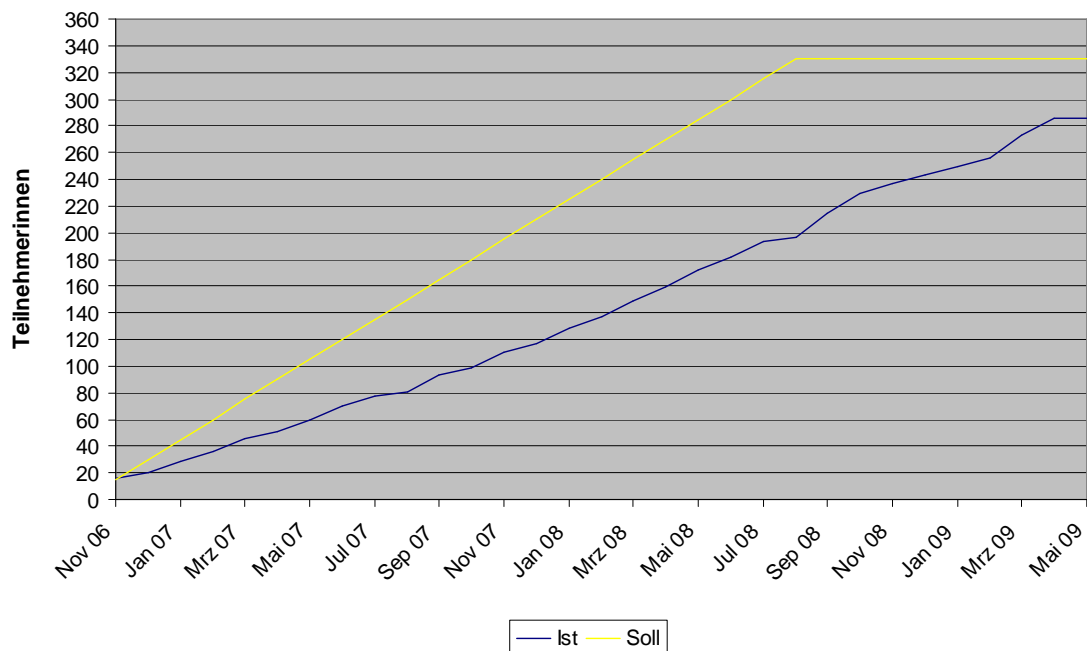


Abb. 7: Verlauf der Zielgruppenakquise im Ist/Soll-Vergleich

Neben den Widerständen unter den Multiplikatoren ist ein weiterer Grund für das Nichterreichen der Zielzahlen, dass zu Projektbeginn noch keinerlei Erfahrungen im Hinblick auf realistische Akquisezahlen bestanden, so dass die Zielzahlen auf relativ groben Schätzungen des Anteils sozial benachteiligter Erstgebärender an der Gesamtpopulation beruhten.

Bezogen auf die einzelnen Kommunen ergeben sich sehr unterschiedliche Befunde (s. Abbildung 8). In Hannover wie auch in Wolfsburg blieb man weit hinter den angestrebten Zahlen zurück. In kleineren Kommunen jedoch wie Celle und Garbsen waren die Ergebnisse sehr positiv. Hier wurden die zunächst eingeplanten Aufnahmekapazitäten im Projektverlauf von 12 auf 24 verdoppelt.

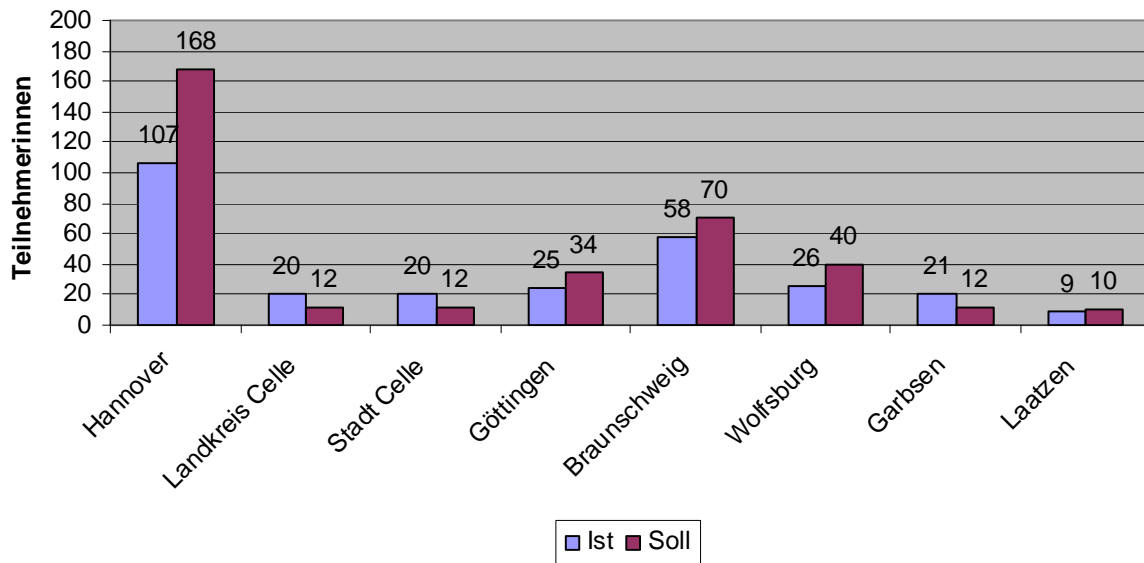


Abb. 8: Zielgruppenakquise nach Kommune

Dieser Befund deckt sich mit Ergebnissen aus den anderen Bundesländern, in denen Pro Kind umgesetzt wird. Auch hier viel es in kleineren Kommunen wesentlich leichter die Zielzahlen zu erreichen als in den größeren.

Zugangswege

Neben einem relativ hohen Anteil an Selbstmelderinnen haben sich die Gynäkolog(inn)en (21%), das Jugendamt (18%), die ARGE n und Jobcenter (16%) sowie die Beratungsstellen (15%) als erfolgreiche Zugangswege erwiesen. Eine geringere Bedeutung kommt dagegen der Vermittlung über Schulen und andere Hebammen mit jeweils 1% zu (s. Abbildung 9).

Positiv zu bewerten ist in diesem Zusammenhang, dass sowohl Multiplikatoren aus dem gesundheitlichen als auch aus dem sozialen Bereich aktiviert werden konnten. Insbesondere die positive Kooperation mit den ARGE n und Jobcentern ist hervorzuheben, die ansonsten häufig wenig positiv bewertet wird, wie die Erhebung der Netzwerkstruktur ergab.

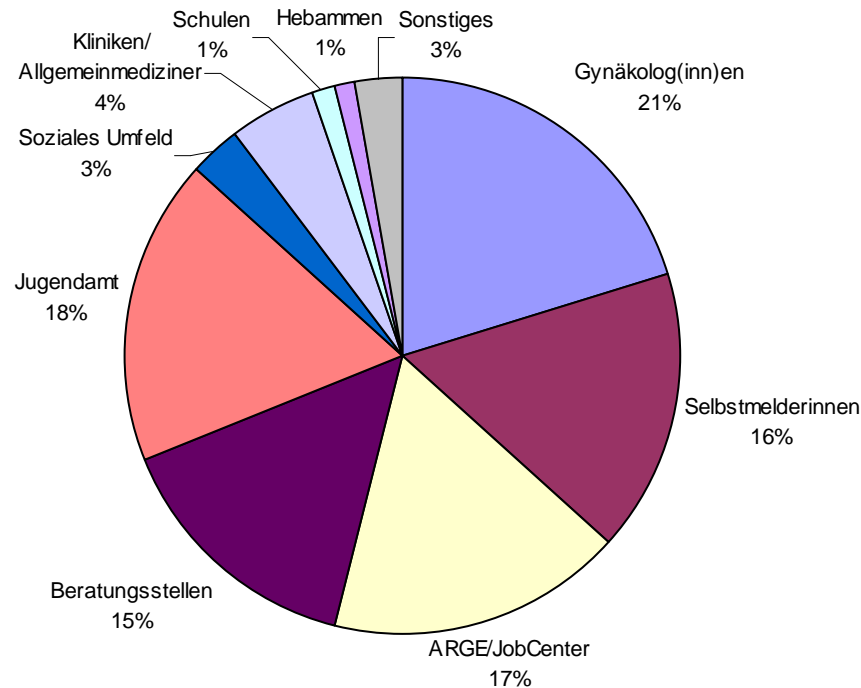


Abb. 9: Zugangswege ins Modellprojekt Pro Kind (N=286)

Die Kooperation mit Geburtskliniken scheint wenig erfolgversprechend. Aus der Dokumentation einer etwa anderthalbjährigen Kooperation zwischen der Geburtsklinik der Medizinischen Hochschule Hannover und Pro Kind Niedersachsen geht hervor, dass lediglich rund 30 der befragten 1.000 Patientinnen, also 3%, die Zielgruppenkriterien erfüllten. Nur 1% konnte tatsächlich in das Hausbesuchsprogramm aufgenommen werden. Bei 37% der rund 970 Nichtaufnahmen handelte es sich nicht um erstgebärende Frauen, weitere 30% befanden sich jenseits der 28. Schwangerschaftswoche und 21% wohnten außerhalb der Pro Kind-Kommune.

In den einzelnen Kommunen variiert die prozentuale Verteilung der Zugangswege erheblich. So wurden z.B. in Garbsen 66% der Teilnehmerinnen über ARGE/Jobcenter vermittelt und in Celle wurde 35% über das Jugendamt vermittelt. Dies zeigt auch, dass in kleineren Kommunen einzelnen sehr aktive Multiplikatoren ausreichten, um die Zielzahlen zu erreichen.

2.3 Ergebnisse der Multiplikatorenbefragung

Ende April 2008 wurden, basierend auf Adresslisten der Praxisteam, N = 1.715 potentielle Multiplikatoren, d.h. Personen oder Einrichtungen, die in möglichem Kontakt zur Zielgruppe stehen, in den niedersächsischen und bremischen Kommunen angeschrieben und gebeten, einen beiliegenden Fragebogen auszufüllen und in einem frankierten Briefumschlag zurückzusenden. Bis Ende Juni 2008 kamen n = 414 Fragebögen ausgefüllt zurück. Der Rücklauf war mit 24% erwartbar gering, zumal auch

Personen oder Einrichtungen angeschrieben worden, bei denen die Wahrscheinlichkeit des Zielgruppenkontakts eher gering eingeschätzt wurde.

Tab. 4: Multiplikatorenstatus der Befragten

Multiplikatorenstatus	N
Noch nicht über Pro Kind informiert	53
Informiert, aber kein Kontakt zur Zielgruppe	133
Kontakt, aber noch keine Frau weiterempfohlen	101
Bereits eine Frau weiterempfohlen	127
Gesamt	414

Wie Tabelle 4 zeigt, gaben n = 53 Befragte an, noch nicht über Pro Kind informiert worden zu sein. Diese Fälle wurden von den weiteren Analysen ausgeschlossen.

Die erste Fragestellung dieser Erhebung richtet sich auf die Kontakthäufigkeit der einzelnen Berufsgruppen zur Zielgruppe, um die wichtigsten Multiplikatoren identifizieren zu können.

Tab. 5: Kontakthäufigkeit nach Institution/Beruf

Beruf/Institution	n	Anteil mit Kontakt zur Zielgruppe	Kontakthäufigkeit M (SD)
Schwangerenberatungsstellen	11	100%	72,5 (86,1)
Gynäkolog(inn)en	69	90%	7,8 (8,3)
Hebammen	34	77%	4,3 (6,1)
ARGE/Jobcenter	8	75%	6,7 (6)
Andere Beratungsstellen	92	60%	5,6 (13,1)
Jugendamt	22	59%	3,9 (4,3)
Einzelne Frühe Hilfen	19	41%	3,6 (8,3)
Andere Tätigkeit	28	50%	2,1 (3,4)
Andere Mediziner(innen)	44	43%	2,4 (5,3)
Schulen/Bildungseinrichtungen	26	35%	1,7 (3,2)
Gesamt	353	63%	6,8 (20,6)

Die Spalte „Kontakt zur Zielgruppe“ in Tabelle 5 gibt den Anteil der Befragten einer Berufsgruppe bzw. Institution an, die Kontakt zur Zielgruppe haben. In der Spalte „Kontakthäufigkeit“ werden Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD) der Kontakthäufigkeit nach Berufsgruppen/Institutionen aufgeführt.

Es zeigt sich, dass Schwangerenberatungsstellen und Gynäkolog(inn)en den häufigsten Kontakt zur Zielgruppe haben. Auch bei ARGE/Jobcenter sind der prozentuale Anteil sowie der Mittelwert relativ hoch. Relativ wenig Kontakt zur Zielgruppe haben dagegen die übrigen Mediziner(innen) sowie Schulen und andere Bildungseinrichtungen.

Die zweite Fragestellung richtet sich auf die Empfehlungsrate, d.h. den Anteil der weiterempfohlen Frauen an der Gesamtzahl der potentiellen Teilnehmerinnen, zu denen Kontakt bestand. Die Gesamtempfehlungsrate liegt in dieser Stichprobe bei 17%, d.h. ungefähr jede sechste potentielle Teilnehmerin wurde an Pro Kind weiterempfohlen. Zu beachten ist hierbei, dass eine Weiterempfehlung nicht unbedingt bedeutet, dass die Frauen tatsächlich in das Projekt aufgenommen werden konnten.

Tab. 6: Empfehlungsrate nach Beruf/Institution

Institution/Beruf	n	Empfehlungsrate
ARGE/Jobcenter	6	52%
Jugendamt	13	40%
Andere Tätigkeit	24	33%
Gynäkolog(inn)en	62	24%
Andere Beratungsstellen	55	23%
Schulen/Bildungseinrichtungen	9	23%
Einzelne Frühe Hilfen	8	13%
Andere MedizinerInnen	19	10%
Hebammen	26	7%
Schwangerenberatungsstellen	11	7%
Gesamt	228	17%

Aus Tabelle 6 geht weiterhin hervor, dass sich die Empfehlungsraten zwischen den Berufsgruppen bzw. Institutionen erheblich unterscheiden. Am effektivsten scheinen ARGE n und Jobcenter (52%) sowie das Jugendamt (40%) potentielle Teilnehmerinnen weiterzuempfehlen. Die Ausschöpfung bei den Hebammen und Schwangerenberatungsstellen ist dagegen mit jeweils 7% sehr gering.

Fasst man die Ergebnisse dieser Befragung und die tatsächlichen Zugangswege der Teilnehmerinnen in das Projekt zusammen, so lässt sich feststellen, dass die Gynäkolog(inn)en, die Schwangerenberatungsstellen sowie die ARGE n und Jobcenter die wichtigsten Multiplikatoren sind. Insbesondere bei den Schwangerenberatungsstellen gibt es bisher allerdings eher schwache Kooperationen, was an der geringen Empfehlungsrate zu erkennen ist.

Die dritte Fragestellung richtet sich auf die Gründe, die für die Multiplikatoren für und gegen eine Kooperation mit Pro Kind sprechen. Die Befragten wurden dabei gebeten, die in den folgenden Tabellen genannten Items auf einer vierstufigen Skala entsprechend ihrer Relevanz einzuschätzen. Die Fragen nach den Gründen für eine Kooperation und was in einzelnen Fällen das Weiterempfehlen verhinderte, richteten sich nur an Multiplikatoren, die bereits eine Frau an Pro Kind weiterempfohlen hatten. Die Frage nach den Gründen gegen eine Kooperation richtete sich nur an die Befragten, die noch keine Frau an Pro Kind weiterempfohlen hatten.

Tab. 7: Gründe für eine Kooperation (Skala 1-4)

Gründe für Kooperation (N=127)	M	SD
1) Finde Forschung im Bereich „Frühe Hilfen“ wichtig	3,72	0,56
2) Bin überzeugt, dass die Teilnahme bei Pro Kind hilft	3,54	0,643
3) Halte Pro Kind für ein sinnvolles Projekt	3,51	0,676
4) Dienststelle/Berufsverband hat sich zur Kooperation entschieden	2,71	1,219
5) Von Kolleg(inn)en Positives über Pro Kind gehört	1,92	0,934

Die Wichtigkeit von Forschung im Bereich der Frühen Hilfen stellt den stärksten Grund für die Kooperation mit Pro Kind dar (s. Tabelle 7). Auch die Überzeugungen, dass Pro Kind den Teilnehmerinnen hilft und dass es sich bei Pro Kind um ein sinnvolles Projekt handelt, weisen sehr hohe Mittelwerte auf.

Tab. 8: Gründe gegen Weiterempfehlung (Skala 1-4)

Gründe gegen Weiterempfehlung (N=127)	M	SD
1) Potentielle Teilnehmerin hatte kein Interesse	2,53	1,107
2) Pro Kind kein angemessenes Angebot	1,78	0,897
3) An ein angemesseneres Angebot vermittelt	1,76	1,050
4) Als mögliche Teilnehmerin erst im Nachhinein erkannt	1,72	0,905
5) Zu wenig Informationen über Pro Kind	1,64	0,864
6) Aktive Vermittlung zeitlich zu aufwändig	1,53	0,653

Mangelndes Interesse der potentiellen Teilnehmerinnen wird als gewichtigster Grund, welcher eine Weiterempfehlung verhindert, von den Multiplikatoren genannt, gefolgt von der Einschätzung, dass Pro Kind kein angemessenes Angebot für die betreffenden Frauen darstellt und diese an andere Angebote weitervermittelt wurden (s. Tabelle 8). Diese alternativen Angebote sind zumeist Familienhebammen, sowie Angebote des Jugendamts oder der Schwangerenberatungsstellen.

Anekdotische Hinweise legen nahe, dass Multiplikatoren bei hochbelasteten Frauen das Risiko, dass die Frau in die Kontrollgruppe aufgenommen wird, dadurch zu umgehen versuchen, dass sie diese Frauen eher an andere Angebote vermitteln.

Dies mögen die Äußerungen von Multiplikatoren in einer offenen Antwortkategorie exemplarisch illustrieren:

„Wenn ich die Situation für sehr kritisch halte, möchte ich nicht riskieren, dass die Betroffene in die „Vergleichsgruppe“ gerät.“

„Da es sich um ein Forschungsprojekt handelt, bestand immer die Gefahr, dass sie nicht begleitet wird. Dann wurde sie an andere vermittelt.“

Die Zufallszuweisung zu Treatment- und Kontrollgruppe wurde zudem von manchen Multiplikatoren als Hemmnis bei der Motivation von Teilnehmerinnen empfunden, wie die folgenden Zitate belegen:

„Wenn junge Frauen motiviert werden sollen sich Hilfen zu holen, kann ich ihnen nicht klarmachen, dass sie zu 50% keine wirklichen Hilfen bekommen.“

„Ich finde es schwierig, der Frau davon vorzuschwärmen, wenn ich die Notwendigkeit der intensiven Begleitung sehe, aber nicht weiß, ob sie in der Kontrollgruppe landet.“

Diese Aussagen legen nahe, dass es aufgrund der Forschungsbedingungen zu einer selektiven Stichprobenszusammensetzung kommt, was Zweifel an der Generalisierbarkeit der Ergebnisse aus der Modellprojektphase aufkommen lässt. Ohne eine Kontrollgruppe wären eventuell höher belastete Frauen in das Programm gekommen, aber möglicherweise auch Frauen mit einer anderen Motivationslage (Wegfall der Aufwandsentschädigung für Forschungsinterviews und anderer materieller Vorteile).

Tab. 9: Gründe gegen die Kooperation (Skala 1-4)

Gründe gegen Kooperation (n = 101)	M	SD
1) Zu wenig Kontakt zur Zielgruppe	2,59	1,035
2) Zielgruppekriterien zu eng	2,46	1,006
3) Vorbehalte gegen das Kontrollgruppendesign	2,27	1,134
4) Zu wenig Information über Pro Kind	2,14	1,074
5) Kooperation mit anderem Projekt	1,96	1,175
6) Pro Kind-Angebot unangemessen	1,89	,826
7) Datenschutzrechtliche Bedenken	1,73	,770
8) Pro Kind ist überflüssig	1,68	,884
9) Vermittlung ist zu aufwändig	1,65	,650
10) Beeinträchtigung des Verhältnisses zur Klientin	1,59	,784

Zu wenig Kontakt zur Zielgruppe sowie die damit verbundene Einschätzung, dass die Zielgruppekriterien zu eng sind, sind aus Sicht der Multiplikatoren die relevantesten Gründe, die eine Kooperation verhindern, obwohl hier nur die Multiplikatoren einbezogen wurden, bei denen Kontakt zur Zielgruppe gegeben ist (s. Tabelle 9). Anscheinend ist die Kontakthäufigkeit jedoch zu gering, um eine Kooperation mit Pro Kind lohnenswert erscheinen zu lassen.

Tab. 10: Gründe gegen eine Kooperation (gewichtet, Skala 1-4)

Gründe (gewicht nach Kontakthäufigkeit)	M	SD
1) Vorbehalte gegen das Kontrollgruppendesign	3,01	1,156
2) Kooperation mit anderem Projekt	2,66	1,326
3) Pro Kind-Angebot unangemessen	2,30	1,134
4) Pro Kind ist überflüssig	2,21	1,183
5) Zu wenig Information über Pro Kind	2,05	1,213
6) Zielgruppekriterien zu eng	1,89	,957
7) Zu wenig Kontakt zur Zielgruppe	1,81	,945
8) Datenschutzrechtliche Bedenken	1,79	,975
9) Beeinträchtigung des Verhältnisses zur Klientin	1,56	,741
10) Vermittlung ist zu aufwändig	1,46	,581

Gewichtet man die Einschätzung zu den Gründen gegen eine Kooperation nach der Kontakthäufigkeit und somit nach der Wichtigkeit der Multiplikatoren, ergibt sich ein etwas anderes Bild (s. Tabelle 10): Vorbehalte gegen das Kontrollgruppendesign sowie bereits bestehende Kooperationen mit Angeboten, die einen ähnlichen Schwerpunkt wie Pro Kind haben, sind nun die relevantesten Gründe. Auch Aussagen, die eine klare Ablehnung des Projekts erkennen lassen („Pro Kind ist überflüssig“), gewinnen an Relevanz.

Aus multivariaten Analysen ergab sich kein Hinweis auf einen besonders effektiven Informationsweg. Entgegen der Erwartung ließ sich auch für persönliche Gespräche mit Projektmitarbeiterinnen im Vergleich zu Flyern oder Anschreiben keine positivere Wirkung auf das Empfehlungsverhalten der Multiplikatoren feststellen. Es zeigte sich dagegen ein Effekt des Informationszeitraums auf das Empfehlungsverhalten, d.h., je länger ein Multiplikator über das Projekt informiert ist, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass bereits eine Teilnehmerin weiterempfohlen wurde (vgl. Brand & Jungmann, 2010).

2.4 Fazit zum gesellschaftlichen Kontext

Als Antwort auf die Frage, ob die Zielgruppe erreicht wurde, lässt sich festhalten, dass dies in zufriedenstellendem Ausmaß möglich war, allerdings nur durch eine Verlängerung der Akquisephase. Generalisierende Aussagen aufgrund des Verlaufs der Akquise in der Modellprojektphase auf den in einer Regelimplementation sind allerdings kaum möglich, da die Multiplikatorenbefragung vermuten lässt, dass die Forschungsbedingungen das Vermittlungsverhalten der Multiplikatoren beeinflussen (Selektivität der Stichprobe). Aus den mit zunehmender Dauer des Projektes steigenden Aufnahmezahlen sowie dem in der Multiplikatorenbefragung gefundenen Effekt des Informationszeitraums lässt sich schließen, dass sich die Gewinnung von Teilnehmerinnen nach der Modellprojektphase unproblematischer gestalten wird. Die Schwangerenberatungsstellen, die Gynäkolog(inn)en sowie die ARGE und das Jugendamt sind aufgrund ihres häufigen Kontakts zur Zielgruppe die wichtigsten Ansprechpartner für die Zielgruppenakquise. Bei Standortentscheidungen sollte allgemein berücksichtigt werden, ob bereits ähnliche Angebote in den Kommunen vorhanden sind, um Konkurrenzsituationen möglichst zu vermeiden.

3 Auswahl der Projektakteure

3.1 Auswahl und Zusammenarbeit mit den freien Trägern der Jugendhilfe

Bei der Trägersauswahl gab es zwei unterschiedliche Vorgehensweisen: zum Teil wurde nach einer Ausschreibung zwischen verschiedenen Bewerbern ausgewählt, zum Teil waren die Kommunen bereits mit einem Träger ihrer Wahl in die Verhandlungen über die Projektumsetzung gegangen. Letzteres führte nach Einschätzung der Projektleitung zumindest in einer Kommune zu Missstimmungen bei anderen freien Trägern, da dieses Vorgehen als intransparent und ungerecht empfunden wurde.

Unter den ausgewählten Trägern ergaben sich in einer ersten qualitativen Befragung Unzufriedenheiten mit ihrer Rolle, einzig für die Personalabteilung zuständig zu sein. Vermisst wurden ein regelmäßiger Informationsaustausch, die Einbeziehung ihrer Expertise in die Projektgestaltung und eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Auch aus der Öffentlichkeitsarbeit wurden die Träger größtenteils herausgehalten. Der Grund dafür war, dass seitens des Projekts hierfür keine finanziellen Ressourcen vorgesehen waren.

Aus einer schriftlichen Befragung im September 2008, an dem vier der fünf Träger teilnahmen, ergeben sich insgesamt verhaltene Einschätzungen zum Projekt (s. Abbildung 10).

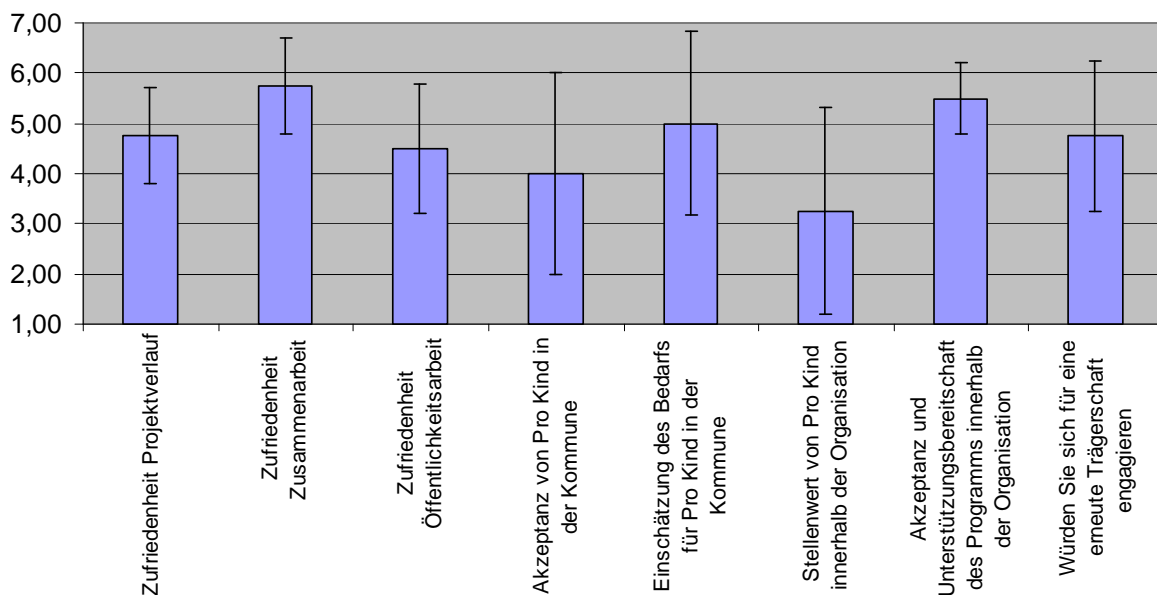


Abb. 10: Einschätzungen der Träger zum Projektverlauf (N=4)

Während die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit, die Akzeptanz und die Unterstützungsbereitschaft innerhalb der Organisation in dieser Befragung hoch eingeschätzt werden, wird der Stellenwert von Pro Kind innerhalb der Organisation sowie die Akzeptanz von Pro Kind innerhalb der Kommune als relativ gering erachtet. Auch die Frage nach dem Engagement für eine erneute Trägerschaft wird verhalten beantwortet.

Die Befragungsergebnisse sprechen dafür, dass die Kooperation mit den Trägern nicht optimal verlaufen ist. Die geringe Integration in den Gesamtprozess löste Unzufriedenheit und Gleichgültigkeit bis hin zu Distanz aus, die sich auch in der Einschätzung zum geringen Stellenwert von Pro Kind in der Gesamtorganisation widerspiegeln. Dies korrespondiert auch mit der Einschätzung der Projektleitung, wonach den Familienbegleiterinnen zum Teil signalisiert würde, dass die Arbeit für den Träger Vorrang vor ihrer Arbeit für Pro Kind habe.

3.2 Auswahl der Familienbegleiterinnen

Als Kriterien für die Auswahl der Familienbegleiterinnen wurden langjährige Berufserfahrung, Erfahrungen im Umgang mit der Zielgruppe, überdurchschnittliches Engagement sowie die Bereitschaft sich auf etwas Neues einzulassen, formuliert. Wie bereits beschrieben, verlief die Personalakquise unter den Hebammen in vier der fünf Standorte sehr schleppend, so dass kaum Auswahl zwischen den Bewerberinnen bestand. Grund hierfür war aus Sicht der Projektleitung eine gute Arbeitsauslastung der freiberuflichen Hebammen sowie eine geringe Akzeptanz von Pro Kind im Hebammenverband. Bei den Sozialpädagoginnen wurde das Personal in Abstimmung mit dem Träger in der jeweiligen Kommune ausgewählt, also waren auch hier die Wahlmöglichkeiten begrenzt. Neben den elf Tandems aus Hebammen und Sozialpädagoginnen und zwei Hebammen für die durchgängige Begleitung wurde auf Betreiben einer Kommune auch eine Kinderkrankenschwester für die durchgängige Begleitung eingestellt.

Neben ihrer primären Qualifikationen verfügten viele Sozialpädagoginnen über eine Zusatzqualifikation in systemischer Familientherapie und/oder Weiterqualifizierungen in Eltertrainings. Unter den Hebammen befanden sich vier, die bereits eine Weiterbildung zur Familienhebamme absolviert hatten.

Tab. 11: Soziodemographische Eigenschaften der Familienbegleiterinnen (N=24)

Profession	Hebamme	n = 11
	Sozialpädagogin	n = 12
	Kinderkrankenschwester	n = 1
Alter zu Arbeitsbeginn	M = 40,9 Jahre (Range 27-53)	
Staatsangehörigkeit	deutsch	n = 24
	andere	n = 0
Berufserfahrung	M = 15,6 Jahre (Range 1-31)	
Erfahrung im Umgang mit sozial benachteiligten Familien	M = 10,5 Jahre (Range 0-30)	

Wie aus Tabelle 11 hervorgeht, wurden die Kriterien der langjährigen Berufserfahrung sowie der Erfahrung im Umgang mit sozial benachteiligten Familien in den meisten Fällen erfüllt. Nur vereinzelt wurden relativ junge Familienbegleiterinnen mit wenig Berufserfahrung eingestellt.

In der Einschätzung der Projektleitung ergaben sich im Projektverlauf leichte Veränderungen in der Gewichtung der Kriterien. Die Bereitschaft und die Offenheit, sich auf etwas Neues einzulassen und die eigene Arbeit zu reflektieren, wurde als entscheidendes Kriterium angesehen. Dagegen rückte die Länge der Berufserfahrung auf der Prioritätenliste weiter nach hinten. Aus den Erfahrungen der PIPE-Implementation wurde die Offenheit gegenüber neuen, programmspezifischen Methoden, wie z.B. die Simulierung der Eltern-Kind-Interaktion mit Babypuppen, als weiteres Auswahlkriterium angeregt. Es zeigte sich nämlich, dass nicht alle Familienbegleiterinnen bereit waren, sich auf diese Methoden einzulassen und diese auch in Praxis mit Überzeugung umsetzen, was zu Widerständen und Verzögerungen bei der PIPE-Implementation führte.

In den Tandems ergaben sich viele Personalwechsel, so dass lediglich vier der elf Tandems ihre Arbeit in unveränderter Besetzung durchführen konnten. Die Gründe hierfür waren Mutterschutz und Elternzeit sowie Umzüge, gesundheitliche Probleme und interpersonelle Konflikte. Hinzu kam, dass einige Familienbegleiterinnen zum Teil nur eine geringe Fallzahl übernehmen wollten, weshalb weiteres Personal einbezogen werden musste.

Tab. 12: Teilnahmebeendigung und Stabilität der Personalsituation (N=150, $\chi^2_{(1)} = 4,896$, $p = 0,027$)

	<i>Instabile Personalsituation</i>	<i>Stabile Personalsituation</i>	Gesamt
Aktive Teilnehmerinnen	44	58	102
Vorzeitige Beendigung	30	18	48
Gesamt	74	76	150

Wie Tabelle 12 zeigt, existiert ein Zusammenhang zwischen einer unsteten Personalsituation und der vorzeitigen Beendigung der Teilnahme durch Frauen in der Begleitgruppe, das bedeutet, dass es bei den Frauen, die von instabilen Tandems begleitet wurden, signifikant häufiger zu einer vorzeitigen Beendigung der Teilnahme kam als in den stabilen Tandems und in der durchgängigen Begleitung, in der es keine Personalwechsel gab.

Dieser Befund unterstreicht die Wichtigkeit einer stabilen Personalsituation. Einschränkend muss zu dieser Auswertung angemerkt werden, dass die Begleitung der meisten Frauen noch nicht abgeschlossen ist, so dass es sich um einen vorläufigen Befund handelt. Weiterhin muss festgehalten werden, dass die Begleitung über die volle Programmlaufzeit zwar eine notwendige Voraussetzung für die Wirksamkeit ist, sich daraus jedoch noch nicht zwingend auf die Effektivität des Programms schließen lässt. Eine grundsätzliche Einschätzung zur Frage, welcher Begleitmodus für die Zukunft zu

bevorzugen wäre, kann an dieser Stelle nicht gegeben werden, da in Niedersachsen lediglich drei Familienbegleiterinnen in der durchgängigen Begleitung arbeiten. Eine Wirksamkeitsanalyse sowie ein Vergleich der Programmimplementation mit den anderen Bundesländern zu einem späteren Zeitpunkt wird hierzu Aufschluss geben. Festhalten lässt sich allerdings, dass die Arbeit in den Tandems einen zusätzlichen Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf mit sich bringt, der in der durchgängigen Begleitung in dieser Form nicht gegeben ist. Die Tandemkonstellation ist daher anfälliger für Konflikte und unkoordiniertes Vorgehen, was zu Personalwechseln und Begleitungsabbrüchen führen kann. Familienbegleiterinnen aus den Tandems kritisierten zum Teil, dass zu wenig Zeit und Gelegenheit für den Teambildungsprozess vor Beginn der Begleitung eingeräumt worden sei.

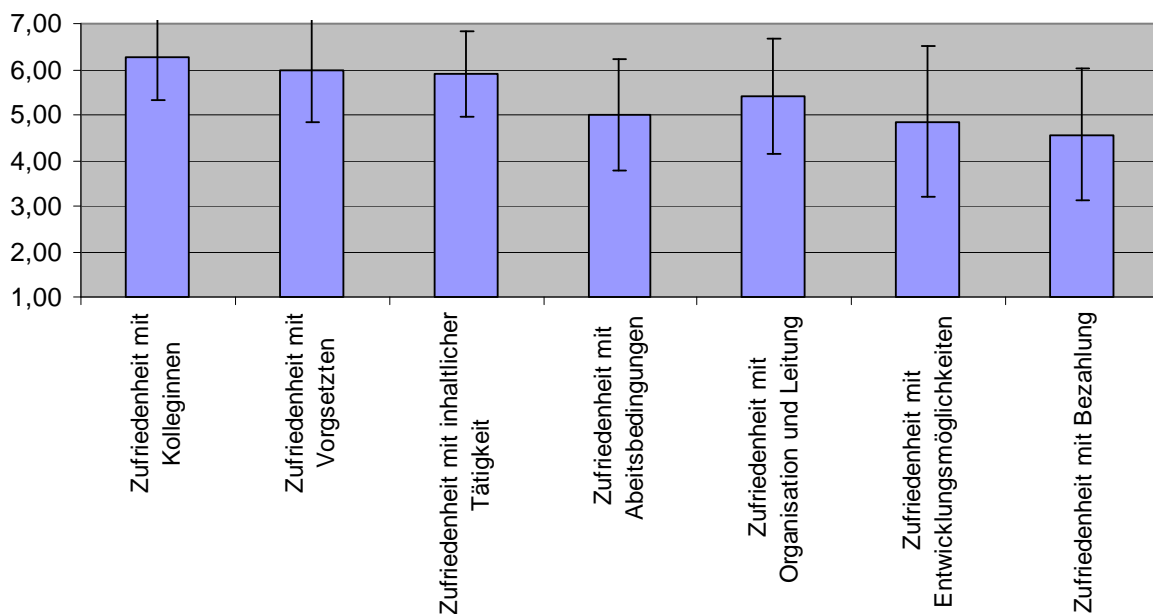


Abb. 11: Arbeitszufriedenheit der Familienbegleiterinnen (N=20)

Bezüglich der Arbeitszufriedenheit der Familienbegleiterinnen, erhoben im Herbst 2009 mit einer Kurzform des Arbeitsbeschreibungsbogens von Neuberger und Allerbeck (1978), ergibt sich insgesamt ein positiver Befund (s. Abbildung 11). Allerdings fällt die Zufriedenheit in den Bereichen Arbeitsbedingungen, Entwicklungsmöglichkeit (Weiterbildung/Aufstieg) und Bezahlung deutlich ab.

Der Umstand, dass alle Familienbegleiterinnen neben ihrer Arbeit für Pro Kind ihrer sonstigen Arbeit als freie Hebammen oder Familienhelferinnen nachgingen, wurde von der Projektleitung als schwierig beurteilt, weil hierdurch zum Teil die terminliche Flexibilität für Hausbesuche und Schulungen eingeschränkt und die Umstellung auf die spezifische Pro Kind-Arbeit erschwert wurde.

3.3 Fazit zur Auswahl der Projektakteure

Insgesamt gab es bei der Auswahl der Projektakteure nur eingeschränkte Wahlmöglichkeiten, was sicherlich nicht optimal ist. Die Konstellation mit den freien Trägern hat sich insgesamt nicht als zufriedenstellend erwiesen, was sich vor allem an deren passiver Rolle festmacht. Für zukünftige Implementationszyklen wäre einerseits ein Verzicht auf diese freien Träger und eine Festanstellung von sozialpädagogischem Personal denkbar. Eine zweite Möglichkeit läge in der stärkeren Einbeziehung der Träger und einer Verlagerung von Tätigkeiten der Zielgruppenakquise und Projektorganisation auf deren Ebene, um sich des Vorteils eines lokal etablierten Akteurs zu erhalten. Hierzu müssen allerdings auch die finanziellen Mittel eingeplant werden, die in der Modellprojektphase für diesen Zweck größtenteils fehlten.

Bei der Auswahl der Familienbegleiterinnen stellt sich langfristig die Frage, wie hervorragendes Personal angeworben und im Programm gehalten werden kann. Aus der Analyse der Arbeitszufriedenheit lässt sich erkennen, dass das Aufzeigen von Entwicklungsmöglichkeiten sowie eine höhere Bezahlung Bedingungen sind, die verbessert werden müssten.

4. Adaption der Programmmaterialien

Die Handbücher des NFP-Programms enthalten für jeden Hausbesuch der verschiedenen Begleitungsphasen einen Leitfaden mit Themenvorschlägen („Facilitators“) und Arbeitsmaterialien („Educational Material“). Die Themen in den Handbüchern wurden ursprünglich von den amerikanischen Programmentwicklern in Abstimmung mit erfahrenen „Nurses“ zusammengestellt und repräsentieren die typischen Fragen und Problemstellungen, mit denen sich erstmals Schwangere bzw. Eltern des ersten Kindes beschäftigen. Ergänzt werden diese Arbeitsmaterialien um die „Smart Choices“, einem Modul zur Steigerung der Kommunikations- und Konfliktfähigkeit in institutionellen Kontexten und damit perspektivisch der Berufsfähigkeit sowie einer selbstbestimmten Lebensplanung. Als zusätzliche Programmelemente sieht das NFP-Konzept eine Schulung der Nurses im Umgang mit zwei Einschätzungsskalen, den „NCAST-Feeding“- und „Teaching-Scales“ vor, welche diese für die Mutter-Kind-Beziehung und ihre Förderung sensibilisieren sollen, sowie Teile des bereits kurz beschriebenen PIPE-Moduls.

Im Zuge der Adaption der Programmmaterialien wurden zunächst die drei Handbücher (Schwangerschafts-, Säuglings- und Kleinkindhandbuch) übersetzt und an die deutschen Verhältnisse angepasst. Die „Facilitators“ erhielten die Bezeichnung „Arbeitsblätter“, das „Educational Material“ wurde zu den „Infoblättern“ und die „Smart Choices“ wurden als „Prima Möglichkeiten“ betitelt.

- Bei den Arbeitsblättern wurden die NFP-Vorlagen weitgehend übernommen. Wie die Bezeichnung bereits nahe legt, enthalten sie Möglichkeiten zum Ausfüllen und Eintragen von persönlichen Daten und Überzeugungen wie z.B. ein Blatt zur Dokumentation des eigenen Rauchverhaltens oder eine Auflistung der persönlichen Erziehungsüberzeugungen.
- Die Infoblätter wurden im Vergleich zum amerikanischen Original im Bezug auf Anzahl und Umfang reduziert sowie inhaltlich überarbeitet und ergänzt. Auch hier legt die Bezeichnung bereits nahe, dass es bei diesen Materialien um die Vermittlung von Wissen geht. So werden z.B. Informationen zur Ernährung in der Schwangerschaft, zur Kindersicherheit der Wohnung oder zum Thema Fernsehen gegeben.
- Die Prima Möglichkeiten wurden nur zum Teil und erst zu einem späteren Zeitpunkt adaptiert.

Neben diesen NFP-Materialien wurden die deutschen Handbücher um Informationsmaterialien der BzGA und des Bundes Deutscher Hebammen ergänzt.

Als Ersatz für die NCAST-Skalen erhielten die Familienbegleiterinnen eine Schulung zum Umgang mit der Entwicklungstabelle von Beller und Beller (2005). Die Entwicklungstabelle sollte den Familienbegleiterinnen als Instrument dienen, um mit den Teilnehmerinnen über die Entwicklung ihres Kindes ins Gespräch zu kommen und diese dafür zu sensibilisieren. Nachdem die Suche nach einem

deutschen Substitut für PIPE erfolglos verlaufen war, wurde die Adaption von einem Teil der PIPE-Einheiten in Angriff genommen. In den PIPE-Einheiten werden neben der Informationsvermittlung zu einem entwicklungspsychologischen Thema und der Reflexion der persönlichen Erfahrung der Teilnehmerinnen Eltern-Kind-Aktivitäten von den Familienbegleiterinnen mit Hilfe von Babypuppen demonstriert.

Als ein weiteres zusätzliches Programmmodul wurden Materialien und Informationen zu Zahngesundheit und Zahnpflege während und nach der Schwangerschaft sowie für Säuglinge und Kleinkinder von der Medizinischen Hochschule Hannover integriert.

Wie bereits beschrieben, verlief die Adaption der Programmmaterialien unter großem zeitlichen Druck und parallel zur praktischen Arbeit, so dass in den ersten Auflagen der Handbücher noch keine optimale Qualität erreicht wurde und das Ziel, der praktischen Umsetzung einen Schritt voraus zu sein, nicht immer eingehalten werden konnte. Auch die Implementation von PIPE erfolgte zu einem relativ späten Zeitpunkt, was auch daran lag, dass der hierfür notwendige Arbeitsaufwand für die Projektleitung erst spät erkennbar wurde. Zudem erfolgte die Anpassung der Materialien – im Unterschied zum amerikanischen Vorbild - nicht in Abstimmung und Kooperation mit den Familienbegleiterinnen, die diese in die Praxis umsetzen sollten (top-down vs. bottom-up-Implementationsstrategie).

4.1 Implementation der Programmmaterialien

Aus dem Dokumentationssystem der Hausbesuche geht hervor, dass in 45% der Hausbesuche Arbeitsblätter, in 39% Infoblätter, in 20% andere Materialien und lediglich in 1% die Prima Möglichkeiten eingesetzt wurden (s. Abbildung 12). In der Regel wurden mehrere Materialien während eines Hausbesuchs eingesetzt. In 23% der Hausbesuche wurden allerdings keine Programmmaterialien eingesetzt. Gründe hierfür waren u.a. akute Krisen bei den Teilnehmerinnen, eine grundsätzliche Ablehnung der Materialien durch die Teilnehmerin oder Schwierigkeiten im Sprachverständnis.

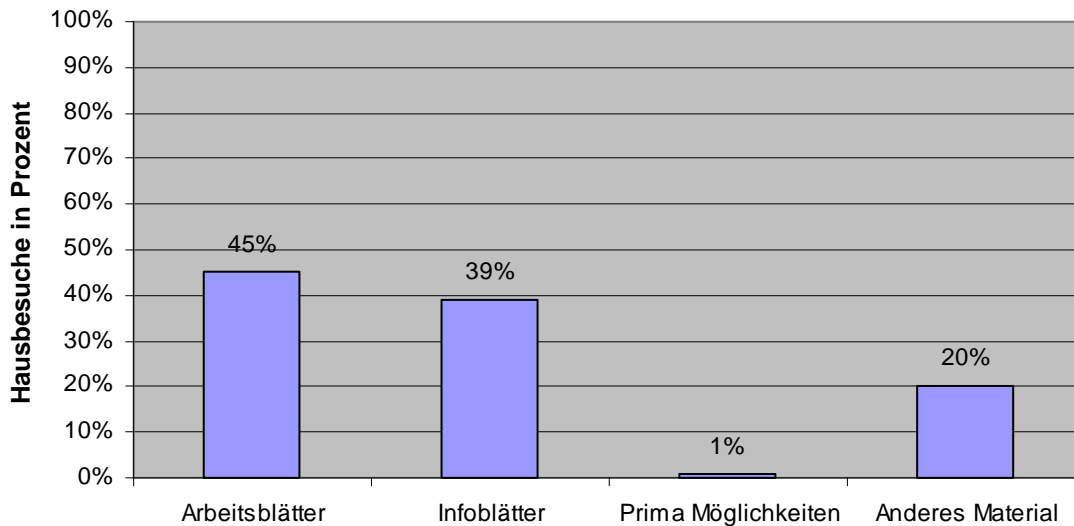


Abb. 12: Häufigkeit des Einsatzes der Arbeitsmaterialien in den Hausbesuchen (N=3553)

Abbildung 13 zeigt die Implementation von PIPE und Beller & Beller in den Familien, wobei der Einsatz dieser Programmelemente in mindestens einem Hausbesuch als Kriterium herangezogen wurde. Demnach wurde in 50% der Familien mindestens einmal PIPE und in 35% mindestens einmal die Entwicklungstabelle von Beller & Beller eingesetzt.

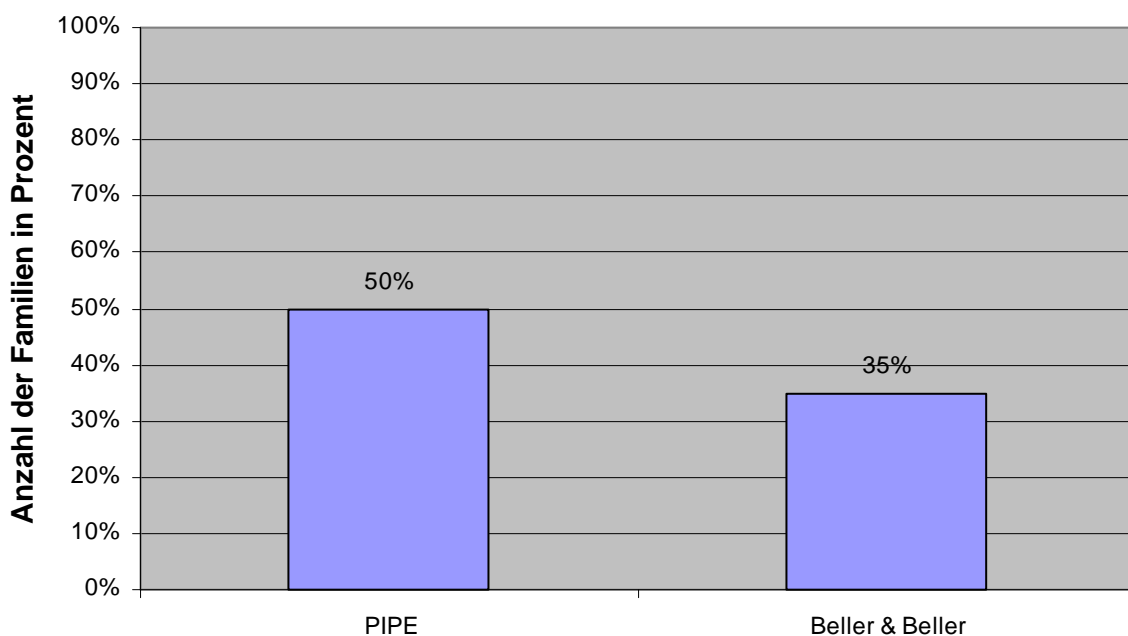


Abb. 13: Implementation von PIPE und Beller & Beller (N=115)

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die meisten Familien die Begleitungsphase noch nicht vollständig durchlaufen haben, weshalb sich die Anzahl der Familien, in denen Materialien zur

Einschätzung des Entwicklungsstandes und zur Entwicklungsförderung über eine Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion eingesetzt wurden, durchaus noch erhöhen kann.

4.2 Beurteilung durch die Familienbegleiterinnen und die Teilnehmerinnen

Aus den qualitativen Interviews mit den Familienbegleiterinnen sowie den Gruppendiskussionen auf einem Auswertungsworkshop ergaben sich sehr unterschiedliche Einschätzungen der Arbeit mit den Programmmaterialien. Für alle beteiligten Professionen war die Arbeit mit Handbüchern in Hausbesuchen eine neue Erfahrung. Einige Familienbegleiterinnen räumten ein, dass sie sich zunächst von den Vorgaben der Handbücher eingeschränkt und unter dem Druck fühlten, den gesamten Inhalt der Handbücher mit den Familien durchzuarbeiten. Dazu trug bei, dass die Leitfäden von manchen am Anfang als strikte Vorgaben verstanden wurden und nicht als flexibel am Interesse der Teilnehmerinnen orientierte Themenvorschläge. Zum anderen offenbarten sich auch Identifikationsprobleme, da die Handbücher als zu wenig auf die eigene Profession zugeschnitten erlebt wurden. Für andere jedoch stellte die Arbeit mit den Handbüchern aufgrund der Strukturierung eine Arbeitserleichterung dar.

Insgesamt wurden die Arbeitsblätter positiver bewertet als die Infoblätter. Die Arbeitsblätter wurden als gute Möglichkeit wahrgenommen, mit Teilnehmerinnen über ein bestimmtes Thema ins Gespräch zu kommen. Die Konzentration auf das Blatt trug dabei zur Entlastung der Kommunikationssituation bei. Obwohl der Aufbau der Arbeitsblätter mitunter auch als zu verschult eingestuft wurde, nahmen die meisten Teilnehmerinnen diese Materialien positiv auf. Den Infoblättern wurde dagegen von den Familienbegleiterinnen, z.B. bei den Themen Gesundheitsverhalten während der Schwangerschaft oder Medienkonsum der Kinder, mangelnde Zielgruppennähe und fehlende Kleinschrittigkeit vorgeworfen.

Die Einführung von PIPE stieß auf ein gespaltenes Urteil bei den Familienbegleiterinnen. Einige konnten sich nur schwer oder gar nicht auf die spielerische Ebene einlassen oder betrachteten die PIPE-Themen im Vergleich zu anderen, dringenderen Problemen in den Familien als nachrangig. Das Hinzukommen eines weiteren Handbuchs wurde zudem als Überfrachtung des Programms wahrgenommen. Für andere Familienbegleiterinnen ergab sich durch das Spielerische eine neue konkrete Ebene, um mit den Teilnehmerinnen in Kontakt zu kommen, insbesondere wenn diese über die abstraktere Gesprächsebene nur schwer zu erreichen waren.

Auch das Modul zur Zahngesundheit löste bei vielen Familienbegleiterinnen Widerstände aus. Neben Problemen mit der Logistik des für die Teilnehmerinnen zur Verfügung gestellten Zahnpflegematerials wurde das Thema als sehr schwergängig erlebt, der Aufwand von vielen als unverhältnismäßig im Vergleich zum Stellenwert des Themas im gesamten Begleitungsprozess eingeschätzt.

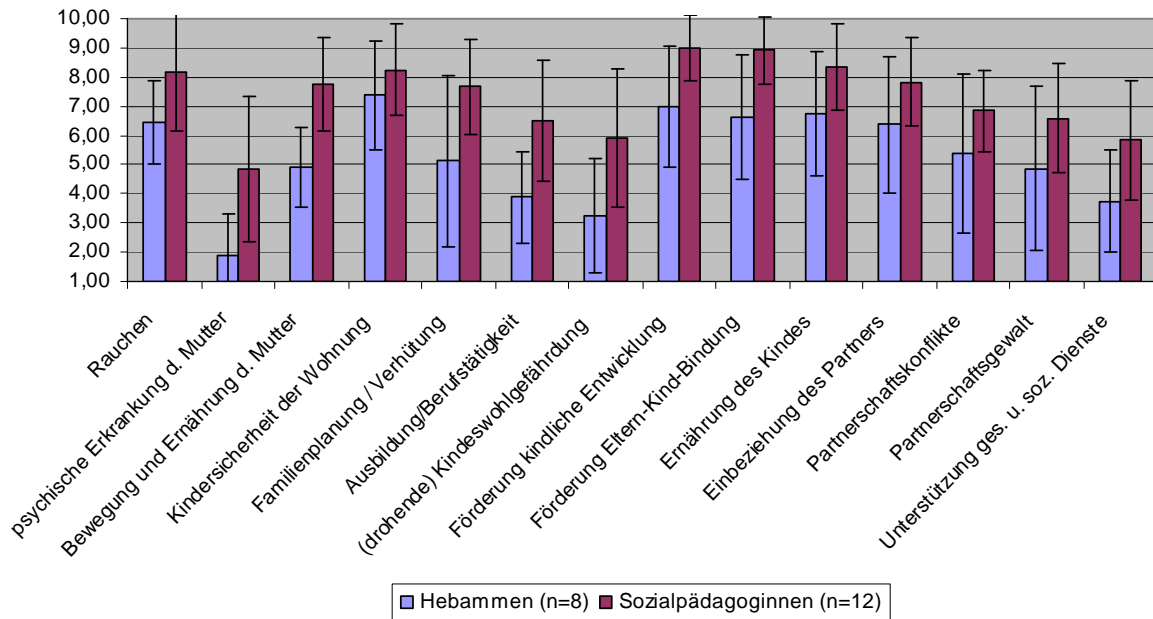


Abb. 14: Beurteilung der Programmmaterialien zu den einzelnen Themen (1 = sehr schlecht; 10 = sehr gut)

Abbildung 14 veranschaulicht die Beurteilung der Programmmaterialien zu einzelnen Themen durch die Familienbegleiterinnen, welche im Rahmen eines Auswertungsworkshops im Herbst 2009 erhoben wurden. Es fällt auf, dass die Hebammen die Materialien zu allen Themen negativer bewerteten als die Sozialpädagoginnen. Ob dies allerdings an einer schlechteren Qualität des Schwangerschaftshandbuchs im Vergleich zu den anderen Handbüchern liegt oder an einer grundsätzlich kritischeren Haltung der Hebammen den Programmmaterialien gegenüber, lässt sich aufgrund der vorliegenden Daten noch nicht entscheiden.

Informationsquelle für die Bewertung des Programmmaterials durch die Teilnehmerinnen ist zum einen das Dokumentationssystem zu den Hausbesuchen, zum anderen die telefonische Zufriedenheitsbefragung.

- Falls Programmmaterial im Hausbesuch verwendet wurde, schätzen die Familienbegleiterinnen das Interesse am Material und dessen Verständnis nach jedem Hausbesuch auf einer 4-stufigen Skala ein. Wie Abbildung 15 zeigt, schätzen die Familienbegleiterinnen das Interesse der Teilnehmerin am Material und ihr Verständnis des Materials im Durchschnitt positiv ein.

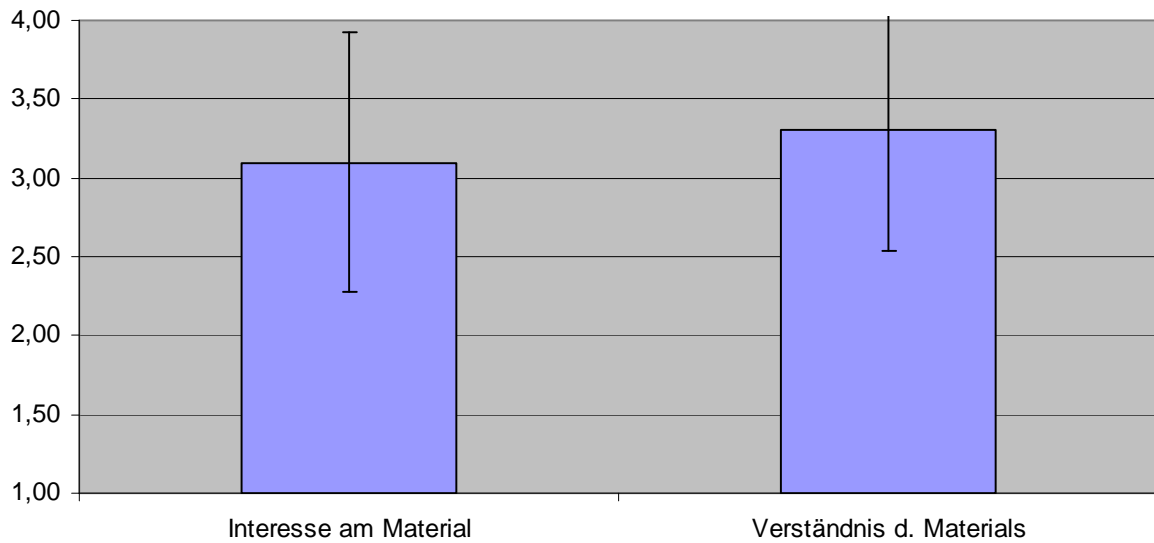


Abb. 15: Einschätzung des Interesses und Verständnis des Material der Teilnehmerinnen durch die Familienbegleiterinnen (N=2834)

- In der telefonischen Zufriedenheitsbefragung bestätigen die Teilnehmerinnen im Mittel die insgesamt positive Einschätzung der Familienbegleiterinnen (s. Abbildung. 16). In Bezug auf den Umgang mit den Materialien wird deutlich, dass diese zumeist in den Hausbesuchen besprochen werden. Eine selbstständige Beschäftigung mit den Materialien kommt dagegen erheblich seltener vor.

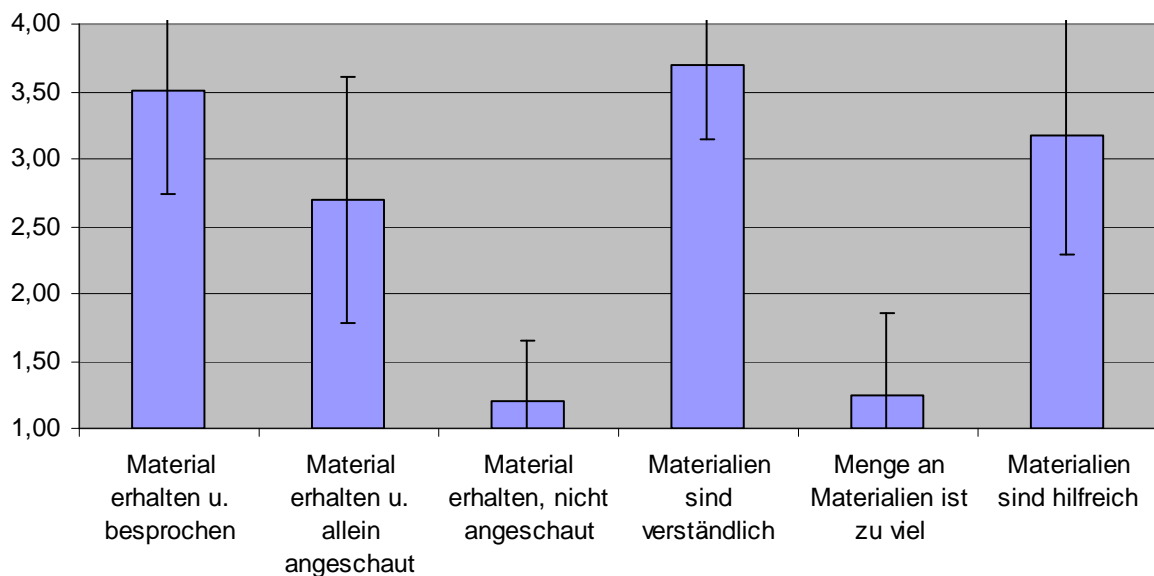


Abb. 16: Umgang und Beurteilung der Materialien durch die Teilnehmerinnen (N=100, 1 = nie, 4 = immer)

4.3 Fazit zur Materialadaption

Durch den zeitlich engen Rahmen des Adaptionprozesses mussten einige qualitative Abstriche in der Materialgestaltung gemacht werden, die allerdings durch fortlaufende Überarbeitung ausgebessert werden. Im Umgang der Familienbegleiterinnen mit den Materialien ergeben sich die typischen Probleme einer Top-Down- im Gegensatz zu einer Bottom-Up-Implementation. Der Vorteil der Top-Down-Strategie, auf ein ausgearbeitet Programm zurückgreifen zu können, bringt Identifikationsschwierigkeiten und teilweise Ablehnung der Materialien mit sich, welche bei einer Bottom-Up-Strategie, also der Entwicklung der Materialien unter Partizipation der Familienbegleiterinnen, sicherlich geringer ausgefallen wären. Im Zuge der Überarbeitung der Materialien wird jedoch derzeit auf eine stärkere Einbeziehung der Erfahrungen der Familienbegleiterinnen gesetzt, so dass diese konkrete Verbesserungsvorschläge zu einzelnen Materialien oder thematische Erweiterungen einbringen können. Insgesamt muss auch festgehalten werden, dass die neue Erfahrung, mit ausgearbeiteten Programmmaterialien zu arbeiten, von vielen Familienbegleiterinnen und begleiteten Familien durchaus positiv bewertet wurde.

5. Schulungen

5.1 Entwicklung und Durchführung des Curriculums

Ebenso wie die Materialadaption erfolgte die Entwicklung eines Curriculums für die Workshops und dessen Durchführung parallel zur praktischen Programmumsetzung. Tabelle 13 gibt einen Überblick zum derzeitigen Stand des Schulungsprogramms. Die Entwicklung des Curriculums ist allerdings noch nicht abgeschlossen.

Bei der Entwicklung wurden zum einen Teile der amerikanischen Workshops adaptiert, die sich vor allem in den ersten beiden Einheiten wiederfinden, und Schulungen zu den einzelnen Modulen PIPE und Beller & Beller vorgenommen. Zum anderen wurde das Programm um Schulungen zu speziellen Themen wie psychischen Erkrankungen und Kindeswohlgefährdung ergänzt und auf Schulungsbedarfe wie Gesprächsführung in und mit Familien oder Arbeitsmarktintegration eingegangen, die im Verlauf der praktischen Arbeit deutlich wurden.

Tab. 13: Schulungsprogramm der Familienbegleiterinnen

Workshopeinheit	Inhalt	Umfang
1. Auftaktworkshop	Vorstellung des NFP-Konzepts und der Begleitforschung zum Modellprojekt, Einführung in die Arbeit mit dem Schwangerschaftshandbuch und dem Dokumentationssystem der Hausbesuche	2 Tage
2. Theoretische Grundlagen	Einführung in die theoretischen Grundlagen des Programms und deren Umsetzung in der Praxis	1 Tag
3. Postpartale psychische Erkrankungen	Vortrag zu verschiedenen postpartalen Erkrankungen und Vernetzungsmöglichkeiten zu diesem Thema	1 Tag
4. Frühe Risikoeinschätzung von Kindeswohlgefährdung	Einführung in ein bindungstheoretisch fundiertes System zur Risikoeinschätzung von Kindeswohlgefährdung	1 Tag
5. Beller & Beller	Einführung in die Arbeit mit der Entwicklungstabelle von Beller & Beller	1 Tag
6. Erstes Lebensjahr	Arbeit mit dem Säuglingshandbuch, Säuglingsernährung, ELBA – Arbeit mit	1Tage

	der Babypuppe	
7. Kommunikation	Kommunikation in und mit Familien, Grundlagen und Beispiele	2 Tage
8. PIPE	Einführung in die Arbeit mit dem PIPE-Handbuch, Einübung einzelner PIPE-Einheiten	4 Tage
9. Zweites Lebensjahr	Kindliche Entwicklung im zweiten Lebensjahr, Arbeit mit dem Handbuch	1 Tag
10. Arbeitsmarktintegration	Möglichkeiten der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt, Grundlagen SGB II / ALG II	1 Tag

Die Schulungen, die den Kernbereich des NFP/Pro Kind-Programms betreffen, wurden von der Projektleitung durchgeführt. Zu den speziellen Themen wurden externe Referenten eingeladen. Aufgrund der häufigen personellen Wechsel mussten die meisten Workshopeinheiten mehrmals angeboten werden. Dies führte zu einem erhöhten Arbeitsaufwand für die Projektleitung, ermöglichte auf der anderen Seite aber auch die Verbesserung der Workshopabläufe und –gestaltung, wobei sich als Forschungsproblem die eingeschränkte Vergleichbarkeit stellt. Die parallel zur praktischen Arbeit verlaufenden Schulungen haben gegenüber einer vorab und blockweise organisierten Schulung den Vorteil, dass die Schulungen zeitnah zur praktischen Umsetzung erfolgen können. Allerdings kann dies durch den unterschiedlichen Arbeitsbeginn und die unterschiedlichen Arbeitsphasen, in denen sich die Familienbegleiterinnen befinden, auch dazu führen, dass die Schulungen später als die praktische Umsetzung erfolgen, was z.B. in Bezug auf die Arbeit mit den Handbüchern bei einzelnen Familienbegleiterinnen der Fall war.

5.2 Beurteilungen durch die Familienbegleiterinnen

Wie eine Befragung im Rahmen eines Auswertungsworkshops im Herbst 2009 zeigt, beurteilen die Familienbegleiterinnen die Workshopeinheiten im Durchschnitt als hilfreich bis sehr hilfreich (s. Abbildung 17). Bei der Zufriedenheit mit den Workshops, welche am Ende jedes einzelnen Workshops erhoben wurde, ergibt sich ein ähnlicher Befund. Der Anteil der unzufriedenen oder sehr unzufriedenen Familienbegleiterinnen ist in der Regel sehr gering (s. Abbildung 18). Einzig im Hinblick auf die praktischen Übungen ist die Unzufriedenheit etwas größer. Hier wünschten sich einige Familienbegleiterinnen mehr Möglichkeiten, um die Workshopinhalte praktisch zu erproben bevor sie in die Familien gehen.

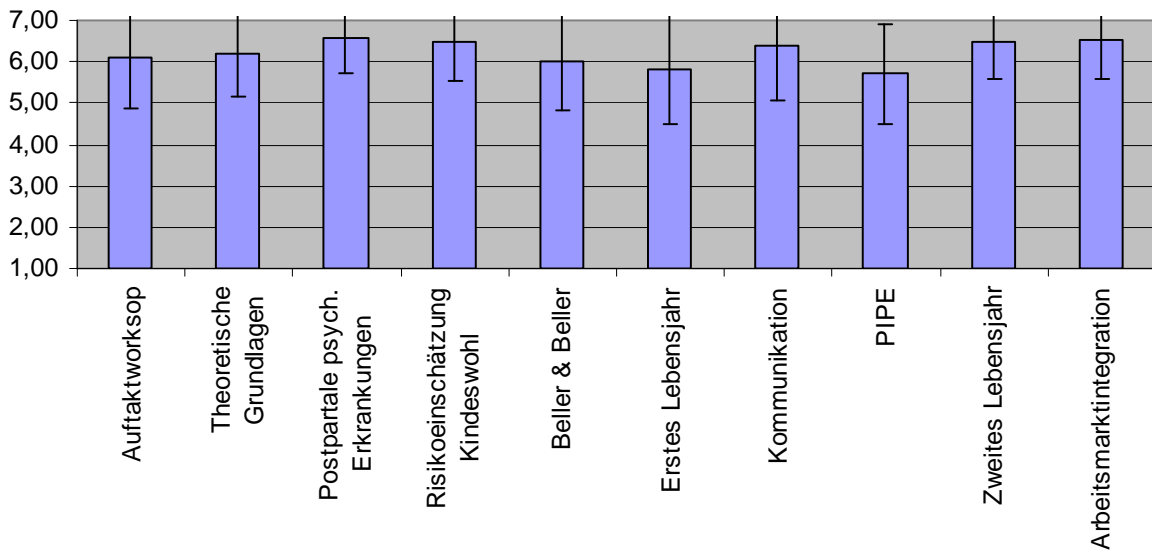


Abb. 17: Beurteilung der Workshopeinheiten durch die Familienbegleiterinnen (N=22, 1 = gar nicht hilfreich, 7 = sehr hilfreich)

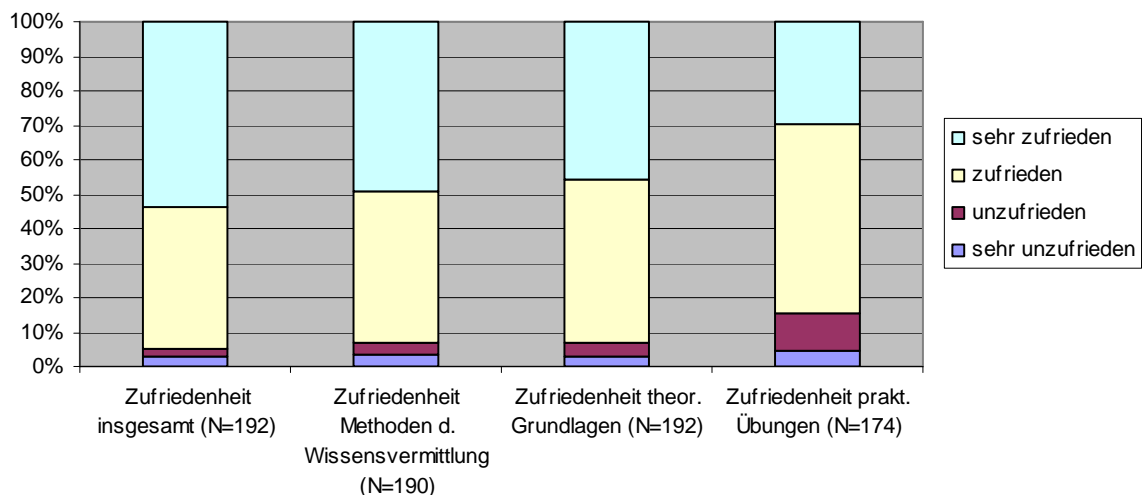


Abb. 18: Zufriedenheit der Familienbegleiterinnen mit den Workshops

Die Familienbegleiterinnen wurden zudem im Rahmen eines Auswertungsworkshops nach zusätzlichen Schulungsbedarfen gefragt. Der geäußerte Bedarf richtet sich hier zum einen auf weitere spezielle Themen wie Umgang mit häuslicher Gewalt, Süchte und psychische Erkrankungen, Abgrenzung und Abschiednehmen sowie Umgang mit Medien. Zum anderen wurden Vertiefungen zu einzelnen Themen wie Gesprächsführung, Eltern-Kind-Bindung sowie Ausfüllen von Anträgen und zur Vorbereitung von Behördengängen gewünscht.

5.3 Fazit zu den Schulungen

Die Schulungen haben im Gesamtkonzept des Programms eher die Funktion, Impulse zu einzelnen Themen zu geben, statt umfassend zu informieren und auf die praktische Arbeit vorzubereiten, was am relativ geringen zeitlichen Umfang des derzeitigen Gesamtcurriculums zu erkennen ist. Diese Funktion erfüllen die Fachberatung, welche Raum für spezielle Fragestellungen gibt, und die Fallbesprechungen, die am konkreten praktischen Beispiel die Möglichkeit zur Festigung der Programmgrundlagen bietet. Trotzdem fällt auf, dass im Curriculum selbst wenig Zeit auf die Einübung der Arbeit mit den umfangreichen Handbüchern verwendet wird, was Fragen des sinnvollen Einsatzes der Materialien oder Möglichkeiten und Methoden, einzelne Themen einzuführen, betrifft. Dies könnte Skepsis und Widerstände gegen die Arbeit mit den Handbüchern bei einzelnen Familienbegleiterinnen begünstigt haben. Ansonsten zeigen die Ergebnisse, dass die Workshops bei den Familienbegleiterinnen insgesamt auf positive Resonanz stießen und aus Sicht der Familienbegleiterinnen zu einzelnen Themen Vertiefungen und thematische Ergänzungen vorgenommen werden sollten.

6. Fachberatung und Fallbesprechung

6.1 Konzept der Fachberatung und Fallbesprechung

Die Hintergrundbegleitung in Form von Fachberatung und Fallbesprechungen stellt eine wichtige Kernkomponente des NFP/Pro Kind Konzepts dar. Die Fachberatung übernimmt dabei verschiedene Funktionen:

- Sie dient dazu, die grundlegenden Elemente von Pro Kind bei den Familienbegleiterinnen zu festigen.
- Sie bietet die Möglichkeit, konkrete fachliche Fragen zu klären oder Hinweise zu Vernetzungsmöglichkeiten zu erhalten.
- Den Familienbegleiterinnen wird emotionale Unterstützung und die Möglichkeit zur Reflexion ihres Verhaltens gegeben.
- In der Tandembegleitung eröffnet sie die Möglichkeit zum Austausch und zur Koordinierung der Arbeit zwischen Hebammen und Sozialpädagogin.

In den Fallbesprechungen werden Begleitungsverläufe systematisch analysiert und gemeinsam das weitere Vorgehen geplant.

Im NFP-Konzept sind folgende Elemente für die Hintergrundbegleitung vorgesehen:

- Eine Stunde Einzel-Fachberatung pro Woche
- Vier Teamsitzungen pro Monat, von denen in der Regel zwei zu Fallbesprechungen genutzt werden
- Hausbesuchshospitationen im Abstand von vier Monaten bei jeder Familienbegleiterin

Im Pro Kind-Konzept wurden für die beiden Begleitmodi unterschiedliche Varianten der Hintergrundbegleitung festgelegt. Für die durchgängige Begleitung wurde das NFP-Konzept ohne Änderungen übernommen. Für die Tandembegleitung ergab sich folgendes Modell:

- Vierzehntägig zwei Stunden Fachberatung oder Fallbesprechung pro Tandem
- Telefonische Termine nach Bedarf
- Zusätzliche Termine nach Bedarf bei Krisenintervention

Im Verlauf des Umsetzungsprozesses wurde das Stundenkontingent für die Hintergrundbegleitung im Tandem von zwei auf zweieinhalb Stunden erhöht. Außerdem wurde ein weiterer optionaler Termin im Monat vorgesehen, der für Kriseninterventionen genutzt werden kann.

6.2 Umsetzung der Fachberatung und Fallbesprechung

Zur konkreten Quantität der Umsetzung sowie zu den inhaltlichen Schwerpunkten der Hintergrundbegleitung liegen derzeit noch keine exakten Auswertungen vor. In den qualitativen Interviews mit den Familienbegleiterinnen wird die Hintergrundbegleitung als sehr hilfreich beschrieben und insbesondere von den Hebammen als ein bereicherndes Element empfunden, welches aus der sonstigen Berufstätigkeit nicht bekannt war. Aus den qualitativen Interviews mit den Fachberaterinnen wird deutlich, dass vor allem in der Anfangsphase der Teambildungsprozess und interpersonelle Konflikte in den Tandems viel Raum einnahmen, so dass wenig Platz für die Festigung der Programmgrundlagen blieb. Ein genereller Nachteil für die Fachberaterinnen bestand darin, dass diese zwar über erhebliche Berufserfahrung in ihrem eigenen Berufsfeld verfügen, jedoch keine eigene praktische Erfahrung in der Umsetzung des Programms mitbringen konnten. Die Fachberaterinnen mussten sich also selbst erst mit dem Programm vertraut machen, was durch den mehrfachen Wechsel auf dieser Position einen großen Einfluss hatte. Durch die Teilnahme der Fachberaterinnen an einer NFP-Schulung in den USA zu den Programmgrundlagen wurde versucht dies zu kompensieren.

Neben dem ohnehin geringeren Kontingent an Hintergrundbegleitung im Vergleich zur durchgängigen Begleitung, gab es in den Tandems mehr Terminfindungsschwierigkeiten für die Fachberatung, so dass qualitativen Interviews zufolge eine deutlich geringere Frequenz als vorgesehen realisiert wurde. Auch die Hausbesuchshospitationen wurden nur vereinzelt vorgenommen. Einmal mehr erschwerte die große räumliche Streuung der Standorte die Durchführung und steigerte den zeitlichen Aufwand für die Fachberaterinnen erheblich.

6.3 Fazit zur Fachberatung und Fallbesprechung

Das Konzept einer engen Hintergrundbegleitung wird von den Familienbegleiterinnen als ein sehr hilfreiches Programmelement wahrgenommen und hilft wahrscheinlich, diese vor emotionaler Erschöpfung („burn out“) zu bewahren. Die Schwierigkeiten, die vorgesehene Frequenz der Fachberatung in den Tandems zu erzielen, hängen eng mit der räumlichen Struktur des Projekts zusammen. Für diese großflächige Projektstruktur muss langfristig eine Lösung gefunden werden, um eine enge und effiziente Hintergrundbegleitung zu ermöglichen. Das größere Kontingent an Hintergrundbegleitung für die durchgängige Begleitung wird bei einem abschließenden Vergleich der beiden Begleitmodi in Rechnung gestellt werden müssen, um im Falle einer höheren Effektivität dieses Begleitungsmodus die Konfundierung der Wirkfaktoren „therapeutische Allianz“ und „Quantität der Hintergrundbegleitung“ aufzulösen.

7. Praktische Arbeit der Projektakteure

7.1 Verbleib der Teilnehmerinnen im Projekt

Neben den 286 aufgenommenen Teilnehmerinnen wurden im Verlauf der Zielgruppenakquise 185 Fälle dokumentiert, in denen es nicht zu einer Aufnahme in das Modellprojekt Pro Kind kam.

Tab. 14: Gründe für die Nichtaufnahmen (N=185)

Gründe für die Nichtaufnahme	Häufigkeit in Prozent
1. Keine finanzielle Belastungssituation	15,1%
2. Kein sozialer oder persönlicher Belastungsfaktor	9,7%
3. Über der 28. Schwangerschaftswoche	6,5%
4. Nicht erstgebärend	7,0%
5. Wohnort außerhalb des Einzugsgebiets	14,6%
6. Ungenügende Deutschkenntnisse	2,7%
7. Kein Interesse	23,3%
8. Nichterreichbarkeit	14,6%
9. Sonstiges	5,4%

Gründe für die Nichtaufnahmen sind in Tabelle 14 dokumentiert. Zum einen sind Nichterfüllung der Zielgruppenkriterien oder die fehlende Zugehörigkeit zu einer Pro Kind-Kommune (Gründe 1 bis 6 in Tabelle 14) zu nennen. Diese Gründe gehen also auf die Programmkonzeption in der Modellprojektphase und die räumliche Beschränkung des Projekts zurück. Zum anderen lassen sich die Gründe 7 und 8 als mangelnde Teilnahmemotivation auf Seiten der Frauen oder ihrer Familien interpretieren. Aus Tabelle 14 geht hervor, dass fast 40% der Nichtaufnahmen unter diese Kategorie fallen. Welche Gründe sich im Einzelnen hinter diesem Mangel an Interesse oder der Nichterreichbarkeit verbergen, ist in den meisten Fällen nicht erfasst. Es erscheint als lohnenswerte Aufgabe für die Zukunft diese Gruppe der nichterreichten Frauen zu beforschen, um zu erfahren, was ihnen den Eintritt in das Programm erleichtert oder sie dazu motiviert hätte.

Nach derzeitigem Stand haben mittlerweile alle Teilnehmerinnen in Niedersachsen die Schwangerschaftsphase abgeschlossen (s. Abbildung 19). Die meisten Frauen befinden sich in der Säuglingsphase und der Kleinkindphase. Bisher haben n= 42 Frauen das Programm bis zum zweiten Geburtstag des Kindes durchlaufen. In Niedersachsen gibt es als Besonderheit der Programmumsetzung eine zeitliche Erweiterung der Begleitung, so dass auch im dritten Lebensjahr im zweimonatigen Abstand Hausbesuche erfolgen. Aus Abbildung 18 wird ersichtlich, dass der Begleitungsprozess nur für einen geringen Anteil der Frauen abgeschlossen ist, so dass gesicherte

Aussage über die Umsetzung Hausbesuche in erster Linie für die Schwangerschaftsphase getroffen werden können.

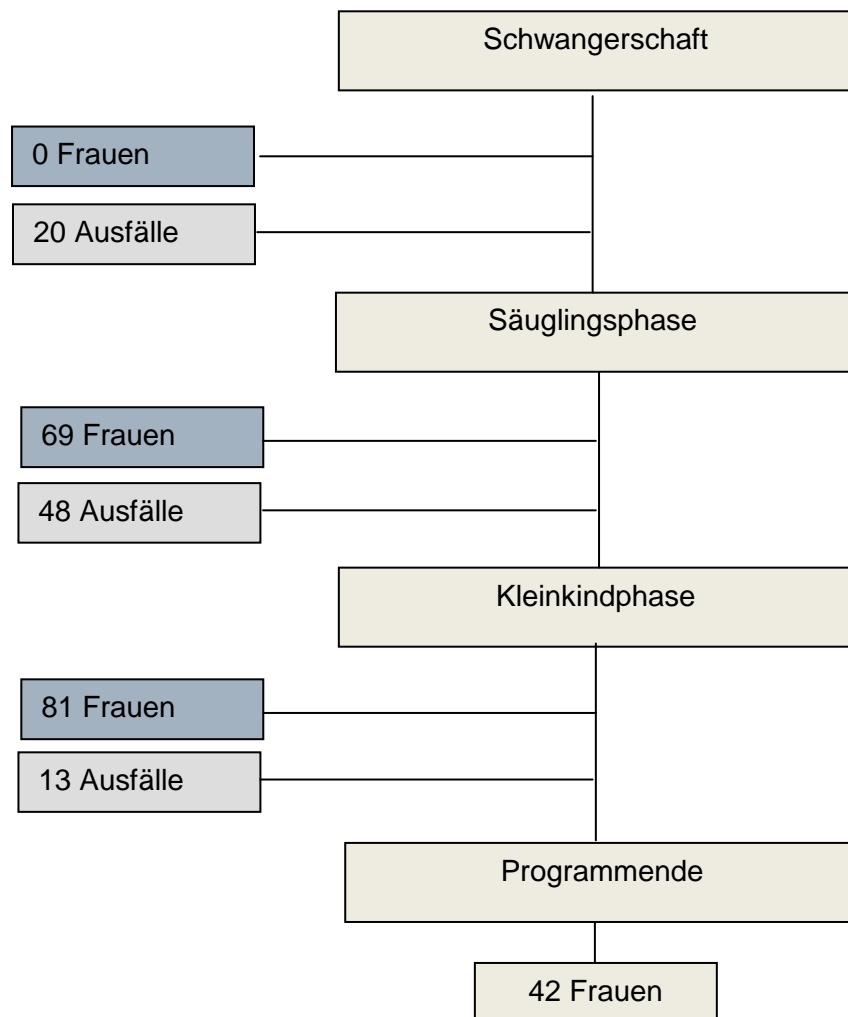


Abb. 19: Verbleib der Teilnehmerinnen im Projekt (N=286, Stand 31.12.2009)

In jeder Projektphase kam es zu vorzeitigen Beendigungen der Teilnahme. Bezogen auf Gesamtzahl der Frauen, die eine Projektphase durchlaufen haben, ergibt sich für die Schwangerschaftsphase eine Ausfallquote von 7%. Für die Säuglingsphase ebenso wie für die Kleinkindphase liegt die Quote bei 24%, wobei die Quote für die letzte Phase noch wenig aussagekräftig ist, da erst wenige Frauen diese Phase beendet haben. Die zahlenmäßig größten Ausfälle sind in der Säuglingsphase zu verzeichnen, was sich mit Erfahrungen aus dem NFP-Programm deckt. Verglichen mit dem NFP fällt die Ausfallquote für die Schwangerschaftsphase deutlich geringer aus (7% vs. 23%) und ist für die Säuglingsphase vergleichbar (24% vs. 26%).

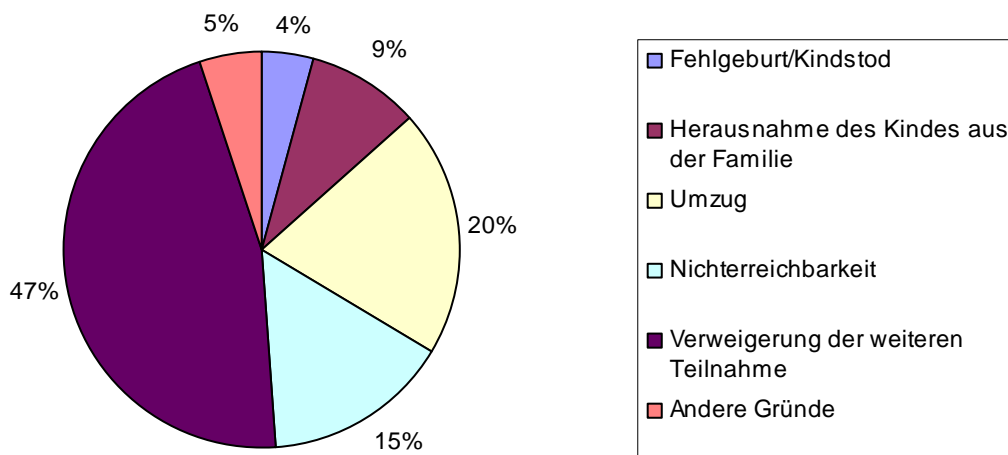


Abb. 20: Gründe für die vorzeitige Teilnahmebeendigung (N=81)

Der weitaus häufigste Grund für die vorzeitige Teilnahmebeendigung ist die Verweigerung der weiteren Teilnahme durch die beteiligten Familien (s. Abbildung 20). Hinter dieser Kategorie verbergen sich sehr unterschiedliche Motivlagen. Teils entschieden die Familien, keine weitere Unterstützung durch Pro Kind zu benötigen, teils entsprach die Teilnahme nicht den Erwartungen der Frauen. Auch terminliche Engpässe durch erneute Berufstätigkeit oder die Einbeziehung zusätzlicher Hilfen wie der sozialpädagogischen Familienhilfe führten zur Teilnahmebeendigung.

Tab. 15: Teilnahmebeendigung und Gewalterfahrung während der Schwangerschaft (N=266, $\chi^2_{(1)} = 9,721$, $p = 0,002$)

	Gewalterfahrung während der Schwangerschaft		Gesamt
	nein	ja	
Aktive Teilnehmerinnen	180	12	192
Vorzeitige Beendigung	60	14	74
Gesamt	240	26	266

Der statistische Zusammenhang zwischen dem im Aufnahmebogen der Evaluationsforschung erhobenen Risikofaktor „Gewalterfahrung der Frauen während der Schwangerschaft“ und der vorzeitigen Teilnahmebeendigung legt nahe, dass die Teilnahmebeendigung zum Teil auch als Versuch der Familien zu verstehen ist, sich dem Einblick durch professionelle Helfer zu entziehen. Für die Programmumsetzung bedeutet dieser Befund, dass speziell auf diesen Risikofaktor zugeschnittene Retentionsstrategien entwickelt werden müssen.

7.2 Umsetzung der Hausbesuche

Die Hausbesuchsstruktur sieht in der Regel zweiwöchige Hausbesuche vor. Ausgenommen hiervon sind die ersten vier Wochen der Teilnahme sowie die achte bis 14. Lebenswoche des Kindes, in der die Übergabe zwischen Hebamme und Sozialpädagogin erfolgt. In dieser Zeit sind wöchentliche Besuche vorgesehen. Weiterhin sind vom 21. bis zum 24. Lebensmonat des Kindes monatliche und im dritten Lebensjahr zweimonatige Besuche geplant.

Bisher haben 1.207 Besuche in der Schwangerschaftsphase, 1.892 in der Säuglingsphase, 528 in der Kleinkindphase und 35 im dritten Lebensjahr stattgefunden. In Tabelle 16 findet sich ein Vergleich der Hausbesuchshäufigkeit für die Schwangerschafts- und die Säuglingsphase mit den NFP-Zielvorgaben

Tab. 16: Hausbesuchshäufigkeit und Dauer im Pro Kind/NFP-Vergleich

	Pro Kind-Mittel	NFP-Zielvorgabe
Hausbesuchshäufigkeit (Schwangerschaft)	9,0	14
Ist/Soll-Vergleich (Schwangerschaft)	79%	80%
Hausbesuchshäufigkeit (Säuglingsphase)	16,9	24
Ist/Soll-Vergleich (Säuglingsphase)	70%	65%
Dauer der Hausbesuche	82 Minuten	60-90 Minuten

Es wird deutlich, dass die Quantität der Hausbesuche den Vorgaben des NFP in beiden Phasen entspricht.

Auch in Bezug auf die Arbeit in den einzelnen Domänen werden die NFP-Vorgaben weitgehend erfüllt (s. Tabelle 17). Abweichungen ergeben sich in den Domänen „Persönliche Gesundheit“ und „Mutter-/Vater-/Elternrolle“. In der Domäne „Persönliche Gesundheit“ liegt der Anteil mit 29% in der Schwangerschaftsphase deutlich unterhalb der vorgesehenen 35-40%. Eine mögliche Erklärung könnten die besseren Versorgungsstrukturen durch Gynäkolog(inn)en und Hebammen im Vergleich zwischen den USA und Deutschland sein. Eine weitere deutliche Abweichung ergibt sich in der Domäne „Mutter-/Vater-/Elternrolle“ mit einem Anteil von 29% für die Säuglings- und der Kleinkindphase statt anvisierter 45-50% bzw. 40-45%. Die relative späte Einführung des Moduls PIPE ist eine Erklärung für diese Abweichung. Der Umstand, dass diese Zielzahlen auch im NFP-Mittel in verschiedenen Implementationsstandorten der USA verfehlt werden, legt jedoch den Schluss nahe, dass es für die

Familienbegleiterinnen schwierig ist, ihre Aufmerksamkeit von den Problemlagen der Teilnehmerinnen auf die Entwicklung der Kinder zu lenken.

Tab. 17: Prozentualer Anteil der verbrachten Zeit in den einzelnen Domänen

Domänen	Pro Kind-Mittel	NFP-Mittel	NFP-Zielvorgabe
Schwangerschaftsphase			
Pers. Gesundheit d. Mutter	29%	37%	35-40%
Gesundheitsförderliche Umgebung	10%	11%	5-7%
Lebensplanung und –gestaltung	16%	13%	10-15%
Mutter-/Vater-/Elternrolle	20%	23%	23-25%
Familie und Freundeskreis	14%	16%	10-15%
Soziale Dienste und Gesundheitsversorgung	11%	-	-
Säuglingsphase			
Pers. Gesundheit d. Mutter	18%	20%	14-20%
Gesundheitsförderliche Umgebung	10%	14%	7-10%
Lebensplanung und –gestaltung	17%	15%	10-15%
Mutter-/Vater-/Elternrolle	29%	36%	45-50%
Familie und Freundeskreis	15%	15%	10-15%
Soziale Dienste und Gesundheitsversorgung	10%	-	-
Kleinkindphase			
Pers. Gesundheit d. Mutter	15%	17%	10-15%
Gesundheitsförderliche Umgebung	9%	14%	7-10%
Lebensplanung und –gestaltung	24%	17%	18-20%
Mutter-/Vater-/Elternrolle	29%	37%	40-45%
Familie und Freundeskreis	15%	15%	10-15%
Soziale Dienste und Gesundheitsversorgung	8%	-	-

Da die Einteilung in die sechs Domänen nur einen groben Überblick über die inhaltliche Gestaltung der Hausbesuche gewährt, wurden die Familienbegleiterinnen im Rahmen eines Auswertungsworkshop zur Relevanz einzelner Themen befragt (s. Abbildung 21). In den Hausbesuchen stehen demnach einerseits kindbezogene Themen wie Kindersicherheit der Wohnung, Ernährung, Eltern-Kind-Bindung und kindliche Entwicklung, andererseits Themen mit Bezug zur Lebensplanung wie Ausbildung/Berufstätigkeit, Familienplanung und Unterstützung im Umgang mit sozialen oder gesundheitlichen Diensten im Vordergrund. Dies entspricht ungefähr den Schwerpunkten aus der Betrachtung der Domänen im Hausbesuchsprotokoll.

Akute Krisen durch Kindeswohlgefährdung oder Partnerschaftsgewalt kommen eher selten vor. Wesentlich häufiger sind dagegen Partnerschaftskonflikte.

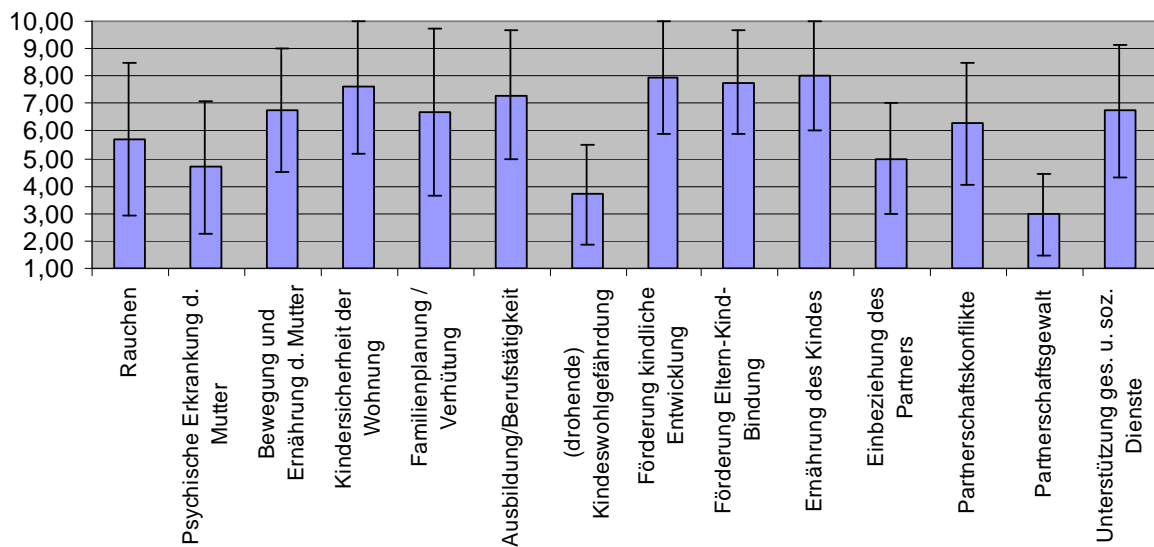


Abb. 21: Relevanz einzelner Themen in den Hausbesuchen (N=22, 1 = gar nicht, 10 = immer)

Neben der Relevanz wurde auch nach der Sicherheit oder Kompetenz im Umgang mit den einzelnen Themen erfragt. Aus Abbildung 22 werden die selbsteingeschätzten Kompetenzunterschiede der beiden Professionen ersichtlich. Die Stärken der Hebammen liegen in den Bereichen Bewegung und Ernährung der Mutter, Familienplanung und Ernährung des Kindes. Die Sozialpädagoginnen haben ihre Stärken im Umgang mit akuten Krisen wie Kindeswohlgefährdung und Partnerschaftsgewalt sowie in der Unterstützung im Umgang mit gesundheitlichen und sozialen Diensten.

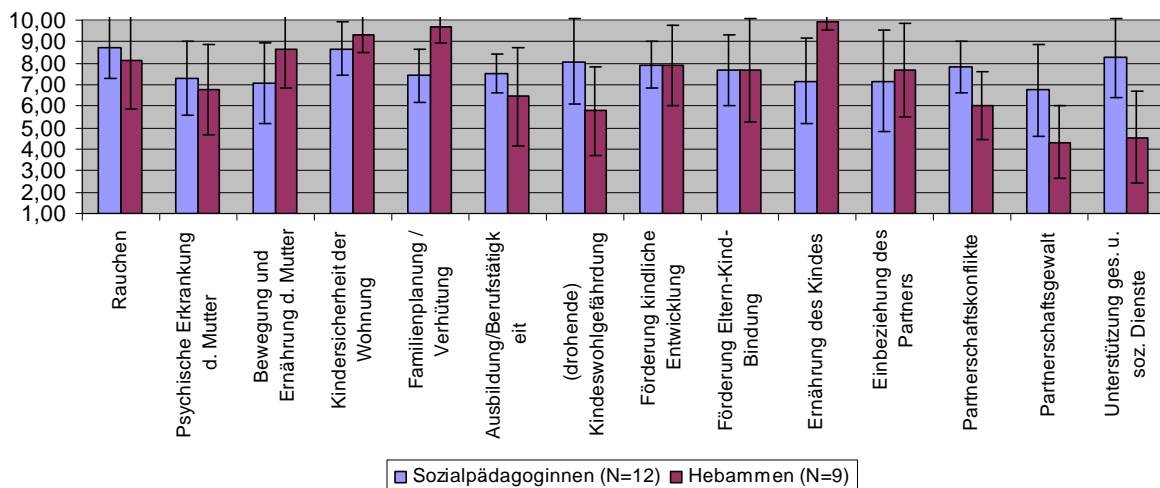


Abb. 22: Sicherheit/Kompetenz im Umgang mit den Themen (1 = sehr unsicher/wenig kompetent; 10 = sehr sicher/sehr kompetent)

Insgesamt fällt die selbsteingeschätzte Kompetenz für den Umgang mit Partnerschaftsgewalt mit einem Mittelwert von 5,8 am geringsten aus. Vor dem Hintergrund der oben dargestellten negativen Wirkung

dieses Risikofaktors auf die Retention der Teilnehmerinnen legt dieser Befund eine zusätzliche Schulung der Familienbegleiterinnen zu diesem Thema nahe. In der Ergänzung der unterschiedlichen Kompetenzen der beiden Professionen liegt sicherlich, der sonstigen bereits beschriebenen Probleme zum Trotz, das Potential der Tandembegleitung.

7.3 Engagement und Zufriedenheit der Familien

In den Hausbesuchsprotokollen schätzen die Familienbegleiterinnen das Engagement der Teilnehmerinnen sowie anderer beteiligter Personen wie z.B. dem Partner auf einer 4-stufigen Skala ein. Mit einem Mittelwert von 3,36 wird das Engagement der Teilnehmerinnen im Durchschnitt positiv eingeschätzt.

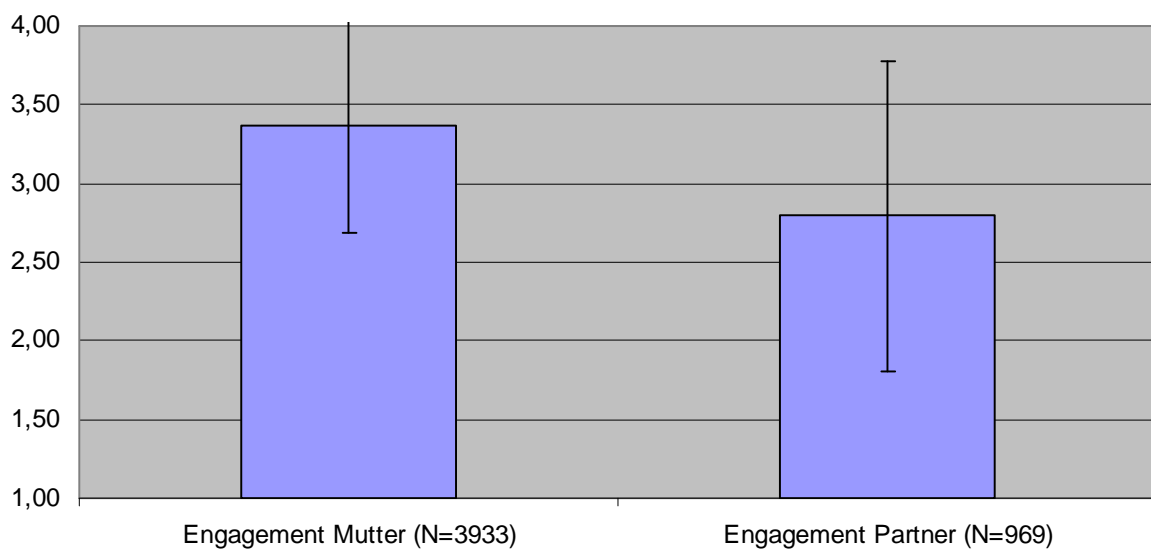


Abb. 23: Engagement während des Hausbesuchs

Aus der Analyse qualitativer Interviews mit den Familienbegleiterinnen über einzelne Begleitungsverläufe ergeben sich jedoch Hinweise, dass die Einschätzungen zum Engagement mitunter positiv verzerrt sind. Eine Familienbegleiterin beschreibt die Schwierigkeiten mit einer Teilnehmerin, konstruktiv an einzelnen Themen zu arbeiten folgendermaßen:

„Ich habe sie mehrmals gefragt, „Mensch, wenn du nicht möchtest, sag es einfach, es ist okay!“ [...] Weil ich wirklich kein Arbeitsblatt richtig mit ihr machen konnte, das lief überhaupt gar nicht. Anders lief es auch kaum. Und sie hat immer gesagt, nee, sie möchte, dass ich komme. Und ich glaube für sie war das unheimlich viel irgendwie, dass sie mir überhaupt die Tür aufgemacht hat oder überhaupt irgendwas mit mir geredet hat. Das war, ich glaube, das war für sie total viel und das habe ich erst total spät verstanden. Denn für mich wirkte es so wie, [...] okay anderthalb Stunden, es muss halt sein. [...] Und sie will das überhaupt nicht. Was mache ich hier eigentlich? Aber sie wollte es!“

Obwohl diese Passage auf ein geringes Engagement der Teilnehmerin in den Hausbesuchen schließen lässt, liegt der Mittelwert des Engagements mit 3,37 deutlich im positiven Bereich. Es ist zwar nicht davon auszugehen, dass sich für alle Teilnehmerinnen mit einem ähnlichen Mittelwert im Engagement die Begleitung so schwierig gestaltete, allerdings legt dieser Befund nahe, das insgesamt positiv eingeschätzte Engagement der Teilnehmerinnen nicht über zu bewerten.

Die Einbeziehung der Partner in das Programm ist bei vielen Themen vorgesehen, was die Wahrscheinlichkeit von Veränderungen im Familiensystem erhöht. Insgesamt nahmen die Partner an ca. 25% der Hausbesuche teil. Zumeist blieben sie jedoch in einer passiven Rolle, was sich an dem deutlich geringen Engagement erkennen lässt (s. Abbildung 23). Qualitative Befunde unterstützen den Eindruck, dass es für die Familienbegleiterinnen vielfach schwierig war, einen positiven Kontakt herzustellen. Da Partnerschaftskonflikte zu den regelmäßig auftretenden Themen der Begleitungen zählen, werden die Partner häufig als Teil des Problems statt als Teil der Lösung gesehen.

In den telefonischen Zufriedenheitsbefragungen werden die Teilnehmerinnen u.a. in einer adaptierten Version des Therapist Adherence Measure of Multisystemic Therapy (TAM, Henggeler & Schoenwald, 1998) zur Umsetzung der Programmprinzipien befragt sowie zur Begleitungsbeziehung (adapiert nach dem Working Alliance Inventory (WAI, Horvarth & Greenberg, 1989;) und zu ihrer Zufriedenheit mit dem Hausbesuchsprogramm (adaptierter Client Satisfaction Questionaire, CSQ-8, Attkisson & Zwick, 1982). Die Befragung erfolgt um den ersten Geburtstag des Kindes.

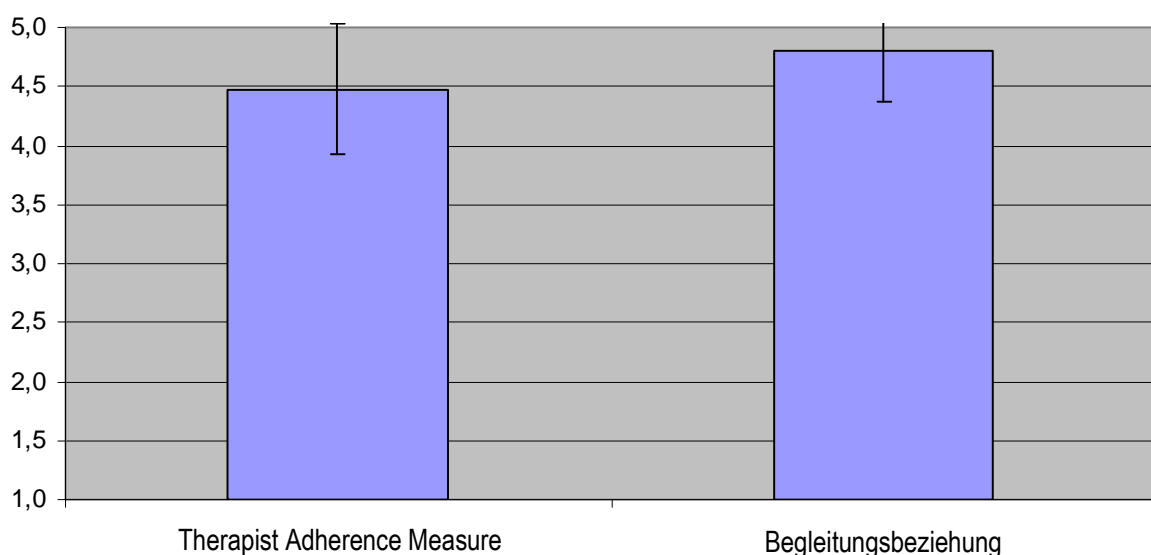


Abb. 24: Therapist Adherence Measure und Begleitungsbeziehung (N=94)

Das Therapist Adherence Measure beinhaltet Fragen zur Struktur und Dynamik der Hausbesuche, zur gemeinsamen Zielorientierung von Begleiterin und Familie sowie zur Orientierung an den Stärken der

Teilnehmerinnen. Die Skala zur Begleitungsbeziehung fragt nach dem Vertrauen und der Offenheit zwischen Familienbegleiterin und Teilnehmerin. Die Ergebnisse zu beiden Skalen fallen sehr positiv aus (s. Abbildung 24).

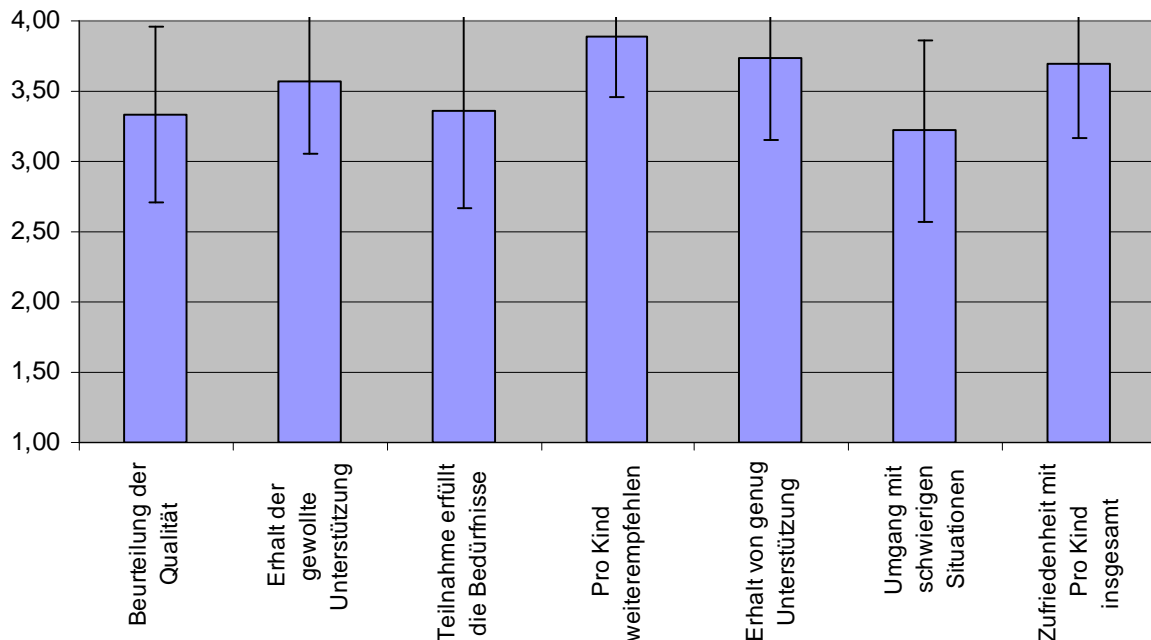


Abb. 25: Zufriedenheit mit der Teilnahme (N=96)

Auch bei der Zufriedenheit mit der Teilnahme sind die Ergebnisse sehr positiv (s. Abbildung 25). Insbesondere die Frage, ob die Teilnehmerinnen einer Freundin die Teilnahme bei Pro Kind empfehlen würden, wenn diese in einer ähnlichen Situation wäre, wird fast ausschließlich sehr positiv beantwortet. Die Bewertung dieser Ergebnisse muss allerdings mit gewissen Vorbehalten erfolgen, da aus der Forschungsliteratur bekannt ist, dass Maße zur Klientenzufriedenheit und Beratungsbeziehung häufig aufgrund von sozial erwünschten Antwortverhalten positiv verzerrt sind. Außerdem enthält die Befragung einen systematischen Bias, der sich aus dem Umstand ergibt, dass Frauen, bei denen es zu einer vorzeitigen Teilnahmebeendigung kam, nicht mit erfasst werden. Es ist wahrscheinlich, dass die Antworten dieser Frauen im Durchschnitt weniger positiv ausgefallen wären.

Wie oben bereits beschrieben, ist in Bezug auf die beiden Begleitmodi eine Annahme, dass sich der Begleitungswechsel zwischen Hebamme und Sozialpädagogin negativ auf die therapeutische Allianz auswirkt. Um diese Annahme zu prüfen, wurde ein T-Test-Vergleich der beiden Begleitmodi bezogen auf die Beratungsbeziehung durchgeführt (s. Abbildung 26).

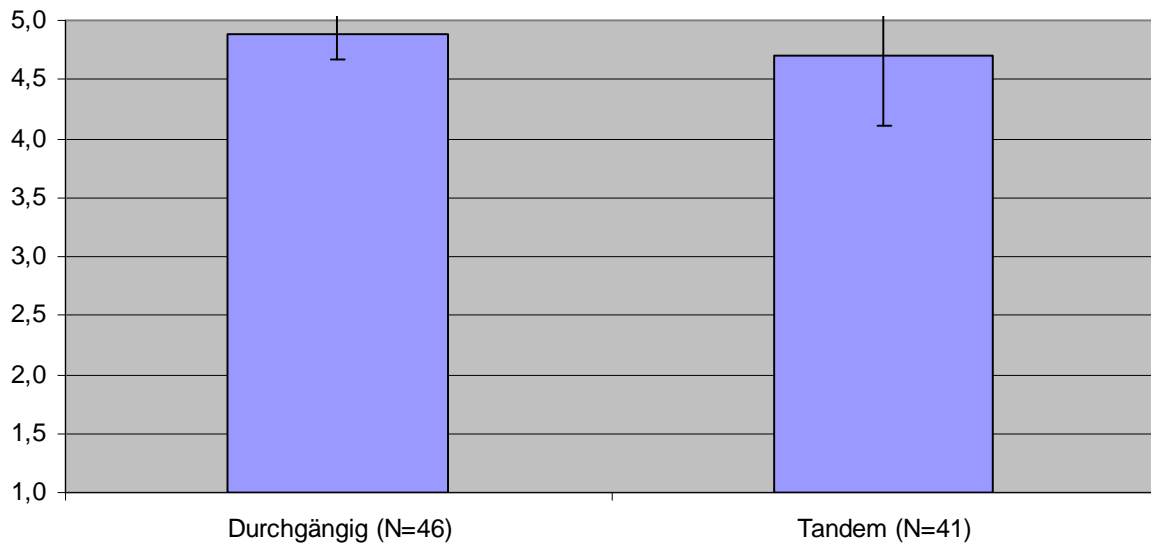


Abb. 26: Einfluss des Begleitmodus auf die Beratungsbeziehung (N=87, $t_{(50,383)} = 1,882$, $p = 0,066$)

Es ergibt sich ein marginal signifikanter Unterschied in der Beratungsbeziehung zugunsten der durchgängigen Begleitung, was als Beleg für Bestätigung der Annahme betrachtet werden kann. Der geringe Mittelwertunterschied lässt jedoch an der praktischen Relevanz dieses Befundes zweifeln. Bei einer besseren Skalenqualität wäre dieser Unterschied eventuell größer ausgefallen. Eingeschränkt wird diese Qualität durch die geringe Itemschwierigkeit und den damit einhergehenden Deckeneffekten. Auch die Zahl der einbezogenen Fälle ist noch relativ gering, so dass abzuwarten bleibt, ob sich der Effekt bei einer größeren Stichprobe bestätigt.

7.4 Fazit zur praktischen Arbeit

Die Vorgaben zur quantitativen Umsetzung der Hausbesuche aus dem amerikanischen Original werden weitgehend eingehalten, was für einen guten Stand der Programmimplementation spricht. Auch in Bezug auf das Engagement und die Zufriedenheit der Teilnehmerinnen ergeben sich positive Befunde, wobei diese mit äußerster Vorsicht zu interpretieren sind. Eine Analyse der Beratungsbeziehung für die beiden Begleitmodi führt zu einem positiveren Befund für die durchgängige Begleitung. Allerdings verdeutlicht die Gegenüberstellung der selbsteingeschätzten Kompetenzprofile das Potenzial, das in einer Tandembegleitung liegt, nämlich die gegenseitige Ergänzung durch die spezifischen Kompetenzen jeder der beiden Professionen.

Aus dem bisherigen Stand ergeben sich einige Schlussfolgerungen für die weitere Programmentwicklung sowie für weitere Forschungsbedarfe. Aus der Bedeutung von Gewalterfahrungen der Frauen für eine vorzeitige Teilnahmebeendigung und der relativ geringen Einschätzung eigenen Kompetenz im Umgang mit diesem Thema durch die Familienbegleiterinnen

leitet sich ein zusätzlicher Schulungsbedarf ab. Größere Aufmerksamkeit sollte zudem den aufgrund von mangelndem Interesse nicht aufgenommenen Teilnehmerinnen zuteil werde. Eine Befragung dieser Frauen könnte Hinweise zur Verbesserung der Akquisestrategien und der Programmgestaltung liefern. Weiterer Forschungsbedarf ergibt sich im Hinblick auf eine Verdichtung der dargestellten Indikatoren zur Programmumsetzung: Lassen sich diesen zu einem einheitlichen Maß für die Programmtreue zusammenfassen? Welche Faktoren beeinflussen die programmgetreue Umsetzung? Welche Einfluss haben diese Indikatoren auf die Programmwirksamkeit? Sind diese für die Wirksamkeit irrelevant, schwindet auch ihre Bedeutung im Umsetzungsprozess.

8. Systeminterventionen

Neben den noch ausstehenden Befunden zur Effektivität und Effizienz des Programms, die erheblich mitbestimmen werden, ob eine Regelimplementation von Pro Kind als lohnenswert beurteilt wird, ergeben sich aus der Analyse des Projektverlaufs und Interviews mit der Projektleitung drei Fragebestellungen, die bei der Integration von Pro Kind in die Landschaft der Frühen Hilfen beantwortet werden müssen.

8.1 Programmtreue oder Flexibilität

Das Spannungsfeld zwischen Programmtreue und Flexibilität zeigt sich innerhalb des Programms an verschiedenen Punkten, wie z.B. der generellen Einstellung der Familienbegleiterinnen zur Arbeit mit den Handbüchern oder der Frage, wie eng sie an die Vorgaben in den Leitfäden gebunden sind bzw. inwieweit von der vorgesehenen Hausbesuchsfrequenz abgewichen werden kann. Dieses Spannungsfeld berührt mit den engen Zielgruppenkriterien und der Intensität der Hintergrundbegleitung auch noch weitere Kernkomponenten des Programms.

- **Die Zielgruppe:** Wie aus der Multiplikatorenbefragung einerseits und aus Verhandlungen mit Vertragspartnern über eine Verlängerung der Programmlaufzeit andererseits hervorgeht, ist die Eingrenzung der Zielgruppe auf sozial benachteiligte, erstgebärende Mütter bis zur 28. Schwangerschaftswoche für viele ein Hindernis in der Zusammenarbeit und es wird darauf gedrungen, dass Programm auch für Mehrfachgebärende zu öffnen. Dies würde allerdings einer vollkommene Überarbeitung und Differenzierung der Programmmaterialien erfordern.
- **Die Hintergrundbegleitung:** Für die intensive Hintergrundbegleitung ergeben sich Probleme, wenn die Fachberaterinnen eine Vielzahl relativ kleiner Standorte bedienen müssen, wie es in Niedersachsen der Fall ist. Dies bringt lange Fahrzeiten und Problemen in der Terminvereinbarung mit sich, was zu Lasten der Qualität und Effizienz der Hintergrundbegleitung geht. Das derzeitige Konzept der Hintergrundbegleitung ist also vor allem für große Standorte mit vielen Fällen und vielen Familienbegleiterinnen geeignet. Bei einer Regelimplementation stünde man vor dem Problem der räumlichen Ausdehnung insbesondere im ländlichen Bereich. Hierfür müsste das Modell der Hintergrundbegleitung modifiziert werden.
- **Die Strukturiertheit:** Der Vorteil der klaren Strukturierung des NFP/Pro Kind-Konzept liegt darin, dass der Grad der Programmtreue relativ einfach bestimmt werden kann. Für die Regelimplementation wäre der Aufbau eines internen Qualitätssicherungssystems notwendig, wozu es aus dem NFP einige Vorlagen gibt.

Der internationale Stand der Implementationsforschung legt nahe, dass ein Verlust an Programmtreue sich negativ auf die Programmwirksamkeit auswirkt, so dass der Erhalt der Programmtreue unabdingbar erscheint (vgl. Durlak & DuPre, 2008). Andererseits werden mit der Anpassung an die lokalen Gegebenheiten und Bedürfnisse eine erhöhte Motivation der beteiligten Akteure sowie eine längere Programmlebensdauer verbunden (vgl. Blakely et al. 1987). Fällt die Entscheidung in diesem Spannungsfeld allerdings zu stark zugunsten der Flexibilität aus, oder werden für den Programmerfolg wichtige Kernkomponenten modifiziert, kann dies im Extremfall zu Einbußen in der Effektivität und Effizienz des Programms und damit dem Ende der Programmlegitimation führen.

8.2 Konkurrenz oder Marktsegmentierung

Eine weitere Herausforderung besteht darin, den richtigen Platz für Pro Kind in der Landschaft Früher Hilfen zu finden. Wie aus der Multiplikatorenbefragung hervorgeht, wurde die Zielgruppenakquise dadurch beeinträchtigt, dass das Projekt als Konkurrenz zu bereits etablierten Angeboten, wie den Familienhebammen, aufgefasst wurde und somit der zusätzliche Nutzen von Pro Kind nicht erkannt wurde. Auch in einem Interview mit einem beteiligten freien Träger der Jugendhilfe wurde Enttäuschung über die Zusammensetzung der Zielgruppe geäußert, da diese als die gleiche Klientel wie die der sozialpädagogischen Familienhilfe wahrgenommen wurde. Auch hier wird der Konkurrenzgedanke um – ökonomisch gesprochen – knappe Klienten offensichtlich. Solange Pro Kind in den Implementationsverhandlungen und der öffentlichen Wahrnehmung als Konkurrenz zu bestehenden Angeboten wahrgenommen wird, muss sich das Programm in den Bereichen erwiesene Wirksamkeit, Kosteneffizienz und Flexibilität auf dem Quasi-Markt der Frühen Hilfen behaupten.

Eine Alternative zur direkten Konkurrenz besteht in der Betonung der spezifischen Programmeigenschaften, –leistungen und –grenzen im Sinne einer Marktsegmentierung. Leitgedanken einer solchen Marktsegmentierung sind eine Maßschneidung der Angebote für spezifische Bevölkerungsgruppen mit spezifischen Bedürfnissen sowie die Kooperation mit anderen Angeboten, wenn die eigenen Grenzen überschritten werden. Durch die bereits bestehende Eingrenzung auf eine spezifische Zielgruppe und den relativ klar umrissenen Programmleistungen kommt Pro Kind eine Marktsegmentierung sehr entgegen. Die Grenzen der inhaltlichen Arbeit wurden in erster Linie bei der Unterscheidung zwischen Prävention und Intervention deutlich, die immer zur Debatte stand, wenn im Verlauf einer Begleitung der Eindruck entstand, dass die durch Pro Kind vorgesehene Unterstützung nicht ausreicht. Hier wurde versucht, stabile Kooperationen mit dem Jugendamt bzw. der sozialpädagogischen Familienhilfe aufzubauen, ohne sich als Ersatz für solche Interventionen vereinnahmen zu lassen. Die eigenen Programmleistungen innerhalb der Vielzahl der bestehenden

Angebote sichtbar zu machen, ist die große Herausforderung bei der Marktsegmentierung, der sich auch das Hausprogramm Pro Kind stellen müsste.

8.3 Gesundheit oder Soziales

Eng verbunden mit der Unterscheidung zwischen Präventions- und Interventionsangebot ist die Frage der Verortung innerhalb oder zwischen den Sektoren Soziales und Gesundheit. Die dargestellten Ergebnisse unserer Netzwerkanalysen unterstreichen die zentrale Position des Jugendamtes im Versorgungsnetzwerk. Auch wäre hier eine Regelfinanzierung über die Hilfen zur Erziehung nach SGB VIII möglich, so dass eine Verortung von Pro Kind im Jugendamt oder in enger Kooperation mit dem Jugendamt naheliegt. Dieser Weg wurde auch von den meisten Familienhebammenangeboten eingeschlagen. Probleme entstehen jedoch dadurch, dass die Inanspruchnahme von Hilfen des Jugendamtes häufig als stigmatisierend empfunden und das Jugendamt in der Zielgruppe vor allem mit der Herausnahme der Kinder aus den Familien in Verbindung gebracht wird. Dies könnte viele Familien von der Inanspruchnahme der Familienbegleitung durch Pro Kind abhalten. Auch sind der Verlust der präventiven Ausrichtung des Programms und die Integration in den Bestand der Interventionsmaßnahmen des Jugendamtes als Negativ-Szenario denkbar. Als kostengünstigeres Personal würde man Hebammen anstelle der Familienhelferinnen in die Familien schicken, obwohl der Rahmen für präventives Arbeiten nicht gegeben ist. Vorbehalte solcher Art existieren bereits gegenüber dem Einsatz von Familienhebammen.

Der gesundheitliche Bereich wird in der Regel eher mit dem Gedanken der Prävention in Verbindung gebracht; der Einsatz von Professionellen aus diesem Bereich, wie Hebammen oder Kinderkrankenschwestern, wirkt auf viele weniger stigmatisierend als der (ausschließliche) Einsatz von Familienhelferinnen. Als Institution für die Verortung böte sich das Gesundheitsamt an, welchem z.B. auch die Bremer Familienhebammen zugeordnet sind. Im Versorgungsnetzwerk nimmt das Gesundheitsamt verglichen mit dem Jugendamt eine weit weniger zentrale Position ein. Auch ergeben sich offene Fragen in Bezug auf die Finanzierung insbesondere beim Einsatz der Sozialpädagoginnen im Tandemmodell. Eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenversicherungen im Rahmen der Hebammengebührenvereinbarung und/oder als eine darüber hinausgehende Leistung erscheint derzeit noch nicht im Bereich des Möglichen.

Als dritte Alternative, für die es bisher noch keine Vorbilder gibt, ist auch die Verortung des Programms im Bereich der Berufsbildung und der Finanzierung über Bildungsgutscheine denkbar. Entstanden ist diese Idee aus der überwiegend guten Kooperation mit den Jobcentern und ARGEN, über die Kopplung von ALG-II-Bezug als ein wesentliches Zielgruppenkriterium sowie den berufstätigkeitsförderlichen Programmelementen und den davon erhofften Effekten.

8.4 Fazit zu den Systeminterventionen

Die drei Fragestellungen oder Herausforderungen der Systemintervention sind noch nicht beantwortet bzw. bewältigt. Aus Sicht der Implementationsforschung erscheint für die Regelimplementation eine weitgehende Wahrung der Programmtreue durch den Aufbau eines eigenständigen Qualitätssicherungssystems erforderlich. Weiterhin wird eine damit verbundene Strategie des Aufzeigens der spezifischen Programmleistung und eine klare Definition der Programmgrenzen im Sinne einer Marktsegmentierung als erfolgversprechend eingeschätzt. Eine Verortung am oder in enger Kooperation mit dem Jugendamt ist derzeit die wahrscheinlichste Option. Hier gilt es die (Ver-)Handlungsspielräume für die Wahrung der Programmidentität zu nutzen, vor allem aber den Spagat zwischen enger interner Kopplung an das Jugendamt einerseits und der für die Zielgruppe sichtbaren Abgrenzung zu diesem andererseits zu bewältigen.

V Fazit und Ausblick

Der vorliegende Abschlussbericht der Implementationsforschung vermittelt ein fundiertes, differenziertes Bild von der Umsetzung des Modellprojekts Pro Kind in Niedersachsen von Mai 2005 bis Dezember 2009. Ohne die einzelnen Befunde im Detail noch einmal zu wiederholen, sollen die Hauptfragestellungen der Implementationsforschung an dieser Stelle in Kürze beantwortet werden.

1. Wird die Zielgruppe erreicht?

Die Zielgruppenakquise stellte eine große Herausforderung für die Projektumsetzung dar. Vorbehalte gegen die amerikanische Herkunft des Programms und das Kontrollgruppendesign der Begleitforschung, die wahrgenommene Konkurrenz zu den etablierten Familienhebammenangeboten sowie die engen Zielgruppenkriterien erschwerte die Akquise. Die weite räumliche Streuung der Standorte stellte eine weitere Schwierigkeit für die Öffentlichkeitsarbeit dar. Durch eine Verlängerung der Akquisephase und die Hinzuziehung weiterer Standorte konnten 85% (N = 286) Zielzahlen erreicht werden. Aufgrund der sich im Zeitverlauf steigenden Aufnahmezahlen und dem Wegfall der Kontrollgruppe nach der Modellphase wird damit gerechnet, dass sich die Zielgruppenakquise langfristig unproblematischer gestalten wird.

2. Lässt sich das Modellprojekt wie geplant umsetzen?

Die quantitativen Vorgaben des NFP-Programms in Bezug auf die Hausbesuchshäufigkeit, die Hausbesuchsdauer, die Arbeit in den einzelnen Domänen und die Ausfallraten werden größtenteils eingehalten, was für eine gute Programmtreue spricht. Auch die Ergebnisse zu den Workshopevaluationen durch die Familienbegleiterinnen sowie das Engagement und die Zufriedenheit der Teilnehmerinnen fallen positiv bis sehr positiv aus, wobei allerdings Hinweise auf positive Verzerrungen vorhanden sind. Probleme in der Umsetzung ergeben sich vor allem durch zeitliche Engpässe bei der Materialadaption, was sich insbesondere an der relativ späten Einführung des PIPE-Moduls zeigt. Bei der Hintergrundbegleitung wirkte sich die räumliche Streuung der Standorte negativ auf die Effizienz und die Intensität aus.

3. Welche Änderungen des ursprünglichen Konzepts sind erforderlich?

Änderungsempfehlungen für die Umsetzung beziehen sich erstens generell auf den zeitlichen Rahmen. Für Modellprojekte dieser Art wird grundsätzlich eine längere Pilotphase empfohlen, in der die Materialadaption abgeschlossen und intensive Öffentlichkeitsarbeit geleistet werden kann. Zweitens wird die Konzentration auf weniger Standorte empfohlen, was sowohl die Öffentlichkeitsarbeit als auch die Durchführung einer intensiven Hintergrundbegleitung erleichtert. Für die Kooperation mit den freien Trägern der Jugendhilfe bietet sich entweder der Verzicht auf

diese Kooperation und die Festanstellung der Familienbegleiterinnen oder eine stärkere Einbeziehung der Träger durch eine Verlagerung von einzelnen Verantwortungsbereichen auf diese Ebene an. Die Bereitschaft, sich auf eine spielerische Vorgehensweise in der Elternarbeit (Simulierung von Eltern-Kind-Interaktionen mittels Babypuppe) einzulassen, sowie eine hohes Maß an Offenheit und Selbstreflexion sind neben langjähriger Berufserfahrung zu empfehlende Kriterien für die Personalauswahl. Es sollten Anreize durch eine hohe oder sich steigernde Vergütung sowie Perspektiven auf beruflichen Aufstieg erwogen werden, um exzellentes Personal für die Arbeit im Programm zu gewinnen und zu halten. Eine generelle Empfehlung in Bezug auf die Überlegenheit eines der beiden Begleitmodi lässt sich auf Grundlage des bisherigen Analysestandes noch nicht tätigen. Empfehlungen zur Verbesserung der Programmmaterialien werden derzeit im Austausch mit den Familienbegleiterinnen erarbeitet. Auch die Entwicklung eines festen Schulungsprogramms ist noch nicht abgeschlossen. Die Aufnahme des Themas „Häusliche Gewalt“ wird jedoch dringend empfohlen.

Insgesamt zeigt dieser Bericht, dass die Bedingungen und Verläufe der Programmumsetzung in vielerlei Hinsicht nicht optimal waren. Sollte das Programm unter diesen Bedingungen positive Effekte hervorbringen, spräche dies für eine hohe Robustheit der Programmeffekte.

Allgemein ist aus vielen Studien der Implementationsforschung bekannt, dass Probleme in der Programmumsetzung und das Nichterreichen eines 100prozentigen Implementationsniveau erwartbar und die Regel sind (vgl. Durlak & DuPre, 2008). Wichtig ist hingegen die langfristige Programmentwicklung und Qualitätssicherung, um eine hohe Qualität der Programmumsetzung zu erreichen bzw. zu halten sowie systematische Programmverbesserungen zu erzielen.

Zu diesen systematischen Programmverbesserungen kann die Implementationsforschung auch in Zukunft beitragen. Zum einen wird dies möglich durch einen Vergleich mit den Umsetzungsbedingungen und –verläufen in den Modellprojekten in Bremen und Sachsen, insbesondere in Bezug die beiden Begleitmodi. Zum anderen kann die Implementationsforschung durch die Kooperation und ihre Schnittstellen mit der biopsychosozialen Evaluation zur Erforschung des Wirkmodells beitragen. Die Fragestellungen hierzu lauten: Auf welche Aspekte der Programmumsetzung lassen sich einzelne Programmeffekte zurückführen bzw. wie lässt sich das Ausbleiben von erwarteten Programmeffekten erklären? Aus diesen Analysen werden sich die Kernkomponenten des Programms, die vom NFP übernommen wurden, neu bestimmen lassen und sich weitere Hinweise ergeben, welche Bereiche des Programms oder des Materials überarbeitet werden sollten.

Für die Weiterführung des Programms ist weiterhin der Übergang einiger Bereiche der Implementationsforschung, insbesondere dem Dokumentationssystem der Hausbesuche, in ein eigenständiges Qualitätssicherungssystem nach dem Vorbild des Clinical Information System des NFP-Programms geplant.

Literatur

- Attkisson, C.C. & Zwick, R. (1982). The Client Satisfactory Questionnaire: psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5 (3), 233-237.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Beller, K. & Beller, S. (2005). Kuno Bellers Entwicklungstabelle. www.beller-und-beller.de/entwicklungstabelle1.html [Zugriff am 15.07.2007]
- Blakely, C. H., Mayer, J. P., Gottschalk, R. G., Schmitt, N., Davidson, W. S., Roitman, D. B. & Emshoff, J. G. (1987) The fidelity-adaptation debate: Implications for the implementation of public sector social programs. *American Journal of Community Psychology*, 15(3): 269-286.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Brand, T. & Jungmann, T. (2008). Implementation von kriminalpräventiven Programmen: Stand der Forschung und Desiderate. *soFid Kriminalsoziologie + Rechtssoziologie* (2), 9-30.
- Brand, T. & Jungmann T. (2010). Zugang zu sozial benachteiligten Familien. Ergebnisse einer Multiplikatorenbefragung im Rahmen des Modellprojekts „Pro Kind“. Prävention und Gesundheitsförderung. [DOI 10.1007/s11553-009-0197-6](https://doi.org/10.1007/s11553-009-0197-6)
- Bronfenbrenner, U. (1992). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Dobson, D. & Cook, T. J. (1980). Avoiding type III errors in program evaluation: results from a field experiment. *Evaluation and Program Planning*, 3(4), 269-276.
- Durlak, J. A. & DuPre, E. (2008) Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(2): 327-350.
- Fixen, D. L., Naom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute (No. 231).
- Gomby, D. S. (2005). *Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents*. Washington, DC: Committee for Economic Development.
- Henggeler, S.W., & Schoenwald, S.K. (1998). *The MST supervisory manual: Promoting quality assurance at the clinical level*. Charleston, SC: MST Institute.
- Horvarth, A.O. & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counselling Psychology*, 36 (2), 223-232.
- Knoke, D., & Yang, S. (2008). *Social Network Analysis. Quantitative Applications in the Social Science* No. 154. Los Angeles et al.: Sage.
- Neuberger, O. & Allerbeck, M. (1978). *Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit. Erfahrungen mit dem „Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB)“*. Bern: Huber Verlag.
- Olds, D. L. (2006). The Nurse-Family Partnership: an evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5-25.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Kitzman, H., Eckenrode, J. J., Cole, R., & Tatelbaum, R. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. *The Future of Children*, 9(1), 44-65.
- Perkins, J. et al. (2002). *Listen, love, play: Educator's guide for the partners in parenting education curriculum*. Brighton: How to read your baby.
- Schweinhart, L.J. (2005). *The High/Scope Perry Preschool Study through age 40. Summary, conclusions and frequently asked questions*. Ypsilanti, MI: High/Scope Press. [<http://www.highscope.org/Research/PerryProject/PerryAge40SumWeb.pdf>. Zugriff am 01.04.2005]

UNICEF. (2001). *A League Table of Teenage Birth in Rich Nations*. Innocenti Report Card No.3, July 2001.