

# **Modellvorhaben zur Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit**

## **Abschlussbericht**

Förderzeitraum: 01.07.2012 bis 31.12.2014

(AZ IIA5 - 2512 DSM 220)

Bielefeld im März 2015

### **Projektleitung und Kontakt**

Prof. Dr. Petra Kolip

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Postfach 100 131

33501 Bielefeld

Tel.: 0521 106 67273

Fax: 0521 106 6433

E-Mail: [petra.kolip@uni-bielefeld.de](mailto:petra.kolip@uni-bielefeld.de)

### **Projektmitarbeiterinnen**

Ina Schaefer, Dipl. Ing., MPH

Jana Alfes, M.Sc. Public Health

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>4</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>6</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Die Modellvorhaben zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit</b> .....	<b>9</b>
<b>3. Methodisches Vorgehen der externen Evaluation</b> .....	<b>12</b>
3.1 Raster .....	14
3.2 Dokumentationsbögen .....	17
3.3 Halbstrukturierte Leitfadeninterviews.....	18
3.4 Zielerreichungsskalen .....	21
3.5 Vernetzungsworkshop.....	23
<b>4. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan</b> .....	<b>24</b>
<b>5. Ergebnisse zu den Erfahrungen mit der Implementierung der Interventionsansätze in der ersten Förderphase</b> .....	<b>28</b>
<b>6. Ergebnisse zur Planung und zum Verlauf der zweiten Förderphase</b> .....	<b>33</b>
6.1 Ergebnisse der Auswertung der Förderanträge für die zweite Förderphase .....	33
6.2 Ergebnisse zum Verlauf der Durchführungsphase.....	39
6.3 Ergebnisse zur Erreichung der selbst gesteckten Zielsetzungen .....	43
6.4 Erfahrungen und Ergebnisse mit den Interventionsansätzen der Transfervorhaben ....	47
6.4.1 Veränderung der Interventionsansätze durch die Ausgangsprojekte .....	47
6.4.2 Veränderung der Interventionsansätze in den Transferregionen .....	51
6.4.3 Erfahrungen der Transferstandorte mit dem Aufbau von Kooperationen .....	55
6.4.4 Erfahrungen der Transferstandorte mit der Durchführung der Interventionsansätze ....	56
6.4.5 Künftige Weiterentwicklung der Interventionsansätze.....	62
<b>7. Ergebnisse zu den Transferprozessen</b> .....	<b>65</b>
7.1 Kenntnisstand zum Thema „Projekttransfer“ .....	65
7.2 Vorbereitung und Organisation des Projekttransfers .....	69
7.3 Motivation für die Projektübernahme in den Transferregionen.....	72
7.4 Ausgestaltung der Transferkooperation.....	74
7.5 Umfang der Unterstützung durch die Transferprojekte .....	77
7.6 Bewertung des Transferprozesses .....	82
7.7 Verstetigung der implementierten Interventionsansätze .....	87
7.8 Förderliche Faktoren für den Projekttransfer .....	93
7.9 Hinderliche Faktoren für den Projekttransfer .....	99

<b>8. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse sowie Ableitung von Handlungsempfehlungen .....</b>	<b>106</b>
8.1 Ergebnisse im Hinblick auf die Interventionsansätze .....	106
8.2 Ergebnisse im Hinblick auf den Transferprozess .....	109
8.3 Schlussfolgerungen und Resümee .....	118
<b>9. Gender Mainstreaming Aspekte .....</b>	<b>122</b>
<b>10. Gesamtbeurteilung.....</b>	<b>123</b>
<b>11. Verwertung der Projektergebnisse .....</b>	<b>125</b>
11.1 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse .....	125
11.2 Nachhaltigkeit und Transferpotential .....	126
<b>13. Publikationsverzeichnis.....</b>	<b>128</b>
<b>14. Literatur .....</b>	<b>129</b>
<b>Anhang 1: Exemplarischer Dokumentationsbogen .....</b>	<b>133</b>
<b>Anhang 2: Interviewleitfäden .....</b>	<b>138</b>

#### **Anmerkung**

Um die Anonymität der einzelnen Interviewpartnerinnen gewährleisten zu können, werden bei den Interviewziten lediglich die Pseudonyme der einzelnen Transferprojekte angegeben. Um kenntlich zu machen, welche Aussagen von den Ausgangsprojekten getroffen wurden, wurden diese mit einem A gekennzeichnet, die Interviewzitate der Transferpartner/-innen mit einem T.

## Zusammenfassung

Der Konsum von Tabak und Alkohol stellt in der Schwangerschaft und Stillzeit ein hohes gesundheitliches Risiko für das ungeborene bzw. neugeborene Kind dar. Dabei kommt es nicht nur bei einer massiven Suchtabhängigkeit der Mutter zu erheblichen und dauerhaften psychischen und motorischen Beeinträchtigungen und Schäden des Kindes, sondern bereits bei leichteren Formen des Konsums (Bergmann, Richter, Milto, Michel & Dudenhausen, 2006). Daher ist es dringend notwendig, schwangere und stillende Frauen umfassend über die Folgen des Suchtmittelkonsums aufzuklären und sie zu dem Verzicht bzw. der Reduzierung zu motivieren.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit im Zeitraum von März 2011 bis Februar 2012 sieben Modellvorhaben gefördert, die unterschiedliche Interventionsansätze zur Prävention von Tabak- und/oder Alkoholkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit auf lokaler und regionaler Ebene entwickelt und erprobt haben. Die gesammelten Erfahrungen der sieben Modellvorhaben wurden im Rahmen einer externen Evaluation von der Universität Bielefeld ausgewertet und bereits ausführlich in einem Bericht dargelegt. Die Ergebnisse dieser Förderphase werden daher nachfolgend nur noch zusammenfassend dargestellt.

Im Anschluss an diese erste Förderphase folgte eine zweite Förderphase, in der drei der sieben Modellvorhaben weitere zwei Jahre gefördert wurden, um ihre Ansätze einerseits weiter zu erproben und andererseits überregional zu implementieren.

Aufgabe der Universität Bielefeld war es, die gesammelten Erfahrungen dieser drei Modellvorhaben aus der zweijährigen Förderphase auszuwerten. Der Schwerpunkt lag dabei neben dem Transfer der erprobten Vorhaben auf Fragen zur intersektoralen Zusammenarbeit sowie der Überprüfung der Frage, wie eine nachhaltige Strukturbildung erfolgen kann. Schließlich sollten Aussagen über gelingende und hinderliche Faktoren eines Projekttransfers generiert werden. Darüber hinaus sollten ergänzend zu den Ergebnissen der externen Evaluation der ersten Förderphase verallgemeinerbare Aussagen zu geeigneten Zugangswegen zu suchtmittelkonsumierenden schwangeren und stillenden Frauen sowie relevanten Unterstützung- oder Hinderungsfaktoren für Kooperationen zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen und Hilfesystemen ermöglicht werden.

Es zeigte sich, dass bereits die Ansprache von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, welche die suchtmittelkonsumierenden Schwangeren und Stillenden erreichen sollten, eine Herausforderung darstellte und teilweise nur mit Einschränkungen gelang. Dies galt insbesondere bei der Gruppe der Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen. Dagegen konnten

beispielsweise die Mitarbeiterinnen von Schwangerenberatungsstellen<sup>1</sup> und Familienhebammen deutlich leichter für eine Zusammenarbeit und Durchführung einer Intervention gewonnen werden. Weiterhin zeigte sich, dass die betroffenen Frauen mit integrierten Angeboten im Vergleich zu der Überleitung in ein anderes Hilfesystem deutlich besser erreicht werden konnten.

Bezogen auf den Transfer der Modellvorhaben erwies es sich als bedeutsam, das jeweilige Interventionskonzept an die spezifischen Gegebenheiten der Transferregion anzupassen. Nach den Ergebnissen der externen Evaluation tragen weiterhin ein bestehender Bedarf für die Intervention in der Transferregion, ein erkennbarer Nutzen für die projektnehmende Organisation, eine konstruktive und persönliche Kommunikation sowie eine partizipativ angelegte Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeiterinnen der projektgebenden und projektnehmenden Organisation wesentlich zu einem erfolgreichen Projekttransfer bei.

---

<sup>1</sup> Sowohl seitens der projektgebenden als auch seitens der projektnehmenden Organisationen waren in den beteiligten Transfervorhaben ausschließlich Frauen beteiligt. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies für den Großteil aller Institutionen in diesem Bereich typisch ist. Es wird in diesem Bericht daher in Verbindung mit Schwangerenberatungsstellen oder (Familien-) Hebammen auf die männliche Form verzichtet.

## Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Konzepte der Modellvorhaben (eigene Darstellung) .....	10
Abbildung 2: Beispielhafter Auszug aus dem Raster zur Erfassung der Planungs- und Strukturqualität der zweiten Förderphase (eigene Darstellung) .....	16
Abbildung 3: Beispiel einer Zielerreichungsskala (eigene Darstellung) .....	22
Abbildung 4: Einflussbereiche auf den Prozess des Praxistransfers (integriertes Modell) (Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung 2011, 5) .....	69

## Abkürzungsverzeichnis

BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
GAS	Goal Attainment Scaling
KIGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KNP	Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung
KiWi	Kinderwillkommensbesuche
MI	Motivational Interviewing
SKOLL	Selbstkontrolltraining

# 1. Einleitung

## Ausgangslage: Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit

Auswertungen der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) zwischen Mai 2003 und Mai 2006 haben ergeben, dass in Deutschland etwa 17 bis 18 % der Frauen während der Schwangerschaft rauchen. Etwa 14 % der Schwangeren konsumieren gelegentlich Alkohol (Bergmann, Bergmann, Ellert & Dudenhausen 2007). Sowohl der Konsum von Tabak als auch der Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft und der Stillzeit sind für die (werdende) Mutter und ihr Kind mit verschiedenen gesundheitlichen Risiken verbunden. Zu den Gefahren von (Passiv-) Rauchen während der Schwangerschaft zählen neben Früh-, Fehl- und Totgeburten auch Fehlbildungen, eine vorzeitige Plazentalösung, ein reduziertes Geburtsgewicht sowie eine geringere Körpergröße des Kindes (Leonardi-Bee, Smyth, Britton & Coleman 2008; Murin, Rafii & Bilello 2011; Rebhan, Kohlhuber, Schwegler, Koletzko & Fromme 2009; Vennemann, Findeisen, Butterfass-Bahloul, Jorch, Brinkmann et al. 2005). Neugeborene und Kleinkinder, die in ihrer Atemluft Tabakrauch ausgesetzt sind, unterliegen einem erhöhten Risiko für Mittelohrentzündungen, für Erkrankungen der Atemwege, für eine Verschlechterung bestehenden Asthmas sowie für eine verringerte Lungenfunktion und Leukämie (Rushton 2004). Kinder alkoholkonsumierender Mütter erleiden häufig lebenslange körperliche und geistige Beeinträchtigungen und Schädigungen, zu denen es nicht nur bei einer Suchtabhängigkeit der Mutter kommt, sondern bereits bei leichteren Formen des Konsums (Dolan, Stone & Briggs 2010; Feick, Haas & Singer 2006).

Aufgrund dieser schwerwiegenden gesundheitlichen Risiken stellen schwangere und stillende Frauen eine wichtige Zielgruppe der Suchtmittelprävention dar (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012). Gesundheitspolitisch besteht beim Rauchen und beim Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und - auch wenn häufig nicht explizit angegeben - in der Stillzeit dringender Handlungsbedarf (Bergmann et al. 2007). Um das (ungeborene) Kind zu schützen empfiehlt das Netzwerk Junge Familie schwangeren Frauen während der Schwangerschaft weder aktiv noch passiv zu rauchen und den Konsum von Alkohol zu vermeiden (Koletzko, Bauer, Bung, Cremer, Flothkötter et al. 2013). In der Stillzeit sollten Frauen den Empfehlungen der Nationalen Stillkommission zufolge möglichst nicht oder zumindest so wenig wie möglich rauchen und vor dem Stillen Rauchpausen einlegen (Bundesinstitut für Risikobewertung 2006).

## Ziele und Struktur der Begleitforschung

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit im Zeitraum von März 2011 bis Februar 2012 sieben Modellvorhaben gefördert, die sich unterschiedlichen Ansätzen der Prävention von Tabak- und/oder Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit auf lokaler und regionaler Ebene widmeten. Die Erfahrungen, die die sieben Modellvorhaben während dieses Förderzeitraums gesammelt haben, wurden im Rahmen einer externen Evaluation von der Universität Bielefeld ausgewertet und bereits ausführlich in einem Bericht dargelegt. Sie werden deshalb nachfolgend nur noch zusammenfassend dargestellt.

Im Anschluss an diese Förderphase folgte eine zweite Förderphase, in der drei der sieben Modellvorhaben zwei weitere Jahre gefördert wurden, um ihre Ansätze überregional zu implementieren. Die betreffenden drei Modellvorhaben werden daher nachfolgend auch als Transferprojekte und Transfervorhaben bezeichnet. Im Rahmen des vorliegenden Berichts liegt der Fokus auf der zweiten Förderphase.

Aufgabe der Universität Bielefeld war es, die gesammelten Erfahrungen der drei Modellvorhaben aus der zweijährigen Förderphase auszuwerten. Der Schwerpunkt lag dabei auf dem Transfer der erprobten Vorhaben, der Netzwerkbildung und der intersektoralen Zusammenarbeit sowie der Überprüfung der Frage, wie eine nachhaltige Strukturbildung erfolgen kann.

Ziel der externen Evaluation war es, Aussagen über gelingende und hinderliche Faktoren eines Projekttransfers zu generieren. Darüber hinaus sollten ergänzend zu den Ergebnissen der externen Evaluation der ersten Förderphase verallgemeinerbare Aussagen zu geeigneten Zugangswegen zu suchtmittelkonsumierenden schwangeren und stillenden Frauen sowie relevanten Unterstützung- oder Hinderungsfaktoren für Kooperationen zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen und Hilfesystemen ermöglicht werden.

Der vorliegende Bericht beginnt mit einer Kurzvorstellung der sieben Modellvorhaben, die Gegenstand der externen Evaluation waren. Ausführlicher wird dabei auf die drei weiterhin geförderten Modellvorhaben eingegangen. Anschließend erfolgt eine Beschreibung des methodischen Vorgehens zur Auswertung der zweiten Förderphase. Daran knüpft eine Darstellung der Ergebnisse und die Herausarbeitung konkreter Handlungsempfehlungen an, die zusammen mit den zuvor geschilderten Ergebnissen am Ende des Berichts diskutiert werden.

## 2. Die Modellvorhaben zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit

In der zunächst einjährigen Implementationsphase wurden insgesamt sieben Modellvorhaben durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Alle Modellvorhaben hatten dabei zum Ziel, Präventionsansätze zu entwickeln, mit Hilfe derer der Alkohol- und/oder der Tabakkonsum schwangerer sowie stillender Frauen reduziert bzw. vermieden werden sollte. Während sechs der sieben Modellvorhaben sowohl den Alkohol- als auch den Tabakkonsum in ihr Vorhaben einschlossen, bezog sich ein Modellvorhaben ausschließlich auf den Tabakkonsum. Neben der Schaffung geeigneter Zugangswege zu schwangeren und stillenden Frauen, die durch die Einbindung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus dem Bereich Schwangerschaft und Geburt realisiert wurden, standen die Konzeption, Implementierung und Durchführung zielgruppenspezifischer Interventionsangebote durch verschiedene Formen der intersektoralen Zusammenarbeit, wie der Schwangerenberatung mit der Suchthilfe, im Fokus des Fördervorhabens.

Die geförderten Modellvorhaben unterschieden sich **konzeptionell** vor allem darin, ob das Suchtmittelkonsumverhalten der Schwangeren und Stillenden<sup>2</sup> durch die Einbindung der Frauen in Angebote der Suchthilfe oder durch die Integration der Intervention in Angebote der Schwangerenvorsorge bzw. Erweiterung der Angebote zur Schwangerenvorsorge für Schwangere und Stillende erreicht werden sollte. Dabei wurden in fünf der sieben Modellvorhaben die Schwangeren und Stillenden in (ggf. adaptierte oder neu entwickelte) **Angebote der Suchthilfe eingebunden**. Konzeptionell sah dieser Ansatz vor, suchtgefährdete Frauen, die im Rahmen der Schwangerenbetreuung identifiziert wurden, in (spezifische) Angebote der Suchthilfe zu vermitteln. In den übrigen zwei Modellvorhaben wurden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit Zugang zur Zielgruppe darin geschult, die Intervention direkt durchzuführen bzw. es wurde ein neues Angebot für suchtmittelkonsumierende Schwangere und Stillende geschaffen, im Rahmen dessen Schwangere und Stillende zur Konsumreduktion bzw. zum Konsumverzicht motiviert werden sollten. Konzeptionell setzte dieser Ansatz auf die **Erweiterung der Kompetenzen der Professionellen im Handlungsfeld „Schwangerenbetreuung“**. Die Intervention fand in diesen beiden Modellvorhaben also in bestehenden Angeboten für Schwangere statt (integrierte Angebote).

---

<sup>2</sup> Einhergehend mit dem Titel des Fördervorhabens werden in dem Bericht immer Schwangere und Stillende gemeinsam genannt, auch wenn Stillende nicht in allen Modellvorhaben explizit als Zielgruppe genannt bzw. von den Modellvorhaben keine explizit an Stillende gerichteten Angebote entwickelt wurden. Mit Ausnahme eines Modellvorhabens wurden jedoch die Stillenden immer mit in die entwickelten Interventionen einbezogen.

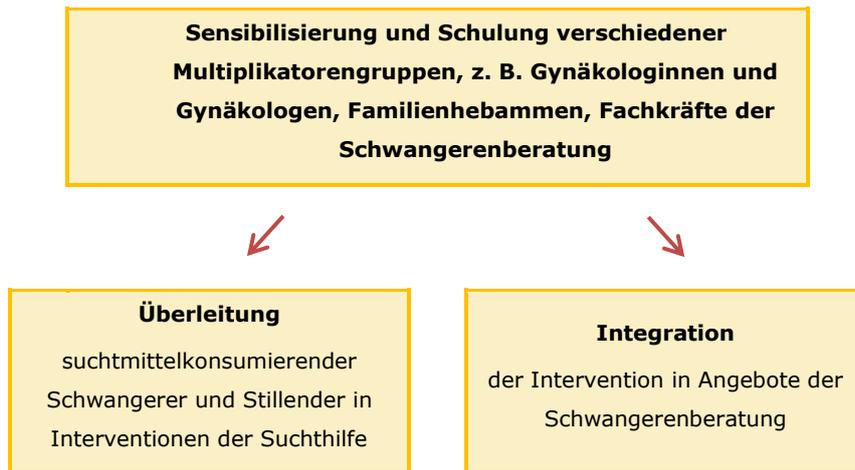


Abbildung 1: Konzepte der Modellvorhaben (eigene Darstellung)

In der anschließend folgenden zweijährigen Transferförderphase wurden noch drei der sieben Modellvorhaben durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Alle Transferprojekte hatten dabei zum Ziel, die in der ersten Förderphase entwickelten und erprobten Interventionsansätze zur Reduzierung des Suchtmittelkonsums in der Schwangerschaft und Stillzeit weiter zu erproben und überregional zu implementieren. Eines dieser drei Modellvorhaben sah weiterhin eine Überleitung von suchtmittelkonsumierenden schwangeren und Stillenden in Angebote der Suchthilfe vor. In den beiden anderen Modellvorhaben wurde ein integrierter Ansatz verfolgt. Eines dieser Modellvorhaben hatte in der ersten Förderphase ebenfalls zunächst eine Überleitung vorgesehen und den Interventionsansatz aufgrund der gemachten Erfahrungen verändert.

Neben der konzeptionellen Ausgestaltung der drei Interventionsansätze selber wichen die einzelnen Modellvorhaben auch hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung des Projekttransfers deutlich voneinander ab. So unterschieden sie sich vor allem in der Art und Weise, wie die Transferkooperationen zustande kamen, wie die Zusammenarbeit zwischen den projektgebenden und projektnehmenden Organisationen gestaltet war und in welchem Umfang die Kooperationspartner/-innen von dem Ausgangsprojekt unterstützt wurden.

Eines der drei Transferprojekte sah vor, den Suchtmittelkonsum Schwangerer und Stillender im Rahmen der Schwangerenberatung mit Hilfe eines Screeninginstruments zu ermitteln, ggf. eine motivierende Kurzintervention durchzuführen und die Betroffenen zur Inanspruchnahme weiterer Hilfen zu motivieren. Dabei wurde die Kompetenz für eine Suchtberatung in die Schwangerschaftsberatungsstelle implementiert. Die Verzahnung der beiden Berufsgruppen und die damit verbundene integrative Vorgehensweise nahmen hier

einen zentralen Stellenwert ein. Für den Projekttransfer war seitens des Modellvorhabens ein Transfer in fünf andere Regionen mit unterschiedlichen Strukturen vorgesehen.

In dem zweiten geförderten Transfervorhaben wurden (Familien-) Hebammen zur Durchführung einer Rauchfreiberatung qualifiziert, die sie anschließend bei ihren Hausbesuchen rauchender Schwangerer und junger Mütter anwendeten. Im Rahmen bundeslandübergreifender Weiterbildungsseminare sollte der Ansatz in andere Länder übertragen werden. Durchgeführt wurden die Seminare von einer zuvor geschulten Hebamme und einer Tabakkontrollexpertin<sup>3</sup>.

Das dritte Transferprojekt sah vor, suchtmittelkonsumierende schwangere und stillende Frauen durch Fachkräfte aus dem Bereich Schwangerschaft und Geburt zu identifizieren und betreffende Frauen in Angebote der Suchtberatung an zentralen Standorten innerhalb der Region zu übermitteln. Als Transferregionen waren einerseits alle Landkreise bzw. Stadtverbände des betreffenden Landes sowie ein Transfer in einen Landkreis in einem benachbarten Land vorgesehen.

---

<sup>3</sup> Die Seminare wurden gemeinsam mit dem Verein Frauen Aktiv Contra Tabak e.V. durchgeführt. Dieser Verein verwendet den Begriff „Tabakkontrollexpertin“, sodass dieser Begriff auch in dem Modellvorhaben entsprechend Verwendung fand.

### 3. Methodisches Vorgehen der externen Evaluation

Das Ziel der externen Evaluation bestand einerseits darin, die Erfahrungen der sieben geförderten Modellvorhaben im Hinblick auf unterschiedliche Zugangswege und Kooperationsformen auszuwerten und daraus Empfehlungen abzuleiten, die Akteurinnen und Akteure mit ähnlichen Zielsetzungen wie die der Modellvorhaben zu unterstützen. Für die Transferphase bestand das Ziel andererseits darin, Aussagen über gelingende und hinderliche Faktoren eines Projekttransfers zu generieren.

Dazu bedurfte es eines methodischen Vorgehens, das die Erfassung der Planungs-, der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisqualität (Kolip, Ackermann, Ruckstuhl & Studer 2012) der einzelnen Modellvorhaben und einen Vergleich miteinander ermöglicht. Um ein möglichst reichhaltiges Gesamtbild der gesammelten Erfahrungen mit dem Projekttransfer zu erlangen und daraus förderliche und hinderliche Faktoren für einen Transfer abzuleiten, sollte das methodische Vorgehen zudem sowohl die Perspektive der projektgebenden Organisationen als auch die der projektnehmenden Organisationen einbeziehen.

Folgende Instrumente kamen dabei zum Einsatz:

1. *Raster zur Erfassung der Planungs- und Strukturqualität der Modellvorhaben:* Mit Hilfe eines Auswertungsrasters wurden die zentralen Aspekte der beiden Qualitätsdimensionen auf Basis der sieben Förderanträge und Abschlussberichte für die erste Förderphase sowie der drei Förderanträge für die zweite Förderphase strukturiert erfasst. Auf diese Weise war eine vergleichende Beschreibung und Beurteilung der sieben Modellvorhaben bzw. der drei Transferprojekte möglich (Flick, von Kardorff & Steinke 2007). Das Raster lehnt sich an ein in der Evaluation der Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten im Rahmen des INFORM-Programms des Bundesministeriums für Gesundheit entwickeltes und erprobtes Raster an (Kolip, Gerken, Schaefer, Mühlbach & Gebhardt 2013), das für die Förderanträge der Modellvorhaben bzw. der Transferprojekte modifiziert wurde.
2. *Dokumentationsbögen zur Erfassung der Prozessqualität des Projekttransfers:* Zur Beurteilung des Projekttransfers aus Sicht der projektgebenden Organisationen wurde gemeinsam mit den drei Transferprojekten ein Dokumentationsbogen konstruiert, der zu fünf Zeitpunkten im Abstand von jeweils ca. vier Monaten von den Mitarbeiterinnen der projektgebenden Organisationen ausgefüllt wurde. Der Dokumentationsbogen umfasste im wesentlichen Fragen, die die Mitarbeiterinnen zu einer Reflexion des Projektverlaufs anregen sollten. Er sollte entsprechend im Zuge einer Sitzung der Steuerungsgruppe bzw. innerhalb einer Teambesprechung diskutiert und anschließend ausgefüllt werden. Der Dokumentationsbogen lehnt sich

an die Leitfragen für Meilensteinsitzungen des Qualitätssystems quint-essenz (Gesundheitsförderung Schweiz 2015) an.

3. *Halbstrukturierte Leitfadeninterviews zur Erfassung der Erfahrungen mit der Implementierung des Interventionsansatzes sowie mit dem Projekttransfer:* Zu Beginn und am Ende der zweiten Förderphase wurden halbstrukturierte Leitfadeninterviews mit den Projektverantwortlichen und am Ende der zweiten Förderlaufzeit mit zwei Kernkooperationspartnerinnen jedes Ausgangsprojekts geführt. Im Fokus der Interviews standen die Bewertung des Projekttransfers sowie die intersektorale Zusammenarbeit und Zugangswege zu suchtmittelkonsumierenden Schwangeren und Stillenden.
4. *Zielerreichungsskalen zur Überprüfung ausgewählter Zielsetzungen:* Im Rahmen eines Beratungsangebotes wurden die projektgebenden Organisationen dabei unterstützt, mit dem Ansatz Goal Attainment Scaling (GAS) überprüfbare Projektziele zu formulieren und projektspezifische Ansätze der Ergebnisevaluation zu entwickeln. Dazu fand mit jedem Ausgangsprojekt mindestens ein Workshop vor Ort statt.
5. *Vernetzungsworkshop:* Im Frühjahr 2013, d. h. zu Beginn der zweiten Förderphase, wurde ein Vernetzungsworkshop durchgeführt, der den drei Transferprojekten die Möglichkeiten bot, sich untereinander auszutauschen und gemeinsam über Hindernisse und förderliche Faktoren zu reflektieren (Peer Learning). Darüber hinaus wurden projektspezifische Fragestellungen und Methoden (insbesondere zum Transfer und zur projektinternen Evaluation) bearbeitet, das weitere Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung durch die Universität Bielefeld erläutert und weitere Unterstützungs- und Vernetzungsmöglichkeiten geklärt.

Die Ergebnisse dieser Methoden wurden miteinander kombiniert und so für eine wechselseitige Ergänzung und damit für eine Erkenntniserweiterung genutzt (Methodische Triangulation) (Flick 2011). Während sich die Fragen in dem Raster schwerpunktmäßig auf die Aspekte der Planungs- und Strukturqualität richteten, lag der Fokus der Zielerreichungsskalen zur Überprüfung ausgewählter Zielsetzungen auf der Prozess- und Ergebnisqualität. Bei den Dokumentationsbögen und den Interviews ging es vorwiegend darum, subjektive Erfahrungen mit dem Transferprozess, mit den Transferkooperationen sowie mit dem Erreichen der Zielgruppe und mit der intersektoralen Zusammenarbeit einzuholen und rückblickend eine Bewertung des Erfolgs vorzunehmen. Auf diese Weise konnte ein breites und vollständiges Bild von Struktur, Arbeitsweise und (Miss-) Erfolgen der drei Transferprojekte entwickelt werden. Mit Hilfe des Vernetzungswshops wurde zudem die Möglichkeit für eine gegenseitige Unterstützung geschaffen.

### 3.1 Raster zur Erfassung der Planungs- und Strukturqualität der zweiten Förderphase

Das Raster für die Analyse der sieben Anträge und Abschlussberichte für die Förderphase wurde bereits im Rahmen des Teilberichts zur Analyse der ersten Förderphase ausführlich beschrieben (vgl. Universität Bielefeld (2013). Modellvorhaben zur Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit. Teilbericht: Analyse der ersten Förderphase, S. 16-19). Die nachfolgenden Ausführungen konzentrieren sich daher auf das Raster zur Analyse der drei Förderanträge der zweiten Förderphase. Es wurden darin acht Kategorien differenziert:

1. Interventionsfelder
2. Bedürfnisse/Partizipation
3. Ziele (Intervention)
4. Ziele (Transfer)
5. Geplante Evaluation
6. Nachhaltigkeit
7. Zeit- und Arbeitsplanung
8. Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement

Während sich die ersten sechs Kategorien auf das Gesamtkonzept der einzelnen Interventionsansätze bezogen, ging es bei den letzten beiden Kategorien gezielt um die Projektorganisation.

Im Rahmen der Kategorie *Interventionsfelder* wurde untersucht, welche Maßnahmen die Intervention umfasste, ob Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen durchgeführt wurden (z. B. auf der Ebene der Verhaltens- und/oder Verhältnisprävention) und ob die Wirksamkeit der Angebote bzw. Intervention(en) belegt wurde (Evidenzbasierung).

Die Kategorie *Bedürfnisse/Partizipation* enthielt Fragen darüber, ob und inwieweit die Bedürfnisse der Zielgruppen erfasst wurden und die Zielgruppen partizipativ bei der Planung, Durchführung und/oder Evaluation aktiv einbezogen wurde.

Die Kategorie *Ziele (Intervention)* diente der Analyse, ob und inwieweit von den Transferprojekten konkrete Zielsetzungen formuliert wurden. Es wurde überprüft, ob die Ziele im Sinne der SMART-Kriterien spezifisch, messbar, anspruchsvoll, realistisch, terminiert und damit eindeutig und nachvollziehbar formuliert wurden (Doran 1981; Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. 2011)

Im Rahmen der Kategorie *Ziele (Transfer)* wurden die Ziele in Bezug auf den Transfer untersucht.

Bei der Kategorie *Geplante Evaluation* wurde überprüft, ob eine Evaluation der Wirksamkeit der Intervention(en) geplant war und inwieweit deren Umsetzung gelungen ist. In dem Zusammenhang wurde auch ermittelt, welche Methoden und welches Design bei der Umsetzung angewendet und welche Indikatoren für die jeweiligen Evaluationsmethoden herangezogen wurden.

Im Rahmen der Kategorie *Nachhaltigkeit* wurde überprüft, welche Maßnahmen geplant und umgesetzt wurden, um langfristige Entwicklungsprozesse anzustoßen und eine Verstetigung der implementierten Angebote zu erlangen. Zudem wurde untersucht, ob die geplanten Aktivitäten zu einer weiteren Vernetzung bzw. einem Ausbau der Kooperationen geführt haben und ob der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen vorgesehen war.

In der Kategorie *Zeit- und Arbeitsplanung* wurde untersucht, ob es einen detaillierten Zeit- und Arbeitsplan gibt, der alle zentralen Maßnahmen, Aufgaben und Arbeitsschritte konkret benennt und festlegt und – falls zutreffend – ob die Einhaltung des Zeit- und Arbeitsplans regelmäßig überprüft wird.

In der Kategorie *Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement* wurde anhand der Angaben aus dem Projektantrag überprüft, ob der Projektverlauf und die Projektergebnisse dokumentiert wurden und ob regelmäßige Feedbackschleifen geplant waren.

Für jede Kategorie wurden bis zu drei Kernfragen formuliert, die mit Hilfe der Angaben aus den Förderanträgen beantwortet wurden. Die Differenzierungskriterien dienten zur Bewertung der Planungs- und Strukturqualität.

Die Anwendung des Rasters zur Beurteilung der Planungs- und Strukturqualität der zweiten Förderphase entsprach der des Rasters zur Beurteilung der Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der ersten Förderphase (vgl. Universität Bielefeld (2013). Modellvorhaben zur Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit. Teilbericht: Analyse der ersten Förderphase, S. 18, 19). Allerdings wurden im Gegensatz zu den Rastern für die Anträge der ersten Förderphase, die Raster für die zweite Förderphase mit den in der Förderung verbliebenen drei Modellvorhaben rückgekoppelt. Diese wurden gebeten, etwaige Missverständnisse durch Korrekturen zu beheben. Diese Korrekturen und Kommentare wurden anschließend in die Raster eingearbeitet.

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht am Beispiel eines Rasterauszugs den Aufbau des Rasters:

Kategorien	Indikatoren	Kommentare
Gesamtkonzept		
<b>1. Interventionsfelder</b>		
A. Welche Maßnahmen umfasst die Intervention(en) (Reduktion von Risikofaktoren, Stärkung von Ressourcen)? B. Werden Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen durchgeführt (z. B. Veränderung des Verhaltens, Veränderung der Verhältnisse, Qualifizierung der Akteure)? C. Ist die Wirksamkeit der Angebote/Intervention(en) belegt (Evidenzbasierung)?  <i>Kriterien:</i>		
A. Die Intervention umfasst Maßnahmen zur Reduktion von Risikofaktoren und zur Stärkung von Ressourcen	0 = KA 1 = Die Intervention fokussiert nur auf eine Ebene (Risikofaktoren oder Ressourcen) 2 = Die Intervention fokussiert auf beide Ebenen 3 = Die Intervention fokussiert auf beide Ebenen und die Maßnahmen wurden aufeinander abgestimmt	
B. Das Gesamtkonzept beinhaltet Maßnahmen auf mehreren Ebenen (Verhaltensänderung, Verhältnisänderung, Qualifizierung der Akteure)	0 = KA 1 = Es werden nur Angebote für die Zielgruppe durchgeführt (reine Teilnahme) 2 = Es werden Maßnahmen auf zwei Ebenen durchgeführt 3 = Es werden Maßnahmen auf mehr als zwei Ebenen durchgeführt	
C. Die Wirksamkeit der Angebote/Intervention(en) ist belegt	0 = KA 1 = Die Wirksamkeit der Angebote/Intervention ist nicht belegt 2 = Belege für die Wirksamkeit der Angebote/Intervention sind in der Literatur dargestellt oder wurden stichprobenartig in der ersten Förderphase erhoben 3 = Belege für die Wirksamkeit der Angebote/Intervention sind in der Literatur dargestellt und wurden stichprobenartig bereits in der ersten Förderphase erhoben (bzw. in anderen Projekten des Maßnahmeträgers überprüft)	

Abbildung 2: Beispielhafter Auszug aus dem Raster zur Erfassung der Planungs- und Strukturqualität der zweiten Förderphase (eigene Darstellung)

Im Anschluss erfolgte die Bewertung des Rasters, indem zunächst jede Kategorie mit einem Kommentar im Hinblick auf die Leitfragen und die Indikatoren versehen wurde. Nachdem die Kommentare in alle Raster eingefügt worden waren, erfolgte im letzten Schritt die Bewertung mit Hilfe der vierstufigen Skala. Die Kommentare wurde am Ende des Rasters in einem Fazit zusammengefasst, das Hinweise formuliert, welche Aspekte der Planungsqualität bereits gut

ausgeführt sind und wo ggf. eine Vertiefung bzw. Anpassung erfolgen sollte. Diese abschließende Fassung wurde den Modellvorhaben erneut zugeschickt.

### **3.2 Dokumentationsbögen zur Erfassung der Prozessqualität des Projekttransfers**

Der Dokumentationsbogen sollte die Mitarbeitenden der drei projektgebenden Organisationen dazu anregen, in gleichmäßigen Abständen den Projekttransfer kritisch zu reflektieren und im Rahmen einer gemeinsamen Teambesprechung oder einem Treffen der Steuerungsgruppe zu diskutieren. Zudem sollte er eine strukturierte Rückschau ermöglichen, die zugleich als Grundlage für die Planung der nachfolgenden Arbeitsschritte verwendet werden kann und die Transferprojekte in ihrem Arbeitsprozess unterstützt. Der erste Dokumentationsbogen bezog sich auf die ersten fünf Monate der zweiten Förderphase, die nachfolgenden Dokumentationsbögen bezogen sich jeweils auf die vorangegangenen vier Monate. Im Anhang ist exemplarisch ein Dokumentationsbogen aufgeführt (Anhang 1). Die Fragen gliederten sich in die nachfolgenden drei Bereiche:

1. Rückblick auf die vergangenen Monate
2. Planung der nächsten Etappe
3. Ergänzende Fragen für die Evaluation des Dokumentationsbogens

In dem Teil *Rückblick auf die vergangenen Monate* wurden die Transferprojekte zunächst um eine Bewertung der bisherigen Zusammenarbeit mit den einzelnen Transferpartnerinnen und -partnern gebeten. Die Bewertung erfolgte anhand bipolarer Skalen, die den Einstieg in die Reflexion erleichtern sollten. Ferner wurden Fragen zur Umsetzung und zum Verlauf des Projekttransfers gestellt.

Der Bereich *Planung der nächsten Etappe* enthielt Fragen zu den Rahmenbedingungen für den Transfer des Interventionsansatzes sowie zu möglichen Anpassungen der geplanten Maßnahmen für den Projekttransfer.

Die *ergänzenden Fragen für die fortlaufende Evaluation des Dokumentationsbogens* am Ende des Dokumentationsbogens wurden dafür eingesetzt, den Bogen im Prozess anzupassen bzw. zu optimieren. Insbesondere nach Anwendung des ersten Dokumentationsbogens wurden Anpassungen vorgenommen. Im weiteren Verlauf wurden dann ggf. neu hinzugekommene Kooperationspartner/-innen für den Projekttransfer ergänzt.

Nachdem alle Dokumentationsbögen von den projektgebenden Organisationen zurückgesendet worden waren, wurden die fünf Bögen eines Ausgangsprojekts in einem integriert. Auf diese Weise erhielten die Mitarbeitenden der Universität Bielefeld einen

Überblick darüber, ob der Projekttransfer innerhalb der zwei Jahre planmäßig umgesetzt wurde, welche Hindernisse und Schwierigkeiten im Verlauf der Zeit dabei aufgetreten sind, welche Faktoren sich als förderlich erwiesen haben und wie die Ausgangsprojekte den Transfer im Laufe des zweijährigen Förderzeitraums bewertet haben. Anhand dieser Übersicht wurden am Ende der einzelnen Themenblöcke die Antworten der einzelnen Ausgangsprojekte in einem Fazit zusammengefasst.

Besondere Erfolge, Ereignisse und Probleme, die in den Dokumentationsbögen genannt wurden, flossen in die Konstruktion des Leitfadens für die Interviews zur Erfassung der Erfahrungen mit dem Projekttransfer ein, auf die nachfolgend näher eingegangen wird. Damit dienten die Dokumentationsbogen auch zur Vorbereitung und Anregung der Interviews.

### **3.3 Halbstrukturierte Leitfadeninterviews zur Erfassung der Erfahrungen mit der Implementierung des Interventionsansatzes sowie mit dem Projekttransfer**

Mit Hilfe der halbstrukturierten Leitfadeninterviews zu Beginn der zweiten Förderphase sollten zum einen die in den Abschlussberichten zur ersten Förderphase formulierten Erfahrungen mit konkreten Beispielen und Hintergrundinformationen angereichert werden. Zum anderen sollten Faktoren ermittelt werden, die sich förderlich oder hinderlich auf die Struktur und Arbeitsweise der einzelnen Modellvorhaben ausgewirkt haben.

Der Leitfaden gliederte sich in sechs Themenblöcke, die die wesentlichen Bereiche des Erkenntnisinteresses widerspiegeln:

1. Aktivitäten/Zielgruppenerreichung
2. Kooperationen, Zusammenarbeit und Synergieeffekte
3. Ziele und Zielerreichungen
4. Evaluation
5. Förderliche/hinderliche Bedingungen
6. Erfolge und Misserfolge

Da die Themenblöcke bereits in dem Teilbericht zur ersten Förderphase ausführlich beschrieben wurden (vgl. Universität Bielefeld (2013). Modellvorhaben zur Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit. Teilbericht: Analyse der ersten Förderphase“, S. 19, 20) soll an dieser Stelle nicht weiter darauf eingegangen werden, sondern der Fokus auf den Interviewleitfaden gelegt werden, der für die Interviews zum Abschluss der zweiten Förderphase entwickelt wurde. Mit Hilfe dieser halbstrukturierten Interviews sollten in erster Linie Faktoren ermittelt werden, die sich förderlich oder hinderlich auf den Projekttransfer ausgewirkt haben. Darüber hinaus sollten verallgemeinerbare

Aussagen zu geeigneten Zugangswegen zu suchtmittelkonsumierenden schwangeren und stillenden Frauen sowie zu relevanten Unterstützung- oder Hinderungsfaktoren für Kooperationen zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen und Hilfesystemen ermöglicht werden. Diese Aussagen dienen zur Ergänzung der für die erste Förderphase analysierten Ergebnisse. Dementsprechend gliederte sich das Interview in Fragen zum Projekttransfer und in Fragen zum Interventionsansatz. Im Einzelnen enthielt der für das Interview konstruierte Leitfaden elf Themenblöcke, die die wesentlichen Bereiche des Erkenntnisinteresses widerspiegeln:

### Fragen zum Projekttransfer

1. Erfahrungen mit dem Projekttransfer
2. Aufbau der Transferkooperationen
3. Gestaltung der Transferkooperationen
4. Adaptionen und Weiterentwicklungen
5. Förderliche und hinderliche Faktoren
6. Verstetigung
7. Bewertungen des Projekttransfers und Empfehlungen

### Fragen zum Interventionsansatz

8. Gesamtbewertung des Interventionsansatzes
9. Kooperation mit der Suchthilfe
10. Verstetigung
11. Bewertung und Fazit

In dem Themenblock zu den *Erfahrungen mit dem Projekttransfer* ging es darum, nähere Informationen zu dem Verlauf des Projekttransfers, zu aufgetretenen Schwierigkeiten und zu der Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnerinnen und -partnern in den Transferregionen zu erhalten.

In dem Themenblock *Aufbau der Transferkooperationen* sollte geklärt werden, wie die einzelnen Transferkooperationen zustande kamen, nach welchen Kriterien die Transferpartner/-innen ausgewählt wurden und wer an der Entscheidung beteiligt war, um Klarheit über die Motivation zur Teilnahme an dem Projekttransfer sowohl vonseiten der projektgebenden als auch der projektnehmenden Organisation zu erlangen.

In dem Themenblock *Gestaltung der Transferkooperationen* sollten Informationen über die Art und den Umfang der vorgesehenen Unterstützungsleistungen für den Projekttransfer

sowie über die tatsächliche Inanspruchnahme und weitere Unterstützungsbedarfe generiert werden. Von Interesse waren auch Informationen über die Kommunikation zwischen den einzelnen Organisationen.

In dem Themenblock *Adaptionen und Weiterentwicklungen* wurde den Fragen nachgegangen, ob und inwieweit vonseiten der projektnehmenden Organisationen Adaptionen an dem Ausgangsprojekt vorgenommen wurden.

In dem Themenblock *förderliche und hinderliche Faktoren* wurden die in der Struktur und Arbeitsweise liegenden Faktoren erfragt, die sich förderlich oder hinderlich auf den Transferprozess ausgewirkt haben.

In dem Themenblock *Verstetigung* werden die projektgebenden Organisationen danach gefragt, wie eine zukünftige Zusammenarbeit zwischen den projektgebenden und den projektnehmenden Organisationen aussehen könnte und bei wem die Verantwortung für die Verstetigung der Zusammenarbeit mit den Transferregionen liegt.

In dem Themenblock *Bewertungen des Projekttransfers und Empfehlungen* wurden schließlich die nach der subjektiven Einschätzung der Gesprächspartner/-innen größten Erfolge und Misserfolge im Hinblick auf den Transferprozess und weitere Adaptionenbedarfe erfasst.

In dem ersten Themenblock, der Fragen zum Interventionsansatz beinhaltet, wurden die Gesprächspartner/-innen um eine *Gesamtbewertung des Interventionsansatzes* gebeten. Dabei war von Interesse, ob der Interventionsansatz planmäßig weiter umgesetzt werden konnte, welche Hindernisse und Schwierigkeiten aufgetreten sind, was sich förderlich auf die Umsetzung ausgewirkt hat und wo Adaptionen vorgenommen worden sind.

In dem Themenblock *Kooperation mit der Suchthilfe* wurde nach den Erfahrungen mit den sektorenübergreifenden Kooperationen zwischen Fachkräften aus dem Bereich Schwangerschaft und Geburt sowie Mitarbeitenden aus der Suchtberatung gefragt. Der Fokus lag dabei auf wahrgenommenen Vorteilen, die sich durch die Zusammenarbeit ergeben haben, aufgetretenen Schwierigkeiten und Möglichkeiten der zukünftigen Zusammenarbeit.

In dem Themenblock *Verstetigung* wird danach gefragt, in welcher Form und in welchem Umfang das Ausgangsprojekt fortgesetzt wird und wo die Verantwortlichkeiten dafür liegen.

In dem Themenblock *Bewertung und Fazit* wurden schließlich nach einer Gesamteinschätzung der Implementierung des Ausgangsprojekts vor Ort gebeten. In dem

Zusammenhang wurde nach den wichtigsten Erfolgen des Transferprojekts, nach aufgetretenen Schwierigkeiten sowie nach wahrgenommenen Vor- und Nachteilen gefragt.

Die Durchführung und Auswertung der halbstrukturierten Leitfadeninterviews zur Erfassung der Erfahrungen mit dem Projekttransfer entsprach der des halbstrukturierten Leitfadeninterviews der ersten Förderphase (vgl. Universität Bielefeld (2013). Modellvorhaben zur Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit. Teilbericht: Analyse der ersten Förderphase“, S. 20, 21).

### **3.4 Zielerreichungsskalen für die Überprüfung ausgewählter Zielsetzungen**

Der Einsatz von GAS sollte die Transferprojekte bei der Festlegung von präzisen und messbaren Zielen sowie in ihrer Prozessqualität unterstützen und damit eine wesentliche Basis für Qualitätsentwicklung und zugleich eine Voraussetzung für die Überprüfung der Wirksamkeit schaffen (Ruckstuhl 2009).

GAS wurde ursprünglich von Thomas Kiresuk und Robert Sherman (1968) für die Evaluation im Bereich der klinischen Psychologie entwickelt. Es handelt sich dabei um ein sehr offen konzipiertes und zugleich standardisiertes Verfahren, das unabhängig vom inhaltlichen Kontext verwendet werden kann. Hintergrund seiner Entwicklung war die stärkere Einbeziehung und Einflussnahme von Patientinnen und Patienten auf den Behandlungsprozess.

GAS hat sich inzwischen in vielfältigen Anwendungsbereichen bewährt. Das Verfahren wird u. a. in der Psychiatrie, Rehabilitation und in der Physiotherapie eingesetzt. In der Schweiz ist GAS Pflichtbestandteil des ambulanten Rehageschehens. Dagegen wird GAS in der Gesundheitsförderung bislang nur selten angewendet, konnte jedoch im Zuge der Evaluation der Aktionsbündnisse gesunde Lebensstile und Lebenswelten erfolgreich erprobt werden (Kolip & Schaefer 2013).

GAS erfordert zunächst die Formulierung eines möglichst konkreten und messbaren Ziels. Im Anschluss daran werden Indikatoren festgelegt, mit Hilfe derer zu einem späteren Zeitpunkt die Zielerreichung erfasst werden soll. Auf dieser Basis wird eine fünfstufige Skala formuliert, in deren Zentrum das erwartete Ergebnis zu einem bestimmten Zeitpunkt steht. Davon ausgehend werden zwei Stufen nach oben („mehr als erwartet“ und „viel mehr als erwartet“) und zwei Stufen nach unten („weniger als erwartet“ und „viel weniger als erwartet“) gebildet. Die Bewertung der Zielerreichung erfolgt dann zu dem in der Skala festgelegten Zeitpunkt. Es ist nicht erforderlich, diese Ergebniserwartungen in einem Schritt bis zum Ende der Intervention zu formulieren. Die Zielerreichung kann auch zunächst für ein nahes

Zwischenziel angegeben und anschließend fortgeschrieben werden. Daher eignet sich GAS auch für die Prozessbegleitung (Schaefer & Kolip 2010).

Für die Anwendung der Zielerreichungsskalen innerhalb der Transfervorhaben wurde ein jeweils eintägiger, interner Workshop für die Auswahl der Ziele, für die Festlegung der Indikatoren und für die Formulierung der Zielerreichungsskalen angeboten. An diesen Workshops sollten möglichst alle direkt an der Durchführung des Fördervorhabens beteiligten Mitarbeiterinnen und Kooperationspartnerinnen beteiligt werden. Dieses Angebot wurde von allen drei Transferprojekten in Anspruch genommen. Im August 2012 wurde ein Workshop und im Oktober 2012 die beiden anderen Workshops durchgeführt. In allen drei Transfervorhaben nahmen alle angesprochenen Mitarbeiterinnen und Kooperationspartnerinnen an diesen Workshop teil. Es wurden jeweils drei bzw. in einem Fall vier Zielerreichungsskalen formuliert. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht an einem Beispiel die Formulierung von Zielerreichungsskalen:

<b>Projektziel: Motivierung und Qualifizierung von Familienhebammen durch Aufbau und Durchführung eines adäquat verteilten Fortbildungsangebots.</b>	
<b>Teilziel: Durchführung eines Großteils der geplanten Seminare in 2013.</b>	
+ 2 = Viel mehr als erwartet	Bis Ende 2013 wurden acht Seminare (jeweils Hauptseminar und Vertiefung) durchgeführt.
+ 1 = Mehr als erwartet	Bis Ende 2013 wurden sieben Seminare (jeweils Hauptseminar und Vertiefung) durchgeführt.
0 = Erwartetes Ergebnis	Bis Ende 2013 wurden sechs Seminare (jeweils Hauptseminar und Vertiefung) durchgeführt.
-1 = Weniger als erwartet	Bis Ende 2013 wurden fünf Seminare (jeweils Hauptseminar und Vertiefung) durchgeführt.
-2 = Viel weniger als erwartet	Bis Ende 2013 wurden vier Seminare (jeweils Hauptseminar und Vertiefung) durchgeführt.

Abbildung 3: Beispiel einer Zielerreichungsskala (eigene Darstellung)

Die Transfervorhaben haben die Möglichkeit genutzt, die Zielerreichungsskalen zunächst nur für Zwischenziele zu formulieren und diese dann ggf. fortzuschreiben. Diese Ziele wurden zum Zeitpunkt ihrer Terminierung im Prozess (zwischen-) bewertet und anschließend fortgeschrieben.

#### Fortschreibung der Zielerreichungsskalen und Vorgehen bei der Bewertung

Als Unterstützung für die Fortschreibung der Zielerreichungsskalen wurde nach Überprüfung der Zwischenzielerreichungen jeweils die Durchführung eines zweiten Workshops angeboten. Im Anschluss fand jeweils ein weiterer, interner Gesprächstermin vor Ort statt,

diese Termine hatten jedoch nicht mehr den Charakter eines Workshops, sondern wurden statt dessen in die jeweiligen Treffen der Steuerungsgruppe bzw. die Teambesprechung integriert.

Für ein Transferprojekt wurde auf dieser Basis im Herbst 2013 eine Fortschreibung für alle Zielerreichungsskalen formuliert und schriftlich abgestimmt. Dieser Vorgang wurde für eine weitere Fortschreibung im Frühjahr 2014 wiederholt. In dem zweiten Transfervorhaben war eine Fortschreibung nicht erforderlich, weil die formulierten Zielerreichungsskalen zu zeitnah terminiert worden waren und daher die Formulierungen an das Ende des Förderzeitraums verschoben wurden. In dem dritten Transfervorhaben wurde nach der erfolgten (erfolgreichen) Zwischenbewertung auf eine Fortschreibung der Zielerreichungsskalen verzichtet.

Für die Bewertungen der Zielerreichungen wurden Telefoninterviews durchgeführt, in Einzelfällen wurde die Bewertung einer Skala auch per E-Mail durchgeführt.

### **3.5 Vernetzungsworkshop**

Nachdem alle Transferprojekte erste Erfahrungen mit der weiteren Erprobung ihres Ansatzes vor Ort und mit dem überregionalen Transfer gesammelt hatten, wurden die Beteiligten aller Transferprojekte und außerdem zwei Kern-Kooperationspartner/-innen für den Transfer eines Transferprojekts zu einem zweitägigen Vernetzungsworkshop an die Universität Bielefeld eingeladen. Hier hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, gemeinsam ihre Erfahrungen sowie wahrgenommene Hinderungs- und Erfolgsfaktoren zu reflektieren. Die Ergebnisse des Workshops wurden in einer Ergebnisdokumentation festgehalten und den Teilnehmenden zusammen mit den Kontaktdaten aller Beteiligten ausgehändigt, um auch über den Workshop hinaus einen Austausch zu ermöglichen. Die Ergebnisdokumentation richtet sich gleichzeitig auch an alle Kooperationspartner/-innen, um Transparenz herzustellen.

## 4. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Die Einstellung der Mitarbeiterin erfolgte planmäßig zum 01.10.2012. Sie wurde zunächst von einer wissenschaftlichen Hilfskraft unterstützt, die seit dem 01.10.2013 als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt beschäftigt werden konnte.

Die Vorarbeiten für die Evaluation der zweiten Förderphase, d. h. die Vorstellung des Evaluationsvorhabens in den Modellvorhaben, die Analyse der Förderanträge sowie die Durchführung der Workshops zu GAS wurden wie geplant vorab im Rahmen von Werkverträgen durchgeführt.

Die zunächst bis Ende 2012 vorgesehene Auswertung der Abschlussberichte der ersten Förderphase musste an die Abgabetermine der Abschlussberichte angepasst werden (spätester Termin: 28.02.2013) und wurde daher bis zum 30.04.2013 verlängert. Diese Verzögerung hat sich auch auf die Durchführung für die Erhebung der Einschätzungen und Erfahrungen der ersten Förderphase (sowie der übrigen geplanten Interviews), für die die zuvor ausgewerteten Abschlussberichte Grundlage waren, ausgewirkt. Durch Nutzung einer zur Verfügung gestellten Entwurfssfassung konnten diese Interviews (und damit zugleich der zweite Meilenstein) bereits bis Ende Februar 2013 abgeschlossen werden. Der Vernetzungworkshop sowie die Analyse der Dokumentationsbögen wurden wie geplant durchgeführt.

Insgesamt wurden im Berichtszeitraum folgende Arbeitsschritte durchgeführt:

### 2012

- Persönliche Vorstellung des Evaluationsvorhabens in den Steuerungsgruppen der drei Modellvorhaben.
- Entwicklung eines Auswertungsschemas (Raster zur Erfassung der Planungs- und Strukturqualität) sowie Analyse der Förderanträge der zweiten Förderphase. Abstimmung des jeweiligen (ausgefüllten) Rasters mit den Modellvorhaben, anschließende Rückmeldung zur Planungsqualität an die Modellvorhaben.
- Vorbereitung und Durchführung der GAS-Workshops in allen drei Modellvorhaben.
- ✓ Der erste Meilenstein „Für alle drei Projekte liegen bearbeitbare Goal Attainment Skalen vor“ (31.10.2012) wurde erreicht.
- Klärung der Unterstützungsbedarfe für die Ergebnisevaluation.
- Erarbeitung projektspezifischer Dimensionen für den Dokumentationsbogen und Entwicklung eines entsprechenden Dokumentationsbogens zur Erfassung der Prozessqualität.

✓ Der zweite Meilenstein „(Ein erster) Dokumentationsbogen liegt ausgefüllt vor“ (31.12.2012) wurde erreicht.

- Entwicklung eines Auswertungsschemas für die Analyse der Abschlussberichte der ersten Förderphase.
- Erarbeitung der Interviewleitfäden (Auswertung der ersten Förderphase sowie Erstinterview zu Beginn der zweiten Förderphase) und Durchführung der qualitativen Interviews mit den Projekten in Hannover und Köln.

## 2013

- Durchführung der qualitativen Interviews zur Bewertung der ersten Förderphase mit insgesamt fünf Modellvorhaben vor Ort in den Einrichtungen der Interviewten (die Interviews mit zwei Modellvorhaben waren bereits in 2012 geführt worden) und Fertigstellung der Transkripte.
- Durchführung des Erstinterviews zu Beginn der zweiten Förderphase mit dem Modellvorhaben der Caritas Neunkirchen vor Ort und Transkription.

✓ Der dritte Meilenstein „Interviews Projektverantwortliche erste und zweite Förderphase sind geführt und transkribiert“ (28.02.2013) wurde erreicht.

- Auswertung der Abschlussberichte der ersten Förderphase.

✓ Der vierte Meilenstein „Auswertung der Abschlussberichte der ersten Förderphase liegt vor“ (31.03.2013) wurde erreicht.

- Der Vernetzungsworkshop wurde vorbereitet und am 20./21.03.2013 in Bielefeld durchgeführt. Es haben Beteiligte aller Modellvorhaben und außerdem zwei Kern-Kooperationspartner/-innen für den Transfer eines Modellvorhabens teilgenommen. Die Ergebnisse des Workshops wurden aufbereitet und den Teilnehmenden in einer Dokumentation zur Verfügung gestellt.

✓ Der fünfte Meilenstein „Auswertung des Vernetzungs-Workshops liegt vor“ (30.04.2013) wurde erreicht.

- Auswertung der Interviews mit den Projektverantwortlichen der ersten Förderphase und Aufnahme der Ergebnisse in den Abschlussberichten.
- Auswertung der Interviews mit den Projektverantwortlichen der zweiten Förderphase.

✓ Der sechste Meilenstein „Auswertung der Interviews mit den Projektverantwortlichen der zweiten Förderphase liegt vor“ (30.06.2013) wurde erreicht.

- Vorbereitung und Durchführung der Auffrischungs-Workshops GAS in allen drei Modellvorhaben vor Ort in den Einrichtungen der Teilnehmenden.

✓ Der siebte Meilenstein „Auffrischungs-Workshops Goal Attainment Scaling sind durchgeführt“ (31.08.2013) wurde erreicht.

- Erarbeitung der Interviewleitfäden und Durchführung der Interviews mit den Kern-Kooperationspartner/-innen ausgewählter Transferregionen vor Ort in den Einrichtungen der Interviewten. Insgesamt wurden sechs Interviews durchgeführt.

✓ Der achte Meilenstein „Interviews mit den Kern-Kooperationspartner/-innen sind geführt und liegen als Transkript vor“ (31.12.2013) wurde erreicht.

- Überarbeitung und Versand des zweiten, dritten und vierten Dokumentationsbogens. Zusammenfassung der Ergebnisse nach der Rücksendung.
- Aus den Ergebnisse und Erfahrungen der ersten Förderphase wurden Handlungsempfehlungen für Akteurinnen und Akteure, die ähnliche Zielsetzungen wie die sieben Modellvorhaben verfolgen, ebenso wie für Fördermittelgeber abgeleitet und in einem ausführlichen Bericht dargestellt. Diese Handlungsempfehlungen wurden auch als Kurzfassung aufbereitet und allen Modellvorhaben der ersten Förderphase zur Verfügung gestellt.

## 2014

- Der fünfte Dokumentationsbogen wurde verschickt. Nach Rücksendung wurden alle Dokumentationsbögen zusammenfassend aufbereitet und ausgewertet. Diese Dokumentationsbögen wurden zuvor jeweils an den aktuellen Stand in den Modellvorhaben (z. B. Ansprechpartner/-in für den Transfer des Projektansatzes) angepasst.
- Die Interviews mit den Verantwortlichen der drei Transferprojekte (Interviews mit jeweils zwei Kern-Kooperationspartner/-innen für den Transfer der Transferprojekte) wurden ausgewertet.
- Die Abschlussinterviews mit den Transferprojekten zu den Erfahrungen mit dem Interventionsansatz ebenso wie mit dem Transfer ihrer Modellvorhaben wurden durchgeführt, transkribiert und ausgewertet.

• Der neunte Meilenstein „Interviews sind geführt und liegen als Transkript vor“ (31.04.2014) wurde erreicht.

- Aufgrund der Verzögerungen in 2012/2013 wurde in 2014 ein Antrag auf kostenneutrale Projektverlängerung bis zum 31.12.2014 gestellt, der bewilligt wurde.
- Die Ergebnisse der externen Evaluation der ersten und zweiten Förderphase wurden im Juli 2014 auf den Abschlussworkshops von zwei der drei Transferprojekte vorgestellt.
- Die Ergebnisse der verschiedenen Erhebungsteile wurden zusammengeführt und es wurden Handlungsempfehlungen für den Projekttransfer abgeleitet.

- Die Ergebnisse für die einzelnen Transferprojekte wurden zusammengefasst und in eine Synopse der verschiedenen Erhebungsteile überführt.
- Für die Vorbereitung der Jahrestagung der Drogenbeauftragten wurde ein Antrag auf Bereitstellung zusätzlicher Mittel gestellt, der bewilligt wurde.
- Es fand eine Beteiligung an der Vorbereitung und Durchführung der Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung am 12.12.2014 in Erlangen statt.
- Der zehnte Meilenstein „Abschlussbericht und Leitfaden (aktualisierte Fassung des Leitfadens zur Anwendung von Goal Attainment Scaling in der Gesundheitsförderung und Prävention) liegen vor“ (30.09.2014) wurde zum Teil erreicht. Der Abschlussbericht wird mit einer leichten Verzögerung im März 2015 eingereicht.

Zusammenfassend konnten alle geplanten Arbeitsschritte durchgeführt werden. Ergänzend hat sich das Projektteam aktiv an der Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung am 12.12.2014 beteiligt. Die leichten Verzögerungen bei der Durchführung einzelner Erhebungsschritten haben sich nicht nachteilig ausgewirkt. Es konnten alle Projektziele erreicht werden.

## **5. Ergebnisse zu den Erfahrungen mit der Implementierung der Interventionsansätze in der ersten Förderphase**

Die Erfahrungen mit der Implementierung der Interventionsansätze in der ersten Förderphase wurden bereits aufgearbeitet und ausführlich in dem Bericht zur ersten Förderphase dargestellt (vgl. Universität Bielefeld (2013). Modellvorhaben zur Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit. Teilbericht: Analyse der ersten Förderphase“, S. 21-70). Auch konnten die Ergebnisse in konkrete Handlungsempfehlungen überführt werden (vgl. Universität Bielefeld (2013). Modellvorhaben zur Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit. Teilbericht: Analyse der ersten Förderphase“, S. 71-89). Im Rahmen der Abschlussinterviews mit den Transferprojekten, aber auch in den Interviews mit den Kernkooperationspartner/-innen für den Projekttransfer wurden noch weitere Einschätzungen zu den Interventionsansätzen erfragt bzw. geäußert. Diese Ergebnisse werden in Abschnitt 5.2.3 dargestellt. Für die Verknüpfung dieser Ergebnisse mit denen im Teilbericht zur ersten Förderphase erfolgt daher an dieser Stelle eine einleitende Zusammenfassung der wesentlichen Erkenntnisse aus der ersten Förderphase. Dabei werden nur noch die Ergebnisse betrachtet, die für die zweite Förderphase relevant sind, d. h. die Ergebnisse zur Planung und Durchführung der Modellvorhaben im ersten Förderzeitraum werden nicht mehr aufgegriffen.

### Zentrale Ergebnisse zum Aufbau von Kooperationen zur Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit

Der überwiegende Teil der Modellvorhaben der ersten Förderphase sah eine sehr enge Kooperation zwischen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die Zugang zu Schwangeren und Stillenden haben, sowie Mitarbeitenden der Suchthilfe vor. Der überwiegende Teil der geförderten Modellvorhaben plante die Überleitung zuvor identifizierter suchtmittelkonsumierender schwangerer und stillender Frauen in ein (ggf. adaptiertes oder neu entwickeltes) Angebot der Suchthilfe. Nur zwei der geförderten Modellvorhaben verfolgten integrierte Ansätze.

Insgesamt erwiesen sich der Aufbau von Kooperationen mit den anvisierten Multiplikatorengruppen und auch die Gewinnung von Teilnehmenden für die Schulungen, Seminaren und Fortbildungen als Herausforderung. Besonders die Zusammenarbeit mit den Gynäkologinnen und Gynäkologen konnte nicht wie geplant umgesetzt werden. Keinem der Modellvorhaben gelang der Aufbau einer breiten oder gar systematischen Kooperation mit dieser Multiplikatorengruppe. Weder konnten die Gynäkologinnen und Gynäkologen zur Inanspruchnahme der strukturierten Informationsgespräche oder Schulungsangebote in dem

erwarteten Umfang gewonnen werden noch gelang es, Angebote wie z. B. die Einrichtung von Sprechstunden durch die Suchtberatung in deren Räumlichkeiten zu implementieren. Dagegen konnten andere Fachkräfte wie (Familien-) Hebammen, Mitarbeitende von Gesundheitsämtern und von Suchtberatungsstellen, pädagogische Mitarbeitende in Mutter-Kind-Heimen und Still- und Krabbelgruppen sowie Erzieher/-innen – wenn auch mit Abstrichen – deutlich besser erreicht werden. Die für diese Personengruppen geplanten Veranstaltungen (z. B. Schulungen und Informationsveranstaltungen) konnten mit wenigen Ausnahmen im geplanten Umfang umgesetzt werden.

Trotz dieser Erfahrungen wurde von einzelnen Modellvorhaben betont, dass gerade die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen einen besonders geeigneten Zugang zu suchtmittelkonsumierenden Schwangeren und Stillenden schaffen können. Diese Einschätzung wird auch im Rahmen einer Befragung von Modellprojekten der „Frühen Hilfen“ bestätigt (Renner 2010). Zugleich werden in dieser Untersuchung Vorbehalte, die aus dem zusätzlichen Zeitaufwand, der fehlenden Möglichkeit zur Abrechnung sowie der Gefahr des Vertrauensverlustes resultieren, bestätigt und es wird konstatiert, dass ein dauerhaftes aktives Engagement als Vermittlungsinstanz aufseiten der Ärztinnen und Ärzte eher unrealistisch ist. Dagegen wird die Kooperation mit (Familien-) Hebammen als erfolgversprechend eingeschätzt (ebd.). Eine weitere Bestätigung zu den Schwierigkeiten der Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten findet sich in Studien zur Implementierung von Maßnahmen zur Tabakentwöhnung in Hausarztpraxen. Einerseits werden diese Praxen als besonders geeignet diskutiert, weil sie Zugang zu einem Großteil der rauchenden Bevölkerung haben, andererseits haben sich auch dort bislang Maßnahmen zur Tabakentwöhnung derzeit nur in geringem Maße integrieren lassen (John, Meyer, Bischof, Freyer-Adam, Ulbricht et al. 2011; Skoeries, Ulbricht, Koepsell, Rumpf, John et al. 2010).

### Zentrale Ergebnisse zu den entwickelten Screeninginstrumenten und den durchgeführten Qualifikationsmaßnahmen

Von allen Modellvorhaben waren in der ersten Förderphase Schulungs- und/oder Informationsmaterialien entwickelt bzw. Interventionsmethoden adaptiert worden. Erfahrungen mit dem Einsatz der Fragebögen zur Identifikation von Tabak- und/oder Alkoholkonsum in der Schwangerschaft liegen aus zwei Modellvorhaben vor.

Als positiv und unterstützend wurde der Einsatz des Fragebogens insbesondere von dem Modellvorhaben bewertet, das damit in erster Linie einen Anknüpfungspunkt für die persönliche Ansprache des Themas Suchtmittelkonsums gegenüber den betreffenden Frauen schaffen wollte. Das Thema konnte durch den Fragebogen „sprechbar“ gemacht

werden. Der Einsatz wurde von 30 % der beratenen Frauen als positiv bewertet. Die Sensitivität der Fragebögen musste in Frage gestellt werden, da die Ergebnisse für Alkoholkonsum gegenüber den Angaben in der Literatur nicht plausibel waren. Während die Angaben für den Tabakkonsum mit den Angaben aus der Literatur noch recht gut übereinstimmten, blieben die Angaben für den Alkoholkonsum in der Schwangerschaft in den beiden Modellvorhaben weit hinter den zu erwartenden Angaben zurück. Dies stimmt mit den Erfahrungen überein, dass die Erfassung von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft mittels subjektiver Angaben zu einer Untererfassung führt (Bergmann, Richter, Milto, Michel & Dudenhausen 2006).

Einhergehend mit den Erfahrungen bezüglich des Aufbaus der Kooperationen mit den verschiedenen Multiplikatorengruppen haben sich die geplanten Schulungen und Fortbildungsveranstaltungen für Fachkräfte in unterschiedlichem Umfang umsetzen lassen. So haben sich die Mitarbeiterinnen von Schwangerenberatungsstellen in einem Modellvorhaben sehr gut, die Gynäkologinnen und Gynäkologen nahezu gar nicht und Familienhebammen in geringerem Umfang als geplant mit den Angeboten erreichen lassen.

#### Zentrale Ergebnisse zu den Zugangswegen zu suchtmittelkonsumierenden Schwangeren und Stillenden

Im Hinblick auf den Einsatz der Interventionsangebote und das Erreichen der Zielgruppe suchtmittelkonsumierender Schwangerer und Stillender liegen aus der ersten Förderphase nur wenige konkrete Angaben vor. In vier Modellvorhaben haben lediglich einzelne, d. h. sehr wenige Frauen an den Angeboten teilgenommen. Wie bereits zuvor angesprochen, ist ein Grund dafür, dass die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren nicht für eine Ansprache der Frauen motiviert werden konnten. Eine weitere Schwierigkeit lag in der Überleitung der Frauen in ein extern angesiedeltes Angebot der Suchthilfe. Selbst wenn nur kurze Wege zwischen den jeweiligen Beratungsstellen lagen oder die Terminabsprache für die betreffenden Frauen übernommen worden war, kamen diese Frauen in der weiterführenden Beratung nicht an. Auch ein Angebot in Form einer Geh-Struktur (Hausbesuch) wurde nicht nachgefragt. Dies gilt auch für die beiden Modellvorhaben, die suchtmittelkonsumierende schwangere und stillende Frauen mit einer integrierten, individuellen Beratung in einem vergleichsweise großen Umfang erreichen konnten. Auch diesen Modellvorhaben ist es nicht gelungen, betreffende Frauen nach der Erstberatung in ein weiterführendes Angebot (z. B. ein Selbstkontrolltraining (SKOLL)) zu vermitteln. Weiterhin ist in einem Modellvorhaben selbst die Weiterleitung an eine andere Beraterin innerhalb der gleichen Institution nicht gelungen. Aus diesen Erfahrungen wurde der Schluss gezogen, dass sich im Rahmen der Modellvorhaben der ersten Förderphase die Ansätze, die eine Überleitung der Frauen in ein

Entwöhnungsangebot der Suchthilfe vorsahen, nicht bewährt haben. Es kann vermutet werden, dass dies kein spezifisches Problem suchtmittelkonsumierender Schwangerer und Stillender ist, sondern eher ein grundsätzliches Problem darstellt. Der Anlass der aufgesuchten Beratung steht nicht in Verbindung mit dem Konsumverhalten. Zudem empfinden sich die betreffenden Frauen selbst vermutlich nicht als suchtmittelabhängig. Somit ist es nachvollziehbar, wenn weitere Aktivitäten zu einer Fragestellung, die nicht Anlass für das Aufsuchen der Beratung war, nur auf ein geringes Interesse stoßen.

Für das Erreichen suchtmittelkonsumierender Schwangerer und Stillender haben sich die Modellvorhaben mit integrierten Angeboten, die eine jeweils individuelle Ansprache der Frauen vorsahen, als besser geeignet erwiesen. Ebenfalls waren suchtmittelkonsumierende Schwangere und Stillende, die in speziellen Einrichtungen wie z. B. Mutter-Kind-Einrichtungen lebten, mit dort angebotenen Gruppeninterventionen zu erreichen.

In keinem der Modellvorhaben wurde überprüft, ob die Frauen, die an einem Angebot teilgenommen haben, ihr Konsumverhalten – ggf. auch kurzfristig – verändert haben. Allerdings ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass die Kurzintervention, d. h. die kurze ein- oder mehrmalige Beratung von Frauen mit riskantem Trinkverhalten als effektiv nachgewiesen werden konnte (Fröschl, Brunner-Ziegler & Wirl 2013). Auch in der kontextunabhängigen Leitlinie zur Tabakprävention ist angegeben, dass selbst Minimalinterventionen, die weniger als drei Minuten dauern, die Abstinenzquoten verbessern (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2005). Auch dies spricht für die Konzeption integrierter Angebote, die mit relativ geringem zeitlichem und finanziellem Aufwand in Basisangebote für Schwangere und Stillende implementiert werden können. Die Akzeptanz dieser Angebote durch Fachkräfte im Bereich Schwangerschaft und Geburt ebenso wie von den suchtmittelkonsumierenden Schwangeren und Stillenden sollte durch gezielte Maßnahmen der Informationsarbeit unterstützt werden.

### Zusammenfassung

Als wesentliches Ergebnis des ersten Förderzeitraums kann zusammenfassend konstatiert werden, dass sich die von der Mehrheit der sieben geförderten Modellvorhaben verfolgte Einbindung suchtmittelkonsumierender schwangerer und stillender Frauen in Angebote der Suchthilfe nicht bewährt hat. Insofern konnten von den Modellvorhaben zum Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit nur sehr wenige konkrete Erfahrungen zur intersektoralen Zusammenarbeit zwischen den Systemen der Suchthilfe und der Schwangerenversorgung und -beratung gesammelt werden.

Neben den Schwierigkeiten, suchtmittelkonsumierende Schwangere und Stillende in ein Angebot der Suchthilfe überzuleiten, wurden zwei grundlegende Probleme der Zusammenarbeit deutlich. Zum einen beschäftigt sich die Suchtberatung üblicherweise ausschließlich mit Abhängigkeitserkrankungen, während besonders Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit auch unabhängig einer Suchterkrankung problematisch ist. Zum anderen hält die Suchthilfe eher mittelfristig geplante und an Gruppen gerichtete Angebote bereit, während der Zeitraum der Schwangerschaft eher spontan oder zumindest kurzfristig verfügbare individuelle Unterstützungsmöglichkeiten erfordert.

Besser bewährt haben sich integrierte Angebote, aber auch aus diesen Modellvorhaben liegen nur wenige Angaben vor, inwieweit suchtmittelkonsumierende Schwangere und Stillende mit den Angeboten tatsächlich erreicht werden konnten und ob die beratenen Frauen ihr Verhalten verändert haben.

Diese Fragen werden auch in der zweiten Förderphase nicht im Fokus stehen. Der Schwerpunkt liegt hier vielmehr auf einem Transfer der drei weitergeführten Modellvorhaben (im Folgenden als Transferprojekte und Transfervorhaben bezeichnet) in andere Regionen.

## **6. Ergebnisse zur Planung und zum Verlauf der zweiten Förderphase**

Im Rahmen der nachfolgenden Ergebnisdarstellung wird der Fokus zunächst auf die Planung und Durchführung der aus der ersten Förderphase fortgeführten Interventionsansätze in den Ausgangsregionen sowie der übertragenen Ansätze in den Transferregionen gelegt. Die Ergebnisse und Erfahrungen im Hinblick auf den Transfer, die im Fokus der Analysen standen, folgen dann im anschließenden Kapitel 7. Eine Zusammenfassung und Synopse aller Ergebnisse einschließlich der Ableitung von Handlungsempfehlungen erfolgt in dem anschließenden Kapitel 8.

### **6.1 Ergebnisse der Auswertung der Förderanträge für die zweite Förderphase**

Die Planung bzw. das Assessment stellt das Fundament dar, auf dem eine Intervention aufgebaut wird und kann in seiner Bedeutung kaum unterschätzt werden (Ruckstuhl et al. 2001). Die Planungsqualität nimmt u. a. Bezug auf Fragen, ob der Bedarf für ein (suchtpräventives) Angebot ermittelt und die Bedürfnisse eruiert worden sind, d. h. ob z. B. geprüft wurde, ob die Zielgruppe für das Problem sensibilisiert ist und nicht andere Probleme im Vordergrund stehen (ebd.). Des Weiteren wird sich im Zusammenhang mit der Planungsqualität mit den Fragen auseinandergesetzt, ob klare Ziele gesetzt wurden, ob die wissenschaftlichen Grundlagen einer Intervention angemessen aufbereitet sind und ob Erfahrungen aus anderen Projekten angemessen berücksichtigt wurden (Kolip et al. 2012). Insbesondere der Frage nach konkreten Zielsetzungen kommt eine hohe Bedeutung zu. Es gibt eine breite Evidenz, die positive Effekte von Zielsetzungen u. a. auf das Outcome Produktivität belegen, indem sie den Blick und die Bemühungen auf die Aspekte lenken, die relevant für das Erreichen der Ziele sind und zu Beharrlichkeit führen (Locke & Latham 2006).

Nachfolgend sind typische Leitfragen der Planungsqualität aufgeführt (Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen 2010, 8):

- Sind die Voraussetzungen für das Projekt geklärt?
- Sind der Bedarf und die Bedürfnisse der Zielgruppe bekannt?
- Sind die Ziele klar benannt?
- Stützt sich die Intervention auf Theorien und Forschungsergebnisse?
- Ist der Kontext der Intervention bedacht?

Wie in Unterkapitel 3.1 dargestellt, wurde die Planungsqualität der zweiten Förderphase mit Hilfe eines Analyserasters anhand der entsprechenden Förderanträge analysiert. Es wurden acht Kategorien unterschieden, auf die nachfolgend einzeln eingegangen wird.

Vorangestellt werden kann, dass alle Transferprojekte ein umfassendes und strukturiertes Konzept für die Intervention vorgelegt haben. zwei der Transferprojekte adressieren auf Tabak- und/oder Alkoholkonsum, während ein Transferprojekt ausschließlich eine Intervention im Hinblick auf Tabakkonsum vorsieht. Als einziges zieht dieses Transferprojekt in Erwägung, dass die Multiplikatorinnen (Familienhebammen) selber zu einem beträchtlichen Anteil rauchen und dadurch die Botschaft der Intervention nicht überzeugend vermitteln können. Entsprechend wurde hier auch eine an die Multiplikatorinnen gerichtete Intervention integriert.

#### Interventionsmethoden und -vorgehen

Konzeptionell werden von allen Transfervorhaben ressourcenbezogene Interventionsansätze verfolgt, d. h. den konsumierenden Frauen wird im Grundsatz wertschätzend begegnet und ihre Selbstwirksamkeit soll gestärkt werden. Weiterhin verfolgen alle Projekte Maßnahmen auf mehreren Ebenen, d. h. neben dem Transfer des Interventionsansatzes, der Modifikation der Vorgehensweise am Ausgangsstandort z. B. auch die Sensibilisierung der Öffentlichkeit bzw. Fachöffentlichkeit. In allen Modellvorhaben werden Multiplikatoren/-innen sensibilisiert und qualifiziert.

Für die Ansprache konsumierender Frauen lehnen sich alle Transfervorhaben an die Methode des Motivational Interviewing (MI) an, das von Miller und Rollnick (2002) entwickelt wurde. Die Wirksamkeit dieser Methode wurde im Rahmen von randomisierten kontrollierten Studien mehrfach überprüft und erwies sich u. a. im Hinblick auf Alkoholkonsum als effektiv (Rubak, Sandbæk, Lauritzen & Christensen 2005). Weiterhin wird von zwei der drei Modellvorhaben die Interventionsmethode SKOLL eingesetzt, die derzeit im Rahmen eines Bundesmodellprojekts evaluiert wird. SKOLL ist ein Programm zur strukturierten Gruppenintervention für riskant Konsumierende (Bösing & Kliche 2009). Anwendung finden sollte außerdem in einem Transferprojekt eine adaptierte und weiterentwickelte Fassung des vom Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung entwickelten Mutter-Unterstützungstraining „Mehr Mut!“.

Für die Informationsarbeit wurde von allen Transferprojekten auf vorhandene psychoedukative Materialien, u. a. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelte Broschüren und Informationsmaterialien zum Thema Alkohol und/oder Nikotin in der Schwangerschaft zurückgegriffen.

Die Schulungen für die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren basieren auf selbst entwickelte bzw. weiterentwickelte Curricula. Dabei verfolgen zwei Transferprojekte eine zweistufige Vorgehensweise: Es erfolgt (in einem Transferprojekt nach Einsatz eines Fragebogens zur Identifikation suchtmittelkonsumierender Schwangerer/Stillender) zunächst eine motivierende Ansprache bzw. motivierende Kurzintervention. Daran anknüpfend besteht die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines intern bzw. extern vorgehaltenen Entwöhnungsangebots (z. B. SKOLL). In einem dieser beiden Vorhaben ist zusätzlich eine Weitervermittlung an eine bzw. einen weitere/-n Kooperationspartner/-in und von dort die Weitervermittlung an ambulante Entwöhnungsangebote vorgesehen.

In dem dritten Modellvorhaben erfolgt die Intervention direkt durch die geschulten Multiplikatorinnen.

### Bedürfnisse/Partizipation

Keines der drei Transfervorhaben hat eine Erhebung der Bedürfnisse der Zielgruppe suchtmittelkonsumierende Schwangere/Stillende durchgeführt oder eine Einbeziehung der Zielgruppe in den Planungs- oder Umsetzungsprozess der suchtpreventive Angebote über die reine Teilnahme hinaus geplant.

Die Zielgruppe Multiplikatorinnen und Multiplikatoren hingegen wurde in allen drei Transfervorhaben in die Durchführung der Intervention aktiv einbezogen. Darüber hinaus wurden die Bedürfnisse dieser Zielgruppe in allen drei Transfervorhaben im Rahmen der ersten Förderphase in unterschiedlichem Umfang erhoben: In einem Projekt wurden die mit der Beratung der konsumierenden Frauen beauftragten Multiplikatorinnen im Förderzeitraum mit Hilfe leitfadengestützter Interviews zu ihren Bedürfnissen und Erfahrungen befragt. In einem anderen Projekt waren die Multiplikatorinnen aktiv in die Entwicklung des Curriculums für die Schulungen einbezogen. Weiterhin wurde dort ebenso wie in dem erstgenannten Projekt ein standardisiertes Feedback im Anschluss an die Schulungen eingeholt. In dem dritten Projekt wurden die Bedürfnisse der Multiplikatorinnen im Anschluss an die Schulungen in einem nicht standardisierten Feedback erfragt.

### Ziele (Intervention)

Die Formulierung spezifischer, messbarer sowie terminierter Ziele mit konkreten Zielgrößen scheint für alle Transferprojekte eine große Herausforderung darzustellen. Zwei Modellvorhaben haben ihre Ziele für die Intervention eher abstrakt und schwer operationalisierbar formuliert. Aussagen zum Zielerreichungsgrad wurden keine getroffen. Einem Projekt ist es gelungen, überwiegend konkrete und operationalisierbare Ziele für die

Zielgruppe Multiplikatoren/-innen und suchtmittelkonsumierende Schwangere/Stillende bzw. junge Mütter zu formulieren, allerdings wurden auch hier keine Aussagen zum Zielerreichungsgrad getroffen.

### Ziele (Transfer)

Die Zielsetzungen für den Transfer sind zumindest in zwei Modellvorhaben überwiegend konkret und operationalisierbar formuliert, allerdings fehlt auch hier in einem Projekt eine Festlegung zur Zielerreichung. Das andere Projekt gibt einzelne Zielgrößen an. In dem dritten Projekt sind die Ziele überwiegend abstrakt und schwer messbar formuliert, es werden aber einzelne Zielgrößen angegeben. Nur in einem Projekt wurde innerhalb der Zielformulierung berücksichtigt, dass bei der Übertragung und Implementierung der lokalen Projektansätze in andere Standorte deren spezifischen Bevölkerungs- und Angebotsstrukturen berücksichtigt werden müssen.

### Geplante Evaluation

Übergeordnete Zielsetzung der Förderinitiative war die Reduktion bzw. der Verzicht auf Tabak- und/oder Alkoholkonsum durch Schwangere, Stillende und/oder junge Mütter. Eine Befragung beratener Frauen im Hinblick auf diese Zielsetzung war nur in einem Modellvorhaben vorgesehen. In einem weiteren Projekt war geplant, die Einschätzung der Beraterin zur Wirksamkeit der Intervention zu erheben. Das dritte Projekt sah keine Ergebnisevaluation zum Konsumverhalten vor.

Auch in den übrigen Ansätzen für die Evaluation unterscheiden sich die Transfervorhaben erheblich. In einem Projekt war eine umfassende Evaluation der Schulungen durch eine Prä-/Postbefragung sowie die Evaluation der Umsetzung des Beratungskonzeptes vorgesehen. Es sollte auch eine längerfristige Überprüfung der gesammelten Erfahrungen mit der Beratung durch Befragung der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren nach sechs Monaten durchgeführt werden. Auch ein weiteres Transferprojekt plante eine Evaluation des Screenings, des Projektprozesses sowie der Praktikabilität und Effektivität der Beratungsmethoden sowie der Zielgruppenerreichung. Auch diese Evaluation ist dementsprechend umfangreich und führt zu Ergebnissen hinsichtlich der Prozess- und Ergebnisqualität. In dem dritten Projekt waren lediglich die Evaluation der Zielgruppenerreichung sowie standardisierte Feedbackbögen zu den durchgeführten Schulungen vorgesehen.

## Nachhaltigkeit

Auch bezogen auf die geplanten Maßnahmen für die Sicherung der Nachhaltigkeit konnten zwischen den Projekten deutliche Unterschiede verzeichnet werden. In einem Projekt wird die Frage der Verstetigung im Antrag lediglich thematisiert, aber keine konkreten Maßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit genannt. Ein anderes Projekt sieht mehrere konkrete Maßnahmen vor (z. B. eine über den im Rahmen der Förderung geplanten Transfer hinausgehende Übertragung und Implementierung in andere Standorte). Es soll hier außerdem eine Integration der Thematik in weitere Aktivitäten zum Kindeswohl erfolgen. Auch das dritte Projekt sieht verschiedene Maßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit vor. Hier soll u. a. durch die Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Durchführung der Fortbildungsveranstaltungen („Train the Trainer“) und die Implementation des Themas in die Curricula im Rahmen der Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren Nachhaltigkeit erzeugt werden.

## Zeit- und Arbeitsplanung

Während die Arbeits- und Zeitplanung in einem Projekt eher grob und ohne Detailangaben ausgeführt wurde, sticht ein anderes Projekt durch eine detaillierte und nachvollziehbare Arbeitsplanung mit Angaben zu den Bausteinen, den Zielgruppen, den verantwortlichen Institutionen sowie zum Transfer hervor. Auch bei der Zeitplanung dieses Projekts wurden die einzelnen Arbeitsschritte im Förderzeitraum berücksichtigt und es wurden Meilensteine formuliert. In dem dritten Projektantrag ist ein detaillierter und nachvollziehbarer Arbeitsplan enthalten, in dem die Arbeitsschritte sowie Personen, zu denen Kontakt hergestellt werden soll, aufgeführt werden. Allerdings fehlt hier die Nennung der verantwortlichen Personen bzw. Institutionen der einzelnen Arbeitsschritte. Der Zeitplan ist grob und unvollständig und es sind keine Meilensteine enthalten.

## Qualitätsentwicklung und -management

Eins der drei Transfervorhaben zeichnet sich durch ein sehr strukturiertes Vorgehen aus. Es wurden bereits in der ersten Förderphase eine standardisierte Falldokumentation der beratenen Frauen sowie eine Prozessdokumentation entwickelt und eingesetzt. Weiterhin sollten regelmäßige (mind. halbjährliche Treffen) mit den überregionalen Kooperationspartner/-innen zu Erfolgen und Problemen der Modellumsetzung stattfinden (Transfer).

In einem anderen Projekt sind abgesehen von nicht-standardisierten Sitzungsprotokollen keine speziellen Maßnahmen für die Qualitätsentwicklung vorgesehen. In dem dritten Projekt

sind neben der standardisierten Dokumentation der Projektergebnisse auch eine Reflexion des Projektverlaufs und der Ergebnisse innerhalb regelmäßiger Treffen der Steuerungsgruppe geplant. Weiterhin sind die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aufgefordert, exemplarisch die durchgeführten Beratungen unter Zuhilfenahme eines Fallberichtes zu dokumentieren.

### Zusammenfassung und (einzelne) Schlussfolgerungen

Die Interventionen der Transfervorhaben sahen neben der Sensibilisierung für die gesundheitlichen Folgen des Konsums von Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft und Stillzeit eine Unterstützung von Ressourcen der Zielgruppe suchtmittelkonsumierende Schwangere/Stillende vor, sodass es sich in diesem Sinne um ganzheitliche Interventionsansätze handelte. Weiterhin haben alle Modellvorhaben Maßnahmen auf mehreren Ebenen geplant. Die Interventionen basieren auf bewährten Interventionsansätzen für die Tabakentwöhnung bzw. Methoden, deren Wirksamkeit für die Abstinenzberatung bei Alkohol belegt ist. Eine weitere Stärke lag bei zwei der Transfervorhaben in einer teilweise sehr detaillierten Arbeits- und Zeitplanung.

Im Hinblick auf die Aspekte „geplante Evaluation“, „Nachhaltigkeit“ und „Qualitätsentwicklung und -management“ waren die Transfervorhaben unterschiedlich aufgestellt. Die Schulungen/Fortbildungen wurden in zwei der drei Modellvorhaben umfassend evaluiert, aber nur ein Transfervorhaben plante auch eine Befragung beratener Frauen zur Änderung ihres Konsumverhaltens. In diesen beiden Transfervorhaben wurde die Evaluation durch eine wissenschaftliche Einrichtung, die als Kooperationspartner in die Transfervorhaben eingebunden war und über Erfahrungen mit der Durchführung von Evaluationen verfügt, konzipiert und teilweise auch durchgeführt. In dem dritten Transfervorhaben war dahingegen nur eine eingeschränkte Evaluation geplant. Es ist wenig überraschend, dass das Konzept der Evaluation durch die Einbindung eines wissenschaftlichen Kooperationspartners mit ausgewiesener Kompetenz in Evaluation erheblich gefördert wurde.

Zur Sicherung der Nachhaltigkeit wurden von zwei der Transfervorhaben konkrete Maßnahmen benannt, während von dem dritten Transfervorhaben das Thema Nachhaltigkeit zwar thematisiert, aber nicht konkretisiert wurde. Auch die Maßnahmen für die Qualitätsentwicklung variierten zwischen einer sehr strukturierten Vorgehensweise mit definierten Meilensteinen, dem Einsatz einer standardisierten Falldokumentation und keinen speziellen Aktivitäten für die Qualitätsentwicklung.

Entwicklungsbedarfe zeigten sich übereinstimmend im Hinblick auf die Aspekte „Erhebung der Bedürfnisse der Zielgruppe/Partizipation“ sowie „Ziele“. Während die Einbindung der

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in allen drei Transfervorhaben in die Durchführung und teilweise auch die Planung der Intervention vorgesehen war (deren Bedürfnisse waren zumindest teilweise im Rahmen der ersten Förderphase bereits erhoben worden), erfolgte in keinem der Transfervorhaben eine Erhebung der Bedürfnisse der Zielgruppe suchtmittelkonsumierende Schwangere/Stillende.

Eine Herausforderung scheint auch die Formulierung konkreter und messbarer Zielsetzungen darzustellen. In einem Transfervorhaben ist dies partiell für das Ziel „Transfer des Interventionsansatzes in andere Regionen“ gelungen. Im Hinblick auf das Ziel „Konsumreduktion bei Schwangeren/Stillenden“ wurden auf Basis des Antrages von keinem der Transfervorhaben konkrete Ziele formuliert oder Zielerreichungen festgelegt. Diese „Lücke“ betreffend der „Bedürfnisse/Partizipation“ sowie „Ziele“ bestätigt die Erfahrungen, die bereits im Rahmen der Evaluation der „Aktionsbündnisse Gesunde Lebenswelten und Lebensstile“ gemacht wurden (Kolip et al. 2013) und weist erneut auf einen entsprechenden Unterstützungsbedarf hin.

## **6.2 Ergebnisse zum Verlauf der Durchführungsphase**

Die Qualität des Arbeitsprozesses zeigt sich im Wesentlichen in dem Ausmaß, in dem das, was geplant wurde, auch umgesetzt werden kann. In Bezug auf den geplanten Transferprozess soll dementsprechend der Frage nachgegangen werden, inwiefern die Übertragung der Ausgangsprojekte an andere Standorte gelungen ist.

Eine Reflexion des Verlaufs des Transferprozesses ist über die Dokumentationsbögen erfolgt. Darin benannte besondere Erfolge, Ereignisse und Probleme wurden noch einmal explizit in den Interviews zur Erfassung der Erfahrungen mit dem Projekttransfer aufgegriffen.

Nachfolgend werden zunächst nur die mit Hilfe des Dokumentationsbogens erfassten Ergebnisse zum Prozessverlauf wiedergegeben. Diese werden dann in Unterkapitel 6.4 um die Ergebnisse aus den Interviews ergänzt.

### Transfervorhaben 1

In allen Dokumentationsbögen wurden die Transfervorhaben zunächst gebeten, anhand einer zehnstufigen Skala eine Einschätzung der Zusammenarbeit mit den Regionen vorzunehmen (positiv, rege, zufriedenstellend bis zu negativ, zurückhaltend, abwehrend), in die der Interventionsansatz übertragen werden sollte.

Dieses Transfervorhaben sah eine Übertragung des Interventionsansatzes auf vier verschiedene Kommunen/Regionen (teils im gleichen, teils in anderen Ländern) sowie auf die Trägerstruktur auf Bundesebene vor. Insgesamt wurden von diesem Transfervorhaben sehr positive Erfahrungen mit der Zusammenarbeit mit den angesprochenen Kommunen/Regionen und den Trägerstrukturen auf Bundesebene berichtet. Auch anfänglich als zurückhaltend bewertete Kooperationen haben sich nach den ersten sechs Monaten positiv entwickelt. Zugleich wurden zusätzliche Aktivitäten in Bezug auf den Kontakt mit den Transferstandorten angegeben. Es fanden sowohl zusätzliche Termine vor Ort (in allen Standorten) statt als auch ein nicht geplantes Netzwerktreffen mit den Kooperationspartnerinnen und -partnern am Ausgangsstandort. Ferner wurde ein ergänzender Fachtag zur Dissemination und Verstärkung der Thematik in den Trägerstrukturen durchgeführt.

Die zusätzlichen persönlichen Kontakte mit den Transferregionen wurden vor allem deshalb als notwendig erachtet, weil die unterschiedlichen Strukturen und Zuständigkeiten in den jeweiligen Verbänden einen hohen Abstimmungsbedarf nach sich zogen und die Sicherung des Informationsflusses bis zu den Projektführenden aufwändiger war als gedacht. Als hilfreich wurden diesbezüglich eindeutig klar benannte und autorisierte Projektverantwortliche in den jeweiligen Stellen angegeben, die auch für die Kooperation mit der Suchthilfe vor Ort zuständig sind. Entsprechend haben sich auch die geplanten Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren an den Transferstandorten bezogen auf das Angebot „Mehr Mut!“ jeweils (mit einer geringfügigen Abweichung) in dem zuvor geplanten Zeitraum durchführen lassen. Dagegen waren die Schulungen für das Angebot SKOLL an den Transferstandorten nicht erforderlich, weil diese Kompetenzen an allen Standorten im Bereich der Suchthilfe bereits vorhanden waren.

Die Resonanz auf die durchgeführten Schulungen wurde überwiegend als positiv bewertet. Von den Teilnehmenden im Zuge des Netzwerktreffens eingeholten Rückmeldungen auf den Interventionsansatz lauteten: „Die Mühe lohnt“, „Das Interventionsmodell bietet handhabbare, kleine Instrumente zur Integration in die Arbeit“, „Motivationssteigerung“, „Sensibilisierung für ggf. suchtblastetes Klientel“ und „Position und Rolle der Suchtkrankenhilfe in diesem Bereich muss geklärt werden“.

Anders fiel partiell die Resonanz der anvisierten Zielgruppe suchtmittelkonsumierende Schwangere und Stillende aus. Die geplanten Veranstaltungen für diese Zielgruppe am Ausgangsstandort, z. B. SKOLL-Angebote im stationären Setting, konnten zunächst nicht wie geplant durchgeführt werden. Um dennoch den suchtmittelkonsumierenden Frauen und ggf. ihren Partnern ein vertiefendes Angebot zur Reduktion ihres Suchtmittelkonsums in Schwangerschaft und Stillzeit zu ermöglichen, wurde das ambulante Beratungsangebot der

Schwangerschaftsberatung um den Bereich „Präventions- bzw. Reduktionsberatung“ erweitert. Dieses Beratungsangebot steht auch für Frauen aus den stationären Angeboten des Trägers offen.

Andere Angebote mussten stärker als zuvor gedacht beworben werden und wurden terminlich verschoben.

Insgesamt wurden durch dieses Transfervorhaben zahlreiche Aktivitäten geplant und durchgeführt, wie die Schulung der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen der Kinderwillkommensbesuche (KIWI) im Bereich „Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“, die Schulung der Mitarbeiterinnen des Adoptionskinderdienstes des betr. Trägers sowie weitere Projektschulung im Netzwerk am Ausgangsstandort.

## Transfervorhaben 2

Mit dem Ziel der Übertragung in die Landesverbände aller Länder hat das dritte Transfervorhaben mit insgesamt 13 Landeshebammenverbänden kooperiert (mit den Verbänden in Bremen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland fand keine Kooperation statt). Weiterhin fand auch eine Kooperation mit dem Deutschen Hebammenverband sowie zusätzlich mit einer Kommune statt. Einige der Kooperationsbeziehungen wurden nicht gleich zu Beginn der zweiten Förderphase aufgenommen, sondern innerhalb der ersten sechs Monate (drei Landesverbände), neun Monate (fünf Landesverbände) oder 12 Monate (ein Landesverband).

Zusammenfassend wurde die Zusammenarbeit mit den Hebammenverbänden als sehr positiv bewertet. Für acht Landesverbände sowie der Kommune wurde sie als durchgehend sehr gut eingeschätzt und nur in einem Landesverband als durchgehend mittelmäßig. Für drei Landesverbände und den Deutschen Hebammenverband schwanken die Angaben und schließen hier auf einem schlechteren Niveau ab als in der ersten Zeit der Kontaktaufnahme. Bezogen auf den Bundesverband wurde das insbesondere darauf zurückgeführt, dass andere Themen wie die Existenzsicherung der Hebammen zu diesem Zeitpunkt Priorität hatten. Auch gab es strukturelle Veränderungen im Bundesverband (Auflösung der Stelle der Bundesfamilienhebammenbeauftragten), die sich negativ auf die Kooperation ausgewirkt haben.

Nicht alle Seminare konnten wie geplant durchgeführt werden, sie mussten teils mangels Nachfrage verschoben werden. Aus diesem Grunde wurden die Seminaurausschreibungen überarbeitet, die Aktivitäten für die Öffentlichkeitsarbeit verstärkt und die persönlichen Kontakte mit den Regionen intensiviert. Das Konzept wurde in Abstimmung mit dem Fördermittelgeber so verändert, dass sich die Fortbildungen auch an Hebammen und nicht

ausschließlich an Familienhebammen richten sollen. Weiterhin wurde die Seminarkonzeption angepasst und es wurde ein Kurz-Seminarplan für ein Tagesseminar (acht Unterrichtsstunden) zur freien Buchung durch die Landesverbände entwickelt sowie ein acht Unterrichtsstunden umfassendes Seminar für die Implementierung in die Fort- und Weiterbildung zur Familienhebamme.

Am Ende des Förderzeitraums wurde angegeben, dass schließlich ein Stand erreicht worden sei, an dem die Seminarangebote zwar aktiv nachgefragt würden, aber aufgrund der zeitlichen und finanziellen Grenzen nicht mehr realisiert werden könnten.

Schwierigkeiten gab es auch bei der Entwicklung des Minimalkonsens für rauchende (Familien-) Hebammen. Die angesprochenen (Familien-) Hebammen waren nur schwer zu aktivieren, sich an der Diskussion zu beteiligen, sodass sich die Entwicklung des Minimalkonsens zeitlich deutlich verzögert hat.

### Transfervorhaben 3

Dieses Transfervorhaben sah die Übertragung des Interventionsansatzes in alle Regionen des eigenen Landes sowie in einen angrenzenden Landkreis des benachbarten Landes vor. Nach einem zunächst eher positiv eingeschätzten Verlauf in den ersten sechs bis acht Monaten wurde in dem Transfervorhaben, das eine Zusammenarbeit mit gynäkologischen Praxen und Geburtskliniken vorsah, die Kooperation in allen angesprochenen Regionen im Ausgangsland durchgehend als eher negativ, zurückhaltend und abwehrend eingeschätzt. Einzig die Zusammenarbeit mit gynäkologischen Praxen bzw. Geburtskliniken in einem Landkreis in einem angrenzenden Land wurde etwas besser beurteilt.

Die Kooperation mit Gesundheitsämtern und Beratungsstellen in den Transferlandkreisen wurden dagegen in allen angesprochenen Transferregionen über den gesamten Förderzeitraum hinweg deutlich positiver beurteilt.

Einhergehend mit diesen Bewertungen wurde von diesem Transfervorhaben im Hinblick auf die Umsetzung geplanter Maßnahmen sowie das Erreichen gesetzter Zwischenziele angegeben, dass die in den gynäkologischen Praxen geplanten Schulungsveranstaltungen nicht durchgeführt werden konnten. Etwas besser gestaltete sich die Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern, wobei auch hier teilweise Schwierigkeiten bei der Kooperation auftraten. Der Schwerpunkt der Aktivitäten wurde daher im Laufe des Prozesses verlagert und es wurden Aktivitäten für die Implementation einer motivierenden Beratung in Schwangerenberatungsstellen sowie in weitere Beratungsstellen (Suchtberatung oder auch Kreisverwaltung/Jugendämter) gelegt. Entgegen den Erfahrungen eines anderen Transferprojekts erwiesen sich hier die Schwangerenberatungsstellen nicht als grundsätzlich

offen für die Integration der Frage nach dem Suchtmittelkonsum. Der Schwerpunkt der Schwangerenberatung liege vielmehr auf sozialen und weniger auf gesundheitlichen Fragen. Einzelne Schwangerenberatungsstellen zeigten sich jedoch aufgeschlossen für die Idee, an andere Entwöhnungsangebote zu verweisen.

### Zusammenfassung

Trotz der bereits bestehenden Erfahrungen aus dem ersten Förderzeitraum haben sich besonders in zwei der Transfervorhaben erneut Schwierigkeiten bzw. Herausforderungen bei dem Aufbau der Kooperationsbeziehungen zu anderen Kommunen, Regionen bzw. Verbänden ergeben. Einzig das Transfervorhaben, das eine Implementation der Intervention in die Schwangerenberatung vorsah, musste nach den Angaben im Dokumentationsbogen keine besonderen Hürden für den grundsätzlichen Aufbau der Kooperationsbeziehung überwinden. Der erhöhte Abstimmungsbedarf, dem mit zusätzlichen persönlichen Kontakten sowohl vor Ort in den Transferregionen als auch am Ausgangsstandort begegnet wurde, ergab sich hier aus den unterschiedlichen Strukturen und Zuständigkeiten in den jeweiligen Verbänden sowie der Aktivitäten für die Sicherung des Informationsflusses, die aufwändiger als zuvor gedachten waren.

Die „Öffnung der Türen“ in den anderen beiden Transfervorhaben erwies sich als schwieriger als gedacht. Der Aufwand für die Gewinnung von Familienhebammen für die Teilnahme an den Schulungsveranstaltungen war deutlich höher als angenommen. Auf diese Schwierigkeiten wurde einerseits mit verstärkter Kommunikation reagiert, andererseits aber auch mit konzeptionellen Veränderungen a) in Bezug auf die angesprochene Zielgruppe (Ausweitung des Schulungsangebots auf die Gruppe der Hebammen) und b) in Bezug auf das Konzept der Schulungsveranstaltung (zusätzliche Bereitstellung eines Curriculums für eine Tagesschulung).

In dem dritten Transfervorhaben hat sich die Erfahrung aus der ersten Förderphase bestätigt, dass gynäkologische Praxen kaum für die Kooperation gewonnen werden können. Aus diesem Grunde wurde das Konzept in der zweiten Förderphase erweitert, sodass das Schulungsangebot auch an Schwangerenberatungsstellen gerichtet wurde. Allerdings hat sich dieses Angebot ebenfalls nicht uneingeschränkt umsetzen lassen.

### **6.3 Ergebnisse zur Erreichung der selbst gesteckten Zielsetzungen**

Im Zuge der Prozessbegleitung durch die Universität Bielefeld waren die drei Transfervorhaben gebeten worden, jeweils drei Ziele auszuwählen, die mit Hilfe der SMART-

Kriterien (Doran 1981) konkret und messbar formuliert wurden und deren Zielerreichung mittels Anwendung von Zielerreichungsskalen überprüft wurde. Es wurde den Transfervorhaben geraten, die Zielerreichungsskalen zunächst für Zwischenziele zu formulieren und somit zur Prozessbegleitung einzusetzen. Alle Transfervorhaben sind der Bitte um Auswahl von Zielsetzungen nachgekommen. Für die Formulierung SMARTer Ziele sowie für die Anwendung der Zielerreichungsskalen wurden mit allen drei Transfervorhaben zu Beginn der zweiten Förderphase Workshops vor Ort durchgeführt. Alle Transfervorhaben haben prozessbezogene Ziele formuliert, d. h. es wurden zunächst Zwischenziele formuliert, deren Fortschreibung im Prozess vorgesehen war. Etwa in der Mitte des Förderzeitraums wurde daher in allen drei Transfervorhaben mindestens ein weiteres Gespräch (in einem Transfervorhaben waren es zwei weitere Gespräche) vor Ort durchgeführt. In zwei Transfervorhaben wurden dafür ohnehin geplante Treffen der jeweiligen Steuerungsgruppe genutzt.

Die ausgewählten Zielsetzungen bezogen sich überwiegend auf den Transfer des Interventionsansatzes sowie die Umsetzung der geplanten Intervention, einzelne Ziele wurden aber auch für die Ansprache suchtmittelkonsumierender Schwangerer und Stillender gebildet<sup>4</sup>. Nachfolgend wird zunächst auf die Zielsetzungen der einzelnen Transfervorhaben eingegangen, im Anschluss folgt ein zusammenfassendes Resümee. Eine summative Evaluation im Hinblick auf die Wirksamkeit der implementierten Interventionen war nicht Gegenstand der wissenschaftlichen Begleitung.

### Transfervorhaben 1

Von diesem Transfervorhaben wurden insgesamt drei Ziele ausgewählt und in eine Zielerreichungsskala überführt. Es wurden zunächst Zwischenziele gebildet, die für den Sommer 2013 bzw. Herbst 2013 terminiert wurden. Eines der Ziele bezog sich auf die Implementation der Intervention als routinemäßige Anwendung in der Schwangerenberatung am Ausgangsstandort, ein Ziel auf den Transfer in die vier weiteren Kommunen/Regionen und das dritte Ziel auf die positive Reaktion der suchtmittelkonsumierenden Schwangeren im Zuge der motivierenden Kurzintervention. Diese drei Zwischenzielsetzungen wurden wie geplant überprüft. In allen Fällen wurden die Zwischenziele mehr als erwartet (zwei Zielerreichungsskalen) bzw. viel mehr als erwartet (eine Zielerreichungsskala) erreicht.

Bei den Formulierungen zu diesen Zwischenzielen hat es sich nicht um eigentliche Zwischenziele in dem Sinn gehandelt, dass im Fokus ein erster Arbeitsschritt stand.

---

<sup>4</sup> Zwei Transfervorhaben hatten eine Evaluation im Hinblick auf die Implementation des Interventionsansatzes sowie die Wirksamkeit dieser Intervention geplant und durchgeführt. Die Erfahrungen und Ergebnisse dieser Evaluation wurden mit der externen Begleitung nicht ausgetauscht.

Vielmehr handelte es sich bei den Zwischenzielen bereits um die Projektziele, deren Erreichung „zwischen durch“ überprüft werden sollte, um ggf. noch Veränderungen vornehmen zu können. Da die prozessbezogenen Ziele bereits in etwa der Mitte des zweiten Förderzeitraums erreicht werden konnten, war eine Fortschreibung der Ziele auch im Hinblick auf die seitens des Transfervorhabens durchgeführte Evaluation nicht sinnvoll möglich und es wurde daher darauf verzichtet.

### Transfervorhaben 2

Von diesem Transfervorhaben wurden insgesamt vier Ziele ausgewählt und in Zielerreichungsskalen überführt. Zwei der Ziele bezogen sich auf den Transfer des Interventionsansatzes und damit auf die Durchführung von Schulungen sowie deren Inanspruchnahme in Kooperation mit verschiedenen Landeshebammenverbänden. Der Schwerpunkt des dritten Ziels lag auf der Frage der Nachhaltigkeit und damit der Implementation der konzipierten Fortbildung in die Ausbildung zur Familienhebamme. Die vierte Zielerreichungsskala wurde zur Entwicklung eines Minimalkonsens für das Verhalten selbst rauchender Beraterinnen formuliert.

Während die dritte Zielerreichungsskala direkt bis zum Ende des Förderzeitraums formuliert wurde, sollten die übrigen Skalen im Prozess fortgeschrieben werden. Durch die sich erst langsam entwickelnde Nachfrage nach den Schulungen und den dadurch teilweise verzögert durchgeführten Seminaren musste auch die Überprüfung der Zielsetzungen für die ersten beiden Zielerreichungsskalen verschoben werden. Sie konnten demnach erst am Ende des zweiten Förderzeitraums überprüft werden. Zu diesem Zeitpunkt sind die Ziele im Hinblick auf den Transfer bezogen auf die Durchführung der Seminare viel mehr als erwartet bzw. deren Inanspruchnahme in erwartetem Umfang erreicht worden. Auch die Ziele zur Nachhaltigkeit bzw. der Entwicklung einer Vereinbarung zum Verhalten selbst rauchender Beraterinnen wurden im mehr als erwarteten Umfang bzw. im erwarteten Umfang erreicht.

### Transfervorhaben 3

Von dem dritten Transfervorhaben wurden insgesamt drei Ziele ausgewählt und in Zielerreichungsskalen überführt. Ein Ziel wurde zur Wirksamkeit des Interventionsansatzes formuliert. Die beiden anderen Ziele bezogen sich auf den Transfer, d. h. die Übertragung des Interventionsansatzes auf weitere Regionen im eigenen Land und in einen Landkreis eines angrenzenden Landes sowie auf den Aufbau der Kooperationen mit gynäkologischen Praxen. Alle drei Zielerreichungsskalen wurden zunächst für Zwischenziele gebildet und anschließend fortgeschrieben. Nach dem ersten Workshop fanden noch zwei weitere Termine vor Ort für die Fortschreibung der Zielerreichungsskalen statt.

Bei der Zielerreichungsskala mit Bezug auf die Kooperation mit den gynäkologischen Praxen zeigte sich bereits im Prozess, dass das Ergebnis viel weniger als erwartet erreicht wurde. Die abschließende Überprüfung dieser Zielerreichungsskala war nicht sinnvoll möglich, weil der Ansatz der Schulung gynäkologisch tätiger Ärztinnen und Ärzte im Förderzeitraum nicht umgesetzt werden konnte. Diese Erfahrung hatte sich bereits zum Ende der ersten Förderphase angedeutet. Auch für die Zielerreichungsskala zur Wirksamkeit des Interventionsansatzes bei der Zielgruppe suchtmittelkonsumierende Schwangere und Stillende war eine abschließende Überprüfung nicht möglich. Dies vor allem deshalb, weil im Projekt kein Überblick bestand, inwieweit die z. B. mit Schwangerenberatungsstellen aufgebauten Kooperationen tatsächlich in die Praxis umgesetzt wurden. Es muss davon ausgegangen werden, dass keine systematische Implementation der Beratung suchtmittelkonsumierender Frauen in die angesprochenen Schwangerenberatungsstellen gelungen ist.

Die Zwischenziele für die erste Zielerreichungsskala zum Transfer der Intervention und der dafür zunächst geplanten Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den Transferregionen konnten im erwarteten Umfang umgesetzt werden. Für einen kleinen Kreis (n=24) der geschulten Personen konnte anhand einer Fragebogenerhebung gezeigt werden, dass unter ihnen eine Ansprache schwangerer und stillender Personen in Bezug auf den Suchtmittelkonsum in viel mehr als erwartetem Umfang erfolgte.

Insgesamt muss jedoch für dieses Transfervorhaben konstatiert werden, dass die ausgewählten Ziele zu großen Teilen nicht erreicht werden konnten. Dies stimmt überein mit den bereits im ersten Förderzeitraum gesammelten Erfahrungen sowie den Angaben zu den Kooperationen im Dokumentationsbogen. Hinzu kommt, dass das Angebot der weiterführenden Beratung an den Suchtberatungsstellen im Ausgangsland bereits zum 01.01.2014 ersatzlos eingestellt wurde. Als Begründung wurde die fehlende Inanspruchnahme des Angebots angegeben. Auch dies stimmt mit den Erfahrungen verschiedener Modellvorhaben der ersten Förderphase überein, nach der die Überleitung suchtmittelkonsumierender Schwangerer in ein Angebot der Suchthilfe nicht erfolgreich umgesetzt werden konnte.

## **Zusammenfassung**

Alle Transfervorhaben sind der Bitte der externen Evaluation zur Auswahl von jeweils drei (bzw. in einem Transfervorhaben vier) Zielen und der Festlegung von Zielerreichungen für diese Ziele gefolgt. Der Schwerpunkt der ausgewählten Ziele lag auf dem Ziel des Transfers. In einem Transfervorhaben wurde auch ein Ziel in Bezug auf die Wirksamkeit des Interventionsansatzes formuliert. Die beiden anderen Transfervorhaben haben jeweils eine

eigene Evaluation durchgeführt und Fragen der summativen Evaluation ggf. in dem Zusammenhang verfolgt. Insgesamt wurden die Zielerreichungsskalen prozessbegleitend eingesetzt.

Zwei der drei Transfervorhaben haben ihre selbst gesteckten Ziele und Zielerreichungen im erwarteten Umfang bzw. sogar mehr als erwartet erreichen können. Einhergehend mit den Angaben im Dokumentationsbogen ist hier der geplante Transfer des Interventionsansatzes gelungen und das im Fokus der zweiten Förderphase liegende Ziel konnte erreicht werden. In dem dritten Transfervorhaben ist dies nicht gelungen bzw. es muss davon ausgegangen werden, dass die Intervention nicht systematisch in den Transferregionen implementiert werden konnte.

## **6.4 Erfahrungen und Ergebnisse mit den Interventionsansätzen der Transfervorhaben**

### **6.4.1 Veränderung der Interventionsansätze durch die Ausgangsprojekte**

Die drei Transfervorhaben haben die Erfahrungen aus der ersten Förderphase für eine Adaption ihrer Interventionsansätze genutzt. Hierauf soll nachfolgend getrennt nach den einzelnen Transfervorhaben ausführlicher eingegangen werden.

#### Transfervorhaben 1

In diesem Transfervorhaben wurde eine zentrale Veränderung vorgenommen, indem der Ansatz, der ursprünglich eine Überleitung der suchtmittelkonsumierenden Frauen in ein Angebot der Suchthilfe vorsah, in einen integrierten Ansatz überführt wurde:

*„Und es war ja nicht angelegt, dass die innerhalb der Schwangerschaftsberatungsstellen das machen, sondern dass die das auf jeden Fall sich eine Suchtberatungsstelle sucht, die das macht und wo die ihre Schwangeren hinschicken können. Das war die Idee, das war das Modell. Und bei uns hat das ja nicht funktioniert, wir haben das ja versucht. Wir haben ja mit dem [INSTITUTION] zusammengearbeitet, das hat ja nicht funktioniert.“ (A3, 211)*

Das Angebot und damit auch die Kompetenz der Suchtberatung wurden in die Schwangerenberatung integriert:

*„Wir bleiben Schwangerschaftsberatung und nehmen das Thema genauso auf wie alle anderen Themen, damit das ein Teil der Schwangerenberatung ist und es dann auch besprechbar werden kann, wenn eine Klientin kommt, die das braucht.“ (A3, 46)*

Auch wurden das von diesem Transfervorhaben angebotene Erziehungskompetenzangebot „Mehr Mut!“ auf Tabak und polyvalente Konsummuster erweitert und die SKOLL-Angebote angepasst. Schließlich wurde der an diesen Standort eingesetzte Fragebogen überarbeitet, um einerseits die Praktikabilität zu steigern und andererseits die Sensitivität für Alkoholkonsum zu erhöhen:

*„Also es ging nicht nur darum, es ging auch darum, etwas zu kürzen oder es auch zu verändern. Darum ging es auch. Aber das war jetzt nicht, sage ich mal, vordergründig. Sondern vordergründig waren da Fragen, wir haben uns darauf geeinigt, diese Fragen in einem bestimmten Zeitraum auch auszuprobieren. Und in dieser Ausprobierphase, genau diese Fragen, sich darauf einzulassen, zu sagen, das sind jetzt diese Fragen, die, mit denen arbeite ich jetzt. Und zwar bis zum, weiß ich nicht, 31.08.2000 oder so. Und dann macht man da seine Erfahrung.“ (A3, 119)*

## Transfervorhaben 2

Aufgrund der zunächst geringer als erwarteten Inanspruchnahme der angebotenen Fortbildungen in der ersten Förderphase wurden in dem zweiten Transfervorhaben die eingesetzten Werbestrategien in der zweiten Förderphase um weitere spezifische Rekrutierungsmaßnahmen ergänzt, welche die niedrige Wirksamkeitserwartung der angesprochenen Familienhebammen erhöhen sollten. Weiterhin wurde der Teilnehmerinnenkreis um Hebammen, Hebammenschülerinnen und Berufsgruppen der Frühen Hilfen erweitert („gemischte Seminare“). Optimiert wurden außerdem die eingesetzten schriftlichen Materialien (Toolbox) sowie das Curriculum der konzipierten Fortbildung, das an die (zeitlichen) Rahmenbedingungen der Ausbildung zur Familienhebamme in den anderen Ländern angepasst werden musste:

*„[...] wir haben jetzt quasi eine abgespecktere Version erarbeitet von dem Curriculum, weil wir haben ja in fast allen Bundesländern, außer Niedersachsen, wo das anders ist, ja so, dass die Ausbildung zur Familienhebamme 200 Stunden umfasst. In Niedersachsen sind es 400 Stunden, also das Doppelte. [...] Und wenn wir natürlich jetzt sagen, wir wollen in 200 Stunden ein Rauchfrei-Modul im Umfang von 17 Stunden implementieren, dann erklären die uns für verrückt und sagen, also wir haben ja hier so viele Themen, da können wir hier für rauchen nur nicht ein Zehntel, das geht nicht.“ (A1, 441, 443)*

Des Weiteren gab es organisatorische Anpassungen:

*„Es gibt starke Unterschiede. Also, es gibt, wir haben den oft auch zentralisiert. Das heißt, wir haben für zwei Seminare einen Vertiefungstag gemacht, um halt auch*

*wirklich viele anzusprechen, weil es gibt welche, die supervoll waren, wo wirklich, ich sage mal, 90 Prozent der Teilnehmerinnen da waren, aber es gab auch welche, wo dann nur zwei oder drei Zeit hatten an dem Termin. Und wir haben aber grundsätzlich immer, wenn wir diesen Vertiefungstag beworben haben für ein Seminar, immer mehrere Möglichkeiten ausgeschrieben. Also, wir haben gesagt, es gibt einen Vertiefungstag zum Beispiel in Hamburg, in Hannover und in Dresden, ihr könnt zu jedem kommen.“ (A1, 118, 120)*

Eine weitere Erkenntnis der ersten Förderphase, der in der zweiten Förderphase Rechnung getragen werden sollte, war die stärkere Fokussierung auf selbst rauchende (Familien-) Hebammen. Dazu wurden verschiedene Maßnahmen geplant. Zum einen war die Entwicklung und Implementierung eines Angebotes einer Rauchfrei-Beratung für rauchende (Familien-) Hebammen vorgesehen. Vor diesem Hintergrund sollte zunächst eine Erhebung der Motivation rauchender (Familien-) Hebammen zur Abstinenz oder zur Reduktion des Tabakkonsums durchgeführt werden, die als Grundlage der Rauchfrei-Beratung dient. Im Anschluss sollten den rauchenden (Familien-) Hebammen innerhalb eines Vierteljahres drei motivierende Kurzberatungen auf freiwilliger Basis angeboten werden. Darüber hinaus sollte der Minimalkonsens ausgeweitet und konkretisiert werden. Bereits in der ersten Förderphase wurde vereinbart, nicht mit den zu betreuenden Frauen gemeinsam zu rauchen und zu vermeiden, dass ihre eigene Kleidung nach Rauch riecht. In der zweiten Förderphase stand die Erweiterung und Konkretisierung des Minimalkonsens im Fokus:

*„Und nun wollen, können wir wahrscheinlich jetzt nicht alle Hebammen oder Familienhebammen entwöhnen, das ist auch nicht Ziel. Aber das Ziel ist erst mal so ein Minimalkonsens zusammen zu erarbeiten mit rauchenden, aber auch mit nichtrauchenden Familienhebammen, dahingehend zum Rauchverhalten in der Familie. Was kann ich als Familienhebamme nicht machen? Ich kann also nicht verqualmt aus meinem Auto aussteigen und da in die Wohnung kommen, zum Beispiel. So könnte das sein.“ (A1, 473)*

*„Weil wir einfach denken, wenn wir so ein Minimalkonsens erarbeiten, dann könnte das auch so eine strategische Bedeutung irgendwie haben, dann kann man das publizieren, dann lesen das auch andere rauchende Hebammen und sagen, oh, da haben sich welche Gedanken gemacht. Mensch, die hat da sogar rauchende Hebammen einbezogen, die haben sich das nicht nur so ausgedacht.“ (A1, 489)*

Weiterhin war vorgesehen, die bereits entwickelte Evaluation aus der ersten Förderphase zu modifizieren. Neben der schriftlichen Prä-/Postbefragung zu Wissen und Einstellungen war in der zweiten Förderphase auch eine telefonische Befragung der Teilnehmerinnen des

Seminars nach sechs Monaten vorgesehen, um die gesammelten Erfahrungen in der Anwendung der Rauchfrei-Beratung zu evaluieren:

*„Was die Evaluation anbelangt, dann wirklich aussagekräftiger zu sein. [...] Also dass wir doch auch substanziell diesmal ein bisschen mehr darüber erfahren, wie viele Frauen wurden denn jetzt eigentlich beraten?“ (A1, 90)*

Zudem war es anders als in der ersten Förderphase vorgesehen, dass diejenigen, die die Rauchfrei-Beratung durchführten, auch selbst Fragebögen mit und über die beratenen schwangeren und stillenden Frauen ausfüllen. Dabei sollten die Befragten u. a. Auskunft über ihr Rauchverhalten und das ihrer Partner geben. Um die (Familien-) Hebammen zur Anwendung des Fragebogens zu motivieren, fand eine Verlosung statt:

*„Jede 20. Hebamme gewinnt zehn Euro.“ (A1, 539-564).*

### Transfervorhaben 3

Als Reaktion auf die geringe Inanspruchnahme der Seminare aufseiten der Gynäkologinnen und Gynäkologen in der ersten Förderphase wurden in diesem Transfervorhaben in der zweiten Förderphase neue Zugangswege zu dieser Zielgruppe geschaffen. Treffen bzw. Verbände der gynäkologisch tätigen Ärztinnen und Ärzte wurden gezielt dazu genutzt, das Projekt einer weitaus größeren Zahl von Gynäkologinnen und Gynäkologen vorzustellen und sie für die Unterstützung zu gewinnen:

*„[...] wir hatten das Glück [...], dass wir das Projekt beim Gynäkologen-Stammtisch vorstellen konnten. [...] Und wir hatten das Glück, dass im November dann der Gynäkologen-Kongress war in Saarbrücken für alle Gynäkologen im Saarland und im Landkreis [...], dass wir einen Stand hatten, also aufstellen durften, um unser Projekt quasi zu präsentieren und ja auch dieses Face-to-Face noch einmal auf den Weg zu bringen. Und, dass also auch der Berufsverband der Gynäkologen [...] gesagt haben, sie werden also alle Informationen per Mail weiterleiten. Also das heißt, dieses Netzwerk würde dann genutzt werden, also wir müssen nicht jeden einzelnen Gynäkologen anschreiben, sondern wie jetzt zum Beispiel mit einer Schulung, schicken wir ein Schulungsangebot an den Vorsitzenden mit der Bitte, es einfach weiterzuleiten, ja.“ (A2, 289)*

Ebenfalls überarbeitet bzw. erweitert wurden der bereits existierende Informationsflyer sowie die bereits bestehenden Arbeits- und Informationsmaterialien, beispielsweise um einen sogenannten „Notfallkoffer“ für schwangere und stillende Frauen, der einschlägige Adressen,

Angebote, Hinweise und Hilfestellungen zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum beinhalten soll.

Schließlich wurde eine Evaluation integriert, die zuvor in der ersten Förderphase nicht vorgesehen war:

*„Ja, ja, wir haben für uns jetzt entschieden, dass wir natürlich alles verschriften, dass wir Fragebögen machen, also wir haben jetzt einen Fragebogen für die Schulung, die Teilnehmer und Teilnehmerinnen, dass die jetzt zum Ende der Schulung einen Fragebogen beantworten können, wenn sie es wollen. Den wir dann nutzen und auswerten auch noch einmal, ja. Wir haben einen Fragebogen erstellt für die Kollegen und Kolleginnen, die dieses Entwöhnungsprogramm anbieten in den vier Standorten mit Fragen, ja, wer kommt? Also, Alter der Schwangeren, Anfrage der Schwangeren, also einfach mit verschiedenen Fragestellungen drauf, also da sind wir schon einiges am Ausarbeiten, nutzen das dann auch noch mal.“ (A2, 345)*

### **Zusammenfassung**

In allen drei Transfervorhaben wurden auf Basis der Erfahrungen in der ersten Förderphase verschiedene Modifikationen vorgenommen. Dabei hat es besonders in einem Transfervorhaben eine gravierende konzeptionelle Veränderung in Richtung eines integrierten Beratungsansatzes gegeben. Die übrigen Modifikationen sind eher als Optimierungen und Erweiterungen der in der ersten Förderphase durchgeführten Aktivitäten und verwendeten Instrumente zu interpretieren. In Einzelfällen wurden auch ergänzende Aktivitäten geplant, beispielsweise im Hinblick auf das eigene Konsumverhalten der Beraterinnen.

### **6.4.2 Veränderung der Interventionsansätze in den Transferregionen**

Für eine erfolgreiche Implementierung eines Projekts in einer anderen Region ist eine Anpassung an die spezifischen Gegebenheiten vor Ort i. d. R. unerlässlich. Dies haben auch die Interviews mit den Transferpartner/-innen deutlich gemacht, in denen von verschiedenen Adaptionen berichtet wurde. Anlass für eine Anpassung waren einerseits die **regionalen Beratungsstrukturen** und andererseits **bestehende Kontakte und Kooperationen**, die genutzt wurden:

*„Und wir machen gesonderte Gruppenangebote und beziehen Geburtshäuser und Entbindungsstationen gezielt mit ein. Das hat Köln jetzt nicht.“ (T1, 327)*

Weiterhin sei zu berücksichtigen, dass in einem ländlichen Raum **Probleme mit der Anonymität** bestehen können, was möglicherweise zu Hemmungen führt, eine Beratungsstelle aufzusuchen und dabei möglicherweise von Bekannten gesehen zu werden.

Aufgrund der starken Anbindung einer Schwangerschaftsberatungsstelle innerhalb einer Transferregion an eine Suchtberatungsstelle, wurde hier – anders als im Ausgangsprojekt – das Prinzip der Überleitung verfolgt, statt der Integration des Angebots der Suchtberatung in die Schwangerenberatung:

*„Deutliche Unterschiede, ja. Das hängt zum einen mit den Kooperationspartnern zusammen, also beispielsweise [KOOOPERATIONSPARTNER]. [KOOOPERATIONSPARTNER], die haben am Anfang eine sehr starke Anbindung gehabt an die Suchtberatungsstelle. Die waren auch von Anfang in der Projektschulung da, als ich eine Projektschulung in [TRANSFERREGION] gemacht habe, waren die schon dabei. Die hatten große, gute Kooperationen, die kannten alle Protagonisten vor Ort. Also das war sehr gut.“ (A3, 7)*

Nachdem hier allerdings die gleiche Erfahrung wie in dem Ausgangsprojekt während der ersten Förderphase gesammelt wurde, dass eine Überleitung nicht funktioniert, passten sie im Verlauf des Umsetzungsprozesses ihr Vorgehen dahingehend an, dass sie ein Suchtberatungsangebot in ihre Schwangerschaftsberatungsstelle etabliert haben:

*„Und das hat aber trotzdem nicht geklappt, weil die Struktur vor Ort das nicht hergegeben hat. Also die haben gesagt, wir machen SKOLL, also die haben diesen SKOLL zum Beispiel gemacht. Die sind aber nie da angekommen. Also das gleiche Problem, was wir auch hatten. Die Schwangeren sind da eingeladen und die haben Flyer gemacht und alles versucht, aber die sind nicht in diese Suchtberatung, in diese SKOLL-Gruppe gegangen. Und das hat überhaupt nicht geklappt. Und eine Überleitung auch nicht. Und jetzt haben die das Modell, also so, die waren ganz angetan von den Trierern, die ja ihrerseits in ihrer Stelle etabliert haben. Dass die ein Angebot regelmäßig, immer zur gleichen Uhrzeit, immer den gleichen Tag im Monat, ich glaube, die machen das nur einmal in der Woche, einmal im Monat? Ich weiß gerade nicht.“ (A3, 15)*

Ein weiterer Grund für die Anpassung des Ausgangsprojekts ergab sich aus den **unterschiedlichen Bevölkerungsstrukturen** und **organisatorische Möglichkeiten** in den einzelnen Transferregionen:

*„Wo wir einen Infoabend gestalten werden, dass auch dort dann ein Angebot geschaffen wird, ähnlich wie hier, aber seltener. Natürlich nicht alle zwei Wochen, so*

*oft wird es dort nicht nötig sein, aber wo es auch in den ländlichen Bereich getragen wird.“ (T1, 251)*

Auch **vorhandene Ressourcen** sowie bereits bestehende **Angebote vor Ort** wurden bei der Ausgestaltung von der projektnehmenden Organisation berücksichtigt:

*„Und hier gab es eine, was die Suchtberatung immer gemacht hat, das hieß ‚Mut‘, dann gibt es hier einen Mamatreff, es gibt unterschiedliche Gruppenangebote für junge Mütter. Und wo wir gesagt, oder die dann gesagt haben, ja, wir nehmen das Thema Alkohol mit auf, aber wir haben unser eigenes Konzept [...].“ (T3, 193)*

*„Ja, also wir haben schon ein bisschen so ein Konzept im Konzept gehabt. Also, erstens hatten wir die Mischung von Hebammen und Familienhebammen, weil mit reinen Familienhebammen hätten wir das Seminar erstens nicht vollgekriegt. Und zweitens, fanden wir es auch wichtig für Hebammen. Und das war gut, die konnten sich gegenseitig auch gut bereichern.“ (T4, 42)*

Während die Adaptionen, die sich aus den spezifischen Gegebenheiten vor Ort sowie den unterschiedlichen Bevölkerungs- und Angebotsstrukturen ergaben, direkt bei der Implementation erfolgten, wurden andere **Anpassungen des Projektansatzes** erst im Laufe des Umsetzungsprozesses vorgenommen:

*„Okay, wir probieren es neu, wir machen ein kleines Recall-System, wenn die Klientinnen das möchten und fragen: ‚Sollen wir Sie noch mal vorher dran erinnern, dass Sie den Termin haben?‘ Sagen sie: ‚Ja, das wäre ganz nett.‘ Und so haben wir es jetzt natürlich auch gemacht. Jetzt ruft also die Suchtberaterin einen Tag vorher kurz an, erinnert noch mal dran und dann sind die dann auch froh und können sagen: ‚Oh, das habe ich vergessen, ich habe jetzt schon einen anderen Termin.‘ Oder: ‚Gut, dass Sie anrufen, ich komme [...].“ (T1, 648)*

*„Da wird jetzt auch ein Projekt noch mal angeboten in den Kindergärten, also nur in dieser Kombination, also zwar nicht gleich, aber wo mindestens mal Teile enthält.“ (A2, 156)*

Den Aussagen einer Interviewpartnerin einer projektnehmenden Organisation zufolge führten die vorgenommenen Anpassungen allerdings **keineswegs immer nur zu einer Verbesserung** bzw. zu einem größeren Erfolg:

*„Aber das war, deswegen war der Gedanke ja zunächst, dass man nicht an den Suchtberatungsstellen, sondern an den Gesundheitsämtern, die ja auch im weiteren*

*Sinne Frühe Hilfen bearbeiten, dass dieser Weg einfacher wäre. Aber das ist so nicht der Fall.“ (T2, 241)*

Neben der Adaption der ursprünglichen Interventionsansätze kam es in den Transferregionen auch zu einer Weiterentwicklung, indem beispielsweise regionale Strukturen gezielt für eine Erweiterung der Fachöffentlichkeitsarbeit genutzt wurden:

*„Die Kinderklinik hat im Rahmen ihrer Ärztefortbildung, die die regelmäßig mittwochs einmal im Monat stattfinden lassen, hatte die sich drauf eingelassen, den Prof. [NAME] aus Berlin einzuladen. Und ja, da haben wir alle psychosozialen, also von unserer Seite, Institutionen aus [STADT] eingeladen und die Klinik hat eben Hebammen, Pflegepersonal, Ärzte, alles, was, also wir haben die Einladungen zusammen gemacht. Aber das war dann nur an Fachleute gerichtet. Aber es wäre zu überlegen, wo man das noch überall einbringen kann. Zum Beispiel in Unterrichtseinheiten in Schulen, da auch noch mal zu überlegen, was könnte man noch tun?“ (T3, 273)*

## **Zusammenfassung**

Bedingt durch die jeweiligen spezifischen Gegebenheiten vor Ort, den unterschiedlichen Bevölkerungs- und Angebotsstrukturen sowie der zur Verfügung stehenden Kapazitäten und organisatorischen Möglichkeiten wurden in allen interviewten Transferregionen Adaptionen des Ausgangsprojekts vorgenommen (Anpassungen innerhalb des Interventionsansatzes, Einbeziehung weiterer Kooperationspartner/-innen und Multiplikatorengruppen, Anpassung der Angebote und Instrumente). Dies weist darauf hin, dass für einen erfolgreichen Projekttransfer ausreichende Möglichkeiten für die Adaption erforderlich sind.

Die Adaptionen, die sich aus den unterschiedlichen Strukturen und regionalen Zuständigkeiten ergaben, wurden unmittelbar zu Beginn des Projekttransfers vorgenommen. Andere Adaptionen erfolgten zu einem späteren Zeitpunkt, im Verlauf des Projekttransfers.

Insgesamt erwiesen sich die zugrundeliegenden Interventionskonzepte als ausreichend flexibel, um die erforderlichen Anpassungen vorzunehmen. Allerdings führten nicht alle Änderungen zu einer Verbesserung. So wurde mit der Überleitung suchtmittelkonsumierender Schwangerer und Stillender von Angeboten der Schwangerenversorgung und -beratung in Angebote der Suchthilfe in Gesundheitsämtern statt in Suchtberatungsstellen erneut die Erfahrung gemacht, dass die betreffenden Frauen mit diesem Angebot nicht erreicht werden konnten.

### 6.4.3 Erfahrungen der Transferstandorte mit dem Aufbau von Kooperationen

Um eine erfolgreiche Projektumsetzung vor Ort gewährleisten zu können und die Qualität des Ausgangsprojekts zu erhalten, wurden die Kooperationspartner/-innen in den Transferstandorten mit großer Sorgfalt ausgewählt. Der Fokus lag dabei auch in den Transferstandorten auf bereits vorhandenen Netzwerken und persönlichen Kontakten. Damit bestätigt sich die für die erste Förderphase beschriebene Erfahrung, dass der Aufbau einer Kooperation durch bereits bestehende Kontakte, beispielsweise aus anderen Arbeitszusammenhängen, erleichtert wird:

*„Also sind wir mit drei Schwangerschaftsberatungsstellen jetzt an diesem Projekt beteiligt. Und einfach aus dem Grund, weil auch die drei Beratungsstellen in diesen anderen Arbeitskreis, wo es um illegale Drogen ging, mit drin war. Und da ist natürlich auch die Suchtberatung mit drin, das heißt, wir hatten auf einmal schon, ohne groß zu werben, schon viele interessierte Institutionen an dem Projekt.“ (T3, 57)*

Auch wurden bestehende persönliche Kontakte dazu genutzt, das Projekt publik zu machen und um ggf. suchtmittelkonsumierende Schwangere und Stillende zu vermitteln, selbst wenn für eine umfassendere Kooperation die Ressourcen fehlten:

*„Und von daher sind natürlich die drei Entbindungsstationen, die wir haben, mit denen wir ja eh schon vorher auch vernetzt waren, die jetzt auch darüber informiert sind, dass wir dieses Angebot haben und auch die anderen Schwangerenberatungsstellen sind da sehr froh. Dass man dann also schon entweder auch dort sagt, ich kann ja, wenn Sie möchten den Kontakt herstellen. Die rufen uns dann auch an und wir besuchen da zum Beispiel Klientinnen im Krankenhaus.“ (T1, 207)*

Es wurden aber auch gezielt neue Kooperationen aufgebaut. So war einer projektnehmenden Organisation wichtig, neben einer konfessionell ausgerichteten Suchtberatung auch mit einer Suchtberatung zu kooperieren, die konfessionsunabhängig ist:

*„Und wir haben eigentlich auch bewusst uns dafür entschieden, eine konfessionsunabhängige Beratungsstelle dazu zu nehmen als Kooperationspartner, also als katholische Beratungsstelle und dann [NAME DER SUCHTBERATUNGSSTELLE] als unkonfessionelle, so, ja, Beratungsstelle. Natürlich sind wir auch vernetzt mit dem Caritasverband und mit den anderen. Aber hier war es halt so, dass wir sagten, dass da schon Interesse bestand, dann auch mal, war eine Entscheidung auch ein Stück weit von oben, zu sagen, es wird gemischt, in Anführungsstrichen, ja. Weil einfach das auch einen neuen Kooperationspartner mit erschlossen hat. Was auch noch mal andere Effekte hat, die positiv sind.“ (T1, 38)*

## Zusammenfassung

Die Erkenntnis aus der ersten Förderphase, dass eine Kooperation durch bereits bestehende Kontakte und Erfahrungen in der Zusammenarbeit deutlich erleichtert wird, wurde im Verlauf der zweiten Förderphase bestätigt, als es um den Aufbau von Kooperationen auf regionaler Ebene ging. Eine persönliche Bekanntschaft fördert die Offenheit für einen Projektansatz. Man ist sich bereits bekannt, steht ohnehin im Austausch, findet leichter zueinander und die Kommunikation verläuft einfacher. Trotzdem sollte von Beginn an ausreichend Zeit für die Gewinnung von Kooperationspartnerinnen und -partnern, den Aufbau von Kooperationen und die Pflege der Beziehung zwischen den Kooperationspartnerinnen und -partnern eingeplant werden, da dies auch bei bereits bestehenden Netzwerken noch immer viel Zeit in Anspruch nimmt.

Insofern wurden mehrheitlich bereits bestehende Vernetzungen für die Kooperation genutzt. Nur in Einzelfällen wurden auch neue Kooperationen aufgebaut.

Eine vertragliche Festschreibung der Zusammenarbeit wurde nicht als notwendig erachtet, da sich die Kooperationspartner/-innen bereits aus anderen Arbeitszusammenhängen kannten und das Thema als zu wenig brisant erachtet wird.

### 6.4.4 Erfahrungen der Transferstandorte mit der Durchführung der Interventionsansätze

Im Rahmen der zweiten Förderphase haben sich auch in den betr. Transferregionen die **positiven Erfahrungen mit der Thematisierung** des Tabak- und/oder Alkoholkonsums innerhalb der Schwangerenberatung bestätigt:

*„Also auch, für die ist es ein Türöffner quasi, wenn wir hier weiter dieses Thema in Anführungsstrichen dann screenen oder halt ein Stück weit wach halten, indem wir es abfragen, wie halt Geburtsdatum, Adresse oder Entbindungstermin. Ja, so kommt dann eben auch das Thema Alkohol und Nikotin mit rein und ist ein fester Bestandteil vom Beratungsgespräch. Dass wir das machen möchten, und dass es deswegen so, weil wir merken, dass die Frauen zum Teil auch sehr froh sind und sehr erleichtert, darüber sprechen zu können. Und dass es ein Thema ist. Und dass die Schwangeren sich manchmal sogar bedanken, weil sie Informationen auch bekommen haben oder sich Gedanken gemacht haben, die sie vorher in der Weise nie gedacht haben oder falsch informiert waren.“ (T1, 446)*

Die **Kooperation mit der Suchtberatung** war auch in der zweiten Förderphase ein zentraler Aspekt zumindest in zwei der drei Transfervorhaben.

Auch in den Transferstandorten, die eine Implementation der Intervention in die Schwangerenberatung ohne Überleitung in Angebote der Suchthilfe vorsahen, sollten z. B. Fortbildungen zu der SKOLL-Intervention durch Mitarbeitende der Suchtberatungsstellen durchgeführt werden.

In den beiden Interviews, die mit diesen Transferstandorten geführt wurden, kam die entsprechende Kooperation jeweils durch Initiative der Schwangerschaftsberatungsstelle zustande. In beiden Fällen konnte auf bereits **bestehende Kontakte** zurückgegriffen werden:

*„Also sind wir mit drei Schwangerschaftsberatungsstellen jetzt an diesem Projekt beteiligt. Und einfach aus dem Grund, weil auch die drei Beratungsstellen in diesen anderen Arbeitskreis, wo es um illegale Drogen ging, mit drin war. Und da ist natürlich auch die Suchtberatung mit drin, das heißt, wir hatten auf einmal schon, ohne groß zu werben, schon viele interessierte Institutionen an dem Projekt. Also es gab erst eine Kooperation, also es gab erst einen Arbeitskreis und eine Kooperation. Und dann ist erst das Thema Alkohol in diesen Arbeitskreis hineingekommen.“ (T3, 57)*

Dabei sei es erforderlich, die Mitarbeiter/-innen der Suchtberatung für die Gruppe der schwangeren und stillenden Frauen zu sensibilisieren:

*„Da, obwohl sie, ich kann mir auch vorstellen, dass es für sie nicht so, wir haben ja die Schwangeren dann immer auch präsent. Und sie, für sie kommt das total selten vor, dass eine Schwangere in die Suchtberatungsstelle kommt [...].“ (T3, 295, 297)*

Beide projektnehmenden Organisationen stießen dennoch mit dem Projekt bei den Suchtberatungsstellen auf positive Resonanz. Das große Interesse an einer Kooperation führte eine Interviewpartnerin darauf zurück, dass auch von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dieser Suchtberatungsstelle ein Bedarf zum Thema Alkoholkonsum in der Schwangerschaft gesehen wurde.

Während in der einen Transferregion die Kompetenz der Suchtberatung analog der Entwicklung in dem Ausgangsprojekt in die Schwangerenberatungsstelle implementiert wurde, hielt das andere Transferprojekt an dem **Konzept der Überleitung** fest:

*„Ja. Also auch diese Raucherentwöhnungskurse, die werden bei uns auch von der LWL-Klinik angeboten, also von der Frau, die bei uns die motivierende Gesprächsführung gemacht hat. Dass wir gesagt haben, wenn sie noch in der*

*Schwangerschaft so einen Sechs-Wochen-Entwöhnungskurs machen wollen, können wir sie auf jeden Fall vermitteln, dass sie da noch reinkommen, in der Schwangerschaft. Wäre ja toll, wenn sie es noch schaffen würden, auch da runterzukommen.“ (T3, 153)*

Allerdings wurden mit dem Konzept der Überleitung die gleichen Erfahrungen wie zuvor bereits durch das Ausgangsprojekt gemacht. Dementsprechend war im Rahmen dieser Kooperation nur ein geringer Erfolg zu verzeichnen:

*„Aber das ist dann wirklich noch nicht gelungen, die dann da anzubinden. Wir haben die, ja, Flyer von der Beratungsstelle da, wir haben die Visitenkarten da, dass wir sie ihnen mitgeben und sagen, da können sie sich melden. Und von der Suchtberatung ist eine, die sich eben aktiv auch mit um diese, um dieses Projekt kümmern. Die sagt, eine ist angekommen, von, wir haben jetzt nicht die Auswertung, wie viele wir empfohlen haben, dann doch noch mal zur Präventionsberatung zu gehen. Aber da bin ich mal gespannt, das ist total schwierig.“ (T3, 155)*

Daran konnte auch eine veränderte Öffentlichkeitsarbeit nichts ändern:

*„Genau, dass die auch betroffene Frauen zu uns oder Familien zu uns schicken können. Und hatten auch einen Presseartikel zu diesem, dazu gemacht in der Saarbrücker Zeitung, aber auch in dem Wochenspiegel. Das sind die Kostenlosen, die an alle Haushalte verteilt werden, weil nicht jeder eine Zeitung hat. Also, wir haben uns schon Gedanken gemacht, wie wir es an den Mann bringen, also dass wir noch mal da, dass wir wirklich an die Leute dran kommen. Und der Erfolg war null. Also, es hat seit, offiziell läuft es jetzt, glaube ich, fast zwei Jahre schon.“ (T2, 133)*

Die andere projektnehmende Organisation berichtete von positiven Erfahrungen mit der Kooperation mit der Suchtberatung. Sie erfuhren die Kooperation durch den Zugewinn an Fachwissen und Beratungskompetenz als großen Erfolg:

*„Ganz genau. Wo beide, wo wir die Fachkompetenz der Suchtberatung insofern gut nutzen können, weil wir die ja nicht haben. Und umgekehrt natürlich die Suchtberatung.“ (T1, 610)*

Auch in den Transferregionen, die auch in der zweiten Förderphase eine Überleitung der suchtmittelkonsumierenden schwangeren und stillenden Frauen vorsahen (zumindest bis das Angebot zum 01.01.2014 eingestellt wurde), wurde erneut die Erfahrung gemacht, dass dieser Ansatz zu keinem Erfolg führt:

*„Ich würde die Einzelberatung hier, also wir haben ja leider keine Anfragen. Es ist ja gegen null! Es kommt ja tatsächlich niemand an.“ (T2, 61)*

Ebenfalls bestätigt wurden die Erfahrungen aus der ersten Förderphase betreffend der Erreichbarkeit von Gynäkologinnen und Gynäkologen:

*„Wir haben es mit einem Gynäkologen-Stammtisch versucht. Zu dem Thema sind die Leute dann quasi gegangen oder es ist kaum jemand gekommen. Dann hatten wir versucht ausschließlich die Gynäkologen zu einem Informationstreffen einzuladen, um nur dieses Projekt nahezubringen. Und die haben überhaupt gar nicht reagiert! Die haben noch nicht mal auf das Schreiben reagiert. Dann hatten wir gedacht, das muss unser Amtsarzt unterschreiben. Wenn ich als Sozialarbeiter einen Brief schreibe, interessiert die das nicht. Wir lassen dann den Landrat oder den Amtsarzt unterschreiben. [...] Auch nicht, dann habe ich irgendwann gesagt: Ihr müsst denen was zu essen, wenn ihr sagt, es gibt was zu essen an dem Abend, dann kommen sie. Also, ich hatte es wirklich irgendwann aufgegeben.“ (T2, 371, 373)*

Darüber hinaus wurden ein mangelndes Interesse an der Thematik, die Priorität anderer Themen und damit einhergehend ein Mangel an zeitlichen Ressourcen als Gründe angegeben:

*„Ich nehme an, weil sie andere Prioritäten einfach haben oder weil das Medizinische wichtiger ist bzw. ich glaube auch häufig, diese Sache mit Rauchen und sich an jemanden wenden, das überlassen die vielleicht auch gerne ihrem Personal. Also, ich weiß es noch so aus den Frühen Hilfen, dass für diese ganzen psychosozialen Sachen die Mädchen an der Rezeption zuständig sind, aber dann nicht der Arzt, dass man über die schneller oder besser an Leute kommt wie über den Arzt direkt, der vielleicht 8 Minuten Zeit hat und ja dann noch mal zum nächsten.“ (T2, 363)*

Vor diesem Hintergrund wird einerseits die Möglichkeit gesehen, anstelle der Ärztinnen und Ärzte das Personal in den Praxen anzusprechen. Allerdings wird auch hier von wenig vielversprechenden Erfahrungen berichtet:

*„Dann hatten wir wirklich versucht Personal der Gynäkologen einzuladen und mit denen das zu besprechen. Da kamen sehr viele Rückmeldungen, aber in der Art: Ich kann leider freitagmorgens nicht kommen, weil ich die Einzige bin und ich muss in der Praxis sein. Also, das Problem ist, wir aus dem sozialen Bereich haben, in der Regel ist das kein Problem um 15 Uhr oder um 10 Uhr morgens wohin zu gehen, weil das unsere normale Arbeit ist. Die Ärzte können dann nicht kommen, weil sie dann natürlich, und das Personal auch nicht, weil sie dann ihre Patienten haben. Und*

*außerhalb ihrer Arbeitszeit dann so was noch zusätzlich zu machen, machen die nicht.“ (T2, 373)*

Insgesamt haben sich alle Transferregionen konzeptionell eng an die Ausgangsprojekte angelehnt. Einzelne Aspekte wurden dabei kritisch reflektiert. Ein Ausgangsprojekt sah die Entwicklung eines Minimalkonsens für rauchende (Familien-) Hebammen vor. Dieses Vorhaben wird von einer der projektnehmenden Organisationen kritisch gesehen. Die Interviewpartnerin ist der Meinung, dass die Entwicklung eines Minimalkonsens „unnötig“ (T4, 122) sei, da die Thematisierung des Tabakkonsums allein schon ausreiche, um die (Familien-) Hebammen dazu zu bringen, nicht vor oder mit den betroffenen Frauen zu rauchen:

*„Ehrlich gesagt, also, wenn man das Programm macht und wenn ich das Train-the-Trainer mache und ich habe da rauchende Trainer drunter, dann kommen die da am Ende selber drauf. Ich muss da nicht jemandem irgendwie sagen, wir machen jetzt einen Minimalkonsens. Das finde ich so ein bisschen bevormundend. Wir brauchen keinen Minimalkonsens.“ (T4, 120)*

Diese Interviewpartnerin sah zwar auch das Vorhaben, das Seminar zur Rauchfrei-Beratung in die Qualifizierung der Familienhebamme zu integrieren grundsätzlich als sinnvoll, aber zugleich als wenig praktikabel an, da die Ausbildung zur Familienhebamme ohnehin bereits sehr vielseitig und anspruchsvoll sei. In der Erweiterung des inhaltlichen Spektrums der Ausbildung sieht diese Interviewpartnerin die Gefahr, dass die Auszubildenden aufgrund der hohen Anforderungen die Freude an der Ausbildung verlieren:

*„Aber ich meine, die Familienhebamme, ich muss mal sagen, die Ausbildung, die wird schon immer größer und größer. Wenn man jetzt noch Rauchfrei da rein macht, weiß ich nicht. [...] Ich würde mir eher so was wie ein integrierter Bestandteil einer Erweiterung oder so wünschen.“ (T4, 155)*

Weitere Interviewpartnerinnen gingen auch auf das Problem ein, dass beispielsweise ein Beratungsangebot innerhalb einer Schwangerenberatung zwangsläufig nur die Frauen erreichen kann, die dieses Angebot aufsuchen:

*„Die Einschränkung ist natürlich, dass ohnehin nur die Frauen erreicht werden können, die in die Schwangerenberatung kommen. [...] Und die anderen gehen ja eh nicht dahin.“ (T6, 198, 203)*

Weiterhin wird problematisiert, dass der Zugang über Gesundheitsämter zwar vielleicht niedrighwelliger als der Zugang zu einer Suchtberatungsstelle sei, aber gleichwohl noch immer eine deutliche Hürde darstelle:

*„Ich denke, das Gesundheitsamt ist immer Amt, ist immer noch für viele Leute eine gewisse Hürde. Ich glaube nicht, dass sie so hoch ist wie jetzt bei einer Suchtberatungsstelle. Da wird wahrscheinlich noch weniger ankommen, nicht? Aber ich glaube, dass schwangere Frauen sich größtmöglich auch selbst versuchen da oder irgendwie vor Ort versuchen, sich Hilfe zu suchen und vielleicht über die Hebamme direkt. Also, zu Leuten, zu denen sie schon Kontakt haben, dass sie da versuchen weiterzukommen und nicht noch eine weitere, offizielle Stelle aufsuchen.“*  
(T2, 137)

## **Zusammenfassung**

Viele Erfahrungen der ersten Förderphase haben sich in der zweiten Förderphase auch in den Transferregionen und -kommunen bestätigt. Dies bezieht sich einerseits auf die positive Erfahrung der Implementation des Beratungsansatzes in die Schwangerenberatung, aber auch auf die Kooperation mit der Suchthilfe, die grundsätzlich großes Interesse für diese Zielgruppe äußerte. Sie bewerteten die Kooperation durch den Zugewinn an Fachwissen und Beratungskompetenz als Erfolg. Es stellte sich heraus, dass aufgrund mangelnder Erfahrungen mit dieser Zielgruppe eine Sensibilisierung der Mitarbeitenden der Suchtberatungsstellen zum Thema Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit und im Umgang mit den Betroffenen erforderlich ist.

Andererseits haben sich aber auch die negativen Erfahrungen bestätigt. Die Überleitung suchtmittelkonsumierender Schwangerer und Stillender ist nach wie vor nicht gelungen. Erneut kamen die betreffenden Frauen in den Beratungsstellen nicht an.

Ebenfalls bestätigt wurden die Erfahrungen aus der ersten Förderphase betreffend der Erreichbarkeit von Gynäkologinnen und Gynäkologen. Auch von den Gesprächspartnerinnen in den Transferregionen wurden dafür mangelndes Interesse im dem Sinne, dass der Thematik eine nur geringe Priorität beigemessen wird sowie mangelnde zeitliche Ressourcen als Gründe vermutet. Es ist offen, ob evtl. eine Lösung dieses Problems über die Mitarbeitenden in den Arztpraxen möglich ist.

Alle Transferregionen verfolgten ähnliche Konzepte wie die Ausgangsprojekte. Einzelne Aspekte wurden daran durchaus kritisch reflektiert. Es wurde beispielsweise betont, dass Schwangerenberatungsstellen nur einen eingeschränkten Zugang zu der gesamten Zielgruppe bieten. Problematisiert wurde auch der Zeitbedarf für die Integration der Thematik in die Ausbildung zur Familienhebamme. Auch der für rauchende (Familien-) Hebammen avisierte Minimalkonsens wurde durchaus kritisch als eine Form Überregulierung betrachtet.

#### 6.4.5 Künftige Weiterentwicklung der Interventionsansätze

Infolge der Erfahrungen mit der Implementierung und Durchführung des Interventionsansatzes einerseits und neuen Entwicklungen und Erkenntnissen im Suchtmittelbereich andererseits, äußerte ein Teil der Interviewpartnerinnen aus den Transferregionen noch weiteren Adaptionenbedarf für die Zukunft:

*„Also da gibt es noch ganz viel zu tun. Und das ist das, was wir jetzt schon merken im Rahmen des Projekts, dass uns auch neue Ideen kommen. In unserem vorhandenen Netzwerk.“ (T1, 594)*

Die vorgeschlagenen Weiterentwicklungen beziehen sich einerseits auf die **Berücksichtigung weiterer Konsumstoffe** sowie die Erweiterung der Intervention auf den **Zeitraum nach der Geburt**:

*„[...] zum Beispiel gestern war ich auf einer Netzwerktagung Frühe Hilfen und mir haben dann die, das Personal von den Entbindungsstationen, alle rückgemeldet, dass sie zunehmend eben diese jungen Frauen mit diesen neuen Drogen haben. [...] Die, da wo noch keiner genau weiß, welche Gefahren die mit sich bringen, welche Wirkungen die in der Schwangerschaft auf das Kind. Also da tun sich ja auch noch mal neue Felder, in Anführungsstrichen, auf, die man auch so mit ins Boot nimmt, ja.“ (T1, 606, 608)*

*„[...] eigentlich bräuchte man hinterher noch irgendwie ein Instrument, das sagen auch die Kolleginnen, dass man dann nachher, wenn die entbunden haben oder wenn die Kinder ein halbes Jahr alt sind oder so, dass man da noch mal irgendwo doch die Möglichkeit hätte, noch mal nachzuhören. Und dann noch mal so das Thema auch noch mal präsent zu haben, dann bräuchte man aber noch mal so einen Abschlussbogen. Also eigentlich schließt es ja schon vorher ab, also, dass man später noch mal irgendwie ein bisschen dran gucken kann. Aber das wäre dann das Thema für dieses Jahr.“ (T1, 125)*

Eine Erweiterung wird auch im Hinblick auf die angesprochenen **Multiplikatorengruppen** vorgeschlagen:

*„Und von daher ist das so eine Zielgruppe, wo wir sagen, also das Personal und die Arzthelferinnen ist eine ganz, ganz wichtige Multiplikatorengruppe. Wo es schön wäre, wenn man da, da weiß ich aber, da wissen wir natürlich jetzt auch noch nicht, ob man da vielleicht ein Stück weit hinkommt, auch über die Ausbildungen, dass das auch ein bisschen mehr auch zum Thema wird.“ (T1, 590)*

Eine Möglichkeit kann hier auch in Form der Verknüpfung mit Angeboten der Frühen Hilfen bestehen:

*„Das ist auch steigend, dass Frauen, ja, auch über den Geburtstermin hinaus kommen, verunsichert sind, wie geht es dann weiter. Aber vielleicht auch, weil wir mehr auch noch mal Angebote machen in Richtung Frühe Hilfen.“ (T3, 135)*

Darüber hinaus bezogen sich die Vorschläge auch auf eine **Verstetigung** des Angebots im Sinne einer dauerhaften Integration in Arbeitsbereiche:

*„Es wäre so gut, wenn es praktisch im [BUNDESLAND] vielleicht zwei so Ansprechpartnerinnen gäbe, ja, und die praktisch sich auch immer wieder einbringen in diesen Gynäkologen-Verteiler, immer wieder auch auftauchen, sich zeigen, ja. Und das waren auch Rückmeldungen teilweise aus den Schwangerenberatungsstellen: Ja, wenn wir da eine Person hätten, die kontinuierlich für uns zuständig wäre, wo es, deren Konterfei wir auch kennen usw. Ja, also wenn es da praktisch so über längere Zeiträume hinweg engere Kontakte gäbe und so ein kontinuierliches Angebot, ich glaube, dann würde das auch besser genutzt werden.“ (A2, 495)*

In diesem Zusammenhang müsse auch überlegt werden, wie eine entsprechende **Qualifikation** vorgehalten werden kann:

*„[...] was ich will, ist eine Schwangerenberatung mit Zusatzqualifikation Suchtberatung. [...] Das heißt, es ist eine Suchtberaterin, die ich ausbilde zur Schwangerschaftsberatung. [...] Und das ist, und ich, mein Ziel oder meine Idee ist, dass eine Suchtberaterin dieses prozesshaft durchläuft und sagt, okay, ich mache hier quasi eine Fortbildung als Schwangerenberaterin. Und mache dann hier Schwangerenberatung. Und weiß, ich habe diesen Suchtteil [...]. Und die wird dann, wird reduzierter Schwangerenberatung machen als alle anderen. Aber die wird verschiedene Aufgaben haben. Und ich bin überzeugt davon, dass ein Mensch, die, eine Schwangerenberaterin, die diesen Suchtteil hat, wenn die in diesem Suchtteil auch arbeitet, Aufgabenstellung erfüllt innerhalb des Teams und auch für den Verband, bin ich überzeugt davon, dass dieses Thema drin bleibt. Das ist so mein Resümee aus allem.“ (A3, 431, 434, 437, 439)*

In Verbindung mit der Weiterentwicklung stellt auch die **Vergütung** für den Einsatz und den Aufwand sowohl für die Durchführung des Angebots, als auch für die Inanspruchnahme, ein relevanter Aspekt dar:

*„Ja, also dass zum Beispiel in Bezug auf die Gynäkologen, dass da einfach das vergütet werden muss, diese Beratung, dieser Beratungsansatz, dass der vergütet werden muss.“ (A2, 241)*

*„[...] bei einigen Seminaren lief es halt ohne Bezahlung. Das haben wir in dem Bogen auch vermerkt, dass dann zum Teil die Leute, die angemeldeten Frauen nicht gekommen sind und auch nicht abgesagt haben. Das heißt, das würde ich bei einem neuen Projekt auch anders machen. Also, dass es dann Ausfallgebühren gibt usw., dass man das ein bisschen verbindlicher macht, auch wenn es kostenlose Angebote sind, nicht?“ (A1, 25)*

Auch die Interviewpartnerinnen aus den projektgebenden Organisationen sehen für ihre Interventionsansätze noch weitere Adaptionenbedarfe. Verbesserungspotenzial wird u. a. in der **Öffentlichkeitsarbeit** gesehen:

*„Was ich wirklich mir wünschen würde oder sagen wir mal, für gut empfinde, wäre, dass der Punkt Öffentlichkeitsarbeit, dass der noch ein bisschen mehr in den Fokus mit reinkommt [...], dass insgesamt auf diese Thematik aufmerksam gemacht wird und es mal hier und da in irgendeinem Mund ist und man es gehört hat. [...] praktisch so eine bessere Aufklärung der Gesamtöffentlichkeit, jetzt nicht nur der Fach-, sondern der Gesamtöffentlichkeit.“ (A2, 306, 308, 311)*

### **Zusammenfassung**

Aus den gesammelten Erfahrungen während der zweiten Förderphase wurden eine ganze Reihe von Vorschlägen für die Weiterentwicklung der Interventionsansätze abgeleitet. Angesprochen wurden die Erweiterung des Interventionszeitpunktes auf die Zeit nach der Geburt, die Berücksichtigung weiterer Konsumstoffe (Stichwort neue Drogen wie z. B. Crystal Meth) sowie die Erweiterung der einbezogenen Multiplikatorengruppen. Für erforderlich gehalten werden auch die Sensibilisierung der Öffentlichkeit, eine Klärung der Vergütung der anfallenden Tätigkeiten sowie die Verstetigung der Interventionen in der Form, dass auch eine personelle Kontinuität hergestellt werden kann.

Aus den Erfahrungen mit der nicht gelingenden Überleitung von suchtmittelkonsumierenden Schwangeren einerseits und den positiven Erfahrungen mit der Implementation der Kompetenz der Suchtberatung in die Schwangerenberatung andererseits wird das Resümee gezogen, künftig eine für Schwangerenberatung ausgebildete Suchtberaterin in den betr. Beratungsstellen zu beschäftigen.

## 7. Ergebnisse zu den Transferprozessen

Auf der Frage nach den Voraussetzungen für einen gelingenden Projekttransfer liegt der Schwerpunkt der externen Evaluation der zweiten Förderphase. Aus diesem Grund erfolgt zunächst eine Einführung in die Thematik „Projekttransfer“ anhand einer Zusammenfassung zum Kenntnisstand aus der Literatur.

### 7.1 Kenntnisstand zum Thema „Projekttransfer“

*„Man muss das Rad nicht neu erfinden, sondern damit fahren.“*

Diese Redewendung greift der Bundesverband Deutscher Stiftungen (2010, 5) auf, um zum Ausdruck zu bringen, dass Projekte nicht immer wieder neu entwickelt, sondern vielmehr bewährte Projekte bzw. einzelne Prozesse erfolgreicher Projekte übernommen und damit verbreitet werden sollen.

Dieser Vorgang wird als systematischer Projekttransfer bezeichnet und bedeutet genau genommen die Weitergabe eines bereits bestehenden Projekts von einer projektgebenden Organisation an eine projektnehmende Organisation (Bertelsmann-Stiftung & Bundesverband Deutscher Stiftungen e.V. 2009). Letztere setzt das Projekt vollständig oder in Teilen bei sich vor Ort um. Die Weitergabe muss demnach keineswegs unverändert erfolgen. Für eine erfolgreiche Implementierung des Projekts in eine andere Region ist eine Anpassung an die spezifischen Gegebenheiten vor Ort i. d. R. sogar unerlässlich.

Von dem *Projekttransfer* unterschieden wird der sogenannte *Praxistransfer*, unter dem die Verstetigung und/oder Übertragung bzw. Ausweitung wissenschaftlich gewonnener Erkenntnisse in die Praxis verstanden wird (Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung [KNP] 2010). Da die Ergebnisse zur Praxistransferforschung, die sich auf die Ausweitung einer erfolgreichen modellhaften Anwendung beziehen, u. E. auch auf den systematischen Projekttransfer angewendet werden können, fließen sie in die weiteren Ausführungen mit ein.

Bei der Übernahme des Projekts erhält die projektnehmende Organisation von der projektgebenden Organisation Unterstützung in Form von persönlicher Beratung, die beispielsweise mit Hilfe von Gesprächen, Schulungen, Netzwerktreffen und/oder schriftlichen Materialien wie Checklisten, Musterbriefen und Handlungsanleitungen erfolgen kann (Bundesverband Deutscher Stiftungen 2010). Der Umfang dieser Unterstützung ist je nach Transfermethode unterschiedlich. Grundsätzlich wird zwischen drei Formen eines systematischen Projekttransfers unterschieden:

- a) die offene Verbreitung
- b) Social Franchising
- c) Filialen

Der wesentliche Unterschied liegt in der Ausprägung der vertraglichen Bindung. So sind z. B. beim Social Franchising die Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit, aber auch die Qualitätsstandards und die Form der Umsetzung in einem schriftlichen Vertrag festgelegt. Im Gegensatz zur Filiale, die eine manchmal bis zum äußeren Erscheinungsbild identische Wiederholung des Ausgangsprojekts darstellt, handelt es sich aber um ein organisatorisch selbständiges Unternehmen (Bundesverband Deutscher Stiftungen 2010). Die vertragliche Regelung hat den Vorteil, dass eine klare Arbeitsteilung und damit Konzentration auf Kernkompetenzen sowie eine bessere Nutzung von Ressourcen erfolgt.

Dagegen kann die offene Verbreitung zwar ebenfalls vertraglich gestützt werden, setzt aber das Projekt oder hier die Intervention in eigener Verantwortung und ohne Bindung an die Ausgangsform um.

Der Transfer bei den drei betrachteten Modellvorhaben lässt sich am ehesten der *offenen Verbreitung* zuordnen. Zwar gibt es teilweise eine schriftliche Kooperationsvereinbarung, sodass auch eine Voraussetzung für ein Social Franchising gegeben wäre. Darin wird jedoch nur die grundsätzliche Zusammenarbeit festgelegt. Die Umsetzung der Projektübernahme erfolgt in den Transferregionen flexibel und unabhängig von den Ausgangsprojekten. Insofern kann auch von einer Mischform gesprochen werden, was aus Sicht des Bundesverbandes Deutscher Stiftungen (2011) häufig vorkommt.

Ein wesentlicher Vorteil des Projekttransfers besteht darin, dass der Aufwand für die Planungs- und Entwicklungsphase eines Projekts deutlich verringert werden kann und die vorhandenen Ressourcen effizienter genutzt werden können (Haßlöwer, Labitzke & Wiert-Wehkamp, 2014). Darüber hinaus können die Reichweite des Ausgangsprojekts erhöht, seine Qualität verbessert und seine Nachhaltigkeit gesichert werden (Bertelsmann Stiftung & Bundesverband Deutscher Stiftungen 2009). Nicht zuletzt kann für Ideen, die bereits andernorts erfolgreich umgesetzt werden konnten, leichter eine Unterstützung vor Ort gewonnen werden. Weitere Vorteile eines Projekttransfers lassen sich wie folgt formulieren:

- präzisere Kalkulation des finanziellen, personellen und zeitlichen Aufwandes
- schnellere und strukturiertere Umsetzung
- gesteigerter Bekanntheitsgrad eines Projekts (vor allem, wenn z. B. das Logo beibehalten wird)
- erhöhte Wirkung von Projekten
- Minimierung von Risiken, da bereits Erfahrungswerte vorliegen

- Gesteigerte Glaubwürdigkeit und verbessertes Image beider Seiten

Neben den Vorteilen sind mit der Weitergabe eines Projekts aber auch Herausforderungen und Risiken verbunden, die es zu bewältigen gilt. Dazu zählen die Gefahr einer unzureichenden Anpassung an lokale Gegebenheiten und die Gefahr, dass bei schlechter Umsetzung das Ursprungsprojekt in Misskredit gerät. Darüber hinaus kann die Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen auch in der projektgebenden Organisation notwendig sein und die Anforderungen an Management und Kommunikation wachsen. Ferner können Anpassungen/Modifikationen bei der projektgebenden Organisation erforderlich und die Möglichkeiten zur Selbstdarstellung in der Öffentlichkeitsarbeit ggf. reduziert sein.

Im Rahmen der Übernahme von Projekten empfiehlt der Bundesverband Deutscher Stiftungen (2010) deshalb projektnehmenden Organisationen, die Bedingungen für die Übernahme vorab präzise zu klären (Überprüfung der sogenannten Transferierbarkeit). Dazu gehören neben den Fragen der erforderlichen Ressourcen und Kompetenzen auch Fragen nach einzuhaltenden Standards und vor allem die Frage, welche Unterstützung seitens der projektgebenden Organisation gewährleistet werden kann.

Unabhängig dieser transferspezifischen Anforderungen sind zugleich die generellen Anforderungen einer erfolgreichen Projektdurchführung zu klären. In einem ersten Schritt sind dies besonders die Feststellung des Bedarfs und der Bedürfnisse in Verbindung mit der vorgesehenen Intervention sowie die Neuerungsbereitschaft bei der Trägerorganisation und auch bei den Fachkräften vor Ort (Haßlöwer, Labitzke & Wietert-Wehkamp 2014).

Kliche (2010) ergänzt folgende weitere Schritte, die mit der Einführung von Neuerungen im Gesundheits- aber auch im Bildungs- und Sozialbereich einhergehen:

- Entscheidung über die Einführung , wobei zwischen Top-down- und Bottom-up-Prozessen zu unterscheiden ist
- Schaffung von Infrastruktur und Aufbau der erforderlichen Struktur; Bildung von Austauschmöglichkeiten und Qualifikation der Fachkräfte
- Implementation im Prozess: Einbindung in die Routinen und Arbeitsabläufe; Sicherstellung ausreichender Sach- und Personalmittel
- Verstetigung

In der Literatur werden verschiedene Kennzeichen bzw. Kriterien für einen erfolgreichen Transfer sowohl seitens des Ausgangsprojekts, als auch in Bezug auf den Transferprozess genannt (Kliche 2010; KNP 2011)<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> In Anhang 2 sind die von der Arbeitsgruppe Praxistransfer der Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung im Rahmen eines Diskussionspapiers vorgestellten Kriterien vollständig abgebildet.

Als Erfolgskriterien gelten u. a.:

- eine Aufarbeitung des Ausgangsprojekts hinsichtlich wirksamer Projektbausteine sowohl bezogen auf die gesundheitlichen Endpunkte als auch bezogen auf die prozessbezogenen Ergebnisse<sup>6</sup> wie z. B. die Akzeptanz durch die Zielgruppe und die Langlebigkeit innerhalb der Settings bzw. Organisationen und Institutionen
- Aufbau auf Wissen und Kompetenzen, die die Nutzer/-innen bereits haben
- Modifizierbarkeit/Möglichkeiten der Adaption
- Sicherstellung einer ausreichenden Unterstützung
- gut begründbare und möglichst geringe Strukturvorgaben und Anforderung an Ressourcen

Darüber hinaus gibt es weitere Kriterien, die in Verbindung mit der Motivation von projektgebender wie projektnehmender Organisation stehen:

- rasch greifbare Gewinne/erkennbar positiver Nutzen
- gute Vereinbarkeit von Werten, Normen und Bedürfnissen der Betroffenen
- begrenztes Konfliktpotenzial, d. h. die Neuerung passt gut zu den vorhandenen/eingeführten Arbeitsmustern und Lösungsstrategien/gute Überführbarkeit in Standardprozesse und neue Normalitäten
- Identifikation minimaler Bausteine für eine erfolgreiche Umsetzung (kleinster gemeinsamer Nenner)

Aus Sicht der Arbeitsgruppe Praxistransfer der Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (2011) besteht ein erfolgreicher Transferprozess aus einer Kombination von kommunikativen Aspekten (insbesondere die erfolgreiche Kommunikation des Nutzens sowohl aus individueller als auch aus institutioneller Sicht sowie die erfolgreiche Kommunikation zwischen den Fachkräften und Organisationen) und einer partizipativ gestalteten Zusammenarbeit, intelligenten Anreizen sowie der Sicherstellung ausreichender und geeigneter Ressourcen.

Dieselbe Arbeitsgruppe hat aus diesen transferrelevanten Faktoren ein Modell abgeleitet, mit Hilfe dessen eine Strukturierung der Einflussbereiche auf den Prozess des Praxistransfers möglich ist. Dieses Modell kann auch für den Projekttransfer angewendet werden.

---

<sup>6</sup> Unter letztere fallen Aspekte wie die Akzeptanz durch die Zielgruppe, die pragmatische Umsetzbarkeit, die Langlebigkeit innerhalb der Settings bzw. Organisationen und Institutionen, das dokumentierte Kosten-Nutzen-Verhältnis, die Kompatibilität mit den zielgruppenbezogenen Wertvorstellungen u. a. m.. Zudem sollten im Sinne einer Nutzen-Schaden-Bilanz auch eventuelle negative Auswirkungen eines Projekts bei seiner Bewertung miteinbezogen werden.

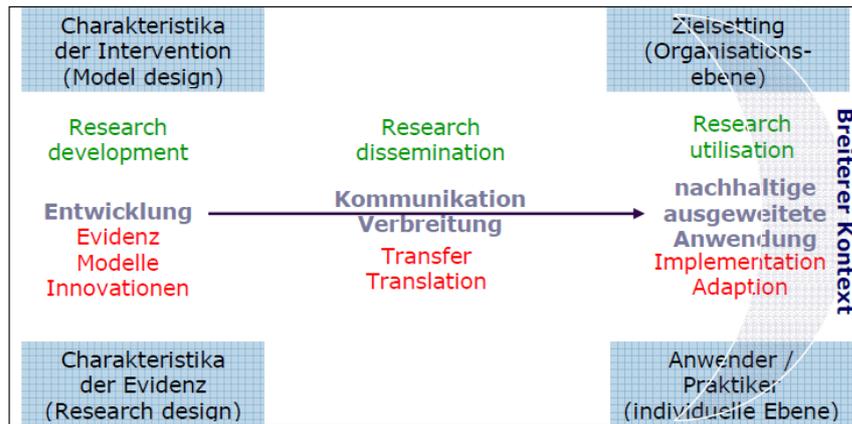


Abbildung 4: Einflussbereiche auf den Prozess des Praxistransfers (integriertes Modell) (Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung 2011, 5)

Die in der Literatur genannten Erfolgskriterien bzw. transferunterstützenden Faktoren, aber auch die Herausforderungen des Transferprozesses wurden für die durchgeführten Analysen genutzt. Sie dienten einerseits dazu, die Konstruktion der Interviewleitfäden ebenso wie die Kodierleitfäden zu unterstützen. Andererseits wurden sie für die Diskussion der Ergebnisse herangezogen.

Die nachfolgende Darstellung der Ergebnisse orientiert sich jedoch zunächst an dem zeitlichen Ablauf des Transferprozesses.

## 7.2 Vorbereitung und Organisation des Projekttransfers

Jede Kooperation erfordert eine **erste Kontaktaufnahme**. Im Falle der drei betrachteten Transfervorhaben wurde dieser erste Kontakt zwischen der projektnehmenden und der projektgebenden Organisation überwiegend durch die projektgebende Organisation – teilweise direkt auf Ebene der Mitarbeiterinnen, die das Interventionskonzept umsetzen sollten – initiiert.

Eine der drei projektgebenden Organisationen ging so vor, dass sich eine der Projektverantwortlichen zunächst persönlich an Fortbildungsbeauftragte und Vorsitzende unterschiedlicher Landeshebammenverbände wendete, das Transferprojekt vorstellte und sich nach ihrem Interesse und ihrer Bereitschaft an der Transferkooperation erkundete:

*„So als ich mit [NAME] zusammen immer diesen Kontakt gepflegt habe zu den Verbänden, um dort dann auch die Seminare vorzustellen. Sie hat dann Gespräche dort geführt mit den Fortbildungsbeauftragten oder mit den Vorsitzenden und dort die*

*einzelnen Bausteine vorgestellt, diese Seminare, Strukturen, Ziele, unsere Botschaft erst mal, um Interesse zu wecken und dann natürlich dort auf eine Rückmeldung gewartet. So war eigentlich immer der Prozess, um in Kontakt zu treten mit den einzelnen Landesverbänden.“ (A1, 20)*

In vielen Fällen kannte man sich bereits **persönlich** aus früheren Kooperationen. Durch diese bereits bestehenden Erfahrungen waren die Kompetenzen und die Arbeitsweise des jeweils anderen bekannt und man vertraute einander. Vor allem das Vertrauensverhältnis und die gegenseitige Wertschätzung war den Aussagen der projektnehmenden Organisationen zufolge ein ausschlaggebender Grund für das Zustandekommen der jeweiligen Transferkooperation:

*„Das hat etwas mit Vertrauen zu tun. Das hat etwas mit Kennen zu tun. Das hat etwas damit zu tun, dass wir mit anderen Sachen zusammengearbeitet haben und ich glaube, das hat einfach gepasst. [...] Ja, ja. Wir haben in den letzten Jahren einiges zusammen gemacht, geschrieben, geweint, gefreut, genau.“ (T5, 13, 15)*

Eine andere projektgebende Organisation ging bei dem Aufbau der Transferkooperationen „zweigleisig“ vor. Die Transferkooperationen ergaben sich einerseits durch das Gesundheitsministerium, welches das Zustandekommen der Transferkooperation in seinem Zuständigkeitsbereich verpflichtend vorgegeben hat. Zugleich wurden hier für den länderübergreifenden Transfer aber auch bereits bestehende persönliche Kontakte genutzt:

*„Also, das läuft schon etwas anders. Das läuft schon so, dass die sagen: ‚Wir werden das oder wir möchten das an alle Gesundheitsämter machen und das muss jetzt so gemacht werden und guckt, wer das macht.‘ Also, das ist schon ein bisschen mehr. [...] Verpflichtend, genau.“ (T2, 93, 95)*

*„Das hing an diesem Kontakt. Also, der [NAME] hat mit der [NAME] soviel ich weiß studiert. Die kennen sich aus der Studienzeit und haben dann also sich nach der Studienzeit nicht verloren und immer wieder Kontakte gehalten und so hat sich das Ganze ergeben gehabt.“ (A2, 18,19)*

Während die projektnehmenden Organisationen es eher als Druck und Verpflichtung empfanden, auf die Anfrage des Ministeriums hin an dem Transferprojekt teilzunehmen, werteten die Ausgangsprojekte diese Vorgehensweise als förderlich. Durch die gute Vernetzung des Ministeriums war es für die projektnehmende Organisation einfacher, Kooperationspartner/-innen zu gewinnen. Durch die Mitarbeit des Ministeriums ist eine gewisse Verbindlichkeit entstanden:

*„[...] das hat eine andere Wirkung [...], wenn so hintendran steht, das Ministerium, nicht? Egal erst mal in welchem Zeitfenster die arbeiten, aber es hat einfach dieses Know-how.“ (A2, 291, 293)*

Bei dem dritten Modellvorhaben kam als einzige von den dreien auch eine Transferkooperation durch die Initiative einer projektnehmenden Organisation zustande, die von sich aus Interesse an der Übernahme des Ausgangsprojekts bekundete:

*„Und irgendjemand hatte dann mal gehört, es gibt in Köln Fragebögen in den Schwangerschaftsberatungsstellen, die mit Alkohol zu tun haben. [...] Und dann haben wir uns da gemeldet [...].“ (T3, 47)*

Die übrigen Transferkooperationen kamen hier – genau wie in den anderen Transferprojekten auch – durch die Initiative der projektgebenden Organisation zustande:

*„Einige Wochen später, war also wirklich ganz interessant, kam die Anfrage vom SkF Köln per Telefon. Also die Leiterinnen hatten miteinander telefoniert, ob Interesse daran bestehen würde, als Kooperationspartner an dem Bundesforschungsprojekt Suchtprävention mitzuarbeiten. Unsere Leiterin hat Interesse signalisiert, unter Vorbehalt erst mal Rücksprache mit der Schwangerenberatung zu halten, kam zu uns ins Team und wir dachten, ja, [...] das passte.“ (T1, 9)*

Diese Rückkoppelung mit den Mitarbeiterinnen in den Beratungsstellen war auch der projektgebenden Organisation wichtig:

*„Da habe ich gesagt, es macht keinen Sinn, es muss jeder Einzelne, wirklich jeder Einzelne im Team nicht genau wissen, was auf sie zukommt. Aber generell sagen, ich bin offen und ich will das.“ (A3, 161)*

Generell folgten in allen Transfervorhaben nach der Zusage der Kooperation für einen Transfer der Interventionsansätze persönliche Ansprachen und Treffen für den Austausch detaillierter Informationen.

### **Zusammenfassung**

In zwei Transfervorhaben kann das Zustandekommen der Transferkooperationen eher einem Bottom-Up-Prozess zugeordnet werden, da die Anfrage zu der Kooperation durch Mitarbeiterinnen der projektnehmenden Seite erfolgt war bzw. an diese gerichtet wurde. Auch wenn zunächst die Geschäftsführenden angesprochen wurden, hat eines der Transfervorhaben darum gebeten, die Frage der Kooperationsbereitschaft zunächst mit allen Mitarbeiterinnen im Team zu klären.

In dem dritten Transfervorhaben handelte es sich überwiegend um einen Top-Down-Prozess. Hier wurden alle Gesundheitsämter in den verschiedenen Landkreisen seitens des zuständigen Landesministeriums aufgefordert, das Ausgangsprojekt zu übernehmen und nur bei dem länderübergreifenden Transfer wurde eine Interessensnachfrage per E-Mail an verschiedene Einrichtungen gesendet.

Von besonderer Bedeutung schienen bei der Gewinnung von Kooperationspartnerinnen und -partnern persönliche Bekanntschaften, beispielsweise durch frühere Kooperationen, zu sein. Sie scheinen die Offenheit für einen Projektansatz zu fördern. Ein bestehendes Vertrauen und gegenseitige Wertschätzung sind wichtige Voraussetzungen für eine Transferkooperation.

Im Anschluss an die erste Kontaktaufnahme wurde von allen projektgebenden Organisationen eine Informationsveranstaltung durchgeführt. Diese fand in zwei Modellvorhaben zentral und in einem Modellvorhaben dezentral in den einzelnen Transferregionen statt.

### 7.3 Motivation für die Projektübernahme in den Transferregionen

Unabhängig von der Frage, von wem die Initiative ausgeht, muss zunächst aufseiten der (potenziellen) Transferpartner/-innen ein Interesse an einer Übernahme eines andernorts erfolgreich erprobten Interventionsansatzes bestehen. Hierüber wurde mit den Gesprächspartnerinnen der projektnehmenden Organisationen in den Interviews gesprochen.

Von allen Gesprächspartnerinnen wurde ein bereits zuvor existierendes **Problembewusstsein** angesprochen. In den jeweiligen Beratungseinrichtungen war Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit als Problem präsent, bislang aber kein effektiver Interventionsansatz bekannt. Somit bestand Bedarf an Informationen und erfolgreichen Interventionsmöglichkeiten zur Reduzierung und Vermeidung von Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit:

*„Das Thema ist schon bei uns im Team diskutiert worden, sehr aktiv mit großem Interesse, kurz bevor wir von dem Bundesforschungsprojekt wussten. Weil eine Kollegin von mir auf einer Fortbildung war zum fetalen Alkoholsyndrom. Kam zurück und wir überlegten, wir wollen eigentlich in diesem Bereich auch in der Schwangerenberatung sensibilisieren. Wussten aber nicht wie. Also wurde der Gedanke noch mal nach hinten verschoben [...].“ (T1, 7)*

*„Ich war sofort von der Idee begeistert, da ich selber schon sehr lange, persönlich als Familienhebamme unterwegs bin mit dem Thema. Und auch natürlich jetzt in meiner zweiten Phase als Leiterin von einem Projekt, wo ich weiß, dass es Familienhebammen, Hebammen und ähnliche Berufsgruppen, mit diesem Thema manchmal sehr schwierig haben.“ (T5, 3)*

Teilweise war in den Transferregionen bereits zuvor ein anderer Interventionsansatz erprobt worden, der aber zu keinem Erfolg geführt hat, sodass **Interesse an einem neuen Konzept** bestand bzw. es sollte vermieden werden, „Fehler“ zu wiederholen:

*„Und die hatten wir vorher auch versucht, dieses Gruppenangebot zu installieren in der Familienbildungsstätte. War eine superschöne Zusammenarbeit, nur kam keiner.“ (T1, 187)*

Neben dieser inhaltlich begründeten Motivation wurden außerdem eine Reihe anderer Gründe aus dem Bereich der Arbeitsorganisation sowie auch persönlich begründete Motivationen der jeweiligen Mitarbeiterinnen angesprochen. So ist die Einsparung von **zeitlichen und personellen Ressourcen** ein zentrales Anliegen in Verbindung mit einer Projektübernahme:

*„Muss man einfach sagen, er war halt praxiserprobt schon, ich sage es mal so. Hat man dann gespürt, das heißt, damit konnten wir auch starten.“ (T1, 123)*

*„Ja, das ist eine Entlastung, dass sich da schon jemand Gedanken gemacht hat.“ (T3, 181)*

Zwei Interviewpartnerinnen begründen ihre Motivation zur Projektübernahme damit, dass das dem Interventionskonzept zugrundeliegende **Anforderungsprofil** gut zu ihrem bisherigen Tätigkeitsspektrum passe und damit gut an ihren bisherigen Tätigkeitsbereichen und Erfahrungen anschließe:

*„In der Beziehung habe ich ganz viel Erfahrung, da ich die Familienhebamme lange ausbilde, das war nicht das Problem. Da habe ich wirklich Erfahrung drin.“ (T5, 71)*

Zudem sahen die Gesprächspartnerinnen für sich einen generellen **Zugewinn an Kompetenzen**, von dem sie auch über ihre Tätigkeit im Ausgangsprojekt hinaus profitieren können:

*„Für mich war es, glaube ich, auch noch mal so ein Punkt, dass ich mehr und mehr in die Referentenposition komme und ich so dachte, wow, ist ein tolles Übungsfeld. Das fand ich auch noch mal ganz schön, also ein Thema, in dem ich mich nicht so weit weg fühlte.“ (T4, 104)*

In einem Transfervorhaben hat sich das Projekt auch gut in die seitens des Arbeitgebers vorgesehene **Weiterentwicklung des Arbeitsbereichs** einfügen lassen:

*„[...] also bei uns im Landkreis ist es so, dass wir vor einigen Jahren eine leistungsorientierte Bezahlung eingeführt haben. [...] Also, LOB. Und dazu gehört, dass jeder Mitarbeiter irgendetwas zusätzlich zu seiner Arbeit stärker machen soll. [...] Wo man dann Ziele vereinbart und Zielerreichungsgrade, was sich auch letztendlich ein Stück weit finanziell lohnen kann. Und das ist bei allen Mitarbeitern jedes Jahr: „Oh, was mache ich denn für eine LOB, was mache ich dann?““ (T2, 419, 421, 423)*

### **Zusammenfassung**

Als sehr bedeutsam für die Motivation zur Projektübernahme wird von allen Befragten ein bestehender Bedarf (auf einer individuell wahrgenommenen, nicht empirisch belegten Ebene) angegeben.

Als weitere wichtige motivationsfördernde Aspekte werden die Einsparung von zeitlichen und personellen Ressourcen, der persönliche Nutzen für die Mitarbeiterinnen der projektnehmenden Organisatoren im Sinne eines Zugewinns an Wissen und Kompetenzen sowie eine Bereicherung für die eigene Arbeit und eine Übereinstimmung bzw. zumindest eine Überschneidung mit dem bisherigen Tätigkeitsprofil genannt.

## **7.4 Ausgestaltung der Transferkooperation**

In zwei der drei Transferprojekte<sup>7</sup> wurden die **Rahmenbedingungen für die Transferkooperation** mit Hilfe vertraglicher Vereinbarungen formalisiert. Die Verträge implizierten allerdings keine konkreten Bedingungen der Zusammenarbeit im Sinne eines Social Franchising (vgl. Unterkapitel 7.1). Es handelt sich hier jeweils um eine grundsätzliche Kooperationsvereinbarung, die zwischen der projektgebenden Organisation und der Geschäftsführung der projektnehmenden Organisation geschlossen wurde:

*„Also es gibt was, was, also was nicht im Einzelnen so aufgezählt ist, nur, dass wir eben miteinander kooperieren. [...] Es ist schon so, dass unsere Geschäftsführerin da was unterschreiben musste, sage ich jetzt mal.“ (T3, 557)*

<sup>7</sup> In Neunkirchen wurde nur in der 1. Förderphase ein Kooperationsvertrag geschlossen.

In allen projektgebenden Organisationen gab es für die projektnehmenden Organisationen konkrete **Ansprechpartner/-innen**, an die sie sich bei Bedarf wenden konnten. Teilweise übernahm eine Person diese Aufgabe, teilweise wurden den einzelnen Transferregionen unterschiedliche Ansprechpartner/-innen zugeordnet. Die **Intensität der Kontakte** zwischen den Transferregionen und der projektgebenden Organisation variierte stark zwischen den einzelnen Transferregionen. Während ein Teil der Transferregionen im engen Kontakt zu dem Ausgangsprojekt stand, sich regelmäßig austauschte und motiviert und engagiert an der Umsetzung des Transferprojekts vor Ort arbeitete, fiel der Kontakt zu und der Austausch mit anderen Transferregionen eher oberflächlich aus. Infolgedessen waren die Ausgangsprojekte auch in unterschiedlich starkem Ausmaß über die aktuellen Entwicklungen in den einzelnen Transferregionen informiert und unterschiedlich stark in den einzelnen Transferregionen involviert:

*„Und ich war auch ansprechbar für die Regionen, das haben die teilweise genutzt und teilweise gar nicht. Also zum Beispiel [TRANSFERREGION], das wäre schön gewesen, wenn die früher mal gekommen wären und hätten einfach gesagt, boah, das funktioniert hier hinten und vorne nicht. Und so. Und ja.“ (A3, 475)*

Neben der Intensität der Kontakte variierte auch ihre **Qualität** und damit verbunden das Engagement, mit dem die einzelnen Kooperationspartner/-innen an dem Transferprojekt beteiligten:

*„[TRANSFERREGION 1] muss ich auch sagen, zwar nicht so wie [TRANSFERREGION 2] jetzt, aber auch wo die bestrebt sind. [TRANSFERREGION 3], da kann die Frau [NAME] ein bisschen was dazu sagen, die von Anfang an auch mit dabei gewesen sind, aber durch diese, sage ich jetzt mal, diese Zeit, wo ich nur alleine gearbeitet habe, sagen wir mal, so ein bisschen sich da zurückgezogen haben und das nachher auch noch mal ein bisschen mehr in Angriff genommen worden ist und bisschen besser läuft. [TRANSFERREGION 4] würde ich sagen, aber da hörst du auch fast, fast, ganz wenig nur, nicht? Von Anfang an, also muss man einfach sagen von Anfang an.“ (A2, 156)*

Mit einzelnen Transferregionen bestand eine so intensive Zusammenarbeit, dass eine gemeinsame Weiterentwicklung des Interventionsansatzes z. B. im Hinblick auf die verwendeten Instrumente stattfand:

*„Wir haben auch den Bogen dann nachher noch mit verändern können. Das heißt, die Erfahrungen, die wir machten, schon ganz zu Beginn, bei dem Ausfüllen, bei der Vorgehensweise konnten wir rückmelden und die wurden berücksichtigt. Und wir haben das selbst zurückgemeldet und nicht drei Etagen drüber eine Leitung.“ (T1, 77)*

In einem anderen Modellvorhaben wurde das Konzept zwar nicht gemeinsam weiterentwickelt, es besteht aber durchaus der Eindruck, dass das Ausgangsprojekt hierfür offen ist:

*„Ich habe den Eindruck, von dem, was ich mitbekommen habe, dass sie es erlauben, dass wir das mitgestalten in der Entwicklung. Das ist mein Eindruck.“ (T5, 202, 203)*

Während der überwiegende Teil der **Kontakte** zwischen den projektgebenden und projektnehmenden Organisationen telefonisch und/oder via E-Mail erfolgte, wird ein ergänzender **persönlicher Kontakt** für die Motivation als sehr wichtig eingeschätzt:

*„Und das ist wirklich, es hat eine andere Wirkung. Wenn ich dann zurückkomme aus Köln, wir waren ja dort eingeladen als Kooperationspartner und dann habe ich natürlich die Kollegin von der Suchtberatung mitnehmen dürfen. Weil sie ja auch aktiv mit dran beteiligt ist. Und wir kamen zurück und jede von uns konnte in ihrem Team auf gleicher Ebene rückmelden, was wir umgesetzt haben, was das eingeflossen ist, was wir an Erfahrung gemacht haben.“ (T1, 83)*

Sehr geschätzt wurden auch Netzwerktreffen für den persönlichen Austausch zwischen den Projektstandorten sowohl innerhalb eines Interventionsansatzes als auch ein übergreifender Austausch:

*„Sehr gut war jetzt die Veranstaltung, die haben wir zumindest als sehr positiv und sehr, sehr effektiv empfunden, die Veranstaltung auch in Köln. Also die in Bielefeld, die war ja schon, das war wirklich unwahrscheinlich ausschlaggebend und so schön zurückzukommen. Und dieses, ja, man nimmt so viel Esprit mit. Und man ist er ganz anders, man sieht das Projekt anders und man kann auch seine eigene Arbeit und sein Engagement viel besser einschätzen und, man kann sich besser positionieren. Und das haben wir mitgenommen. Das war in Bielefeld so, als sich von Bielefeld zurückkam, war ja, dort sind es wirklich solche Motivationsschübe, die so ein Team dann mitmacht. Und jetzt in Köln, als wir von Köln zurückkamen auch wieder.“ (T1, 351)*

## **Zusammenfassung**

Wenngleich in zwei der drei Modellvorhaben schriftliche Kooperationsvereinbarungen getroffen wurden, wurde die konkrete Zusammenarbeit in allen Modellvorhaben hauptsächlich informell geregelt. Während die schriftlichen Kooperationsvereinbarungen für die grundsätzliche Bereitschaft zur Zusammenarbeit aufseiten der Leitungsebene von Bedeutung waren, wurde die konkrete Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeiterinnen, die die Intervention in den jeweiligen Institutionen umsetzen, im Laufe des Projekts geregelt. Sie ergab sich durch den jeweiligen Bedarf aufseiten der projektnehmenden Organisationen.

Alle projektgebenden Organisationen hatten konkrete Ansprechpartner/-innen benannt, die die projektnehmenden Organisationen bei Bedarf kontaktieren können. Dieses Angebot wurde unterschiedlich stark von den einzelnen Transferpartner/-innen in Anspruch genommen, sodass die Ausgangsprojekte zum Teil nicht oder nur sehr schlecht über die aktuellen Entwicklungen, Erfolge und entstandenen Probleme in den einzelnen Transferregionen informiert waren. Auch das Engagement, mit dem die einzelnen Kooperationspartner/-innen sich an dem Transferprojekt beteiligten, variierte stark zwischen den einzelnen Partnerinnen und Partnern und reichte von der reinen Anwesenheit bei Workshops bis hin zu eigenen Bemühungen, das Transferprojekt zu verstetigen. Zwischen einzelnen Partnerinnen und Partnern fand auch eine gemeinsame Weiterentwicklung von Instrumenten statt.

Der Kontakt zwischen den Beteiligten verlief überwiegend telefonisch und via E-Mail, aber in allen Transferprojekten auch persönlich. Letzterem wurde ein wichtiger Stellenwert eingeräumt, da der persönliche Kontakt einen starken positiven Einfluss auf die Motivation der Projektbeteiligten hat und nur so auch konkrete Tipps und Erfahrungen besprochen werden können.

## **7.5 Umfang der Unterstützung durch die Transferprojekte**

Es versteht sich von selbst, dass die Planung und Umsetzung der Interventionsansätze in den Transferregionen seitens der Transferprojekte auch praktisch unterstützt wurden. Der Umfang, in dem die projektgebenden Organisationen die projektnehmenden Organisationen bei der Übernahme des Transferprojekts unterstützten, fiel dabei sehr unterschiedlich aus. Den projektnehmenden Organisationen wurden zum Teil nicht nur das Konzept und die Materialien zur Verfügung gestellt, sondern es wurden auch Schulungen durchgeführt, Dokumentationen ausgewertet, Kooperationspartner/-innen vor Ort informiert und auch konkrete Beratung angeboten:

*„Was [DIE MITARBEITERINNEN DES AUSGANGSPROJEKTS] noch gemacht haben waren, war die Schulung, die ‚Mehr Mut!‘.“ (T1, 281)*

*„Von den Fragebögen haben wir eine Auswertung. Und die machen den sogar, also für uns, also für die anderen.“ (T3, 365)*

*„Genau und ich weiß, dass die Frau [NAME] oder dass die mit diesem Projekt auch an allen Stellen hier im Landkreis [KREIS] quasi war, in sämtlichen Gremien.“ (T2, 209)*

Der Umfang und die Art der **Unterstützungsleistungen richtete sich nach dem Bedarf der Transferpartner/-innen** und fiel dementsprechend nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der einzelnen Modellvorhaben unterschiedlich stark aus, wie die nachfolgende Interviewpartnerin einer projektgebenden Organisation berichtete:

*„Es haben sich auf jeden Fall Unterschiede entwickelt. Also, wir haben für einige Seminare dann dieses Anmelde-Management übernommen und auch die Werbung, vielmehr das Nachhaken. Natürlich, wir haben auch zu Beginn, also bei den ersten Schulungsseminaren haben wir dann noch mal alle abtelefoniert und noch mal gefragt: Braucht ihr Unterstützung oder wie können wir euch helfen? Und meistens war das aber nur der Hinweis: Ach ja, wir müssen noch bewerben, wir schicken das an unsere Verteiler. Das haben sie dann autark und selbstständig gemacht, die Landesverbände. [...] Und die Landesverbände haben aber oft gefragt, ob wir das nicht übernehmen können, weil das einfach aus Zeitgründen dann etwas untergeht. Das hatten wir zweimal und bei drei Fortbildungen haben wir es einfach übernommen, weil wir gedacht haben, es geht schneller und es geht einfacher.“ (A1, 45)*

Ein Modellvorhaben sticht aufgrund des großen Umfangs seiner Unterstützungsleistungen besonders heraus. Im Vergleich zu den anderen beiden Modellvorhaben haben hier die Transferpartner/-innen weniger selbstständig das Ausgangsprojekt vor Ort implementiert und dabei Unterstützung erhalten, sondern das Ausgangsprojekt wurde vielmehr durch die projektgebende Organisation in die anderen Standorte implementiert und dabei notwendiges Fachpersonal bis hin zum erforderlichen Equipment bereitgestellt. Auch lag die Verantwortung für die Auswahl und für die Gewinnung der einzelnen regionalen Kooperationspartner/-innen sowie für den Aufbau der regionalen Kooperationen bei der projektgebenden Organisation:

*„[...] und die Frau [NAME] bietet ja auch hier die Indoor-Veranstaltung an. Sie war auch schon, hat sich vorgestellt am Gynäkologen-Stammtisch. Mal gucken, wie es*

*auch angenommen wird. [...] Weil die Frau [NAME] macht hier ja auch zwei Mal im Monat, macht sie auch Beratung hier.“ (T6, 41)*

Nachfolgend werden die unterschiedlichen Unterstützungsleistungen durch die drei Transfervorhaben stichwortartig zusammengestellt:

### Transfervorhaben 1

- Vorstellung des Konzepts (persönlich und vor Ort)
- Zurverfügungstellung aller Unterlagen
- Schulung MI (nur in einer Transferregion), Schulung „Mehr Mut!“
- Fortlaufender Support/bei Bedarf ansprechbar für Fragen
- Auswertung der Dokumentationen und Statistiken
- Organisation von Austauschtreffen/Workshops

### Transfervorhaben 2

- Organisation einer gemeinsamen Auftaktveranstaltung
- Gewinnung von Kooperationspartner/-innen
- Zurverfügungstellung aller Unterlagen
- Fortlaufender Support/bei Bedarf ansprechbar für Fragen
- Organisation von Austauschtreffen
- Übernahme des Anmelde-Managements für die Seminare in Einzelfällen

### Transfervorhaben 3

- Vorstellung des Konzepts persönlich und vor Ort
- Gewinnung von Kooperationspartner/-innen/Vorstellung des Konzeptes auch bei den Kooperationspartner/-innen vor Ort
- Schulung der Kooperationspartner/-innen vor Ort
- Beratung von Schwangeren/Stillenden (zwei Mal pro Monat in einer Transferregion)

Der überwiegende Teil der Gesprächspartnerinnen war mit dem Umfang der Unterstützung zufrieden. In einem Interview wurde aber auch angeregt, dass die projektnehmenden Organisationen zukünftig im Zuge der Übergabe des Ausgangsprojekts von den projektgebenden Organisationen vollständiger über den anstehenden Transferprozess, den Arbeitsumfang und die Organisation des Transfers informiert werden sollten. Auf die

Anregungen vonseiten der Interviewpartnerinnen zur Verbesserung der Unterstützungsleistungen und der Organisation des Transferprozesses wird näher im Unterkapitel „Bewertung des Transferprozesses durch die Projektpartner“ (siehe S. 82) eingegangen.

Infolge der unterschiedlichen Unterstützungsleistungen differierte auch die Verbindlichkeit, mit der in den Transferregionen Verantwortung für die Umsetzung des Interventionsansatzes übernommen wurde. In dem Transfervorhaben mit der umfassendsten Unterstützungsleistung wurden eigenständig vonseiten der projektnehmenden Organisationen keine Bemühungen unternommen, um den Kontakt zu den Kooperationspartnerinnen und -partnern zu pflegen oder zu intensivieren. Als Gründe wurden hierfür neben der klaren Arbeitsteilung mangelnde Zeit und bereits vorhandene Netzwerke genannt, sodass der Aufbau und die Pflege weiterer Kontakte nicht notwendig erschienen:

*„Und dass die Frau [NAME], wie gesagt, zu den Gynäkologen gegangen ist. Also ich persönlich nicht, nicht mehr. Also, weil wir eh schon eine gute Vernetzung in anderen Bereichen haben.“ (T6, 165)*

Dahingegen wurden aber durchaus die bereits vorhandenen Netzwerke und persönlichen Kontakte zu den Kolleginnen und Kollegen der eigenen Institution genutzt, um das Transferprojekt publik zu machen:

*„Also, was oder was wir bislang gemacht haben, ist, dass wir das in allen Gremien oder Arbeitskreisen oder Gruppierungen weitergetragen haben, nicht? Entweder ich, also zum Beispiel in diesem Arbeitskreis Gemeinsame Suchtprävention, den ich leite, habe ich es an einem Tag zu einem Tagesordnungspunkt vorgetragen.“ (T2, 13)*

War das Interesse aufseiten der Netzwerkpartnerinnen und -partnern und der Kolleginnen und Kollegen an dem Projekt allerdings so groß, dass nach weiteren Informationen gefragt wurde, leiteten die projektnehmenden Organisationen diese Anfragen an die projektgebende Organisation weiter, da die Aufgabe der Netzwerkarbeit aus Sicht der projektnehmenden Organisation bei der projektgebenden Organisation lag und ihr Aufgabenbereich hier endete:

*„Es war auch der Wunsch oder es kamen Anfragen, sodass wir dann beschlossen haben, die Frau [MITARBEITERIN AUS DEM AUSGANGSPROJEKT] direkt einzuladen, die dann das Ganze noch ein bisschen ausführlich als einen Tagesordnungspunkt gemacht hat, nicht?“ (T2, 61)*

## Zusammenfassung

Der Umfang der Unterstützung für die projektnehmenden Institutionen wurde bedarfsgerecht gesteuert. Hier reichte die Unterstützung von der Vorstellung des Konzepts und der Zurverfügungstellung aller Unterlagen bis hin zum konkreten Beratungsangebot für Schwangere und Stillende in einer Transferregion. Während eine Interviewpartnerin den Umfang der Einführung zu Beginn als zu gering einschätzte, äußerte sich der überwiegende Teil der Gesprächspartnerinnen zufrieden mit der Unterstützung. Insgesamt ging die Unterstützung teilweise deutlich über die für einen offenen Projekttransfer übliche Kooperation auf informeller Basis hinaus. Somit wird die Einschätzung bestätigt, dass sich die unterschiedlichen Transfermethoden in der Praxis nicht immer klar differenzieren lassen (Bundesverband Deutscher Stiftungen 2010).

Regionale Kooperationen wurden vonseiten der projektnehmenden Organisationen im Rahmen der Transferprojekte als wesentlich und der (regelmäßige) (Erfahrungs-) Austausch als lehrreich und bereichernd erfahren. Gleichwohl war die Bereitschaft, die Kooperationen zu pflegen, unter den Befragten unterschiedlich stark ausgeprägt. Aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen, bereits bestehender Netzwerke und einer strikten Trennung von Zuständigkeitsbereichen war die Bereitschaft innerhalb des Transfervorhabens 3 gering. Tätigkeiten, die über die Information der eigenen Mitarbeiter/-innen über das Transferprojekt hinausgehen, wurden nicht wahrgenommen. Hier war ein Eingreifen der projektnehmenden Organisation von hoher Relevanz. Sie hatte die Aufgabe, Kooperationspartner/-innen zu gewinnen, Kooperationen aufzubauen, zu pflegen und die einzelnen Kooperationspartner/-innen zusammenzuführen. In dem anderen Transferprojekt war das Engagement im Hinblick auf die Gewinnung von Kooperationspartnerinnen und -partnern wesentlich stärker ausgeprägt, was möglicherweise auch darauf zurückzuführen ist, dass der Projektansatz eine intensivere Zusammenarbeit zwischen den regionalen Kooperationspartnerinnen und -partnern vorsah. Hier standen die Kooperationspartner/-innen unmittelbar in Kontakt, da die betroffenen Frauen nicht „nur“ von der einen Beratungsstelle in die nächste übermittelt werden sollten, ohne dass ein direkter Kontakt der Kooperationspartner/-innen zustande kommt, sondern die Suchtberatungskompetenz sollte in die Schwangerschaftsberatung implementiert werden (Transfervorhaben 1). Diese intensive Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen spiegelt auch die im Rahmen dieses Transferprojekts gebräuchliche Begrifflichkeit wider, hier wird von „Tandem-Netzwerkstrukturen“ gesprochen.

## 7.6 Bewertung des Transferprozesses durch die Projektpartner/-innen

Insgesamt wurde der Projekttransfer **vonseiten der projektgebenden Organisationen** sehr positiv bewertet, was insbesondere auf die erfolgreiche Übertragung der Ausgangsprojekte auf andere Standorte zurückgeführt wurde:

*„Ich bin sehr zufrieden, dass wir das so geschafft haben bei all den vielen Hindernissen und widrigen Umständen. Es war ja häufiger mal Krisenintervention wichtig. Also, als uns die Strukturen wegbrachen in den Verbänden und so, als da die politische Diskussion aufkam und so. Also, ich bin stolz drauf, dass wir das hingekriegt haben, dass die Gruppe auch bis zum Schluss bei allem Krach und allem, was da zwischendurch lief, zusammengeblieben ist. Und wir werden auch dieses im Abschluss-Workshop gut zusammen machen. Und das finde ich, ist schon ein kleines Kunststück, das war jetzt nicht selbstverständlich, nicht? Also, da bin ich sehr froh darüber. Ich finde auch, dass was rauskommt dabei, also dass es positive Ergebnisse gibt. Bin ich auch sehr froh drüber. [...] Ich finde, es hat sich schon für die Sache gelohnt jetzt auch.“ (A1, 185)*

Nicht zuletzt wurden aber auch verschiedene andere positive Aspekte wie z. B. persönliche Lerneffekte, die die Mitarbeitenden der projektgebenden Organisationen erfahren haben, angesprochen. Einen großen Lerneffekt erfuhren die Mitarbeitenden der projektgebenden Organisationen, indem sie sich mit neuen Sachverhalten und Methoden auseinandergesetzt haben:

*„Aber ich musste mich mit diesen Themen auseinandersetzen, die teilweise sehr neu für mich waren. Evaluation, so, also ich weiß, was das ist. Aber so wie die, welche Kriterien dafür wichtig sind, wie die Ziele sind, wie die Draufsicht ist auf unsere Stelle hier.“ (A3, 331)*

*„Also, ich fand es manchmal recht kompliziert in der Kommunikation, gerade mit Koordinatorinnen vor Ort oder mit Hebammen oder Referentinnen, weil die Denkweisen für mich persönlich um viele Ecken waren und die häufig Probleme gesehen, wo ich erst mal keine sehen würde, das wäre für mich jetzt kein Problem, aber das ist auch eine andere Sichtweise. In dem Feld habe ich viel gelernt.“ (A1, 186)*

*„Also, zuerst einmal, das habe ich immer in diesen zwei Jahren oder drei Jahren, die ich jetzt hier das Projekt mit begleite, habe ich sehr viel gelernt, habe sehr viele Erfahrungen machen dürfen, die, ob positiv oder negativ, aber die auch meine, sage ich jetzt mal, meine persönliche Entwicklung mit beeinflussen. Und ich würde sagen, für mich bis heute positiv beeinflusst haben.“ (A2, 220)*

Eine der Interviewpartnerinnen erfuhr den Projekttransfer neben den Lerneffekten noch aus anderen Gründen als eine persönliche und berufliche/fachliche Bereicherung:

*„Ich habe sehr viele interessierte, engagierte Menschen kennengelernt, jetzt nicht nur zu dieser Thematik, sondern einfach auch zu anderen Fragen und dadurch mein persönliches Netzwerk ausbauen können, ja, und Kontakte knüpfen können. Also, das ist so einfach, habe meine Stärken und Schwächen ein bisschen mehr kennenlernen dürfen und dadurch auch noch mal sehen können, wo kann ich das ein oder andere jetzt auch noch mal nutzen oder wo muss ich drangehen, wo sind meine Defizite. [...] Und was für mich ganz wichtig war, ich habe, bin natürlich selber sehr sensibilisiert für dieses Thema, habe durch diese zwei, drei Jahre die Möglichkeit gehabt ein Stück noch mal ganz anders da auf die Thematik einzugehen und das umzusetzen so auch in meiner täglichen Arbeit in meiner anderen Rolle, also als ambulante Hilfe. Habe die Chance gehabt Fortbildungen zu genießen [...]. Also, ich würde für mich sagen rundum sehr viel profitiert von den ganzen zwei Jahren, ja. Also, Lernen, Erfahrungen, ja, das ist schon ganz viel gewesen.“ (A2, 220)*

Als weiterer Erfolg wird gesehen, dass die beteiligten Mitarbeitenden der Suchtberatung an einem der Transferstandorte durch das Ausgangsprojekt dazu sensibilisiert wurden, nicht mehr nur ausschließlich Personen mit einer Suchtmittelabhängigkeit in den Blick zu nehmen, sondern auch Menschen, die nur mäßig Suchtmittel konsumieren:

*„Dieser Präventionsgedanke oder so was, daraus mehr zu machen, ist auch entstanden auf der Grundlage mit uns, in dem Projekt, wo ganz anders über das Thema Konsum gesprochen worden ist. Dass eine rauchende Schwangere, dass eine ab und zu trinkende Schwangere etwas ganz anderes ist als diese Suchtmenschen, die die normalerweise haben. [...] Und es aber durchaus in der Brisanz zu vergleichen ist. Aber aus einem anderen Blickwinkel. [...] Und das muss ich wirklich sagen, höre ich raus, hat die verändert. Und da sind wir natürlich, ist natürlich auch ein Effekt.“ (A3, 47, 49, 51)*

Für eine andere projektgebende Organisation ist es ein besonderer Erfolg, dass das Ausgangsprojekt über die Transferregionen hinaus bekannt geworden ist und Nachfragen von Interessierten gestellt wurden. Sie deuten dies als Zeichen dafür, dass das Thema weitergetragen worden ist, auf großes Interesse stößt und dadurch an Relevanz gewonnen hat:

*„Dann ging es auf einmal los und jetzt kommen Anfragen auch, werden ans Projekt gerichtet: Können wir nicht was machen? Wir würden gern ein Seminar bei uns*

*durchführen. Könnt ihr uns unterstützen? Diese umgedrehte Anfrage sozusagen.“ (A1, 186)*

Alle Interviewpartnerinnen betonen allerdings auch, dass mit dem Projekttransfer neben den Erfolgen und Zugewinnen auch ein hoher Arbeits- und Zeitaufwand sowie viele Herausforderungen verbunden waren. Der Wegfall von Kooperationspartnerinnen und -partnern, Fehlkalkulationen im Zeitplan, politische Entscheidungen zuungunsten des Transferprojekts und wenig engagierte Kooperationspartner/-innen waren nur einige der Probleme, denen sich die projektgebenden Organisationen im Verlauf des Transferprozesses stellen mussten:

*„Also, man brauchte da schon eine hohe Frustrationstoleranz.“ (A1, 205)*

*„Aber ich habe schon auch viel Federn gelassen, das muss man schon sagen.“ (A3, 313)*

Von den Interviewpartnerinnen der projektgebenden Organisationen wurden am Ende des zweiten Förderzeitraums verschiedene Aspekte angesprochen, um einen künftigen Transferprozess zu optimieren. Eine wesentliche Erkenntnis ist, dass die Organisation und Durchführung eines Projekttransfers **mehr Zeit** als gedacht und eingeplant benötigt:

*„Also außer dem Projektbeginn, ich würde meine Stundenanzahl erhöhen von 10 auf 20.“ (A3, 301)*

Daneben sollten bei der Erstellung des Zeitplans zukünftig **stärker Urlaubs- und Ferienzeiten sowie Feiertage berücksichtigt und Zeitreserven eingeplant** werden, um im Prozess nicht in Zeitnot zu geraten:

*„Also das war sicherlich auch die Anfangszeit, die Anfangsphase, die war echt, also das war dieses, was ich auch gesagt habe, dass man ein Projektbeginn nicht in die Sommerferien legt. [...] Das hat mich unglaublich viel Nerven und Zeit gekostet. Mir lief ja die Zeit davon. Ich habe ja meinen Startplan gehabt. Und ich musste ja zu einem Zeitpunkt schon mit Kooperationsverträgen um die Ecke kommen, wo ich erst zwei Kooperationspartner hatte.“ (A3, 287, 289)*

Ferner wurde erkannt, dass nicht alle Transferpartner/-innen die Gelegenheit nutzten, um von sich aus Probleme und Schwierigkeiten zu melden und sich Hilfe zu suchen, weshalb das Ausgangsprojekt in einzelnen Transferregionen nicht erfolgreich verlief. Demnach sollten künftig **regelmäßige persönliche Kontakte mit den einzelnen Transferpartner/-innen vor Ort** erfolgen, damit sich das Ausgangsprojekt ein direktes Bild davon machen kann, wie der Interventionsansatz in den einzelnen Regionen umgesetzt wird und gegebenenfalls

intervenieren kann. Damit geht einher, dass den Ausgangsprojekten **ausreichend zeitliche Ressourcen** eingeräumt werden müssen, um dies gewährleisten zu können:

*„Ja, also ich hätte lieber gehabt, wenn die aktiv mal gesagt hätten, jetzt, das funktioniert nicht. Und ich hätte gerne das und das oder ich könnte mir das und das vorstellen. Oder kannst du noch mal kommen oder was glaubst du, was hilfreich wäre oder so. Und das ist nicht passiert. Und ich hatte auch keine Zeit, weil, wenn ich vor Ort gewesen wäre, hätte ich das gesehen. Und das hatte ich einfach nicht.“ (A3, 477)*

Auch wird empfohlen, sich Zeit zu nehmen für den Abschluss einer **vertraglichen Vereinbarung**, um sicherzustellen, dass der Interventionsansatz im Sinne der projektgebenden Organisation transferiert wird. Es entsteht so eine höhere Verbindlichkeit:

*„Wir haben bei den Trainerinnen eine große, einen großen Nachteil, indem einige selbstständig sind. Das heißt, sie haben eigene Verwertungsinteressen. [...] Und da wäre jetzt für, also da hatte ich dieses Eigeninteresse unterschätzt, ich jetzt als Projektleitung oder Koordination. Und da würde ich bei einem neuen Projekt sagen, dass man da andere Kontrollmechanismen einzieht oder richtig Verträge abschließt, wo genau das drin steht, dass es nicht nur drum geht, in dem Projekt mitzuarbeiten, das was wir da beantragt haben, umzusetzen, sondern mit den Freiberuflichen richtige Verträge macht.“ (A1, 67)*

Nichtsdestotrotz ist der Projekttransfer nach Berücksichtigung der positiven und negativen Aspekte insgesamt als ein großer Erfolg zu werten. Zwei der projektgebenden Organisationen geben an, den Projekttransfer wiederholen zu wollen:

*„Ich würde es auf jeden Fall noch mal machen. Das auf jeden Fall.“ (A3, 311)*

Auch die **projektnehmenden Organisationen** bewerten den Projekttransfer zusammenfassend als einen Erfolg. Im Rahmen des beruflichen Alltags gebe es nicht die Zeit für die Entwicklung und Implementierung eines neuen Projekts. Insofern konnte durch das Transferprojekt mit einem relativ geringen Zeitaufwand ein erprobtes und erfolgreiches Projekt implementiert werden:

*„Und einfach mal so in den Alltag einbauen geht schwer. Also einfach so, sage ich mal, man entwickelt nicht einfach so schnell im Berufsalltag zwischen einer Beratung und in einem Dienstgespräch in zehn Minuten eine Idee oder geschweige denn schon, direkt eine Projektidee.“ (T1, 13)*

Diese Interviewpartnerin fasst ihr positives Gesamturteil über den Projekttransfer wie folgt zusammen:

*„Deswegen fanden wir, und wir hatten auch noch nie, da waren wir uns alle einig, ein Projekt mitgemacht, wo wir so schnell so einen positiven Effekt gesehen haben.“ (T1, 480)*

Allerdings waren nicht alle Gesprächspartnerinnen mit dem Ergebnis des Transfers zufrieden. Insbesondere in einem Transfervorhaben wurde das Interventionsvorhaben eher negativ bewertet, was mit der ausbleibenden Inanspruchnahme des Angebots durch die suchtmittelkonsumierenden Schwangeren und Stillenden begründet wird:

*„Also, wir haben uns schon Gedanken gemacht, wie wir es an den Mann bringen, also dass wir noch mal da, dass wir wirklich an die Leute dran kommen. Und der Erfolg war null. Also, es hat seit, offiziell läuft es jetzt, glaube ich, fast zwei Jahre schon.“ (T2, 133)*

Insgesamt wurden von den Interviewpartnerinnen zu zwei der drei Transfervorhaben ein eher positives Resümee gezogen. Auch seitens dieser Interviewpartnerinnen wurden ergänzende gewinnbringende Aspekte wie beispielsweise der Ausbau persönlicher Kompetenzen angesprochen:

*„Das ist was, was für mich wirklich eine eigene Erfahrung ist. Dass ich vorher viel größere Hemmungen hatte, das Thema anzusprechen. Dass da, wo ich da jetzt merke, das geht viel leichter und lockerer und selbstverständlicher. Und auch, wenn sie ins Stottern kommen, ja, darauf zu reagieren und nicht selber auch einen Schrecken zu kriegen und zu sagen, einfach auch noch mal ein paar beruhigende Sätze zu finden.“ (T3, 429)*

Für eine Interviewpartnerin war es eine neue, wichtige und vor allem bereichernde Erfahrung durch das Transferprojekt die Rolle als Referentin einzunehmen:

*„Für mich war es, glaube ich, auch noch mal so ein Punkt, dass ich mehr und mehr in die Referentenposition komme und ich so dachte, wow, ist ein tolles Übungsfeld.“ (T4, 104)*

Als ein Zugewinn wurde auch die fachliche und persönliche Unterstützung erfahren:

*„Und da ist es schön, wenn man eben, wenn man es dann im Team macht. Oder man hat eben noch so übergeordnet, wie jetzt, ein Projekt, so übergeordnet Kooperationspartner, denen es ja ähnlich geht und wo man sich auch gegenseitig dann immer noch mal motivieren kann. Und lernt, die kleinen Erfolge groß zu machen.“ (T1, 662)*

## Zusammenfassung

Sowohl seitens der projektgebenden als auch der projektnehmenden Organisationen wird der Transfer überwiegend als erfolgreich und positiv bewertet. Die geplante Übertragung der Interventionsansätze konnte im Wesentlichen umgesetzt werden. Die projektnehmenden Organisationen haben die Übernahme eines an anderem Ort entwickelten und erprobten Konzeptes als sehr zeitsparend und gewinnbringend erfahren.

Als weiterer positiver Aspekt für den Projekttransfer wurde der Zugewinn an fachlichen und persönlichen Kompetenzen bewertet.

Einzig die Gesprächspartnerinnen eines Transfervorhabens ziehen ein eher negatives Resümee, da mit den übernommenen Interventionsansätzen keine nennenswerte Inanspruchnahme durch die Zielgruppe suchtmittelkonsumierende Schwangere und Stillende erreicht werden konnte.

Die gesammelten Erfahrungen mit dem Projekttransfer haben auch gezeigt, dass der Zeitbedarf in der projektgebenden Organisation teilweise höher war als vermutet und daher in Zukunft mehr Zeit für einen Projekttransfer eingeräumt werden und bei der Erstellung es Zeitplans stärker Urlaubs- und Ferienzeiten sowie Feiertage berücksichtigt und Zeitreserven eingeplant werden sollten, um nicht in Zeitnot und Stress zu geraten.

Um sicherzustellen, dass das Ausgangsprojekt erfolgreich in den Transferregionen implementiert wird, sollten außerdem zukünftig regelmäßige Kontakte mit den einzelnen Transferpartner/-innen vor Ort eingeplant werden.

Gerade in der Zusammenarbeit mit freiberuflichen Partnerinnen wird empfohlen, die grundsätzliche Organisation im Rahmen einer vertraglichen Vereinbarung zu regeln.

## 7.7 Verstetigung der implementierten Interventionsansätze

Grundsätzlich ist die Verstetigung der übernommenen und implementierten Angebote und Maßnahmen ein **Anliegen** aller befragten **projektnehmenden Organisationen**. Besonders positiv äußerten sich hierzu zwei projektnehmende Organisationen, die denselben Projektansatz übernommen haben:

*„Ganz klar beschlossen, wir möchten auf jeden Fall dieses Thema weiter im Fokus behalten und in denen Beratungsprozess implementieren.“ (T1, 439)*

Für die eine der beiden Organisationen ist die Verstetigung des übernommenen Projekts besonders erstrebenswert, „weil ja jetzt schon hier viel passiert ist“ (T1, 729) und sich **erste Erfolge** abzeichnen, auf die sie zukünftig aufbauen möchten.

Die andere der beiden projektnehmenden Organisationen steht der Verstetigung insbesondere aufgrund **guter Erfahrungen mit der Zusammenarbeit** mit den Mitarbeitenden des Ausgangsprojekts positiv gegenüber und ist motiviert, den Ansatz auch nach Ablauf der regulären Projektlaufzeit gemeinsam voranzutreiben:

*„Also schon eine Idee, noch was Gemeinsames so zu überlegen, wie wir das in den Schwangerschaftsberatungsstellen, ja, fest verankern können. Wie, was es da für Ideen gibt, was die anderen da machen. Das kann ich mir schon vorstellen, dass man mit denen da noch weiterarbeitet. Auch mit den anderen Städten, die da mitgemacht haben, man da noch mal so was festhalten kann.“ (T3, 603)*

Vielfach können bereits aus dem Verlauf der Zusammenarbeit im gesamten Förderzeitraum Hinweise abgeleitet werden, ob es ein Bemühen geben wird, den Interventionsansatz dauerhaft weiterzuführen:

*„Also, ich würde sagen, [TRANSFERREGION 1] ist bemüht auf jeden Fall. [...] Und im Landkreis [KREIS], also die sind da sehr, sehr rege, muss ich ehrlich sagen. Das ist also wirklich, wo die sehr bemüht sind, es weiterzuführen. [...] [TRANSFERREGION 2] muss ich auch sagen, zwar nicht so wie [KREIS] jetzt, aber auch wo die bestrebt sind. [TRANSFERREGION 3] würde ich sagen, aber da hörst du auch fast, fast, ganz wenig nur, nicht? Von Anfang an, also muss man einfach sagen von Anfang an.“ (A2, 156)*

Von den befragten projektnehmenden Organisationen teilt nur eine mit, **konkrete Schritte** unternommen zu haben. Mit dem Ziel der finanziellen Absicherung des Ansatzes nach Ablauf der regulären Projektlaufzeit wurde hier Kontakt zu den Krankenkassen hergestellt:

*„Da sind wir auch mit dabei. Krankenkassen.“ (T1, 546)*

In den übrigen projektnehmenden Organisationen wurde die Verstetigung bisher ausschließlich thematisiert, ohne explizit Aktivitäten zu planen oder durchzuführen:

*„Aber wir haben es nur alle angesprochen, wir haben aber noch nicht eine Verabredung darüber getroffen.“ (T3, 597)*

*„Ja, klar, darüber nachgedacht schon.“ (T6, 207)*

Aus den angestellten Überlegungen ging hervor, dass es hinsichtlich der Verstetigung noch eine Reihe **offener Fragen** gibt. Diesbezüglich wird ein **Ideen- und Erfahrungsaustausch mit allen** Projektbeteiligten und Kooperationspartnerinnen und -partnern sowie die Unterstützung des Ausgangsprojekts als hilfreich erachtet:

*„Meine Idee wäre das natürlich, dass auch ein Stück wieder, ja, zurück in diesen Arbeitskreis zu geben. Zu sagen, so, die Erfahrung haben wir gemacht, speziell mit den Schwangerschaftsberatungsstellen wäre da noch mal zu überlegen, wie die beiden anderen Träger da vielleicht auch, was die da für Ideen haben, wie es dann weitergehen kann.“ (T3, 596,)*

Daneben bedarf es aber noch weiterer **Voraussetzungen**, damit eine Verstetigung im Sinne der Kontinuität von Prozessen und Strukturen gelingen kann. Es versteht sich von selbst, dass einer Sicherstellung **ausreichender finanzieller Mittel** eine hohe Bedeutung zukommt:

*„[...] die müssen halt auch schauen, auf welche Beine sie denn diese Arbeit stellen können [und] wie es halt dann eben zu finanzieren sein wird.“ (T1, 544)*

*„Wenn keine Förderung ist, glaube ich nicht, dass die Kollegen kommen. Und ich finde, wenn man so was will, dass Kollegen sich in so einem Spezialthema fortbilden, dann muss man es fördern oder man muss es lassen. [...] Das kann man nicht als bezahltes Seminar machen. Da brauchen wir uns nicht auch nur darüber Gedanken zu machen, ob irgendeiner kommt.“ (T4, 234)*

Zugleich besteht beispielsweise durch die Integration des Ansatzes in **bereits bestehende feste Strukturen** die Möglichkeit einer Verstetigung, die ggf. keine zusätzlichen Mittel erfordert:

*„Was ich mir für danach wünsche, ist, dass dieses Programm in den Ausbildungen von Familienhebammen umsonst reinkommt, als ein Teil, ein Modul, wie auch immer.“ (T5, 223)*

Eine andere Interviewpartnerin nannte eine **Umstrukturierung des Arbeitsalltags** als eine weitere Möglichkeit:

*„Und dann müssen wir halt, wenn es so weit ist, noch mal gucken, neu, uns neu aufstellen. Vielleicht im anderen Bereich kürzertreten, das kann auch sein, dass ich dann den anderen Bereich eher abgebe und den Bereich mit übernehme. Oder es einfach ganz anders strukturiere.“ (T6, 221)*

Mit diesem Vorschlag einher geht das Einräumen **ausreichend zeitlicher Ressourcen** als wichtige Voraussetzung für eine gelingende Verstetigung. In dem Zusammenhang sei aber

auch wichtig, die Interventionsansätze selbst zeitlich zu optimieren, sodass sie möglichst geringer zeitlicher Ressourcen bedürfen.

Darüber hinaus wurden mehrfach **positive Evaluationsergebnisse** als bedeutsame Voraussetzung genannt. Aus der Sicht der Interviewpartnerinnen mache eine Verstetigung des implementierten Ansatzes nur dann Sinn, wenn er auch Erfolge erzielt und Aussichten bestehen, die angestrebten Ziele auch zu erreichen:

*„[...] im nächsten Jahr werten wir das gemeinsam aus und dann gucken wir noch mal, wie wir weiter machen.“ (T2, 252)*

Bedeutsam für die Verstetigung sind zudem die **Unterstützung und der Rückhalt vonseiten übergeordneter Organisationen**. Dadurch bekämen die Ansätze die **Aufmerksamkeit und die Relevanz**, die sie benötigen, um das Thema Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit aufrechtzuerhalten und das **Interesse** dafür zu wecken. So können das Thema und die Ansätze „am Köcheln gehalten“ (T1, 716) werden. Zu diesem Zweck eignen sich den Aussagen einer Interviewpartnerin zufolge auch regelmäßige (Groß-) Veranstaltungen, Gremien sowie Jahres- und Fachtagungen:

*„Egal, ob das jetzt, was weiß ich, von katholischer Seite ist es halt Diözesan, Diözesan-Ebene, ja. Weil da gibt es ja auch Jahrestagung, da gibt es in Dortmund, immer mal wieder oder Fachtagungen und solche Sachen. Das, da ist die Chance ja viel eher oder größer, dass es auch dort weiter eine Rolle spielt, also dass, wenn eben, wenn der ganz wegfällt, ja, dann wird es, ja, dann ist man so ganz im Kleinen auf sich gestellt. Und das wäre schade, weil ja jetzt schon hier viel passiert ist.“ (T1, 728, 729)*

Genau wie bei den projektnehmenden Organisationen ist die Verstetigung auch Thema bei den **projektgebenden Organisationen** und wird auch hier sehr unterschiedlich diskutiert:

*„Hier in [STANDORT DES AUSGANGSPROJEKTS], ich würde sagen, wollen das auch, aber ich meine, wir sind ja jetzt schon die ganze Zeit in [STANDORT DES AUSGANGSPROJEKTS] und da ist, sage ich jetzt mal, so ein bisschen die Luft raus. Man wartet eher mal ab, ja. Also, nicht, was kommt jetzt noch, nicht?“ (A2, 156)*

Teilweise wurden hier bereits sehr konkrete Schritte für die nachhaltige Absicherung der Maßnahmen und Strukturen vorgenommen:

*„[...] ich bin gerade bei dem Diözesan-Caritasverband, es gibt ja ein Bischofsfond so, und ich will das als Gruppenangebot, das ist wirklich nicht viel Geld. Aber das zweimal im Jahr so etwas läuft, das ist ja über zehn Wochen. Und wenn das im Frühjahr und im Herbst läuft, dann wäre das super.“ (A3, 227)*

*„Ja, auch noch mal jetzt wiederum in Kooperation mit diesem Landesinstitut für Präventives Handeln im Gespräch oder angedacht worden, dass dieses Landesinstitut Kosten für Schulungen in motivierender Gesprächsführung übernimmt.“ (A2, 279)*

*„Dann die Hebammenverbände versuchen das eben, wenn es eben geht, in ihre normalen Fortbildungen als Modul einzu- und dann gibt es eben die freien Seminare als Angebot. Und sowohl der Deutsche Hebammenverband als auch Niedersachsen die Vorsitzende wollen in dieser Gruppe mitarbeiten. Und da wird es jetzt noch so Agreements geben, die wir dann auf der Tagung am 16. vorstellen werden. [...] Und ich bin da ganz hoffnungsfroh, dass das gut klappen wird.“ (A1, 81, 83)*

Für andere Ausgangsprojekte standen zum Zeitpunkt der abschließenden Interviews noch keine konkreten Maßnahmen für die Verstetigung fest. Es wurde jedoch betont, dass beispielsweise für den Minimalkonsens zum Umgang mit rauchenden Beraterinnen ein Weg für die Verstetigung gesucht werden soll. Während bereits feststeht, dass dieser im Anschluss an das Projekt verbreitet werden soll, muss über die konkrete Art und Weise der Verbreitung noch entschieden werden. Es wurden bereits verschiedene Möglichkeiten in Erwägung gezogen:

*„Das müssen wir auch gucken, wie die Bundesebene und die Landesverbände das sehen. Also, das wird an die Hebammen gegeben und die müssen gucken, wo wollen sie es einfügen und einbringen. Dann gibt es unterschiedliche Möglichkeiten und das werden wir noch diskutieren mit denen.“ (A1, 172)*

Die Frage, wie die zukünftige **Zusammenarbeit zwischen den projektgebenden Organisationen und den projektnehmenden Organisationen** aussieht, ist schwierig zu beantworten. Den Aussagen zweier projektnehmender Organisationen zufolge besteht sowohl auf ihrer Seite als auch auf der der projektnehmenden Organisationen grundsätzlich Interesse an einem Fortbestand der Transferkooperationen. Dafür bedarf es aus der Sicht einer Interviewpartnerin allerdings einer hauptverantwortliche Person:

*„Da müsste unbedingt eine Koordinatorin sein, die dafür sorgt, dass diese Netzwerke aufrechterhalten werden, von alleine pflegen die sich nicht.“ (A2, 333)*

## Zusammenfassung

Insbesondere aufgrund der Zeit und Energie, die bereits in den Transfer geflossen sind sowie durch die ersten Erfolge, die erzielt wurden, ist die Verstetigung der übernommenen und implementierten Angebote und Ansätze Anliegen aller befragten projektnehmenden Organisationen. Während die Verstetigung zwar in allen projektnehmenden Organisationen thematisiert wurde, hat erst eine auch bereits konkrete Schritte unternommen, indem sie Kontakt mit den Krankenkassen aufnahm, um eine finanzielle Absicherung sicherzustellen.

Um das Transferprojekt erfolgreich zu verstetigen bedarf es den Aussagen der befragten projektnehmenden Organisationen zufolge nicht immer zwangsläufig auch finanzieller Ressourcen. Neben dem Willen und der Motivation aller Projektbeteiligten sind eine verantwortliche Person und zeitliche Ressourcen notwendig, die jedoch auch ggf. über Umstrukturierungen erwirtschaftet werden können. Eine wichtige Unterstützung für die Verstetigung wird in dem Vorliegen positiver Evaluationsergebnisse gesehen. Wesentlich für das Gelingen einer Verstetigung ist es außerdem, das Thema Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit in der Fachöffentlichkeit und auch bei übergeordneten Institutionen präsent zu halten. Es muss auch dort als relevant erachtet werden. Hilfreich sind in diesem Zusammenhang auch Netzwerke, durch die das Thema und das Projekt bekannt gemacht werden.

Als eine möglichst kostengünstige Methode der Verstetigung mit wenig zusätzlichem Aufwand schlägt eine Interviewpartnerin die Integration des Ansatzes in bereits bestehende feste Strukturen vor.

Mit Blick auf eine erfolgreiche Verstetigung ist es von Vorteil, wenn der zu verstetigende Projektansatz möglichst einfach und damit leicht fortzusetzen ist.

Anders als bei den projektnehmenden Organisationen wurden in zwei der projektgebenden Organisationen schon mehrere konkrete Schritte unternommen wie Verhandlungen mit potenziellen Fördermittelgebern und weiteren Kooperationspartnerinnen und -partnern, die Beantragung einer Stelle als Suchtberaterin integriert in der Schwangerschaftsberatung und die Aufnahme des entwickelten Seminars in das reguläre kostenpflichtige Fortbildungsangebot.

Obgleich das Interesse an einem Fortbestand der Kooperationsbeziehungen sowohl aufseiten der projektgebenden als auch aufseiten der projektnehmenden Organisationen besteht, bleibt die Frage nach der zukünftigen Zusammenarbeit vorerst offen. Zunächst muss eine finanzielle Unterstützung sichergestellt werden und eine Person sich bereit erklärt

haben, die Verantwortung für die weitere Pflege und Organisation der Zusammenarbeit zu übernehmen.

Um die Chance auf eine erfolgreiche Verstetigung des Transferprojekts zu erhöhen, müssen entsprechende Maßnahmen von Anfang an während der Projektplanung berücksichtigt und mit geplant werden.

## 7.8 Förderliche Faktoren für den Projekttransfer

Welche Faktoren den Projekttransfer fördern (und erschweren) wurde im Rahmen der Interviews mit den projektnehmenden Organisationen bereits implizit im Zusammenhang mit der Vorbereitung, Organisation sowie Umsetzung des Projekttransfers thematisiert. Neben einer gelungenen Kommunikation mit den projektgebenden Organisationen wurden besonders die Einsparung zeitlicher und personeller Ressourcen in Verbindung mit der Zurverfügungstellung des Konzeptes, aber auch ganz konkreter Arbeitsmaterialien erwähnt.

Neben der projektinternen Kommunikation sowie einem regelmäßigen Austausch zwischen den projektgebenden und projektnehmenden Institutionen, wurde aus Sicht der projektnehmenden Organisationen auch die Schaffung eines **projektübergreifenden Austauschs** z. B. bei gemeinsamen Veranstaltungen wie Schulungen oder Workshops als bedeutsam eingeschätzt. In diesem Rahmen können Erfahrungen ausgetauscht sowie die Kompetenzen und das Wissen aller Beteiligten gebündelt und für den Projekttransfer genutzt werden:

*„Also ich denke, die Ausbildung zur motivierenden Gesprächsführung hat uns als [TRANSFERREGION]-Team geholfen, weil wir die ja alle zusammen gemacht haben. [...] Also, schon berufsübergreifend, aber das, glaube ich, war auch für alle hilfreich dieser Austausch, weil man ansonsten ja oft im Landkreis relativ alleine da steht.“ (T2, 345, 347)*

*„Also das war sehr, sehr effektiv, richtig effektiver Workshop. Und es war auch hochinteressant zu erfahren, welche Erfahrungen denn die anderen Kooperationspartner gemacht haben oder welchen Weg, welcher Weg so eingeschlagen wurde. Und davon lernt man ja auch schon auch noch mal ganz viel voneinander.“ (T1, 355)*

Als projekttransferförderlicher Faktor wurden von den Interviewpartnerinnen der projektnehmenden Organisationen auch die Form der projektinternen sowie der projektübergreifenden Zusammenarbeit im Sinne partizipativer Arbeitsansätze

angesprochen, d. h. einer **aktiven, mitgestaltenden und mitbestimmenden Zusammenarbeit aller Projektbeteiligten** von Beginn an. Den Erfahrungen zweier Interviewpartnerinnen zufolge wird hierdurch ein **Gemeinschaftsgefühl** entwickelt, was sich positiv auf das Engagement aller Projektbeteiligten in dem Transferprozess auswirkt:

*„[...] es ist eine ganz andere Motivation und ein anderes Engagement dahinter, wenn wir selbst quasi Mitakteure sind im Projekt. [...] die Teammitglieder fühlen sich aktiv beteiligt, sie gestalten auch mit.“ (T1, 77)*

Wesentlich für einen erfolgreichen Projekttransfer ist aus der Sicht einer Interviewpartnerin einer projektgebenden Organisation zudem das Einräumen von ausreichend **Handlungsspielräumen**, sodass die projektnehmenden Organisationen das Ausgangsprojekt an die jeweiligen Gegebenheiten vor Ort anpassen können:

*„Und ich habe ganz viel am Anfang auch gesprochen mit denen und sie ermuntert, sich selbst auf Grundlage ihrer Organisation und Struktur, sich das so zurecht zu machen, dass das für die passt. [...] Also ich wollte die immer schon dazu ermuntern, sich auszuprobieren. Weil es ist eine sehr individuelle Angelegenheit, eine Beratung.“ (A3, 255, 261)*

Ferner spielt nach Ansicht sowohl der projektgebenden als auch der projektnehmenden Organisationen die **Wahl der Transferpartner/-innen** eine bedeutsame Rolle. So wirke es sich positiv auf den Transfer aus, wenn die Transferpartner/-innen **bereits praktische Erfahrungen** mit den anfallenden Tätigkeiten gesammelt haben und wenn auf bereits bestehende Netzwerke aufgebaut werden kann:

*„Also ich finde, dass es niemand machen sollte, der sich nicht irgendwie schon mal mit rauchfrei auseinandergesetzt hat. Weil dann sitzt man wirklich da und guckt groß.“ (T4, 92, 94)*

*„[TRANSFERREGION], die haben am Anfang eine sehr starke Anbindung gehabt an die Suchtberatungsstelle. Die waren auch von Anfang in der Projektschulung da, als ich eine Projektschulung in [TRANSFERREGION] gemacht habe, waren die schon dabei. Die hatten große, gute Kooperationen, die kannten alle Protagonisten vor Ort. Also das war sehr gut.“ (A3, 7)*

Förderlich wirkt sich zudem ein hohes **Engagement der Transferpartner/-innen** aus. Auch sollten die Transferpartner/-innen **Bereitschaft** für die Implementierung des Ausgangsprojekts vor Ort sowie für Veränderungen zeigen und über die **notwendigen Kapazitäten** verfügen:

*„Die waren bereit dazu und die hatten auch die Kapazität. Die hatten eine Stelle, das war jetzt einfach Zufall, ich sage mal so, Zufall. Weil die haben eine Streetworkerin engagiert, das ist diese Frau, die auch da war. Suchtberatungsstelle, [NAME DER SUCHTBERATUNGSSTELLE] in Trier. Und die haben ein Modell, wo die gesagt haben, wir müssen die mehr draußen einsetzen. Dahin gehen, wo die sind. Das hat nicht so funktioniert. Also das Konzept, wie die sich das erdacht haben am Anfang hat nicht funktioniert. Und da kamen wir. Mit dieser Idee, etwas zu etablieren in der Schwangerenberatung, also, wie kann man. Das heißt, die hatten schon gesagt, okay, das eine versuchen wir, lassen wir nicht.“ (A3, 31)*

Für die Gewinnung (geeigneter) Kooperationspartner/-innen empfindet eine Interviewpartnerin einer projektnehmenden Organisation die **Unterstützung von Schlüsselpersonen** als förderlich, die sich für das Projekt und seine Notwendigkeit ausspricht und somit die Aufmerksamkeit der Fachöffentlichkeit auf die Thematik zieht und das Interesse an einer Kooperation weckt:

*„Und öffnet so ein bisschen durch die Auftaktveranstaltung die Tür zu dem Gynäkologen-Stammtisch und zu den Hebammen. Denn es ist erfahrungsgemäß so leichter, wenn jemand, wie Herr Dr. [NAME] die Tür öffnet, als wenn Frau [NAME] oder wir jetzt immer einzeln vorsprechen.“ (T6, 29)*

Auch die Interviewpartnerinnen der projektgebenden Organisationen äußern sich hierzu sehr positiv:

*„Also, durch die gute Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Gesundheit und Soziales in [STADT] bestand halt die Möglichkeit wirklich flächendeckend im [BUNDESLAND] das Projekt vorzustellen und dadurch auch guten Transfer zu schaffen.“ (A2, 11)*

*„Und immer gut ist, wenn man, also wenn ich immer eine Schlüsselperson habe, die auch schon vielleicht Kontakte hatte zu den Verbänden. Also, wenn man ein Projekt machen möchte und man möchte jetzt über die Landesverbände eben Fortbildungsstrukturen reinbringen, dass man jemand auch aus dem Kontext hat, der vielleicht sogar schon direkt einen persönlichen Kontakt zu dem Landesverband hat. Ich denke, das ist auch ein guter Faktor, wenn da schon ein Name ist, der bekannt ist, wo man etwas mit verbindet.“ (A1, 160)*

Aber nicht nur für die Gewinnung (geeigneter) Kooperationspartner/-innen, sondern auch für den gesamten Projekttransfer generell wurde eine **Unterstützung durch (externe) Institutionen** als hilfreich und transferförderlich empfunden:

*„Also, ich kann vielleicht noch mal sagen, für mich oder für uns noch mal in Bezug auf die Unterstützung, ja, ich fand uns schon unterstützt, also auch durch Sie [WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG]. Sie waren ja auch immer da und ansprechbar für uns, ja, fanden uns auch unterstützt und unseren Fachdienstleister.“ (A2, 94)*

Um Teilnehmende für die implementierten Angebote zu gewinnen, stellte sich in einem Transferprojekt die Nutzung einer **Fachzeitschrift** als förderlich heraus. Hierüber konnte ein Großteil potenzieller Teilnehmer/-innen erreicht und schließlich für eine Teilnahme motiviert werden:

*„Und was auch gut geklappt hat in dem Zusammenhang, war der Kontakt zu den Zeitschriften der Hebammen, also zu den Medien, die auch gelesen werden. Und da haben wir jetzt auch regelmäßig dann die Ausschreibungen hingeschickt und das hat eigentlich immer gut geklappt, dass das dann reingesetzt wurde und das greift nämlich auch noch mal einen großen Kreis auf. Da sind viele, die das lesen. Ja, das halt auch, also da hat man immer gemerkt, wenn das rauskam, waren die Kurse voll.“ (A1, 149)*

Weitere förderliche Bedingungen für einen erfolgreichen Projekttransfer werden in der **eigenen sowie in der öffentlichen Überzeugung von der Bedeutung des Projekts** gesehen. Das Interesse an der Thematik und an dem Projekt sowie eine Identifikation mit den Projektzielen und damit der Wille und die Motivation für einen gelingenden Transfer wirken sich positiv auf die Bereitschaft zur Übernahme eines Projekts aus, wie die nachfolgenden Zitate einiger Interviewpartnerinnen aus projektnehmenden Organisationen verdeutlichen:

*„Auch das, also ich muss ja das, was quasi vom Ministerium an mich herangetragen wird, ich muss es ja noch mal in die Kommunen tragen oder ich bin ja diejenige, die das jetzt hier im Landkreis weiterverteilen soll. Und wenn ich irgendwas weiterverteilen soll, wo ich nur mit halbem Ohr zugehört habe oder wo ich nicht dahinter stehe oder wo ich nicht will, fände ich jetzt auch schwierig.“ (T2, 325)*

Auch zwei Interviewpartnerinnen aus projektgebenden Organisationen kommen im Interview auf diesen Aspekt zu sprechen:

*„Da muss jeder vor Ort auch ein Stück brennen dafür.“ (A3, 191)*

Als projekttransferförderlich hat es sich auch erwiesen, wenn die Projektbeteiligten die **Umsetzung des Projekts als anregend und gewinnbringend wahrnehmen bzw. dafür auch Wertschätzung erfahren haben:**

*„Also es macht Lust, es macht so, genau, man nimmt wirklich, weil Spaß und Lust ist ja nicht zu unterschätzen, auch in der sozialen Arbeit soll die ja Spaß machen. [...] Und so eine Motivation und so ein Spaß haben, fördert auch enorm, und das springt ja auf die Klienten über, also es ist ja etwas, was ich mitbringe. Und mein Gegenüber spürt ja auch, naja, steht die da jetzt dahinter, hat die jetzt da Lust drauf, ja, oder so.“ (T1, 109, 111)*

*„Ich habe denen ja diese Gutscheine gegeben von den 500 Euro und habe die so aufgeteilt, dass ich auch hier im Team verteilt habe. [...] Die waren restlos, restlos begeistert. [...] die haben das als große Wertschätzung betrachtet.“ (A3, 485, 487, 491)*

Neben der intrinsischen und extrinsischen Motivation erleichtert den Aussagen der Interviewpartnerinnen der projektgebenden und -nehmenden Organisationen zufolge auch eine gute **Arbeitsorganisation** die erfolgreiche Umsetzung des Ausgangsprojekts vor Ort. Als förderlich wird es erachtet, eine zentrale verantwortliche Person zu haben, die als **Ansprechpartner/-in** fungiert und den Transfer und die Implementation vor Ort voranbringt. Zudem bedarf es einer guten **Kommunikationsstruktur**, klaren **Absprachen** und **Aufgabenverteilungen** sowie **ausreichend Zeit**:

*„[...] eine klare Kommunikationsstruktur aufbauen. Ich glaube, das ist was ganz, ganz Wichtiges. Und eine Regelmäßigkeit, damit sich eine kontinuierliche Entwicklung auch, mit den gleichen Personen oder Institutionen, je nachdem [...].“ (T1, 620)*

*„Wir hatten einen Workshop, wo wir diesen Input vorher bekommen haben und dann wurden uns diese Materialien einige Monate später dann geschickt. [...] das war gut. Also das war sehr strukturiert. Also das war sehr klar.“ (T5, 37, 39)*

*„[...] eine muss sich zuständig fühlen und zuständig sein. Und so klar auch für die anderen eine Zuständigkeit haben, dass, wenn die zu diesem Thema irgendeine Frage haben, wissen, wohin sie sich wenden.“ (A3, 183)*

*„Und, was ganz wichtig war, dass es eine Protagonistin aus jedem Team gibt, entweder die Leitung oder jemanden, der das Thema nimmt. Weil das war auch eine Bedingung, es muss eine Ansprechpartnerin da sein für mich. [...] Eine, die das Thema hält, eine, die das Thema ins Team reinbringt. Und eine, die das Thema immer wieder sagt, heute Tagesordnung Thema Sucht. [...] Die die richtigen Fragen stellt. Wer hat einen Fall, wer hat ein Thema damit? Wer möchte gerade was sagen oder so.“ (A3, 177, 179, 181)*

Zusammenfassend ist letztlich für einen gelingenden Projekttransfer den Interviewpartnerinnen zufolge ein **praxistauglicher, flexibler und vielversprechender**

**Projektansatz erforderlich**, der sich mit dem Arbeitsalltag der Transferpartner/-innen gut **vereinbaren** lässt sowie die Aussicht auf einen Nutzen für alle Beteiligten (**Win-win-Situation**) beinhaltet.

*„Ich glaube, ich habe sie motiviert, indem ich gesagt habe, sie werden am Ende davon profitieren. Ja, weil das ist so ein Extrabonus und eine Extra-Kompetenz, die sie gewinnen. Und in irgendeiner Form können sie es hoffentlich auch absetzen, mit der Krankenkasse vielleicht, ich weiß jetzt nicht, wie sie es machen. Es geht nur über Win-win.“ (T5, 79)*

*„Ich glaube, ein wichtiger Punkt ist es, den handelnden Personen in den Verbänden so leicht wie möglich zu machen. Je komplizierter was ist, je mehr Arbeit es für die bedeutet, desto höher ist die Hürde. Wenn möglich, ein bisschen Geld dazu zu geben, das ist die Motivation Nummer 1 bei den Zielgruppen. Und ein Konzept zu entwickeln, was sehr flexibel ist, was sich den unterschiedlichen Gegebenheiten in den unterschiedlichen Bundesländern anpassen kann. Also, nicht zu rigide zu sein bei den Inhalten und bei dem Konzept, was entwickelt wird, je nachdem worum es dann gehen würde, nicht?“ (A1, 154)*

## **Zusammenfassung**

Wichtige Hinweise auf förderliche Faktoren für einen Projekttransfer sind bereits in den Unterkapiteln 7.2, 7.4 und 7.6 zu Fragen der Vorbereitung, der Organisation sowie der Umsetzung des Projekttransfers angesprochen worden.

Ergänzend wurden Aspekte der Zusammenarbeit angesprochen. So wirken sich Möglichkeiten für den projektübergreifenden Erfahrungsaustausch ebenso wie partizipative Arbeitsweisen im Sinne einer mitbestimmenden und mitgestaltenden Arbeitsweise zwischen allen Beteiligten (sowohl innerhalb der Projekte als auch zwischen den projektgebenden und projektnehmenden Organisationen) positiv auf die Motivation der Beteiligten aus. Der Transferprozess sollte zudem für alle Projektbeteiligten transparent gestaltet sein, sodass jede/-r über einzelne Arbeitsschritte und aktuelle Entwicklungen informiert ist.

Um das Projekt erfolgreich in einer Transferregion implementieren zu können, sollten den projektnehmenden Organisationen des Weiteren ausreichend Handlungsspielräume eingeräumt werden.

Von zentraler Bedeutung für den Projekttransfer ist auch die Auswahl der Kooperationspartner/-innen. Sie sollten über Fachkenntnisse und/oder praktische Erfahrungen in dem Themenfeld und über gute Netzwerkbeziehungen verfügen. Gut ist, auf

bereits bestehende Netzwerkbeziehungen aufbauen zu können. Zudem sollten sie das Thema als relevant erachten, von dem Projekt überzeugt sein und Veränderungsbereitschaft zeigen. Für die Gewinnung von Kooperationspartnerinnen und -partnern hat sich die Einbeziehung von Schlüsselpersonen als förderlich erwiesen, die sich für das Projekt und seine Notwendigkeit aussprechen.

Ein weiterer förderlicher Faktor für den Projekttransfer stellt die Motivation der Projektbeteiligten dar. Das Projekt sollte zunächst von denjenigen, die es umsetzen, gewollt sein. Die Motivation der Projektbeteiligten kann durch Bemühungen und das spürbare Interesse an einem erfolgreichen Projekttransfer und an den einzelnen projektnehmenden Organisationen durch die projektgebende Organisation, beispielsweise in Form von positiven Rückmeldungen, gesteigert werden. Eine andere Art und Weise, die Projektbeteiligten für einen erfolgreichen Projekttransfer zu motivieren, stellt eine finanzielle Unterstützung dar.

Wesentlich für einen erfolgreichen Projekttransfer ist zudem eine gute Arbeitsorganisation, was eine verantwortliche Person, eine gute Kommunikationsstruktur, klare Absprachen und Aufgabenverteilungen impliziert. Dabei sollte ausreichend Zeit für den Transferprozess eingeplant werden. Hilfreich kann in diesem Zusammenhang eine vertragliche Festschreibung der Zusammenarbeit und der Zuständigkeiten sein.

Weitere Voraussetzungen für einen gelingenden Projekttransfer sind ein praxistauglicher und vielversprechender Projektansatz, der sich mit dem Arbeitsalltag der Transferpartner/-innen gut vereinbaren lässt sowie die Aussicht auf einen Nutzen für alle Beteiligten hat (Win-win-Situation).

## 7.9 Hinderliche Faktoren für den Projekttransfer

Sowohl aus den Interviews mit den projektgebenden Organisationen als auch aus denen mit den projektnehmenden Organisationen geht hervor, dass **unzureichende bzw. fehlende finanzielle Ressourcen** ein wesentlicher transferhinderlicher Faktor darstellt. Die Interviewpartnerinnen schildern, dass sich die **unzureichende bzw. fehlende Vergütung** für das Engagement der Transferpartner/-innen in dem Transferprojekt demotivierend auf ihre Bereitschaft zur Mitwirkung ausgewirkt hat:

*„Genau. Das ist auch so eine Sache, das sage ich einfach jetzt, das darf man nicht unterschätzen. Die Zeit, das Ganze zu organisieren, die Zeit, dort hochzufahren, die Zeit, hier mit einer Kollegin zu sitzen, das unentgeltlich zu bekommen, hat ein bisschen geschmerzt. Und das finde ich nicht in Ordnung.“ (T5, 141)*

*„Das eine ist, dass die aktiven Koordinatorinnen vor Ort zwar einerseits schätzen und sehen, dass sie eben kostenlos Seminare bekommen, aber andererseits, das liegt sicherlich auch daran, dass sie oft freiberuflich tätig sind, wollten sie dann für diese Arbeit vor Ort auch Geld haben. Also, es ist bei dieser Zielgruppe ganz schwer etwas zu bekommen, was unentgeltlich auf freiwilliger Basis läuft.“ (A1, 25)*

Eine Interviewpartnerin einer projektgebenden Organisation beschreibt, dass aufgrund der fehlenden finanziellen Mittel nicht alle geplanten oder auch nachgefragten Maßnahmen realisiert werden konnten:

*„Und es gab dann leider ein paar Schwierigkeiten aufgrund der Finanzen. Also, wir hatten dann doch kein Geld mehr, um noch ein zweites Seminar dort stattfinden zu lassen, weil wir einfach zu viele Seminarnachfragen hatten und wir natürlich im Bundesgebiet streuen wollten. Und dann haben wir, weil wir wussten, dass ja dort diese Implementation des Kurzseminars auch noch geplant ist, haben wir dann gesagt, gut, das zweite Seminar sagen wir dann dort ab. Kam natürlich nicht ganz so gut an, das ist ja verständlich [...].“ (A1, 24)*

Anders als angenommen, haben sich innerhalb eines Transferprojekts ausbleibende Teilnahmegebühren für ein Seminar als hinderlich erwiesen. Das kostenlose Fortbildungsangebot wurde nicht wie erwartet höher frequentiert, sondern paradoxerweise durch seinen Sonderstatus eher mit Skepsis aufgenommen. Somit wurde der Weg in das Fortbildungsprogramm durch die ausbleibenden Teilnahmegebühren erschwert:

*„Also, es war zum Beispiel auch nicht, es war immer ein Schritt notwendig zu sagen: Bitte nehmt es in eure Fortbildungskalender auf, bitte bewirbt es wie eure anderen Fortbildungen. Also, es war immer noch mal so ein Zusatzschritt. Deshalb gehe ich davon aus, dass es nicht so wahrgenommen wurde wie ein ganz normales Fortbildungsangebot.“ (A1, 35)*

Von den Interviewpartnerinnen der projektnehmenden Organisationen wurden daneben auch **mangelnde zeitliche Ressourcen** als hinderliche Bedingung genannt. Oft müssen sie die anfallenden Tätigkeiten im Rahmen des Projekttransfers neben den regulären Aufgaben in der „Freizeit“ bewältigen. Die Folgen sind eine nachlassende Motivation und ein abnehmendes Engagement in dem Transferprojekt:

*„Sagen wir mal, ich als Hebamme hätte mich auch dahin gesetzt und hätte gedacht, habe ich die Zeit? Ich habe ja einen Verdienstaustausch in der Zeit.“ (T4, 172)*

Auch zwei der projektgebenden Organisationen sprechen diesen Aspekt an, nachdem sie die Erfahrung gemacht haben, dass sich die Transferpartner/-innen aufgrund knapper zeitlicher Ressourcen nur bedingt in dem Transferprojekt engagieren konnten:

*„[...] die Erfahrung ist einfach, denke ich, die haben auch noch andere Aufgaben, die haben noch andere Sichtweisen. Und wir haben ja nur auf dieses Projekt geguckt gehabt und wollten ja nur dieses Projekt vorantreiben. Und die mussten ja in ihrer Arbeit auf viele andere Dinge auch noch gucken [...].“ (A2, 110)*

Hinzu kommt, dass das Thema Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit von einem Teil der Mitarbeitenden der projektnehmenden Organisationen als **wenig relevant erachtet** wird. Der Tabakkonsum wird von einer Interviewpartnerin einer projektnehmenden Organisation als eins von vielen „Randthemen“ (T4, 172) bezeichnet. Eine Interviewpartnerin einer projektgebenden Organisation nutzt in diesem Zusammenhang den Begriff „Konkurrenzthema“ (A3, 323). Oftmals stehen bei den suchtmittelkonsumierenden Frauen andere, drängendere Probleme im Vordergrund und der Suchtmittelkonsum dient zur Entlastung und als Methode der Stressbewältigung. Dadurch ist die Bereitschaft, dieses Thema aufzugreifen und sich in dem Transferprojekt zu engagieren, gering. Unter diesen Umständen wird die **eigene Einstellung und Überzeugung von dem Thema und dem Projekt** zu einem hinderlichen Faktor:

*„Und bei uns in dem Mutter-Kind-Heim, die haben gesagt, gut, mit dem Alkohol, da achten wir natürlich auch drauf, die dürfen ja auch gar nicht Alkohol trinken, wenn die bei uns wohnen. Aber mit dem Rauchen, das ist oft, ja, die haben so viele Probleme, wenn wir denen das Rauchen noch abnehmen, dann stürzen die noch in eine schlimmere Situation für sich alleine.“ (T3, 209)*

Ohne einen konkreten Grund dafür zu nennen, berichtet noch eine weitere Interviewpartnerin einer projektgebenden Organisation von einer geringen Bereitschaft potenzieller Kooperationspartner/-innen, sich für das Thema und das Projekt zu engagieren, was den Aufbau ergiebiger Transferkooperationen und damit den Transferprozess erschwert hat:

*„Ja oder wenn sich irgendwie praktisch Professionen gefunden hätten, [...] von denen man hätte sagen können, die ziehen mit uns, ja. Die stehen an unserer Seite oder so, ja? Die sind genauso engagiert wie wir und wollen das auf den Weg bringen. Also, ich könnte jetzt niemand so benennen, der da gleichermaßen irgendwie Verve entwickelt hätte.“ (A2, 107)*

In diesen Kontext kann noch ein weiterer hinderlicher Faktor eingeordnet werden. Die Auswahl der Kooperationspartner/-innen nach dem **Top-down-Prinzip** hat sich aus Sicht der

projektnehmenden Organisationen negativ auf die Motivation und das Engagement der Mitarbeitenden ausgewirkt:

*„Dass es einfach hieß: Es gibt ein Projekt und wir wollen, dass ihr das jetzt umsetzt. Und wir machen mal schnell, schnell, schnell eine kleine Fortbildung und dann macht ihr das. Das könnt ihr schon. Also, das fand ich eigentlich eher schwierig [...].“ (T2, 279)*

Obwohl alle Transfervorhaben immer auch einen persönlichen Kontakt zwischen den projektgebenden und projektnehmenden Institutionen beinhaltete, hätte es in Einzelfällen einer ausführlicheren Einweisung in das Interventionskonzept und seine Umsetzung bedurft. Es seien (vermeidbare) Missverständnisse bezüglich der Aufgabenverteilung aufgetreten, die durch eindeutigeren Absprachen auch bezüglich der Rollenverteilung hätten vermieden werden können. **Mangelnde Absprachen** und ein **unzureichender Informationsfluss** stellen hier demnach hinderliche Faktoren dar:

*„Und dann denke ich, ja, und wer muss sich jetzt darum kümmern? Die Referentin oder die Organisatorin? Wer ist das sozusagen. Und welcher Topf.“ (T4, 16)*

Beeinträchtigt wurde der Transferprozess des Weiteren durch **erschwerter Kommunikations- und Abstimmungsprozesse**, zu denen es durch unterschiedliche Denk- und Arbeitsweisen verschiedener Professionen kam, die im Rahmen des Transferprojekts aufeinanderstießen:

*„Also, ich fand es manchmal recht kompliziert in der Kommunikation, gerade mit Koordinatorinnen vor Ort oder mit Hebammen oder Referentinnen, weil die Denkweisen für mich persönlich um viele Ecken waren und die häufig Probleme gesehen, wo ich erst mal keine sehen würde, das wäre für mich jetzt kein Problem, aber das ist auch eine andere Sichtweise.“ (A1, 186)*

Als generelles Problem einer Projektübernahme wird die **ausgebliebene Einbeziehung der Transferpartner/-innen in die Planungsphase des Ausgangsprojekts und damit die fehlende Kenntnis des ursprünglichen Entwicklungsprozesses** eingeschätzt:

*„Hatte aber auch den Nachteil, dass wir nicht mehr mitgestaltet haben. Und bei den Fragebögen und bei manchen Dingen, da gab es schon auch, ah, das hätte ich aber anders gemacht. Und wieso ist das so gemacht worden? Wo ich dann oft den anderen gesagt habe, wir haben das jetzt mal so gemacht und wir können auch nicht mitten im Projekt den Fragebogen ganz umkrepeln.“ (T3, 573)*

Als einen weiteren hinderlichen Faktor haben sowohl die Interviewpartnerinnen der projektnehmenden als auch der projektgebenden Organisationen einen **personellen Wechsel** innerhalb der projektgebenden und/oder projektnehmenden Organisation wahrgenommen. Mit ihm ging eine zeitliche Verzögerung des (Transfer-) Prozesses einher, da zunächst Aufgaben neu verteilt und Absprachen neu getroffen werden mussten:

*„Aber dadurch war dann dieser Bruch erst mal da, weil wir mit der Frau [NAME] hatte ich das erste Mal vorher gesprochen und dann ist Frau [NAME] ja Gott sei Dank eingesprungen. Für uns Gott sei Dank, sage ich mal, eingesprungen in die Bresche. Und ich denke, das war einfach für beide erst mal so ein bisschen so ein holpriges Starten. Dann noch mal zu gucken, was machen wir jetzt, wie organisieren wir uns.“*  
(T6, 91)

Erschwert wird ein Projekttransfer darüber hinaus auch durch Änderungen in den Kontextbedingungen wie z. B. **politische Entscheidungen**, die sich nachteilig auf den Transferprozess auswirken:

*„Und dann kam natürlich die ganze Zeit über auch dieser, diese politische Diskussion um die Hebammen und deren Zukunft mit dazu. Die Familienhebammen-Beauftragten sind abgeschafft worden im Verband. Ich verstehe nicht, wieso ein Verband einen Kooperationsvertrag mit einem Projekt eingehen kann zu Familienhebammen und dann auf der anderen Seite die Strukturen so ändert.“* (A1, 36)

*„Also, diese Entscheidung ist eigentlich sehr schnell gefallen, muss man sagen. Das ist innerhalb von kürzester Zeit, es geht rüber ans LPH (Anm.: Landesinstitut für Präventives Handeln). [...] Ja und gucken, wie jetzt der Kontakt zum LPH, wie bringt sich das LPH dann da mit ein. Ja, ist das jetzt einfach nur, sage ich mal, eine politische Entscheidung gewesen, dass das Ministerium sagt, wir geben das ab und die müssen dann gucken oder sind die wirklich interessiert daran?“* (A2, 211)

Ein anderes Hindernis für den Projekttransfer stellt der Aufbau von **Parallelstrukturen** dar:

*„Und ich würde auch wirklich gucken, geht dasselbe Projekt, oder das gleiche Projekt, geht das in dieselbe Stadt. Also hier, diese zwei Projekte hier in einer Stadt anzusiedeln, die ja doch nicht so überdimensioniert groß ist, halte ich persönlich für schwierig. Also ich hätte es nicht gemacht. So, ich habe dann letztendlich das Beste draus gemacht, weil ich gesagt habe, gut, das sind unterschiedliche Ansätze und die können sich auch wunderbar ergänzen. Aber es gibt natürlich auch, und das werden Sie auch erleben, Konkurrenzen auch untereinander, der Geldkampf ist nun mal da. Und ich denke, das schwingt auch mit.“* (T6, 273)

In einem Fall kam diese Parallelstruktur dadurch zustande, dass zwei Modellvorhaben eine Transferkooperation mit der gleichen Kommune aufgebaut hatten.

### **Zusammenfassung**

Als wichtige Faktoren, die den Projekttransfer hindern, werden eine unzureichende bzw. fehlende Vergütung für den Einsatz und den Aufwand der Transferpartner/-innen genannt, mangelnde zeitliche Ressourcen sowie eine mangelhafte Kommunikation zwischen den Projektbeteiligten, die zu Unklarheiten und Missverständnissen bezüglich der Aufgabenverteilung und Verantwortlichkeiten führte.

Auch unterschiedliche Denk- und Arbeitsweisen der verschiedenen Professionen wurden zu einem hinderlichen Faktor, da dadurch die Kommunikations- und Abstimmungsprozesse erschwert wurden.

Darüber hinaus stellten sich politische Entscheidungen, die sich nachteilig auf den Transferprozess auswirkten sowie ein personeller Wechsel innerhalb der projektgebenden und/oder projektnehmenden Organisation als hinderlich dar, da er mit einer zeitlichen Verzögerung des (Transfer-) Prozesses einherging.

Wichtig ist auch, welche Bedeutung dem Thema und dem Projekt von den Projektbeteiligten beigemessen wird. Hier wurde die Erfahrung gesammelt, dass der Projekttransfer erschwert wird, wenn das Thema als wenig relevant erachtet wird.

Ferner erwies es sich als hinderlich für den Projekttransfer, wenn die Implementierung des Ausgangsprojekts den Mitarbeitenden der projektnehmenden Organisation von einer höheren Instanz als Verpflichtung aufgetragen wurde, ohne dass aus eigenem Interesse und Willen aus voller Überzeugung zugestimmt werden konnte.

Erschwert wurde der Transfer zweier Ausgangsprojekte auch dadurch, dass sie zeitgleich im selben Ort implementiert wurden (Parallelstrukturen), da in diesem Fall keine Synergien genutzt wurden, sondern nebeneinander her gearbeitet wurde. In den einzelnen Projekten konnte jeweils nur ein Teil der relevanten Akteurinnen und Akteure vor Ort einbezogen werden, da der andere Teil durch eine Kooperation mit dem anderen Projekt wegfiel.

Nicht zuletzt wurden auch ein mangelnder Bedarf für das Transferprojekt vor Ort sowie eine mangelnde Kooperationsbereitschaft der relevanten Akteurinnen und Akteure aus dem Bereich Schwangerschaft und Geburt als erschwerende Bedingungen für einen erfolgreichen Projekttransfer genannt.

Damit werden insgesamt überwiegend Gründe angesprochen, die allgemein für Projektarbeit gelten und nicht spezifisch für den Transfer sind. Ein spezifisch nur für eine Projektübernahme geltendes Hindernis sind Schwierigkeiten beim Umgang mit den zuvor im Ausgangsprojekt erarbeiteten Materialien, die nicht immer zufriedenstellend angewendet werden konnten.

## **8. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse sowie Ableitung von Handlungsempfehlungen**

Nachfolgend werden zunächst die in den vorangegangenen Kapiteln sechs und sieben dargestellten Ergebnisse zusammengeführt und -gefasst. Anstelle einer chronologischen Reihenfolge erfolgt eine inhaltliche Trennung zwischen a) Ergebnissen, die sich auf den Interventionsansatz beziehen und b) Ergebnissen, die sich auf den Projekttransfer beziehen.

Wie bereits für die Ergebnisse der ersten Förderphase werden auch für die Ergebnisse der zweiten Förderphase Handlungsempfehlungen abgeleitet. Die für die erste Förderphase formulierten Handlungsempfehlungen werden (teils in aktualisierter Formulierung) nur dann aufgegriffen, wenn sie sich in der zweiten Förderphase als besonders relevant herausgestellt haben.

Der Schwerpunkt der Ergebnisdiskussion für die zweite Förderphase liegt auf dem Projekttransfer, sodass die darauf bezogenen Ergebnisse auch anhand des aktuellen Standes der Literatur kontrastiert werden.

Abschließend wird die Frage nach externen Unterstützungsmöglichkeiten für Interventionen zur Prävention von Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit ebenso wie für den Projekttransfer aufgegriffen und in Handlungsempfehlungen für Fördermittelgeber überführt.

### **8.1 Ergebnisse im Hinblick auf die Interventionsansätze**

Die drei weiterhin geförderten Transfervorhaben haben die Erfahrungen aus der ersten Förderphase teilweise für eine Veränderung ihrer Interventionsansätze in der zweiten Förderphase genutzt. Nach wie vor sahen dabei die Interventionen neben der Sensibilisierung für die gesundheitlichen Folgen des Konsums von Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft und Stillzeit eine Unterstützung von Ressourcen der Zielgruppe suchtmittelkonsumierende Schwangere und Stillende vor. Es wurden Maßnahmen auf mehreren Ebenen geplant. Die Interventionen basieren auf bewährten Interventionsansätzen für die Tabakentwöhnung bzw. Methoden, deren Wirksamkeit für die Abstinenzberatung bei Alkohol belegt ist.

Zu einer grundlegenden konzeptionellen Veränderungen des Interventionsansatzes infolge der gesammelten Erfahrungen aus der ersten Förderphase kam es in einem Transferprojekt, das anstelle der Überleitung der suchtmittelkonsumierenden Schwangeren in ein Angebot

der Suchthilfe in der zweiten Förderphase die Kompetenz der Suchtberatung in die Schwangerenberatungsstelle integriert hat. Auch wurden Modifikationen an den eingesetzten Instrumenten und Interventionsangeboten vorgenommen, um deren Praktikabilität zu steigern (z. B. Erweiterung auf andere Konsumstoffe). Die in den beiden anderen Transfervorhaben vorgenommenen Optimierungen und Erweiterungen waren von geringerem Umfang. Es wurden beispielsweise die auf Multiplikatorebene angesprochenen Zielgruppen erweitert sowie das Schulungsangebot und auch die Evaluation weiterentwickelt. In Einzelfällen wurden auch ergänzende Aktivitäten geplant, beispielsweise im Hinblick auf das eigene Konsumverhalten der Beraterinnen oder den Zugang zur Zielgruppe der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

Viele Erfahrungen mit der Implementation und Durchführung der Interventionsansätze aus der ersten Förderphase, sowohl positive wie negative, haben sich in der zweiten Förderphase bestätigt. So hat sich **die Implementation des Beratungsansatzes in die Schwangerenberatung** in den Transferregionen, in denen dies als zentraler Interventionsansatz vorgesehen war, nach wie vor gut realisieren lassen. Zugleich ist dieser Ansatz weniger gut in den Transferregionen gelungen, in denen dies auf Initiative der Suchtberatung als eine von verschiedenen Beratungsmöglichkeiten realisiert werden sollte und dieses Vorhaben erst im Laufe der zweiten Förderphase begonnen wurde. Dies deutet darauf hin, dass die Implementation der Suchtberatung in die Schwangerenberatung keineswegs ein „Selbstläufer“ ist, sondern sorgfältiger Planung und intensiver Begleitung und auch der Bereitschaft der betreffenden Schwangerenberatungsstellen bedarf.

Auch die Erfahrungen bezogen auf die **Kooperation mit der Suchthilfe** ähneln denen der ersten Förderphase. Aufseiten der Suchthilfe besteht durchaus ein grundsätzliches Interesse, das eigene Tätigkeitsspektrum auf die Zielgruppe suchtmittelkonsumierende schwangere und stillende Frauen zu erweitern. Die Kooperation wird von der Suchtberatung als Zugewinn an Fachwissen und Beratungskompetenz bewertet. Jedoch hat die externe Evaluation der zweiten Förderphase ergeben, dass dort, wo eine Überleitung suchtmittelkonsumierender Schwangerer und Stillender weiterhin vorgesehen war, nicht gelungen ist. Erneut kamen die betreffenden Frauen in den Beratungsstellen nicht an. Von den an der Finanzierung des betreffenden Angebots beteiligten Krankenkassen wurde deshalb noch innerhalb des Förderzeitraums die Konsequenz gezogen, die finanzielle Unterstützung des Beratungsangebots für schwangere und stillende Frauen zum Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft einzustellen.

Positive Erfahrungen wurden dagegen mit **der Integration der Kompetenz der Suchtberatung in die Schwangerenberatungsstellen** gesammelt. Diese ist in der Form gelungen (und fand auch Akzeptanz bei der primären Zielgruppe), dass eine für

Suchtmittelberatung qualifizierte Mitarbeiterin in das Team der Schwangerenberatung integriert wurde. Weiterhin fand auch ein Gruppenangebot der Suchtberatung, das in den Räumen der Schwangerenberatung durchgeführt wurde, die Akzeptanz der schwangeren und stillenden Frauen.

Ebenfalls bestätigt wurden die Erfahrungen aus der ersten Förderphase betreffend der **Erreichbarkeit von Gynäkologinnen und Gynäkologen**. Obwohl der Aufwand für die Ansprache dieser Zielgruppe zum Teil nochmals erhöht wurde und auch Fachveranstaltungen sowie andere Zusammenkünfte dieser Zielgruppe wie z. B. ein Stammtisch genutzt wurden, konnte diese Zielgruppe nicht eingebunden werden. Wie bereits in den Einschätzungen zur ersten Förderphase wurden als Gründe u. a. erneut ein mangelndes Interesse infolge einer nur nachrangigen gesundheitlichen Priorisierung des Themas sowie mangelnde zeitliche Ressourcen vermutet. Bislang unklar ist, inwiefern die Einbeziehung des nicht-ärztlichen Fachpersonals in den Praxen eine Lösung des Problems darstellen kann.

(Familien-) Hebammen konnten dagegen infolge der Erweiterung des angesprochenen Personenkreises (Familienhebammen und Hebammen) sowie infolge der Optimierung der Schulungsangebote nun wie geplant erreicht werden. Zum Ende des Förderzeitraums wurden die Seminare aktiv nachgefragt. Aufgrund der begrenzten Projektlaufzeit und damit auslaufenden Ressourcen konnten sie allerdings nicht mehr durchgeführt werden.

Obwohl alle Kommunen und Regionen, in denen die Ausgangsprojekte übertragen wurden, ähnliche Konzepte wie die Ausgangsprojekte verfolgt haben, wurden einzelne Aspekte der Interventionsansätze durchaus kritisch reflektiert. So sei der Zugang über Schwangerenberatungsstellen insofern nur begrenzt wirksam, dass auf diese Weise nicht die gesamte Zielgruppe der suchtmittelkonsumierenden Schwangeren und Stillenden erreicht werden könne. In Bezug auf die Integration der Kompetenz zur „Rauchfrei-Beratung“ in die (Familien-) Hebammenausbildung wird der Zeitbedarf im Vergleich zu anderen Themen kritisch gesehen. Auch der für rauchende (Familien-) Hebammen entwickelte Minimalkonsens wurde durchaus kritisch als eine Form der Überregulierung gesehen.

Aus den gesammelten Erfahrungen wurden verschiedene Vorschläge für die Weiterentwicklung der Interventionsansätze abgeleitet:

- Erweiterung des Interventionszeitpunktes auf die Zeit nach der Geburt
- Erweiterung der Intervention auf neue Konsumstoffe
- Erweiterung der einbezogenen Multiplikatorengruppen
- Sensibilisierung der Öffentlichkeit
- Klärung für eine Vergütung der anfallenden Tätigkeiten

Wie viele suchtmittelkonsumierende schwangere und stillende Frauen schließlich beraten worden sind und ob die Angebote zu einer Verhaltensänderung der Frauen geführt hat, war auch in der zweiten Förderphase nicht Gegenstand der Evaluation.

### **Handlungsempfehlungen zu den Interventionsansätzen zur Prävention von Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit**

- Investition in und Weiterentwicklung integrierter Beratungsansätze in Bezug auf den Interventionszeitpunkt, die einbezogenen Multiplikatorengruppen und die angesprochenen Konsumstoffe
- Ausweitung und Verstetigung der Implementation der Interventionsansätze in die Schwangerenberatung (auch anderer Trägerverbände) sowie der Angebote von (Familien-) Hebammen
- Unterstützung der Integration der Kompetenz der Suchtberatung in Angebote für schwangere und stillende Frauen
- Entwicklung integrierter Beratungsansätze in weitere Angebote für schwangere und stillende Frauen
- Investition in langfristig angelegte Sensibilisierung der Fachöffentlichkeit und der allgemeinen Öffentlichkeit zu Fragen des Suchtmittelkonsums in der Schwangerschaft und Stillzeit
- Schaffung von Möglichkeiten für die Vergütung der anfallenden Tätigkeiten
- Investition in die Durchführung einer summativen Evaluation

## **8.2 Ergebnisse im Hinblick auf den Transferprozess**

Der Schwerpunkt der externen Evaluation der zweiten Förderphase lag auf dem Transferprozess, sodass auch die Instrumente für die Beurteilung der Planungs- und Prozessqualität auf diesen Fokus gerichtet waren (u. a. Dokumentationsbögen und Interviews). Allerdings konnten die einzelnen Fragen nicht immer völlig trennscharf eingesetzt werden, d. h. es wurden hier partiell auch Aspekte angesprochen, die sich auf allgemeine Aspekte der Planungs- und Prozessqualität beziehen und unabhängig davon gelten, ob ein Projekttransfer stattfinden soll. Es lässt sich daher nicht vermeiden, dass nachfolgend teilweise auch Fragen berührt werden, die den Interventionsansatz und nicht den eigentlichen Projekttransfer betreffen.

Da zur Bewertung des Projekttransfers nicht nur die Perspektive der projektgebenden, sondern auch der projektnehmenden Organisationen erfasst wurden, wird bei der Darstellung der Ergebnisse zwischen den Transfervorhaben bzw. den projektgebenden Organisationen und den Transferregionen bzw. den projektnehmenden Organisationen differenziert.

### Ergebnisse im Hinblick auf die Planung des Projekttransfers

Ebenso wie für die Planung der ersten Förderphase haben sich auch für die Planung (und Durchführung) des Transferprozesses zwischen den drei Transferprojekten Unterschiede gezeigt. Diese beziehen sich auf Aspekte wie die Formulierung von Zielen, die Frage der Partizipation, dem Umfang der geplanten und durchgeführten Evaluation sowie den avisierten Strategien für die Verstetigung.

Die **Setzung konkreter Ziele ist** ein wichtiger Qualitätsaspekt (Kolip et al. 2012). Es hat sich erneut bestätigt, dass die Formulierung eindeutiger und messbarer Ziele im Sinne der SMART-Kriterien eine Herausforderung darstellt. Während es zwar allen Modellvorhaben gelang, Ziele für die Interventionsansätze und für das Transfervorhaben zu formulieren, war eine Messung der Ziele nur in Einzelfällen möglich, da sie nur vereinzelt mit konkreten Zielgrößen für eine Überprüfung verknüpft wurden.

Unterschiede zwischen den drei Transfervorhaben konnten auch für die Aspekte „geplante Evaluation“, „Nachhaltigkeit“ und „Qualitätsentwicklung und -management“ festgestellt werden. Die Schulungen/Fortbildungen wurden in zwei der drei Modellvorhaben umfassend evaluiert, aber nur ein Transfervorhaben plante auch eine Befragung beratener Frauen zur Änderung ihres Konsumverhaltens. In diesen beiden Transfervorhaben wurde die **Evaluation** durch eine wissenschaftliche Einrichtung, die jeweils als Kooperationspartner in das Transfervorhaben eingebunden war und über Erfahrungen mit der Durchführung von Evaluationen verfügt, konzipiert und teilweise auch durchgeführt. In dem dritten Transfervorhaben war dagegen nur eine eingeschränkte Evaluation wie z. B. ein Feedback der Teilnehmenden an den Schulungsveranstaltungen, das nicht systematisch dokumentiert werden sollte, geplant. Es ist wenig überraschend, dass die Einbindung wissenschaftlicher Kooperationspartner/-innen mit ausgewiesener Kompetenz in Evaluation die Planung und Umsetzung einer Evaluation erheblich gefördert hat. Es bestätigt sich hier eine Erfahrung, die bereits im Rahmen der Evaluation der Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten gemacht wurde. Eine Einbeziehung wissenschaftlicher Expertise fördert Qualität und Quantität der Evaluation (Kolip et al. 2013). Auch bei den Transfervorhaben ging die Einbeziehung einer entsprechenden wissenschaftlichen Expertise in der zweiten

Förderphase einher mit der Verwendung standardisierter Methoden sowie einem komplexeren Evaluationsdesign.

Zur **Sicherung der Nachhaltigkeit** im Sinne der Fortführung des Interventionsansatzes am Ausgangsstandort wurden von zwei der Transfervorhaben bereits konkrete Maßnahmen benannt. Diese beiden Transfervorhaben haben auch konkrete Maßnahmen für die Qualitätsentwicklung vorgesehen, wozu definierte Meilensteine sowie der Einsatz einer standardisierten Falldokumentation zählen.

Wie bereits in der ersten Förderphase zeigten sich auch in der zweiten Förderphase Entwicklungsbedarfe in allen drei Transfervorhaben, auch bezogen auf die „Erhebung der Bedürfnisse der Zielgruppe“. Während zwar die Einbindung der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in allen drei Transfervorhaben in die Durchführung und teilweise auch bereits in die Planung der Intervention vorgesehen war (deren Bedürfnisse waren zumindest teilweise im Rahmen der ersten Förderphase bereits erhoben worden), erfolgte in der Vorbereitung der zweiten Förderphase in keinem der Transfervorhaben eine Erhebung der Bedürfnisse der Zielgruppe suchtmittelkonsumierende Schwangere und Stillende.

Soweit auf Basis der Förderanträge zu beurteilen, lässt sich schließlich festhalten, dass die Formulierung der Ziele im Sinne der SMART-Kriterien für alle drei Transfervorhaben eine Herausforderung darstellte. Die Planung einer systematischen Evaluation sowie die Erstellung eines Konzepts für die Verstetigung der Ansätze erfolgten eher allgemein. Konkrete Maßnahmen wurden von zwei der Transfervorhaben genannt.

### Ergebnisse im Hinblick auf die Durchführung des Projekttransfers

Die erste Kontaktaufnahme für den Aufbau der Transferkooperation ging überwiegend von den projektgebenden Institutionen aus. Teilweise wurde jedoch Bezug genommen auf eine vorangegangene Interessensbekundung der Transferregion. In zwei Transfervorhaben handelte es sich dabei um ein Vorgehen, das eher einem Bottom-up-Prozess zugeordnet werden kann. Ein zentrales Motiv für das bestehende Interesse an der Teilnahme an dem Transferprojekt war die positive Einschätzung eines Bedarfs für die Intervention. Besonders in dem Modellvorhaben, das eine Implementation des Interventionsansatzes in die Schwangerenberatung vorsah, wurde sehr darauf geachtet, dass nicht nur die Geschäftsführenden, sondern auch die Mitarbeiterinnen in den Transferregionen ausdrücklich Interesse bekundeten.

In dem dritten Transfervorhaben handelte es sich in Bezug auf den Aufbau einer Kooperation mit Gesundheitsämtern um einen klassischen Top-down-Prozess seitens des zuständigen

Landesministeriums. Nur für den länderübergreifenden Transfer wurde eine Interessensnachfrage per E-Mail an verschiedene Einrichtungen gesendet.

Neben der Einschätzung, dass es einen Bedarf für die Intervention gibt, werden als **Motive für die Bereitschaft und das Interesse an der Übernahme eines Interventionsansatzes** insbesondere der Zugewinn an persönlichen und fachlichen Kompetenzen, die Bereicherung für die eigene Arbeit sowie zumindest eine Überschneidung mit dem bisherigen Tätigkeitsprofil genannt. Damit bestätigen sich in den Transferregionen die Voraussetzungen, die auch in den Ausgangsprojekten das Interesse an der Umsetzung des Interventionsansatzes gefördert haben.

Insgesamt erwiesen sich der **Aufbau und die Pflege der Kooperationsbeziehungen** für den Projekttransfer als Herausforderungen. Während in einem Transfervorhaben die Tür der erforderlichen Kooperationspartner/-innen in den Transferregionen grundsätzlich offen stand, mussten zwei Projekte mehr Aufwand als gedacht bewältigen, um die erforderlichen Kooperationsbeziehungen aufzubauen. Gleichwohl berichtet auch das erstgenannte Transfervorhaben von einem erhöhten Aufwand, hier allerdings für einen aus den unterschiedlichen Strukturen und Zuständigkeiten resultierenden erhöhten Abstimmungsbedarf. Um den Informationsfluss in den Transferregionen zu sichern, wurden deutlich mehr persönliche Gespräche sowohl in der Anfangsphase als auch im laufenden Transferprozess, durchgeführt. Klare Zuständigkeiten aufseiten der Projektverantwortlichen waren hier wesentliche Voraussetzungen.

Der Schwierigkeit, zur Beratung vorgesehene Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Schulung zu erreichen, wurde in dem zweiten Transfervorhaben einerseits ebenfalls mit einer verstärkten Kommunikation begegnet, andererseits aber auch mit konzeptionellen Veränderungen in Form einer Reduktion des zeitlichen Umfangs der Schulung sowie der Erweiterung der Zielgruppe, die mit dem Schulungsangebot erreicht werden sollte. Beide Maßnahmen haben dazu geführt, dass im Projektverlauf die geplanten Schulungen durchgeführt werden konnten.

In dem dritten Transfervorhaben hat sich die Erfahrung aus der ersten Förderphase bestätigt. Gynäkologische Praxen konnten weder am Ausgangsstandort, noch in den Transferregionen nennenswert für eine Kooperation gewonnen werden. Auch hier wurde mit einer konzeptionellen Veränderung reagiert, indem der Beratungsansatz ebenfalls in Schwangerenberatungsstellen integriert werden sollte. Allerdings hat sich auch dieses Konzept nicht ohne Weiteres umsetzen lassen. Dies deutet darauf hin, dass auch die Umsetzung andersorts erfolgreich implementierter Interventionen einer sorgfältigen Planung sowie ggf. Anpassung an regionale Strukturen bedarf.

Vertragliche Regelungen spielten für die **Ausgestaltung der Transferbeziehungen** keine große Rolle. In zwei Transfervorhaben wurden damit lediglich Rahmenbedingungen geregelt. Alle projektgebenden Organisationen hatten konkrete Ansprechpartner/-innen benannt und der Kontakt wurde nach der Anfangsphase, in der grundsätzlich ein persönliches Gespräch bzw. eine persönliche Vorstellung des Interventionsansatzes in den Transferregionen stattfand, vielfach nach Bedarf geregelt. Dies funktionierte nicht in allen Kooperationsbeziehungen, teilweise kam es dadurch zu einem rückwirkend als unzureichend beurteilten Austausch besonders im Hinblick auf Probleme bei der Umsetzung der Intervention. Persönliche Treffen für den Erfahrungsaustausch, die in einem Transfervorhaben durchgeführt wurden, obwohl sie ursprünglich nicht vorgesehen waren, wurden als sehr gewinnbringend eingeschätzt. Besonders die Möglichkeit, im Rahmen dieser Treffen auch auf die Gestaltung der verwendeten Instrumente Einfluss nehmen zu können, wurde als sehr motivationsfördernd bewertet. Es fand so außerdem eine Weiterentwicklung des verwendeten Instrumentariums in Richtung einer besseren Praktikabilität statt.

Im Hinblick auf den **Umfang der seitens der projektgebenden Organisation geleisteten Unterstützung** lassen die durchgeführten Analysen keineswegs den Schluss zu, dass hier ein „je mehr, desto besser“ besonders erfolgreich ist. Von allen projektgebenden Organisationen wurden neben der Vorstellung des Interventionsansatzes die verwendeten Materialien für die Nutzung zur Verfügung gestellt. Alle weiteren Unterstützungsleistungen differieren. Teilweise wurden grundsätzlich alle Schulungen durch die projektgebenden Organisationen durchgeführt, teilweise nur die Schulungen, für die vor Ort keine entsprechende Kompetenz zur Verfügung stand. Auch die Ansprache möglicher Kooperationspartner/-innen für die Umsetzung der Intervention vor Ort wurde teils durch die projektgebenden Organisationen durchgeführt, teils aber auch den Transferregionen vollständig überlassen. In einem Transfervorhaben war sogar in einer Transferregion die konkrete Beratung suchtmittelkonsumierender Schwangerer und Stillender durch die projektgebende Organisation vorgesehen.

Grundsätzlich können die geleisteten Aktivitäten für die Unterstützung in zwei der drei Transfervorhaben als bedarfsgesteuert interpretiert werden, wobei die Verantwortung zur Durchführung des Interventionsansatzes eindeutig bei den projektnehmenden Organisationen lag. Die Gesprächspartnerinnen äußerten sich mit dieser Aufteilung als überwiegend zufrieden. Insgesamt ging die Unterstützung teilweise deutlich über die für einen offenen Projekttransfer übliche Kooperation auf informeller Basis hinaus. Somit wird die Einschätzung bestätigt, dass sich die unterschiedlichen Transfermethoden in der Praxis nicht immer klar differenzieren lassen (Bundesverband Deutscher Stiftungen 2010).

In dem dritten Transfervorhaben wurde ein Großteil der organisatorischen Umsetzung auch in den Transferregionen durch die projektgebende Organisation geleistet. Zugleich ergab sich hier der Eindruck, dass das Engagement der beteiligten Partnerinnen in den Transferregionen eher zurückhaltend war und nur eine geringe Identifikation mit dem Interventionsansatz stattfand. Es handelte sich hierbei um das Transfervorhaben, bei dem das Zustandekommen der Transferkooperation einem Top-down-Prozess zugeordnet werden kann. Es ist vorstellbar, dass dies zusammen mit den nur gering ausgeprägten Verantwortlichkeiten für die Umsetzung der Intervention zu der als nur gering ausgeprägten Identifikation mit dem Interventionsansatz geführt hat.

Die drei verschiedenen Interventionsansätze wurden von den projektnehmenden Organisationen an die jeweiligen spezifischen Gegebenheiten vor Ort, an unterschiedliche Bevölkerungs- und Angebotsstrukturen sowie die zur Verfügung stehenden Kapazitäten und organisatorischen Möglichkeiten angepasst. Es wurden häufig andere Kooperationspartner/-innen und Multiplikatorengruppen einbezogen, oftmals solche, mit denen bereits zuvor eine Zusammenarbeit oder zumindest ein Kontakt bestand. Durch die bereits vorab bestehenden Kontakte wurde der Kooperationsaufbau deutlich erleichtert und nur in Einzelfällen wurden neue Kooperationen gesucht. Insgesamt wurden in den Transferregionen somit - so wie zuvor auch in den Ausgangsprojekten - bereits bestehende Kooperationsbeziehungen für die Implementation und Durchführung der Interventionen genutzt. Es bestätigte sich hier die Bedeutung gegenseitiger Wertschätzung und gegenseitigen Vertrauens innerhalb der Zusammenarbeit vor Ort.

Die **Adaptionen der Interventionsansätze**, die sich aus den unterschiedlichen Strukturen und regionalen Zuständigkeiten ergaben, wurden überwiegend unmittelbar zu Beginn des Projekttransfers vorgenommen. Einzelne Adaptionen erfolgten noch zu einem späteren Zeitpunkt im Verlauf des Projekttransfers.

Sofern in den jeweiligen Regionen die betreffenden Kompetenzen vorhanden waren, wurden diese für die Durchführung der Schulungen z. B. zu SKOLL genutzt. Oder es wurde innerhalb des Interventionsansatzes auf spezifische Angebote verzichtet, weil diese bereits durch eine andere Organisation in der Region vorgehalten wurden. Insofern wurde der Aufbau von Doppelstrukturen vermieden.

Bedingt durch bereits bestehende Kooperationen mit der Suchthilfe, wurde teilweise in den Transferregionen zunächst wieder das Prinzip der Überleitung verfolgt. Allerdings mussten hier ähnliche Erfahrungen wie in den Ausgangsprojekten gemacht werden, sodass im Laufe des Förderzeitraums dann ebenfalls ein integrierter Ansatz verfolgt wurde.

Insgesamt erwiesen sich die zugrundeliegenden Interventionskonzepte der Transfervorhaben als ausreichend flexibel, um die erforderlichen Anpassungen vorzunehmen. Auf Basis der hier durchgeführten Analysen kann davon ausgegangen werden, dass dies eine Grundvoraussetzung für einen erfolgreichen Projekttransfer ist.

Hinsichtlich der **Verstetigung der übernommenen und implementierten Angebote und Ansätze** hat sich die Praktikabilität und (ggf. subjektiv wahrgenommene) Wirksamkeit des Interventionsansatzes als wesentliche Grundvoraussetzung herausgestellt.

Damit die Integration der Interventionsansätze in die Schwangerenberatung gelingen kann, bedarf es vor allem neuer Konzepte, wie die Kompetenz der Suchtberatung in die Schwangerenberatung implementiert werden kann. Auch die Verstetigung in Form der Integration in die Aus- und Weiterbildung von (Familien-) Hebammen bedarf weniger finanzieller Ressourcen als vielmehr entsprechender Vereinbarungen auf Landesebene. Eine Voraussetzung dabei sind Schulungskonzepte, die im Hinblick auf den Umfang der Aus- und Weiterbildung angemessen sind.

Wichtige Aspekte für die Unterstützung der Verstetigung sind neben zeitlichen und finanziellen Ressourcen persönliches Engagement sowie die Wahrnehmung der Relevanz des Themas, die durch eine Thematisierung in der Fachöffentlichkeit und auch in der allgemeinen Öffentlichkeit unterstützt werden kann.

#### Ergebnisse im Hinblick auf die Erreichung der mit Hilfe von Zielerreichungsskalen überprüften Ziele und die Bewertung der Transferprozesse

Wie bereits dargestellt, gelang allen Transfervorhaben im Vorfeld des Projekttransfers die Formulierung von Zielen, wobei eine Messung der Ziele aufgrund einer fehlenden Verknüpfung mit konkreten Zielgrößen nur in Einzelfällen möglich war. Für die Begleitung der Transferprozesse wurde daher den Transfervorhaben angeboten, gemeinsam mit der Unterstützung von der wissenschaftliche Begleitung durch die Universität Bielefeld Zielerreichungsskalen zu formulieren und prozessbegleitend zu überprüfen und anzupassen. Alle Transfervorhaben haben dieses Angebot angenommen und wurden entsprechend gebeten, drei spezifische Zielsetzungen auszuwählen und jeweils Zielerreichungen festzulegen.

Ein großer Teil der von den Transfervorhaben formulierten Zielerreichungsskalen bezog sich auf das Ziel des Projekttransfers. In zwei der drei Transfervorhaben wurden die Ziele für den Transfer der Interventionen a) in Bezug auf die Implementation des Interventionsansatzes in vier andere Kommunen/Regionen sowie auf der Bundesebene des Trägers und b) in Bezug auf die bundesweite Durchführung von Schulungen mit einer zufriedenstellenden

Inanspruchnahme formuliert. Diese beiden Transfervorhaben haben diese Zielsetzungen im „erwarteten“ Umfang bzw. sogar „mehr als erwartet“ erreicht. In dem dritten Transfervorhaben konnten die gynäkologischen Praxen nicht wie geplant erreicht werden. Die Schulungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den Transferregionen hingegen wurden planmäßig durchgeführt. Darüber hinaus wurde in dem Förderzeitraum zusätzlich der Beratungsansatz in die Schwangerenberatungsstellen implementiert.

Auch in den Interviews wurde der Transfer sowohl seitens der projektgebenden als auch der projektnehmenden Organisationen insgesamt als erfolgreich und positiv bewertet. Den Aussagen der Interviewpartnerinnen zufolge konnte die geplante Übertragung der Interventionsansätze im Wesentlichen umgesetzt werden. In einem Transfervorhaben lag sogar eine über die geplanten Transferregionen hinausgehende Interessensbekundung für die Übernahme des Interventionsansatzes vor. In den dazu gehörenden Transferregionen wurde die Übernahme des Interventionsansatzes als sehr zeitsparend und gewinnbringend beurteilt. Als weiterer positiver Aspekt für den Projekttransfer wurde der Zugewinn an fachlichen und persönlichen Kompetenzen erfahren. Für die projektgebenden Organisationen kommt hinzu, dass die Ausgangsprojekte durch den Transfer überregional bekannt wurden, das Thema Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit auf diese Weise weitergetragen wurde und nach eigener Einschätzung an Relevanz gewonnen hat.

#### Transferförderliche und transferhinderliche Faktoren

Die Frage, welche Faktoren den Projekttransfer befördern bzw. erschweren, zieht sich durch alle Kapitel dieses Berichts. An dieser Stelle angesprochen werden daher nur die explizit und damit aus Sicht der Gesprächspartnerinnen in den projektgebenden und -nehmenden Organisationen als besonders bedeutsam wahrgenommene Aspekte für die Unterstützung oder auch Hemmung des Transfers.

Grundsätzliche Voraussetzung sind praxistaugliche und vielversprechende Projektansätze, die sich mit dem Arbeitsalltag der Transferpartner/-innen gut vereinbaren lassen und Aussicht auf einen Nutzen für alle Beteiligten haben (Win-win-Situation).

Weiterhin wurden als wichtige fördernde Faktoren die Zusammenarbeit in Form des projektübergreifenden Erfahrungsaustauschs sowie partizipative Arbeitsweisen angesprochen. Die Möglichkeiten für eine Mitbestimmung und -gestaltung des Interventionsansatzes wurden als motivationsfördernd beurteilt. Die projektnehmenden Organisationen benötigen dafür Handlungsspielräume, die ggf. auch Adaptionen an den zur

Verfügung gestellten Instrumenten zulassen. Mindestens sollte der Transferprozess für alle Projektbeteiligten transparent gestaltet sein, sodass jeder über einzelne Arbeitsschritte und aktuelle Entwicklungen informiert ist.

Von zentraler Bedeutung für den Projekttransfer ist auch die Auswahl der Kooperationspartner/-innen. Eine Gründung auf bestehende Netzwerkbeziehungen spart Zeit und Energie, die ansonsten zunächst in den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses investiert werden müssten. Auch die Kooperationspartnerinnen und -partner sollen das Thema als relevant und den Interventionsansatz als gewinnbringend erachten. Eine Implementation in einem reinen Top-down-Prozess hat sich hier nicht als zielführend erwiesen. Durch die Einbeziehung von Schlüsselpersonen kann eine wirksame Unterstützung für die Implementation im Sinne einer Türöffnung erfolgen.

Ein weiterer wichtiger förderlicher Faktor für den Projekttransfer stellt die Motivation der Projektbeteiligten dar. Diejenigen, welche die Intervention umsetzen sollen, müssen subjektiv den Bedarf dafür erkannt haben und aus der Intervention eine Bereicherung ihrer Arbeit ableiten können. Zugleich ist es wichtig, dafür Wertschätzung z.B. von Leitungspersonen zu erfahren. Hinzu kommen weitere Aspekte der Arbeitsorganisation wie z. B. klare Aufgabenverteilungen und eine gute Kommunikationsstruktur. Ebenso wie bei der Frage des Bedarfs werden damit Aspekte angesprochen, die auch bereits als bedeutsam für die Implementation der Interventionen an den Ausgangstandorten angesehen wurden.

Schließlich benötigt ein Transferprozess Zeit und ausreichend finanzielle wie personelle Ressourcen. Für die Bereitstellung finanzieller Mittel ist durchaus auch die Erhebung von Teilnahmegebühren für die Schulungsangebote für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu prüfen. Der Zeitbedarf geht über die reine Zeit für die Umsetzung der Intervention hinaus. Es ist hier zu bedenken, dass die ausgebliebene Einbeziehung der Transferpartner/-innen in der Planungsphase und damit die Kenntnis des ursprünglichen Entwicklungsprozesses zumindest einen erhöhten Diskussionsbedarf mit der projektgebenden Institution nach sich ziehen können. Darüber hinaus kann es auch durch einen personellen Wechsel innerhalb der projektgebenden und/oder projektnehmenden Organisation zu zeitlichen Verzögerungen kommen.

Eine Änderung in den Kontextbedingungen, beispielsweise in Form politischer Entscheidungen, kann sich ebenfalls förderlich oder auch nachteilig auf den Transferprozess auswirken.

Eine Herausforderung des Projekttransfers liegt – auch dies kann generell für alle Kooperationsverfahren angenommen werden – in unterschiedlichen Denk- und Arbeitsweisen der verschiedenen beteiligten Professionen. Sie können die Kommunikations-

und Abstimmungsprozesse erschweren. Hilfreich kann in diesem Zusammenhang eine vertragliche Festschreibung der Zusammenarbeit und der Zuständigkeiten sein. In jedem Fall benötigt werden eindeutige Aufgabenbeschreibungen und Zuständigkeiten.

Erschwert wurde der Transfer zweier Ausgangsprojekte schließlich auch durch Parallelstrukturen, indem der Interventionsansatz zeitgleich im selben Ort an zwei Organisationen implementiert werden sollte. Dies hätte sich durch eine sorgfältige Planung vermeiden lassen.

### **8.3 Schlussfolgerungen und Resümee**

Zusammenfassend kann geschlussfolgert werden, dass in allen drei Transfervorhaben eine Implementation des Beratungsansatzes in den Transferregionen und der Aufbau von erforderlichen Kooperationen entsprechend der Planungen gelungen ist. Die Anzahl der tatsächlich durchgeführten Beratungen suchmittelkonsumierender Schwangerer und Stillender in der Praxis wurde im Zuge der durchgeführten Evaluation nicht erfasst. Es kann davon ausgegangen werden, dass aufgrund der verschiedenen zugrundeliegenden Konzepte und unterschiedlichen eingebundenen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren diese in den drei Projekten aller Voraussicht nach variiert. Es hat sich gezeigt, dass auch der Projekttransfer einer sorgfältigen Planung und kontinuierlichen Reflexion bedarf. Ebenso wie für die erfolgreiche Implementation von Interventionen ist hier die Investition in die Planungs-, Struktur- und Prozessqualität zielführend.

Abschließend soll mit Hilfe des von der Arbeitsgruppe Praxistransfer der Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung entwickelten Modells (siehe S. 69) eine Reflexion der Ergebnisse erfolgen. Dem Modell folgend wird im Hinblick auf die Einflussbereiche auf den Transferprozess differenziert zwischen (1) Charakteristika der Intervention (Model design), (2) der Organisationsebene in der projektgebenden Organisation sowie im Zielsetting, d. h. der projektnehmenden Organisation und (3) dem breiteren Kontext (Anwendungs- bzw. Praxisebene). Die in dem Modell ebenfalls vorgenommene Differenzierung nach den Charakteristika der Evidenz ist für den Bereich eines Projekttransfers im Gegensatz zum Praxistransfer nicht relevant. Stattdessen wird der Organisationsebene des Zielsetting die Organisationsebenen des Ausgangsprojekts zugefügt.

(1) Ein erfolgreicher Transfer – eine praktikable und gewinnbringende Intervention vorausgesetzt – scheint nur möglich zu sein, wenn gewonnene Erfahrungen für eine Modifikation und Optimierung der Interventionsansätze genutzt werden und eine Anpassung an die regionalen Strukturen und Gegebenheiten erfolgt. Projektnehmende Organisationen

benötigen Handlungsspielräume, um ggf. auch Kernbestandteile der Intervention an die eigenen Rahmenbedingungen anpassen zu können. Zugleich benötigen sie dafür auch eine entsprechende Motivation. Belege für die Wirksamkeit, die ebenfalls zum Bereich der Charakteristika der Intervention gehören, wurden in den hier betrachteten Interventionsansätzen nicht direkt, sondern eher indirekt über die Gründung auf einer als wirksam nachgewiesenen Interventionsform (motivierende Kurzintervention) zugrundegelegt.

(2) Auch die Organisationsebene in der projektgebenden Organisation sowie im Zielsetting, d. h. den projektnehmenden Organisationen haben sich in dieser Analyse als bedeutsam herausgestellt. Nach den Ergebnissen dieser Analyse sind die Wahrnehmung des Bedarfs für die Intervention auf allen beteiligten Ebenen sowie daran anknüpfend die Bereitschaft zu Veränderungen wichtige Voraussetzungen. Es hat sich hier als wichtig herausgestellt, dass die Motivation und Bereitschaft auf allen Ebenen vorhanden sind, d. h. nicht nur auf Leitungsebene, sondern auch bei den Mitarbeitenden auf Durchführungsebene.

Eine bedeutsame Rolle spielen auch klare Strukturen, verbindliche Zuständigkeiten und eine regelmäßige und konstruktive Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden der projektgebenden und projektnehmenden Organisationen. Die Kontakte sollten nicht nur regelmäßig, sondern möglichst auch persönlich und bedarfsgesteuert erfolgen. Ebenfalls durchaus bedarfsgesteuert können die seitens der projektgebenden Organisationen übernommenen Unterstützungsleistungen sein. Zwar sollte es verlässliche Aussagen über den Umfang geben, dieser sollte jedoch letztlich am Bedarf ausgerichtet werden. Ein „mehr“ muss hier nicht unbedingt zu einem erfolgreichen Projekttransfer beitragen. Selbstverständlich ist die Bereitstellung ausreichender finanzieller und personeller Ressourcen eine Grundvoraussetzung. Die gesammelten Erfahrungen mit dem Projekttransfer haben diesbezüglich gezeigt, dass der Zeitbedarf in der projektgebenden Organisation teilweise höher als geplant war und daher in Zukunft mehr Zeit für einen Projekttransfer eingeräumt werden sollte. Es sollten Zeitreserven eingeplant werden für die Motivation der Kooperationspartner/-innen, aber auch für die Gewinnung neuer Partner/-innen, wenn einzelne Kooperationspartner/-innen wegfallen. Auch können nicht beeinflussbare Änderungen der Kontextbedingungen auftreten, die nicht vorgesehene Aktivitäten nach sich ziehen.

(3) Der breitere Kontext spielt vor allem dann eine Rolle, wenn es darum geht, für ein Thema zu sensibilisieren und Handlungsbereitschaft herzustellen. Auch wenn dem Interventionsbedarf im Hinblick auf den Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit sicher nicht widersprochen wird, so haben doch nicht alle einbezogenen Berufsgruppen auch für sich Handlungsbedarf abgeleitet. Hier braucht es die weitere Stärkung des (fach-) öffentlichen Bewusstseins, um die Grundlage dafür zu schaffen, dass

die begonnenen Interventionen in verschiedener Hinsicht erweitert und weiterentwickelt werden können.

Vor diesem Hintergrund werden aus den durchgeführten Analysen nachfolgende Handlungsempfehlungen abgeleitet. Nicht angesprochen wird hier die Sicherstellung ausreichender personeller und finanzieller Ressourcen, die Grundvoraussetzungen für einen erfolgreichen Projekttransfer sind.

### **Handlungsempfehlungen für die Planung und Durchführung von Transfervorhaben zur Implementation von Präventionsansätzen zum Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit**

- In die Kompetenzbildung investieren, u. a. zu Methoden der Qualitätsentwicklung (z. B. Formulierung SMARTer Ziele) sowie in die Planung, Durchführung und Auswertung von Evaluationen.
- Realistische, wirkungsbezogene und konkrete Ziele formulieren, die im Rahmen des vorgegebenen Zeitraums erreichbar sind.
- Eine realistisch angelegte Evaluation (ggf. stufenweise Evaluationsdesigns) unter Berücksichtigung der vorgegebenen Projektlaufzeit frühzeitig planen und konzipieren, ggf. mit Hilfe einer Unterstützung (z. B. wissenschaftlichen Begleitung) für die Evaluation.
- Die Bedürfnisse der anvisierten Zielgruppe(n) erheben und in die Planungen integrieren.
- Strategien für die Verstetigung der Aktivitäten und Maßnahmen frühzeitig entwickeln und diese dann kontinuierlich im Prozess verfolgen.
- Die Projekterfahrungen und Evaluationsergebnisse kontinuierlich reflektieren und Konsequenzen ableiten.
- Zeitaufwand für den Aufbau und die Pflege von Kooperationen für den Projekttransfer ebenso wie für die Umsetzung der Intervention großzügig bemessen und einplanen, dass unerwartete Hindernisse überwunden werden müssen. Bereits bestehende Kooperationsverbindungen nutzen.
- Zeitaufwand einplanen für die Klärung der Bereitschaft für die Übernahme des Interventionsansatzes auf verschiedenen Ebenen (z. B. Geschäftsführung, beteiligte Mitarbeiterinnen).
- Auf Klärung eindeutiger Verantwortlichkeiten und fester Ansprechpersonen in den projektgebenden wie auch den projektnehmenden Organisationen hinwirken.
- Ggf. vertragliche Festschreibung der Zusammenarbeit und der Aufgabenverteilung

- Zeit einplanen für regelmäßige und persönliche Kontakte zwischen den projektgebenden und den projektnehmenden Mitarbeiterinnen; zusätzlich Freiräume für bedarfsgesteuerten Kontakt vorsehen. Gestaltung der Zusammenarbeit in partizipativer Form.
- Treffen aller Beteiligten für den gemeinsamen Erfahrungsaustausch und die gemeinsame Weiterentwicklung des Interventionsansatzes und der verwendeten Materialien organisieren.
- Verbindliche Aussagen über die zu erwartende Unterstützung bzw. die eigenverantwortlich durchzuführenden Aufgaben treffen und zugleich eine bedarfsgerechte Steuerung einzelner Aufgaben ermöglichen.
- Den projektnehmenden Organisationen Handlungsspielräume zur Anpassung des Interventionskonzepts an die regionalen Strukturen und Angebote einräumen.
- Zeit nehmen für die Anpassung der anderenorts erfolgreich implementierten Interventionen insbesondere an regionale Strukturen und Angebote.
- Zeit nehmen, um die eigenen Erfahrungen im Laufe des Prozesses regelmäßig zu reflektieren und ggf. Veränderungen vornehmen.
- Soweit möglich, bestehende Kooperationen und Netzwerke in die Umsetzung der Intervention einbeziehen und Parallelstrukturen vermeiden. Zeit nehmen für die Pflege der Kooperationsbeziehungen und Schlüsselpersonen einbeziehen.
- Informationskampagnen fördern, um die (Fach-) Öffentlichkeit weiter zu sensibilisieren.

## 9. Gender Mainstreaming Aspekte

Gender-Mainstreaming-Aspekte sind Bestandteil der Fragestellungen im Rahmen der Evaluation, stehen jedoch nicht im Fokus. Im Rahmen der Auswertung der ersten Förderphase wurde der Frage nachgegangen, inwieweit mit den Konzepten der Modellvorhaben auch die Partner bzw. Partnerinnen der suchtmittelkonsumierenden Frauen erreicht werden konnten. Insgesamt sind die Angebote der Modellvorhaben ausschließlich auf schwangere und stillende Frauen ausgerichtet. Bei den Akteurinnen und Akteuren (z. B. Mitarbeiterinnen der Schwangerenberatung und ((Familien-) Hebammen) handelt es sich in der Regel ebenfalls ausschließlich um Frauen. Aus den Erfahrungen der ersten Förderphase wurde u. a. die Empfehlung abgeleitet, für die Ansprache der Partner, aber auch der Partnerinnen sowie weiterer Angehöriger der suchtmittelkonsumierenden Schwangeren und Stillenden neue Konzepte zu entwickeln.

Im Zuge der zweiten Förderphase stand der Transfer der weiter geförderten Modellvorhaben im Fokus. Insofern ist auch hier die Frage der Erreichbarkeit des persönlichen Umfeldes von suchtmittelkonsumierenden Schwangeren und Stillenden nicht weiter verfolgt worden.

## 10. Gesamtbeurteilung

Das Vorhaben bestand aus zwei größeren Arbeitspaketen:

1. In einer Auswertung der Erfahrungen der Projekte der ersten Förderphase. Dabei sollte insbesondere den Fragen nachgegangen werden, wie Kooperationspartner/-innen für eine intersektorale Zusammenarbeit gewonnen werden konnten, wie die Zielgruppe identifiziert und erreicht werden konnte, welche Zugangswege und Methoden sich als erfolgreich herausgestellt haben und wie eine Kooperation über die verschiedenen Hilfesysteme hinweg gelungen ist.
2. In einer wissenschaftlichen Begleitung der Projekte der zweiten Förderphase, in der nicht nur die wissenschaftliche Analyse der Zielsetzung und Implementierung erfolgt, sondern die Projekte auch in der Sicherung einer hohen Planungs- und Prozessqualität unterstützt werden (Beratung, Vernetzung).

Die Auswertung der Projekte der ersten Förderphase erbrachte verallgemeinerbare Aussagen zu gelungenen Zugangswegen und Kooperationsformen. Es wurden Faktoren identifiziert, die den Zugang zu suchtmittelkonsumierenden Schwangeren erleichtert haben und es wurden Hinweise auf erfolgreiche Kooperationsmöglichkeiten gewonnen. Auch konnte identifiziert werden, zu welchen Berufsgruppen sich der Zugang eher schwierig gestaltet.

Im Zuge der Auswertung der zweiten Förderphase wurde insbesondere der Transfer der ausgewählten Transfervorhaben analysiert und es wurden Faktoren herausgearbeitet, die diesen Transfer unterstützt bzw. erschwert haben. Ergänzend wurden die Erfahrungen, welche in den Transferregionen mit den jeweiligen Interventionsansätzen gesammelt wurden, ebenfalls aufgearbeitet und mit den Erkenntnissen aus der ersten Förderphase zusammengeführt.

Die ausgewählten Transfervorhaben wurden außerdem in ihrer Planungsqualität unterstützt. Es wurde ein Raster entwickelt, in dem zentrale Aspekte der Planungs-, Struktur- und Prozessqualität strukturiert dargestellt und bewertet wurden. Diese Raster wurden mit den Transfervorhaben rückgekoppelt, um ihnen auf diese Weise Empfehlungen zu geben, welche Aspekte noch weiter ausgeführt werden sollten.

Weiterhin wurden mit den drei Transfervorhaben projektspezifische Workshops für die Formulierung SMARTer Ziele und Festlegung von Zielerreichungen durchgeführt, sodass die Transfervorhaben in diesem Aspekt der Planungsqualität konkret unterstützt wurden. Mit der Durchführung des Vernetzungsworkshops zu Beginn der zweiten Förderphase wurde zudem

die Möglichkeit der Vernetzung geschaffen. Ein konkreter Erfahrungsaustausch wurde auch im Zuge der Durchführung der Jahrestagung der Drogenbeauftragten realisiert. Die drei Transfervorhaben sowie die Evaluation haben hier ihre Erfahrungen und Ergebnisse im Rahmen einer gemeinsamen Präsentation vorgestellt.

Zusammenfassend konnten alle wesentlichen Vorhaben und Ziele des Evaluationsvorhabens umgesetzt werden. Die in Kapitel 4 (vgl. S. 24ff.) dargestellten geringfügigen Zeitverzögerungen haben sich nicht nachteilig auf das Erreichen der Ziele ausgewirkt.

## 11. Verwertung der Projektergebnisse

### 11.1 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Ergebnisse bzw. Zwischenergebnisse wurden auf verschiedenen Tagungen und Kongressen vorgestellt:

- Das Konzept und Vorgehen der externen Evaluation der Modellvorhaben wurden im Rahmen des 18. Kongresses Armut und Gesundheit 2013 vom 06.-07.03.2013 in Berlin vorgestellt und für die Kongressdokumentation schriftlich aufbereitet.
- Die Erfahrungen mit dem GAS, das eine Grundlage für die Arbeit mit den Modellvorhaben darstellt, wurden in einem Beitrag für das International Journal of Public Health dargestellt und damit auch im internationalen fachwissenschaftlichen Kontext zur Diskussion gestellt (ein deutschsprachiger Artikel liegt bereits vor).
- Das Konzept und Vorgehen der externen Evaluation der Modellvorhaben sowie die Ergebnisse der ersten Förderphase und erste Erkenntnisse aus der zweiten Förderphase wurden auf einer SKOLL-Fachveranstaltung zum Thema „Qualitätssicherung und Nachhaltigkeit“ am 12.12.2013 in Berlin vorgestellt.
- Die Ergebnisse der externen Evaluation der ersten Förderphase und erste Erkenntnisse aus der zweiten Förderphase wurden im Rahmen des 19. Kongresses Armut und Gesundheit 2014 vom 13.-14.03.2014 in Berlin der fachwissenschaftlichen Öffentlichkeit vorgestellt und für die Kongressdokumentation schriftlich aufbereitet.
- Die Ergebnisse der externen Evaluation der ersten und zweiten Förderphase wurden auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) 2014 vom 24.-26.9.2014 der fachwissenschaftlichen Öffentlichkeit vorgestellt.
- Das Konzept und Vorgehen der externen Evaluation der Modellvorhaben sowie die Ergebnisse der ersten Förderphase wurden im Rahmen eines Fachartikels in der Fachzeitschrift für Gesundheitsförderung „Prävention“ veröffentlicht.
- Das Konzept und Vorgehen der externen Evaluation der Modellvorhaben sowie die Ergebnisse der ersten Förderphase und erste Erkenntnisse aus der zweiten Förderphase wurden auf der Abschlussveranstaltung zweier Modellvorhaben (Köln: 25.06.2014 und Hannover: 16.07.2014) vorgestellt.

- Das Konzept und Vorgehen der externen Evaluation der Modellvorhaben sowie die Ergebnisse der ersten Förderphase und erste Erkenntnisse aus der zweiten Förderphase wurden auf der Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung am 12.12.2014 in Erlangen vorgestellt.
- Die Ergebnisse der externen Evaluation der zweiten Förderphase wurden im Rahmen des 20. Kongresses Armut und Gesundheit 2015 vom 05.-07.03.2015 in Berlin der fachwissenschaftlichen Öffentlichkeit vorgestellt und für die Kongressdokumentation schriftlich aufbereitet.

## **11.2 Nachhaltigkeit und Transferpotential**

Um die Nachhaltigkeit der Projektergebnisse zu sichern, wurden einerseits die unter 11.1 angegebenen Präsentationen genutzt, mit denen die Projektergebnisse und Erfahrungen in der Fachöffentlichkeit zur Diskussion gestellt und damit verbreitet wurden.

Als besonderer Erfolg kann hier die Fokussierung der Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung auf das Thema Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit interpretiert werden. Diese Tagung wurde am 12.12.2014 zum Thema „Nein zu Tabak und Alkohol in der Schwangerschaft“ durchgeführt. Die Thematik konnte so auch im politischen Bereich zur Diskussion gestellt werden. Ein Zeichen für die Aufmerksamkeit, die das Thema im politischen Bereich erfährt, ist eine Befragung von Sachverständigen zum fetalen Alkoholsyndrom durch den Gesundheitsausschuss des Bundestags (vgl. Pressemitteilung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vom 15.01.2015). Insofern kann davon ausgegangen werden, dass seitens der Politik weitere Initiativen für die Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit folgen werden, zu denen auch die Ergebnisse dieser Förderinitiative beigetragen haben.

Nachhaltigkeit wird auch dadurch erreicht, dass die Ergebnisse des Projekts in Handlungsempfehlungen überführt wurden. Die Handlungsempfehlungen auf Basis der Ergebnisse des ersten Förderzeitraums wurden in Empfehlungen für Interventionen zum Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit sowie Empfehlungen für Fördermittelgeber differenziert. Die Empfehlungen für Interventionen wurden den beteiligten Modellvorhaben bereits im Förderzeitraum zur Verfügung gestellt. Damit wurde die Möglichkeit gegeben, die Erfahrungen aller beteiligten Modellvorhaben bereits im Zuge der zweiten Förderphase zu berücksichtigen.

Auch der Ergebnisbericht zur Evaluation der zweiten Förderphase mündet nun in Handlungsempfehlungen. Die Erfahrungen können somit leicht in künftige Interventionsvorhaben integriert werden.

Nicht zuletzt kann Nachhaltigkeit auch in Verbindung mit den für die Evaluation genutzten Instrumenten erreicht werden. Hier ist insbesondere die Arbeit mit Zielerreichungsskalen (GAS) zu erwähnen, die den beteiligten Transfervorhaben die Möglichkeit gab, praktische Erfahrungen mit der Formulierung SMARTer Ziele und einem Instrument für die Überprüfung der Zielerreichungen zu sammeln.

Die Erfahrungen mit GAS wurden außerdem genutzt, den Leitfaden für die Anwendung des Instruments zu aktualisieren. Insofern werden auf diesem Wege die Erfahrungen auch für eine breitere Fachöffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Die Frage, inwieweit davon ausgegangen werden kann, dass die implementierten Interventionen weiter geführt werden, wurde in Unterkapitel 7.7 (vgl. S. 87 ff.) aufgegriffen und dargestellt.

## 13. Publikationsverzeichnis

### Publikationen

- Schaefer, I., Alfes, J. & Kolip, P. (2014). Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit. Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 37, 48-51.
- Kolip, P. & Schaefer, I. (2013). Goal Attainment Scaling as a tool to enhance quality in community-based health promotion. Intern. Journal Public Health 58, 633–636.

### Präsentationen

- Schaefer, I., Alfes, J. & Kolip, P. Verbreitung lokaler Interventionsansätze – Voraussetzungen für einen erfolgreichen Projekttransfer, Vortrag im Fachforum zum Thema „Kernkompetenzen der Gesundheitsförderung: Konzept und Praxis“, 20. Kongress Armut und Gesundheit, 05.03.2015 in Berlin.
- Alfes, J., Schaefer, I. & Kolip, P. Verbreitung lokaler Interventionsansätze – Voraussetzungen für einen erfolgreichen Projekttransfer, Posterpräsentation auf der Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, 12.12.2014 in Erlangen.
- Schaefer, I., Alfes, J. & Kolip, P. Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit – Neue Zugangswege durch intersektorale Zusammenarbeit, Posterpräsentation auf der Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, 12.12.2014 in Erlangen.
- Schaefer, I., Alfes, J. & Kolip, P. Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit – Neue Zugangswege durch intersektorale Zusammenarbeit, Posterpräsentation auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, 25.09.2014 in Erlangen.
- Schaefer, I., Alfes, J., Kolip, P. & Laux, B. Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit. Erfahrungen mit neuen Zugangswegen und mit der Beratung suchtmittelkonsumierender Frauen, Beitrag auf dem 19. Kongress Armut und Gesundheit, 13.03.2014 in Berlin.
- Schaefer, I. & Kolip, P. Qualitätsentwicklung in Modellprojekten zur Suchtprävention in Schwangerschaft und Stillzeit extern unterstützen – Ansätze und erste Erfahrungen, Beitrag auf dem 18. Kongress Armut und Gesundheit, 06.03.2013 in Berlin.

## 14. Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (2005). Tabakbedingte Störungen „Leitlinie Tabakentwöhnung“ (S2-Leitlinie). Verfügbar im Internet unter: [http://www.sucht.de/tl\\_files/pdf/11\\_05\\_03.pdf](http://www.sucht.de/tl_files/pdf/11_05_03.pdf) [23.10.2014].
- Bergmann, K. E., Bergmann, R. L., Ellert, U. & Dudenhausen, J. W. (2007). Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 50, 670-676.
- Bergmann, R. L., Richter, R., Milto, C., Michel, B. & Dudenhausen, J. W. (2006). Epidemiologie des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft. In: R. L. Bergmann, H.-L. Spohr & J. W. Dudenhausen (Hrsg.), Alkohol in der Schwangerschaft. Häufigkeit und Folgen. München: Urban & Vogel, 19-32.
- Bertelsmann-Stiftung & Bundesverband Deutscher Stiftungen e.V. (Hrsg.) (2009). Nachmachen erwünscht. Methoden erfolgreichen Projekttransfers. Verfügbar im Internet unter: [http://www.stiftungen.org/fileadmin/bvds/de/Projekte/Projekttransfer/Nachmachen\\_erwuenscht.pdf](http://www.stiftungen.org/fileadmin/bvds/de/Projekte/Projekttransfer/Nachmachen_erwuenscht.pdf) [28.08.2014].
- Bösing S. & Kliche T. (2009). Das Bundemodellprojekt SKOLL. Ein Gruppenprogramm zur übergreifenden, niedrighschwelligem Frühintervention. Suchttherapie, 10, 551.
- Bundesinstitut für Risikobewertung (Hrsg.) (2006). Stillen und Rauchen. Aktualisierte Empfehlung der Nationalen Stillkommission vom 14. März 2001. Verfügbar im Internet unter: [http://www.bfr.bund.de/cm/343/stillen\\_und\\_rauchen.pdf](http://www.bfr.bund.de/cm/343/stillen_und_rauchen.pdf) [03.06.2014].
- Bundesverband Deutscher Stiftungen (Hrsg.) (2010). Praxisratgeber Bürgerstiftungen. Wissen teilen – mehr erreichen durch systematischen Projekttransfer. Verfügbar im Internet unter: [http://www.stiftungen.org/fileadmin/bvds/de/Projekte/Projekttransfer/Praxisratgeber\\_Buergerstiftungen\\_Projekttransfer.pdf](http://www.stiftungen.org/fileadmin/bvds/de/Projekte/Projekttransfer/Praxisratgeber_Buergerstiftungen_Projekttransfer.pdf) [28.08.2014].
- Bundesverband Deutscher Stiftungen (Hrsg.) (2011). Nachmachen – aber richtig! Qualität im Projekttransfer gestalten. Verfügbar im Internet unter: [http://www.stiftungen.org/fileadmin/bvds/de/Projekte/Projekttransfer/Nachmachen\\_aber\\_richtig\\_online.pdf](http://www.stiftungen.org/fileadmin/bvds/de/Projekte/Projekttransfer/Nachmachen_aber_richtig_online.pdf) [29.08.2014].
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). Drogen- und Suchtbericht. Mai 2012. Verfügbar im Internet unter: [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/12-05-22\\_DrogensuchtBericht\\_2012.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/12-05-22_DrogensuchtBericht_2012.pdf) [18.11.2014].
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015). Kein Alkohol in der Schwangerschaft! Pressemitteilung vom 15.01.2015, unter: <http://drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2015-01/expertengespraech.html>
- Dolan, G. P., Stone, D. H. & Briggs, A. H. (2010). A systematic review of continuous performance task research in children prenatally exposed to alcohol. Alcohol & Alcoholism, 45, 30-38.
- Doran, G. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. Management Review, 70, 35-36.
- Feick, P., Haas, S. L. & Singer, M. V. (2006). Gesundheitsfördernde und -schädigende Aspekte des moderaten Alkoholkonsums. In: R. L. Bergmann, H.-L. Spohr & J. W.

- Dudenhausen (Hrsg.), Alkohol in der Schwangerschaft. Häufigkeit und Folgen. München: Urban & Vogel, 39- 53.
- Flick, U. (2011). Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (2007). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Fröschl, B., Brunner-Ziegler, S. & Wirl, C. (Hrsg.). (2013). Prävention des fetalen Alkoholsyndroms. Verfügbar im Internet unter: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, [http://portal.dimdi.de/de/hta/hta\\_berichte/hta330\\_bericht\\_de.pdf](http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta330_bericht_de.pdf) [10.09.2014].
- Gesundheitsförderung Schweiz (2015). Leitfragen Meilensteinsitzung. Verfügbar im Internet unter: <https://www.quint-essenz.ch/de/tools/1013> [28.01.2015].
- Haßlöwer, N., Labitzke, G. & Wiertert-Wehkamp, H. (2014). Gemeinsam durchstarten. Pilotprojekte mit Kommunen erfolgreich verbreiten. Gütersloh/Berlin: Bertelsmann Stiftung & Bundesverband Deutscher Stiftungen. Verfügbar im Internet unter: [http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms\\_bst\\_dms\\_39846\\_39847\\_2.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_39846_39847_2.pdf) [02.12.2014].
- John, U., Meyer, C., Bischof, G., Freyer-Adam, J., Ulbricht, S. & Rumpf, H.-J. (2011). Prävention und Frühintervention. In: M. V. Singer, A. Batra & K. Mann (Hrsg.), Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart: Thieme, 533-543.
- Kiresuk, T. & Sherman, R. (1968). Goal Attainment Scaling. A General Method for Evaluating Comprehensive Mental Health Programs. *Community Mental Health Journal*, 6, 443-453.
- Kliche, T. (2010). Wie bekomme ich neue Ansätze in die Praxis? Erfolgsfaktoren für die Verbreitung, Einführung und Verstetigung von Innovationen. In: T. Möbius & S. Friedrich, Ressourcenorientiertes Arbeiten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 127-140.
- Koletzko, B., Bauer, C.-P., Bung, P., Cremer, M., Flothkötter, M., Hellmers, C., Kersting, M., Krawinkel, M., Przyrembel, H., Rasenack, R., Schäfer, T., Vetter, K., Wahn, U., Weißborn, A. & Wöckel, A. (2013). German national consensus recommendations on nutrition and lifestyle in pregnancy by the 'Healthy Start - Young Family Network'. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 63, 311-322.
- Kolip, P., Ackermann, G., Ruckstuhl, B. & Studer, H. (2012). Gesundheitsförderung mit System. quint-essenz – Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber.
- Kolip, P., Gerken, U., Schaefer, I., Mühlbach, A. & Gebhardt, B. (2013). Gesundheit fördern in vernetzten Strukturen. Evaluation settingorientierter Gesundheitsförderung. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (2011). Diskussionspapier der Arbeitsgruppe Praxistransfer vom 01.03.2011. Verfügbar im Internet unter: [http://www.knp-forschung.de/bot\\_Seite4351.html](http://www.knp-forschung.de/bot_Seite4351.html) [06.08.2014].
- Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. (2011). Von gefühlt zu gemessen. Einführung in die Grundtechniken des Projektmanagements und der Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. Verfügbar im Internet unter: [http://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/quint-essenz\\_Broschuere.pdf](http://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/quint-essenz_Broschuere.pdf) [13.08.2014].

- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2010). Qualität in Gesundheitsförderung und Prävention. Verfügbar im Internet unter: [http://www.lzg.gc.nrw.de/\\_media/pdf/liga-aktuell/liga\\_aktuell\\_09\\_bewegungsfoerderung\\_juli\\_2010.pdf](http://www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/liga-aktuell/liga_aktuell_09_bewegungsfoerderung_juli_2010.pdf) [21.02.2014].
- Leonardi-Bee, J., Smyth, A., Britton, J. & Coleman, T. (2008). Environmental tobacco smoke and fetal health. Systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 93, F351-F361.
- Locke, E. A. & Latham, G. P. (2006). New Directions in Goal-Setting Theory. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 265-268.
- Miller, R. W. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing. Preparing People for Change*. New York: Guilford Press.
- Murin, S., Rafii, R. & Bilello, K. (2011). Smoking and smoking cessation in pregnancy. *Clinics in Chest Medicine*, 32, 75-91.
- Rebhan, B., Kohlhuber, M., Schwegler, U., Koletzko, B. & Fromme, H. (2009). Rauchen, Alkoholkonsum und koffeinhaltige Getränke vor, während und nach der Schwangerschaft. Ergebnisse aus der Studie „Stillverhalten in Bayern“. *Gesundheitswesen*, 71, 391-398.
- Renner, I. (2010). Zugangswege zu hochbelasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 1048-1054.
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing. A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55, 305-312.
- Ruckstuhl, B. (2009). Ein Gesamtrahmen für die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: P. Kolip & V. Müller (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Hans Huber: Bern, 75-96.
- Ruckstuhl, B., Kolip, P. & Gutzwiller, F. (2001). Qualitätsparameter in der Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 38-50.
- Rushton, L. (2004). Health impact of environmental tobacco smoke in the home. *Reviews on Environmental Health*, 19, 291-309.
- Schaefer, I. & Kolip, P. (2010). Unterstützung der Qualitätsentwicklung mit Goal Attainment Scaling (GAS). *Prävention, Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 33, 66-69.
- Skoeries, B. A., Ulbricht, S., Koepsell, S., Rumpf, H.-J., John, U. & Meyer, C. (2010). Bereitschaft zur Beratung von rauchenden Patienten. Ergebnisse einer Ärztebefragung in Brandenburg. *Das Gesundheitswesen*, 72, 228-232.
- Universität Bielefeld (2013). Modellvorhaben zur Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit. Teilbericht zur Analyse der ersten Förderphase (Förderzeitraum 01.04.2011 bis 31.03.2012).
- Vennemann, M. M., Findeisen, M., Butterfass-Bahloul, T., Jorch, G., Brinkmann, B., Köpcke, W., Bajanowski, T., Mitchell, E. A. & GeSID Group (2005). Modifiable risk factors for SIDS in Germany. Results of GeSID. *Acta Paediatrica*, 94, 655-660.

Wright, M. T. (Hrsg.) (2010). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber.

## Anhang 1: Exemplarischer Dokumentationsbogen

Dieser Dokumentationsbogen soll dazu einladen, in gleichmäßigen Abständen eine kritische Reflexion und Diskussion zum Verlauf und Stand der Zielsetzung „Übertragung Ihres Präventionsansatzes in andere Regionen“ vorzunehmen. Er ist als Gesprächsleitfaden gedacht, den Sie im Rahmen einer gemeinsamen Teambesprechung oder einem Treffen der Steuerungsgruppe diskutieren, anschließend ausfüllen und an uns zurück schicken. Der vorliegende erste Dokumentationsbogen bezieht sich auf die letzten fünf Monate, die folgenden Dokumentationsbögen werden sich jeweils auf vier Monate beziehen.

Die einleitende Stimmungsfrage ist nun differenziert für Einrichtungen/Personen aus dem medizinischen bzw. psychosozialen Bereich ausgeführt. Bitte geben Sie uns nach dem ersten Durchlauf ein Feedback, ob sich diese Differenzierung auch in der Praxis als sinnvoll erwiesen hat.

Wir möchten uns bereits jetzt herzlich für die Beantwortung der Fragen bedanken und würden uns freuen, wenn Sie den Bogen bis Anfang Januar zurück schicken können. Den nächsten Dokumentationsbogen werden wir Ihnen Ende März 2013 zusenden.

Mit herzlichen Grüßen aus Bielefeld

*Ina Schaefer*

## Rückblick auf die vergangenen fünf Monate

1. a) Wie lässt sich die auf den Transfer des Präventionsansatzes zielende Zusammenarbeit mit Einrichtungen/Personen aus dem medizinischen Bereich (u. a. Ärzte, Hebammen, Kliniken) beschreiben?

positiv, rege,  
zufrieden-  
stellend

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

negativ,  
zurückhaltend,  
abwehrend

1. b) Wie lässt sich die auf den Transfer des Präventionsansatzes zielende Zusammenarbeit mit Einrichtungen/Personen aus dem psychosozialen Bereich (u. a. Gesundheitsämter, Beratungsstellen) beschreiben?

positiv, rege,  
zufrieden-  
stellend

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

negativ,  
zurückhaltend,  
abwehrend

2. Konnten die geplanten Maßnahmen/Aktivitäten für den Transfer des Präventionsansatzes durchgeführt werden?

- ja  
 nein

Wenn nein, was musste entfallen oder verschoben werden?

3. Wurden zusätzliche Maßnahmen/Aktivitäten für den Transfer des Präventionsansatzes durchgeführt, die ursprünglich nicht vorgesehen waren?

- ja  
 nein

Wenn ja, welche?

4. Sind die in Ihrem Arbeitsplan festgelegten Zwischenziele für den Transfer des Präventionsansatzes in den vergangenen fünf Monaten erreicht worden?

- ja  
 nein

Wenn nein, welches Zwischenziel wurde nicht erreicht? Muss ggf. eine Anpassung der Strategie erfolgen?

5. Welche positiven und negativen Rückmeldungen gab es seitens der Kooperationspartner für den Transfer?

6. Wo gab es Widerstände oder Konflikte? Weshalb?

7. Gibt es weitere Aspekte, die für die Bewertung der letzten fünf Monate wichtig sind?

## Planung der nächsten Etappe

8. Haben sich die Rahmenbedingungen für den Transfer des Präventionsansatzes in den letzten fünf Monaten verändert?

Ja  
 Nein

Wenn ja, welche?

9. Müssen die geplanten Maßnahmen für den Transfer des Präventionsansatzes entsprechend angepasst werden?

ja  
 nein

Wenn ja, welche?

10. Müssen die in Ihrem Arbeitsplan festgelegten Zwischenziele für die nächsten vier Monate in Bezug auf den Transfer des Präventionsansatzes entsprechend angepasst werden?

Ja  
 Nein

Wenn ja, welche?

11. Welche Zwischenziele in Bezug auf den Transfer des Präventionsansatzes haben welche Priorität?

## Ergänzende Fragen für die Evaluation des Dokumentationsbogens

12. Fanden Sie alle im Dokumentationsbogen gestellten Fragen hilfreich?

- ja  
 nein

Wenn nein, welche Frage/n ist/sind aus Ihrer Sicht verzichtbar?

13. Gibt es weitere Dinge, die Sie festhalten wollen?

- ja  
 nein

Wenn ja, welche?

## Anhang 2: Interviewleitfäden

Die Interviewleitfäden wurden anhand der Abschlussberichte bzw. Förderanträge jeweils projektspezifisch konkretisiert.

### A. Exemplarischer Interviewleitfaden zur Erhebung der Erfahrungen mit der ersten Förderphase und der Planung des Projekttransfers

1. Sie haben im Rahmen der einjährigen Projektlaufzeit verschiedene Maßnahmen und Angebote (*spezifiziert*) für die Zielgruppe konsumierende Schwangere und Stillende durchgeführt. Mit welchen Aktivitäten konnten Sie die Zielgruppe/n gut erreichen?
  - Welche Aktivitäten wurden von der Zielgruppe nicht so gut angenommen?
  - Was hätte anders gemacht werden sollen?
  - Wäre es aus Ihrer Sicht sinnvoll gewesen, die Zielgruppe in die Planung der Angebote einzubeziehen?
  - Wenn ja, wie hätte das aussehen können?
  - Welche Ihrer Erfahrungen mit der Durchführung folgender Aktivitäten (*spezifiziert*) möchten Sie gerne weitergeben?
  - Im Rahmen des Projekts haben Sie mit verschiedenen Multiplikatoren und Multiplikatorinnen zusammengearbeitet. Welche Erfahrungen haben Sie mit dieser Zusammenarbeit gemacht?
  - Was haben Sie durch diese Zusammenarbeit erreicht, das Sie sonst vielleicht nicht oder schwerer erreicht hätten?
  
2. Haben sich Ihre Arbeit/Ihr Konzept durch diese Zusammenarbeit verändert? Wie haben Sie von (fachlichen/inhaltlichen) Kompetenzen Ihrer Partner/-innen profitiert oder diese von Ihnen?
  - Hat sich Ihr Zugang zu Ihren Zielgruppen durch die Arbeit mit den Partnern und Partnerinnen verändert? Konnten Sie zusätzliche Zielgruppen gewinnen?
  - Was hat die Zusammenarbeit mit diesen Partnern und Partnerinnen erleichtert?
  - Was hat es schwierig gemacht?
  - Gibt es Kooperationsbezüge, die gefehlt haben?

3. Sie hatten in Ihrem Antrag verschiedene Ziele formuliert und haben Ihre Ergebnisse in dem Abschlussbericht dargestellt. Wenn Sie es einmal auf den Punkt bringen und in Prozent ausdrücken: In welchem Umfang haben Sie Ihre Ziele erreicht?
  - Welche Ziele haben Sie besonders gut erreicht und warum?
  - Welche Ziele konnten nicht so gut erreicht werden? Warum nicht?
  - Wurden einzelne oder alle Ziele im Laufe des Projekts angepasst?
  - Gab es auch ungeplante Wirkungen?
  - Was würden Sie künftig in Bezug auf die Formulierung von Zielen und die Festlegung der Zielerreichung anders machen?
  - Was würden Sie anderen Projekten aufgrund dieser Erfahrungen raten, wenn diese die gleichen Ziele verfolgen wollen?
  
4. Sie haben verschiedene Maßnahmen zur Evaluation durchgeführt, z. B. (*projektspezifische Ergänzung*). Welche Evaluationsansätze würden Sie anderen Projekten empfehlen?
  - Welchen Methode/n für die Evaluation hat/haben sich in Ihrem Projekt besonders bewährt?
  - Welche Evaluationsmethode hat sich aus Ihrer Sicht nicht bewährt? Warum nicht?
  - Was hätte zusätzlich noch evaluiert werden sollen? Was wäre erforderlich gewesen, um diesen Evaluationsansatz realisieren zu können?
  
5. Projekten ist immer daran gelegen, dass Angebote und Maßnahmen auch dauerhaft weitergeführt werden können. Gleichzeitig ist dies nach dem Auslaufen der Förderung häufig nicht möglich. Haben Sie von den Angeboten und Maßnahmen aus dem Förderzeitraum etwas retten können?
  - Wie ist Ihnen das gelungen? Welche Rolle spielte dabei ihre Trägerinstitution?
  - Welche Rolle spielten die Kooperationspartner/-innen?
  - Ist sonst noch etwas getan worden und wichtig gewesen für die dauerhafte Verankerung ihrer Angebote?
  - Und was konnte nicht aufrechterhalten werden und warum nicht?
  - Welche Angebote noch?
  
6. In jedem Projektverlauf gibt es Entwicklungen, die den Prozess voranbringen, aber auch erschweren. Wie war das bei Ihnen: Was hat Sie in dem Förderzeitraum unterstützt?
  - Wodurch wurde der Prozess erschwert?
  - Wovor würden Sie warnen, was würden Sie anderen raten?
  - Welche Bedingungen sollten erfüllt sein, um ein solches Projekt durchzuführen?

- Was noch? (Um Nennung von 2-3 Beispielen bitten)
7. Wenn Sie an den gesamten Projektverlauf zurück denken: Wie zufrieden sind Sie insgesamt damit, wie das Projekt gelaufen ist?
    - Was schätzen Sie subjektiv als die größten Erfolge des Projekts ein?
      - im Hinblick auf die Angebote für die Zielgruppe(n)
      - im Hinblick auf die Kooperationen
    - Und womit sind Sie eher unzufrieden?
    - Was würden Sie bei einem nächsten Projekt in jedem Fall anders machen?
  8. Möchten Sie noch irgendwas erzählen, was Ihnen wichtig ist, das aber hier in unserem Interview noch nicht zur Sprache gekommen ist? Möchten Sie anderen Projekten noch etwas „mit auf den Weg geben“?

### **Fragen zur Planung des Transferprozesses**

In dieser Förderphase soll Ihr Projekt in andere Regionen übertragen werden. Zugleich wird das Projekt auch an dem Ausgangsstandort weitergeführt. Über diese beiden Aspekte möchte ich nun gerne mit Ihnen sprechen.

9. Ich möchte Sie zunächst nach der Weiterführung des Projekts hier in (*projektspezifisch ergänzen*) fragen: Was machen Sie nun anders als in der ersten Förderphase?
  - Welche Veränderungen haben Sie ggf. an den eingesetzten Instrumenten vorgenommen?
  - Wie erfolgt der Zugang zur Zielgruppe? Gibt es dabei Veränderungen?
  - Haben Sie sich von Kooperationspartnern und -partnerinnen getrennt?
  - Werden Sie neue Kooperationspartner/-innen einbeziehen, ggf. welche?
  - Wo erwarten Sie Schwierigkeiten?
  - Was möchten Sie erreichen, was über die Ziele in der ersten Förderphase hinausgeht?
  - Wo erwarten Sie Schwierigkeiten?
10. Für den Transfer des Projekts ist vor allem der Aufbau von Kooperationen erforderlich. Ist Ihnen dies bereits gelungen?
  - Gilt dies für alle erforderlichen Kooperationen? Konnten alle erforderlichen Kooperationsbezüge bereits hergestellt werden?
  - Was hat dabei gut geklappt?

- Wo gab oder gibt es Schwierigkeiten?
  - Welche Erfahrungen haben Sie in der ersten Zeit der Zusammenarbeit gemacht?
11. Soll neben dieser gerade angesprochenen Kooperation auch eine Zusammenarbeit dieser Regionen miteinander erfolgen, also z. B. ein fachlicher Austausch stattfinden?
- Gibt es regelmäßige Zusammenkünfte aller Beteiligten?
  - Wer übernimmt die Koordination für diesen Austausch?
  - Wie soll diese Zusammenarbeit am Ende der 2. Förderphase weitergeführt werden?
12. Die zweite Projektphase steht noch am Anfang, dennoch sind bereits knapp 6 Monate vergangen. Wie ist es Ihrer Meinung nach bisher gelaufen?
- Was hat bisher besser geklappt, als Sie zuvor angenommen haben?
  - Wo sind Schwierigkeiten aufgetreten?
  - Hatten Sie mit diesen Schwierigkeiten gerechnet?
  - Wie wollen Sie mit diesen Schwierigkeiten umgehen?
13. Möchten Sie noch etwas erzählen, was Ihnen wichtig ist, das aber hier in unserem Interview noch nicht zur Sprache gekommen ist?

## **B. Exemplarischer Interviewleitfaden zur Erhebung der Erfahrungen mit dem Projekttransfer (Interviews mit den Transferregionen)**

1. Wie ist es dazu gekommen, dass Sie das Projekt übernommen haben? Was war Ihre Motivation? (Einsparung von Ressourcen, Vermeiden von Fehlern, Nutzung anderer Erfahrungen...)
2. Welche Informationen hat Ihnen der Projektgeber wann und wie zur Verfügung gestellt? Gibt es etwas, was Ihnen gefehlt hat?
3. Gibt es einen Vertrag bzw. eine schriftliche Festlegung oder beruht der Transfer auf informellen Absprachen?
4. Gibt es so etwas wie einen laufenden Support und in welcher Form (Gespräche, Schulungen, Workshops, schriftliche Materialien? S.S. 13 Projekttransfer Bürgerstiftung)
5. Gibt es eine gemeinsame Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
6. Wie wird das in Zukunft sein – wird es auch da Unterstützung geben?
7. Was hätten Sie in Verbindung mit der Übernahme des Projekts ebenfalls noch klären sollen?
8. Was machen Sie gegenüber dem Ausgangsprojekt anders? Was ist besonders gut gelaufen, wo gab es besondere Schwierigkeiten?
9. Welche Elemente des Ausgangsprojekts haben Sie nicht übernommen? Warum nicht?
10. Mit wem kooperieren Sie jetzt in Ihrem Projekt. Gibt es so etwas wie ein Netzwerk? Sind das andere Partner als beim Ursprungsprojekt? kooperieren Sie auch mit der Suchtberatung und wenn ja, wie funktioniert es. Ist Ihnen klar, welches Ziel Ihre Kooperationspartner hier haben? Und welches Ziel haben Sie?
11. Was würden Sie anderen raten, die dieses Projekt ebenfalls durchführen wollen? Worauf muss man dabei achten?
12. Hat es sich für Sie gelohnt, ein Konzept von anderen zu übernehmen? Was sind die Vorteile, was sind die Nachteile?
13. Wenn sie nochmal von vorne beginnen könnten, was würden Sie nun anders machen?

### **C. Exemplarischer Interviewleitfaden zur Erhebung der Erfahrungen mit dem Projekttransfer (Interviews mit den Transferprojekten)**

1. Könnten Sie zunächst noch einmal schildern, wie der Transfer bei Ihnen verlaufen ist
  - Haben Sie den Transfer so realisieren können, wie Sie es geplant hatten?
  - Ist der Transfer in die verschiedenen Regionen gleichermaßen gelungen?
  - Wie war das mit der Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern in den Transferregionen – war die zu allen Regionen gleichermaßen gut?
  
2. Wie war das nochmal, wer hat damals die Initiative zur ersten Kontaktaufnahme ergriffen, Sie oder die projektnehmende Organisationen?
  - Wie kam die Kooperation schließlich zustande?
  - Waren an der Entscheidung zur Projektübernahme die Mitarbeiter/-innen in den Transferregionen selber beteiligt oder die Leitung der jeweiligen projektnehmenden Organisation (Geschäftsführung)?
  - Falls die Initiative vonseiten der projektgebenden Organisation ausging: Nach welchen Kriterien haben Sie die Transferregionen und die projektnehmenden Organisationen ausgewählt? Welche Eigenschaften bzw. Voraussetzungen mussten erfüllt sein?
  - Kannten Sie und die Mitarbeiter/-innen der projektnehmenden Organisationen sich bereits aus anderen Arbeitszusammenhängen (und wie wichtig war das für den Projektverlauf)?
  
3. Wenn wir es richtig verstanden haben, standen die Art und der Umfang der Unterstützungsleistungen für den Projekttransfer bereits im Vorfeld fest. Wie haben sich diese Planungen insgesamt umsetzen lassen?
  - Können Sie mir bitte schildern, welche Unterstützung Sie in diesen zwei Jahren geleistet haben?
  - Gab es zum Umfang dieser Unterstützung eine schriftliche Festlegung zwischen Ihnen und den Transferregionen? Wenn ja, was wurde darin festgehalten?
  - War die Unterstützung der verschiedenen Transferregionen vergleichbar oder hat es da Unterschiede gegeben? Aus welchen Gründen?
  - Wie war das mit den Treffen zum Erfahrungsaustausch (Inanspruchnahme)?
  - Wie stark und von wem wurde das Angebot für Nachfragen in Anspruch genommen?
  - Welcher weitere Unterstützungsbedarf hat sich über die Planungen hinausgehend im Förderzeitraum ergeben?
  - Hat sich die Intensität der Unterstützung im Förderzeitraum verändert? Inwieweit?

- Welche weitere Unterstützung, die Sie aus zeitlichen Gründen nicht leisten konnten, wäre aus Ihrer Sicht sinnvoll gewesen?
  - In welcher Weise hätten Sie sich evtl. auch selbst für Ihre eigene Arbeit mehr Unterstützung gewünscht?
  - Wie verläuft die Kommunikation zwischen Ihnen und den Kooperationspartnern (persönlich/unpersönlich, Häufigkeit etc.)? Gab es diesbezüglich im Laufe der Zeit Veränderungen? Inwiefern?
4. Projekte lassen sich in der Regel nicht 1:1 in andere Regionen übertragen. Was machen die Transferregionen nun anders als Sie?
- Mit welchen (anderen) Kooperationspartnern arbeiten die jeweiligen Transferregionen zusammen?
  - Wie erfolgt der Zugang zur Zielgruppe? Gibt es dabei Veränderungen?
  - Welche Veränderungen wurden ggf. an den eingesetzten Instrumenten vorgenommen?
  - Welche Veränderungen an dem Interventionsansatz gab es in den Transferregionen im Laufe des Förderzeitraums?
  - Gab es besondere Erfolge, die hier bei Ihnen nicht eingetreten sind?
  - Gab es Schwierigkeiten, die Sie hier nicht hatten?
5. In jedem Projekt gibt es Dinge, die den Prozess unterstützen oder aber auch behindern. Wie war das bei Ihnen in Bezug auf den Projekttransfer? Was hat Ihre Arbeit unterstützt?
- Sind während des Transferprozesses Probleme aufgetreten, die den Transfer erschwert haben (zu viel Arbeit, zu wenig Personal etc.)?
  - Hatten Sie sich bereits im Vorfeld mit dieser Art Problemen auseinandergesetzt oder traten sie unerwartet auf?
  - Wie ist das für Sie persönlich: Was betrachten Sie für sich als Gewinn aus der Kooperation? Und was war eher eine Belastung?
6. In Kürze läuft nun die Förderung durch den Projektgeber aus. Wie wird Ihre zukünftige Zusammenarbeit mit den Transferregionen aussehen?
- Was denken Sie, in welchem Umfang können die Transferregionen den Interventionsansatz aufrechterhalten (Kooperationsbeziehungen, Unterstützungsleistungen etc.)?

- Haben Sie auch bereits mit den Kooperationspartnern über Möglichkeiten der zukünftigen Zusammenarbeit gesprochen?
  - In welcher Weise unterscheiden sich dabei die verschiedenen Transferregionen?
  - Wenn es keine Limitierung bezogen auf Ihre Ressourcen gäbe: Welche Form der Zusammenarbeit mit den Transferregionen würden Sie sich weiterhin wünschen?
  - Wie ist das mit finanziellen Ressourcen? Wofür sind finanzielle Mittel weiterhin erforderlich und wer übernimmt die Finanzierung?
7. Wenn Sie es noch mal zusammen fassend betrachten: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Transfer?
- Wie war das mit dem Zeitaufwand: hatten Sie sich das so vorgestellt?
  - Was ist Ihnen im Hinblick auf den Projekttransfer besonders gut gelungen?
  - In welchem Umfang haben Sie Ihre Ziele in Bezug auf den Transfer erreichen können?
  - Wenn Sie nochmal von vorne beginnen könnten– was würden Sie nun anders machen (Kommunikation, Zeit + Personal, Vergütung, Unterstützungsleistungen, Materialien etc.)?
  - Was ist aus Ihrer Sicht entscheidend für den Erfolg des Transfers gewesen (Manual, Praxisleitfäden, begrenzter Aufwand, konkurrierende/Parallelstrukturen, Motivation der Partner, persönlicher Austausch, Praxistauglichkeit des Interventionsansatzes etc. )?
  - Wenn Sie jemanden beraten, der ebenfalls ein Projekt in eine andere Region übertragen möchte: was sollte unbedingt beachtet werden? Was ist in jedem Fall erforderlich und was sollte vermieden werden?
8. Gibt es etwas in Bezug auf den Projekttransfer, was ich jetzt noch gar nicht angesprochen habe und was Sie gerne ergänzen möchten?

## Fragen zum Interventionsansatz

9. Sie haben nun zwei weitere Jahre Erfahrungen mit Ihrem Interventionsansatz hier vor Ort sammeln können. Wie ist es insgesamt gelaufen? Haben Sie das, was Sie sich vorgenommen hatten, auch umsetzen können?
- Wo sind Schwierigkeiten aufgetreten?
  - Was hat besonders gut oder sogar besser geklappt, als Sie zuvor angenommen hatten?
  - Was ist aus Ihrer Sicht der Schlüssel zum Erfolg?
  - Wenn Sie noch einmal ganz von vorne beginnen würden: Was würden Sie wieder genauso machen?
  - Und was würden Sie anders machen?
  - Welche Veränderungen bzw. Anpassungen wurden im Laufe des Förderzeitraums vorgenommen? (Kooperationspartner, Zugang zur Zielgruppe, Instrumente?)
  - In welchem Umfang haben Sie ihre Ziele in Bezug auf die Durchführung der Intervention erreichen können (Erreichen der Frauen, Beratung der Frauen, Konsumreduktion bzw. -stopp der Frauen)?
  - Von wem haben Sie Unterstützung erfahren?
10. Die sektorenübergreifende Kooperation, insbesondere zwischen der Schwangeren- und Suchtberatung oder auch zwischen Suchtberatung und anderen Kooperationspartnern wie z. B. den Gynäkologen war ein zentraler Ansatzpunkt dieses Fördervorhabens. Welche Erfahrungen haben Sie nun im Förderzeitraum mit dieser Zusammenarbeit gemacht?
- In welcher Weise haben Sie von der Zusammenarbeit mit der Suchtberatung/Schwangerenberatung profitiert?
  - Und wobei gab es Schwierigkeiten?
  - Was meinen Sie: werden Sie auch in Zukunft miteinander kooperieren?
11. Wir hatten eben schon besprochen, in welchem Umfang Sie annehmen, dass der Interventionsansatz in den Transferregionen weiter geführt wird. Wie ist das hier bei Ihnen vor Ort? In welcher Form wird das Projekt weiter geführt?
- Was denken Sie, wer wird bei Ihnen weiterhin für eine Koordination des Interventionsansatzes sorgen?
  - Wie ist das mit den eingesetzten Instrumenten: Werden die im bisherigen Umfang weiter eingesetzt?
  - Wie ist das mit finanziellen Ressourcen? Wofür sind finanzielle Mittel weiterhin erforderlich und wer übernimmt die Finanzierung?

12. Wenn Sie nun zum Ende des Förderzeitraums noch mal auf das gesamte Projekt schauen: Wie ist es Ihrer Meinung nach insgesamt gelaufen?
- Welches sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Erfolge des Projekts?
  - Was hat besser geklappt, als Sie vorher angenommen hatten?
  - Wo sind Schwierigkeiten aufgetreten?
  - Aus welchen Gründen hat es sich für Sie gelohnt?
  - Und welche Nachteile hatte es, dass Sie das Projekt durchgeführt haben?
13. Gibt es etwas, was bislang noch nicht zur Sprache gekommen ist und was Sie noch gerne ergänzen wollen?