



DEUTSCHER PRÄVENTIONSTAG

**Frühe Förderung von Kindern aus sozial
benachteiligten Familien
Das Projekt Pro Kind Niedersachsen**

von

Anna Maier-Pfeiffer und Christian Pfeiffer

Dokument aus der
Internetdokumentation Deutscher Präventionstag
www.praeventionstag.de

Hrsg. von

Hans-Jürgen Kerner und Erich Marks

im Auftrag der
Deutschen Stiftung für Verbrechenverhütung und Straffälligenhilfe
(DVS)

Zur Zitation:

Maier-Pfeiffer, A. und Ch. Pfeiffer. (2006): Frühe Förderung von Kindern aus sozial benachteiligten Familien. Das Projekt Pro Kind Niedersachsen In: Kerner, H.-J.; Marks, E. (Hrsg.): Internetdokumentation Deutscher Präventionstag. Hannover. http://www.praeventionstag.de/content/11_praev/doku/maierpfeiffer/index_11_maierpfeiffer.html

I Ausgangsvoraussetzungen

1. Forschungsbefunde zur Auswirkung pränataler und frühkindlicher Prägung

Zahlreiche Forschungsergebnisse belegen, dass schwere Erkrankungen, Lern- und Bildungsdefizite, soziale Benachteiligung, Probleme des Sozialverhaltens und kriminelle Karrieren häufig bereits in den ersten Jahren der Kindheit angelegt sind:

Prä- und perinatal wirkt sich soziale Benachteiligung zunächst vor allem auf die *Gesundheit* von Kindern aus. Faktoren, wie inadäquate Ernährung und erhöhter Stress der Mütter, die geringere Nutzung von Vorsorgemaßnahmen sowie ein häufigerer Konsum legaler und illegaler Drogen durch die Mütter, bedingen unter anderem ein im Schnitt niedrigeres Geburtsgewicht, mehr Geburtskomplikationen und mehr Frühgeburten. Insgesamt kommt es so bereits zu einer erhöhten konstitutionellen Anfälligkeit der Neugeborenen (vgl. Mayr, 2000). Die negativen gesundheitlichen Auswirkungen setzen sich im Säuglings- und Kleinkindalter fort (z.B. mehr Mittelohrentzündungen und andere Erkrankungen, mehr Unfälle und eine höhere Belastung durch Umweltgifte). Daraus resultierende Probleme, wie z.B. ein Eisenmangel oder eine erhöhte Bleikonzentration im Blut, beeinträchtigen sowohl die körperliche wie auch die geistige Entwicklung und sind langfristig Risikofaktoren für künftige Schulprobleme (Pollitt, 1994).

Sehr gut dokumentiert sind des Weiteren die Auswirkungen auf die *kognitive Entwicklung*: Kinder, die unter sozial benachteiligenden Bedingungen aufwachsen, erhalten im familiären Bereich weniger kognitive und sprachliche Anregungen (McLoyd, 1998). In der Folge findet man hier bereits im Vorschulalter deutliche Rückstände im Hinblick auf die Intelligenz, die rezeptive und produktive Sprache sowie die Schulreife (Duncan et al., 1994; Smith et al., 1997; Walker, 1994). Chronische Armut und soziale Benachteiligung beeinträchtigen außerdem die *sozial-emotionale Entwicklung* von Kindern und führen zu höheren Auffälligkeiten sowohl bei ängstlich gehemmten Störungsbildern als auch bei ausagierend-aggressiven Verhaltensweisen. Langfristig besteht ein erhöhtes Risiko für Delinquenz (Mayr, 1993; Yoshikawa, 1994). Die Verhaltensprobleme werden von den Eltern durch häufigeres inkonsistentes Erziehungsverhalten und häufigere harte Disziplinierungsmaßnahmen noch verstärkt.

Deutliche Effekte sozialer Benachteiligung zeigen sich schließlich im Bereich *schulischer Leistungen*: Die betroffenen Kinder haben im Schnitt schlechtere Noten, schneiden bei Leistungstests schlechter ab, wiederholen häufiger eine Klasse, verlassen häufiger die Schule ohne Abschluss und weisen ein erhöhtes Risiko für die Zuweisung auf die Sonderschule auf (Pagani et al., 1997; Patterson et al., 1990). Einerseits sind diese schulischen Defizite sicherlich Spätfolgen früher gesundheitlicher Beeinträchtigungen und fehlender familiärer Anregung im Kleinkind- und Vorschulalter. Andererseits liegen aktuelle Ursachen bei den Eltern und ihrem Verhältnis zu Schule und Leistung, das sich z.B. in mangelndem Interesse, fehlender Unterstützung, negativem Vorbildverhalten sowie niedrigen Erwartungen ausdrückt. Neben abträglichen Bedingungen in den Schulen besteht ein Mangel an materiellen Ressourcen (vor allem Bücher).

Die *Stabilität* des Einflusses von belastenden Kindheitserfahrungen, wie Missbrauch, Elterngewalt, psychische Erkrankungen oder Alkohol- und Drogenerkrankungen der Eltern sowie der Verlust eines Elternteils in der Kindheit belegt eindrücklich die Studie von Felitti (2002): Noch fünfzig Jahre später waren tief greifende Folgen für den Gesundheitszustand und das Befinden der betroffenen Personen feststellbar. Frühere

psychosoziale Erfahrungen manifestierten sich dabei häufig auch in Form einer körperlichen Erkrankung. Personen, die in der Kindheit vier oder mehr der genannten Risikofaktoren ausgesetzt waren, trugen ein um 460 Prozent höheres Risiko, später psychisch krank zu werden. Ein männliches Kind, das sechs dieser Belastungsfaktoren ausgesetzt war, hatte sogar ein um 4600 Prozent erhöhtes Risiko für späteren Drogenkonsum bis hin zur Drogenabhängigkeit.

2. Vorhandene Angebote

Trotz des Wissens um diese Belastungsfaktoren und ihre Auswirkungen greifen Staat und Gesellschaft meist erst dann ein, wenn akute Probleme zum Handeln zwingen. Die vorhandenen Angebote der Kinder- und Jugendhilfe greifen erst dann, wenn das Kind geboren ist. Sie sind zudem ganz überwiegend darauf ausgerichtet, Eingriffsmöglichkeiten und Hilfsangebote für den Fall vorzusehen, dass schon eine Problemsituation manifest geworden ist und das Kindeswohl ein Eingreifen erfordert. Ein Großteil der Hilfen des SGB VIII erreicht erst Familien mit Kindern im schulpflichtigen Alter (vgl. Kinder- und Jugendhilfestatistik).

In anderen Bereichen ist zwar ein präventives Handeln möglich. So sieht z. B. das SGB XII umfangreiche Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsvorsorge vor. Hier liegt die Schwierigkeit eher darin, dass gerade die Zielgruppe, für die es besonders wichtig wäre, dass sie die entsprechenden Angebote nutzt, nicht erreicht wird. Dies zeigt sich z. B. an der politischen Debatte um die verbindliche Einführung der U-Untersuchungen. Schon bisher werden die Angebote der Vorsorgeuntersuchungen für Säuglinge und Kinder von der überwiegenden Mehrzahl der Familien genutzt (ca. 90 %). Es muss aber davon ausgegangen werden, dass gerade die 10 % der Kinder, die nicht zu den Vorsorgeuntersuchungen erscheinen, in Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen aufwachsen.

Diese Tatsache hat im Übrigen auch Auswirkungen darauf, in welchem Umfang die Jugendämter dem Schutzauftrag des § 8a SGB VIII tatsächlich nachkommen können: das Jugendamt ist auf Hinweise möglicher Gefährdung angewiesen. Eine entsprechende Information ist in den ersten Lebensjahren nicht sichergestellt. Nach dem Verlassen der Geburtsklinik bis zum Eintritt in den Kindergarten (bzw. in die Schule, wenn kein Kindergartenbesuch erfolgt) ist kein regelmäßiger Kontakt einer Institution mit den Kindern vorgesehen. Wir müssen deshalb konstatieren, dass es für die Kinder, die in schwierigsten sozialen Verhältnisse aufwachsen und für die die o. a. Risiken frühkindlicher Fehlentwicklungen in besonderem Maße bestehen, nicht die erforderlichen präventiven Angebote in unserem Sozialsystem gibt.

Dabei ist aus der Evaluation von Behandlungs- und Fördermaßnahmen bekannt, dass sich Krankheiten und negative Verhaltensweisen umso schlechter korrigieren lassen, je später man reagiert. Als besonders wirksam und kostengünstig haben sich dagegen in den USA (Olds et al., 1998; Schweinhart, 2005) sehr früh einsetzende Interventionen erwiesen, die sich gezielt an solche Familien wenden, bei denen eine Häufung von Risikofaktoren erwarten lässt, dass die Kinder ohne Frühförderung in massive gesundheitliche Probleme oder in das gesellschaftliche Abseits geraten werden.

3. Gründe für die Wahl des NFP-Konzeptes als Modell

Ausgehend von den oben aufgeführten Entwicklungsrisiken für Kinder aus Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen fiel die Entscheidung, das Nurse-Family-Partnership-Programm zu adaptieren und in Deutschland als Modell zu erproben. NFP

ist ein Hausbesuchsprogramm für erstgebärende Schwangere. Es beginnt während der Schwangerschaft und endet am zweiten Geburtstag des Kindes. Nurses betreuen die Teilnehmerinnen nach einem spezifischen bewährten inhaltlichen Konzept. Wir haben uns für die Erprobung gerade dieses Konzeptes aus folgenden Gründen entschieden:

- Das „Nurse-Family-Partnership-Programm“ von David Olds und seinen Kollegen (Olds et al., 1998, 1999) ist eines der wenigen Programme, die zwingend schon im pränatalen Bereich ansetzen. Dadurch steigen die Chancen erheblich, dass eine Prävention gesundheitlicher Risiken gelingen kann und dass rechtzeitig Grundlagen für eine gute Mutter-Kind-Bindung gelegt werden.
- NFP ist passgenau auf die Bedürfnisse der Zielgruppe der Schwangeren in schwierigen Lebenslagen zugeschnitten. Die besten Ergebnisse wurden bei den Teilnehmerinnen erzielt, die die schlechtesten Ausgangsbedingungen hatten.
- NFP ist eines der erfolgreichsten Programme früher Förderung. Es wurde vom Zentrum für Gewaltforschung und -prävention der Universität von Colorado 1996 in die Liste der herausragenden amerikanischen Präventionsprojekte („Blueprint-Modell“) aufgenommen. Von allen „Blueprint-Modellen“ hat sich das NFP als eines der nachhaltigsten Projekte mit hoch signifikanten Effekten erwiesen (Elliot, 2004).
- NFP wurde in verschiedenen Städten und Staaten der USA (Elmira, Memphis, Denver) erprobt und inzwischen über einen Verlauf von 20 Jahren im Rahmen eines experimentellen Kontrollgruppendesigns evaluiert.
- Die positive Wirkung des Programms zeigt sich insbesondere in folgenden Ergebnissen der Evaluation:
 - Verbesserung der mütterlichen und kindlichen Gesundheit während der Schwangerschaft (insbesondere Erhöhung des durchschnittlichen Geburtsgewichts).
 - Weniger weitere Schwangerschaften der Mütter und längere Intervalle zwischen den Schwangerschaften
 - Signifikante Verbesserung der kindlichen Entwicklung im Alter von 6 Jahren: höherer IQ, bessere Sprachentwicklung, weniger geistige/psychische Probleme.
 - Reduzierung von Misshandlung und Vernachlässigung um 48 %.
 - Reduzierung späterer Verhaftungen im Jugendalter um 59 %.
 - Höhere Raten mütterlicher Berufstätigkeit.
- Das Programm verbreitet sich in den USA: Derzeit werden über 24.000 Frauen mit niedrigem Einkommen aus schwierigen sozialen Verhältnissen, die mit dem ersten Kind schwanger sind, von „Nurses“ im Rahmen von Hausbesuchen erfolgreich betreut.
NFP wird seit kurzem auch in anderen Ländern eingeführt und erprobt: Niederlande, Kanada, Paraguay; Italien, Österreich und England haben Interesse.
- Kosten-Nutzen-Analysen belegen, dass das Programm langfristig Folgekosten spart (Olds et al., 1999). Das Investment macht sich bereits vor dem vierten Geburtstag der Kinder bezahlt. Im Verlauf von 20 Jahren spart jeder Dollar, der in die Frühprävention floss, vier Dollar an späteren Folgekosten, die bei der Kontrollgruppe vor allem im Bereich der staatlichen Fürsorge und im Justizwesen angefallen waren.
- NFP hat eine Infrastruktur, die es ermöglicht die Qualität der Umsetzung zu erhalten und kontinuierlich zu verbessern. Dies erfolgt durch Monitoring, laufende Fortbildung und Supervision der Nurses, Dokumentation der Arbeit und Feed-back, Beratung der Projektstandorte beim Aufbau und in der Durchfüh-

rung. Wir haben die Möglichkeit, dass wir all diese Angebote auch nutzen können.

4. Notwendigkeit der Durchführung eines Modellversuchs in Deutschland

Das NFP-Programm ist zwar in den USA evidenzbasiert und bewährt. Trotzdem ist bei einer Einführung in Deutschland eine Modellphase erforderlich, in der das Projekt von einer wissenschaftlichen Evaluation basierend auf einem Kontrollgruppendesign begleitet wird. Es muss erprobt werden, ob das NFP-Programm auch für Deutschland geeignet ist und zu ähnlich positiven Ergebnissen führt.

Das ist nicht selbstverständlich. Es stellen sich u. a. folgende Fragen:

- Gelingt es uns, die Teilnehmerinnen zu gewinnen, oder besteht in Anbetracht der ansonsten schon vorhandenen Sozialleistungen kein Interesse an einer Mitwirkung?
- Lässt sich das Projekt in unser vorhandenes Sozialsystem einfügen?
- Gibt es auch bei uns vergleichbare Kosten-Nutzen-Effekte?
- Finden wir die richtige Profession, die bei uns anstelle der amerikanischen Nurses die Hausbesuche durchführt?
- Wie gelingt uns die Adaption des Materials am besten? – Um nur einige Fragen zu nennen.

Vor diesem Hintergrund besteht die Notwendigkeit, begleitend zur Umsetzung des Projektes Pro Kind auch in Deutschland eine Forschung durchzuführen.

II Die fünf Zielsetzungen des Modellprojektes Pro Kind

1. Gesundes Leben während der Schwangerschaft

Während der Schwangerschaft sollen die Gesundheit und die psychische Stabilität der werdenden Mutter gefördert werden. Dazu gehört auch das Bemühen, sie zu einem möglichst vollständigen Verzicht auf Rauchen und Alkohol zu motivieren und sie bei praktischen Fragen der Lebensgestaltung zu unterstützen. Starke psycho-soziale Belastungen sollen soweit wie möglich vermieden werden, bzw. wenn diese auftreten, wird die werdende Mutter bei der Bewältigung unterstützt. Durch Geburtsvorbereitung soll Stress abgebaut und eine möglichst problemlose Geburt ermöglicht werden; dabei wird angestrebt auch den Vater in die Geburtsvorbereitungen einzubinden. Ziel ist frühzeitige Erkennung von und Intervention bei Schwangerschaftskomplikationen seitens der Mutter oder des Kindes und schließlich die Geburt eines gesunden Kindes mit normalem Geburtsgewicht. Mutter und Vater sollen auf die Elternrolle vorbereitet werden und sich nach der Geburt möglichst gemeinsam um ihr Kind kümmern.

2. Frühe Förderung des Kindes

Nach der Geburt soll zunächst die emotionale Bindung zwischen Mutter und Kind, und soweit möglich, auch die zwischen Vater und Kind gefördert werden. Dadurch soll eine gesunde Ernährung, angemessene Pflege und liebevolle Betreuung des Kindes sichergestellt werden. Mit zunehmendem Alter des Kindes geht es dann darum, seine körperliche, sprachliche und kognitive Entwicklung so zu unterstützen, dass sich seine Persönlichkeit, seine Fähigkeiten und Fertigkeiten optimal entfalten können und stark belastende Krankheiten bzw. Verhaltensauffälligkeiten (z.B. ADHS) seltener oder gar nicht auftreten.

3. Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz und Alltagsbewältigung

Eine wichtige Aufgabe des Projekts besteht ferner darin, die Mütter und ggf. die Väter zu stärken. Zum einen betrifft das ihre Erziehungskompetenz. Beiden soll Mut gemacht werden, sich positiv auf die Elternrolle einzulassen, d.h. die damit verbundenen Lasten zu akzeptieren und richtiges Erziehungsverhalten zu erlernen. Hierfür werden ihnen die erforderlichen Erfahrungen und Kenntnisse vermittelt. Zum anderen geht es aber auch darum, die sozial randständigen Mütter (und Väter) aus der Abhängigkeit von staatlichen Sozialleistungen herauszuführen, in der sie sich zumeist befinden. Durch die Angebote der Krippen- bzw. der Tagesmutterbetreuung und des späteren Kindergartenbesuches sollen sie dazu ermutigt werden, die Chance der Ganztagsbetreuung ihres Kindes dazu zu nutzen, sich schrittweise auf eigene Beine zu stellen. Sie werden dabei z.B. beim Abschluss einer abgebrochenen Schul- oder Berufsausbildung und beim Finden eines Arbeitsplatzes unterstützt, der ein geregeltes Einkommen sichert, aber auch im Umgang mit Behörden, damit sie ihnen zustehende Förderungen auch in Anspruch nehmen und erhalten. Die amerikanischen Erfahrungen machen Mut, dass auch dieses Ziel bei vielen erreicht werden kann. Dabei gehen wir davon aus, dass eine Stärkung der beruflichen und sozialen Position der Mutter (und ggf. des Vaters) positive Auswirkungen auf ihren Umgang mit dem Kind haben wird.

4. Einsparungen für Kommunen, Staat und Krankenkassen

Das vierte, primär sozialökonomische Ziel des Modellversuches ist es, die Kosten deutlich zu senken, die besonders häufig für Menschen aus Hoch-Risiko-Familien aufgewendet werden müssen. Dies betrifft die Gesundheitskosten während der Kindheit ebenso wie die hohen Aufwendungen, die entstehen, wenn aus Problemkindern später Frühkriminelle, Drogenabhängige, Trebegänger oder Schulversager werden.

Das Frühförderungsprojekt verfolgt das Ziel, die Lasten, die aus solchen Negativkarrieren für Krankenkassen, Landkreise und Städte und Bundesländer erwachsen, nachhaltig zu reduzieren. Die amerikanischen Modellversuche haben demonstriert, dass dies in beachtlichem Maß gelingen kann. Der Modellversuch soll die Überprüfung der Frage ermöglichen, ob auch in Deutschland mit seiner im Vergleich zu den USA besseren sozialstaatlichen Grundversorgung ein entsprechender Effekt erwartet werden kann. Dabei sollen in die Kosten-Nutzen-Analyse dann nicht nur die finanziellen Lasten einbezogen werden, die für die geförderten Kinder bzw. ihre identisch zusammengesetzte Kontrollgruppe entstehen, sondern auch die, die für die Eltern jeweils erwachsen (Sozialhilfe, Arbeitslosenunterstützung, usw.). Und schließlich sind hier auch Nutzeffekte der Förderung zu berücksichtigen (z.B. die Steuerleistungen, die für Kommunen und Staat langfristig aus dem Arbeitseinkommen der Eltern und ihrer in das Arbeitsleben hineinwachsenden Kinder resultieren).

5. Übertragbarkeit und bundesweite Implementation des Projekts

Das fünfte Ziel, das quer zu den bisher definierten Zielen und im Fokus der Implementationsforschung liegt, ist die Übertragbarkeit des Projektes. Die Voraussetzungen für die Übertragbarkeit sollen durch folgende Punkte geschaffen werden:

- Wichtig für eine spätere Übertragbarkeit ist die Übernahme der Betreuungskosten im Rahmen der Regelförderung. Um dies zu erleichtern, haben wir uns dazu entschlossen, uns im Modellprojekt „Pro Kind Niedersachsen“ möglichst eng an die schon vorhandenen Systeme zu halten: die Hebamme übernimmt ganz überwiegend hebammentypische Tätigkeit im Umfang des zeitlichen

Rahmens, in dem sie nach der Hebammengebührenordnung tätig wird. Die Sozialpädagogin wird mit dem ganz überwiegenden Teil ihrer Arbeit erst dann tätig, wenn Sozialpädagoginnen auch im Rahmen der Sozialpädagogischen Familienhilfe nach SGB VIII tätig werden, nämlich nach der Geburt des Kindes.

- Auch aus diesem Grund haben wir die Aufgabe der Durchführung der Hausbesuche Berufsgruppen übertragen, die es in allen Städten und Landkreisen bereits gibt – Hebammen und Sozialarbeiterinnen.
- Besonders wichtig für eine politische Akzeptanz des neuen Angebots ist die wissenschaftliche Begleitforschung: ein präventives Angebot wird sich nur dann durchsetzen können und eine Chance haben, in die Regelförderung übernommen zu werden, wenn seine Wirksamkeit nachgewiesen ist und wenn nachgewiesen ist, dass es im Ergebnis Kosten sparend ist.
- Ebenso wichtig und grundlegend für die Umsetzbarkeit ist die begleitende Implementationsforschung, die es ermöglicht, dass nachfolgende Projekte auf die Erfahrungen des Modellprojektes zurückgreifen und aus den Fehlern lernen können. Im Rahmen der Implementationsforschung soll ein Handbuch zur Implementation entstehen.

III Projektstrukturen

1. Trägerschaft

Das Projekt Pro Kind Niedersachsen wurde zunächst während der Anschubphase und in der ersten Zeit der Pilotphase in Trägerschaft des Kriminologischen Forschungsinstituts durchgeführt.

Seit Mitte Juli ist es in die Trägerschaft der Stiftung Pro Kind übergegangen.

2. Teilnehmende Kommunen

Pro Kind Niedersachsen wird in folgenden niedersächsischen Kommunen umgesetzt: Braunschweig, Celle, Göttingen, Hannover und Wolfsburg.

Mit jeder dieser Kommunen schließt Pro Kind einen Vertrag über die Kooperation ab. Die Kommunen sind zum einen an den Kosten der Familienhelferinnen zur Hälfte beteiligt. Zum anderen sind sie aktive Kooperationspartner bei der Umsetzung des Projektes vor Ort. Sie haben jeweils einen Ansprechpartner im Jugendamt benannt, der die enge Verbindung zur Stadtverwaltung gewährleistet. Die Kommunen leisten Unterstützung bei der Gewinnung der Schwangeren, die stellen Kontakte zu Ämtern und anderen lokalen Kooperationspartnern her, sie stellen die Räumlichkeiten für Mutter-Kind-Gruppen, sie sind beteiligt bei der Auswahl der Träger, Familienhelferinnen und Hebammen, sie leisten Unterstützung bei der späteren Suche von Tagesmüttern oder Krippen- bzw. Kitaplätzen für die betreuten Kinder. Eine weitere wichtige Aufgabe ist, dass sie das Projektteam über kommunale Besonderheiten im Bereich der frühen Förderung informieren.

3. Projektdauer

Pilotphase:

Die Pilotphase begann am 15. Februar 2006. Anfang März fand eine Fortbildung der Projektmitarbeiterinnen in Denver statt. Anschließend konnte das Projektbüro bei der

AOK Niedersachsen bezogen werden. Es wurden Teams bestehend aus Hebamme und Sozialpädagogin (Familienbegleiterinnen) in den Kommunen gesucht, es begann die Adaption des Materials und es wurde Ende April die erste Fortbildung der Familienbegleiterinnen durchgeführt. Die Aufnahme von jeweils ein bis zwei Teilnehmerinnen begann im Juni. Die Pilotphase endet im Oktober 2006.

Hauptphase:

Die Hauptphase des Projektes soll im November 2006 beginnen. Am Beginn der Hauptphase steht zunächst die 22monatige Aufnahmephase, während der neue Teilnehmerinnen in das Projekt aufgenommen werden können. Während dieser Zeit findet für alle aufgenommenen Teilnehmerinnen das Hausbesuchsprogramm statt. Nach Abschluss der Aufnahmephase werden die Teilnehmerinnen und ihre Familien betreut bis das letzte im Programm befindliche Kind den letzten Hausbesuch erhalten hat. Rechnet man ab Ende der Aufnahmephase fünf Monate hinzu bis zur Geburt des letzten aufgenommenen Kindes und dann nochmals drei Jahre bis zum letzten Hausbesuch, dann beträgt die Gesamtdauer der Hauptphase des Projektes 63 Monate. Das Projekt endet nach dieser Planung voraussichtlich im Januar 2012.

4. Programminhalt – Hausbesuchsprogramm

Erstgebärenden Schwangeren und ihren Familien, die in schwierigen finanziellen und sozialen Verhältnissen leben, soll durch das Modellprojekt Hilfe angeboten werden. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Frauen werden möglichst ab dem fünften Monat ihrer Schwangerschaft von einem Team bestehend aus einer Hebamme und einer Familienhelferin, den sog. Familienbegleiterinnen, begleitet. In der Schwangerschaft und den ersten acht Wochen nach der Geburt werden die Hausbesuche ganz überwiegend von der Hebamme geleistet. Die Familienhelferin übernimmt ab dem 3. Lebensmonat des Kindes die aufsuchende Betreuung der Familie bis das Kind 3 Jahre alt ist. Für den Standort Hannover gilt ein anderer Betreuungsplan für die Zeit nach der Geburt: Auf Wunsch des Hebammenverbandes Niedersachsen haben dort die Hebammen 8 Besuchstermine zwischen dem 3. und dem 8. Lebensmonat des Kindes im Bereich hebammentypischer Tätigkeiten. Die Familienhelferin berät und unterstützt die Eltern bei der Erziehung des Kindes und bei deren beruflicher Aus- und Weiterbildung oder Arbeitsplatzsuche. Begleitend zur aufsuchenden Hilfe führen die Familienhelferinnen Mutter-Kind-Gruppen durch.

5. Hebammen

Bei der Auswahl legen wir folgendes Anforderungsprofil zu Grunde:

- Die Hebamme hat Interesse daran, Schwangere in sozialen Problemlagen zu Hause zu betreuen.
- Sie ist bereit, an der Fortbildung nach dem Nurse-Family-Partnership (NFP)-Programm teilzunehmen und die Betreuung an dem Konzept auszurichten.
- Sie kooperiert vertrauensvoll mit der Familienhelferin und Pro Kind.
- Sie unterstützt die Schwangeren und ihre Familien bei der Setzung realistischer Ziele und ihrer Erreichung bei der Schwangerschaftsvorbereitung und der Nachsorge, in Ernährungsfragen, bei der Pflege des Kindes, bei der weiteren Familienplanung und bei speziellen Gesundheitsproblemen.
- Sie behält den Zielerreichungsprozess im Auge und nimmt, wenn nötig Kurskorrekturen vor.

- Sie baut eine Arbeitsbeziehung mit den Frauen und ihren Familien auf, die den Rahmen für die Verbesserung ihrer Problemlösekompetenzen bietet.
- Sie bezieht, wenn möglich, andere Familienmitglieder in die Schwangerschaftsbegleitung, die Geburtsvorbereitung und die frühe Säuglingspflege ein.
- Sie nimmt an den Teambesprechungen und der Fachberatung teil.
- Sie dokumentiert ihre Tätigkeiten gemäß den Besuchsrichtlinien.
- Sie gibt Feedback zu den Besuchsrichtlinien und zur Durchführbarkeit der Tätigkeiten und ist bereit an der Forschung mitzuwirken.
- Sie zeigt Lern- und Anpassungsbereitschaft an die Veränderungen, die sich im Laufe der Programmumsetzung ergeben.
- Sie bringt eine gewisse Berufserfahrung mit. Bei der Auswahl der Hebammen legen wir besonderen Wert darauf, dass ein gutes menschliches Einvernehmen zwischen Hebamme und Familienhelferin herrscht.

Mit jeder Hebamme wird eine Kooperationsvereinbarung geschlossen. Sie arbeitet auf Honorarbasis und erhält eine Vergütung für die Besuchstermine und die fachspezifischen Stunden (Fachberatung und Fallbesprechung). Die Fortbildungen können nicht vergütet werden.

6. Träger der Jugendhilfe – Familienhelferinnen

Pro Kind kooperiert in jeder Kommune mit einem Träger der Jugendhilfe, der die Familienhelferinnen stellt. Die Träger wurden teilweise von den Kommunen benannt, teilweise auf Grund einer Ausschreibung und eines Auswahlverfahrens ermittelt. Grundlage der Kooperation ist in jeder Kommune ein Vertrag zwischen Pro Kind, dem jeweiligen Träger und der Kommune. In dem Vertrag sind die Einzelheiten der Projektdurchführung geregelt. Die Auswahl der Familienhelferinnen findet in Kooperation mit den jeweiligen kommunalen Ansprechpartnern statt. In den einzelnen Kommunen sind unsere Kooperationspartner: Braunschweig: Sankt Nikolaus; Celle: Caritas; Göttingen: Jugendhilfe Südniedersachsen; Hannover: Heimverbund (der Heimverbund ist ein kommunaler Träger); Wolfsburg: Diakonisches Werk.

7. Leitungsteam

Das Leitungsteam von Pro Kind ist in Hannover angesiedelt. Es besteht in der Pilotphase aus drei Personen, der Leiterin (Juristin), der stellvertretenden Leiterin (Sozialpädagogin) und einer weiteren Mitarbeiterin (Psychologin). In der Hauptphase des Projektes ist die Besetzung der dritten Stelle mit einer Hebamme oder einer Kinderkrankenschwester bzw. einer Sozialpädagogin mit gesundheitsbezogener Zusatzausbildung geplant. Außerdem wird in der Hauptphase eine Bürokräft eingestellt. Die Buchhaltung wird von einer Buchhalterin übernommen.

8. Begleitende Forschung

Geplant ist eine Begleitforschung, die die Umsetzbarkeit des Modellprojektes sowie die Effekte der Frühintervention auf verschiedenen Wirkebenen überprüft. Diese setzt sich aus drei Teilen zusammen:

- Die **Implementationsforschung** soll klären, ob sich das Programm der frühen Förderung wie geplant umsetzen lässt, ob die angestrebte Zielgruppe erreicht wird und welche Veränderungen des ursprünglichen Konzepts erforderlich sind, damit die Projektziele verwirklicht werden können.

- Die **Evaluation der Programmwirksamkeit** beantwortet die Frage, ob und in welchem Ausmaß das Projekt bei den Kindern und ihren Eltern die gewünschten Ergebnisse und Erfolge erzielt, und wie sich die festgestellten Wirkungen erklären lassen. Außerdem liefert der Vergleich der unterschiedlichen Maßnahmen („Pro Kind Bremen“ vs. „Pro Kind Niedersachsen“) Anhaltspunkte zur Beantwortung der Frage, ob die Verlängerung der frühen Förderung über die ersten beiden Lebensjahre hinaus noch zu substantziellen Verbesserungen der kindlichen Entwicklung in den unterschiedlichen Bereichen und zu einer höheren Erziehungskompetenz und besseren Alltagsbewältigung der Eltern führt.
- Die **Kosten-Nutzen-Analyse** ermittelt die ökonomischen Auswirkungen des Modellversuches durch eine vergleichende Datenauswertung zu den finanziellen Lasten, die im Rahmen der frühen Förderung entstehen und den Kosten, die für beide Gruppen von Kindern und Eltern im Laufe der Jahre erwachsen.

Für die ersten beiden Teile der Begleitforschung sind das KFN und Frau Professorin Tanja Jungmann (Universität Hannover) gemeinsam verantwortlich, wobei die Evaluation der medizinischen Frühfördereffekte in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) durchgeführt wird. Die Kosten-Nutzen-Analyse wird von PD Dr. Peter Lutz vom Lehrstuhl IV für Öffentliche Finanzen der Universität Hannover übernommen.

IV Teilnehmerinnen

1. Zielgruppendefinition

Zur Zielgruppe gehören Schwangere, die folgende Kriterien erfüllen

- erstgebärend,¹
- bis einschließlich 28. Woche der Schwangerschaft,
- Sozialhilfe/Alg II-Bezieherin, Vorliegen der Voraussetzungen für Sozialhilfe-/Alg II-Bezug oder Überschuldung und
- Das Vorliegen von einem der folgenden Indizien für eine besondere soziale oder persönliche Problemlage:
 - minderjährig,
 - kein Schulabschluss,
 - kein Berufsabschluss,
 - soziale Isolation,
 - Gewalt-/Missbrauchserfahrung,
 - Gesundheitliche Probleme,
 - Suchtprobleme (nach individueller Entscheidung),

¹ Das Projekt richtet sich ausschließlich an schwangere Frauen und ihre Partner, die das erste Kind erwarten, um zum einen schwer zu kontrollierende Einflussfaktoren auszuschließen, die den Erfolg der Frühförderung gefährden könnten. Dazu gehören bereits etablierte maladaptive Erziehungsmethoden, die äußerst änderungsresistent sind, Spannungen zwischen den Geschwistern, weil das in die Frühförderung einbezogene Kind privilegiert aufwächst und dadurch einen Entwicklungsvorsprung erhält und eine zu starke Verfestigung der sozialen Randlage einer Hoch-Risiko-Familie mit vorhandenen Kindern, so dass die Fördermaßnahmen nicht mehr den Effekt erzielen können, der bei einer erstgebärenden Mutter und ihrem Kind erreichbar erscheint.

Zum anderen ist bei dem hier empfohlenen Konzept zu erwarten, dass spätere Geschwister eines Kindes der Fördergruppe sehr davon profitieren werden, wenn ihre Eltern und deren erstes Kind von vornherein durch die Fördermaßnahmen auf einen guten Kurs gebracht worden sind.

- sonstiger sozialer und persönlicher Belastungsfaktor.

Die Teilnehmerinnen müssen sich auf Deutsch verständigen können. In Hannover werden wir versuchen, je ein russischsprachiges und ein türkischsprachiges Team zu gewinnen zur Betreuung von Teilnehmerinnen dieser beiden ethnischen Gruppen, die kein Deutsch sprechen. Während der Pilotphase, aber auch noch in der Hauptphase werden wir ein besonderes Augenmerk darauf richten, ob das Angebot von Pro Kind für die gesamte Zielgruppe, die wir ansprechen möchten, geeignet ist. Es könnte sich dabei herausstellen, dass für Drogenabhängige das Betreuungsangebot nicht intensiv genug ist. Es kann sich auch herausstellen, dass sich eine Gruppe - z.B. Minderjährige – in besonderer Weise angesprochen fühlt und vom Projekt profitiert. Durch die Begleitforschung haben wir die Möglichkeit wertvolle Erkenntnisse zu sammeln, für wen genau Pro Kind eine passgenaue Hilfe darstellt.

2. Anzahl der Teilnehmerinnen in der Betreuungsgruppe

Nach den Erfahrungswerten der städtischen Behörden sind ca. 43 Prozent eines Jahrgangs Erstgeburten. Ferner können wir nach den Erkenntnissen einer Begleitforschung des hier durchgeführten Projekts „Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter – Netzwerk Familienhebamme“ und Angaben des UNICEF-Reports 2005 davon ausgehen, dass ca. 7 bis 10 Prozent der Neugeborenen zu unserer Zielgruppe der sozial stark belasteten Familien gehören. Auf der Basis amerikanischer Erfahrungswerte unterstellen wir zudem, dass es gelingen wird, ca. 50 Prozent der schwangeren Frauen unserer Zielgruppe dafür zu gewinnen, das Betreuungsangebot des Projekts anzunehmen. Legen wir diese Eckdaten zugrunde, dann errechnet sich als Gesamtrekrutierungszeit anhand der Geburtenzahlen der fünf Projektstandorte Hannover, Braunschweig, Celle, Göttingen, und Wolfsburg die Zeit von 22 Monaten, um in den beteiligten Kommunen die Gesamtzahl von 168 Kindern zu erreichen, die zu unserer Zielgruppe gehören. Dabei unterstellen wir für die Aufnahmezeit eine Verlustquote von 10 bis 15 Prozent, die wir jeweils durch Neurekrutierungen ausgeglichen.

Über die Abbrecherquote, die sich später ergibt, können wir in Ermangelung von Erfahrungswerten aus Deutschland keine belastbaren Angaben machen. In den USA liegt sie insgesamt betrachtet bei den NFP-Projekten bei 10 %. Wir streben an, sie dadurch auszugleichen, dass wir in der Aufnahmezeit von der Zielgruppe 55 – 60 % erreichen. Grundlage dieser Annahme ist die Einschätzung, dass im deutschen Sozialstaat für sozial randständige Frauen generelle eine engere Betreuungsdichte besteht als in den USA. Dabei sind wir uns Klaren darüber, dass all diese Prognosen zwangsläufig mit Unsicherheiten behaftet sind, die wir gegenwärtig auf der Basis der verfügbaren Informationen nicht ausschalten können. Erst die Praxis der beiden Pro-Kind Modellprojekte wird hier zu gesicherten Erkenntnissen führen.

3. Gewinnung der Teilnehmerinnen

Die Entwicklung und Umsetzung einer Strategie zur Gewinnung von Schwangeren für die Projektteilnahme ist ein Schwerpunkt der Pilotphase des ersten Drittels der Hauptphase. Wir gehen davon aus, dass es eine Herausforderung darstellt, erstgebärende Schwangere unserer Zielgruppe schon während der Schwangerschaft für eine Teilnahme an einem Projekt zu motivieren, das auf Freiwilligkeit basiert.

Wir haben folgenden Plan für unser Vorgehen entwickelt, der jedoch einer ständigen Überprüfung ausgesetzt ist, ob er tatsächlich effizient und geeignet ist.

Zunächst gehen wir davon aus, dass wir die Teilnehmerinnen auf drei Wegen erreichen können: Entweder sie melden sich selbst, oder sie werden von Menschen aus ihrem persönlichen Umfeld gemeldet (Freunde, Verwandte) oder der Kontakt zu uns wird über Dritte vermittelt, die auf Grund ihrer beruflichen Stellung in Kontakt mit unserer Zielgruppe stehen.

Für die ersten beiden Fallgruppen – Selbstmelderinnen und Vermittlung durch nahestehende Personen aus dem privaten Umfeld – haben wir folgende Informationswege vorgesehen:

- wir legen Flyer aus, an den Stellen, an denen wir vermuten, dass unsere Zielgruppe auf sie aufmerksam werden könnte,
- Wir stellen unser Projekt bei öffentlichen Veranstaltungen in der Kommunen dar: z. B. Tag der offenen Tür im Jugendamt, Gesundheitstag etc.
- Wir informieren beginnend mit der öffentlichen Projektvorstellung in den Medien über das Projekt.

Wir gehen jedoch davon aus, dass wir die Mehrzahl unserer Teilnehmerinnen auf dem dritten Weg, also über die Vermittlung durch Dritte, erreichen werden. Wir müssen daher Zeit und Engagement darauf verwenden, Dritte als Kooperationspartner zu gewinnen.

Dabei sind folgende Fragen entscheidend:

Wer kommt als Kooperationspartner in Betracht?

Im Auftaktworkshop haben wir gemeinsam mit den kommunalen Ansprechpartnern die möglichen Berufsgruppen, Einrichtungen und Stellen identifiziert und je nach ihrer voraussichtlichen Eignung in zwei Gruppen eingeteilt

Gruppe 1

- Frauenärzte, Mitarbeiterinnen der Schwangerschaftsberatungsstellen (Pro Familia, Caritas, Diakonie), Sozialarbeiterinnen der beteiligten Jugendämter, niedrigschwellige Beratungsstellen in Stadtteilen (Caritas, Diakonie), ARGE, Schulsozialarbeiter, Streetworker, die in der Jugendszene tätig sind.

Gruppe 2

- Krankenhäuser/Kliniken, Geburtshäuser, Kirchengemeinden, Frauenzentren, Bürgerämter, Sozialambulanzen aus Wohnungsbaugesellschaften, DCJD=Deutsches Christliches Jugenddorf, Träger der Jugendhilfe, Bewährungshilfe, Treffpunkte für Jugendliche /Jugendszenetreffs, Jugendwerkstätten, Heime, Drogenberatung, Stadtteilcafes, Mütterzentren, Mehrgenerationenhäuser, Krankenkassen.

Zu den genannten Einrichtungen bzw. Personengruppen nehmen wir gezielt Kontakt auf. Dabei werden von uns in der ersten Phase primär die Mitglieder der Gruppe 1 angesprochen.

Wie gelingt es, die Kooperationspartner zu motivieren, als aktive „Headhunter“ für Pro Kind tätig zu sein?

Dafür sind – so vermuten wir – folgende Punkte hilfreich:

- Sie müssen davon überzeugt sein, dass das Programm tatsächlich wirksam und passgenau ist – und zwar in dem Bereich, der aus ihrer beruflichen Perspektive von besonderem Interesse ist.
- Die Anwerbung einer Schwangeren darf nicht zeitintensiv sein. Sie muss sich in den Arbeitsablauf einfügen, ohne dass es stört.

- Es muss eine Bindung zwischen Pro Kind und dem Kooperationspartner aufgebaut werden.

Letzteres möchten wir dadurch erreichen, dass wir die Kooperationspartner aufnehmen in ein Netzwerk von Partnern, die wir regelmäßig über den Stand des Projektes informieren.

Wie gelingt es den Kooperationspartnern, die Schwangeren tatsächlich für eine Teilnahme zu motivieren?

Dies ist die zentrale Frage. Wir helfen ihnen dabei, indem wir den Kooperationspartnern Flyer und eine Kurzbeschreibung des Projektes zur Verfügung stellen. Da wir mit einem Kontrollgruppendesign arbeiten, wird es entscheidend darauf ankommen, dass die Kooperationspartner in kurzen einfachen Sätzen die Vorzüge des Projektes – Vergleichsgruppe ebenso wie Betreuungsgruppe – schildern können.

Im Rahmen der begleitenden Dokumentation verfolgen wir, welche Kooperationspartner uns wie viele Schwangere vermitteln. Besonders erfolgreiche Headhunter planen wir nach ihren „Erfolgsstrategien“ zu befragen. Aus den Ergebnissen der Dokumentation können interessante Rückschlüsse gezogen werden, welche Kooperationspartner besonders geeignet sind, um die Zielgruppe zu erreichen.

V Konzept des Hausbesuchsprogramms

1. Zur Erreichung der drei Primärziele sollen im Rahmen einer differenzierten Einzel-fallbetreuung folgende Maßnahmen kombiniert werden:

- ***Pränatale Intervention***

Aufsuchende Beratung von schwangeren Frauen durch Hebammen nach dem NFP-Programm; einige Besuchstermine werden von der Familienhelferin bzw. von beiden gemeinsam wahrgenommen.

- ***Frühkindliche Intervention***

Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter und Väter nach dem NFP-Programm. Im Rahmen dieses Konzepts werden die Mütter und auch die Väter mit den Fähigkeiten, Verhaltensweisen, Zuständen und Signalen von Neugeborenen und Säuglingen vertraut gemacht. Außerdem sollen mit den Müttern Mutter-Kind-Gruppen durchgeführt werden bzw. sollen die Mütter in bestehende Mutter-Kind-Gruppen integriert werden.

2. **Hausbesuche durch Hebammen und Familienhelferinnen (Familienbegleiterinnen)**

Die NFP-Besuchsfrequenz ist wie folgt: Im ersten Monat nach der Aufnahme ins Programm findet einmal wöchentlich ein Besuch statt. Dann vierzehntägig bis zur Geburt. Nach der Geburt findet im amerikanischen Programm in den ersten vier Wochen einmal wöchentlich ein Besuch statt, anschließend bis zum 21 Lebensmonat ein Besuch vierzehntägig. In den letzten drei Monaten vor dem zweiten Geburtstag ist nur noch ein monatlicher Besuch geplant. Im Projekt Pro Kind Niedersachsen gibt es folgende Veränderungen gegenüber dem amerikanischen Modell: Hier ist anstelle der Nurses ein Team bestehend aus einer Hebamme und einer Familienhelferin für die Besuche zuständig. Da in der Zeit der Schwangerschaft und in den ersten Wochen nach der Geburt vorwiegend die Hebammen für die Hausbesuche zuständig sind, werden in der Regel auch die nach der Hebammengebührenverordnung anfallenden zusätzlichen Termine von den Hebammen wahrgenommen. Es gibt also eine größere Dichte an Be-

suchen rund um die Geburt. Gerade in den ersten acht Wochen sind ja viele Besuche nach der Hebammengebührenverordnung im Rahmen der Wochenbettbetreuung vorgesehen und erstattungsfähig.

3. Dauer und Struktur des Hausbesuchs

Jeder Besuch dauert etwa 1 -1,5 Stunden. Die Besuche erfordern eine intensive Vorbereitung und eine Nachbereitung, in der die Dokumentation durchgeführt wird. Der Ablauf jedes Familienbesuchs ist mithilfe des Besuchplans gegliedert, der auch der betreuten Frau bzw. Familie vorliegt. Bei jedem Besuch wird in dieser Abfolge vorgegangen, allerdings können die Schwerpunkte von Besuch zu Besuch variieren. Die Einführung dieser Struktur stellt einen positiven Kontrast zu den zum Teil wenig strukturierten Verhältnissen dar, in denen manche Familien leben und gibt der Familienbegleiterin die Möglichkeit, mit dem Zeitmanagement während des Familienbesuchs als Modell zu dienen. Die Einführung von Zeitgrenzen und das Beibehalten eines ganz bestimmten Fokus von Besuch zu Besuch helfen sowohl den Familienbegleiterinnen als auch den Klienten dabei, sich nicht durch Krisen überfordern zu lassen. Zudem wird verhindert, dass man sich bei dem Versuch, zu viele Dinge gleichzeitig erledigen zu wollen, verzettelt und dabei andere wichtige Ziele aus den Augen verliert.

4. Theoretische Grundlagen des Besuchsprogramms

Das Betreuungskonzept basiert inhaltlich auf Erkenntnissen und Hypothesen der Ökologischen Theorie Bronfenbrenners, der Selbstwirksamkeitstheorie Banduras und der Bindungstheorie Bowlbys.

- Gemäß dem *Person-Prozess-Kontext-Modell* von Bronfenbrenner (1992) sind Programmwirkungen auf den Verlauf der Schwangerschaft, die kindliche Gesundheit und Entwicklung sowie den mütterlichen Lebensweg zu erwarten. Die wichtigste Frage dabei lautet: In welchem Ausmaß lassen sich individuelles Verhalten und adaptives Funktionsniveau verbessern, wenn strukturelle Eigenschaften der Gesellschaft und genetische Anlagen das Risiko für ein schlecht angepasstes Funktionsniveau erhöhen? Eine der Haupthypothesen der Ökologischen Theorie ist z.B., dass die effiziente Funktion der Eltern-Kind-Beziehung im Entwicklungskontext von der Existenz und der Art der anderen Beziehungen abhängt, die die Eltern haben. Sind diese durch jeweils gegenseitige positive Gefühle geprägt und bilden die Kontakte ein unterstützendes Netzwerk in der Erziehung, dann erhöht dies die Güte der Eltern-Kind-Beziehung. Umgekehrt wird das Entwicklungspotential der Eltern-Kind-Beziehung durch Streitigkeiten oder Interferenzen in anderen Beziehungen beeinträchtigt. Das Programm zielt darauf ab, die informellen (z.B. Kindsvater oder Lebenspartner, Familie, Freunde und Bekannte der Mutter) und formellen Netzwerke (z.B. Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialdiensten) der Mutter bzw. der Eltern zu optimieren und darüber auch ihr Erziehungsverhalten und die Interaktion mit ihrem Kind zu verbessern.
- Nach der *Selbstwirksamkeitstheorie* Banduras (1977, 1982) spielen kognitive Bewertungsprozesse und individuelle Überzeugungen über den Zusammenhang zwischen eigenen Anstrengungen und erhofftem Ergebnis eine wichtige Rolle bei der Änderung bestehender maladaptiver Verhaltensweisen (wie z.B. dem Nikotin- oder Alkoholkonsum, aber auch einem strafenden Erziehungsverhalten) und beim Erwerb und der Beibehaltung neuer Verhaltensmuster (z.B. positives Erziehungsverhalten).

Das Programm nimmt dies zum Anlass, die Ergebnis- und Effizienzerwartungen der Mütter differenziert zu erfassen. Einige Frauen sind z.B. überzeugt, dass das Rauchen ihnen und ihrem ungeborenen Kind schadet (Ergebniserwartung), aber sie glauben nicht, dass sie es schaffen werden, damit aufzuhören (Wirksamkeitserwartung). Die „Nurses“ wurden bei Olds darin geschult, den Frauen in einem ersten Schritt Hilfestellungen bei der Setzung kleiner, erreichbarer Ziele zu geben. Dies stärkt ihr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zur Verhaltensänderung. In einem zweiten Schritt werden dann z.B. Pflege- und Erziehungsverhaltensweisen systematisch von der „Nurse“ verstärkt, die bereits Teile des gewünschten Verhaltens enthalten oder eine Annäherung an das Zielverhalten darstellen. Durch das Aufzeigen von bereits bestehenden Stärken wird sukzessive das Vertrauen der Eltern in ihre erzieherischen Fähigkeiten aufgebaut, was auch einen Anreiz für den Erwerb weiterer Erziehungsfähigkeiten schafft. Die „Nurses“ unterstützen die Frauen zudem im Umgang mit alltäglichen Problemen sowie dem Finden von geeigneten Bewältigungsstrategien. Dadurch werden Angst und Unsicherheit bei den Frauen abgebaut und Handlungsspielräume aufgezeigt.

- Die eigenen frühkindlichen Bindungserfahrungen der werdenden Mütter sind nach der *Bindungstheorie* Bowlbys (1969) in Form von Beziehungsschemata enkodiert, die den Stil der emotionalen Kommunikation und der Beziehungen prägen. Negative Bindungserfahrungen spiegeln sich folglich in späterem ungünstigen Kommunikations- und Beziehungsverhalten wieder. Dies kann enorme Auswirkungen im Hinblick auf die Qualität der späteren Mutter-Kind-Beziehung haben. Fundamental für eine Veränderung dysfunktionaler Bindungsschemata sind enge, nahezu therapeutische Bündnisse zwischen den „Nurses“ und den Familien, die bereits während der Schwangerschaft geknüpft werden. Der Aufbau einer durch Respekt und Empathie geprägten Beziehung soll helfen, sich selbst als jemanden zu sehen, der Unterstützung, Aufmerksamkeit und Liebe verdient. Dabei ist es wichtig, dass die „Nurses“ die Kindheitserlebnisse der Mütter und deren Beziehungsschemata kennen bzw. systematisch erfassen. Mütter und andere Erziehungspersonen sollen ihre eigenen Kindheitserfahrungen reflektieren und Entscheidungen darüber treffen, wie sie im Lichte der eigenen Erfahrungen ihr Kind erziehen möchten. Die „Nurses“ führen dieses Thema zwischen dem 6. und 8. Lebensmonat des Kindes ein. In der Denver-Studie wurde in einigen Familien sogar schon pränatal über die eigenen Kindheitserfahrungen der Eltern gesprochen (insbesondere Disziplinierungsmaßnahmen, Identifikation mit anderen Eltern, die ihrer Meinung nach ihre Kinder gut erzogen haben). Dabei ist es wichtig, ein Gespür für die Bereitschaft der Eltern zu entwickeln, über dieses Thema zu reflektieren (häufig macht es erst Sinn, wenn die Disziplinierung der eigenen Kinder ansteht). Den Eltern soll so geholfen werden, ihr Kind als eigenes Individuum mit Bedürfnissen zu sehen, die sich von ihren eigenen unterscheiden. Die Wahrnehmung kindlicher Motivationen und Kommunikationsmethoden sollen entwickelt werden. Dabei werden explizit sensitives, responsives und engagiertes Erziehungsverhaltens in der frühen Kindheit von den „Nurses“ unterstützt und gefördert.

5. Haltung der Familienbegleiterinnen

Die innere Haltung der Familienbegleiterinnen, die sich in ihrem konkreten Verhalten den Teilnehmerinnen gegenüber äußert, ist das Herzstück des Programms und Voraussetzung für das Gelingen und den Erfolg der Arbeit mit den Teilnehmerinnen. Diese Haltung ist aus unserer Sicht auch die Basis dafür, dass die Teilnehmerinnen eine tragfähige Beziehung zur Familienbegleiterin entwickeln, dass sie an das Projekt gebun-

den werden und sich über einen langen Zeitraum freiwillig beteiligen. Die Familienbegleiterin orientiert sich in ihrer Arbeit an den folgenden Leitgedanken des Projekts Pro Kind:

a. Jeder ist Experte für das eigene Leben!

Es geht darum, die Teilnehmerinnen als Expertinnen für ihr Leben ernst zu nehmen und ihnen nicht vorgefertigte Lösungen für ihre Probleme und Fragen zu präsentieren. Es sind nur die Lösungen hilfreich, die sie selbst für sich entwickeln; es führen nur die Wege weiter, die sie selbst aktiv einschlagen. Dabei brauchen sie Unterstützung, sind auf zusätzliche Informationen angewiesen und müssen Selbstvertrauen zu sich selbst entwickeln, dass sie es schaffen.

b. Folge den Herzenswünschen der Familie!

Die Teilnehmerinnen werden dann am ehesten ihre inneren Kräfte mobilisieren und sich auf den Wege einer Änderung eigener Verhaltensmuster begeben, wenn sie in ihren eigenen Herzenswünschen angesprochen werden. Auch deshalb ist es besonders wichtig, dass die Familienbegleiterinnen sich mit den Teilnehmerinnen auf die Suche nach deren – oft verschütteten – Lebensträumen begeben und sie dann dabei unterstützen, diese Wünsche zu realisieren. Dem Projekt kommt zu Gute, dass gerade viele erstgebärende Schwangere als großen Herzenswunsch haben, dass sie mit ihrem Kind glücklich werden und dass ihr Kind es einmal besser haben soll als sie selbst.

c. Kleine Schritte können Großes bewirken!

Viele Teilnehmerinnen der Zielgruppe haben in ihrem Leben einen Misserfolg nach dem anderen erlebt. Eine wesentliche Aufgabe der Familienbegleiterin besteht darin, diese Häufung von Negativerfahrungen aufzubrechen und der Teilnehmerin zu ermöglichen, dass sie auf eine Erfolgsspur kommt. Dies geschieht dadurch, dass die Familienbegleiterinnen mit den Frauen möglichst kleine erreichbare Ziele vereinbaren, so dass die Teilnehmerin die Erfahrung macht, dass sie diese kleinen Schritte gut schaffen kann.

d. Der Weg ist das Ziel!

Im Lauf der langen Begleitung durch die Hebamme und die Familienhelferin, die ihr als Coach zur Seite stehen, macht die Teilnehmerin wichtige Lernerfahrungen. Ziel ist, dass ihr die dabei gewonnenen Erkenntnisse in ihrem weiteren Leben nützlich sind und dass sie während der Zeit, in der sie begleitet wird, Problemlösungskompetenzen erwirbt, die es ihr ermöglichen, später eigenständig ohne Unterstützung ihr Leben zu meistern.

e. Betone die Stärken!

Ein ganz wichtiger Punkt ist, dass die Familienhelferinnen daran arbeiten, die Stärken jeder einzelnen Teilnehmerin aufzuspüren. Dies wird dann schwierig sein, wenn die Teilnehmerinnen ein geringes Selbstvertrauen haben. Doch gerade in diesen Fällen ist es umso wichtiger, die Stärken zu identifizieren, zu betonen und weiterzuentwickeln. Denn in den Stärken der Teilnehmerin sind die Kräfte enthalten, die es ihr ermöglichen, eine gute Beziehung zu ihrem Kind zu entwickeln und das eigene Leben erfolgreich zu meistern.

6. Inhalte der Hausbesuche

Die Inhalte der Hausbesuche drehen sich um ausgewählte Bereiche des individuellen und familiären Lebens. Eine Gesamtschau der Themenbereiche belegt den ganzheitlichen Ansatz des Konzeptes. Inwieweit jeweils einzelne Themenbereiche bei einem bestimmten Hausbesuch vertieft werden, hängt von der Zielsetzung des Besuchs ab. Bei einigen Hausbesuchen werden alle inhaltlichen Bereiche thematisiert, andere Besuche berühren nur Teile davon. Innerhalb dieses vorgegebenen Rahmens setzt jede Familienbegleiterin ihre professionelle Entscheidungskraft ein, um die Inhalte der Hausbesuche den individuellen und aktuellen Interessen der Mutter und ihrer Familie anzupassen.

Die Inhaltsbereiche sind:

- **Persönliche Gesundheit:** Innerhalb dieses Inhaltsbereichs thematisieren die Familienbegleiterinnen gesundheitsförderliche Verhaltensweisen der Frauen und der Familien, wie insbesondere Ernährung und sportliche Betätigung, die psychische Gesundheit sowie den Konsum von Zigaretten, Alkohol oder illegalen Drogen.
- **Gesundheitsförderliche Umgebung**– Inhalt ist hier die Angemessenheit der Wohnsituation, der Arbeit, der Schule und Nachbarschaft für die Gesundheit der Mutter und des Kindes.
- **Lebensplanung und -gestaltung** – die Familienbegleiterinnen thematisieren die Ziele der Frauen bezüglich ihrer (schulischen) Ausbildung und einer Berufstätigkeit bzw. der Familienplanung.
- **Mutterrolle / Vaterrolle / Elternrolle** – es geht hier die Akzeptanz der neuen Rollen und den Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten zur Förderung der Gesundheit und der Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern.
- **Familie, Bekannte und Freunde** – die Familienbegleiterinnen unterstützen darin, mit Beziehungsfragen umzugehen und die Unterstützung für ihre eigenen Ziele und bei der Kinderversorgung zu erweitern.
- **Soziale Dienste und Gesundheitsversorgung** –Thema ist hier der Kontakt zu medizinischen und sozialen Einrichtungen, die Umgangsweise mit diesen Einrichtungen und die zusätzlichen Verbindungen, die notwendig sind, um dem Bedarf der Klientin bzw. ihrer Familien zu entsprechen.

7. NFP-Materialien

Das amerikanische NFP-Programm hat ausführliche Materialien entwickelt, die zur Unterstützung der Arbeiten der Familienbegleiterinnen dienen. Eine Aufgabe von Pro Kind ist es, begleitend zur Umsetzung des Hausbesuchsprogramms die amerikanischen Materialien zu adaptieren.

Die Inhalte des Programms sind in drei Handbüchern gegliedert:

- Handbuch für die Schwangerschaft
- Handbuch für das Säuglingsalter
- Handbuch für das Kleinkindalter

Je nach Lebensphase und Entwicklungsstand werden Themen für jeden Besuch ausgewählt. Die Handbücher geben Inhalte und Struktur des Besuchs vor, um die Gefahr zu vermindern, dass die Familienbegleiterin und die Familie völlig vom den Alltagsproblemen in Beschlag genommen werden, und die langfristigen Ziele des Programms aus den Augen verlieren. Die Inhalte des „Handbuchs Schwangerschaft“ gehen über die körperlichen Veränderungen und das mütterliche Gesundheitsverhalten während der Schwangerschaft hinaus und thematisieren in besonderen Maße die emotionalen

und psychologischen Herausforderungen, die mit der zukünftigen Mutter- bzw. Elternrolle verknüpft sind (z.B. Aufbau der pränatalen und Vorbereitung der postnatalen Mutter- bzw. Eltern-Kind-Bindung, Vermittlung von anschaulichem Wissen über die Entwicklung des Kindes im Mutterleib und die Bedeutung der pränatalen Gehirnentwicklung).

8. NCAST / PIPE

Die aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter und Väter soll in Ergänzung der NFP-Handbücher nach dem NCAST Keys to Caregiving-Konzept (Barnard, 1990) und den NCAST Beginning Rhythms and Sleep Activity Records bzw. nach vergleichbaren deutschen Materialien durchgeführt werden. Im Rahmen dieses Konzepts werden die Mütter und auch die Väter mit den Fähigkeiten, Verhaltensweisen, Zuständen und Signalen von Neugeborenen und Säuglingen vertraut gemacht. Die Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Interaktion werden thematisiert und transparent gemacht.

Das amerikanische PIPE-Material bietet ergänzende Bausteine für die Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern. Auch hier ist noch offen, ob das amerikanische Material adaptiert wird oder ob adäquate deutsche Materialien zum Einsatz kommen werden.

9. Fortbildung

Die mit uns kooperierenden Hebammen und Familienhelferinnen werden in spezifischen Fortbildungskursen auf die Umsetzung des Programms vorbereitet. Die Fortbildungsinhalte werden unter Berücksichtigung der Inhalte der NFP-Trainings und unter Berücksichtigung der spezifischen Fortbildungsbedarfe der Hebammen und Familienhelferinnen konzipiert. Ein Schwerpunkt in der Fortbildung der Hebammen ist darauf gerichtet, die schwangeren Frauen unserer Zielgruppe zu einem gesunden Lebenswandel, d.h. zu einer gesunden Ernährung und zum Verzicht auf Drogen und Alkohol sowie Rauchen zu motivieren. Im Hinblick auf das zuletzt genannte Ziel möchten wir mit dem Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin zusammenarbeiten, an dem derzeit ein EU-gefördertes Projekt zur Reduzierung von Rauchen in der Schwangerschaft durchgeführt wird, das sich primär an Hebammen wendet. Ihnen wird im Rahmen eines Fortbildungskurses vermittelt, wie sie schwangere Frauen durch motivierende Gesprächsführung bei der Raucherentwöhnung am besten und wirksamsten erreichen können. Es ist geplant, allen im Projekt mitarbeitenden Hebammen eine entsprechende Fortbildung anzubieten (www.bips.uni-bremen.de/rauchen/).

10. Fachberatung/Fallbesprechung

Ein essentieller Bestandteil des NFP-Programms ist die fachliche Begleitung der Familienhelferinnen durch regelmäßige Fachberatung und Fallbesprechungen. Diese fachspezifischen Termine werden von einer Mitarbeiterin des Projektes Pro Kind für die Familienbegleiterinnen angeboten.

11. Dokumentation

Die Familienbegleiterinnen dokumentieren die Hausbesuche mit Hilfe verschiedener Dokumentationsbögen. Diese werden in ein computergestütztes Programm eingegeben und ausgewertet. Dadurch ist es möglich, der einzelnen Familienbegleiterin eine detaillierte Rückmeldung zu ihrer Arbeit zu geben. Nach der Erfahrung des NFP-

Programms in den USA ist das Dokumentationssystem eine wertvolle Erkenntnisquelle für die Qualitätskontrolle der Arbeit der Familienbegleiterinnen. Und es bietet die Grundlage für die permanente Weiterentwicklung und Verbesserung des Programms.

12. Besonders wichtige Punkte bei der Umsetzung von Pro Kind Niedersachsen

- In unserem Modellversuch soll die Betreuung von Mutter und Kind im dritten Monat nach der Geburt schrittweise an die Familienhelferinnen übergeben werden. Diese verfügen als Sozialarbeiterinnen auch über die Kompetenz, die Mütter in allen lebenspraktischen Fragen zu beraten. Es erscheint uns deshalb nicht sinnvoll, den Hebammen durch ein aufwändiges Fortbildungsprogramm diese sozialpädagogische Kompetenz zu vermitteln. Stattdessen streben wir schon in der Phase der Schwangerschaftsbetreuung ein Teamwork von Vertretern beider Berufsgruppen an. Wenn es beispielsweise darum geht, die schwangere Frau über die Leistungsangebote der Sozialhilfe oder die ihr zustehenden Unterhaltsleistungen zu informieren, ihr eine Sozialwohnung zu vermitteln, ihr Schuldnerberatung anzubieten oder sie bei der Lösung innerfamiliärer Konflikte zu unterstützen, soll die zuständige Familienhelferin von der Hebamme bereits während der Schwangerschaft zur Beratung der Frau herangezogen werden. Dieses Teamwork ist auch vor dem Hintergrund des NFP-Konzepts von Olds äußerst sinnvoll, da sowohl die Hebamme als auch die Familienhelferin so schon vor der Geburt des Kindes und damit in einer Phase, in der die Frauen mit höherer Wahrscheinlichkeit Unterstützung annehmen, eine Beziehung aufbauen können. Da die Familienhelferin die Betreuung nach der Geburt des Kindes fortsetzt, wird eine erneute Erfahrung des Verlassensverdens vermieden.
- Der Erfolg des Frühförderungsprogramms wird entscheidend davon abhängen, ob es gelingt, die jungen Frauen dafür zu motivieren, mit den Familienhelferinnen zusammenzuarbeiten. Um dies zu erreichen, sollen die Sozialarbeiterinnen von den Hebammen positiv eingeführt und mit den jungen Frauen möglichst noch während der Schwangerschaft bekannt gemacht werden. Die Chance hierzu ergibt sich dann unproblematisch, wenn die oben skizzierten Sachfragen es erforderlich machen, die Familienhelferin bereits während der Schwangerschaft zur Beratung bei lebenspraktischen Problemen heranzuziehen. Sollte dies nicht der Fall sein, ist geplant, dass die jeweils zuständige Sozialarbeiterin die Hebamme in der neunten und zehnten Woche nach der Geburt des Kindes bei den Hausbesuchen begleitet und dadurch mit der jungen Mutter bekannt wird. Ziel ist es, dass zwischen beiden eine gute, belastbare Beziehung entsteht, die durch die gemeinsame Freude an dem neugeborenen Kind mitgeprägt wird. Die Familienhelferin soll für Mutter und Kind in die Rolle eines *Entwicklungslotsen* hineinwachsen und so für die nächsten Jahre zu einer wichtigen Bezugsperson werden.
- Im Hinblick auf das dritte Lebensjahr des Kindes gibt es zur Häufigkeit von Hausbesuchen bisher keine internationalen Vorerfahrungen. Generell streben wir an, im Vergleich zum zweiten Lebensjahr das Betreuungsangebot weiter zurückzunehmen. Im Grunde soll es darauf beschränkt werden, den jungen Familien in Krisensituationen zur Seite zu stehen. Bei einigen wird es möglich sein, die Hausbesuche zunächst völlig einzustellen und sie nur dann wieder aufzunehmen, wenn sie von den Müttern bzw. Vätern wegen aktueller Probleme ausdrücklich gewünscht werden. In anderen Fällen wird man eine Verrin-

gerung der Besuchshäufigkeit auf einmal pro zwei bis drei Monate erreichen können. Ziel ist es, aus den Erfahrungen des dritten Betreuungsjahres zu lernen und Standards zu entwickeln, die später von Nachfolgeprojekten genutzt werden können.

- Ein zentrales Anliegen des Frühförderungsprojekts besteht darin, die Eltern in der Schlussphase der Hausbesuche dazu zu motivieren, ihren Kindern ab dem dritten Geburtstag den Besuch eines Kindergartens zu ermöglichen. Zuvor sollen solche Familien, die Probleme dabei haben, für ihre kleineren Kinder tagsüber eine gute Betreuung zu gewährleisten, auf geeignete Kinderkrippen hingewiesen werden. Die Aussichten dafür, diese Einrichtungen im Rahmen des Modellversuches zu nutzen, sind günstig. Die Stadt Hannover verfügt über ein breites Angebot von Kindergärten und Kinderkrippen und möchte das Projekt engagiert dabei unterstützen, für jedes Kind, das Frühförderung erhalten soll, einen geeigneten Krippen- bzw. Kindergartenplatz zur Verfügung zu stellen. Entsprechende Rahmenbedingungen streben wir auch bei den anderen Städten an, mit denen wir zusammenarbeiten wollen.
- Ein zusätzlicher Bestandteil des niedersächsischen Modellversuches soll die Organisation von Kleingruppentreffen mit jeweils sechs bis acht Müttern und ihren Säuglingen bzw. kleinen Kindern sein. Die Treffen dienen dazu, die jungen Mütter mit den in den verschiedenen Altersphasen des Babys bzw. Kleinkindes auftretenden Besonderheiten und Schwierigkeiten vertraut zu machen, die Mütter bei der Erziehung des Kindes zu unterstützen und einen konstruktiven Erfahrungsaustausch zu ermöglichen. Die Themen reichen vom Umgang mit irritablen Säuglingen (schreienden und ihren Schlafrhythmus nicht findenden Babys) über Kleinkindernährung, das Erkennen von kindlichen Bedürfnissen und Kinderkrankheiten bis hin zu entwicklungsförderlichen Spiel- und Singangeboten. Die Familienhelferin organisiert die Gruppentreffen alle drei bis vier Wochen in der Nachbarschaft, z.B. in Räumen von Kirchengemeinden, Stadtteilzentren, Mütter-Zentren und Mehrgenerationenhäusern. Bei Bedarf können zu den jeweiligen Themen Honorarkräfte mit Expertise eingeladen werden.
- Im Rahmen der Hausbesuche und des Elterntrainings sollte intensive Beratung über die gravierenden Schädigungen, die aus extensivem frühkindlichem Fernsehen entstehen können, stattfinden. Dabei geht es vor allem darum, die Eltern schrittweise zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit Medien bzw. zur Medienkompetenz zu befähigen. Es gibt durchaus Befunde, die dafür sprechen, dass moderater Fernsehkonsum entwicklungsförderlich wirkt, insbesondere dann, wenn Co-Watching und anschließende Interaktion über das Programm stattfindet (z.B. Böhme-Dürr, 2000 zum Einfluss der Medien auf die Sprachkompetenz). Bei überdurchschnittlich langer Fernsehzeit sehr junger Kinder sind die Mehrzahl der Befunde allerdings alarmierend: So zeigen Befunde einer Längsschnittanalyse (Christakis et al., 2004: S. 710), die in den USA mit über 1.000 Kleinkindern durchgeführt wurde, dass sich bei einer Steigerung der Fernsehzeit einjähriger Kinder um zwei Stunden das Risiko von Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität um 28 Prozent erhöhte. Weitere amerikanische wie auch deutsche Studien verweisen zudem auf den Zusammenhang zwischen Bewegungsarmut und Übergewichtigkeit von Kindern, die zur Gruppe der Vielseher gehören (vgl. etwa Dietz & Gortmaker, 1985; Korsten-Reck et al., 2004) sowie auf negative Effekte extensiven Fernsehkonsums auf

Sprach- und spätere Lesekompetenz (Schiffer et al., 2002) von Vor- und Grundschulkindern. Implizit lassen die Befunde aber auch erkennen, dass es nicht das Fernsehen an sich, sondern die Art der Nutzung im sozialen Umfeld ist, die den wesentlichen negativen oder positiven Effekt z.B. auf die Sprachentwicklung ausmacht. Außerdem wird vermutet, dass eine Kumulation sozio-ökonomischer Belastungsfaktoren sich negativ auf die soziale Interaktion in der Familie auswirkt und damit auch die Sprachentwicklung der Kinder negativ beeinflussen kann.

- Muttersprachliche Beratungs- und Betreuungsangebote für Migrantenfamilien. Etwa ein Fünftel bis maximal ein Viertel der Kinder soll aus sozial randständigen Familien stammen, die ethnischen Minderheiten angehören. Im Vordergrund stehen hier Kinder aus russischsprachigen Familien (Aussiedler oder sonstige Zuwanderer aus Staaten der früheren Sowjetunion) und aus türkischen Familien, die in Hannover die beiden größten Migrantengruppen stellen. Für diejenigen Teilnehmerinnen aus beiden Migrantengruppen, die gar kein deutsch sprechen, sollen in Hannover Familienhelferinnen gewonnen werden, die nicht nur deren Sprache beherrschen, sondern auch die Mentalität der Menschen aus diesen Gruppen verstehen und auf die besonderen Probleme, die sich daraus ergeben, eingehen können.
- Bei Auftreten von ausgeprägten und andauernden Konflikten der Eltern, soll Beratung und Unterstützung dabei geleistet werden, die Beziehungskrise entweder konstruktiv zu überwinden oder eine Trennung (und gegebenenfalls Scheidung) einzuleiten. Sollte es im Zuge solcher Auseinandersetzungen zwischen den Eltern zum Einsatz von Gewalt kommen, ist es Aufgabe der Familienhelferinnen, das betroffene Opfer auf die Hilfen hinzuweisen, die nach dem Gewaltschutzgesetz von Polizei, Sozialarbeit und Familiengericht angeboten werden.
- Die Beratungs- und Unterstützungsleistungen der Familienhelferinnen sollten sich dabei nicht nur an die Mütter richten, sondern ebenso an ihre Lebenspartner, unabhängig davon, ob sie die Kindsväter sind oder nicht. Wichtig ist lediglich, dass sie mit der Mutter und dem Kind zusammenleben. Nach den Erfahrungen des laufenden Modellversuches ist dies bei etwa der Hälfte der jungen Familien der Fall. Seine Erziehungs- und Pflegefertigkeiten, sein Beitrag zum Familienleben und die Unterstützung seiner Frau sind wichtige Ressourcen (Schutzfaktoren). In einigen Fällen stellen die Lebenspartner der Mutter aber auch zusätzliche Risikofaktoren dar. Die Hebammen oder Familienhelferinnen unterstützen in diesen Fällen die Mütter dabei, Entscheidungen zu treffen, die in ihrem Interesse sind (vgl. Olds et al., 1998).
- Damit die Familienhelferinnen diesen Erwartungen gerecht werden können, müssen sie auf die vielfältigen Aufgaben der aufsuchenden Hilfe gründlich vorbereitet werden. Sowohl vor dem Start des Modellversuches als auch während seiner Laufzeit sind deshalb zu den verschiedenen Inhalten der Frühförderung Fortbildungskurse geplant, die die Projektmitarbeiterinnen in die Lage versetzen, entweder die erforderliche Unterstützung selber anzubieten oder sie zumindest kompetent zu vermitteln (z.B. bei der Schuldnerberatung).

VII Finanzierung

Zusagen für die Kostenübernahme für das Modellprojekt „Pro Kind Niedersachsen“ liegen seitens der Robert-Bosch-Stiftung, der AOK Niedersachsen, der PSD Bank Braunschweig und der Klosterkammer Hannover vor. Die beteiligten Kommunen leisten ebenfalls einen Beitrag zur Deckung der anfallenden Kosten. Beim BMFSFJ werden weitere Fördermittel für die Umsetzung des Modellprojektes beantragt. Das niedersächsische Sozialministerium trägt die Kosten für die Projektleitung.

Literatur

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Journal of Psychology*, 37, 122-147.
- Böhme-Dürr, K. (2000). Einfluss von Medien auf den Sprachlernprozess. In H. Grimm (Hrsg.), *Sprachentwicklung. Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich C: Theorie und Forschung, Serie III, Band 3*, 433-459. Göttingen: Hogrefe.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bronfenbrenner, U. (1992). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Christakis, D.A., Zimmerman, F.J., DiGiuseppe, D.L. & McCarty, C.A. (2004). Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics*, 113, 708-713.
- Dietz, W.H & Gortmaker, S.L. (1985). Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. *Pediatrics*, 75, 807 – 812.
- Duncan, G.J., Brooks-Gunn, J. & Klebanov, P.K. (1994). Economic deprivation and early childhood development. *Child Development*, 65, 296-318.
- Elliot, D. (2004). Blueprint-Modelle zur Gewaltprävention. DVJJ Sonderdruck zum 26. Deutschen Jugendgerichtstag.
- Felitti, V.J. (2002). The relationship between adverse childhood experiences and adult health: Turning gold into lead. *The Permanente Journal*, 6, 44-47.
- Korsten-Reck, U., Kromeyer-Hauschild, K., Korsten, K., Bjarnason-Wehrens, B., Dickhuth, H.H., Berg, A. (2004). Bedeutung des Freizeit- und Ernährungsverhaltens und der Spezialanamnese in der Therapie der Adipositas bei Kindern. *Perfusion*, 17, 458-464.
- Mayr, T. (1993) Entwicklungspsychologische Perspektiven – Drogenprävention im Kindergarten? In: H. Zöpfl (Hrsg.), *Drogen. Informieren und Vorbeugen in der Erziehung* (S. 151-192). Donauwörth: Auer.
- Mayr, T. (2000). Entwicklungsrisiken bei armen und sozial benachteiligten Kindern und die Wirksamkeit früher Hilfen. In: H. Weiß (Hrsg.), *Frühförderung mit Kindern in Armutslagen* (S. 142-163). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- McLoyd, V.C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist*, 53, 185-204.
- Olds, D., Henderson, C.R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettitt, L., Sidor, K., Morris, P. & Powers, J. (1998). Long-term effects of Nurse Home Visitation on children's criminal and antisocial behavior. *The Journal of the American Medical Association*, 280, 1238-1244.
- Olds, D., Henderson, C.R., Kitzman, H.J., Eckenrode, J.J., Cole, R.E. & Tatelbaum, R.C. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *The Future of Children*, 9, 44-63.
- Pagani, L., Boulerice, B. & Tremblay, R.E. (1997). The influence of poverty on children's classroom placement and behaviour problems. In G.J. Duncan & J. Brooks-Gunn

- (eds.), *Consequences of growing up poor* (pp. 311-339). New York: Russell Sage Foundation.
- Patterson, C.J., Kupersmidt, J.B. & Vaden, N. (1990). Income level, gender, ethnicity, and household composition as predictors of children's school-based competence. *Child Development, 61*, 485-494.
- Pollitt, E. (1994). Poverty and child development: Relevance of research in developing countries to the United States. *Child Development, 65*, 283-295.
- Schiffer, K., Ennemoser, M. & Schneider, W. (2002). Die Beziehung zwischen dem Fernsehkonsum und der Entwicklung von Sprach- und Lesekompetenzen im Grundschulalter in Abhängigkeit von der Intelligenz. *Zeitschrift für Medienpsychologie, 14*(2), 2-13.
- 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]
- Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin, 115*, 28-54.