Lucerne University of Applied Sciences and Arts

HOCHSCHULE LUZERN

Soziale Arbeit

Bachelor-Arbeit Ausbildungsgang Sozialpädagogik VZ 2013-2017

Myriam Breidenbach und Martina Hummel

Frühe Förderung in der Stadt Luzern – Wer profitiert?

Wie hängt ein schwaches Kohärenzgefühl eines Elternteils mit der Nutzung von Angeboten in der Frühen Förderung zusammen? Wie können Familien umfassender erreichen werden und welche Schlussfolgerung lassen sich für die Erreichbarkeit der Familien ableiten?

Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für Sozialpädagogik.	
Early also had an in the shade I among a second like a Dialogo Cariola adaptation in	
Diese Bachelor-Arbeit wurde im Januar 2017 in 3 Exemplaren eingereicht zur Erlangung d	ies vom

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

HOCHSCHULE LUZERN

Soziale Arbeit

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem

Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/ Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California 95105. USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz http://creativecommons.org/

Sie dürfen:

Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten Zu den folgenden Bedingungen:

Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt, mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt. Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de

Lucerne University of Applied Sciences and Arts

HOCHSCHULE LUZERN

Soziale Arbeit

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialpädagogisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2017

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit Leitung Bachelor

Abstract

Angebote der Frühen Förderung dienen als Unterstützung und Prävention im Hinblick auf die prägende und wichtige Lebensphase des Kleinkindalters.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den Angeboten der Frühen Förderung der Stadt Luzern und will die Fragen beantworten, inwiefern die Angebote genutzt werden, welche Gründe für eine mögliche Nicht-Nutzung genannt werden und wie Familien umfassender erreicht werden können. Zusätzlich wird der Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und der Angebotsnutzung untersucht. Das Kohärenzgefühl, basierend auf Aaron Antonovskys Theorie der Salutogenese, bildet gemeinsam mit der Frühen Förderung als Teil der Prävention den theoretischen Rahmen.

Diese Arbeit untersucht Familien der Stadt Luzern, welche durch einen teilstandardisierten Fragebogen im Rahmen der Originalstudie AFFiS (Angebote der Frühen Förderung in Schweizer Städten) befragt wurden. Diese wurde von der Stadt Luzern initiiert und in Zusammenarbeit mit der Hochschule Luzern durchgeführt. Mit dieser Arbeit kann aufgezeigt werden, dass drei der insgesamt 21 Angebote von rund 2/3 der Familien genutzt wurden und knapp 50% der Angebote gar nicht. Als meistgenannte Gründe für die Nicht-Nutzung wurden "kannte das Angebot nicht" und "kein Bedarf" angegeben. Zudem liess sich bestätigen, dass Familien mit einem schwachen Kohärenzgefühl durchschnittlich weniger Angebote nutzen als Familien mit einem starken Kohärenzgefühl.

Diese Ergebnisse führen zu der weiterführenden Frage, wie die Familien umfassender erreicht werden können. Hierzu werden einerseits Empfehlungen für die Anpassung der Angebote gemacht und andererseits das sozialpolitische Mandat auf der Ebene der Professionellen in der Sozialen Arbeit diskutiert.

Dank

An dieser Stelle möchten wir uns herzlich bei allen Personen bedanken, die bei der Ermöglichung dieser Arbeit mitgeholfen haben.

Ein besonderer Dank geht an Frau Claudia Meier Magistretti, die uns während der ganzen Zeit stets mit viel Engagement und Geduld zur Seite stand. Sie gab uns die Möglichkeit, an ihrer Studie mitzuarbeiten. Durch den Einblick in das grosse Feld der Forschung konnten wir fachlich wie auch persönlich viel Neues lernen.

Weiter möchten wir Herr Gregor Husi und Herr Marius Metzger für ihre fachlichen Inputs und ihr Mitdenken danken.

Auch allen Lektorinnen gilt ein besonderer Dank, die ebenfalls einen wichtigen Beitrag zum Gelingen dieser Arbeit beitrugen.

Nicht zuletzt danken wir auch unseren Familien und Freunden, die uns während dieser mitunter sehr intensiven Zeit unterstützt und beraten haben.

Inhaltsverzeichnis

ABSTRACT	
DANK	
TABELLENVERZEICHNIS	IV
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	IV
1. EINLEITUNG	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 MOTIVATION	2
1.3 Fragestellungen	2
1.4 ZIEL DER BACHELORARBEIT	3
1.5 Aufbau	4
1.6 BEGRIFFLICHKEITEN	4
2. WAS BEDEUTEN SALUTOGENESE UND KOHÄRENZGEFÜHL?	6
2.1 Entstehung der Salutogenese	6
2.2 DENKWEISE DER SALUTOGENESE	7
2.3 KERNKONZEPT DER SALUTOGENESE	8
2.4 Das Herzstück: Kohärenzgefühl	9
2.5 Kritische Betrachtung	14
3. WAS IST FRÜHE FÖRDERUNG?	16
3.1 DEFINITION FRÜHE FÖRDERUNG	16
3.2 Frühe Förderung als Teil der Prävention	17
3.2.1 Grundlagen der Prävention	17
3.2.2 Individuums- und setting-orientierte Massnahmen	19
3.2.3 ZIELGRUPPENASPEKTE	19
3.3 Besonderheiten der Frühen Förderung aus systemischer Sicht	20
3.4 WIRKSAMKEIT	21
4. ZUSAMMENHANG KOHÄRENZGEFÜHL UND FRÜHE FÖRDERUNG	24
5. FORSCHUNG	28
5.1 METHODENBESCHRIEB	28
5.1.1 Datenerhebung	29
5.1.2 Datenaufbereitung	30
5.1.3 Datenauswertung	31
5.2 Darstellung der Ergebnisse	35
5.2.1 ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN ERGEBNISSE	49
5.3 DISKUSSION DER ERGEBNISSE	50
6. SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR DIE SOZIALE ARBEIT	54
6.1 FAZIT	54
6.2 Praxisbezug	55
6.3 AUSBLICK	58
7. LITERATURVERZEICHNIS	59

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht SOC-Werte und genutzte Angebote (eigene Erhebung)	35
Tabelle 2: Chi-Quadrat-Test (eigene Erhebung)	40
Tabelle 3: Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests (eigene Erhebung)	40
Tabelle 4: Soziodemografische Angaben (eigene Erhebung)	41
Tabelle 5: Quantitative Gründe, Maternitiy Care (eigene Erhebung)	43
Tabelle 6: Qualitative Gründe, Maternity Care (eigene Erhebung)	43
Tabelle 7: Qualitative Gründe, Beratungsstellen (eigene Erhebung)	44
Tabelle 8: Qualitative Gründe, Beratungsstellen (eigene Erhebung)	44
Tabelle 9: Quantitative Gründe, finanzielle Unterstützung (eigene Erhebung)	44
Tabelle 10: Qualitative Gründe, finanzielle Unterstützung (eigene Erhebung)	44
Tabelle 11: Quantitative Gründe, Betreuung (eigene Erhebung)	45
Tabelle 12: Qualitative Gründe, Betreuung (eigene Erhebung)	45
Tabelle 13: Quantitative Gründe, Hausbesuchsprogramm (eigene Erhebung)	46
Tabelle 14: Qualitative Gründe, Hausbesuchsprogramm (eigene Erhebung)	46
Tabelle 15: Quantitative Gründe, spezifische Angebote (eigene Erhebung)	46
Tabelle 16: Qualitative Gründe, spezifische Angebote (eigene Erhebung)	46
Tabelle 17: Quantitative Angebote, soziokulturelle Angebote (eigene Erhebung)	47
Tabelle 18: Qualitative Gründe, soziokulturelle Angebote (eigene Erhebung)	47
Tabelle 19: Schlussbemerkungen (eigene Erhebung)	48
Abbildungsverzeichnis	
Abbildung 1: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Lindström und Eriksson, 2010, S.13)	7
Abbildung 2: Übersicht Nutzung der Angebote (eigene Darstellung)	36
Abbildung 3: Vergleich der SOC-Gruppen mit der Anzahl genutzten Angeboten (eigene Darstellung)	37
Abbildung 4: Durchschnittlich genutzte Angebote (eigene Darstellung)	38
Abbildung 5: SOC in Verbindung Anzahl genutzten Angebote (eigene Darstellung)	39
Abbildung 6: Soziodemographische Angaben (eigene Darstellung)	42

Hinweis: Die gesamte Arbeit wurde von beiden Autorinnen gemeinsam verfasst.

1. Einleitung

Das folgende Kapitel soll einerseits Aufschluss über die Ausgangslage geben, indem mit Bezug zu dieser Arbeit der aktuelle Stand des Wissens erläutert wird. Andererseits wird auf die Motivation der Autorinnen eingegangen, sowie die verschiedenen Fragestellungen dieser Arbeit hergeleitet und vorgestellt. Danach folgen die Ziele der Arbeit sowie deren Aufbau. Abgeschlossen wird das Kapitel mit einer Bestimmung der Begrifflichkeiten.

1.1 Ausgangslage

Die Erkenntnisse aus diversen Wissenschaftsdisziplinen zeigen, wie wichtig die frühe Kindheit für die körperliche und psychosoziale Entwicklung eines Menschen ist. Verschiedene professionelle Massnahmen leisten damit einen zentralen Beitrag zur Prävention von körperlichen, psychischen und sozialen Problemen. Die frühe Kindheit ist der bedeutendste und vielversprechendste Interventionsbereich von Prävention und Gesundheitsförderung und leistet mit ihrem Gelingen einen Beitrag zur Verringerung von sozialer Ungleichheit (Hafen, 2014, S.5f.). Die Massnahmen der Frühen Förderung setzten genau an diesen Abschnitt des Lebens an und richten sich an Familien mit Kindern im Vorschulalter. Der Frage weshalb Interventionen der Frühen Förderung als vielversprechend gelten und inwiefern sie einen Beitrag zur Verringerung der sozialen Ungleichheit leisten, widmet sich ein Teil dieser Arbeit. In den letzten Jahren wurden in vielen Schweizer Gemeinden die Angebote der Frühen Förderung ausgebaut. Hierzu zählen neben Angeboten der Betreuung (Krabbelgruppen, Kita etc.) und der medizinischen Versorgung (Schwangerschaftsvorsorge, Rückbildungskurs etc.) auch Beratungsstellen für Eltern und Familien, Angebote zur finanziellen Unterstützung (z.B. Betreuungsgutscheine und Mutterschaftsbeihilfe), Hausbesuchsprogramme, soziokulturelle Angebote (Mütter-Familientreff, Quartiertreff etc.) und viele weitere.

Wie im gesamten Feld der Prävention stellt sich auch in der Frühen Förderung die Frage, inwiefern die Familien durch diese Angebote tatsächlich unterstützt werden bzw. ob und wie die Familien, die Bedarf haben, auch tatsächlich erreicht werden. Um diesen Fragen nachzugehen, initiierte die Stadt Luzern 2015 die Studie "Angebote Frühe Förderung in Schweizer Städten", kurz AFFiS, in Zusammenarbeit mit der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit (HSLU), dem Institut für Elementar- und Schulpädagogik (ISEP) und der Universität Oldenburg, unter der Leitung von Claudia Meier Magistretti und Catherine Walter-Laager. Die dreijährige Studie soll erstmals aus Sicht der Familien die Nutzung und den Nutzen von Angeboten der Frühen Förderung erfragen.

In den Befragungen wurden zusätzliche Daten ermittelt, welche Aufschluss über den jeweiligen Gesundheitszustand der befragten Personen geben soll. Dieser wurde durch den sogenannten Sense of Coherence, abgekürzt SOC (deutscher Begriff Kohärenzgefühl) auf der Basis eines international standardisierten Fragebogens ermittelt. Der Begriff stammt aus Aaron Antonovsky's entwickelter Theorie der Salutogenese und gilt als Präindikator für physische, psychische und soziale Probleme oder Krankheiten. Im nachfolgenden Kapitel wird auf dieses Konzept detaillierter eingegangen. Vereinfacht lässt sich hier aber sagen, dass es sich bei der Salutogenese um ein "neues" Gesundheitsverständnis handelt, das verschiedene Theorien berücksichtigt (Resilienz, Genetik, Lebensgefühl, soziales Umfeld, aktuelle Lebenssituation, Optimismus u.v.m.) und der Zustand des Menschen als Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit versteht.

Die Frage, ob das Kohärenzgefühl einen Einfluss hat auf das Nutzungsverhalten von Angeboten in der Frühen Förderung, wird mit dieser Arbeit ebenfalls versucht zu beantworten.

1.2 Motivation

Das erste Mal gehört vom Konzept der Salutogenese haben die Autorinnen in einem an der HSLU angebotenen Modul zu Prävention und Gesundheitsförderung. Beide waren zugleich fasziniert von der ganzheitlichen Sichtweise und der Grundannahme des Gesundheit-Krankheit-Kontinuums. Es zeigte sich, dass es zahlreiche Studien gibt, die sich mit der Salutogenese beschäftigen. Den Autorinnen wurde deutlich, dass Vieles in der sozialpädagogischen Arbeit als salutogenetisch orientiert beschrieben werden kann. Beide haben zum Ziel, den Menschen zu einem selbstbestimmten und gesunden (oder gelingenden) Leben innerhalb der individuellen Lebensumständen und Gegebenheiten zu befähigen und dessen Ressourcen zu stärken.

Die Autorinnen wollten mehr über dieses neue Konzept erfahren und erhielten im Rahmen der Bachelorarbeit die Möglichkeit, bei der oben erwähnten AFFiS-Studie von Meier Magistretti und Walter-Laager (in Vorbereitung) mitzuarbeiten.

Im selben Modul wurde auch die Frühe Förderung vorgestellt und diskutiert. Dieses Thema ist nicht neu, dafür aber unter dem gegenwärtigen Spardruck umso aktueller und wichtig. Den Autorinnen wurde bewusst, wie viel empirisches Wissen vorhanden ist, das die Wichtigkeit der frühen Kindheit zwar belegen vermag, jedoch auf politischer Ebene (noch) nicht als relevant genug betrachtet wird, um Gelder zu sprechen.

Folglich war das Angebot, an einer Studie mitzuarbeiten, welche einerseits das Konzept der Salutogenese beinhaltete und andererseits einen Beitrag zu leisten vermag, die Relevanz der Frühen Förderung aufzuzeigen sowie gegebenenfalls Lücken oder Verbesserungspotentiale aufzudecken, eine grossartige Möglichkeit, Wissen zu vertiefen und neue, spannende Daten zu generieren. Dies führt nun zu den Fragestellungen, welche mit dieser Forschungsarbeit beantwortet werden sollen.

1.3 Fragestellungen

In Zusammenarbeit mit der AFFiS-Studienleitung wurden Fragen formuliert, welchen mit der nachfolgenden Arbeit nachgegangen werden soll. Diese lassen sich in zwei Hauptfragen und einige Teilfragen gliedern, durch welche die übergeordneten Fragen erschlossen werden sollen.

In der Salutogenese wird davon ausgegangen, dass Menschen mit einem schwach ausgeprägten Kohärenzgefühl grundsätzlich weniger Ressourcen zur Verfügung haben, um Herausforderung zu bewältigen (siehe Kapitel 2). Dies lässt einige Vermutungen aufkommen. Einerseits scheint es naheliegend, dass Personen mit einem schwachen Kohärenzgefühl weniger Angebote in Anspruch nehmen, da sie weniger Ressourcen zur Verfügung haben, sich diesen zu erschliessen. Andererseits lässt sich vermuten, dass genau solche Personen eigentlich am meisten von diesen Angeboten profitieren könnten, da sie ein grösseres Ressourcendefizit aufweisen. Anschliessend an diese Überlegung kommt die Frage auf, wie denn Familien umfassender erreicht werden können.

Und so sollen nun im Rahmen dieser Arbeit folgende Fragen beantwortet werden.

Hauptfragen:

Wie hängt ein schwaches Kohärenzgefühl eines Elternteils mit der Nutzung von Angeboten in der Frühen Förderung zusammen?

Wie k\u00f6nnen Familien umfassender erreicht werden und welche Schlussfolgerungen lassen sich f\u00fcr die Erreichbarkeit der Familien ableiten?

Um diese Fragen beantworten zu können, liessen sich die Autorinnen von den untenstehenden Teilfragen leiten.

Teilfragen:

- Wie hängen die Salutogenese und die Frühe Förderung zusammen?
- Wie definiert sich ein tiefer SOC-Wert?
- Welche Angebote werden von welchen Familien genutzt/nicht genutzt?
- Was gibt es für Gründe für die Nicht-Nutzung der Angebote?
- · Was zeichnet Familien mit einem tiefen SOC-Wert aus?
- Welche Variablen könnten bei der Erreichbarkeit von Bedeutung sein?
- Was kann die Soziale Arbeit dazu beitragen, Familien umfassender zu erreichen?

Anschliessend an die oben dargestellten Leitfragen soll nun festgehalten werden, worauf in dieser Arbeit nicht eingegangen werden kann.

Erstens ist es aus ressourcentechnischen Gründen nur möglich, ausschliesslich Familien aus der Stadt Luzern mit Kindern zwischen vier und zehn Monaten zu betrachten.

Zweitens kann auf einige Fragen rund um das Kohärenzgefühl nicht eingegangen werden. Dies einerseits weil es den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde und andererseits zum aktuellen Zeitpunkt (noch) zu wenig Wissen vorhanden ist, um diese beantworten zu können. Es wird also nicht darauf eingegangen, was mögliche Gründe für ein schwaches Kohärenzgefühl der befragten Personen sein könnten und wie dieses gestärkt werden kann. Auch ist es aufgrund der einmaligen Erhebung der SOC-Werte nicht möglich, Aussagen darüber zu machen, ob und wie sich die Werte mit der Nutzung der Angebote verändern.

1.4 Ziel der Bachelorarbeit

Mit der nachfolgenden Forschungsarbeit erhoffen sich die Autorinnen folgende Ziele zu erreichen: Es soll untersucht werden, was Familien auszeichnet, die wenige bis keine Angebote nutzen, sowie was Gründe für die Nicht-Nutzung der Angebote sind. Anschliessend sollen Empfehlungen formuliert werden, wie Familien umfassender erreicht werden können.

Damit soll dem Berufsfeld der Prävention und der Frühen Förderung neues Wissen bereitgestellt werden, mit welchem die Angebote angepasst werden könnten und um Familien in diesen Bereichen generell besser erreichen zu können.

Weiter ist es den Autorinnen ein persönliches Anliegen, die Forschung rund um das Konzept der Salutogenese in der Schweiz voranzutreiben, indem neue Daten über die SOC-Werte in der Schweizer Bevölkerung gewonnen werden. Auch lassen sich mit der nachfolgenden Arbeit Aussagen darüber machen, wie das Kohärenzgefühl mit der Nutzung von Angeboten der Frühen Förderung zusammenhängt. So weit den Autorinnen bekannt ist, wurde dieser Zusammenhang noch nicht untersucht. Falls ein Zusammenhang eines schwachen Kohärenzgefühls und der Nutzung von Angeboten eruiert werden kann, wäre dies ein zusätzlicher Anstoss für die Forschung, die Stärkung des Kohärenzgefühls zum Thema zu machen.

Die Arbeit richtet sich also einerseits an die Auftraggeberin, die Stadt Luzern, wie auch an Professionelle im Bereich der Frühen Förderung, der Gesundheitsförderung, der Prävention, der Sozialen Arbeit sowie an Studierende und Interessierte.

1.5 Aufbau

Der Aufbau der nachfolgenden Forschungsarbeit ist wie folgt gegliedert.

Im Anschluss an die einleitenden ersten Kapitel folgt das *Kapitel 2*, das sich mit der Frage beschäftigt, was Salutogenese und Kohärenzgefühl bedeuten. Darin wird als Erstes die Entstehung der Theorie kurz skizziert, um anschliessend auf die salutogene Denkweise einzugehen. Daraufhin werden die Kernkonzepte vorgestellt, um in Anschluss daran auf das Herzstück, das Kohärenzgefühl, einzugehen. Mit einer kritischen Betrachtung wird dieses Kapitel abgeschlossen.

Im Kapitel 3 wird die Frage beantwortet, was unter Früher Förderung zu verstehen ist. Nach einer allgemeinen Definition von Früher Förderung, wird auf die Frühe Förderung als Teil der Prävention eingegangen. Hierzu werden die Grundlagen der Prävention erläutert und auf einige zentrale Aspekte eingegangen. Zuerst wird erklärt, was individuums- und settingbezogene Massnahmen sind, um anschliessend auf Zielgruppenaspekte einzugehen. In einem nächsten Schritt wird erläutert, welche Besonderheiten sich aus systemischer Sicht für die Frühe Förderung ergeben. Abgeschlossen wird das Kapitel mit empirischen Daten zur Wirksamkeit von Früher Förderung.

Das Kapitel 4 verbindet die beiden vorgängigen Kapitel 2 und 3. Aus dieser Verbindung soll klar gemacht werden, wie Frühe Förderung und Kohärenzgefühl zusammen hängen, beziehungsweise warum es Sinn macht, diese beiden Themen in Verbindung zu bringen und zusammen anzuschauen.

Kapitel 5 dreht sich um die Forschungsfrage, also inwiefern das Kohärenzgefühl eines Elternteils mit der Nutzung von Angeboten der Frühen Förderung zusammen hängt. Hierzu wird zuerst das Forschungsdesign vorgestellt, indem darauf eingegangen wird, wie die im nächsten Schritt vorgestellten Daten erhoben, aufbereitet und ausgewertet wurden. Anschliessend werden die wichtigsten Ergebnisse dargestellt und in einem nächsten Schritt diskutiert.

Im darauffolgenden *Kapitel 6* wird ein Fazit aus den vorgängig diskutierten Daten gezogen, um die Frage beantworten zu können, wie sich Familien besser erreichen lassen und welche Schlussfolgerungen sich daraus für die Praxis ableiten lassen. Abgeschlossen wird die Praxisfrage mit einem Ausblick auf mögliche weitere Untersuchungen.

Im *Kapitel 7* findet sich das Literaturverzeichnis. Da die Studie von Meier Magistretti und Walter-Laager (in Vorbereitung) noch nicht abgeschlossen ist, ist es nicht möglich das Erhebungsinstrument zu diesem Zeitpunkt im Anhang zu veröffentlichen. Dieser wird erst nach Abschluss der Studie einsehbar sein.

1.6 Begrifflichkeiten

Das Kapitel 2 befasst sich wie oben beschrieben mit der Theorie der Salutogenese, wobei es mittlerweile zahlreiche Werke gibt, die sich mit dieser Theorie befassen und sie jeweils unterschiedlich auslegen, je nach Anwendungsbereich. Die folgenden Ausführungen stützen sich ausschliesslich auf den Begründer der Theorie, Aaron Antonovsky selbst. Die Autorinnen verwenden dabei Terminologien aus dem englischen wie aus dem deutschen Sprachge-

brauch. Die von Aaron Antonovsky entworfene Bezeichnung "Sense of Coherence" wurde von Alexa Franke ins Deutsche übersetzt mit dem Begriff des Kohärenzgefühls. Die Autorinnen verwenden die deutsche Terminologie immer dann, wenn die Salutogenese als Theorie behandelt wird. Der englische Begriff Antonovsks, abgekürzt SOC, wird hingegen verwendet, wenn es um das Messinstrument des Kohärenzgefühls geht.

Aufgrund der beschränkten Zeichenzahl wird zudem darauf verzichtet, auf verwandte Theorien der Salutogenese, wie beispielsweise die Stresstheorie von Lazarus, einzugehen.

Das Kapitel zur Frühen Förderung basiert auf Martin Hafens Darstellung der Frühen Förderung als Teil der Prävention. Dabei wird die Systemtheorie, die als Grundlage von Martin Hafens Erläuterungen zur Prävention betrachtet werden kann, nur zusammengefasst dargestellt, da eine ausführliche Beschreibung der von Niklaus Luhmann gegründeten Theorie den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

Da sich diese Arbeit in erster Linie an Professionelle richtet, wird darauf verzichtet, grundlegende Begriffe der Sozialen Arbeit detailliert zu erläutern oder herzuleiten.

2. Was bedeuten Salutogenese und Kohärenzgefühl?

Im folgendem Kapitel wird die Gesundheitstheorie der Salutogenese vorgestellt, welche von Aaron Antonovsky erstmals 1979 in seinem Werk Health, Stress and Coping veröffentlicht wurde (Antonovsky, 1997, S.15). Die Salutogenese beschäftigt sich mit der Frage, wie Gesundheit entsteht und wie sie erhalten werden kann. Die nachfolgenden Ausführungen stützen sich vorwiegend auf das von Alexa Franke ins Deutsche übersetzte Werk Salutogenese - Zur Entmystifizierung von Gesundheit, welches 1997, rund zehn Jahre nach der Veröffentlichung der Originalausgabe von Aaron Antonovskys (1987, Unraveling the Mistery of Health – How People Manage Stress and Stay Well) erschienen ist.

Dazu werden zuerst die Entstehung sowie die Hintergründe der Theorie betrachtet, um sich anschliessend der salutogenetischen Denkweise zu nähern. Darauffolgend werden die Kernelemente der Salutogenese beleuchtet und anschliessend auf das Herzstück, das Kohärenzgefühl, eingegangen. Abgeschlossen wird das Kapitel mit einer kritischen Beleuchtung.

2.1 Entstehung der Salutogenese

Aaron Antonovsky wurde 1923 in Brooklyn geboren und emigrierte in den 1960er Jahren mit seiner Frau nach Israel. Er beschäftigte sich nach seinem Medizinsoziologie-Studium vor allem mit der Stressforschung und den psychosozialen Risiken jüdischer Emigranten. In einer Studie im Jahr 1970 untersuchte Antonovsky den Umgang von Frauen, die aus Mitteleuropa nach Israel emigriert sind, mit der Menopause. Unter ihnen befanden sich Frauen, die nationalsozialistische Konzentrationslager überlebt hatten. Ein erstaunlich hoher Anteil dieser Frauen (29%) wies eine gute emotionale Gesundheit auf, trotz den vermutlich schrecklichen Erfahrungen in den Konzentrationslagern und der Herausforderung, sich an einem fremden Ort ein neues Leben aufzubauen. Dieses beeindruckende Resultat führte nach Antonovsky zu einer "absoluten Kehrtwende" in seiner Arbeit als Medizinsoziologe, worauf er die Theorie der Salutogenese verfasste (Antonovsky, 1997, S.13ff.).

Die (gesundheits-)politischen Hintergründe

Antonovsky (1997) führt aus, dass zu der Zeit, als die Theorie der Salutogenese entstanden ist, die traditionell pathogene oder krankheitsorientierte Sichtweise der Medizin, basierend auf dem bio-medizinischen Modell, vorherrschte. Es dominierte also eine Sichtweise mit dem Fokus auf die Krankheit, beziehungsweise auf dem Kranksein und seinen Behandlungsmethoden. Dabei spricht er von einem dichotomen Denkansatz, das heisst, dass Krankheit und Gesundheit als voneinander trennbare Zustände betrachtet wurden und der Mensch als entweder gesund oder krank eingestuft wurde und daraus resultierend Behandlungsbedarf entstand. Gleichzeitig wurde das medizinische Versorgungssystem immer stärker mit der fortschreitenden Technologie verbessert und von Kritikern mehr und mehr als eine sogenannte "Maschinen-Medizin" betitelt. Aus Antonovskys Sicht stellte das vorherrschende pathogene Denken eine eingeschränkte Sichtweise dar: die Aufmerksamkeit werde nämlich dabei auf ein spezifisches Problem gelenkt und nicht auf den Menschen als Ganzes. Weiter führe diese Sichtweise dazu, dass zwar Spezialisten für spezifische Probleme ausgebildet werden, diese jedoch über kein Verständnis für den Erhalt der Gesundheit haben (S.15ff.).

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass die Theorie der Salutogenese aus der Kritik am damaligen Gesundheitswesen und dem bio-medizinischen Modell (Dichotomie) entstanden ist und eine für diese Zeit revolutionäre Sichtweise darstellt. Sie beschäftigt sich nicht mehr

ausschliesslich mit der Krankheit, sondern erfragt, wie der Mensch Gesundheit erlangen und/oder erhalten kann.

2.2 Denkweise der Salutogenese

Antonovsky formulierte daraufhin seine Theorie der Salutogenese. Bengt Lindström und Monica Eriksson (2010) führen aus, dass der Name aus den Wörtern "salus" (lateinisch für Gesundheit) und "genesis" (griechisch für Ursprung) zusammengefügt ist und also den Ursprung der Gesundheit meint (S.18).

Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Auf der Grundannahme, dass es keine Zustände absoluter Gesundheit und Krankheit im Leben eines Menschen gibt, entwarf Antonovsky ein Kontinuum, welches diese beiden Pole verbindet, das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Abbildung 1). Lindström und Eriksson (2010) führen aus, dass alle Menschen irgendwo auf dem Kontinuum zu positionieren sind. Dabei sind alle Menschen täglichen Einflüssen (sogenannten Stressoren) ausgesetzt, welche die jeweilige Position in Richtung Gesundheit wie auch in Richtung Krankheit zu bewegen vermögen. Die Widrigkeiten können entweder erfolgreich bewältigt werden und den Menschen damit in Richtung Gesundheit bewegen, oder sie werden ihnen erliegen und bewegen den Menschen damit in Richtung Krankheit (S.18).

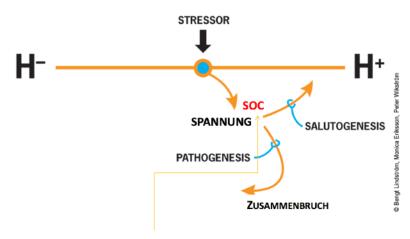


Abbildung 1: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Lindström und Eriksson, 2010, S.13)

Lindström und Eriksson (2010) merken weiter an, dass Antonovsky hiermit also die Gesundheit als ein Kontinuum zwischen "totaler Gesundheit und totaler Krankheit" beschreibt, wobei alle Positionen auf dem Kontinuum Anteile beider Pole in sich tragen. Er macht somit deutlich, dass ein Mensch zu jedem Zeitpunkt in seinem Leben gesunde wie auch kranke Anteile in sich trägt. Alle Menschen sind sterblich und können somit nie absolut gesund sein. Gleichzeitig hat jeder Mensch, möge er noch so krank sein, Anteile von Gesundheit in sich, denn ansonsten würde dies dem Tod gleichkommen (S.14).

Salutogenetische Fragestellung

Die Grundannahme Antonovskys (1997) ist, dass der menschliche Organismus in einem dauernden Zustand der Heterostase (Unordnung) ist, welche durch die allgegenwärtigen Stressoren der Umwelt ausgelöst wird. Der Organismus bemüht sich, die daraus resultierenden Spannungen abzubauen und Ordnung im Sinne eines Gleichgewichts herzustellen (S.21ff.).

Im nachfolgenden Kapitel 2.3 wird genauer auf die Stressoren und den Spannungsabbau eingegangen.

Antonovsky (1997) formuliert die salutogenetische Grundfrage wie folgt:

"Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums oder warum bewegen sie sich auf den positiven Pol zu, unabhängig ihrer aktuellen Position?" (S.15)

Eine weitere Grundannahme von Antonovsky stellt eine philosophische Sichtweise des Lebens dar, welche er durch die Fluss-Metapher veranschaulicht (Antonovsky, 1997):

"meine fundamentale (…) Grundannahme ist, dass der Fluss der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, dass ein Grossteil des Flusses sowohl im wörtlichen wie auch im übertragenen Sin verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu einer leichten Strömung oder in gefährlichen Stromschnellen und Strudel führen." (S.92)

Antonovsky (1997) fügt an, dass die westliche Medizin damit beschäftigt ist, Ertrinkende aus dem reissenden Fluss zu bergen, zu kurieren und sie danach wieder in den Fluss zu entlassen. Sie berücksichtigt dabei aber nicht, wer oder was sie in den Fluss gestossen hat. Die richtige Frage nach Antonovsky also lautet demzufolge:

Wie wird man, unter den gegeben Umwelteinflüssen, ein guter Schwimmer (S.91f.)?

2.3 Kernkonzept der Salutogenese

Wie im oberen Abschnitt erwähnt wurde geht Antonovsky (1997) davon aus, dass der menschliche Organismus ständig von Stressoren umgeben ist und Stressoren somit im Leben eines Menschen allgegenwärtig sind. Dabei ist der Begriff "Stressor" als neutral zu betrachten und kann für einen Menschen neutral, schädlich oder förderlich sein (S.26).

Die Stressoren

Analog zu Stresstheorie von Lazarus unterscheidet Antonovsky (1997) drei Typen von Stressoren. Als erste Kategorie nennt er die *chronischen Stressoren* als eine Lebenssituation, eine Bedingung oder ein Charakteristikum, welche über eine entscheidende Funktion im Leben einer Person verfügt. Dabei handelt es sich um ein dauerndes, relativ permanentes und kontinuierliches Phänomen, wie zum Beispiel das Temperament einer Person, eine Gruppenzugehörigkeit oder eine andauernde Depression (S.44). Als zweite Kategorie von Stressoren werden *wichtige Lebensereignisse* genannt. Diese sind folglich in Zeit und Raum begrenzt, wobei hier nicht unbedingt das Ereignis als solches wichtig ist, sondern vielmehr die daraus resultierenden Konsequenzen, wie sie beispielsweise nach einem Todesfall in der Familie, einer Scheidung oder der Geburt eines Kindes erfolgen. Als drittes werden die *akuten täglichen Widrigkeiten oder Vergnügen* genannt, mit denen man im Alltag konfrontiert ist. Diese können jedoch nach Antonovsky hinsichtlich der Gesundheit vernachlässigt werden, da sie oft kaum bewusst erlebt werden und somit keinen bedeutenden Einfluss haben können (ebd.).

Die generalisierten Widerstandsressourcen und Widerstandsdefizite

Die eben erläuterten Stressoren können nach Antonovsky (1997) für den Menschen neutral, schädlich oder förderlich sein. Ist ein Stressor für den Gesundheitsstatus des Menschen förderlich, so stellt er eine generalisierte Widerstandsressource (Generalized Resistance Resources = GRR) dar, wie beispielsweise Geld, Ich-Stärke, kulturelle Stabilität, Frieden oder soziale Unterstützung (ebd.). Die GRR's eines Individuums beschreiben die Fähigkeit mit den Stressoren so zurechtzukommen, dass diese für die eigene Entwicklung förderlich sind. Sie tragen dazu bei Spannungen abzubauen und verhindern damit, dass ein Stressor zu Stress wird. Demgegenüber sind die generalisierten Widerstandsdefizite (Generalized Resistance Deficits = GRD) zu nennen. Hiermit gemeint sind Stressoren, die sich auf den Menschen und seine Entwicklung schädlich auswirken, wie beispielsweise die Abwesenheit der oben genannten GRR's, Krieg, Armut, keine soziale Unterstützung oder instabile Strukturen. Durch solche wird eine positive Überwindung der Stressoren erschwert und damit die Entstehung von Stress wahrscheinlicher macht. Daneben gibt es neutrale Stressoren, welche je nach Person und Bewältigung, als positiv oder negativ empfunden werden können. Bei der Bewältigung von Stressoren durchläuft der Mensch verschiedene Bewertungsstufen, mit welchen versucht wird, die aus dem Stressor hervorgerufene Spannung als gefährlich/harmlos oder wichtig/unwichtig einzustufen (S.16).

Nach einer ersten Bewertung erfolgt laut Antonovsky (1997) entweder die Aktivierung der persönlichen Ressourcen oder eben keiner, falls der Stressor als ungefährlich und nicht wichtig beurteilt wurde. Werden Ressourcen aktiviert, so unterstützen diese den Abbau der Spannung und wirken damit einer Entstehung von Stress entgegen. Sind zu wenige Ressourcen vorhanden oder werden sie nicht aktiviert, wird es nicht gelingen, die Spannung abzubauen. Das Resultat ist Stress. Daraus lässt sich folgern, dass also ein Stressor für die eine Person förderlich (GRR) und für eine andere Person schädlich (GRD) sein kann. Zum Beispiel kann eine Trennung oder Scheidung bei der einen Person neue Lebensenergie freisetzen oder als Befreiung empfunden werden und bei einer anderen Person dramatische Konsequenzen wie soziale Isolation oder psychische Krisen nach sich ziehen. Bei den neutralen Stressoren ist also nicht der Stressor an sich entscheidend, sondern wie dieser bewertet wird und wie der Organismus damit umgeht (S.124ff.).

Die generalisierten Widerstandsressourcen bilden die wichtigsten Determinanten des Kohärenzgefühls, durch welches sich die jeweilige Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bestimmen lässt (Antonovsky, 1997, S.33). Im Folgendem soll nun näher darauf eingegangen werden.

2.4 Das Herzstück: Kohärenzgefühl

Die zentrale Annahme Antonovskys (1997) ist, dass die individuellen generalisierten Widerstandsressourcen einer Person dazu verhelfen, mit den ständigen Stressoren des Lebens umgehen zu können und diesen eine positive Bedeutung beizumessen (S.16). Sie sind die entscheidenden Faktoren in der Entwicklung eines starken Kohärenzgefühls (englisch Sense of Coherence = SOC), welches die entscheidende Determinante darstellt, auf welcher Position man sich auf dem Gesundheit-Krankheits-Kontinuum befindet, beziehungsweise in welche Richtung man sich tendenziell bewegt (S.33).

Das Kohärenzgefühl wird nach Antonovsky (1997) wie folgt definiert:

"Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmass man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

- die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
- 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
- 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement Iohnen." (S.36)

Wie aus der Definition ersichtlich wird, setzt sich das Kohärenzgefühl nach Antonovsky (1997) durch die drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zusammen, auf welche nun näher eingegangen werden soll (S.34).

Die einzelnen Komponenten des Kohärenzgefühls

Die erste Komponente, die *Verstehbarkeit*, definiert Antonovsky (1997) als das Ausmass in dem die Dinge (oder Stimuli) kognitiv als verstehbar, strukturiert, konsistent, geordnet erscheinen und nicht als willkürlich, unerklärlich oder chaotisch (S.34). Er betont hier, dass die Erwünschtheit der Dinge keine Rolle spiele. Das heisst, der Tod einer geliebten Person oder ein Krieg können eintreten ohne gewünscht zu werden, jedoch weiss man sie zu erklären (ebd.).

Die zweite Komponente, die *Handhabbarkeit*, wird von Antonovsky (1997) erklärt als das Ausmass, in dem die Ereignisse im Leben als bewältigbar erlebt werden mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen (S.35). Damit sind sowohl die eigenen Ressourcen wie auch die des Umfeldes gemeint, auf welche eine Person zählen kann. Wenn man also Vertrauen hat, dass diese zur Verfügung stehen, wenn sie gebraucht werden. Beispiele hierfür sind Familie, Freunde, Arbeit oder Religion. Hier führt Antonovsky weiter aus, dass auch traurige und unschöne Ereignisse als handhabbar erlebt werden können, indem die Ereignisse als Herausforderungen empfunden werden, die akzeptiert und angegangen werden können oder mit den daraus folgenden Konsequenzen umgegangen werden kann (ebd.).

Als dritte Komponente führt Antonovsky (1997) die *Bedeutsamkeit* aus, worunter das Ausmass verstanden wird, in dem das Leben als bedeutsam und sinnvoll erscheint. Die Herausforderungen werden als sinnstiftend wahrgenommen, für welche es sich lohnt, Anstrengungen zu investieren (S.35f.) Diese Komponente stellt das emotionale Element dar und hat eine starke motivationale Wirkung (ebd.).

Die Beziehung der Komponenten

Obgleich nach Antonovsky (1997) alle drei Komponenten für ein starkes Kohärenzgefühl wichtig sind, sind sie dennoch nicht gleich zentral (S.37ff.). Die Bedeutsamkeit sei durch ihre motivationale Wirkung am zentralsten, denn ohne sie fehle es an Motivation, überhaupt Anstrengungen zu unternehmen und Ressourcen für die Bewältigung eines Erlebnisses zu aktivieren. An zweiter Stelle nennt er die Verstehbarkeit, da nur durch sie Handhabbarkeit erlebt werden kann. Dies begründet er damit, dass ein Mensch nur diejenigen Dinge bewältigen kann, die er auch versteht. Somit kommt an dritter Stelle die Handhabbarkeit, welche dennoch wichtig ist, denn fehlende Bewältigungsressourcen können wiederum die anderen Komponenten schwächen, wie beispielsweise die Bedeutsamkeit (ebd.).

Die einzelnen Komponenten des Kohärenzgefühls können also unterschiedlich stark ausgeprägt sein und sie beeinflussen sich gegenseitig. Daher sei es nach Antonovsky (1997) auch nicht möglich, die einzelnen Komponenten klar voneinander zu trennen, da sie alle miteinander verwoben sind (S.37f.). Dennoch scheint die Bedeutsamkeit eine besonders wichtige Funktion zu haben, da nach Antonovsky (1997) eine schwache Ausprägung dieser, das Kohärenzgefühl am meisten zu schwächen vermag. Dies sei selbst bei stark ausgeprägter Verstehbarkeit und Handhabbarkeit der Fall, was umgekehrt bei den anderen Komponenten nicht zwingend gelte (Antonovsky, 1997, S.37f.).

Grenzen

Antonovsky (1997) erläutert, dass es nicht notwendig ist, dass ein Mensch alle Lebensbereiche seines Lebens als verstehbar, handhabbar und sinnhaft wahrnimmt (S.39). Es kommt vielmehr darauf an, dass ein Mensch Lebensbereiche hat, die als solche erlebt werden (ebd.). Dabei gibt es vier Lebensbereiche, die aus Antonovskys Sicht eine zentrale Rolle im Leben aller Menschen spielen bei der Ausprägung des Kohärenzgefühls (ebd.):

- 1. Die eigenen Gefühle
- 2. Die unmittelbaren interpersonellen Beziehungen
- Die wichtigste eigene T\u00e4tigkeit (hier ist anzumerken, dass dabei nicht relevant ist, ob die T\u00e4tigkeit mit Freude verbunden ist, sondern dass diese als bedeutungsvoll empfunden wird)
- 4. Existenzielle Fragen, worunter Fragen über den Tod, Scheitern oder Konflikte gemeint sind

Diese vier Bereiche sind nach Antonovsky (1997) so stark mit der eigenen Identität verbunden, dass sich die Wichtigkeit dieser Bereiche nicht leugnen lässt. Wird dies getan, so lässt dies auf eine tiefe Bedeutsamkeit schliessen (S.39).

Weiter führt Antonovsky (1997) aus, dass eine Flexibilität dieser Grenzen ebenfalls zu einem starken Kohärenzgefühl beiträgt, also dass man neue relevante Lebensbereiche erschliessen und andere ausklammern kann (S.40). So gelingt es beispielsweise jemandem mit einem starken Kohärenzgefühl eher, sich nach der Pensionierung neue bedeutsame Lebensbereiche zu erschliessen und beispielsweise einem Verein beizutreten (ebd.).

Starkes und rigides Kohärenzgefühl

In der Ausprägung des Kohärenzgefühls unterscheidet Antonovsky (1997) zwischen einem starken und einem rigiden oder nicht-authentischen Kohärenzgefühl (S.40). Zu dieser Erkenntnis kam er, als bei den Auswertungen der Fragebögen erstaunliche Resultate auftauchten mit sehr hohen Werten in allen erfragten Items. Diese Personen gaben also an, dass sie der Meinung sind, dass beinahe alles im Leben verstehbar, handhabbar und bedeutsam erleben und dass sich für alle Probleme eine passende Lösung finden liesse (S.41). Antonovsky erklärte diese erstaunlichen Resultate damit, dass solche Personen wohl aufgrund eines schwachen Selbst sich an einer vorgegebenen, utopischen Identität festhalten müssen. Sie lassen sich schnell von einer Philosophie oder Überzeugung gewinnen und klammern sich an den scheinbar einfachen Antworten fest, um ihren eigenen Ängsten zu entkommen. Solche Personen verfügen also trotz hoher Werte über ein rigides Kohärenzgefühl. Als typisch für das Erscheinen solcher Muster nennt Antonovsky Gruppierungen mit fest verankerten Strukturen, wie beispielsweise religiöse Gruppierungen (ebd.).

Demgegenüber sind Menschen mit einem straken Selbst nicht von einer spezifischen Identität abhängig, sondern können alternative Identitäten suchen und finden und weisen damit höchstwahrscheinlich ein starkes Kohärenzgefühl auf (Antonovsky, 1997, S.41).

Validität des Kohärenzgefühls

Auf der Basis der Salutogenese wurden weltweit zahlreiche Studien durchgeführt, welche auf die Bedeutung des Kohärenzgefühls schliessen lassen und erstaunliche Auswirkungen aufzeigen. Alexa Franke (1997) führt hierzu eine Reihe von Merkmalen des Kohärenzgefühls auf, welche sich durch Studien als bestätigt erwiesen haben:

- Wie Studien belegt haben, weist der SOC-Fragebogen eine hohe interne Konsistenz auf. Mit der internen Konsistenz lässt sich eine Aussage daüber machen, wie die verschiedenen Items eines Fragebogens miteinander zusammenhängen und lässt auf die Messgenauigkeit eines Fragebogens schliessen.
- Durch Faktorenanalysen, also Untersuchungen welche aus vielen Variablen auf die wichtigsten schliessen wollen, wurde aufgezeigt, dass es sich beim Kohärenzgefühl um ein vorwiegend kognitives Konstrukt handelt.
- Das Kohärenzgefühl korreliert hoch mit der seelischen Gesundheit und weist einige Verknüpfungen mit psychologischen Konzepten wie Selbstwertgefühl, Optimismus, psychische Gesundheit und Kontrollüberzeugung auf. Jedoch ist es nicht identisch mit den anderen Konzepten und stellt ein eigenständiges Konzept dar.
- Das Konzept des Kohärenzgefühls lässt nicht auf ein spezifisches Bewältigungsmuster oder -verhalten schliessen, sondern entspricht eher einem übergeordneten Konzept.
- Studien zeigten hochsignifikante Zusammenhänge auf zwischen dem Kohärenzgefühl und der Anzahl angewandter Bewältigungsstrategien in Situationen, welche geprägt sind durch Ärger, Alleingelassensein oder einem Streit mit dem Partner. (S.172f.)

Lindström und Eriksson (2010) führen weitere Ergebnisse aus der globalen Evidenzgrundlage zusammen, welche das Kohärenzgefühl in Bezug auf die *Gesundheit* und der *Lebensqualität* (Quality of Life) untersuchten.

- "Ein starkes Kohärenzgefühl schützt gegen Angst, Depression, Burnout und Hoffnungslosigkeit/Trostlosigkeit, korreliert stark mit Gesundheitsressourcen wie Optimismus, Widerstandsfähigkeit, Steuerung und Bewältigungsfähigkeiten, prognostiziert gute Gesundheit und Lebensqualität von der Kindheit bis zum Erwachsensein und je stärker das Kohärenzgefühl, desto weniger wahrscheinlich sind Symptome von psychischen Erkrankungen".(Lindström und Eriksson, 2010, S.32/eigene Übersetzung)
- Das Kohärenzgefühl stellt keine Bewältigungsstrategie dar, sondern vielmehr eine Ressource in der Bewältigung von negativen Lebensereignissen wie Zusammenbruch der Familie, ein Opfer sexuellen Missbrauchs sein, unter Mobbing leiden und Zeuge von Gewalt an Schulen zu sein sowie Krieg, welche alle eine Bedrohung des Kohärenzgefühls darstellen. (Lindström und Eriksson, 2010, S.32/eigene Übersetzung)
- Ergebnisse einer fünfjährigen Längsschnittstudie zeigten, dass negative Lebensereignisse, wie sie oben erwähnt wurden, das Kohärenzgefühl schwächen. Je kürzer das negative Lebensereignis zurück lag, desto tiefer war das Kohärenzgefühl." (Lindström und Eriksson, 2010, S.32/eigene Übersetzung)

Weiter führen Lindström und Eriksson (2010) verschiedene erwiesene Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzgefühl und dem *Gesundheitsverhalten* aus. Sie merken dabei an, dass sich Antonovsky selbst nicht mit dem Konzept des Gesundheitsverhaltens befasste, jedoch mit einem damit verwandtes Konzept der Gesundheitsorientierung (healthy orientation), welche als generalisierte Widerstandsressource dient (S.33f.).

- "Je stärker das Kohärenzgefühl, desto stärker ist das Gesundheitsverhalten, was empirisch betrachtet für Antonovskys Konzept der Gesundheitsorientierung spricht. Eine Person mit einem starken Kohärenzgefühl konsumiert demzufolge weniger Alkohol, Tabak und Drogen, bewegt sich mehr, wählt gesündere Lebensmittel, hat ein besseres Zahngesundheitsverhalten und konsumiert weniger Tabletten bei Kopfschmerzen."
 (Lindström und Eriksson, 2010, S.33/eigene Übersetzung)
- "Es leuchtet ein, dass sich ein gutes Gesundheitsverhalten von Eltern auf die Kinder auswirkt, indem beispielsweise auf gesunde Nahrung geachtet wird. Die Erkenntnisse einer Studie bestätigten, dass Kinder von Eltern mit einem schwächeren Kohärenzgefühl ungesündere Essmuster entwickelten." (Lindström und Eriksson, 2010, S.33/eigene Übersetzung)
- "Unabhängig von der sozialen Schicht und dem Bildungsstand gibt es individuelle Unterschiede in Bezug auf einen gesunden Lebensstil, die mit dem Kohärenzgefühl in Verbindung gebracht werden." (Lindström und Eriksson, 2010, S.33/eigene Übersetzung)
- "Es scheint darüberhinaus wichtig zu sein, Faktoren zu identifizieren, die bereits in der frühen Kindheit auf das Gesundheitsverhalten einwirken. Die Ergebnisse einer fünfzehnjährigen Follow-up-Studie von Jugendlichen zeigten, dass destruktives (schädliches) Verhalten im Alter von drei Jahren Aufmerksamkeitsprobleme und weitere Probleme wie Internalisierung/Externalisierung, Zurückgezogenheit, körperliche Beschwerden, Angst, Depression, und sozial delinquentes und aggressives Verhalten im Alter von 12 Jahren; Aufmerksamkeitsprobleme, Angst, Depression und körperliche Beschwerden im Alter von 15 Jahren, und ein schwaches Kohärenzgefühl im Alter von 18 Jahren voraussagen." (Lindström und Eriksson, 2010, S.33/eigene Übersetzung)

Lindström und Eriksson (2010) kommen zum Schluss, dass durch diese Studien deutlich gemacht wurde, wie wichtig die Rolle der Eltern ist und dass diese in die Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen miteinbezogen werden sollten (S.34).

Sie (Lindström und Eriksson, 2010) fassen zusammen, dass Personen mit einem starken Kohärenzgefühl nicht nur länger leben, sich gesünder verhalten (weniger Tabak und Alkohol, mehr Bewegung und gesündere Ernährung), sondern auch Stress und negative Lebensereignisse, sowie akute oder chronische Erkrankungen (gemeint sind hier nicht übertragbare Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Krebs und psychische Erkrankungen) besser bewältigen. Zudem korreliert ein starkes Kohärenzgefühl hoch mit einer guten psychischen Gesundheit, der wahrgenommenen Gesundheit und der Lebensqualität, welche alle in Verbindung mit dem Wohlbefinden stehen (S.34). Sie stellen darüberhinaus fest, dass der SOC-Mittelwert mit dem Alter ansteigt: die höchsten Mittelwerte werden unter der ältesten Bevölkerungsgruppe gefunden (S.36).

Lindström und Eriksson (2010) folgern daraus, dass Personen mit einem starken Kohärenzgefühl weniger lang und weniger häufig das Gesundheitssystem beanspruchen, was zur Folge hat, dass die Ausgaben im Gesundheitswesen sinken (S.37). Dieser positive wirtschaftliche Aspekt wird noch deutlicher, wenn die Arbeitswelt betrachtet wird. Untersuchungen konnten aufzeigen, dass ein starkes Kohärenzgefühl kurz- und langfristigen krankheitsbedingten Absenzen bei der Arbeit entgegenwirkt, dass Personen mit einem starken Kohärenzgefühl nach einem krankheitsbedingten Ausfall schneller wieder zur Arbeit zurückkehren und weniger häufig von einer Invalidenrente betroffen sind. Sie folgern daraus, dass sich salutogenorientierte Denkweisen und Verhalten lohnen, auch aus wirtschaftlicher Sicht (Lindström und Erkisson, 2010, S.37).

2.5 Kritische Betrachtung

Nachdem Antonovsky's Theorie erläutert und die Validität beschrieben wurde, werden nun im folgenden Abschnitt die wesentlichsten Kritikpunkte dargestellt.

Antonovsky (1997) ging davon aus, dass sich das Kohärenzgefühl im frühen Erwachsenenalter mehr oder weniger festlegt und es unwahrscheinlich ist, das Kohärenzgefühl später in radikaler Weise zu verändern. Damit meinte er aber ausschliesslich Personen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl, solche mit einem schwachen Kohärenzgefühl werden ein zusehends schwächeres Kohärenzgefühl erleben (S.114f.). Er erklärt dies damit, dass das Kohärenzgefühl eines Menschen nicht durch eine Begegnung, ein Lebensereignis oder einer Entscheidung an sich verändert werden kann, sondern durch ein neues Muster an Lebenserfahrungen, welche darauf folgen können (S.117). Solche Veränderungen sind nach Antonovsky zwar grundsätzlich möglich, aber selten. Wahrscheinlicher sieht er temporäre Schwankungen um den persönlichen Mittelwert. Eine nachhaltige Veränderung des Kohärenzgefühls kann sich erst dann einstellen, wenn ein langjähriges Muster erworben und gelebt wird. Als Beispiele hierfür nennt Antonovsky eine neue Heirat oder ein neues Land (ebd.).

Franke (1997) führt aus, dass diese Annahme fraglich scheint und von diversen Autoren/Autorinnen und insbesondere von Seiten der Fachleute (z.B. Therapeuten/ Therapeutinnen oder Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen) stark kritisiert wird. Diese nämlich gehen davon aus, dass sich ein erwachsener Mensch noch verändern kann (S.181). Weiter bemerkt sie, dass es noch keine aussagekräftigen Studien gibt, die das Kohärenzgefühl über einen genug grossen Zeitraum untersucht haben und diese Annahme bestätigen würden (ebd.). Lindström und Eriksson (2010) führen aus, dass durch Untersuchungen gezeigt werden konnte, dass das Kohärenzgefühl relativ stabil ist, jedoch nur für Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl. Ansonsten zeigt sich, wie schon erwähnt, dass das Kohärenzgefühl mit dem Alter tendenziell ansteigt (S.46).

In Frage gestellt wird zudem die transkulturelle Anwendbarkeit des Konzeptes, wie sie von Antonovsky (1997) beschrieben wurde. Er beschreibt, dass die Umsetzung des Kohärenzgefühls von den Normen und Werten der Kultur abhängig ist, doch dass innerhalb dieser Grenzen das Kohärenzgefühl massgebend ist (S.138). Er meint also, dass sich das Konzept kulturunabhängig auf jegliche Bevölkerungsgruppen übertragen lässt und dass lediglich die Umsetzung variiert, je nach kultureller Akzeptanz. Franke (1997) stellt zwar fest, dass das Kohärenzgefühl in vielen Ländern untersucht wurde und sich keine signifikanten Unterschiede finden liessen. Jedoch seien diese Länder (Schweden, Deutschland, USA und Schweiz) allesamt geprägt von den ähnlichen Strukturen - die der liberalen, demokratischen und kapitalistischen Gesellschaften. Hierzu seien weitere Untersuchungen notwendig, um dann von einem transkulturellen Konzept sprechen zu können (S.178).

Lindström und Eriksson (2010) erläutern weiter, dass Antonovskys Konzept von diversen Autoren/Autorinnen als schwammig und unklar kritisiert wird (S.45). Das Kohärenzgefühl scheint ein mehrdimensionales Konzept zu sein und weist einige Überlappungen zu anderen Konzepten auf. Zudem sei es nicht klar abgrenzbar und die Autoren erkennen einen Bedarf an Weiterentwicklung des Konzepts, um dessen Strukturen weiter zu verfeinern (ebd.).

Gerade hier sieht Antonovsky (1997) aber auch eine Chance, da er selbst keinen Anspruch auf Vollständigkeit seines Konzeptes hat und zur Weiterentwicklung auffordert (S.11).

3. Was ist Frühe Förderung?

Im folgenden Kapitel soll geklärt werden, was unter dem Begriff Frühe Förderung verstanden wird, welche Zielgruppe mit den Angeboten erreicht werden möchte und was das eigentliche Ziel der Frühen Förderung ist. Weiter soll auf der Grundlage der systemischen Prävention nach Martin Hafen (2013) aufgezeigt werden, dass Frühe Förderung in ihrer Funktion und Methodik der Prävention zugeordnet werden kann und welchen Schwierigkeiten sich die Frühe Förderung zu stellen hat. Abschliessend wird auf die Wirksamkeit der Angebote eingegangen.

3.1 Definition Frühe Förderung

Frühe Förderung ist ein sehr aktuelles Thema. Dies ist nicht zuletzt den wissenschaftlichen Erkenntnissen zu verdanken, welche besagen, dass die frühe Kindheit eine der wichtigsten und prägendsten Phase im Leben eines Menschen ist (Hafen, 2014, S.25ff.). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich eine möglichst positive Gestaltung der Umwelt des Kindes vor und nach der Geburt (das heisst von null bis ca. vier Jahre), positiv auf die psychosoziale Entwicklung eines Kindes auswirkt. Faktoren wie eine fürsorgliche Umgebung, viel Körperkontakt, emotionale Zuwendung, soziale Resonanz, Geborgenheit und Liebe haben einen positiven Effekt auf viele Kompetenzen der Kinder wie zum Beispiel die Stressverarbeitung, die Selbstwirksamkeit, das Vertrauen in sich und die Umwelt, die Verantwortungsübernahme und noch viele mehr (ebd.). Diese Erfahrungen legen den Grundstein für die weitere Entwicklung des Kindes und ist somit höchst relevant für dessen spätere Lebensbewältigung. Gerade deshalb ist es wichtig, dass dieser Abschnitt des Lebens möglichst positiv (Emotionale Zuwendung, Liebe, Geborgenheit, lehrreiche Umgebung, wenig Stress etc.) gestaltet und erlebt wird. Die Frühe Förderung will genau dies mit ihren Massnahmen und Programmen unterstützen.

Es ist hier anzumerken, dass eine grosse Begriffsvielfalt im Kontext der Angebote der Frühen Förderung vorhanden ist (Frühe Hilfen, Frühförderung, Frühe Bildung, Frühe Förderung, Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung). In der folgenden Arbeit soll in Anlehnung an Hafen (2014) und Meier Magistretti und Walter-Laager (in Vorbereitung) der Begriff Frühe Förderung verwendet werden.

Mit dem Begriff Frühe Förderung ist nicht etwa die Einschulung der Kinder mit drei Jahren oder Frühenglisch gemeint – auch geht es nicht nur um Massnahmen für Kinder, bei denen ein Problem in der Entwicklung diagnostiziert wurde. Laut Martin Hafen (2014) geht es um "alle Massnahmen, welche die Kinder und ihre Familien stärken" (S.5).

Also "die Gesamtheit aller formal organisierten und systematischen staatlichen und privaten Massnahmen, die darauf ausgerichtet sind, für die bio- psychosoziale Entwicklung von Kindern bis zum Schuleintritt möglichst optimale Rahmenbedingungen zu gewährleisten – angefangen von der Betreuung während der Schwangerschaft, über Ausrichtung von Kindergeld und Elternschaftsurlaub, bis hin zur ärztlichen Versorgung, Elternbildung und -beratung, Angeboten der Frühförderung und der integrativen Förderung sowie familienergänzenden Betreuungs- und Erziehungsangeboten etc."(Hafen, 2014, S.88)

Im Zentrum aller Massnahmen und Angeboten steht die Gesundheit des Kindes. Da die Eltern gerade in den ersten Lebensjahren eine zentrale Rolle spielen für das Kind - wenn nicht sogar die zentralste Umwelt des Kindes bilden - richten sich die allermeisten Interventionen

an das System Familie. Dabei wird versucht, die Umwelt des Kindes, also die Familie, möglichst positiv zu beeinflussen und unterstützen, damit Probleme gar nicht erst auftreten. Das Ziel dieser Massnahmen ist also die Unterstützung der Eltern in der anspruchsvollen Aufgabe, ihre Kinder auf die Schule und ihr weiteres Leben vorzubereiten. Den Kindern soll dabei vor und nach der Geburt ein möglichst belastungsarmes und anregungsreiches Umfeld geboten werden, um eine gute Ausgangslage für das spätere Leben zu erschaffen. Die sozialen Rahmendbedingungen sollen also optimal gestaltet werden (Hafen, 2014, S.10f.).

Grundsätzlich zählen alle Familien zur Zielgruppe der Frühen Förderung, aber laut Hafen (2014) zielen die Angebote hauptsächlich auf Familien mit einem tiefen sozio-ökonomischen Status (Bildung, Einkommen, Beruf) ab, welche zudem überdurchschnittlich oft einen Migrationshintergrund aufweisen. Weiter stehen auch Familien, bei denen ein Elternteil (oder beide) an einer psychischen Erkrankung leidet, im Zentrum. Diese Familien sind einer grösseren Anzahl von Belastungsfaktoren ausgesetzt (finanzielle Situation, Arbeitsverhältnis, Wohnsituation, Bildungsstand etc.), welche sich auch auf die Entwicklung des Kindes auswirken. Diese Einflussfaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines risikoreichen Verhaltens im späteren Leben der Kinder. Und deshalb besteht aus Sicht der Frühen Förderung ein besonderer Bedarf, diese Familien zu unterstützen (S.20f.).

Welche Besonderheiten sich aus der Zielgruppe Familie für die Interventionen ergeben, wird im Kapitel 3.3 zu den Besonderheiten aus systemischer Sicht noch exakter erläutert.

3.2 Frühe Förderung als Teil der Prävention

Im folgenden Abschnitt geht es darum, die Frühe Förderung als Teil der systemischen Prävention nach Martin Hafen theoretisch zu verorten. Ziel davon ist es, entscheidende Parallelen der beiden Interventionsbereiche Prävention und Frühe Förderung aufzuzeigen. Dafür soll zuerst erläutert werden, was unter Prävention zu verstehen ist, um anschliessend aufzeigen zu können, dass die Frühe Förderung in ihrer Funktion und Methodik gleichzustellen ist. Abschliessend wird die systemische Sichtweise erklärt und die daraus resultierenden Besonderheiten für die Frühe Förderung abgeleitet.

3.2.1 Grundlagen der Prävention

Laut Hafen (2014) hat es die Prävention mit Problemen zu tun, die noch nicht aufgetreten sind, sich in der Zukunft aber sehr wohl manifestieren könnten. Hafen definiert den Begriff der Prävention mit dem Blick darauf, was sie nicht ist. Dabei geht er auf den Begriff der Behandlung ein, die dann ins Spiel kommt, wenn ein Problem bereits vorhanden ist. Wenn es also beispielsweise darum geht, einen kranken, süchtigen oder gewalttätigen Menschen zu behandeln und es für das Zuvorkommen (also die Prävention) bereits zu spät ist (S.13).

"Anders als die Behandlung ist die Prävention demnach nicht darauf ausgerichtet, eine problembelastete Gegenwart so zu beeinflussen, dass sie sich verbessert oder zumindest nicht verschlimmert. Vielmehr hat die Prävention die paradoxe Aufgabe, eine an sich erwünschte Gegenwart (die Probleme bestehen ja noch nicht) so zu verändern, dass sie bleibt, wie sie ist. Sie löst diese Paradoxie dadurch auf, dass sie Faktoren (Belastungs- und Schutzfaktoren) bestimmt, denen ein Einfluss auf das Entstehen des zu verhindernden Problems (z.B. einer Sucht, einer Krankheit oder eines sozialen Phänomens wie Jugendgewalt) zugeschrieben wird. Wenn es gelingt, die Belastungsfaktoren zu reduzieren bzw. die Schutzfaktoren zu stärken, dann reduziert sich die Wahrscheinlichkeit, dass das Problem in Zukunft auftritt." (Hafen, 2014, S.13)

Die Hauptaufgabe der Prävention ist folglich das Stärken von Schutzfaktoren und das Vermindern von Belastungsfaktoren.

Hafen (2013) kommt zum Schluss, dass sich dabei Prävention und Behandlung nicht ausschliessen, sondern wechselseitig bedingen und somit als Kontinuum betrachtet werden können (S.83). Er führt aus, dass jede Behandlung immer auch präventive Aspekte und jede präventive Tätigkeit (durch das Beseitigen von Belastungsfaktoren) behandelnde Aspekte beinhalten (S.85). Ein Arzt, der einem Patienten etwas gegen seinen starken Husten verschreibt, behandelt in erster Linie den Husten. Gleichzeit verhindert er damit aber auch, dass der Husten noch schlimmer wird und sich möglicherweise zu einer Lungenentzündung entwickelt. Es ist eine Frage der Perspektive, ob eine Massnahme der Prävention oder der Behandlung zugeordnet werden kann. Eine klare Trennung ist laut Hafen (2014) nur dann möglich, wenn offen gelegt wird, worauf sich die Massnahmen beziehen (S.14).

Ein weiteres Beispiel soll hier zur Veranschaulichung dienen. Wenn in einer Schulklasse das Thema Mobbing angeschaut wird, weil ein Kind davon betroffen ist, und das Ziel darin besteht, dies zu beenden, wird diese Intervention der Behandlung zugeordnet. Ist es aber so, dass Mobbing thematisiert wird, ohne dass ein Kind Opfer davon ist, mit dem Ziel Mobbing gar nicht erst entstehen zu lassen, wird dies der Prävention zugeordnet.

Wenn nun der Blick auf die Angebote und Massnahmen der Frühen Förderung gelegt wird, so wird nach Hafen (2014) schnell klar, dass auch diese das Ziel haben, potentielle Probleme in der Zukunft zu verhindern, indem Einflussfaktoren bearbeitet werden (S.14). Wenn also im Rahmen eines Elternbildungsangebots die Eltern auf wichtige Themen im jeweiligen Entwicklungsalter ihres Kindes hingewiesen werden, wird damit versucht, die Eltern in ihren Erziehungskompetenzen zu stärken, damit diese ihrem Kind ein für die Entwicklung förderliches Umfeld bieten können (Nahrung, Liebe, Zuwendung, kindesgerechte Einrichtung etc.). Nach Hafen (2014) ist Prävention nicht einfach Prävention, "wenn sie von Präventionsfachleuten ausgeübt wird, sondern immer dann, wenn Fachleute im Rahmen ihrer Arbeit Probleme dadurch verhindern, dass sie Belastungsfaktoren reduzieren und Schutzfaktoren stärken – vielleicht ohne zu wissen oder zu betonen, dass sie exakt dies tun." (S.14f.)

Daraus lässt sich also ableiten, dass die Frühe Förderung in ihrer Funktion mit der Prävention gleichzustellen ist, da auch hier Schutzfaktoren gestärkt und Belastungsfaktoren reduziert werden, die in Zusammenhang mit Problemen stehen, welche die körperliche, psychische und soziale Entwicklung von Kindern beeinflussen. Und auch dabei haben nach Hafen (2014) alle Massnahmen der Frühen Förderung präventive, wie auch behandelnde Aspekte. Behandelnd in dem Sinne, dass durch die Interventionen Belastungsfaktoren verringert werden und somit Folgeproblemen vorgebeugt wird (S.14).

Es ist angebracht hier noch kurz auf die Früherkennung und Frühintervention einzugehen. Früherkennung lässt sich laut Hafen (2014) zwar nicht der Prävention oder Behandlung zuordnen, sondern ist vielmehr eine spezifische Form der Diagnose (S.15). "Sie hat zum Ziel, symptomatische Anzeichen eines Problems möglichst früh zu entdecken, um so die Erfolgswahrscheinlichkeit einer (entsprechend früh einsetzenden) Behandlung zu erhöhen" (Hafen, 2014, S.15). Dabei werden laut Hafen (2014) spezifische Früherkennungsstrukturen in einem sozialen System (Gemeinde, Schule, Organisation) eingerichtet, um die Beobachtung im Hinblick auf entstehende Probleme zu systematisieren. Dies geschieht auf drei Ebenen welche hier kurz skizziert werden sollen (S.15).

In einem ersten Schritt geht es darum die Beobachtungen der Mitglieder des Früherkennungssystems für Anzeichen von Problemen zu sensibilisieren und zu schulen. In einem zweiten Schritt soll ein verbindliches Gefäss zum Austausch der Beobachtungen geschaffen werden. Der letzte Schritt beinhaltet das Koordinieren der Massnahmen zur Behebung eines Problems (Hafen, 2014, S.15f.).

Hafen (2014) merkt an, dass die Früherkennung auch im Bereich der Frühen Förderung eine wichtige Rolle spielt. So sind viele medizinische Untersuchungen darauf ausgerichtet, Probleme beim Fötus oder der Mutter möglichst früh zu erkennen und adäquate Massnahmen einzuleiten. Auch Netzwerke im Bereich des Kinderschutzes sind darauf ausgelegt psychosoziale Probleme (sexueller Missbrauch, häusliche Gewalt, Verwahrlosung) möglichst früh zu erkennen und zu behandeln (S.16).

Nun soll der Blick aber wieder auf die Prävention und Frühe Förderung gelegt werden. Folgend wird erläutert, mit welcher Methodik die Frühen Förderung agiert und ob sie darin vergleichbar mit der Prävention ist.

3.2.2 Individuums- und setting-orientierte Massnahmen

In Anlehnung an Hafen (2014) hat die Prävention zwei Möglichkeiten Probleme und ihre Einflussfaktoren zu bearbeiten. Mit verhältnis- (oder setting-) orientierten Massnahmen und/oder verhaltens- (oder individuums-) orientierten Massnahmen.

Wenn Einflussfaktoren in sozialen Systemen und ihrer relevanten Umwelt (physikalischmateriell) bearbeitet werden (also zum Beispiel das Schaffen einer Zone 30 in einem Quartier), so betont man die Verhältnisprävention. Im Gegensatz dazu wird von Verhaltensprävention gesprochen, wenn sich Massnahmen direkt an eine Personen richten mit dem Ziel, die individuelle Gesundheitskompetenz zu stärken (S.19).

Auch die Frühe Förderung bedient sich beider Ansätze. Hafen (2014) beschreibt, dass es einerseits Massnahmen gibt, welche sich direkt an die Kinder richten und bereits diagnostizierte Probleme behandeln, um Folgeprobleme zu vermeiden. Ein Beispiel dafür ist die Logopädie. Weit häufiger in der Frühen Förderung sind Angebote zu finden, welche sich an die Umwelt, also die Settings richten, in denen die Kinder aufwachsen. Zu denken wären da an Elternberatungs-, -bildungs- und -begleitungs- Angebote, bei denen mit den Eltern zwar individuums-orientiert gearbeitet, bei einer erfolgreichen Intervention aber die relevante Umwelt des Kindes positiv beeinflusst wird (S.19).

3.2.3 Zielgruppenaspekte

Alle Massnahmen der Prävention, sowie auch der Frühen Förderung haben zum Ziel Individuen und soziale Systeme zu erreichen. Dazu schreibt Hafen (2014) sei es unumgänglich, dass die Zielsysteme adressabel sind, um diese überhaupt erreichen zu können. Er nennt dies "soziale Adresse" und mein damit die Erwartungen, welche einer Person gegenüber gestellt werden und sich je nach Kontext verändern (S.20). Bei einer Tabakprävention ist das Rauchverhalten einer Person von grosser Bedeutung, während es bei der Prävention von Gewalt eher sekundär ist. Die soziale Adresse einer Person sei geprägt durch das Geschlecht (sex und gender), den Bildungsstand, die Herkunft, die Hautfarbe, die ethnische Zugehörigkeit, den Beruf, das Alter und vieles mehr. Diese Aspekte lenken die Erwartungen und unterstützen die Fachleute dabei, die Massnahmen den Zielpersonen anzupassen (Hafen, 2013, S.61). Weiter erklärt Hafen (2014), dass es deshalb für die Prävention und somit auch für alle Massnahmen der Frühen Förderung von grosser Wichtigkeit ist möglichst viel über die Zielpersonen zu erfahren, weil damit die Wahrscheinlichkeit der Wirksamkeit der Interventionen steigt (S.20). Das Problem bei der Sozialen Adresse in der Prävention sei jedoch, dass diese

nicht genügend informativ sei. Es handle sich ja um zu verhindernde Probleme in der Zukunft und nicht um bereits diagnostizierte Schwierigkeiten. Deshalb müsse sich die Prävention auf statistische Angaben verlassen, um problemrelevante Informationen zu den Zielpersonen zu erhalten. Das Definieren von Risikogruppen ist eine mögliche Lösung dazu. Also Gruppen, bei denen statistisch gesehen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Problems besteht, da sie einen oder mehrere Belastungsfaktoren aufweisen (Hafen, 2014, S.20). Auch die Frühe Förderung legt nach Hafen ihren Fokus auf Risikogruppen und wie bei der Prävention stehen dabei sozial benachteiligte Familien und ihre Kinder im Fokus. Und immer mehr werde diese Risikogruppe durch Familien mit einem Migrationshintergrund erweitert (ebd.).

Wie in der Prävention stellt sich laut Hafen (2014) in der Frühen Förderung das Problem, dass, bildungsfernere und einkommensschwache Bevölkerungsschichten mit einem hohen Anteil an Eltern mit Migrationshintergrund durch Elternbildungs- und anderen Angebote nicht einfach zu erreichen sind. Und genau für diese Zielgruppen verspricht man sich den grössten Nutzen, da diese im Hinblick auf die psychosoziale Entwicklung des Kindes eine Risikogruppe darstellen (S.40). Der Frage, wie solche Familien besser erreicht werden können, wird in der genannten Forschungsarbeit nachgegangen.

3.3 Besonderheiten der Frühen Förderung aus systemischer Sicht

Bevor hier die Besonderheiten der Frühen Förderung aus systemischer Sicht erläutert werden können, ist es wichtig, die systemische Sichtweise kurz zu erläutern. Diese wird den konstruktivistischen Theorien zugeordnet, welche besagen, dass jeder Mensch seine eigene Wirklichkeit konstruiert und die Realität als solche nicht existiert (Hafen, 2013, S.13).

Martin Hafen (2013) hat seine Theorie der systemischen Prävention auf der Systemtheorie nach Niklas Luhmann aufgebaut (S.8). Hafen (2013) erläutert, dass aus systemtheoretischer Sicht jede Person, jede Organisation, jede Familie, jede Peergroup, jede Präventionsfachstelle etc. ein autopoietisches System darstellt. Dies bedeute, dass sich das System laufend selbst (re-)produziert und seine Grenzen zur Umwelt durch die Verkettung von systemspezifischen Operationen zieht. Eine Familie entscheidet sich beispielsweise, im Hinblick auf ihr finanzielles Wohl, ihr Kind in die Kita zu schicken, damit die Mutter wieder arbeiten gehen kann. Dieser Entscheidung folgen weitere Entscheidungen. Und somit unterscheidet sie die Familie von anderen Systemen in ihrer Umwelt. Andere Familien treffen andere Entscheidungen und ziehen damit ihre Grenzen zur Umwelt in anderer Weise (S.19).

Eine weitere Eigenheit von Systemen ist laut Hafen (2013) die operative Geschlossenheit, welche besagt, "dass kein System ausserhalb seiner Grenzen operieren kann und auch ein "Hineinoperieren" in ein System unmöglich ist" (S.21). Informationen können also nicht über Systemgrenzen hinweg übertragen werden, da sie systemintern generiert werden (S.22). So können Ernährungstipps von einer Fachfrau der Mütter-Väterberatung bei der einen Mutter Verhaltensveränderungen nach sich ziehen und bei der anderen Mutter nicht. Dies steht nach Hafen (2013) in engem Zusammenhang damit, wie Systeme lernen. Die unterschiedlichen Reaktionen der Mütter haben mit den unterschiedlichen Strukturen zu tun, welche sie mitbringen. Hafen erklärt in Anlehnung an Luhmann Strukturen als Möglichkeitsspielräume (S.22). Also die Voraussetzungen oder - um es in Hafens Worte zu sagen - die Möglichkeiten eines Systems, auf Anforderungen der Umwelt zu reagieren. Dabei baut jede neue Struktur auf den bereits vorhandenen Strukturen auf, verändert und erweitert diese und auch die bereits vorhandenen Möglichkeiten (Hafen, 2014, S.26). Das bilden von neuen Möglichkeitsspielräumen durch das Erweitern der bereits bestehenden Strukturen durch neue, wird als Lernen verstanden (ebd.). Um am Beispiel von oben anzuknüpfen heisst dies, dass die Fach-

frau der Mütter-Väterberatung eine relevante Umwelt der Mütter darstellt und mit ihren Ernährungstipps die Mütter zu Anpassungs- bzw. Lernprozesse zu motivieren versucht. Ob dies geschieht oder nicht, entscheidet die Mutter selbst, da sie, wie bereits erwähnt, ein autpoietisches System darstellt und somit selbstorganisiert handelt.

Wie weiter oben erwähnt, steht im Zentrum der Angebote der Frühen Förderung die Familie. Wenn diese Zielgruppe mit einem systemischen Blick betrachtet wird, ergeben sich daraus einige Besonderheiten, welche hier nun näher betrachtet werden sollen.

Aus systemischer Sicht ist jedes System operativ geschlossen, was nach Hafen (2014) heisst, dass Informationen nicht über die Systemgrenze hinweg befördert werden können und nur systemintern generiert werden können. Weiter bestimmt das System Familie selbst, welche Informationen es aus seiner relevanten Umwelt als Anlass für Anpassungs- und Lernprozesse nimmt. Eine sozialpädagogische Familienbegleitung beispielsweise wird nicht Teil des Systems Familie sein und somit kann man nie genau wissen, wie die Familie auf die Beratung, Tipps und Ratschläge reagiert. Es wird sich erst mit der Zeit zeigen, ob durch die Intervention Lernprozesse in Gang gesetzt wurden oder nicht (S.21). Nach Hafen können Interventionen also immer nur als Interventionsversuche verstanden werden (ebd.).

Weiter merkt Hafen (2014) an, dass die moderne westliche Familie auf dem Konzept der romantischen Liebe aufbaut. Dies habe sowohl positive wie auch negative Konsequenzen. Positiv in dem Sinne, dass die Kinder mehr Liebe und Geborgenheit (emotionale Zuwendung) erfahren und negativ da die Familie dadurch "doppelt geschlossen" sei. Schwindet mit den Jahren die Liebe und machen sich stattdessen Probleme im Leben der Familie breit, so sind diese von aussen schwierig aufzudecken. In der Schweiz ist das Bild der romantischen Familie sehr stark vertreten und die Tatsache, dass das Familienleben Privatsache ist und sich der Staat nicht einzumischen hat, braucht es oft sehr lange, bis Probleme nach aussen dringen. Für die Prävention wie auch die Frühen Förderung macht es dieser Umstand noch schwieriger, Familien gezielt zu unterstützen und damit Probleme zu verhindern (S.39). Was die systemische Sichtweise für die Praxis bedeutet, wird im Kapitel 6 erläutert.

Es hat sich also bis hierhin gezeigt, dass die Frühe Förderung mit den gleichen Herausforderungen konfrontiert ist wie die Prävention. Die operative Geschlossenheit von Systemen und die schwierig beeinflussbare Zielgruppe "Familie" macht die Verwirklichung der Ziele der Frühen Förderung nicht leicht. Und es könnte sich hier die Frage stellen, ob Angebote der Frühen Förderung überhaupt etwas bewirken können?

Dies soll nun im folgenden Kapitel aufgezeigt werden.

3.4 Wirksamkeit

Folgend sollen nun in Anlehnung an Hafen (2014, S.51ff.) einige wichtige Erkenntnisse zur Wirksamkeit der Frühen Förderung dargestellt werden. Dazu zeigt er als erstes die wichtigsten Erkenntnisse aus drei US-amerikanischen Modell-Programmen auf: das "Perry Preschool experiment", das "Chicago Child-Parent Center and expansion program" und das "Abecedarian Project". Ziel von Hafen war nicht eine "sorgfältige wissenschaftliche Analyse, sondern eine Übersicht über die wachsenden Erkenntnisse aus der Forschung" (Hafen, 2014, S.59).

Perry Preschool experiment

Laut Hafen (2014, S.52ff) richtete sich das Perry Preschool – Programm an 64 zufällig ausgewählte Kinder mit schwarzer Hautfarbe, welche aus sozio-ökonomisch-benachteiligten Familien stammten. Durch das intensive Vorschulprogramm über zwei Jahre hinweg für Kinder

von durchschnittlich 3,5 Jahren, konnten positive Effekte auf den Intelligenzquotienten (IQ) nachgewiesen werden. Auch der spezifische Bedarf an Förderung während der Schulzeit und die Wiederholung einer Schulstufe wurde gegenüber der Kontrollgruppe reduziert. Die teilnehmenden Kinder hatten bessere Chancen, einen Highschool-Abschluss zu machen und konsumierten weniger Schlaf- und Beruhigungsmittel. Im Hinblick auf die männlichen Teilnehmenden konnte eine Verringerung der Verbrecherrate festgestellt werden und bei den weiblichen eine geringere Zahl an Teenagerschwangerschaften (Hafen, 2014, S.52ff.).

Abecedarian Project

Nach Hafen (2014) war hier die Zielgruppe definiert durch Kinder mit schwarzer Hautfarbe, die gemäss einem standardisierten Index hohe entwicklungsbezogene Risiken aufweisen. Die pädagogische Begleitung in diesem Programm war intensiver als beim Perry Preschool-Programm, setzte bereits im Alter von 4,4 Monaten an und wurde beim Eintritt in den Kindergarten durch eine frühschulische Unterstützung abgelöst, die bis zum Alter von 8 Jahren angeboten wurde. Auch hier konnten positive Effekte auf den IQ nachgewiesen werden, die Reduktion von spezifischer Förderung während der Schulzeit und die geringere Anzahl an Wiederholungen einer Schulstufe. Hervorzuheben sind hier die höchst positiven Effekte auf die Aufnahme an ein College oder eine Universität und auf die Reduktion von Teenagerschwangerschaften (S.52ff.).

Chicago Child-Parent Center and expansion program

Hafen (2014) erläutert, dass sich im Gegensatz zu den beiden anderen vorgestellten Programmen das Chicago Child-Parent Center and expansion program an alle Kinder in bestimmten Schulbereichen richtete. Neben einem intensiven Vorschulprogramm für drei- und vierjährige Kinder wurden auch kostenfreie Mahlzeiten sowie gesundheitliche und soziale Unterstützung und ein 6-wöchiges Sommerprogramm angeboten. Kinder, welche an diesem Programm teilgenommen haben, zeigten mit 26 Jahren weniger depressive Symptome, konsumierten weniger Tabak und psychoaktive Substanzen und die Zahl der Verhaftungen war geringer. Wie bei den oben erwähnten Programmen haben diese Kinder weniger Schulstufen wiederholt und die Zahl der Schulabbrecher/innen wurde reduziert. Auch konnte ein positiver Effekt auf die Aufnahme an ein College oder eine Universität nachgewiesen werden (S.53ff.).

Hafen (2014) merkt an, dass die Ergebnisse der drei Programme weitgehend übereinstimmen und die Massnahmen durchgehend den Schulerfolg fördern und somit die Chancen für den Einstieg im Arbeitsmarkt erhöhen. Auch würden die Programme erfolgreich zur Verringerung von Straffälligkeit beitragen (S.56).

Weiter merkt er an, dass nicht vorausgesetzt werden kann, dass sich die Ergebnisse der oben vorgestellten Programme einfach auf mitteleuropäische Kontexte übertragen lassen, da sich diese mehrheitlich an Familien mit afroamerikanischem Hintergrund richteten und die Verhältnisse in US-amerikanischen Städten sich in vielerlei Hinsicht von denen in Europa unterscheiden (Hafen, 2014, S.57).

Deshalb lohnt es sich nun einen Blick auf die Forschungsergebnisse in Europa zu werfen.

Die Ergebnisse einer Meta-Analyse zeigen nach Hafen (2014) auf, dass die untersuchten Programme der Frühen Förderung die stärksten Effekte auf die kognitiven Fähigkeiten haben, sowie aber auch messbare Effekte auf den Schulverlauf und auf die Sozialkompetenzen (S.60). Zu ähnlichen Ergebnissen, so Hafen (2014, S.60), kam eine weitere Meta-Analyse, in

welcher die grössten Effekte auf die Erziehungskompetenzen der Eltern nachgewiesen wurden. Auch die Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit und die Reduktion von Devianz und Kriminalität konnte aufgezeigt werden. Am wenigsten stark, aber trotzdem noch messbar konnten Effekte auf die soziale Teilhabe und die sozio-emotionale Entwicklung der Personen festgestellt werden (Hafen, 2014, S.60).

Weiter erläutert Hafen (2014) die Erkenntnisse in der die vier gesundheitsrelevanten Risiko-faktoren "Passivrauchen", "Übergewicht", "psychische Krankheiten" und "unbeabsichtigte Verletzungen" untersucht wurden. Dabei zeigte sich, dass bei allen vier Faktoren die Kinder und ihre Familien, welche gefördert wurden, besser abschnitten als jene der Kontrollgruppe, wobei die Effekte bei der Reduktion von unbeabsichtigten Verletzungen und Passivrauchen am deutlichsten waren (S.59).

Hafen (2014) schreibt, dass Studien bestätigt haben, dass eine systematische familienergänzende Kinderbetreuung zur Verringerung sozialer Ungleichheit beiträgt. Die positiven Effekte bei Kindern aus sozio-ökonomisch-benachteiligten Familien sind stärker ausgeprägt. Weiter werde die These bestätigt, dass je früher die Massnahmen einsetzten, die positiven Effekte bei allen Kindern umso stärker sind (S.58).

Hafen (2014) erläutert die wichtigsten Interventionsbereiche, auf welche Massnahmen der Frühen Förderung ausgerichtet sein sollten:

- Befähigung des Kindes in den einzelnen Entwicklungsdimensionen
- Stärkung der Fähigkeiten der engsten Bezugspersonen im Hinblick auf die Förderung ihrer Kinder (anregungsreiche Umgebung schaffen, das Kind anleiten, eine positive Haltung gegenüber dem Kind aufbauen etc.);
- Förderung von Umweltfaktoren, welche die finanzielle Sicherheit, das Wohlbefinden und die Kenntnisse der Eltern verbessern
- Sowie die Sicherung des Zugang zu schwierig erreichbaren Zielgruppen (S.61)

Hafen schreibt, dass auch hierzu die Schlussfolgerung klar sei:

"Durch eine qualitativ hochstehende Frühe Förderung werden eine Reihe von Schutzfaktoren gestärkt und Risikofaktoren verringert, was einen günstigen Einfluss auf die körperliche und die psycho-soziale Entwicklung eines Kindes hat und die Ungleichheit in Hinblick auf Gesundheits- und sonstige Lebenschancen nachhaltig verringert. Im Fokus dieser Massnahmen steht die ganze Bandbreite der kindlichen Entwicklung: die kognitive, die kommunikative, die sprachliche, die soziale, die emotionale und die körperliche. In all diesen Dimensionen ergeben sich bei Kindern aus sozio-ökonomisch benachteiligten Familien Defizite im Vergleich zu Kindern aus nicht benachteiligten Familien, wenn sie in den ersten Lebensjahren nicht spezifisch gefördert werden." (Hafen, 2014, S.61)

4. Zusammenhang Kohärenzgefühl und Frühe Förderung

Im folgenden Kapitel soll nun geklärt werden wie die beiden oben beschriebenen Theorien zusammenhängen und welche Schlussfolgerungen sich daraus für diese Forschungsarbeit ableiten lassen. Dazu werden in einem ersten Schritt die Gemeinsamkeiten aufgezeigt, um in einem weiteren Schritt herauszuarbeiten, wie sich diese beiden Theorien gegenseitig beeinflussen können und warum das Kohärenzgefühl in der Frühen Förderung relevant ist. Daraus soll sich abschliessend die Forschungsfrage dieser Arbeit ableiten lassen.

Wie im Kapitel 3.2 beschrieben wurde, bearbeitet die Frühe Förderung als Teil der Prävention auch Einflussfaktoren, in dem sie Schutzfaktoren stärkt und Belastungsfaktoren verringert, mit dem Ziel, potentielle Probleme in der Zukunft zu verhindern. Man könnte also im Sinn von Antonovsky's Theorie der Salutogenese auch sagen, dass die Prävention und somit auch die Frühe Förderung bestrebt ist, Menschen (oder hier die Familie und das Kind) gesund zu erhalten, indem sie Widerstandsressourcen zu stärken und Widerstandsdefizite zu verringern versucht. Das Kernkonzept der Salutogenese ist das Kohärenzgefühl und wird von Antonovsky als der entschiedene Determinant für eine positive Stressoren-Verarbeitung bezeichnet. Dieser vermag den Menschen auf dem Gesundheit-Krankheit-Kontinuum in Richtung Gesundheit bewegen. Aus der Sicht der Frühen Förderung kann also das Kohärenzgefühl als ein wichtiger Schutzfaktor bezeichnet werden.

Es stellt sich bei beiden Theorien die Grundfrage, was genau es ausmacht, dass Menschen sich gesund entwickeln können oder gesund bleiben. Dazu braucht es bei beiden Theorien eine Analyse der Einflussfaktoren im Bezug auf ein zu verhinderndes Problem (Krankheit/ungesunde Entwicklung). Dann können Massnahmen abgeleitet werden, um eine gesunde Entwicklung zu fördern oder sich auf den Kontinuum in Richtung Gesundheit zu bewegen. Dabei können die Einflussfaktoren körperlicher, psychischer, sozialer oder physikalisch-materieller Natur sein (Hafen, 2013, S.128f.). Monika Köppel (2010) bemerkt weiter, dass beide Theorien den Menschen ganzheitlich betrachten und somit als holistisch bezeichnet werden können (S.19). Bei der Faktorenanalyse wird sowohl in der Frühen Förderung wie auch aus der salutogenetischen Sichtweise der Fokus nicht nur auf das Individuum gelegt, sondern auch die relevante Umwelt miteinbezogen. Wie im Kapitel 2.2 erläutert, beschreibt Antonovsky in seiner Fluss-Metapher, dass das Leben eines Menschen stets von Umwelteinflüssen mitbestimmt wird. So können beispielsweise starke Strömungen oder eine Gabelung im Fluss Herausforderungen oder schwierige Entscheidungen versinnbildlichen. Auch in der Frühen Förderung wird die Umwelt des Kindes als wichtiger Faktor für dessen Entwicklung betrachtet. Hierbei ist die Familie die zentrale Umwelt, wobei aber auch die strukturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen einen Menschen beeinflussen (Politik, Wirtschaft, öffentlicher Raum, Normen, Werte etc.). Daraus lässt sich ableiten, dass sowohl in der Salutogenese wie auch in der Frühen Förderung versucht wird, die relevante Umwelt eines Individuums möglichst positiv zu beeinflussen.

Hafen wie auch Antonovsky benützen zur Veranschaulichung ihrer Sichtweisen von Prävention und Behandlung beziehungsweise Gesundheit Krankheit ein Kontinuum. Hiermit wird deutlich gemacht, dass beide prozessorientiert argumentieren. Weiter gehen sie davon aus, dass sich Prävention/Behandlung und Gesundheit/Krankheit nicht gegenseitig ausschliessen, sondern sich gegenseitig bedingen.

Es lassen sich einige gemeinsame Prinzipien und Methoden erkennen, die sowohl in der Salutogenese wie auch in der Frühen Förderung angewendet werden. Köppel (2010) führt aus, dass das salutogenetische Modell auf einem multidisziplinären Ansatz beruht, da sich unter der Salutogenese verschiedene Theorien vereinen lassen (S.26). Auch die Frühe Förderung zieht verschiedene Disziplinen und Theorien bei, was einen differenzierten Betrachtungswinkel und damit eine bedarfsgerechte und individuums-/klientenzentrierte Ausgestaltung der Massnahmen ermöglicht. Die systemische Denkweise (vgl. Kapitel 3.3) lässt sich sowohl in der Frühen Förderung wie auch in der Salutogenese wiederfinden. Beide berücksichtigen die Tatsache, dass Systeme (Individuum, Gruppen, Familien etc.) nur bedingt von aussen beeinflusst werden können, da sie wie oben bereits beschrieben wurde, operativ geschlossen sind und somit Lernprozesse/Verhaltensänderungen nur vom System selbst in Gang gesetzt werden können. Durch eine partizipative Ausgestaltung der Interventionen wird versucht, der Geschlossenheit der Systeme entgegenzuwirken. Das Ziel dabei ist, dass die Klientel eine langfristige Adaption von Verhaltensweisen erlangen im Sinne der "Hilfe zur Selbsthilfe" (oder Empowerment). Dabei haben diejenigen Interventionen die grössere Wahrscheinlichkeit, langfristig wirksam zu sein, die mit Massnahmen sowohl mit dem Individuum als auch mit dem Umfeld arbeiten.

Im folgenden Abschnitt soll nun dargestellt werden, was aus Antonovskys Sicht in der frühen Kindheit wichtig ist, damit das Kind seine Welt als verstehbar, handhabbar und bedeutsam erlebt (1997, S.95ff.). Hier lassen sich weitere Gemeinsamkeiten zur Frühen Förderung erkennen. Antonovsky stellt fest, dass die einzelnen Komponenten des Kohärenzgefühls nicht einfach gegeben sind, sondern aufgrund von Erfahrungen ausgebildet werden (ebd.). In der Kindheit wird hier der erste Grundstein gelegt für die weitere Entwicklung des Kohärenzgefühls. Deshalb ist es im Sinne der Salutogenese wie auch der Frühen Förderung wichtig, die frühe Kindheit möglichst positiv zu gestalten.

Antonovsky (1997) erläutert, dass die erste Komponente des Kohärenzgefühls, die Verstehbarkeit, primär aus Erfahrungen der Konsistenz und Stabilität gebildet wird (S.95). Durch eine tiefe Bindung zur Mutter (oder einer anderen Bezugsperson) kann das Kind die Welt als konsistent erfahren und so ein Vertrauen in sich und die Umwelt aufbauen. Dabei kann die Bindung als ein natürliches Bedürfnis nach Stabilität gesehen werden, welche durch stabile und konsistente Erfahrungen aufgebaut wird. Er führt weiter an, dass das Kind nicht überoder unterfordert werden darf und somit eine Belastungsbalance erfahren kann. Weiter sind Erfahrungen der Partizipation, also der Teilnahme an Entscheidungsprozessen innerhalb des Familiensystems zentral. Durch die Erfahrungen von Konsistenz, Stabilität und Partizipation können also die Stimuli, die das Kind von innen und aussen erlebt, vertraut gemacht werden. So wird der erste Eindruck der Welt allmählich verstehbar (ebd.). Antonovsky (1997) führt aus, dass das Kind durch konsistente Reaktionen der Bezugsperson(en) Stabilität erfährt (S.97). Sind diese Antworten den Bedürfnissen des Kindes angepasst, so ermöglichen sie bereits in der frühsten Kindheit Erfahrungen der Bedeutsamkeit, der zweiten Komponente des Kohärenzgefühls. Neben den elementaren Bedürfnissen (Nahrung, Schutz etc.) sind Elemente wie das Spiel, Berührungen, Zuwendung wichtig, welche alle eine Botschaft haben: "du bist uns wichtig". Die Bedeutsamkeit wird also durch Erfahrungen der Teilnahme mit der Botschaft der Anerkennung und Liebe gebildet (ebd.)

Das dritte Element, die Handhabbarkeit, wird nach Antonovsky (1997) vor allem durch Erfahrungen einer Belastungsbalance ausgebildet (S.97). Dadurch, dass das Kind nach und nach in der Lage ist, sich selbst fortzubewegen und zu wählen, sind Regeln wie auch Herausforde-

rungen für das Kind wichtig. Diese sollen vernünftig und dem Kind angepasst sein, es also nicht über- oder unterfordern. Das Kind erlernt neues Wissen, Fertigkeiten, Verhaltensweisen, Einstellungen und Werte, wodurch es allmählich eine soziale Identität ausbildet und so seinen eigenen Platz in der Welt erfährt. Weiter führt er an, dass die Eltern mit ausbalancierten Reaktionen (Ignorieren, Ablehnen, Lenken und Ermuntern/Bestätigen) vermeiden können, das Kind zu über- oder unterfordern und es dadurch Handhabbarkeit erleben kann (Antonovsky, 1997, S.97).

Antonovsky (1997) stellt abschliessend fest, dass Eltern mit einem starken Kohärenzgefühl die Umwelt des Kindes eher so gestalten, dass es Lernerfahrungen machen kann, welche geprägt sind von Flexibilität, Alternativen, Selbststeuerung, Bedeutsamkeit, Konsistenz, Wahlmöglichkeiten und das Erleben, dass Probleme lösbar sind. Dadurch ist es wahrscheinlicher, dass sich das Kind ebenfalls in Richtung eines starken Kohärenzgefühls bewegen wird (S.99). Hier wird also der Grundstein gelegt, ob sich das Kind im späteren Leben in Richtung eines starken oder schwachen Kohärenzgefühls bewegen wird.

Dadurch wird deutlich gemacht, wie wichtig aus Antonovsky Sicht die Eltern und ihr Umgang mit dem Kind für dessen weitere Entwicklung sind. Dem schliesst sich Hafen (2014) wie oben bereits beschrieben wurde, an und weist Erkenntnisse aus der Forschung auf, die für die Entwicklung des Kindes von Bedeutung sind, wie beispielsweise das Vermeiden von Überoder Unterforderung, eine feste Bindung, stressfreie Umgebung, etc. (S.25ff.).

Zusammengefasst steht im Zentrum aller Massnahmen der Frühen Förderung die Gesundheit beziehungsweise die gesunde Entwicklung des Kindes. Dabei stellt die Familie die relevante Umwelt des Kindes dar. Die Massnahmen der Frühen Förderung richten sich grösstenteils an das Kind und die Familie.

Zentral dabei ist die Frage, wie sich Familien, bei welchen ein hoher Unterstützungsbedarf vermutet wird, erkennen und umfassend erreichen lassen. Hier kommt nun das Kohärenzgefühl ins Spiel.

Mit dem Kohärenzgefühl lässt sich eine Aussage über das gesundheitliche Verhalten einer Person machen. Je stärker dieses ausgebildet ist, desto gesünder verhält sich eine Person tendenziell in ihrem Leben. Wie im oberen Abschnitt erläutert wurde, geht Antonovsky (1997) davon aus, dass das Kohärenzgefühl der Eltern die Entwicklung des Kindes beeinflusst (S.99).

Somit könnte das Kohärenzgefühl (neben anderen Faktoren wie beispielsweise der sozioökonomische Status) einen Hinweis dafür liefern, mit welcher Qualität die Eltern das Umfeld
eines Kindes gestalten. Also, inwiefern die Eltern das Kind in seiner Entwicklung fördern und
unterstützen, sowie eine kindesgerechte Umwelt bieten können. Nach Antonovsky (1997,
S.99) gelingt dies Eltern mit einem starken Kohärenzgefühl tendenziell besser, als Eltern mit
einem schwachen. Letztere Familien wären somit im Sinne der Frühen Förderung die zentrale Zielgruppe, da dort ein höherer Bedarf abgeleitet werden kann und somit ein grösserer
Nutzen vermutet wird.

Geht man davon aus, dass das Kohärenzgefühl der Eltern als Kriterium einer Zielgruppe der Frühen Förderung gilt, könnte man folgende Hypothesen ableiten:

- 1. Familien bei denen die Mutter ein starkes Kohärenzgefühl hat, nutzen durchschnittlich weniger Angebote der Frühen Förderung, da sie über mehr Ressourcen (persönlich, sozial, materiell) verfügen und somit weniger Unterstützungsbedarf haben.
- 2. Familien bei denen die Mutter ein starkes Kohärenzgefühl hat, nutzen durchschnittlich mehr Angebote der Frühen Förderung, weil sie über mehr Ressourcen verfügen, um die Angebote zu erschliessen (mehr Freizeit, Geld, Informationen, bessere Sprachkenntnisse \rightarrow mehr Handlungsspielraum).
- 3. Familien bei denen die Mutter ein schwaches Kohärenzgefühl hat, nutzen durchschnittlich weniger Angebote der Frühen Förderung, da sie weniger Ressourcen zur Verfügung haben, sich diese zu erschliessen (weniger Freizeit, Geld, Informationen, schlechtere Sprachkenntnisse → weniger Handlungsspielraum).

Die vierte Möglichkeit, dass Eltern mit einem schwachen Kohärenzgefühl durchschnittlich mehr Angebote der Frühen Förderung nutzen, da sie über weniger Ressourcen verfügen und damit einen höheren Unterstützungsbedarf haben, kann aus Sicht der Autorinnen ausgeschlossen werden. Alleine die Tatsache, dass eine Familie mehr Unterstützungsbedarf aufweist, lässt noch nicht darauf schliessen, dass sie die gewünschte Unterstützung auch einfordern kann oder will (siehe auch Hypothese 3).

Daraus lässt sich ableiten, dass Familien mit einem schwachen Kohärenzgefühl wahrscheinlich zu einer Zielgruppe der Frühen Förderung gehören, die schwierig anzusprechen ist. Auf dieser Annahme aufbauend leitet sich die Forschungsfrage dieser Arbeit ab, die im folgenden Kapitel angegangen werden soll.

5. Forschung

Im folgenden Kapitel soll die Frage beantwortet werden, wie sich ein schwaches Kohärenzgefühl eines Elternteils auf die Nutzung von Angeboten in der Frühen Förderung auswirkt. Zudem sollen Grundlagen ausgearbeitet werden, aus welchen Schlussfolgerungen für die Erreichbarkeit für Familien abgeleitet werden können. Als erstes wird das Forschungsdesign der AFFiS-Studie von Meier Magistretti und Walter-Laager (in Vorbereitung) skizziert, um anschliessend auf die Methodologie dieser Forschungsarbeit eingehen zu können. Dabei werden die Datenerhebung, Datenaufbereitung und Datenauswertung beschrieben, anschliessend die Forschungsergebnisse dargestellt, um mit der Diskussion abzuschliessen.

5.1 Methodenbeschrieb

Die Studie von Meier Magistretti und Walter-Laager (in Vorbereitung) wurde initiiert zur Erfassung der Struktur, Nutzung und Wirkung von Angeboten der Frühen Förderung in verschiedenen Deutschschweizer Gemeinden.

Die zentrale Fragestellung lautet:

Wie kann die Familie und damit die kindliche Entwicklung in den ersten Lebensjahren durch städtische Angebote positiv unterstützt werden?

Dabei handelt es sich um eine Kohorten-Studie mit einer Gesamtstichprobe von rund 400 Familien, wovon die Hälfte sozial benachteiligte Familien sind. Die Familien aus unterschiedlichen Lebenslagen wurden durch die Gemeinde selbst angeschrieben oder durch die Sozialen Dienste auf die Studie aufmerksam gemacht. Die Familien lassen sich in zwei Kohortengruppen aufteilen: Die Kohorte 1 "Kleinstkinder" setzt sich aus Familien mit Neugeborenen im Alter von vier bis zehn Monaten zusammen. Die Kohorte 2 "Vorschulkinder" umfasst Familien mit Kindern im Alter von 2.5 bis 3 Jahren. Dabei werden die Familien jeweils zweimal, in Abstand von ungefähr 1.5 Jahren, befragt.

Dazu wurde ein Fragebogen konzipiert, der es ermöglicht, quantitative wie auch qualitative Daten zu erfassen. Der Hauptteil des Fragebogens wurde den jeweiligen Angeboten der Gemeinde gewidmet und erfragt, ob die Angebote bekannt sind, ob und wie sie genutzt wurden und welchen subjektiven Nutzen die Familien aus den Angeboten ziehen. Falls diese nicht genutzt wurden, sind zudem die Gründe für die Nicht-Nutzung quantitativ sowie qualitativ erhoben worden.

Zusätzlich wurde die familiäre Situation erfasst durch Fragen zu zentralen Erziehungsaspekten in den Bereichen Gesundheit, Bildung und Soziales. Die Befragung im Bereich der Gesundheit wurde durch den international standardisierten Fragebogen zum Kohärenzgefühl erfragt auf der Basis der Salutogenese-Theorie von Aaron Antonovsky.

Der hauptsächliche Vorteil einer quantitativen Erhebung ist die grosse Menge an Daten, welche mit geringem Aufwand ausgewertet werden können. Nachteile davon sind die Beeinflussung der Interviewpersonen durch vorgegebene Antwortmöglichkeiten sowie der grosse Vorbereitungsaufwand.

Die qualitative Erhebung bringt den Vorteil, dass die subjektive Meinung oder Haltung der interviewten Personen erhoben werden kann und der Grad der Beeinflussung gering ist. Der Nachteil hierbei jedoch ist der hohe Zeitaufwand für die Auswertung und zudem setzt die

offene Gestaltung der Fragen ein Mitdenken und ein Vertrauen der interviewten Person voraus.

Nachdem das Forschungsdesign der Originalstudie kurz dargestellt wurde geht es nun im folgenden Kapitel um die Forschungsarbeit der Autorinnen, welche sich an deren Design anschliesst.

5.1.1 Datenerhebung

Nun soll die Datenerhebung erläutert werden, indem zuerst auf das Thema der Befragungen, anschliessend auf das Erhebungsinstrument sowie die Stichprobe und den Zeitraum der Befragungen eingegangen wird.

Stichprobe

Die Forschungsarbeit befasst sich ausschliesslich mit Familien aus der Stadt Luzern. Die Stichprobe besteht aus insgesamt 57 Familien der Kohorte 1 "Kleinstkinder", also mit Kindern im Alter zwischen vier und zehn Monaten. Die Stichprobe setzt sich aus folgenden drei Teilgruppen zusammen:

- Teilgruppe 1: Familien aus der breiten Bevölkerung, die nach dem Zufallsprinzip von den Gemeinden angeschrieben wurden und keine Sozialhilfe-Empfänger sind (n=45).
- Teilgruppe 2: Schweizer Familien (auch Familien mit Migrationshintergrund aber mit Schweizer Pass), die Sozialleistungen beziehen (n=3).
- Teilgruppe 3: Familien mit Migrationshintergrund ohne Schweizer Pass, die Sozialleistungen beziehen. Es müssen beide Elternteile einen Migrationshintergrund haben (sonst Teilgruppe 2). Personen mit Migrationshintergrund aus folgenden Ländern gehören nicht zu Teilgruppe 3, sondern zu Teilgruppe 2: Deutschland, Österreich, Frankreich, England, USA; Skandinavien und Benelux-Staaten (n=9).

Forschungsgegenstand

Für die Forschungsarbeit relevant sind folgende Daten:

- 1. Daten zur Nutzung der Angebote
- 2. Gründe für die Nicht-Nutzung der einzelnen Angebote
- 3. Soziodemographische Angaben der Familien
- 4. Angaben zur Gesundheit
- 5. Schlussbemerkungen

Erhebungsinstrument

Die Befragungen erfolgten durch einen Fragebogen, der sich aus offenen (indukativen) Fragen und geschlossenen (dedukativen) Fragen zusammensetzt. Durch Interviews bei den Familien zu Hause (in einzelnen Ausnahmen fand das Gespräch beispielsweise in einem Raum der Gemeinde statt) wurden die Familien zu den oben beschriebenen Themen befragt und zusätzlich mit einem Aufnahmegerät aufgenommen. Der Fragebogen ist anonymisiert und den Familien wurde vor Beginn des Gesprächs eine Vertraulichkeitserklärung überreicht, in welcher der vertrauliche Umgang mit den Daten erläutert sowie die freiwillige Teilnahme der Familien bestätigt wurde.

Die Daten für die im Forschungsgegenstand beschriebenen Variablen wurden wie folgt erhoben:

- 1. Die Nutzung der Angebote wurde quantitativ durch geschlossene Fragen (Ja, Nein, Teilweise) erhoben.
- 2. Die Gründe für die Nicht-Nutzung wurden quantitativ sowie qualitativ erhoben. Die quantitativen Antwortmöglichkeiten waren:
 - Kosten
 - Zeitprobleme
 - Kein Platz
 - Nicht bedürfnisorientiert
 - Schlechter Ruf
 - Schlechte Erfahrung mit dem Angebot und
 - Kannte das Angebot nicht.

Die qualitative Antwortmöglichkeit war:

- Andere
- 3. Die soziodemographischen Daten wurden quantitativ durch geschlossene Fragen erhoben. Dabei wurden folgende Daten erhoben:
 - Geschlecht
 - Alter
 - Nationalität
 - Bildung: Obligatorischer Schulabschluss, Berufsbildung, Tertiärbildung (Berufsbildung mit zusätzlicher Fachprüfung, Fachhochschule/Universität)
 - Berufstätigkeit der Mutter (Art und Pensum der Anstellung werden nicht berücksichtigt)
 - Anzahl Geschwister
- 4. Die gesundheitliche Situation der Familien wurde durch die Erfassung des SOC-Wertes erfragt. Dabei handelt es sich um einen ins Deutsche übersetzten international standardisierten Fragebogen, der sich aus 13 Fragen (skaliert von eins bis sieben) zum Kohärenzgefühl zusammensetzt (auf der Basis der von Aaron Antonovskys gegründeten Theorie der Salutogenese).
- 5. Das Interview wurde durch folgende qualitative Frage abgeschlossen: Gibt es etwas, das Ihnen wichtig ist, das bis jetzt noch nicht zur Sprache kam?

Nach Abschluss der letzten Interviews folgte die Datenaufbereitung, auf welche im folgenden Abschnitt eingegangen werden soll.

5.1.2 Datenaufbereitung

In einem ersten Schritt wurden die quantitativen sowie die qualitativen Daten in eine Excel-Maske übertragen, die von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin der Hochschule Luzern erstellt worden ist.

Anschliessend wurden die Rohdaten durch die wissenschaftliche Mitarbeiterin der Hochschule Luzern stichprobenweise kontrolliert und offensichtliche Fehler in den Daten wurden bereinigt (falls nötig in Rücksprache mit den DatenerfasserInnen). In einem nächsten Schritt wurden die Rohdaten in der Statistik-Software SPSS eingelesen und Häufigkeitsauszählungen

für die oben beschriebenen Variablen gemacht, die bei dieser Forschungsarbeit von Interesse sind.

Im Anschluss wurden die Daten von den Autorinnen betrachtet und gewisse Datensätze wurden von der Datenauswertung ausgeschlossen. Einerseits stellte sich eine geschlechterspezifische Differenz der SOC-Werte heraus sowie teilweise fehlerhafte Angaben in dessen Erhebung. Im Kapitel 5.1.3 wird dies differenzierter erläutert.

Bei der Betrachtung fiel zudem auf, dass aufgrund Erhebungsfehler bei der Originalstudie bei allen erfragten Angeboten, bis auf die Mütter-Väterberatung und die Betreuungsgutscheine, Missing-Werte vorhanden sind. Das bedeutet, dass die Angebote nicht vollständig erfragt worden sind und die Ergebnisse daher mit Vorsicht zu interpretieren sind.

Weiter wurden die Ergebnisse der Familien mit Migrationshintergrund, welche die Befragung ohne Dolmetscher beantworten haben, mit jenen Familien mit Migrationshintergrund verglichen, welche die Unterstützung eines Dolmetschers in Anspruch genommen haben. Dabei hat sich gezeigt, dass bei der Stichprobe lediglich eine Familie mit einem Dolmetscher gearbeitet hat und somit ein Vergleich nicht möglich war. Dieser Aspekt wurde in der Studie deshalb nicht berücksichtigt.

Nach Ausschluss der genannten Fälle wurden die Häufigkeitsauszählungen nochmals vorgenommen. Die Stichprobe (n=49) setzt sich wie folgt zusammen:

• Teilgruppe 1: n=40

• Teilgruppe 2: n=3

• Teilgruppe 3: n=6

Die aufbereiteten Daten wurden den Autorinnen im Anschluss für die nachfolgende Datenauswertung übergeben.

5.1.3 Datenauswertung

Schritt 1: SOC-Werte

In einem ersten Schritt wurden die SOC-Werte betrachtet, um die Familien in zwei Gruppen unterteilen zu können. Zur Gruppe 1 gehören Familien mit einem hohen SOC-Wert und Gruppe 2 bilden Familien mit einem tiefen SOC-Wert.

Da die SOC-Erhebung kein individueller Test ist, bestehen keine absoluten Normwerte. Diese müssen deshalb stichprobenabhängig betrachtet werden (Franke, 1997, S.175). Für die vorliegende Studie wurden die SOC-Werte zuerst geschlechtergetrennt betrachtet, durch einen Vergleich der Mittel- und Medianwerte der Väter (n=6) und der Mütter (n=51). Dabei zeigte sich eine geschlechterspezifische Differenz von mehr als 8 Punkten. In der Folge wurden die Väter aus der Stichprobe ausgeschlossen, um eine Verzerrung der Ergebnisse zu vermeiden. Weiter wurden zwei Familien ausgeschlossen, bei denen fehlerhafte Angaben bei der SOC-Erhebung vorlagen.

Nachdem die Daten bereinigt waren, konnten nun in einem zweiten Schritt die beiden Gruppen definiert werden. Zuerst wurden der Mittelwert und der Median der SOC-Werte erhoben und verglichen. Die Differenz der beiden Werte betrug kaum mehr als 1.1. Weiter fiel auf, dass bei einer Trennung durch den Median zwei Familien nicht hätten eingeteilt werden können, da diese exakt die Werte des Medians aufwiesen. Deshalb wurden die Gruppen anhand des Mittelwertes unterteilt. So ergaben sich folgende zwei Gruppen:

- Gruppe 1: Familien, bei denen der SOC-Wert der Mütter kleiner als der Stichprobenmittelwert ist (n=23).
- Gruppe 2: Familien, bei denen der SOC-Wert der Mütter grösser als der Stichprobenmittelwert ist (n=26).

Schritt 2: Angebotsnutzung

Insgesamt wurden 21 Angebote der Stadt Luzern erfragt. Um die Angebote anschliessend miteinander vergleichen zu können, wurden themenbezogene Cluster erstellt. Es haben sich insgesamt sieben Cluster ergeben, die im Folgenden dargestellt werden.

Dabei wurde beim ersten Cluster der englische Begriff "Maternity Care" verwendet, da diese Bezeichnung den Autorinnen umfassender erscheint, als die deutschen Pendants wie beispielsweise die frühkindliche oder medizinische Versorgung.

Im Folgenden sind die erstellten Cluster mit den dazugehörigen Angeboten ersichtlich. Zu einigen Angeboten wurden Abkürzungen in Klammer gesetzt, welche im Kapitel 5.2.1 Verwendung finden.

1. Maternity Care

Schwangerschaftsvorsorge (SSVS), Geburtsvorbereitungskurs (GVB), Wochenbetthebamme (WHB), Rückbildungskurs (RBK), Mütter-Väterberatung (MVB), Contact Familienberatung¹

2. Beratungsstellen

Elbe (Fachstelle für Lebensfragen), Fabia (Fachstelle für die Beratung und Integration von Ausländerinnen und Ausländern), Kinderhütedienst in Deutschlernkursen (KHD in DK)²

3. Finanzielle Unterstützung

Betreuungsgutscheine (Betr.Gutscheine), Mutterschaftsbeihilfe (Mu.Beihilfe)

4. Betreuung

Kita, KitaPlus, Tagesfamilie (Tag.Fam)

5. Hausbesuchsprogramm (HBP)

6. Spezifische Angebote

Logopädie (Logo), Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPD)

7. Soziokulturelle Angebote

Mütter-Familien-Quartiertreff (MFQT), Frauencafé Lindengärtli, Spieltraum, Quartierarbeit (QA)

In einem ersten Schritt wurde die Nutzung der einzelnen Angebote durch Häufigkeitszählungen ermittelt. Hier ist darauf hinzuweisen, dass eine Teilweise-Nutzung der Angebote nicht

¹ Die Familienberatung wird als Ergänzung zur MVB betrachtet, da hierbei ebenso Fragen rund um die Alltagsbewältigung der Familien (wie die Betreuung und Erziehung des Kindes) im Vordergrund stehen.

² Da die Nutzung des KHD eine Inanspruchnahme des Deutschkurses voraussetzt, wurde dieses Angebot der Bildung und somit den Beratungsstellen zugeordnet.

berücksichtig wurde. Einerseits aufgrund der kleinen Fallzahl der Familien, die Angebote teilweise nutzten (n=8) und andererseits weil dazu auch Familien gehören würden, die ein Angebot nur ein bis zwei Mal genutzt haben oder in Form von einem Schnuppern das Angebot besuchten und so nicht zu den Nutzenden eines Angebots gezählt werden können.

Zusätzlich wurde die Angebotsnutzung in Bezug auf die SOC-Werte betrachtet. Es wurde also durch Häufigkeitszählungen eruiert, welches Angebot von wie vielen Familien aus der jeweiligen SOC-Gruppe ("hoher" versus "tiefer" SOC) in Anspruch genommen wurde.

Anschliessend wurde die Angebotsnutzung clusterspezifisch betrachtet, indem die durchschnittliche Nutzung pro Cluster eruiert wurde, wobei die Ergebnisse in Bezug auf die SOC-Werte getrennt dargestellt wurden.

Um den Zusammenhang zwischen dem SOC-Wert und der Anzahl der genutzten Angebote zu untersuchen, wurden die Mittelwerte der pro Gruppe genutzte Angebote ermittelt und miteinander verglichen. Zusätzlich dazu wurden die SOC-Werte der Mütter mit der dazugehörigen Anzahl genutzter Angebote graphisch dargestellt.

Um herauszufinden, ob der Zusammenhang zwischen dem Nutzungsverhalten und des SOC-Werts statistisch relevant ist, wurde probehalber einen Chi-Quadrat-Test durchgeführt (mit Überprüfung der Effektstärke). Hierbei ist jedoch anzumerken, dass die Definitionen der Variablen zu überprüfen wären und das Ergebnis daher mit Vorsicht zu interpretieren ist.

Schritt 3: Soziodemographische Daten

Die oben dargestellten soziodemographischen Daten wurden für eine Häufigkeitsauszählung kategorisiert und in Bezug auf die SOC-Werte dargestellt (Gruppe 1 versus Gruppe 2).

Das Alter der Mutter wurde in drei Kategorien unterteilt: 20 bis 30 Jahre, 31 bis 40 Jahre und 40 Jahre plus. Dabei stellte sich heraus, dass in der letzten Kategorie lediglich zwei Familien enthalten sind (beide von der Gruppe 2). Diese wurden aus Gründen der kleinen Gruppengrösse aus den weiteren Berechnungen ausgeschlossen.

Bei der Nationalität wurde ausschliesslich erhoben, ob die Familien einen Migrationshintergrund (gemäss Definition in Kapitel 5.1.1) aufweisen oder nicht.

Das Bildungsniveau wurde in der Befragung von beiden Elternteilen erhoben. In der Auswertung wurde nur das Ausbildungsniveau der Mütter berücksichtigt, da diese die meiste Zeit mit den Kleinkindern verbringen und damit laut Walter-Laager und Meier Magistretti (2016) einen wichtigen Einflussfaktor darstellen (S.15).

Die Berufstätigkeit wurde ebenfalls jeweils nur von der Mutter erfasst, da in den für die Auswertung betrachteten Familien die Mütter die hauptsächliche Erziehungsarbeit leisten.

Bei der Anzahl Geschwister wurden ebenfalls Kategorien erstellt: Keine Geschwister, ein Geschwister, zwei Geschwister und mehr. Aufgrund der kleinen Fallzahl in der letzten Kategorie (zwei Familien aus der Gruppe 1, eine Familie aus Gruppe 2) wurden diese ebenfalls aus der weiteren Auswertung ausgeschlossen.

Schritt 4: Gründe für die Nicht-Nutzung der Angebote

Bei jedem Angebot wurden Häufigkeitsauszählungen der Gründe für die Nicht-Nutzung durchgeführt und anschliessend clusterweise dargestellt. Aufgrund zeitlicher Ressourcen wurde darauf verzichtet, die Gründe in Bezug auf die SOC-Gruppen getrennt darzustellen und zu betrachten.

Wichtig ist es an dieser Stelle zu erwähnen, dass die Interviewten mehrere Gründe angeben konnten und deshalb Mehrfachnennungen möglich sind.

Die qualitativen Daten zu den Nicht-Nutzungsgründen wurden inhaltsanalytisch betrachtet und daraus numerisch kodierte Cluster gebildet. Dabei wurde versucht aus den detaillierten Angaben der Familien, Kernkategorien mit Oberbegriffen zu erstellen (die einzelnen Kategorien sind im Kapitel 5.2, S.44ff. aufgeführt). Dabei fanden sich auch ausführlichere und komplexere Antworten wieder. Insbesondere wurden verschiedenste Gründe für "keinen Bedarf" genannt, welche aber aus Sicht der Autorinnen ebenso relevant waren. Deshalb wurden Spezifizierungen dieses Grundes vorgenommen, wie beispielsweise "kein Bedarf, da zweites Kind" oder "kein Bedarf, da Betreuung familienintern abgedeckt".

Daraufhin wurden ebenfalls Häufigkeitszählungen durchgeführt.

Schritt 5: Schlussbemerkungen

Ebenso wie beim vorherigen Schritt wurden die qualitativen Daten quasi-inhaltsanalytisch betrachtet und themenbezogene Cluster gebildet. Anschliessend wurden Häufigkeitsauszählungen durchgeführt.

5.2 Darstellung der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden nun zuerst die Forschungsergebnisse dargestellt und in einem zweiten Schritt diskutiert.

Die in der Einleitung formulierten Fragen sollen nun hier beantwortet werden.

Dabei wird der Blick zuerst auf die SOC-Werte gelegt. Anschliessend wird auf die Angebote und deren Nutzung eingegangen, um in einem nächsten Schritt den Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Nutzungsverhalten aufzuzeigen. In einem weiteren Schritt wird anhand von soziodemographischen Daten dargestellt, welche Merkmale Familien aufweisen, bei welchen die Mütter einen tiefen SOC-Wert haben.

Abschliessend wird auf die Gründe der Nicht-Nutzung eingegangen sowie auf weitere Anregungen und Bemerkungen der Familien.

1. Was ist ein tiefer SOC-Wert?

Im Folgenden werden die SOC-Werte aus der untenstehenden Tabelle 1 in der Reihenfolge von oben nach unten betrachtet. Es wird ersichtlich, dass die Differenz des Mittelwerts und des Medians der SOC-Werte gerundet 1.1 beträgt. Die Standardabweichung beläuft sich auf 9.5. Laut Volker Casper (2005, S.96) kann bei den SOC-Werten überwiegend von einer Normalverteilung ausgegangen werden. Das bedeutet, dass rund 68% der Familien im Bereich, der sich aus dem Mittelwert plus/minus der Standardabweichung ergibt enthalten sind. Demzufolge weisen in dieser Stichprobe 31.96 Familien (68%) einen SOC-Wert zwischen 59.45 und 78.47 auf.

Wie im Kapitel 5.1.3 beschrieben, wurden anhand des Mittelwertes zwei Gruppen gebildet. Die Anzahl der befragten Familien in der Gruppe 1 mit einem schwachen Kohärenzgefühl beläuft sich auf n=23 und in der Gruppe 2 auf n=26. Dabei zeigt sich, dass der SOC-Wert der Familien aus der Gruppe 1 durchschnittlich um 15 Punkte geringer ist als jener der Gruppe 2. Auch ist die Streuung der SOC-Werte der Gruppe 1 grösser als jene der Gruppe 2, was bedeutet, dass die SOC-Werte der Gruppe 1 heterogener verteilt sind als jene der Gruppe 2.

Nun wird der Blick auf Angebotsnutzung gelegt. Es zeigt sich, dass alle 49 Familien durchschnittlich 3.69 von total 21 Angeboten in Anspruch genommen haben. Hervorzuheben ist hier der Unterschied der Gruppe 1 und Gruppe 2 im Bezug auf die durchschnittliche Anzahl genutzten Angeboten. Es wird ersichtlich, dass die Familien mit einem schwächeren SOC durchschnittlich 0.73 weniger Angebote in Anspruch genommen haben als jene der Gruppe mit einem eher stärkeren SOC.

Übersicht SOC-Werte und genutzte Angebote					
SOC-Wert Angebotsnutzung (Total 21 Angebote)					
Mittelwert (Total; n=49)	68.95918367	3.693877551			
Median (Total; n=49)	70	4			
Standardabweichung	9.514670056	1.864863968			
Gruppe 1 (Mittelwert; n= 23)	61	3.30			
Gruppe 2 (Mittelwert; n=26)	76	4.04			
Differenz Gruppe 1&2	15	0.73			
Standardabweichung Gr.1	6.512457163	1.898163474			
Standardabweichung Gr.2	4.103865979	1.764626115			

Tabelle 1: Übersicht SOC-Werte und genutzte Angebote (eigene Erhebung)

2. Welche Angebote werden von den Familien am meisten beziehungsweise am wenigsten genutzt?

Die Abbildung 2 zeigt, welches Angebot von wie vielen Familien genutzt wurde. Dabei wird ersichtlich, dass die Mütter-Väterberatung am meisten genutzt wurde (39), gefolgt von der Wochenbetthebamme (37) und der Schwangerschaftsvorsorge (33). Auf dem 4. Platz befindet sich der Rückbildungskurs (24) und auf dem 5. Platz der Geburtsvorbereitungskurs (20). Die Kita (10) sowie die Betreuungsgutscheine (6) und die Hausbesuchsprogramme (5) werden in Vergleich zu den eben beschriebenen Angeboten schon beträchtlich weniger in Anspruch genommen. Die Beratungsstelle Elbe (2), die Mutterschaftsbeihilfe (2), sowie die Quartierarbeit (2) werden am wenigsten genutzt. Die restlichen Angebote wurden nicht in Anspruch genommen.

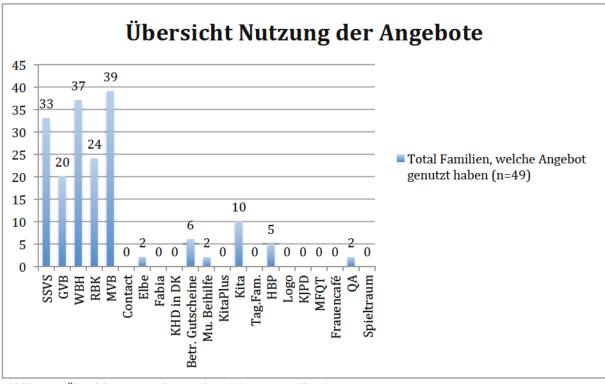


Abbildung 2: Übersicht Nutzung der Angebote (eigene Darstellung)

Die Abbildung 3 zeigt im Gegensatz zur Abbildung 2 nicht nur welches Angebot von wie vielen Familien in Anspruch genommen wurde, sondern auch von welcher SOC-Gruppe wie viele Familien vertreten sind. Nicht genutzte Angebote wurden dabei in der Darstellung ausgeschlossen, da hier der Vergleich der SOC-Gruppen im Fokus liegt.

Es zeigt sich, dass Familien aus der Gruppe 2 fast bei jedem Angebot mit einer grösseren Anzahl vertreten sind. Ausnahmen dabei sind die Kita, die Mutterschaftsbeihilfe, die Betreuungsgutscheine und die Beratungsstelle Elbe.

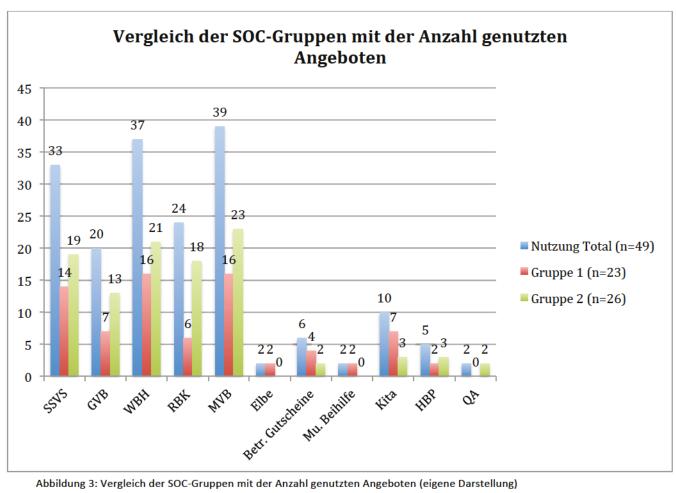


Abbildung 3: Vergleich der SOC-Gruppen mit der Anzahl genutzten Angeboten (eigene Darstellung)

Die Abbildung 4 zeigt die durchschnittliche Nutzung der einzelnen Angebotscluster in Bezug auf die SOC-Werte.

Es wird ersichtlich, dass die Familien aus der Gruppe 1, wie auch aus der Gruppe 2 durchschnittlich am meisten Angebote aus dem Cluster "Maternity Care" in Anspruch genommen haben. Dabei haben die Familien aus der Gruppe 2 durchschnittlich 1.15 Angebote mehr besucht als jene Familien aus der Gruppe 1.

Die Betreuungsangebote wurden am zweithäufigsten in Anspruch genommen, wobei hier die Familien aus der Gruppe 1 durchschnittlich 0.18 Angebote mehr besucht haben als jene der Gruppe 2.

Auf dem dritten Platz der durchschnittlich genutzten Angebote befindet sich der Cluster "Finanzielle Unterstützung", wobei auch hier die Gruppe 1 stärker vertreten ist als die Gruppe 2.

Die restlichen Cluster wurden kaum bis gar nicht in Anspruch genommen.

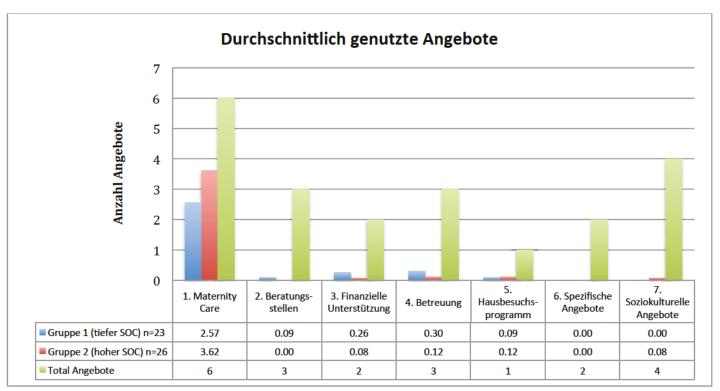


Abbildung 4: Durchschnittlich genutzte Angebote (eigene Darstellung)

3. Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und der Anzahl genutzten Angeboten?

Die Abbildung 5 zeigt die Anzahl genutzten Angeboten von den einzelnen Familien mit dem jeweils dazugehörigen SOC-Wert der Mütter. Die Trendlinien zeigen auf, dass mit dem SOC-Wert auch die Anzahl der in Anspruch genommenen Angebote steigt.

Mit dieser Stichprobe lässt sich bestätigen, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl der Mütter und der Anzahl genutzter Angebote gibt.

Forschungen zur Zahngesundheit (Lindström und Eriksson 2010), die auf der Salutogenese beruhen, zeigen, dass eine Person mit einem starken Kohärenzgefühl häufiger ihre Zähne putzt und an anderen Massnahmen zur Förderung der Zahngesundheit teilnimmt (S.33). Die Ergebnisse dieser Forschung können erste Hinweise darauf sein, dass Personen mit einem starken SOC nicht nur mehr präventive Massnahmen zur Förderung der Zahngesundheit in Anspruch nehmen, sondern auch präventive Massnahmen im Bereich der Frühen

Die Studie von Meier Magistretti und Walter-Laager (in Vorbereitung) wird zeigen, ob dieser Zusammenhang auch bei grösseren Fallzahlen besteht oder nicht.

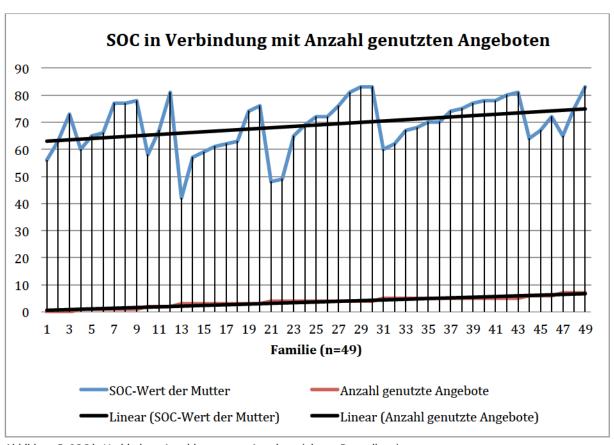


Abbildung 5: SOC in Verbindung Anzahl genutzten Angebote (eigene Darstellung)

Förderung.

Um die Signifikanz des Zusammenhangs zwischen einem tiefen SOC-Wert und der Anzahl genutzten Angeboten verifizieren zu können, wurde probehalber ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Die Gruppen wurden wie folgt definiert:

- SOC+: Jene Familien, welche einen SOC-Wert aufweisen, der grösser als 68.96 ist, was der oben definierten Gruppe 2 entspricht.
- SOC-: Jene Familien, welche einen SOC-Wert aufweisen, der kleiner als 68.96 ist, was der oben definierten Gruppe 1 entspricht.
- Genutzte Angebote+: Jene Familien, welche mehr als 3.69 Angebote beanspruchten, also einen grösseren Wert als der Mittelwert der durchschnittlich genutzten Angebote aufwiesen.
- Genutzte Angebote-: Jene Familien, welche weniger als 3.69 Angebote beanspruchten, also einen kleineren Wert als der Mittelwert der durchschnittlich genutzten Angebote aufwiesen.

	SOC+	SOC-	Summe
Genutzte Angebote +	19	10	29
Genutzte Angebote -	7	13	20
Summe	26	23	49

Tabelle 2: Chi-Quadrat-Test (eigene Erhebung)

Wie aus der Tabelle 3 ersichtlich wird, ergab der Chi-Quadrat-Test, dass der Zusammenhang zwischen dem SOC-Wert und der Anzahl genutzten Angeboten signifikant ist.

Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests	
Zweiseitige Signifikanz:	0.035
Chi-Quadrat-Wert	4,426
Freiheitsgrade	1
Ergebnis	Signifikant

Tabelle 3: Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests (eigene Erhebung)

4. Was zeichnet Familien, bei denen die Mutter ein schwaches Kohärenzgefühl hat, aus?

Aus der Tabelle 4 wird ersichtlich, dass sich bei Familien, bei denen die Mütter einen tiefen SOC-Wert aufweisen der Anteil der Familien mit Migrationshintergrund auf 30.34% oder Total 7 Familien beläuft, wobei sich dieser aus der Gruppe 2 lediglich auf 3.84% oder Total einer Familie beläuft. Wenn der Fokus auf die Ausbildung gelegt wird, dann zeigt sich, dass der Anteil der Mütter aus der Gruppe 1, welche einen obligatorischen Schulabschluss (13.04%) oder eine Berufsbildung (21.73%) abgeschlossen haben grösser ist als jener der Gruppe 2 (3.84% respektive 11.53%). Bei der Anzahl der Mütter, welche eine Tertiärbildung abgeschlossen haben ist die Gruppe 2 mit 84.61% stärker vertreten als die Gruppe 1 mit 65.21%. Damit wird ersichtlich, dass in beiden Gruppen die Mehrheit der Mütter über eine Tertiärbildung verfügen.

Betrachtet man die Variable "Alter", zeigt sich, dass in der Gruppe 1 eine grössere Anzahl junger Mütter vertreten ist. Dabei beläuft sich die Anzahl Mütter aus der Gruppe 1, welche zwischen 20 und 30 Jahre alt sind, auf 8 Personen (34.78%). Im Vergleich dazu beläuft sich die Anzahl Mütter aus der Gruppe 2 lediglich auf 3 Personen (11.53%).

Bei den Müttern, welche zwischen 31 und 40 Jahre alt sind, zeigt sich ein anderes Bild. Dabei beläuft sich die Anzahl der Mütter aus der Gruppe 1 auf 15 Personen (65.21%) und aus der Gruppe 2 auf 21 Personen (80.76%).

Weiter zeigt sich, dass die Mütter der Gruppe 2 häufiger berufstätig sind (53.84%) als jene der Gruppe 1 (43.47%).

Die Anzahl der erstgebärenden Mütter ist sowohl in der Gruppe 1 mit 18 Personen (78.26%) als auch in der Gruppe 2 mit 18 Personen (69.23%) am stärksten vertreten.

Soziodemographische Angaben					
	Gruppe 1 (n= 23)	Gruppe 1 Relative Zahlen	Gruppe 2 (n= 26)	Gruppe 2 Relative Zahlen	
Migrationshintergrund	7	30.43%	1	3.84%	
Obligatorischer Schulabschluss	3	13.04%	1	3.84%	
Berufsbildung	5	21.73%	3	11.53%	
Tertiärbildung	15	65.21%	22	84.61%	
Alter: 20-30 Jahre	8	34.78%	3	11.53%	
Alter: 31-40 Jahre	15	65.21%	21	80.76%	
Berufstätig	10	43.47%	14	53.84%	
Anzahl Geschwister: 0	18	78.26%	18	69.23%	
Anzahl Geschwister: 1	3	13.04%	7	26.92%	

Tabelle 4: Soziodemografische Angaben (eigene Erhebung)

Zur besseren visuellen Veranschaulichung wurden in der Abbildung 6 die absoluten Zahlen der Tabelle 4 graphisch dargestellt. Die Abbildung zeigt den Vergleich der Gruppen 1 und 2 anhand der soziodemographischen Angaben. Es lassen sich die gleichen Erkenntnisse wie oben beschrieben ableiten.

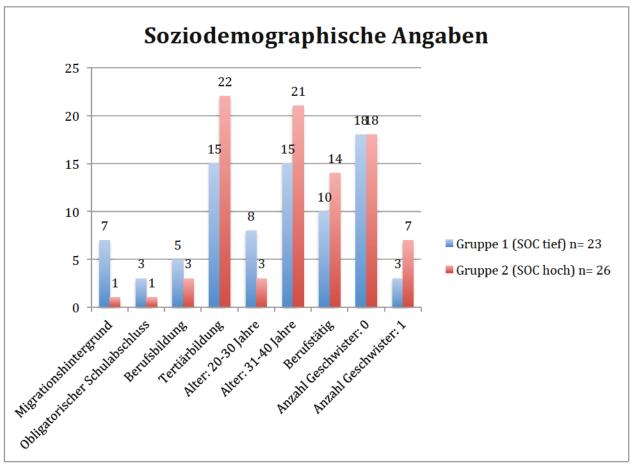


Abbildung 6: Soziodemographische Angaben (eigene Darstellung)

5. Welche Gründe werden für die Nicht-Nutzung der Angebote genannt?

Im Folgenden soll auf die Gründe für die Nicht-Nutzung eingegangen werden. Diese werden allgemein über die ganze Stichprobe hinweg, clusterweise dargestellt. Zuerst werden jeweils die quantitativen und anschliessend die qualitativen Gründe aufgeführt. Dabei sind die Anzahl der Familien, welche ein Angebot nicht in Anspruch genommen haben, in den Tabellen der quantitativen Gründe unten deklariert.

Betrachtet man die quantitativen Gründe für die Nicht-Nutzung aller Angebotscluster, so wird ersichtlich, dass die meist genannten Gründe für die Nicht-Nutzung "kannte das Angebot nicht" und "andere" sind.

Bei den qualitativen Gründen für die Nicht-Nutzung zeigt sich ein ähnliches Bild. Auch hier sind die meist genannten Gründe bei allen Angebotscluster dieselben, nämlich "kein Bedarf" sowie Spezifizierungen davon (wie beispielsweise "kein Bedarf, da zweites Kind").

Aus diesem Grund wird im Folgenden nur jeweils auf die Spezifizierungen des Grundes "kein Bedarf" eingegangen.

Maternity Care

Quantitative Gründe:

	SSVS	GVB	WBH	RBK	MVB	Contact
Kosten	1	0	0	2	0	0
Zeitprobleme	0	3	0	2	1	0
kein Platz	0	0	0	0	0	0
nicht Bedürfnisorientiert	0	3	0	0	0	0
schlechter Ruf	0	0	0	0	0	0
schlechte Erfahrung	0	0	0	0	0	0
kannte das Angebot nicht	3	2	0	5	2	16
andere	2	12	1	7	5	5
					_	

Total Familien Nicht-Nutzung:	5	18	1	14	7	21
Tabelle 5: Quantitative Gründe, Maternitiy	Care (eigene E	rhebung)				

Qualitative Gründe:

In der Tabelle 6 wird als zweithäufigster Grund "Kein Bedarf, da zweites Kind" genannt, insbesondere beim Geburtsvorbereitungskurs.

	GVB	RBK	MVB	Contact
Kein Bedarf	4	4	0	4
Kein Bedarf, da zweites Kind	6	0	2	0
Gesundheitliche Probleme	2	2	0	0
Fehlendes Wissen über Angebot	1	0	0	1
Organisatorische Probleme	0	3	0	0
Inanspruchnahme von anderem An-				
gebot	0	0	4	0

Tabelle 6: Qualitative Gründe, Maternity Care (eigene Erhebung)

Beratungsstellen

Quantitative Gründe:

	Elbe	Fabia	KHD in DK
Kosten	0	0	0
Zeitprobleme	0	0	0
kein Platz	0	0	0
nicht Bedürfnisorientiert	0	0	0
schlechter Ruf	0	0	0
schlechte Erfahrung	0	0	0
kannte das Angebot nicht	18	18	23
andere	5	7	6

Total Familien Nicht-Nutzung: 23 25
Tabelle 7: Qualitative Gründe, Beratungsstellen (eigene Erhebung)

Qualitative Gründe:

	Elbe	Fabia	KHD in DK
Kein Bedarf	4	8	4
Fehlendes Wissen über Angebot	1	1	2

29

Tabelle 8: Qualitative Gründe, Beratungsstellen (eigene Erhebung)

Finanzielle Unterstützung

Quantitative Gründe:

	Betr. Gutscheine	Mu. Beihilfe
Kosten	0	0
Zeitprobleme	0	0
kein Platz	0	0
nicht Bedürfnisorientiert	0	0
schlechter Ruf	0	0
schlechte Erfahrung	0	0
kannte das Angebot nicht	14	27
andere	25	10

Total Familien Nicht-Nutzung:	40	37
-------------------------------	----	----

Tabelle 9: Quantitative Gründe, finanzielle Unterstützung (eigene Erhebung)

Qualitative Gründe:

In der untenstehenden Tabelle 10 wird ersichtlich, dass neben dem Grund "kein Bedarf" zusätzlich die Gründe "keinen Anspruch" wie auch "Anspruch in Abklärung" erwähnt wurde.

	Betr. Gutscheine	Mu. Beihilfe
Kein Bedarf	13	7
Fehlendes Wissen über Angebot	1	1
Anspruch in Abklärung	6	0
Keinen Anspruch	8	3

Tabelle 10: Qualitative Gründe, finanzielle Unterstützung (eigene Erhebung)

Betreuung

Quantitative Gründe:

	KitaPlus	Kita	Tag. Fam.
Kosten	0	2	0
Zeitprobleme	0	0	0
kein Platz	0	0	0
nicht Bedürfnisorientiert	3	4	8
schlechter Ruf	0	0	0
schlechte Erfahrung	0	0	0
kannte das Angebot nicht	18	2	11
andere	9	29	31

Total Familien Nicht-Nutzung:	29	37	47
-------------------------------	----	----	----

Tabelle 11: Quantitative Gründe, Betreuung (eigene Erhebung)

Qualitative Gründe:

In der Tabelle 12 wird als häufigster Grund für die Nicht-Nutzung "kein Bedarf, da Betreuung familienintern abgedeckt" genannt. Weiter zu erwähnen für die Nicht-Nutzung der Tagesfamilie ist der Grund "bevorzugt Kita oder Krippe".

	KitaPlus	Kita	Tag. Fam.
Kein Bedarf	2	2	10
Fehlendes Wissen über Angebot	0	0	2
Organisatorische Probleme	0	0	2
Inanspruchnahme von anderem Angebot	2	0	0
Kein Bedarf, da Kind zu klein	2	7	3
Kein Bedarf, da Betreuung fam. int. abg.	3	17	9
Anmeldeverfahren am laufen	0	6	0
Gesundheitliche Probleme des Kindes	0	1	0
Bevorzugt Kita o. Krippe	0	0	10
Kritik an Struktur des Angebots	0	0	1

Tabelle 12: Qualitative Gründe, Betreuung (eigene Erhebung)

Hausbesuchsprogramm

Quantitative Gründe:

	НВР
Kosten	0
Zeitprobleme	0
kein Platz	0
nicht Bedürfnisorientiert	2
schlechter Ruf	0
schlechte Erfahrung	0
kannte das Angebot nicht	11
andere	15

Total Fan	nilien Nicht-Nu	zung: 26
-----------	-----------------	----------

Tabelle 13: Quantitative Gründe, Hausbesuchsprogramm (eigene Erhebung)

Qualitative Gründe:

	НВР
Kein Bedarf	8

Tabelle 14: Qualitative Gründe, Hausbesuchsprogramm (eigene Erhebung)

Spezifische Angebote

Quantitative Gründe:

	Logo	KJPD
Kosten	0	0
Zeitprobleme	0	0
kein Platz	0	0
nicht Bedürfnisorientiert	0	1
schlechter Ruf	0	0
schlechte Erfahrung	0	0
kannte das Angebot nicht	7	18
andere	15	13

Total Familien Nicht-Nutzung: 22 3

Tabelle 15: Quantitative Gründe, spezifische Angebote (eigene Erhebung)

Qualitative Gründe:

Aus der Tabelle 16 wird ersichtlich, dass beim Angebot Logopädie zusätzlich der Grund "Kein Bedarf, da zu klein" angegeben wird.

Logo	KJPD
6	10
1	3
9	0
	6 1 9

Tabelle 16: Qualitative Gründe, spezifische Angebote (eigene Erhebung)

Soziokulturelle Angebote

Quantitative Gründe:

	MFQT	Frauencafé	QA	Spieltraum
Kosten	0	0	0	0
Zeitprobleme	0	1	1	0
kein Platz	0	0	0	0
nicht Bedürfnisorientiert	6	0	0	0
schlechter Ruf	0	0	0	0
schlechte Erfahrung	0	0	0	0
kannte das Angebot nicht	18	26	15	25
andere	8	8	11	3

Total Familien Nicht-Nutzung:	30	34	26	27
-------------------------------	----	----	----	----

Tabelle 17: Quantitative Angebote, soziokulturelle Angebote (eigene Erhebung)

Qualitative Gründe:

In der Tabelle 18 zeigt sich, dass der meist genannte Grund "Kein Bedarf, da genügend soziale Kontakte" genannt wird.

	MFQT	Frauencafé	QA	Spieltraum
Kein Bedarf	2	2	6	0
Fehlendes Wissen	2	0	3	0
Organisatorische Probleme	1	3	1	0
Kein Bedarf, da genügend soziale Kontak-				
te	3	3	3	3

Tabelle 18: Qualitative Gründe, soziokulturelle Angebote (eigene Erhebung)

6. Welche weitere Anregungen und Bemerkungen äusserten die Familien?

Durch die quasi-inhaltsanalytische Betrachtung zeigten sich sechs Kernthemen, welche von den Familien als wichtig erachtet wurden. Dabei wird jedes von den Familien erwähnte Thema in der Tabelle 19 aufgeführt und mit einer exemplarischen Aussage verdeutlicht. Dabei soll aus Sicht der Autorinnen jedes erwähnte Thema als gleichwertig behandelt werden, daher werden auch diejenigen Themen, welche lediglich einmal genannt wurden, in der Tabelle aufgeführt.

Thema	Anzahl Familien	Konkrete Aussagen
Wünschen sich mehr Informatio- nen zu den einzel- nen Angeboten	9	• Sie weiss nicht, wie man zu solchen Infos (Krabbelgruppen, Fam. Treffs) kommt, wenn man sich nicht selber darum bemüht. Sie würde es auch eher nutzen, wenn sie die Infos bekommt und nicht selbst danach suchen muss. Möchte einen einfachen Zugang zu solchen Angeboten. Ein Infoflyer mit allen Infos zu allen Angeboten wäre gut, muss nicht persönlich sein, keine Veranstaltung.
Organisatorischer Aufwand	1	• "Wenn man mit einem Kind was machen möchte, z.B. Mukiturnen, was macht man dann mit dem an- deren Kind? Das ganz Kleine kann noch nicht mitma- chen."
Angebotsnutzung mit Zwillingen er- schwert	2	Gewisse Angebote können mit Zwillingen nicht oder nur erschwert genutzt werden.
Angebote zu teuer für Sozialhilfebezü- ger-Innen	2	Sie ist Sozialhilfebezügerin und sie kann sich keine Beschäftigung für die Kinder leisten, wie zum Beispiel schwimmen gehen. Sie weiss nicht, was sie machen soll.
Kritikpunkte an Kita	2	 "Wir haben doch viele Tage selber organisieren müssen, weil Kita geschlossen war oder spezielle Öffnungszeiten hat." Kita ist relativ teuer.
Lob an MVB	1	• Die Mütterberatung hat das sehr gut gemacht und sich selbst gemeldet und diese behält man im Hinterkopf.

Tabelle 19: Schlussbemerkungen (eigene Erhebung)

5.2.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

- Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und der Anzahl genutzten Angeboten. Dabei zeigt sich, dass Familien, bei denen die Mütter einen tiefen SOC-Wert aufweisen, weniger Angebote der Frühen Förderung in Anspruch nehmen als jene mit einem hohen SOC-Wert.
- Familien, bei denen die Mutter ein schwaches Kohärenzgefühl hat, sind durch folgende Merkmale gekennzeichnet: sie haben häufiger einen Migrationshintergrund, besitzen ein tieferes Bildungsniveau und sind durchschnittlich jüngere Mütter.
- Hauptsächlich wurden Angebote aus dem Cluster "Maternity Care" in Anspruch genommen. Auf dem ersten Platz befindet sich die Mütter-Väterberatung, gefolgt von der Wochenbetthebamme. Auf dem dritten Platz befindet sich die Schwangerschaftsvorsorge. Die letzten Plätze werden vom Rückbildungskurs auf Platz vier und dem Geburtsvorbereitungskurs auf Platz fünf belegt.
- Die häufigsten Gründe für die Nicht-Nutzung der Angebote sind "kannte das Angebot nicht" sowie "kein Bedarf".

5.3 Diskussion der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel sollen nun die oben dargestellten Ergebnisse diskutiert und interpretiert werden. Dabei wird zuerst der Blick auf die Stichprobe allgemein gelegt. Anschliessend soll auf die SOC-Werte und die Nutzung der Angebote eingegangen werden. Abschliessend folgt eine Betrachtung der Schlussbemerkungen der Familien. Dabei ist jedoch anzumerken, dass die Erhebung der Angebote viele Missing-Werte beinhaltete, was die Qualität der Ergebnisse beeinflusst. Dadurch lassen sich also lediglich vorsichtige Schlussfolgerungen für die tatsächliche Angebotsnutzung ziehen. Einerseits wäre es denkbar, dass bei einer vollständigen Erfragung der Angebote die Angebotsnutzung aller Angebote durchschnittlich höher wäre, was die Forschungsergebnisse relativieren würde. Andererseits könnte sich auch das dargestellte Nutzungsverhalten bestätigen und damit die Ergebnisse erhärten.

Die Ergebnisse der Originalstudie von Meier Magistretti und Walter-Laager (in Vorbereitung) werden zeigen, welcher Fall eintreten wird.

Erkenntnisse zur Stichprobe:

Wie im Kapitel 3.2.3 erläutert wurde, zählen bildungsferne und einkommensschwache Familien, welche überdurchschnittlich oft einen Migrationshintergrund aufweisen, zu der Zielgruppe, die den grössten Nutzen aus den Angeboten der Frühen Förderung ziehen kann. Dabei besteht jedoch das Problem, dass genau diese Familien schwierig zu erreichen sind. Betrachtet man nun die Stichprobe dieser Erhebung, so wird ersichtlich, dass der Anteil an einkommensschwachen und bildungsfernen Familien mit Migrationshintergrund klein ist und die Mehrheit der Teilnehmenden aus der Teilgruppe 1 respektive aus der breiten Bevölkerung besteht.

Konkret wurden sechs Familien, welche einen Migrationshintergrund aufweisen und auf Sozialhilfe angewiesen sind, erreicht. Dazu kamen drei Familien, welche den Schweizerpass besitzen und auf Sozialhilfe angewiesen sind. Auch bildungsferne Familien wurden kaum erreicht: der Anteil der Familien, bei denen die Eltern die obligatorische Schulzeit, jedoch keine Berufsausbildung absolviert haben, liegt bei vier.

Hierbei stellt sich die Frage, ob bei der Rekrutierung der Familien die Zielgruppenaspekte genügend beachtet wurden. Dabei würde eine Befragung der Gemeinde, nach der Methode der Rekrutierung sicherlich Aufschluss geben.

Erkenntnisse zu den SOC-Werten:

Bei den SOC-Werten ist auffällig, dass die SOC-Werte der Männer deutlich über dem Durchschnitt der SOC-Werte der Frauen lagen und deshalb zur Verhinderung von Verzerrungen der Ergebnisse ausgeschlossen werden mussten. Dies ist insofern von Bedeutung, da sich dies mit den bisherigen Erkenntnissen aus der Kohärenzgefühl-Forschung deckt. Gemäss Franke (1997) haben Männer durchschnittlich einen höheren SOC-Wert als Frauen (S.177).

Weiter verdeutlicht die Tatsache, dass es keine normierten SOC-Werte gibt und diese deshalb jeweils stichprobenabhängig eruiert werden müssen, dass sie sich schwer mit Erkenntnissen aus anderen Studien vergleichen lassen. Dies aus dem Grund, dass sich die Durchschnittswerte und damit die Definition eines hohen beziehungsweise tiefen SOC-Werts je nach Stichprobe unterscheiden (können).

Auch ist darauf hinzuweisen, dass die erhobenen SOC-Werte eine Momentaufnahme darstellen. Dabei ist besonders zu beachten, dass einschneidende Ereignisse, wie beispielsweise eine Geburt, den SOC-Wert kurzfristig beeinflussen können.

Letztlich konnte aufgezeigt werden, dass die Anzahl der genutzten Angebote der Frühen Förderung mit der Höhe des SOC-Werts zusammenhängt. Wie im Kapitel 2 aufgeführt wur-

de, weisen Studien darauf hin, dass Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl ein besseres Gesundheitsverhalten haben. Es lässt sich also vermuten, dass Familien, in welchen die Mutter ein starkes Kohärenzgefühl aufweist, eher bereit sind durch Angebote der Frühen Förderung in die Gesundheit ihrer Kinder sowie der Familie zu investieren. Dabei zeigt sich, dass Familien, in welchen die Mutter ein schwaches Kohärenzgefühl hat, einen tieferen Bildungsstand und eher einen Migrationshintergrund aufweisen.

Erkenntnisse zur Angebotsnutzung:

Betrachtet man die durchschnittliche Anzahl genutzter Angeboten, so erscheint der Wert von 3.7 von Total 21 Angeboten relativ tief. Dies lässt sich jedoch relativieren. Denn bei der Stichprobe handelt es sich um Familien mit einem Kind im Alter von vier bis zehn Monaten. Dabei erstaunt es nicht, dass Angebote wie Schwangerschaftsvorsorge, Mütter-Väterberatung, Rückbildungskurs und weitere die Spitze der Rangliste besetzen. Denn diese Familien gehören zur eigentlichen Zielgruppe des Angebotsclusters "Maternity Care" und dieser wurde im Vergleich zu den anderen Clusters wiederum am häufigsten genutzt. Die Angebote in diesem Cluster werden von beinahe allen Familien in Anspruch genommen. Dabei könnte die Finanzierung der Angebote einen Grund spielen. Laut dem Bundesamt für Gesundheit BAG (2014) gehören die Schwangerschaftsvorsorge und die Nachbetreuung durch eine Hebamme nach der Geburt (Wochenbetthebamme) zur medizinischen Grundversorgung in der Schweiz und werden von der Krankenversicherung finanziert. Der Geburtsvorbereitungskurs wird von den Krankenkassen mitfinanziert. Die Mütter-Väterberatung und Contact werden von der Gemeinde finanziert, wobei der Rückbildungskurs von den Familien selbst finanziert werden müssen.

Daraus zeigt sich deutlich, dass jene Angebote, welche von den Familien teilweise oder ganz finanziert werden müssen, am wenigsten genutzt wurden (Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurs). Dennoch wurden die Angebote im Vergleich zu den restlichen Angeboten mehr genutzt. Mögliche Gründe hierfür könnten sein, dass es sich bei der Stichprobe mehrheitlich um Erstgebärende handelt und daher der individuelle Nutzen höher gewichtet wird als der finanzielle Aufwand.

Verfolgt man weiter die Spur der Finanzierung, so zeigt sich ein ähnliches Bild bei der Nutzung der Kita. Hier ist der Anteil an Familien aus der Gruppe 1, welche einen Anspruch auf Betreuungsgutscheine haben, grösser als jene der Gruppe 2, welche die Kita selbst finanzieren müssen. Es zeigt sich aber auch, dass der Anteil der Familien, welche nicht auf externe Betreuung angewiesen sind bei beiden Gruppen relativ gross ist. 17 Familien haben angegeben, dass sie die Betreuung familienintern abdecken. Daraus lässt sich folgern, dass die Stichprobe mehrheitlich aus Familien besteht, welche ein gutes soziales beziehungsweise familiäres Netz zur Verfügung zu haben scheinen. Weiter wäre möglich, dass ein Elternteil nicht berufstätig ist oder beide Elternteile in Betreuung und Arbeit abwechselnd tätig sind.

Erkenntnisse zur Nicht-Nutzung der Angebote:

Betrachtet man die Gründe für die Nicht-Nutzung der Angebote, fällt auf, dass viele nicht bekannt waren. Insbesondere betrifft dies die Beratungsangebote, die spezifischen Angebote, die soziokulturellen Angebote, sowie einzelne Angebote der finanziellen Unterstützung und der Betreuung.

Wie oben beschrieben zeigt sich, dass die Angebote aus dem Cluster "Spezifische Angebote" nicht genutzt wurden. Dies erscheint in Anbetracht vom Alter der Kinder nachvollziehbar, da diese für die Logopädie und den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD) zu jung sind.

Bei den soziokulturellen Angeboten wird ersichtlich, dass viele Familien die Angebote einerseits nicht kannten und andererseits kein Bedürfnis nach weiteren sozialen Kontakten haben und deswegen diese Angebote nicht in Anspruch genommen haben. Es scheint erneut, dass die Familien dieser Stichprobe mehrheitlich über ein intaktes soziales Umfeld verfügen.

Weiter wird in Anbetracht der Zusammensetzung der Stichprobe deutlich, dass viele Familien keinen Bedarf oder keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben. Demzufolge wurden die Angebote "Betreuungsgutscheine" und "Mutterschaftsbeihilfe" kaum genutzt. Bei Letzterem fällt zudem auf, dass dieses Angebot kaum bekannt ist. Dies lässt sich dadurch erklären, dass die Mutterschaftsbeihilfe nur als Ergänzung zur Sozialhilfe bezogen werden kann und somit die Mehrheit dieser Stichprobe nicht zur Zielgruppe gehört.

Bei den Betreuungsangeboten haben die Familien oftmals angegeben, dass sie die Kita der Tagesfamilie bevorzugen. Mögliche Gründe dafür könnten sein, dass die Kita als professioneller erachtet wird und die Kinder zudem mehr soziale Kontakte knüpfen können. Diese Hypothese müsste jedoch überprüft werden.

Weiter auffällig ist, dass die KitaPlus häufig nicht bekannt ist oder kein Bedarf besteht. Da dieses Angebot für Kinder mit besonderen Bedürfnissen konzipiert ist, kann davon ausgegangen werden, dass die Familien in der Stichprobe keine Kinder mit einer Behinderung haben

Betrachtet man die Beratungsstellen Elbe und Fabia, so zeigt sich erneut, dass diese nicht bekannt sind. Das gleiche Bild wiederspiegelt sich auch beim Hausbesuchsprogramm. Beim Cluster "Maternity Care" fällt zudem auf, dass die Beratungsstelle Contact als einziges Angebot kaum bekannt und von keiner Familie in Anspruch genommen wurde.

Die Beratungsstelle Fabia scheint deshalb nicht bekannt zu sein, da die Stichprobe hauptsächlich aus Familien ohne Migrationshintergrund besteht und deshalb nicht zur Zielgruppe dieses Angebots gehört. Zusätzlich sei hier angemerkt, dass die mit beinahe 80% und damit am häufigsten genutzte Mütter-Väterberatung die Bedürfnisse der Familien abzudecken scheint und deshalb weniger bekannte Angebote wie "Contact" und "Elbe", welche ähnliche Themen behandeln, kaum bis gar nicht genutzt wurden. Es lässt sich jedoch vermuten, dass die Familien die eben genannten Angebote eher nutzen, wenn die Kinder älter sind und andere Themen zentral werden wie beispielsweise Fragen zu Erziehung.

Erkenntnisse zu den Schlussbemerkungen:

Bei den Schlussbemerkungen fiel die am meisten erwähnte Aussage auf, dass sich die Familien mehr Informationen zu den vorhanden Angeboten wünschen. Dabei wurde unter anderem eine Übersicht zu den einzelnen Angeboten der Gemeinde mit Angaben zu den Kosten sowie den Kontaktdaten gewünscht. Dieser Wunsch der Familien deckt sich mit den oben erläuterten Erkenntnissen, dass viele der Angebote bei den Familien nicht bekannt sind. Das zeigt, dass die Familien grundsätzlich ein Interesse an der Nutzung der Angebote haben, jedoch die Informationsbeschaffung mit Aufwand verbunden zu sein scheint. Dies könnte dazu beitragen, dass die Angebote nicht in Anspruch genommen werden.

Hierbei stellt sich den Autorinnen die Frage, ob eine solche Übersicht der Angebote bereits existiert oder nicht. Falls eine solche Übersicht den Familien bereits zugestellt wird, stellt sich weiter die Frage, ob der Zeitpunkt der Zustellung geeignet ist.

Bedeutungsvoll scheint den Autorinnen zudem das Lob an die Mütter-Väterberatung: eine Mutter betonte, dass diese von sich aus aktiv wurde und die Familien telefonisch kontaktierte. Hiermit ermöglicht die Mütter-Väterberatung einen niederschwelligen Zugang. Im nachfolgendem Kapitel soll noch näher darauf eingegangen werden.

Bei der Nutzung der Kita zeigt sich, dass die Familien mit organisatorischem Aufwand konfrontiert zu sein scheinen sowie die Struktur des Angebots kritisieren. Insbesondere wurden die wenig flexiblen Öffnungszeiten/Betreuungszeiten bemängelt, welche eine spontane Betreuung, wie auch die Betreuung über Festtage und Wochenenden des Kindes verunmöglichen. Zudem wurde erwähnt, dass die Betreuung in einer Kita zu teuer sei. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass es sich dabei um eine sogenannte "Schwellen-Familie" handelt, welche zwar keinen Anspruch auf Betreuungsgutscheine hat, jedoch über nicht genügende finanzielle Mittel verfügt, um einen Kitaplatz finanzieren zu können.

Weiter wurde von den Familien erwähnt, dass die Angebote mit Zwillingen erschwert nutzbar sind. Hierbei bleibt die Frage nach den betroffenen Angeboten offen, da leider keine weiteren Ausführungen vorhanden sind.

Im folgenden Kapitel sollen nun aus den oben diskutierten Erkenntnissen Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit aufgezeigt werden.

6. Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit

Im folgenden Kapitel ist nun die Praxis der Sozialen Arbeit im Fokus. Dabei sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- Wie können Familien umfassender erreicht werden?
- Welche Schlussfolgerungen lassen sich für die Erreichbarkeit der Familien ableiten?

Hierzu wird in einem ersten Abschnitt ein Fazit aus den oben dargestellten Ergebnissen und Interpretationen gezogen. In einem nächsten Schritt wird der Bezug zur Praxis der Sozialen Arbeit aufgezeigt, um danach offene Fragen und weiterführende Gedanken zu formulieren.

6.1 Fazit

Aus der oben dargestellten Diskussion sollen nun die wichtigsten Erkenntnisse erläutert werden und es soll diskutiert werden, inwiefern diese relevant sind für die Praxis der Sozialen Arbeit.

Es lassen sich verschiedene für die Soziale Arbeit relevanten Erkenntnisse aus der oben dargestellten Forschungsarbeit ziehen.

Zunächst wurde erstmals untersucht, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen einem tiefen Kohärenzgefühl und der Nutzung von Angeboten der Frühen Förderung. Dieser Zusammenhang konnte bestätigt werden. Daraus können in einem nächsten Schritt Folgerungen für die Praxis abgeleitet werden. Obwohl noch nicht bekannt ist, wie das Kohärenzgefühl gestärkt werden kann, so agiert die Soziale Arbeit oftmals so, dass sie versucht, die Handhabbarkeit, die Sinnhaftigkeit und die Verstehbarkeit der Klientel zu stärken/zurück zu erlangen/zu fördern. Damit kann die Soziale Arbeit als relevante Akteurin im Bereich der Gesundheitserhaltung und -förderung erachtet werden. Somit ist es relevant, näher darauf einzugehen, inwiefern die Soziale Arbeit dazu beitragen kann das Kohärenzgefühl ihrer Klientel zu stärken. Dies wiederum könnte die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die Familien professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen, wie zum Beispiel Angebote der Frühen Förderung und somit zur Gesundheit ihrer Kinder beitragen. Ebenfalls würde das Kohärenzgefühl der Kinder indirekt mitgestärkt werden, da dieses durch das Kohärenzgefühl der Eltern massgeblich beeinflusst wird.

Somit lassen sich zwei in der eingangs der Arbeit formulierten Hypothesen bestätigen. Nämlich, dass...

- ...Familien, bei denen die Mutter ein starkes Kohärenzgefühl hat, durchschnittlich mehr Angebote der Frühen Förderung in Anspruch nehmen, weil sie über mehr Ressourcen verfügen, um sich der Angebote zu erschliessen (mehr Freizeit, Geld, Informationen, bessere Sprachkenntnisse -> mehr Handlungsspielraum).
- ...Familien, bei denen die Mutter ein schwaches Kohärenzgefühl hat, durchschnittlich weniger Angebote der Frühen Förderung in Anspruch nehmen, da sie weniger Ressourcen zur Verfügung haben, sich diesen zu erschliessen (weniger Freizeit, Geld, Informationen, schlechtere Sprachkenntnisse -> weniger Handlungsspielraum).

Dabei bleibt die Frage offen, ob die Angebote SOC-stärkend sind und deshalb Familien mit einem straken Kohärenzgefühl mehr Angebote nutzen (im Sinne einer Wechselwirkung).

Eine weitere aufschlussreiche Erkenntnis dieser Arbeit wird durch die Betrachtung der Angebotsnutzung deutlich. Wie in der Diskussion beschrieben, scheint es nicht zu erstaunen, dass das Angebotscluster "Maternity Care" am häufigsten in Anspruch genommen wurde. Besonders interessant ist hierbei die hohe Nutzung der Mütter-Väterberatung, welche beinahe 80% beträgt. Aufgrund der hohen Erreichbarkeit dieses Angebots scheint es für die Soziale Arbeit besonders relevant, diesen Umstand näher zu betrachten. Dabei stellt sich die Frage, was die Mütter-Väterberatung anders oder besser macht, damit sie so viele Familien erreichen kann. Dies soll im folgenden Kapitel 6.2 diskutiert werden.

Betrachtet man die Erkenntnisse zu den Gründen für die Nicht-Nutzung, so sticht die Tatsache ins Auge, dass viele der Angebote nicht bekannt sind oder kein Bedarf für diese besteht. Letzteres lässt, wie in der Diskussion erläutert, auf ein gutes soziales Netz der Familien schliessen. Aus Sicht der Sozialen Arbeit interessieren hier mehrere Aspekte. Einerseits kommt die Frage auf, weshalb die Angebote nicht bekannt sind und wo die Praxis ansetzen kann, um den Bekanntheitsgrad der Angebote zu erhöhen? Hierzu sind die Schlussbemerkungen der interviewten Personen wegweisend für die Empfehlungen für die Praxis.

Weiter interessiert die Frage, weshalb die Familien oftmals gar keinen Bedarf an Angeboten haben? Liegt es daran, dass die erreichte Stichprobe nicht zur Zielgruppe der einzelnen Angebote gehört? Oder wären die Angebote bei Familien mit älteren Kindern gefragter?

Wie sich zeigte, setzt sich die erreichte Stichprobe mehrheitlich aus der breiten Bevölkerung (Teilgruppe 1) zusammen, was sicher eine der möglichen Antworten auf die eben gestellten Fragen sein kann. Damit wird die grundlegende Problematik in der Prävention deutlich gemacht, nämlich dass benachteiligte Familien nicht oder nur schwer erreicht werden können.

6.2 Praxisbezug

Aus den oben erläuterten wichtigsten Erkenntnissen lassen sich nun folgende konkrete Handlungsanweisungen/Empfehlungen für die Erreichbarkeit von Familien ableiten.

Wie die Forschungsergebnisse aufzeigen konnten, nutzen Personen mit einem starken Kohärenzgefühl tendenziell mehr Angebote der Frühen Förderung. Es wurde zudem ersichtlich, dass die Soziale Arbeit mit ihren Tätigkeitsfeldern in vielen Lebensbereichen involviert ist, die für die Ausbildung des Kohärenzgefühls relevant sind. Hier stellt sich also die Frage, wie das Kohärenzgefühl tatsächlich gestärkt werden kann. Was die Soziale Arbeit konkret in der Praxis machen kann, um salutogenorientiert zu handeln, wurde von verschiedenen Autoren und Autorlnnen untersucht wie beispielsweise von Köppel (2010) in ihrem Werk "Salutogenese und Soziale Arbeit" oder Brigitta Felder-Stocker, Claudia Jeger-Bernhard und Margrit Kaufmann (1999) in ihrer Diplomarbeit "Was macht es aus, dass... Das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky. Eine Anwendungsmöglichkeit in der Sozialen Arbeit". Zudem verweisen die Autorinnen auf die Ergebnisse einer Untersuchung, welche die Beratungsmethoden von Hebammen untersuchte und herausfand, dass diese als salutogenorientiert bezeichnet werden können (Meier Magistretti, 2015). Aus Platzgründen wird hier auf weitere Ausführungen verzichtet.

Was sich jedoch zeigt, ist, dass das Kohärenzgefühl als weiterer Indikator für benachteiligte Familien zu verstehen ist und somit als Zielgruppenfaktor angesehen werden kann. Es gibt also Aufschluss darüber, wie viele Ressourcen eine Person zur Verfügung hat und inwiefern sie diese nutzt.

Der Zielgruppenfaktor wird auch von Martin Hafen (2010) als zentraler Bestandteil in der Frage der Erreichbarkeit genannt. Er merkt an, dass es von grosser Bedeutung ist, alle Massnahmen an den spezifischen Merkmalen der Zielgruppe anzupassen (S.5f.). Dies bedeutet,

dass beispielsweise Hausbesuchsprogramme für Schweizerfamilien anders auszugestalten sind als für eine Familie mit Migrationshintergrund, welche kein Deutsch spricht.

In Anbetracht der operativen Geschlossenheit von Familien aus systemischer Sicht wird deutlich, dass die Angebote möglichst niederschwellig und lebensweltorientiert ausgerichtet sein sollten. Weiter soll den Familien als autopoietischen Systemen Rechnung getragen werden, indem ein besonderes Augenmerk auf die Gestaltung ihrer Umwelt gelegt wird. Damit ist hier insbesondere die Struktur der Informationsbeschaffung gemeint, welche also so niederschwellig wie möglich gestaltet sein sollte.

Im Folgenden soll nun näher auf die Mütter-Väterberatung eingegangen werden, welche aus Sicht der Autorinnen als Musterbeispiel für eine hohe Erreichbarkeit der Zielgruppen dient. Erstens zeigt sich, dass die Mütter-Väterberatung einen niederschwelligen Zugang für die Familien schafft. Dies erreicht sie durch eine telefonische Erstkontaktaufnahme, bei der sie den Familien ihre Unterstützung anbietet und über ihre verschiedenen Leistungen informiert. Vorteile von einer Kontaktaufnahme per Telefon sehen die Autorinnen darin, dass der Aufwand der Familien auf ein Minimum reduziert wird, da sie nicht von sich aus aktiv werden müssen, um sich über das Angebot zu informieren. Zudem erhält die Familie durch das Gespräch einen ersten persönlichen Eindruck der Beratungsstelle, was womöglich die Hemmschwelle einer Inanspruchnahme zu reduzieren vermag. Durch das Gespräch können zudem erste Fragen zu den Angeboten geklärt werden. Diese Art von Kontaktaufnahme wie auch das Angebot der Hausbesuche können zusätzlich als lebensweltorientiert bezeichnet werden. Einerseits deshalb, weil der Familienalltag mit einem Neugeborenen sehr ausgelastet ist und die ständige Präsenz der Eltern fordert. Und andererseits weil dadurch eine organisatorische Entlastung der Familien erreicht wird.

Eine Gefahr dabei könnte sein, dass die Familien die Kontaktaufnahme als störend wahrnimmt oder dass die persönlichen Hausbesuche zu intim sind. Durch die hohe Nutzung dieses Angebots kann aber davon ausgegangen werden, dass dies lediglich bei einer kleinen Anzahl Familien zutrifft.

Wie wichtig ein persönlicher Kontakt ist, zeigt ebenfalls die Bemerkung einer Mutter. Ihr zufolge hat sie die Mütter-Väterberatung nur deshalb in Anspruch genommen, weil die Hebamme ihr das Angebot persönlich empfohlen hat. Dabei scheinen folgende Faktoren zentral zu sein. Die Hebamme stellt (im besten Fall) eine Vertrauensperson für die Mutter dar, zu welcher eine Beziehung aufgebaut werden kann und die in einer wichtigen Zeit die Mutter nahe begleitet. Sie ist ausserdem in der Lage einen allfälligen zusätzlichen Unterstützungsbedarf einzuschätzen und kann somit in den Augen der Autorinnen eine zentrale Triage-Funktion übernehmen. Durch die nahe Begleitung und das Vertrauen scheint es wahrscheinlicher, dass die Mütter den Empfehlungen der Hebammen nachgehen und auch tatsächlich Unterstützungsangebote wahrnehmen. Insbesondere scheinen die Hebammen in der Erreichbarkeit der Familien auch deshalb so zentral, weil sie so gut wie alle Familien erreichen können. In dieser Zeit nach der Geburt werden (fast) alle Familien erreicht, also auch diejenigen Familien, welche zu einem späteren Zeitpunkt aus dem Netz der Angebote der Frühen Förderung herauszufallen scheinen. Somit würden die Hebammen einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung leisten.

Dies bedingt jedoch, dass die Hebammen ihre Klientel ganzheitlich (im Sinne der Salutogenese) und nicht nur aus medizinischer/pflegerischer Sicht betrachten. Denn nur so erschliesst sich ihnen ein allfälliger Bedarf an weiterer Unterstützung. Weiter bedingt es, dass sie über die Angebote der Frühen Förderung informiert und mit den zuständigen Stellen vernetzt

sind. Durch das Projekt Netzwerk der Frühen Förderung Luzern wurde hiermit sicherlich ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung getan.

Die Vernetzung der Sozialen Arbeit mit den Hebammen oder allgemein der Medizin, scheint insbesondere dort relevant, wo es darum geht, Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen, um allfällige Massnahmen einzuleiten. Wie im Kapitel 3 erläutert wird, leistet die Früherkennung einen Beitrag zu einer besseren Wirksamkeit von Präventionsangeboten und vermag damit Folgekosten zu minimieren. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit eine wichtige Funktion hat und deshalb zu fördern ist.

Weiter soll an einem nächsten Beispiel verdeutlicht werden, dass auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Erreichbarkeit von benachteiligten Familien zentral ist. Sozial benachteiligte Familien sind unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass sie wenige finanzielle Ressourcen zur Verfügung haben. Aus diesem Grund sind sie häufig der Sozialhilfe angegliedert. Somit stehen sie durch Gespräche in regelmässigem Kontakt zu den Mitarbeitenden der jeweiligen Ämter. Die Autorinnen sehen hier eine Chance, die Erreichbarkeit dieser Familien zu verbessern, indem die Sozialarbeitenden mit ihrer Triage-Funktion die Familien zu den jeweiligen Angeboten weitervermitteln können. Dies setzt jedoch, wie oben erläutert, eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit voraus, sowie eine ganzheitliche Sicht auf die Lebensumstände der Klientel. Hierbei kann eine salutogene Sichtweise handlungsanleitend sein.

Um eine vollumfängliche Erreichbarkeit der Familien zu erreichen, müssten sozialpolitische Massnahmen ergriffen werden. Beispielsweise könnten (gewisse) Angebote der Frühen Förderung, ebenso wie bei der Schulpflicht, gesetzlich verankert und somit obligatorisch gestaltet werden. Aus Sicht der Sozialen Arbeit bringt dieser Weg einige Herausforderungen mit sich. Durch die gesetzlich verankerte Teilnahmepflicht würden sich Massnahmen der Frühen Förderung im "Zwangskontext" befinden. Dies bedeutet, dass die Entscheidungsfreiheit der Familien erheblich eingeschränkt würden, was wiederum einen Einfluss auf die Partizipation hätte. Dies ist deshalb relevant, weil in der Sozialen Arbeit davon ausgegangen wird, dass langfristige Verhaltensveränderungen nur durch Partizipation erreicht werden können. Laut Hafen (2013) kann eine höchstmögliche Partizipation dem Widerstand gegenüber Interventionsversuchen sowie auch der Geschlossenheit von Systemen entgegenwirken (S.201). So betrachtet würde die oben dargestellte Massnahme wenig Sinn machen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Umsetzung der oben genannten Empfehlungen für die Praxis der Sozialen Arbeit im Moment als schwer realisierbar angesehen werden muss. Diese sind nämlich zu einem grossen Teil von den sozialpolitischen Bedingungen abhängig und den daraus vorhanden finanziellen Mitteln.

Aus Sicht der Autorinnen ist es angesichts der Tatsache, dass die Wirksamkeit von Früher Förderung durch Studien mehrfach belegt wurde, beinahe unverständlich, dass immer noch kaum finanzielle Mittel in diesen Bereich investiert werden. Hierbei wird der politische Handlungsbedarf für die Professionellen der Sozialen Arbeit deutlich. Gemäss dem Berufskodex Sozialen Arbeit Schweiz (2010) geht mit der Tätigkeit in der Sozialen Arbeit immer auch ein politisches Mandat einher (S.13), welches in Anbetracht der oben erläuterten, aktuellen Situation besonders wichtig erscheint.

6.3 Ausblick

Nun sollen aus den oben dargestellten Schlussfolgerungen offene Themen und Fragen aufgegriffen werden, die für den Diskurs der Berufsfelder der Sozialen Arbeit relevant sind und durch nachfolgende Arbeiten angegangen werden sollten.

Durch diese Arbeit konnten einige Fragen insbesondere hinsichtlich der Erreichbarkeit von Familien beantwortet werden. Trotzdem sind viele davon offen geblieben oder durch die gewonnenen Erkenntnisse entstanden.

Hinsichtlich der Angebotsnutzung und der Erreichbarkeit von Familien stellen sich folgende weiterführende Fragen:

- Weshalb sind die Angebote nicht bekannt?
- Gibt es Unterschiede bei den Gründen für die Nicht-Nutzung, wenn diese in Bezug auf die SOC-Gruppen betrachtet werden?
- Sind allenfalls strukturelle Verbesserungen der Angebote oder Anpassungen an die Zielgruppe nötig?
- Wie sieht das Nutzungsprofil der einzelnen Angebote aus (im Sinne einer Ist-Analyse)? Hierzu wäre es spannend, die soziodemographischen Angaben sowie die SOC-Werte der Familien zu eruieren, welche aufzeigen würden, welche Familien tatsächlich erreicht werden, um zielgruppenspezifische Aspekte in die einzelnen Angebote und Massnahmen zu integrieren.
- Was kann die Soziale Arbeit dazu beitragen, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken? Beziehungsweise wie kann die interdisziplinäre Zusammenarbeit gestärkt werden? Wie kann ein solches Netzwerk in der Stadt Luzern aufgebaut werden?

Wird die Salutogense in der Sozialen Arbeit betrachtet, so zeigt sich folgender Handlungsbedarf:

- Wie kann die salutogenetische Sichtweise in der Praxis der Sozialen Arbeit bekannter gemacht sowie integriert und angewendet werden?
- Wie lässt sich das Kohärenzgefühl stärken? Wie lassen sich diese Erkenntnisse in die Praxis der Sozialen Arbeit integrieren und welche Methoden bieten sich dafür an?
- Tragen die Angebote der Frühen Förderung zur Stärkung des Kohärenzgefühls bei?
 Wenn ja, wie?

Die Originalstudie von Meier Magistretti und Walter-Laager (in Vorbereitung) wird weitere Ergebnisse liefern können, welche die Erkenntnisse dieser Arbeit entweder bestätigen oder widerlegen. Zudem können durch deren Auswertung Informationen gewonnen werden, um weiterführendes Detailwissen zu gewinnen.

7. Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron (1997). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit (deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke). Tübingen: dgvt-Verlag.
- AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: Autor.
- Bundesamt für Gesundheit (2014). FAQ zu den Leistungen bei Mutterschaft. Gefunden unter http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/04114/11250/11263/?lang=de
- Casper, Volker (2005). Sense of coherence Die Kraft der Gruppe. Der Einfluss des Kohärenzgefühls einer Gruppe auf das Beanspruchungserleben ihrer Gruppenmitglieder. Münster: LIT Verlag.
- Felder-Stocker, Brigitta, Jeger-Bernhard, Claudia, & Kaufmann, Margrit (2000). Was macht es aus, dass... Das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky. Eine Anwendungsmöglichkeit in der Sozialen Arbeit. Bern: Soziothek.
- Franke, Alexa (1997). Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzepts. In Aaron Antonovsky, *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (S.169-190). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Hafen, Martin (2014). "Better Together" Prävention durch Frühe Förderung. Präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren. Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit (Überarbeitete und erweiterte Version). Luzern: Hochschule Luzern - Soziale Arbeit.
- Hafen, Martin (2013). Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis (2., überarb. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- Hafen, Martin (2010). Frühe Förderung als Prävention eine theoretische Verortung. Sucht Magazin 4 /2010, 4-13.
- Hösli, Evelin (2013). Soziale Arbeit und Salutogenese. Was das Salutogenese Konzept von Aaron Antonovsky für die Ressourcenorientierung der Sozialen Arbeit bedeutet. Bern: Berner Fachhochschule Fachbereich Soziale Arbeit.
- Köppel, Monika (2010). Salutogenese und Soziale Arbeit. Lage: Jacobs Verlag.
- Lindström, Bengt; Eriksson, Monica (2010). *The hitchhicker's guide to Salutogenisis. Salutogenic pathways to health promotion*. Helsinki: Tuokinprint Oy.
- Meier Magistretti, Claudia & Walter-Laager, Catherine (in Vorbereitung). *AFFiS Angebote Frühe Förderung in Schweizer Städten* (erscheint voraussichtlich 2018).
- Meier Magistretti (2015). Frühe Förderung in der Praxis. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.

Walter-Laager, Catherine, Meier Magistretti, Claudia (2016). Beiträge zur sozialen Sicherheit. Nationales Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut. Literaturstudie und Good-Practice-Kriterien zur Ausgestaltung von Angeboten der Frühen Förderung für Kinder aus sozial benachteiligten Familien. Bundesamt für Sozialversicherungen: Bern.