

Stellungnahme zum Projekt Kleemobil

Dr. Sabina Ulbricht MPH
Dipl.-Päd. Janine Sannemann MPH
Prof. Dr. Ulrich John
Universitätsklinikum Greifswald,
Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin



Vorbemerkung

Diese Stellungnahme wurde erstellt aufgrund sehr begrenzter zeitlicher und finanzieller Ressourcen, die den Verfassern zur Verfügung standen. Sie kann weder ein Gutachten über Details der geleisteten Arbeiten noch eine Projektevaluation ersetzen. Für diese Stellungnahme legen wir erstens Projektunterlagen zugrunde, die uns zur Verfügung gestellt wurden, und zweitens Befragungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter medizinischer und sozialer Einrichtungen in Stralsund.

1. Hintergrund

Mit dem Modellprojekt "Kleemobil" im Stralsunder Stadtteil Grünhufe, gefördert vom Bundesministerium für Bau und Verkehr, wurde Familien in schwierigen sozialen Lagen ein interdisziplinär konzipiertes Unterstützungsangebot zur Verfügung gestellt. Ziel war es, werdende Mütter und deren Familien möglichst bereits in der Phase der Schwangerschaft und im Anschluss an die Geburt durch das erste Lebensjahr des Kindes zu begleiten. Die Aufgabe der für diese Arbeit qualifizierten Familienhebamme bestand darin, die in sozial belasteten Familien besonders häufig bestehenden Schwierigkeiten und Ängste, die mit dem Austragen einer Schwangerschaft und der bevorstehenden Geburt eines Kindes auftreten, zu erkennen und die Familie zu unterstützen. Nach der Geburt standen neben der Nachsorge sowie der Förderung der Stillmotivation die Beobachtung der Entwicklung des Neugeborenen und sein Wohlbefinden im Fokus. Zu jedem Zeitpunkt der Begleitung war die Einbeziehung einer Sozialarbeiterin möglich, wenn es die soziale oder auch psychische Situation erforderte. Immer in Absprache und ausschließlich auf Wunsch der Familien konnten weitere Professionen bei speziellen Problemen hinzugezogen werden, z.B. Rechtsanwälte, Psychologen, Suchtberater oder Experten der Schuldnerberatung. Ein Hauptanliegen der Arbeit war, bestehende Kompetenzen der Familie aufzuzeigen und zu nutzen, bevor externe Hilfe abgerufen wurde. Seit Juli 2007 leisteten zunächst zwei freiberufliche Familienhebammen sowie zwei Sozialpädagoginnen, jeweils auf Teilzeitstellen mit der Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit finanziert, die Projektarbeit. Eine Familienhebamme schied einige Monate nach Projektbeginn aus. Die Finanzierung des Projektes erfolgt als Modellvorhaben im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“ und endet im Dezember 2009.

Voraussetzung für die Aufnahme einer Familie in das Projekt war der Nachweis des Wohnsitzes im Stadtteil Grünhufe in Stralsund. Eher in randstädtischer Lage ist die bauliche Struktur geprägt durch mehrgeschossige Häuser in Plattenbauweise. Ende Dezember 2008 lebten dort

6388 Einwohner. Dies entspricht einem Anteil von 11,2% an der Gesamteinwohnerzahl der Hansestadt Stralsund (Stand 31.12.2008: 57081 Einwohner). Der Anteil der Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren lag zu diesem Zeitpunkt bei 5,8%, Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 6 und 17 Jahre hatten einen Anteil von 9,9%, und der Anteil der jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahre betrug 13,9%. Im Altersbereich 25 bis 40 Jahre waren 14,8% der Einwohner.

Im Stadtteil Grünhufe erhielten im Dezember 2008 insgesamt 140 Personen Leistungen nach SGB III sowie 1892 Personen nach SGB II. Von allen Einwohnern des Stadtteils waren 32,8% von diesen sozialen Transferleistungen nach SGB III oder SGB II abhängig. In anderen Stadtteilen Stralsunds lag dieser Anteil zwischen 6 und 17%. Daher erschien es sinnvoll, das Modellvorhaben im Stadtteil Grünhufe anzusiedeln.

2. Methode

Diese Stellungnahme zur Bewertung des Projekts Kleemobil, gefördert vom 01.07.2007 bis 31.12.2009 vom Bundesministerium für Bau und Verkehr, basiert auf der Auswertung von Daten aus dem Projekt, die wir von den Kleemobil-Mitarbeiterinnen erhielten, sowie auf Daten von Befragungen, die wir selber durchführten. Die Daten aus dem Projekt umfassen eine Basisdokumentation der betreuten Familien sowie der durchgeführten Arbeiten. Wir führten eine Befragung der Kinderärzte und Gynäkologen Stralsunds zu Kleemobil sowie Interviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschiedener öffentlicher Institutionen Stralsunds durch, die potenziell Kontakt zu den in Kleemobil betreuten Familien haben können. Diese Befragungen waren notwendig, um ein minimal aufschlussreiches Bild über das Projekt zu ermöglichen.

2.1 Daten aus dem Projekt

Basisdaten der Familien zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Projekt

Die Basisdaten der betreuten Familien erhielten wir von den Projektmitarbeiterinnen in Form von anonymisierten Fragebögen. In jeder Familie wurden beim Erstkontakt durch die Familienhebamme bzw. Sozialpädagogin Angaben erhoben, 1. zum Neugeborenen bzw. bereits geborenen Kind (Alter, Geburtsdatum, Geschlecht, Geburtsort, Geburtsgewicht- und -länge, Anzahl weiterer Geschwisterkinder, Schwangerschaftsverlauf der Mutter), 2. zur Mutter (Alter, Berufsabschluss, Berufstätigkeit während der Schwangerschaft, Familienstand / Partnerschaft, besondere psycho-soziale Belastungen, Rauchstatus, sportliche Aktivität, Freizeit, ge-

sundheitliche Situation, Stillmotivation, Hilfebedarf) und 3. zum Partner (Alter, Berufsabschluss, Erwerbsstatus, Rauchstatus, Alkoholkonsum, sportliche Aktivität, Gesundheitsstatus). Durch die Projektmitarbeiterinnen erfolgte eine Einschätzung der Pflegekompetenzen der Mutter. Diese Fragebögen wurden von uns in eine ACCESS-Datenbank übertragen.

Protokolle über die Kontakte zu den Familien

Die uns zur Verfügung gestellten Projektunterlagen enthielten weiterhin für jede betreute Familie eine schriftliche Dokumentation über die realisierten Einzelkontakte. Aus diesen Protokollen erarbeiteten wir eine Übersicht dazu, wie viele Kontakte zu einer Familie hergestellt wurden, durch welche Projektmitarbeiterin (Familienhebamme, Sozialpädagogin) der Kontakt realisiert wurde, wie viel Zeit der jeweilige Kontakt in Anspruch nahm und wo der Kontakt stattfand. Um einen Überblick zu erhalten, aus welchen Gründen Kontakt zu den Familien aufgenommen wurde, erfolgte eine Kategorisierung des in den Protokollen vorhandenen Freitextfeldes „Grund des Kontaktes“. Die Auswertung der vorliegenden Protokolle gewährt einen Einblick in den Umfang der von den Projektmitarbeiterinnen geleisteten Arbeit in den Familien.

2.2 Daten, die von den Verfassern dieser Stellungnahme zusätzlich erhoben wurden

Befragung niedergelassener Gynäkologen und Kinderärzte der Hansestadt Stralsund

Zwischen dem 24.09.2009 und 18.10.2009 führten wir eine telefonische Befragung aller niedergelassenen Gynäkologen und Kinderärzte in Stralsund durch. An der Befragung beteiligten sich alle Kinderärzte (n=7) der Stadt. Von den aktuell 10 niedergelassenen Gynäkologen konnten 7 für die Teilnahme an der Befragung gewonnen werden. Die Teilnehmer beantworteten Fragen dazu, ob ihnen das Projekt bekannt ist, sie bereits Patientinnen in das Projekt vermittelt haben und falls ja, wie häufig. Auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht wichtig) bis 10 (sehr wichtig) schätzten die Befragungsteilnehmer die Wichtigkeit dieses Projekts ein. Ebenfalls auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht zuversichtlich) bis 10 (sehr zuversichtlich) wurde die Zuversicht erfragt, im Patientenkontakt zu erkennen, ob die Frau/Familie von einer Projektteilnahme profitieren würde und ggf. in das Projekt zu vermitteln. Diese Daten wurden ebenfalls in einer ACCESS-Datenbank erfasst.

Interviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern psychosozialer Institutionen in Stralsund

Im Zeitraum 04.11.2009 bis 15.11.2009 führten wir Interviews mit Mitarbeiterinnen aus Institutionen der Hansestadt Stralsund (Jugendamt, Beratungsstelle Pro-Familia, Montessori Kin-

derhaus) sowie mit den Projektmitarbeiterinnen durch. In den Interviews wurden Fragen zur Entstehung des Projekts, dem Verlauf der Arbeit und zur Vernetzung mit anderen Einrichtungen der Stadt gestellt.

3. Ergebnisse

3.1 Basisdaten der Familien zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Projekt

Die Dokumentation des Projekts zeigt, dass von Juli 2007 bis August 2009 56 Familien in das Projekt aufgenommen wurden. Von diesen hatten 36 Familien (67,9%) den Kontakt zu Kleemobil selber hergestellt. Der Erstkontakt zu 17 Familien (34%) fand in deren Häuslichkeit, zu 23 Familien (46%) in den Räumlichkeiten von Kleemobil und zu 10 Familien (20,5%) an einem anderen Ort statt. Zum Zeitpunkt der ersten Kontaktaufnahme hatten 36 Mütter (66,7%) bereits ein Kind. Sie waren im Durchschnitt 24 Jahre alt (Spannweite 16-34 Jahre). Ein Anteil von 35,8% hatte keinen Berufsabschluss, 54,7% hatten eine Lehre beendet. Mehr als die Hälfte der Frauen gab an, in einer Partnerschaft zu leben. Während der Schwangerschaft waren 29 Frauen arbeitslos und weitere 17 nicht berufstätig (Tabelle 1).

Tabelle 1 Soziodemografische Angaben zur Mutter

	n	(%)
Berufsabschluss der Mutter		
kein Abschluss	19	(35,8)
angelernt	2	(3,8)
abgeschlossene Lehre	29	(54,7)
Fach- bzw. Hochschulabschluss	3	(5,7)
<i>keine Information (n=1)</i>		
Familienstand		
ledig	45	(83,3)
verheiratet	9	(16,7)
in Partnerschaft lebend		
ja	32	(59,3)
nein	22	(40,7)
Während der Schwangerschaft...		
berufstätig	8	(14,8)
nicht berufstätig	17	(31,5)
arbeitslos	29	(53,7)
chronische Erkrankung		
ja	10	(18,5)
nein	44	(81,5)
Alter Mittelwert (Spannweite)		
	24	(16-34)

Während der Schwangerschaft bzw. kurz vor der Geburt ihres Kindes wurden 42 Frauen betreut. Von diesen hatten 39 Frauen zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Projekt die 31. Schwangerschaftswoche erreicht. Mehr als die Hälfte der Frauen erwartete das 1. Kind.

Bei 16 Frauen wurde das Kind per Kaiserschnitt entbunden. Die Neugeborenen hatten ein mittleres Geburtsgewicht von 3288 Gramm. Bei 22 der 42 Frauen bestand der Wunsch, das Kind mindestens sechs Monate zu stillen. Ihr Kind über diese Zeit hinaus zu stillen, konnten sich weitere 17 Frauen vorstellen. Für drei Frauen liegen dazu keine Angaben vor.

Tabelle 2 Angaben zur Geburt und zum Kind

Geburtsgewicht (in Gramm):		
Median (Spannweite)	3297 (2245- 4630)	
<i>keine Information (n=10)</i>		
Geburtslänge (in cm):		
Mittelwert (SD), (Spannweite)	50 (2,51), (45-56)	
<i>keine Information (n=12)</i>		
	n	(%)
Geburtsart des Kindes		
spontan	20	(52,6)
Kaiserschnitt	16	(42,1)
Saugglocke u.a.	2	(5,3)
<i>keine Information (n=16)</i>		
stationärer Aufenthalt der Mutter nach der Geburt		
ja	30	(75,0)
nein	10	(25,0)
<i>keine Information (n=14)</i>		
Kind nach Klinikentlassung der Mutter in ärztlicher Betreuung		
ja, ambulant	13	(29,6)
ja, stationär	5	(11,4)
nein	26	(59,0)
<i>keine Information (10)</i>		

Besonders häufig genannte Belastungen der Mütter waren finanzielle Sorgen (63%) und Erziehungsschwierigkeiten mit älteren Kindern (20,4%). Probleme, verursacht durch Scheidungs- bzw.- Trennungsgedanken (3,8%), drohenden Wohnungsverlust (3,8%) oder hohe Belastung durch die Pflege von anderen Familienangehörigen (5,7%) wurden seltener angegeben. Mehr als die Hälfte der Mütter gab an, im Alltag auf die Hilfe und Unterstützung durch Familie und/oder Freunde zählen zu können, fast ein Drittel nannte Institutionen.

Das Alter der männlichen Partner der Mütter zum Zeitpunkt des Beginns der Betreuung durch Kleemobil lag im Mittel bei 26 Jahren (Spannweite 19-33 Jahre). Mehr als zwei Drittel (80,9%) hatten eine Berufsausbildung bzw. ein Studium abgeschlossen. Von Arbeitslosigkeit betroffen waren 59,5%.

Die Ergebnisse der Variablen zum Gesundheitsverhalten bei Müttern und deren Partnern sind in Tabelle 3 dargestellt. Ein Anteil von 42,6% der Mütter gab an zu rauchen, bei den Partnern waren es 70,7%. Mehr als zwei Drittel der Mütter und Partner waren nicht sportlich aktiv. Auf die Frage, ob die Mütter „vieles“, „manches“ oder „nichts“ an ihrem Lebensstil ändern wollen, entschied sich die Mehrheit für die ersten beiden Antwortkategorien (Tabelle 3). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass kein konkreter Zeitraum für die Verhaltensänderung angegeben, die Antwort also wenig verbindlich war.

Tabelle 3 Das Gesundheitsverhalten des Partners

	Mütter*		Partner**	
	n	(%)	n	(%)
Rauchstatus				
Raucher	23	(42,6)	29	(70,7)
Nichtraucher	31	(75,4)	12	(29,3)
<i>keine Information</i>			<i>n=13</i>	
trinkt zu viel Alkohol				
ja	-		4	(10,0)
nein	-		36	(90,0)
<i>keine Information</i>			<i>n=14</i>	
ist regelmäßig sportlich aktiv				
ja	9	(16,7)	11	(27,5)
nein	45	(83,3)	29	(72,5)
<i>keine Information</i>			<i>n=14</i>	
Am Lebensstil etwas ändern?				
vieles	17	(13,0)		
manches	34	(62,9)		
nein	13	(24,1)		

* Die Frage nach dem Alkoholkonsum wurde für Mütter nicht gestellt

** Die Frage nach Änderungsabsichten bezüglich des Lebensstils wurde für Partner nicht gestellt.

Die Frage danach, durch die Betreuung im Projekt zusätzliches Wissen erwerben zu wollen, bejahten 61,6% (n=33) der Mütter. Die meisten nannten in diesem Zusammenhang Stichworte wie „Ernährung, Pflege und Erziehung des Kindes“ sowie „Schwangerschaft und Geburt“. Den Anforderungen durch das Kind bzw. das erwartete Kind fühlten sich nach Selbsteinschätzung 46,3% (n=25) „mit Einschränkungen“ und 16,7% (n=9) „gar nicht“ gewachsen.

Durch die Projektmitarbeiterinnen wurde eingeschätzt, dass bei 62,9% der Mütter ausreichende Kompetenzen zur Pflege des Kindes vorhanden waren und dass bei 59,3% der Mütter die Fähigkeit bestand, den Alltag mit dem Kind sicher zu bewältigen. Das heißt andererseits, dass 37,1 % der Mütter keine ausreichenden Kompetenzen und 40,7 % keine Sicherheit in der Alltagsbewältigung zugesprochen wurde.

3.2 Protokolle über die Kontakte zu den Familien

Im Projektzeitraum wurden 1376 Kontakte in 56 Familien realisiert. Die Anzahl der Kontakte pro Familie lag zwischen 1 und 97. In 25 Familien wurden mehr als 20 Kontakte realisiert. Bei annähernd zwei Drittel der Kontakte war die Familienhebamme entweder allein oder gemeinsam mit der sozialpädagogischen Mitarbeiterin beteiligt. Für 1153 Kontakte wurde dokumentiert, wo sich die Projektmitarbeiterinnen und die Mütter trafen. In der Häuslichkeit der Familie fanden 41,8% (n=483) der Termine statt. Von den Kontakten wurden 20,7% (n=239) in den Räumen von Kleemobil realisiert, und für 37,3% (n=431) wurde die Kategorie „anderer Ort“ angegeben.

Im Mittel dauerte ein Kontakt 45 Minuten. Dies schließt keine Zeit für Vor- und Nachbereitung ein. Der zeitliche Rahmen bewegte sich zwischen einer Minute bei telefonischen Kontakten bis hin zu 3 Stunden bei persönlichen Treffen (Tabelle 4).

Tabelle 4 Überblick über Kontaktdaten

	n	(%)
Anzahl der Kontakte von 07/2007 bis 08/2009	1376	
1	6	(10,7)
2-10	11	(19,6)
11-20	14	(25,0)
21-30	8	(14,3)
31-40	9	(16,1)
>40	8	(14,3)
<i>davon:</i>		
Familienhebamme	557	(40,5)
Sozialpädagogin	619	(45,0)
beide	200	(14,5)

Um einen Überblick zu erhalten, aus welchen Gründen Kontakt zu den Familien aufgenommen wurde, erfolgte die Codierung des in der Dokumentation vorhandenen Freitextfeldes „Grund des Kontaktes“ anhand eines Kategoriensystems. Es konnten 1096 Kontakte codiert werden. Die nachfolgende Tabelle zeigt, dass Familien am häufigsten im Rahmen von Schwangerschaftsvorsorge und Nachsorge sowie für Beratung und Unterstützung bei Antragstellung und Behördenbesuchen aufgesucht wurden (Tabelle 5).

Tabelle 5 Häufigkeit der Gründe für eine Kontaktaufnahme zu den Familien

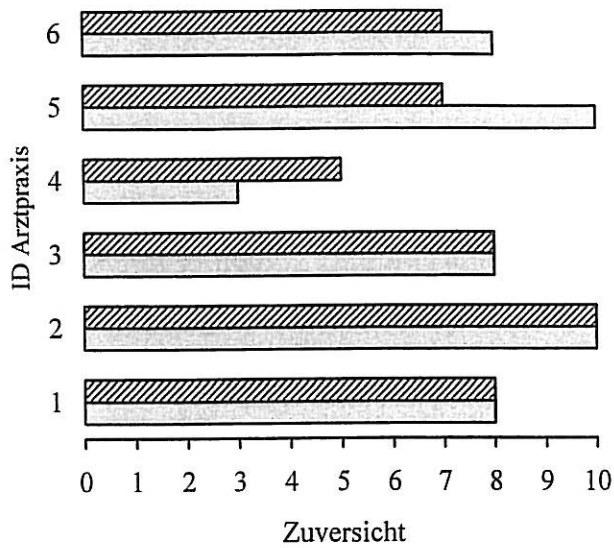
Kontaktgrund	Anzahl Kontakte	
	n	(%)
Nachsorge Geburt (Gewichtskontrolle, Wundversorgung)	310	27,6
Beratung und Unterstützung bei Antragstellung/ Behördenbesuchen	125	11,1
Schwangerschaft, Geburtsvorbereitung/ Mitteilung Geburt	81	7,2
Erfragen des sozialpädagogischen Hilfebedarfs	60	5,4
Rückbildungsgymnastik	58	5,2
Vereinbarung Termin mit der Sozialpädagogin in der Familie	40	3,6
Beratung zu geplantem Umzug	39	3,5
Gesundheitliche Probleme Kind (z.B. Gewicht, wunder Po)	39	3,5
Aktivitäten Kleemobil (z.B. Tierpark)	39	3,5
Elterncafé	38	3,4
Gesundheitliche Probleme der Mutter (z.B. Kreislauf, Knie, Rücken)	36	3,2
Partnerschaftsproblemen, neue Partnerschaft	35	3,2
Stillberatung und Ernährungsberatung des Kindes	30	2,7
Pflege des Kindes	23	2,1
Klärung Schwierigkeiten/ Missverständnisse mit Projekt	21	1,9
Abschlussgespräch	19	1,7
Interesse am Projekt Kleemobil	17	1,5
Beratung finanzielle Probleme	16	1,4
Psychische Probleme der Mutter (z.B. früher Tod eigene Mutter, Missbrauch)	16	1,4
Begleitung bei Ausbildungsplatzsuche/ Regelung Ausbildungsvertrag	14	1,3
Empfehlung der Vereinbarung eines Arzttermins	13	1,2
Wunsch nach Ausstieg aus Projekt	11	1,0
Ordnung und Sauberkeit in der Wohnung	10	0,8
Erziehungsprobleme mit älteren Kindern	6	0,5

3.3 Ergebnisse der Befragung von Kinderärzten und Gynäkologen der Hansestadt Stralsund

Teilnehmer der Befragung waren sieben Kinderärzte und sieben Gynäkologen. Das Jahr der Approbation lag zwischen 1971 und 1989. Alle befragten Ärzte, bis auf eine Ausnahme, kannten das Projekt „Kleemobil“. Die Hälfte der Befragten aus beiden Fachgebieten hatten Informationen dazu der Presse entnommen. An eine persönliche Vorstellung durch Projektmitarbeiterinnen in der Praxis erinnerten sich jeweils drei Kinderärzte und Gynäkologen. Über Flyer wurde etwas mehr als die Hälfte der Kinderärzte auf das Projekt aufmerksam. Jeweils vier Kinderärzte und Gynäkologen gaben an, bereits Patientinnen in das Projekt überwiesen zu haben. Dies waren in drei Fällen jene Praxen, in denen das Projekt persönlich vorgestellt wurde. Auf die Frage, wie häufig sie Patientinnen das Projekt empfohlen haben, gaben Kinderärzte zwischen 2 und 7 und Gynäkologen zwischen 2 und 80 Empfehlungen an. Auf einer Skala von 0 (*überhaupt nicht wichtig*) bis 10 (*sehr wichtig*) schätzten Kinderärzte die Wichtigkeit eines solchen Hilfeangebots im Mittel mit 8,6 ein. Bei Gynäkologen lag der Durchschnittswert bei 9,6.

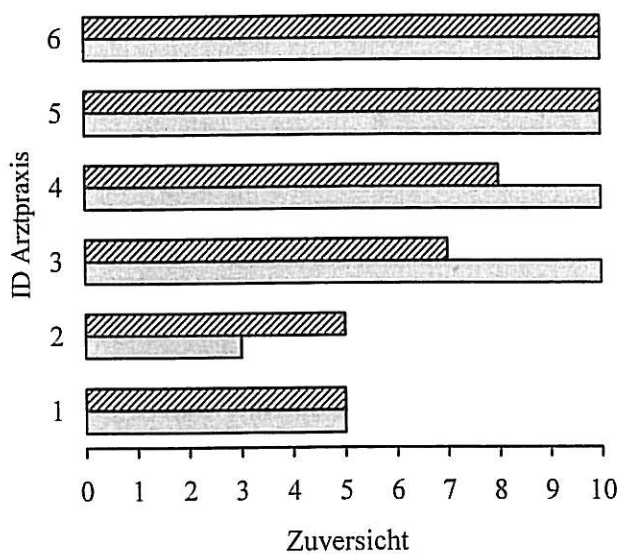
Gefragt nach der Zuversicht zu erkennen, ob eine Familie von so einem Angebot profitieren kann, zeigten die Ergebnisse im Mittel sowohl für Kinderärzte als auch für Gynäkologen einen Wert von 7,5. Dazu wurde wiederum auf eine Skala von 0 (*überhaupt nicht zuversichtlich*) bis 10 (*sehr zuversichtlich*) vorgegeben. Für die mittlere Zuversicht, entsprechende Patientinnen in das Programm zu überweisen, wurde für Kinderärzte der Wert 7,8 und für Gynäkologen der Wert 9,3 errechnet. Die Abbildungen 1 und 2 zeigen die Einschätzungen der beiden Facharztgruppen.

Abbildung 1 Zuversicht der Kinderärzte, Hilfebedarf zu erkennen und zu überweisen



□ Zuversicht, bei Bedarf zu überweisen ▨ Zuversicht, Bedarf zu erkennen

Abbildung 2 Zuversicht der Gynäkologen, Hilfebedarf zu erkennen und zu überweisen



□ Zuversicht, bei Bedarf zu überweisen ▨ Zuversicht, Bedarf zu erkennen

Die meisten Argumente der befragten Fachärzte, mit denen sie die Notwendigkeit eines Angebots wie Kleemobil begründeten, bezogen sich auf die zum Teil schwierigen Soziallagen von Familien und schwangeren Frauen. In Tabelle 6 sind die wesentlichsten Nennungen der Befragten dargestellt.

Tabelle 6 Was spricht dafür, das Projekt Kleemobil als Angebot in die Versorgung zu integrieren?

<p>Soziale Bedürftigkeit</p> <p>„viele Familien brauchen diese Hilfe“, „sozial schwache Verhältnisse“, „eher Zugang zu den schwierigen Familien“, „werden die aufgefangen, die sonst zu kurz kommen“, „viele Familien haben es nötig“, „gesellschaftliche Verhältnisse“, „Betreuung der Bedürftigen“, „schwierige soziale Verhältnisse und niedriger Bildungsstand“</p>
<p>Zeitraumen des Hilfeangebots</p> <p>„umfassende und lange Hilfe“, „mehr Zeit für problematische Fälle“</p>
<p>Lebenslage Schwangerschaft</p> <p>„Schwangere benötigen Hilfe“, „Unfähigkeit der Schwangeren, mit dem Kind klarzukommen“, „Minderjährigkeit und Schwangerschaft“</p>

3. 4 Ergebnisse der Interviews mit Mitarbeitern psychosozialen Institutionen

Aus den Ergebnissen der persönlichen Gesprächen mit den drei Kleemobilprojektmitarbeiterinnen und Vertretern aus Kooperationseinrichtungen (ProFamilia, Jugendamt, Montessori Kinderhaus) wurde eine kurze Rückschau aus Sicht der Interviewten auf die Projektphasen „Vorbereitung“, „Startphase“, „Routine“ und „Schlussphase“ zusammengestellt:

Vorbereitung

Ausgangspunkt des Projekts war eine Vielzahl von Aktivitäten zur Vernetzung von Hilfen in Stralsund: So wurden beispielsweise über den Arbeitskreis „Trennung und Scheidung“ Rechtsanwälte und weitere Experten zusammengebracht, die mit Kindern aus Familien, in denen sich die Eltern getrennt haben, arbeiten.

Parallel dazu organisierte das Deutsche Rote Kreuz (DRK) regelmäßige Zusammenkünfte von Beraterinnen der Schwangerenberatungsstellen. Eine Ausstellung zu „Teenagerschwangerschaften“, entsprechende Fachvorträge und das Gefühl, themenbezogene Beratung, jedoch darüberhinausgehend keine Begleitung leisten zu können, gaben den Anstoß für die Planung des Projekts. Erste Erfahrungen eines bereits bestehenden Familienhebammenprojekts in Hamburg gingen in den Entwurf ein. Gemeinsam mit verschiedenen Akteuren und der Stadt-erneuerungsgesellschaft entstand das Projekt „Kleemobil“ im Rahmen des Modellprojekts „Soziale Stadt“.

Startphase

Zu Beginn des Projekts waren zwei Familienhebammen und zwei Sozialpädagoginnen tätig. Der Beirat des Projekts, bestehend aus unterschiedlichen Akteuren sozialer Verbände und öffentlicher Einrichtungen der Hansestadt Stralsund, hatte die Aufgabe, das Projekt zu begleiten.

Diese erste Phase des Projekts war gekennzeichnet von einer Aufbruchsstimmung. In die Freude und Erwartungshaltung, mit dieser Arbeit Neuland zu betreten, mischten sich Gefühle von Unsicherheit in der Herangehensweise an die neue Aufgabe. Die persönlichen Voraussetzungen im Team waren unterschiedlich. Während die sozialpädagogisch arbeitenden Teammitglieder mit ihrem Erfahrungshintergrund aus der Familienhilfe/Familienberatung konkrete Vorstellungen von der inhaltlichen Ausgestaltung der Arbeit hatten, mussten die Familienhebammen sich zunächst erst einmal orientieren. Durch ihre in der Regel „türöffnende Funktion“ für weitere Angebote hatten sie die Aufgabe, den Hilfebedarf der Familien schnell zu erkennen und Unterstützung anzubieten.

Neben der Erstellung von Informationsmaterial (Flyer) standen der Aufbau eines Dokumentationssystems und die Organisation der Arbeit im Mittelpunkt.

An den regelmäßigen Zusammenkünften des Beirats nahmen zu Beginn des Projekts alle Projektmitarbeiterinnen teil. Zu einem späteren Zeitpunkt erfolgte die Wahl einer Projektsprecherin. Diese vertrat dann das Projektteam in den Sitzungen. Durch diese Entscheidung fühlten sich die anderen Mitarbeiterinnen anfänglich zurückgesetzt.

Ungefähr ein halbes Jahr nach Projektbeginn wurde jeweils ein Vertreter der Träger, über den die Kleemobilmitarbeiterinnen angestellt waren, ebenfalls zu den Zusammenkünften des Beirates eingeladen. Dies wurde als sehr unterstützend und produktiv wahrgenommen. Als Defizit empfanden die Projektmitarbeiterinnen, dass ihnen keine Arbeitsplatzbeschreibung für ihre Tätigkeit vorlag. Von Beginn waren sie weitgehend autonom darin zu entscheiden, wie sie ihre Arbeit inhaltlich ausgestalten. Es bestand die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Supervision. Dies wurde im Projektverlauf zwei Mal genutzt. Über die Stadtteilkoordinierung, die sämtliche Einrichtungen öffentlicher und freier Träger vernetzt, wurde das Projekt schnell bekannt.

Hauptphase

Nachdem sich im Projekt eine Routine entwickelt hatte, begannen im Oktober 2007 die Planungen für einen Fachtag mit dem Thema: „Wie mobil ist Kleemobil? - auf dem Weg zur Vernetzung früher Hilfen“. Dieser fand am 9. Januar 2008 statt. Die Organisation und Ausrichtung dieser Veranstaltung lag weitgehend bei den Projektmitarbeiterinnen. Die Fachtagung bot eine gute Möglichkeit, das Projekt in der Region bekannt zu machen und eine breite Öffentlichkeit durch Presseberichte usw. zu erreichen. Während der Zeit der Vorbereitungsarbeiten des Fachtages konnte weniger Energie in die Aufnahme weiterer Familien in das Projekt investiert werden.

Weiterhin wurde, jeweils monatlich, der Beirat über den Stand der Arbeit informiert. Die regelmäßigen wöchentlichen Teamsitzungen der Projektmitarbeiterinnen wurden als guter Ausgleich für die Arbeit in den Familien empfunden. Hier konnten neue Fälle besprochen und Erfahrungen im Umgang mit den Familien ausgetauscht werden. Die persönliche Übergabe von neu in das Projekt aufgenommenen Familien an die Sozialpädagoginnen war nicht immer möglich, sondern erfolgt aus Zeitgründen dann über die Familienhebamme per Telefon.

Schlussphase

Von allen Gesprächspartnern wurde eingeschätzt, dass die Tandemarbeit von Familienhebamme und Sozialpädagoginnen sich bei der Betreuung von Familien in diesem Modellprojekt sehr bewährt hat. Durch die Arbeit der Familienhebamme besteht eine Chance, sozial schwache Familien zur Inanspruchnahme weiterer Hilfen zu motivieren. Dies ist in besonderem Maße dann wichtig, wenn keine staatlichen Angebote wie Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft genutzt werden oder Barrieren bestehen, Behörden bzw. Ämter aufzusuchen. Dazu erwies sich Kleemobil als eindeutig weiterführend.

Rückblickend auf die bislang geleistete Arbeit sollen noch einige resümierende Anmerkungen der Gesprächspartner genannt werden: So kam nach Ansicht der Projektmitarbeiterinnen die inhaltliche Diskussion darüber, welche Arbeit in den Familien zu leisten ist, in den Zusammenkünften mit dem Beirat zu kurz. Auch von Seiten einiger Mitglieder des Beirates wurde dieser Aspekt genannt.

Kritisch gesehen wurde der hohe Anteil an Öffentlichkeitsarbeit, wie z.B. die Erstellung von Programmen für die Fachtagung, Einladungen bzw. Flyern im Projektzeitraum.

Weiterhin wurde eingeschätzt, dass das gesplittete Aufgabenfeld der Sozialpädagoginnen mit 50% der Arbeitszeit im Projekt und 50% der Arbeitszeit in der Familienhilfe/Beratung nicht optimal sei. Begründet wurde dies mit dem unterschiedlichen Ziel, welches bei den Familien im Rahmen der Betreuungsformen erreicht werden soll und jeweils eine andere Herangehensweise erfordert. Die Projektmitarbeiterinnen sahen dies nicht als Problem.

4. Bewertung des Projektes Kleemobil aufgrund der präsentierten Ergebnisse

Aus den vorhandenen Daten und Einschätzungen ergibt sich der Eindruck, dass im Modellprojekt „Kleemobil“ eine sehr engagierte Arbeit geleistet wurde. Es hätte den Rahmen dieser Stellungnahme überschritten, aufgrund der Daten eine genaue Bewertung abzugeben, wie die Situation der Mütter und Kinder im Vergleich zu bundesweiten Normdaten genau beschaffen und wie ausgeprägt soziale und geburtsbezogene Beeinträchtigungen sind. Wir schlussfolgern aus allen uns zur Verfügung stehenden Daten, dass trotz der weitgehenden Selbstselektion der Mütter ein hoher Bedarf für psychosoziale Betreuung vorlag. Durch das Fehlen einer längsschnittlichen Betrachtung kann keinerlei Einschätzung über den Nutzen der Betreuung gegeben werden. Eine solche Nutzenbewertung ist generell erheblich dadurch erschwert, dass es sich bei Vorliegen offensichtlichen Betreuungsbedarfes aus ethischen Gründen verbietet, Kontrollgruppenstudien mit Gruppen durchzuführen, die keine Hilfe erhalten.

Wegen Fehlens einer längsschnittlichen Beobachtung sind vier Hauptbefunde festzuhalten: Erstens ist die Erreichung von Familien in Stadtgebieten mit einem besonders hohen Anteil an Bewohnerinnen und Bewohnern, die Leistungen nach SGB II bzw. SGB III beziehen, möglich. Zweitens besteht die Möglichkeit einer längerfristigen kontinuierlichen Betreuung, auch über einzelne Kontakte hinaus. Dies hat den großen Vorteil, dass Chancen auf frühzeitigeres Erkennen von Extremsituationen für Mutter und Kind bestehen. Drittens gibt es Mütter in erheblicher Zahl, die von sich aus Hilfen nachfragen. Viertens hat Kleemobil unter Beweis gestellt, dass eine starke Vernetzung in einer Stadt von ca. 500.000 Einwohnern möglich ist. Ein Weiterbestehen dieser vernetzten Strukturen, wie sie im Modellprojekt geleistet wurde, ist auch unter Routinebedingungen zu erwarten. Im Folgenden greifen wir diese vier wesentlichen Resultate auf.

Möglichkeit der Etablierung eines medizinisch-psychosozialen Unterstützungsangebotes

Augenfällig ist der Nutzen einer Leistung, die mit Kleemobil erprobt wurde: Es wurden vielerlei kleinere Hilfen und positiver Erfahrungen erbracht. Aus psychologischer Sicht sind eine Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und des Selbstwertes bei der Mutter zu erwarten. Dies kann eine teilweise Kompensation der offenbaren Defizite in den Familien bewirken. Ein solcher Gewinn ließe sich aber nur in größeren Studien genauer prüfen. Bei längerfristiger Betreuung der Familien ist mit einer befriedigend niedrigen Zahl an Entwicklungsstörungen beim Kind zu rechnen. Dabei müssen wir jedoch berücksichtigen, dass es sich bei den betreuten Familien zumeist um eine hochvulnerable Bevölkerungsgruppe bezüglich folgender Komplikationen und Kosten für das Gemeinwesen handelt: zu erwartende erhöhte Rate an medizinischem Behandlungsbedarf, Ausbildung einer großen Zahl verhaltensbedingter Risikofaktoren wie Tabakrauchen und Übergewicht, zu erwartende erhöhte Rate an Konflikten mit Gesetzen, Schulschwierigkeiten, geringere Vermittelbarkeit in den Arbeitsmarkt, zu erwartender erhöhter Rate an Leistungsbedarf nach SGB. Vor diesem Hintergrund sollten auch Förderleistungen erbracht werden, die als lediglich wahrscheinlich wirksam gelten.

Möglichkeit zeitlich kontinuierlicher Betreuung der Familien

Über längerfristige Begleitungen von Familien, d. h. Betreuungen, die über das erste Lebensjahr des Kindes hinausgehen, ist wenig bekannt. Vor dem Hintergrund der genannten zu erwartenden Belastungen für das Gemeinwesen bei der genannten Bevölkerungsgruppe sollten stärker Überlegungen zu längerfristigen Betreuungsangeboten angestellt werden. Dadurch könnten erwartbare Kosten für das Gemeinwesen maßgeblich gemindert werden. Dazu erscheint eine detaillierte wissenschaftliche Aufarbeitung hilfreich, insbesondere deshalb, weil in den letzten zehn Jahren sehr viel Wissen zu Unterstützungsmöglichkeiten, die Aussicht auf Erfolg bieten, generiert wurde. Kleemobil hatte die Einschränkung, dass wir keine hinreichenden Hinweise auf evidenzbasierte Einzelleistungen gefunden haben. Vielmehr wurde offensichtlich das geleistet, was den beiden Kleemobilmitarbeiterinnen kraft ihrer Kompetenz in der jeweiligen Bedarfssituation als angemessen und sinnvoll erschien. Es ließe sich eine erhebliche Verbesserung einführen, indem aussichtsreiche Interventionen, u. a. zur Erfüllung der elterlichen Aufgaben, den betreuten Familien systematischer angeboten würden. Darüber hinaus wird eine systematische Evaluation und Berichterstattung zum jeweils erwartbaren Kosten-Nutzen-Verhältnis empfohlen. Dazu sollten in der Dokumentation der Arbeit bereits validierte Instrumente eingesetzt werden. Es sind weiterhin geeignete Ergebnisgrößen festzulegen, mit denen sich der Erfolg der Betreuung messen lässt.

Nachfrage von Hilfe aus eigenem Antrieb

Die Nachfrage von Hilfe aus eigenem Antrieb der Mütter, ob unterstützt durch Hinweise von Ärzten oder Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern sozialer Institutionen oder nicht, ist ein sinnvoller Weg der Kontaktherstellung und sollte aufrechterhalten werden. Die Grenzen von Kleemobil lagen darin, dass die proaktive Motivierung von Familien zur Teilnahme am Projekt nur in Einzelfällen erfolgte. Wir wissen daher nicht, wie viele nichtteilnehmende Familien im Stadtteil ebenfalls sinnvoll einzubeziehen wären. So ist die Annahme nicht widerlegbar, dass es eine erhebliche Zahl weiterer Familien gibt, die noch schwerere Beeinträchtigungen aufweisen als die betreuten Familien. Besonders zu rechnen ist mit einer größeren Anzahl von Familien mit moderatem Betreuungsbedarf. Durch einen geringeren Aufwand in der Unterstützung sind Gewinne besonders durch die hohe Anzahl betreuter Personen zu erwarten. Ein proaktiver Ansatz der Motivierung beinhaltet, dass alle potenziellen Familien eines Stadtteils systematisch ein Angebot zur Teilnahme an einem Betreuungsangebot erhalten. Erfahrungen mit einem solchen Ansatz zur Prävention gesundheitlicher und sozialer Schäden sind, so zeigen es neuere wissenschaftliche Befunde, sehr positiv. Ansätze wie Kleemobil sind aufgrund des aktuellen Standes der Wissenschaft daher unbedingt durch proaktive Motivierungsansätze zu ergänzen. Weiterhin sollten systematische Anstrengungen zur Einbeziehung der Väter bzw. der Lebenspartner unternommen werden.

Vernetzung

Ein sehr positiver Befund aus Kleemobil ist die Vernetzung. Wir gehen davon aus, dass sie in erheblichem Maß dazu beigetragen hat, dass die Leistungen von Kleemobil auf kostengünstige Weise geeigneten Familien nahegebracht werden konnten. Eine solche Vernetzung sollte in jedem Fall in zukünftigen entsprechenden Vorhaben geleistet und gepflegt werden.

5. Fazit

Das Projekt Kleemobil hat die Realisierbarkeit von Hilfen für Familien in schwierigen sozialen Lagen in Stadtteilen mit dem höchsten Anteil von Empfängerinnen und Empfängern von Sozialleistungen bewiesen. Als nächster Entwicklungsschritt für die Optimierung und Ausweitung solcher Hilfen sind die Erweiterung um proaktive Ansätze, eine längere Beobachtungszeit sowie Pläne für Qualitätsentwicklung erforderlich.