



Universität Paderborn

Anhang zur Dissertation

Titel:

**„Evaluation präventiver Beratungsarbeit am Beispiel des  
Modellprojekts ‚Aufbau von Beratungs- und  
Unterstützungsmaßnahmen für Familien, deren Säuglinge und  
Kleinkinder von Vernachlässigung, Misshandlung und Gewalt bedroht  
oder betroffen sind‘ des Deutschen Kinderschutzbundes,  
Kreisverband Schaumburg e. V.  
Eine empirische Analyse.**



vorgelegt von:

**Dipl. Päd. Eva Jordana Lindner**

Erstgutachterin: Prof. Dr. Anette Engfer

Zweitgutachter: Prof. Dr. Manfred Wettler

Paderborn, im Herbst 2004

## INHALTSVERZEICHNIS

	Seitenzahl
Untersuchungsinstrumente	
1. Eingangsbogen für die Klientinnen.....	2 - 14
2. Eingangsbogen für die Beraterinnen.....	16 - 24
3. Nachbefragungsbogen für die Klientinnen.....	26 - 36
Leitfaden zur Interviewdurchführung	
1. Fragebogen ADSL.....	38
2. Einleitung.....	39 - 40
3. Leitfaden.....	41 - 46
Vollständigkeitsliste des Fragebogenrücklaufs.....	48 - 51
Teilstichprobentabelle.....	53 - 54
Skalendokumentation der Eingangsbögen für die Klientinnen.....	56 - 61
Skalendokumentation der Eingangsbögen für die Beraterinnen.....	63 - 65
Beratungsanlässe nach Altersgruppen und Geschlecht der Kinder.....	67
Kombinationen von Beratungsanlässen.....	69
Anzahl der jeweiligen Nennungen der Beratungsanlässe je nach Auswertungskapitel 5.3.....	71
Skalendokumentation aller Nachbefragungsbögen für die Klientinnen.....	73 - 82

Anzahl der jeweiligen Nennungen der Beratungsanlässe je nach Auswertungskapitel 6.2 bis 6.5.....	84 - 85
Zusammenstellung der Daten der Nicht-Antwörter der Nachbefragungen.....	87 - 89
Zeitungsartikel.....	91 - 92

## **Untersuchungsinstrumente**

### **1. Eingangsbogen für die Klientinnen**

**Bitte füllen Sie folgenden Bogen vollständig aus, und kreuzen Sie die entsprechenden Dinge an.**

Datum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.2001

**ANGABEN ZUM KIND, über das Sie in der Beratung reden möchten:**

Geburtsdatum (Monat/ Jahr)      \_\_\_\_ / 19\_\_       Mädchen     Junge

**Was sind aktuelle Probleme bei diesem Kind?**

(Sie können mehrere Dinge ankreuzen.)

- unstillbares Schreien
- schlechte Tröstbarkeit
- Schlafprobleme
  - beim Einschlafen
  - beim Durchschlafen
- Probleme beim Stillen/ Füttern
- Unruhe
- Probleme in Trennungssituationen
- Trotz
- aggressives Verhalten
- extreme Eifersucht
- Ängste/ Unsicherheit des Kindes
- Einnässen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**ANGABEN ZU WEITEREN KINDERN**

**2. Kind:**

Geburtsdatum (Mon./ Jahr)      \_\_\_\_ / 19\_\_       Mädchen     Junge

**3. Kind:**

Geburtsdatum (Mon./ Jahr)      \_\_\_\_ / 19\_\_       Mädchen     Junge

## ANGABEN ZU IHRER PERSON

Geburtsdatum (Monat/ Jahr) \_\_\_\_ / 19\_\_

Familienstand  ledig  verheiratet  geschieden

Anzahl der Personen, die in Ihrem Haushalt leben? \_\_\_\_

Wie ist Ihre finanzielle Situation?

- Bei uns ist das Geld sehr knapp.
- Unser Geld reicht gerade so aus.
- Wir haben genug Geld und können sogar noch etwas sparen.

Welchen Schulabschluss haben Sie?

- Haupt-/ Volksschulabschluss
- Mittlere Reife (Realschule)
- Fachabitur, Allgemeine Hochschulreife (Fachoberschule, Gymnasium)

Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?  Ja  Nein

In welchem Beruf? \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie folgende Aussagen je nach **Zustimmungsgrad** an.

<b>Familienstand</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1.) Ich bin verheiratet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) Ich lebe in einer nicht-ehelichen Lebensgemeinschaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) Ich habe einen Lebenspartner/ Freund, der jedoch nicht bei mir wohnt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) Ich bin gerade dabei, mich von meinem Lebenspartner zu trennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Ich bin allein erziehend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) Ich bin geschieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) Bei uns lebt ein Kind/ Kinder, das/ die aus einer früheren Beziehung stammt/ stammen oder das Kind/ Kinder von meinem Lebenspartner/ Freund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.) sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Soziale Situation</b>	<b>trifft gar nicht zu 1</b>	<b>trifft etwas zu 2</b>	<b>trifft sehr zu 3</b>
1.) Ich habe niemanden, den ich in Notsituationen um Hilfe bitten könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) So etwas wie Nachbarschaftshilfe gibt es bei uns nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) Ich habe eine gute Freundin, bei der ich mich aussprechen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) In schwierigen Situationen (z. B. bei Krankheiten) kann ich mich auf die Hilfe von Verwandten und Freundinnen verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Ich fühle mich oft einsam und alleingelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Womit bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1.) Eigenes Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) Einkommen des Lebenspartners/ Freundes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) Erziehungsgeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) Sozialhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Arbeitslosengeld/ -hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) Unterhaltszahlungen vom Ex-Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) Unterstützung von den eigenen Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.) sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

<b>Finanzielle Situation</b>	<b>trifft gar nicht zu 1</b>	<b>trifft etwas zu 2</b>	<b>trifft sehr zu 3</b>
1.) Bei uns ist das Geld immer sehr knapp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) Ich habe Mühe, mit dem Geld auszukommen, das mir zur Verfügung steht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) Mit dem Geld komme ich gut klar, ich kann sogar noch etwas sparen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) Größere Ausgaben (z. B. für notwendige Anschaffungen, Urlaub usw.) sind bei uns nicht möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Ich habe viele Schulden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) Es fällt mir manchmal schwer, die Miete zu bezahlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Bitte kreuzen Sie die folgenden Aussagen je nach **Belastungsgrad** für Sie an.

Wohnsituation	Ja	Nein	gar nicht	etwas	sehr
			belastend 1	belastend 2	belastend 3
1.) Die Wohnung ist viel zu klein für uns.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) Die Wohnung ist schlecht ausgestattet (z. B. Heizung, Bad usw.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) Die Wohnung ist äußerst hellhörig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) Wir wohnen in einer schlechten Wohngegend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Bei uns gibt es neugierige Nachbarn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) Wir haben eine schlechte Verkehrsanbindung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) Es gibt kaum Einkaufsmöglichkeiten bei uns.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.) Durch Straßenverkehr ist es in der Wohnung sehr laut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.) Eltern/ Schwiegereltern wohnen mit im gleichen Haus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.) Es gibt keine Spielmöglichkeiten (Garten, Hof) für die Kinder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.) sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Persönliche Belastungen</b>		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>gar nicht belastend 1</b>	<b>etwas belastend 2</b>	<b>sehr belastend 3</b>
1.)	eigene Krankheit Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.)	Krankheit des Lebenspartners Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.)	Krankheit des Kindes Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.)	körperliche Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.)	eigene psychische Erkrankung (z. B. Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.)	psychische Erkrankung des Lebenspartners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.)	Nervosität und Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.)	Partnerschaftskonflikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.)	Unsicherheit und Selbstzweifel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.)	Suchtverhalten des Lebenspartners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.)	Beziehung zu den eigenen Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.)	Beziehung zu den Schwiegereltern/ Eltern des Lebenspartners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.)	eigene unglückliche Kindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.)	unglückliche Kindheit des Lebenspartners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.)	finanzielle Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.)	Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.)	sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Besonderheiten in der Schwangerschaft, bei der Geburt und körperliche Besonderheiten beim Kind</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1.) frühe Elternschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) späte Elternschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) ungeplante Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) komplizierte Geburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Frühgeburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) Krankheiten des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) Behinderung des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.) Untergewicht des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.) längere Klinikaufenthalte des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.) frühe Trennung vom Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.) sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Folgende Aussagen beschreiben Ihre Gefühle und Gedanken, die Sie hatten, bevor Sie zur Beratung gingen. Bitte kreuzen Sie jeweils an, was Sie dachten und wie Sie sich fühlten.

	<b>trifft gar nicht zu</b>	<b>trifft eher nicht zu</b>	<b>trifft eher zu</b>	<b>trifft genau zu</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1.) Ich fühlte mich ratlos und voller Selbstzweifel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) Ich befürchtete, dass ich bei meinem Kind etwas falsch mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) Ich war unsicher, was Kinder in diesem Alter wirklich brauchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) Ich fühlte mich von den Problemen mit meinem Kind überfordert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Ich wusste gar nicht, ob sich mein Kind 'normal' entwickelt oder ob mit ihm etwas nicht stimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) Ich dachte, dass andere Mütter mit ihren Kindern viel weniger Probleme haben als ich mit meinem Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) Ich wollte als Mutter alles richtig machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.) Mein Kind war ganz anders, als ich es mir vorgestellt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.) Ich hatte das Gefühl, mich als Mutter dauernd rechtfertigen zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Liste für Kinder unter einem Jahr**

Kinder sind manchmal schwierig zu betreuen. Welche Probleme hatte Ihr Kind und in welchem Maße fühlten Sie sich dadurch belastet, als Sie zur Beratung gingen? Bitte gehen Sie **alle** Probleme durch!

Mein Kind...	kam nicht vor	kam vor	belastete mich gar nicht	belastete mich etwas	belastete mich sehr
	1	2	1	2	3
... schrie häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ließ sich schlecht trösten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... quengelte viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war sehr schreckhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schrie durchdringend und fordernd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wollte am liebsten ständig unterhalten werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war selten aufmerksam und ansprechbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schlief nicht ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schlief selten nachts durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meldete sich praktisch jede Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Mahlzeiten dauerten endlos lange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... trank schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte häufig Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schmiegte sich nicht an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Liste für etwas ältere Kinder**

Kinder sind manchmal schwierig zu betreuen. Welche Probleme hatte Ihr Kind und in welchem Maße fühlten Sie sich dadurch belastet, als Sie zur Beratung gingen? Bitte gehen Sie **alle** Probleme durch!

Mein Kind...	kam nicht vor	kam vor	belastete mich gar nicht	belastete mich etwas	belastete mich sehr
	1	2	1	2	3
... war unruhig, stellte ständig etwas an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ließ sich schlecht trösten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... quengelte viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war überängstlich, schreckhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wollte immer im Mittelpunkt stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... konnte sich nicht gut allein beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war anderen gegenüber extrem schüchtern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... isolierte sich von anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schlief nicht ein, zögerte Einschlafen hinaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schlief selten nachts durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meldete sich praktisch jede Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kam nachts in mein Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Mahlzeiten dauerten endlos lange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war beim Essen mäkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte häufig Wutausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gehorchte schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte mit anderen Kindern sofort Streit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... geriet in Panik, wenn es mich aus den Augen verlor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war eifersüchtig auf das Geschwisterkind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Aussagen geben Erfahrungen wieder, die Sie im Umgang mit Ihrem Baby machen können oder die allgemein mit Kindern und Kindheit zu tun haben.

Bitte kreuzen Sie auf der vorgegebenen Antwortskala an, wie sehr die einzelnen Aussagen auf Sie zutreffen.

	trifft gar nicht zu 1	trifft eher nicht zu 2	trifft eher zu 3	trifft genau zu 4
1. Am Schreien des Kindes merke ich sofort, was ihm fehlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Manchmal fällt es mir sehr schwer, mit meinem Kind geduldig zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Seit das Kind da ist, bin ich viel nervöser geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich bin ständig in Sorge, dass meinem Kind etwas zustoßen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Niemand scheint daran zu denken, dass ich auch Liebe und Hilfe brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es macht mir viel Freude, mein Kind zu beobachten und herauszufinden, womit es sich gerade beschäftigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Manchmal bin ich so mit den Nerven fertig, dass ich das Kind schütteln und anschreien möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Seit das Kind da ist, fühle ich mich innerlich angespannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich werde den Gedanken nicht los, dass mein Kind doch krank sein könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich fühle mich recht erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich weiß genau, womit ich mein Kind trösten kann, wenn es unglücklich ist und weint.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft gar nicht zu 1	trifft eher nicht zu 2	trifft eher zu 3	trifft genau zu 4
12. Wenn ich außer mir bin, fasse ich mein Kind manchmal härter an, als ich eigentlich richtig finde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Manchmal würde ich am liebsten nur noch schlafen und alle Probleme vergessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich schaue nachts manchmal nach, ob mein Kind auch wirklich noch atmet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Es macht mir große Mühe, überhaupt noch Pläne zu machen und in die Tat umzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich glaube, man kann sich gar nicht genug mit dem Kind beschäftigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Manchmal bin ich so außer mir, dass ich mein Kind schlage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. In der letzten Zeit weine ich viel häufiger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Bei Krankheiten des Kindes überfällt mich plötzlich der Gedanke, dass mir das Kind wieder genommen werden könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich fühle mich oft am Ende meiner Kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Die kleinen Fortschritte in der Entwicklung meines Kindes sind für mich die größte Freude.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Im Grunde fühle ich mich mit meinen Problemen ganz allein gelassen, weil sich niemand wirklich um mich kümmert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Manchmal kann ich nachts nicht schlafen, weil ich mir vorstelle, meinem Kind könnte etwas zustoßen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Es macht mich glücklich, wenn sich mein Kind in meiner Gegenwart sichtlich wohl fühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

heutiges Datum: \_\_. \_\_. 2001

Vielen Dank für Ihre Hilfe!!

**Wenn Sie bereit sind, uns eventuell auch mündlich über Ihre Lebenssituation Auskunft zu geben, tragen Sie uns hier bitte Ihre Adresse ein:**

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Ich bin am besten in der Zeit zwischen \_\_\_\_ und \_\_\_\_ Uhr zu erreichen.

## **Untersuchungsinstrumente**

### 2. Eingangsbogen für die Beraterinnen

## DECKBLATT

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Monat/ Jahr): \_\_\_\_/ 19\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Datum des Erstkontakts: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 2001      Dauer: \_\_\_\_\_

Kontaktstelle       Hausbesuch      /       Selbstmelder       Fremdmelder

Beratungsanlass/ sonstige Anmerkungen:

---

---

---

---

---

---

---

---

Weitere Beratungstermine:

- |    |                |              |
|----|----------------|--------------|
| 1. | ____.____.2001 | Dauer: _____ |
| 2. | ____.____.2001 | Dauer: _____ |
| 3. | ____.____.2001 | Dauer: _____ |
| 4. | ____.____.2001 | Dauer: _____ |
| 5. | ____.____.2001 | Dauer: _____ |
| 6. | ____.____.2001 | Dauer: _____ |
| 7. | ____.____.2001 | Dauer: _____ |
| 8. | ____.____.2001 | Dauer: _____ |
| 9. | ____.____.2001 | Dauer: _____ |

**Die Klientin/ Der Klient machte auf mich folgenden Eindruck:**

gepflegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ungepflegt
optimistisch, zuversichtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sorgenvoll, bedrückt
offen, gesprächsbereit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verschlossen
einfühlsam, behutsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unsensibel
attraktiv, anziehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unattraktiv, abstoßend
selbstbewusst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unsicher, gehemmt
hört aufmerksam zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kann nicht zuhören
misstrauisch, kritisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gutmütig, freundlich
müde, angespannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	munter, frisch
rechthaberisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kompromissbereit
sympathisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unsympathisch
dominant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unterwürfig

heutiges Datum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.2001

**Liste für Kinder unter einem Jahr zur Beurteilung der Mutter-Kind-Beziehung**

**Mutter...**

**Mutter...**

---

... hält das Kind körperfern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hält das Kind körpernah
... spricht in Babysprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... spricht in Erwachsenensprache
... ist sehr aufmerksam gegenüber kindlichen Signalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ist wenig aufmerksam gegenüber kindlichen Signalen
... zeigt viel Freude am Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... zeigt wenig Freude am Kind
... ist überängstlich, besorgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ist optimistisch, gelassen
... spricht mit Baby in anderem Tonfall (leise modulierend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... spricht wie mit Erwachsenen
... wirkt apathisch, passiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... wirkt engagiert, aktiv
... benutzt Kosenamen für das Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... benutzt keinen Kosenamen
... ist behutsam, vorsichtig mit dem Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ist ungeschickt, unsensibel
... wirkt unsicher, hilflos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... wirkt sicher, kompetent
... reagiert prompt auf das Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... reagiert mit deutlicher Verzögerung
... überfordert das Kind durch hektische Aktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... geht angemessen auf das Kind ein
... ist psychologisch 'präsent'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... lässt das Kind 'links liegen'
... ist geduldig im Umgang mit dem Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ist ungeduldig im Umgang mit dem Kind
... wirkt gereizt, irritiert, 'genervt'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... wirkt stabil, ausgeglichen

---

Anmerkungen:

Datum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.2001

Liste für etwas **ältere Kinder** zur Beurteilung der Mutter-Kind-Beziehung

Mutter....

Mutter...

---

... zeigt viel Freude am Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... zeigt wenig Freude am Kind
... ist überängstlich, besorgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ist optimistisch, gelassen
... wirkt apathisch, passiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... wirkt engagiert, aktiv
... benutzt einen Kosenamen für das Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... benutzt keinen Kosenamen
... wirkt unsicher, hilflos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... wirkt sicher, kompetent
... ist psychologisch 'präsent'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... lässt das Kind 'links liegen'
... ist geduldig im Umgang mit dem Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... ist ungeduldig im Umgang mit dem Kind
... wirkt gereizt, irritiert, 'genervt'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... wirkt stabil, ausgeglichen
... überfordert das Kind mit Anweisungen, Verboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... äußert wenig Anweisungen, Verbote
... ist 'Herr der Lage'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... lässt sich vom Kind tyrannisieren
... 'stört' das Kind, mischt sich ständig ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... lässt das Kind gewähren
... schimpft viel mit dem Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... schimpft wenig bzw. nie

---

Anmerkungen:

Datum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.2001

**Bitte beachten, dass es bei den Belastungskategorien um die ganz persönliche Einschätzung geht!!**

Datum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.2001

<b>FAMILIALE SITUATION</b>		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>kam im Gespräch nicht vor</b>
<b>Klientin/ Klient...</b>				
1.)	... ist verheiratet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.)	... lebt in einer nicht-ehelichen Lebensgemeinschaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.)	... hat einen Lebenspartner/ Freund, der jedoch nicht bei ihr/ihm wohnt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.)	... ist gerade dabei, sich von ihrem/seinem Lebenspartner zu trennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.)	... ist allein erziehend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.)	... ist geschieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.)	Bei Klientin lebt ein Kind/ Kinder, das/ die aus einer früheren Beziehung stammt/ stammen oder Kind/ Kinder vom Lebenspartner/ Freund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOZIALE SITUATION	Ja	Nein	nicht im Gespräch erwähnt	scheint mir...		
				... nicht belastend	... etwas belastend	... sehr belastend
1.) störende Nachbarschaftsbeziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) Eltern/ Schwiegereltern wohnen mit im gleichen Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) keine enge Freundin vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) mangelnde Hilfe von Verwandten und Freundinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) soziale Isolation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WOHNSITUATION	Ja	Nein	nicht im Gespräch erwähnt	scheint mir...		
				... nicht belastend	... etwas belastend	... sehr belastend
1.) Wohnung ist viel zu klein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) Wohnung ist schlecht ausgestattet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) Wohnung ist äußerst hellhörig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) schlechte Wohngegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) neugierige Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) schlechte Verkehrsanbindung und wenig Einkaufsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) durch Straßenverkehr ist es in der Wohnung sehr laut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.) keine Spielmöglichkeiten (Garten, Hof) für die Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>LEBENSUNTERHALT</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>kam im Gespräch nicht vor</b>
1.) eigenes Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) Einkommen des Lebenspartners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) Erziehungsgeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) Sozialhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Arbeitslosengeld/ -hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) Unterhaltszahlungen vom Ex-Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) Unterstützung von den eigenen Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>FINANZIELLE SITUATION</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>kam im Gespräch nicht vor</b>
1.) Arbeitslosigkeit in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) Schulden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) Geld ist sehr knapp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) größere Ausgaben nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Geld reicht gerade so aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) gutes Auskommen mit dem Geld (sparen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSÖNLICHE SITUATION	Ja	Nein	nicht im Gespräch erwähnt	scheint mir...		
				... nicht belastend	... etwas belastend	... sehr belastend
1.) eigene Krankheit Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) Krankheit des Lebenspartners Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) Krankheit des Kindes Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) körperliche Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) eigene psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) psychische Erkrankung des Lebenspartners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) Nervosität und Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.) Partnerschaftskonflikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.) Unsicherheit und Selbstzweifel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.) eigene Abhängigkeit (Tabletten, Alkohol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.) Suchtverhalten des Lebenspartners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.) Beziehung zu den eigenen Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.) Beziehung zu den Schwiegereltern/ Eltern des Lebenspartners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.) Überforderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.) Belastungen aus der eigenen Kindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.) finanzielle Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.) Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.) Überängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.) belastende Umstände in der eigenen Kindheit (z. B. Heimaufenthalt, broken home)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BELASTUNGEN DURCH DAS KIND	Ja	Nein	nicht im Gespräch erwähnt	scheint mir...		
				... nicht belastend	... etwas belastend	... sehr belastend
1.) unstillbares Schreien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) schlechte Tröstbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) Probleme beim Einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) Probleme beim Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Probleme beim Stillen/ Füttern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) Probleme in Trennungssituationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.) Trotz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.) aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.) extreme Eifersucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.) Ängste/ Unsicherheit des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.) Einnässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schwangerschaft, Geburt, körperliche Besonderheiten beim Kind	Ja	Nein	kam im Gespräch nicht vor
1.) frühe Elternschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) späte Elternschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) ungeplante Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) komplizierte Geburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Frühgeburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) Krankheiten des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) Behinderung des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.) Untergewicht des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.) längere Klinikaufenthalte des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.) frühe Trennung vom Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **Untersuchungsinstrumente**

### 3. Nachbefragungsbogen für die Klientinnen

Bitte füllen Sie folgenden Bogen vollständig aus, und kreuzen Sie die entsprechenden Dinge an.

Datum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.2001

### AKTUELLE ANGABEN ZU IHRER PERSON

Geburtsdatum (Monat/ Jahr) \_\_\_\_ / 19\_\_

<b>Familienstand</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1.) Ich bin verheiratet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) Ich lebe in einer nicht-ehelichen Lebensgemeinschaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) Ich habe einen Lebenspartner/ Freund, der jedoch nicht bei mir wohnt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) Ich bin gerade dabei, mich von meinem Lebenspartner zu trennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Ich bin allein erziehend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) Ich bin geschieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) Bei uns lebt ein Kind/ Kinder, das/ die aus einer früheren Beziehung stammt/ stammen oder das Kind/ Kinder von meinem Lebenspartner/ Freund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Womit bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1.) Eigenes Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) Einkommen des Lebenspartners/ Freundes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) Erziehungsgeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) Sozialhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Arbeitslosengeld/ -hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) Unterhaltszahlungen vom Ex-Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) Unterstützung von den eigenen Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl der Personen, die in Ihrem Haushalt leben? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihre finanzielle Situation?

- Bei uns ist das Geld sehr knapp.
- Unser Geld reicht gerade so aus.
- Wir haben genug Geld und können sogar noch etwas sparen.

Welchen Schulabschluss haben Sie?

- Haupt-/ Volksschulabschluss
- Mittlere Reife (Realschule)
- Fachabitur, Allgemeine Hochschulreife (Fachoberschule, Gymnasium)

Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?  Ja  Nein

In welchem Beruf? \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZUM KIND/ KINDERN

### 1. Kind:

Geburtsdatum (Mon./ Jahr) \_\_\_ / 19\_\_       Mädchen    Junge

Haben Sie über dieses Kind in der Beratung gesprochen?    Ja    Nein

### 2. Kind:

Geburtsdatum (Mon./ Jahr) \_\_\_ / 19\_\_       Mädchen    Junge

Haben Sie über dieses Kind in der Beratung gesprochen?    Ja    Nein

### 3. Kind:

Geburtsdatum (Mon./ Jahr) \_\_\_ / 19\_\_       Mädchen    Junge

Haben Sie über dieses Kind in der Beratung gesprochen?    Ja    Nein

## **Was war damals für Sie der Anlass, zur Beratung zu gehen?**

(Sie können mehrere Dinge ankreuzen.)

- unstillbares Schreien
- schlechte Tröstbarkeit
- Schlafprobleme
  - beim Einschlafen
  - beim Durchschlafen
- Probleme beim Stillen/ Füttern
- Unruhe
- Probleme in Trennungssituationen
- Trotz
- aggressives Verhalten
- extreme Eifersucht
- Ängste/ Unsicherheit des Kindes
- Einnässen

## **Gab es einen anderen Beratungsanlass für Sie? Welchen?**

---

Uns interessiert Ihre jetzige Lebenssituation und wie zufrieden Sie damit sind.  
Bitte kreuzen Sie das entsprechende Feld an.

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer **Wohnsituation** mit Blick auf...

	<b>sehr unzufrieden</b>	<b>eher unzufrieden</b>	<b>eher zufrieden</b>	<b>sehr zufrieden</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1.) die Größe der Wohnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) die Ausstattung der Wohnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) die Nachbarschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) vorhandene Einkaufsmöglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Verkehrsanbindung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) die Wohngegend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) die Verkehrssicherheit für Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.) Spielmöglichkeiten für Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.) die Hellhörigkeit der Wohnung und des Gebäudes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.) die Lärmbelästigung durch den Straßenverkehr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.) die Miete/ Wohnkosten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer **sozialen Situation** mit Blick auf...

	<b>sehr unzufrieden 1</b>	<b>eher unzufrieden 2</b>	<b>eher zufrieden 3</b>	<b>sehr zufrieden 4</b>
1.) Hilfe in Notsituationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) Nachbarschaftshilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) eine gute Freundin, bei der Sie sich aussprechen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) Freundschaften im Allgemeinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Ihre Partnerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) die Verfügbarkeit Ihrer Eltern/ Eltern des Lebenspartners?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) Unterstützung durch Verwandte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.) die Beziehung zu Ihrem Kind/ Ihren Kindern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer **persönlichen Situation** mit Blick auf...

	<b>sehr unzufrieden 1</b>	<b>eher unzufrieden 2</b>	<b>eher zufrieden 3</b>	<b>sehr zufrieden 4</b>
1.) Ihre Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) die Gesundheit Ihres Lebenspartners?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) die Gesundheit des Kindes/ der Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) Ihr psychisches Wohlbefinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) das psychische Wohlbefinden Ihres Lebenspartners?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) die berufliche Situation Ihres Lebenspartners?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) Ihre eigene berufliche Situation/ Perspektive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.) Ihre Situation im Erziehungsurlaub?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.) die finanzielle Situation Ihres Lebenspartners?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.) Ihre eigene finanzielle Situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.) Ihre Partnerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.) das Familienleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.) die alltäglichen Anforderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.) die Beziehung zu den eigenen Eltern/ Eltern des Lebenspartners?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.) die Beziehung zu Ihrem Kind/ Ihren Kindern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.) die Probleme, die Sie mit Ihrem Kind/ Ihren Kindern hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Folgende Aussagen beschreiben Ihre Gefühle und Gedanken, **bevor** Sie sich beraten ließen.

Bitten kreuzen Sie die jeweiligen Aussagen aus Ihrer Erinnerung an.

	trifft gar nicht zu 1	trifft eher nicht zu 2	trifft eher zu 3	trifft genau zu 4
1.) Ich fühlte mich ratlos und voller Selbstzweifel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) Ich befürchtete, dass ich bei meinem Kind etwas falsch machte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) Ich war unsicher, was Kinder in diesem Alter wirklich brauchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) Ich fühlte mich von den Problemen mit meinem Kind überfordert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Ich wusste gar nicht, ob sich mein Kind 'normal' entwickelte oder ob mit ihm etwas nicht stimmte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) Ich dachte, dass andere Mütter mit ihren Kindern viel weniger Probleme hätten als ich mit meinem Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) Ich wollte als Mutter alles richtig machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.) Mein Kind war ganz anders, als ich es mir vorgestellt hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.) Ich hatte das Gefühl, mich als Mutter dauernd rechtfertigen zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.) Manchmal habe ich mein Kind härter angefasst, als ich eigentlich richtig fand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.) Manchmal verlor ich bei meinem Kind die Nerven, und es tat mir hinterher leid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden möchten wir wissen, wie Sie die Beratung im KEKK erlebt haben. Wieder geht es um Ihre persönlichen Gedanken und Gefühle. Sie können dabei nichts falsch machen.

	<b>trifft gar nicht zu 1</b>	<b>trifft eher nicht zu 2</b>	<b>trifft eher zu 3</b>	<b>trifft genau zu 4</b>
1.) Ich fühlte mich von der Beraterin verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) Ich hätte gern mehr Beratungsstunden gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) Die Informationen, die ich bekam, waren sehr nützlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) Mir schien die Beraterin sehr kompetent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Ich fühlte mich ernst genommen und respektiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) Die Beraterin konnte gut zuhören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) Meine eigentlichen Probleme habe ich nicht zu äußern gewagt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.) Meine eigenen Ideen wurden aufgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.) Ich hatte das Gefühl, die Beraterin wusste genau, wovon sie sprach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.) Ich fühlte mich schlecht, weil ich selbst keine Lösung des Problems gefunden habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.) Die Beraterin war mir sympathisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.) Ich habe nicht gewagt, nachzufragen, wenn ich etwas nicht verstanden habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.) Mir wurden viele Vorschläge gemacht, die sich doch nicht realisieren ließen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.) Ich hatte den Eindruck, dass die Beraterin wirklich an mir und meinem Problem interessiert war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>trifft gar nicht zu 1</b>	<b>trifft eher nicht zu 2</b>	<b>trifft eher zu 3</b>	<b>trifft genau zu 4</b>
15.) Meine eigentlichen Probleme wurden in der Beratung nicht gelöst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.) Mir hat die Beraterin zu viel geredet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.) Es war mir ‚peinlich‘, zur Beratung zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.) Ich hätte mir mehr konkrete Ratschläge gewünscht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.) Die Beraterin hat sich sehr viel Zeit für mich genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.) Ich wurde von einer anderen Person zur Beratung geschickt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.) Ich habe der Beraterin nicht wirklich vertrauen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.) Ich musste mich richtig überwinden, um zur Beratung zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.) Mir wären kürzere Beratungssitzungen lieber gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.) Ich fühlte mich von der Beraterin unter Druck gesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.) Die Beratung hat mir gut getan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.) Die Beraterin hat mir gut gefallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.) Der Ort der Beratung (Kontaktstelle oder zu Hause) hat mir gut gefallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**Nun geht es um die Gedanken und Gefühle, die Sie heute haben. Kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an.**

	trifft gar nicht zu 1	trifft eher nicht zu 2	trifft eher zu 3	trifft genau zu 4
1.) Ich bin heute noch ebenso häufig ratlos und verzweifelt wie vor der Beratung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) Andere Menschen entlasten mich nicht bei der Verantwortung für mein Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) Alltagsprobleme können mich jetzt nicht mehr erschüttern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) Das Verhalten meines Kindes hat sich in keiner Weise gebessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Ich bin ganz zufrieden mit meinem Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) Ich würde mich jederzeit wieder an die KEKK wenden, wenn ich nicht weiter weiß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) Ich denke immer noch, dass ich eine perfekte Mutter sein muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.) Es fällt mir schwer, mein Kind in die Obhut anderer Menschen zu geben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.) Wenn ich alles so richtig satt habe, versuche ich, etwas für mich selbst zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.) Ich habe viel mehr Freude am Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.) Ich habe etwas Neues über mich gelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.) Ich habe andere Mütter ermutigt, sich von der KEKK beraten zu lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.) Ich habe Mühe, mich zu entspannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.) Ich habe immer noch das Gefühl, in der Erziehung meines Kindes Fehler zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>trifft gar nicht zu 1</b>	<b>trifft eher nicht zu 2</b>	<b>trifft eher zu 3</b>	<b>trifft genau zu 4</b>
15.) Ich habe meine Ansprüche zurückgeschraubt, in allem perfekt sein zu wollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.) Es macht mir nichts mehr aus, wenn mein Kind etwas noch nicht so gut kann wie andere Kinder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.) Auf manche Situationen kann ich heute viel gelassener reagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.) Wenn ich etwas wirklich nur für mich selbst tun möchte, bekomme ich sofort ein schlechtes Gewissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.) Ich wurde viel gelassener und geduldiger mit dem Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.) Ich vergleiche mich viel weniger mit anderen Müttern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.) Ich verstehe heute mein Kind viel besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.) Ich würde mir heute eher Hilfe suchen, wenn ich allein nicht mehr zurechtkomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.) Im Grunde hat sich bei mir wenig zum Guten hin verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.) Auch wenn es schlimm kommt, behalte ich bei meinem Kind die Nerven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.) Das Leben macht mir viel mehr Spaß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.) Ich konnte zu einer anderen Sichtweise des Kindes gelangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.) Die Schwierigkeiten mit meinem Kind reißen nicht ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Vielen Dank für Ihre Hilfe !!

## **Leitfaden zur Interviewdurchführung**

1. Fragebogen ADSL
2. Einleitung
3. Leitfaden

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem Befinden während der letzten Woche am besten entspricht. Die einzelnen Antwortmöglichkeiten bedeuten hierbei:

- ① selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag lang)
- ② manchmal (1 bis 2 Tage lang)
- ③ öfters (3 bis 4 Tage lang)
- ④ meistens, die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)

**Während der letzten Woche....**

---

	selten	manchmal	öfters	meistens
1. haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.	①	②	③	④
2. hatte ich kaum Appetit.	①	②	③	④
3. konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl meine Freunde und meine Familie versuchten, mich aufzumuntern.	①	②	③	④
4. kam ich mir genauso gut vor wie andere.	①	②	③	④
5. hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren.	①	②	③	④
6. war ich deprimiert/ niedergeschlagen.	①	②	③	④
7. war alles anstrengend für mich.	①	②	③	④
8. dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft.	①	②	③	④
9. dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag.	①	②	③	④
10. hatte ich Angst.	①	②	③	④
11. habe ich schlecht geschlafen.	①	②	③	④
12. war ich fröhlich gestimmt.	①	②	③	④
13. habe ich weniger als sonst geredet.	①	②	③	④
14. fühlte ich mich einsam.	①	②	③	④
15. waren die Leute unfreundlich zu mir.	①	②	③	④
16. habe ich das Leben genossen.	①	②	③	④
17. musste ich weinen.	①	②	③	④
18. war ich traurig.	①	②	③	④
19. hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können.	①	②	③	④
20. konnte ich mich zu nichts aufraffen.	①	②	③	④

---

## **EINLEITUNG zum Interview**

Zu Beginn möchte ich mich ganz herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich die Zeit nehmen, mit mir zu sprechen.

Mein Name ist Eva Lindner. Ich wohne in Bünde und arbeite an der Uni in Paderborn im Fach Psychologie. Dort hat sich die Zusammenarbeit mit der KEKK in Stadthagen Ende 1998 ergeben. Seitdem haben wir an alle Mütter, die sich dort haben beraten lassen, Fragebögen ausgeteilt und sie nach Abschluss der Beratung mit einem zweiten Fragebogen über die Wirkungen der Beratung sowie die Zufriedenheit befragt. Auch heute werden diese Fragebögen ausgeteilt, weil es die wissenschaftliche Auswertung wichtig ist, von möglichst vielen Müttern und den Kindern Angaben zu erhalten.

Es ist ganz interessant zu sehen, dass viele der Mütter mit der Beratung in der KEKK sehr zufrieden waren und einige Aspekte des Fragebogens bejahen und andere nicht. Viele sagen beispielsweise, dass ihnen die Beraterin sehr sympathisch war und dass sie ihr vertrauen konnten. Andere sind der Ansicht, die erhaltenen Ratschläge seien unrealistisch gewesen und die Beratung zu lang oder zu kurz.

So etwas herauszufinden, kann für die Beraterinnen wichtig sein und sie vielleicht anregen, etwas an ihrer Arbeit zu verbessern. Die Rückmeldung an die Mitarbeiterinnen der KEKK ist aber nur *ein* Aspekt meiner Arbeit.

Das eigentliche Ziel besteht darin, herauszufinden, welche Personen eine Beratungsstelle wie die KEKK aufsuchen, wie lange die Beratung dauert, welche Gründe die Mütter oder auch Väter haben, diese Beratung aufzusuchen, ob mehr Mädchen oder Jungen angemeldet werden, wie alt diese Kinder sind usw. und für welche Personen die Beratung in der KEKK besonders hilfreich gewesen ist. Da gibt es nämlich Unterschiede. Am Ende will ich all diese Angaben zusammenfassen und mit anderen Beratungsstellen vergleichen.

Dies war jetzt sehr „wissenschaftlich“. Mir ist daran gelegen, die Mütter (oder Väter und die Kinder) persönlich kennen zu lernen, weil ich glaube, dass ich vieles besser verstehe, wenn ich mit Ihnen persönlich spreche. Keine Familie ist gleich, und ich interessiere mich eben für

die Unterschiede und vor allem für die unterschiedlichen Anlässe, zur Beratung zu gehen und was genau sich im Einzelnen dahinter verbirgt.

Vielleicht ein paar Worte zum Vorgehen:

Wenn ich Sie etwas frage, dann interessiere ich mich für Ihre ganz **persönlichen Erfahrungen, Eindrücke und Gefühle**. Das bedeutet, dass Sie **nichts Falsches** sagen können. Wenn Ihnen zu einer Frage mal nichts einfällt, ist das nicht schlimm, und wenn Sie eine Frage nicht verstehen, dann fragen Sie mich, was ich damit meine.

Ich möchte, dass Sie sich während des Gesprächs **wohl fühlen**.

Des Weiteren werde ich das Gespräch mit dem Cassettenrekorder aufnehmen. Das erleichtert mir das Zuhören. Diese Aufzeichnung wird selbstverständlich **streng vertraulich** behandelt, alle persönlichen Daten, die Sie erwähnen werden, werden beim Abtippen **anonymisiert** (d. h. abgekürzt oder mit einer Codierung versehen).

Um diese Informationen auswerten zu können, wird Ihr Interview wortwörtlich abgetippt. Die Unterlagen sind **ausschließlich dem wissenschaftlichen Bedarf** vorbehalten und werden **nicht** an die Beratungsstelle weitergegeben.

Auch wenn Sie grundsätzlich damit einverstanden sind, dass die Cassette mitläuft, können wir jederzeit während des Gesprächs die Aufnahme unterbrechen.

Sie haben in dem Fragebogen, den Sie ausgefüllt haben, bereits einige Angaben darüber gemacht, wie Ihnen die Beratung gefallen hat (nur die, die nachbefragt wurden!!!). Im folgenden Gespräch möchte ich gerne etwas genauer auf diese Aspekte eingehen (wie Sie zur KEKK gekommen sind, wie die Ausgangssituation für Sie aussah und wie die Beratung verlaufen ist). Dazu habe ich einige Fragen vorbereitet, die ich in der vorgegebenen Reihenfolge stellen werde (Vergleichbarkeit bei der Auswertung).

Wenn *Sie* jetzt keine Fragen mehr haben, dann könnten wir mit dem Interview beginnen.

<p><b><u>Erste Frage zum Warmreden</u></b></p> <p>Anzahl der Termine oder Monate wie viel Zeit ist vergangen seither?</p> <p>Babytreff, Kinderarzt, Zeitung, KiGa...? Beteiligung anderer Personen?</p> <p>WA??</p> <p>Partnerkonflikt?</p> <p>Zugangsprobleme? Wartezeit?</p> <p>Babytreff, Veranstaltungen...?</p>	<p><b>(0) heutige Familiensituation abfragen: verheiratet, mit Partner, Kinder, Alter, berufstätig?</b></p> <p>(1) Wenn Sie an die Beratung in der KEKK denken, an was erinnern Sie sich? <i>(längere Kontakte &gt;&gt; 6a; einmaliger Kontakt &gt;&gt; 6b!!)</i></p> <p>1.1 Können Sie sich erinnern, wie <b>viele Termine</b> Sie dort hatten oder wie lange die Beratung gedauert hat? Wann war die letzte Beratung?</p> <p>1.2 Woher <b>kannten</b> Sie die KEKK? Wie haben Sie von der KEKK erfahren?</p> <p>1.3 Waren Sie das <b>erste Mal</b> dort oder haben Sie sich vorher schon mal beraten lassen? a) <i>wenn ja:</i> Waren Sie in der KEKK oder in einer anderen Beratungsstelle?</p> <p>1.4 Haben Sie mit <b>jemandem darüber gesprochen</b>, dass Sie zur Beratung gehen wollen? a) <i>wenn ja:</i> Wie haben andere darauf reagiert? b) <i>wenn verheiratet/ Partner:</i> Wie fand Ihr Partner das? (evtl. Konflikt nachfragen!!)</p> <p>1.5 Wie schnell bekamen Sie Ihren <b>ersten</b> Termin? Telefonisch vereinbart? a) <i>wenn Wartezeit:</i> Weshalb hat sich das verzögert?</p> <p>1.6 Haben Sie noch <b>andere Angebote</b> der KEKK in Anspruch genommen? 1.6.1 Kennen Sie noch andere Angebote der KEKK? a) <i>wenn ja:</i> Welche?</p>
<p><b><u>Ausgangssituation vor der Beratung</u></b></p> <p>Vergleich Selbst- vs. Fremdmelder</p>	<p>(2) Wie kam es dazu, dass Sie <b>zur KEKK gegangen</b> sind? Können Sie mir die Ausgangslage schildern, bevor Sie zur KEKK gegangen sind? Wie sah Ihr Familienleben aus?</p> <p>2.1 Was waren <b>problematische Situationen</b>? (Beispiel nennen lassen)</p> <p>2.2 Was haben Sie konkret versucht, dagegen zu tun?</p> <p>2.3 Wie ging es Ihnen zu dieser Zeit?</p> <p>2.4 Wie alt war Ihr Kind zu dieser Zeit??</p> <p>2.5 <i>wenn mehrere Kinder:</i> Waren alle Kinder Gegenstand der Beratung?</p>

<p><b><u>Erwartungen</u></b></p> <p>Vergleich Selbst- vs. Fremdmelder; was ist bei Fremdmeldern noch wichtig??</p>	<p>(3) Was haben Sie sich von der Beratung erhofft? <i>oder</i>: Hatten Sie irgendwelche <b>Erwartungen</b> an die Beratung?  a) <i>wenn ja</i>: Welche?</p> <p>3.1 Was haben Sie gedacht, wie so eine Beratung abläuft? <i>oder</i>: Welche <b>Vorstellung</b> hatten Sie von Beratung?</p> <p>3.2 Gab es bei Ihnen Erwartungen oder Vorstellungen...  <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bzgl. des Problems/ Beratungsanlass?</li> <li>▪ bzgl. der Beraterin?</li> <li>▪ bzgl. der Lösungen für Ihr Problem/ Ihre Fragen?</li> <li>▪ bzgl. des Beratungsprozesses?</li> </ul> </p>
<p>Ziele abfragen</p> <p>gleiche Frage auch an Beraterin!</p> <p><b><u>Vorbehalte/ Ängste</u></b></p> <p>Vergleich Selbst- vs. Fremdmelder</p>	<p>3.3 Hatten Sie <b>konkrete Fragen</b>, auf die Sie in der Beratung eine Antwort bekommen wollten?  a) wenn ja: Welche Fragen waren das?</p> <p>3.3.1 Wurden diese Fragen beantwortet? Wurden die <b>Ziele</b>, die Sie hatten, <b>erreicht</b>?  a) <i>wenn ja</i>: Wodurch wurden diese Ziele erreicht?</p> <p>3.3.2 Wurden irgendwelche <b>Ziele gemeinsam</b> mit der Beraterin besprochen und festgelegt?</p> <p>3.3.3 Gab es etwas, das Sie in der Beratung lernen/ erfahren wollten?  a) <i>wenn ja</i>: Was wollten Sie erfahren?</p> <p>(4) Hatten Sie irgendwelche <b>Vorbehalte</b> oder <b>Ängste</b> bzgl. der Beratung?  a) <i>wenn ja</i>: Worin bestanden diese Ängste?</p> <p>4.1 Haben sich diese Vorbehalte oder Ängste erfüllt?  a) <i>wenn ja</i>: Was war die Folge?</p> <p>4.2 Haben sich diese Vorbehalte oder Ängste aufgelöst?  a) <i>wenn ja</i>: Wodurch haben sich die Ängste aufgelöst?</p> <p>4.3 Woran lag es, dass Ihre Vorbehalte/ Sorgen unbegründet waren?</p>

<p><b><u>Beratung selbst</u></b></p> <p>Hausbesuch oder Kontaktstelle?</p>	<p>(5) Wie haben Sie die erste Beratung erlebt?</p> <p>5.1 Was ging Ihnen beim ersten Termin durch den Kopf?</p> <p>5.2 Wie haben Sie sich gefühlt?</p> <p>5.3 Wo fand die Beratung statt?</p> <p>5.4 War das Kind anwesend?</p> <p>5.5 War Ihr Mann/ Partner dabei? (5.6 Wie verlief die Beratung?)</p> <p><i>(erinnere Frage (1) Anzahl der Termine!!)</i></p>
<p><b>↔ ↔ Für längere Kontakte</b></p> <p>Vertrauen, Interesse, Mitleid, Verständnis, Meinung gesagt, Position bezogen...</p>	<p>(6a) Welches waren <b>Inhalte</b>, über die Sie gesprochen haben? (während der gesamten Beratung, nicht nur 1. Termin!)</p> <p>6a.1 Würden Sie sagen, es war nur ein „Problem“, über das Sie gesprochen haben oder gab es mehrere wichtige Themen?</p> <p>a) <i>wenn ja</i>: Welches war Ihr <b>Hauptproblem</b>?</p> <p>b) Welches waren Nebenprobleme?</p> <p>6a.2 Welche <b>konkreten Veränderungen</b> wurden bzgl. der Haupt- und Nebenprobleme erreicht?</p> <p>6a.3 Konnten Sie Ihr „<b>eigentliches Problem</b>“ in der Beratung ansprechen?</p> <p>a) <i>wenn ja</i>: Was hat Ihnen dabei geholfen, ganz offen zu ein?</p> <p>6a.4 Wie würden Sie den <b>Kontakt zu Ihrer Beraterin</b> beschreiben?</p> <p>a) Welche Eigenschaften hatte Ihre Beraterin?</p> <p>b) Welche Charakterzüge oder Merkmale hatte sie?</p> <p>c) Wie sollte Ihrer Meinung nach der Kontakt zur Beraterin idealerweise sein?</p> <p>d) Was genau war Ihnen an der Beziehung zwischen Ihnen, Ihrem Kind und der Beraterin wichtig?</p> <p>e) Hat sich die Beziehung im Laufe der Zeit verändert?</p>

<p><b>↔ ↔ Für einmalige Kontakte</b></p> <p><b><u>Ende der Beratung/ Zeit nach der Beratung</u></b></p> <p>Vergleich einmalige vs. lange Beratungen</p>	<p>(6b) Welches waren <b>Inhalte</b>, über die Sie gesprochen haben?</p> <p>6b.1 Würden Sie sagen, es war nur ein „Problem“, über das Sie gesprochen haben oder gab es mehrere wichtige Themen?  a) <i>wenn ja</i>: Welches war Ihr <b>Hauptproblem</b>?  b) Welches waren Nebenprobleme?</p> <p>6b.2 Welche <b>konkreten Veränderungen</b> wurden bzgl. der Haupt- und Nebenprobleme erreicht?</p> <p>6b.3 Konnten Sie Ihr „<b>eigentliches Problem</b>“ in der Beratung ansprechen?  a) <i>wenn ja</i>: Was hat Ihnen dabei geholfen, ganz offen zu sein?</p> <p>6b.4 Hat ein Termin <b>ausgereicht</b>, das „eigentliche Problem“ anzusprechen?</p> <p>6b.5 Wer hat denn bestimmt, dass es bei einem Termin bleibt? (siehe (7)!!!)</p> <p>(7) Wer hat die Beratung <b>beendet</b>? (einvernehmlich? Überweisung an andere Einrichtung??)</p> <p><b>wenn ABBRECHER &gt;&gt; weiter bei Frage (9)</b></p>
<p><b><u>konkrete Veränderungen</u></b> Verhaltensebene</p>	<p>(8a) Was hat sich nach Abschluss der Beratung <b>konkret verändert</b> ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ beim Kind?</li> <li>▪ bei Ihnen?</li> <li>▪ am gesamten Familienleben?</li> </ul> <p>8a.1 Würden Sie sagen, dass sich die Situation mit Ihrem Kind <b>verbessert</b> hat?</p> <p>8a.1.1 <i>wenn ja</i>: Inwiefern?  a) Worauf führen Sie das zurück?  b) Führen Sie diese Verbesserung eindeutig auf die Beratung zurück?  c) <i>wenn nicht</i>: Womit kann diese Veränderung sonst zusammenhängen?</p> <p>8a.1.2 <i>wenn keine Verbesserung</i>: Was haben Sie dann getan? Haben Sie sich andere Hilfe geholt? Würden Sie noch mal zur KEKK gehen?</p>





## **Vollständigkeitsliste des Fragebogenrücklaufs**

UT-Nr.	Beraterin-FB	Beraterin-FB + Angaben zur Person	> also Nicht-Antworter	beide FB, also Antworter	Besonderheiten?	Interview?	NB erhalten?	UT-Nr.	
200				✓				200	
201				✓				201	
202				✓		✓	✓	202	
203				✓				203	
204	✓		✓				✓	204	
205		✓	✓					205	
206				✓			✓	206	
207		✓	✓			✓	✓	207	
208				✓	Wiederanmelder	✓	✓	208	
209		✓	✓				✓	209	
210				✓			✓	210	
211				✓				211	
212				✓	verzogen			212	
213				✓		✓	✓	213	
214				✓			✓	214	
215	✓		✓		Wiederanmelder			215	
216	✓		✓					216	
217	✓		✓				✓	217	
218	✓		✓				✓	218	
219				✓		✓	✓	219	
220				✓			✓	220	
221		✓	✓					221	
222				✓				222	
223				✓	Wiederanmelder	✓	✓	223	
224				✓		✓	✓	224	
225				✓				225	
226	<i>UT gibt es nicht</i>								226
227				✓		✓		227	

UT-Nr.	Beraterin-FB	Beraterin-FB + Angaben zur Person	> also Nicht-Antworter	beide FB, also Antworter	Besonderheiten?	Interview?	NB erhalten?	UT-Nr.
228		✓	✓		Zwillinge		✓	228
229		☑	☑		kein FB erhalten	✓		229
230				✓				230
231				✓	Wiederanmelder	✓	✓	231
232		✓	✓				✓	232
233	✓		✓				✓	233
234				✓				234
235		☑	☑		kein FB erhalten			235
236				✓			✓	236
237	☑		☑		kein FB erhalten			237
238				✓		✓	✓	238
239		☑	☑		kein FB erhalten			239
240		☑	☑		kein FB erhalten			240
241		☑	☑		kein FB erhalten		✓	241
242				✓			✓	242
243	☑		☑		kein FB erhalten		✓	243
244				✓			✓	244
245				✓		✓	✓	245
246				✓			✓	246
247		☑	☑		kein FB erhalten, Wiederanmelder	✓	✓	247
248		☑	☑		kein FB erhalten			248
249		☑	☑		kein FB erhalten			249
250				✓				250
251		☑	☑		kein FB erhalten		✓	251
252		☑	☑		kein FB erhalten		✓	252
253	✓		✓					253
254		☑	☑		kein FB erhalten			254
255	✓		✓					255

UT-Nr.	Beraterin-FB	Beraterin-FB + Angaben zur Person	> also Nicht-Antworter	beide FB, also Antworter	Besonderheiten?	Interview?	NB erhalten?	UT-Nr.
256				✓		✓	✓	256
257		✓	✓					257
258				✓		✓	✓	258
259		✓	✓					259
260				✓			✓	260
261		✓	✓					261
262				✓		✓	✓	262
263		✓	✓					263
264	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		kein FB erhalten			264
265		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		kein FB erhalten			265
266	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		kein FB erhalten			266
267		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		kein FB erhalten			267
268		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		kein FB erhalten			268
269		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		kein FB erhalten			269
270				✓		✓	✓	270
271		✓	✓					271
272		✓	✓					272
273		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		kein FB erhalten			273
274				✓			✓	274
275	<i>UT gibt es nicht</i>							275
276				✓			✓	276
277	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		Vater, deshalb kein FB erhalten			277
278		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		erneut schwanger, deshalb kein FB erhalten			278
279	<i>UT gibt es nicht</i>							279
280				✓	Vater, deshalb kein FB erhalten			280
281	<i>UT gibt es nicht</i>							281
282				✓				282
283	<i>UT gibt es nicht</i>							283

UT-Nr.	Beraterin-FB	Beraterin-FB + Angaben zur Person	> also Nicht-Antworte	beide FB, also Antwort	Besonderheiten?	Interview?	NB erhalten?	UT-Nr.	
284	✓		✓					284	
285				✓				285	
286				✓			✓	286	
287		✓	✓					287	
288		✓	✓				✓	288	
289								289	
290		✓	✓					290	
291				✓				291	
292				✓				292	
293								293	
294				✓			✓	294	
295								295	
296								296	
297								297	
298	✓		✓					298	
299								299	
300	✓		✓					300	
301								301	
302				✓			✓	302	
303								303	
304		✓	✓					304	
305	<i>Ende der Befragung</i>								305
306									306

Legende:

✓
---

Fragebogen liegt vor

☑
---

Fragebogen wurde von der Beraterin ausgefüllt, Klient bekam keinen Fragebogen (d.h. unechte Nicht-Antworte)

FB  
NB

Fragebogen  
Nachbefragung

## **Teilstichprobentabelle**

**Aufteilung der Teilstichproben nach Untersuchungsteilnehmernummern**

1998	1998 - 2001	2000
<p><b>erste Beratungsgruppe N=66 (Nachbefragung)</b></p>	<p><b>zweite Beratungsgruppe N=92 (Eingangsbefragung)</b></p>	<p><b>alle Nachbefragungen N=94</b></p>
<p><b>ANTWORTER N=33</b></p> <p>102-104-105-106-107- 108-110-113-114-118- 119-120-121-123-124- 125-129-130-138-140- 143-144-145-146-147- 150-152-154-157-158- 159-162-164</p> <p><b>NICHT- ANTWORTER N=33</b></p> <p>100-101-103-109-11- 112-115-116-117-122- 126-127-128-131-132- 133-134-135-136-137- 139-141-142-148-149- 151-153-155-156-160- 161-163-165</p>	<p><b>ANTWORTER N=43</b></p> <p>200-201-202-203-206-208- 210-211-212-213-214-219- 220-222-223-224-225-227- 230-231-234-236-238-242- 244-245-246-250-256-258- 260-262-270-274-276-280- 282-285-286-291-292-294- 302</p> <p><b>ECHTE NICHT- ANTWORTER N=27</b></p> <p>204-205-207-209-215-216- 217-218-221-228-232-233- 253-255-257-259-261-263- 271-272-284-287-288-290- 298-300-304</p> <p><b>UNECHTE NICHT- ANTWORTER N=22</b></p> <p>229-235-237-239-240-241- 243-247-248-249-251-252- 254-264-265-266-267-268- 269-273-277-278</p>	<p><b>ANTWORTER N=33 + 41=74</b></p> <p><b>erste Beratungsgruppe N=33</b></p> <p>102-104-105-106-107- 108-110-113-114-118- 119-120-121-123-124- 125-129-130-138-140- 143-144-145-146-147- 150-152-154-157-158- 159-162-164</p> <p><b>zweite Beratungsgruppe N=41</b></p> <p>202-204-206-207-208- 209-210-213-214-217- 218-219-220-223-224- 228-231-232-233-236- 238-241-242-243-244- 245-246-247-251-252- 256-258-260-262-270- 274-276-286-288-294- 302</p> <p><b>NICHT-ANTWORTER N=20</b></p> <p>200-201-203-205-211- 215-216-221-225-225- 227-229-230-234-235- 237-239-240-248-250</p>
		<p><b>2001 Interviews N=17</b></p> <p>202-207-208-213-219- 223-224-227-229-231- 238-245-247-256-258- 262-270</p>

↔↔  
keine  
Eingangs-  
befragung:  
N=14

204-207-  
209-217-  
218-228-  
232-233-  
241-243-  
247-251-  
252-288

**Legende:**

202: Teilmenge N=27 Eingangs- und Nachbefragung (zweite Beratungsgruppe)

207: fehlende Fragebogeneile der Interview-Mütter, Teilmenge N=13

**Anzahl der Teilstichproben für die zweite Beratungsgruppe**

<b>Eingangsbefragung N=43</b>	<b>Nachbefragung N=41</b>	<b>Anzahl N</b>	<b>Summe</b>	
Antworter ⇨	Antworter	27	43	41
Antworter ⇨	Nicht-Antworter	10		
Antworter ⇨	Keine Nachbefragung	6		
Echte Nicht-Antworter ⇨	Antworter	9	14	
Unechte Nicht-Antworter ⇨	Antworter	5		
Echte Nicht-Antworter ⇨	Nicht-Antworter	4		
Unechte Nicht-Antworter ⇨	Nicht-Antworter	6		
Antworter plus Interview ⇨	Antworter plus Interview	13		

**Skalendokumentation der Eingangsbögen  
für die Klientinnen**

**„soziale Situation“**

Skala I: EINSAMKEIT/ SOZIALE ISOLATION (einsam)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	01	Ich habe niemanden, den ich in Notsituationen um Hilfe bitten könnte.	+	.47
02	04	In schwierigen Situationen (z. B. bei Krankheiten) kann ich mich auf die Hilfe von Verwandten und Freundinnen verlassen.	-	.46
03	05	Ich fühle mich oft einsam und alleingelassen.	+	.33
04	02	So etwas wie Nachbarschaftshilfe gibt es bei uns nicht.	+	.24
05	03	Ich habe eine gute Freundin, bei der ich mich aussprechen kann.	-	.15

Alpha: = .56

X = 8,6

SD = 2,15

**„finanzielle Situation“**

Skala I: ARMUT (armut)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	01	Bei uns ist das Geld immer sehr knapp.	+	.72
02	03	Mit dem Geld komme ich gut klar, ich kann sogar noch etwas sparen.	-	.68
03	02	Ich habe Mühe, mit dem Geld auszukommen, das mir zur Verfügung steht.	+	.57
04	04	Größere Ausgaben (z. B. für notwendige Anschaffungen, Urlaub usw.) sind bei uns nicht möglich.	+	.55
05	05	Ich habe viele Schulden.	+	.53
06	06	Es fällt mir manchmal schwer, die Miete zu bezahlen.	+	.41

Alpha: = .80

X = 10,5

SD = 3,14

**‚persönliche Situation‘**

Skala I: BELASTUNGEN DIE EIGENE PERSON BETREFFEND (eigepers)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	04	körperliche Erschöpfung	+	.44
02	05	eigene psychische Erkrankung (z. B. Depression)	+	.28
03	01	eigene Krankheit	+	.25
04	09	Unsicherheit und Selbstzweifel	+	.21
05	07	Nervosität und Reizbarkeit	+	.14

Alpha: = .48                      X = 2,8                      SD = 1,18

Skala II: BELASTUNGEN DEN LEBENSPARTNER BETREFFEND (mannpers)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	08	Partnerschaftskonflikte	+	.56
02	06	psychische Erkrankung des Lebenspartners	+	.55
03	10	Suchtverhalten des Lebenspartners	+	.46
04	14	unglückliche Kindheit des Lebenspartners	+	.43

Alpha: = .69                      X = 0,8                      SD = 1,14

Skala III: BELASTUNGEN DIE HERKUNFSFAMILIEN BETREFFEND (genepers)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	11	Beziehung zu den eigenen Eltern	+	.49
02	12	Beziehung zu den Schwiegereltern/ Eltern des Lebenspartners	+	.49

Alpha: = .66                      X = 0,9                      SD = 0,86

**„Gefühle heute“**

Skala I: SELBSTZWEIFEL (zweifel)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	01	Ich fühlte mich ratlos und voller Selbstzweifel.	+	.64
02	09	Ich hatte das Gefühl, mich als Mutter dauernd rechtfertigen zu müssen.	+	.47
03	04	Ich fühlte mich von den Problemen mit meinem Kind überfordert.	+	.46
04	02	Ich befürchtete, dass ich bei meinem Kind etwas falsch mache.	+	.32

Alpha: = .68      X = 12,2      SD = 2,55

Skala II: UNSICHERHEIT (unsicher)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	06	Ich dachte, dass andere Mütter mit ihren Kindern viel weniger Probleme haben als ich mit meinem Kind.	+	.76
02	07	Ich wollte als Mutter alles richtig machen.	+	.50
03	05	Ich wusste gar nicht, ob sich mein Kind ‚normal‘ entwickelt oder ob mit ihm etwas nicht stimmt.	+	.46
04	08	Mein Kind war ganz anders, als ich es mir vorgestellt habe.	+	.46

Alpha: = .74      X = 10,8      SD = 3,23

Skala I: ÜBERFORDERUNG (ueberford)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	12	Wenn ich außer mir bin, fasse ich mein Kind manchmal härter an, als ich eigentlich richtig finde.	+	.67
02	07	Manchmal bin ich so mit den Nerven fertig, dass ich das Kind schütteln und anschreien möchte.	+	.55
03	17	Manchmal bin ich so außer mir, dass ich mein Kind schlage.	+	.49
04	02	Manchmal fällt es mir sehr schwer, mit meinem Kind geduldig zu sein.	+	.46

Alpha: = .75                      X = 10,4                      SD = 2,93

Skala II: ÜBERFÜRSORGE AUS ANGST (angst)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	04	Ich bin ständig in Sorge, dass meinem Kind etwas zustoßen könnte.	+	.66
02	23	Manchmal kann ich nachts nicht einschlafen, weil ich mir vorstelle, meinem Kind könnte etwas zustoßen.	+	.51
03	14	Ich schaue nachts manchmal nach, ob mein Kind auch wirklich noch atmet.	+	.48
04	19	Bei Krankheiten des Kindes überfällt mich plötzlich der Gedanke, dass mir das Kind wieder genommen werden könnte.	+	.36

Alpha: = .70                      X = 8,6                      SD = 2,83

Skala III: DEPRESSION (depress)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	20	Ich fühle mich oft am Ende meiner Kraft.	+	.71
02	15	Es macht mir große Mühe, überhaupt noch Pläne zu machen und in die Tat umzusetzen.	+	.68
03	10	Ich fühle mich recht erschöpft.	+	.66
04	03	Seit das Kind da ist, bin ich viel nervöser geworden.	+	.63
05	13	Manchmal würde ich am liebsten nur noch schlafen und alle Probleme vergessen.	+	.63
06	05	Niemand scheint daran zu denken, dass ich auch Liebe und Hilfe brauche.	+	.62
07	08	Seit das Kind da ist, fühle ich mich innerlich angespannt.	+	.54
08	22	Im Grunde fühle ich mich mit meinen Problemen ganz allein gelassen, weil sich niemand wirklich um mich kümmert.	+	.51
09	18	In der letzten Zeit weine ich viel häufiger.	+	.43

Alpha: = .87

X = 24,3

SD = 6,19

**„Besonderheiten“**

Skala I: BESONDERHEITEN IN DER SCHWANGERSCHAFT, WÄHREND DER GEBURT UND KÖRPERLICHE BESONDERHEITEN BEIM KIND (ssgebkin)

<b>Item Nr.</b>	<b>Fragebogen Nr.</b>	<b>Itemtext</b>	<b>umpol.</b>	<b>Trennschärfe</b>
01	07	Behinderung des Kindes	+	.84
02	09	längere Klinikaufenthalte des Kindes	+	.84
03	10	frühe Trennung vom Kind	+	.83
04	08	Untergewicht des Kindes	+	.77
05	06	Krankheiten des Kindes	+	.71
06	05	Frühgeburt	+	.66
07	01	frühe Elternschaft	+	.64
08	02	späte Elternschaft	+	.64
09	04	Komplizierte Geburt	+	.48
10	03	ungeplante Schwangerschaft	+	.47

Alpha: = .91

X = 16,0

SD = 16,19

**Skalendokumentation der Eingangsbögen  
für die Beraterinnen**

**„Rating Beraterinnen“**

Skala I: PHYSISCHE ATTRAKTIVITÄT (attrakt)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	05	attraktiv, anziehend vs. unattraktiv, abstoßend	+	.71
02	01	gepflegt vs. ungepflegt	+	.64
03	11	sympathisch vs. unsympathisch	+	.49

Alpha: = .76                      X = 12,0                      SD = 2,0

Skala II: EMOTIONALE STABILITÄT (stabil)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	02	optimistisch, zuversichtlich vs. sorgenvoll, bedrückt	+	.53
02	06	selbstbewusst vs. unsicher, gehemmt	+	.42
03	09	müde, abgespannt vs. munter, frisch	-	.38

Alpha: = .63                      X = 7,4                      SD = 2,3

Skala III: OFFENHEIT (offen)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	07	hört aufmerksam zu vs. kann nicht zuhören	+	.65
02	08	misstrauisch, kritisch vs. gutmütig, freundlich	-	.59
03	04	einfühlsam, behutsam vs. unsensibel	+	.55
04	10	rechthaberisch vs. kompromissbereit	-	.53
05	03	offen, gesprächsbereit vs. verschlossen	+	.35

Alpha: = .76                      X = 19,2                      SD = 3,3

**„Mu-Ki-Liste für jüngere Kinder“**

Skala I: FREUDE AM JÜNGEREN KIND (jfreude)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext: Mutter ...	umpol.	Trennschärfe
01	03	... ist sehr aufmerksam gegenüber kindlichen Signalen	-	.87
02	06	... spricht mit Baby in anderem Tonfall	-	.80
03	09	... ist behutsam, vorsichtig mit dem Kind	-	.77
04	13	... ist psychologisch ‚präsent‘	-	.75
05	02	... spricht in Babysprache	+	.65
06	04	... zeigt viel Freude am Kind	-	.63
07	12	... geht angemessen auf das Kind ein	+	.61
08	01	... hält das Kind körpernah	+	.60
09	11	... reagiert prompt auf das Kind	-	.58
10	08	... benutzt Kosenamen für das Kind	-	.32

Alpha: = .90                      X = 35,5                      SD = 9,4

Skala II: EMOTIONALE STABILITÄT DER MUTTER EINES JÜNGEREN KINDES (jstabil)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext: Mutter ...	umpol.	Trennschärfe
01	15	... wirkt stabil, ausgeglichen	+	.73
02	10	... wirkt sicher, kompetent	+	.72
03	14	... ist geduldig im Umgang mit dem Kind	-	.54
04	07	... wirkt engagiert, aktiv	+	.39
05	05	... ist optimistisch, gelassen	+	.38

Alpha: = .77                      X = 14,7                      SD = 3,9

**„Mu-Ki-Liste für ältere Kinder“**

Skala I: FREUDE AM ÄLTEREN KIND (afreude)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext: Mutter ...	umpol.	Trennschärfe
01	12	... schimpft wenig bzw. nie mit dem Kind	+	.72
02	09	... äußert wenig Anweisungen, Verbote	+	.47
03	06	... ist psychologisch ‚präsent‘	-	.36
04	01	... zeigt viel Freude am Kind	-	.32
05	04	... benutzt einen Kosenamen für das Kind	-	.31
06	11	... lässt das Kind gewähren	+	.23

Alpha: = .66                      X = 18,4                      SD = 4,6

Skala II: EMOTIONALE STABILITÄT DER MUTTER EINES ÄLTEREN KINDES (astabil)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext: Mutter...	umpol.	Trennschärfe
01	08	... wirkt stabil, ausgeglichen	+	.72
02	05	... wirkt sicher, kompetent	+	.65
03	10	... ist ‚Herr der Lage‘	-	.54
04	03	... wirkt engagiert, aktiv	+	.33
05	07	... ist geduldig im Umgang mit dem Kind	-	.29
06	02	... ist optimistisch, gelassen	+	.22

Alpha: = .71                      X = 16,1                      SD = 4,2

**Beratungsanlässe  
nach Altersgruppen und Geschlecht der Kinder**

<b>Beratungsanlass</b>	<b>Alter der Kinder in Monaten (Anzahl der Nennungen)</b>	<b>Geschlecht</b>
unstillbares Schreien	2, 4, 6 (2mal), 21	Junge (2mal) Mädchen (3mal)
schlechte Tröstbarkeit	2, 4, 6 (3mal), 9, 17, 21	Junge (4mal) Mädchen (4mal)
Einschlafprobleme	2, 4 (2mal), 6, 7, 10, 12, 21, 26, 34, 38, 58 (2mal)	Junge (8mal) Mädchen (5mal)
Durchschlafprobleme	6 (4mal), 10, 12, 16 (2mal), 21, 22, 26, 34, 38, 42, 43	Junge (9mal) Mädchen (6mal)
Probleme beim Füttern	2, 4, 5, 7, 9, 10, 12 (2mal)	Junge (4mal) Mädchen (4mal)
Unruhe	2, 4 (2mal), 6 (2mal), 9, 16, 26, 34, 47, 58 (2mal), 72	Junge (5mal) Mädchen (8mal)
Probleme in Trennungssituationen	6, 10, 13, 34, 39, 43	Junge (4mal) Mädchen (2mal)
Trotz	21, 26, 29, 30, 33, 34 (3mal), 35, 37, 38, 42, 45, 58 (2mal), 59, eine Angabe fehlt	Junge (11mal) Mädchen (6mal)
aggressives Verhalten	29, 34 (2mal), 35, 37, 42, 45, 47, 57, 58 (2mal), 59, eine Angabe fehlt	Junge (8mal) Mädchen (5mal)
Eifersucht	34, 35, 58	Junge (2mal) Mädchen (1mal)
Ängste	13, 21, 34 (2mal), 39, 43, 58, 72, eine Angabe fehlt	Junge (4mal) Mädchen (5mal)
Einnässen	58	Junge (1mal)

## **Kombinationen von Beratungsanlässen**

## **Kombinationen von Beratungsanlässen (zweite Beratungsgruppe)**

### **SCHREIEN**

- schreien + einschlafen + Unruhe
- schreien + schlechte Tröstbarkeit + durchschlafen
- schreien + schlechte Tröstbarkeit + einschlafen + füttern + Unruhe
- schreien + schlechte Tröstbarkeit + durchschlafen + Unruhe + Trennung
- schreien + schlechte Tröstbarkeit + einschlafen + durchschlafen + Trotz + Ängste

### **EINSCHLAFEN/ DURCHSCHLAFEN**

- durchschlafen 4mal
- durchschlafen + Unruhe
- einschlafen + füttern
- durchschlafen + Trennung + Ängste
- einschlafen + durchschlafen + Füttern
- einschlafen + durchschlafen + Trotz
- einschlafen + durchschlafen + füttern + Trennung
- einschlafen + schlechte Tröstbarkeit + Füttern + Unruhe
- einschlafen + durchschlafen + schlechte Tröstbarkeit + Unruhe
- einschlafen + durchschlafen + Unruhe + Trennung + Trotz + Ängste

### **UNRUHE**

- Unruhe + Ängste
- Unruhe + füttern + schlechte Tröstbarkeit

### **TROTZ/ AGGRESSION**

- Trotz
- Aggression 2mal
- Trotz + Aggression 5mal
- Aggression + Unruhe
- Aggression + Eifersucht
- Aggression + Ängste
- Trotz + Aggression + Eifersucht
- Trotz + Aggression + Ängste
- Trotz + Aggression + durchschlafen
- Aggression + einschlafen + Unruhe
- Trotz + Aggression + einschlafen + Unruhe + Einnässen
- Trotz + Aggression + einschlafen + Unruhe + Eifersucht + Ängste

### **ANGST**

- Trennung + Ängste 2mal

### **die übrigen**

- schlechte Tröstbarkeit
- Füttern 2mal

**Anzahl der jeweiligen Nennungen der Beratungsanlässe je nach  
Auswertungskapitel 5.3**

**Eingangsbefragung N=43**

	Unstillbares Schreien	schlechte Tröstbarkeit	Ein-schlaf-probleme	Durch-schlaf-probleme	Probleme beim Stillen/Füttern	Unruhe	Probleme in Trennungssituationen	Trotz	Aggressives Verhalten	Extreme Eifersucht	Ängste des Kindes	Ein-nässen
Mädchen N=22	2	4	8	9	4	5	4	11	8	2	4	1
Jungen N=21	3	4	5	6	4	8	2	6	5	1	5	0
Einzelkinder N=22	5	6	9	10	7	7	5	5	2	0	4	1
Geschwisterkinder N=21	0	2	4	5	1	6	1	12	11	3	5	0

**Skalendokumentation aller Nachbefragungsbögen  
für die Klientinnen**

**,Wohnsituation'**

Skala I: WOHNQUALITÄT (quali)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation mit Blick auf...	umpol.	Trennschärfe
01	02	... die Ausstattung der Wohnung?	+	.54
02	01	... die Größe der Wohnung?	+	.46
03	09	... die Hellhörigkeit der Wohnung und des Gebäudes?	+	.42
04	06	... die Wohngegend?	+	.34
05	03	... die Nachbarschaft?	+	.31

Alpha: = .66                      X = 16,5                      SD = 2,6

Skala II: WOHNBEREICH (verkehr)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation mit Blick auf...	umpol.	Trennschärfe
01	10	... die Lärmbelästigung durch den Straßenverkehr?	+	.56
02	07	... die Verkehrssicherheit für Kinder?	+	.45
03	11	... die Miete/ Wohnkosten?	+	.29

Alpha: = .61                      X = 9,3                      SD = 1,9

Skala III: INFRASTRUKTUR (infra)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation mit Blick auf...	umpol.	Trennschärfe
01	04	... vorhandene Einkaufsmöglichkeiten?	+	.69
02	05	... Verkehrsanbindung?	+	.69

Alpha: = .81                      X = 5,8                      SD = 1,8

**„Soziale Situation“**

Skala I: FREUNDE (hilfext)

<b>Item Nr.</b>	<b>Fragebogen Nr.</b>	<b>Itemtext: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer sozialen Situation mit Blick auf...</b>	<b>umpol.</b>	<b>Trennschärfe</b>
01	04	... Freundschaften im Allgemeinen?	+	.72
02	03	... eine gute Freundin, bei der Sie sich aussprechen können?	+	.64
03	02	... Nachbarschaftshilfe?	+	.45

Alpha: = .76                      X = 8,5                      SD = 2,5

Skala II: VERWANDTE (hilfint)

<b>Item Nr.</b>	<b>Fragebogen Nr.</b>	<b>Itemtext: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer sozialen Situation mit Blick auf...</b>	<b>umpol.</b>	<b>Trennschärfe</b>
01	07	... Unterstützung durch Verwandte?	+	.73
02	01	... Hilfe in Notsituationen?	+	.71
03	06	... die Verfügbarkeit Ihrer Eltern/ Eltern des Lebenspartners?	+	.70

Alpha: = .84                      X = 8,3                      SD = 2,9

**„Persönliche Situation“**

Skala I: FAMILIE (familie)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer persönlichen Situation mit Blick auf...	umpol.	Trennschärfe
01	11	... Ihre Partnerschaft?	+	.69
02	12	... das Familienleben?	+	.68
03	04	... Ihr psychisches Wohlbefinden?	+	.66
04	13	... die alltäglichen Anforderungen?	+	.65
05	03	... die Gesundheit des Kindes/ der Kinder?	+	.31

Alpha: = .80                      X = 14,9                      SD = 3,3

Skala II: ÖKONOMISCHE LAGE (geld)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer persönlichen Situation mit Blick auf...	umpol.	Trennschärfe
01	09	... die finanzielle Situation Ihres Lebenspartners?	+	.81
02	06	... die berufliche Situation Ihres Lebenspartners?	+	.73
03	10	... Ihre eigene finanzielle Situation?	+	.62

Alpha: = .85                      X = 8,5                      SD = 2,4

Skala III: PERSPEKTIVE (ego)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer persönlichen Situation mit Blick auf...	umpol.	Trennschärfe
01	07	... Ihre eigene berufliche Situation/ Perspektive?	+	.55
02	14	... die Beziehung zu den eigenen Eltern/ Eltern des Lebenspartners?	+	.43
03	01	... Ihre Gesundheit?	+	.36

Alpha: = .64                      X = 8,4                      SD = 2,1

Skala IV: KIND (kind)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer persönlichen Situation mit Blick auf...	umpol.	Trennschärfe
01	15	... die Beziehung zu Ihrem Kind/ Ihren Kindern?	+	.58
02	16	... die Probleme, die Sie mit Ihrem Kind/ Ihren Kindern hatten?	+	.58

Alpha: = .72                      X = 6,4                      SD = 1,3

**„Gefühle damals“**

Skala I: SELBSTKRITIK (skritik)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	02	Ich befürchtete, dass ich bei meinem Kind etwas falsch machte.	+	.61
02	01	Ich fühlte mich ratlos und voller Selbstzweifel.	+	.52
03	07	Ich wollte als Mutter alles richtig machen.	+	.46
04	09	Ich hatte das Gefühl, mich als Mutter dauernd rechtfertigen zu müssen.	+	.39

Alpha: = .70                      X = 12,6                      SD = 2,8

Skala II: ENTWICKLUNGSUNSICHERHEIT (unsich)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	08	Mein Kind war ganz anders, als ich es mir vorgestellt hatte.	+	.63
02	04	Ich fühlte mich von den Problemen mit meinem Kind überfordert.	+	.57
03	06	Ich dachte, dass andere Mütter mit ihren Kindern viel weniger Probleme hätten als ich mit meinem Kind.	+	.53
04	05	Ich wusste gar nicht, ob sich mein Kind ‚normal‘ entwickelte oder ob mit ihm etwas nicht stimmte.	+	.47
05	03	Ich war unsicher, was Kinder in diesem Alter wirklich brauchen.	+	.42

Alpha: = .75                      X = 13,1                      SD = 3,8

Skala III: ÜBERFORDERUNG (wut)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	10	Manchmal habe ich mein Kind härter angefasst, als ich eigentlich richtig finde.	+	.72
02	11	Manchmal verlor ich bei meinem Kind die Nerven, und es tat mir hinterher leid.	+	.72

Alpha: = .84                      X = 5,2                      SD = 2,0

„Nachbefragung ①“

Skala I: BERATERISCHE KOMPETENZ (zufrie)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	01	Ich fühlte mich von der Beraterin verstanden.	+	.76
02	16	Mir hat die Beraterin zu viel geredet.	-	.70
03	24	Ich fühlte mich von der Beraterin unter Druck gesetzt.	-	.69
04	23	Mir wären kürzere Beratungssitzungen lieber gewesen.	-	.67
05	06	Die Beraterin konnte gut zuhören.	+	.66
06	05	Ich fühlte mich ernst genommen und respektiert.	+	.65
07	04	Mit schien die Beraterin sehr kompetent.	+	.61
08	21	Ich habe der Beraterin nicht wirklich vertrauen können.	-	.58
09	19	Die Beraterin hat sich sehr viel Zeit für mich genommen.	+	.54
10	14	Ich hatte den Eindruck, dass die Beraterin wirklich an mir und meinem Problem interessiert war.	+	.53

Alpha: = .89                      X = 37,7                      SD = 3,5

Skala II: UNZUFRIEDENHEIT (unzufrie)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	15	Meine eigentlichen Probleme wurden in der Beratung nicht gelöst.	+	.67
02	13	Mir wurden viele Vorschläge gemacht, die sich doch nicht realisieren ließen.	+	.62
03	03	Die Informationen, die ich bekam, waren sehr nützlich.	-	.58
04	10	Ich fühlte mich schlecht, weil ich selbst keine Lösung des Problems gefunden habe.	+	.45
05	07	Meine eigentlichen Probleme habe ich nicht zu äußern gewagt.	+	.42
06	12	Ich habe nicht gewagt, nachzufragen, wenn ich etwas nicht verstanden habe.	+	.39

Alpha: = .77                      X = 9,9                      SD = 3,4

Skala III: ERLEICHTERUNG (gut)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	25	Die Beratung hat mir gut getan.	+	.81
02	26	Die Beraterin hat mir gut gefallen.	+	.81
03	27	Der Ort der Beratung hat mir gut gefallen.	+	.68

Alpha: = .88

X = 11,1

SD = 1,5

„Nachbefragung ②“

Skala I: GELASSENHEIT (besser)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	05	Ich bin ganz zufrieden mit meinem Leben.	+	.71
02	17	Auf manche Situationen kann ich heute viel gelassener reagieren.	+	.70
03	01	Ich bin heute noch ebenso häufig ratlos und verzweifelt wie vor der Beratung.	-	.69
04	03	Alltagsprobleme können mich jetzt nicht mehr erschüttern.	+	.62
05	13	Ich habe Mühe, mich zu entspannen.	-	.58
06	14	Ich habe immer noch das Gefühl, in der Erziehung meines Kindes Fehler zu machen.	-	.56
07	04	Das Verhalten meines Kindes hat sich in keiner Weise gebessert.	-	.55
08	23	Im Grunde hat sich bei mir wenig zum Guten hin verändert.	-	.54
09	26	Ich konnte zu einer anderen Sichtweise des Kindes gelangen.	+	.45
10	11	Ich habe etwas Neues über mich gelernt.	+	.44
11	15	Ich habe meine Ansprüche zurückgeschraubt, in allem perfekt sein zu wollen.	+	.43

Alpha: = .87                      X = 30,7                      SD = 6,4

Skala II: LEBENSFREUDE (freude)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	02	Andere Menschen entlasten mich nicht bei der Verantwortung für mein Kind.	-	.54
02	09	Wenn ich alles so richtig satt habe, versuche ich, etwas für mich selbst zu tun.	+	.49
03	25	Das Leben macht mir viel mehr Spaß.	+	.47
04	10	Ich habe viel mehr Freude am Kind.	+	.43
05	20	Ich vergleiche mich viel weniger mit anderen Müttern.	+	.27

Alpha: = .68                      X= 14,5                      SD = 3,0

Skala III: GEDULD (child)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	19	Ich wurde viel gelassener und geduldiger mit dem Kind.	+	.76
02	24	Auch wenn es schlimm kommt, behalte ich bei meinem Kind die Nerven.	+	.58
03	21	Ich verstehe heute mein Kind viel besser.	+	.53
04	27	Die Schwierigkeiten mit meinem Kind reißen nicht ab.	-	.35

Alpha: = .74                      X = 11,9                      SD = 2,2

Skala IV: KEKK (kekk)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	12	Ich habe andere Mütter ermutigt, sich von der KEKK beraten zu lassen.	+	.39
02	06	Ich würde mich jederzeit wieder an die KEKK wenden, wenn ich nicht weiter weiß.	+	.36
03	22	Ich würde mir heute eher Hilfe suchen, wenn ich allein nicht mehr zurechtkomme.	+	.31

Alpha: = .51                      X = 9,9                      SD = 1,9

**‚Gesamtzufriedenheit‘**

Skala I: GESAMTZUFRIEDENHEIT (geszufri)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	01	Ich fühlte mich von der Beraterin verstanden.	+	.70
02	05	Ich fühlte mich ernst genommen und respektiert.	+	.65
03	16	Mir hat die Beraterin zu viel geredet.	-	.65
04	04	Mit schien die Beraterin sehr kompetent.	+	.63
05	15	Meine eigentlichen Probleme wurden in der Beratung nicht gelöst.	-	.60
06	23	Mir wären kürzere Beratungssitzungen lieber gewesen.	-	.58
07	13	Mir wurden viele Vorschläge gemacht, die sich doch nicht realisieren ließen.	-	.57
08	06	Die Beraterin konnte gut zuhören.	+	.56
09	24	Ich fühlte mich von der Beraterin unter Druck gesetzt.	-	.56
10	21	Ich habe der Beraterin nicht wirklich vertrauen können.	-	.53
11	19	Die Beraterin hat sich sehr viel Zeit für mich genommen.	+	.42
12	14	Ich hatte den Eindruck, dass die Beraterin wirklich an mir und meinem Problem interessiert war.	+	.41
13	07	Meine eigentlichen Probleme habe ich nicht zu äußern gewagt.	-	.38
14	10	Ich fühlte mich schlecht, weil ich selbst keine Lösung des Problems gefunden habe.	-	.35
15	12	Ich habe nicht gewagt, nachzufragen, wenn ich etwas nicht verstanden habe.	-	.34

Alpha: = .85

X = 54,3

SD = 5,5

**‚Gesamtwohlbefinden‘**

Skala I: GESAMTWOHLBEFINDEN (geswohl)

Item Nr.	Fragebogen Nr.	Itemtext	umpol.	Trennschärfe
01	05	Ich bin ganz zufrieden mit meinem Leben.	+	.70
02	17	Auf manche Situationen kann ich heute viel gelassener reagieren.	+	.68
03	01	Ich bin heute noch ebenso häufig ratlos und verzweifelt wie vor der Beratung.	-	.68
04	14	Ich habe immer noch das Gefühl, in der Erziehung meines Kindes Fehler zu machen.	-	.64
05	25	Das Leben macht mir viel mehr Spaß.	+	.64
06	19	Ich wurde viel gelassener und geduldiger mit dem Kind.	+	.62
07	04	Das Verhalten meines Kindes hat sich in keiner Weise gebessert.	-	.60
08	10	Ich habe viel mehr Freude am Kind.	+	.59
09	03	Alltagsprobleme können mich jetzt nicht mehr erschüttern.	+	.59
10	13	Ich habe Mühe, mich zu entspannen.	-	.56
11	11	Ich habe etwas Neues über mich gelernt.	+	.55
12	24	Auch wenn es schlimm kommt, behalte ich bei meinem Kind die Nerven.	+	.53
13	26	Ich konnte zu einer anderen Sichtweise des Kindes gelangen.	+	.48
14	23	Im Grunde hat sich bei mir wenig zum Guten hin verändert.	-	.47
15	09	Wenn ich alles so richtig satt habe, versuche ich, etwas für mich selbst zu tun.	+	.45
16	21	Ich verstehe heute mein Kind viel besser.	+	.45
17	27	Die Schwierigkeiten mit meinem Kind reißen nicht ab.	-	.40
18	15	Ich habe meine Ansprüche zurückgeschraubt, in allem perfekt sein zu wollen.	+	.35
19	02	Andere Menschen entlasten mich nicht bei der Verantwortung für mein Kind.	-	.32

Alpha: = .90

X = 55,1

SD = 9,8

**Anzahl der jeweiligen Nennungen der Beratungsanlässe je nach  
Auswertungskapitel 6.2 bis 6.5**

**Nachbefragung N=74**

	Unstillbares Schreien	schlechte Tröstbarkeit	Ein-schlaf-probleme	Durch-schlaf-probleme	Probleme beim Stillen/Füttern	Unruhe	Probleme in Trennungssituationen	Trotz	Aggressives Verhalten	Extreme Eifersucht	Ängste des Kindes	Ein-nässen
Verheiratete Mütter N=59	7	3	21	25	9	14	7	21	16	8	12	1
Nicht-verheiratete Mütter N=15	3	2	4	6	5	6	3	7	5	1	2	0
Mütter mit wenig Geld N=43	5	2	13	19	8	11	7	18	14	6	7	1
Mütter mit genug Geld N=30	4	3	11	11	5	9	3	10	7	3	7	0
Mütter mit Haupt- oder Realschule N=45	8	3	16	21	9	12	6	19	12	5	6	1
Mütter mit Abitur N=28	2	2	8	9	5	7	3	9	9	4	7	0
Jüngere Kinder N=42	9	5	21	21	13	15	5	12	10	1	6	0
Ältere Kinder N=32	1	0	4	10	1	5	5	16	11	8	8	1
Einzelkinder N=38	8	2	16	19	12	14	6	10	8	1	4	0
Geschwisterkinder N=36	2	3	9	12	2	6	4	18	13	8	10	1
Mädchen N=31	1	0	12	14	7	8	5	13	5	5	7	1
Jungen N=42	9	5	13	17	7	12	5	15	16	4	7	0
Kleinkindprobleme N=32	9	2	18	21	13	12	2	0	0	0	0	0
Probleme älterer Kinder N=38	1	3	7	10	1	8	8	28	21	9	14	1
Weniger als 2,8 Probleme N=38	2	0	8	11	5	3	3	11	5	2	4	0
Mehr als 2,8 Probleme N=36	8	5	17	20	9	17	7	17	16	7	10	1

	Unstillbares Schreien	schlechte Tröstbarkeit	Einschlafprobleme	Durchschlafprobleme	Probleme beim Stillen/Füttern	Unruhe	Probleme in Trennungssituationen	Trotz	Aggressives Verhalten	Extreme Eifersucht	Ängste des Kindes	Ein-nässen
Frau N. N=36	3	1	11	14	3	12	6	13	9	4	4	0
Frau V. N=38	7	4	14	17	11	8	4	15	12	5	10	1

**Zusammenstellung der Daten der Nicht-Antworte der  
Nachbefragungen**

**Auswertungskapitel 6.7**

UT-Nr.	Beraterperson	Anzahl der Beratungen	Beratungsdatum	Zeitliche Nähe Beratung bis NB	Geschlecht Beratungskind	Alter Beratungskind	Kindzahl	Anlässe
100	V	1	März 98	9 M	Junge	48 M	1	Aggression, Trotz
101	V	1	Mai 98	7 M	Junge	21 M	2	Schlafen
103	V	2	Juni 98	6 M	Junge	24 M	1	Unruhe, Aggression
109	V	1	Juli 98	5 M	Junge	48 M	1	Trotz, Aggression
111	V	1	November 98	1 M	Mädchen	60 M	3	Sonstiges: Eifersucht
112	C	1	November 98	1 M	Mädchen	5 M	1	Unruhe, Schreien
115	C	1	Oktober 98	2 M	Mädchen	4 M	1	Unruhe, Schreien, Schlafprobleme
116	C	1	Oktober 98	2 M	Junge	42 M	4	Aggression, Einnässen, Kontaktarmut
117	C	1	Oktober 98	2 M	2 Mädchen	54 M	2	Zwillinge, Trennung der Eltern
122	C	1	Juli 98	5 M	Mädchen	72 M	1	Vater sorgeberechtigt
126	C	1	Juli 98	5 M	Junge	48 M	1	Trotz, Machtkämpfe
127	C	3	September 98	3 M	Mädchen	7 M	1	Fütterprobleme,
128	C	1	September 98	3 M	Junge	9 M	1	Abstillen (Füttern), Durchschlafen, Unsicherheit
131	C	5	März 98	9 M	Junge	48 M	3	Einnässen, Einkoten
132	C	1	März 98	9 M	Junge	48 M	1	Sauberkeit, Essen, Einschlafen
133	C	15	März 98	9 M	Mädchen	2 M	1	Depression der Mutter
134	C	1	März 98	9 M	Junge	10 M	2	Schlafprobleme
135	C	2	Februar 98	10 M	Junge	14 M	1	Aggression, Schlafen
136	C	2	Dezember 97	12 M	Mädchen	42 M	2	Stottern, Einnässen
137	C	2	Dezember 97	12 M	Mädchen	42 M	2	Aggression
139	C	2	November 97	13 M	Junge	10 M	3	Fütterprobleme
141	C	1	Oktober 97	14 M	Mädchen	2 M	3	Schreien

UT-Nr.	Beraterperson	Anzahl der Beratungen	Beratungsdatum	Zeitliche Nähe Beratung bis NB	Geschlecht Beratungskind	Alter Beratungskind	Kindzahl	Anlässe
142	C	2	Oktober 97	14 M	Mädchen	14 M	1	Unruhe, Schlafen, Füttern
148	C	5	Februar 96	34 M	Mädchen	5 M	2	Schreien, Fütterprobleme
149	C	1	Dezember 96	24 M	Junge	4 M	2	Schlafprobleme
151	C	1	November 96	25 M	k.A.	36 M	3	Aggression
153	C	4	März 96	33 M	Mädchen	18 M	1	Schlafprobleme, Unruhe
155	C	2	September 96	27 M	Mädchen	18 M	1	Sauberkeitserziehung
156	C	2	Oktober 96	26 M	Junge	21 M	1	Trotz, Fütterprobleme
160	C	2	August 96	28 M	Junge	18 M	1	Einschlafen
161	C	2	August 96	28 M	Mädchen	14 M	2	Trotz, Essen, Grenzen
163	C	1	Februar 96	34 M	Mädchen	11 M	1	Unruhe, Schlafen, Füttern, Schreien
165	C	1	November 95	37 M	Mädchen	10 M	1	Schreien, Schlafen, Unruhe
200	V	1	Dezember 98	17	Mädchen	58	1	Einschlafen, Unruhe, Trotz, Aggression, Einnässen
201	C	1	Dezember 98	17	Mädchen	38	1	Einschlafen, Durchschlafen, Trotz
203	C	1	Januar 99	16	Junge	57	2	Aggression
205	C	1	April 99	13	Junge	57	1	Konzentrationsprobleme
211	C	5	Mai 99	12	Mädchen	6	1	Schreien, schlechte Tröstbarkeit
215	C	4	Juli 99	10	k.A.	36	k. A.	Unruhe, Trotz, Aggression, Eifersucht
216	V	1	März 99	14	Junge	k.A.	k. A.	Durchschlafprobleme
221	C	9	September 99	8	Mädchen	51	2	Trotz, Aggression
222	V	10	Mai 99	12	Mädchen	6	2	schlechte Tröstbarkeit, Einschlafen, Durchschlafen, Unruhe

UT-Nr.	Beraterperson	Anzahl der Beratungen	Beratungsdatum	Zeitliche Nähe Beratung bis NB	Geschlecht Beratungskind	Alter Beratungskind	Kindzahl	Anlässe
225	C	6	Oktober 99	7	Mädchen	k.A.	2	Trotz, Aggression, Unruhe
227	C	1	Dezember 99	5	Junge	21	1	Schreien, schlechte Tröstbarkeit, Ein- und Durchschlafprobleme, Trotz, Ängste
229	C	33	Januar 00	4	Junge	7	1	Schreien, schlechte Tröstbarkeit, Ein- und Durchschlafprobleme, Unruhe
230	V	2	September 99	8	Mädchen	26	1	Durchschlafprobleme
234	V	5	Oktober 99	7	Junge	5	2	Fütterprobleme
235	C	10	Februar 00	3	Mädchen	8	1	Schreien, Durchschlafprobleme, Trennungsprobleme
237	C	2	März 00	2	Junge	k.A.	1	Einschlafprobleme, Unruhe, Trennungsprobleme, Trotz, Aggression, Ängste
239	C	2	März 00	2	Junge	18	1	Schreien, schlechte Tröstbarkeit, Ein- und Durchschlafprobleme, Fütterprobleme, Unruhe, Trotz, Aggression, Ängste
240	V	6	November 99	6	Mädchen	1	1	Schreien, schlechte Tröstbarkeit, Fütterprobleme, Unruhe
248	V	5	Februar 00	3	Mädchen	10	2	Ein- und Durchschlafprobleme, Trennungsprobleme
250	V	1	Februar 00	3	Junge	34	1	Trotz, Aggression

### **Zeitungsartikel**

- 1. Stadthagener Sonntagsblatt vom 08.02.2001**
- 2. Schaumburger Wochenblatt vom 11.01.2002**
- 3. Schaumburger Nachrichten vom 24.09.2002**

# Sozialministerin besucht "Mobile psychosoziale Beratung"

Stadthagen (nie). Die niedersächsische Sozialministerin Gitta Trauernicht informierte sich diese Woche über das Schaumburger Modellprojekt "Mobile psychosoziale Beratung". Auf eigenen Wunsch wollte die Ministerin das landesweit einmalige Projekt einmal selbst vor Ort kennenlernen. Dafür besuchte sie jetzt die soziale Einrichtung an der Niedernstrasse.

Das Modellprojekt wurde 1997 auf die Initiative von Mitarbeiterinnen des Frauenhauses gegründet. In Einzelgesprächen bietet die Beratungsstelle Müttern und Vätern Hilfestellungen bei der Bewältigung ihres Erziehungs-

alltags an. Auf Wunsch der Eltern kann diese Beratung direkt vor Ort stattfinden. Der Ansatz des Projektes ist es, ein niederschwelliges Angebot für Eltern zu bieten, die aus eigenem Antrieb keine Hilfe bei Beratungsstellen suchen würden. Die Kontakte zu den Eltern entstehen so oft über Kinderärzte, Hebammen und Mitarbeiter des Jugend- und Sozialamts. Landkreisweit leistete die mobile Einrichtung bei rund 100 Familien im vergangenen Jahr Hilfe. Etwa 10 Beratungsgespräche führen die beiden Sozialpädagoginnen Vera Nienhuisen-Hanke und Christel Varelmann in der Woche. In



Sprechen beim KEKK Projektbezogen miteinander: Gisela Schäfer, Sozialministerin Gitta Trauernicht, Vera Niederhuisen-Hankel und Christel Varelmann.

Foto: nie

diesen Gesprächen wird versucht frühzeitig nach Lösungen zu suchen und Unterstützung anzubieten. Deshalb richtet sich das Beratungsangebot auch an Eltern mit Kleinkindern von 0-3 Jahren. "Wir versuchen in der Beratung die "Geschichte" hinter den Problemen zu finden und zu analysieren. Ein wichtiger Punkt ist es, die besonderen Voraussetzungen der Eltern und Kinder zu berücksichtigen.", berichtete Varelmann.

Seit Gründung des Modellprojektes unterstützt das Land die Arbeit mit 80000 DM pro Jahr. Vom Landkreis kommen noch einmal 15000 DM hinzu. Bis

2002 soll dies erstmal auch so weitergehen. Die Sozialministerin zeigte sich begeistert von dem Modellprojekt: "Der Ansatz der Prävention ist genau richtig. Je früher vorbeugende Hilfe geleistet wird, desto effektiver ist sie. Mit teilweise geringen Mitteln können so spätere Probleme umgangen werden." Mittelfristig sieht die Ministerin den Lohn dieser frühzeitigen Präventionen. "Die Zahl der Heimeinweisungen wird zurückgehen. Dies wird sich kostenreduzierend auswirken. Deshalb müssen in Zukunft die Mittel stärker zu Präventionsmaßnahmen umgesteuert werden.", so Trauernicht.

# Müttern Mut und Selbstvertrauen geben

Kinderschutzbund: Beraterinnen kommen auch nach Hause / „Echte Ansprechpartner“

Landkreis (sk). Manchmal sind Mütter und Väter mit ihren Kräften einfach am Ende. Sei es, dass ein Kind von morgens bis abends kreischt, unzufrieden ist oder aus Prinzip etwas tut, was ihm verboten wurde. Sei es, dass ein Baby oder Kleinkind ständig die Nahrung verweigert, abends einfach nicht einschlafen will oder laufend wach wird. Sei es, dass Geschwister ständig streiten. Manchmal treffen von diesen nervenden Zuständen auch mehrere auf einmal zu. Und vielleicht kommt dazu noch eine schwierige familiäre Situation. Dann liegen die Nerven der Eltern blank. Familien finden in solchen Problemsituationen Hilfe in der Kontaktstelle für Eltern mit Kleinkindern (KEKK) in Stadthagen.

Die Kontaktstelle ist ein Projekt des Kinderschutzbundes und dient der Gewaltprävention. Die Beratungsarbeit teilen sich in Stadthagen mit je einer halben Stelle die Sozialpädagogin Christel Varelmann und die Diplompädagogin Birgit Schaper-Gerdes. Eva Lindner begleitet das Projekt zurzeit wissenschaftlich. Sie hat Interviews mit Müttern geführt, die bei der Kekk Hilfe



Christa Varelmann: „Die Beraterinnen kommen nicht mit Patentrezepten.“ Fotos: sk

gesucht haben. Im vergangenen Jahr haben sich 55 Familien an die Beratungsstelle gewandt. Auf Wunsch kommen die Beraterinnen zu einer betroffenen Familie nach Hause und besprechen mit den Eltern – oft auch mit der Mutter allein – die Probleme.

Das Kind wird nicht aus seiner gewohnten Umgebung genommen. Mutter und Kind agieren in ihren aktuellen Verhaltensweisen. So kommt man dem Problem am direktesten auf die Spur. Hauptthema in den Beratungen seien Trotz und Aggressi-



Eva Lindner: „Viele Frauen finden in den Beraterinnen erstmals echte Ansprechpartner.“

on von Kindern, sagt Lindner. Dabei erhofften sich viele Mütter im ersten Anlauf von der Kekk schlicht „Rezepte“, wie die Situation – oder besser: das Kind – zu ändern sei. Solche Rezepte gebe es aber nicht, erklärt Varelmann.

Die Gesamtsituation der Familie spielt in den meisten Fällen eine Rolle, so auch eigene Erlebnisse, Ängste, Angewohnheiten der Mutter. Alles kann auf Wunsch in der Beratung zur Sprache kommen. Oft herrscht bei den belasteten Müttern – manche sind sozial isoliert – erst-

mal Erleichterung darüber, endlich eine Ansprechpartnerin gefunden zu haben. „Wo sollen die Mütter hingehen? Wenn ich zum Kinderarzt gehe, der hat nie Zeit, weil das Wartezimmer voll sitzt. Und zum Jugendamt gehe ich garantiert nicht hin. Und zum Psychologen oder Psychiater, also so ein schwerer Fall bin ich dann doch noch nicht“, hat eine Mutter im Interview mit Lindner ihre Situation geschildert.

Ein wichtiges Ziel der Beraterinnen ist es, den Müttern – oder auch Vätern – Mut zu machen. „Sie zeigt mir oft meinen Wert, und ich bekomme dadurch mehr Selbstvertrauen“, sagt eine andere Mutter im Interview über Beraterin Christel Varelmann. Außerdem gibt es Tipps, und es wird ein offenes Wort geredet. Die Beratungsarbeit ist kostenlos, wird vertraulich behandelt und kann von jeder Familie, jeder Mutter, jedem Vater in Anspruch genommen werden – und sei es, um sich nur telefonisch einen Rat zu holen.

► Kontakt: Die Kontaktstelle ist in Stadthagen an der Niedernstraße 40 zu erreichen. Fragen und Terminabsprachen sind möglich unter ☎ 05721/72474.

## JUGENDHILFEAUSSCHUSS / Beratung über KEKK-Zuschuss

### Mehr Geld für „optimales Projekt“

KREIS SCHAUMBURG. In seiner jüngsten Sitzung hat der Jugendhilfeausschuss des Landkreises über die Bezuschussung der „mobilen psychosozialen Beratung für Familien, deren Säuglinge und Kleinkinder von Vernachlässigung, Miss-handlung oder Gewalt betroffen sind“ beraten. Die Einrichtung des Kinderschutzbundes wird seit sechseinhalb Jahren in der Kontaktstelle für Eltern mit Kleinkindern (KEKK) betrieben und wurde während dieser Zeit unter anderem vom Landkreis und dem Land Nie-

dersachsen unterstützt. Da sich das Land nun aus der Bezuschussung zurück gezogen hat, beantragte der Kinderschutzbund eine Erhöhung der Unterstützung durch den Landkreis von 7700 auf 30 000 Euro im Jahr 2003.

Die Mitglieder des Ausschusses ordneten die „mobile psychosoziale Beratung“ als „optimales Projekt zur früh-angelegten Prävention“ ein und beschlossen einstimmig die Empfehlung einer vorrangigen Bezuschussung der KEKK. uk