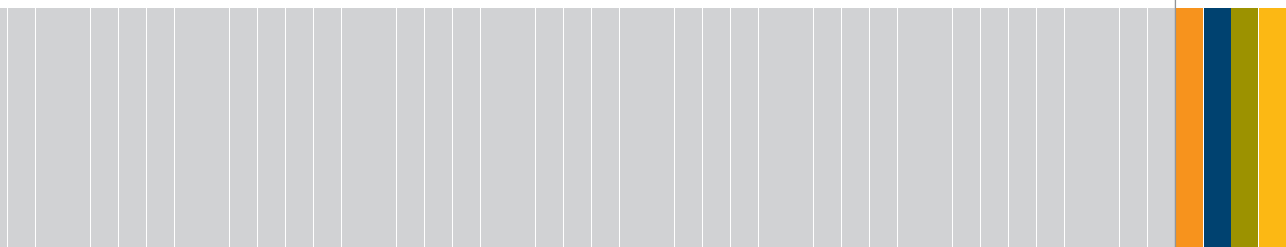


FORSCHUNG UND PRAXISENTWICKLUNG FRÜHER HILFEN



**MODELLPROJEKTE
BEGLEITET VOM NATIONALEN ZENTRUM FRÜHE HILFEN**

**Herausgegeben von: Ilona Renner, Alexandra Sann, Nationales Zentrum Frühe Hilfen
NATIONALES ZENTRUM FRÜHE HILFEN | KÖLN 2010**

INHALT

2 EINFÜHRUNG

- 6 Ilona Renner, Alexandra Sann
Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen
- 11 Heinz Kindler, Gerhard Suess
Forschung zu Frühen Hilfen. Eine Einführung in Methoden

40 CHANCEN FRÜHER UNTERSTÜTZUNG

- 42 Susan Kluth, Kathleen Stern, Jutta Trebes, Harald-Jürgen Freyberger:
Psychisch kranke Eltern und ihre 0 bis 3jährigen Kinder – Zur Situation
in Mecklenburg-Vorpommern
- 56 Anna Sidor , Elisabeth Kunz, Daniel Schweyer, Andreas Eickhorst,
Manfred Cierpka:
Zusammenhänge zwischen mütterlicher postpartaler depressiver
Symptomatik und Feinfühligkeit
- 67 Gertrud M. Ayerle, Christiane Luderer, Johann Behrens:
FrühStart: Mütterliche Kompetenzen und Selbstwirksamkeitserleben
- 88 Yvonne Ziert, Vivien Kurtz, Tanja Jungmann:
Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Mütter in der Schwangerschaft –
Ergebnisse des Modellprojektes »Pro Kind«
- 104 Peter F. Lutz und Malte Sandner:
Kosten-Nutzen-Analyse. Effekte auf den (Wieder-) Einstieg in das Berufsleben

126 DIE HELFENDE BEZIEHUNG

- 128 Virginia Lenzmann, Pascal Bastian, Anne Lohmann, Wolfgang Böttcher,
Holger Ziegler:
Hilfebeziehung als Wirkfaktor aus professionstheoretischer Perspektive
- 147 Gerhard J. Suess, Agnes Mali, Uta Bohlen:
Einfluss des Bindungshintergrunds der HelferInnen auf Effekte
der Intervention – Erste Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Praxis-
forschungsprojekt »Wie Elternschaft gelingt (WiEge)«
- 163 Christiane Ludwig-Körner, Gerhild Schöberl, Bärbel Derksen:
Die helfende Beziehung in der STEEP™- Arbeit

180 SYSTEMGRENZEN ÜBERWINDEN: ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN KINDER- UND JUGENDHILFE UND GESUNDHEITSWESEN

- 182 Anne Lohmann, Virginia Lenzmann, Pascal Bastian, Wolfgang Böttcher,
Holger Ziegler:
**Zur Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheits-
wesen bei Frühen Hilfen – eine empirische Analyse der Akteurskonstellationen**
- 202 Angelika Schöllhorn, Cornelia König, Anne Katrin Künster, Jörg M. Fegert,
Ute Ziegenhain:
Lücken und Brücken
- 222 Christiane Luderer, Gertrud M. Ayerle, Johann Behrens:
**FrühStart: Exemplarische Klientinnenpfade und Bruchstellen im System
Frühe Hilfen**
- 241 Anne Katrin Künster, Carolin Knorr, Jörg M. Fegert, Ute Ziegenhain:
**Netzwerkanalyse als Chance der Praxisentwicklung und Evaluation
im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz**
- 260 Silke Borchardt, Marisa Benz, Andreas Eickhorst, Kerstin Scholtes,
Hortense Demant, Kai Götzinger, Hubert Köhler, Manfred Cierpka:
Vermittlungswege in aufsuchenden Maßnahmen der Frühen Hilfen
- 280 Katja Makowsky, Beate Schücking:
**Familienhebammen im Landkreis Osnabrück:
Perspektive von Nichtnutzerinnen und Zugänge**

296 ANHANG

- 298 Adressen, Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in den Modellprojekten
- 307 Veröffentlichungen des NZFH
- 312 Impressum

EINFÜHRUNG

- 6 Ilona Renner, Alexandra Sann
Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen
- 11 Heinz Kindler, Gerhard Suess
Forschung zu Frühen Hilfen. Eine Einführung in Methoden

ILONA RENNER, ALEXANDRA SANN
FORSCHUNG UND PRAXISENTWICKLUNG FRÜHER HILFEN

Politik und Öffentlichkeit sind sich in den letzten Jahren der Dringlichkeit einer Verbesserung des präventiven Kinderschutzes zunehmend bewusst geworden: Zahlreiche öffentlich intensiv diskutierte Fälle schwerer Misshandlung und Vernachlässigung führten zu einer verstärkten Suche nach effektiven Strategien, um Kindeswohlgefährdungen frühzeitig – noch bevor negative Entwicklungen in Gang kommen – zu begegnen. Solche Strategien zielen darauf ab, Zugang zu hoch belasteten Familien zu erhalten, Risikosituationen rechtzeitig zu erkennen und Hilfen zur Verbesserung der elterlichen Erziehungskompetenzen anzubieten. Zur Unterstützung des Aufbaus Früher Hilfen in Deutschland wurde 2006 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) das Aktionsprogramm »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme« auf den Weg gebracht. Im Rahmen dieses Programms wurde 2007 das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) eingerichtet. Eine der zentralen Aufgaben des NZFH ist die Förderung und Koordination von Projekten, in denen unterschiedliche Ansätze zur Unterstützung von Eltern und Kindern sowie Vernetzungsstrukturen und Kooperationsformen über die Grenzen der beteiligten Hilfesysteme hinweg modellhaft erprobt werden.

In den zehn Modellprojekten, die in allen 16 Bundesländern verortet sind, werden die an vielen Standorten bereits vorhandenen guten Ansätze Früher Hilfen weiter entwickelt. Eine gemeinsame Finanzierung durch Bund, Länder, Gebietskörperschaften, und in einzelnen Fällen auch von Verbänden, Stiftungen oder kirchlichen Einrichtungen, stellt die Initiativen auf eine breite Basis. Alle Projekte bestehen aus zwei Komponenten: dem Praxisangebot Früher Hilfen und einer wissenschaftlichen Begleitung. Ergebnisse, Erkenntnisse und Erfahrungen aus den Modellprojekten werden dazu beitragen, Wissenslücken zu den Erfolgsfaktoren Früher Hilfen zu schließen. Ziel ist die wissenschaftlich basierte, stetige Verbesserung der Praxis Früher Hilfen zum Wohle der Kinder und ihrer Eltern.

Der vorliegende Band vermittelt Einblicke in die konkrete Forschung und Praxisentwicklung in den Modellprojekten. Die einzelnen Beiträge der Autorinnen und Autoren aus den verschiedenen Forschungsteams erheben dabei nicht den Anspruch, ein vollständiges Bild von den komplexen Fragestellungen und Arbeitsansätzen in den Projekten zu zeichnen. Sie heben vielmehr gezielt solche Aspekte der doch sehr heterogenen Ansätze hervor, die sowohl für die weitere Forschung im Feld Früher Hilfen als auch für die Praxisentwicklung von besonderer Bedeutung sind. Für einen systematischen Überblick über die Projekte verweisen wir auf die Broschüre »Modellprojekte in den Ländern: Zusammenfassende Ergebnisdarstellung« (NZFH, 2010). Hier finden Sie, neben einer Darstellung des Gesamtkontextes und der übergeordneten Fragestellungen, erste projektübergreifende Ergebnisse, Erkenntnisse und Erfahrungen. Darüberhinaus werden in Form von Steckbriefen – für jedes Projekt gesondert – sowohl die jeweiligen Praxisangebote vor Ort als auch die Forschungsvorhaben einzeln vorgestellt.

Den Beiträgen aus den Projekten vorangestellt ist eine Reflexion über die Potenziale der unterschiedlichen Evaluationsdesigns, wie sie in den Modellprojekten vorzufinden sind. Heinz Kindler und Gerhard Suess stellen sich die Fragen, welche Informationen damit gewonnen werden können und was sie zum Erkenntnisgewinn in diesem neuen Arbeits- und Forschungsfeld beitragen.

Im ersten Kapitel werden unter der Überschrift »Chancen früher Unterstützung« strukturelle Voraussetzungen, Grundlagen und Erfolge unterschiedlicher Interventionen im Feld der Frühen Hilfen dargestellt.

Susan Kluth und ihre Mitautorinnen und -autoren schildern eindrücklich die schwierigen Bedingungen und enormen persönlichen Belastungen, unter denen die zum Teil sehr jungen Mütter aus dem Projekt »Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelteter Eltern« in Mecklenburg-Vorpommern Kinder erziehen.

Anna Sidor und ihr Mitautorenteam vom Projekt »Frühe Intervention für Familien« (Hessen und Saarland) befassen sich mit grundlegenden Zusammenhängen zwischen psychischer Belastung - in diesem Fall postpartaler Depression - und deren Auswirkungen auf die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion, hier gemessen an der Feinfühligkeit der Mutter. Mütterliche Kompetenzen und das Selbstwirksamkeitserleben von Müttern, die über einen längeren Zeitraum Familienhebammenbetreuung in Anspruch nehmen, werden von Gertrud Ayerle, Christiane Luderer und Johann Behrens untersucht (Projekt Frühstart: Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt). Sie können zeigen, dass die Mütter von der Betreuung profitieren, vor allem dann, wenn sie den vollen Betreuungszeitraum bis zum ersten Geburtstag des Kindes nutzen.

Yvonne Ziert, Vivien Kurtz und Tanja Jungmann analysieren den Einfluss des Programms ProKind, das in den Ländern Niedersachsen, Bremen und Sachsen angeboten wird, auf das Gesundheitsverhalten der Mütter in der Schwangerschaft. Das Gesundheitsverhalten verbessert sich im Programmverlauf, allerdings lassen sich zu diesem Zeitpunkt noch keine Effekte im Kontrollgruppendesign nachweisen. Ähnliches gilt für die Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen, wenngleich hier die statistische Signifikanz eines vorhandenen Unterschieds zugunsten des Programms nur knapp verfehlt wird.

Abschließend stellen Peter Lutz und Malte Sandner ein Konzept zur Kosten-Nutzen-Analyse Früher Hilfen am Beispiel von ProKind vor. Einen besonderen Schwerpunkt legen sie dabei auf den angestrebten Wiedereinstieg der jungen Frauen in den Bildungsprozess und/oder den Beruf.

Das zweite Kapitel geht unter der Überschrift »Die helfende Beziehung« näher auf einen der zentralen Wirkfaktoren in allen Angeboten Früher Hilfen ein: die vertrauensvolle Beziehung zwischen Helfenden und Klientinnen und Klienten.

Virginia Lenzmann und Kolleginnen und Kollegen des Forschungsteams der Universität Münster betrachten diesen Wirkfaktor in ihrem Beitrag aus einer professionstheoretischen

Perspektive. Dabei stellen sie eine neue quantitative Herangehensweise vor, um die Bedeutung des Arbeitsbündnisses für die intendierten Wirkungen der Angebote zu untersuchen (Projekt »Evaluation Früher Hilfen und Sozialer Frühwarnsysteme in NRW und Schleswig-Holstein«).

Der zweite Beitrag in diesem Kapitel beleuchtet die helfende Beziehung vor einem bindungstheoretischen Hintergrund. Gerhard Suess, Agnes Mali und Uta Bohlen vom Projekt »Wie Elternschaft gelingt« in Hamburg stellen fest, dass der Bindungshintergrund der STEEP (Steps towards effective and enjoyable parenting) -Beraterin einen deutlich messbaren Einfluss auf den Erfolg der Intervention ausübt.

Christiane Ludwig-Körner, Gerhild Schöberl und Bärbel Derksen schließlich zeigen anhand eines ausführlichen Fallbeispiels aus dem Projekt »Wie Elternschaft gelingt - Brandenburg« auf, welche der aus der Psychotherapieforschung bekannten Wirkfaktoren in der STEEP™-Arbeit eine Rolle spielen und wie sie in der konkreten Fallarbeit zum Tragen kommen. Sie können damit zeigen, welche hohe Anforderungen an Sensitivität und Selbstreflexion diese Arbeit mit sich bringt und wie wichtig eine gute Qualifizierung und supervisorische Begleitung der Beraterinnen ist.

Die Überwindung von Systemgrenzen in der Kooperation unterschiedlicher Akteure im Kontext Früher Hilfen ist das gemeinsame Thema der Beiträge im letzten Kapitel.

Anne Lohmann und ihre Kolleginnen und Kollegen vom Forschungsteam der Universität Münster untersuchen mithilfe einer Netzwerkanalyse grundlegende Akteurskonstellationen in den Sozialen Frühwarnsystemen in Nordrhein-Westfalen und den Schutzengelprojekten in Schleswig-Holstein. Ihre Daten weisen auf die zentrale Position der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe in den Kooperationsnetzwerken hin, die von allen anderen Systemen als wichtigster Adressat genannt wird. Allerdings scheint der gegenläufige Informationsfluss, zum Beispiel vom Jugendamt in Richtung des Gesundheitsbereichs, noch verbesserungswürdig zu sein.

Angelika Schöllhorn und Mitautorinnen und -autoren kommen in ihrer qualitativen Studie aus dem Projekt »Guter Start ins Kinderleben« in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Bayern und Thüringen zu ganz ähnlichen Ergebnissen: ExpertInnen unterschiedlichster Institutionen bescheinigen dem Jugendamt ebenfalls eine zentrale Rolle, erleben die tatsächliche Kooperation aber ambivalent. Trotz einer positiv beschriebenen Grundhaltung des Jugendamtes gegenüber Kooperationen im Allgemeinen, wird die fallübergreifende Gestaltung dieser Beziehungen als nicht gelingend beschrieben. Auch die fallbezogene Zusammenarbeit wird gemischt positiv und negativ bewertet.

Christiane Luderer, Gertrud Ayerle und Johann Behrens (Sachsen-Anhalt) beleuchten mit einer originellen Methode die Wege von Klientinnen und Klienten durch das Hilfenetz. Mittels fiktiver Fallvignetten befragen sie Fachkräfte nach ihren Routinen und möglichen Bruchstellen in der Versorgungskette. Die Bildung von Tandems aus den Sektoren Gesund-

heit und Soziales scheint dabei eine gute Praxis zu sein, steht aber im Gegensatz zu den intrasektorialen Traditionen der Kommunikation. Mangelnden Rückmeldungen über Sektorengrenzen hinweg kristallisieren sich als eine kritische Sollbruchstelle heraus.

Einen netzwerkanalytischen Untersuchungsansatz wählen Anne Katrin Künster, Carolin Knorr und ihre Mitautorinnen und -autoren vom Projekt »Guter Start ins Kinderleben«. Im Vergleich von Netzwerken unterschiedlicher Sozialräume zeigt sich, dass es darauf ankommt, lokal maßgeschneiderte Lösungen zu finden und auf den jeweils gewachsenen Strukturen aufzubauen. Optimale Netzwerkstrukturen können demnach nicht »verordnet« werden, vielmehr müssen auf der Basis eine Vernetzungsanalyse bedarfsgerecht Stärken ausgebaut und Lücken geschlossen werden.

Wie lokal unterschiedlich die Zuweisungswege in ein Angebot Früher Hilfen sein können, zeigt die Untersuchung von Silke Borchardt und ihren Kolleginnen und Kollegen aus dem Projekt »Keiner fällt durchs Netz« exemplarisch anhand von Analysen im Saarland.

Eine völlig andere Perspektive nehmen Katja Makowsky und Beate Schücking vom Projekt »Familienhebammen. Frühe Unterstützung – Frühe Stärkung?« in Niedersachsen ein: sie untersuchen die Gründe, warum manche Familien Hilfen nicht annehmen. Daran entwickeln sie Ansatzpunkte für eine verbesserte Vermittlungspraxis, insbesondere der Schwangerschaftsberatungsstellen und der niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen. Ein möglichst früher Hinweis auf die Unterstützungsmöglichkeiten durch Familienhebammen könnte entscheidend dafür sein, dass eine Vermittlung gelingt.

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen hat den Forscherinnen und Forschern eine Plattform zum Austausch ihrer Erfahrungen und Erkenntnisse geschaffen. Das »Voneinander Lernen« aus den jeweiligen Erfolgen, aber auch aus Schwierigkeiten bei der Realisierung der Projekte, hat sich dabei als äußerst fruchtbar für alle Beteiligten erwiesen. Mit diesem Band möchten wir Ihnen die Möglichkeit geben, ebenfalls an dem in gewissem Sinne noch offenen Geschehen teilzuhaben und wichtige Entwicklungsschritte im Arbeitsfeld Frühe Hilfen mitzuverfolgen. Deshalb finden Sie hier viele Fragen und nur in bescheidenem Umfang schon gesicherte Antworten. Wir hoffen, dass Sie für Ihre eigene Praxis oder Forschung davon ebenso profitieren können, wie wir und die Kolleginnen und Kollegen aus den Projekten.

FORSCHUNG ZU FRÜHEN HILFEN

HEINZ KINDLER, GERHARD SUESS
FORSCHUNG ZU FRÜHEN HILFEN.
EINE EINFÜHRUNG IN METHODEN

Einleitung

In diesem Reader werden erste, vielfach noch ausschnittshafte Forschungserträge aus dem Aktionsprogramm zusammengetragen. Die eingesetzten Forschungsmethoden gründen, wie die Frühen Hilfen selbst, in Traditionen verschiedener Arbeitsfelder und Disziplinen. Daher folgt nach der Einführung in den Band (Renner & Sann, in diesem Band) eine integrative Einführung in grundlegende methodische Ansätze im Forschungsfeld Früher Hilfen. Damit soll zugleich der Zugang von Fachkräften aus der Praxis zu den Beiträgen dieses Bandes erleichtert werden.

Der nach der Einleitung zweite Teil erläutert, was eigentlich unter Forschung verstanden werden kann und warum Forschung zu Frühen Hilfen sinnvoll und notwendig ist. Im dritten Abschnitt diskutieren wir ausgehend von Leitlinien der »Society for Prevention Research« (Flay et al. 2005), welche zentralen Forschungsfragen das Ziel wissenschaftlich fundierter Präventionsstrategien im Feld Früher Hilfen aufwirft. Der vierte Abschnitt enthält eine Einführung in Methoden zur Wirkungsmessung früher präventiver Angebote. Im vorletzten Abschnitt werden kurz Funktionsweise und Aussagen von statistischen Verfahren zur Absicherung von Ergebnissen gegen den Zufall erklärt. Der abschließende Ausblick ordnet schließlich die deutsche Befundlage in den internationalen Kontext ein.

Warum eigentlich Forschung zu Frühen Hilfen?

Auf die Frage, warum Forschung im Bereich früher Hilfen sinnvoll ist, gibt es eine eher grundsätzliche und eine relativ spezifische, auf Vorkenntnissen aus dem Ausland zu Frühen Hilfen aufbauende Antwort.

Die eher grundsätzliche Antwort nimmt ihren Ausgangspunkt bei der Feststellung, dass sowohl das Gesundheitswesen wie die Jugendhilfe veränderungsoffene und innovationsfreudige Bereiche in der Gesellschaft darstellen. Beide haben einen Hilfe-, Schutz- und Präventionsauftrag, der sich im Fall des Gesundheitswesens auf Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung, im Fall der Jugendhilfe auf die Erziehungsfähigkeit von Eltern bzw. die Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen richtet. Da beide Sektoren zudem Sozialbeiträge bzw. öffentliche Mittel einsetzen, unterliegen sie, zumindest prinzipiell, einer doppelten Rechenschaftspflicht. Diese richtet sich zum einen auf die Erfüllung einer Ethik von Hilfeleistungen und beinhaltet den Grundsatz, den Patienten bzw. Klienten nicht zu schaden, möglichst erfolgreiche Hilfen anzubieten und beim Handeln die Rechte und Wünsche von Patienten bzw. Klienten zu achten. Sofern im Hinblick auf diese drei Aspekte eine noch nicht zufrieden stellende Situation erkennbar ist, lässt sich weitergehend eine Verpflichtung zur Suche nach besseren Lösungen ableiten. Zum anderen besteht gegenüber der Gesellschaft bzw. der Solidargemeinschaft eine Pflicht zum nutzbringenden und sparsamen Einsatz der

anvertrauten Mittel. Diese prinzipiellen Verpflichtungen schließen natürlich den Bereich der Frühen Hilfen ein, der sich an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe verortet. Da es sich um ein neu entstandenes Arbeitsfeld handelt, erscheinen Fragen nach dem Nutzen der Angebote und der Rationalität der eingesetzten Mittel vielleicht sogar noch etwas dringlicher, da positive Antworten nicht einfach unterstellt werden (können).

Forschung stellt nun eine nach bestimmten Regeln organisierte Form gemeinsamer Lernanstrengung dar. Obwohl hierüber kein vollständiger Konsens besteht, lassen sich doch mindestens drei Merkmale festhalten, die den meisten, historisch gewachsenen (z.B. Losee 2001) Vorstellungen von Forschung innewohnen:

- Es handelt sich um zielgerichtete und auch einigermaßen systematische Bemühungen, die Geltung von Behauptungen bzw. Vermutungen zu überprüfen, um hierdurch neue Einsichten zu gewinnen oder vorhandene Erkenntnisse weiterzuentwickeln. Eine solche zu überprüfende Vermutung könnte etwa sein, ein bestimmtes Konzept Früher Hilfe schade Familien nicht, sondern wirke sich überwiegend positiv auf die Entwicklung von Kindern aus.
- Es werden Methoden eingesetzt, um die Subjektivität der Forschenden zu kontrollieren. Beispielsweise kann es sein, dass nach bestimmten Regeln empirische Daten erhoben werden, deren Interpretation dann ebenfalls nicht beliebig ist.
- Schließlich ist die Grundhaltung von Forschung expansiv und selbstkritisch, d.h. es gilt als Fortschritt, wenn Befunde vorgelegt werden, die neue Fragen aufwerfen oder die bisher akzeptierte Behauptungen einer strengeren Prüfung unterziehen.

Auch wenn sich eine grundsätzliche Differenz bestreiten lässt, unterscheidet sich Forschung damit praktisch deutlich vom Erfahrungslernen, das meist weniger zielgerichtet und systematisch verläuft, weniger methodische Kontrollen gegenüber alternativen Erklärungen beinhaltet und, zumindest manchmal, auch weniger selbstkritisch angelegt ist. Forschung hebt sich ebenfalls von einem auf Kennzahlen gestützten Management ab, das Prozesse kontrollieren und steuern möchte, aber – solange dies gelingt – in der Regel nur beschränktes Interesse an einem systematischen und vertieften Verständnis dieser Prozesse aufbringt (Kriterien der Systematik und Expansivität von Fragen). Zudem kann aufgrund fehlender Unabhängigkeit die Bereitschaft zu einer selbstkritischen Grundhaltung gemindert sein.

In Bereichen, die für viele Menschen interessant sind und damit in allen Feldern, die sich mit der Erziehung von Kindern beschäftigen, besteht zusätzlich mitunter eine Notwendigkeit zur Abgrenzung gegenüber Pseudo-Wissenschaft. Die Unterscheidung kann im Einzelfall schwierig sein (Rupnow et al. 2008). Jedoch zählt es zu den häufig vorliegenden Erkennungs-

merkmalen von Pseudo-Wissenschaft, dass eine grob verzerrte oder grob lückenhafte Darstellung des Wissensstandes zu einer Frage als wissenschaftlich ausgegeben wird oder die Prüfung einer These mit unzulänglichen Methoden erfolgt und in grob verzerrender Weise über die bestehende Datengrundlage hinaus weitreichende Aussagen getroffen werden (Kitcher 1982). Da Forschung von Menschen gemacht wird, gibt es darüber hinaus immer auch die Möglichkeit von Fälschungen, um erwartungsgemäße Ergebnisse zu erreichen. Unter anderem deshalb kommt der Wiederholung und Bestätigung von Ergebnissen (Replikationen) durch unabhängige Forschungsteams eine wichtige Rolle beim Aufbau gesicherten Wissens zu.

Es ist nahe liegend, dass eine auf diese Weise verstandene Forschung in der Gesellschaft eine wichtige Rolle bei der Entwicklung, Überprüfung und Legitimation von Lösungsansätzen für Probleme übernimmt. Diese Rolle gründet im Anspruch, die Geltung von Vermutungen über den möglichen Nutzen bzw. den möglichen Schaden vorgeschlagener Problemlösungen prüfen zu können. Vertrauensbildend wirken dabei der Einsatz von Methoden, die die Subjektivität der Forschenden bei der Erhebung und Interpretation von Befunden möglichst gut kontrollieren, die möglichst umfassende Berücksichtigung und Überprüfung alternativer Erklärungsansätze sowie eine in die Ethik von Forschung eingebaute Wertschätzung für Kritik und das Aufwerfen neuer Fragen. Frühe Hilfen stellen nun einen Versuch dar, den Schutz von Kindern und ihre Entwicklungschancen gerade in erheblich belasteten Familien zu verbessern. Ob bzw. in welchem Ausmaß dieser Versuch tauglich ist, lässt sich prinzipiell sinnvoll mit Forschung untersuchen. Allerdings kann Forschung, im Bereich der Frühen Hilfen wie in anderen Feldern, nur indirekt für Legitimation bzw. (im Fall negativer Befunde) für Zweifel sorgen. Sie hängt davon ab, inwieweit ihre Ergebnisse von Entscheidungsträgern, demokratischen Institutionen und der (Fach-)Öffentlichkeit zur Kenntnis genommen werden, d.h. die »Forschungsliteralität« der Rezipienten, also ihre Fähigkeit, Forschungsergebnisse verstehen zu können, spielt eine wesentliche Rolle.

Aus einer Vogelperspektive ist erkennbar, dass Forschung nicht den einzigen Weg darstellt, um bestimmte Formen von Problemlösungen in der Gesellschaft zu etablieren. Vielfach wird eine Mischung aus Plausibilitätsargumenten, Alltagserfahrung und fachlichem Konsens bzw. Mehrheitsmeinung für ausreichend angesehen. Dies hat unter anderem zur Folge, dass es im Hinblick auf den Stellwert von Forschung zu erheblichen Ungleichzeitigkeiten zwischen verschiedenen Sektoren der Gesellschaft kommen kann. Dies betrifft die Frühen Hilfen sehr, da das Gesundheitswesen und die Jugendhilfe zwei solche Bereiche darstellen. Im Bereich des Gesundheitswesens stellt der Stand der Forschung sowohl bei grundsätzlichen Entscheidungen über die solidarische Finanzierung neuer Therapien als auch bei der einzelfallbezogenen Auswahl von Behandlungsmaßnahmen (zumindest bei ernsthaften Erkrankungen) ein zentrales Kriterium dar, das im Recht verankert ist (z.B. in § 2 SGB V

oder in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses). Zwar folgt die medizinische Praxis diesem Leitbild nicht in jedem Fall, auch werden vor allem bei chronischen Erkrankungen von einer hohen Anzahl Betroffener zusätzlich »alternative« Maßnahmen mit nicht belegter positiver Wirkung, aber plausibler Unschädlichkeit eingesetzt. Grundsätzlich ist der Stellenwert von Forschung aber unbestritten. Schlaglichtartig verdeutlichen dies etwa Entscheidungen deutscher Familiengerichte, die es bei ernsthaften Erkrankungen von Kindern und verfügbaren, belegbar wirksamen Therapien als missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge angesehen haben, wenn Eltern stattdessen zu unbelegten Heilverfahren gegriffen haben. Ganz anders die Situation in der Jugendhilfe. Hier lässt das zugrunde liegende Sozialgesetzbuch VIII bei der Strukturierung des Hilfeangebots und der Auswahl von Hilfen im Einzelfall jede explizite Bezugnahme auf den Stand der Forschung vermissen. Tatsächlich wäre ein solches Kriterium derzeit auch schwerlich praxistauglich, da kaum Forschung zu den Wirkungen von Hilfen zur Erziehung existiert. In einer Analyse von fünf Jahrgängen sozialpädagogischer Fachzeitschriften beschäftigten sich beispielsweise nur 2 von über 500 Artikeln empirisch mit den Effekten von Interventionen (Liel & Kindler 2006). Unter anderem bedeutet dies, dass ein forschungsgestützter Aufbau Früher Hilfen für die Jugendhilfe eine Chance darstellt, eine neue Form der Entwicklung und Absicherung eines Handlungsfeldes kennen zu lernen.

Neben dem dargestellten grundsätzlichen, aus Kennzeichen von Forschung ableitbaren erwartbaren Nutzen gibt es auch spezifische, in internationalen Vorbefunden wurzelnde Gründe, um in Deutschland Forschung zu Frühen Hilfen zu betreiben. Zwei Aspekte der internationalen Befundlage sind dabei hervor zu heben: Die Unterschiedlichkeit (Heterogenität) bislang dokumentierter Wirkungen und immer wieder, in mehreren Ländern aufgetretene Probleme, die bislang nur unzureichend gelöst werden konnten und deren Auftreten auch in Deutschland erwartbar ist.

Vorliegende Meta-Analysen, d.h. zusammenfassende Berechnungen der im Mittel beobachteten Wirkungen, zeigen, dass Frühe Hilfen prinzipiell sowohl die Häufigkeit früher Vernachlässigung und Misshandlung verringern (Reynolds et al. 2009) als auch positive Fürsorge und Erziehung fördern können (Geeraert et al. 2004, Lengning & Zimmermann 2009).

Beide Meta-Analysen stellten jedoch zusätzlich über verschiedene Studien hinweg eine große Variabilität der Befunde fest, wobei sich teilweise deutliche Vorteile für Familien in Präventionsangeboten im Vergleich zu Kontrollgruppen fanden, während manchmal kein oder fast kein Unterschied bestand. Zudem hat sich in der Jugendhilfe generell gezeigt, dass manche, am Ursprungsort hochwirksame Programme bei einem Transfer in ein anderes Land unter den Bedingungen des dortigen Sozial- und Hilfesystems keine oder nur deutlich verringerte Erfolge aufweisen (z.B. Sundell et al. 2008). Beide Erfahrungen gemeinsam lenken den Blick

auf die Bedeutung einer qualitativ guten Umsetzung und Anpassung an lokale Verhältnisse. Für die Frühen Hilfen bedeutet dies, trotz der insgesamt positiven Erfahrungen anderer Länder, ist es notwendig empirisch zu erkunden, ob und gegebenenfalls mit welchen Anpassungen Konzepte Früher Hilfen in Deutschland positive Effekte erreichen können.

Darüber hinaus gibt es im internationalen Feld Früher Hilfen einige generell noch unzureichend gelöste Probleme, die sich erwartbar auch in Deutschland stellen. Vorrangig ist hierbei die wiederholt gemachte Beobachtung zu nennen, Familien mit den größten Belastungen und Risiken könnten am schwersten durch Präventionsangebote erreicht und in den Angeboten gehalten werden (z.B. Roggman et al. 2008). Zwar wurde in den vergangenen Jahren international einiges an Befunden über Möglichkeiten zur Steigerung von Zugänglichkeit und Beteiligung besonders belasteter Familien zusammengetragen (für Forschungsübersichten siehe Snell-Johns et al. 2004; Watson 2005; Korfmacher et al. 2008; Ingoldsby in press). Trotzdem ist es bei der Etablierung Früher Hilfen in Deutschland dringend erforderlich, im Rahmen von Studien zu beobachten, inwieweit Zielgruppen besonders belasteter Familien erreicht, für eine Teilnahme gewonnen und in Programmen gehalten werden können.

Welche Forschungsfragen stellen sich, wenn Frühe Hilfen als wissenschaftlich fundiertes Angebot etabliert werden sollen?

Es gibt mehrere Versuche die Forschungsfragen, die sich bei der Entwicklung und Einführung von Präventionsprogrammen stellen, zu systematisieren und Kriterien für empirisch abgesicherte Angebote zu formulieren. Am bekanntesten ist derzeit wahrscheinlich der Ergebnisbericht einer Taskforce, die von der Society for Prevention Research (Gesellschaft für Präventionsforschung) eingesetzt wurde (Flay et al. 2005). Im Bericht der Taskforce werden drei Fragen in den Mittelpunkt gerückt:

- Wie beurteilt werden sollte, welche Wirkungen mit einem Präventionsansatz prinzipiell erzielt werden können;
- Wie geprüft werden kann, welche Effekte mit einem prinzipiell wirksamen Präventionsansatz unter Praxisbedingungen erreicht werden können;
- Auf welche Weise untersucht werden sollte, inwieweit ein unter Praxisbedingungen erfolgreiches Programm breit gestreut werden kann.

Wie unschwer zu erkennen ist, betreffen alle drei Fragen Facetten des grundlegenden Problems der Wirkungsmessung bei präventiven Angeboten. Aufgrund seiner Bedeutung werden Forschungszugänge zu diesem Fragenkomplex im Abschnitt 4 vertiefend erörtert.

Es wäre aber eine unzulässige Verkürzung Forschungsfragen auszublenden, die über das Problem der Wirkungsmessung hinausgehen. Die Untersuchung von Wirkungen setzt ein

zu evaluierendes Angebot voraus. Soll ein solches Angebot aber kreativ entwickelt oder weiterentwickelt werden, stellen sich mindestens drei Arten von zusätzlichen Forschungsfragen:

Ein erster Teil dieser Fragen fällt in den Bereich der Grundlagenforschung und betrifft vor allem das Verständnis relevanter Risiko- und Schutzmechanismen. Damit werden ursächliche Prozesse bezeichnet, die zu gravierenden Erziehungsschwierigkeiten, Gefährdungsereignissen oder nicht-organisch bedingten Entwicklungsrückständen führen können (Risiko-mechanismen) bzw. ursächliche Prozesse, die bei vorliegenden Risiken die Chancen auf eine gesunde Entwicklung und positive Eltern-Kind Beziehungen erhöhen (Schutzmechanismen). Da Prävention grundsätzlich sowohl am Abbau von Risiken als auch an der Stärkung von Schutzfaktoren ansetzen kann, ist das Verständnis beider Arten von Mechanismen für die Konzeptionierung Früher Hilfen bedeutsam. Beispielsweise wäre die Entwicklung gegenwärtiger Programme Früher Hilfe kaum möglich gewesen ohne Grundlagenbefunde aus dem Bereich der Bindungsforschung (für eine Übersicht zum gegenwärtigen Stand der Bindungsforschung siehe Cassidy & Shaver 2008). Aufgezeigt wurden dabei sowohl Prozesse der intergenerationalen Weitergabe ungünstiger Bindungsmuster mit negativen Auswirkungen auf die Beziehungsfähigkeiten, Lernbereitschaft und die psychische Gesundheit von Kindern (Risiko-mechanismus), als auch die günstige Rolle positiver Bindungserfahrungen bei der Bewältigung von Belastungen (Schutzmechanismus). Zudem konnten in Form der beobachtbaren Qualität des alltäglichen Eingehens auf das Kind und der bei den Eltern zu erfragenden inneren Leitbilder von Fürsorge wesentliche Einflussfaktoren auf die Bindungsentwicklung von Kindern und damit Ansatzpunkte für Veränderung erkannt werden. Von großer Bedeutung für die (Weiter-)Entwicklung Früher Hilfen ist auch das Verständnis der Wechselwirkungen zwischen materiellen Ressourcen, sozialer Unterstützung der Eltern, ihrer psychischen Befindlichkeit und ihrem Fürsorgeverhalten. Da das Verhältnis von Grundlagenforschung und angewandter Forschung zunehmend als wechselseitige Bereicherung gesehen wird (z.B. Reich 2008), ist hier in Zukunft eine stärkere Zusammenarbeit mit Grundlagenforschern und Institutionen der Forschungsförderung wünschenswert.

Eine zweites Bündel von Fragestellungen mit einer über die Wirkungsmessung hinausgehenden Relevanz für die Entwicklung Früher Hilfen betrifft die Kenntnis des gesamten Kontextes, in dem sich Frühe Hilfen in Deutschland entwickeln und behaupten müssen. Dies umfasst vor allem

- die Häufigkeit und Verteilung von Risiken bzw. Schutzfaktoren unter Eltern mit Säuglingen bzw. Kleinkindern in Deutschland sowie die Häufigkeit von Gefährdungsereignissen und negativen Verläufen,
- Angebote und tatsächlich erbrachte Leistungen im Hilfesystem, deren Ausstattung und Vernetzung sowie für Frühe Hilfen relevante Kompetenzen und Einstellungen bei Fachkräften im System sowie

- grundlegende rechtliche Strukturen im Hinblick auf die Verankerung und Finanzierung von Frühen Hilfen.

Da der Kontext dynamisch ist und die laufende Diskussion um Frühe Hilfen hier bereits Einfluss nimmt, ist es erforderlich auch Veränderungsprozesse und –bedingungen auszuloten. Im Mittelpunkt der Diskussion steht hier bislang die Weiterentwicklung der Vernetzung unter Versorgungs- und Hilfeinrichtungen, die Angebote für werdende Eltern und Eltern mit Säuglingen bzw. Kleinkindern bereithalten.

Als dritter für die Weiterentwicklung Früher Hilfen wichtiger Komplex lassen sich Fragestellungen identifizieren, die Prozesse der Hilfeerbringung und Kontaktgestaltung in den Blick nehmen. Neben Beschreibungen, die die Bandbreite verschiedener Verläufe abdecken, sind hier besonders Studien von Bedeutung, die anhand positiver Verläufe oder des Handelns erfolgreicher Fachkräfte (z.B. Schaefer 2010) Bedingungen des Gelingens herausarbeiten. Von gleicher Bedeutung sind Untersuchungen, die früh ins Stocken kommende oder negative Fallverläufe untersuchen. Innerhalb verschiedener Hilfeansätze kann weiterhin versucht werden, über die Frage der Wirksamkeit hinauszugehen und vertiefend danach zu fragen, welche Aspekte des Konzeptes in besonderer Weise für positive Veränderungen bei den mitarbeitenden Familien verantwortlich sind. Ziel ist hier einerseits die Verbesserung konkreter Programme Früher Hilfe, andererseits aber auch die Entwicklung eines generalisierbaren Verständnisses von Wirkprinzipien Früher Hilfen. Das Feld kann sich hierbei an Erfahrungen mit entsprechenden Forschungsansätzen im Bereich von Elterntrainings mit Kindergarten- und Grundschulkindern anlehnen (z.B. August et al. 2003).

Im Hinblick auf Forschungsmethoden zur Beantwortung der verschiedenen Fragestellungen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten ein weit reichender Konsens herausgebildet, wonach die Kombination und Verknüpfung verschiedener Forschungsansätze in der Regel zusätzliche und robustere Einsichten ermöglicht (siehe Creswell 2003, Pawson et al. 2003, Thomas et al. 2004, Mertens 2010). Allerdings schließt dies nicht aus, dass sich aus bestimmten Fragestellungen Schwerpunkte in eingesetzten Forschungsmethoden ergeben. Beispielsweise sind für das Verständnis von Risiko- und Schutzmechanismen in der Regel längsschnittliche Befunde nötig, d.h. Studien die Familien und die Entwicklung von Kindern über einige Zeit begleiten, so dass es aufgrund der zeitlichen Ordnung der Daten möglich ist, Bedingungen späterer Entwicklungen zu erkennen. Die Erhebung von Kontexten Früher Hilfe verlangt in manchen Bereichen nach einem Einsatz von Survey-Methoden, die mit großen Stichproben einen Überblick schaffen. Gerade im Bereich der Forschung zu Kontexten Früher Hilfen lässt sich allerdings auch der Nutzen anderer Forschungsansätze sehr deutlich aufzeigen, so etwa von Netzwerkanalysen, die sehr detaillierte lokale Daten zu Kontakten und wech-

selseitigen Wahrnehmungen hervorbringen. Bedeutsam sind in diesem Zusammenhang auch Rekonstruktionen von »Klientenpfaden«, die Wege und in manchen Fällen auf Umwege der Weitervermittlung und gemeinsamen Fallbearbeitung aufzeigen. Prozessanalysen wiederum nutzen häufig Forschungsmethoden, die auf subjektive Erlebensweisen und Bewertungen beteiligter Personen zielen (z.B. Interviews) und Muster identifizieren. Ungemein wichtig ist es in diesem Bereich weiterhin im Rahmen von Wirkungsstudien Indikatoren für mögliche Veränderungsmechanismen zu erheben. Beispiele für solche Indikatoren im Bereich Früher Hilfen wären die psychische Befindlichkeit der Eltern, ihr Gesundheitsverhalten und ihre Entscheidungen im Hinblick auf Familienplanung, die Wahrnehmungen des Kindes oder die Feinfühligkeit gegenüber kindlichen Signalen. Gemeinsam ist diesen Indikatoren, dass sie für sich genommen keine zentrale Zieldimension Früher Hilfe darstellen, aber es sein kann, dass Frühe Hilfen ihre zentralen Ziele über Veränderungen bei den genannten Aspekten erreichen. Deshalb ist ihre Erhebung im Verlauf wichtig. Hieran können dann als Mediationsanalysen (für eine vertiefende Erörterung siehe MacKinnon & Dwyer 1993) bezeichnete Untersuchungen anschließen, in denen geprüft wird, inwieweit Erfolge Früher Hilfen beispielsweise von einer verbesserten psychischen Befindlichkeit von Eltern abhängen. Entsprechende Erkenntnisse dienen der Weiterentwicklung Früher Hilfen weil sie eine Fokussierung auf zentrale Veränderungsmechanismen begünstigen.

Wie wirksam sind Frühe Hilfen? Strategien der Wirkungsmessung.

Die Frage, wie am klarsten und überzeugendsten geprüft werden kann, ob und in welchem Ausmaß durch verschiedene Formen zielgerichteten Handelns positive Veränderungen erreicht werden können, zählt zu den grundlegenden Methodenproblemen aller angewandten Humanwissenschaften. Zumindest wenn es um ernsthafte Erkrankungen oder schwerwiegende Probleme (z.B. Kindesmisshandlung und –vernachlässigung) geht, hängt auch einiges davon ab, inwieweit eine wissenschaftliche Methodik verfügbar ist, die es ermöglicht, verbesserte Lösungen als solche zu erkennen. Entsprechend gibt es in den beteiligten Disziplinen eine Geschichte intensiven Nachdenkens über diese Fragestellung (siehe etwa Cook & Shadish 1994, Fisher 1999, Chalmers 2001, Botholomé 2004).

Ein Erbe dieser Geschichte ist die Herausbildung eines Fachjargons, der für die schnelle und klare Verständigung unabdingbar ist, aber auch den ersten Zugang erschwert. Dies könnte in den Beiträgen dieses Bandes etwa auf Begriffe wie »Treatmentgruppe« oder »Prä-Post-Effekt« zutreffen. Ersteres meint eine Gruppe, an der eine Präventions- oder Interventionsmaßnahme erprobt wird. Zweiteres bezeichnet bezogen auf bestimmte Maße einen Vergleich der Situation vor und nach der Durchführung einer Präventionsmaßnahme in der Treatmentgruppe. Eine andere Folge der schon lange geführten Diskussion ist es, dass manche einfachen und nahe liegenden Fragen als ausreichend abgehandelt gelten und nur noch selten ausdrücklich erörtert werden. Eine solche Frage lautet: Warum reicht es als Wirkungsnachweis eigentlich

nicht aus, am Ende eines Modellprojekts zu Frühen Hilfen einfach die teilnehmenden Familien danach zu befragen, ob es sich aus ihrer Sicht um eine gute und lohnende Erfahrung gehandelt hat? Zumindest für Fachkräfte, die es gewohnt sind am Ende von Fortbildungen selbst Evaluationsbögen auszufüllen, könnte sich diese Frage aufdrängen. Sie ist damit berechtigt und zugleich auch gut geeignet um den kritischen Ansatz, der Forschung auszeichnet, zu erläutern.

Unter einer kritischen Perspektive müssen nämlich aus mindestens drei gewichtigen Gründen Zweifel daran bestehen, ob eine gute Beurteilung am Ende der Präventionsmaßnahme durch die bis dahin teilnehmenden Familien eine positive Wirkung der Frühen Hilfe im Hinblick auf die beabsichtigten Ziele belegt.

Zunächst einmal können die teilnehmenden Familien nicht wissen, wie ihre Situation und die Situation ihres Kindes aussehen und von ihnen beurteilt werden würde, wenn sie an dieser Hilfemaßnahme nicht teilgenommen hätten, sondern an keiner oder einer anderen. So ist es beispielsweise erwartbar, dass sich Eltern auch ohne professionelle Unterstützung kurz vor oder nach der Geburt unsicherer und im Hinblick die Versorgung des Kindes ängstlicher fühlen, als ein halbes Jahr später, wenn sie über einige Erfahrung im Umgang mit ihrem Kind verfügen. Das heißt, auch ganz ohne Frühe Hilfe würde möglicherweise von vielen Eltern ein halbes Jahr oder länger nach der Geburt ein positiver Verlauf erlebt und geschildert werden. Ebenso ist denkbar, dass eine, im Verhältnis zu dem im Modellversuch eingesetzten Hilfekonzepth deutlich einfachere und damit kostengünstigere Maßnahme in gleichem Maße positive Bewertungen bei teilnehmenden Familien auslösen würde. Da also die befragten Familien selbst nicht oder nur schwer entscheiden können, welcher Teil des Erlebens ihrer Situation nach der Präventionsmaßnahme sich auch als »natürlicher« Verlauf ohne Hilfe oder als Verlauf mit einer anderen Form von Hilfe eingestellt hätte, ist es nicht möglich diese Informationen aus ihren Rückmeldungen am Ende des Angebots zu entnehmen.

Ein zweiter Zweifel ergibt sich aus der Möglichkeit, die am Ende der Präventionsmaßnahme noch verfügbaren Familien könnten eine positiv verzerrte Auslese aus denjenigen Familien darstellen, denen die Hilfe angeboten wurde bzw. die sich anfänglich zu einer Teilnahme entschlossen hatten. So könnte es etwa sein, dass die Eltern, die sich besonders überfordert oder belastet fühlen, gar nicht erst für eine Teilnahme gewinnen lassen oder im Verlauf eher aufgeben. Positive Rückmeldungen der bis zum Schluss teilnehmenden Familien würden dann weniger zeigen, was das Hilfeangebot bewirken kann, sondern vor allem einen unbeabsichtigten Auswahlprozess widerspiegeln, der dazu geführt hat, dass anhaltend oder sehr belastete Familien, die mit größerer Wahrscheinlichkeit eine negative Rückmeldung geben würden, kaum mehr in der Untersuchungsgruppe enthalten sind.

Ein dritter Zweifel ergibt sich aus dem Umstand, dass positive Rückmeldungen teilnehmender Eltern zwar wichtig sind, aber nicht das Hauptziel Früher Hilfen darstellen. Vielmehr geht es im Kern in der Regel darum eine positive Versorgung und Entwicklung des Kindes zu fördern und das Risiko von Vernachlässigung bzw. Misshandlung zu vermindern. Ähnlich wie nun eine positive Teilnehmerrückmeldung am Ende einer Fortbildungsveranstaltung für Fachkräfte nicht unbedingt sehr viel darüber sagt, ob sich im Anschluss deren berufliche Praxis im Alltag nachhaltig verändert, sagt eine gute Rückmeldung teilnehmender Familien nicht unbedingt sehr viel über tatsächliche Veränderungen im Umgang mit dem Kind. Unter ungünstigen Umständen ist sogar denkbar, dass eine Präventionsmaßnahme deshalb hohe Zufriedenheit auslöst, weil Probleme nicht angesprochen werden, so dass sich ungünstige Formen der Fürsorge eher verfestigen, denn abgebaut werden können.

Natürlich haben Teilnehmerrückmeldungen trotzdem einen Wert sowohl in der Wissenschaft, aber auch als Form der Qualitätssicherung in der Praxis (für eine Forschungsübersicht siehe Baker 2007). Grundlegend belegt etwa der Umstand, dass Teilnehmerrückmeldungen vorgelegt werden können, die Durchführbarkeit einer Maßnahme oder eines Projektes. Bei manchen Vorhaben im Bereich Früher Hilfen, beispielsweise der Einrichtung Runder Tische, die über einen längeren Zeitraum laufen, ist dies alles andere als selbstverständlich. Bei freiwilligen Angeboten für Eltern ist ein positives Erleben teilnehmender Eltern nicht nur als unverzichtbare Bedingung zu sehen, vielmehr kann eine Rückmeldung am Ende der Hilfe auch wichtige Informationen über die wahrgenommene Zugänglichkeit der Fachkräfte und die empfundene Relevanz verschiedener Aspekte der Hilfe bieten. Für die Beurteilung der Wirksamkeit eines Hilfeangebotes können Teilnehmerrückmeldungen aber nur schwache Belege liefern, wobei Begriffe wie »schwach« oder »stark« in diesem Zusammenhang beschreiben sollen, in welchem Ausmaß eine eingesetzte Forschungsmethodik Zweifel daran zulässt, dass so gewonnene Befunde eine zutreffende Beurteilung ursächlicher und beabsichtigter Veränderungen infolge eines bestimmten Hilfeansatzes darstellen.

Naheliegenderweise finden sich in der Literatur vielfach Überlegungen, wie die gegen die Aussagekraft von Teilnehmerbefragungen als Wirkungsnachweis erhobenen Einwände methodisch ausgeschlossen oder zumindest verringert werden können. Beispielsweise wird vorgeschlagen, Vergleichsgruppen zu bilden, in denen das zu untersuchende Präventionsangebot nicht oder zunächst einmal nicht durchgeführt wird. Auf dieser Grundlage lässt sich die logische Beschränkung der Auskunftsfähigkeit am Zielprogramm teilnehmender Familien überwinden und es kann besser beurteilt werden, ob das zu untersuchende Programm im Verhältnis zu üblicher Praxis oder zu einem anderen Hilfe- bzw. Behandlungsansatz erkennbare Vorteile im Mittel oder bei einem relevanten Teil der Fälle bietet (zur Geschichte des Vergleichsgruppenansatzes siehe Dehue 2005, für Forschungsübersichten bezüglich medizinischer Interventionen siehe Tunis et al. 2010, bezüglich sozialarbeiterischer Interventionen siehe Reid et al. 2004).

Auf Bedenken hinsichtlich einer möglichen Verwechslung oder Vermischung von Wirkung und Selektivität, d.h. dem unbeabsichtigten Ausschluss oder Verlust besonders belasteter Familien, reagiert der methodische Vorschlag bereits vor Beginn möglichst bei allen Familien, denen eine Präventionsmaßnahme angeboten wird, einige Fragen zu stellen, damit später im Nachhinein überprüft werden kann, inwieweit bestimmte Gruppen von Familien nur schwer für eine Teilnahme gewonnen werden konnten oder überdurchschnittlich häufig im Verlauf verloren wurden. Weiterhin kann versucht werden, auch Familien, die vorzeitig aus einem Angebot ausscheiden, um eine Teilnahme an späteren Auswertungen zu bitten und deren Rückmeldung und Daten ebenfalls als möglichen Effekt des Hilfeangebots zu betrachten. Dies wird als »Intent-to-Treat«-Prinzip (Prinzip der Behandlungsabsicht) bezeichnet (für eine Forschungsübersicht im Hinblick auf Präventionsforschung siehe Gross & Fogg 2004).

Der hauptsächliche methodische Vorschlag um Bedenken zu entkräften, die rückgemeldete Zufriedenheit mit einer Maßnahme stehe in einem unklaren oder keinem Zusammenhang zu den eigentlichen Zielen des Präventionsangebotes hinsichtlich der Versorgung des Kindes, besteht darin, in jedem Fall möglichst aussagekräftige Daten direkt zu den Hauptzielen eines Präventionsprojektes zu sammeln, also etwa zum beobachtbaren Umgang mit dem Kind bzw. zur beobachtbaren Eltern-Kind Beziehung, zum kindlichen Entwicklungsverlauf und zu Gefährdungsmeldungen bzw. bekannt werdenden Gefährdungseignissen.

Das hier, ausgehend von einer gedachten Teilnehmerbefragung am Ende einer Maßnahme Früher Hilfe, entwickelte Wechselspiel zwischen einer kritischen Analyse der Aussagekraft von Wirkungsbefunden, die mittels einer derartigen Befragung erhaltbar sind, und aus der Kritik ableitbaren Forschungsmethoden mit verbesserter Aussagekraft kennzeichnet einen erheblichen Teil der Methodendiskussion in der Interventionsforschung, die sich im 20. Jahrhundert entfaltet hat. Wiederholt wurden dabei bislang erkannte Fehlerquellen, die in Untersuchungen zu unzutreffenden Beurteilungen von Wirkungen führen können, zusammengeführt und methodische Gegenstrategien diskutiert. Der erste Versuch einer solchen Systematisierung von »Threats of Validity« (Bedrohungen der Aussagekraft) geht zurück auf Campbell (1957). Aus der ursprünglichen Anzahl von 12 Bedrohungen sind im Zuge wachsender Erfahrungen mit Interventionsforschung mittlerweile 37 geworden (Shadish et al. 2002). Der mit einem solchen methodenkritischen Ansatz verbundene intellektuelle Aufwand ist vermutlich kaum verständlich, wenn er nicht vor dem Hintergrund der Geschichte helfender und heilender Berufe gesehen wird, die zahlreiche tragische Beispiele dafür enthält, wie leicht sich in der Praxis, trotz Erfahrung und Fachdiskussion, unwirksame oder schädliche Interventionen etablieren können. Zugleich ist der Aufschwung der Interventionsforschung im Bereich psychosozialer Hilfen aber auch eine Folge davon, dass immer weniger unmittelbare Nothilfe, deren Nützlichkeit und Notwendigkeit auch ohne Forschung offenkundig ist, im Vordergrund steht. Stattdessen wird häufiger versucht, komplex und verdeckt

begründete Probleme zu lösen oder zu verhindern, wobei nicht nur eine, sondern mehrere Hilfe- bzw. Präventionskonzepte zur Auswahl stehen.

Die Fortschritte in der Methodendiskussion zur Wirkungsforschung ermöglichen es sehr viel besser als früher, Ergebnisse von Wirkungsstudien im Bereich Frühe Hilfen zu beurteilen bzw. aussagekräftige Studien zu planen, wobei anzuerkennen ist, dass außerhalb der Institutionen der Forschungsförderung die Aussagekraft einer Studie häufig nur einen von mehreren Aspekten bei der Bewilligung darstellt. Allerdings werfen methodische Ansätze, die der Stärkung der Aussagekraft einer Wirkungsstudie dienen sollen, häufig ihre eigenen Probleme auf. Die Bildung von Vergleichsgruppen etwa hat das Potenzial die Aussagekraft einer Studie deutlich zu steigern. Zugleich stellt sich jedoch die Schwierigkeit, dass dieses Potenzial nur dann verwirklicht werden kann, wenn sich die Gruppe, mit der die Frühe Hilfe durchgeführt werden soll, und die Vergleichsgruppe(n) vorab im Hinblick auf Aspekte, die für Zieldimensionen wichtig sind, (z.B. das Risiko für eine spätere Kindeswohlgefährdung) möglichst wenig unterscheiden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass am Ende der Studie die Unterschiede zwischen Untersuchungs- und Vergleichsgruppe(n) eben nicht vorrangig auf die Wirkung der Intervention zurückzuführen sind. Eine solche Vergleichbarkeit zu gewährleisten ist allerdings alles andere als einfach. Im wesentlichen haben sich dafür zwei Lösungen herausgebildet. Eine davon wird als Randomisierung bezeichnet (zur Geschichte siehe Forsetlund et al. 2007). Dabei werden für eine Teilnahme geeignete, informierte und bereite Familien per Zufall der Untersuchungs- oder der Vergleichsgruppe zugewiesen. Eine Randomisierung kann zwar nicht garantieren, dass in einer einzelnen Studie vorab keine relevanten Unterschiede zwischen Untersuchungs- und Vergleichsgruppe auftreten, da dies auch durch Zufall möglich ist. Im Mittel sollten beide Gruppen aber vergleichbar sein und zwar auch im Hinblick auf nicht bekannte oder nicht untersuchte Einflussfaktoren. Die Alternative besteht darin, Unterschiede zwischen der Untersuchungs- und der Kontrollgruppe zuzulassen, sie aber möglichst genau zu erheben und dann bei der Auswertung möglichst gut miteinander vergleichbare (gematchte) Personen oder Familien aus beiden Gruppen miteinander zu vergleichen (für eine vertiefende Diskussion siehe Rubin 2006, für einen Vergleich von Randomisierung und Matchen siehe West & Thoemmes 2010). Vor allem wenn schon relativ gut verstanden ist, welche Einflüsse (ohne Intervention) für die Entstehung und den Verlauf eines Problems von Bedeutung sind, ist dieser Weg gangbar. In dem für Frühe Hilfen relevanten Bereich liegt ein solches vertieftes Verständnis derzeit zweifellos noch nicht vor. Zwar sind einige (statistische) Risikofaktoren für frühere Gefährdung bzw. frühe Erziehungs- oder Entwicklungsschwierigkeiten bekannt (für eine systematische Forschungsübersicht siehe Meysen et al. 2008). Bereits das Verständnis zugrunde liegender (ursächlicher) Risikomechanismen ist jedoch erkennbar lückenhaft (Kindler et al. 2008), ebenso das Verständnis wichtiger Schutzmechanismen, deren Erforschung sich bislang auf positive kindliche Entwicklungsverläufe unter moderat belastenden Bedingungen konzen-

triert hat, während sehr belastende Bedingungen und Schutzfaktoren in der Entwicklung elterlichen Fürsorgeverhaltens eher ausgeblendet wurden (für eine Forschungsübersicht siehe Luthar 2006). Zudem liegen nur bruchstückhafte Informationen über die Bedeutung verschiedener gesellschaftlicher Kontexte, etwa aus Vergleichen Europa – USA, vor. Dies bedeutet, im Bereich Früher Hilfen ist eine Randomisierung im Verhältnis zu anderen Formen der Bildung von Vergleichsgruppen unter methodischen Gesichtspunkten zu bevorzugen. Eine solche Empfehlung ist leichter auszusprechen, insofern ethische Bedenken gegen randomisierte Studien, die zeitweise diskutiert wurden, durch angemessene Vorgehensweisen weitgehend entkräftet werden können (für eine Übersicht siehe Galletta & Stanley 2008, für eine Vertiefung in Bezug auf Kinder als Beteiligte siehe Kendall & Suveg 2008). Zu solchen, ethisch erforderlichen Vorgehensweisen zählen die Grundsätze, dass niemand von Angeboten der Regelversorgung ausgeschlossen werden darf, sowie, dass getestete Hilfsansätze mindestens so erfolgversprechend sein müssen wie die Angebote der Regelversorgung. Weiterhin sind Aufklärung und Zustimmung der Familien sowie ein Datenschutzkonzept und Vorkehrung für Gefährdungsfälle oder Hinweise auf eine schädliche Wirkung des Experimentes erforderlich. Vor allem in der Kinder- und Jugendhilfe schätzen allerdings viele Fachkräfte trotzdem kontrollierte Interventionsstudien im ersten Moment als ethisch bedenklich ein. Vor dem Hintergrund verbreiteter Handlungsansatzes, der stark von den wahrgenommenen bzw. geäußerten Bedürfnissen von Familien her denken und einer schwachen Traditionen empirischer Forschung (für eine Übersicht siehe Kirk & Reid 2001) ist dies einerseits verständlich, andererseits ist zu bedenken, dass es in Deutschland für eine Familie nicht unwahrscheinlich ist, bei gleicher Problemlage deutlich unterschiedliche Hilfen als erforderlich und geeignet angeboten zu bekommen (z.B. Pothmann & Wilk 2009). Zudem werden Innovation in der Regel nur lokal eingeführt und sind damit nur für einen kleinen Teil der Familien in Deutschland zugänglich. Wenn aber unkontrollierten Experimenten gleichkommende Situationen ethisch akzeptabel sind, können kontrollierte Experimente, die im Verhältnis den Teilnehmenden mehr Schutz anbieten und für zukünftige Klienten nützlicher sein können, nicht prinzipiell ethisch problematisch sein.

Ohne Zweifel stellt die Durchführung von Wirksamkeitsstudien mit Untersuchungs- und Vergleichsgruppe erhebliche methodische und organisatorische Anforderungen (für eine vertiefende Erörterung praktischer Fragen siehe Torgerson & Torgerson 2008). Umso bemerkenswerter ist es, dass im Rahmen der Begleitforschung zu den Modellprojekten Früher Hilfe gleich in mehreren Projekten Vergleichsgruppen gebildet wurden. Neben einer Untersuchung zu den Auswirkungen spezialisierter Fallberatung (Goldbeck et al. 2007) und einer Erhebung zur Aussagekraft eines Einschätzungsinstrumentes (Macsenaere et al. 2008) handelt es sich um die ersten Vergleichsgruppenstudien mit kinderschutzrelevanter Thematik in Deutschland überhaupt.

Ähnlich wie die Bildung einer Vergleichsgruppe erweisen sich auch andere methodische Schritte, die die Aussagekraft einer Studie im Hinblick auf die Wirkung des erprobten Präventionsansatzes gewährleisten oder erhöhen sollen, in der Umsetzung als Herausforderung. Als ein zweites Beispiel lässt sich hier noch die Forderung anführen (z.B. Flay et al. 2005, S. 4), die Erreichung der für eine Präventionsmaßnahme angegebenen Ziele sollte möglichst direkt erhoben werden. Im Hinblick auf Frühe Hilfen bedeutet dies, dass möglichst aussagekräftige Maße für die Eltern-Kind Beziehung, die familiären Anregungsbedingungen, den kindlichen Entwicklungsverlauf und das Auftreten von Gefährdung gefunden werden müssen. Mit den größten Schwierigkeiten ist hierbei im Hinblick auf die Erhebung von Gefährdung zu rechnen. Zugleich handelt es sich um eine zentrale und daher nicht ohne weiteres verzichtbare Zieldimension Früher Hilfe. Die Schwierigkeit ergibt sich aus dem Umstand, dass unter die Kategorie der Gefährdung (für eine Einführung in das Konzept »Kindeswohlgefährdung« siehe Kindler 2009) teilweise verdeckte, auf alle Fälle aber seltene Ereignisse und Situationen fallen. Seltene Ereignisse bergen die Gefahr, dass sie (auch ohne Intervention) in einer Studie gar nicht oder in so geringer Anzahl auftreten, dass mögliche präventive Wirkungen nicht sinnvoll geprüft werden können. Aus Deutschland liegen bislang keine belastbaren Schätzungen zur Häufigkeit auftretender Kindeswohlgefährdung in belasteten Gruppen von Eltern mit Säuglingen oder Kleinkindern vor. In der internationalen Forschung wurde im Mittel der Studien eine Rate von 7% gefunden, die durch Maßnahmen Früher Hilfe um gut ein Drittel auf etwa 5% gesenkt werden konnte (Reynolds et al. 2009). Um einen solchen für die betroffenen Kinder und Familien äußerst relevanten Erfolg in Deutschland nachweisen zu können, sind zwei Wege gangbar: Zum einen kann mit sehr großen Stichproben gearbeitet werden bzw. mehrere kleinere Untersuchungen können für diese Analyse zusammengezogen werden. Allerdings wird, wenn ein der internationalen Befundlage entsprechender Effekt auch für Deutschland unterstellt wird und eine Chance von mindestens 80% bestehen soll, den Effekt statistisch nachzuweisen, eine Studiengröße von deutlich mehr als 4000 Familien benötigt. Dieser Wert lässt sich im Rahmen einer so genannten Power Analyse berechnen (Cohen 1969). Zum anderen kann auf so genannte »Proxies« zurückgegriffen werden. Dabei handelt es sich um deutlich häufigere, prinzipiell veränderliche Merkmale von Eltern und Familien, die in einem bekannten und einigermaßen stabilen Zusammenhang zum Auftreten früher Vernachlässigung und Misshandlung stehen, so dass aus Veränderungen, die sich infolge einer Präventionsmaßnahme bei Proxies ergeben, plausibel auf Veränderungen in der erwartbaren Häufigkeit von Vernachlässigung bzw. Misshandlung geschlossen werden kann. Nachteile dabei sind, dass verfügbare Proxies, wie etwa die Qualität der Eltern-Kind Bindung oder das elterliche Stresserleben, allenfalls moderat starke Zusammenhänge zum Auftreten von Gefährdungseignissen aufweisen. Selbst wenn bei Proxies deutliche positive Effekte erzielt werden können, ist der statistisch erwartbare Effekt auf das Auftreten von Vernachlässigung bzw. Misshandlung gering und es handelt sich zudem nur um eine Schlussfolgerung, nicht um eine tatsächliche Beobachtung.

Ein weiteres Problem, das sich stellt, wenn Wirkungen von Präventionsmaßnahmen auf verdeckte Ereignisse untersucht werden sollen, wird in der Literatur unter der Überschrift »Surveillance Bias« geführt (z.B. Chaffin & Bard 2006). Gemeint ist damit, dass Gefährdungseignisse in Untersuchungsgruppen aufgrund des engeren und häufigeren Kontaktes zu Fachkräften unter Umständen eher bekannt werden, als in Vergleichsgruppen oder in der Bevölkerung allgemein. Die Verzerrung (bias) kann im Endeffekt dazu führen, dass selbst bei wirksamen Präventionsmaßnahmen die Zahl bekannt werdender Gefährdungseignisse nicht sinkt, wohl aber die Anzahl verdeckt bleibender Gefährdungen. Da es derzeit unmöglich ist, das Ausmaß dieser Verzerrung für Deutschland abzuschätzen, ist eine Korrektur der Ergebnisse um einen entsprechenden Faktor keine Option. Sinnvoll ist es aber in Projektberichten festzuhalten, inwieweit Gefährdungsmeldungen unabhängig oder durch Fachkräfte der Präventionsmaßnahme erfolgten. Weiterhin ist es sinnvoll, sich die mögliche Wirkung dieser Verzerrung bei der Interpretation von Befunden bewusst zu machen.

In der Summe erscheinen drei Punkte im Hinblick auf Gefährdungseignisse als Ergebnisindikatoren Früher Hilfe wichtig:

- Angesichts der im Rahmen der Begleitforschung eingesetzten Gruppengrößen können Gefährdungseignisse nicht als zentraler Ergebnisindikator dienen. Zwar wäre eine statistisch gegen den Zufall abgesicherte Verringerung von Gefährdungseignissen in einer Untersuchungsgruppe ein großer Erfolg. Selbst wenn Frühe Hilfen bei der Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung erfolgreich wären, ist es aber unwahrscheinlich, dass dies derzeit mit den eingesetzten Gruppengrößen nachgewiesen werden könnte.
- Trotzdem ist es im Hinblick auf eine spätere Zusammenführung von Befunden aus mehreren Untersuchungen sinnvoll, entsprechende Ereignisse (z.B. Gefährdungsmeldungen oder Herausnahmen) zu erheben. Vermutlich ist es aber erst bei einem qualifizierten Einsatz von Frühen Hilfen in der Fläche möglich, entsprechende Wirkungen direkt zu prüfen.
- Derzeit ist es vor allem sinnvoll, indirekte Evidenz in Form möglicher Wirkungen von Präventionsangeboten auf Proxies für Vernachlässigung bzw. Misshandlung zu sammeln. Dabei sollten allerdings die nach gegenwärtigem Kenntnisstand (für eine Meta-Analyse siehe Stith et al. 2009) nicht allzu engen Zusammenhänge zwischen verfügbaren Proxy Maßen und dem Auftreten von Gefährdung berücksichtigt werden, d.h. positive Befunde auf dieser Ebene setzen sich nicht zwangsläufig in entsprechend verringerte Raten von Gefährdung um. Weiterhin sind in jedem Fall Teilgruppenanalysen nach vorab eingeschätztem Risiko sinnvoll, da Gefährdungseignisse vor allem in besonders belasteten Familien auftreten, so dass positive Effekte eines Präventionsangebotes in der Gesamtgruppe, beispielsweise im Hinblick auf das Stresserleben der Eltern, die sich nicht auch in der Teil-

gruppe mit dem höchsten Gefährdungsrisiko finden, vermutlich für die Verhinderung von Gefährdung bedeutungslos sind.

Ob, und wenn ja, welche methodischen Antworten eine Untersuchung auf diejenigen Punkte gibt, die ihre Aussagekraft in Frage stellen können, ist für die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit so erreichter Ergebnisse zu Wirkungen Früher Hilfen von offenkundiger Bedeutung. Zwei Aspekte, nämlich Wert und Problematik von Vergleichsgruppen und von direkten Maßen der Gefährdung, wurden bislang besprochen. Auf einer übergeordneten Ebene stellen sich nun zusätzliche Herausforderungen, die aus Spannungsverhältnissen zwischen verschiedenen »Threats of validity« (Bedrohungen der Aussagekraft) resultieren. Spannungsverhältnis meint in diesem Zusammenhang, dass methodische Vorkehrungen, die die Aussagekraft einer Studie im Hinblick auf ein Fehlerrisiko stärken, im Hinblick auf ein anderes Fehlerrisiko zu vermehrten Problemen führen können und umgekehrt. Vor allem zwischen der internen und der externen Validität wird in der Literatur ein solches Spannungsverhältnis gesehen. »Interne Validität« bezeichnet, inwieweit die methodische Anlage einer Studie, Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen auf einen ursächlichen Effekt der Präventionsmaßnahme in der Untersuchung erlaubt. Die externe Validität geht dagegen über prinzipiell erreichbare Wirkungen hinaus und zielt auf die Generalisierbarkeit der Befunde unter Praxisbedingungen. Eine hohe interne Validität verlangt in der Regel eine starke methodische Kontrolle, also etwa die Bildung von Vergleichsgruppen oder den Einsatz mehrerer Erhebungsverfahren und Informationsquellen. Ein entsprechender Untersuchungsansatz ist daher nur schwer in den Praxisalltag zu integrieren, worunter die externe Validität leidet. Relativ leicht in den Praxisalltag zu integrierende Untersuchungsansätze, wie etwa Prä-/Post-Erhebungen, weisen dagegen häufig Probleme auf, wie etwa fehlende Vergleichsgruppen oder ein nicht seltenes vorzeitiges Ausscheiden von Klienten bzw. Wechsel bei Fachkräften, unter denen die interne Validität leidet. Unter den denkbaren Lösungen für dieses Spannungsverhältnis hat sich vor allem ein Denkansatz durchgesetzt, der von der Idee eines einzelnen »idealen« Untersuchungsdesigns, das alle Wirkungsfragen beantwortet, Abschied nimmt. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass in der Regel mehrere verschiedene Studien erforderlich sind um hinreichend zu prüfen, ob ein Präventionsansatz tatsächlich erfolgreich ist. Hierzu zählen auf der einen Seite Studien, die die interne Validität in den Mittelpunkt rücken, auf der anderen Seite aber auch Studien, die Wirkungshinweise unter Praxisbedingungen sammeln. Für den ersten Typ an Studien hat es sich eingebürgert von Untersuchungen zur »Effektivität« zu sprechen, während bei der Suche nach Wirkungshinweisen unter Praxisbedingungen von Studien zur »Effizienz« gesprochen wird. Damit ist nicht gesagt, dass Studien zur Effizienz zwangsläufig auf Vergleichsgruppen oder andere Methoden zur Sicherung der internen Validität verzichten müssen oder umgekehrt Studien zur Effektivität nicht unter Praxisbedingungen stattfinden sollten. Soweit die Anforderungen einer hohen internen und externen Validität jedoch nicht gleichzeitig erfüllt werden können,

ist es möglich in einer Gesamtbewertung mehrerer Studien mit unterschiedlichen Stärken in der Aussagekraft zu einem abgewogenen Gesamturteil zu kommen. Die Richtung des wissenschaftlichen Fortschrittes ist dabei nicht vorgegeben, d.h. es ist möglich ein Konzept zunächst in der Praxis im Hinblick auf Umsetzbarkeit und möglichst überzeugende Wirkungsbelege zu untersuchen (Effizienzstudie). Ebenso ist es möglich zunächst ein Hilfekonzept zu entwickeln und auf die prinzipiell erreichbare Wirksamkeit hin zu untersuchen (Effektivitätsstudie). Wichtig ist nur sich bewusst zu machen, dass gegen Mängel in der internen Validität nicht ausreichend abgesicherte Studien unter Praxisbedingungen häufig ein positiv verzerrtes Bild der Wirksamkeit zeichnen (für Forschungsübersichten siehe etwa Ioannidis et al. 2001, Glazerman et al. 2002), während umgekehrt manche prinzipiell wirksamen Hilfekonzepte sich unter Praxisbedingungen nicht bewähren, etwa weil sie zu kompliziert sind (für eine Forschungsübersicht zu Erfahrungen mit dem Praxistransfer von prinzipiell wirksamen Präventionsprogrammen siehe Durlak & DuPre 2008). Dies bedeutet: In der Summe kann ein Präventionsansatz umso mehr als geprüft gelten, als sowohl positive Befunde mit hoher interner Validität als auch Befunde mit hoher externer Validität vorliegen.

Wenn verschiedene mögliche Bedrohungen der Aussagekraft von Wirkungsstudien unterschiedliche methodische Antworten verlangen, die kaum alle gleichzeitig verwirklicht werden können oder die sich sogar teilweise ausschließen, muss dies Folgen für Modellvorstellungen zur »Hierarchie von Evidenz« haben. Davon wird gesprochen, wenn Modellvorstellungen existieren, die verschiedene Untersuchungsansätze im Hinblick auf ihre Aussagekraft in eine Rangreihe bringen. Zudem müssen bei Überlegungen zur Hierarchie von Evidenz noch mindestens zwei weitere Aspekte berücksichtigt werden. Der erste Aspekt betrifft die Gegebenheiten des Feldes. Sollen beispielsweise Wirkungen von Vernetzung untersucht werden, so sind die Untersuchungseinheiten ganze Gebietskörperschaften und es ist entsprechend schwer bis unmöglich, genau passende Vergleichskörperschaften zu finden oder gar eine Randomisierung vorzunehmen. Zumindest wenn es nicht um eine gänzlich abstrakte Hierarchie von Evidenz gehen soll, ist unter diesen Umständen eine Verlaufsuntersuchung oder eine nicht-randomisierte Vergleichsstudie, die aber nur wenige Vergleiche beinhalten kann, als sehr aussagekräftig zu beurteilen. Zudem ist es wichtig in der Diskussion zu unterscheiden zwischen den mit einem Untersuchungsansatz verbundenen Erkenntnismöglichkeiten und dem Geschick mit dem eine Gruppe von Forschern und Praktikern unter gegebenen Voraussetzungen optimale methodische Entscheidung trifft. Werden beispielsweise sehr belasteten Familien, die häufig Brüche erleben, Präventionsmaßnahmen angeboten und reichen die vorhandenen Mittel nicht für eine größere Stichprobe von mehr als 100 Familien, so ist es in der Regel eine richtige Entscheidung auf eine Vergleichsgruppe zu verzichten und bei möglichst vielen Familien den Verlauf in der Hilfemaßnahme zu verfolgen. Dies ergibt sich aus zu erwartenden hohen Ausfallraten vor allem in der Kontrollgruppe, wodurch Vergleiche in unbekannter, aber möglicherweise sehr starker Weise verzerrt werden können.

Ein zweiter zu berücksichtigender Aspekt nimmt Bezug auf den vor einer Untersuchung bereits erreichten Kenntnisstand in einem Feld oder in einer Disziplin. Wird Erkenntnisfortschritt relativ zur Ausgangslage verstanden, ergeben sich hieraus zeitlich begrenzt gültige, verschiedene Hierarchisierung von Evidenz in unterschiedlichen Feldern bzw. Disziplinen. So argumentieren etwa Veerman & van Yperen (2007) in Bezug auf die Kinder- und Jugendhilfe, dass in diesem Feld häufig bereits bei der Benennung und Beschreibung von Interventionen große Unklarheiten bestehen, so dass die Ausarbeitung von Hilfekzepten und Indikationen sowie empirische Studien zur Zufriedenheit von Klienten und zur Beurteilung des Zielerreichungsgrades im Hinblick auf gemeinsam festgelegte Ziele bereits einen deutlichen Fortschritt darstellen, der aber leicht verloren gehen würde, wenn Hierarchien aus anderen Feldern, etwa der Medizin, übertragen werden würden.

In der Summe lässt sich derzeit für das Forschungsfeld Früher Hilfen in Deutschland im Hinblick auf Hierarchien von Evidenz vier Punkte festhalten:

- Angesichts weitgehend fehlender Erkenntnisse können in Deutschland derzeit fast alle Untersuchungsansätze, die Wirkungen überhaupt in den Blick nehmen, einen wertvollen Beitrag leisten.
- Dabei gibt es aber durchaus Unterschiede in der Aussagekraft zwischen verschiedenen methodischen Ansätzen. Solche Unterschiede bestehen einerseits innerhalb eines Forschungsdesigns. Wird etwa ein Prä-/Post-Vergleich durchgeführt, d.h. eine Gruppe von Familien, die ein Präventionsangebot erhält, wird vor und nach der Maßnahme untersucht, so bestimmt sich die Aussagekraft nach Kriterien wie etwa der genauen Beschreibung der Untersuchungsgruppe, dem Einsatz aussagekräftiger und umfassender Verfahren um Veränderungen im Verlauf zu dokumentieren, der Nutzung mehrerer Informationsquellen, des Einbezugs einer möglichst großen Gruppe von Familien, die mit möglichst geringen Verlusten an teilnehmenden Familien über einen möglichst langen Zeitraum begleitet wird.
- Unterschiede im Hinblick auf die Aussagekraft bezüglich Wirkungen bestehen aber auch zwischen verschiedenen Forschungsansätzen. Studien mit Vergleichsgruppe weisen dabei hinsichtlich der internen Validität einige deutliche Vorteile auf, die etwa Prä-/Post-Vergleiche nur dann erreichen können, wenn der Verlauf bei Familien im Regelangebot aus anderen Untersuchungen gut bekannt ist.
- Es ist aber im Blick zu behalten, dass Studien mit Vergleichsgruppe nicht immer realisierbar sind (z.B. im Hinblick auf Wirkungen von Vernetzung) und darüber hinaus Fragestellungen existieren, etwa bezüglich der Praxistauglichkeit eines Präventionsansatzes, die andere Forschungsmethoden begünstigen. Entsprechend ist es sinnvoll bezogen auf die

Forschungsfrage, das Forschungsfeld und die einbezogenen Disziplinen mehrere, etwas unterschiedliche, aber durchwegs nur der groben Orientierung dienende Rangordnungen der Aussagekraft von Untersuchungsansätzen zuzulassen (für eine vertiefende Erörterung siehe Hansen & Rieper 2009).

Signifikanzen und Effektstärken: Schlussfolgern und Integrieren in Untersuchungen zu Frühen Hilfen

Vergleiche zählen zu den üblichen Vorgehensweisen in der Forschung über Frühe Hilfen. So können etwa kindliche Entwicklungsverläufe bei Eltern mit und ohne ein bestimmtes Präventionsangebot miteinander verglichen werden. Ebenso kann ein Vergleich der wahrgenommenen Erziehungskompetenz von Eltern vor und nach einem Hilfeangebot angestellt werden. Selbst bei völlig wirkungslosen Interventionen oder einer willkürlichen Zuordnung von Messwerten, wäre allerdings nicht zu erwarten, dass sich die Messwerte in beiden Gruppen bzw. vor und nach dem Hilfeangebot völlig gleichen. Daher musste in der Forschung ein Weg gefunden werden, um zufällig auftretende von bedeutsamen Unterschieden zu trennen. Dieser Weg wird als Signifikanztestung bezeichnet. In immerhin sechs der Beiträge des nachfolgenden Bandes werden Ergebnisse solcher Tests berichtet. Da zumindest bei einigen der im Feld tätigen Berufsgruppen im Rahmen der Ausbildung keine Kenntnisse hierzu vermittelt werden, soll die hinter Signifikanttests stehende Logik zumindest grob erläutert werden (für vertiefende Einführungen siehe Burns & Grove 2005, Ostermann & Wolf-Ostermann 2005).

Das Vorgehen bei Signifikanztestungen lässt sich in zwei Schritte unterteilen. Im ersten Schritt wird eine Unterstellung vorgenommen. Es wird unterstellt, in Wirklichkeit bestehe zwischen allen Eltern mit und ohne einem bestimmten Präventionsprogramm bzw. allen Eltern vor und nach der Mitarbeit in einem Hilfeangebot kein Unterschied hinsichtlich eines ausgewählten Vergleichsmerkmals, beispielsweise der mittleren Häufigkeit kognitiv anregenden Spiels mit dem Kind. Würde dies zutreffen, wären in einer Studie bei einem Vergleich von beispielsweise 50 Eltern mit und ohne Teilnahme an einem Präventionsprogramm keine oder nur zufällige Unterschiede im Hinblick auf das Vergleichsmerkmal zu erwarten. Im zweiten Schritt wird dann die Wahrscheinlichkeit für den konkreten, in der Untersuchung zwischen beiden Gruppen gefundenen Unterschied berechnet, und zwar nach wie vor unter der Annahme, in Wirklichkeit gebe es in der Grundgesamtheit keinen Unterschied. Die Berechnung ergibt je nach eingesetztem statistischen Test eine bestimmte Prüfgröße, die mit einem spezifischen Kürzel bezeichnet wird (z.B. einen t-Wert oder einen F-Wert) und einen Wahrscheinlichkeitswert, der mit »p« bezeichnet wird. Ist diese Wahrscheinlichkeit für den tatsächlich beobachteten plus der Wahrscheinlichkeit für einen noch größeren Unterschied (unter der gemachten Annahme) sehr klein, wird gefolgert, dass der in der Untersuchung gefundene Unterschied sehr wahrscheinlich nicht zufällig ist, sondern einen

realen Gruppenunterschied widerspiegelt und daher inhaltlich interpretiert werden kann. Es wird von einem signifikanten, d.h. statistisch gegen den Zufall abgesicherten und daher bedeutsamen Ergebnis gesprochen. Wo die Grenze zu einer sehr kleinen Wahrscheinlichkeit gezogen wird, ist durch Konventionen, d.h. übliche Praxis, festgelegt. In der Regel wird bei einer Wahrscheinlichkeit von 5% von einem signifikanten Ergebnis gesprochen, während eine Wahrscheinlichkeit von 10% als »tendenziell signifikantes« Ergebnis und eine Wahrscheinlichkeit von 1% als »sehr signifikantes« Ergebnis bezeichnet wird.

Manche der nachfolgenden Untersuchungen berichten bei statistischen Tests den p-Wert also die zwischen 0 und 1 liegende Wahrscheinlichkeit für das gefundene Ergebnis unter der Annahme eines nicht-existenten Unterschieds in der Grundgesamtheit. Häufiger wird das Ergebnis symbolisiert durch Sternchen (*) angegeben, wobei ein in Klammern stehendes Sternchen ein tendenziell signifikantes, ein Sternchen ein signifikantes und zwei Sternchen ein sehr signifikantes Ergebnis anzeigen.

Signifikanztests können allerdings nicht nur eingesetzt werden, um in Untersuchungen gefundene Unterschiede zwischen zwei Gruppen oder zwischen zwei Messzeitpunkten gegen den Zufall abzusichern. In ähnlicher Weise können auch statistische Zusammenhänge zwischen zwei oder mehreren Aspekten geprüft werden. Zusammenhänge lassen sich statistisch in verschiedenen Maßen ausdrücken, etwa in sogenannten Korrelationen (für eine Übersicht zu Zusammenhangsmaßen siehe Kraemer 2000, 2006). Gemeinsam ist allen Zusammenhangsmaßen, dass sie den Grad der Kovariation zwischen zwei oder mehr Aspekten in einer Untersuchungsgruppe als Zahl ausdrücken, d.h. es wird ein Index dafür angegeben, inwieweit ein Mehr bei dem einen Aspekt (z.B. dem empfundenen Ausmaß an sozialer Unterstützung) mit einem Mehr bei einem anderen Aspekt (z.B. der eingeschätzten Qualität des Eingehens auf Signale des Kindes) einhergeht. Bei der Testung von Zusammenhangsmaßen wird ähnlich wie bei Unterschiedshypothesen zunächst unterstellt, es gebe in der Grundgesamtheit keinen Zusammenhang. Anschließend wird unter dieser Annahme die Wahrscheinlichkeit des tatsächlich in der Untersuchung gefundenen Zusammenhangs berechnet und bewertet.

Beim Verständnis von Signifikanztests gibt es mehrere kritische Punkte, von denen mindestens drei hier erwähnt werden sollen:

Der erste Punkt betrifft Untersuchungen, in denen eine Vielzahl an Signifikanztests gerechnet wird, was angesichts gängiger Computerstatistikprogramme ohne großen Aufwand möglich ist. Hier ist zu bedenken, dass sich die Signifikanz eines Testes zunächst nur isoliert auf diesen bezieht. Werden viele Tests gerechnet, wird es bezogen auf die Gesamtheit der Ergebnisse immer wahrscheinlicher, dass es sich bei einem oder mehreren Ergebnissen um Zufallsbefunde handelt. Meist macht es deshalb wenig Sinn signifikante Einzelbefunde inmitten einer größeren Anzahl nicht signifikanter Ergebnisse inhaltlich interpretieren

zu wollen. Dies gilt insbesondere, wenn hinter einem Einzelbefund keine theoretisch vorab begründbare Erwartung steht. Zudem ist es bei vertiefenden späteren Analysen sinnvoll zunächst umfassende so genannte »Omnibus-Tests« zu rechnen, die über mehrere Aspekte hinweg, die Ergebnisse nur einer Überprüfung unterziehen und die daher für Zufallsbefunde weniger anfällig sind.

Zweitens sollte jede Anstrengung unternommen werden um der Versuchung zu widerstehen, nicht signifikante Befunde als uninteressant oder weniger wertvoll anzusehen. Ein nicht signifikanter Befund nach einem Präventionsprogramm ist zwar mitunter für die beteiligten Forscher und Praktiker eine Enttäuschung. Als Lernchance sind nicht signifikante Befunde aber genau so wichtig und interpretationsbedürftig wie signifikante Befunde. Vor allem ist zu bedenken, dass in allen Wissenschaften, die Veränderungswissen sammeln, von der Dosis abhängige und zudem häufig nicht-lineare Zusammenhänge dominieren (für eine ähnliche Argumentation siehe Romich 2006), d.h. ein nicht-signifikanter Befund kann unter Umständen den wichtigen Hinweis enthalten, dass ein Präventionsangebot intensiver gestaltet werden muss bzw. die Fachkräfte mehr Freiheit in der individuellen Anpassung der Intensität des Hilfekontaktes erhalten müssen. Zudem ist es wahrscheinlich, dass Wirkungen von Hilfen auch davon abhängen, welche Ursachen für Schwierigkeiten oder Risiken vorliegen, so dass nicht signifikante Befunde einen wichtigen Hinweis auf notwendige Teilgruppen-Analysen geben und daher zu einer Fokussierung von Hilfeangeboten beitragen.

Drittens ist es wichtig zu verstehen, dass die Signifikanz eines Befundes nicht nur von der Größe eines Unterschiedes bzw. die Enge eines Zusammenhanges abhängt. Vielmehr spielt hier auch die Gesamtanzahl der untersuchten Familien, also die Stichprobengröße, eine wichtige Rolle. Signifikanz lässt sich durchwegs verstehen als Produkt von Stichprobengröße und der Größe eines Unterschiedes bzw. Enge des Zusammenhanges (Rosenthal & Rosnow 1991). Die Größe eines Unterschiedes bzw. Enge des Zusammenhanges wird auch als Effektstärke bezeichnet. Es kann die Situation eintreten, dass Befunde zwar gegen den Zufall abgesichert werden können, von der Stärke der Effekte her gesehen aber praktisch eher unbedeutend sind. Umgekehrt kann es bei kleineren Stichproben auch vorkommen, dass Effekte eine praxisrelevante Stärke aufweisen, aber trotzdem nicht gegen den Zufall abgesichert werden können. Um hier Missverständnissen vorzubeugen, empfehlen Wissenschaftsorganisationen in allen Humanwissenschaften mittlerweile nicht nur Signifikanzen, sondern auch Effektstärken zu berichten bzw. darzustellen. Damit wird auch der Vergleich von Untersuchungsergebnissen über verschiedene Studien hinweg wesentlich erleichtert. Um zu einer Integration von Effektstärken über verschiedene Studien hinweg zu gelangen wurde eine als »Meta-Analyse« (für eine Vertiefung siehe Hunter & Schmidt 1990) bezeichnete Technik entwickelt, die zu einer Schätzung des mittleren Effekts führt und eine studienübergreifende Überprüfung wichtiger Einflussfaktoren ermöglicht. Beispielsweise kommen zwei Meta-

Analysen übereinstimmend zu dem Schluss, dass international vorliegende Befunde darauf hindeuten, dass Gefährdungseignisse durch Frühe Hilfen nicht gänzlich ausgeschlossen werden können, aber mindestens um ein Drittel abnehmen (Bilukha et al. 2005, Reynolds et al. 2009). Andere Meta-Analysen zeigen, dass Präventionskonzepte die auf ein umfassendes, empirisch begründetes Modell aufbauen (z.B. von kindlicher Entwicklung, Familienentwicklung, der Entstehung von Gefährdung und Hilfeprozessen) im Mittel erfolgreicher sind als atheoretische Präventionskonzepte (vgl. Nation et al. 2003).

Zuletzt ist es wichtig noch darauf hinzuweisen, dass – ähnlich wie bei Wahlprognosen – die in einzelnen Studien gefundenen Effektstärken nur bei sehr großen und für eine Grundgesamtheit (z.B. alle jungen Eltern in Deutschland mit bestimmten Belastungen) repräsentativen Stichproben den in der Grundgesamtheit erreichbaren Effekt einigermaßen zuverlässig schätzen. Bei mehreren kleineren Stichproben können diese hilfsweise gemeinsam für eine Abschätzung des erwartbaren Effektes im relevanten Teil der Bevölkerung herangezogen werden. Liegt aber beides nicht vor, was die gegenwärtige Situation in Deutschland kennzeichnet, so können zwar viel versprechende Präventionsansätze identifiziert werden. Es muss aber eine Unsicherheit zugestanden werden, ob der tatsächliche Effekt bei einem großflächigen Einsatz schwächer oder stärker ausfällt.

Ausblick: Wohin steuert die Forschung zu Frühen Hilfen in Deutschland?

Die Beiträge dieses Bandes zeigen, dass in Deutschland infolge des Aktionsprogramms »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme« empirische Forschung zu Frühen Hilfen in Gang gekommen ist. Während das Land vor einigen Jahren nur internationale Forschung rezipieren konnte (Kindler 2006), gibt es mittlerweile auch erste aus Deutschland stammende Beiträge zur internationalen Diskussion (z.B. Böttcher & Ziegler 2008, Suess et al. 2009).

Der wichtigere Erfolg ist aber natürlich, dass die Beiträge dieses Bandes zusammen mit der Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen (Landua, Arlt & Sann 2009) deutlich zeigen, dass an Eltern mit multiplen Belastungen gerichtete Angebote Früher Hilfe auch in Deutschland durchführbar sind und es ebenso möglich ist, vernetzte Hilfestrukturen für werdende Eltern und Eltern mit Säuglingen bzw. Kleinkindern zu schaffen.

Bislang fehlen aussagekräftige Befunde, die positive Wirkungen Früher Hilfen auf kindliche Entwicklungsverläufe belegen oder Zusammenhänge zwischen Vernetzungsinitiativen und der Passgenauigkeit, Rechtzeitigkeit und Wirksamkeit von Hilfen für Eltern demonstrieren. Da die vorgelegten Befunde jedoch überwiegend Zwischenauswertungen darstellen, ist dies wenig verwunderlich. Interessanter ist daher, dass einige Studien im Prä-/Post Design empirische Anhaltspunkte für positive Veränderungen hinsichtlich möglicher Vermittlungsmechanismen für (spätere) kindbezogene Effekte vorlegen konnten. Dies betrifft etwa das psychische Belas-

tungserleben oder die Fremdeinschätzung der Qualität der Versorgung des Kindes. Bislang ist jedoch noch unklar, inwieweit sich solche Befunde bei Vergleichen mit Kontrollgruppen bestätigen und einen Niederschlag in beobachtbaren Merkmalen der Eltern-Kind Beziehung bzw. in Aspekten der kindlichen Entwicklung finden. Damit tritt die Wirkungsforschung als erster Bereich hervor, in dem weitere und vertiefende Forschungsanstrengungen notwendig sind, wobei sowohl weitere bzw. weiter fortgeführte Studien mit Schwerpunkt auf einer hohen internen Validität als auch zusätzliche Studien mit einer hohen externen Validität gerechtfertigt sind.

Einen zweiten Forschungsschwerpunkt sollten Kontexte und Bedingungen Früher Hilfen darstellen. Die im Band enthaltenen Befunde weisen eindrücklich auf die Bedeutung institutioneller und inter-institutioneller Bedingungen hin, ebenso aber, was wesentlich seltener geschieht, auf die Bedeutung personaler Voraussetzungen der beteiligten Fachkräfte. Bislang noch schwach belegt ist allerdings die Brücke zu tatsächlich gewährten Hilfen und deren Wirkungen. Ein erster Ansatz hierfür wäre es lokal Veränderungen in den Hilfestützungspraktiken im Verlauf von Vernetzungsinitiativen zu untersuchen. Werden Frühe Hilfen als gesellschaftliches Projekt zur Verbesserung der Bedingungen des Aufwachsens in Deutschland verstanden, ist es zudem notwendig mehr über die Verbreitung von Ressourcen, Belastungen, Risiken und ernsthaften Versorgungsproblemen bei Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern in der Gesellschaft zu erfahren, da sich hierüber letztlich der tatsächliche Bedarf bestimmt und in der Dauerbeobachtung Trends erkennbar wären, auf die zu reagieren in unser aller Interesse liegt.

Schließlich können verschiedene Forschungsansätze einen Beitrag zur Weiterentwicklung der bestehenden Ansätze in den Frühen Hilfen leisten. Der vorliegende Band enthält hierfür einige Beispiele, die von Einzelfallrekonstruktionen bis zu qualitativen Interviewstudien mit Fachkräften reichen. Neben einer Vermehrung entsprechender Befunde sollten hier zusätzliche Forschungsmethoden zum Einsatz kommen, so Befragungen von Klienten, multimethodische Fallverlaufsanalysen und Analysen zu Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Risikomechanismen und Hilfeansätzen.

Nicht vergessen werden sollte, dass Forschung Austausch und Integration benötigt. Ein Schritt hierfür ist der nachfolgende Band. Die Forschung zu Frühen Hilfen kann aber noch weiter profitieren, wenn die Verbindung zu anderen Ansätzen in Europa gestärkt wird und regelmäßige Gelegenheiten zum wissenschaftlichen Austausch geschaffen werden. Eine größere Zahl an Forschungsübersichten wiederum könnte dazu dienen, gemeinsame Bezugspunkte zu schaffen und den erreichten Erkenntnisstand für Fachkräfte aus der Praxis aufzuschließen.

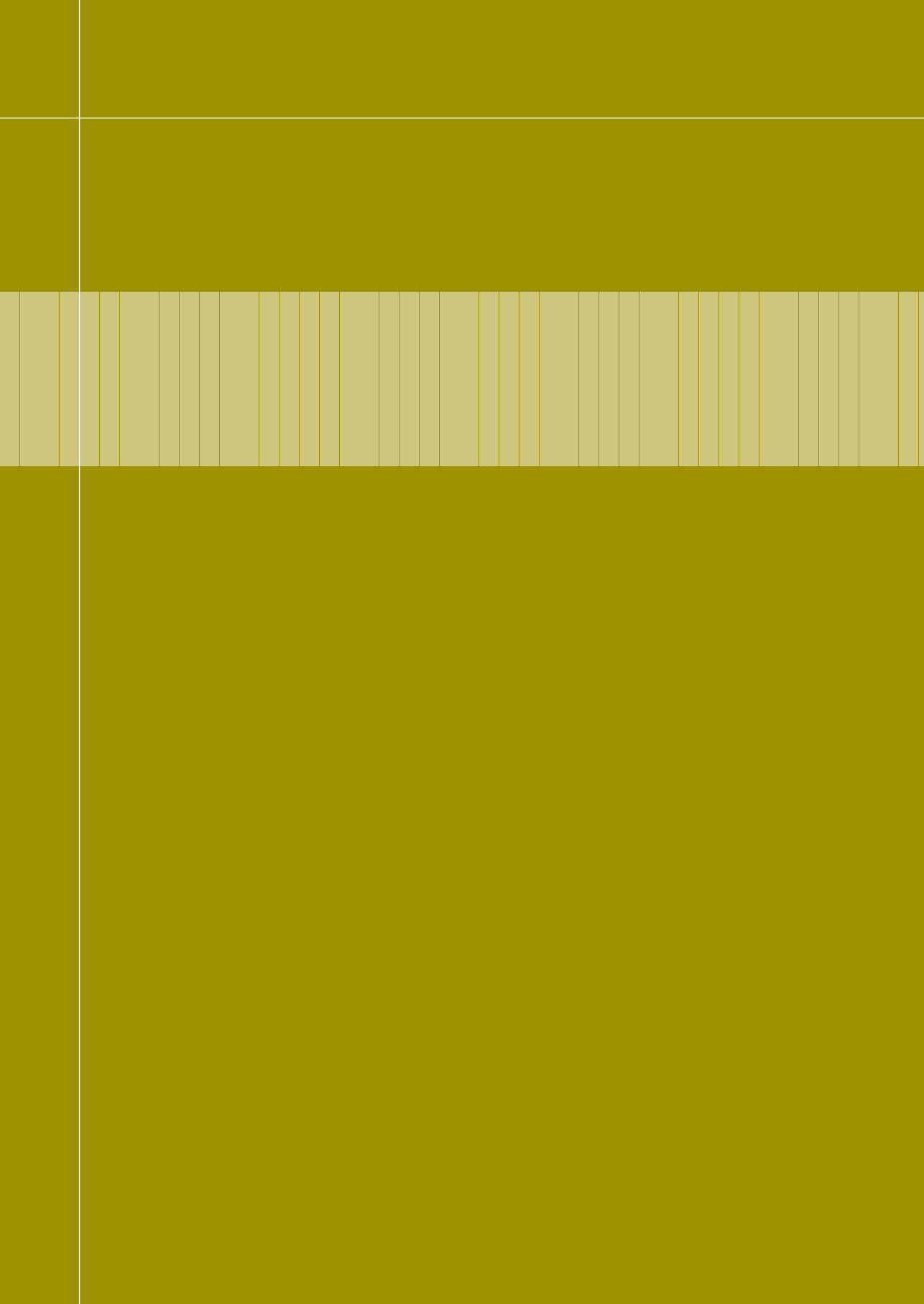
LITERATUR

- August G., Egan E., Realmuto G. & Hektner J. (2003). Parceling Component Effects of a Multifaceted Prevention Program for Disruptive Elementary School Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 515-527.
- Baker A. (2007). Client feedback in child welfare programs: Current trends and future directions. *Children and Youth Services Review*, 29, 1189-1200.
- Bilukha O., Hahn R.A., Crosby A., Fullilove M.T., Liberman A., Moscicki E., Snyder S., Tuma F., Corso P., Schofield A., Briss P.A. & Task Force on Community Preventive Services (2005). The Effectiveness of Early Childhood Home Visitation in Preventing Violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 11-39.
- Böttcher W. & Ziegler H. (2008). Support Systems in Early Childhood and How to Evaluate Their Impact. *Child Development Perspectives*, 2, 93-98.
- Botholomée J. (2004). Society as a laboratory. Donald T. Campbell and the history of social experimentation. Dissertation. Groningen: University of Groningen.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006). Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme. Bekanntmachung zur Förderung von Modellprojekten sowie deren wissenschaftlicher Begleitung und Wirkungsevaluation. (www.skf-zentrale.de/Bekanntmachung_0207.pdf).
- Bruns N. & Grove S. (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. München: Elsevier.
- Cassidy J. & Shaver P. (2008). *Handbook of Attachment* (2nd Ed). New York: Guilford.
- Chaffin M. & Bard D. (2006). Impact of intervention surveillance bias on analyses of child welfare report outcomes. *Child Maltreatment*, 11, 301-312.
- Campbell D. (1957). Factors relevant to the validity of experiments in social settings. *Psychological Bulletin*, 54, 297-312.
- Chalmers I. (2001). Comparing like with like: Some historical milestones in the evolution of methods to create unbiased comparison groups in therapeutic experiments. *International Journal of Epidemiology*, 30, 1156-1164.
- Cohen J. (1969). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Academic Press.
- Cook T. & Shadish W. (1994). Social experiments: Some developments over the past fifteen years. *Annual Review of Psychology*, 45, 545-580.
- Creswell J.W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dehue T. (2005). History of the Control Group. In Everitt B. & Howell D. (Eds.), *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science*. Vol. 2. Chichester: Wiley, 829-836.
- Durlak J. & DuPre E. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.
- Egeland B. & Erickson M. (1993). Final report: An evaluation of STEEP, a program for high-risk mothers. Rockville: National Institute of Mental Health, U.S. Department of Health and Human Services.
- Fergusson D., Horwood J., Ridder E. & Grant H. (2005). Early Start Evaluation Report (www.earlystart.co.nz/pdf/evalreport.pdf).

- Fisher L. (1999). Advances in Clinical Trials in the Twentieth Century. *Annual Review of Public Health*, 20, 109-124..
- Flay B., Biglan A., Boruch R., Castro F., Gottfredson D., Kellam S., Moscicki E., Schinke S., Valentine J. & Ji P. (2005) Standards of evidence. Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6, 151-174.
- Forsetlund L., Chalmers I & Björndal A. (2007). When was Random Allocation First Used to Generate Comparison Groups in Experiments to Assess the Effects of Social Interventions? *Economics of Innovation and New Technology*, 16, 371-384.
- Galietta M. & Stanley B. (2008). Ethical Issues. In Nezu A. & Nezu C. (Eds.), *Evidence-based outcome research*. Oxford: Oxford University Press, 405-423.
- Geeraert, L., van den Noortgate, W., Grietens, H., Onghena, P. (2004): The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A meta-analysis. *Child Maltreatment*, 9, 277-291.
- Glazerman S., Levy D. & Myers D. (2002). Nonexperimental replications of social experiments: A systematic review. Washington, DC: Mathematica Policy Research
- Goldbeck L., Laib-Koenemund A. & Fegert J.M. (2007). A randomized controlled trial of consensus-based child abuse case-management. *Child Abuse & Neglect* 31, 919 – 933.
- Gross D. & Fogg L. (2004). A Critical Analysis of the Intent-to-Treat Principle in Prevention Research. *The Journal of Primary Prevention*, 25, 475-489.
- Hansen H. & Rieper O. (2009). The Evidence Movement: The Development and Consequences of Methodologies in Review Practices. *Evaluation*, 15, 141-163.
- Ioannidis J., Haidich A., Pappa M., Pantazis N., Kokori S., Tektonidou M., Contopoulos-Ioannidis D. & Lau J. (2001). Comparison of evidence of treatment effects in randomized and nonrandomized studies. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 286, 821-30.
- Ingoldsby E. (in press). Review of Interventions to Improve Family Engagement and Retention in Parent and Child Mental Health Programs. *Journal of Child and Family Studies*.
- Kendall P. & Suveg C. (2008). Treatment Outcome Studies With Children: Principles of Proper Practice. *Ethics & Behavior*, 18, 215-233.
- Kirk S. & Reid W. (2001). *Science and Social Work: A Critical Appraisal*. New York: Columbia University Press.
- Korfmacher J., Green B., Staerkel F., Peterson C., Cook G., Roggman L., Faldowski R. & Schiffman R. (2008). Parent involvement in early childhood home visiting. *Child & Youth Care Forum*, 37, 171-196.
- Kindler H. (2009). Kindeswohlgefährdung: Ein Forschungsupdate zu Ätiologie, Folgen, Diagnostik und Intervention. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 764-785.
- Kindler H. (2006). Frühe Prävention von Kindesmisshandlung und –vernachlässigung: Ein internationaler Forschungsüberblick. *Kindesmisshandlung und –vernachlässigung*, 9, 23-47.
- Kindler H., Ziesel B., König C., Schöllhorn A., Ziegenhain U. & Fegert J. (2008). Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe: Bogen zur Unterstützung der Hilfeplanung im frühen Kindesalter. *Das Jugendamt*, 81, 467-470.
- Kitcher P. (1982). *Abusing Science. The Case Against Creationism*. Cambridge: MIT Press.
- Kraemer H.C. (2000). Measures of association. In Kazdin A.E. (Ed.). *Encyclopedia of psychology*. Vol.5. New York: Oxford University press, 135-139.

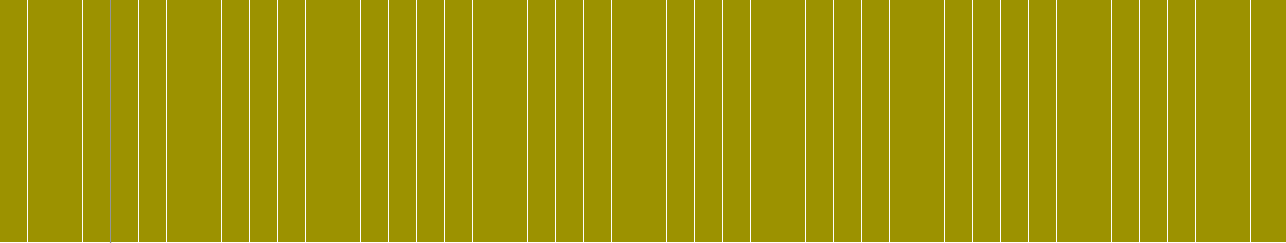
- Kraemer H.C. (2006). Correlation coefficients in medical research: from product moment correlation to the odds ratio. *Statistical Methods in Medical Research*, 15, 525-545.
- Landua D., Arlt M. & Sann A. (2009). Ergebnisbericht (1. Teiluntersuchung) zum Projekt «Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen». Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik (difu).
- Lengning, A. & Zimmermann, P. (2009). Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Bereich Früher Hilfen. Internationaler Forschungsstand, Evaluationsstandards und Empfehlungen für die Umsetzung in Deutschland, Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Liel C. & Kindler H. (2006). Analyse empirischer Arbeiten in fünf Jahrgängen deutschsprachiger sozialpädagogischer Fachzeitschriften. unveröffentlichtes Diskussionspapier. München: DJI.
- Losee J. (2001). *A Historical Introduction to the Philosophy of Science* (4th Ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Luthar S. (2006). Resilience in development: a synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds). *Developmental Psychopathology*. Vol 3. Risk, disorder, and adaptation (2nd ed.) New Jersey: Wiley, 739-795.
- MacKinnon D. & Dwyer J. (1993). Estimation of mediated effects in prevention studies. *Evaluation Review*, 17, 144-158.
- Macsenaere M., Paries G. & Arnold J. (2008). EST! Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen. Abschlussbericht. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Mertens D. (2010). *Research and Evaluation in Education and Psychology. Integrating Diversity With Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods* (3rd Edition). Thousand Oaks: Sage.
- Meysen T., Schönecker L. & Kindler H. (2008). *Frühe Hilfen im Kinderschutz*. Weinheim und München: Juventa.
- Nation M., Crusto C. & Wandersman A. (2003). What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 58, 449-456.
- Ostermann R. & Wolf-Ostermann K. (2005) *Statistik in Sozialer Arbeit und Pflege* (3. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Pawson R., Boaz A., Grayson L, Long A. & Barnes C. (2003). *Types and Quality of Knowledge in Social Care*. London: Social Care Institute for Excellence.
- Pothmann, J./Wilk, A. (2009): Wie entscheiden Teams im ASD über Hilfebedarf? Untersuchung zur Gegenüberstellung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen des Fallmanagements kommunaler sozialer Dienste und sich daraus ergebende Konsequenzen für Praxisentwicklung. Abschlussbericht für die Stiftung Jugendmarke. Dortmund: Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut/Technische Universität Dortmund.
- Reich J. (2008). Integration Science and Practice: Adopting the Pasteurian Model. *Review of General Psychology*, 12, 365-377.
- Reid W., Kenaley B. & Colvin J. (2004). Do Some Interventions Work Better than Others? A Review of Comparative Social Work Experiments. *Social Work Research*, 28, 71-81.
- Reynolds, A. J., Mathieson, L. C., Topitzes, J. W. (2009): Do early childhood interventions prevent child maltreatment? A review of research. *Child Maltreatment*, 14, S. 182-206.
- Roggman L., Cook G., Peterson C. & Raikes H. (2008). Who drops out of Early Head Start Home Visiting Programs? *Early Education and Development*, 19, 574-599.

- Romich J. (2006). Randomized social policy experiments and research on child development. *Applied Developmental Psychology*, 27, 136-150.
- Rosenthal R. & Rosnow R. (1991). *Essential of behavioural research: Methods and data analysis*. New York: McGraw-Hill.
- Rubin D. (2006). *Matched sampling for causal effects*. New York: Cambridge.
- Rupnow D., Lipphardt V., Thiel J. & Wessely C. (2008). *Pseudowissenschaft. Konzeptionen von Nicht-wissenschaftlichkeit in der Wissenschaftsgeschichte*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Schaefer J. (2010). *Child Abuse Prevention By Home Visitors: A Study of Outstanding Home Visitors Using Mixed Methods*. Indianapolis: Indiana University.
- Shadish W., Cook T. & Campbell D. (2002). *Experimental and quasi-experimental design for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.
- Snell-Johns J., Mendez J. L. & Smith B. H. (2004). Evidence-based solutions for overcoming access barriers, decreasing attrition, and promoting chance with underserved families. *Journal of Family Psychology*, 18, 19–35.
- Stith S.M., Liu T., Davies C., Boykin E., Alder M., Harris J., Som A., McPherson M. & Dees J. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behaviour*, 14, 13-29.
- Suess G., Kissgen R. & Mali A. (2009). The importance of attachment representations of professionals in attachment-based early intervention serving young high risk mothers. In Schuengel C. & Suess G. (Chairs). *Supporting Parents and Children: The Role of Professionals' Own Attachment*. Paper Symposium at biennial meeting of the Society for Research in Child Development, April 4th 2009, Denver (USA).
- Sundell K., Hansson K., Lofholm C., Olsson T., Gustle L.-H. & Kadesjo C. (2008) The transportability of multisystemic therapy to Sweden: short-term results from a randomized trial of conductdisordered youths. *Journal of Family Psychology*, 22, 550-560.
- Thomas J., Harden A., Oakley A., Oliver S., Sutcliffe K., Rees R., Brunton G. & Kavanagh J. (2004) Integrating Qualitative Research with Trials in Systematic Reviews: An Example from Public Health', *British Medical Journal*, 328, 1010–12.
- Torgerson D. & Torgerson C. (2008). *Design and Conduct of Randomised Trials in Health, Education and Social Sciences*. Slough: Palgrave MacMillan.
- Tunis S., Brenner J. & McClellan M. (2010). Comparative effectiveness research: Policy context, methods development and research infrastructure. *Statistics in Medicine*, 29, 1963-1976.
- Veerman J. & van Yperen T. (2007). Degrees of freedom and degrees of certainty: A developmental model for the establishment of evidence-based youth care. *Evaluation and Program Planing*, 30, 212-221.
- Watson J. (2005). *Active engagement: Strategies to increase service participation by vulnerable families*. Ashfield: NSW Department of Community Services.
- West S. & Thoenmes F. (2010). Campbell's and Rubin's Perspectives on Causal Inference. *Psychological Methods*, 15, 18-37.
- Zimmermann P. & Moritz M. (2004). Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation des Interventionsprojekts »Opstapje«. Mütterliche Anleitungsgüte und Verhalten des Kindes in einer Spielsituation. Vortrag zum Abschlussfachtag »Früh übt sich...«. München, 14.09.2004.



CHANCEN FRÜHER UNTERSTÜTZUNG

- 42 Susan Kluth, Kathleen Stern, Jutta Trebes, Harald-Jürgen Freyberger:
Psychisch kranke Eltern und ihre 0 bis 3jährigen Kinder – Zur Situation
in Mecklenburg-Vorpommern
- 56 Anna Sidor , Elisabeth Kunz , Daniel Schweyer, Andreas Eickhorst,
Manfred Cierpka:
Zusammenhänge zwischen mütterlicher postpartaler depressiver
Symptomatik und Feinfühligkeit
- 67 Gertrud M. Ayerle, Christiane Luderer, Johann Behrens:
FrühStart: Mütterliche Kompetenzen und Selbstwirksamkeitserleben
- 88 Yvonne Ziert, Vivien Kurtz, Tanja Jungmann:
Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Mütter
in der Schwangerschaft – Ergebnisse des Modellprojektes »Pro Kind«
- 104 Peter F. Lutz und Malte Sandner:
Kosten-Nutzen-Analyse. Effekte auf den (Wieder-) Einstieg in das Berufsleben



**SUSAN KLUTH, KATHLEEN STERN, JUTTA TREBES,
HARALD-JÜRGEN FREYBERGER:
PSYCHISCH KRANKE ELTERN UND IHRE 0 BIS 3JÄHRIGEN
KINDER – ZUR SITUATION IN MECKLENBURG-VORPOMMERN**

Einleitung

Das Thema »Kinder psychisch kranker Eltern« rückt seit nunmehr 15 Jahren mehr und mehr in den Fokus des wissenschaftlichen Interesses. Wie eine Vielzahl von Studien belegt, stellen diese Kinder eine Hochrisikogruppe für Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung dar.

Zu den zentralen Risikofaktoren für die frühe oder spätere Misshandlung oder Vernachlässigung von Kindern zählen vor allem biografische Belastungen der Eltern. Eigene Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen, sexueller oder gewaltbezogener Missbrauch und andere Formen der Traumatisierung sowie partiell damit in Zusammenhang stehende psychische Erkrankungen einschließlich kritischem Alkohol- oder Drogenkonsum sind oft Bestandteile der elterlichen Biografie. Allein der Transfer zwischen der körperlichen Gewalt, die Menschen durch ihre eigenen Eltern erlebt haben und die sie später an ihre eigenen Kinder weitergeben, wird dabei auf etwa 25 % geschätzt. Psychischen Erkrankungen allein kommt diagnosen- und störungsunabhängig bereits ein erhebliches Potential zu. Aber auch die Langzeitprognose von Kindern, deren Eltern an subsyndromalen psychischen Störungen, insbesondere subsyndromale Depressionen (sog. funktionelle Störungen und Befindlichkeitsstörungen), leiden, ist um ein Vielfaches schlechter als die gesunder Vergleichsgruppen.

Der Fokus des Modellprojekts liegt auf der Prävention von Kindeswohlgefährdung. Eltern mit Kindern im Baby- bzw. Kleinkindalter stehen deshalb im Mittelpunkt. Weinberg und Tronick weisen in ihrer Arbeit darauf hin, dass frühe Erfahrungen mit einer psychischen Erkrankung der Mutter Einfluss auf die Entwicklung des Kleinkindes haben. Schlafprobleme, Regulationsstörungen und emotionale Störungen sind häufig zu beobachtende Phänomene. Reck und Turmes & Hornstein benennen psychische Erkrankungen der Eltern, und zwar insbesondere der Mutter, ebenfalls als Hochrisikofaktoren für die Entwicklung der Kinder.

Kommt zu einer psychischen Belastung der Eltern noch ein sehr junges Alter der Eltern hinzu, kumulieren die Probleme. Junge Mütter (Teenagermütter) erleben zusätzliche psychosoziale Belastungen wie verstärkte Familienkonflikte, Isolation aus der Peergroup, finanzielle Probleme, unabgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung und Überforderung durch die neue Rolle. Insgesamt sind sie auf diese Rolle weder in ihrer emotionalen Entwicklung noch in ihrer Persönlichkeitsentwicklung ausreichend vorbereitet. Zudem ist oft die eigene Biografie eher schwierig, und psychopathologische Auffälligkeiten sind häufig. Gegenüber dem Säugling sind sie weniger emotional beteiligt, weniger anregend, schweigsamer, unaufmerksamer und weniger positiv. Leider gibt es für den deutschsprachigen Raum bisher nur sehr wenige Studien, die die psychosoziale und psychopathologische Situation von jugendlichen Müttern berücksichtigen.

Auch wenn frühe Schwangerschaften in Deutschland im internationalen Vergleich eher selten sind und der Anteil früher Elternschaften bei nur 7 % liegt, ist in Mecklenburg-Vorpommern die Zahl von Teenagerschwangerschaften im Vergleich zu den anderen Bundesländern hoch. Dies gilt sowohl für die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche als auch für Lebendgeburten.

Zudem gehen sowohl Teenagerschwangerschaften als auch psychische Erkrankungen oft mit erschwerten psychosozialen Bedingungen einher. In Mecklenburg-Vorpommern ist hierzu eine besonders schwierige Situation vorzufinden. Gegenüber dem Bundesdurchschnitt liegen bedeutsam erhöhte Raten von Arbeitslosigkeit (und damit verbundener Armut) und Frühberentung vor. Neben diesen schwierigen sozioökonomischen Bedingungen ist auch die Anzahl körperlicher und psychischer Erkrankungen bedeutend erhöht. Wie Grabe in seiner Arbeit belegen konnte, zeigt sich zudem gleichzeitig aufgrund der Flächenlandcharakteristik Mecklenburg-Vorpommerns ein besonders inadäquates Inanspruchnahmeverhalten in Bezug auf die zur Verfügung stehenden Hilfen, was vor allem für den medizinischen Sektor gilt. Neben diesen Überlegungen ergibt sich für die Gruppe psychisch kranker Eltern und ihrer Kinder innerhalb unseres Versorgungs- und Beratungssystems eine gravierende Schnittstellenproblematik, da das allgemeine und das medizinische Versorgungssystem den Kinder- und Jugendbereich und das Erwachsenenalter in verschiedenen Segmenten abbildet. Dies betrifft nicht nur die medizinische Versorgung, in der fachbezogen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie differenziert wird, sondern auch das System der Kinder- und Jugendhilfe, das administrativ und strukturell von entsprechenden Angeboten für Erwachsene getrennt wird. Auch die breit geführte Diskussion um integrierte Versorgungsprojekte im medizinischen Versorgungssystem hat an diesen Versorgungslücken in diesem Bereich bisher nichts ändern können.

Und dennoch: Trotz all dieser wissenschaftlichen Belege gelangen gerade die Kinder von psychisch kranken Eltern viel zu selten in den Fokus präventiver Maßnahmen. Dies liegt zum Teil an der krankheitsbedingten Unfähigkeit der Eltern, sich aktiv um Hilfe zu bemühen, und zum anderen an einem Mangel geeigneter Therapieangebote. Aus diesem Grund wurde im Rahmen des Programms »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme« des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit in Kooperation mit den Ländern im Juni 2008 das Modellprojekt »Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern« in Mecklenburg-Vorpommern gestartet, welches noch bis Dezember 2010 läuft.

Für dieses Modellprojekt, das sowohl einen Praxisteil als auch wissenschaftliche Begleitung und Evaluation enthält, wurden mit Schwerin und Greifswald zwei Standorte gewählt, die sowohl die Region Mecklenburg (Schwerin – städtische Region) als auch die Region Vorpommern (Greifswald – ländliche Region) abdecken. Dieses Vorgehen ermöglicht ein ganzheitlicheres Abbild des Bundeslandes, da Mecklenburg-Vorpommern ein Flächenland ist.

Der Praxisteil enthält vor allem individuelle Interventionen, zu denen neben psychologischen Beratungsgesprächen (Einzel- und Familiengesprächen) auch Eltern-Kind-Trainings und die Vermittlung zu passenden Helfersystemen gehören. Diese Interventionen sollen eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens der Eltern bewirken, die Eltern-Kind-Bindung stärken und sich positiv auf die Entwicklung des Kindes auswirken. Im Hinblick auf die Kinder steht der präventive Charakter des Modellprojektes somit im Vordergrund. Ziel ist es zudem, ein niederschwelliges Beratungsangebot für psychisch kranke Eltern von Babys und Kleinkindern in der Region zu etablieren. Hierbei soll interdisziplinär vorgegangen und sollen bestehende Versorgungsstrukturen integriert werden.

Neben diesen praktischen Überlegungen sollen im Forschungsbereich des Projektes die durch die individuell angepasste psychologische Beratung erlangten Interventionseffekte mit Hilfe etablierter Erhebungsinstrumente zur psychischen Symptomatik, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit in einem Prä-Post-Design auf Stabilität geprüft werden.

Außerdem soll der Vernetzungsprozess im Hinblick auf Veränderungen des Versorgungssystems und der Versorgungszufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer evaluiert werden. Ein Überblick über unterstützende Einrichtungen und Institutionen soll im Internet auf den Seiten der Beratungsstellen (www.medizin.uni-greifswald.de/psych/; www.awo-mv.de) kostenlos für Eltern zur Verfügung gestellt werden.

Im Rahmen dieses Artikels soll die psychische Ausgangslage der Eltern unter der Beachtung ihres Alters (jugendliche versus erwachsene Mütter) dargestellt werden. Zusätzlich werden die Daten mit denen gesunder Mütter verglichen. Zudem soll auch die bisherige Nutzung der Helfersysteme aufgezeigt werden.

Im weiteren sollen die ersten Daten der Nachuntersuchung in Bezug auf die Veränderung der Psychopathologie gezeigt werden. Diese Ergebnisse sollen anschließend mit Bezug auf die praktischen Folgen diskutiert werden. Da die Nachuntersuchung noch läuft, kann hier nur ein vorläufiges Ergebnis abgebildet werden.

Methoden und Material

Das Modellprojekt ist für Eltern mit Kindern im Alter von 0 Monaten bis 3 Jahren konzipiert. Der Zugang erfolgte über verschiedene Möglichkeiten (Vermittlung durch Jugend- oder Familienhilfe, niedergelassene Ärzte und Kliniken, Selbstmeldung etc.). Da in Mecklenburg-Vorpommern Teenagerschwangerschaften vergleichsweise häufig vorkommen und eine gute Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe besteht, wurde diese Gruppe als Subgruppe mit aufgenommen. Zusätzlich wurde eine Gruppe gesunder Mütter als Referenzgruppe untersucht, um die gewonnenen Ergebnisse besser interpretieren zu können. Diese meldeten sich auf öffentliche Aushänge. Aus ethischen Gründen konnte keine klassische Kontrollgruppe (War-

tegruppe oder Gruppe ohne Intervention) rekrutiert werden (auch wenn die Teilnahme an der Studie nicht erwünscht war, erhielten die Eltern die Intervention).

In einem aus diesen Voraussetzungen entstandenen Design wird seit Oktober 2008 mit Hilfe verschiedener Erhebungsinstrumente zur psychischen Symptomatik, zu psychosozialen Faktoren und zur Behandlungszufriedenheit die Situation der Eltern zu zwei Erhebungszeitpunkten (T0 zu Beginn der Intervention, Follow Up 6 Monate nach der Intervention) erfasst. (Die Nachuntersuchungen sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen.) Bei allen Subgruppen kommen identische Erhebungsinstrumente zum Einsatz. Die Untersuchungen werden von den Mitarbeitenden der Projekte in Greifswald und Schwerin durchgeführt.

Von der Arbeitsgruppe selbstentworfenen Fragebögen werden zur Erfassung der demografischen Daten und für die Kontaktanzahl zu Hilfeeinrichtungen genutzt.

Die Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R) wird eingesetzt, um die aktuelle psychische Symptomatik der Eltern zu erfassen. Dieses reliable Selbstratinginstrument umfasst 90 Items und screenet die psychische Symptomatik umfassend. Zusätzlich wird mit dem Diagnostischen Interview für Psychische Störungen (DIA-X) ein strukturiertes Interview als Fremdrating eingesetzt, das hinsichtlich der Achse-I Klassifikation die Lifetimesymptomatik der Probanden erfasst. Der Bereich der Posttraumatischen Belastungsstörungen wird mit der entsprechenden Sektion des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM IV (SKID) erhoben, Alkoholgebrauch bzw. -missbrauch mit dem Strukturierten Interview zur Genese von Alkoholismus (SIGA). Ergänzend kommt mit dem Global Assessment of Functioning (GAF) ein Fremdbeurteilungsverfahren zum Zuge, das das Funktionsniveau der Mütter und damit die Beeinträchtigung durch die psychischen Belastungen erfasst.

Um die psychische Belastung der Eltern durch die Elternschaft zu erheben, kommt die von Berry und Jones 1995 erstmal vorgestellte Parental Stress Scale (PSS) zum Einsatz. Dieses Instrument erfasst mittels 18 Items sowohl positive als auch negative Zuschreibungen der Elternschaft und erhebt elterlichen Stress. Unter den Bereich der positiven Aspekte fallen emotionale Zugewinne, persönliche Weiterentwicklung und Selbstbereicherung. Als negativ werden Zusatzkosten, erhöhte Belastungen und andere Einschränkungen verstanden. Die Reliabilität der PSS beträgt 0.83 (Cronbach's Alpha), die Retest-Reliabilität 0.81.

Um Alltagsbelastungen und auch Krisen bewältigen zu können, sind diverse Ressourcen nötig. Als eine der wichtigsten gilt soziale Unterstützung. Mit Hilfe des Fragebogens zur sozialen Unterstützung K-14 (FSozU K14) wird anhand von 14 Items erhoben, inwieweit sich die Eltern sowohl emotional als auch praktisch unterstützt und sozial integriert fühlen. Der FSozU K-14 gilt mit einer Retestreliabilität von .96 und einer internen Konsistenz von .94 als sehr zuverlässig.

Das Verhalten der Kinder wird anhand der Child Behavior Checklist 1½-5 (CBCL 1½-5) betrachtet. Dieser von den Eltern ausgefüllte Fragebogen betrachtet das Verhalten der Kinder auf den Skalen externalisierendes Verhalten, internalisierendes Verhalten, Trotzverhalten, Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität, Entwicklungsprobleme, Ängstlichkeit und affektive Probleme. Die statistische Auswertung erfolgt mit SPSS 17.

Ergebnisse

Insgesamt sind in die vorliegenden Berechnungen die Daten von 104 Müttern und ihren 134 Kindern eingegangen. Zusätzlich wurden für die Referenzgruppe 37 gesunde Mütter mit ihren 41 Kindern untersucht.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über den Zugangsweg der Eltern zu dem Projekt. Hierbei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Subgruppen ($p = .81$).

Tab. 1: Zugangswege zum Projekt in Prozent und absoluten Zahlen

	Anzahl in %	Absolute Anzahl
Jugendamt	16,3	17
Träger der Jugend-/Familienhilfe	50	52
Psychiatrie/Psychologie (Klinik o. niedergelassen)	12,5	13
Kinder-/Allgemeinärzte	4,8	5
Hebammen/Geburtskliniken	1	1
Eigenmotivation	15,4	16
Gesamt	100	104

Demografische Daten

Die Mütter haben zum Untersuchungszeitpunkt ein Alter von durchschnittlich 24,7 Jahren, 46,1 % ($N = 48$) der Mütter sind Teenagemütter, also vor dem 20. Geburtstag Mutter geworden. Bei den Vätern waren 42,8 % ($N = 3$) bei der Geburt ihres Kindes jünger als 20. Ihr Durchschnittsalter beträgt 25,3 Jahre. Die Kinder haben zum Untersuchungszeitpunkt ein durchschnittliches Alter von 15 Monaten, 65,5 % der Kinder sind männlich.

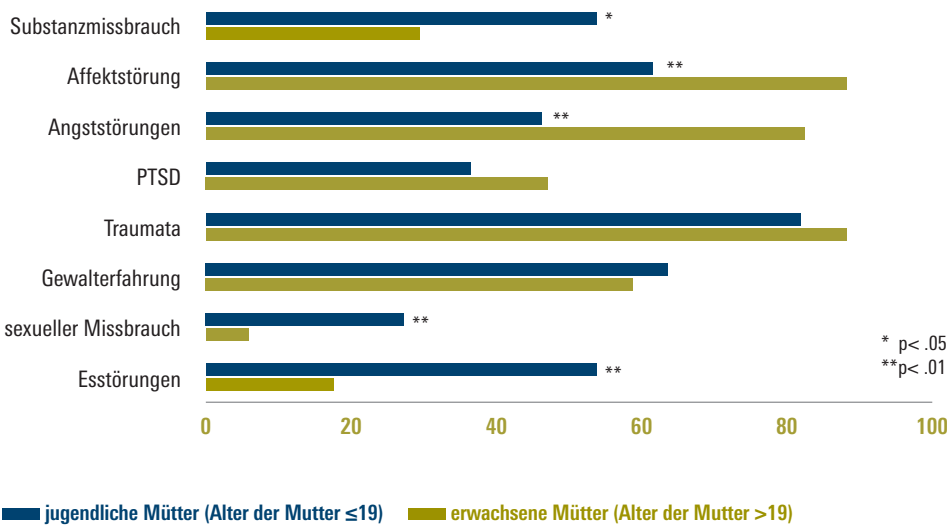
62,5 % ($N = 65$) der untersuchten Mütter sind alleinerziehend, 37,5 % ($N = 39$) sind verheiratet oder leben in einer festen Partnerschaft. Zur finanziellen Situation geben 47,1 % ($N = 49$) der Mütter an, dass diese schlecht oder gar sehr schlecht sei, wohingegen 14,4 % ($N = 15$) sie als gut oder gar sehr gut beschreiben. 38,5 % ($N = 40$) schätzten ihre finanzielle Situation als durchschnittlich an. 27,8 % ($N = 29$) der Mütter haben eine abgeschlossene Berufsausbildung. 12,5 % ($N = 13$) der Mütter gehen derzeit auch einem Beruf nach. 8,7 % ($N = 9$) der Mütter der Interventionsgruppen befinden sich derzeit noch in Ausbildung (Schule oder Berufsausbildung).

dung), während 26,9 % (N = 28) ohne Schul- und 36,5 % (N = 38) ohne Berufsabschluss sind. In den oben genannten Skalen zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Subgruppen der Mütter. Allerdings gibt es einige bedeutsame Unterschiede zu den gesunden Müttern. So sind diese mit einem durchschnittlichen Alter von 25,1 Jahren zwar nicht signifikant älter, aber mit 8,1 % ist der Anteil jugendlicher Mütter bedeutend geringer. Zudem leben sie signifikant häufiger in festen Partnerschaften oder sind verheiratet ($p = .03$) und sind signifikant seltener ohne Berufs- oder Schulabschluss ($p = .009$).

Psychische Symptomatik

In *Grafik 1* sind die psychopathologischen Befunde der Eltern, die mittels des SCL-90-R, des DIA-X, des SIGAs und des SKIDs erhoben wurden, abgebildet. Wie die Grafik zeigt, gibt es signifikante Altersunterschiede bei den Müttern.

Grafik 1: Häufigkeiten psychischer Belastungen und Störungsbilder

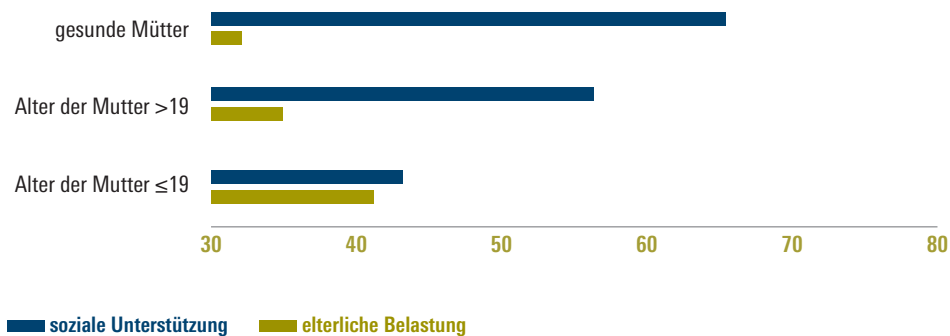


Hinsichtlich des Global Assessment of Functioning (GAF) zeigen sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen jugendlichen und erwachsenen Müttern ($p = .81$), jedoch signifikante Unterschiede zu der Gruppe der gesunden Mütter ($p = .007$) (siehe auch Grafik 4). Der t-Test ergab signifikante Alterseffekte bei den Müttern hinsichtlich der sozialen Unterstützung ($p = .021$), erfasst durch den FSozU K-14) und der Belastung durch das Elterndasein ($p = .018$), erfasst durch die PSS). In *Grafik 2* sind die Mittelwertunterschiede der Interventionsgruppen und die Gruppe der gesunden Mütter dargestellt. Für beide Subgruppen

PSYCHISCH KRANKE ELTERN UND IHRE KINDER

gilt, dass gesunde Mütter sich signifikant besser unterstützt fühlen ($p < .03$) und von weniger elterlicher Belastung berichten. Mit $r = -.831$ ist die Korrelation von sozialer Unterstützung und elterlichem Stress hoch signifikant ($p = .006$).

Grafik 2: Beziehung von sozialer Unterstützung und elterlicher Belastung



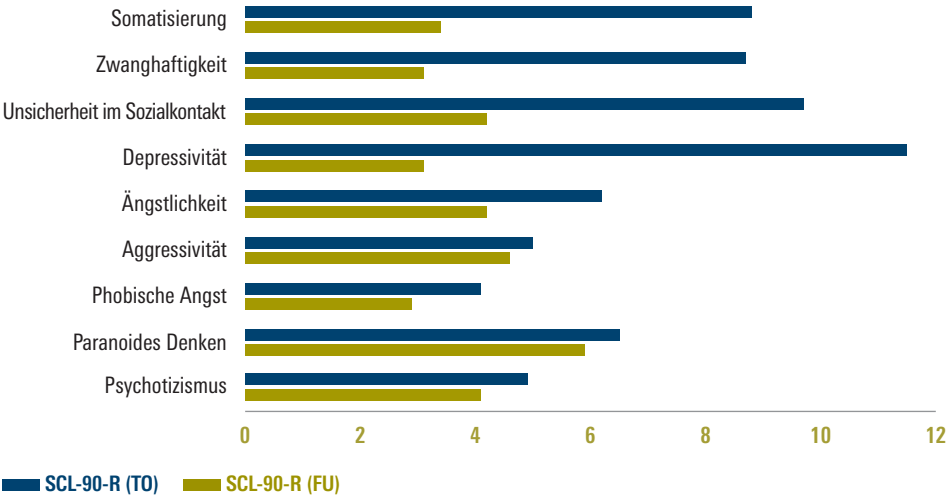
Die Auswertung der Einschätzung der Kinder mittels des CBCL 1,5-5 ergibt keine signifikanten Alterseffekte ($p = .54$). Auf allen Skalen liegen die Kinder innerhalb des Normbereichs und sind nicht auffällig. Hier zeigen sich keine Unterschiede zu den Kindern der Referenzgruppe ($p = .71$).

Nur 3,8 % hatten in den zwölf Monaten vor dem Kontakt mit der Arbeitsgruppe keinerlei Berührung mit Hilfeeinrichtungen. 64,4 % beschreiben regelmäßige Kontakte (mindestens einmal im Monat) zu Familien- bzw. Jugendhilfe oder Jugendamt; 82,6 % hatten mindestens einen Kontakt zu einer dieser Einrichtungen im vergangenen Jahr. 86,6 % hatten Kontakte im medizinischen Sektor (vor allem Kinderarzt, Hausarzt oder Hebamme). Nur 22 % hatten innerhalb des letzten Jahres Kontakt zu psychiatrischen oder psychologischen Einrichtungen (Klinik, niedergelassene Psychiater oder Psychologen bzw. psychologische Beratungsstellen).

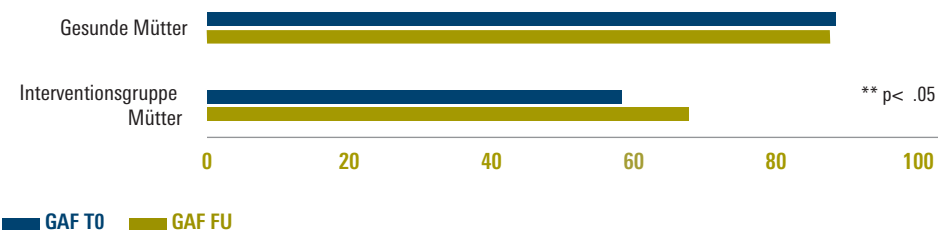
Interventionseffekte

Nach sechsmonatiger Intervention zeigen sich bei den 53 in die Berechnung eingehenden Probanden hinsichtlich der Psychopathologie (siehe Grafik 3) signifikante Unterschiede zum ersten Erhebungszeitpunkt. Alterseffekte zeigen sich nicht ($p = .72$). Grafik 4 stellt die Veränderungen auf dem Global Assessment of Functioning dar.

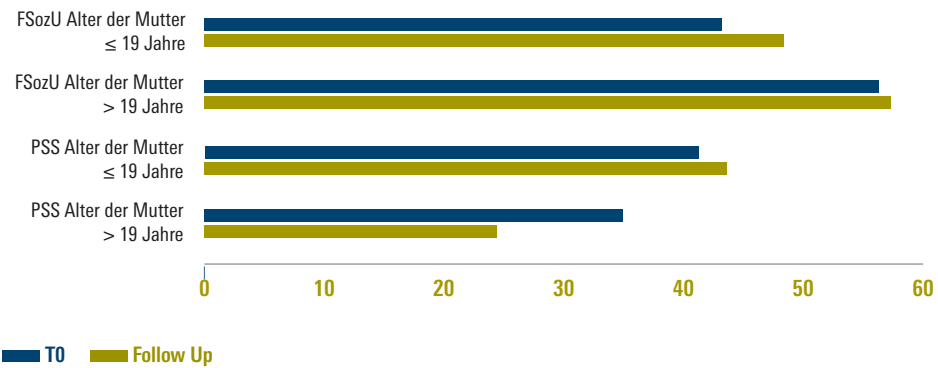
Grafik 3: Veränderung der aktuellen Symptomatik



Grafik 4: Veränderung des Global Assessment of Functioning (GAF)



Grafik 5: Veränderung hinsichtlich der sozialen Unterstützung und der elterlichen Belastung



Grafik 5 stellt die Veränderung hinsichtlich der sozialen Unterstützung und der elterlichen Belastung dar. Bezogen auf die soziale Unterstützung zeigen sich signifikante Unterschiede bei der Gruppe der jugendlichen Mütter zwischen den beiden Messzeitpunkten ($p = .043$). Die elterliche Belastung sinkt bei den erwachsenen Müttern signifikant ($p = .049$).

Diskussion

Wie die Auswertung der Daten des ersten Messzeitpunktes zeigt, weisen alle durch das Modellprojekt erreichten Eltern eine sehr hohe psychische Symptomatik auf (siehe *Grafik 1*). Auch wenn es zwischen den einzelnen Gruppen hinsichtlich der Störungsbilder signifikante Unterschiede gibt, ist allen Gruppen gemein, dass Gewalterfahrungen in den Biografien gehäuft auftreten. Besonders erschreckend ist, dass eine so große Anzahl jugendlicher Mütter von sexuellem Missbrauch berichtet. Bezogen auf die Tatsache, dass es ein hohes Risiko eines Gewalttransfers zwischen den Generationen gibt, bedeutet dies ein massives Risiko für die Kinder. Ein weiteres Risiko für die Entwicklung der Kinder stellt die hohe Häufigkeit von Affektstörungen dar. Wie verschiedene Autorinnen und Autoren berichten, geht dies oft mit geringer Sensitivität der Mütter gegenüber dem Kind einher.

Des Weiteren belegen die gewonnenen Daten, dass bei den untersuchten Eltern erhöhte sozioökonomische und psychosoziale Belastungen bestehen. Hierzu gehören unter anderem der Status des alleinerziehenden Elternteils, das Fehlen von Schul- und Berufsausbildung und die damit einhergehende schlechtere finanzielle Situation der Familie. All dies trifft zu großen Teilen auf die von uns untersuchten Eltern zu. Außerdem zeigt sich eine erhöhte Belastung durch fehlende wahrgenommene soziale Unterstützung, was vor allem auf die jugendlichen Mütter zutrifft. Wie gezeigt werden konnte, besteht bei den meisten der untersuchten Familien (mehr als 80 %) Kontakt zu Jugendamt, Jugend- oder Familienhilfe, Hebammen und Kinder- bzw. eigenen Hausärzten. Die Hilfe der verschiedenen Institutionen wird offenbar nicht als ausreichend unterstützend empfunden. Dies entspricht den Ergebnissen der Berliner Interventionsstudie und denen von Szyliwiski, die feststellte, dass »erzwungene Hilfen« weniger effizient oder gar kontraproduktiv sind. Eine Erhöhung der Eigenmotivation, Hilfe anzunehmen, ist also eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen der Intervention.

In diesem Zusammenhang darf allerdings nicht vergessen werden, dass auch das häufige Fehlen eines eigenen sozialen Netzwerkes (bestehend aus Familie und Freunden) wesentlich zu diesem Empfinden beiträgt. Gerade sehr junge Mütter, die oftmals in Jugendhilfeeinrichtungen leben und kaum oder gar keinen Kontakt zu ihrer Herkunftsfamilie haben, fühlen sich oft isoliert. Wie gezeigt werden konnte, gibt es einen starken Zusammenhang von sozialer Unterstützung und elterlicher Belastung. Die Wahrscheinlichkeit, in eine Überforderungssituation zu kommen, steigt somit an.

Das in unserem Projekt gefundene Ausmaß der elterlichen Belastung entspricht den bisherigen Daten anderer Studien zu Kindern psychisch kranker Eltern. Sowohl im Vergleich zu US-Normen als auch zu der von uns betrachteten Gruppe gesunder Mütter, geben alle Interventionsgruppen erhöhte (wenn auch nicht maximale Werte) für elterlichen Stress an. Dass sehr junge Mütter stärkere Belastungen empfinden als ältere, scheint unter anderem mit der erhöhten psychosozialen Belastung einherzugehen, die sich durch ihr Alter selbst bedingt. Junge Mütter nehmen weniger Unterstützung von außen wahr, die negativen Zuschreibungen steigen, während die positiven an Gewicht verlieren.

Trotz der eigenen hohen Belastung beschreiben die Eltern ihre Kinder in ihrem Verhalten aber noch als unauffällig. In den ersten drei Lebensjahren mit der Intervention zu beginnen, ist also aus Sicht der Kinder tatsächlich präventiv. Natürlich darf hierbei nicht vergessen werden, dass störungsbedingt die Möglichkeit besteht, dass von der Mutter die Probleme der Kinder nicht oder nicht richtig wahrgenommen werden. Andererseits belegten Wang und Goldschmidt und auch Östman & Hansson in ihren Studien, dass die Eltern die Probleme ihrer Kinder durchaus wahrnehmen und benennen können.

Wie unsere Untersuchungen belegen, sucht nur ein Bruchteil der Mütter psychiatrische oder psychologische Unterstützung, obwohl Probleme durchaus realisiert und verbalisiert werden können. Dies entspricht diversen Untersuchungen, in denen gezeigt werden konnte, dass Unterstützungsmöglichkeiten entweder nicht bekannt oder mit zahlreichen Ängsten (wie der Angst vor dem Verlust des Sorgerechts) belegt sind. Diese Studien zeigen auch, dass zwar viele Eltern professionelle Hilfe für die Kinder in Anspruch nehmen, diese Hilfe aber im Jugendhilfereich und nicht im medizinischen Sektor liegt. Eine weitere Schwelle der Hilfesysteme liegt für viele Eltern in den »Komm-Strukturen«. Durch aufsuchende Arbeit versucht das Modellprojekt dieser Schwelle entgegenzuwirken.

Wie die ersten Daten der noch laufenden Nachuntersuchungen zeigen, gibt es signifikante Veränderungen hinsichtlich der aktuellen psychischen Symptomatik bei den Eltern. Gerade die gesenkte Depressivität kann sich positiv auf die Sensitivität der Eltern auswirken. Da Sensitivität eine wichtige Voraussetzung für eine sichere Eltern-Kind-Bindung ist, ist dieses Ergebnis in Hinsicht auf die Entwicklung der Kinder sehr positiv zu bewerten. Ebenso die verringerte Unsicherheit im Sozialkontakt. Dies ist eine gute Voraussetzung für die Schaffung eines eigenen sozialen Netzwerkes. Vor allem jugendliche Mütter berichten sechs Monate nach Beginn der Intervention von mehr sozialer Unterstützung als zuvor, während bei der Gruppe der erwachsenen Mütter und der der Väter, die bereits im Vorfeld von mehr Unterstützung berichteten, der Unterschied nicht signifikant ist.

In Bezug auf die elterliche Belastung profitieren vor allem die erwachsenen Mütter. Bei den jugendlichen Müttern ist die Belastung nach sechs Monaten eher gestiegen. Diese negative Veränderung ist zwar nicht signifikant, bedarf aber dennoch einer Beleuchtung. Wie in der Adoleszenzpsychiatrie beschrieben, ist es nicht ungewöhnlich, dass Jugendliche nach Beginn einer Therapie zuerst eine Verschlechterung zeigen. Diese geht oft mit der gewonnenen Krankheitseinsicht einher. Ein weiterer Erhebungszeitpunkt nach zwölf Monaten wäre hier sinnvoll.

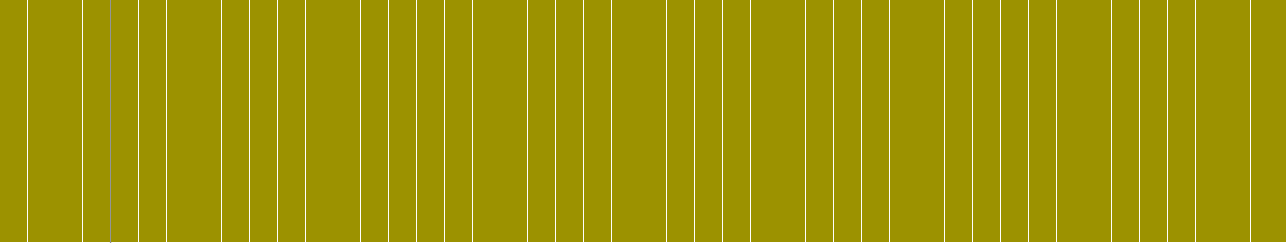
Da die Nachuntersuchungen derzeit noch laufen, handelt es sich bei diesen Ergebnissen nur um vorläufige. Es bleibt also abzuwarten, wie sich die Daten noch verändern. Der hohe Anteil jugendlicher Mütter innerhalb der Studie nicht repräsentativ für Mecklenburg-Vorpommern bzw. den Gesamttraum Deutschland. Er ist vor allem in den Zugangswegen zum Projekt (Jugend-/Familienhilfe in den Familien) begründet. Dennoch ist zu bedenken, dass Mecklenburg-Vorpommern in den letzten Jahren zu den drei Bundesländern mit den häufigsten Schwangerschaftsabbrüchen und Lebendgeburten bei minderjährigen Schwangeren gehört. Diese Thematik muss also unbedingt betrachtet werden, vor allem dann, wenn neben dem jungen Alter auch eine starke psychische Belastung vorliegt. Risikofaktoren kumulieren in diesem Fall. Da die Inanspruchnahme von psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern (vor allem in Vorpommern) durch Probleme wie schlechte Infrastrukturen etc. ohnehin erschwert ist, wird auch hier eine Schwellensenkung notwendig.

Die hier beschriebenen vorläufigen Daten sind grundlegend für Entwicklung und Prüfung funktionierender Hilfemodule und niederschwelliger Angebote für die Region Mecklenburg-Vorpommern. Es scheint notwendig, künftig besondere Aufmerksamkeit auf die psychisch belasteten jugendlichen Müttern zu legen, da, wie vermutet, in dieser Gruppe eine Vielzahl von Risikofaktoren für die Entwicklung des Kindes kumuliert vorliegt. Hierbei ist vor allem das hohe Risiko des Gewalttransfers, die geringe soziale Unterstützung und die hohe elterliche Belastung zu nennen. Auch wenn bei den sehr jungen Müttern eine höhere Problematik aufzuzeigen ist, weisen die Eltern aller Interventionsgruppen einen hohen Bedarf an Unterstützung und Hilfe sowohl aus dem Sektor der Jugendhilfe als auch aus dem der Psychologie bzw. Psychiatrie auf. Die ersten hier dargestellten Daten geben aber bereits einen Hinweis darauf, dass die Interventionen des Modellprojektes »Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern« erfolgreich sind.

LITERATUR

- Achenbach, T.M. (2000). CBCL 1 1/2-5 Child Behavior Checklist 1 1/2-5 - Deutsche Fassung. Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder. Göttingen, Hogrefe.
- Berry, J. & Jones, W. (1995). The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships* 12, S. 463-472.
- Bucholz, K.K., Cadoret, R., Cloninger, C.R. et al. (1994). A new, semi-structured psychiatric interview for use in genetic linkage studies: a report on the reliability of the SSAGA. *Journal of studies on alcohol* 55, S. 149-158.
- Crockenberg, S. (1987). Predictors and correlates of anger toward and punitive control of toddlers by adolescent mothers. *Child development* 58, S. 964-975.
- Crockenberg, S. (1985). Professional support and care of infants by adolescent mothers in England and the United States. *Journal of pediatric psychology* 10, S. 413-428.
- Dudeck, M., Barnow, S., Spitzer, C., Stopsack, M., Gillner, M. & Freyberger, H.J. (2006). Die Bedeutung von Persönlichkeit und sexueller Traumatisierung für forensische Patienten mit einem Sexualdelikt. *Psychother Psychosom Med Psychol* 56, S 147-153.
- Egle, U., Hoffmann, S.O. & Joraschky, P. (2005). Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserkrankungen. Stuttgart, New York, Schattauer-Verlag.
- Fegert, J., Streeck-Fischer, A. & Freyberger, H.J. (2009). Adoleszenzpsychiatrie - Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters Stuttgart, New York, Schattauer-Verlag.
- Field, T.M., Widmayer, S.M., Stringer, S. & Ignatoff, E. (1980). Teenage, lower-class, black mothers and their preterm infants: an intervention and developmental follow-up. *Child development* 51, S. 426-436.
- Franke, G.H. (1995). SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version. Göttingen, Beltz-Test.
- Fürstenberg, F.F. Jr., Brooks-Gunn, J. & Chase-Lansdale, L. (1989). Teenaged pregnancy and childbearing. *The American psychologist* 44, S. 313-320.
- Fydrich, T., Sommer, H. & Brähler, E. (2007). Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (FSozU). Manual. Göttingen, Hogrefe.
- Grabe, H.J., Alte, D., Adam, C., Sauer, S., John, U. & Freyberger, H.J. (2005). Seelische Belastung und Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. Ergebnisse der Study of Health in Pommerania. *Psychiatrische Praxis* 32, S. 299-303.
- Gundelfinger, R. (1997). Welche Hilfen brauchen Kinder psychisch kranker Eltern? *Kindheit und Entwicklung* 6, S. 147-151.
- Hearle, J., Plant, K., Jenner, L., Barkla, J. & McGrath, J. (1999). A survey of contact with offspring and assistance with child care among parents with psychotic disorders. *Psychiatr Serv* 50, S. 1354-1356.
- Horwitz, S.M., Kelleher, K.J., Stein, R.E. et al. (2007). Barriers to the identification and management of psychosocial issues in children and maternal depression. *Pediatrics* 119, S. 208-218.

- Kölch, M. (2009). Versorgung von Kindern aus der Sicht ihrer psychisch kranken Eltern. In, Expertise im Rahmen des 13 Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung. Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts, München.
- Kölch, M. & Schmid, M. (2008). Elterliche Belastung und Einstellung zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfe. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 57, S. 774-788.
- Laue, E. (2007). Minderjährige Schwangerschaften in Deutschland. Statistische Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen und Geburten. In: Teenagerschwangerschaften international. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, S. 3-11.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2008). The children of mentally ill parents. *Dtsch Arztebl Int* 2008;105, S. 413-418.
- Nord, C.W., Moore, K.A., Morrison, D.R., Brown, B. & Myers, D.E. (1992). Consequences of teen-age parenting. *The Journal of school health* 62, S. 310-318.
- Ostman, M. & Hansson, L. (2002). Children in families with a severely mentally ill member. Prevalence and needs for support. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 37, S. 243-248.
- Ragozin, A., Basham, R.B., Crnik, K.A., Greenberg, M.T. & Robinson, N.M. (1982). Effects of maternal age on parenting role. *Developmental psychology* 18, S. 627-634.
- Reck, C. (2007). Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56, S. 234-244.
- Saß, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (2001). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Beltz.
- Szyliowicki, A. (2006). Patenschaften für Kinder psychisch Kranker. In: Schone, Wagenblass S (Hrsg.) *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*, S. 103-107, Münster, Juventa.
- Trocme, N., McPhee, D. & Tam, K.K. (1995). Child abuse and neglect in Ontario: incidence and characteristics. *Child Welfare* 74, S. 563-586.
- Turmes, L. & Hornstein, C. (2007). Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland. Ein Bericht zum Status Quo. *Der Nervenarzt* 78, S. 773-774, 776-779.
- Wang, A.R. & Goldschmidt, V.V. (1996). Interviews with psychiatric inpatients about professional intervention with regard to their children. *Acta Psychiatr Scand* 93, S. 57-61.
- Weinberg, M.K., Tronick, E.Z. (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *The Journal of clinical psychiatry. Suppl* 2, S. 53-61.
- Wittchen, H.U. & Pfister, E. (1997). DIA-X-Interviews: Manual für Screening Verfahren und Interview. Swets Testservice, Frankfurt.
- Wittchen, H.U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1996). Strukturierten Klinisches Interviews für DSM IV (SKID) Göttingen, Beltz-Test.
- Ziegenhain, U., Derksen, B., & Dreisörner, R. (2003). Frühe Elternschaft: jugendliche Mütter und ihre Kinder. *Monatsschr Kinderheilkd* 151, S. 608-612.



ANNA SIDOR , ELISABETH KUNZ, DANIEL SCHWEYER,
ANDREAS EICKHORST, MANFRED CIERPKA:
**ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN MÜTTERLICHER POST-
PARTALER DEPRESSIVER SYMPTOMATIK UND FEINFÜHLIGKEIT**

Einleitung

Postpartale Depression

Postpartale Depression ist mit einer Prävalenz von 10 % die häufigste mütterliche psychische Störung, wobei in Hochrisikofamilien höhere Prävalenzen zu erwarten sind (Tronick & Reck, 2009). Im frühen Kindbett erfahren viele Frauen emotionale Tiefpunkte; man spricht vom sogenannten »baby blues«. »Baby blues« äußert sich in Form einer milden depressiven Verstimmung, Erschöpfung, Traurigkeit, Labilität und Ängstlichkeit und tritt je nach Befundlage bei 40-60 % aller Mütter auf (Reck et al., 2009). Bleibt das depressive Erleben über Wochen bestehen, so ist es wahrscheinlich, dass die betreffende Mutter an einer postpartalen Depression erkrankt ist. Der DSM-IV macht bei der Beschreibung der Symptomatik keine Unterscheidung zur Major Depression mit typischen Symptomen wie Verlust von Interesse und Lebensfreude, emotionaler Labilität, Schlafstörungen und Erschöpfung. Postpartale Depression ist zusätzlich gekennzeichnet durch schwere Angstzustände, plötzliches Weinen, Desinteresse am Neugeborenen sowie durch einen fluktuierenden Verlauf. Häufig fühlen sich die jungen Mütter schuldig, depressiv zu sein, anstatt wie erwartet Freude über das neugeborene Kind zu empfinden (DSM-IV, 1995). Als Risikofaktoren der postpartalen Depression werden depressive Episoden in der Vorgeschichte, traumatische Erlebnisse in der eigenen Kindheit, eine ungewollte Schwangerschaft, Stressbelastung in der Schwangerschaft, traumatisches Erleben der Geburt sowie mangelnde soziale Unterstützung und sozioökonomische Ressourcen genannt (Ballestrem et al., 2005).

Postpartale Depression und die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion

Es wird davon ausgegangen, dass Depression als eine kommunikative Störung die Mutter-Kind-Interaktion negativ beeinflusst (Tronick und Reck, 2009). So lässt sich ein affektiver Ausdruck in der Interaktion mit dem Säugling beobachten, der weniger positiv ist (Cohn et al., 1990). Tronick und Reck (2009) berichten von Schwierigkeiten depressiver Mütter, die affektiven Signale des Säuglings zu lesen. Depressive junge Mütter scheinen weniger feinfühlig als nichtdepressive auf die Signale ihres Kindes zu reagieren, d. h. ihre Fähigkeit kindliche Signale wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und angemessen zu beantworten ist herabgesetzt (Murray, 1996). Die interaktionalen Abstimmungsprozesse sind nach den bisherigen Forschungsergebnissen deutlich beeinträchtigt (Cohn et al., 1990). Field und Mitarbeiter (1990) berichten von weniger Synchronität und weniger Wechselseitigkeit im Spiel im Vergleich zu gesunden Müttern. Es wird postuliert, dass vor allem eine gestörte affektive Kommunikation zwischen Mutter und Kind den interaktionalen Problemen zugrunde liegt (Lyons-Ruth, 2003). Im Vergleich zu »nicht depressiven« Müttern sind ihre Interaktionen von mehr mismatching und weniger Reparationsversuchen geprägt. Die Befunde legen nahe, dass depressive Symptome eine Einschränkung der mütterlichen Fähigkeit zur interaktiven Regulation kindlicher Affektzustände zur Folge haben. Dies wiederum kann beim Kind geringere selbstregulatorische Fähigkeiten und eine erhöhte Reizbarkeit zur Folge haben (Reck,

2007). Mütterliche Depression hat zudem einen negativen Einfluss auf die Bindungsqualität des Kleinkindes, indem sie die Wahrscheinlichkeit einer unsicheren Bindung erhöht (Goldberg, 2000).

Typische frühkindliche Verhaltensweisen in Interaktion mit depressiven Müttern sind vermehrter Rückzug und Vermeidung, besonders des Blickkontaktes (Field, 2007). Physiologische Messungen ergaben, dass Kinder in einer solchen Interaktion Stresssymptome wie einen erhöhten Kortisolwert, eine erhöhte Herzrate und einen erniedrigten Vagotonus aufweisen (Diego, 2002). Tronick und Gianino (1986) nehmen an, dass das häufige Wegdrehen des Kopfes, die Vermeidung des Blickkontaktes und vermehrte Selbstregulationsversuche (z.B. Finger in den Mund nehmen) als Versuch der Säuglinge interpretiert werden kann, sich vor den negativen Effekten des nicht-responsiven mütterlichen Verhaltens zu schützen.

Depressive Mütter stellen keine homogene Gruppe dar. Es lassen sich hauptsächlich zwei Subtypen differenzieren: Die intrusiv-ärgerlichen und die zurückgezogen-unresponsiven Mütter (Tronick & Reck, 2009). Es ist davon auszugehen, dass Kinder der intrusiven Mütter mit anderen interaktionalen Problemen konfrontiert werden als Kinder der zurückgezogenen Mütter. Letztere haben gelernt, dass ihr Verhalten minimale oder keine Auswirkungen auf ihre Mütter hat, während Kinder der intrusiv-depressiven Mütter negative Reaktionsmuster erfahren (Field, 1992).

Mittlerweile liegen einige Befunde zum Zusammenhang zwischen mütterlicher postpartaler Depression und der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion vor, die anhand der CARE-Index-Beobachtungsmethode erfasst wurden (Crittenden, 2005). Kemppinen, Kumpulainen, Moilanen und Ebeling (2006) berichten von signifikant niedrigeren Feinfühligkeitswerten der depressiven Mütter im Vergleich zur Kontrollgruppe. Zudem wiesen drei Viertel der Mütter, die mittels des CARE-Index als Hochrisikogruppe eingestuft worden waren, eine depressive Symptomatik auf. In der Studie von Steadman und Mitarbeitern (2007) klärte die mütterliche psychiatrische Störung (Depression oder Schizophrenie) über ein Fünftel der Varianz der Feinfühligkeit auf. Leadbeater, Bishop und Raver (1996) fanden heraus, dass postpartale Depression ein signifikanter Prädiktor der Mütter-Kind-Konflikte im Kleinkindalter war.

Zum Zusammenhang zwischen postpartaler Depression und den zwei weiteren Kategorien der CARE-Index Methode, der mütterlichen Kontrolle und Unresponsivität, gibt es hingegen nur wenige und teils widersprüchliche Befunde. So fanden Cassidy, Zoccolillo und Hughes (1996) eine positive Korrelation zwischen postpartaler Depression und mütterlicher Kontrolle in einer klinischen Stichprobe, während die Korrelation mit Unresponsivität unsignifikant ausfiel. Azar und Mitarbeiter (2007) fanden hingegen keinen Zusammenhang zwischen mütterlicher Kontrolle und postpartaler depressiver Symptomatik.

Fragestellung

Das Ziel der Studie ist, den bereits in der Literatur belegten Zusammenhang zwischen mütterlicher Depression und geringer Feinfühligkeit zu replizieren. Darüber hinaus werden die bis jetzt nur wenig erforschten Zusammenhänge zwischen depressiver Symptomatik und zwei weiteren Parametern der Mutter-Kind-Interaktion, der mütterlichen Kontrolle und der mütterlichen Unresponsivität, untersucht. Wir erwarten, dass die beiden Parameter in einem positiven Zusammenhang zur Ausprägung der Depression stehen.

Stichprobe

Die Stichprobe setzt sich zum einen Teil aus den Müttern und Kindern zusammen, die am Interventionsprojekt für belastete Familien »Keiner fällt durchs Netz« (KfdN) teilnehmen (Cierpka, 2009), zum anderen Teil aus den belasteten Müttern der Kontrollfamilien, die an der Begleitforschung des KfdN-Projektes »Frühe Interventionen für Familien« – PFIFF beteiligt sind. Die Familien sind durch psychosoziale Risiken wie Armut, Mangel an sozialer Unterstützung, Minderjährigkeit der Mütter, Substanzmissbrauch oder psychische Störung der Mutter belastet. Da der CARE-Index nicht bei allen Interventionsfamilien erhoben wurde, liegt für $N = 133$ ein vollständiger Datensatz der untersuchten Parameter vor. Alle Daten stammen vom ersten Erhebungszeitpunkt, zu dem die Kinder im Durchschnitt 15 Wochen alt waren. Die Charakteristika der Stichprobe sind in Tabelle 1 beschrieben.

Tab. 1: Soziodemografische Daten der Stichprobe

	N	Min	Max	M	SD
Alter	122*	15	46	26,5	7,2

Familienstand(N = 129)*		f (f%)
ledig	49	(38,0%)
verheiratet	45	(34,9%)
geschieden, allein lebend	3	(2,3%)
geschieden, neue Partnerschaft	5	(3,9%)
feste Partnerschaft	24	(18,6%)
getrennt lebend	2	(1,6%)
geschieden, wieder verheiratet	1	(0,8%)
Partnerschaft mit dem Vater des Kindes (N = 131)*		
ja	90	(68,7%)
nein	41	(31,3%)

Schulbildung (N = 127)*		
ohne Abschluss	16	(12,6%)
Hauptschule	60	(47,2%)
Realschule	33	(26,0%)
Fachhochschulreife	6	(4,7%)
Abitur	7	(5,5%)
Hochschule	5	(3,9%)

Beschäftigungsverhältnis (N = 120)*		
angestellt	9	(7,5%)
selbstständig	2	(1,7%)
arbeitslos	34	(28,3%)
Elternzeit	69	(57,5%)
in Ausbildung	6	(5,0%)

Monatseinkommen (N = 124)*		
<1000 Euro	61	(49,2%)
1000-1500 Euro	36	(29,0%)
1500-2000 Euro	15	(12,1%)
>2000 Euro	12	(9,7%)

*Die Varianz der N-Werte geht auf unterschiedliche Rücklaufquoten zurück

Messinstrumente

Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS

Die EPDS (Cox et al., 1987) wird als Screening-Instrument für postpartale depressive Zustände, die über den so genannten «Baby-Blues» hinausgehen, eingesetzt, mit Items wie »... war so unglücklich, dass ich geweint habe« oder »...konnte ich mich richtig auf etwas freuen«. Es handelt sich um ein 10-Item-Instrument, bei dem der maximale Wert von 30 erreicht werden kann. Werte im Bereich von 10 bis 12 stehen für eine mittlere depressive Ausprägung. Der Cut-off Wert des Instrumentes für eine klinisch relevante depressive Störung liegt bei 13 bzw. bei 12. Die interne Konsistenz mit $\alpha = 0,87$ sowie die prädikative Validität sind gesichert.

CARE-Index

Der CARE-Index (Crittenden, 2005) ist eine Methode, die Qualität der Interaktion zwischen einem Erwachsenen (meist die Mutter) und einem Kind zu beurteilen. Das Verfahren basiert auf Videoaufzeichnungen von 3-minütigen Spiel-Interaktionen unter stressfreien Bedingungen. Das Verfahren eignet sich von der Geburt an bis zum Alter von 15 Monaten; die Version für Kleinkinder kann bis zum Alter von zweieinhalb Jahren eingesetzt werden. Es handelt sich um ein dyadisches Verfahren, das feinfühliges Verhalten des Erwachsenen in einem dyadischen Kontext erfasst. Genau definiert ist »feinfühliges Verhalten im Spiel

DEPRESSIVE SYMPTOMATIK UND FEINFÜHLIGKEIT

jedes Verhaltensmuster, das dem Kind gefällt, sein Wohlbefinden und seine Aufmerksamkeit erhöht sowie seine Belastung und sein Desinteresse verringert« (Crittenden 2005, S. 99). »Feinfühligkeit«, wie sie mit dem CARE-Index gemessen wird, stellt nach Crittenden (s.o.) keine individuelle Eigenschaft dar; vielmehr charakterisiert sie eine spezifische Beziehung. Dieselbe Erwachsene kann also unterschiedliche Ausprägungen feinfühligem Verhalten mit unterschiedlichen Kindern zeigen.

Die Auswertung schließt sieben Verhaltensaspekte des Erwachsenen und des Kindes ein. Für beide gesondert werden affektive Aspekte (Gesichtsausdruck, Tonfall, Körperhaltung und Körperkontakt, Gefühlsausdruck) und »Kognition«, die zeitliche Aufeinanderfolge und die Kontingenz in der Interaktion (abwechselndes Handeln, Steuerung der Aktivität, entwicklungsangemessene Aktivität) beurteilt. Die Werte werden summiert und es werden sieben Skalenwerte beziehungsweise Verhaltenskategorien gebildet. Für den Erwachsenen sind dies die Skalen »Feinfühligkeit«, »Kontrolle« und »Unresponsivität«, für das Kind die Skalen »kooperativ«, »zwanghaft«, »schwierig« und »passiv«. Die Skalenwerte reichen dabei von 0 bis 14. In Abhängigkeit dieses Wertes können die einzelnen Dyaden folgendermaßen kategorisiert werden: »gefährdet« (0-4; dies entspricht einem Hochrisikobereich), »unbeholden« (5-6, Interventionsbereich); »adäquat« (7-10) und »sensitiv« (11-14). Sämtliche Videos wurden von den ersten beiden Autorinnen ausgewertet, die screening-level Reliabilität mit Crittenden erreichten (zumindestens zwei Skalen über .70). Fisher r to z Transformation erbrachten folgende mittlere Reliabilitätswerte: mütterliche Feinfühligkeit $r = .65$, mütterliche Kontrolle $r = .77$, mütterliche Unresponsivität $r = .84$, kindliche Kooperation $r = .56$, kindliche Zwanghaftigkeit $r = .15$, kindliche Schwierigkeit $r = .61$ und kindliche Passivität $r = .58$.

Vorgehensweise

Die Probandinnen erhielten beim ersten Besuch der Familienhebammen (IG) bzw. der Psychologiestudentinnen (KG) o.g. Fragebögen sowie weitere Fragebögen zu Lebenssituation und psychischer Verfassung. Zudem wurde die Belastung der Familien durch Risikofaktoren ermittelt. Die Fragebogenpakete wurden beim nächsten Besuch abgeholt bzw. von den Müttern zurückgeschickt. Die Familien, die am Begleitforschungsprogramm teilnahmen, wurden von speziell geschulten Psychologiestudentinnen telefonisch kontaktiert, um den ersten Untersuchungstermin (T1) zu vereinbaren. Die Untersucherinnen waren angehalten, darauf hinzuwirken, dass das Baby beim Besuch gefüttert und ausgeschlafen war. Daraufhin suchten die Interviewerinnen die Probandinnen zuhause auf und befragten sie zu Lebenssituation, Verhalten und Entwicklungsstand des Kindes. Für die CARE-Index-Aufnahme instruierten sie anschließend die Teilnehmerinnen, mit ihrem Kind zu spielen, »so wie es immer tun«. Weiter Instruktionen erfolgten während der drei- bis fünfminütigen Filmaufnahme nicht.

Statistische Methoden

Zur Überprüfung von Zusammenhängen der postpartalen depressiven Symptomatik mit CARE-Index-Parametern wurden bivariate Korrelationen nach Pearson berechnet. Für Berechnungen wurde ein Signifikanzniveau von 0,05 festgelegt. Die statistische Auswertung der Daten wurde mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS für Windows, Version 17.0 durchgeführt.

Ergebnisse

Deskriptive Statistiken

Eine Einschätzung der Probandinnen anhand der EPDS ergab einen Mittelwert von 7,2 (N = 133, SD = 2,28). Ein Großteil der Werte der Mütter lag im Normbereich. Bei 18 % (n = 22) der Stichprobe zeigte sich jedoch eine klinisch signifikante Ausprägung der depressiven Symptomatik (Gesamtwert von 13 Punkten und mehr).

In Bezug auf die mütterliche Sensitivität, erhoben mit dem CARE-Index, lässt sich ein Mittelwert von 5,5 feststellen (N = 133, SD = 2,3), bei mütterlicher Kontrolle wiesen die Mütter im Schnitt 3,7 (SD = 3,0) und bei Unresponsivität 4,7 (SD = 3,3) Punkte auf. 36,1 % der Mütter mussten somit im Hoch-Risiko-Bereich und 30,8 % im Interventionsbereich eingestuft werden. 32,3 % der analysierten Mutter-Kind-Interaktionen waren im Hinblick auf die Sensitivität als adäquat zu beurteilen und lediglich 0,8 % als sensitiv.

Korrelationen

Wie aus Tabelle zwei zu ersehen ist, korrelierten die Gesamtscores der EPDS mit keiner der Skalen des CARE-Index. Zwischen den CARE-Skalen ergab sich ein hoch signifikanter negativer Zusammenhang zwischen mütterlicher Sensitivität und mütterlicher Kontrolle (r = -0,27; p = 0,002; N = 133) sowie zwischen mütterlicher Sensitivität und Unresponsivität (r = -0,45; p = 0,000; N = 133) und zwischen Kontrolle und Unresponsivität (r = -0,74; p = 0,000; N = 133).

Tab. 2: Bivariate Korrelationskoeffizienten (nach Pearson) des Zusammenhangs zwischen EPDS und CARE-Index

	EPDS	CI-Sensitivität	CI-Kontrolle	CI-Unresponsivität
CI-Sensitivität	n.s.	1		
CI-Kontrolle	n.s.	-.27** (N=133)	1	
CI-Unresponsivität	n.s.	-.45*** (N=133)	-.74*** (N=133)	1

p≤0.01, *p≤0.001 CI: CARE-Index

Diskussion

Das Ziel der Studie war, den Zusammenhang zwischen der mütterlichen postpartalen depressiven Symptomatik und der mütterlichen Feinfühligkeit in der Mutter-Kind-Spielinteraktion zu replizieren. Zu unserer Überraschung konnten wir einen solchen Zusammenhang nicht bestätigen. Zwar weisen unsere Ergebnisse zur mütterlichen Sensitivität in der Stichprobe auf eine im Durchschnitt herabgesetzte Feinfühligkeit (im Interventionsbereich) hin. Ein hoher Anteil der Mütter, etwa ein Fünftel, weist auch klinisch relevant erhöhte Depressionssymptomatik auf. Das letzte Ergebnis ist konform mit den bisherigen Befunden über erhöhte Prävalenzraten postpartaler Depression bei belasteten Müttern. Mütterliche Feinfühligkeit korrelierte dennoch in unserer Studie nicht mit postpartaler depressiver Symptomatik. Die post-hoc-Analyse der Extermgruppen (sehr niedrige und sehr hohe EDPS-Werte) im Hinblick auf Feinfühligkeitsausprägung erbrachte ebenfalls keinen Zusammenhang. Nach unseren Ergebnissen hängt also postpartale depressive Symptomatik nicht mit Feinfühligkeit zusammen. Dieser Befund spricht nicht für die verbreitete Annahme, dass Depression eine Kommunikationsstörung per se (z.B. Tronick & Reck, 2009) ist, oder anders ausgedrückt: Depression muss den Interaktionsstil nicht zwangsläufig beeinflussen. Ähnlich plädieren Brockington und Mitarbeiter (2001), dass viele depressive Mütter trotz ihrer Krankheit eine normale Beziehung zu ihrem Baby aufbauen können. Dies wirft die Frage auf, welche zusätzlichen, in unserer Studie nicht erfassten Faktoren den Zusammenhang zwischen postpartaler depressiver Symptomatik und mütterlicher Feinfühligkeit potentiell moderieren. Möglicherweise spielen soziale Unterstützung und positive Bindungserfahrungen in der Kindheit der Mutter eine erhebliche Rolle.

Wir vermuten, dass die nicht signifikanten Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen postpartaler depressiver Symptomatik und der Qualität der mütterlichen Interaktion mit ihrem Baby durch verschiedene Erhebungsmethoden (Selbstbericht versus Fremdbeobachtung) zustande kommen. An dieser Stelle ist anzumerken, dass es sich beim EPDS-Score um ein Screeningergebnis mittels Selbstbeurteilung handelt und nicht um eine psychiatrische Diagnose. Von solchen methodologischen Schwierigkeiten wird häufiger berichtet. So korrelieren selbst dieselben Konstrukte, erhoben mit verschiedenen Messmethoden, nur moderat, z.B. Bindung erhoben mit Fragebögen und Interview (AAI; z.B. Crawle et al. 1999).

Ballestrem und Mitarbeiter (2005) belegten deutlich geringere Prävalenzraten postpartaler Depression (3,5 % im Vergleich zur allgemeinen Befundlage von 10 %), wenn die Symptomatik in einer klinischen Diagnose nach DSM-IV-Kriterien erfasst wird. So hängen die höheren Prävalenzraten signifikant mit der Verwendung von Selbsteinschätzungsinstrumenten zusammen (O'Hara & Swain, 1996). Somit empfiehlt sich die Vergabe klinischer Diagnosen

auch zur Erforschung dieser Fragestellung sowie die Berücksichtigung der unterschiedlichen Erscheinungsbilder der Depression (agitiert vs. nicht agitiert, wahnhaft, bipolar). Entsprechend haben wir auch keinen Zusammenhang zwischen postpartaler depressiver Symptomatik und zwei weiteren Skalen des CARE-Index, mütterliche Kontrolle und Unresponsivität, feststellen können. In Anlehnung an die klinischen Beobachtungen von Tronick und Reck und Field (1992) sowie den empirischen Befund von Cassidy und Mitarbeitern über intrusiv-ärgerliche und zurückgezogen-unresponsive Mütter haben wir erwartet, dass sowohl die mütterliche Kontrolle als auch ihre Unresponsivität in Zusammenhang zu postpartaler depressiver Symptomatik stehen können. Zu bemerken ist, dass der Befund von Cassidy und Mitarbeitern aus einer kleinen Stichprobe von 21 Müttern gewonnen worden ist. Unser Ergebnis kann keine Verbindung feststellen und ist damit konform mit dem Befund von Azar und Mitarbeitern (2007), die ebenfalls keinen Zusammenhang zwischen mütterlicher Kontrolle und postpartaler depressiver Symptomatik sehen.

Schlussfolgerungen

Den theoretisch und klinisch gut belegten Zusammenhang zwischen postpartaler depressiver Symptomatik und mütterlicher Feinfühligkeit konnte unsere Studie nicht bestätigen. Womöglich geht der fehlende statistische Zusammenhang auf zwei unterschiedliche Erhebungsmethoden zurück.

Empfehlungen für weitere Forschung

Es wäre höchst empfehlenswert, für die postpartale depressive Symptomatik eine klinische Diagnose vorzunehmen und unterschiedliche Typen der Depression zu berücksichtigen. Um Scheinkorrelationen, die durch Multikollinearität mit einer dritten Variable entstehen, auszuschließen, empfehlen sich multivariate Berechnungen der Zusammenhänge. Zudem wäre es wünschenswert, die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Feinfühligkeit und postpartaler Depressivität auf weitere Stichproben auszudehnen. Damit könnte überprüft werden, ob es sich in der vorliegenden Studie um einen Stichprobeneffekt handelt, begrenzt auf die durch Risikofaktoren belastete Population. Eine weitere Empfehlung wäre, potentielle Moderatorvariablen der depressiven Symptomatik (wie z.B. soziale Unterstützung) zu berücksichtigen.

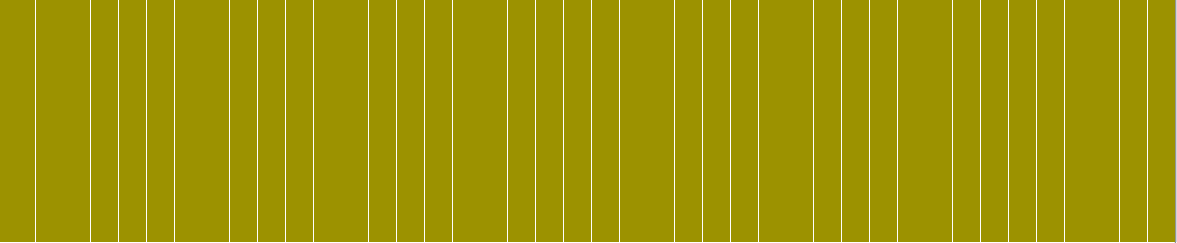
Einschränkungen der Studie

Die bekannte Tendenz des CARE-Index, Risikokonstellationen zu überschätzen (Crittenden, 2005) scheint somit gerade beim Einsatz eines Screeninginstruments zur Erfassung der postpartalen Symptomatik (Tendenz zur Überidentifikation der Symptomatik) ins Gewicht zu fallen.

LITERATUR

- Azar, R., Paquette, D., Zoccolillo, M., Baltzer, F. & Tremblay, R. (2007). The association of major depression, conduct disorder, and maternal overcontrol with a failure to show a cortisol buffered response in 4-month-old infants of teenage mothers. *Biological Psychiatry*, 62, S. 573-579.
- Ballesterm, C.L., Strauß, M. & Kächele, H. (2005). Contribution to the epidemiology of postpartum depression in Germany - implications for the utilisation treatment. *Archives of Women's Mental Health*, 8, S. 29-35.
- Brockington I.F, Fraser, C. & Wilson, D. (2006). The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. *Archives of Women's Mental Health*, 9, S. 233-242.
- Cox, J.L., Holden, J.M., Sargovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, S. 782-786.
- Cassidy, B., Zoccolillo, M. & Hughes, S. (1996). Psychopathology in adolescent mothers and its effects on mother-infant interactions: a pilot study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 41, S. 379-384.
- Cierpka, M. (2009). »Keiner fällt durchs Netz«. Wie hoch belastete Familien unterstützt werden können. *Familiendynamik*, 2, S. 36-47.
- Cohn, J.F., Campbell, S.B., Mathias, R. & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interaction of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, 26, S. 15-23.
- Crittenden, P. (2005). Der CARE-Index als Hilfsmittel für die Früherkennung, Intervention und Forschung. *Frühförderung interdisziplinär*, 3, S. 99-106.
- DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition (1995). Washington DC, American Psychiatric Association.
- Diego, M. A. (2002). Facial Expression and EEG in infants of intrusive and withdrawn mothers with depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 15, S. 10-15.
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 4, S. 49-66.
- Field, T. (2007). Still- face and separation effects on depressed mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 28, S. 314-323.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S. & Guthertz, M. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, 26, S. 7-14.
- Goldberg, S. (2000). Attachment and development. London, Arnold.
- Kemppinen, K., Kumpulainen, K., Moilanen, I. & Ebeling, H. (2006). Recurrent and transient depressive symptoms around delivery and maternal sensitivity. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, S. 191-199.
- Leadbeater, B.J & Linares, O. (1992). Depressive symptoms in Black and Puerto Rican adolescent mothers in the first 3 years postpartum. *Development and Psychopathology*, 4, S. 451-468.
- Leadbeater, B.J., Bishop, S.J. & Raver, C.C (1996). Quality of mother-toddler interaction, maternal depressive symptoms, and behaviour problems in preschoolers of adolescent mothers. *Developmental Psychology*, 32, S. 280-288.

- Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of American psychoanalytic Association*, 51, S. 883-911.
- Murray, L. (1986). Effects of postnatal depression on early infant development: Direct studies of early mother-infant interactions. In: R. Kumar & I.F. Brockington (Eds.), *Motherhood and mental illness*, S. 159-190. London, Butterworth & Co. Publishers Ltd.
- O'Hara M. W. & Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression – A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, S. 37-54.
- Reck, C. (2007). Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, S. 326-336.
- Reck, C. (2008). Depressionen und Angststörungen im Peripartalzeitraum. *Epidemiologie, Mutter-Kind-Beziehung und Behandlungskonzept. Nervenheilkunde*, 6, S. 1-6.
- Reck, C. , Stehle, E., Reining, K. & Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorder in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 113, S. 77-87.
- Steadman, J., Pawlby, S., Mayers, A., Bucks, R.S., Gregorine, A., Milee-Norton, M. & Hogan, A.M. (2007). An exploratory study of the relationship between mother-infant interaction and maternal cognitive functioning in mothers with mental illness. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25, S. 255-269.
- Tronick, E. Z. & Gianino, A. (1986). Interactive mismatch and repair: Challenges to the coping infant. *Zero to three: Bulletin of the National Center for Clinical Infant Programs*, 5, S. 1-6.
- Tronick, E. & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review Psychiatry*, 17, S. 147-156.



GERTRUD M. AYERLE, CHRISTIANE LUDERER,
JOHANN BEHRENS:
**FRÜHSTART: MÜTTERLICHE KOMPETENZEN UND
SELBSTWIRKSAMKEITSERLEBEN**

Familienhebammen in Sachsen-Anhalt und ihre spezifischen Interventionen

Können Familienhebammen im unmittelbaren Lebensumfeld es den Müttern als Hauptbezugsperson ermöglichen, die stetig wachsenden und sich modifizierenden Bedürfnisse ihres Kindes zu erkennen und kompetent und selbstwirksam darauf zu reagieren? Erfüllen sie eine nahezu unverzichtbare Funktion der Beratung und Anleitung – und dies besonders in gesundheitlichen Fragen –, welche die Förderungen des Gesundheitswesens sowie der Kinder- und Jugendhilfe für die Eltern besser erreichbar und nutzbar macht? Das Projekt »Familienhebammen in Sachsen-Anhalt«, das unter diesen Fragestellungen evaluiert wurde, wurde 2006 vom Landeshebammenverband Sachsen-Anhalt e.V. und dem Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt initiiert.

Die fachliche Unterstützung für hoch belastete Familien und die frühe Hilfe für die Säuglinge erstreckt sich maximal bis zum ersten Geburtstag des Kindes. Die übliche Hebammenhilfe, die seit 1.8.2007¹ entsprechend dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGBV durch die Gesetzlichen Krankenversicherungen vergütet wird, umfasst nicht mehr als 20 postpartale Hausbesuche. Diese wird nach der achten Lebenswoche ergänzt durch zusätzliche bedarfsbasierte Hausbesuche, die das Landesministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt wöchentlich mit bis zu zehn Stunden pro Familienhebamme finanziert. Seit März 2006 wurden insgesamt 33 Familienhebammen durch einen Qualifikationskurs im Umfang von 250 Stunden auf ihre inhaltlich und zeitlich erweiterte Tätigkeit vorbereitet, in welcher nicht nur die Mutter und ihr Kind, sondern auch der (soziale) Vater und sonstige Familienmitglieder adressiert werden (Ayerle, 2009).

Das Ziel des Projekts ist, die körperliche und seelische Gesundheit der Säuglinge in psychosozial und gesundheitlich belasteten Familien von der Schwangerschaft an durch ein niedrigschwelliges aufsuchendes Hilfeangebot zu fördern und so zu ihrer gesundheitlichen Chancengleichheit beizutragen. Dabei sollen insbesondere die Kompetenzen der Mütter als Hauptbezugspersonen der Säuglinge hinsichtlich ihres Beitrags zur Familie, der Versorgung des Kindes und der Suche/Annahme von externer Hilfe erweitert sowie ihre Allgemeine Selbstwirksamkeit (Jerusalem und Schwarzer 1999) gestärkt werden.

Die Aufgaben der Familienhebammen beinhalten zum einen originäre Hebammentätigkeiten wie die Schwangerenbetreuung, Geburtsvorbereitung, Wochenbettbetreuung, Rückbildungsgymnastik und Stillberatung. Zum anderen werden psychosozial und gesundheitlich belastete Familien durch fachliche Beratung und Betreuung, die im häuslichen Umfeld stattfinden, emotional gestützt und nach Bedarf unterschiedlich intensiv begleitet. Durch praktische Anleitungen und Supervision erlangen die Eltern zusätzliche Kompetenzen hinsichtlich

1 Bis 31.7.2007 galt die Hebammengebührenverordnung (HebGV) vom 28.10.1986 in der Fassung vom 21.7.2004.

MÜTTERLICHE KOMPETENZEN UND SELBSTWIRKSAMKEITSERLEBEN

einer altersentsprechenden Pflege und Versorgung ihres Säuglings sowie für ihre emotionale Bindung zu ihm.

Um einen Eindruck der Betreuungsintensität der Familienhebammen zu vermitteln und das Projekt in seiner Angebotspalette zu erfassen, werden folgende arithmetischen Mittelwerte für diejenigen Familien angeführt, die bis zum ersten Geburtstag des Kindes betreut wurden (siehe Tabelle 1):

Tab. 1: Durchschnittliche Anzahl und Streuung der durch die Familienhebammen erbrachten Leistungen

	Leistungen in der Schwangerschaft	Gesundheitsfördernde Leistungen nach der Geburt	Unterstützung der Mutter-Kind-Beziehung nach der Geburt	Psychosoziale Unterstützung in der Schwangerschaft und nach der Geburt	Zusammenarbeit mit Akteuren in der Schwangerschaft und nach der Geburt
N	69	194	194	194	133
Mittelwert	7,55	68,96	27,80	27,76	10,10
Median	6,00	62,00	24,00	18,00	8,00
Standardabweichung	6,889	39,440	18,695	30,041	9,122
Minimum	0	8	0	0	1
Maximum	32	266	101	167	68

Während ihrer *Schwangerschaft* erhielten die Frauen im Durchschnitt acht Beratungen zu schwangerschaftsrelevanten Fragestellungen und Themen sowie Hilfe bei Beschwerden. *Nach der Geburt* erbrachten die Familienhebammen bei durchschnittlich 28 Hausbesuchen (Median: 25; Standardabweichung: 14,3; Minimum: 5; Maximum: 101) 69 gesundheitsfördernde Leistungen, zu welchen nicht nur die praktischen Anleitungen zur Säuglingspflege, zum Stillen und zur Ernährung des Kindes mit künstlich hergestellter Säuglingsnahrung zählen, sondern auch Beratungen zum Thema Schreien, Beruhigen und Schlafen des Kindes und zu präventiven Maßnahmen (Impfungen, U-Untersuchungen). Beratungen zur Mutter-Kind-Beziehung und Kindeserziehung wurden bei 28 Anlässen durchgeführt.

Die Familienhebammen leisteten Hilfe bei Überforderung und Hilflosigkeit, Konflikten, sozialer Isolation, Erkrankung oder Behinderung sowie bei Trauer und depressiven Verstimmungen. Die mittlere Gesamtsumme dieser psychosozialen Leistungen belief sich auf 28 Beratungen. Vernetzungstätigkeiten und Vermittlung der Klientin an verschiedene Akteure der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitswesens und der freien Träger umfassten insgesamt zehn Anlässe.

Vom Zeitpunkt der Qualifizierung zur Familienhebamme bis Dezember 2008 betreuten 31 Familienhebammen jeweils im Durchschnitt 24 Familien. Wird die Anzahl der Familien nach Region unterschieden, betreuten acht Familienhebammen in zwei Städten (> 200.000 Einwohner) und deren Umgebung im Durchschnitt jeweils 34 Familien; dagegen sorgten sich 23 Familienhebammen im Mittel jeweils um 22 Familien in Kleinstädten oder im ländlichen Raum.

Die Evaluation des Projekts wurde unter dem Namen »FrühStart« von Oktober 2007 bis September 2009 durch das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg durchgeführt und durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme« finanziert. Die Vernetzung des Projekts »FrühStart« als Teil der bundesweiten Modellprojekte übernahm das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (2010).

Forschungsfragen

Die Evaluation des Projekts richtete sich – vor dem Hintergrund, dass eine frühzeitige Kindeswohlgefährdung erkannt und ihr zuvorgekommen werden soll (Prävention) – zum einen darauf, ob die hoch belasteten Mütter bezüglich des Familienlebens, der Versorgung des Kindes und Inanspruchnahme von externer Hilfe (Fremdeinschätzung durch die Familienhebamme) eine Kompetenzerweiterung im Verlauf der Betreuung erfahren. Zum anderen interessierte, wie psychosozial und gesundheitlich hoch belastete Frauen selbst ihre ‚Allgemeine Selbstwirksamkeit‘ wahrnehmen und ob diese im Verlauf der Betreuung durch die Familienhebamme gestärkt wird. In beiden Forschungsfragen wird die Kompetenz der Hauptbezugspersonen miteingefasst, inwieweit sie sich in der Lage sehen, Angebote des sozialen Netzes sowie des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe in Anspruch zu nehmen.

Methodik

Die hier vorgestellte Evaluation ist Teil eines Mehrfach-Methodenansatzes, der im Projekt »FrühStart« hinsichtlich der Familienhebammen sowie der vorhandenen regionalen Hilfe- und Unterstützungsstrukturen vorgenommen wurde (Ayerle, Luderer & Behrens, 2009; Behrens, 2002).

Die Einschätzung der *Mütterlichen Kompetenzen* erfolgte mit sieben eigens dafür entwickelten Items in den Stufen »Hoch« (3), »Mittel« (2) und »Niedrig« (1). Dabei wurde beispielsweise gefragt: ‚Wie schätzen Sie die Fähigkeiten/Kompetenzen der Frau ein in Bezug auf ihre Selbsthilfe (Bewältigungsstrategien, Fähigkeit, selbst etwas zu bewirken)?‘ Sie wurde durch die Familienhebammen vorgenommen, die von Mai 2006 bis Dezember 2008 bei 757 Betreuungsfällen eine regelmäßige prospektive und teilstandardisierte Dokumentation anlegten. Aus den Angaben

wurden Summenwerte der mütterlichen Kompetenz zu Beginn und zum Abschluss der Betreuung errechnet. Ihre *Allgemeine Selbstwirksamkeit* gaben die Teilnehmerinnen selbst mit zehn Items an (Schwarzer & Jerusalem, 1995; Jerusalem & Schwarzer, 1999), die die Antwortmöglichkeiten ‚Stimmt nicht‘ (1), ‚Stimmt kaum‘ (2), ‚Stimmt eher‘ (3) und ‚Stimmt genau‘ (4) anboten. Beispielsweise seien die folgenden Items angeführt: ‚Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe‘ und ‚Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern‘. Die Skalen-Reliabilität erreichte bei der vorliegenden Stichprobe zu den Erhebungszeitpunkten T1 (in der Schwangerschaft), T2 (zwei Wochen nach der Geburt) und T3 (vier Monate nach der Geburt) ein Cronbach Alpha von 0,90, 0,89 und 0,89.

Es erfolgte eine deskriptive statistische Analyse der Daten hinsichtlich der Verteilung, zentralen Tendenz und Streuung der Skalensummenwerte. Der prä-post-Effekt auf die *Mütterliche Kompetenz* wurde für drei Gruppen unterschiedlicher Betreuungsdauer zu Beginn und zum Abschluss der Betreuung durch die Familienhebammen errechnet (Rand-Homogenitätstest) und – ebenso wie der Effekt auf die *Allgemeine Selbstwirksamkeit* (Wilcoxon), der bezüglich der Zeitpunkte T1-T2, T2-T3 errechnet wurde – auf einem Wahrscheinlichkeitsniveau von $p < 0,05$ getestet.

Neben einer Analyse von Untergruppen ungleicher Betreuungsbeendigung wurden Gruppen mit verschiedener Belastungsintensität oder unterschiedlicher Belastungstypen untersucht. Unterschiede zwischen den Untergruppen wurden hinsichtlich der *Mütterlichen Kompetenzen* und *Allgemeinen Selbstwirksamkeit* mittels einfaktorieller ANOVA errechnet ($\alpha < 0,05$) und Zusammenhänge wie zwischen der subjektiven Einschätzung der Frauen und der Fremdeinschätzung der Familienhebammen durch die Errechnung von Korrelationen (Pearson-Koeffizient) dargestellt.

Ergebnisse

Beschreibung der Stichprobe und Auswertungsparameter

Im Zeitraum Mai 2006 bis Dezember 2008 konnten 734 detaillierte Dokumentationen zur Betreuung von hoch belasteten Familien ausgewertet werden (93 % der insgesamt betreuten Familien). In 446 Fällen, auf welche sich die nachfolgenden Daten beziehen, war die Betreuung der Familien durch die Familienhebammen zum Ende der Datenerhebung bereits abgeschlossen. Die soziodemografische Beschreibung der Stichprobe bezieht sich auf die Hauptbezugspersonen, die bis auf drei Väter und drei Pflegemütter die leiblichen Mütter der Kinder waren (siehe Tabelle 2)².

² Wegen der geringen Häufigkeit werden die Väter und Pflegeeltern nachfolgend nicht eigens aufgeführt und sind unter der Bezeichnung ‚Mütter‘ mit gemeint.

Tab. 2: Deskription der Stichprobe (n=446)

	Häufigkeit	Prozente
Erstgebärende	239	53,6
Alter unter 20 Jahre	143	32,1
Hauptschulabschluss oder geringere Qualifikation	315	70,6
Ledig	345	77,4
Ohne Partner/getrennt lebend	145	32,5
ALGI / ALG II	324	72,6
Sozialhilfe	38	8,5
Außerhalb Deutschland geboren ³	25	5,6

Bei 153 Familien (34,7 %) begann die Betreuung durch die Familienhebammen bereits in der Schwangerschaft, während sie bei 288 Familien (65,3 %) nach der Geburt initiiert wurde. Der Kontakt zu den Familienhebammen kam am häufigsten durch die Mütter selbst (37,2 %) oder durch das Jugendamt (31,2 %) zustande, gefolgt von anderen Hebammen (14,1 %), den Beratungsstellen (9,6 %) und Sozialarbeiter/-innen (8,7 %). Weniger häufig wurden die Frauen durch eine Klinik (9,2 %), Ärzte/-innen (7,4 %), Familienangehörige (6,3 %) oder eine andere Klientin (1,8 %) an die Familienhebammen verwiesen. In 8,7 % der Fälle gelangten die hoch belasteten Familien durch sonstige Akteure zu den Familienhebammen.

Die Betreuung wurde wegen unterschiedlicher Gründe beendet: Das Kind wurde ein Jahr alt (n = 203; 45,5 %); die Familienhebamme entschied, dass keine weitere Betreuung vonnöten war (n = 64; 14,3 %); die Klientin beschloss selbst, dass sie keine Hilfe mehr benötigte (n = 60; 13,5); das Kind wurde in Obhut genommen oder zur Adoption freigegeben (n = 37; 8,3 %); es kam zum Abbruch der Betreuungsbeziehung, weil die Mütter die Termine wiederholt nicht einhielten und weder persönlich noch telefonisch zu erreichen waren (n = 27; 6,1 %). Darüber hinaus bestanden sonstige Gründe (n = 55; 12,3 %) für eine Betreuungsbeendigung, wie etwa der Umzug in ein anderes Bundesland; der Wechsel in ein entferntes Mutter-Kind-Heim; die Aufnahme der Mutter in ein Entgiftungsprogramm; die neu einsetzende Unterstützung der Familie durch den Kindsvater/Partner, welcher in Haft oder zur Entziehungskur war; das Untertauchen der Mutter, die zwei Monate nach der Geburt eine Haftstrafe antreten sollte; eine längere stationäre Aufnahme des Kindes oder ein plötzlicher Kindstod.

³ Im Vergleich dazu wurden 2007 im Land Sachsen-Anhalt 4,7% aller Neugeborenen von Migrantinnen im Alter von 15 bis 44 Jahren geboren (Auskunft des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt per Mail am 03.12.2008)

MÜTTERLICHE KOMPETENZEN UND SELBSTWIRKSAMKEITSERLEBEN

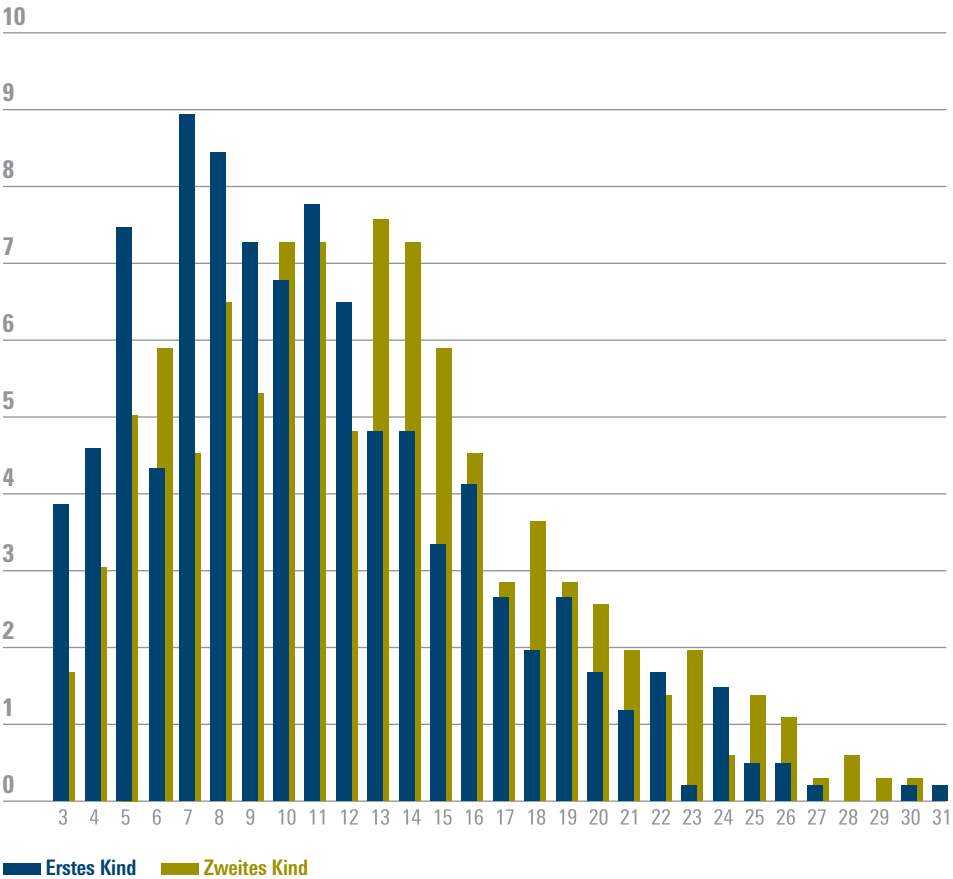
Die jeweiligen Zeiträume der Betreuung umfassten im Mittel 48,9 Wochen (Kind ein Jahr alt), 31,1 Wochen (Entscheidung Familienhebamme), 25,3 Wochen (Entscheidung Klientin), 23,6 Wochen (Abbruch der Betreuung), 24,0 Wochen (Sonstige Gründe) und 17,3 Wochen (Inobhutnahme/Adoption).

Die psychosozialen und gesundheitlichen Belastungen der Familien wurden zu Beginn der Betreuung durch die Familienhebammen eingeschätzt, in ihrer Intensitätsbewertung den Angaben im Anhaltbogen von Meysen, Schönecker & Kindler 2009 angepasst und anschließend einfach, zweifach oder dreifach gewichtet und summiert. Bei dieser rechnerischen Gewichtung liegt die Verzerrungsgefahr darin, dass die Einzelbelastungen der Frauen bzw. Familien, die möglicherweise in ihrer Belastungsintensität subjektiv unterschiedlich erlebt werden, in der jeweiligen Gewichtungsgruppe gleich gerechnet werden. Hauptaussage dieser Gewichtung ist zum einen, dass manche Belastungsfaktoren, wie »Sucht« (dreifach gewichtet), schwerer wiegen als andere, wie beispielsweise »alleinerziehend« (einfach gewichtet). Zum anderen stellt eine (hohe) Kumulation von gewichteten Belastungsfaktoren eine höhere Belastung dar und ist somit schwerer zu ertragen als eine geringe Anhäufung. Demnach – wie die Abbildung 1 zeigt – wiesen Frauen mit zwei oder mehreren Kindern durchschnittlich mehr gewichtete Belastungsfaktoren auf (12,6; Standardabweichung: 5,7; Median: 12) als Frauen mit einem ersten Kind (11,0; Standardabweichung: 5,4; Median: 10) ($p = 0,001$).

Die Stärke der Belastung hing hoch signifikant mit dem Grund der Betreuungsbeendigung zusammen ($p = 0,000$): Ihr Mittelwert lag bei einer Inobhutnahme oder Adoption (16,5) bedeutend höher als bei allen anderen Beendigungsgründen (Mittelwerte zwischen 10,1 und 13,0).

Bei einer statistischen Dimensionsreduktion der verschiedenen Belastungsfaktoren kristallisierten sich vier verschiedene Belastungstypen oder ‚Muster‘ von Belastungskombinationen heraus, die zusammen eine Gesamtvarianz von ungewöhnlich hohen 40,1 % aufklärten: Der Belastungstyp 1 bezieht sich auf Problemkonstellationen im Zusammenhang mit Gewalt- und Konflikterfahrungen, Sucht und psychischer Erkrankung; Typ 2 beschreibt eingeschränkte Kompetenzen aufgrund von Ressourcenmangel oder Überforderung; Typ 3 umfasst Schwangere/Mütter, die minderjährig sind, wenig soziale Unterstützung haben und/oder deren Schwangerschaft unerwünscht ist; Typ 4 charakterisiert Familien mit einer längerfristigen Trennung von Mutter und Kind (z.B. Frühchen) sowie ein Mehrlings- oder gesundheitlich beeinträchtigtes Kind.

Abb. 1: Summe der gewichteten Belastungsfaktoren je Familie mit einem ersten oder einem zweiten/nachfolgenden Kind



Mütterliche Kompetenzen

Die Kompetenzen der Mütter wurden durch die Familienhebammen zu Beginn ihrer Betreuung und zu deren Abschluss in den folgenden drei Bereichen eingeschätzt:

- ‚Selbsthilfe/Familienleben‘: ihre Fähigkeiten, ihren eigenen Gesundheitszustand wahrzunehmen, sich selbst zu helfen oder Bewältigungsstrategien einzusetzen sowie einen Beitrag zur Organisation des Familienlebens zu leisten;
- ‚Versorgung des Kindes‘: ihre Fähigkeiten, die Bedürfnisse ihres Kindes zu erkennen und darauf angemessen zu reagieren; und dazu, eine emotionale Bindung zu ihrem Kind einzugehen;
- ‚Suche/Annahme externer Hilfe‘: ihre Fähigkeiten, die Unterstützung ihres sozialen Netzes und Hilfeleistungen der Behörden, des Gesundheitssystems bzw. der Kinder- und Jugendhilfe in Anspruch zu nehmen.

MÜTTERLICHE KOMPETENZEN UND SELBSTWIRKSAMKEITSERLEBEN

Insgesamt gesehen fielen die Einschätzungen der Familienhebammen zu den Kompetenzen in den Bereichen ‚Selbsthilfe/Familienleben‘ und ‚Suche/Annahme externer Hilfe‘ sowohl zu Beginn als auch zum Abschluss der Betreuung niedriger aus als jene zur ‚Versorgung des Kindes‘ (siehe Tabelle 3). Bezüglich der Gesamtstichprobe hatten sich die Kompetenzen der Frauen im Verlauf der Betreuung in allen drei Bereichen verbessert: ‚Selbsthilfe/Familienleben‘ (+0,15; $p = 0,000$), ‚Versorgung des Kindes‘ (+0,14; $p = 0,000$) und ‚Suche/Annahme externer Hilfe‘ (+0,10; $p = 0,002$).

Tab. 3: Kompetenzen der Frauen im Vergleich: Betreuungsbeginn, Betreuungsabschluss

	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Minimum	Maximum
Selbsthilfe/Familienleben (B)	444	1,73	,551	1,00	3,00
Selbsthilfe/Familienleben (A)	434	1,88*	,599	1,00	3,00
Versorgung des Kindes (B)	433	2,19	,639	1,00	3,00
Versorgung des Kindes (A)	428	2,34*	,649	1,00	3,00
Suche/Annahme externer Hilfe (B)	444	1,76	,692	1,00	3,00
Suche/Annahme externer Hilfe (A)	433	1,86*	,685	1,00	3,00

B: Betreuungsbeginn A: Betreuungsabschluss *signifikante prä-post-Differenz ($p < 0,05$)

Die Einschätzung zum Abschluss der Betreuung unterschied sich je nach Grund der Betreuungsbeendigung (siehe Tabelle 4). Während die durchschnittliche Einschätzung der Kompetenz ‚Selbsthilfe/Familienleben‘ bei fast allen Beendigungsgründen höher ausfiel, lagen die Werte hinsichtlich der Frauen, deren Kind in Obhut genommen oder adoptiert wurde, zum Abschluss der Betreuung etwas niedriger, jedoch nicht statistisch signifikant. Der größte Zuwachs in der Einschätzung war bei Familien zu verzeichnen, deren Betreuung durch die Familienhebammen beendet wurde (+0,27; $p = 0,000$). Diesem folgte der angestiegene Durchschnittswert bei Frauen, deren Kind bis zum ersten Geburtstag betreut wurde (+0,22; $p = 0,000$).

Die Kompetenz der Mutter, *ihr Kind angemessen zu versorgen*, wurde bei allen Beendigungsgründen zum Abschluss der Betreuung höher eingeschätzt als zu Beginn, außer wenn das Kind in Obhut genommen oder zur Adoption freigegeben wurde. Die Einschätzung zu letzterem Beendigungsgrund fiel hoch signifikant niedriger aus (-0,20; $p = 0,001$). Geringfügig höhere Werte waren dokumentiert worden, wenn die Klientin die Betreuung beendete bzw. es zum Abbruch kam oder sonstige Gründe eine Rolle spielten (+0,09; $p = 0,027$) und wenn die Betreuung durch die Familienhebamme beendet wurde (+0,10; $p = 0,087$). Größere Zuwächse in der Einschätzung waren zu verzeichnen, wenn der Beendigungsgrund die Vollendung des 1. Lebensjahres des Kindes war (+0,25; $p = 0,000$).

Die Kompetenz der Frauen, *externe Hilfeleistungen (soziales Netz, Behörden, Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe) in Anspruch zu nehmen*, nahm mit Ausnahme der Beendigungsgründe ‚Klientin/Abbruch/Sonstige‘ (konstanter Wert) und ‚Pflege/Adoption/Heim‘ (geringer Zuwachs) im Verlauf der Betreuung signifikant zu. Die Einschätzungen fielen bei Beendigung der Betreuung durch die Entscheidung der Familienhebammen (+0,23; $p = 0,017$) höher aus, als wenn die Familien bis zum ersten Geburtstag des Kindes betreut wurden (+0,12; $p = 0,007$).

Tab. 4: Vergleich der mütterlichen Kompetenzen zu Beginn (B) und zum Abschluss (A) der Betreuung gruppiert nach Beendigungsgründen

			N	Mittelwert	Standardabw.	Minimum	Maximum
»Selbsthilfe/ Familienleben«	Familienhebamme	B	64	1,74	,624	1,00	3,00
		A	61	2,01*	,650	1,00	3,00
	Klientin/Abbruch/Sonstige	B	140	1,78	,551	1,00	3,00
		A	140	1,83	,577	1,00	3,00
	Kind ist ein Jahr alt	B	203	1,77	,529	1,00	3,00
		A	198	1,99*	,569	1,00	3,00
	Pflege/Adoption/Heim	B	37	1,32	,342	1,00	2,00
		A	35	1,29	,335	1,00	2,00
»Versorgung des Kindes«	Familienhebamme	B	63	2,29	,658	1,00	3,00
		A	61	2,39	,640	1,00	3,00
	Klientin/Abbruch/Sonstige	B	134	2,22	,647	1,00	3,00
		A	134	2,31*	,654	1,00	3,00
	Kind ist ein Jahr alt	B	201	2,24	,590	1,00	3,00
		A	198	2,50*	,539	1,00	3,00
	Pflege/Adoption/Heim	B	35	1,64	,613	1,00	3,00
		A	35	1,44*	,482	1,00	2,50
»Suche/Annahme externer Hilfe«	Familienhebamme	B	64	1,67	,674	1,00	3,00
		A	61	1,90*	,657	1,00	3,00
	Klientin/Abbruch/Sonstige	B	140	1,78	,682	1,00	3,00
		A	139	1,78	,694	1,00	3,00
	Kind ist ein Jahr alt	B	203	1,82	,713	1,00	3,00
		A	198	1,94*	,678	1,00	3,00
	Pflege/Adoption/Heim	B	37	1,58	,618	1,00	3,00
		A	35	1,69	,698	1,00	3,00

B: Betreuungsbeginn A: Betreuungsabschluss *signifikante prä-post-Differenz ($p < 0,05$)

Die **vier Belastungstypen** korrelierten unterschiedlich stark mit den von den Familienhebammen zu Beginn der Betreuung eingeschätzten Kompetenzen der Mütter (siehe Tabelle 5). Insbesondere Frauen des Belastungstyps ‚*Wissens- und Ressourcenmangel/Überforderung*‘

MÜTTERLICHE KOMPETENZEN UND SELBSTWIRKSAMKEITSERLEBEN

verfügten insgesamt über deutlich geringere Kompetenzen, je höher ihre Belastung war in den Bereichen ‚Selbsthilfe/Familienleben‘ ($p = 0,000$), der ‚Versorgung des Kindes‘ ($p = 0,000$) und der ‚Suche/Annahme externer Hilfe‘ ($p = 0,000$; nur Mütter mit einem ersten Kind). Bei Frauen, die typischerweise durch ‚Gewalt/Sucht/Psychische Erkrankung‘ belastet waren, besaßen Mütter mit einem erstem Kind deutlich weniger Kompetenzen im Bereich ‚Selbsthilfe/Familienleben‘ ($p = 0,007$). Mütter mit einem zweiten oder weiteren Kind wiesen geringere Kompetenzen in der Versorgung ihres Kindes auf ($p = 0,046$). Frauen, die bereits ein zweites oder nachfolgendes Kind bekamen und dem Belastungstyp ‚Minderjährigkeit/Einrichtung/Unerwünschte Schwangerschaft‘ zuzuordnen waren, hatten aus Sicht der Familienhebammen bei höherer Belastung auch bessere Kompetenzen in der Versorgung ihres Kindes ($p = 0,004$). Bei Frauen mit dem Belastungstyp ‚Trennung/Krankes Kind‘ bestand kein signifikanter Zusammenhang zwischen ihrer Belastung und ihren Kompetenzen.

Tab. 5: Zusammenhang zwischen Belastungstypen und Kompetenzen der Frauen nach Parität (Beginn der Betreuung)

Belastungstypen		Kompetenz: Selbsthilfe/ Familienleben		Kompetenz: Versorgung des Kindes		Kompetenz: Suche/ Annahme externer Hilfe	
		Frau: 1. Kind (n=236)	Frau: 2./n Kind (n=206)	Frau: 1. Kind (n=231)	Frau: 2./n Kind (n=200)	Frau: 1. Kind (n=236)	Frau: 2./n Kind (n=206)
Gewalt/Sucht/ Psychische Erkrankung	Korr.Pearson	-,175**	-,079	-,037	-,141*	-,059	-,052
	Signifikanz	,007	,256	,572	,046	,368	,458
Wissens- und Ressourcenmangel/ Überforderung	Korr.Pearson	-,491**	-,469**	-,325**	-,296**	-,347**	-,037
	Signifikanz	,000	,000	,000	,000	,000	,594
Minderjährigkeit/ Einrichtung/Unerwünschte Schwangerschaft	Korr.Pearson	-,110	,136	,010	,204**	-,086	-,037
	Signifikanz	,090	,050	,885	,004	,188	,594
Trennung/ Krankes Kind	Korr.Pearson	,019	-,020	,083	,031	-,108	,006
	Signifikanz	,770	,774	,209	,665	,096	,934

**Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant. *Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Wurden die Kompetenzen der Frauen zu Beginn und zum Abschluss der Betreuung verglichen, waren die Unterschiede davon abhängig, welchem Belastungstyp die Frauen zugeordnet waren (siehe Tabelle 6).⁴ Bei den beiden Belastungstypen ‚Wissens- und Ressourcenmangel/Überfor-

4 Dadurch, dass bei der statistischen Dimensionsreduktion möglichst »reine« Belastungstypen resultierten, bei welchen diejenigen Frauen mit »typübergreifenden« Belastungen in geringem Maße berücksichtigt wurden, entstanden relativ kleine Vergleichsstichproben.

derung' und ‚Minderjährigkeit/Einrichtung/Unerwünschte Schwangerschaft' fiel die Zunahme aller Kompetenzen zwar geringfügig höher aus, aber bei $n < 50$ nicht statistisch signifikant. Der größte Zuwachs im Kompetenzerwerb bezüglich ‚Selbsthilfe/Familienleben' bestand in den Gruppen ‚Trennung/Krankes Kind' ($+0,21$; $p = 0,012$) und ‚Gewalt/Sucht/Psychische Erkrankung' ($+0,13$; $p = 0,039$). Die Kompetenz der Frauen, ihren *Säugling gut zu versorgen*, schätzten die Familienhebammen nur bei denjenigen Müttern zum Abschluss der Betreuung höher ein, die durch ‚Gewalt/Sucht/Psychische Erkrankung' charakterisiert waren ($+0,25$; $p = 0,002$). Hinsichtlich der Kompetenz ‚Suche/Annahme externer Hilfe' wurde den Müttern des Belastungstyps ‚Trennung/Krankes Kind' eine deutlich erhöhte Kompetenz zugeschrieben ($+0,25$; $p = 0,024$).

Tab. 6: Vergleich der Kompetenz ‚Selbsthilfe/Familienleben' zu Beginn (B) und zum Abschluss (A) der Betreuung je nach Belastungstyp

			N	Mittelwert	Standard-abweichung	Minimum	Maximum
»Selbsthilfe/ Familienleben«	Gewalt/ Sucht/ Psychische Erkrankung	B	48	1,77	,506	1,00	3,00
		A	48	1,90*	,572	1,00	3,00
	Wissens- & Ressourcenmangel/ Überforderung	B	47	1,45	,401	1,00	2,33
		A	44	1,49	,440	1,00	2,33
	Minderjährigkeit/ Einrichtung/ Unerwünschte Schwang.	B	39	1,79	,437	1,00	2,33
		A	39	1,90	,466	1,00	2,67
	Trennung/ Krankes Kind	B	36	1,88	,618	1,00	3,00
		A	36	2,09*	,715	1,00	3,00
»Versorgung des Kindes«	Gewalt/ Sucht/ Psychische Erkrankung	B	44	2,09	,583	1,00	3,00
		A	46	2,34*	,650	1,00	3,00
	Wissens- & Ressourcenmangel/ Überforderung	B	44	2,06	,602	1,00	3,00
		A	44	2,07	,652	1,00	3,00
	Minderjährigkeit/ Einrichtung/ Unerwünschte Schwang.	B	39	2,28	,647	1,00	3,00
		A	39	2,37	,570	1,00	3,00
	Trennung/ Krankes Kind	B	36	2,31	,647	1,00	3,00
		A	36	2,43	,699	1,00	3,00
»Suche/Annahme externer Hilfe«	Gewalt/ Sucht/ Psychische Erkrankung	B	48	1,74	,652	1,00	3,00
		A	48	1,76	,692	1,00	3,00
	Wissens- & Ressourcenmangel/ Überforderung	B	47	1,61	,675	1,00	3,00
		A	44	1,74	,605	1,00	3,00
	Minderjährigkeit/ Einrichtung/ Unerwünschte Schwang.	B	39	1,67	,632	1,00	3,00
		A	39	1,74	,627	1,00	3,00
	Trennung/ Krankes Kind	B	36	1,63	,602	1,00	3,00
		A	36	1,88*	,701	1,00	3,00

B: Betreuungsbeginn A: Betreuungsabschluss *signifikante prä-post-Differenz ($p < 0,05$)

MÜTTERLICHE KOMPETENZEN UND SELBSTWIRKSAMKEITSERLEBEN

Bei Ausschluss derjenigen Familien aus den obigen Teilstichproben, deren Kinder in Obhut genommen oder zur Adoption freigegeben wurden (deren Kompetenz-Einschätzung zum Abschluss der Betreuung in zwei der drei Kompetenz-Bereiche niedriger ausgefallen war), zeigte sich das gleiche Muster von signifikanten Unterschieden, welches jedoch eine noch geringere Irrtumswahrscheinlichkeit implizierte.

Auch zwischen der Belastungsstärke (gewichtete Summe der Belastungsfaktoren) und der Einschätzung mütterlicher Kompetenzen durch die Familienhebammen zu Beginn der Betreuung bestanden hoch signifikante negative Korrelationen (siehe Tabelle 7). Das bedeutet: je höher die Belastung der Familien war, desto niedriger wurde die Kompetenz der Mütter eingeschätzt – insbesondere bezüglich der Kompetenz ‚Selbsthilfe/Familienleben‘ ($p = 0,000$) und ‚Versorgung des Kindes‘ ($p = 0,000$). Bezüglich der Kompetenz ‚Suche/Annahme externer Hilfe‘ traf dieser negative Zusammenhang nur für diejenigen Frauen zu, die ihr erstes Kind bekommen hatten.

Tab. 7: Zusammenhang zwischen Summe der Belastungsfaktoren und Kompetenzen der Frauen nach Parität

	Kompetenz: Selbsthilfe/Familienleben		Kompetenz: Versorgung des Kindes		Kompetenz: Suche/ Annahme externer Hilfe	
	Frau:1. Kind	Frau:2./n Kind	Frau:1. Kind	Frau:2./n Kind	Frau:1. Kind	Frau:2./n Kind
Korrelation nach Pearson	-,430**	-,389**	-,225**	-,307**	-,249**	-,105
Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,001	,000	,000	,131
N	237	207	232	201	237	207

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Allgemeine Selbstwirksamkeit

Die subjektive Einschätzung der Allgemeinen Selbstwirksamkeit der Frauen erfolgte über standardisierte Fragebögen, die im Verlauf der Betreuung zu maximal vier Erhebungszeitpunkten durch die Familienhebammen ausgehändigt wurden. Von Mai 2006 bis Dezember 2008 wurden 800 (85,8 %) von insgesamt 932 Fragebögen verwertbar ausgefüllt, von welchen 16,4 % in der Schwangerschaft ($n = 131$), 27,0 % zwei Wochen postpartum ($n = 216$), 38,1 % vier Monate postpartum ($n = 305$) und 18,5 % zehn Monate postpartum ($n = 148$) beantwortet wurden. Die Fragebögen stammten von 482 Teilnehmerinnen, deren Betreuung bei Ende der Datenerhebung noch nicht ausnahmslos beendet war. Die Teilnehmerinnen selbst

wiesen im Vergleich zur oben beschriebenen Stichprobe mit 446 Frauen, deren Betreuung bei allen abgeschlossen war, keine wesentlichen Unterschiede auf hinsichtlich der folgenden sozioökonomischen Merkmale: Geburtsland, Alter, Bildungsstand, Erwerbstätigkeit und Lebenssituation.

Bei einem Maximalsummenwert von 40 lagen die Mittelwerte für die vier Stichproben je nach Erhebungszeitpunkt ansteigend zwischen 28,4 und 30,4 (siehe Tabelle 8). Dies bedeutet, dass die Teilnehmerinnen im Durchschnitt annähernd alle Items mit ‚Stimmt eher‘ beantwortet hatten. Insgesamt fielen die Unterschiede der subjektiven Einschätzung zu den Erhebungszeitpunkten relativ gering aus: Während die Veränderung von T1 zu T2 statistisch nicht signifikant war ($+0,87$; $p > 0,05$; $n = 56$), traf dies auf den Vergleich T2 und T3 zu ($+0,60$; $p = 0,025$; $n = 95$). Innerhalb der Gruppe gab es individuelle Veränderungen, die sich bezüglich der Gruppenmaße größtenteils gegenseitig aufwogen: So hatten von T1 bis T2 die Einschätzungen von 20 Frauen abgenommen, bei elf Frauen waren sie gleich geblieben und bei weiteren 25 Frauen hatten sie zugenommen. Im Vergleich der Erhebungszeitpunkte T2 und T3 schätzten die Teilnehmerinnen ihre Allgemeine Selbstwirksamkeit in 33 Fällen niedriger, in elf Fällen unverändert und in 51 Fällen höher ein.

Tab. 8: Mittelwerte der Skala ‚Allgemeine Selbstwirksamkeit‘

	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Minimum	Maximum
Schwangerschaft (T1)	118	28,37	6,394	13	40
2 Wochen postpartum (T2)	191	29,24	5,803	12	40
4 Monate postpartum (T3)	281	29,84	5,968	12	40
10 Monate postpartum (T4)	139	30,37	5,013	16	40

Es interessierte auch, inwiefern die subjektive Einschätzung der Allgemeinen Selbstwirksamkeit mit der Fremdeinschätzung der Familienhebammen hinsichtlich der Kompetenzen der Frau in der ‚Selbsthilfe/Familienleben‘, der ‚Versorgung des Kindes‘ sowie der ‚Suche/Annahme externer Hilfe‘ (siehe oben) zusammenhing. Diesbezüglich wurden die Einschätzungen der Familienhebammen zu Beginn der Betreuung und die subjektiven Einschätzungen der Frauen sowohl in der Schwangerschaft als auch zwei Wochen nach der Geburt korreliert.

So bewerteten nur die *Frauen mit einem ersten Kind* ihre Allgemeine Selbstwirksamkeit zur Zeit der Schwangerschaft in ähnlicher Weise, wie die Familienhebammen zu Beginn der Betreuung deren Kompetenzen einschätzten ($r = 0,44$; $p = 0,013$). Dies traf nicht auf den Zeitpunkt zwei Wochen postpartum zu ($r = 0,10$; $p > 0,05$). Die subjektive Einschätzung von *Frauen mit einem zweiten oder weiteren Kind* zur Zeit der Schwangerschaft oder zwei Wochen nach der Geburt war völlig unabhängig von der Fremdeinschätzung der Familienhebammen ($p > 0,05$).

Eine zusätzliche Erhebung zur sozialen Erwünschtheit mittels einer Vier-Item-Kurzform des SDS-CM wurde im Verlauf des Projekts aufgenommen (Lück & Timaeus, 1969, 2008). Allerdings wurden die vier Items in der Schwangerschaft nur von 27 Frauen beantwortet, zwei Wochen nach der Geburt von 23 Frauen und vier Monate nach der Geburt von 24 Frauen. In diesen kleinen Stichproben legten die Korrelationskoeffizienten ein sozial erwünschtes Beantwortungsverhalten der Teilnehmerinnen hinsichtlich der Erhebung der Allgemeinen Selbstwirksamkeit in der Schwangerschaft ($n = 25$; $r = 0,52$; $p = 0,007$) und vier Monate postpartum ($n = 17$; $r = 0,61$; $p = 0,010$) nahe.

Diskussion

Die 446 Familien, die durch die Familienhebammen betreut wurden, wiesen überwiegend die sozioökonomischen Merkmale und vielfältigen psychosozialen Belastungen auf, die vorab für die Zielgruppe definiert wurden. Prominent sind die Belastungen durch Überforderung und eine eingeschränkte Alltagsbewältigung (Belastungstyp 2) wie auch durch Gewalt- und Konflikterfahrungen sowie Sucht und psychische Erkrankung (Belastungstyp 1), die Hintergründe für eine potentielle Kindeswohlgefährdung und -vernachlässigung sein können. Laut Statistischem Bundesamt (2008) wurden bei insgesamt 2.630 Kindern unter drei Jahren, die 2007 in Obhut genommen oder durch eine Herausnahme⁵ geschützt wurden, in 60 % eine Überforderung der Eltern/eines Elternteils und bei 36 % Vernachlässigung angegeben⁶, so dass davon auszugehen ist, dass die Zielgruppe im Projekt einen Großteil dieser hoch belasteten Klientel einschließt.

Das Tätigkeitsprofil der Familienhebammen umfasst bei ihren zahlreichen Hausbesuchen nicht nur präventive und gesundheitsfördernde Leistungen, die sich auf die körperlichen und emotionalen Bedürfnisse des Kindes beziehen, sondern vielfältige Aufklärungsarbeit, psychosoziale Unterstützung und Beratung.

Mütterliche Kompetenzen

Sowohl der Belastungstyp ‚Wissens- und Ressourcenmangel/Überforderung‘ als auch die summierten gewichteten Belastungsfaktoren wiesen zu Beginn der Betreuung einen hoch signifikanten Zusammenhang mit allen drei Kompetenzbereichen auf. Das heißt, dass Frauen aus Sicht der Familienhebammen über umso geringere Kompetenzen verfügten, je stärker sie

5 »Vorläufige Schutzmaßnahmen umfassen die Inobhutnahme eines Kindes oder Jugendlichen sowie die Herausnahme eines jungen Menschen, z.B. aus einer Einrichtung, bei Gefahr im Verzug. Bei der Inobhutnahme ist das Jugendamt verpflichtet, Kindern und Jugendlichen vorläufigen Schutz zu bieten, wenn sie darum bitten oder wenn eine dringende Gefahr für ihr Wohl besteht. Die Herausnahme erfolgt bei Gefährdung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls von Kindern oder Jugendlichen und besteht in der Entfernung aus einer Pflegestelle oder einer Einrichtung, in der sich das Kind oder der Jugendliche mit Erlaubnis des Personensorgeberechtigten aufhält« (Statistisches Bundesamt 2008).

6 Für jedes Kind oder Jugendlichen konnten bis zu zwei Anlässe der Maßnahme angegeben werden.

insgesamt und aufgrund ihres Mangels an Wissen und durch Überforderung belastet waren. Hierauf ist von den Familienhebammen ein besonderes Augenmerk zu legen: Ressourcenmangel und Überforderung als potentielle Gefährdungsmerkmale für das Kind verlangen eine besondere Unterstützung zur Aneignung der erforderlichen elterlichen Kompetenzen.

Insgesamt wurden die Kompetenzen der Mütter, ihre Kinder angemessen zu versorgen, von den Familienhebammen sowohl zu Beginn der Betreuung als auch zum Abschluss niedriger eingeschätzt als ihre Kompetenzen hinsichtlich ihres Beitrags zum Familienleben oder der Suche bzw. Annahme von externer Hilfe. Das Heranwachsen eines Säuglings erfordert, insbesondere von Frauen, die erstmalig Mutter wurden, im Verlauf des ersten Lebensjahres einen ständigen Erwerb neuer Kompetenzen in Antwort auf die Entwicklungsschritte des Kindes. Dahingehend ist eine signifikante prä-post-Kompetenzzunahme der hoch belasteten Mütter in diesem Bereich, aber auch in den anderen beiden, nicht selbstverständlich zu erwarten.

Wurde die Stichprobe nach unterschiedlichen Gründen der Betreuungsbeendigung unterteilt, ergab sich ein Muster dahingehend, dass Mütter, insbesondere bei einer Betreuungsdauer bis zum ersten Geburtstag des Kindes oder wenn die Familienhebamme keinen weiteren Betreuungsbedarf mehr sah, zum Abschluss der Betreuung über bessere Kompetenzen in den Bereichen ‚Selbsthilfe/Familienleben‘ und ‚Suche/Annahme externer Hilfe‘, aber auch in der ‚Versorgung des Kindes‘ verfügten. Auffällig ist dagegen bei Betreuungsabschluss die signifikant schlechtere Einschätzung der Versorgung des Kindes in der Gruppe derjenigen Familien, deren Kind in Obhut genommen oder zur Adoption freigegeben wurde. Wie aus den ausführlichen Dokumentationen der Familienhebammen zu ersehen, war häufig die schlechte Ernährungssituation des Kindes ein Anlass für das Jugendamt, das Kind in eine Pflegefamilie oder in ein Heim zu geben. Inwieweit dabei eine gesteigerte Kompetenz zur Selbsthilfe und die Öffnung gegenüber externen Hilfsangeboten – beispielsweise aus dem Netzwerk Früher Hilfen – von den Frauen in ihrer Entscheidungsfindung genutzt wurde, eine (vorübergehende) Inobhutnahme des Kindes zu unterstützen oder abzuwenden, bleibt in dieser Auswertung offen.

Wurden die Belastungstypen berücksichtigt, konnten beim Typus ‚Gewalt/Sucht/Psychische Erkrankung‘ zum Abschluss der Betreuung Kompetenzverbesserungen im Bereich des Beitrags zum Familienleben und der Versorgung des Kindes verzeichnet werden. Beim Belastungstyp ‚Trennung/Krankes Kind‘ hatten die Mütter bei Betreuungsende erweiterte Kompetenzen hinsichtlich ihres Beitrags zum Familienleben und der Suche bzw. Annahme externer Hilfe. Hier sind offenbar psychosoziale Kompensationsmöglichkeiten und Unterstützung durch das soziale Netz bzw. die öffentlichen Hilfsangebote in stärkerem Umfang gegeben, so dass mit zunehmender Erfahrung der erfolgreichen Bewältigung

auch auf die sich veränderten Anforderungen in der Versorgung des heranwachsenden Säuglings kompetent reagiert werden kann. Warum die Kompetenzen der Frauen der Belastungstypen ‚Wissens- und Ressourcenmangel/Überforderung‘ und ‚Minderjährigkeit/Einrichtung/Unerwünschte Schwangerschaft‘ im Verlauf der Betreuung nicht statistisch signifikant zunahmen, lässt sich nicht befriedigend beantworten. Es kann vermutet werden, dass der fehlende Nachweis einer Wirkung mit den kleinen Stichproben zusammenhängt, die aufgrund des Zieles, möglichst »reine« Typen durch die Dimensionsreduktion zu gewinnen, entstanden, bei welchen diejenigen Frauen mit »typübergreifenden« Belastungen weniger berücksichtigt wurden. Andererseits ist es ebenfalls möglich, dass angesichts der Spezifik der Belastungsprofile die zeitliche oder didaktische Einstellung der Familienhebammen auf die Sub-Zielgruppen nicht ausreichend gelang oder auch psychologische Angebote nicht im erforderlichen Umfang zur Verfügung standen oder wahrgenommen wurden.

Allgemeine Selbstwirksamkeit

Die Reliabilitätskoeffizienten (Cronbach Alpha) der Skala ‚Allgemeine Selbstwirksamkeit‘ lagen zu allen drei Erhebungszeitpunkten, die miteinander verglichen wurden (T1, T2, T3), im Bereich einer guten bzw. sehr guten Verlässlichkeit.

Die Teilnehmerinnen schätzten ihre Allgemeine Selbstwirksamkeit mäßig hoch ein, was hinsichtlich einer erwarteten bzw. eingetretenen neuen Elternschaft nicht überrascht. Zwischen den Erhebungszeitpunkten Schwangerschaft und vier Monate nach der Geburt erfolgte nicht nur eine geringe und stetige Zunahme der durchschnittlichen Werte, sondern auch eine überwiegende Zunahme individueller Werte. Da die Theorie der Selbstwirksamkeit eine individuenbezogene Theorie ist, sind die individuellen Änderungen weit relevanter als die Stabilität im Aggregat (vgl. Behrens, 1983). Es darf davon abgeleitet werden, dass die kontinuierliche Begleitung der Familienhebammen einen stabilisierenden Effekt hatte und die Frauen in ihrer Selbstwirksamkeit unterstützt wurden. Darüber hinaus kann durch die Aufklärung der Hauptbezugspersonen durch die Familienhebammen deren Beurteilung ihrer Selbstwirksamkeit auch kritischer ausfallen. Das würde bedeuten, dass das neu erworbene Wissen über entstandene Risiken oder drohende Gefahren für das Kind eine sensiblere Wahrnehmung ihrer Selbstwirksamkeit oder ihrer diesbezüglichen Einschränkung mit sich bringt. Vor diesem Hintergrund ist selbst eine geringe Zunahme der Allgemeinen Selbstwirksamkeit als positiver Effekt zu bewerten.

Ein Vergleich der subjektiven Einschätzung der Allgemeinen Selbstwirksamkeit mit der Fremdeinschätzung der Familienhebammen hinsichtlich der Kompetenzen der Frauen verdeutlicht, dass die Wahrnehmung oder Perspektive der Teilnehmerinnen überwiegend eine andere ist als jene der Familienhebammen. Dies trifft sowohl für Frauen mit einem

ersten Kind zu als auch für Frauen mit einem zweiten oder nachfolgenden Kind. Die einzige Ausnahme war die Übereinstimmung der subjektiven Einschätzung der Allgemeinen Selbstwirksamkeit von Frauen mit einem ersten Kind zum Zeitpunkt ihrer Schwangerschaft und die Fremdeinschätzung ihrer Kompetenzen durch die Familienhebammen zu Beginn der Betreuung. Möglicherweise ist dieser Zusammenhang in der Schwangerschaft durch das signifikante sozial erwünschte Beantwortungsverhalten der Teilnehmerinnen zu erklären.

Es könnte hier allerdings argumentiert werden, dass die durch die Familienhebammen erfassten Kompetenzen (wie die praktische Sorge für das Kind hinsichtlich Ernährung und die Entwicklung einer emotionalen Beziehung zum Kind) kein Gegenstand sind, an dem sich die subjektive Allgemeine Selbstwirksamkeit erleben oder darstellen kann. Jedoch fließen in die Fremdeinschätzung der Familienhebammen die Selbsthilfe/Familienlebenskompetenz der Frauen im Sinne von Bewältigungsstrategien ein bzw. ihre Fähigkeit, selbst etwas zu bewirken, sowie ihr Beitrag zum Familienleben (Organisation). Außerdem beinhaltet die Fremdeinschätzung der Familienhebammen die Bewertung der Kompetenz der Frauen, durch ihr soziales Netz bzw. öffentliche Hilfsleistungen Unterstützung zu suchen bzw. sie in Anspruch zu nehmen. Diese stellen differenzierte Formen von Selbstwirksamkeit dar. Zudem erfordern sowohl die Pflege und Ernährung als auch die Beziehung zu einem Säugling ständig neue Problemlösungs- und Selbstwirksamkeitsstrategien, die durch die zunehmende psychomotorische Kompetenz des Kindes, die Entwicklung der Sinne oder auch typische Säuglingserkrankungen auf die Probe gestellt werden.

In der Zusammenschau kann aufgrund des Evaluationsdesigns selbstverständlich nicht gefolgert werden, dass die verbesserten Outcomes ausschließlich auf die Betreuung der Familienhebammen zurückzuführen sind. Dies unterstreichen mehrere Gründe: Neben dem Netz der Frühen Hilfen konnten viele Frauen auch auf informelle Hilfe durch Familienangehörige und andere Bezugspersonen zurückgreifen. Die Familienhebammen waren in fast der Hälfte der Familien nicht allein als Akteure tätig, sondern arbeiteten mit dem Jugendamt, den Familienhelferinnen und weiteren Kooperationspartnern zusammen; regional existieren sowohl hinsichtlich des Angebotsspektrums als auch der Kommunikation der Akteure untereinander Unterschiede; und zudem bestehen individuelle Motivlagen und Bewertungsstrategien der Frauen/Familien, die zeitlich variieren und z.B. auch durch die aktuelle politische Entwicklung und mediale Diskussion beeinflusst werden.

Andererseits sprechen für einen positiven Einfluss der kontinuierlichen und aufsuchenden Betreuung der Familienhebammen die folgenden Aspekte: Im Verlauf der Zeit, bis zum ersten Geburtstag des Kindes, entwickelt sich das Kind kontinuierlich weiter und fordert in zeitlich kurzen Abständen immer wieder neue Kompetenzen der Eltern sowohl in der

DEPRESSIVE SYMPTOMATIK UND FEINFÜHLIGKEIT

Ernährung und Pflege des Kindes, der Beziehung der Mutter/Eltern zu ihrem Kind als auch in der Organisation des Haushalts und Suche nach externer Hilfe; im Verlauf des ersten Lebensjahres erlebten die Familien laut Dokumentation viele Herausforderungen und Krisen, wie akute Erkrankungen und Unfälle des Säuglings, Partnerschaftskonflikte, Alkoholabusus eines Familienmitglieds etc., die zusätzliche Kompetenzen in der Bewältigung und teilweise rasches Handeln erforderten; Mütter mit einem niedrigen Bildungsabschluss verfügen meist über wenige Ressourcen und einen eingeschränkten Zugang zu Informationen und Erkenntnissen mit Blick auf die kindliche Entwicklung bzw. das Kindeswohl; und die bevorstehende berufliche Zukunft stellt eine neu entstandene Familie vor zusätzliche organisatorische Fragen. Angesichts dieses Belastungspotentials ist jede Stabilität von Kompetenzen und der Allgemeinen Selbstwirksamkeit als positives Ergebnis zu werten und eine Steigerung als Nachweis wirksamer Unterstützungsangebote zu interpretieren.

Die Aussagekraft der Ergebnisse wird gestützt durch die umfangreiche Stichprobe und die genaue Beschreibung ihrer Zusammensetzung bzw. Merkmale, die umfangreiche Dokumentation durch die Familienhebammen sowie die standardisierten Angaben. Eine Einschränkung stellt die Tatsache dar, dass die Familienhebammen sowohl die Datenerhebung durchführten als auch die Hauptakteurinnen bezüglich der Interventionen waren. Dieses Verzerrungspotential war jedoch nicht zu umgehen. Da die Familienhebammen praktisch keinen Nutzen von Falscheintragungen hatten und im Detail wenig Bewusstsein gegenüber der wissenschaftlichen Verwertung der Dokumentation bestand, kann von einer authentischen Dokumentationsführung ausgegangen werden. Als Vorteil wird zudem erachtet, dass die Familienhebammen die von ihnen betreuten Familien aufgrund der häufigen Kontakte sehr gut kannten und somit Veränderungen in den Familien besser beobachten und feststellen konnten als punktuell eingesetzte Interviewerinnen.

Fazit

Die Ergebnisse des Projektes FrühStart sind ein ermutigendes Signal, die flächendeckende Umsetzung der Einführung der Familienhebammen in Sachsen-Anhalt weiter voranzutreiben, um dem Bedarf von Familien mit psychosozialen/gesundheitlichen Belastungen, in denen Kinder bis zum ersten Geburtstag leben, nach einer aufsuchenden Hilfe entgegenzukommen. Die Familienhebammen stellen eine wichtige Instanz der Beratung und Anleitung – und dies besonders in gesundheitlichen Fragen – im direkten Lebensumfeld der Betreuten dar und können es den Eltern ermöglichen, die stetig wachsenden und sich modifizierenden Bedürfnisse des Kindes zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. Dabei könnte ein verstärktes Bewusstsein für die subjektive Einschätzung der Selbstwirksamkeit der Mütter, die sich von der Kompetenzeinschätzung der Familienhebammen unterscheidet, hilfreich sein.

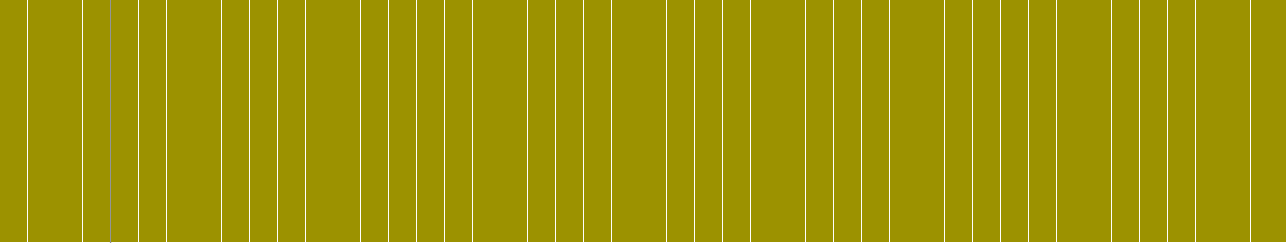
Die Ergebnisse haben gezeigt, dass eine nachweisliche Verbesserung der mütterlichen Kompetenzen möglich ist, insbesondere bei Familien, deren Säugling bis zu seinem ersten Geburtstag betreut wird.

In Kenntnis um die spezifischen Belastungskonstellationen und den damit verbundenen unterschiedlichen Wirkungsgrad der Arbeit der Familienhebammen müssen geeignete Wege der Information, Beratung und Anleitung gefunden werden, um die Familien nachhaltig zu erreichen und in ihrem Empowerment zu fördern. Insbesondere Familien, die Mehrfachbelastungen schultern, stark darin überfordert sind, ihre Lebenssituation zu meistern, und einen großen Mangel an Wissen und Ressourcen aufweisen, benötigen eine intensive und zielgruppenspezifische Unterstützung und Stärkung ihrer elterlichen Kompetenzen in der Versorgung des Kindes, ihrem Beitrag zum Familienleben und der Inanspruchnahme von externer Hilfe.

Ein ‚Belastungstyp‘, der von einer (noch) zielgruppenspezifischer orientierten Betreuung – und einer entsprechenden Modifikation der in Sachsen-Anhalt etablierten Weiterbildung zur Familienhebamme – profitieren könnte, sind minderjährige Mütter und Frauen mit einer unerwünschten Schwangerschaft. Sie benötigen eine stärker individualisierte und jugendlichegerechte Unterstützung, um eine nachweisbare Erweiterung ihrer Kompetenzen zu erreichen. Dies muss auch vom gesamten Netzwerk ‚Frühe Hilfen‘ gefordert werden, in das die Familienhebammen als Akteure des Gesundheitssektors eingebunden sind. Das Netzwerk hält zwar eine Vielzahl an unterschiedlichen Angeboten bereit, jedoch müssen diese noch zielgerichteter und für die individuellen Bedürfnisse synchronisiert werden und Zugangs- und Überleitungswege besser auf die einzelnen Akteure abgestimmt werden.

LITERATUR:

- Ayerle, G. M. (2009). Prädikat Familienhebamme. Hebammenforum, 7, S. 529-535.
- Ayerle, G. M., Luderer, C. & Behrens, J. (2009). Die Begleitung von Familien mit besonderen Belastungen durch Familienhebammen: Das Spektrum gesundheitsfördernder Leistungen und die Perspektive der Nutzerinnen. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 8(1), S. 6-25. URL: <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/media/HalBeitr/Halle-PfleGe-08-01.pdf> (Stand: 30.4.2010).
- Behrens, J. (1983). »Bedürfnisse« und »Zufriedenheiten« als Statussymbole und Anrechte. Lehren aus einem Panel für Bedürfnistheorie und Planung, In K. O. Hondrich & R. Vollmer (Hrsg.), Bedürfnisse, Stabilität und Wandel. Theorie, Zeitdiagnose, Forschungsergebnisse (S. 193 - 244). Opladen, Westdeutscher.
- Behrens, J. (2002). Sinn machen »quantitative« Untersuchungen nur als Teile »qualitativer« Studien. In J. Behrens (Hg.), Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 1(1). URL: <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=377> (Stand: 30.4.2010).
- Jerusalem & Schwarzer (1999). Allgemeine Selbstwirksamkeit. URL: http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/Allgemeine_Selbstwirksamkeit/allgemeine_selbstwirksamkeit.htm (Stand: 30.4.2010).
- Lück, H. E. & Timaeus, E. (1969). Skalen zur Messung Manifesten Angst (MAS) und sozialer Wünschbarkeit (SDS-E und SDS-CM). Diagnostica, 15, S. 134-141.
- Lück, H. E. & Timaeus, E. (2008). SDS-CM (Kurzform für ALLBUS 1980). In Glöckner-Rist, A. (Hrsg.), Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen. ZIS Version 12.00. Köln: GESIS. URL: <http://www.gesis.org/dienstleistungen/methoden/spezielle-dienste/zis-ehes/download-zis/> (Stand: 30.4.2010).
- Meysen, T., Schönecker, L. & Kindler, H. (2009). Frühe Hilfen im Kinderschutz: Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim, München, Juventa.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2010). Projekte auf Basis des Programms »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme«. <http://www.fruehehilfen.de/projekte/modellprojekte-fruehe-hilfen/> (Stand: 30.4.2010).
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Eds.), Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (pp. 35-37). Windsor, UK, NFER-NELSON.
- Statistisches Bundesamt (2008). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe: Vorläufige Schutzmaßnahmen. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.



**YVONNE ZIERT, VIVIEN KURTZ, TANJA JUNGSMANN:
GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSVERHALTEN DER MÜTTER
IN DER SCHWANGERSCHAFT – ERGEBNISSE DES MODELL-
PROJEKTES »PRO KIND«**

Zur Notwendigkeit risikogruppenspezifischer Gesundheitsförderung

Dem mütterlichen Gesundheitszustand und -verhalten kommt in der Schwangerschaft eine besondere Bedeutung zu, da beides direkte Auswirkungen auf die Entwicklung des ungeborenen Kindes hat. Soziale Benachteiligung geht häufig mit einer Kumulation von finanziellen, sozialen und persönlichen Risikofaktoren einher, die auch nachhaltige Auswirkungen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten schwangerer Frauen haben:

- So konsumieren sozial benachteiligte Frauen in der Schwangerschaft häufiger Zigaretten, Alkohol oder Drogen, wodurch schon im Mutterleib negative kindliche Gesundheits- und Entwicklungsvoraussetzungen, z.B. erhöhtes Risiko für Früh- und Fehlgeburten, bestehen (Bergmann, Bergmann, Schumann, Richter & Dudenhausen, 2008; Günter, Scharf, Hillemanns, Wenzlaff & Maul, 2007; Koller, Lack & Mielck, 2009; Martin & Dombrowski, 2008; Schneider, Maul, Freerksen & Pötschke-Langer, 2008; Simoes, Kunz & Schmahl, 2009).
- Ein weiterer Risikofaktor kann eine erhöhte psychische Belastung bis hin zur psychischen Erkrankung der werdenden Mutter sein. Psychische Belastungen und Störungen sind mit dem Vorliegen geringer psychosozialer Ressourcen korreliert, vor allem über persönliche Belastungsfaktoren wie die allgemeine Wohn- oder Lebenslage (z.B. Alleinerziehendenstatus, Obdachlosigkeit) (Hradil, 2006). Ein erhöhtes Stress- oder Angstlevel begünstigt Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen (Ehlert, Sieber & Hebisch, 2003). Affektive und andere psychische Störungen (z.B. Depressionen) können zudem die elterliche Feinfühligkeit in der frühen Interaktion mit dem Kind beeinträchtigen und insofern ein Risiko für die spätere emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes darstellen (vgl. Herpertz-Dahlmann & Remschmidt, 2000).
- Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft und nachgeburtliche Früherkennungsuntersuchungen für die Kinder sind von ähnlich weitreichender Bedeutung für die primäre Prävention fetoneonataler Mortalität, Morbidität und von Entwicklungsstörungen wie z.B. Impfprogramme (Bundesministerium für Familie, 2002; Günter et al., 2007; Simoes, Kunz, Bosing-Schwenkglens, Schwoerer & Schmahl, 2003; Simoes et al., 2009; Suchodoletz, 2007). Diese universellen primärpräventiven Angebote werden von mehrfach risikobelasteten Frauen in weitaus geringerem Maße in Anspruch genommen (Bundesministerium für Gesundheit, 2008; Lampert & Kurth, 2007).

Die Kumulation der genannten gesundheits- und entwicklungsbezogenen Risiken in der Gruppe sozial benachteiligter Familien erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme kostenintensiver sekundärer und tertiärer Präventionsmaßnahmen, allerdings erreichen auch diese Angebote die Adressaten häufig nicht (Kühn & Rosenbrock, 1994). Dieses Problem hat vor allem zwei Gründe:

- Zum einen verfügen sozial benachteiligte Familien seltener über die Kenntnis grundlegender medizinischer und rehabilitationsbezogener Fachbegriffe und Konzepte, ein Wissen über die Grundstruktur des Gesundheitsversorgungssystems, die Fähigkeit zum Verständnis einfacher medizinischer Texte, Fertigkeiten zur eigenverantwortlichen Beschaffung medizinischer Informationen (z.B. im Internet, durch Bücher, bei Beratungsstellen) und über soziale Kompetenzen im Umgang mit Ärzten (vgl. Paasche-Orloff & Wolf, 2007).
- Zum anderen fällt es ihnen angesichts des schwierigeren Alltags aufgrund multipler Risikobelastungen, die zu meistern sind, auch mit dem entsprechenden Wissen schwerer, sich konsequent gesundheitsbewusst zu verhalten.

Das Konglomerat dieser Fähigkeiten und Fertigkeiten fasst die WHO unter dem Begriff »Health Literacy« (Gesundheitskompetenz) zusammen. Die internationale Forschung der letzten 20 Jahre hat gezeigt, dass dieser Risikofaktor weiter verbreitet ist als angenommen: 38 % der amerikanischen Bevölkerung verfügen über eine geringe Gesundheitskompetenz, analoge Daten aus Deutschland sind nicht verfügbar (Kutner, Greenberg, Jin & Paulsen, 2006). Um negative Auswirkungen geringer Gesundheitskompetenz zu verhindern sowie sozial benachteiligte Frauen und ihre Familien im Hinblick auf die gesundheitliche Entwicklung ihrer Kinder gezielt zu unterstützen, ist eine risikogruppenspezifische Gestaltung von primären Präventionsprogrammen unerlässlich. Nach den Befunden internationaler Studien haben sich insbesondere solche Konzepte bewährt, die eine zugehende Struktur, z.B. in Form von Hausbesuchen, vorhalten (Walter, Schwartz, Robra & Schmidt, 2003).

Effektivität von Hausbesuchsprogrammen auf die mütterliche Gesundheit und das Gesundheitsverhalten: Metaanalytische Befunde

Gomby (2005) kommt in ihrer Metaanalyse zu dem Schluss, dass die Popularität von Hausbesuchsprogrammen in den USA vor allem auf wenige herausragende Beispiele wie das »Nurse-Family Partnership (NFP)«-Programm zurückführbar ist. So konnte dort z.B. der Anteil der schwangeren Raucherinnen signifikant reduziert werden, was sich wiederum positiv auf die Rate der zu früh geborenen Kinder auswirkte (vgl. Olds, 2006). Hausbesuche schon während der Schwangerschaft führten weiterhin zu einer Senkung mütterlicher Depressionen und Ängstlichkeit (Gomby, 2005). Andere Evaluationsstudien zeigen allerdings nur kurzfristige, instabile und sehr geringe positive Effekte auf den mütterlichen und kindlichen Gesundheitszustand sowie das mütterliche Gesundheitsverhalten (Doggett, Burrett & Osborn, 2007; Goeckenjan & Vetter, 2009; Gomby, 2005). Es stellt sich die Frage, wie diese uneinheitliche Befundlage erklärt werden kann. Den Befunden der Wirkmodellforschung zufolge entscheidet letztlich die Qualität der Umsetzung (z.B. Intensität der Hausbesuche, die Professionalität der eingesetzten Helfer oder die Zielübereinstimmung von Programm und Teilnehmerinnen) über die Effektivität von Hausbesuchsprogrammen (Gomby, 2007; Olds, Robinson, O'Brien, Luckey, Pettitt, Henderson, Ng, Sheff, Korfmacher, Hiatt & Talmi, 2002).

Mütterliche Gesundheitsförderung im Rahmen des Modellprojektes

»Pro Kind«

Das Modellprojekt »Pro Kind« orientiert sich in seiner präventiven Arbeit an dem Vorbild des NFP-Programms. Ein Ziel der Hausbesuche in der Schwangerschaftsphase ist die Verbesserung des mütterlichen Gesundheitsverhaltens und dadurch die Schaffung von günstigen Bedingungen für die Gesundheit und Entwicklung von Kindern aus sozial benachteiligten Familien. Die folgende Kurzdarstellung fokussiert entsprechend auf das projekteigene risikogruppenspezifische Gesundheitsförderungskonzept sowie seine theoretisch-praktischen Arbeitsgrundlagen, wenngleich das Begleitungsangebot und die Themenbereiche deutlich breiter gefächert sind (vgl. zu den Grundprinzipien und den Themenbereichen auch Jungmann, 2010; Jungmann, Adamaszek & Kolanowski, 2008; Jungmann, Kurtz & Brand, 2008) (vgl. zum Konzept der mütterlichen Gesundheitsförderung auch Ziert & Jungmann, in Vorbereitung).

Zur Verbesserung der mütterlichen Gesundheitskompetenz und –verhaltensweisen arbeitet die Familienbegleiterin mit der werdenden Mutter vor allem im Themenbereich »Persönliche Gesundheit«. Im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen spielt auch der Bereich »Formelle Netzwerke« eine Rolle. Dabei spiegeln sich die zentralen theoretischen Annahmen der Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura, der Bindungstheorie von Bowlby und der Ökologischen Theorie von Bronfenbrenner im praktischen, themenbezogenen Handeln der Familienbegleiterinnen wider. Deren zentrale Implikationen für das Konzept der mütterlichen Gesundheitsförderung werden nachfolgend kurz erläutert (vgl. auch Jungmann, Kurtz, Brand, Sierau & von Klitzing, eingereicht).

- Die beiden zentralen Komponenten der **Selbstwirksamkeitstheorie** (Bandura, 1977; Bandura, 1982) die Handlungsergebniserwartung und die Selbstwirksamkeitserwartung, fokussieren die Bedeutung individueller Überzeugungen im Rahmen von Verhaltensänderungsprozessen. Zur Stärkung der Handlungsergebniserwartung der »Pro Kind«-Teilnehmerinnen in Bezug auf die Ausübung eines bestimmten Gesundheitsverhaltens werden gemeinsam mit den Familienbegleiterinnen relevante Informationsmaterialien (z.B. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Rauchen in der Schwangerschaft) sowie programm-eigene Arbeits- und Informationsblätter bearbeitet. Zur Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung werden die Teilnehmerinnen dabei unterstützt, sich erreichbare Ziele zu setzen und die Umsetzung dieser Ziele detailliert zu planen, damit sie erfolgreich durchgeführt werden können. Ein persönlich erfahrener Handlungserfolg ist die stärkste Quelle zur Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung, wodurch wiederum Vertrauen zur weiteren Aneignung von Fähigkeiten geschaffen wird (Schütz & Renneberg, 2006). Das NFP-Programm hat gezeigt, dass sich ein Vorgehen nach dem sogenannten »lösungsorientierten Ansatz« als besondere Technik zur Formulierung dieser kleinschrittigen Ziele bewährt (O'Brien & Baca, 1997).

- Die **Bindungstheorie nach Bowlby** (1969) betont die Bedeutsamkeit einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Familienbegleiterin und Teilnehmerin, die durch Wertschätzung und Empathie geprägt ist. Diese »therapeutische Allianz« erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Familienbegleiterin über ihre Kommunikation und verbale Verstärkung Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Teilnehmerin nehmen kann. Die hohe Relevanz einer vertrauensvollen Bezugsperson im Zusammenhang mit dem Erwerb von Gesundheitskompetenz zeigt sich sowohl in empirischen Studien zur Patient-Arzt-Kommunikation (Ciechanowski, Katon, Russo & Walker, 2001) als auch in Studien zur Prävention von gesundheitlichen Risiken durch Nikotinkonsum für Schwangere und deren Kinder (Hannöver, Thyrian, Röske, Kelbsch, John & Hapke, 2004).
- Die **Ökologische Theorie von Bronfenbrenner** (1992) betont die Bedeutsamkeit des sozialen Umfelds der Teilnehmerin bei der Ausübung bzw. dem Erwerb gesundheitsbezogener Verhaltensweisen. Mit dem Ziel, die sozialen Ressourcen der Teilnehmerinnen im Kontext von Verhaltensänderungen zu nutzen, sind die Familienbegleiterinnen bestrebt, andere Familienmitglieder oder Freunde in die Hausbesuche zu integrieren (Olds, Henderson, Cole, Eckenrode, Kitzman, Luckey, Pettitt, Sidora, Morris & Powers, 1998). Darüber hinaus soll die Fähigkeit der Teilnehmerin gefördert werden, Verantwortung für ihre Gesundheit und die des Kindes zu übernehmen und regelmäßig die Angebote in ihrem formellen Netzwerk in Anspruch zu nehmen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft).

Wenngleich es sich bei »Pro Kind« um ein theoriebasiertes, durch Handbücher und Leitfäden strukturiertes Programm handelt, werden die Inhalte und die Intensität der einzelnen Hausbesuche von den Familienbegleiterinnen an die entsprechenden Bedürfnisse der jeweiligen Teilnehmerin und ihrer Familie angepasst.

Effektivität des Modellprojektes »Pro Kind« auf das mütterliche Gesundheitsverhalten

Untersuchungsdesign und -methoden

Zur Erfassung der Programmeffektivität werden die Teilnehmerinnen bei ihrer Aufnahme in das Projekt zufällig und stratifiziert nach Alter, Nationalität und kommunaler Zugehörigkeit (Efron's biased coin design) entweder der Treatmentgruppe (TG) oder der Kontrollgruppe (KG) zugeordnet. Die Hausbesuche durch Familienbegleiterinnen finden nur in der TG statt. Alle Teilnehmerinnen haben Zugang zum staatlichen Versorgungsangebot, und ihnen werden die Fahrtkosten zu den Vorsorgeuntersuchungen erstattet (Parempflege). Um die Wirksamkeit des Hausbesuchsprogramms in der Schwangerschaftsphase zu erfassen, erfolgen weiterhin mit allen Teilnehmerinnen standardisierte Befragungen durch geschulte Interviewerinnen. Die erste Befragung erfolgt im Rahmen des Aufnahmegesprächs (t0-Interview), die zweite Befragung (t1-Interview) findet um die 36. Schwangerschaftswoche

statt. Eine weitere Befragung findet nachgeburtlich, im 6. Lebensmonat der Kinder statt (t2; weitere nachgeburtliche Untersuchungen sind für die vorliegenden Auswertungen nicht relevant). Zur Erfassung der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens der schwangeren Frauen werden die folgenden Skalen eingesetzt:

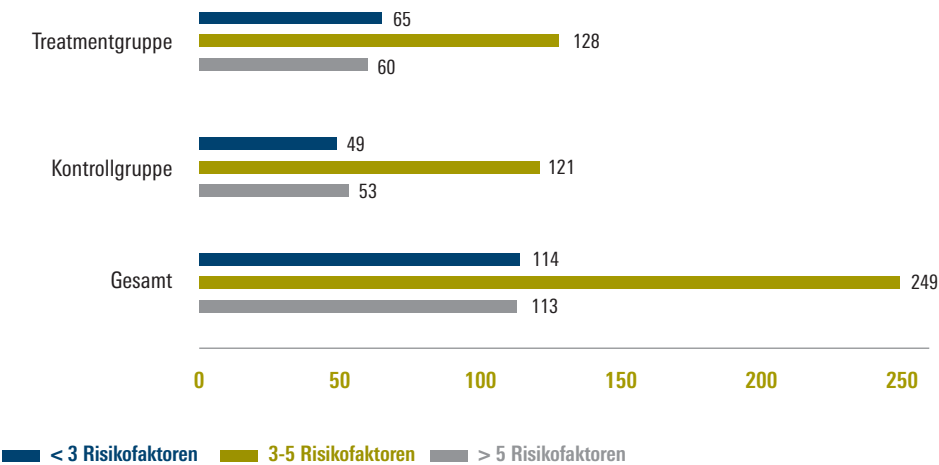
- **Zigarettenkonsum:** Durch eine Filterfrage werden die Teilnehmerinnen identifiziert, die zum Zeitpunkt der Befragung Zigaretten konsumieren. Bei diesen wird die genaue Anzahl an konsumierten Zigaretten pro Tag zu den Erhebungszeitpunkten t0 und t1 erhoben.
- **Inanspruchnahme ärztlicher Vorsorgeuntersuchungen:** Die Angaben zur Inanspruchnahme werden nachgeburtlich zu t2 dem kindlichen U-Untersuchungsheft entnommen.
- **Psychische Belastung:** Die Depressions-, Angst- und Stressbelastung der Teilnehmerinnen wird im Rahmen der 21 Items umfassenden Kurzversion der Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1995) zu t0 und t1 erfasst.

Stichprobenbeschreibung unter besonderer Berücksichtigung der mütterlichen Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens

Die vorliegenden Ergebnisse basieren auf einer Stichprobe von 476 Teilnehmerinnen ($n = 253$ Teilnehmerinnen der TG, $n = 223$ Teilnehmerinnen der KG). Diese wurden größtenteils über Multiplikatoren wie z.B. Gynäkologen, Arbeitsagenturen/Jobcenter und Beratungsstellen an das Modellprojekt vermittelt (vgl. Brand & Jungmann, 2009). Zum Aufnahmezeitpunkt waren die Teilnehmerinnen durchschnittlich 21,39 Jahre ($SD = 4,43$) alt und befanden sich im Mittel in der 20. Schwangerschaftswoche ($M = 20,34$; $SD = 5,57$). Im dreigliedrigen Schichtindex, der in Anlehnung an Lampert und Kroll (2006) gebildet wurde, sind 97,4 % der Teilnehmerinnen der unteren Schicht zuzuordnen. Die Belastung der Teilnehmerinnen durch insgesamt 14 Risikofaktoren (z.B. Minderjährigkeit, Risikoschwangerschaft, chronische körperliche oder psychische Erkrankungen, Konsum von Nikotin, Alkohol oder Drogen, Missbrauchserfahrung in der Kindheit) wurde z.T. unter Rückgriff auf das Risikofaktorenkonzept für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung von Kindler (2009) erfasst.

Wie aus Abbildung 1 hervorgeht, sind alle Teilnehmerinnen multipel risikobelastet, wobei die meisten zwischen vier und sechs Risikofaktoren aufweisen. Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen.

Abb. 1: Risikobelastung der Teilnehmerinnen (kategorisiert und getrennt nach Gruppenzugehörigkeit)



Im Folgenden wird die Gesamtstichprobe mehrfach risikobelasteter Frauen hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Charakteristika zum Baseline-Zeitpunkt (t0) im Vergleich zur Norm beschrieben. Für die querschnittlichen Vergleiche der »Pro-Kind«-Teilnehmerinnen mit entsprechenden Normdaten wurden in Abhängigkeit von dem Skalenniveau der erhobenen Daten t-Tests, Chi-Quadrat-Tests oder Mann-Whitney-U-Tests berechnet. Mittelwerte werden jeweils mit Standardabweichungen (in Klammern) angegeben. Zudem werden statistische Kennwerte und die Signifikanzniveaus berichtet.

Rauchen

Der absolute Anteil an Raucherinnen unter den schwangeren Frauen bei ihrer Aufnahme in das Modellprojekt »Pro Kind« wird dem Anteil an schwangeren Raucherinnen aus der Normstichprobe des Euro-Scip-III-Surveys für Deutschland (Giersiepen, Janssen, Tsoneva-Pentcheva, Hassel, Pilali, Flannery & Duarte Vitória, 2006) gegenübergestellt.

Abb. 2: Anteil an Raucherinnen bei den »Pro-Kind«-Teilnehmerinnen im Vergleich zur Normstichprobe im Euro-Scip-III-Survey für Deutschland (*** p < .001)

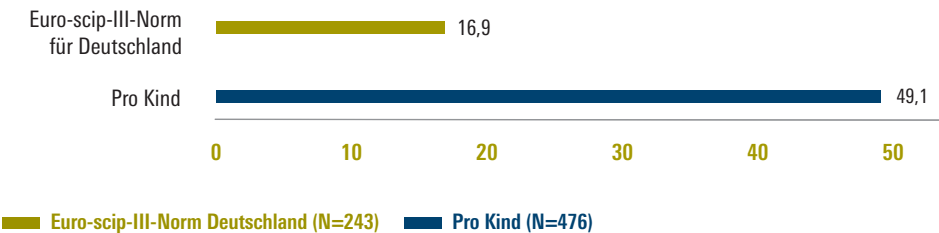
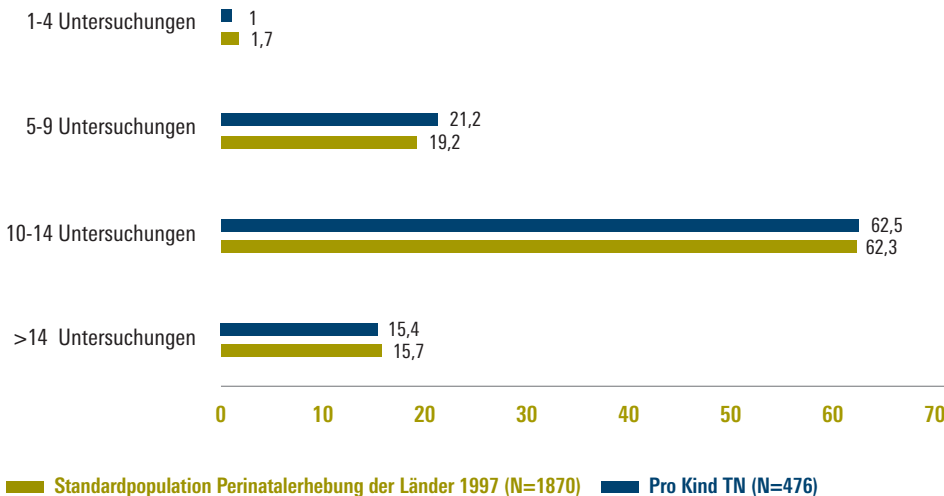


Abbildung 2 illustriert, dass fast die Hälfte der multipel risikobelasteten »Pro-Kind«-Teilnehmerinnen angibt, in der Schwangerschaft zu rauchen, im Vergleich zu lediglich knapp 17 % in der Normpopulation. Dieser Unterschied wird statistisch hoch signifikant.

Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft

Bei einem normalen Schwangerschaftsverlauf sind insgesamt zehn Vorsorgeuntersuchungen vorgesehen, bei Vorliegen einer Risikoschwangerschaft können weitere Vorsorgetermine notwendig werden (Bundesministerium für Familie, 2002). Die vergleichende Betrachtung der Inanspruchnahmeraten der »Pro Kind«-Teilnehmerinnen mit denen aus den Perinataldaten der Länder ergeben keine signifikanten Unterschiede, wie auch die Abbildung 3 illustriert.

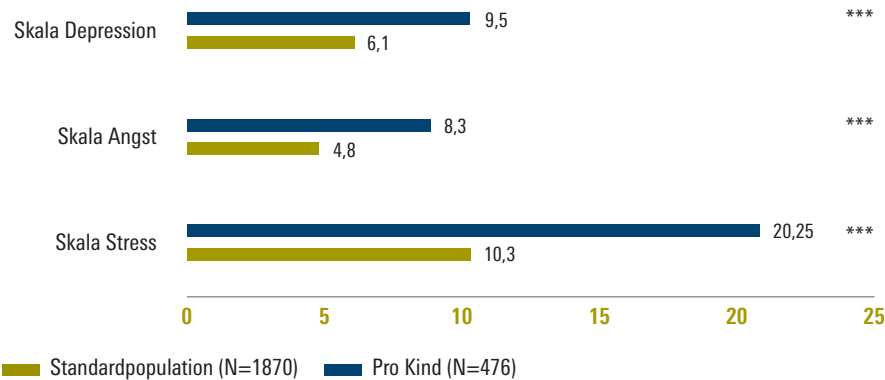
Abb. 3: Vergleich der Anzahl der in Anspruch genommenen Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft der »Pro Kind«-Teilnehmerinnen mit den Daten der Perinatalerhebung der Länder 1997 (Bundesministerium für Familie, 2002)



Psychische Belastung

Hinsichtlich ihrer psychischen Belastung auf den Dimensionen Depression, Angst und Stress bei ihrer Aufnahme in das Modellprojekt »Pro Kind« werden die Teilnehmerinnen mit der altersäquivalenten Normstichprobe der 20- bis 29-jährigen aus der DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995) verglichen. Abbildung 4 zeigt, dass die psychische Belastung der »Pro-Kind«-Teilnehmerinnen in allen drei gemessenen Dimensionen numerisch deutlich sowie statistisch hoch signifikant über der der Normstichprobe liegt. Besonders auffällig ist die hohe Stressbelastung der »Pro Kind«-Teilnehmerinnen zum Projekteinstieg.

Abb. 4: Vergleich der mittleren psychischen Belastung der »Pro Kind«-Teilnehmerinnen mit der Normgruppe der 20- bis 29-jährigen der DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995) (***) $p < 0.001$



Ergebnisse zur Programmeffektivität auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten

Um die Effektivität des Hausbesuchsprogramms auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der belasteten Frauen zu erfassen, wird als unabhängige Variable (UV) die Gruppenzugehörigkeit (Treatment- vs. Kontrollgruppe) gewählt, als abhängige Variablen (AV) werden Nikotinkonsum, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen sowie die drei Dimensionen der psychischen Belastung – Depression, Angst und Stress – in separate Varianzanalysen (ANOVAs) mit Messwiederholung eingegeben.

Rauchen

Die Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung mit der abhängigen Variable »Anzahl gerauchter Zigaretten« sprechen dafür, dass die Raucherinnen in beiden Untersuchungsgruppen ihren Nikotinkonsum über die Zeit signifikant reduzieren (t_0 : $M_{TG} = 5,78$, $M_{KG} = 6,03$; t_1 : $M_{TG} = 4,97$, $M_{KG} = 4,46$; Haupteffekt »Zeit«: $F_{(1;231)} = 14,564$, $p < .001$). Die Frauen rauchen ca. einen Monat vor der Geburt durchschnittlich weniger Zigaretten als zum Einstieg in das Projekt, allerdings gibt es keine Unterschiede zwischen der Treatment- und Kontrollgruppe.

Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

Von den Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe werden durchschnittlich 11,97 der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen, die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe nehmen mit 10,99 Untersuchungen etwas seltener an Vorsorge während der Schwangerschaft teil. Dieser Unterschied verfehlt nur knapp die Signifikanz ($T_{(208)} = 1,96$, $p = 0,051$).

Psychische Belastung

Die beim Einstieg in das Modellprojekt »Pro Kind« im Vergleich zur Normstichprobe signifikant erhöhte psychische Belastung der Teilnehmerinnen nimmt insgesamt betrachtet bis zum Schwangerschaftsende signifikant ab. Insbesondere in der Treatmentgruppe gehen die selbstberichteten Depressions-, Angst- und Stressbelastungen zurück (vgl. Abbildung 5a-c).

Abb. 5a: Vergleich der Depressionsbelastung in Treatment- und Kontrollgruppe in der Schwangerschaftsphase (t0-t1, DASS-21, Haupteffekt »Zeit«: $F(1;471) = 11,905$, $p < .01$)

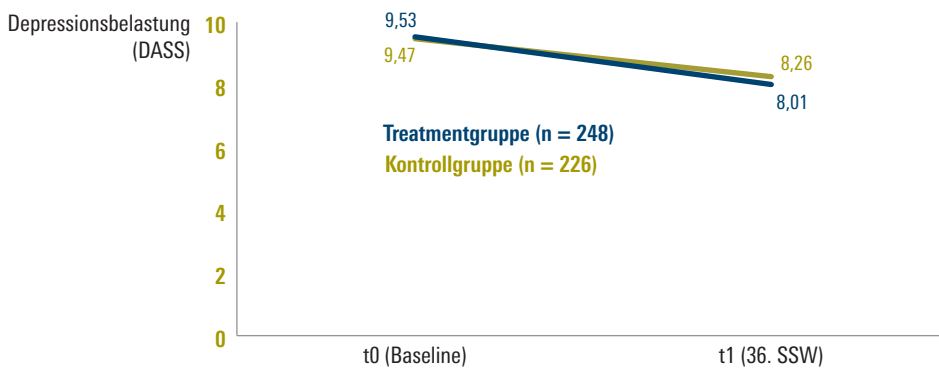
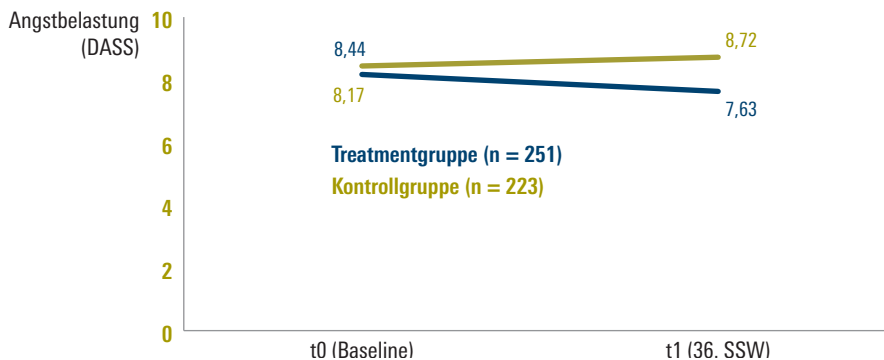


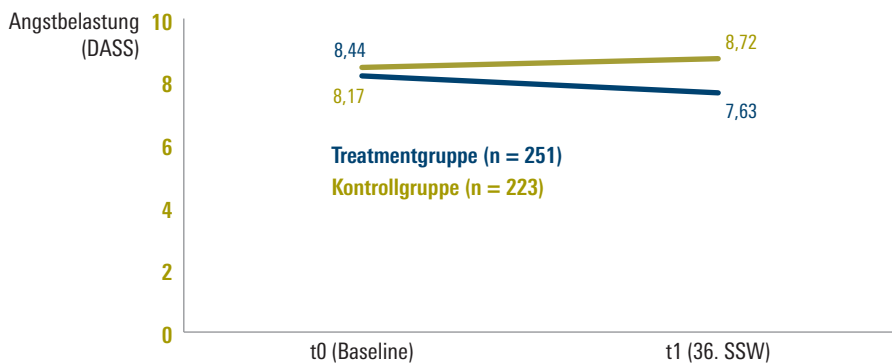
Abb. 5b: Vergleich der Angstbelastung in Treatment- und Kontrollgruppe in der Schwangerschaftsphase (t0-t1, DASS-21, Haupteffekt »Zeit«: n.s.)



Lediglich in der Kontrollgruppe steigt die Angstbelastung im Verlauf der Schwangerschaft leicht an, ohne dass jedoch der Unterschied über den Zeitverlauf zwischen den Gruppen statistisch bedeutsam wird. Die psychischen Belastungswerte aller Teilnehmerinnen liegen

auch zum Ende der Schwangerschaft signifikant über denen der DASS-21-Normstichprobe (vgl. auch Abbildung 4).

Abb. 5c: Vergleich der Stressbelastung in Treatment- und Kontrollgruppe in der Schwangerschaftsphase (t0-t1, DASS-Skala, Haupteffekt »Zeit«: $F(1;471) = 14,384$ $p < .001$)



Diskussion

Die vorliegenden Befunde zeigen, dass es mit dem Hausbesuchsprogramm des Modellprojektes »Pro Kind« gelungen ist, die Zielgruppe der multipel risikobelasteten Schwangeren zu erreichen, die primäre Präventionsangebote üblicherweise nicht in Anspruch nehmen (Bundesministerium für Gesundheit, 2008; Lampert & Kurth, 2007). Der Vergleich der Stichprobe mit repräsentativen Daten großangelegter Populationsstudien bzw. mit den Normdaten der verwendeten Skalen zeigt einen vergleichsweise deutlich schlechteren Gesundheitszustand sowie ungünstigere Gesundheitsverhaltensweisen der belasteten Mütter und spricht für den enormen Bedarf der erreichten Frauen an einer risikogruppenspezifischen Gesundheitsförderung. Allerdings bleiben die erwarteten Programmeffekte auf das mütterliche Gesundheitsverhalten und ihren Gesundheitszustand aus. Vielmehr zeigen die Teilnehmerinnen beider Gruppen bis zum Ende der Schwangerschaft ein verbessertes Gesundheits- und vor allem ein verbessertes Inanspruchnahmeverhalten im Vergleich zu ähnlich risikobelasteten Frauen (Simoes et al., 2003). Allerdings nehmen die Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe im Mittel eine ärztliche Vorsorgeuntersuchung mehr in Anspruch als die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe. Dieser Unterschied wird bei der Größe der Stichprobe tendenziell signifikant, inwiefern er praktisch bedeutsam ist (z.B. für die kindliche Gesundheit), werden spätere Analysen zeigen. Das verbesserte Inanspruchnahmeverhalten beider Gruppen könnte auf die Übernahme der Fahrtkosten zu den Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Panelpflege zurückführbar sein. Die Übernahme von Fahrtkosten wird in der Literatur als eine Möglichkeit diskutiert, um die Inanspruchnahmerate sozial bena-

chteiliger Frauen an Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen zu erhöhen (Goeckenjan & Vetter, 2009). Differenziertere Analysen zur Klärung dieser Annahme werden derzeit durchgeführt.

Während die gefundenen Zeiteffekte im Rahmen eines einfachen Prä-Post-Designs ohne Kontrollgruppe fälschlicherweise als Treatmenteffekte interpretiert worden wären, zeigen die Vergleiche mit der Kontrollgruppe, dass Programmwirkungen zugunsten des Treatments bisher nicht nachgewiesen werden können. Dies stimmt zwar mit Ergebnissen vieler anderer internationaler Studien überein, die ebenfalls von fehlenden oder sehr geringen Effekten für Hausbesuche während der Schwangerschaft berichten (z.B. Gomby, 2005). Nachfolgend sollen aber einige methodische und durchführungspraktische Aspekte diskutiert werden, die das bisherige Ausbleiben der Programmeffekte auf das pränatale mütterliche Gesundheitsverhalten im Projekt »Pro Kind« erklären könnten.

- **Methodische Probleme:** Zur Erfassung des mütterlichen Gesundheitszustandes und –verhaltens wurden überwiegend Selbstangaben der Teilnehmerinnen herangezogen. Insofern können systematische Verzerrungen, z.B. durch soziale Erwünschtheitstendenzen, nicht ausgeschlossen werden. Allerdings zeigen sich vergleichbare Befundmuster auch bei Variablen, die aus Dokumenten wie dem U-Untersuchungsheft übernommen wurden. Trotz Randomisierung lassen sich keine kausalen Aussagen darüber machen, welche Prozesse dazu geführt haben, dass unterschiedliche Veränderungen in den beiden Untersuchungsgruppen nicht nachweisbar sind. Hierzu müssen in einer differenzierteren Datenauswertung die Ergebnisse der Implementationsforschung in die Analysen einbezogen werden, die Aufschluss über die genauen Inhalte sowie die Qualität der Durchführung des Hausbesuchsprogramms geben. So können an dieser Stelle vor dem Hintergrund bisheriger metaanalytischer Befunde (z.B. Gomby, 2005; Gomby, 2007) lediglich Hypothesen formuliert werden.
- **Praktische Durchführung des Hausbesuchsprogramms:** Die Ergebnisse der Implementationsforschung zur **Programmintensität** zeigen, dass in der Schwangerschaftsphase durchschnittlich neun Hausbesuche von 14 geplanten stattfinden. Dies entspricht einer Rate von 79 % im Ist-Soll-Vergleich und kommt somit der NFP-Kernkomponente für Effektivität von 80 % sehr nahe. Die durchschnittliche Dauer der Hausbesuche liegt mit 83 Minuten ebenfalls innerhalb der vom NFP-Programm empfohlenen Zeitspanne von 60 bis 90 Minuten.
- Die **Professionalität der Familienbegleiterinnen** kann als gegeben betrachtet werden, da sie in der Regel über langjährige Berufserfahrung (15,2 Jahre; Range 0-31) und langjährige Erfahrung im Umgang mit sozial benachteiligten Familien (11,1 Jahre; Range 0-30) verfügen. Viele Familienbegleiterinnen haben neben ihrer primären Qualifikation als Hebamme oder Sozialpädagogin Weiterbildungen als Familienhebamme oder systemische Beraterin absolviert.

- Bei der **inhaltlichen Schwerpunktsetzung** ergibt sich allerdings eine deutliche Abweichung von den NFP-Zielvorgaben in dem hier relevanten Themenbereich »Persönliche Gesundheit«: Lediglich 28 % der Zeit, statt der vom NFP-Programm empfohlen 35 bis 40 %, werden in der Schwangerschaft mit Inhalten dieses Themenbereiches verbracht. Diese Diskrepanz könnte damit erklärt werden, dass ein Teil der Inhalte in diesem Bereich in Deutschland Bestandteil der normalen Hebammenvorsorge ist. Andererseits könnte dies aber auch auf die Notwendigkeit einer vertiefenderen Auseinandersetzung mit gesundheitsrelevanten Themen hinweisen, um Effekte auf die mütterliche Gesundheit und ihr Gesundheitsverhalten zu erzielen.
- **Ansatzpunkt der Intervention:** In der internationalen Wirksamkeitsforschung spielt für die Effektivität auch eine große Rolle, in welchem Bereich ein Projekt ansetzt. Was das mütterliche Gesundheitsverhalten angeht, stellt das Modellprojekt »Pro Kind« eher eine personale Präventionsmaßnahme dar, d.h. die Mütter sollen durch Aufklärung, Information, Verhaltensmodifikation und Stärkung der psychischen Ressourcen dazu motiviert werden, Gesundheitsrisiken für sich und das ungeborene Kind zu vermeiden und sich gesundheitsfördernd zu verhalten. Da sich Einstellungen und Verhaltensnormen aber nur sehr langsam und nur bei einer sehr intensiven und lang anhaltenden Intervention verändern, sind die Erfolge der personalen Prävention im Vergleich zur strukturellen Prävention, die versucht, die Bedingungen in der Lebensumwelt möglichst risikoarm und ressourcenreich zu gestalten, oft enttäuschend (vgl. Beelmann, 2006; Suchodoletz, 2007). Angesichts der Ganzheitlichkeit des Modellprojektes, die eine praktische Arbeit in fünf weiteren Themenbereichen (z.B. Lebensplanung) beinhaltet, der immanenten Kürze der pränatalen Interventionsphase und der übereinstimmenden Ergebnisse internationaler Hausbesuchsstudien überrascht das Ausbleiben von Effekten auf das mütterliche Gesundheitsverhalten zu diesem Zeitpunkt nicht.

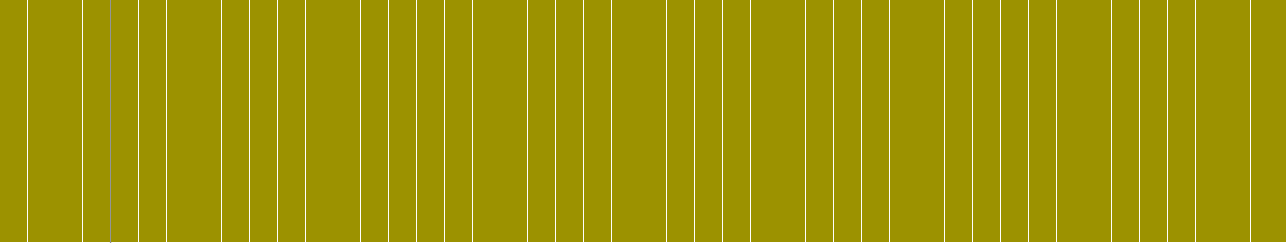
LITERATUR

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84(2), S. 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Journal of Psychology*(37), S. 122-147.
- Beelmann, A. (2006). Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 35(2), S. 151-162.
- Bergmann, R. L., Bergmann, K. E., Schumann, S., Richter, R. & Dudenhausen, J. W. (2008). Rauchen in der Schwangerschaft: Verbreitung, Trend, Risikofaktoren. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 212, S. 80-86.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. New York, Basic Books.
- Brand, T. & Jungmann, T. (2009). Zugang zu sozial benachteiligten Familien. Ergebnisse einer Multiplikatorenbefragung im Rahmen des Modellprojektes «Pro Kind. Prävention und Gesundheitsförderung, S. 1-6.
- Brand, T. & Jungmann, T. (2010). Abschlussbericht der Implementationsforschung zum Modellprojekt «Pro Kind». Unveröffentlichter Bericht für Stiftungen Reimann-Dubbers/Dürr.
- Bronfenbrenner, U. (1992). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002). Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Stuttgart, Kohlhammer.
- Bundesministerium für Gesundheit (2008). Strategien der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. Berlin, BMG.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W., Russo, J. E. & Walker, E. A. (2001). The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *The American journal of psychiatry* 158, S. 29-35.
- Doggett, C., Burrett, S. & Osborn, D. A. (2007). Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem (review). *The Cochrane Library*, Issue 3. The Cochrane Collaboration.
- Ehlert, U., Sieber, S. & Hebisch, G. (2003). Psychobiologische Faktoren von Schwangerschaft und Geburt. *Gynäkologe* 36, S. 1052-1057.
- Giersiepen, K., Janssen, B., Tsoneva-Pentcheva, L., Hassel, H., Pilali, M., Flannery, M. & Duarte Vitória, P. (2006). Euro-scip-III-Survey: An International Comparison of Smoking Prevalence in Pregnant Women. *European Action on Smoking Cessation in Pregnancy*. Bremen, BIPS.
- Goeckenjan, M. & Vetter, K. (2009). Gesetzliche Schwangerenvorsorge- Lässt sich das Erfolgskonzept der Schwangerenvorsorge in Deutschland weiter optimieren? In: E. Bitzer, U. Walter, H. Lingner und F.-W. Schwartz (Hrsg.). *Kindergesundheit stärken*. Heidelberg, Berlin, Springer, S. 36-44.
- Gomby, D. S. (2005). *Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents*. Washington, DC, Committee for Economic Development.
- Gomby, D. S. (2007). The promise and limitations of home visiting: Implementing effective programs. *Child Abuse and Neglect* 31, S. 793-799.

- Günter, H. H., Scharf, A., Hillemanns, P., Wenzlaff, P. & Maul, H. (2007). Schwangerschaften ohne Vorsorgeuntersuchung – welche Frauen sind potenziell betroffen, welche Risiken ergeben sich für das Kind? Analyse der Niedersächsischen Perinatalerhebung der Jahre 1987 bis 1999. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 211, S. 27-32.
- Hannöver, W., Thyrian, J. R., Röske, K., Kelbsch, J., John, U. & Hapke, U. (2004). Interventionen zur Prävention gesundheitlicher Risiken durch Tabakrauch für Schwangere, Frauen post partum und deren Kinder. *Das Gesundheitswesen* 66, S. 688-696.
- Herpertz-Dahlmann, B. & Remschmidt, H. (2000). Störungen der Kind-Umwelt-Interaktion und ihre Auswirkungen auf den Entwicklungsverlauf. In: F. Petermann, K. Niebank und H. Scheithauer (Hrsg.). *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung*. Göttingen, Hogrefe, S. 223-240.
- Hradil, S. (2006). Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: M. Richter und K. Hurrelmann (Hrsg.). *Die Kategorie Geschlecht: Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, S.
- Jungmann, T. (2010). Das Hausbesuchsprogramm des Modellprojektes »Pro Kind«. In: R. Kißgen und N. Heinen (Hrsg.). *Frühe Risiken und Frühe Hilfen*. Stuttgart, Klett-Cotta, S. 183-193.
- Jungmann, T., Adamaszek, K. & Kolanowski, M. (2008). Prävention, die in der Schwangerschaft beginnt – Das Modellprojekt »Pro Kind« und Familienhebammen in Niedersachsen und Bremen: Kooperation statt Konkurrenz. *Hebammenforum* 1, S. 25-28.
- Jungmann, T., Kurtz, V. & Brand, T. (2008). Das Modellprojekt »Pro Kind« und seine Verortung in der Landschaft früher Hilfen in Deutschland. *Frühförderung Interdisziplinär* 27(2), S. 67-78.
- Jungmann, T., Kurtz, V., Brand, T., Sierau, S. & von Klitzing, K. (eingereicht). Zielvariablen Kinder-gesundheit im Kontext Früher Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, S.
- Kindler, H. (2009). Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? In: T. Meysen, L. Schönecker und H. Kindler (Hrsg.). *Frühe Hilfen im Kinderschutz*. Weinheim, Juventa-Verlag, S. 173-211.
- Koller, D., Lack, N. & Mielck, A. (2009). Soziale Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen, beim Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft und beim Geburtsgewicht des Neugeborenen. *Empirische Ergebnisse auf Basis der Bayerischen Perinatal-Studie*. *Das Gesundheitswesen* 71, S. 10-18.
- Kühn, H. & Rosenbrock, R. (1994). Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. In: R. Rosenbrock, H. Kühn und B. Köhler (Hrsg.). *Präventionspolitik: Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung*. Berlin, Edition Sigma, S. 29-53.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y. & Paulsen, C. (2006). *The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483)*. Washington, DC, National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education.
- Lampert, T. & Kroll, L. (2006). Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: M. Richter und K. Hurrelmann (Hrsg.). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte*. Wiesbaden, VS Verlag, S. 297-319.
- Lampert, T. & Kurth, B. M. (2007). Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS)*. *Deutsches Ärzteblatt* 104, S. A2944-A2949.
- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd edition)*. Sydney, Psychology Foundation of Australia.

GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSVERHALTEN DER MÜTTER

- Martin, R. P. & Dombrowski, S. C. (2008). *Prenatal Exposures: Psychological and Educational Consequences for children*. New York, Springer.
- O'Brien, R. A. & Baca, R. P. (1997). Application of solution-focused interventions to nurse home visitation for pregnant women and parents of young children. *Journal of Community Psychology* 25, S. 47-57.
- Olds, D., Henderson, C. R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettitt, L., Sidora, K., Morris, P. & Powers, J. (1998). Long-term effects of Nurse Home Visitation on children's criminal and antisocial behavior. *The Journal of the American Medical Association* (280), S. 1238-1244.
- Olds, D. L. (2006). The Nurse-Family Partnership: an evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health J* 27(1), S. 5-25.
- Olds, D. L., Robinson, J., O'Brien, R., Luckey, D. W., Pettitt, L. M., Henderson, C. R., Ng, R. K., Sheff, K. L., Korfmacher, J., Hiatt, S. & Talmi, A. (2002). Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized, controlled trial. *Pediatrics* 110(3), S. 486-496.
- Paasche-Orloff, M. K. & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior* 31, S. 19-26.
- Schneider, S., Maul, H., Freerksen, M. & Pötschke-Langer (2008). Who smokes during pregnancy? An analysis of the German Perinatal Quality Survey 2005. *Public Health* 122, S. 1210-1216.
- Schüz, B. & Renneberg, B. (2006). Theoriebasierte Strategien und Interventionen in der Gesundheitspsychologie [Theory-based strategies and interventions in health psychology]. In: B. Renneberg und P. Hammelstein (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg, Springer, S. 123- 142.
- Simoes, E., Kunz, S., Bosing-Schwenkglens, M., Schwoerer, P. & Schmahl, F. W. (2003). Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorge ein Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen und Aspekte der Effizienz: Untersuchung auf Basis der Perinatalerhebung Baden-Württemberg 1998-2001. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 63, S. 538-545.
- Simoes, E., Kunz, S. K. & Schmahl, F. W. (2009). Inanspruchnahmegradien in der Schwangerenvorsorge fordern zur Weiterentwicklung des Präventionskonzepts auf. *Gesundheitswesen* 71, S. 385-390.
- Suchodoletz, v. W. (2007). Möglichkeiten und Grenzen von Prävention. In: W. v. Suchodoletz (Hrsg.). *Prävention von Entwicklungsstörungen*. Göttingen, Hogrefe, S. 1-9.
- Walter, U., Schwartz, F. W., Robra, B. P. & Schmidt, T. (2003). Prävention. In: F. W. Schwartz, B. Badura, K. Hurrelmann, A. Krämer, U. Laaser, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist und U. Walter (Hrsg.). *Das Public Health-Buch*. München, Urban & Fischer, S. 189-214.
- Ziert, Y. & Jungmann, T. (in Vorbereitung). Effekte eines risikogruppenspezifischen Präventionsangebotes in der Schwangerschaft auf das mütterliche Gesundheitsverhalten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*.



**PETER F. LUTZ UND MALTE SANDNER:
KOSTEN-NUTZEN-ANALYSE.
EFFEKTE AUF DEN (WIEDER-) EINSTIEG IN DAS BERUFSLEBEN**

Einleitung

Ein zentrales Ziel Früher Hilfen besteht darin, die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Dies wird durch die Begriffsbestimmung des NZFH bestätigt. Ein wichtiges Element der elterlichen Entwicklungsmöglichkeiten ist ihre berufliche Zukunftsperspektive. Dies gilt besonders für die Mutter, da sie häufiger als der Vater Bildung oder Beruf wegen der Kinderbetreuung unterbricht. Eine berufliche Zukunftsperspektive zu erlangen bedeutet, die Schule abzuschließen, eine Berufsausbildung erfolgreich zu beenden und sich danach in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Eine Schwangerschaft kann diesen Prozess an jeder Stelle unterbrechen. Abhängig davon soll der Wiedereinstieg in die Schule, die Ausbildung oder den Beruf ermöglicht werden, damit die Mütter ihre Zukunft verantwortungsvoller gestalten können.

Verschiedene theoretische Modelle sowie internationale empirische Untersuchungen von Frühen Hilfen geben Hinweise darauf, dass Frühe Hilfen bei der Verbesserung der beruflichen Perspektiven eine hohe Effektivität besitzen. Das Ziel der Verbesserung der beruflichen Perspektive ist neben den anderen Zielen Früher Hilfen aus mehreren Gründen besonders erstrebenswert: Zum einen bieten sich hier hohe fiskalische Einsparpotentiale für den Sozialstaat. Zum anderen wird das Humankapital der Mütter genutzt, und die Erwerbstätigkeit reduziert die Armutswahrscheinlichkeit und die damit verbundenen negativen Konsequenzen für die Entwicklung des Kindes. Weiterhin können Bildung und Berufstätigkeit zu einem unabhängigen, selbstbestimmten Leben der Mütter beitragen.

Bildung und Arbeit bei grundsicherungsbedürftigen Müttern mit Kleinkindern

In Deutschland bezogen im Jahr 2008 im Schnitt 396.164 Bedarfsgemeinschaften mit Kindern unter 3 Jahren Leistungen nach SGB II. Dies sind 11,1 % aller Bedarfsgemeinschaften und 21,48 % aller Haushalte mit Kindern zwischen 0 und 3 Jahren.^{1,2} Diese SGB II-Haushalte bezogen Leistungen in Höhe von ca. 4,7 Mrd. Euro im Jahr 2008.³ Zur Beurteilung der Arbeitsmarktsituation von Kleinkindmüttern mit SGB II-Bezug muss zunächst die Situation ihrer Haushalte betrachtet werden, da Transferzahlungen nach SGB II immer haushaltsbezogen sind. Außerdem werden Förderungen und Maßnahmen für die Mütter immer unter Berücksichtigung des gesamten Haushalts ausgewählt und gewährt.⁴ Das Hauptdifferenzie-

1 Vgl. Bundesagentur für Arbeit 2009

2 Vgl. Statistisches Bundesamt 2009

3 Vgl. Bundesagentur für Arbeit 2009, eigene Berechnung

4 §1 Abs.1 SGBII

rungsmerkmal der Haushalte besteht darin, ob es sich um einen alleinerziehenden Haushalt oder um einen Haushalt mit zwei Elternteilen handelt. Diese Differenzierung gibt es bei allen Transferhaushalten, sie hat aber bei Haushalten mit Kleinkindern die stärksten Auswirkungen. Auf diese wird im Folgenden näher eingegangen.

Unabhängig davon, ob es sich um einen alleinerziehenden Haushalt oder um einen Zwei-Eltern-Haushalt handelt, unterscheiden sich Transferhaushalte mit Mitgliedern im Alter zwischen null und drei Jahren aus mehreren Gründen von Transferhaushalten ohne Kinder oder auch von Haushalten mit älteren Kindern. Diese Besonderheiten wirken sich auf das Arbeitsmarkverhalten der Mütter aus und machen eine gesonderte Analyse von Transferhaushalten mit Kleinkindern notwendig.

Folgende Aspekte, die bei der Arbeitsmarktintegration eine Rolle spielen, sind bei Haushalten mit Kleinkindern und SGB II-Bezug auszumachen:

Betreuungsbedarf der Kleinkinder

Da Kleinkinder durchgehende Betreuung benötigen, muss diese bei Aufnahme einer Erwerbstätigkeit des erziehenden Elternteils gewährleistet sein. Die Betreuung kann entweder als Dienstleistung (Hort, Tagesmutter) vergeben oder von einem Elternteil selbst in Form von Hausarbeit erbracht werden. Ökonomen sprechen davon, dass Hausarbeit und die Inanspruchnahme eines Hortes Substitute sind. Dies führt für den Elternteil, der sonst die Kinderbetreuung übernommen hätte, zu hohen Opportunitätskosten bei der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, da von dem Erwerbslohn die Dienstleistung der Kinderbetreuung bezahlt werden muss, die sonst selbst erbracht werden könnte. Zusätzlich zu den hohen Opportunitätskosten einer Arbeitsaufnahme gibt es häufig das Problem, dass aufgrund von Mangel an Betreuungsplätzen kein adäquater Platz gefunden wird.⁵ Die Problematik der Kinderbetreuung ergibt sich auch bei Haushalten ohne Transferbezug. Bei Transferhaushalten stellt sich aber die Situation der hohen Opportunitätskosten besonders stark dar, da meist eine geringe Qualifikation vorherrscht und deshalb ein geringer Marktlohn zu erwarten ist. Andererseits werden Transferhaushalte bei den Kosten der Kinderbetreuung vom Staat unterstützt oder diese werden ganz übernommen (s.u. »Zusätzliche sozialstaatliche Leistungen«), was einen gegenläufigen Effekt darstellt. Der Gesamteffekt bedarf einer genauen Analyse.

Eingeschränkte Zumutbarkeit

Eine weitere Besonderheit besteht darin, dass für alle SGB II-Haushalte mit Kindern unter 3 Jahren bei den Erziehenden eine eingeschränkte Zumutbarkeit bei der Arbeitsaufnahme gilt. In § 10 Abs. 1 SGB II ist festgelegt:

⁵ Vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2008; BMFSJ 2009

»Dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen ist jede Arbeit zumutbar, es sei denn, dass... die Ausübung der Arbeit die Erziehung seines Kindes oder des Kindes seines Partners gefährden würde; die Erziehung eines Kindes, das das dritte Lebensjahr vollendet hat, ist in der Regel nicht gefährdet, soweit seine Betreuung in einer Tageseinrichtung oder in Tagespflege im Sinne der Vorschriften des Achten Buches oder auf sonstige Weise sichergestellt ist; die zuständigen kommunalen Träger sollen darauf hinwirken, dass erwerbsfähigen Erziehenden vorrangig ein Platz zur Tagesbetreuung des Kindes angeboten wird.«

In der Praxis wird dieser Absatz so ausgelegt, dass einem Elternteil wegen der Betreuung von Kleinkindern keine Arbeit zugemutet werden kann. Alleinerziehenden ist somit allgemein keine Arbeitsaufnahme zuzumuten, solange das Kind im Kleinkindalter ist.

Zusätzliche sozialstaatliche Leistungen

Transferhaushalte mit Kleinkindern bekommen zusätzliche Leistungen, die relevant für die Arbeitsaufnahme sind. Neben den üblichen kinderbezogenen Leistungen wie Kinderzuschlag, Kindergeld, Unterhaltsvorschuss und Mehrbedarfen für Alleinerziehende erhalten Haushalte mit Transferbezug in den ersten zwölf Monaten nach der Geburt ein Elterngeld. Dieses bemisst sich nicht an dem vorherigen Einkommen, sondern hat eine fixe Höhe von 300 Euro und wird auf alle anderen Sozialleistungen nicht angerechnet. Bei Alleinerziehenden wird das Elterngeld 14 Monate lang gezahlt. Weiter gibt es Regelungen im SGB II und SGB III, die die Eingliederung von Müttern in den Arbeitsmarkt und die Nachholung von Schulabschlüssen erleichtern sollen. Diese Regelungen gelten für die Erziehenden von Kindern aller Altersklassen, aber der Bedarf ist, wie die Datenanalyse (s.u.: Die Kosten-Nutzen-Analyse des Modellprojektes Pro Kind) zeigt, besonders groß, wenn es sich um Kinder unter 3 Jahren handelt. Weiter gibt es im SGB II eine Regelung, dass Mütter, die noch bei ihren Eltern wohnen, auch schon unter 25 Jahren eine eigene Bedarfsgemeinschaft gründen dürfen.⁶ Dies hat keine direkten Auswirkungen auf eine Beschäftigungsaufnahme, indirekt könnte aber eine flexiblere Betreuung des Kindes im elterlichen Haushalt eine Arbeitsaufnahme der Teilnehmerin erleichtern.

Das SGB VIII sieht für Alleinerziehende eine bevorzugte Vermittlung von Kinderbetreuungsplätzen vor: Bei der Vergabe der Plätze sind Kinder, deren Eltern oder alleinerziehenden Elternteile eine Ausbildung oder Erwerbstätigkeit aufnehmen oder an einer Maßnahme zur Eingliederung in Arbeit teilnehmen, besonders zu berücksichtigen.⁷

⁶ Vgl. § 22 Abs.2a (1) SGBII

⁷ Vgl. § 90 Abs. 3 SGBVIII

Sensible Periode bei Entwicklung des Kindes

Ein Unterschied zu anderen Transferhaushalten besteht darin, dass die Kleinkindphase von 0 bis 3 Jahren besonders entscheidend für die weitere Entwicklung des Kindes ist.⁸ In diesem Zeitraum sollten bestimmte Förderungen für das Kind erfolgen. Daher muss in dieser Lebensphase des Kindes noch mehr als in anderen Phasen darauf geachtet werden, dass das Kind durch die Arbeitsmarktintegration des Erziehenden nicht benachteiligt wird.

Ausbildungsphase

Eine weitere Besonderheit besteht darin, dass ein Großteil der Frauen, die ein Kleinkind versorgen und Transferleistungen beziehen, zur Gruppe der *frühen Schulabgänger* gehört. Diese sind unter 25 Jahre alt, haben keine Berufsausbildung abgeschlossen, keinen Sekundarabschluss II und befinden sich nicht im Bildungssystem. Ein Teil der Mütter gehört zu dieser Gruppe, weil die Schwangerschaft und die Geburt des Kindes zu einer Unterbrechung der Bildungsbemühungen geführt hat. Ein anderer Teil ist schon vorher aus dem Bildungssystem ausgeschieden. Für beide Gruppen wird es mit der Versorgung eines Kleinkindes schwieriger, die Situation zu ändern, als für Transferempfänger ohne ein Kleinkind. Die große Gefahr bei den frühen Schulabgängern mit Transferbezug besteht darin, dass ein Nachholen der Schulausbildung verschoben und später ganz aufgegeben wird und ein Gewöhnungseffekt des Transferbezugs entsteht. Deswegen bietet der Staat verschiedene Förderprogramme gerade für diese Gruppe an.⁹

Die genannten Besonderheiten müssen berücksichtigt werden, wenn man die Situation der Transferhaushalte mit Kleinkindern analysiert und ein Modell entwickelt. Trotz der Besonderheiten gilt grundsätzlich, dass ein Großteil der Mütter mit kleinen Kindern am Arbeitsmarkt partizipieren möchte und nicht nur auf Familienarbeit beschränkt sein will. Über die Hälfte aller Frauen mit Transferbezug will schon im Kleinkindalter ihrer Kinder eine Erwerbstätigkeit aufnehmen.¹⁰ Im folgenden Kapitel wird die Entscheidungssituation, in der sich Transferempfängerinnen mit Kleinkindern befinden, ökonomisch modelliert.

Einflussmöglichkeiten einer Frühen Hilfe aus ökonomischer Sicht

Ökonomisch betrachtet ist eine Arbeitsaufnahme für einen transferbeziehenden Haushalt mit Kleinkind dann sinnvoll, wenn folgende Bedingung erfüllt ist:

8 Vgl. Heckman 2006

9 Vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2008

10 Vgl. Lietzmann 2009; DJI 2005

KOSTEN-NUTZEN-ANALYSE

1	2	3	4	5
Entgehende Transfers	≤ Arbeitseinkünfte	- Abgaben	- Kinderbetreuungs-kosten	- Differenz nichtmonetärer Belastungen (Arbeitsleid - Arbeitslosenleid)

Um die Anreize für eine Beteiligung an Bildung und Beruf zu beeinflussen, kann an jeder der fünf Komponenten des Modells angesetzt werden.

Ein Ansatz im Bereich 1 (Entgehende Transfers) scheidet zunächst weitgehend aus. Zwar wird im Regelfall jungen Empfängern von Arbeitslosengeld II eine Kürzung der Transfers angedroht, wenn sie keines der von der Arbeitsverwaltung zu erstellenden Angebote zur Reintegration in Bildung oder Beruf annehmen. Wie oben erwähnt, werden solche Angebote zumindest bei alleinerziehenden Transferbezieherinnen mit Kindern unter 3 Jahren aber erst als zumutbar angesehen, sobald eine institutionelle Kinderbetreuung erfolgt. Die Wahl zwischen institutioneller und eigener Kinderbetreuung wird wiederum weitgehend freigestellt. Allerdings bietet das Sozialrecht mittlerweile einige Optionen (Hinzuerdienstmöglichkeiten), die den Entgang von Transfers bei einer Arbeitsaufnahme mindern. Hier kann eine Familienbegleiterin durch Aufklärung und Beratung durchaus zu einer Verbesserung der (wahrgenommenen) Anreizsituation beitragen.

Bereich 2 (Arbeitslohn) bietet einige interessante Ansatzpunkte. Zwar wird die Höhe der Arbeitseinkünfte grundsätzlich vom Markt bestimmt. Allerdings wird im Bereich der geringqualifizierten Arbeit ständig die Einführung gesetzlicher oder tariflicher Mindestlöhne diskutiert. Hierbei ist allerdings fraglich, ob diese zu höheren Arbeitseinkünften für die hier in Rede stehende Klientel führen würden, oder ob die Arbeitgeber von der Nachfrage nach solcher Arbeit dann noch mehr Abstand nehmen würden als bisher.

Zielgenauer wäre daher eine Lohnsubvention. Eine solche existiert z.B. im Rahmen des Programms Einstiegsqualifizierung.¹¹ Die betriebliche Einstiegsqualifizierung umfasst ein Langzeitpraktikum im Umfang von sechs bis zwölf Monaten. Danach soll eine Übernahme in Ausbildung erreicht werden. Während der Zeit der Einstiegsqualifizierung kann bei der Arbeitsverwaltung ein Zuschuss zur Vergütung in Höhe von bis zu 212 Euro pro Monat beantragt werden.

Dieses Instrument lässt sich durchaus im Rahmen einer Frühen Hilfe anwenden. Die Familienbegleiterin kann zunächst zur Klärung der Frage beitragen, ob eine betriebliche Ausbildung der Weg zum Wiedereinstieg darstellt, der den Wünschen der Teilnehmerin am besten entspricht. Alsdann kann eine konkretere Auswahl aus dem breiten Spektrum

¹¹ Vgl. § 235b SGB III

der verschiedenen Ausbildungsberufe unterstützt werden. Schließlich könnte eine Frühe Hilfe sogar die Anbahnung einer Einstiegsqualifizierung umfassen, z.B. in Form einer Vermittlungstätigkeit zwischen Teilnehmerinnen, Arbeitsverwaltung und einem passenden Betrieb.

Die Komponente 3 (Abgaben) erscheint zunächst wieder weitgehend unbeeinflussbar. Allerdings bietet das Sozialrecht hier für die Zielgruppe einige interessante Möglichkeiten (geringfügige Beschäftigung), bei der eine Familienbegleiterin beratend tätig sein kann.

Der Bereich 4 (Kinderbetreuungskosten) ist ein interessantes Tätigkeitsfeld Früher Hilfen. Hierbei ist zunächst § 24 Abs. 3 SGB VIII zu beachten. Dieser sieht vor, dass ein Kind, das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, in einer Tageseinrichtung oder Kindertagespflege zu fördern ist, wenn

»1. diese Leistung für seine Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit geboten ist oder

2. die Erziehungsberechtigten a) einer Erwerbstätigkeit nachgehen, eine Erwerbstätigkeit aufnehmen oder Arbeit suchend sind, b) sich in einer beruflichen Bildungsmaßnahme, in der Schulausbildung oder Hochschulausbildung befinden oder c) Leistungen zur Eingliederung in Arbeit im Sinne des Zweiten Buches erhalten.«¹²

Es besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass zumindest einer der beiden hervorgehobenen Tatbestände für Teilnehmerinnen Früher Hilfen zutrifft. Insofern bestehen erhöhte Chancen, dass die Förderung des Kindes in einer Tageseinrichtung bewilligungsfähig ist. Bei dem Bewilligungsprozess kann eine Familienbegleiterin eine Teilnehmerin unterstützen und so die oben genannte Anreizgleichung deutlich beeinflussen.

Ähnliches gilt für den Bereich 5. Hinter dem Begriff des »Arbeitsleids« verbergen sich all jene (subjektiven und objektiven) Unbilden, die mit einer Arbeitsaufnahme verbunden sind. Hier kann die Familienbegleiterin zunächst mit dem Aufbau bzw. der Vermittlung des Aufbaus von Kompetenzen helfen, die die Teilnahme am Arbeitsmarkt erleichtern. Vom Bewerbungstraining bis zur Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten ist hier vieles denkbar. Gerade für die Zielgruppe in diesem Bereich werden etliche Angebote von der Arbeitsverwaltung bereitgehalten. Hier kommt dem Vernetzungs- und Vermittlungsaspekt Früher Hilfen besondere Bedeutung zu.

12 § 24 Abs. 3 SGB VIII, Hervorh. d. Verf.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die ökonomische Anreizsituation für die betrachtete Zielgruppe zwar problematisch ist, aber durch die vielen sozialstaatlichen Angebote, die auch und gerade über Frühe Hilfen vermittelt werden könnten, wirkungsvolle Eingriffsmöglichkeiten bestehen.

Die Kosten Nutzen Analyse des Modellprojekts Pro Kind

Das Modellprojekt Pro Kind ist ein Hausbesuchsprogramm für sozial benachteiligte, erstgebärende Frauen. Das Programm ist angelehnt an das **Nurse Family Partnership Program** (NFP) aus den USA, das von David Olds in den achtziger Jahren entwickelt wurde. Das Pro-Kind-Programm umfasst innerhalb der Betreuungsphase 52 Hausbesuche durch Familienbegleiterinnen bei den teilnehmenden Familien. Die Aufnahmezeit der Teilnehmerinnen beschränkt sich auf die Zeit bis zur 28. Schwangerschaftswoche. Es werden also nur Frauen in das Projekt aufgenommen, die sich in einem frühen oder mittleren Stadium der Schwangerschaft befinden. Das wichtigste ökonomische Aufnahmekriterium ist der Bezug von ALG II oder eines äquivalenten Einkommens im Haushalt der Teilnehmerin. Die aufgenommenen Frauen werden durch ein Randomisierungsverfahren zur Hälfte in eine Begleitgruppe eingeteilt und zur anderen Hälfte in eine Gruppe, in der sie Anspruch auf die normalen Leistungen des Sozialstaates haben.¹³ Vom 1.1.2007 bis zum 31.12.2009 wurden 756 Frauen in drei Bundesländern – Niedersachsen, Bremen und Sachsen – aufgenommen.

Ein Teil des Pro-Kind-Projektes besteht in der Erstellung einer Kosten-Nutzen-Analyse. Ziel der Kosten-Nutzen-Analyse ist es, die fiskalische Rendite des Modellprojektes Pro Kind bis zum dritten Lebensjahr der geförderten Kinder und prospektiv auch darüber hinaus zu ermitteln. Die fiskalische Rendite wird berechnet, indem die Kosten der Intervention den Auswirkungen der Intervention auf die öffentlichen Haushalte gegenübergestellt werden. Durch die Ermittlung dieser Rendite kann fundiert beurteilt werden, wie sich Frühe Hilfen auf öffentliche Haushalte oder die Volkswirtschaft insgesamt auswirken. Bei einem Ergebnis, das eine positive fiskalische Rendite beinhaltet, könnten Frühe Hilfen auch fiskalisch als Investition verstanden werden und somit eine erhöhte haushaltspolitische Attraktivität bekommen.

Auswirkungen der Intervention auf die öffentlichen Haushalte können in verschiedenen Bereichen auftreten. Veränderte Transferzahlungen bei einer Berufstätigkeit der Mutter sind ein Bereich, bei dem Effekte erzielt werden können. Weitere Bereiche betreffen die Gesundheitsausgaben durch eine veränderte Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen sowie die Ausgaben bei der Kinder- und Jugendhilfe durch eine veränderte Notwendigkeit oder Aufdeckung von Hilfsbedarfen. Langfristig könnten Frühe Hilfen dazu füh-

¹³ Näheres zum Modellprojekt Pro Kind: Jungmann et al. 2008; Meier-Pfeiffer et al. 2006; Lutz 2007

ren, dass die geförderten Kinder bessere Schulabschlüsse erreichen und eine qualifizierte berufliche Entwicklung einschlagen. Dies könnte zu Entlastungen bei Transferzahlungen führen und höhere Steuereinnahmen für die öffentlichen Haushalte bedeuten.

Um die notwendigen Daten für die Berechnungen der fiskalischen Rendite zu ermitteln, führen Interviewer der Kosten-Nutzen-Analyse alle sechs Monate bis zum dritten Geburtstag des Kindes Computergestützte Telefoninterviews (CATI) mit allen Teilnehmerinnen durch. Die Interviews enthalten u. a. Fragen zu Lebenssituation, Einkommen, Berufstätigkeit, Kinderbetreuung, Familienplanung und der Nutzung medizinischer Versorgung. Zur Erstellung der Fragebögen wurde zum Teil das Sozioökonomische Panel (SOEP) als Referenzbefragung herangezogen. Zudem dienen das Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung (PASS)¹⁴ und die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)¹⁵ als Quelle der Fragebögen. Zusätzlich zu den Informationen aus den Befragungen liegen administrative Daten der Teilnehmerinnen vor. In Niedersachsen liefert die AOK Auskünfte über stationäre Behandlungen der Familien und deren Inanspruchnahme von Medikamenten. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt Daten zur Nutzung der ambulanten Gesundheitsversorgung bereit. Zur Gewährleistung einer hohen Validität der Interviewdaten werden die Teilnehmerinnen angeregt, ein »cost diary« zu führen, in dem sie die Nutzung von Sozial- und Gesundheitsleistungen festhalten können.¹⁶ Weiter wird die Validität der Interviewdaten durch einen Vergleich mit den administrativen Daten überprüft.

Die arbeits- und bildungsbezogenen Komponenten im Modellprojekt Pro Kind

Im Folgenden sollen die Kanäle untersucht werden, über die das Modellprojekt Pro Kind im Bereich der Erwerbstätigkeit und Berufsperspektive wirken kann. Hierfür muss beachtet werden, dass die Familienbegleiterin im Hausbesuchsprogramm von Pro Kind verschiedene Schwerpunkte in der Zusammenarbeit mit der Familie setzt. Folgende Schwerpunkte sind im Curriculum von Pro Kind vorgesehen:

- Persönliche Gesundheit der Mutter
- Gesundheitsförderliche Umgebung
- Mutter/Vater/Elternrolle
- Familie und Freundeskreis
- Nutzung von Gesundheitsversorgung und sozialen Diensten
- Entwicklung der eigenen Lebensperspektive

¹⁴ Vgl. Trappmann et al. 2009

¹⁵ Vgl. Kamtsiuris et al. 2009

¹⁶ Vgl. zur Methodik des Cost diary Goossens et al. 2000

KOSTEN-NUTZEN-ANALYSE

Die letzten drei Punkte sind besonders relevant für die Erwerbstätigkeit und die Berufsperspektive der Mutter. Je nach Bedarf der Teilnehmerin werden diese Punkte zeitlich und in der Intensität an die Teilnehmerinnen angepasst. Tabelle 1 zeigt, wieviel Raum die berufsrelevanten Themen bisher bei den Hausbesuchen einnehmen. Zusätzlich ist die Vorgabe und die im Schnitt erreichte Umsetzung vom NFP in den USA abgebildet.

Tab. 1: Inhaltliche Schwerpunkte der Hausbesuche, aus: Jungmann et al. 2010

Domänen	Pro Kind-Mittel	NFP-Mittel	NFP-Zielvorgabe
Schwangerschaftsphase			
Lebensplanung und -gestaltung	16%	13%	10-15%
Soziale Dienste und Gesundheitsversorgung	15%	16%	10-15%
Soziale Dienste und Gesundheitsversorgung	12%	-	-
	43%		
Säuglingsphase			
Lebensplanung und -gestaltung	17%	15%	10-15%
Familie und Freundeskreis	14%	15%	10-15%
Soziale Dienste und Gesundheitsversorgung	11%	-	-
	42%		
Kleinkindphase			
Lebensplanung und -gestaltung	21%	15%	10-15%
Familie und Freundeskreis	14%		
Soziale Dienste und Gesundheitsversorgung	10%		
	45%		

Es zeigt sich, dass in Deutschland in jeder Phase über 40 % der Zeit für Themen verwendet werden, die im Bezug zur Arbeitsaufnahme und beruflichen Zukunft stehen. Sowohl die US-Istwerte wie auch die US-Zielvorgaben liegen unter diesem Wert. In den USA fehlt die Komponente soziale Dienste und Gesundheitsvorsorge vollständig. Nun soll dargestellt werden, wie die Schwerpunkte der Intervention im Einzelnen wirken können:

Entwicklung der eigenen Lebensperspektive

- Die Begleitung kann die Teilnehmerin aufklären, dass es sich trotz des zunächst gering scheinenden Einkommenszuwachses doch lohnt zu arbeiten, da Kindergeld, Wohngeld und andere beschäftigungsabhängige Transfers den Lohnabstand vergrößern.
- Die Teilnehmerin kann darauf aufmerksam gemacht werden, dass Bildung sich langfristig lohnt und dass bei der Aufnahme einer Beschäftigung die Lohnzuwächse mit Dauer der Beschäftigung berücksichtigt werden müssen. Weiter kann die Teilnehmerin darauf auf-

merksam gemacht werden, dass es negative Konsequenzen haben kann, wenn man drei Jahre oder länger wartet, die Schul- oder Berufsausbildung nachzuholen.¹⁷

- Die Begleitung kann über die Möglichkeit einer Aufstockung von SGB II-Leistungen informieren, wodurch die Teilnehmerin an den Arbeitsmarkt herangeführt werden könnte. Die Begleiterin kann die Teilnehmerin, bspw. bei einer Ausbildung, über Teilzeitmodelle informieren.
- Entmutigungseffekte bei der Arbeitssuche können von der Familienbegleiterin aufgefangen werden.
- Es kann die Familienplanung und der Gebrauch von Verhütungsmitteln thematisiert werden. Ein ungewolltes Kind könnte die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass ein Einstieg in das Berufsleben oder ein weiterer Schulbesuch ungewollt verzögert wird.

Familie und Freundeskreis

- Die Intervention kann die soziale Vernetzung der Teilnehmerin stärken. Dies könnte eine stärkere Kinderbetreuung durch Familie und Freunde ermöglichen.
- Der Partner der Teilnehmerin kann durch die Intervention motiviert werden, eine Beschäftigung aufzunehmen.
- Oft ist das Zeitmanagement von sozial benachteiligten Familien nicht optimal.¹⁸ Ein effizienterer Umgang mit den bestehenden Zeitressourcen könnten die Vereinbarkeit von Beruf und Mutterschaft verbessern.

Nutzung von Gesundheitsversorgung und sozialen Diensten

- Die Familienbegleiterin kann auf besondere Vorschriften des SGB aufmerksam machen, deren Angebote vermitteln und bei der Beantragung helfen.
- Die Teilnehmerin kann angeregt werden, Jobcenter oder andere Behörden, bei denen es eine Hemmschwelle zur Nutzung geben könnte, zu besuchen.

Wie Tabelle 1 zeigt, bietet sich ein Vergleich von Pro Kind mit NFP an. Deshalb soll nun die Wirkung von NFP auf die Erwerbstätigkeit und Berufsorientierung der Teilnehmerinnen dargestellt werden. Das NFP-Programm wurde an drei Standorten zu verschiedenen Zeitpunkten durch ein randomisiertes Kontrollgruppendesign evaluiert. Die erste Evaluation fand Anfang der achtziger Jahre in Elmira, New York, statt, die nächste Anfang der neunziger Jahre in Memphis, Tennessee, Mitte der Neunziger folgte eine Evaluation in Denver, Colorado. Durch den langen Untersuchungszeitraum gibt es von der ersten Untersuchung in Elmira Ergebnisse bis 19 Jahre nach der Geburt des Kindes. In den anderen Standor-

¹⁷ Vgl. Bundesregierung 2008; Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2008

¹⁸ Vgl. Bundesregierung 2008

ten liegen Ergebnisse bis maximal neun Jahre nach der Geburt vor. In Elmira besteht die Risikostichprobe aus minderjährigen, alleinerziehenden oder deprivierten Müttern.¹⁹ In Memphis fokussiert sich die Stichprobe fast ausschließlich auf deprivierte, alleinerziehende Mütter, zudem ist ein Großteil der Stichprobe afroamerikanischer Herkunft. Die Denver-Untersuchung bestand zum Großteil aus alleinstehenden Teilnehmerinnen mit geringem Einkommen und Hispanic-Hintergrund. In den Tabellen 2 bis 4 werden die Ergebnisse gezeigt, die im Zusammenhang mit Beschäftigung oder der Berufsperspektive stehen. Wenn nicht von einer Tendenz geschrieben wird, handelt es sich um Ergebnisse, die mindestens auf einem 5 %-Niveau signifikant sind.

Tab. 2: Berufsrelevante Ergebnisse des NFP in Elmira. BG = Begleitgruppe

Zeitraum nach der Geburt:	6 Monate	4 Jahre	15 Jahre
Effekte:	Häufiger Schulbesuch von Schulabbrecherinnen in BG	Mehr Beschäftigung in BG (15,54 Monate vs. 8,64 Monate) bei deprivierten und alleinerziehenden Frauen Weniger Nachfolgeschwangerschaften in BG (0,58 vs. 1,02) bei deprivierten, alleinerziehenden Frauen	Weniger Transfers in BG (60 Monate vs. 90 Monate) bei deprivierten und alleinerziehenden Frauen Weniger Geburten in BG (1,3 vs. 1,6) Längerer Zeitraum zwischen Geburten in BG (65 Monate vs. 37 Monate) Tendenziell mehr Beschäftigung in BG (95 Monate vs. 80 Monate)

Es lässt sich zusammenfassen, dass es an allen Standorten schon kurzfristig Auswirkungen auf die Familienplanung der Teilnehmerinnen gab. Zudem wurde an zwei Standorten ein geringerer Transferbezug festgestellt und an zwei Standorten höhere Arbeitsmarktpartizipation. Beide Effekte ergaben sich teilweise auch schon kurzfristig. Die Gefahr, dass Effekte verwässern, je länger die Intervention zurückliegt, ist nicht eingetreten. Die Effekte auf den Transferbezug ergeben sich besonders aus stabileren Partnerschaften und einer geringeren Kinderanzahl. An keinem der Standorte hatte die Intervention kurzfristig oder langfristig Auswirkungen auf die formalen Bildungsabschlüsse der teilnehmenden Frauen.

¹⁹ Deprivation wird bei den Untersuchungen festgestellt, wenn die Klassen IV and V beim Hollingshead's-social-index vorliegen.

Tab. 3: Berufsrelevante Ergebnisse des NFP in Memphis. BG = Begleitgruppe

Zeitraum nach der Geburt:	2 Jahre	6 Jahre	9 Jahre
Effekte:	Weniger Geburten in BG (22% vs. 31%)	Weniger Transfers in BG (7,21 Monate im Jahr vs. 8,96 Monate im Jahr) Weniger Nachfolge-schwangerschaften in BG (1,16 vs 1,38) Tendenziell mehr Beschäftigung in BG	Weniger Transfers in BG (5,21 Monate im Jahr vs. 5,92 Monate im Jahr) Weniger Geburten in BG (0,81 vs. 0,93) Tendenziell mehr Beschäftigung in BG Häufiger mit Partner, der arbeitet, zusammenlebend in BG.

Tab. 4: Berufsrelevante Ergebnisse des NFP in Denver. BG = Begleitgruppe

Zeitraum nach der Geburt:	2 Jahre	4 Jahre
Effekte:	Weniger weitere Geburten in BG (12% vs. 19%) Mehr Beschäftigung in BG (6,83 Monate vs. 5,65 Monate)	Mehr Beschäftigung in BG (15,13 Monate vs. 13,38 Monate)

Die Ergebnisse sind nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragbar, können aber dennoch als Orientierung dienen. Gerade in den achtziger Jahren in Elmira gab es andere staatliche Sozialvoraussetzungen als in Deutschland im Jahr 2010. In Deutschland bekommt die Kontrollgruppe durch den stärker ausgebauten Sozialstaat eine qualitativ und quantitativ bessere Versorgung als in den USA der achtziger Jahre. Dies führt dazu, dass ein Effekt durch die Intervention schwieriger zu erreichen ist, da die Kontrollgruppe relativ gut versorgt ist. Andererseits wird sich ein Effekt wegen der hohen Einsparpotentiale bei einem ausgebauten Sozialstaat monetär stark niederschlagen.

Auswertung erster Daten aus dem Modellprojekt

In diesem Kapitel wird anhand der Pro-Kind-Stichprobe überprüft, ob sich in Deutschland ähnliche Effekte einstellen wie in den USA. Zudem wird untersucht, ob sich die dargestellten Besonderheiten aus dem Kapitel »Bildung und Arbeit bei grundsicherungsbedürftigen Müttern mit Kleinkindern« niederschlagen. Dabei werden nur die Mütter betrachtet, die ihr Kind schon geboren und am 1. Interview nach der Geburt teilgenommen haben. Es wurden Interviews mit 477 Frauen durchgeführt. Die ökonomischen Charakteristika sind in Tabelle 5 bis 7 zusammengefasst.

KOSTEN-NUTZEN-ANALYSE

Tab. 5: Ökonomische Charakteristika der Pro-Kind-Stichprobe

		Begleitgruppe	Kontrollgruppe	Gesamt
ALG II-Bezug	Anzahl	208	185	393
	%	82,5	82,2	82,4
HLU-Bezug	Anzahl	12	7	19
	%	4,8	3,1	4,0
Überschuldung	Anzahl	10	4	14
	%	4,0	1,8	2,9
Geringes Einkommen	Anzahl	6	15	21
	%	2,4	6,7	4,4
Kein ökonomisches Aufnahme- kriterium erfüllt	Anzahl	16	14	30
	%	6,3	6,2	6,3
Alleinerziehend	Anzahl	138	124	262
	%	54,8	55,1	54,9

86,4 % der teilnehmenden Frauen beziehen einen Transfer nach SGB II oder SGB XII. 54,8 % der Teilnehmerinnen sind drei Monate nach der Geburt alleinerziehend.²⁰ 18,8 % der Teilnehmerinnen haben keinen Schulabschluss, einen Sonderschulabschluss oder gehen noch zur Schule. Bei diesen kann durch die Begleitung beim Thema Schulabschluss eine Verbesserung der Situation hervorgerufen werden. Tabelle 7 zeigt, dass von den Teilnehmerinnen, die nicht mehr zur Schule gehen, 73,1 % keine Berufsausbildung erlangt haben und somit im Hinblick auf Langzeitarbeitslosigkeit besonders gefährdet sind. Weiter gehören 59,7 % der Teilnehmerinnen der Gruppe der Frühen Schulabgänger an, deren Förderungsmöglichkeiten bereits beschrieben wurden.

Tab. 6: Schulabschlüsse der Teilnehmerinnen

Schulabschluss	Häufigkeit	Prozente
Hauptschule	181	38,1
Realschule	141	29,7
Fachhochschulreife/ Abitur	42	8,8
Sonderschule/ sonstiger Abschluss	24	5,1
Abschluss Ausland	21	4,4
Schule ohne Abschluss verlassen	46	9,7
Geht noch zur Schule (Haupt-, Sonder-)	10	2,1
Geht noch zur Schule (Höhere)	10	2,1
Gesamt	475	100,0

²⁰ Definition alleinerziehend: Mit mindestens einem Kind aber ohne Partner in einem Haushalt lebend

Tab. 7: Berufsabschlüsse der Teilnehmerinnen

Schulabschluss	Häufigkeit	Prozente
Kein Abschluss	332	73,1
Lehre	81	17,7
Berufsfachschule	23	5,0
Fach-/ Meisterschule	2	0,4
Universitätsabschluss	4	0,9
Abschluss im Ausland	12	2,6
Gesamt	454	100,0
Frühe Schulabgänger	285	59,7

Insgesamt lässt sich festhalten, dass durch die Intervention eindeutig die Zielgruppe erreicht wird, deren Besonderheiten zuvor beschrieben wurden und bei der in den USA durch das NFP-Programm Effekte im Bereich der Arbeitsmarktpartizipation erzielt werden konnten. Durch die lange Aufnahmezeit der Teilnehmerinnen setzt sich das Sample nur langsam zusammen. Es gibt bisher erst wenige Kinder, die schon ein Alter erreicht haben, bei dem sich eine Auswertung lohnt, trotzdem sollen erste Tendenzen gezeigt werden. Über folgende Kindesalter liegen Daten vor:

- 199 Frauen mit einem mindestens 1 Jahr alten Kind
- 93 Frauen mit einem mindestens 1,5 Jahre alten Kind
- 42 Frauen mit einem mindestens 2 Jahre alten Kind
- 18 Frauen mit einem mindestens 2,5 Jahre alten Kind
- 3 Frauen mit einem mindestens 3 Jahre alten Kind

Da in den USA erste Effekte zwei Jahre nach der Geburt gefunden wurden, wird dieses Alter als Referenz für erste Effekte bei der Beschäftigung herangezogen. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass im Gesamtsample erst 42 Kinder das Alter von 2 Jahren erreicht haben. Dies führt dazu, dass es sich nur um eine deskriptive Statistik handelt, die einen Zwischenstand abbilden soll.

Tabelle 8 zeigt, wie viele Monate die befragten Teilnehmerinnen im Schnitt seit der Geburt des Kindes eine Qualifikation/Schule (Zeile 1) besucht haben oder irgendeiner Beschäftigung nachgegangen sind (Zeile 2). In beiden Kategorien weist die Kontrollgruppe mehr Monate auf. Die Unterschiede zwischen Kontroll- und Begleitgruppe sind jedoch nicht signifikant. Wegen der geringen Fallzahl wurden noch keine Subsamples gebildet.

Tab.8: Arbeitsmarktpartizipation und Weiterqualifizierung der Teilnehmerinnen

	Kontrollgruppe, n=21		Begleitgruppe, n=21		Kontroll- vs. Begleitgruppe	
	Mittelwert in Monaten	Standard- abweichung	Mittelwert in Monaten	Standard- abweichung	Differenz	p-wert
Ausbildung / Schule / BGJ	1,81	5,69	1,24	3,91	-,5714	,706
Aufstockung durch Mini- job /Teilzeitbeschäftigung / Vollzeit / Maßnahme der Arbeitsagentur	2,76	4,81	2,00	3,54	-,7619	,562

Tab. 9: Weitere Schwangerschaften bei den Teilnehmerinnen

	Kontrollgruppe, n=37		Begleitgruppe, n=47	
	%	n	%	n
Weitere Schwangerschaft eingetreten	40,5	15	29,8	14

$\chi^2=1,059$, p-Wert=,303

Im Bereich der Familienplanung kommt es bei Teilnehmerinnen in der Kontrollgruppe in der Tendenz häufiger zu zweiten Schwangerschaften, siehe Tabelle 9. Dieses Ergebnis ist jedoch nicht signifikant. Erhoben wurden die Daten, als das Kind der Teilnehmerin im Schnitt 22,67 Monate alt war.

Tab. 10: Auszug aus elterlichem Haushalt nach Geburt des Kindes

	Kontrollgruppe, n=55		Begleitgruppe, n=58	
	%	n	%	n
Auszug aus elterlichem Haushalt	69,1	38	48,3	28

$\chi^2= 5,035$, p-Wert= ,025

Im Schnittbereich zwischen Nutzung des Sozialstaates und Familie/Freunde kann ein erster vorläufiger Effekt der Intervention nachgewiesen werden. Wie in Tabelle 10 abzulesen, ziehen in der Begleitgruppe weniger Teilnehmerinnen, die während der Schwangerschaft zuhause gewohnt haben, nach der Geburt des Kindes aus dem elterlichen Haushalt aus.

Tab. 11: Arbeitsmarktorientierung der Teilnehmerinnen

Zeithorizont der Arbeitsaufnahme	Kontrollgruppe		Begleitgruppe	
	%	n	%	n
Möglichst sofort	18,6	13	4,3	4
Innerhalb des nächsten Jahres	48,6	34	49,5	46
In 2 bis 5 Jahren	32,9	23	46,2	43
$X^2= 9,570$, p-Wert= ,008		N = 70		N = 93
Umfang der zukünftigen Erwerbstätigkeit				
Vollzeit	25,0	12	29,4	15
Teilzeit	58,3	28	64,7	33
Geringfügig	10,4	5	2,0	1
Alles recht	6,3	3	3,9	2
$X^2= 3,522$, p-Wert= ,318		N = 48		N = 51
Schwierigkeit, geeignete Stelle zu finden				
Leicht	28,6	14	19,6	10
Schwierig	59,2	29	62,7	32
Praktisch unmöglich	12,2	6	17,6	9
$X^2= 1,375$, p-Wert= ,503		N = 48		N = 51

Tabelle 11 zeigt die Arbeitsmarktorientierung der Teilnehmerinnen. Das Alter des Kindes zu diesem Befragungszeitpunkt beträgt im Schnitt 15,6 Monate. Die Mütter in der Kontrollgruppe geben an, dass sie früher wieder eine Beschäftigung aufnehmen wollen. Die Frauen, die innerhalb des nächsten Jahres eine Erwerbstätigkeit aufnehmen wollen, werden auch gefragt, welchen zeitlichen Umfang die Erwerbstätigkeit haben soll und ob sie Schwierigkeiten sehen, eine Stelle zu finden. In der Tendenz haben Frauen in der Begleitgruppe häufiger den Anspruch, eine Teilzeitstelle anzutreten, und schätzen ihre Chancen, eine Stelle zu finden, schlechter ein als die Frauen der Kontrollgruppe.

Interpretation der Ergebnisse

Die Auswertungen im vorigen Kapitel haben gezeigt, dass man noch abwarten muss, bis das Sample größer ist, damit die Untersuchungen eine größere Aussagekraft bekommen. Bisher sind signifikante Unterschiede zwischen Begleit- und Kontrollgruppe auf einem Niveau $p < 5\%$ nur bei dem Auszug aus dem elterlichen Haushalt und beim Zeithorizont der Arbeitsaufnahme festzustellen.

Erste Tendenzen bei der Auswertung von Beschäftigungsvariablen sind jedoch nicht positiv für die Begleitgruppe, aber eventuell führt die Intervention auch zu einer gewissen Bedacht bei Beschäftigungs- und Zukunftsfragen in der Begleitgruppe. Möglicherweise wollen die Frauen in der Begleitgruppe erst gewisse Dinge organisieren, bspw. Kinderbetreuung, bevor sie nach einer Beschäftigung suchen. Dafür spricht auch, dass die Teilnehmerinnen in der Begleitgruppe nach der Geburt eher im elterlichen Haushalt wohnen bleiben, sie ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt kritischer und damit eventuell realistischer sehen und dass sie höhere Ansprüche an ihre Beschäftigung stellen, indem sie stärker eine Teilzeitstelle präferieren. Der Wunsch, erst später wieder eine Beschäftigung aufzunehmen, könnte aber auch dadurch verursacht werden, dass eine höhere Zufriedenheit mit der Mutterrolle und dem Umgang mit dem Kind durch die Intervention erreicht wird. Dies würde zu dem oben beschriebenen langfristigen fiskalischen Effekt führen, da davon auszugehen ist, dass sich Kinder von Müttern, die ihre Mutterrolle annehmen, besser entwickeln.

In der Kontroll- und Begleitgruppe nehmen weniger Frauen eine Beschäftigung auf als nach zwei Jahren in der Denver-Untersuchung des NFP. Eine Erklärung hierfür könnte die Ausgestaltung des deutschen Sozialstaates bieten, insbesondere die Leistungen für SGB II-Empfängerinnen. Insgesamt lässt sich aber eine große Arbeitsmarktnähe der Pro-Kind-Teilnehmerinnen feststellen. 61 % der Teilnehmerinnen wollen sofort oder innerhalb des nächsten Jahres wieder eine Beschäftigung aufnehmen. Wie schon im Abschnitt zu »Bildung und Arbeit bei grundsicherungsbedürftigen Müttern mit Kleinkindern« erläutert, korrespondiert dies mit anderen Untersuchungen über Mütter mit ALG II-Bezug.

Im Bereich der Familienplanung scheint es ähnliche Ergebnisse zu geben wie in den USA. Eine genauere Analyse der Ursachen und Wirkungskanäle ist unbedingt notwendig. Besonders wichtig wäre es zu untersuchen, ob sich die Anzahl der ungewollten Schwangerschaften reduziert hat, da nur die Reduzierung der ungewollten Schwangerschaften ein Programmziel sein kann. Für diese Untersuchung war die Stichprobe bisher jedoch zu gering. Interessant wäre es auch zu betrachten, wie sich die Intervention auf die Beziehung zum Lebenspartner auswirkt und besonders auf die Erwerbstätigkeit des Partners.

Weiter sollte genauer untersucht werden, welche Auswirkungen es hat, dass die Themen, die in Bezug zur beruflichen Perspektive stehen, in Deutschland intensiver behandelt werden als in den USA. Eventuell könnte hierdurch kompensiert werden, dass durch den stark ausgebauten deutschen Sozialstaat Unterschiede zwischen Kontroll- und Begleitgruppe schwerer zu erreichen sein werden.

Ein Problem der Untersuchung liegt darin, dass bei der Berechnung der Beschäftigungsdauer der Teilnehmerinnen die Qualität einer Beschäftigung nicht berücksichtigt wurde. Es gibt

bisher keine Unterscheidung zwischen Vollzeit-, Teilzeit- und geringfügiger Beschäftigung. Differenzierungen werden jedoch erst bei einer größeren Stichprobe möglich. Dann ist es auch nötig, nach Ausbildung, Alter und Bundesland gesonderte Subsamples zu untersuchen.

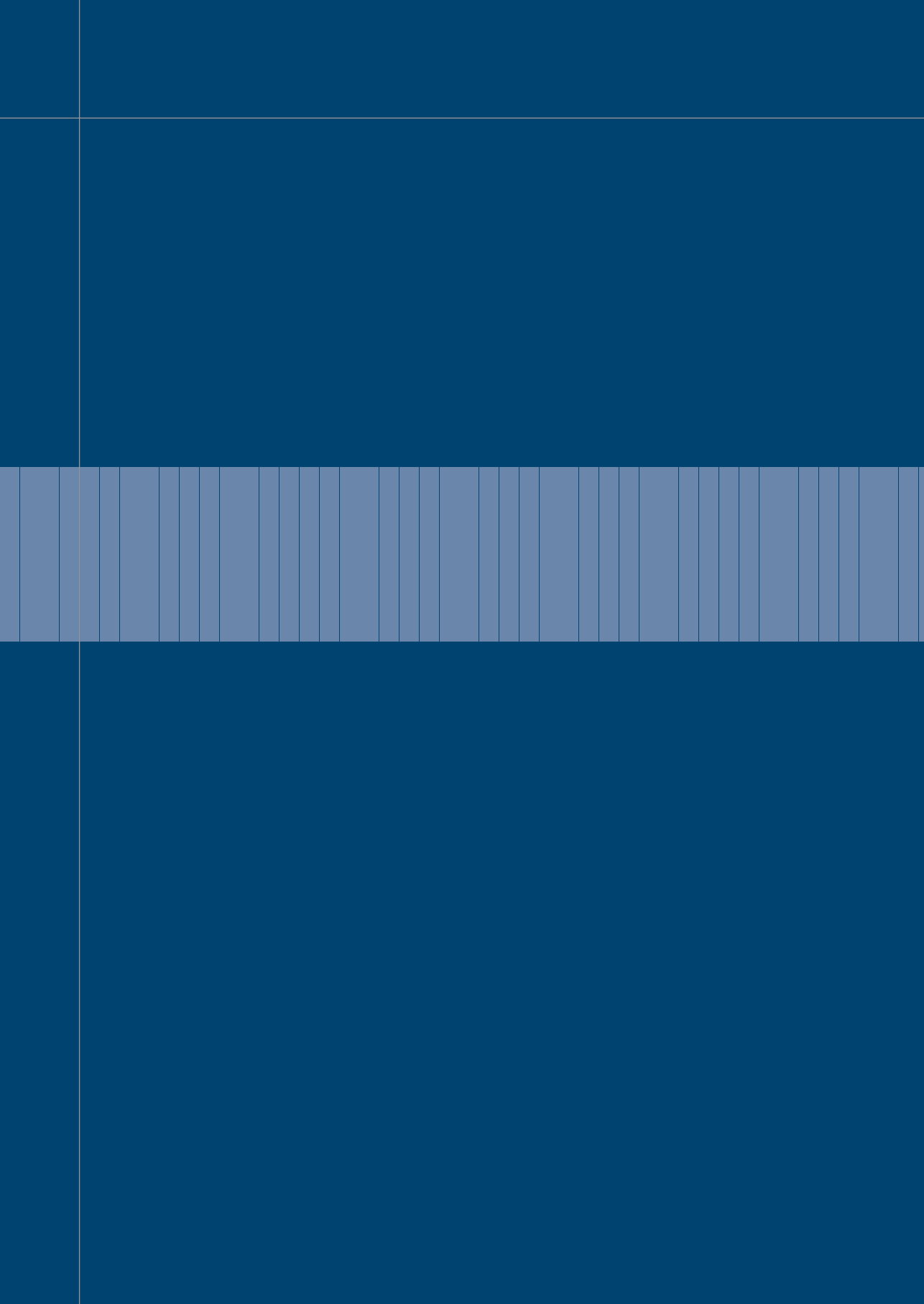
Fazit

Frühe Hilfen können zur Überwindung der Berufs- und Bildungsprobleme sozial benachteiligter Mütter beitragen. Diese Hypothese wird zumindest in den USA durch empirische Studien belegt. Schwangerschaften in dieser Zielgruppe führen oft zu einem ungewollten frühen Schulabgang, einer ungewollten Reduzierung der Berufstätigkeit und zu Transferbezug. Für sozial benachteiligte Mütter gibt es jedoch eine Vielzahl von Förderungsmöglichkeiten. Gleichzeitig sieht das SGB VIII für diese Zielgruppe eine bevorzugte Berücksichtigung bei der institutionellen Kinderbetreuung als Fördermaßnahme vor. Eine Frühe Hilfe kann beide Fördersysteme aktivieren und so zu einem Wiedereinstieg der Mutter in die Bildung bei gleichzeitiger institutioneller Förderung des Kindes beitragen. Hierfür ist allerdings eine gezielte Ausrichtung der Frühen Hilfe und eine entsprechende Ausbildung der Familienbegleiterin erforderlich. Zumindest derzeit schlägt sich dieser Förderweg noch nicht in den Daten des Pro-Kind-Projektes nieder. Der Grund könnte im frühen Stadium des Modellprojektes oder in einer unzureichenden Berücksichtigung dieses Ansatzes bei der Familienbegleitung liegen. Da sich 61 % der geförderten Mütter einen schnellen Wiedereinstieg in Beruf und Bildung wünschen, sollte das Thema weiter untersucht werden.

LITERATUR

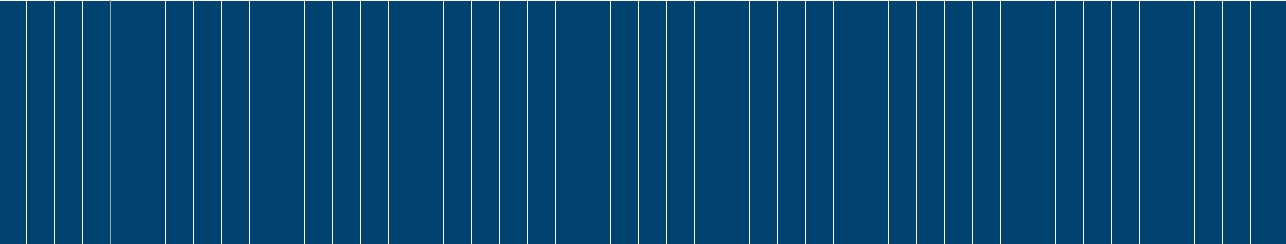
- Autorengruppe »Bildungsberichterstattung« (2008). Bildung in Deutschland 2008: Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Übergängen im Anschluss an den Sekundarbereich I, Bielefeld, Bertelsmann.
- Bundesagentur für Arbeit (2009). Analyse der Grundsicherung für Arbeitssuchende, http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/000200/html/analytik/grusi-analytikreport_2009-07.pdf.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (2009). Familienreport 2009: Leistungen, Wirkungen, Trends, Berlin.
- Bundesregierung (2008). 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin.
- Deutsches Jugendinstitut (DJI) (2005). Unterstützung für Alleinerziehende - Arbeitsmarktintegration und soziale Teilhabe, Ein kommunales Handlungskonzept, München.
- Goossens, M., Rutten, M., Vlaeyen, J. & van der Linden, S. (2000). The cost diary: A method to measure direct and indirect costs in cost-effectiveness research, in: Journal of Clinical Epidemiology 53, S. 688–695.
- Heckman, J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children, in: Science, VOL. 312, S.1900-1902.
- Jungmann, T., Kurtz, V. & Brand, T. (2008). Das Modellprojekt »Pro Kind« und seine Verortung in der Landschaft früher Hilfen in Deutschland, in: Frühförderung interdisziplinär, Bd. 27 (2008), 2, S. 67-78.
- Jungmann, T., Kurtz, V. & Brand, T. (2010). Jahresbericht 2009, Implementationsforschung und Biopsychosoziale Evaluation zum Modellprojekt Pro Kind, mimeo.
- Kamtsiuris, P., Lange, M. & Schaffrath, R. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse, in: Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 50, S.547-556.
- Kitzman, H., Olds, D.L., Henderson Jr., C.R., Hanks, C., Cole, R., Tatelbaum, R. et al. (1997). Effects of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing: A randomized controlled trial, in: The Journal of the American Medical Association, 278, S. 644-652.
- Lazner, J., Bondy, J., Luckey, D. & Olds, D. (2005). Effect of the Nurse Family Partnership on Government Expenditures for Vulnerable First-Time Mothers And their Children in Elmira, New York, Memphis, Tennessee, and Denver, Colorado, mimeo.
- Lietzmann, T. (2009). Warum Alleinerziehende es besonders schwer haben: Bedarfsgemeinschaften im SGB II, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit. IAB-Kurzbericht, S. 1-8, Nürnberg.
- Lutz, P. (2007). Frühinterventionen für Kinder in sozial benachteiligten Umgebungen: Sozialpolitik ohne Konflikt zwischen Effizienz und Gerechtigkeit?, in: Öffentliche Finanzen und Gesundheitsökonomie: Festschrift zum 65. Geburtstag von Professor Dr. Klaus-Dirk Henke / Hans Adam (Hrsg.), S. 126-143.
- Maier-Pfeiffer, A. & Pfeiffer, Ch. (2006). Frühe Förderung von Kindern aus sozial benachteiligten Familien. Das Projekt Pro Kind Niedersachsen, in: Kerner, H.-J. & Marks, E. (Hrsg.): Internetdokumentation Deutscher Präventionstag, Hannover.

- Statistisches Bundesamt (2009). Fachserie 1 Reihe 3: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Wiesbaden.
- Trappmann, M., Christoph, B., Achatz, J., Wenzig, C., Müller, G. & Gebhardt, D. (2009). Design and stratification of PASS: a new panel study for research on long term unemployment, in: IAB discussion paper, 2009, 5.
- Olds, D., Henderson, Ch., Tatelbaum, R., & Chamberlin, R. (1988). Improving the life-course development of socially disadvantaged mothers: A randomized trial of nurse home visitation. *American Journal of Public Health*, 78(11), S. 1436-45.
- Olds, D., Eckenrode, J., Henderson, Ch., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R. et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trial. *The Journal of the American Medical Association*, 278(8), S. 637-643.
- Olds, D., Robinson, J., O'Brien, R., Luckey, D., Pettitt, L., Henderson, Ch. et al. (2002). Home visiting by nurses and by paraprofessionals: A randomized controlled trial, in: *Pediatrics*, 110(3), S. 486-496.
- Olds, D., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora K., Luckey D., Henderson, Ch., Hanks, C., Bondy, J. & Holmberg, J. (2004). Effects of Nurse Home-Visiting on Maternal Life Course and Child Development: Age 6 Follow-Up Results of a Randomized Trial, in: *Pediatrics* (114), S. 1550-1559.
- Olds, D., Robinson, J., Pettitt, L., Luckey, D., Holmberg, J., Ng, R., Isacks, K., Sheff, K. & Henderson, Ch. (2004). Effects of Home Visits by Paraprofessionals and by Nurses: Age 4 Follow-Up Results of a Randomized Trial, in: *Pediatrics* (114), S. 1560-1568.
- Olds, D., Kitzman, H., Hanks, C., Cole, R., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., Luckey, D., Henderson, Ch., Holmberg, J., Tutt, R., Stevenson, A. & Bondy, J. (2007). Effects of Nurse Home Visiting on Maternal and Child Functioning: Age-9 Follow-up of a Randomized Trial, in: *Pediatrics* (120), S. e832-e845.



DIE HELFENDE BEZIEHUNG

- 128 Virginia Lenzmann, Pascal Bastian, Anne Lohmann, Wolfgang Böttcher, Holger Ziegler:
Hilfebeziehung als Wirkfaktor aus professionstheoretischer Perspektive
- 147 Gerhard J. Suess, Agnes Mali, Uta Bohlen:
Einfluss des Bindungshintergrunds der HelferInnen auf Effekte der Intervention – Erste Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Praxisforschungsprojekt »Wie Elternschaft gelingt (WiEge)«
- 163 Christiane Ludwig-Körner, Gerhild Schöberl, Bärbel Derksen:
Die helfende Beziehung in der STEEP™- Arbeit



VIRGINIA LENZMANN, PASCAL BASTIAN, ANNE LOHMANN,
WOLFGANG BÖTTCHER, HOLGER ZIEGLER:
**HILFEBEZIEHUNG ALS WIRKFAKTOR AUS PROFESSIONS-
THEORETISCHER PERSPEKTIVE**

Einleitung

Seit 2007 werden im Rahmen einer Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) – *Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme* – Unterstützungssysteme für Eltern mit Kindern unter drei Jahren sowie deren wissenschaftliche Begleitung gefördert (BMFSFJ 2007). Bundesweit werden unterschiedliche Ansätze und Methoden erprobt und evaluiert, die durch Fachkräfte aus verschiedenen Bereichen (vor allem der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Gesundheitshilfe) und ehrenamtlichen Laienhelfenden durchgeführt werden. Im Rahmen der Evaluation wird die Wirksamkeit der Hilfeangebote und -methoden erforscht, mit denen – je nach Konzept und Zielgruppe der Projekte – unterschiedliche Ziele erreicht werden sollen.

Im Mittelpunkt der Professionalisierungsdebatte in Zusammenhang mit sozialpädagogischen Interventionen stehen neben Hilfsmethoden auch die Kompetenzen der Helfenden hinsichtlich des Aufbaus eines Arbeitsbündnisses. Dieses Konzept stellt eine wechselseitige Beziehung zwischen Sozialarbeiter/-innen und Adressat/-innen in einem institutionellen Kontext dar. Das Arbeitsbündnis formt sich aus den Gefühlen und Einstellungen, die Sozialarbeiter/-innen und Adressat/-innen füreinander entwickeln, wie sie mit diesen eine gemeinsame Situations- bzw. Problemdefinition finden und im weiteren Hilfeverlauf miteinander umgehen. Im Folgenden wollen wir von diesen beiden Dimensionen des sozialpädagogischen Handelns, mit dem Arbeitsbündnis auf der einen und dem methodischen Repertoire auf der anderen Seite, unsere Argumentation auf die Bedeutung des Arbeitsbündnisses begrenzen.

Der Aufbau eines Arbeitsbündnisses gilt als eine Voraussetzung für eine gelingende professionelle Praxis in sozialpädagogischen Dienstleistungen wie den Frühen Hilfen (Abs. 1). Auch wenn die Relevanz des Arbeitsbündnisses in der Theoriediskussion der Sozialen Arbeit thematisiert wird, finden sich in der deutschen Debatte kaum empirische Ergebnisse, die seinen Stellenwert für die Wirksamkeit von Interventionen belegen.

Anders in der Psychotherapieforschung. Deren Ergebnisse zur Wirkmächtigkeit der Arbeitsbeziehung werden im zweiten Abschnitt vorgestellt. Neben der Psychotherapieforschung wird die Marketingforschung herangezogen. Auch hier liegen Befunde vor, welche für die Erforschung des Arbeitsbündnisses bedacht werden sollten. Diese Vorüberlegungen zusammen deuten auf konzeptionelle Bedingungen hin, die wir bei der Erforschung von Arbeitsbündnissen berücksichtigen (Abs. 3).

Im Rahmen der von uns durchgeführten »Evaluation Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein« haben wir versucht, die Bedeutung des Arbeitsbündnisses für den Erfolg oder Misserfolg einer Frühen Hilfe in einem quantitativen

Verfahren zu analysieren (Abs. 4). Mit unserem Forschungsansatz verfolgen wir die Intention, anhand von Erkenntnissen zu gelingenden Arbeitsbündnissen Handlungsempfehlungen für eine erfolgversprechende Zusammenarbeit mit den Adressat/-innen in den Frühen Hilfen zu generieren. Als gelingende Arbeitsbündnisse bezeichnen wir diejenigen, die sich positiv auf ein Hilfeergebnis auswirken.

Da zu diesem Zeitpunkt die Untersuchung noch nicht abgeschlossen ist und eine Auswertung erst Ende 2010 vorliegen wird, schließt der Beitrag mit der Diskussion um den möglichen Nutzen der Ergebnisse für die Weiterentwicklung von Frühen Hilfen (Abs. 5).

Arbeitsbündnisse in Frühen Hilfen – Professionstheoretische Überlegungen

Frühe Hilfen sind ihrem Selbstverständnis nach als schnelle und lebensnahe Unterstützung angelegt, die bei Bedarf auch durch die Kooperation mehrerer Helfender aus verschiedenen Disziplinen erbracht werden. Sie sind soziale Dienstleistungen, die von Fachkräften aus der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen oder von Ehrenamtlichen durchgeführt werden. Die Ziele der Hilfen sind die Verbesserung der elterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen sowie die Verbesserung der »Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft« (Begriffsbestimmung »Frühe Hilfen«, NZFH 2009). Wir haben es hier mit einer sozialen Dienstleistung zu tun, die sich an sozialpädagogischen Zielen orientiert. Sie hat zwei Seiten: Technik und Arbeitsbeziehung. Beides muss in seiner Qualität entwickelt werden. Diese Überlegungen führen uns dazu, die Rolle des Arbeitsbündnisses auch für die Frühen Hilfen zu thematisieren. Da es im Folgenden um die Arbeitsbeziehung zwischen den in den Frühen Hilfen Tätigen und deren Adressat/-innen gehen soll, werden wir die verschiedenen Berufsgruppen, die sich in den Frühen Hilfen finden, vorerst nicht differenzieren. Stattdessen subsummieren wir die Akteure der verschiedenen Professionen (insbesondere Soziale Arbeit und Gesundheitswesen) sowie die ehrenamtlichen Laienhelfenden unter dem Begriff »Helfende«¹.

Wir gehen von einem Modell diskursiven Aushandelns von Zielen und Mitteln der Intervention aus. Müller (1991, S. 97) definiert das Arbeitsbündnis auf zwei Ebenen: Auf der ersten Ebene beschreibt er es als einen Arbeitskonsens zwischen Adressat/-innen und den Helfenden, der den Rahmen vorgibt, in dem Aushandlungen im Arbeitsprozess möglich sind. Hiermit ist eine Grundbedingung für die Zusammenarbeit geschaffen. Auf der zweiten Ebene – der eigentlichen Handlungsebene – wird das Arbeitsbündnis als ein Interpretationsraster verstanden, mithilfe dessen »die jeweils schon vorgegebenen wechselseitigen Situationsdefinitionen und Gegenstandsbestimmungen der Interaktion in eine explizite,

¹ Überlegungen zum professionellen Handeln lassen sich auch auf Nicht-Professionelle, d.h. Ehrenamtliche übertragen (vgl. dazu die Forschungen zum Ehrenamt wie z.B. Bimschas/Schröder 2003; Jakob 1993).

gemeinsame, wechselseitig für vernünftig und zumutbar gehaltene Arbeitsaufgabe transformiert werden« (ebd., S. 96).

Aus Sicht der in der Sozialen Arbeit geführten interaktionistisch geprägten Professionalisierungsdebatte sind die Helfenden und ihr professionelles Handeln zentral für die Wirksamkeit einer Hilfe. Professionalität wird als ein Handeln definiert, das wissenschaftliches Wissen, Handlungswissen und Fallverstehen kombiniert. Grundlegend ist dabei die Reflexivität der Helfenden, denn dadurch wird gewährleistet, dass die Helfenden alltagspraktische Handlungsprobleme der Adressat/-innen aus der Distanz stellvertretend wissenschaftlich reflektieren, deuten und bearbeiten. Eine Qualität des professionellen Handelns besteht vor diesem Hintergrund in der Fähigkeit, Handlungsoptionen, Chancen und Partizipation der Adressat/-innen zu steigern (Dewe/Otto 2002).

In diesem Rahmen haben die Professionellen als »Verfahrensverwalter« (Schütze 1996, S. 185) die Arbeitsbeziehung zu den Adressat/-innen aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Dies sollte den Helfenden unabhängig von der Persönlichkeit und der Problematik bzw. des Hilfebedarfes der Adressat/-innen oder ihrer eigenen Befindlichkeit gelingen (von Spiegel 2008, S. 99). Als wesentliches Ziel wird häufig die Maxime »Hilfe zur Selbsthilfe« verfolgt. Dieser Leitsatz dient dazu, den Subjektstatus der Adressat/-innen zu sichern und sie nicht als Objekt einer sozialpädagogischen Behandlung anzusehen. Heiner (1996, S. 212) verweist an dieser Stelle darauf, dass der Einbezug der Adressat/-innen nicht nur aus ethischen Gründen, sondern auch aus instrumentellen Gründen notwendig ist. Denn ohne deren Akzeptanz und Mitarbeit ist ein erfolgreicher Hilfeverlauf unmöglich. Kennzeichnend für personenbezogene soziale Dienstleistungen ist das »uno-actu-Prinzip«: Produktion und Konsumption der Hilfeleistung fallen zusammen. Hierbei sind die Adressat/-innen einerseits die Konsumierenden der Dienstleistung und andererseits zugleich die Ko-Produzierenden der Hilfeleistung. In der neueren Dienstleistungsdiskussion wird dieser Stellenwert der Adressat/-innen verstärkt hervorgehoben (vgl. Schaarschuch 2005, Otto/Dewe 2001).

Schaarschuch (2005, S. 11) geht noch einen Schritt weiter, indem er die Adressat/-innen als eigentliche Produzierende der Dienstleistung herausstellt und den Helfenden die Rolle der Ko-Produzierenden zuschreibt. »Adressaten können nur selbst ihr Leben, ihr Verhalten, ihre Gesundheit, ihre Bildung unhintergebar aktiv produzieren, d.h. aneignen.« Die Professionellen können im Hinblick auf die Aneignungsprozesse lediglich »ko-produktive Hilfestellungen und Anregungen geben, Lernarrangements bereitstellen, Alternativen aufzeigen und die Adressaten kritisch begleiten« (ebd., S. 11).

Damit wird der Auftrag an die Helfenden formuliert, ein Arbeitsbündnis zu realisieren, in dem die Adressat/-innen als aktive und autonome Partner/-innen im Prozess der Produkti-

on sozialpädagogischer Dienstleistung fungieren. »Die Berücksichtigung der Erwartungen und der Qualitätsvorstellungen der Adressatinnen muß [sic!] daher in der Sozialen Arbeit gleichberechtigt neben der Abklärung von Bedürfnissen, Bedarfen und Ressourcen aus professioneller Sicht stehen« (Heiner 1996, S. 212).

Die Betonung liegt in dieser Argumentation auf »gleichberechtigt«. Eine ausschließlich adressatenbezogene Perspektive ist also nicht gemeint. Dies wäre auch in mehrfacher Hinsicht problematisch. Eine solche Sichtweise blendet nämlich infrastrukturelle und sozialpolitische Voraussetzungen aus (ebd., S. 221), die insbesondere dann wesentlich sind, wenn professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit den gesellschaftlichen Auftrag verfolgt, soziale Gerechtigkeit herzustellen (Schrödter 2010, S. 8). Eine reine Adressatenorientierung ist zunächst mit zwei gegensätzlichen Problemen konfrontiert: Zum einen dem Problem der sog. »expensive tastes« (vgl. Dworkin 2000), d.h. der »kostspieligen Vorlieben«, die sich als überhöhte Wünsche verstehen lassen, die zu einer Steigerung des Wohlbefindens führen, aber einer gerechten Verteilung widersprechen. Das zweite, empirisch bedeutsamere Problem ist das der »adaptive preferences« (vgl. Elster 1983), d.h. der »angepassten Wünsche«, die u.a. auf das Phänomen verweisen, dass Menschen, die unter deprivierten Bedingungen aufgewachsen sind und/oder leben, häufig keine Wünsche äußern können, »die über ihre Situation hinausgehen« (Schrödter 2010, S. 11f). Brumlik und Keckeisen (1976) haben vor diesem Hintergrund schon früh kritisiert, dass ein radikal klientenzentrierter Standpunkt auf einen naiven Subjektivismus hinauslaufen würde, der die Interpretation und den Umgang mit einer nicht hinwegzudefinierenden Hilfsbedürftigkeit den Erfahrungen und Selbstdeutungen der Klient/-innen überlässt, die selbst nach den Kategorien ihrer soziokulturellen Lebenswelten geformt worden sind. Dies stelle gerade für eine emanzipatorisch orientierte Arbeit kaum eine vertretbare Option dar, da sie »letztlich selbst affirmativ gegenüber den Resultaten gesellschaftlicher Repressions- und Ausbeutungsverhältnisse[n ... ist]« (Brumlik/Keckeisen 1976, S. 248).

Die Frage ist daher, wie die Perspektive der Adressat/-innen und die professionelle Sichtweise der Helfenden im Prozess der Hilfeebringung relationiert werden. Als Grundelemente der Arbeitsbeziehung zwischen Helfenden und Adressat/-innen gelten das Verhandeln und Klären von Zielen und Bedingungen der Zusammenarbeit. Hierbei geht es um die Klärung eines gemeinsamen Wirklichkeitsverständnisses, um die Aushandlung der Hilfeziele sowie um die Rolle und Verantwortung, die jeder der Beteiligten übernimmt (vgl. Goldberg 1980). Auch wenn eine konsensuelle Kommunikation zu den Adressat/-innen nicht unbedingt immer von Hilfebeginn an ermöglicht werden kann, liegt es doch in der Verpflichtung der Helfenden, diese anhand einer langfristigen Strategie zu etablieren. »Dabei sind alle existierenden Realisierungsbedingungen des Ideals herrschaftsfreier Kommunikation, auch wenn sie beschränkt sind, zu erkennen, zu nutzen und methodisch zu sichern« (Müller 1991, S. 106).

Mehrere Autoren bemängeln, dass das deliberative Ideal herrschaftsfreier Kommunikation zunächst ein Ideal ist, das kaum eine tatsächliche Korrespondenz in den Schwierigkeiten der Praxis finden kann (vgl. Goldberg 1980, Heiner 1996, Müller 1991). De facto werde der Balanceakt zwischen dem Eingriff in die Lebenswelt und der Wahrung der Autonomie der Adressat/-innen oftmals von den Helfenden zugunsten einer Anpassung an etablierte Normalitätsstandards aufgelöst. Ein möglicher Grund für diese Tendenz wird in zwei sich gegenüberstehenden Sichtweisen auf Hilfebedürftigkeit beschrieben (Müller 2007, S. 102f). Ein normatives Verständnis von Hilfebedürftigkeit auf Seiten der Helfenden kann dem subjektiven Verständnis der einzelnen Adressat/-innen widersprechen. Müller (2007, S. 106) bemängelt, dass in der Praxis den Problemdefinitionen der Adressat/-innen nicht geglaubt werde, bis sie sie beweisen können. Um dieses Dilemma aufzulösen, ist die Selbstdefinition von Hilfebedürftigkeit der Adressat/-innen als Ausgangspunkt eines Kommunikationsprozesses festzulegen, in dem eine gemeinsame Situationsdefinition und eine Abklärung des Hilfebedarfs erfolgen sollen. In diesem Prozess zeichnet sich die professionelle Handlungskompetenz der Helfenden durch ein reflexives Selbstverständnis aus. Im Mittelpunkt dieses Selbstverständnisses steht der fachliche Umgang mit Paradoxien professionellen Handelns (vgl. Schütze 1996). Diese Paradoxien ergeben sich aus dem Umstand, dass sich das sozialpädagogische Handeln vorrangig auf die Lebenswelt der Adressat/-innen bezieht, aber gleichzeitig auch institutionell-organisatorisch eingebunden ist und gesellschaftlichen Anforderungen standhalten muss². In diesem Spannungsfeld müssen die Handlungsparadoxien zwischen Helfenden, Adressat/-innen und Organisation austariert werden. Krüger/Rauschenbach u.a. (2003; 2004) haben in ihrer Arbeit wesentliche Handlungsparadoxien, bezogen auf das professionelle Selbstverständnis der Helfenden im Arbeitsbündnis (neben der bereits genannten: **Eingriff in die Lebenswelt vs. Wahrung der Autonomie des Subjektes**), zusammengestellt:

- **Typenkategorisierung vs. Situierung**

Einordnung des Falls in abstrakte, übergeordnete Kategorien oder Subjekt- und Situationsbezug

- **Professionelle Ordnungs- und Sicherheitsgesichtspunkte vs. Eingrenzung der Entscheidungsfreiheit**

Entscheidungen auf der Basis fachlicher Expertise treffen oder Entscheidungsbefugnis den Adressaten überlassen

2 Von Böhnisch und Lösch geprägt (ebd., 1973/1998), stellt das doppelte Mandat ein zentrales Strukturmerkmal der Sozialen Arbeit dar. Die Fachkräfte haben die Aufgabe, ein »Gleichgewicht zwischen den Rechtsansprüchen, Bedürfnissen und Interessen der Adressaten einerseits und den jeweils verfolgten Kontrollinteressen seitens öffentlicher Steuerungsagenturen andererseits aufrechtzuerhalten«.

- **Biografische Ganzheitlichkeit vs. Expertenspezialisierung**
Bezugnahme auf das biografische »Geworden-Sein« eines Falls oder Bezugnahme auf die konkrete Situation
- **Mehrwissen offensiv einsetzen vs. zurückhalten**
Professionelles Wissen offensiv einbringen vs. zurückhalten
- **Adressat/-innen die Problembearbeitung abnehmen vs. Adressat/-innen selber machen lassen**
Pädagogisches Grunddilemma
- **Ablauf und Ziel einer Hilfe vorgeben vs. möglichst wenige Vorgaben machen**
Umgang mit Definitionsmacht
- **Geduldiges Zuwarten vs. Intervention**
Abwarten, wie sich ein Fall/ein Problem entwickelt, oder sofort eingreifen
- **Diffuse vs. spezifische Sozialbeziehung**
Freundschaftliche oder distanzierte Gestaltung der Helfenden-Adressat/-innen-Beziehung

Helfende stehen in der Arbeit mit den Adressat/-innen vor der Herausforderung, gegensätzliche Anforderungen auszubalancieren, d.h. »etwas zu tun [...], was logisch nicht geht, wohl aber praktisch bewältigt werden kann und muss« (Müller 2005, S. 736). Die jeweilige Einordnung des professionellen Handelns zwischen den Polen der Handlungsalternativen beschreibt ein individuelles professionelles Selbstverständnis der Helfenden. Das jeweilige professionelle Selbstverständnis der Helfenden – so unsere Annahme – beeinflusst das Arbeitsbündnis.

Arbeitsbündnisse – empirische Belege

Die Bedeutung und Schwierigkeiten des professionellen Handelns für die Herstellung eines Arbeitsbündnisses jenseits der Interventionstechnik wurden im vorherigen Abschnitt beschrieben. Empirisch gestützte Antworten auf die Frage nach dem Stellenwert dieses Beziehungsaufbaus für den Erfolg oder Misserfolg von Interventionen finden sich bislang vor allem in der Psychotherapieforschung. Eine Übertragbarkeit der Befunde halten wir aufgrund der ähnlichen interaktionistischen Beziehung im Hilfeprozess für möglich (vgl. Böttcher 2009), und auch die Ergebnisse aus der Wirkungsevaluation des Bundesmodellprogramms Wirkungsorientierte Jugendhilfe (vgl. Albus et al. 2010) sprechen für diese Einschätzung.

HILFEBEZIEHUNG ALS WIRKFAKTOR

In vielen Studien in der Psychotherapieforschung wurde die Beziehung bzw. das Erbringungsverhältnis zwischen Therapeut/-innen und Adressat/-innen als wesentlicher Wirkfaktor für eine erfolgreiche Hilfe ermittelt (eine Übersicht von Studien findet sich in Horvath/Bedi 2008, eine Übersicht zu Metastudien in Hermer/Röhrle 2008).

Es wird in der Psychotherapieforschung zwischen vier Wirkfaktoren unterschieden, die ein Therapieergebnis erklären:

- extratherapeutische Faktoren (40 %)
 - Beziehungsfaktoren (30 %)
 - Placebo / Hoffnungsfaktoren (15 %)
 - eigentliche Technik des Therapeuten (15 %)
- (Lambert/Barley 2008)

Neben den persönlichen Faktoren, die ein/-e Adressat/-in in die Maßnahme mitbringt (extratherapeutische Faktoren), begünstigen Beziehungsfaktoren demnach in weit höherem Maße das Ergebnis als die Methode der Hilfeerbringungen im engeren Sinne von technischen Abläufen und Verfahren. Diese empirischen Belege zu der Wirkmächtigkeit von Beziehungsfaktoren untermauern die theoretischen Überlegungen, dem Arbeitsbündnis als Wirkfaktor in der Erforschung Früher Hilfen einen hohen Stellenwert einzuräumen.

Auch in der Kinder- und Jugendhilfe gibt es empirische Forschung dazu, wie mit der Notwendigkeit, eine Arbeitsbeziehung zu den Adressat/-innen aufzubauen, umgegangen werden kann. Krüger/Rauschenbach u.a. (2003; 2004) zeigen in ihrer Arbeit, dass sich Gruppen von Helfenden ermitteln lassen, die den Beziehungsaufbau zu den Adressat/-innen auf eine typische Weise gestalten. Sie haben erforscht, wie Helfende die wesentlichen Handlungsparadoxien bezogen auf die Zusammenarbeit mit den Adressat/-innen auflösen. Mittels einer Clusteranalyse arbeiteten sie drei Handlungstypen im Verhältnis der Faktoren Expertise (Umgang der Helfenden mit dem eigenen Fachwissen: eher offensiver oder eher defensiver Einsatz), Klientenautonomie (Steuerung des Hilfeprozesses: eher durch die Helfenden oder eher durch die Adressat/-innen) und Fallbezug (Berücksichtigung der individuellen Fallproblematik: eher stark ausgeprägt oder eher wenig ausgeprägt) heraus:

- Fachmann (13 %, hoher Wert bei Fallbezug, niedriger Wert bei Klientenautonomie, hoher Wert bei Expertise)
- Begleiter (22 %, mittlerer Wert bei Fallbezug, hoher Wert bei Klientenautonomie, niedriger Wert bei Expertise)

- Pragmatiker (26 %, niedriger Wert bei Fallbezug, niedriger Wert bei Klientenautonomie, niedriger Wert bei Expertise)

Diese Ergebnisse sowie die von verschiedenen qualitativen Forschungen deuten darauf hin, dass Helfende bestimmte professionelle Handlungstypen ausbilden (Krüger/Rauschenbach u. a., 2003; 2004 sowie Müller 2007b, Lau/Lau 1982, eine Übersicht zu qualitativen Studien findet sich in Cloos 2006, S. 185). Dabei lässt sich vermuten, dass die Helfenden weitgehend unabhängig von der jeweiligen Hilfsituation das für sich typische Handlungsmuster realisieren. Das bedeutet, Helfende lösen die Paradoxien in der Fall- und Beziehungsarbeit in der Regel nach einem Schema auf. Auch wenn von Fall zu Fall leichte Abweichungen möglich sind, bleibt der Handlungstyp und somit die Vorgehensweise beim Aufbau des Arbeitsbündnisses überwiegend konstant.

Vorausgesetzt, das Arbeitsbündnis ist ein bedeutender Wirkfaktor, wäre zu fragen, ob spezifische Handlungstypen bei bestimmten Zielgruppen mehr oder weniger große Wirkung auf die Etablierung eines gelingenden Arbeitsbündnisses haben als andere. Das Wissen um wirksame Handlungstypen kann beispielsweise Hinweise darauf geben, mit welchen Vorgehensweisen einzelne Zielgruppen besser zu erreichen und für Hilfemaßnahmen zu gewinnen sind.

Wir ergänzen um folgende Hypothesen: Für den Erfolg einer Intervention kommt es darauf an, wie die Adressat/-innen die Arbeitsbeziehung einschätzen. Auch hier liefert die Psychotherapieforschung einen wichtigen Hinweis für die Erforschung des Arbeitsbündnisses in Frühen Hilfen. Hinsichtlich der Vorhersagekraft auf ein positives Therapieergebnis unterscheiden sich die Bewertungen des Arbeitsbündnisses von Adressat/-innen und Therapeut/-innen deutlich. Die Einschätzung der Qualität des Arbeitsbündnisses durch die Adressat/-innen scheint hierbei einen höheren Vorhersagewert auf den Ausgang einer Intervention zu haben als die Einschätzung der Therapeut/-innen (Horvath/Bedi 2008, Bachelor 1991, Murphy et al. 1984, Grigg/Goodstein 1957). Übersetzt in unseren Kontext würde das bedeuten: Bewerten Adressat/-innen das Arbeitsbündnis positiv, so könnte diese Bewertung in einem positiven Zusammenhang mit einem guten Hilfeergebnis stehen. Für die Erforschung des Arbeitsbündnisses ergibt sich aus diesem Hinweis, dass zur Bewertung des Arbeitsbündnisses die Einschätzung der Adressat/-innen eingeholt werden sollte. Diese Bewertung könnte als Prädiktor für ein gelingendes Arbeitsbündnis gelten.

Weitere Empfehlungen, die für den Einbezug der Adressatenperspektive in die Untersuchung von Arbeitsbündnissen sprechen, finden sich in Forschungen zum Dienstleistungsmarketing. Auch in diesem Kontext stellt die subjektive Zufriedenheit mit dem Dienstleister eine wichtige Einflussgröße auf den erfolgreichen Verlauf einer Dienstleistung und

das Kundenverhalten dar (Böttcher/Hogrebe/Neuhaus 2010, S. 34ff). Aus dem Dienstleistungsmarketing kann man aber auch lernen, dass es für den Erfolg wichtig zu sein scheint, Kunden nach ihrer Zufriedenheit mit dem Angebot zu fragen. Kundenzufriedenheit resultiert aus dem Vergleich der tatsächlichen Erfahrung bei der Inanspruchnahme einer Leistung (Ist-Leistung) mit einem bestimmten Vergleichsstandard (Soll-Leistung), bestehend aus Erwartungen, Erfahrungsnormen und Idealen. Die Relevanz der Kundenzufriedenheit auf das Kundenverhalten und somit den Verlauf der Dienstleistung wurde vielfach empirisch nachgewiesen (ein Überblick dazu findet sich bei Giering 2000). Überträgt man dieses Konzept auf unser Feld, so generiert das Wissen um die Kundenzufriedenheit verschiedener Adressat/-innengruppen mit den Angeboten der Frühen Hilfen Hinweise darauf, dass in einem gelingenden Arbeitsbündnis eine Verständigung über für geeignet empfundene Hilfemaßnahmen gelungen ist. Die Bewertung des Angebots kann also als ein weiterer Aspekt der Bewertung des Arbeitsbündnisses angesehen werden, der aus der Perspektive der Adressat/-innen erhoben werden sollte.

In der Zusammenfassung führen unsere Überlegungen also dazu, dass Forschung zu Arbeitsbündnissen fragen sollte:

- Wie handeln Helfende in der Arbeitsbeziehung?
- Welche Art der Beziehungsgestaltung wird favorisiert?
- Wie bewerten Adressat/-innen die Arbeitsbeziehung?
- Wie bewerten Adressat/-innen das Hilfeangebot?

Nachdem wir nun die theoretischen Überlegungen zum Arbeitsbündnis aus der sozialpädagogischen Professionsdebatte mit Hinweisen aus relevanten Nachbardisziplinen (Psychotherapieforschung und Marketingforschung) ergänzt haben, versuchen wir im nächsten Abschnitt ein Raster zu erstellen, anhand dessen Arbeitsbündnisse in den Frühen Hilfen erforscht werden können.

Konzeptionelle Bedingungen und Hypothesen für die Erforschung von Arbeitsbündnissen in Frühen Hilfen

Bei der Systematisierung der konzeptionellen Vorüberlegungen für die Erforschung von Arbeitsbündnissen in den Frühen Hilfen wird deutlich, dass beide Akteursgruppen – die der Helfenden und die der Adressat/-innen – in einem Forschungsdesign zu berücksichtigen sind. Es wurde herausgearbeitet, dass Helfende verantwortlich und entscheidend für den Aufbau sowie die Pflege des Arbeitsbündnisses sind. Grundlegend ist dabei deren professionelles Selbstverständnis, das vor allem durch die Einordnung in Spannungsverhältnisse sog. professioneller Handlungsparadoxien entsteht. Für eine Erforschung des Arbeitsbündnisses ist also auf der Helfendenseite vor allem der Professionstyp in den Blick zu

nehmen. Möglicherweise gibt es Verknüpfungen zwischen Professionstypen und Berufsgruppen. Daher schließt sich die sekundäre Frage an, ob einzelne Berufsgruppen oder auch Ehrenamtliche in den Frühen Hilfen einen bestimmten Handlungstypus favorisieren.

Es liegt im Aufgabenbereich und der Professionalität der Helfenden, ein Arbeitsbündnis aufzubauen. Jedoch bei der Bewertung, ob die Prämisse eines diskursiven Modells mit den Adressat/-innen als Ko-Produzierende und nicht als Objekt einer Hilfe umgesetzt werden konnte, spielt die Sichtweise der Adressat/-innen eine entscheidende Rolle. Gerade die dargestellten Ergebnisse der Psychotherapieforschung und der Marketingforschung geben wichtige Hinweise darauf, welche Aspekte auf Adressat/-innenseite in den Blick genommen werden müssen, nämlich die Einschätzung der Beziehung zu den Helfenden und die Beurteilung des Angebots. Die Bewertung des Arbeitsbündnisses durch die Adressat/-innen wäre den Ergebnissen der Psychotherapieforschung zufolge ein verlässlicherer Indikator für einen positiven Hilfeverlauf als die Einschätzung der Helfenden.

Einflussgrößen auf das Arbeitsbündnis in sozialen Dienstleistungen

Helfer_innen	Adressat_innen
Professionstypen	Zufriedenheit mit den Helfer_innen (Arbeitsbündnis)
Berufsgruppen	Zufriedenheit mit dem Angebot (Kundenzufriedenheit)

Der Versuch, diese wesentlichen konzeptionellen Bedingungen zur Erfassung eines sozialpädagogischen Arbeitsbündnisses in ein quantitatives Forschungsdesign zu übertragen, sollen im nächsten Abschnitt dargestellt werden.

Forschungsdesign und mögliche Ergebnisse

Mit diesem Beitrag haben wir versucht, das Arbeitsbündnis als einen wichtigen Faktor im Rahmen Früher Hilfen herauszuarbeiten.

Anhand der dargestellten Vorüberlegungen wurde das Konzept Arbeitsbündnis als ein Wirkfaktor für den erfolgreichen Verlauf einer Frühen Hilfe in die Wirkungsanalyse des Projekts *Evaluation Früher Hilfen in Nordrhein-Westfalen und Schleswig Holstein* integriert. Mit den Ergebnissen sollen vor allem folgende Hypothesen überprüft werden:

- 1. Es lassen sich bestimmte Professionstypen ermitteln, die von den Adressat/-innen unterschiedlich bewertete Arbeitsbündnisse hervorrufen.**
- 2. Ein positiv wahrgenommenes Arbeitsbündnis wirkt sich positiv auf die Hilfeleistung aus.**

Wir orientieren uns in unserer Forschung an der bisher einzigen uns bekannten deutschen quantitativen Untersuchung zu professionellen Handlungstypen von Krüger/Rauschenbach u.a. (2003; 2004; vgl. Abs. 2). Für die Erforschung des Arbeitsbündnisses wurden eine für die Frühen Hilfen typische Fallvignette und ein quantitativer Fragebogen entwickelt und getestet, mithilfe derer sich die Helfenden, bezogen auf das Szenario und anhand ihres Verständnisses von angemessenem pädagogischem Handeln im Spannungsfeld der Paradoxien sozialpädagogischen Handelns, einordnen können. Es werden alle Helfenden der Projektstandorte der »Evaluation Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein« mit diesen Instrumenten telefonisch befragt. In einem Prätest mit 48 Teilnehmer/-innen konnten mithilfe einer Faktorenanalyse vier Faktoren ausgemacht werden, die unserer Meinung nach typische sozialpädagogische Handlungsparadoxien widerspiegeln, die offenbar eine Bedeutung für professionelles Handeln in den Frühen Hilfen besitzen:

- Adressat/-innen die Problembearbeitung abnehmen vs. Adressat/-innen selber machen lassen
- Aufbau eines fachlich-distanzierten Verhältnis zu den Adressat/-innen vs. Aufbau eines freundschaftlich-nahen Verhältnis
- Fokus auf die gesamte Biografie der Adressat/-innen vs. Konzentration auf das aktuelle Problem
- Rückgriff auf bewährte Methoden für die Problematik vs. Entwicklung individueller Hilfeleistungen für den Einzelfall

Mit Blick auf diese Fragestellung sollen alle Helfenden der Projektstandorte interviewt werden. Mittels clusteranalytischer Verfahren sollen so aussagekräftige Professionstypen im Feld der Frühen Hilfen gebildet werden.

Inwieweit sich die Professionstypen der Helfendenseite auf die Etablierung von Arbeitsbündnissen auswirken, kann nur durch einen Abgleich mit der Bewertung der Qualität des Arbeitsbündnisses abgeschätzt werden. Hierzu ist die Sichtweise des Adressat/-innen entscheidend, die sich zusammensetzt aus der Bewertung der Interaktion mit den Helfenden und der Gestaltung der Hilfeangebote. Diese Konzepte wurden bereits für die Soziale Arbeit aufbereitet. Wir beziehen uns in unserer Forschung auf das *ziel- und kriterienbezogene Qualitätsmanagement* von Maja Heiner (1996). Das Besondere an diesem Ansatz ist die Formulierung von wahrnehmbaren Qualitätsmerkmalen von sozialen Dienstleistungen aus Sicht der Adressat/-innen. Diese bilden ein Raster für die Erforschung der Bewertung der Adressat/-innen von Arbeitsbündnissen in Frühen Hilfen:

Ziel- und kriterienbezogenes Qualitätsmanagement

12 Qualitätsmerkmale sozialer personenbezogener Dienstleistungen aus Sicht des Nutzers

Qualitätsmerkmal	Interaktionsebene	Angebotsebene
1. Transparenz	Rollenklärung zwischen Fachkraft und Nutzer, Abklärung der Zielsetzung	Erläuterung des Spektrums der Lösungsmöglichkeiten sowie die Rolle einzelner Institutionen, Angebotspalette darstellen, Zuständigkeiten erklären
2. Partizipation	Beteiligung der Nutzer im gesamten Problembearbeitungsprozess. Das beinhaltet auch die Beteiligung an allen Entscheidungen	
Qualitätsmerkmal	Interaktionsebene	Angebotsebene
3. Abgestimmtheit		Abstimmung innerhalb der Organisationseinheit und mit anderen Diensten und Einrichtungen
4. Zugänglichkeit		Wartelisten, Anfahrtswege, Öffnungszeiten, Zugangsbeschränkungen
5. Zügigkeit	Gefühl, die Mitarbeiter lassen sich mit der Bearbeitung Zeit, Absprachen werden vergessen	Wartezeiten in der Hilfe
6. Informiertheit		Nutzer hat das Gefühl, der Mitarbeiter konnte ausführlich über Lösungsmöglichkeiten und Angebote informieren
7. Vertraulichkeit	Die Offenlegung der Grenzen der »Vertraulichkeit«, also der Verpflichtung zur Meldung bestimmter Vorkommnisse an andere Stellen und Personen	
8. Individualisierung	Flexibilität in den Regeln des Umgangs. Nutzer gemäß den spezifischen Bedürfnissen und Fähigkeiten zu beraten, zu unterstützen und zu betreuen	Für den Nutzer erreichbare/ geeignete Räume und Zeiten
9. Normalität	Anpassung der Sprache, des Umgangsstils und der Art der Aktivitäten an die des Nutzers	Das Angebot soll sich den Lebensbedingungen des Nutzers so weit wie möglich anpassen (nicht entfähigend, stigmatisierend oder entmündigend sein).
10. Verständigungsorientierung	Als Haltung der Fachkraft im Aushandlungsprozess bzw. bei der Herangehensweise an die Problemlösung	
11. Achtung	Verhaltensweisen im Umgang mit der Nutzer: »Aufmerksamkeit«, »Respekt«, »Takt«, »Geduld«	
12. Freundlichkeit	Verhaltensweisen im Umgang mit der Nutzer: »Höflichkeit« und »Wertschätzung«	

(Heiner 1996, S.227)

Diese Qualitätsmerkmale wurden in einem quantitativen Fragebogen zur Zufriedenheit mit den Helfenden und dem Angebot operationalisiert. Als Grundlage für die Erfassung der Arbeitsbeziehung wurde der *Helping Alliance Questionnaire (HAQ) – Patient Version* (Bassler/Potratz/Krauthauser, H. 1995) für die Verwendung in Frühen Hilfen angepasst, der verstärkt die interaktionistische Beziehung zwischen Adressat/-innen und Fachkraft respektive Helfenden erfasst. Der HAQ basiert, wie auch andere weit verbreitete Skalen (*Working Alliance Inventory – WAI*, Horvath/Greenberg 1986, 1989; Hanson/Curry/Bandalos 2002; *California Psychotherapy Alliance Scale – CALPAS*, Gaston 1991; Marmar/Weiss/Gaston 1989), die für die Jugendhilfe anwendbar sind, auf Bordins (1979) Konzeption des Arbeitsbündnisses mit den drei Dimensionen:

- 1 **Bonds:** *die Bindung zwischen Professionellem und Nutzer*
- 2 **Tasks:** *die Koproduktion (collaboration on specific tasks) und*
- 3 **Goals:** *die Übereinkunft zwischen den allgemeinen Zielen des Hilfeprozesses.*

(Hank/Krampen 2008, S. 141ff.)

Ergänzt wurde diese Zufriedenheitsbefragung mit Auszügen des Treatment Motivation Questionnaire (tmQ, Ryan/Plant/O'Malley 1995), dem Fragebogen zur Erziehungs- und Familienberatung (Beckmann/Schrödter 2006), dem Client Satisfaction Questionnaire (CSQ, Attkinson/Zwick 1982; Attkinson/Greenfield 1996; Shapiro/Welker/Jacobson 1997), der Empathic Communication Scale (Nicolai/Demmel/Hagen 2007) sowie einigen selbst entwickelten Items, um sämtliche Bereiche des Modells von Heiner (1996) abzudecken.

Alle Mütter bzw. alleinerziehenden Väter, die an Angeboten Früher Hilfen teilgenommen haben und sich im Rahmen der »Evaluation Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein« zu einer Telefonbefragung bereit erklärt haben, werden mit diesem Instrument telefonisch befragt. Mithilfe der Befragung wird primär der Versuch unternommen, die Qualität des Arbeitsbündnisses aus Sicht der Adressat/-innen in Frühen Hilfen zu erfassen und Gruppen zu bilden, die verschiedene Formen und Grade von Zufriedenheit mit dem Arbeitsbündnis und dem Angebot abbilden. Diese Gruppen werden dann in ein Verhältnis zu den Professionstypen und zur Wirkung der Hilfe im Rahmen der Gesamtbefragung gesetzt. Welche Hinweise wir von dieser Vorgehensweise erwarten, soll im abschließenden Abschnitt erörtert werden.

Zur Nützlichkeit der Erforschung von Arbeitsbündnissen für Frühe Hilfen

Wie einleitend beschrieben, wird in der Debatte um Frühe Hilfen die Frage nach deren Wirksamkeit intensiv gestellt. Das Arbeitsbündnis stellt eine Einflussgröße auf die Wirkung der

Frühen Hilfen dar.

Die in der Professionsdebatte vertretene These vom zentralen Stellenwert des Arbeitsbündnisses in sozialpädagogischen Dienstleistungen wurde bisher eher kasuistisch qualitativ erörtert und soll hier durch einen quantitativen Beitrag erweitert werden. Auch wenn durchaus strittig ist, ob das Arbeitsbündnis als zwischenmenschlicher Verstehens- und Deutungsprozess mit einem quantitativen Verfahren zu erfassen ist, nehmen wir das Arbeitsbündnis in unser quantitatives Forschungsmodul auf, um diese Umsetzungsweise zu testen sowie die bisherigen theoretischen und qualitativen Hinweise zu untermauern.

In diesem Beitrag haben wir die Helfende-Adressat/-innen-Beziehung bzw. das Arbeitsbündnis isoliert als ein Wirkfaktor für Frühe Hilfen beschrieben und ein Forschungsdesign vorgestellt, mit dessen Hilfe diese These im Rahmen der *Evaluation Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen und Schleswig Holstein* überprüft werden soll. Da zu diesem Zeitpunkt noch keine Ergebnisse referiert werden können (diese werden gegen Ende 2010 im Endbericht des Projekts zugänglich sein), soll deren erwartete Nützlichkeit für die Weiterentwicklung Früher Hilfen anhand der zwei wesentlichen Forschungshypothesen auf einer noch prognostischen Ebene verdeutlicht werden.

1 Es gibt bestimmte Professionstypen, die für bestimmte Adressat/-innengruppen ein gelingendes Arbeitsbündnis etablieren können und ein positives Hilfeergebnis beeinflussen.

Lassen sich bestimmte Handlungstypen auf Seiten der Helfenden identifizieren, die ein gelingendes Arbeitsbündnis bei bestimmten Zielgruppen generieren, so lassen sich daraus Rückschlüsse auf günstige (professionelle) Vorgehensweisen ableiten. Denn nicht immer ist es unbedingt das Hilfskonzept (Technik/Methode), das wirkt, sondern bestimmte Handlungstypen der Helfenden. Handlungstypen stehen gleichzeitig für ein bestimmtes professionelles Selbstverständnis und eine Vorgehensweise, mit der ein Arbeitsbündnis gestaltet wird. Je nach Handlungstyp unterscheiden sich die Vorgehensweisen hinsichtlich der Verarbeitung der Handlungsparadoxien. So könnte die Untersuchung zum Beispiel einen Handlungstypen identifizieren, der eine eher distanzierte Beziehung zu seinen Adressat/-innen pflegt und besonders viel Wert auf die Autonomie legt. Diese Vorgehensweise ruft bei einer bestimmten Adressat/-innengruppe der Frühen Hilfen ein gelingendes Arbeitsbündnis hervor, bei anderen nicht. Das Wissen, bei welcher Zielgruppe diese Vorgehensweise ein gelingendes Arbeitsbündnis erzeugt, gibt Hinweise darauf, wie der Zugang und die Zusammenarbeit bei einzelnen Zielgruppen gestaltet werden sollte. Diese Informationen können beispielsweise dabei helfen, einen Zugang zu sog. »schwer erreichbaren« Zielgruppen zu erleichtern.

Eine Vorgehensweise, die für den Aufbau eines Arbeitsbündnisses zu einer Adressat/-in-

nengruppe hilfreich ist, kann bei einer anderen eher hemmend wirken. Einschlägiges Wissen kann helfen, die passenden Vorgehensweisen auszuwählen und die dafür geeigneten Mitarbeitenden einzusetzen.

2 Es gibt bestimmte Berufsgruppen, die vermehrt einen bestimmten Professionstypen herausbilden.

In den Frühen Hilfen verkomplizieren sich die ohnehin anspruchsvollen Anforderungen an die Helfenden, ein Arbeitsbündnis aufzubauen, da hier Personen aus verschiedenen professionellen Tätigkeitsbereichen oder auch Ehrenamtliche die Hilfeleistung erbringen. Eine weiterführende Aufgabe könnte es sein, auf der Seite der Helfenden genauer zu erforschen, ob sich bezüglich der Herstellung eines Arbeitsbündnisses systematische Differenzen zwischen den Helfendengruppen (Sozialarbeiter/-innen, Hebammen, Ehrenamtliche, etc.) finden lassen.

Je nach Hilfekonzept und standortspezifischer Umsetzung führen verschiedene Helfendengruppen für verschiedene Zielgruppen mit unterschiedlichen Belastungen Hilfemaßnahmen durch. Das Wissen darum, welche Helfendengruppe einen bestimmten Handlungstyp eher ausbildet und mit diesem bei bestimmten Adressat/-innengruppen ein gelingendes Arbeitsbündnis aufbauen kann – oder eben auch nicht –, sollte bei der Klärung helfen, welche Berufsgruppe für die Bearbeitung der Problemlagen bestimmter Zielgruppen eher geeignet ist als andere. Darüber hinaus könnten die Erkenntnisse Empfehlungen dazu generieren, welche Berufsgruppen in einem Netzwerk Früher Hilfen vertreten sein sollten, um den Anforderungen der wesentlichen Adressat/-innengruppen hinsichtlich der Gestaltung des Arbeitsbündnisses gerecht werden zu können.

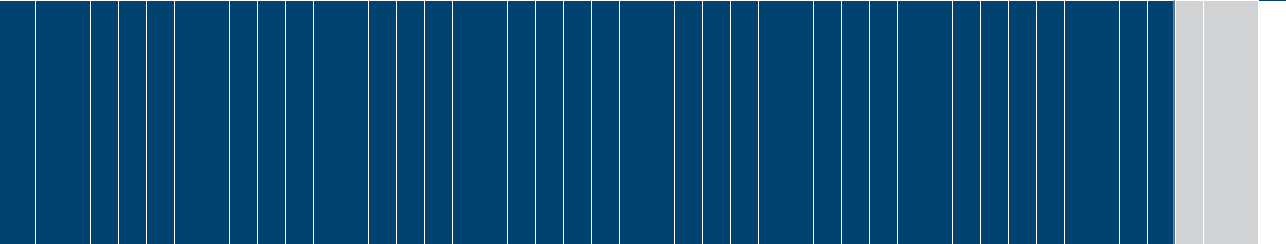
LITERATUR

- Albus, St., Greschke, H., Klingler, B., Messmer, H., Micheel, H.-G., Otto, H.-U. & Polutta, A. (2010). Abschlussbericht der Evaluation des Bundesmodellprogramms Qualifizierung der Hilfen zur Erziehung durch wirkungsorientierte Ausgestaltung der Leistungs-, Entgelt- und Qualitätsvereinbarungen nach §§ 78a ff SGB VIII. Münster, Waxmann.
- Attkinson, C.C. & Greenfield, T.K. (1996). The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) scales and the Service Satisfaction Questionnaire (SSS-30). In: Sederrer, L.I. & Dickey, B. (Hrsg.): Outcomes assessment in clinical practice. Baltimore, MD, Williams & Wilkens, S. 120-127.
- Attkinson, C.C. & Zwick, R. (1982). Client Satisfaction Questionnaire (CSQ). In: Evaluation and Program Planning, Bd.5, S. 233-237.
- Bachelor 1991, Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. Psychotherapy: Theory, Research and Practice 28, S. 534-549.
- Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ) von Luborsky. In: Psychotherapeut 40, S. 23-32.
- Beckmann, C. & Schrödter, M. (2006). DFG-Projekt «Dienstleistungsqualität». Zwischenbericht. Bielefeld.
- Bimschas, B. & Schröder, A. (2003). Beziehungen in der Jugendarbeit: Untersuchung zum reflektierten Handeln in Profession und Ehrenamt. Opladen: Leske + Budrich.
- Böhnisch und Lösch geprägt (1973/1998), Böhnisch, L. & Lösch, H. (1973/reprint 1998). Das Handlungsverständnis des Sozialarbeiters und seine institutionelle Determination. In: H.-U. Otto & S. Schneider (Hrsg.): Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit, 2. Aufl., Berlin, Luchterhand, S. 21-40.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. In: Psychotherapy: Theory, Research and Practice 16, S. 252-260.
- Böttcher, W. (2009). Soziale Frühwarnsysteme und Frühe Hilfen. Theoretische Grundlagen und Möglichkeiten der Evaluation präventiver Handlungsansätze und Netzwerke der Kinder-, Jugend- und Gesundheitshilfe. Expertise zum 9. Kinder- und Jugendbericht.
- Böttcher, W., Högbe, N. & Neuhaus, J. (2010). Bildungsmarketing. Qualitätsentwicklung im Bildungswesen. Weinheim und Basel, Beltz Verlag.
- Brumlik, M. & Keckeisen, W. (1976). Etwas fehlt. Zur Kritik und Bestimmung von Hilfsbedürftigkeit für die Sozialpädagogik. In Kriminologisches Journal 8, S.241-262.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2007). Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme. Bekanntmachung zur Förderung von Modellprojekten sowie deren wissenschaftlicher Begleitung und Wirkungsevaluation. Berlin, Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend.
- Cloos, P. (2006). Beruflicher Habitus. Methodologie und Praxis ethnografischer Entdeckung von Unterschieden. In Cloos, P. & Thole, W. (Hrsg.): Ethnografische Zugänge. Professions- und adressatInnenbezogene Forschung im Kontext von Pädagogik. Wiesbaden, VS-Verlag.
- Dewe, B. & Otto, H.-U. (2001). Profession. In: H.-U. Otto & H. Thiersch (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik (2nd revised ed.). Neuwied, Luchterhand, S. 1399-1423.
- Dewe, B. & Otto, H.-U. (2002). Reflexive Sozialpädagogik. Grundstrukturen eines neuen Typs dienstleistungsorientierten Professionshandelns. In: Thole, W. (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden, VS-Verlag, S. 179-198.

HILFEBEZIEHUNG ALS WIRKFAKTOR

- Dworkin, R. (2000). *Sovereign Virtue: The Theory and Practice of Equality*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Elster, J. (1983). *Sour grapes: Studies in the subversion of rationality*. New York, Cambridge University Press.
- Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapie Alliance Scales – patient version. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 3, S. 68-74.
- Giering, A. (2000). Der Zusammenhang zwischen Kundenzufriedenheit und Kundenloyalität. Eine Untersuchung moderierender Effekte. Wiesbaden, Gabler.
- Goldberg, C. (1980). Gleichheit in der Psychotherapie? Theorie und Praxis therapeutischer Beziehungen. München, Pfeiffer.
- Grigg, A. & Goodstein, L. (1957). The use of clients as judges of the counselor's performance. In: *Journal of Counseling Psychology* 4, S. 31-36.
- Hank, P. & Krampen, G. (2008). Diagnostik der therapeutischen Beziehung. In: Hermer, M. & Röhrle, B. (Hrsg.): *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Band 1. Allgemeiner Teil. Tübingen, dgvt.
- Hanson, W.E., Curry, K.T. & Bandalos, D.L. (2002). Reliability generalization of Working Alliance Inventory scale scores. In: *Educational and Psychological Measurement* 62, S. 659-673.
- Heiner, M. (1996). Ziel- und kriterienbezogenes Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit. Vom Katalogisieren der Aktivitäten zur Reflexion von Qualitätskriterien. In: Merchel, J. & Schrapper, C. (Hrsg.): *Neue Steuerung. Tendenzen der Organisationsentwicklung in der Sozialverwaltung*. Münster, Votum, S. 210-230.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (2008). Therapeutische Beziehungen: Geschichte, Entwicklungen und Befunde. In: Hermer, M. & Röhrle, B. (Hrsg.): *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Band 1. Allgemeiner Teil. Tübingen, dgvt.
- Horvath, A.O. & Bedi, R.P. (2008). Die therapeutische Allianz. In: Hermer, M. & Röhrle, B. (Hrsg.): *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Band 1. Allgemeiner Teil. Tübingen, dgvt.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In: Greenberg, L.S. & Pinsof, W.M. (Hrsg.): *The psychotherapeutic process. A research handbook*. New York, Guilford, S. 527-556.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1989). The development and validation of the Working Alliance Inventory. In: *Journal of Counseling Psychology* 91, S.223-233.
- Jakob, G. (1993). Zwischen Dienst und Selbstbezug: eine biografieanalytische Untersuchung ehrenamtlichen Engagements. Opladen, Leske + Budrich.
- Krüger, H. & Rauschenbach, T. (Hrsg.) (2003). *Diplom-Pädagogen in Deutschland. Survey 2001*. Weinheim u.a., Juventa.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2008). Die therapeutische Beziehung und der Psychotherapieeffekt – eine Übersicht empirischer Forschungsergebnisse. In: Hermer, M. & Röhrle, B. (Hrsg.): *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Band 1. Allgemeiner Teil. Tübingen, dgvt.
- Lau, T. & Lau, S. (1982). Wer bestimmt hier eigentlich, wer kompetent ist? Eine Kritik an Modellen kompetenter Sozialarbeit. In: Müller, S. u.a. (Hrsg.): *Handlungskompetenz in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik Bd.1*. Bielefeld.
- Müller, B. (1991). *Die Last der großen Hoffnungen. Methodisches Handeln und Selbstkontrolle in sozialen Berufen*. Weinheim und München, Juventa.

- Müller, B. (2005). Professionalisierung. In: W. Thole (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Opladen, Leske + Budrich, S. 725–744.
- Müller, J. (2007). Deutungsmuster und beruflicher Habitus im Erziehungsheim. Ergebnisse einer qualitativ-empirischen Untersuchung. In: neue praxis 4, S. 357-388.
- Murphy, P., Cramer, D. & Lillie, F. (1984). The relationship between curative factors perceived by patients in their psychotherapy and treatment outcome: An exploratory study. In: British Journal of Medical Psychology, 57, S. 187-192.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfe (Hrsg.) (2009). Begriffsbestimmung «Frühe Hilfen». <http://www.fruehehilfen.de/wissen/fruehe-hilfen-grundlagen/begriffsbestimmung/>.
- Nicolai, J., Demmel, R., & Hagen, J. (2007). Rating Scales for the Assessment of Empathic Communication in Medical Interviews (REM): Scale Development, Reliability, and Validity. In: Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 14, S. 367-375.
- Oelerich, G. & Schaarschuch, A. (2005). Theoretische Grundlage und Perspektiven sozialpädagogischer Nutzerforschung. In: Oelerich, G. & Schaarschuch, A. (Hrsg.): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. München Basel, Reinhardt, S. 9-25.
- Ryan, R.M., Plant, R.W. & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. In: Addictive Behaviors, Bd. 20, Nr. 3, S. 279-297.
- Schrödter, M. (2007). Soziale Arbeit als Gerechtigkeitsprofession. Zur Gewährleistung von Wirklichkeitschancen. In: neue praxis 1, S. 3-28.
- Schütze, F. (1996). Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen - ihre Auswirkungen auf die Paradoxien des professionellen Handelns. In: A. Combe & W. Helsper (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Frankfurt am Main, Suhrkamp, S. 183-276.
- Shapiro, J. P., Welker, C. J., & Jacobson, B. J. (1997). A naturalistic study of psychotherapeutic methods and client in-therapy functioning in a child community setting [electronic version]. In: Journal of Clinical Child Psychology, 26 (4), S. 385-396.
- Spiegel, H. von (2008). Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. München Basel, Ernst Reinhardt.



GERHARD J. SUESS, AGNES MALI, UTA BOHLEN:
EINFLUSS DES BINDUNGSHINTERGRUNDS DER HELFERINNEN
AUF EFFEKTE DER INTERVENTION – ERSTE ERGEBNISSE UND
ERFAHRUNGEN AUS DEM PRAXIS - FORSCHUNGSPROJEKT
»WIE ELTERNSCHAFT GELINGT (WIEGE)«

Einleitung^{1 2}

Bindungsbasierte Ansätze Früher Hilfen (z.B. das STEEP-Programm) für junge hoch belastete Mütter stellen hohe Anforderungen an Professionelle. Zunächst sollen Beraterinnen eine sichere Basis bereitstellen, d.h. für die jungen Mütter psychologisch verfügbar, ihnen zugewandt und responsiv sein, ganz so wie dies von einer feinfühligem Mutter gegenüber ihrem Kind verlangt wird (Bowlby, 1988; M. Dozier, Cue, & Barnett, 1994). Da die Qualität der psychologischen Verfügbarkeit für Kinder gemäß den Erkenntnissen der Bindungsforschung von dem inneren Bindungsmodell der Eltern abhängt (Fonagy, Steele, & Steele, 1991; Van IJzendoorn & Kroonenburg, 1988), ist es nicht ausreichend, dass Eltern sich in der beraterischen Beziehung angenommen und aufgehoben fühlen. Dies stellt vielmehr nur einen ersten Schritt dar, der insbesondere auch zu einer Auseinandersetzung mit inneren Arbeitsmodellen von Bindung anregen soll. Eigene Erfahrungen in Bindungsbeziehungen haben zu unterschiedlichen Strategien im Umgang mit bindungsrelevanten Themen und Situationen geführt. Wurden eigene Bindungsbedürfnisse in der Vergangenheit ignoriert oder gar zurückgewiesen, dann werden bindungsrelevante Situationen oftmals als bedrohlich erlebt und in der Folge deaktivierende Strategien gewählt, um aufkommende Bindungsbedürfnisse abzuwehren. Gesteuert werden diese deaktivierenden Strategien von inneren Bindungsmodellen, die innerhalb der Bindungsforschung »Dismissive (Ds)« genannt werden (Main, Hesse, & Goldwyn, 2008; Steele & Steele, 2008). Wurden geäußerte Bindungsbedürfnisse dagegen mal gehört und dann wieder ignoriert, dann führt dies zu ständigen Zweifeln an der psychologischen Verfügbarkeit der Bindungsperson und in der Folge zu einer erhöhten Alarmiertheit sowie hyperaktivierenden Strategien in bindungsrelevanten Kontexten. Die zugrundeliegenden inneren Repräsentationen werden »Preoccupied/Enmeshed (E)« genannt. Sichere Bindungsmodelle (F) werden entwickelt, wenn die eigenen Bindungsbedürfnisse angemessene Berücksichtigung fanden. Sie führen schließlich zu ausbalancierten, beziehungsorientierten Strategien im Umgang mit bindungsrelevanten Situationen. Innere Bindungsmodelle steuern nicht nur die eigene Wahrnehmung, Einschätzung und das eigene Verhalten, sondern sie entfalten oftmals auch eine Sogwirkung in allen bedeutsamen Beziehungen und sind darüber hinaus in weiten Teilen unbewusst. Deaktivierende Strategien beziehen potentielle Beziehungspartner mit ein, indem sie zu oberflächlichen Themen einladen und das Ansprechen von Gefühlen verhindern. Im Gegensatz hierzu laden hyperak-

1 Das vorliegende Kapitel basiert auf dem Paper: Suess, G. J., Kissgen, R., & Mali, A. (2009), The importance of attachment representations of professionals in attachment-based early intervention serving young high risk mothers. Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Denver/USA.

2 Das STEEP-Praxisforschungsprojekt wurde finanziell unterstützt durch das BMBF, das Nationale Zentrum Frühe Hilfen, die BHF-Bank-Stiftung, Rotary-Club Offenburg-Ortenau und die Thomas Gottschalk Stiftung. Wir danken allen Familien, Agnes Mali für ihre Mitwirkung am Projekt sowie Sr. Dr. Frumentia M. Maier und Gabi Mankau für ihre Unterstützung in der Praxis.

tivierende Strategien dazu ein, Bindungsbedürfnisse auch in anderen Beziehungen überzubetonen und sich allgemein in Gefühlen zu verlieren. Diese von inneren Bindungsmodellen erzeugte Sogwirkung führt dazu, dass auch in neuen relevanten Beziehungskontexten alte Bindungsmodelle immer wieder Bestätigung finden und korrigierende Erfahrungen minimiert werden. Ziel der Intervention bei unsicheren Bindungsmodellen (Ds, E) sollte es demnach sein, dieser beschriebenen Sogwirkung zu widerstehen und korrigierende Beziehungserfahrungen immer wieder zu ermöglichen. Die Veränderung unsicherer Bindungsmodelle führt schließlich dazu, dass die betroffenen Mütter die Signale ihrer Babys feinfühlicher wahrnehmen und angemessener darauf reagieren können. Gelegenheiten können sich in bindungsbasierten Formen Früher Hilfen während des gemeinsamen Bearbeitens von Videoaufnahmen der Eltern-Kind-Interaktion oder allgemein in der Beziehung zwischen Beraterinnen und den Müttern ergeben. In all diesen Momenten des beraterischen Prozesses kann durch unsichere Bindungsmodelle bei den Müttern Angst und in Folge davon Abwehr ausgelöst werden. Die entscheidende Frage ist dann, inwieweit die Beraterin dies erkennen und in einer Art damit umgehen kann, so dass die dafür verantwortlichen überholten Bindungsmodelle bei den Eltern sich zum Positiven hin verändern können. Wie kann all dies von Beraterinnen erfüllt werden, wenn sie ihrerseits in ihrer Wahrnehmung, ihrem Fühlen, Planen und Handeln in Beziehungen von unsicheren Bindungsmodellen geleitet werden? Eine Antwort darauf ist nicht nur bedeutsam für die Verbesserung des beraterischen/therapeutischen Interventionsprozesses, sondern ebenso für die Überprüfung des Einflusses von inneren Bindungsmodellen in zwischenmenschlichen Beziehungen ausserhalb des Kontextes von Familie.

Der Einfluss von Bindungsmodellen Professioneller auf ihr berufliches Handeln wurde bisher bei Psychotherapeut/-innen (M. Dozier et al., 1994), Pflegeeltern (Stovall-McClough & Dozier, 2004) und Erzieher/-innen in Heimen für verhaltensauffällige Jugendliche (Zegers, Schuengel, Ijzendoorn, & Janssen, 2006) sowie für geistig behinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene (Schuengel, Kef, Damen, & Worm, 2009) untersucht. Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge zum Erfolg von Psychotherapien, zur Qualität von Bindungsbeziehungen zwischen Pflegeeltern und Pflegekindern, zur therapeutischen Beziehungsqualität zu den Jugendlichen sowie zur Qualität der Interaktionsanleitung für die Behinderten. Diese Datenlage lässt vermuten, dass vergleichbare Zusammenhänge bei bindungsbasierten Früher Hilfen bestehen. Ein Programm, das aus den Erkenntnissen der Bindungsforschung an jungen und von Armut betroffenen hoch belasteten Müttern entwickelt wurde (Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005), stellt das STEEP-Programm dar, das in einer multizentrischen Studie in Deutschland verwendet wird (Bohlen, U., Mali, A., Suess, G.J., 2006; Erickson & Egeland, 2009; Suess, G. J., & Kißgen, R., 2005; Suess, G.J, Kißgen, R., Erickson, M.F., 2006). Das STEEP-Programm betont neben der videogestützten Förderung der elterlichen Feinfühligkeit gegenüber den Signalen des Kindes insbesondere auch die kritisch reflexive

Auseinandersetzung mit eigenen Bindungserfahrungen sowie die Bereitstellung einer sicheren Basis in der beraterischen Beziehung, um die Entwicklung sicherer Eltern-Kind-Beziehungen zu fördern. Im Rahmen dieser Studie sollten neben einer Überprüfung der Wirksamkeit des STEEP-Programmes (G. J. Suess, Mali, & Bohlen, 2009; Suess, G.J, Kissgen, R., Erickson, M.F., 2006; G. J. Suess, Mali, & Bohlen, 2008; G. J. Suess, Mali, & Bohlen, 2009) auch Wirkfaktoren untersucht werden (G. J. Suess, Kissgen, & Mali, 2009). Im vorliegenden Beitrag werden erste empirische Ergebnisse aus dieser Studie berichtet, die (a) die Verteilung sicherer und unsicherer Bindungsmodelle von STEEP-Beraterinnen in Deutschland beschreiben und (b) deren Einfluss auf das Ergebnis ihrer Intervention überprüfen lassen.

Stichprobe und Studiendesign

Im Rahmen des STEEP-Praxisforschungsprojektes wurde – verteilt über ganz Deutschland – ein umfassendes, manualisiertes STEEP-Trainingsprogramm (Erickson & Egeland, 2009) durchgeführt und eine kleinere Gruppe der ausgebildeten STEEP-Beraterinnen anschließend in den Städten Hamburg, Offenburg und Frankfurt begleitet, um die Ergebnisse der zwei Jahre dauernden STEEP-Intervention zu untersuchen. Bis heute wurde bei insgesamt 157 Teilnehmerinnen das Adult Attachment Projective (AAP) (George, West, & Pettem, 1997) zu Beginn ihrer STEEP-Weiterbildung durchgeführt; damit konnten alle Ausbildungsteilnehmerinnen erfasst werden. Zudem wurden im Rahmen unserer Interventionsstudie AAPs von insgesamt 97 hoch belasteten jungen Mütter kurz vor bzw. nach der Geburt ihrer Kinder erhoben. Die AAPs wurden auf Tonband aufgenommen, transkribiert und anschließend an deutsch sprechende, zertifizierte AAP-Auswertende, die keine Informationen zur Studie und dem Status (Professionelle oder Mütter) der Studienteilnehmer/-innen erhielten, weitergeleitet. 28 der 157 AAP-Transkripte der Beraterinnen wurden unabhängig von zwei AAP-Auswertenden eingestuft. Die Ergebnisse zeigten eine Übereinstimmung hinsichtlich der AAP-Kategorien »unsicher« und »sicher« von 73 %. An den Interventionsstandorten wurden neben den AAPs der beteiligten Mütter und der Beraterinnen die Fremde Situation (FSP) nach Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) im 12-Monats-Alter der Kinder (T1) erhoben. Die videografierten Fremde-Situations-Prozeduren wurden von Elizabeth Carlson von der University of Minnesota, die blind gegenüber allen relevanten Studieneinhalten war, hinsichtlich der drei organisierten Bindungsmuster – unsicher-vermeidend (A), unsicher-ambivalent (C) und sicher (B) – und zusätzlich hinsichtlich des desorganisierten Bindungsmusters (D) ausgewertet. Sie ist zertifiziert für die Auswertung der Fremde Situation (FSP) und für die Durchführung von Reliabilitätstrainings insbesondere für das als schwer zu erlernende D-Muster. Zu beiden Zeitpunkten (t0 und t1) führten wir das Parenting Stress Inventory (PSI-SF), ein Depressions Screening (EPDS), das Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI) sowie den Attributional Style Questionnaire (ASQ) durch und erhoben Information zum Interventionsprozess.

Beschreibung der verwendeten Maße

Beim **Adult Attachment Projective (AAP)** (George, West, & Pettem, 1997) handelt es sich um ein standardisiertes projektives Verfahren zur Einstufung des Bindungshintergrundes in die Kategorien »unsicher (F, Ds, Unresolved)« und »sicher (F)«. Das AAP gilt als ein reliables und valides Maß zur Einstufung des internalen Bindungsmodells von Erwachsenen insbesondere bei klinischen Stichproben (Bretherton & Munholland, 2008).

Die **Fremde Situation (FST)** nach Ainsworth ist eine anerkannte Standardprozedur zur Einschätzung von Bindungsqualitäten (A,B,C,D) im zweiten Lebensjahr der Kinder. Ihre Validität und Reliabilität ist für unterschiedliche Kulturkreise gut dokumentiert (Van IJzendoorn & Kroonenburg, 1988).

Die **Edinburgh Postnatale Depression Skala (EPDS)** ist ein zehn Fragen umfassender Selbstausfüllerbogen, der ab einem Cutoff-Wert von 12 das Vorliegen einer Depression mit einer Wahrscheinlichkeit von 60 bis 100 vorhersagen lässt (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987).

Die Kurzfassung des **Parental Stress Index (PSI-SF)** ist ebenfalls ein Selbstausfüllerbogen (Abidin, 1995), der 36 Fragen umfasst und die Bestimmung der allgemeinen Stressbelastung (Total Score psi-TS) aufgrund des komplexen Zusammenspiels von Einflüssen aus Elterndasein und Kindes- sowie Familiencharakteristiken ermöglicht. Drei Unterskalen liefern Angaben zur Stressbelastung, die aus dem Elterndasein (psi-PD), aus dem erlebten Umgang mit dem Kind (psi-PCDI) und der Einschätzung, inwieweit das Kind als schwierig erlebt wird (psi-DC), hergeleitet werden. Die Validität ist hinreichend untersucht (Greer, Gulotta, Masler, & Laud, 2008; McKelvey et al., 2009).

Das **Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI-2)** ist ein Erziehungseinstellungs-Fragebogen mit insgesamt 40 Items (Bavolek, 1989), der neben dem Child Abuse Potential Inventory (CAPI) (Milner, 1994) zu den am häufigsten verwendeten Instrumenten zur Einschätzung des Misshandlungsrisikos zählt und in großen Evaluationstudien erfolgreich angewendet wurde (z.B. Early Head Start). Er liefert auf fünf Skalen Information zu den Bereichen »Lack of Empathy«, »Inappropriate Expectations«, »Value Corporal Punishment«, »Role Reversal« und »Oppressing Power and Independence«, die an großen und heterogenen Stichproben in den USA validiert wurden (Conners, Whiteside-Mansell, Deere, Ledet, & Edwards, 2006). Zu beachten ist, dass niedrige Werte den negativen Pol und hohe Werte den positiven Pol der jeweiligen Dimension charakterisieren.

Der **Attributional Style Questionnaire** ist ein Fragebogen, der misst, inwieweit Personen unkontrollierbare Ereignisse internalen versus externalen Einflüssen, stabilen versus instabilen

und globalen versus spezifischen Einflüssen zuschreiben. Es gibt Validitätsstudien, die auf den genannten Dimensionen Unterschiede zwischen Depressiven und Gesunden aufzeigen konnten (Gerald I., Lyn Y., Martin E. P., Amy, & Christopher, 1982).

Rekrutierung der Mütter für die STEEP-Intervention

Die STEEP-Intervention wurde an den unterschiedlichen Interventionsstandorten zu unterschiedlichen Zeiten durchgeführt. Abhängig von den jeweils verfügbaren Kapazitäten wurden Mütter in die Interventionsgruppe aufgenommen, wenn sie nicht älter als 25 Jahre alt waren, nicht mehr als einen Hauptschulabschluss besaßen, von staatlichen Transferleistungen finanziell abhängig waren und die in der Jugendhilfe geltenden Eingangsvoraussetzungen der Hilfen zur Erziehung erfüllten. Die Mütter wurden während des letzten Quartals ihrer Schwangerschaft bzw. kurz nach der Geburt durch Entbindungskliniken und Jugendämter an ambulante STEEP-Maßnahmen verwiesen oder durch Mutter-Kind-Einrichtungen empfohlen. Die Datenerhebung startete kurz nachdem sich die Mütter nach entsprechender Aufklärung zur Teilnahme an der Studie schriftlich bereit erklärten, was in manchen Fällen bis zu fünf Kontakte erforderte.

Zum Zeitpunkt der Auswertung lagen für 38 Mutter-Kind-Paare kodierte FSPs vor. Diese Mutter-Kind-Paare wurden von 22 unterschiedlichen Steep-Beraterinnen zum Zeitpunkt der Datenauswertung ein Jahr lang betreut. Um den Einfluss von Messfehlern gering zu halten, nahmen wir nur Datensätze in die Auswertung auf, wenn für das AAP der jeweiligen STEEP-Beraterin zwei und bei Nicht-Übereinstimmung eine dritte unabhängige Einstufung vorlag. Zusätzlich schlossen wir alle Fälle aus, bei denen ein Beraterwechsel nach dem vierten Lebensmonat der Kinder stattfand – ein kritischer Zeitpunkt in der Bindungsentwicklung. Dadurch reduzierte sich unsere Stichprobe auf zwölf Beraterinnen, die insgesamt 32 Mutter-Kind-Paare betreuten. Aufgrund des kleinen *n* fassten wir die unterschiedlichen unsicheren AAP- (Ds, E, U) und die FSP-Kategorien (A, C, D) in eine Kategorie zusammen, um für die statistische Überprüfung auf beiden Dimensionen unsicher vs sicher in Vier-Felder-Kreuztabellen gegenüberzustellen. Die Übereinstimmung in den AAP-Einstufungen lag hier nach der Aufteilung in sicher und unsicher bei 78 %. Wir berichten von dieser Gruppe und von der größeren Gruppe von 157 Beraterinnen erste Ergebnisse.

Ergebnisse

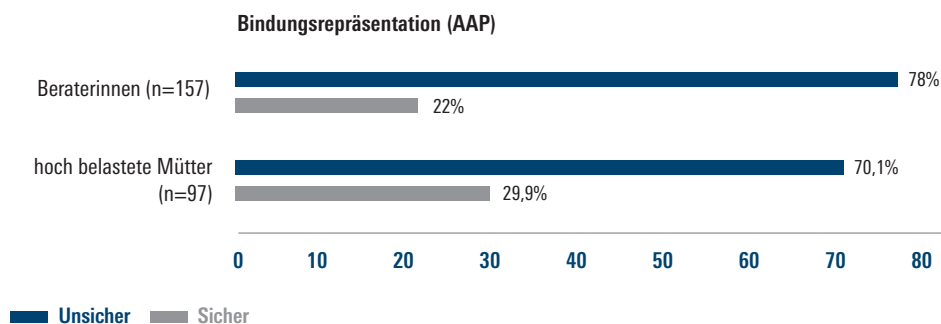
Ein für nicht-klinische Stichproben ungewöhnlich hoher Anteil der 157 Teilnehmerinnen der STEEP-Weiterbildung wurden im AAP als unsicher eingestuft, wie Abbildung 1 zeigt: 124 (78 %) der angehenden STEEP-Beraterinnen wiesen einen unsicheren und 33 (22 %) einen sicheren Bindungshintergrund auf. Die angehenden Beraterinnen unterschieden sich nicht von den von uns insgesamt untersuchten hoch belasteten Müttern (*n* = 97), von

BINDUNGSHINTERGRUND DER HELFENDEN UND INTERVENTIONSEFFEKTE

denen 70,1 % als unsicher im AAP eingestuft wurden – ein Beleg für die Bedeutsamkeit dieses Themas für die deutsche Jugendhilfe.

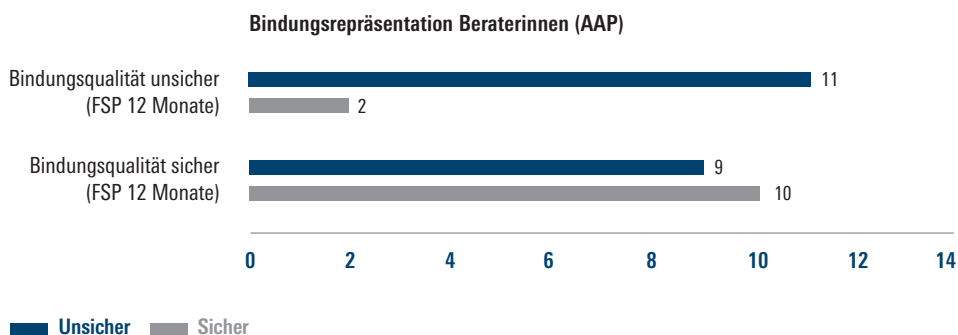
In der kleineren Gruppe von STEEP-Beraterinnen, deren Interventionen wir untersuchten, zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen einem sicheren Bindungshintergrund und einer sicheren Eltern-Kind-Bindung (Fischer's Exact; $p = 0,036$). zehn der zwölf Mutter-Kind-Paare, die von Beraterinnen mit sicherem Bindungshintergrund³ betreut wurden, entwickelten im Ein-Jahres-Alter der Kinder eine sichere Qualität der Eltern-Kind-Bindung – neben der Sicherheit des Kindes das oberste Ziel der STEEP-Intervention.

Abb. 1: Bindungsrepräsentationen von Beraterinnen und hoch belasteten Müttern



Eine derart erfolgreiche Intervention konnte nur bei 9 von 20 Fällen mit unsicheren Beraterinnen beobachtet werden und unterstreicht die Bedeutung eines sicheren Bindungshintergrundes von Professionellen für eine erfolgreiche Intervention.

Abb. 2: Einfluss des Bindungshintergrundes Professioneller auf die Intervention



³ In der Folge »sichere Beraterinnen« genannt.

Im nächsten Schritt überprüfen wir, ob die beiden Gruppen von Beraterinnen (Unsicher/Sicher) auch vergleichbare Fälle betreuten, d.h. inwieweit sich diese in bedeutsamen Dimensionen unterschieden, z.B. hinsichtlich des Bindungshintergrundes der betreuten Mütter (siehe Tab. 1). Zunächst einmal ließen sich die Fremde-Situations-Ergebnisse nicht durch die Bindungsrepräsentationen (AAP) der Mütter vorhersagen, wie dies innerhalb von Nicht-Interventions-Gruppen normalerweise der Fall ist (Van IJzendoorn, 1995). Wie aus Tab. 1 zu ersehen ist, betreuten die unsicheren Beraterinnen acht Mütter mit unsicherem und acht mit sicheren Bindungshintergründen. Vier dieser sicheren Mütter entwickelten eine sichere Eltern-Kind-Bindung im Vergleich zu fünf der unsicheren Mütter.

Tabelle 1: Beraterinnen-AAP und Fremde Situation unter der Bedingung Mütter-AAP					
			Häufigkeiten		
Mütter-AAP			Beraterinnen-AAP		
			unsicher	sicher	Summe
unsicher	Fremde Situation (FSP)	unsicher	3	0	3
		sicher	5	2	7
		Summe	8	2	10
sicher	Fremde Situation (FSP)	unsicher	4	2	5
		sicher	4	4	8
		Summe	8	6	13

Dagegen wiesen von den insgesamt acht Müttern, die von sicheren Beraterinnen betreut wurden, nur zwei einen unsicheren Bindungshintergrund auf, deren Bindungsqualität in der Fremde Situation durchweg als sicher eingestuft wurde. Mehr Fälle in der Kombination sichere Beraterin und unsichere Mütter sind notwendig, um eine denkbare Abhängigkeit des Einflusses des Beraterinnen-Bindungshintergrund auf den Interventionsprozess vom jeweiligen Bindungshintergrund der betreuten Mütter zu überprüfen. In einem weiteren Schritt verglichen wir die von sicheren und unsicheren Beraterinnen betreuten Fälle auf der Grundlage weiterer Baseline-Variablen. Wie aus Tabelle 2 zu ersehen ist, ergaben sich bei elf der insgesamt zwölf überprüften Baseline-Variablen keine Unterschiede, weder im Depressionscreening (EPDS) und in den Erziehungseinstellungen (AAPI) noch im Attribuierungsstil (AQS). Einzig in der Unterskala »Child Dysfunctional Interaction (PCDI)« des Parenting Stress Index (PSI) zeigten sich in der Tendenz signifikante Unterschiede ($p = 0,06$, t-Test). Die von sicheren Beraterinnen betreuten Mütter beschrieben zu Beginn der Intervention den Umgang mit ihren Kindern als nicht befriedigend und bekundeten, dass ihr Kind nicht ihre Erwartungen erfülle. Im Zwölf-Monats-Alter der Kinder verschwand dieser Unterschied. Dagegen zeigten sich jetzt (t1) andere signifikante Unterschiede, die auf Fortschritte und Verbesserungen in der Gruppe der Mütter sicherer Beraterinnen nach einem Jahr Intervention hinweisen. Sie schnitten besser (t-Test, $p = 0,05$) im Depressionscreening (EPDS) ab, zeigten

mehr (t-Test, $p = 0,03$) Empathie und Verständnis für die kindlichen Bedürfnisse (AAPI-S2), schätzten mehr (t-Test, $p = 0,01$) gegenseitiges Eingehen in der Eltern-Kind-Beziehung und Alternativen zu körperlicher Bestrafung (AAPI-S3) und hatten ihren Angaben gemäß weniger (t-Test, $p = 0,03$) Stress aufgrund ihres Elternseins (PSI-TS). Im Gegensatz dazu beschrieben Mütter von unsicheren Beraterinnen ihre Kinder zu t1 auf der PSI-Unterskala Difficult Child (PSI-DC) als schwieriger (t-Test, $p = 0,01$) aufgrund ihrer Probleme in der Selbst-Regulation. Insgesamt zeigen diese Ergebnisse, dass, wenn überhaupt Unterschiede erkennbar waren, diese eher darauf hinweisen, dass die Gruppe der Mütter von sicheren Beraterinnen anfangs mehr Probleme mit ihren Kindern hatte. Diese Schwierigkeiten verbesserten sich dann signifikant im Verlauf des ersten Jahres der Intervention in bedeutsamen Bereichen des Elternseins. Die Mütter der beiden Gruppen waren zu Beginn der Intervention in etwa gleich alt mit einem Mittelwert von 17,56 für die Gruppe der sicheren und 18,11 für die Gruppe unsicherer Beraterinnen. Die Kinder der Mütter von sicheren Beraterinnen waren zu Beginn der Datenerhebung dagegen mit durchschnittlich 1,81 Monaten ($SD = 2,53$) älter ($p = 0,042$, t-Test, 2-tailed) als die Kinder aus der Gruppe der unsicheren Beraterinnen (Mean: 0,33 Mo; $SD = 0,7$). Da ein späterer Beginn der Intervention die Möglichkeiten für den Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Beraterin negativ beeinflusst haben könnte, testeten wir diesen Einfluss, indem wir alle drei Fälle, bei denen die Intervention nach dem vierten Lebensmonat des Kindes startete, für die statistische Analyse ausschlossen. Dies kann als sehr konservatives Vorgehen gewertet werden, da – wie schon angemerkt – der Beginn der Datenerhebung nicht mit dem Beginn der Intervention identisch war und es manchmal bis zu fünf Termine erforderte, bis die Mütter die Teilnahme unterschrieben und so die Datenerhebung ermöglichten. Der Vier-Monatszeitraum wurde deswegen gewählt, weil ab diesem Zeitpunkt die Bindungsentwicklung in eine entscheidende Aufbauphase tritt und wir sicherstellen wollten, dass die Beraterin diese Phase von Anfang an begleiten konnte. Der Effekt des Bindungshintergrundes der Beraterin blieb nach diesem Ausschluss signifikant ($p = 0,028$; Fisher's Exact, 1-sided). Zwei dieser drei »Spätstarter« entwickelten eine sichere Eltern-Kind-Bindung mit ihren Kindern, was gegen einen negativen Effekt auf den Verlauf des Interventionsprozesses spricht. Weitere Daten deuten darauf hin, dass unsichere Beraterinnen Fälle hatten, die motivierter waren (z.B. Selbstmelder nach Empfehlung) als die Fälle sicherer Beraterinnen, die öfter vom Allgemeinen Dienst geschickt worden und schwerer zur Mitarbeit zu motivieren waren. Für Letzteres spricht auch, dass Mütter von unsicheren Beraterinnen häufiger an den zweiwöchentlichen Gruppentreffen teilnahmen (U-test, $p = 0,074$). Andere Variablen wie z.B. die Anzahl der Hausbesuche, Nationalität oder Bildungsgrad unterschieden nicht zwischen den Müttern beider Gruppen.

Diskussion

Die Ergebnisse belegen die Bedeutung innerer Arbeitsmodelle für die Intervention in zweifacher Weise. Erstens zeigen unsere AAP-Erhebungen an 157 Teilnehmerinnen unserer STEEP-

Weiterbildung, dass unsichere Bindungshintergründe in der Praxis klar überrepräsentiert sind, selbst wenn man bei einer Interraterreliabilität von 72 % mögliche Kodierungsfehler mit berücksichtigt. Die Teilnehmerinnen unserer STEEP-Trainings sind neben Psycholog/-innen und Heilpädagog/-innen überwiegend Sozialarbeiterinnen und arbeiten alle im Bereich der Jugend- und der Gesundheitshilfe. Insofern ist dieses Ergebnis von Bedeutung für die Qualität Früher Hilfen. Wer mit der Bindungsforschung in Deutschland vertraut ist, weiß, dass angefangen mit der in den Mitt-Siebzigern startenden Bielefelder Längsschnittstudie zur Bindungsentwicklung (Grossmann, Grossmann, Spangler, Suess, & Unzner, 1985) unsichere Bindungen in unserer Kultur traditionell überrepräsentiert sind (Gloger-Tippelt, Vetter, & Rauh, 2000). Grossmann et al. (1985) haben dies mit dem in Deutschland lange vorherrschenden Ideal vom Kind als unabhängig, nicht am »Rockzipfel« der Mutter hängend, das wenig Körperkontakt zu den Eltern einfordert, erklärt. Die Auswirkungen des zweiten Weltkrieges und der vorherrschenden Ideologie, nach der Härte als erstrebenswert und Schwäche zeigen als verabscheuenswert galt, spielt sicherlich auch eine Rolle für die weite Verbreitung des »unsicher-vermeidenden« Bindungsmusters in unserer Kultur, erklärt aber nicht den in unserer Studie gefundenen hohen Anteil von Beraterinnen mit unsicherem Bindungshintergrund. Bisher ausgewertete Angaben der Ausbildungskandidatinnen ergaben keinen möglichen positiven Einfluss von früherer Selbsterfahrung und Weiterbildung. Doch wie immer dieses hohe Ausmaß an Bindungsunsicherheit bei Beraterinnen zu erklären ist, es bleibt die Frage nach dem Einfluss auf die Intervention, und hierfür haben wir bedeutende Belege in unserer Studie gefunden. Zunächst waren sichere Beraterinnen erfolgreicher bezogen auf das primäre Interventionsziel der Entwicklung von sicheren Eltern-Kind-Bindungen. Die von sicheren Beraterinnen betreuten Mutter-Kind-Paare entwickelten nach einem Jahr Intervention häufiger eine sichere Bindungsqualität, und dies ist unseren Daten zufolge nicht auf Merkmale der Mutter-Kind-Paare bei Interventionsbeginn zurückzuführen. Dafür spricht, dass die Mütter beider Gruppen sich zu Beginn der Intervention lediglich bezogen auf die PSI-Subskala »PSI-PCDI« in der Tendenz signifikant unterschieden ($p = 0,06$; t-Test). Mütter aus der Gruppe sicherer Beraterinnen klagten danach häufiger über Stress im Umgang mit ihren Kindern. Dieser Unterschied verschwand im Laufe der einjährigen Intervention und es zeigten sich nach einem Jahr neue signifikante Unterschiede in 4 Maßen, die alle für eine Verbesserung für die von sicheren Beraterinnen betreuten Mütter sprechen. Sie schnitten nicht nur besser im Depressionsscreening ab (t-Test; $p = 0,05$), sondern berichteten auch weniger Gesamt-Stress (PSI-TS) aufgrund des Elternseins (t-Test, $p = 0,03$), was insbesondere auf eine realistischere Erwartungshaltung (PSI-DC) gegenüber ihrem Kind zurückzuführen ist (t-Test, $p = 0,01$). In ihren Erziehungseinstellungen zeigten sie sich in höherem Ausmaß einfühlend in die Bedürfnisse ihrer Kinder und brachten ihnen gegenüber mehr Verständnis auf (AAPI-S2; T-test: $p = 0,03$). Sie respektierten diese kindlichen Bedürfnissen mehr, z.B. indem sie Alternativen zu körperlicher Bestrafung höher einschätzten (AAPI-S3) als Mütter aus der Gruppe der unsicheren Beraterinnen (t-Test, $p =$

0,01). All diese zuletzt berichteten Unterschiede sind jedoch nicht so nah an theoretischen Grundannahmen, auf denen die STEEP-Interventionen basieren, wie die gefundenen Unterschiede in der Eltern-Kind-Bindung. Sichere Beraterinnen sind allem Anschein nach besser in der Lage, videogestützt Eltern zu einer besseren Wahrnehmung der Bindungsbedürfnisse ihrer Kinder anzuleiten. Weitergehende Untersuchungen sind notwendig, um diesen Prozess weiter offen zu legen. Fragen wie die, ob sichere Beraterinnen anders in der Videointervention vorgehen, z.B. andere Szenen herausgreifen sowie gezieltere und bindungsrelevantere Fragen hierzu stellen, sind sowohl für die Theorieentwicklung als auch für eine verbesserte Ausbildung und Supervision von hoher Bedeutung. Das betrifft insbesondere auch die beraterische Beziehung und die Frage, ob sichere Beraterinnen diese anders gestalten, z.B. indem sie eine bessere Balance finden zwischen herausforderndem Infragestellen von Bindungsmodellen der Mütter und dem Herstellen einer sicheren Basis und eines Sicherheit spendenden Rahmens. Es gibt empirische Belege, die dafür sprechen, dass unsichere Bindungsmodelle angesichts bindungsrelevanter Situationen zu ängstlichen Reaktionen und zu rigiden deaktivierenden oder hyperaktivierenden Strategien im Umgang mit diesen Themen führen (Bernier & Dozier, 2002; M. Dozier et al., 1994). Im Interventionsprozess führen solche rigiden Strategien zu einem Sog für das Gegenüber, dem zu widerstehen ausschlaggebend für einen erfolgreichen Verlauf ist. In Ausarbeitungen zur klinischen Anwendung der Bindungstheorie wurde immer wieder die Passung zwischen Therapeut/Berater und Klient angesprochen und die Bedeutung komplementärer Strategien betont, die flexibel eingenommen werden können, z.B. deaktivierende bei Klienten mit Unsicher-Präokkupierten Bindungsmodellen (E) und hyperaktivierende bei bindungsabwehrenden Bindungsmodellen (Ds) (Tyrrell, Dozier, Teague, & Fallot, 1999). Diese Ergebnisse sprechen dafür, die Interaktionseffekte zwischen Bindungsmodellen von Beraterinnen und Müttern in unserer Studie zu untersuchen. Dazu ist unsere Stichprobe leider zu klein. Selbst eine Dichotomisierung in unsicher/sicher zeigt, dass wir nur zwei Mütter mit unsicheren Bindungsmodellen hatten, die von sicheren Beraterinnen betreut wurden. Hier liegt ein Schwachpunkt unserer Studie, und wir können nur hoffen, über ein wachsendes n auch mehr Fälle dieser Kombination zu erhalten und in Zukunft auch Interaktionseffekte untersuchen zu können. Betrachtet man die Einzelfälle, dann ergeben sich daraus zumindest keine Hinweise dafür, dass unsichere Beraterinnen die schwierigeren Fälle hatten und damit der größere Interventionserfolg von sicheren Beraterinnen begründet werden kann. Eindeutiger fallen hierzu die von uns durchgeführten und bereits diskutierten Mittelwertsvergleiche in relevanten Bereichen aus. Dennoch ist zu betonen, dass die hier berichteten Ergebnisse vorläufiger Natur sind und nur die Baseline- und Midpoint-Erhebungen eines zwei Jahre andauernden Programmes abdecken. Die Gruppen sind insgesamt noch klein, und die Ergebnisse zum Einfluss des Bindungshintergrundes von Beraterinnen können sich mit der Anzahl zusätzlicher Fälle noch ändern. Deshalb sind wir sehr konservativ vorgegangen und haben nur von Beraterinnen berichtet, bei denen zwei unabhängige und bei Nichtübereinstimmung eine dritte Einstufung des AAPs vorlag. Bei

einer Übereinstimmung der unabhängig voneinander vorgenommenen AAP-Einstufungen von 78 % schien uns dies angemessen, um mögliche Einflüsse von Messwertfehlern gering zu halten. Eine Einstufung des Bindungshintergrundes mittels Adult Attachment Interview (AAI; George, Kaplan, & Main, 1985) wäre aus methodischer und inhaltlicher Sicht von Vorteil gewesen, da für dieses Instrument bessere Reliabilitäten und Validitäten vorliegen, insbesondere über verschiedene Labors hinweg. Das hätte aber unsere damaligen finanziellen und zeitlichen Ressourcen überfordert, da das AAI gegenüber dem AAP zeitintensiver in der Durchführung und dazu noch kostenintensiver in der Transkription und Auswertung ist. Wir haben uns deswegen für das AAP entschieden, das zudem von manchen Autoren als passender in der Anwendung bei klinischen Stichproben eingeschätzt wird (Bretherton & Munholland, 2008). Alternativen für unsere Interpretation der gefundenen Unterschiede, dass die Ergebnisse der Intervention vom Bindungshintergrund der Beraterinnen beeinflusst werden, können durch unsere Daten nicht bestätigt werden. So fanden wir keine Gruppenunterschiede zu Beginn der Intervention, die für eine solche alternative Erklärung sprechen würde. Die gefundenen Unterschiede nach einem Jahr Intervention waren alle stimmig mit unserer Interpretation und vor allem übereinstimmend mit den bereits in anderen Studien gefundenen Ergebnissen zum Einfluss des Bindungshintergrundes von Professionellen auf die Eltern-Kind-Bindung, was zudem ihre Signifikanz unterstreicht (M. Dozier et al., 1994; M. Dozier, Albus, Fisher, & Sepulveda, 2002; Schuengel et al., 2009). Schließlich bestätigen unsere Ergebnisse auch unsere klinischen Erfahrungen während der Weiterbildung und der anschließenden Supervision von STEEP-Beraterinnen. Hier konnten wir deaktivierende und hyperaktivierende Strategien von Beraterinnen mit unsicheren Bindungshintergründen beobachten, von denen wir glauben, dass sie ihre Interventionspraxis beeinflussen. Insofern können unsere Ergebnisse auch eine Erklärung dafür sein, warum Evidenz-basierte Programme in unterschiedlichen Implementationskontexten des Öfteren unterschiedliche Ergebnisse erzielen. Deshalb wäre es auch von großem Wert für die zukünftige Weiterentwicklung von Frühen Hilfen, die zugrundeliegenden Prozesse zu untersuchen, die den belegbaren Einfluss von inneren Bindungsmodellen Professioneller auf ihre Intervention steuern. Wir sind überzeugt, dass die Anleitung von Professionellen zur kritischen Reflektion darüber, auf welcher unterschiedlichen Art sich ihr Bindungshintergrund auf ihre Interventionspraxis auswirken kann, nicht nur eine hervorragende Gelegenheit zu professionellem Lernen für sie selbst ist, sondern auch für das gesamte Feld und auch für die Grundlagenwissenschaft, da beide Seiten von Untersuchungen, die sich auf Mechanismen und Prozesse konzentrieren, profitieren (Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005; Suess & Sroufe, 2005). Im Einklang mit den Prinzipien von STEEP denken wir nicht an einen Ausschluss von unsicheren STEEP-Beraterinnen aus dem Interventionsgeschehen, und wir betrachten sie auch nicht als defizitär; wir sehen in ihnen vielmehr Partner in unserem Versuch, Interventionspakete gleichsam zu öffnen und nach den in ihnen liegenden Wirkfaktoren zu suchen (Dozier, Peloso, Lewis, Lauwenceau, & Levine, 2008).

BINDUNGSHINTERGRUND DER HELFENDEN UND INTERVENTIONSEFFEKTE

Tabelle 2: Unterschiede zwischen den Gruppen sicherer und unsicher Beraterinnen (t-Test)

0 Monate					12 Monate						
Variable	AAPP	N	x	SD	t	P ¹⁾	N	x	SD	t	P ²⁾
Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)											
EPDS	unsicher	31	10,32	5,69	0,65	n.s.	22	10,18	6,52	1,65	0,05
	sicher	25	9,24	8,86			16	6,88	5,49		
Attributional Style Questionnaire (ASQ)											
PoAttr.	unsicher	23	15,76	1,92	0,16	n.s.	20	15,46	2,04	-0,29	n.s.
	sicher	19	15,64	2,98			13	15,67	2,03		
NegAttr .	unsicher	23	12,26	2,09	0,78	n.s.	20	12,17	2,32	0,41	n.s.
	sicher	19	11,76	2,03			13	11,87	1,77		
Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI)											
Appropriate Expectation (S1)	unsicher	22	21,34	3,80	0,59	n.s.	19	20,68	4,55	-0,49	n.s.
	sicher	29	20,63	4,80			17	21,41	4,18		
Appropriate Emaphthy (S2)	unsicher	28	42,53	4,49	1,25	n.s.	19	39,05	7,31	-2,01	0,03
	sicher	22	40,59	6,47			17	43,12	4,23		
Corporal punish-ment (S3)	unsicher	28	46,50	5,55	-0,26	n.s.	19	44,68	6,06	-2,25	0,01
	sicher	22	46,90	5,49			17	48,76	4,66		
Appropriate Fa-mily Roles (S4)	unsicher	29	24,17	5,71	1,28	n.s.	19	23,84	6,19	-0,75	n.s.
	sicher	22	22,14	5,54			17	25,24	4,75		
Power Indepen-dence (S5)	unsicher	29	19,69	2,30	-0,81	n.s.	19	19,11	3,53	-1,20	n.s.
	sicher	22	20,18	1,91			17	20,24	1,92		
Parental Stress Index (PSI)											
Total Score (TS)	unsicher	27	72,81	12,92	-0,75	n.s.	20	85,60	16,81	1,85	0,03
	sicher	18	76,72	19,42			15	76,00	12,59		
Parental Distress (PD)	unsicher	28	30,14	6,42	0,75	n.s.	20	31,20	9,13	0,71	n.s.
	sicher	18	28,56	7,82			15	29,13	7,73		
Parent-Child Dysfunct. Inter-action (PCDI)	unsicher	28	18,07	4,63	-1,92	0,06	20	21,95	6,00	1,03	n.s.
	sicher	18	21,28	6,69			15	19,93	5,31		
Difficult Child (DC)	unsicher	28	25,39	6,61	-0,66	n.s.	20	32,45	7,85	2,30	0,01
	sicher	18	21,28	8,77			15	26,39	5,71		

1) zweiseitig

2) einseitig

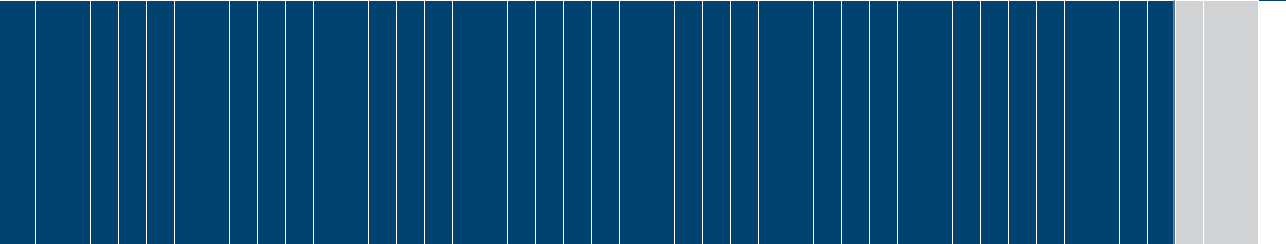
LITERATUR:

- Abidin, . R. (1995). Parenting stress index - professional manual (3rd ed.). Lutz: Psychological Assessment Ressources.
- Ainsworth, . S., Blehar, . C., Waters, ., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Oxford, Englan,: Lawrence Erlbaum.
- Bavolek, . J. (1989). Assessing and treating high-risk parenting attitudes. *Early Child Development and Care*. Special Issue: Child Abuse and Neglect: Theory, Research and Practie, 42, S. 99-112.
- Bernier, ., & Dozier, M. (2002). The client-counselor match and the corrective emotional experience: Evidence from interpersonal and attachment research. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 39(1), S. 32-43.
- Bohlen, U., Mali, A.&, Suess, G.J.. (2006). Supporting mother-infant-interactions - usefulness of different research instruments for evaluation, intervention and training. 10th World Congress of World Association for Infant Mental Health, Paris, France.
- Bowlby, J. (1988). A secure base. New York, London: Basic Books.
- Bretherton, I., & Munholland, K. (2008). Internal working models in attachment relationships - elaborating a central construct in attachment theory. In J. Cassiy, & P. Shaver (Eds.: , *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 102-126). New Yor,: The Guilford Press.
- Connors, N. A., Whiteside-Mansell, L., Deere, D., Ledet, ., & Edwards, M. C. (2006). Measuring the potential for child maltreatment: The reliability and validity of the adult adolescent parenting inventory-2. *Child Abuse & Neglect*, 30(1), S. 39-53.
- Cox, . L., Holden, ., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, S. 782-786.
- Dozier, M., Peloso, E., Lewis, E., Lauwenceau, J.-., & Levine, S. (2008). Effects of an attachment-based intervention on the cortisol production of infants and toddlers in foster care. *Development and Psychopathology*, 20, S. 845-859.
- Dozier, M., Cue, ., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*., 62(4), S. 793-800.
- Dozier, M., Albus, . E., Fisher, ., & Sepulveda, S. (2002). Interventions for foster parents: Implications for developmental theory. *Development and Psychopathology*, 14, S. 843-860.
- Egeland, ., & Erickson, M. F. (2004). Lessons from STEEP™: Linking Theory, Research, and Practice for the Well-Being of Infants and Parents. I. Sameroff, A.J.. McDonough, S.C . Rosenblum, K.L. (Eds.: , *Treating Parent-Infant Relationship Problems*, p. 213-22). New Yor,: The Guilford Press.
- Erickson, . F., & Egeland, B. (2009. (2. Aufl., hen o. Suess, G..)). *Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP™-Programm*. Stuttgart,: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Steele, ., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organizazion of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, S. 891-905.
- George, C., Kaplan, ., & Main, M. (1985). Adult attachment interview protocoll. Unpublished manuscript.

BINDUNGSHINTERGRUND DER HELFENDEN UND INTERVENTIONSEFFEKTE

- George, C., West, ., & Pettem, O. (1997). The adult attachment projective. Unpublished attachment measure and coding manual. Mills College, Oakland, CA.
- Gerald, . M., Lyn, . A., Martin, . P., Amy, ., & Christopher, P. (1982). Attributional styles and life events in the classroom: Vulnerability and invulnerability to depressive mood reactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(3), S. 612-617.
- Gloger-Tippelt, G., Vetter, ., & Rauh, H. (2000). Untersuchungen mit der »FremdenSsituation« in deutschsprachigenLändern: EinÜüberblick. *Psychologie in Erziehung Und Unterricht*, 47, S. 87-98.
- Greer, A. J., Gulotta, C. S., Masler, E. ., & Laud, R. B. (2008). Caregiver stress and outcomes of children with pediatric feeding disorders treated in an intensive interdisciplinary program. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(6) 6S. 12-620.
- Grossmann, K., Grossmann, K. E., Spangler, G., Suess, ., & Unzner, L. (1985). Maternal sensitivity and newborns orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research*, p. 233-26): *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 1-2, Ser.No. 209.
- Main, M., Hesse, ., & Goldwyn, R. (2008). Studying differences in language usage in recounting attachment history: An introduction to the AAI. In H. Steele, & M. Steele (Eds.), *Clinical applications of the adult attachment interview*, p. 31-8). New Yo: , The Guilford Press.
- McKelvey, . M., Whiteside-Mansell, L., Faldowski, . A., Shears, J., Ayoub, ., & Hart, . D. (2009). Validity of the short form of the parenting stress index for fathers of toddlers. *Journal of Child and Family Studies*, 18(1), S. 102-111.
- Milner, . S. (1994). Assessing physical child abuse risk: The child abuse potential inventory. *Clinical Psychology Review*, 14(6), S. 547-583.
- Schuengel, C., Kef, S., Damen, ., & Worm, M. (2009). Effect of interaction support for children and adults with disabilities depends on professionals' attachment representations. *Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development*, Denvr/ USA.
- Sroufe, . A., Egeland, B., Carlson, ., & Collins, . A. (2005). *The development of the person: The minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New Yo: , Guilford Publications.
- Steele, ., & Steele, M. (Eds.). (2008). *Clinical applications of the adult attachment interview* (1st ed.). New York, Londo,: Guilford.
- Stovall-McClough, . C., & Dozier, M. (2004). Forming attachments in foster care: Infant attachment behaviors during the first 2 months of placement. *Development and Psychopathology*, 16, S. 253-271.
- Suess, . J., & Kißgen, R. (2005). STEEP - ein bindungstheoretisch und empirisch fundiertes Frühinterventionsprogramm. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 52(4), S. 287-292.
- Suess, . J., & Sroufe, J. (2005). Clinical implications of the development of the person. *Attachment & Human Development*, 7(4), S. 381-392.
- Suess, G.J, Kissgen, R.& Erickson, M.F. (2006, July 8-12). Replication of the STEEP-model in germany with young high risk mothers. 10th World Congress of World Association for Infant Mental Health, Paris, France.
- Suess, . J., Mali, ., & Bohlen, U. (2008). Frühe Hilfen auf der Grundlage des bindungsbasierten STEEP-Programms im Rahmen der Erziehungsberatung. In H. Scheuerer-Englisch, A. Hundsalsz & K. Menne (Eds.), *Jahrbuch Erziehungsberatu()*. Weinheim Juventim.

- Suess, . J., Mali, ., & Bohlen, U. (2009). Multizentrische Interventionsstudie zur Überprüfung von Wirksamkeitsfaktoren des bindungsbasierten STEEP Frühinterventionsprogrammes in Deutschland. XXXI. DGKJP Kongress 2009, 4.-7. März 2009, Hambur,
- Suess, . J., Kissgen, ., & Mali, A. (2009). The importance of attachment representations of professionals in attachment-based early intervention serving young high risk mothers. Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Denver/ USA.
- Tyrrell, C., Dozier, M., Teague, ., & Fallot, R. D. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, S. 725-733.
- Van IJzendoorn, M.H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin*, 117(3), S. 387-403.
- Van IJzendoorn, M.H. & Kroonenburg, P.M. (1988). Cross-cultural patterns of attachment: A meta-analysis of the strange situation. 1988, 59, S. 147-156.
- Zegers, M.A.M., Schuengel, C., Van IJzendoorn, M.H. & Janssen, J.M. (2006). Attachment representations of institutionalized adolescents and their professional caregivers: Predicting the development of therapeutic relationships. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), S. 325-334.



CHRISTIANE LUDWIG-KÖRNER, GERHILD SCHÖBERL,
BÄRBEL DERKSEN:
DIE HELFENDE BEZIEHUNG IN DER STEEP™-ARBEIT

Was macht eine helfende Beziehung aus?

In der Psychotherapie wird seit längerem nach Wirkfaktoren geforscht, welche zu Veränderungen führen (z.B. Grawe 1995, 1998; Lang 2003). Dies ist in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik bisher kaum üblich, obwohl auch hier das Hauptanliegen darin besteht – nehmen wir z.B. die sozialpädagogische Familienhilfe oder die STEEP™-Arbeit – Menschen zu helfen, sich zu ändern. Anders als jedoch in den meisten Psychotherapien handelt es sich in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik häufig um Personen, die nicht immer freiwillig Hilfe suchen.

Aus der Psychotherapieforschung ist bekannt, dass die **Qualität der Beziehung** zwischen dem Patienten/Klienten und dem Therapeuten signifikant zum besseren oder schlechteren Therapieergebnis beiträgt. Was macht die Qualität einer guten Beziehung aus? Empathie, Verlässlichkeit, Kontinuität, korrigierende emotionale Erfahrungen. Ein »Nachbeeltern« bzw. eine Neu- oder Wiederbeelterung, ein »Nachnähren« (**Reparenting**) bzw. wie Alexander & French es bereits 1946 bezeichneten, ein **»korrigierendes emotionales Erleben«**.

»Nachbeelterung« ist nicht nur in der Therapie, sondern auch in der STEEP™-Arbeit eine schwierige Gratwanderung, da für die frühen und unbefriedigenden Eltern- und Beziehungserfahrungen ein wirklicher Ersatz nicht möglich ist. Zwar sind die vergangenen realen Lebens- und Entwicklungsgeschichten nicht veränderbar, aber sie können durch neue Beziehungserfahrungen in einem anderen Lichte gesehen werden, so dass es zu Veränderungen der inneren Bilder der bisher wichtigen Menschen (Objektbeziehungserfahrungen) kommt. Diese gezielte nachträgliche, elterliche Fürsorge, wie sie Klienten z.B. mit einer STEEP™-Mitarbeiterin erleben, haben Auswirkungen auch auf andere neue Beziehungen. »Nachbeelterung« erfolgt in diesem Projekt durch weibliche STEEP™-Beraterinnen, welche im Durchschnitt 40 Jahre alt sind und größtenteils selbst mindestens ein Kind haben. Unsere Erfahrungen in Berlin/Brandenburg zeigen jedoch, dass der Altersabstand zwischen Klientinnen und Beraterinnen und das Vorhandensein eigener Kinder keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeit haben.

Für die STEEP™-Arbeit ist es unabdingbar, dass die STEEP™-Mitarbeiterinnen sehr viel über sich selbst wissen (**Selbsterfahrung**, Kenntnisse ihrer eigenen Haltungen, Erziehungsstile, ihrer Wahrnehmungs- und Beurteilungsvorlieben, ihrer eigenen Bindungsmuster sowie ein reflektierter und konstruktiver Umgang mit ihren Bindungsproblemen), um ihren Klientinnen helfen zu können. Erste Erfahrungen in diesem und dem vorherigem Projekt zeigen, dass der eigene Bindungshintergrund der Beraterinnen den Aufbau und die Gestaltung der Beziehung zwischen Beraterin und Klientin beeinflusst und somit einen Effekt auf die STEEP™-Intervention haben kann. Ein reflektierter Umgang mit den eigenen Bindungsmustern ist daher unabdingbar; jedoch in den helfenden Berufen noch nicht selbstverständlich. Ebenso wurde bisher viel zu wenig beforscht, wie sich die unterschiedlichen Bindungsmuster

DIE HELFENDE BEZIEHUNG IN DER STEEP™-ARBEIT

der Helfenden/Therapeut/-innen auf die beratende/psychotherapeutische Arbeit auswirken (Vgl. Eckert 2008, Sroufe et al. 2005; Suess et al. 2009).

Ähnlich wie in der Psychotherapie dürfen die »elterlich gefärbten« Zuwendungen nicht egoistische Wünsche der Mitarbeiterin befriedigen, dies erfordert eine so genannte **abstinente Haltung**. Gerade in offeneren Settings, wie sie in der STEEP™-Arbeit bei den Hausbesuchen oder Gruppentreffen unabdingbar sind, bedarf es eines wachen Gespürs seitens der Mitarbeiterinnen, ob ihre Zuwendungen in Worten, Blicken oder Berührungen innerhalb des professionellen Rahmens liegen. Sie dürfen keinerlei missbräuchlichen Charakter annehmen, bzw. die Betreuerin muss genauso die missbräuchlichen Wünsche der Klientin erkennen und sich gegen sie abgrenzen können. Hilfreich sind dabei die auch in der Psychotherapie angewandten Arbeitsabsprachen (**Arbeitsbündnis**), das Einhalten von vereinbarten Rahmenbedingungen und eines **Settings**, welches in der STEEP™-Arbeit jedoch flexibel gestaltet werden muss.

Die Bedeutung eines geschützten **Rahmens** wird besonders auch in den Gruppensitzungen deutlich, die regelmäßig mit den STEEP™-Müttern durchgeführt werden. So dürfen z.B. keine Freunde oder Angehörige der »STEEP™-Mütter, ohne vorher die Gruppenmitglieder gefragt zu haben, spontan mitgebracht werden. Alkohol, Drogen, Nikotin sind verboten. Es wird großen Wert auf die Einhaltung der Gruppentermine gelegt. Ist ein Gruppenmitglied verhindert, so gibt es die Verpflichtung, dieses entweder rechtzeitig anzukündigen oder anzurufen. Es werden feste Rituale beim Beginn der Gruppensitzung und der Beendigung eingehalten. Entsprechend des jeweiligen Alters der Kinder und den Bedürfnissen der Gruppenmitglieder werden thematische Sitzungen durchgeführt, die von den beiden STEEP™-Mitarbeiterinnen, die gemeinsam die Gruppe leiten, vorbereitet wurden. Sie achten darauf, dass jedes Gruppenmitglied seinen emotionalen Platz in der Gruppe findet und intervenieren bei Eifersüchteleien und Rivalitäten zwischen den Mitgliedern.

Bei den Hausbesuchen wird darauf geachtet, dass zwar die jeweilige affektive Gestimmtheit der Mutter und ihre Anliegen im Vordergrund stehen, aber auch hier ist ein Einhalten des Rahmens wichtig, da sonst zu sehr die Gefahr besteht, in ein »Alltagsgeplauder« zu verfallen. Für die Mitarbeiterin ist es oft sehr schwer, Raum für das Kind und seine Bedürfnisse zu schaffen. Immer wieder muss sie abwägen, ob die vorgenommene Videoanalyse doch noch einmal verschoben werden kann, da z.B. der Liebeskummer einer Klientin ihr ganzes Leben ausfüllt und kein emotionaler Platz mehr für das Kind vorhanden ist.

Viele der durch die STEEP™-Arbeit betreuten Frauen haben defizitäre missbräuchliche Beziehungserfahrungen, sind in unstrukturierten Lebensbedingungen aufgewachsen, so dass Defizite bezüglich der Integration des Ichs vorhanden sind (Berücksichtigung des Struktu-

rierungsniveaus der Klientinnen). Sie benötigen ein klares Gegenüber, eine Art »**Hilfs-Ich**«. Indem die Beraterin aber auch für die Klientin voraus denkt (Antizipation), eine Realitätsprüfung vornimmt, Erlebtes hinterfragt und Widersprüche erkennt, übernimmt sie Hilfs-Ich-Funktionen für diese. Klientinnen identifizieren sich mit ihren Betreuerinnen und gewinnen so nach und nach die Fähigkeit, Situationen zu erkennen und auf Dauer ähnlich wie diese darauf reagieren zu können.

Menschen mit Strukturdefiziten sind in ihren Denkfunktionen und ihrem gefühlhaften Erleben eingeschränkt bzw. schnell entflammbar, aufbrausend, überschießend in ihren Reaktionen mit einer geringen Affektsteuerung. Sie benötigen eine Art »good enough mother« (Winnicott, 1953), welche ihr hilft, ihre für sie selbst oft nicht wahrnehmbaren oder in Worte fassbaren Gefühle zu erfassen und anzusprechen, und die ihre Mentalisierungsfähigkeit fördert. Auch hier benötigt die STEEP™-Beraterin wiederum viel Wissen über sich selbst (eigene Selbsterfahrung). Sie muss auftauchende negative Spannungen der Klientin bei sich selbst gefühlhaft erfassen und aushalten können, ohne selbst zu stark involviert zu werden. Wie eine Mutter z.B. das Schreien ihres Kindes zwar leidvoll erlebt, aber von ihm nicht überwältigt werden darf, da sie sonst handlungsunfähig wird, sollte eine STEEP™-Beraterin die Affekte ihrer Klienten miterleben und in sich zu einem tragbaren Gefühl umwandeln. Die von der Klientin nur schwer aushaltbaren Gefühle, die die Betreuerin in der unmittelbaren aktuellen Beziehung zu ihr miterlebt, müssen von der Beraterin gehalten und verarbeitet werden. Die Beraterin stellt sich – wie es in der Bionschen Terminologie heißt – als »**container**« zur Verfügung (Bion, 1965). Indem die Beraterin diese Gefühle in sich durcharbeitet und sie in einen Sinnzusammenhang bringt, den sie wiederum der Mutter »verdauterweise« vermitteln kann, ermöglicht sie es, dass die Mutter zunehmend ihre Gefühle integrieren kann. Idealerweise führt dies zu einem Nachdenken über sich und einem Verstehen seelischer Zusammenhänge.

Ein wichtiges Ziel in der STEEP™-Arbeit ist die Förderung der **Mentalisierungsfähigkeit**, welche durch das empathische Verstehen seitens der Betreuerin angeregt wird (Vgl. Erickson & Egeland 2006). Ihre Aufgabe ist es, sich immer wieder in ihr Gegenüber einzufühlen und die innere Situation der Klientin zu erfassen. Nach Carl Rogers (1942) ist es die Aufgabe des Beraters, sich in die »phänomenale Welt« des Anderen hineinzuversetzen und aus dessen Erleben heraus die jeweilige Lebenssituation zu verstehen. Indem die Mütter lernen, ihre eigenen inneren Befindlichkeiten zu erfassen und Vorstellungen von ihrem Erleben zu entwickeln, können sie diese zunehmend besser in Worte fassen und sich auch anderen mitteilen. Mentalisierungsfähigkeit beinhaltet somit das Nachdenken über und das Verstehen von innerpsychischen Prozessen bei sich selbst und anderen. Eltern, die die Fähigkeit zur Mentalisierung besitzen, können sich in ihre Kinder einfühlen. Oft besitzen Eltern aber auch nicht genügend Feinfühligkeit, um die Signale ihres Kindes wahrzunehmen, sie zu verstehen

und prompt und angemessen darauf reagieren zu können. Die STEEP™-Beraterin versucht, diese Fähigkeit zusammen mit den Eltern/der Mutter zu fördern, indem sie selbst feinfühlig mit den Eltern arbeitet. Aber sie lenkt natürlich auch – im Sinne eines »Hilfs-Ichs« – die Aufmerksamkeit der Eltern gezielt auf die kindlichen Signale. Hilfreich ist es dabei u. a., dem Baby eine Stimme zu verleihen, so als könne das Baby bereits über seine Befindlichkeit sprechen nach dem Motto »Talk through the baby«. Dieses Vorgehen ähnelt dem im Psychodrama angewandten Verfahren, indem die Beraterin stellvertretend für eine andere Person deren Erleben benennt (ebenfalls eine Variante des »Hilfs-Ichs«). Die Mentalisierungsfähigkeit der Eltern wird auch dadurch gefördert, dass sie angeregt werden sich auszumalen, was ihr Baby jetzt wohl erleben mag (Imaginationsübung).

Weitere wichtige »Schlagworte« in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik und auch in der STEEP™-Arbeit sind die **Ressourcenanalyse** und **Ressourcenaktivierung**. Das dahinter stehende Menschenbild stammt aus der Humanistischen Psychologie; bezogen wird sich dabei oft unausgesprochen auf den nicht-direktiven Ansatz von Carl Rogers (1942) oder den »entwicklungsorientierten familientherapeutischen« Ansatz von z.B. Virginia Satir (2007). Entsprechend dem positiven Menschenbild von Rogers und Satir wird davon ausgegangen, dass in Menschen immer eine Bereitschaft vorhanden ist, sich positiv entwickeln und verändern zu wollen. Aufgabe des Beraters/Therapeuten ist es, an diesen Entwicklungs- und Veränderungswunsch anzuknüpfen, indem von den Fähigkeiten und Interessen und der motivationalen Bereitschaft des Klienten ausgegangen wird. In diesem Ansatz gibt es, im Gegensatz zum psychoanalytischen Verständnis, wonach Menschen immer auch konflikthafte Wesen sind mit konträren Strebungen (libido versus destrudo) –, keine genuinen Aggressionen. Meist wird die Ressourcenaktivierung im Gegensatz zu einem »defizitorientierten« Herangehen gesehen (letzteres wird vereinfacht oft als »medizinische Sichtweise« beschrieben). Der positive Blick ist bei der STEEP™-Arbeit vor allem für den Zugang, die Gestaltung des Erstkontakts und den Beziehungsaufbau wichtig. Wenn dies gelungen ist, können dann auch schwierigere Aspekte thematisiert werden.

Bedeutsam in der STEEP™-Arbeit ist auch die Methode des **»Looking back - moving forward«** (Erickson, Egeland, 2006). Aus der Psychotherapieforschung weiß man, dass Veränderungen vor allem dadurch geschehen, dass sie unmittelbar erfahrbar werden (**Problematualisierung**). In der engen und langen Zusammenarbeit erlebt die STEEP™-Beraterin die unmittelbaren Problemkonstellationen im elterlichen bzw. mütterlichen Alltagskontext und kann direkt intervenieren. Gelingt es der Mutter, eine bisher für sie schwierige Situation zufriedenstellend zu lösen (**positive Bewältigungserfahrung**), so erlebt sie außerdem ihre **Selbstwirksamkeit** – alles Wirkmechanismen in einer helfenden Beziehung. Wenn sie zusätzlich auch die Determinanten (Hintergründe, aufrechterhaltende Faktoren) ihres problematischen Erlebens und Verhaltens versteht, indem sie z.B. erkennt, wie ihr aktuelles Verhal-

ten ihrem Kind gegenüber mit ihrer eigenen Lebensgeschichte zusammenhängt, kann dies auch eine Entlastung und Weiterentwicklung darstellen.

Im Folgenden werden die genannten Wirkfaktoren in der STEEP™-Arbeit an einem Fallbeispiel aufgezeigt:

Exemplarisches Beispiel aus der STEEP™-Arbeit mit dem Thema: »Zu fern - zu nah«

Als die STEEP™-Beraterin Frau R. kennenlernte, war diese 22 Jahre alt und stand kurz vor der Geburt ihres zweiten Kindes. Mit 17 Jahren hatte sie bereits ein Mädchen geboren. Damals lebte sie bis zur Volljährigkeit in einer Mutter-Kind-Einrichtung, um dann mit dem drogenabhängigen Kindsvater zusammenzuziehen. Aufgrund von Gewalttätigkeiten gegenüber Frau R. und dem Kind wurde ihre erste Tochter in eine Pflegefamilie gegeben. Anfangs besuchte Frau R. ihre Tochter dort noch, wandte sich dann aber völlig von ihr ab.

Die STEEP™-Beraterin erfuhr vorab, dass Mitarbeiterinnen des Jugendamtes vergeblich versucht hatten, Frau R. schon in der frühen Zeit der Schwangerschaft Hilfe anzubieten. Sie wollte jedoch keinerlei Unterstützung und war aufgrund der Kindsherausnahme ihnen gegenüber voller Misstrauen. Als sie sich jedoch wegen einer finanziellen Unterstützung (Erstausstattung für das Baby) nochmals an das Amt wandte, konnte die Mitarbeiterin ihr die Erlaubnis abringen, dass eine STEEP™-Beraterin zu ihr Kontakt aufnehmen durfte.

Nachdem es der STEEP™-Mitarbeiterin Frau L. nicht gelungen war, telefonisch einen Termin mit Frau R. zu vereinbaren, schrieb sie ihr einen Brief, in dem sie sich und ihr Beratungsangebot vorstellte und ihr anbot, sie in der nächsten Woche zu besuchen. Vergeblich klingelte sie zu dem von ihr vorgeschlagenen Zeitpunkt an der Haustür, hatte aber den Eindruck, Frau R. sei sehr wohl zuhause. Sie hinterließ einen Brief, in dem sie ihr Verständnis mitteilte, dass Frau R. zögerte, mit ihr in Kontakt zu treten. Sie würde in der nächsten Woche zur gleichen Zeit nochmals vorbeikommen und hoffe sehr, Frau R. dann anzutreffen. Später erzählte Frau R., wie sie die Beraterin »beäugt« habe; erstmal sehen wollte, wer sie denn sei, um ihr beim nächsten Mal zu öffnen. Frau L. habe sie »irgendwie« an jemanden erinnert, wie sie so »nachdenklich und traurig« vor der Tür gestanden habe. Bei einer STEEP™-Intervention (**»looking back, moving forward«**) erinnert Frau R. später, wie sehr sie an ihrer zweiten Pflegemutter gegangen habe. »Die wollte mich unbedingt behalten, hat um mich gekämpft. Aber umsonst. Ich musste zurück zu meiner Mutter.« Vorsichtig konnte die STEEP™-Beraterin einen Zusammenhang herstellen, warum Frau R. niemanden mehr an sich herankommen lassen wollte, weil sie befürchtete, dass auch Frau L. nicht verlässlich für sie da sein werde.

Frau R. war in diesem und weiteren Gesprächen voller Misstrauen. Mit finsterem Gesichtsausdruck musterte sie die STEEP™-Beraterin, wortkarg hörte sie ihren Ausführungen zu.

Ihre Erscheinung wirkte »düster«, »verhangen«, wie in einer eigenen Welt lebend, zu der niemand Zutritt erhalten durfte. Frau L. spürte eine Riesenlast; da sie wusste, dass von dieser ersten Begegnung abhing, ob sich die Tür zu Frau R. öffnen oder womöglich für immer verschlossen bleiben würde. Sie bemühte sich, Inhalte ihrer Ausbildung zu erinnern an den Umgang mit extrem verschlossenen Menschen. Gleichzeitig versuchte sie sich in Frau R. hineinzusetzen, wie sie die Situation erlebte, was ihr helfen könnte, mit ihr in Kontakt zu kommen. Die Beraterin merkte, wie sie – je mehr sie sich mit Frau R. innerlich beschäftigte, sie verstehen wollte – innerlich leerer wurde, kaum noch denken und fühlen konnte. Indem sie ihre Aufmerksamkeit wieder auf sich selbst lenkte, spürte sie die Last der Verantwortung und entschloss sich, das auszusprechen, was sie erlebte. »Wissen Sie, ich will ganz ehrlich sein. Ich merke, wie ich kaum noch wage, etwas zu sagen, da ich weiß, wie wichtig diese erste Begegnung für uns beide ist. Ich habe Angst, irgendetwas Falsches zu sagen und dass Sie dann denken: ‚Nee, die kann mich mal; die lass ich nie wieder rein.‘ Sie schaute Frau R. an, die nach unten schaute, sie kurz mit einem misstrauischen Blick streifte. Nach einer kleinen Pause: »Vielleicht denken Sie, wieder so eine, die sich in mein Leben einmischen will. Und in gewisser Weise stimmt das ja auch.« Die Beraterin entschied sich, sofort offen über ihre Aufgabe, das Anliegen von STEEP™ und ihre »Verbindung« zum Jugendamt zu sprechen. Gleichzeitig bemerkte sie ihre eigene Unsicherheit, ob sie damit Frau R. überforderte. »Jetzt frage ich mich, wie Sie das erleben, was ich Ihnen gerade mitgeteilt habe. Aber ich dachte mir, wenn ich Sie wäre, so möchte ich ehrlich wissen, wie ich dran bin.« Frau R. konnte bejahen, dass sie Angst habe, das Jugendamt würde sich »wieder einmischen« und ihr womöglich dieses Kind auch wegnehmen. Frau L. ärgerte sich in diesem Moment auch über sich selbst, dass sie nicht doch noch Zusatzkurse, über die STEEP™-Ausbildung hinausgehend, belegt hatte, in denen sie noch mehr über komplizierte Persönlichkeitsstrukturen von Menschen und den Umgang mit ihnen erfahren hätte.

Was hatte Frau L. mit ihren bisherigen Interventionen bewirkt? Wie war es ihr in dieser ersten Begegnung gelungen, die Tür zu Frau R. etwas offen zu halten, d.h. mit ihr in Beziehung treten zu dürfen? Frau L. konnte sich in die innere Welt von Frau R. hineinversetzen, ihre Ängste, ihr Misstrauen wahrnehmen und verstehen und direkt ansprechen, ohne in sie zu dringen. Mit ihren Formulierungen stieß sie die **Mentalisierungsfähigkeit** von Frau R. an, indem sie sich mit ihrem Denken, ihrem Erleben sozusagen als Modell zur Verfügung stellte (die Denk- und Erlebensebene der Klientin ansprach). Sie gab damit unausgesprochen die Erlaubnis, Ängste, Unklarheiten und Zweifel haben zu dürfen, indem sie über ihre eigenen Unsicherheiten und Befürchtungen sprach (»selektive Selbstoffenbarung«, authentisches Verhalten). Es ist anzunehmen, dass die Beraterin von Frau R. in dem Moment als »**empathisch, respektvoll, wertschätzend, engagiert, glaubwürdig und echt**« wahrgenommen wurde – alles wichtige Merkmale einer wirksamen helfenden Beziehung (Auckenthaler, 2001, 100).

Als die STEEP™-Beraterin Frau R. die Rahmenbedingungen von STEEP™ erläuterte, dass sie bei vereinbarten Hausbesuchen mit ihr über das bald zur Welt kommende Baby sprechen würde, entgegnete ihr Frau R. unwirsch: »Ich hab doch schließlich schon ein Kind und weiß, wie das ist, was ich da machen muss.« Wieder befürchtete Frau L. den Rückzug der Klientin. »Ich glaube, ich habe das eben so ausgedrückt, dass Sie den Eindruck haben, ich würde Ihre Erfahrungen im Umgang mit einem Baby anzweifeln. Aber ich weiß, dass es in allen Kulturen auf der Welt normal ist, wenn sich andere – sozusagen ›Ersatzmütter‹ – um eine Mutter mit ihrem Baby nach der Geburt kümmern.« Die STEEP™-Beraterin sprach in diesem Zusammenhang die im Vergleich zur ersten Geburt veränderte Situation an und dass sie jetzt nicht mehr in einem Mutter-Kind-Heim wohnte, sondern alleine in ihrer kleinen Wohnung. Trotz guter Nachbetreuung durch eine Hebamme wisse sie auch aus eigener Erfahrung, wie gut es ist, wenn noch jemand kommt, um zu schauen, wie es ihr und dem Baby ginge. Frau L. bot sich im Sinne eines »**Reparenting**« als »unterstützende Matrix«, wie Daniel Stern es in seinem Buch »Die Mutterschaftskonstellation« (1998, S. 216) beschreibt, als ein verlässliches Gegenüber an. Durch die eigene Erfahrung (»selektive Offenheit«) vermittelte sie Frau R. zudem, dass das Bedürfnis, nach der Geburt jemanden zu haben, der sich um Mutter und Kind kümmert, ein »normales Bedürfnis« ist, und dass sie eher »aus der Norm falle«, wenn sie dem widerspräche. Letztendlich könnte man dieses fast als eine »paradoxe Intervention« verstehen, welche die STEEP™-Beraterin jedoch so nicht beabsichtigt hatte.

Beim nächsten vereinbarten Termin kreisten die Themen um die bevorstehende Geburt. Nebenbei erfuhr Frau L. viel über die Lebenssituation ihrer Klientin. Der jetzige Kindsvater hatte sie verlassen, als er von der Schwangerschaft erfuhr, und sie hatte sich nach einigen Überlegungen allein für das Kind entschieden. »Ich konnt' das Kind nicht wegmachen lassen! Dann würde ich ja auch nicht leben.« So erfuhr Frau L. vom Lebensbeginn ihrer Klientin. Vorsichtig konnte die Beraterin Vergangenes mit Aktuellem zusammenführen, ohne jedoch Gefahr zu laufen, zu viel bei der Klientin »hoch zu holen«. Sie dachte an die Kollegen, die mittels eines Genogramms zuerst einmal die Lebensgeschichte ihrer Klienten erfassen, und phantasierte, was sie da bei ihrer Klienten alles »lostreten« würde. Wie wäre es im Erleben von Frau R., wenn sie unvermittelt vor Augen geführt bekäme, dass sie in einer langen familiären Tradition von Beziehungsabbrüchen stünde? Würde es sie entlasten, wie einige Kollegen glauben, indem sie dann die Möglichkeit habe, ihr »mütterliches Scheitern« auf ihre Herkunftsfamilie »abzuwälzen«? Würde sie das stattdessen nicht vielmehr entmutigen? Wäre es nicht eine gemeinsame Aufgabe, zu lernen, keine Schuldzuweisungen vorzunehmen, indem das eigene Versagen projiziert wird? Frau L. fragte sich zudem, wie andere es schaffen, das »Viele«, was auf diese Weise zutage gefördert wird, aufzuarbeiten. Sie selber stand immer wieder vor der schwierigen Aufgabe, die Fülle der aktuellen Konflikte zu erfassen und auszuwählen, welche von ihnen benannt werden könnten, ohne Frau R. damit zu sehr zu belasten. Sie hatte die Erfahrung gemacht, wie schnell Frau R. ihr dann »die Tür vor der Nase zu schlug«.

Das erste Mal war dies nach dem vierten Hausbesuch geschehen. Frau L. hatte mit Frau R. vereinbart, sie zweimal in der Woche zu besuchen, da der Geburtstermin kurz bevorstand. Außerdem hatte Frau R. die Handynummer der STEEP™-Beraterin erhalten, um sie anrufen zu können oder eine SMS zu schicken, wenn sie etwas besonders belastete. Bereits nach dem zweiten Besuch erhielt die Beraterin eine SMS mit der Bitte um Rückruf. Frau R. bat, den nächsten vereinbarten Termin auf einen anderen Tag zu verschieben. Die STEEP™-Beraterin ahnte, dass es sich nur um einen vorgeschobenen Grund handelte und Frau R. »vorbewusst« wohl überprüfen wollte, ob die Betreuerin wirklich für sie da sei. Sie konnte ihr verdeutlichen, dass es für beide wichtig sei, die vereinbarten Termine einzuhalten, damit eine gegenseitige Verlässlichkeit entsteht (**Einhaltung des Settings, des Rahmens, der Absprachen**).

Als die STEEP™-Beraterin zum fünften vereinbarten Termin erschien, öffnete Frau R. nicht. Sie hinterließ einen Brief für Frau R., dass sie verwundert war, sie nicht anzutreffen. Frau L. teilte ihr mit, sie habe sie als jemanden erlebt, der verlässlich sei (ressourcenorientiertes Vorgehen) und frage sich, ob ein Missverständnis vorläge oder womöglich die Geburt, früher als geplant, begonnen hatte. Sie bat Frau R., ihr eine SMS zu schicken, wenn sie den Brief gelesen habe. Als sie nichts mehr von ihrer Klientin hörte, diese auch nicht auf ihre SMS und Telefonanrufe reagierte, schrieb sie ihr erneut eine SMS und kündigte einen Hausbesuch an. Sie musste lange klingeln, und als sie gerade weggehen wollte, öffnete Frau R. mit einem mürrischen Gesicht. Auf die Fragen von Frau L., was vorgefallen sei, antwortete sie nicht. Sie saß wie versteinert da, mit abgewandtem Oberkörper, als wolle sie ihr »die kalte Schulter« zeigen.

Glücklicherweise hatte Frau L. die letzte Sitzung reflektiert, um zu erkennen, was zum Rückzug von Frau R. geführt haben könnte. Sie hatte Frau R. gefragt, wer bei ihrer Geburt dabei sein würde, und ein wirsches »niemand« zu hören bekommen. Sie hatte trotzdem vorsichtig versucht herauszufinden, ob Frau R. bei der Geburt begleitet werden möchte und wer das sein könnte. Ahnungsweise hatte sie dann gespürt, dass sich Frau R. dieses von ihr wünscht. Dieses Erkenntnis hatte Frau L. so verwirrt, dass sie zu einem anderen Thema wechselte. Fragen tauchten in ihr auf, welche Auswirkungen dieser Rückzug zukünftig für ihre Arbeitsbeziehung haben könnte. Würden damit Wünsche nach einer persönlichen Beziehung geweckt, die sie letztendlich auf Dauer nicht einhalten könnte und die im Widerspruch zu einer professionellen Arbeitsbeziehung stünden? Die STEEP™-Beraterin erlebte sich in einer »Klemme«. Auf der einen Seite brauchte Frau R. emotionalen Halt, jemanden, der ihr in dieser sie ängstigenden Situation beistand, und Frau L. merkte, wie sie sich »zügeln« musste, sich nicht spontan dafür anzubieten. Auf der anderen Seite wusste sie von anderen STEEP™-Beraterinnen, wie kompliziert sich danach das Beziehungsgefüge gestaltet hatte. Intuitiv spürte sie, dass weder ein »zu nah« noch ein »zu fern« in ihrer Beziehungsgestaltung für Frau R. richtig wären. Gedanken gingen ihr durch den Kopf, ob ihr Zaudern vielleicht auch im Zusammenhang mit ihrem eigenen Bindungsmuster gesehen werden müsste. Sie erinnerte

sich, wie Menschen mit diesem Muster, sich Nähe zu wünschen, auch fähig sind, diese mit anderen herzustellen, um aber, wenn jemand unerwartet auf sie zukommt, sich manchmal auch zurückzuziehen. War dieses jetzt solch eine »Kollision« von unterschiedlichen Bindungsmustern oder ein berechtigtes professionelles Zögern?

Irritiert rief sie ihre »Co-STEER™-Beraterin« an, mit der sie gemeinsam die STEER™-Gruppe führte. Sie spürte wieder einmal, wie wichtig es in der STEER™-Arbeit ist, jemanden dicht an seiner Seite zu haben, mit dem Probleme durchgesprochen werden können und der einen auch während Krankheit oder Urlaub vertreten kann. Frau A. kannte die Klientin von Frau L. jedoch nur aus Erzählungen, da sie bisher noch zu keiner Gruppensitzung gekommen war. Sie war eine »praktisch-handelnde« STEER™-Beraterin, die eher auf die offensichtlichen Bedürfnisse von Klienten einging und der ein diffiziles Herausarbeiten von Gefühlen nicht unbedingt lag. Auch diese Herangehensweise der Co-Beraterin ist im Zusammenhang mit ihrem Bindungsmuster zu sehen. Da sich beide Beraterinnen aber aus Selbsterfahrungsseminaren kannten, wussten sie um ihre Unterschiedlichkeit, auch der Bindungsmuster. Frau L. spürte, wie das aufmunternd gemeinte »Dann geh doch mit zur Entbindung, das wird ihr gut tun« ihre Unsicherheit nicht auflöste. So entschloss sich Frau L., ihre Supervisorin anzurufen. Zwar gab es die Vereinbarung mit der Supervisorin, dass sie bei »Notfällen« jederzeit zur Verfügung steht. Aber war dieses ein »Notfall« und musste sie dies nicht selbst entscheiden können? Frau L. erlebte sich ähnlich wie ihre Klientin mit dem Wunsch nach »Beelterung«. Sie wollte jemanden an ihrer Seite, der sie bei dieser für sie so schwierigen Frage unterstützte, spürte aber ihr eigenes Zaudern. Wenn sie selbst diese angebotene Hilfe annehmen könnte, ob es ihr dann leichter fallen würde, dies auch ihrer Klientin zu vermitteln? In der Supervision fand sie eine Lösung: Frau L. wusste, dass Frau R. bei der ersten Geburt von einer »alten« Hebamme betreut worden war, von der sie sich gut versorgt fühlte. Frau R. hatte bedauert, dass sie nicht mehr berufstätig sei. Frau L. wollte anfragen, ob diese Hebamme nicht ausnahmsweise nochmals für diese Entbindung zur Verfügung stehen könnte. Wenn dies nicht möglich war, sollte eine andere Hebamme sich schon vorab regelmäßig um Frau R. kümmern.

An dieser Stelle kann nur kurz die Bedeutung einer guten **Supervision** hervorgehoben werden. Ohne sie würde die STEER™-Arbeit nicht gelingen, da die zu Betreuenden fast ausschließlich komplizierte Persönlichkeitsstrukturen besitzen und sie sich zudem meist in labilen Lebenssituationen befinden. Sie haben häufig keinen Halt in ihrer Herkunftsfamilie, kommen aus Familien, in denen sich oft seit Generationen viele massive Probleme tradiert haben. STEER™-Mitarbeiterinnen stehen zudem immer wieder auch vor der enorm belastenden Frage, ob das elterliche Verhalten gegenüber dem Kind noch ausreichend gut ist oder ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt. Sie benötigen – ebenso wie ihre Klientinnen – eine haltende Umgebung, die eine gute Supervision darstellen kann. In der Supervision werden

fallspezifisch und fallübergreifend relevante Themen herausgearbeitet und die vielfältigen, in der Arbeit mit hoch belasteten Müttern auftretenden Fragen bearbeitet. Darüber hinaus können hier eigene Verwicklungen der Beraterinnen mit den Klienten besprochen und gelöst werden. Die Supervision gehört damit unabdingbar zur STEEP™-Arbeit dazu.

Bei der Betreuung von Frau R. war es gleich zu Beginn zu einer Abweichung des Rahmens, d.h. dem ursprünglichen STEEP™-Konzept gekommen, da es für Frau R. unvorstellbar war, zu den STEEP™-Gruppensitzungen zu gehen. Als Frau L. von den regelmäßigen Gruppensitzungen sprach, wo sie anderen jungen Müttern begegnen könnte, versteinerte Frau R. förmlich. Sie hielt nichts davon und kannte dieses »Gelabere« aus der Mutter-Kind-Einrichtung, wo sie zu den Gruppensitzungen auch letztendlich nicht hingegangen sei. Die Heftigkeit, mit der Frau R. auf den Gruppenvorschlag reagierte, verwunderte die Beraterin.

Wie viele »frühgestörte« Menschen hat Frau R. keine positiven triangulären Beziehungen eingehen können, so dass sie sich – wenn überhaupt – nur in dyadischen Beziehungen einigermaßen sicher fühlen konnte. Das würde auch erklären, weshalb sie sich bei ihrer ersten Mutterschaft »auf die Seite ihres Partners« geschlagen hatte und ihr kleines Kind als Dritten nicht integrieren und schützen konnte. Eine Begegnung mit anderen Müttern würde ihr zudem verdeutlichen, dass sie »ihre Beraterin« mit anderen Frauen teilen musste. Sie müsste sich mit Gefühlen der Eifersucht, des Neids, der Rivalität auseinander setzen, womit sie zu jener Zeit überfordert war. Es wurde die Frage aufgeworfen, ob Frau R. vielleicht sogar eine Sozialphobie habe. Dies würde auch erklären, weshalb sie sich bisher vehement gegen Ausbildungsmaßnahmen gewehrt hatte und auch keinen Schulabschluss vorweisen konnte, obwohl sie gleichzeitig auf die Betreuerin einen sehr klugen Eindruck machte.

Nach der Geburt, die unkompliziert verlief und mit der vertrauten »alten« Hebamme durchgeführt werden konnte, kümmerten sich »Ersatzgroßmutter« (Hebamme) und »Ersatz-Mutter« (STEEP™-Beraterin) abwechselnd um Frau R. Diese zeigte große Schwierigkeiten in der Beziehungsaufnahme zu ihrem Baby. Sie war enttäuscht, dass sich der Kindsvater nicht gemeldet hatte, »obwohl es doch ein Bub ist und so ähnlich aussieht wie er«. Auch ihre Eltern zeigten kein Interesse an ihrem Enkel. Überdeutlich wurde die emotionale Entbehrung der Klientin. Es war die Aufgabe der STEEP™-Beraterin und der Hebamme, für Mutter und Kind eine haltende Atmosphäre herzustellen. Frau L. vermittelte Frau R., die sich wenig an ihrem Baby freuen konnte, welch ein wunderbares Baby sie geboren hatte. Mit ihrer Begeisterung an dem Säugling konnte sie Frau R. etwas aus ihrem Schneckenhaus herausholen, in das sie sich – ohne ihr Baby – zurückgezogen hatte. Ihr war das Stillen offensichtlich lästig, es schmerzte, und trotz der Hilfsangebote durch die Hebamme und Frau L. bestand sie auf einer Flaschenernährung. So habe sie schließlich auch ihre Tochter »groß bekommen«. Frau L. merkte, wie schwer es ihr fiel, die Mutter nicht zu überreden, es mit dem Stillen weiter zu

versuchen. Sie spürte jedoch, dass Frau R. diese intime Nähe zu ihrem Baby, die sie selber auch nicht bekommen hatte, nicht aushalten konnte. Als sie jedoch feststellte, dass Frau R. gerne »jedermann« dem Baby die Flasche geben ließ, intervenierte sie, indem sie dem Baby eine Stimme verlieh und an seiner Stelle sagte: »Mama, ich mag es viel lieber, wenn du mir die Flasche gibst. Das fühlt sich soviel vertrauter an, dann kann ich dich riechen und fühlen und dir in die Augen schauen.« Als der Fernseher beim Füttern lief und Frau R. dabei eine Serie anschaute, verdeutlichte ihr Frau L., welche Leistung es sei, auf eine spannende Geschichte im Fernsehen zu verzichten, um beim Füttern ausschließlich für das Baby da zu sein. Wie sehr sie sich sicherlich als Baby gewünscht hatte, dass ihre Mutter dies für sie getan hätte (**»looking back – moving forward«**), und dass sie nun diesbezüglich über ihre Herkunftsfamilie herauswachsen könnte, indem sie auf etwas Wichtiges zugunsten ihres Babys verzichtete. Frau R. reagierte auf diese Intervention ärgerlich und zog sich dann schweigend zurück. Frau L. sprach die Rechte der jungen Mutter auf emotionale Bedürfnisse und deren Befriedigung an und was es für sie bedeutet, an dieser Stelle darauf zu verzichten, und ermutigte sie gleichzeitig, ihre Wünsche nach emotionaler und realer Unterstützung ihr gegenüber auszudrücken. Es war eine schwierige Situation, da sie spürte, wie wenig Frau R. ihrem Baby geben konnte, wie bedürftig sie selber war. Sie entschloss sich, Frau R. im Wechsel mit der Hebamme nun vorerst jeden Tag in der Woche aufzusuchen, um ihr die nötige emotionale Unterstützung zu geben, damit sie sich überhaupt für ihr Baby öffnen konnte.

Lars war ein zartes, unruhiges Baby, das viel weinte und sich von seiner Mutter nur schwer beruhigen ließ. Die STEEP™-Beraterin half Frau R., ihr Baby zu verstehen, indem sie ihre Fähigkeit schulte, die Signale des Babys rechtzeitig wahrzunehmen, sie zu verstehen und schnell und adäquat darauf zu antworten. Die Regelmäßigkeit und **Verlässlichkeit**, mit der die STEEP™-Mitarbeiterin sich um Frau R. kümmerte, indem sie u.a. zu fest vereinbarten Zeiten vorbeikam, halfen der jungen Mutter, diese Strukturen in sich selbst nach und nach aufzubauen. Sie konnte bald eine Rhythmizität in ihrem Tagesablauf herstellen. Aber jedes Mal, wenn ihr wieder nahegelegt wurde, auch an der STEEP™-Gruppe teilzunehmen, weigerte sie sich beharrlich, obwohl (oder gerade weil) sie keinen festen Freundeskreis hatte. Ihre sozialphobische Seite trat immer deutlicher zutage. Frau R. steckte zunehmend in einer Sackgasse; sie führte ein sehr zurückgezogenes Leben, mit dem sie zunehmend unzufriedener wurde. Früher war sie abends mit einigen loseren Bekanntschaften »losgezogen«. Die STEEP™-Mitarbeiterin fürchtete, dass sich ihr »alter Ärger« gegen das Baby wieder aufbaute.

Eines Abends erhielt Frau L. eine SMS von Frau R.: »Komm sofort, ich halt es nicht mehr aus!« Es war das erste Mal, dass Frau L. solch einen Notruf von ihrer Klientin erhalten hatte. Sie fand einen schreienden Säugling und eine versteinerte Klientin vor. Nach und nach erfuhr sie, dass ihr »die Hand ausgerutscht« sei, sie dem inzwischen drei Monate alten

Säugling »eine geknallt« habe. »Nicht so feste; ich wollt es doch nicht! Schrecklich! Aber er hat keine Ruhe gegeben.« Nach und nach gelang es Frau L., die junge Mutter und das Baby zu beruhigen. Die Beraterin sprach über die vermutlich schrecklichen Gefühle, die in solchen Momenten so heftig wurden, dass sie sich nicht mehr beherrschen konnte, und die dann ungesteuert aus ihr herausbrachen. Der Anruf von Frau R. bei der Beraterin war in jedem Fall ein Vertrauensbeweis, und Frau L. war sehr froh, dass sie angerufen wurde. Nebenbei inspizierte Frau L., ob Lars mehr als einen »Klaps« bekommen hatte. Sie ließ sich ausführlich den Hergang erzählen, auch um mit der jungen Mutter herauszuarbeiten, wie diese zukünftig früher spüren konnte, wenn sich »Ausnahmezustände« anbahnen würden. Fast minutiös ging die Beraterin mit ihr die einzelnen Szenen durch und verbalisierte für Frau R. ihre Gefühle des Alleinseins, der Hilflosigkeit, des aufsteigenden Ärgers und welche Möglichkeiten ihr in solchen Momenten zur Verfügung stehen: rechtzeitig inne zu halten, um sich selbst zu beruhigen und sich Hilfe zu holen. Auf Nachfragen erfuhr sie, dass die Klientin den Impuls verspürt hatte, Frau L. anzurufen, es dann unterlassen habe, weil ihr durch den Kopf ging: »Lass das, du nervst nur.« Dahinter stand die Befürchtung, wenn sie Hilfe einforderte und ihre Bedürftigkeit zeigte, dass sich der andere zurückzog, so wie sie es als Kind oft erlebt hatte.

Nach diesem Ereignis konnte Frau L. das bis dahin von Frau R. gemiedene Thema der Misshandlung ihres ersten Kindes besser ansprechen. Sie erfuhr, dass sie ihre Tochter nicht mehr besucht hatte, als sie feststellte, wie sehr sich diese an die Pflegemutter gewöhnt hatte und wie sie selbst für ihr Kind fremd geworden war. Weinend erzählte sie, wie sehr sie dieses Ereignis an sich selbst erinnert hatte, obwohl sie damals viel älter war. Sie wollte damals ihre Mutter nicht mehr sehen, musste trotzdem gegen ihren Willen immer wieder zu ihr hin und wurde letztendlich auch von ihrer geliebten Pflegemutter getrennt. Dieses Schicksal und diese Zerrissenheit wollte sie ihrer Tochter nicht zumuten.

Gemeinsam überlegte Frau L. mit ihrer Klientin nochmals, welche zusätzlichen Hilfen für sie möglich wären (**Ressourcenanalyse, Ressourcenaktivierung**). Ein betreutes Mutter-Kind-Wohnen hatte sie mit Vehemenz abgelehnt. Zu ihrer Mutter (einer Alkoholikerin) hatte sie eine sehr komplizierte Beziehung, ebenso zu ihren verschiedenen Halbgeschwistern, den leiblichen Vater kannte sie nicht. Die einzige halbwegs stabile Beziehung war die zu einer Freundin, mit der sie sich jedoch schon vor der Geburt des zweiten Kindes heftig zerstritten hatte. Frau L. hatte sich schon mehrmals bemüht, diese Freundschaft »wieder zu beleben«. Sie versuchte es jetzt erneut, indem sie ihre Besorgnis aussprach, Frau R. könne womöglich erneut in einen Zustand geraten, in dem sie ihre Beherrschung dem Kind gegenüber verliere, wenn sie weiterhin so isoliert lebe. Sie bot sich an, ihr zu helfen, den Kontakt zu dieser Freundin wieder herzustellen, und Frau R. willigte ein. Außerdem schloss sie mit Frau R. einen »Pakt«, sie zukünftig rechtzeitig anzurufen.

Erfreulicherweise konnte der Kontakt zu der Freundin von Frau R. wieder hergestellt werden. Sie war ebenfalls Mutter eines kleinen Kindes und war für Frau R. in vielen Punkten eine große Hilfe. Sie konnten sich über ihr Mutter-Sein austauschen und sich gegenseitig bei der Betreuung ihrer Kinder unterstützen. Außerdem bestärkte die Freundin die Beraterin intensiv in ihrem Bemühen, Frau R. doch noch in die STEEP™-Gruppe zu integrieren. In der STEEP™-Gruppe war seit langem bekannt, dass eine weitere STEEP™-Mutter erwartet wird. Die Teilnehmerinnen wurden gefragt, ob anfangs auch eine Freundin dieser Mutter mitkommen könne, um ihr den Schritt in die Gruppe zu erleichtern. Die Freundin begleitete Frau R. über mehrere Sitzungen, und es war für die Gruppenleiterinnen ein Balanceakt, ihr zu vermitteln, dass sie nicht auf Dauer ein Gruppenmitglied werden konnte, da auch andere ihre Wünsche nach einer häufigeren Einbindung ihrer Freunde äußerten. Da jedoch alle zwei Monate ein zusätzliches STEEP™-Treffen für die Angehörigen und Freunde stattfand, konnte die Freundin in diesem Rahmen weiter integriert werden. Die Freundin ebnete auch für Frau R. den Weg zur Psychotherapie, Frau L. hatte dieses zuvor vergebens versucht, da sie selbst eine Psychotherapie begonnen hatte und für sie auch diesbezüglich Modell war.

Frau L. konnte glücklicherweise über die vorgesehenen zwei Jahre der STEEP™-Arbeit hinausgehend noch weitere 1,5 Jahre mit der Mutter arbeiten und ihr auf diese Weise Stabilität und Struktur gewähren, so dass sie positive Beziehungen im Alltagsleben aufbauen konnte. Frau R. konnte eine verlässliche Beziehungserfahrung verinnerlichen und erleben, dass ihre Befürchtung, wieder von einer »Pflegermutter« weggerissen zu werden, nicht eintrat. Sie erlebte, dass vorübergehende Trennungen (z.B. Urlaub der Beraterin) keinen Abbruch bedeuteten, man sich nach Streits wieder versöhnen kann, ohne sich zu verschließen oder selbstzerstörerisch zu handeln oder die Spannungen am Kind abzulassen. Frau L. stand auch nach Beendigung der offiziellen Hilfe weiter mit Frau R. in Verbindung, indem diese zu den »offenen Gruppentreffen«, den die STEEP™-Mütter im Sinne einer Selbsthilfe fortführten, ging und Frau L. sporadisch – sofern es ihre Zeit ermöglichte – hinzukam. Hin und wieder schickte Frau R. der Beraterin eine SMS, um ihr mitzuteilen, wie es ihr ging, und um so einen losen Kontakt zu ihr zu halten. Frau R. hatte sich zu einer »hinreichend guten Mutter« und ihr Sohn Lars zu einem gesunden Kind entwickelt, welches mit Hilfe des Fremden Situation Test (FST) als »bedingt sicher gebunden« eingestuft werden konnte.

Fazit

STEEP™-Arbeit ist vor allem eine Beziehungsarbeit. Das bedeutet, die Beraterinnen stellen sich mit ihrer Persönlichkeit, ihren Kompetenzen und ihrem Wissen den zu Betreuenden kontinuierlich über einen langen Zeitraum zur Verfügung. Dies setzt eine hohe persönliche Kompetenz voraus und die Bereitschaft und Fähigkeit, bei den immer wieder auftauchenden Konflikten und »Verzahnungen« mit den Klienten und deren Neigung, aufgrund ihrer bisherigen Lebenserfahrungen Beziehungsabbrüche herzustellen, Tendenzen rechtzeitig zu er-

kennen und mit den Klienten zu bearbeiten. Sie bieten sich somit als haltende, »containende« und unterstützende Matrix an, indem sie »nachbeeltern« und Hilfs-Ich-Funktionen übernehmen. STEEP™-Arbeit fokussiert auf eine Aktivierung der Ressourcen, auf korrigierende emotionale Erfahrungen und fördert die Mentalisierungsfähigkeit der Mütter. Die vielfältigen psycho-sozialen Probleme der STEEP™-Klienten erfordern von den Mitarbeiterinnen auf der einen Seite eine klare und durchschaubare Arbeitshaltung, indem sie z.B. auf die Einhaltung des vereinbarten Settings/Rahmens achten, andererseits aber auch die Fähigkeit, flexibel auf die jeweiligen Bedingungen eingehen zu können. Damit diese schwierige Aufgabe gelingen kann, benötigen STEEP™-Beraterinnen wiederum einen geeigneten Rahmen, indem sie kontinuierlich ihre Arbeit mit den Klienten reflektieren können und sich mit ihren eigenen Bindungserfahrungen, den Verstrickungen mit den Klienten auseinandersetzen können. Eine begleitende Supervision stellt dabei eine tragende Säule, einen geschützten Rahmen für die Mitarbeiterinnen dar. Um die Weitergabe von malignen Familienmustern zu verhindern, werden Mitarbeiter im Bereich der Frühen Hilfen benötigt, die die hohen Anforderungen an Qualifikation, Fachlichkeit und Persönlichkeit erfüllen.

Es besteht jedoch noch weiterer Forschungsbedarf, um genauer herauszuarbeiten, für welche Mütter aufgrund ihrer Persönlichkeit bzw. bei welchen Beziehungskonstellationen die STEEP™-Arbeit sich als besonders effektiv erweist.

LITERATUR:

- Alexander, F. & French, T.M. (1946). *Psychoanalytic Psychotherapy. Principles and Applications*. New York, Ronald. Press Wiley, New York 1974.
- Auckenthaler, A. (2001). Die Gesprächspsychotherapie vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie. *Person*, 5, S. 98-102.
- Bion, W.R. (1965). *Transformations. Change from learning to growth*. London, Heinemann.
- Eckert, J. (2008). Bindung von Psychotherapeuten. In: B. Strauß (Hrsg.). *Bindung und Psychopathologie*, Stuttgart, Klett-Cotta, S. 332-349..
- Erickson, M.F. & Egeland, B. (2006). *Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung*. Stuttgart, Klett-Cotta
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40(3), S. 130-145.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Lang, H. (Hrsg.) (2003). *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. 3. Aufl., Würzburg, Königshausen & Neumeier.
- Rogers, C.R. (1972). *Die nicht-direktive Beratung*. München, Kindler. (original erschienen: Rogers, C.R. (1942). *Counseling and Psychotherapy*. Boston, Mifflin).
- Satir, V., Banmen J., Gerber, J. (2007). *Das Satir-Modell*. 3. Aufl., Paderborn, Junfermann.
- Stern, D. (1998). *Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie*. 2.Aufl., Stuttgart, Klett-Cotta.
- Sroufe, L.A.; Egeland, B.; Carlson, E. & Collins, W.A. (Eds.) (2005). *The development of the person. The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York, The Guilford Press.
- Suess, G.J.; Kissgen, R. & Mali, A. (2009). The importance of attachment representations of professionals in attachment-based early intervention serving young high risk mothers. In: C. Schuengel & G.J. Suess (Chairs). *Supporting Parents and Children: The Role of Professionals' Own Attachment*. Paper Symposium at biennial meeting of the Society for Research in Child Development, April 4th 2009, Denver/USA. (download: [www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/ fruehehilfen.de/pdf/Artikel_Suess_Kissgen_Mali.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Artikel_Suess_Kissgen_Mali.pdf)).
- Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, S. 89-97.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (Hrsg.) (2006). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

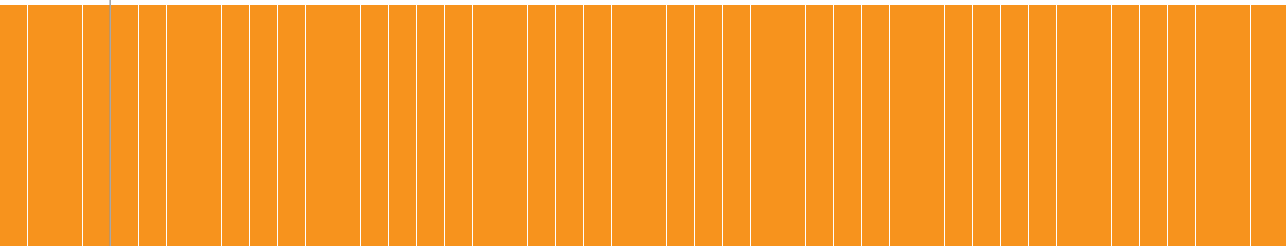


SYSTEMGRENZEN ÜBERWINDEN: ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN KINDER- UND JUGENDHILFE UND GESUNDHEITSWESEN

- 182 Anne Lohmann, Virginia Lenzmann, Pascal Bastian, Wolfgang Böttcher, Holger Ziegler:
Zur Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen bei Frühen Hilfen – eine empirische Analyse der Akteurskonstellationen
- 202 Angelika Schöllhorn, Cornelia König, Anne Katrin Künster, Jörg M. Fegert, Ute Ziegenhain:
Lücken und Brücken
- 222 Christiane Luderer, Gertrud M. Ayerle, Johann Behrens:
FrühStart: Exemplarische Klientinnenpfade und Bruchstellen im System Frühe Hilfen

- 241 Anne Katrin Künster, Carolin Knorr, Jörg M. Fegert, Ute Ziegenhain:
Netzwerkanalyse als Chance der Praxisentwicklung und Evaluation im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz
- 260 Silke Borchardt, Marisa Benz, Andreas Eickhorst, Kerstin Scholtes, Hortense Demant, Kai Götzinger, Hubert Köhler, Manfred Cierpka:
Vermittlungswege in aufsuchenden Maßnahmen der Frühen Hilfen
- 280 Katja Makowsky, Beate Schücking:
Familienhebammen im Landkreis Osnabrück:
Perspektive von Nichtnutzerinnen und Zugänge

**ANNE LOHMANN, VIRGINIA LENZMANN, PASCAL BASTIAN,
WOLFGANG BÖTTCHER, HOLGER ZIEGLER:**
**ZUR ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN KINDER- UND JUGEND-
HILFE UND GESUNDHEITSWESEN BEI FRÜHEN HILFEN – EINE
EMPIRISCHE ANALYSE DER AKTEURSKONSTELLATIONEN**



Einleitung

Der folgende Beitrag befasst sich mit der professionellen Zusammenarbeit als einem konstitutiven Element von Früher Hilfen¹. Kooperative Formen der Zusammenarbeit gelten, insbesondere auch von Seiten der politischen Steuerung auf Bundesebene, als bedeutsame Bedingung für die Implementierung sowie für das Gelingen Früher Hilfen. So fordert das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend für die Unterstützung von Schwangeren und Familien mit 0-3-jährigen Kindern eine enge Verzahnung zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen, einschließlich ihrer jeweiligen Angebote (BMFSFJ 2008). Zur Umsetzung dieser Forderung wird im Rahmen des Bundesaktionsprogramms Früher Hilfen die Entwicklung von »Kooperations- und Koordinationsstrukturen« (ebd., S. 3) als wichtigste Grundlage beschrieben. Auch die Länder und Kommunen greifen diese Formulierungen in Konzepten der Landesprogramme und lokaler Früher Hilfen auf. Beispiele sind das Landesprogramm Schutzengel für Schleswig-Holstein (MSGFJS o.J.) für die regionale Ebene sowie das soziale Frühwarnsystem der Stadt Gütersloh (Fernkorn 2008) für die kommunale Ebene. In diesem programmatischen Ansatz Früher Hilfen gebräuchliche Begriffe sind u.a. Kooperation, Netzwerk, Zusammenarbeit, Vernetzung und Zusammenspiel. Die intuitive Programmatik der Begrifflichkeiten legt nahe, dass Separierungen bisheriger Zuständigkeiten auf Professions-, Organisations- und vor allem auf Systemebene überwunden werden sollen und überwunden werden können. Allerdings kann bereits aufgrund der gebräuchlichen, aber selten genauer operationalisierten Begrifflichkeiten vermutet werden, dass sich hinter solchen Forderungen hohe Ansprüche für die Praxis Früher Hilfen verbergen. Der Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen und anderen, für Frühe Hilfen relevanten Systemen möchten wir uns in diesem Beitrag annähern. Wir stützen uns dabei auf vorliegende Daten, die im Rahmen der Evaluation »Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein« an 15 Standorten der beteiligten Bundesländer erhoben wurden (Bastian et al. 2009). Diese sind Teil von drei übergreifenden Programmen: den beiden Landesprogrammen Schutzengel für Schleswig-Holstein (MSGFJS o.J.) und soziale Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen (MGFFI 2005; MGSFF 2005) sowie dem Caritasnetzwerk Frühe Hilfen für Eltern mit Kleinkindern in belasteten Lebenslagen (Bernhauser 2008). Die Angebote der hier untersuchten Frühen Hilfen liegen im Spektrum des einmaligen Hausbesuchs durch kommunale Einrichtungen (wie z.B. Jugendamt, freie Träger der Wohlfahrtspflege) bis hin zu therapeutischen, entwicklungspsychologischen und bindungstheoretischen Interventionsformen.

Wenn die Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen derart – wie vom Bundesministerium beschrieben – bedeutsam ist, lässt sich daraus

1 Zu allgemeinen Grundlagen zum Konzept Früher Hilfen siehe Böttcher (2009) sowie die vom Nationalen Zentrum Früher Hilfen erstellte Begriffsbestimmung (NZFH 2009)

die Forschungsfrage ableiten, in welcher Weise innerhalb der relevanten Systeme Kontakte zur Unterstützung von Schwangeren und Familien bestehen. Eingebunden sind fallbezogene Beziehungen sowie fallunabhängige Kontakte, z.B. zur Weiterentwicklung der Frühen Hilfen auf konzeptioneller Ebene. Wir betrachten die interpersonale Ebene der Akteure, die als Repräsentanten eines Systems handeln. Beteiligt sind ausgebildete Fachkräfte und (geschulte) Laien. Noch 2003 konstatieren van Santen & Seckinger eine »vorhandene Distanz zwischen Institutionen der Jugendhilfe und des Gesundheitssystems« (van Santen & Seckinger 2003, S. 142). Wir schauen uns an, in welchem Ausmaß Akteure der beiden fokussierten Systeme die Zusammenarbeit anlässlich der Unterstützung der Zielgruppe aktuell praktizieren.

Zur Analyse dient uns ein bestimmtes theoretisches Modell: das des Netzwerks. Dieses bietet sich insbesondere an, da auch im Rahmen der fachlichen Diskussion um Frühe Hilfen Netzwerke als notwendige Strategien zur Realisierung der interdisziplinären Zusammenarbeit gesehen werden (NZFH 2008; BMFSFJ 2007; Difu 2009).

Einführend erläutern wir nun die in der Diskussion um Frühe Hilfen gestellten Forderungen einer Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen (1). Darauf aufbauend skizzieren wir den Begriff der Kooperation, der uns geeignet erscheint, Grundlagen einer systematischen Zusammenarbeit darzustellen (2). Es folgen Hinweise zur Erfassung und Analyse der Kooperationen im Kontext der Frühen Hilfen. Hierzu schildern wir das Verfahren der Sozialen Netzwerkanalyse (3). Den Kern dieses Beitrags bildet der Versuch, die tatsächliche Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen anlässlich der Unterstützung von Schwangeren und Familien empirisch zu beschreiben. Grundlegend ist eine quantitative Betrachtung von Akteurskonstellationen (4). Im letzten Absatz diskutieren wir die Ergebnisse (5).

Frühe Hilfen und die Notwendigkeit zur Zusammenarbeit

Frühe Hilfen zielen auf eine frühzeitige und nachhaltige Verbesserung der »Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft« (NZFH 2009). Zur Umsetzung Früher Hilfen werden insbesondere Schwangere und Familien mit Kindern von 0-3 Jahren in den Blick genommen. Der Lebensabschnitt der frühen Kindheit wird im Allgemeinen als eine sensible Phase für den gesamten weiteren Entwicklungsverlauf eines Kindes gesehen (vgl. z.B. Montada 2002, S. 35ff; Rauh 2002, S. 131ff), jedoch nur punktuell durch institutionelle Angebote abgedeckt. Bereits in diesen frühen Lebensphasen seien Kinder auf mehr als eine ausschließlich soziale Versorgung angewiesen; gerade im Säuglings- und Kleinkindalter seien die gesundheitliche Versorgung und Förderung des Kindes von Bedeutung (Ziegenhain et al. 2010, S. 31f). Da bereits verhältnismäßig geringe Versäumnisse im Kleinkindalter weitreichende Folgen auf den gesamten weiteren Entwicklungsverlauf eines Kindes nehmen können, gelten Hilfen oder Interventionen hier als besonders rele-

vant (vgl. z.B. Ziegenhain et al. 2006). Können Eltern den vielschichtigen Anforderungen in der Versorgung und Erziehung ihrer Kinder nicht ausreichend nachkommen, bedürfen sie entsprechender Unterstützung. Die Wahrnehmung dieser Aufgabe obliegt grundsätzlich der Kinder- und Jugendhilfe (Schone 2004). Hierzu hält der Kinder- und Jugendhilfeträger unterschiedliche kind-, eltern- und familienbezogene Leistungen bereit. Beispiele sind Angebote zur Familienbildung, Familienerholung, Kindertagesbetreuung sowie Beratung und Unterstützung zur Bewältigung allgemeiner Belastungen (verankert im Kinder- und Jugendhilfegesetz, KJHG: §§ 16-21).

Unterstützungsleistungen aus dem Feld der Kinder- und Jugendhilfe allein reichen gemäß der in Theorie und Praxis Früher Hilfen diskutierten Annahmen aber häufig kaum aus, sozialen und gesundheitlichen Bedarfen von Familien und deren Kindern zu genügen. Familien seien auf beides – Hilfen aus der Kinder- und Jugendhilfe und aus dem Gesundheitswesen – angewiesen. Ebenso wie die Kinder- und Jugendhilfe hält auch das Gesundheitswesen auf ihr Aufgabenfeld spezialisierte Angebote bereit. Beispiele für entsprechende Leistungserbringer sind Hebammen und Kinderärzte. In aktuellen Diskussionen um Frühe Hilfen wird weniger ein Mangel an bedarfsgerechten Hilfeleistungen diskutiert, sondern vielmehr die Gewährleistung eines aufeinander abgestimmten Zusammenwirkens dieser vorhandenen Angebote für notwendig erachtet (Hensen & Rietmann 2008).

Bereits innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe zeigt sich eine hohe Spezialisierung und Aufgabenteilung. Den Hintergrund dafür stellt der Ausbau der Kommunalverwaltungen in der Mitte des 20. Jahrhunderts dar, wodurch die kommunale Vorsorge in einzelne Teilaufgaben zergliedert wurde (Schubert 2008). Dies wird in der Fachdebatte als das Problem der Versäulung innerhalb des Hilfesystems diskutiert. Verstärkend wirkt die funktionale Trennung der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen in jeweils eigene Hilfesysteme, sodass zusätzlich von einer Versäulung zwischen den Hilfesysteme die Rede ist. Die Zergliederung führe zu einzelnen »operativen Inseln« (ebd., S. 8), deren Akteure je isoliert agieren. Die Hilfesysteme würden damit auf die familiären Bedarfe mit Angeboten reagieren, die zwar hoch spezialisiert, aber ohne einen wechselseitigen Bezug zueinander Anwendung fänden (Hensen & Rietmann 2008; Krone et al. 2009). Vielmehr schaue jede Profession von ihrem eigenen Standpunkt auf den Bedarf. Das Potential für ein Zusammenspiel der vorliegenden Sichtweisen und Handlungsmöglichkeiten gerate damit aus dem Blick. Der Mehrdimensionalität des familiären und kindlichen Bedarfs könnten Leistungsanbieter auf diese Weise nicht gerecht werden, so die aktuellen Befürchtungen in der Diskussion um Frühe Hilfen.

Frühe Hilfen erheben den Anspruch, relevante Akteure kind- und familienbezogen so zusammenzuführen, dass die familiären und kindlichen Bedürfnisse einer ausgesprochen umfassenden gesundheitlichen und ebenso psychosozialen Versorgung in den Angeboten

Berücksichtigung finden. Hierzu erfordere der Unterstützungsprozess nicht nur die Akteure, sondern vor allem zwischen ihnen bestehende Formen von Zusammenarbeit, die ein Ineinandergreifen verschiedener, aufeinander abgestimmter Sichtweisen und Hilfeleistungen ermöglichen (Böttcher 2009). Laut Hensen & Rietmann (2008) besteht das Potential und die Notwendigkeit von Frühen Hilfen gerade darin, die Grenzen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen sowie weiteren relevanten Systemen zu durchbrechen und Übergänge zu schaffen. Diese Kopplung ansonsten »isolierter Organisationseinheiten« (Schubert 2008, S. 6) würde der Kinder- und Jugendhilfe ermöglichen, handlungsfähig zu agieren und damit der Wahrung ihres Auftrags nachzukommen.

Das Gesundheitssystem könne auch einen weiteren, ebenso wertvollen Beitrag zu einer Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe leisten, so die Theorie der Initiativen Früher Hilfen. Die Unterstützung von Familien setzt nämlich den Zugang zu den Eltern voraus. Erst wenn die unterstützenden Fachkräfte über Informationen zu der betreffenden Familie verfügen und letztere auch bereit ist, ein öffentliches Angebot zu nutzen, sind Grundlagen zur Hilfestellung gegeben. Dem Gesundheitswesen wird zugesprochen, beides zu besitzen: den Zugang und die notwendige Vertrauensbeziehung zu Eltern. Den frühen Zugang zu Schwangeren und Familien verschaffe es sich durch die bereits benannten Leistungsanbieter, die den Familien schon in der frühesten Lebensphase Unterstützung und Begleitung in der Versorgung der Säuglinge und Kleinkinder bieten. Weiterhin wird dem Gesundheitswesen ein enormer Vertrauensvorschuss seitens der Eltern zugeschrieben. Die Phase der (werdenden) Elternschaft erweise sich als hoch emotional, in der sich Familien gegenüber Angeboten der Unterstützung in hohem Maße öffnen. Darüber hinaus stelle die gesundheitliche Betreuung von Schwangeren und Müttern sowie deren ungeborenen und geborenen Kindern – im Unterschied zu häufig negativ konnotierten Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe – einen gesellschaftlich akzeptierten und insofern gängigen Standard dar. Diese Gegebenheiten könnten seitens des Gesundheitswesens nicht nur als Chance zur Beobachtung genutzt werden, sie könnten ferner dazu beitragen, die Öffnung der Familie gegenüber anderen Leistungsanbietern und eine Annahme von weitergehenden Unterstützungen zu begünstigen (Ziegenhain et al. 2010, S. 84).

Auszüge aus den jeweiligen Landesprogrammen Früher Hilfen in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein verdeutlichen die landesspezifische Umsetzung der theoretisch beschriebenen Ansprüche einer Zusammenarbeit. Mittels Kooperationen erfolge, so der Anspruch der nordrhein-westfälischen Konzeption sozialer Frühwarnsysteme, eine »interdisziplinäre Verzahnung der einzelnen Arbeitsansätze (sowie) die Vernetzung der Arbeits- und der Wirkungsweisen in den unterschiedlichen Einrichtungen« (MGSFF 2005, S. 13). Seien diese Strukturen nicht gegeben oder unzureichend ausgebaut, könne ein soziales Frühwarnsystem als Ganzes nicht optimal funktionieren (ebd., S. 13).

Auch Schleswig-Holstein fordert im Rahmen des Landesprogramms »Schutzengel für Schleswig-Holstein« ein »Netzwerk sozialer und gesundheitlicher Hilfen für junge Familien« (MSGFJS o.J., S. 3), in dem »gesundheitliche und soziale Hilfen (...) miteinander verknüpft« (ebd.) werden. Diese Forderung wurde 2008 mit dem Landeskinderschutzgesetz in Schleswig-Holstein (MSGFJS 2008) rechtlich verankert.

Die Forderungen einer Zusammenarbeit zwischen Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens werden durchaus plausibel diskutiert. Was wissen wir hierzu aus der Praxis? Betrachten wir den Ausschnitt, auf welche Weise Familien Zugang zur Frühen Hilfen erhalten: In unserer Evaluation Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein haben Fachkräfte in Fallverlaufsdokumentationen schriftlich festgehalten, durch wen die Familien Zugang zur Frühen Hilfen bekommen ($n = 353$). Dabei wurde der Zugang in der Weise operationalisiert, dass nach der Person gefragt wurde, die die Empfehlung zu dem Angebot ausgesprochen hat. Demnach erfolgten 23 % der Zugänge durch das Gesundheitswesen. Der Anteil an Zugängen durch die Kinder- und Jugendhilfe befindet sich mit 26 % auf einem ähnlich niedrigen Niveau. Dieser Wert lässt sich ausdifferenzieren: 10 % haben den Zugang zur Frühen Hilfe durch den ASD eines Jugendamtes erhalten. Weitere 11 % wurden durch einen Begrüßungshausbesuch auf das Angebot der Frühen Hilfe aufmerksam. Dieser Dienst ist einem Jugendamt angeschlossen. Die weiteren 5 % der Zugänge durch die Kinder- und Jugendhilfe stammen von freien Trägern oder Einrichtungen der Kindertagesbetreuung. Durch die Schwangerenberatung erfolgen 5 % aller Zugänge. Allerdings erfolgt, so die Datenlage, der Großteil der Zugänge (40 %) durch die Eltern als Selbstmelder oder sonstige Privatpersonen. 5 % der Zugänge lassen sich auf sonstige Personen (z.B. Stiftungen, Maßnahmen zur Berufsqualifizierung, gesetzliche Betreuer) zurückführen. Die Hoffnung, das Gesundheitswesen könne der »Hauptakteur« in der Akquise und Vermittlung von Familien sein, dürfte sich aufgrund dieser Daten nicht erfüllen.

Darüber hinaus kann man fragen, ob es tatsächlich den Möglichkeiten und dem Interesse der Akteure des Gesundheitswesens und ihrer Organisationen entspricht, das oben beschriebene Misstrauen gegenüber der Kinder- und Jugendhilfe auszugleichen. Im Gegenteil: Es könnte gar die Gefahr bestehen, dass Misstrauenshaltungen auf das Gesundheitswesen übertragen werden.

Zum Verständnis von Kooperation

Im Feld der Diskussion um Frühe Hilfen wird mit zahlreichen Begrifflichkeiten die Idee der Zusammenarbeit aufgegriffen. Grundlegend für eine Zusammenarbeit jeglicher Qualität und Quantität dürfte die Initiierung einer Kooperation sein. Treten mindestens zwei Akteure zwecks einer Zusammenarbeit in eine zielgerichtete Beziehung (Kommunikation

oder Handlung)² zueinander, sprechen wir von Kooperation (Seckinger et al. 1998, S. 151). Mit dem Eingehen einer Kooperation ist die Hoffnung verbunden, dass die soziale Beziehung die Akteure befähigt, für das eigene Handeln erforderliche zusätzliche Ressourcen, z.B. besondere Informationen und neues fachliches Wissen, zu erschließen. Auch können sich die Akteure gegenseitig Zugänge zu Systemen schaffen, die vorher nicht oder nur schwer erreichbar waren. Dementsprechend würden sich neue Handlungschancen für die Kooperierenden ergeben (Holzer 2006, S. 14ff). Aus dieser Perspektive lässt sich die Zusammenarbeit als »nützlich« (ebd., S. 14) für die beteiligten Akteure bezeichnen. Generell erscheint uns der kritische Blick auf Kooperation nicht unbedeutend. Eine Kooperation kann auch zu einer Belastung der Akteure führen. Diese tritt ein, wenn z.B. einzelne Kooperationsbeteiligte dominant handeln oder wenn die Organisationen, in der die Akteure tätig sind, die Kooperation nicht unterstützt. In diesen Fällen werden Handlungsmöglichkeiten der Akteure eingeschränkt oder grundsätzlich verwehrt (Jansen 2006, S. 26ff).

Im Rahmen der von uns beforschten Frühen Hilfen beschränken sich die Kooperationen nicht auf zwei Akteure. Programmatisch geht es hier um systematische Kooperationen einer Mehrzahl von Akteuren. Zur Beschreibung solcher Konstellationen die durch Kooperationen verschiedener Akteure gebildet werden, dürfte die Netzwerkanalyse ein geeignetes Instrument sein. Ein Netzwerk definiert sich über die Menge von Akteuren und den zwischen den Akteuren bestehenden Beziehungen (Kooperationen) (vgl. Trappmann et al. 2005, Jansen 2006). Über die Größe von Netzwerken ist damit nichts gesagt. Sie können groß oder klein sein. Dabei ist eine Kooperation zwischen zwei Beteiligten die kleinste Einheit eines Netzwerks. Wir verstehen Netzwerke als Strukturen, die den Akteuren Möglichkeiten bieten, Kooperationen mit mindestens einem weiteren Akteur aufzubauen.

Hinweise zum empirischen Vorgehen

Im Rahmen unserer »Evaluation Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein« haben wir eine Netzwerkanalyse durchgeführt, um die komplexe Zusammenarbeit in Frühen Hilfen zu erforschen. In diesem Artikel greifen wir lediglich einen Teilaspekt auf. Unsere Absicht ist die Erhebung und Analyse der Zusammenarbeit zwischen Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens bei Frühen Hilfen. Die Organisationseinheiten Früher Hilfen sind in der Regel einem öffentlichen (z.B. Jugendamt oder Gesundheitsamt) oder freien Träger (z.B. Kinderschutzbund) angeschlossen. Im Sinne einer Anlaufstelle werden hier – je nach Konzeption der Frühen Hilfe – Leistungen zur Unterstützung erbracht und/oder koordinierende Funktionen wahrgenommen,

² Vgl. zu Operationalisierungen des Kooperationsbegriffs in Forschungszusammenhängen Seckinger et al. 1998 und Gräsel & Fussangel 2010

insofern hier Vermittlungen zu anderen Hilfe- und Unterstützungsleistungen erfolgen. Unabhängig von der Konzeption und regionalen Ausgestaltung einer Frühen Hilfe stellt der jeweilige Träger eine erste Anlaufstelle für Schwangere und Familien sowie für Akteure anderer Dienste dar. Als Anlaufstelle für weitere Hilfen ist sie darauf angewiesen, dass andere Akteure kooperationsbereit sind (NZFH 2009).

Wenn wir Netzwerke Früher Hilfen untersuchen, ist uns klar, dass wir auch nach Akteuren suchen, die selbst nicht Teil der Frühen Hilfen sind, sondern autonom handeln. Entsprechend der Vielzahl der Akteure, die indirekt oder direkt an Kooperationen in Frühen Hilfen beteiligt sind, ist es wahrscheinlich, dass die Beteiligten bei Frühen Hilfen an unterschiedliche Maßnahmen denken (von der Prävention bis hin zur Intervention) und vielfältige Begriffsverständnisse vorliegen. Die Befunde einer bundesweiten Bestandsaufnahme von Kooperationsformen des Nationalen Zentrums Früher Hilfen bekräftigen ein uneinheitliches Begriffsverständnis in der Praxis Früher Hilfen (DIfU 2009, S. 18ff).

Uns interessieren in diesem Beitrag die Kooperationen, die zur Unterstützung von Schwangeren und Familien mit 0-3-jährigen Kindern zwischen Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens unterhalten werden. Um diese Netzwerke zu ermitteln, bedienen wir uns folgender Methode der Stichprobenziehung: dem »snow-ball-sampling« (Gabler 1992). Hierzu befragen wir als ersten Schritt die Mitarbeiter der Frühen Hilfe. Als Erhebungsmethode diente ein schriftlicher Erhebungsbogen. Dieser wurde den Akteuren per e-mail-Versand oder per Post zugestellt. Zur Rücksendung standen die beiden genannten Wege zur Auswahl. Anwendung findet ein spezielles Erhebungsinstrument: Der Namensgenerator. Dieser ist im Folgenden aufgeführt:

- **Hatten Sie im Verlauf der letzten 3 Monate im Kontext Ihrer Arbeit mit Schwangeren oder Familien mit 0 bis 3jährigen Kindern Kontakt zu anderen Fachkräften oder Ehrenamtlichen oder Privatpersonen?**
- **Wenn ja, wer war das? (Bitte nennen Sie ausschließlich Personen anderer Dienste als Ihren eigenen.)**

Der Namensgenerator dient zur Offenlegung der Alteri (Kontaktpersonen) des Egos (Befragter). Wir fragen hier noch nicht nach Kooperation als einer zielgerichteten Form der Zusammenarbeit. Um das Spektrum offen zu halten, fragen wir nur nach Kontakten. Angeregt durch den Namensgenerator nennen die befragten Mitarbeiter von 15 Anlaufstellen Personen, zu denen sie in einem bestimmten Zeitraum Kontakt hatten. Die erfragten Kontakte umfassen ausschließlich solche, die zur Unterstützung der bereits genannten Zielgruppe bestehen. Zur Erfassung der Kontaktpersonen gehen wir explorativ vor. Mögliche Beziehungspersonen werden nicht vorgegeben. Auch die Anzahl der Personen wird

nicht eingegrenzt, weil wir ein möglichst vollständiges Bild erhalten wollen. Die Art eines Kontaktes wird wie folgt qualifiziert³:

- informeller oder fachlicher Austausch
- gemeinsame Fallbearbeitung
- ergänzende Hilfeausführung
- Fallvermittlung, -abgabe oder -übernahme
- sonstige Beziehungsarten.

Unter den sonstigen Beziehungsarten werden Kontakte gefasst, die sich auf allgemeine Netzwerkarbeit, Fortbildungen und konzeptionelle Abstimmungsprozesse beziehen. Die Operationalisierung der Kontaktart ist angelehnt an die Differenzierung von Kooperation in die drei Formen des Austausches, der Arbeitsteilung bzw. Synchronisation und der Koproduktion (Gräsel et al. 2006; Gräsel, Fußangel & Pröbstel, 2006). Relevant für unsere folgende Analyse ist die Richtung des Kontaktes. Die Art der Fragestellung – »Der Kontaktpartner hat ...« versus »Ich habe ...« – liefert Angaben zu dem Initiator bzw. Empfänger der ermittelten Kontakte. Mittels weiterer Namensgeneratoren wurden Beziehungen erfasst, die sich für die eigene Arbeit der befragten Person als besonders gut herausgestellt haben. Gleiches gilt für Beziehungen, die eher mit Hindernissen verbunden waren. Hierdurch lassen sich die erhobenen Kontakte in ihrer subjektiv wahrgenommenen Relevanz für die Arbeit in Frühen Hilfen beschreiben.

Die Befragung der Mitarbeitenden der Anlaufstellen liefert Angaben zu deren ego-zentrierten Netzwerken (Diaz-Bone 1997) und markiert den ersten Schritt des snow-ball-samplings. Ausgehend von der ersten Zone der Stichprobenpersonen wurden somit weitere Personen ermittelt. Die ermittelten Personen werden ebenfalls zu ihren Kontakten befragt. Diese genannten Kontaktpartner sind teilweise aus der ersten Zone der Stichprobenpersonen bekannt, andere wiederum ergänzen die Liste der identifizierten Akteure im Netzwerk. Mit der Erhebung egozentrierter Netzwerke von Akteuren Früher Hilfen im snow-ball-sampling nutzen wir eine methodische Herangehensweise, die die Schwierigkeiten der Identifikation von Akteuren im gegebenen Kontext nicht nur löst, sondern sich zu Nutze macht: Zeitgleich mit der Bestimmung von Beziehungen und den Partnern erfassen wir mittels Namensinterpretatoren weitere Merkmale der von Ego benannten Kontaktpersonen (z.B. die Einrichtung). Darüber hinaus gewährt eine solche Zusammenstellung der egozentrierten Netzwerke einzelner Personen Hinweise auf ein denkbare Gesamtnetzwerk zur Unterstützung von Schwangeren und Familien (Franke & Wald 2006)⁴.

³ Diese Differenzierung zur Art der Beziehung wollen wir in diesem Artikel nicht vertiefen, sondern mit aggregierten Daten allgemein der Frage nach Kontakten zwischen Akteuren der Systeme nachgehen.

⁴ Auswertungen zu diesem Aspekt sind in dem noch folgenden Endbericht zur Evaluation Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein einsehbar.

Die erhobenen Daten verschaffen Kenntnisse über Unterstützungsnetzwerke von 15 Regionen. Uns interessieren hier nicht die Besonderheiten eines einzelnen Standorts, sondern ob und in welcher Weise sich Regelmäßigkeiten hinsichtlich der gewählten Kontaktpersonen von Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens ergeben⁵. Hierzu aggregieren wir die erhobenen Daten aller 15 Standorte.

Zur Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens

In diesem Abschnitt geben wir einen Einblick in die Auswertungen der erhobenen Beziehungsdaten⁶. Vorab bedarf es einer Systematisierung der identifizierten Akteure hinsichtlich ihrer Zugehörigkeit zur Kinder- und Jugendhilfe oder zum Gesundheitswesen. Hierzu schauen wir uns die Rollen der Akteure genauer an. Die Akteure einer Zusammenarbeit werden durch ausgebildete Fachkräfte, ehrenamtlich tätige Personen und Privatpersonen repräsentiert. Insbesondere Fachkräfte sind Teile von korporativen Akteuren wie Organisationen (z.B. eine Kinderklinik oder ein Jugendamt) und stehen repräsentativ für Systeme (z.B. die Kinder- und Jugendhilfe oder das Gesundheitswesen). Die jeweilige Organisation, der die Akteure angehören, ist für uns ein Indikator über ihre Zugehörigkeit zu einem der beiden Systeme.⁷ Einige Akteure (z.B. Privatpersonen und Fachkräfte der Schwangerschaftsberatung) lassen sich den beiden Hauptsystemen nicht zuordnen. Zusammengenommen bilden diese eine große Gruppe. Wir fassen sie unter der Kategorie »andere Systeme«.

Im Folgenden beschreiben wir diese drei Kategorien, die zur Analyse der Daten dienen. Das System der Kinder- und Jugendhilfe wird gestellt durch Akteure, die nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe erbringen. Beteiligt sind Akteure von öffentlichen und freien Trägern der Jugendhilfe, Clearingstellen, Beratungsstellen, Kindertagesstätten, Tagespflege, der Familienbildung, der Sozialpädagogischen Familienhilfe sowie Mitarbeitende von Mutter-Kind-Einrichtungen und der Schulsozialarbeit. Auch ehrenamtlich tätige Personen verorten wir aufgrund entsprechender Schulungen im System der Kinder- und Jugendhilfe.

Im Gesundheitswesen agieren Akteure des öffentlichen Gesundheitsdienstes bzw. des Gesundheitsamtes, von Geburts- und Kinderkliniken, sozialpädiatrischen Zentren, ärztli-

⁵ Durch die Analyse persönlicher Kontakte von Akteuren vernachlässigen wir die in aktuellen Diskussionen thematisierte Absicherung der Zusammenarbeit auf der Ebene der Institution. Ein Beispiel zur Analyse der Zusammenarbeit bei Frühen Hilfen auf institutioneller Ebene liefern Ziegenhain et al. (2010, S. 98ff).

⁶ Die Auswertungen erfolgen unter Einsatz des Programms UCINET (Hanneman & Riddle 2005).

⁷ Andere Merkmale als die Organisations- und Systemzugehörigkeit, z.B. die berufliche Verortung als persönliches Merkmal der Akteure, blenden wir für diesen Beitrag aus.

chen Beratungsstellen, Krankenkassen, Diensten der Familienpflege, Angeboten zur Mutter-Kind-Kur sowie Hebammen, Kinderkrankenschwestern und -pfleger, niedergelassene Gynäkolog/-innen, Kinderärzt/-innen sowie Allgemeinmediziner. Eingebunden sind ebenfalls Akteure sozialer Dienste in Krankenhäusern (gemäß § 112 SGB V), Therapeuten sowie Akteure psychiatrischer Praxen und Kliniken (PsychKG).

Die dritte Kategorie »andere Systeme« setzt sich aus Akteuren der Schwangeren-/Schwangerschaftsberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung (SchKG), der Frühförderung (SGB IX) (vgl. hierzu auch die Systematisierung von Sann & Schäfer 2008), ergänzt um Akteure des Bildungswesens, der sozialen Sicherung und der Justiz zusammen. Auch Akteure aus dem Bereich der Seelsorge, städtischer Verwaltungseinrichtungen, Selbsthilfegruppen und Privatpersonen ordnen wir dieser Kategorie zu.

Einzelne Akteure weichen von dieser Systematik ab. Sie lassen sich entsprechend der Organisation, in der sie tätig sind, dem Gesundheitswesen zuordnen, agieren jedoch als Erzieher oder (Sozial-)Pädagogen. Umgekehrt finden wir auch Akteure, die für die Kinder- und Jugendhilfe tätig sind, aber eine medizinische, pflegerische oder therapeutische Ausbildung besitzen. Diese Personen repräsentieren eine Minderheit (7,8 %) gegenüber allen befragten Akteuren. Diese Konstellationen könnten Einfluss auf das Handeln der Akteure nehmen. In unseren Analysen vernachlässigen wir die Unterscheidung der beruflichen Ausbildung innerhalb der Systeme. Denn eine Signifikanzanalyse hat gezeigt, dass sich die genannten Kontakte von Akteuren innerhalb der Systeme differenziert nach ihrem beruflichen Hintergrund nicht signifikant voneinander unterscheiden. Dies gilt sowohl für Akteure der Kinder- und Jugendhilfe als auch des Gesundheitswesens.

Im Folgenden geben wir einen Überblick über die Verteilung der Akteure im Erhebungsprozess – von der Identifikation der Akteure Früher Hilfen bis hin zu auswertbaren Kontaktdaten:

1. Identifikation von Akteuren Früher Hilfen: Insgesamt wurden in zwei Erhebungsschritten drei Zonen von Stichprobenpersonen⁸ identifiziert, die Knotenpunkte im Netzwerk darstellen. Mitarbeitende der Frühen Hilfen sind der ersten Zone zugeordnet. Ihre direkten Kontaktpartner füllen die zweite Zone. Durch eine Befragung der direkten Kontaktpartner wurden weitere Personen identifiziert (3. Zone von Stichprobenpersonen). Von den 835 identifizierten Personen sind 46 % Mitglieder der Kinder- und Jugendhilfe und 30 % Akteure des Gesundheitswesens. Die restlichen 24 % werden durch Akteure sonstiger Systeme gestellt. Die Daten zeigen die quantitative Dominanz der Akteure aus der Kinder- und Jugendhilfe.

⁸ An einem Standort liegen keine Angaben über die Personen der dritten Zone vor, da befragte Akteure konkrete Angaben zu ihren Kontakten vollständig verweigert haben.

2. Versendung von Fragebögen: Den erfassten Personen wurde nach Möglichkeit ein Erhebungsbogen zugesendet. Bei 410 Personen war die Versendung aufgrund von fehlender Anschrift oder fehlendem Einverständnis zur Teilnahme nicht möglich. Schließlich wurde 425 Akteuren Früher Hilfen jeweils ein Fragebogen zugesendet. Zu 61 % sind unter den angeschriebenen Personen Akteure der Kinder- und Jugendhilfe, zu 26 % Akteure des Gesundheitswesens und zu 13 % sonstige Akteure vertreten.

3. Rücklauf der Bögen: An der Befragung haben 218 Akteure teilgenommen. Dies entspricht einem Rücklauf von 57 %. Im Einzelnen ist die Rücklaufquote eng mit der jeweiligen Zone des snow-ball-samplings verbunden. Während bei der ersten Zone der Stichprobenpersonen ein Rücklauf von 69 % verzeichnet werden kann, sinkt dieser auf durchschnittlich 34 % bei der zweiten Zone.

4. Auswertbare Kontaktdaten: Bei einem Teil der befragten Personen (17 %) liegen die relevanten Daten zu den Kontakten nicht vor, entweder weil keine Kontakte unterhalten werden oder die Angabe entsprechender Daten verweigert wurde. Damit besitzen wir für die Fragestellung dieses Beitrags von 15 Standorten Früher Hilfen auswertbare Angaben zu 180 Knotenpunkten. Dies entspricht 21 % der Gesamtzahl identifizierter Stichprobenpersonen. Die Daten stammen von 101 Personen aus dem Feld der Kinder- und Jugendhilfe (56 %); 39 befragte Personen lassen sich dem Gesundheitswesen zuordnen (22 %). Die restlichen 40 Personen repräsentieren andere Systeme (22 %).

Fehlende Informationen (»missing values«) stellen bei der Analyse von Netzwerken ein nicht zu unterschätzendes Problem dar. Um die Tragweite der fehlenden Daten bei der dargestellten Erhebung zu beurteilen, ist der gewählte Netzwerktyp zu berücksichtigen. Grundlage dieses Beitrags sind Daten egozentrierter Netzwerke. Diese beschränken sich auf Beziehungen eines Akteurs zu seinen Beziehungspartnern. Unsere Absicht ist es, Aufschluss über die Kontaktpreferenzen von Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens im Handlungsfeld der Frühen Hilfen zu erhalten. Dieser Absicht werden die vorliegenden »begrenzten Netzwerk-Daten« (Jütte 2005, S. 44) trotz einzelner nicht befragter Akteure gerecht. Damit beziehen sich die Analysen ausschließlich auf das Kontaktverhalten von den befragten 101 Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe, 39 Personen des Gesundheitswesens und weiteren 40 Personen sonstiger Systeme.

Geht man von dem aus empirischer Netzwerkforschung bekannten Prinzip der Homophilie, also der Tendenz zur Ähnlichkeit von Personen in Beziehungen aus, ist anzunehmen, dass Akteure gleicher Systeme häufiger miteinander interagieren als Personen unterschiedlicher Systeme. Ursprünglich für den privaten Kontext entwickelt (van de Bunt et al. 1999), lässt sich das Prinzip der Homophilie auf den professionellen Rahmen übertragen (Jansen & Wald

2007). Es ist damit für den Bereich der Frühen Hilfen anwendbar. Die These der Homophilie im gegebenen Kontext der Frühen Hilfen können wir deshalb prüfen, weil wir von allen Akteuren ihre Zugehörigkeit zu der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen oder sonstigen Bereichen ermittelt haben.

Zwischen den Akteuren welcher Systeme besteht eine Zusammenarbeit?

Es soll nun geklärt werden, zu welchen Anteilen die möglichen dyadischen Akteurskonstellationen im Kontext der Unterstützung von Schwangeren und Familien mit 0-3-jährigen Kindern vertreten sind.⁹ Die Werte in der folgenden Tabelle geben die Anteile an, zu denen Akteure der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitswesens und der anderen Systeme Kontaktpartner der jeweiligen Systeme benennen – jeweils im Verhältnis zu allen angegebenen Personen.

Tabelle 1: Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Systemen Früher Hilfen¹⁰

2. nennen Akteure...	der Kinder- und Jugendhilfe	des Gesundheitswesens	anderer Systeme	gesamt
1. Akteure...				
der Kinder- und Jugendhilfe	49 %	32 %	19 %	100 %
des Gesundheitswesens	49 %	31 %	20 %	100 %
anderer Systeme	38 %	33 %	28 %	100 %

Die Tabelle 1 lässt sich wie folgt lesen: Fragt man Personen der Kinder- und Jugendhilfe, sind von all ihren Kontakten 49 % zu Personen der Kinder- und Jugendhilfe gerichtet. Die restlichen 51 % verteilen sich auf Kontakte zu Akteuren des Gesundheitswesens (32 %) und anderer Systeme (19 %).

Auffällig ist, dass sowohl bei Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe als auch des Gesundheitswesens ca. die Hälfte der Kontaktpartner (49 %) der Kinder- und Jugendhilfe angehören. An dieser Stelle lässt sich auf eine bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen (DIfU 2009) verweisen. Unter Federführung des Nationalen

9 Die Betrachtung des reinen Kontaktes soll nicht den Anschein erwecken, dass es sich bei Kooperation um ein simples Konstrukt handeln. Vielmehr blenden wir zahlreiche Aspekte von Kooperation, z.B. ihre Prozesshaftigkeit und ihre Bindung an Voraussetzungen (vgl. hierzu Böttcher 2009, S. 51ff; Böttcher et al. 2008, 126ff; Schone 2006, S. 125) zur Fokussierung auf die Fragestellung aus.

10 Die Werte sind auf einem Niveau von 0.01 sehr signifikant. Damit kann die Null-Hypothese, die besagt, es bestehe kein Zusammenhang, verworfen werden. Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 1 % kann von einem sehr signifikanten Zusammenhang ausgegangen werden. Der Chi²-Wert beträgt 13,481. Dabei haben 0 Zellen (0 %) eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit liegt bei 55, 94.

Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) wurden Gesundheits- und Jugendämter zu ihren Kooperationspartnern befragt. Dabei beurteilen die Gesundheitsämter das Jugendamt als wichtigsten Kooperationspartner. Diese Relevanz lässt sich in der Gegenrichtung nicht bestätigen. Wie unsere Ergebnisse zeigen, lässt sich die Neigung zur Kinder- und Jugendhilfe auch bei anderen Akteuren des Gesundheitswesens nachweisen. Die Orientierung ist damit nicht nur auf Ämter beschränkt. Entsprechend ist die Orientierung zum Gesundheitswesen unabhängig von der Systemzugehörigkeit der befragten Personen bedeutend geringer. Zu anderen Personen des Gesundheitswesens stehen Akteure desselben Systems nur zu ca. 31 % in Kontakt, gemessen an allen Kontakten des Gesundheitswesens. Akteure der Kinder- und Jugendhilfe benennen zu 32 % Kontaktpersonen aus dem Gesundheitswesen. Die Ausführungen heben die Tendenz der Kontakte zu Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe hervor.

Bemerkenswert stellt sich für uns dar, dass Akteure der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens hinsichtlich der Anteile ihrer Kontaktpartner nahezu deckungsgleich agieren. Die Kontaktpersonen von Akteuren anderer Systeme sind deutlich ausgewogener unter den drei Kategorien verteilt. Allerdings bleibt die Tendenz zur Kinder- und Jugendhilfe erhalten.

Wir formulieren ein erstes Zwischenfazit: Akteure der Kinder- und Jugendhilfe nehmen als Kontaktpartner für Personen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe einen gleichermaßen hohen Stellenwert ein. Ca. die Hälfte ihrer Kontaktpersonen stammt aus dem Feld der Kinder- und Jugendhilfe.

Wer tritt als Initiator der Kontakte auf?

Diesen Befund wollen wir ausdifferenzieren. Um zu prüfen, inwiefern es den Akteuren gelingt, aktiv Grenzen ihres eigenen Systems zu überschreiten, schauen wir uns ausschließlich initiierte Kontakte an. Aufschluss liefert Tabelle 2, in der die Anteile der initiierten Kontakte zu den Systemen bezogen auf alle initiierten Kontakte eines Systems dargestellt sind.

Tab. 2: Initiatoren der Kontakte innerhalb und zwischen den Systemen – aus Sicht der Initiatoren¹¹

2. sprechen an: ...	Akteure der Kinder- und Jugendhilfe	Akteure des Gesundheitswesens	Akteure Anderer Systeme	gesamt
1. Akteure:				
der Kinder- und Jugendhilfe	48 %	31 %	20 %	100 %
des Gesundheitswesens	47 %	33 %	21 %	100 %
anderer Systeme	26 %	31 %	42 %	100 %

¹¹ Die Werte sind auf einem Niveau von 0.001 höchst signifikant. Der Chi²-Wert beträgt 19,20. 0 Zellen (0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner als 5. Die minimale erwartete Häufigkeit liegt bei 27,45.

Ein Beispiel zur Erläuterung der Tabelle 2: Akteure der Kinder- und Jugendhilfe geben an, dass Personen, zu denen sie Kontakte initiiert haben, zu 48 % der Kinder- und Jugendhilfe, zu 31 % dem Gesundheitswesen und zu 20 % anderen Systemen angehören.

Die Betrachtung der Akteurskonstellationen, in Abhängigkeit der Initiatoren, bestätigt die Bedeutung der Kinder- und Jugendhilfe als ersten Ansprechpartner im Bereich der Unterstützung von Schwangeren und Familien mit 0-3-jährigen Kindern. Auch die nahezu identische Verteilung relevanter Kontaktpersonen von Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens wird hier erneut deutlich. Anders als in der vorherigen Darstellung stellen sich die Akteurskonstellationen ausgehend von Akteuren sonstiger Systeme dar. Diese Akteure lassen sich den Bereichen der Schwangerenberatung, der Frühförderung, der sozialen Sicherung, der Justiz, des Bildungswesens, der Seelsorge zuordnen. Während diese Akteure zu 42 % die Initiative zu Kontaktpersonen innerhalb ihrer Kategorie ergreifen, nehmen Kontaktpersonen der Kinder- und Jugendhilfe diesbezüglich nur einen Anteil von 26 % ein. Die Betrachtung initiiierter Kontakte legt dar, dass sich die Akteure anderer Systeme hauptsächlich an Personen ihrer Kategorie wenden. Als nachrangige Zielpersonen erweisen sich Akteure des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe. Für uns stellt sich die Frage, wieso die Kinder- und Jugendhilfe für Akteure sonstiger Systeme als Ansprechpartner einen vergleichsweise geringen Stellenwert einnimmt.

Wir ergänzen den bisherigen Befund um einen weiteren Aspekt: Akteure des Gesundheitswesens verschaffen sich zu einem hohen Anteil Zugang zur Kinder- und Jugendhilfe. Im Gegensatz dazu benennen Akteure der Kinder- und Jugendhilfe im Verhältnis zu all ihren Kontakten relativ wenig Kontaktpersonen des Gesundheitswesens. Offensichtlich gelingt der Zugang zur Kinder- und Jugendhilfe, initiiert durch Akteure des Gesundheitswesens, in relativ hohem Maße.

Diskussion und Ausblick

Wir haben einige Aspekte einer Zusammenarbeit zwischen Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen im Feld der Unterstützung von Schwangeren und Familien mit 0 bis 3jährigen Kindern aufgezeigt. Hintergründe der erfassten Zusammenhänge bieten die hier beschriebenen Daten nicht. Es lassen sich lediglich Hypothesen entwickeln und diskutieren.

Zusammenfassend zeigt sich eine hohe Bedeutung der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der Unterstützung von Schwangeren und Familien. An dieser Stelle möchten wir die eingangs gestellte Frage, in welchem Ausmaß Systemgrenzen überwunden werden, aufgreifen. Mitarbeitenden des Gesundheitswesens gelingt es, die Grenze zur Kinder- und Jugendhilfe zu überbrücken. Der Übergang von der Kinder- und Jugendhilfe zum Gesundheitswesen

im Verhältnis zu allen Kontakten der Kinder- und Jugendhilfe ist dagegen relativ gering. Akteure der Kinder- und Jugendhilfe fallen in diesem Zusammenhang mit relativ hohen Anteilen von Kontaktpersonen innerhalb ihres eigenen Systems auf. Dies bedeutet noch nicht zwangsläufig einen geringen Zugang von der Kinder- und Jugendhilfe zum Gesundheitswesen. So schreiben Pluto et al. (2007, S. 628ff) der Kinder- und Jugendhilfe zu, Kooperationen als alltägliches Verfahren etabliert zu haben. Kooperation dürfte somit in der Kinder- und Jugendhilfe eine gängige Praxis darstellen. Dieser Umstand könnte die hohen Werte von Kontakten innerhalb ihres eigenen Systems erklären. Es bleibt festzuhalten, dass offensichtlich beide Systeme von einer hohen Kompetenz der Kinder- und Jugendhilfe im Feld der Frühen Hilfen ausgehen.

Das NZFH zieht als einen möglichen Einflussfaktor für die hohe Bedeutung von Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe in den festgestellten Akteurskonstellationen den staatlichen Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe heran, sodass die Kinder- und Jugendhilfe notwendigerweise die Rolle des ersten Ansprechpartners für die unterschiedlichen Akteure im gegebenen Handlungskontext einnimmt. Darüber hinaus stellen die befragten Akteure der Kinder- und Jugendhilfe die größte Akteursgruppe im Feld der Frühen Hilfen. Durch ihre personelle Stärke im gegebenen Kontext zeigt die Kinder- und Jugendhilfe Präsenz. Ihren Kooperationspartnern erscheint sie als sichtbare Größe im betreffenden Handlungsfeld. Damit sind zwei mögliche Gründe des Kontaktverhaltens im Bereich der familiären Unterstützung benannt: die Größe des Bereichs der Kinder- und Jugendhilfe und ihr staatlicher Auftrag.

In unseren Darstellungen zur Verteilung möglicher Akteurskonstellationen findet die Qualität der Kontakte bisher keine Berücksichtigung. Im Rahmen der Evaluation Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme erfasste Daten geben hier erste Hinweise. Während Akteure des Gesundheitswesens ihre Kontakte zur Kinder- und Jugendhilfe und zum Gesundheitswesen als gleichermaßen positiv für die eigene Arbeit herausstellen, fällt die Beurteilung von Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe differenzierter aus. Aus ihrer Sicht erweisen sich Kontakte zu Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe als bedeutend nützlicher als zu Akteuren des Gesundheitswesens. Wir formulieren zwei offene Fragen: Welche Kontexte beeinflussen das Kontaktverhalten von Akteuren bei Frühen Hilfen? In welcher Weise bedingen sich die Quantität und die Qualität der Kontakte zwischen Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens? Zur intensiveren Beschreibung und Analyse der sozialen Interaktionen können rekonstruktive und sinnverstehende Methoden Abhilfe schaffen (vgl. Böttcher 2006; Schrödter & Ziegler 2007).

Eine bedeutende Grenze der beschriebenen Analysen sehen wir in dem folgenden Aspekt: Die erhobenen Kontakte beziehen sich – im weitesten Sinne – auf die Unterstützung der Zielgruppe. Damit impliziert sind Kontakte grundsätzlicher Art sowie solche mit konkretem

Bezug zu einem Fall. Bei letzteren bleibt die Adäquatheit zum Fall unbeantwortet. Mit dem Ziel, die Eignung von Kooperationen hinsichtlich des zu bearbeitenden Falles zu bestimmen, stellt sich eine fallbezogene Auswertung der Kooperationen als unumgänglich dar.

Eine netzwerkanalytische Evaluation von Kooperationen bei Frühen Hilfen eröffnet den Zugang zu mannigfaltigen Erkenntnissen. Wir sehen daher die vorgestellten Befunde als Ausgangspunkt weiterer Analysen. Insbesondere der Wirksamkeit ausgewählter Netzwerk- und Kooperationsmerkmale – in diesem Beitrag ging es um die Homophilie bzw. Heterogenität – wird im Kontext der Evaluation Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein nachgegangen.

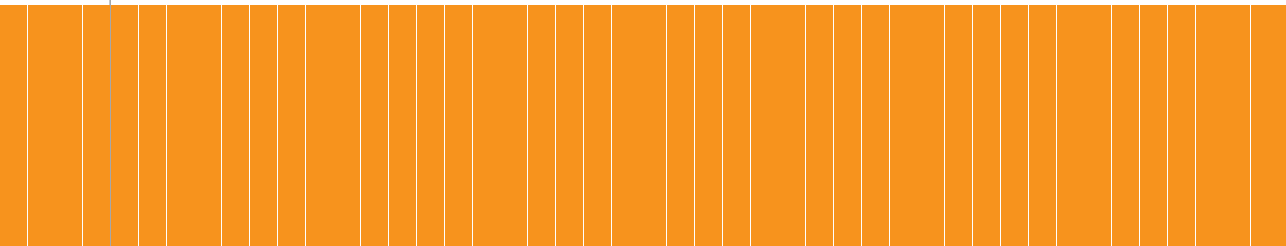
LITERATUR

- Bastian, P., Hensen, G., Lenzmann, V., Lohmann, A., Ziegler, H. & Böttcher, W. (2009). Evaluationsforschung zu Wirkungen und Mechanismen Früher Hilfen. In: Soziale Passagen (2009) 1: S. 259-266.
- Bernhauser, J. (2008). Projekt »Caritasnetzwerk Frühe Hilfen für Eltern mit Kleinkindern in belasteten Lebenslagen«. In: Bastian, P., Diepholz, A. & Lindner, E. (Hrsg.): Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme. Münster, Waxmann, S. 151-159.
- Böttcher, W. (2006). Empirische Erziehungswissenschaft: Kritiker, Verteidiger, Herausforderungen. In: M. Kolb (Hrsg.): Empirische Schulsportforschung. Jahrbuch Bewegungs- und Sportpädagogik in Theorie und Forschung. Butzbach-Griedel, Afra. S. 12-24.
- Böttcher, W., Bastian, P. & Lenzmann, V. (2008): »Soziale Frühwarnsysteme« Evaluation des Modellprojekts in Nordrhein-Westfalen. Münster, Waxmann.
- Böttcher, W. (2009). Soziale Frühwarnsysteme und Frühe Hilfen. Modelle, theoretische Grundlagen und Möglichkeiten der Evaluation präventiver Handlungsansätze und Netzwerke der Kinder-, Jugend- und Gesundheitshilfe. Expertise zum 9. Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung Nordrhein-Westfalen.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2007). Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern – Abschlussbericht. Deutsches Jugendinstitut, München.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2008). Frühe Hilfen für einen aktiven Kinderschutz. Hilfe und Unterstützung für Eltern von Anfang an. Berlin.
- Deutsches Institut für Urbanistik (DIfU) (2009). Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen Ergebnisbericht der DIfU-Umfrage bei Jugend- und Gesundheitsämtern. Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin.
- Díaz-Bone, R. (1997). Ego-zentrierte Netzwerkanalyse und familiäre Beziehungssysteme. Wiesbaden, Deutscher Universitäts-Verlag.
- Fernkorn, A. (2008). Die Elternberatungsstelle der Stadt Gütersloh – Ausgangspunkt eines sozialen Frühwarnsystems mit Tradition für Säuglinge und Kleinkinder. In: Bastian, P., Diepholz, A. & Lindner, E. (Hrsg.): Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme. Münster, Waxmann, S. 173-188.
- Franke, C. & Wald, A. (2006). Möglichkeiten der Triangulation quantitativer und qualitativer Methoden in der Netzwerkanalyse. In: Hollstein, B. & Straus, F. (Hrsg.): Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Methoden, Anwendungen. Wiesbaden, VS Verlag, S. 153-175.
- Gabler, S. (1992). Schneeballverfahren und verwandte Stichprobendesigns. ZUMA-Nachrichten 31, S. 47-69.
- Gräsel, C. & Fussangel, K. (2010). Die Rolle von Netzwerken bei der Verbreitung von Innovationen. In: Berkemeyer, N., Bos, W. & Kuper, H. (Hrsg.): Schulreform durch Vernetzung. Interdisziplinäre Betrachtungen. Münster, Waxmann, S. 117-130.
- Gräsel, C., Fußangel, K. & Pröbstel, C. (2006). Lehrkräfte zur Kooperation anregen – eine Aufgabe für Sisyphos? Zeitschrift für Pädagogik, 52, 2, 205-219.
- Gräsel, C., Pröbstel, C., Freienberg, J. & Parchmann, I. (2006). Anregungen zur Kooperation von Lehrkräften im Rahmen von Fortbildungen. In: Prenzel, M. & Allolio-Näcke, L. (Hrsg.): Untersuchungen zur Bildungsqualität von Schule. Abschlussbericht des DFG-Schwerpunktprogramms. Münster, Waxmann, S. 310-330.

- Hanneman, R. A. & Riddle, M. (2005). Introduction to social network methods. University of California, Riverside, CA.
- Hensen, G. & Rietmann, S. (2008). Systematische Gestaltung früher Hilhezugänge. Entwicklungspsychologische und organisationstheoretische Grundlagen. In: Bastian, P., Diepholz, A. & Lindner, E. (Hrsg.): Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme. Münster, Waxmann, S. 35-58.
- Holzer, B. (2006). Netzwerke. Bielefeld, Tanscript-Verlag.
- Jansen, D. (2006). Einführung in die Netzwerkanalyse. Grundlagen, Methoden, Forschungsbeispiele. Wiesbaden, VS Verlag.
- Jansen, D. & Wald, A. (2007). Netzwerktheorien. In: Benz, A., Lütz, S., Schimank, U. & Simonis, G. (Hrsg.): Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder. Wiesbaden, VS Verlag, S. 188-199.
- Jütte, W. (2005). Methodische Überlegungen zu Netzwerkanalysen. In: REPORT (28) 2/2005, S. 41-50.
- Krone, S., Langer, A., Mill, U. & Stöbe-Blossey, S. (2009). Jugendhilfe und Verwaltungsreform Zur Entwicklung der Rahmenbedingungen sozialer Dienstleistungen. Wiesbaden, VS Verlag.
- Ministerium für Generationen, Frauen, Familie und Intergration des Landes Nordrhein-Westfalen (MGFFI) (Hrsg.) (2005). Soziale Frühwarnsysteme – Frühe Hilfen für Familien. Arbeitshilfe zum Aufbau und zur Weiterentwicklung lokaler sozialer Frühwarnsysteme. Münster: Ministerium für Generationen, Frauen, Familie und Intergration des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF) (Hrsg.) (2005). Abschlussdokumentation. Soziale Frühwarnsysteme in NRW - Ergebnisse und Perspektiven eines Modellprojektes. Münster.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (MSGFJS) (2008). Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein - Kinderschutzgesetz. Kiel.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (MSGFJS) (o.J.). Frühe Hilfen für Familien und wirksamer Kinderschutz in Schleswig-Holstein. Ein Handlungskonzept der Landesregierung. [Broschüre]
- Montada, L. (2002). Grundlagen der Entwicklungspsychologie. Fragen, Konzepte, Perspektiven. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim, Beltz, S. 3-53.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (2008). Nationales Zentrum Frühe Hilfen Aufgaben und Ziele [Broschüre].
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.) (2009). Begriffsbestimmung »Frühe Hilfen«. <http://www.fruehehilfen.de/wissen/fruehe-hilfen-grundlagen/begriffsbestimmung/>.
- Pluto, L./Gragert, N./van Santen, E. & Seckinger, M. (2007). Kinder- und Jugendhilfe im Wandel. Eine empirische Strukturanalyse. Deutsches Jugendinstitut: München.
- Rauh, H. (2002). Vorgeburtliche Entwicklung und Frühe Kindheit. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim, Beltz, S. 131-208.
- Sann, A. & Schäfer, R. (2008). Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen – eine Plattform zur Unterstützung der Praxis. In: Bastian, P., Diepholz, A. & Lindner, E. (Hrsg.): Frühe Hilfen für Familien - Soziale Frühwarnsysteme. Münster, Waxmann, S. 103-122.

- van Santen, E. & Seckinger, M. (2003). Kooperation in der Kinder- und Jugendhilfe: zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine qualitative Feldstudie. In: Schweppe, C. (Hrsg.): *Qualitative Forschung in der Sozialpädagogik*. Opladen, Leske & Budrich, S. 119-144.
- Schone, R. (2004). Das System Jugendhilfe im Überblick. In: Fegert, J. M. & Schrapper, C. (Hrsg.): *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation*. Weinheim und München, Juventa, S. 29-34.
- Schone, R. (2006). Die Sicherung des Kindeswohls im Spannungsfeld von Prävention und Schutzauftrag. Neue Herausforderungen für die Kooperation von öffentlichen und freien Trägern der Jugendhilfe. In: Jordan, E. (Hrsg.): *Kindeswohlgefährdung. Rechtliche Neuregelung und Konsequenzen für den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe*. Weinheim und München, Juventa, S. 111-127.
- Schrödter, M. & Ziegler, H. (2007). Was wirkt in der Kinder- und Jugendhilfe? Internationaler Überblick und Entwurf eines Indikatorensystems von Verwirklichungschancen. In: *Wirkungsorientierte Jugendhilfe*. Band 02, Eine Schriftenreihe des ISA zur Qualifizierung der Hilfen zur Erziehung.
- Schubert, H. (2008). Interinstitutionelle Kooperation und Vernetzung in der sozialen Arbeit: Eckpunkte und Rahmenbedingungen. In: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*. 39. Jg. (2008) 3, S. 4-20.
- Seckinger, M., Weigel, N., van Santen, E. & Markert, A. (1998). *Situation und Perspektiven der Jugendhilfe. Eine empirische Zwischenbilanz*. München, DJI Verlag.
- Trappmann, M., Hummell, J. & Sodeur, W. (2005). *Strukturanalyse sozialer Netzwerke. Konzepte, Modelle und Methoden*. Wiesbaden, VS Verlag.
- Van de Bunt, G.G., van Duijn, M.A.J. & Snijders, T.A.B. (1999). Friendship networks through time: An actor-oriented dynamic statistical network model, in: *Computational and Mathematical Organization Theory* 5, S. 167-192.
- Ziegenhain, U., Fries, M., Bütow, B. & Derksen, B. (2006). *Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe*. Weinheim und München, Juventa.
- Ziegenhain, U., Schöllhorn, A., Künster, A.K., Hofer, A., König, C. & Fegert, J.M. (2010). *Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich der Frühen Hilfen und im Kinderschutz*. Schriftenreihe des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen.

ANGELIKA SCHÖLLHORN, CORNELIA KÖNIG,
ANNE KATRIN KÜNSTER, JÖRG M. FEGERT, UTE ZIEGENHAIN:
LÜCKEN UND BRÜCKEN



Einleitung

Frühe präventive Angebote und Hilfen und auch Kinderschutz sind interdisziplinäre und systemübergreifende Herausforderungen, die nicht mit einer isolierten Maßnahme und nicht mit den Kompetenzen einer einzelnen fachlichen Disziplin oder Zuständigkeit allein abgedeckt oder gelöst werden können. Insbesondere zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe ist eine systematische Kooperation notwendig. Die angestrebten Hilfenetzwerke können dabei als eine Bündelung von Strategien gesehen werden, die durch verbesserte organisatorische Strukturen die Koordinierung der Hilfen ermöglichen (Hernandez & Hodges, 2003) und damit bessere Ergebnisse erzielen können. Obwohl es bisher nur vereinzelte empirische Belege dafür gibt, dass verbesserte Zusammenarbeit und Vernetzung zu verbesserten Ergebnissen im Kinderschutz führen (Friedmann et al., 2007), bestätigt doch die Fachpraxis, dass sowohl der Erfolg früher Unterstützung und Hilfen für Familien als auch der der fallbezogenen Arbeit im Kinderschutz in hohem Maße davon abhängen, wie gut die jeweiligen Berufsgruppen und Institutionen miteinander kooperieren und wie sie miteinander vernetzt sind (Ziegenhain et al., 2010). Kooperationen zwischen Institutionen sehen wir dabei entsprechend der Definition von Himmelman (2004) als einen Prozess, in dem Organisationen Informationen und Aktivitäten bzw. Leistungen austauschen und Ressourcen teilen und damit ihre Kapazitäten im Sinne eines beiderseitigen Gewinns steigern. Der Zweck der Kooperation wird mit der Teilung von Risiken, Verantwortungen und Gewinnen beschrieben, die sich in unserem Fall nicht ausschließlich auf die beteiligten Organisationen, sondern auch auf die Kinder und ihre Familien erstrecken.

Das Modellprojekt »Guter Start ins Kinderleben«¹ hatte die frühe Förderung der Erziehungs- und Beziehungskompetenzen von Eltern in prekären Lebenslagen und Risikosituationen insbesondere zur Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im frühen Lebensalter zum Ziel. Im Rahmen des Modellprojektes sollten in engem Austausch mit der Praxis interdisziplinäre Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen vor allem zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe entwickelt und erprobt werden. Gemeinsam mit der Praxis wurden an acht Modellstandorten in vier beteiligten Bundesländern Runde Tische etabliert, um interdisziplinäre Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen zu erproben und zu entwickeln. Diese Kooperationsformen bauten ausdrücklich auf bestehenden Regelstrukturen auf beziehungsweise wurden in bestehende Regelstrukturen eingebunden. Dabei war es wichtiger Schwerpunkt, Angebote von Jugend-

¹ Das Projekt wurde in gemeinsamer Initiative der Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen entwickelt und gemeinsam gefördert. Die Evaluation wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme« gefördert (<http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/guter-start-ins-kinderleben.html>).

und Gesundheitshilfe systematisch miteinander zu koordinieren und dieses Vernetzungskonzept auf der Basis bestehender sozialrechtlicher Grundlagen, Leistungsansprüche und vorhandener Angebote bzw. Zuständigkeiten auf Praxistauglichkeit und Wirksamkeit zu prüfen. Ziel war es, passgenaue und lückenlose Angebote für die frühe Kindheit vorzuhalten und die bestehende Angebotsstruktur vor Ort zu optimieren und gegebenenfalls zu ergänzen (Ziegenhain, Schöllhorn, Künster, König & Fegert, 2010).

Dem Vorhaben ging die Erfahrung voraus, dass die Kooperation zwischen Fachkräften aus unterschiedlichen Disziplinen neben gelingenden Beispielen häufig auch mit Reibungsverlusten und Frustrationen verbunden ist. Dies gilt insbesondere, wenn Absprachen unter sozusagen erschwerten Bedingungen jeweils am Einzelfall ausgehandelt oder eingefordert werden. Diese Reibungsverluste werden durch strukturelle, professionsinterne und motivationale Bedingungen begünstigt. Auf der strukturellen Ebene sind unterschiedliche berufliche Selbstverständnisse, unterschiedliche institutionelle Aufträge, unterschiedliche gesetzliche Grundlagen (Achstes Buch Sozialgesetzbuch Kinder- und Jugendhilfe, Fünftes Buch Sozialgesetzbuch Gesetzliche Krankenversicherung sowie Neuntes Buch Sozialgesetzbuch Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) und daraus folgend unterschiedliche Herangehensweisen zu nennen, die den jeweiligen beruflichen Alltag und damit auch das Zusammentreffen in der interdisziplinären Arbeit prägen. Im Bereich der Professionen sind unterschiedliche theoretische Grundlagen und Denkmodelle ein wesentlicher Grund für Reibungsverluste zwischen den beteiligten Institutionen. Unklare Kernkompetenzen der eigenen Profession und der anderen Disziplinen und daraus folgend unrealistische Erwartungen oder Befürchtungen an die jeweils anderen Institutionen behindern die Zusammenarbeit. Auch Bestrebungen, eigene Kosten unter dem Alibi der Kooperation auf andere Systeme abzuwälzen, behindern als Motivation zur Kooperation die Entwicklung einer tragfähigen Basis.

Die Überwindung von oder zumindest der bewusste Umgang mit den vielleicht nicht immer vermeidbaren Reibungen zwischen den Professionen und Systemen sowie die flächendeckende Einführung und Optimierung von gesicherten Kooperationsverfahren sind - neben anderen Faktoren wie z.B. der Art der Ansprache der Eltern oder der Gestaltung der Angebote - notwendige Bedingungen, um Familien in prekären Lebenslagen zielgerichtet den Zugang zu Frühen Hilfen zu ermöglichen und Kinderschutz möglichst präventiv wirksam werden zu lassen. Welche Aufgaben für Fachkräfte in gelingenden Kooperationsbeziehungen zu bewältigen sind und wie diese Anforderungen aus Expertensicht in unterschiedlichen Institutionen eingelöst werden, sollte in der vorliegenden Studie untersucht werden. Im Zentrum des explorativen Interesses stand dabei die Frage, welche spezifischen Chancen und Stolpersteine sich mit Blick auf die jeweiligen Institutionen für die Kooperationsbeziehungen ergeben.

Material und Methode

Stichprobe

Im Zeitraum zwischen Januar und November 2007 wurden 27 Experten aus der Kinder- und Jugendhilfe (11) und dem Gesundheitswesen (16) interviewt. Um die Kooperation zwischen Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe sowie des Gesundheitswesens im Rahmen Früher Hilfen und (potentieller) Kindeswohlgefährdung inhaltlich repräsentativ und möglichst facettenreich abzubilden, wurden möglichst verschiedenartige Institutionen und darin beteiligte Professionen der beiden Bereiche, die typischerweise mit Unterstützungs- und Hilfebedarf von Familien in Berührung kommen können, in der Auswahl der Experten berücksichtigt. Interviewpartner/-innen aus Jugendämtern und Gesundheitsämtern, von freien Trägern der Jugendhilfe, Kliniken, stationären Einrichtungen sowie niedergelassenen oder freiberuflichen Praxen des Gesundheitswesens wurden berücksichtigt.

Weiterhin sollten innerhalb der Institutionen unterschiedliche Funktionen und Hierarchieebenen sowie unterschiedliche Grade der Erfahrung mit systematischer interdisziplinärer Kooperation in der Untersuchung repräsentiert sein (selektives Sampling, Lamnek, 2005). Um ein großes Repertoire an Erfahrung für die Untersuchung zu erschließen, wurden Experten mit mehrjähriger bis langjähriger Berufserfahrung einbezogen.

Das mittlere Alter der Experten betrug 44,4 Jahre (minimal 27, maximal 55 Jahre; Standardabweichung 6,3 Jahre). Insgesamt wurden vierzehn Frauen und dreizehn Männer interviewt.

Erhebungs- und Auswertungsmethode

Zur Erhebung der Sichtweise der Experten wurden leitfadengestützte episodische Interviews (Flick, 1995) eingesetzt. In dieser Interviewform werden die Interviewpartner motiviert, konkrete Situationsabläufe und daraus abgeleitete Generalisierungen und Abstraktionen darzustellen. Über die Interviews wollten wir erfassen, welche Erfahrungen die Experten in der Kooperation mit unterschiedlichen Professionen und Institutionen im Kontext der Prävention von Kindeswohlgefährdung machen. Es wurden ein entsprechender Interviewleitfaden entwickelt (siehe Anhang A) und zwei Probeinterviews (Dezember 2006) durchgeführt. In allen Interviews baten wir die Experten, uns einen aus ihrer Sicht gelungenen und einen nicht-gelungenen Fall zu berichten und ihre aus diesen Erfahrungen abgeleiteten allgemeinen Einstellungen zur Kooperation zu schildern. In den Interviews zeigte sich, dass sowohl Fälle im Bereich der Frühen Hilfen als auch Übergänge zu Interventionen bei Kindeswohlgefährdung geschildert wurden. Für die Auswertung wurde – mit dem Wissen, dass mit diesen beiden Feldern sehr unterschiedliche Aufgaben und Rollen verbunden sind – entschieden, alle Fallschilderungen gemeinsam auszuwerten, da eine Trennung faktisch nicht möglich war. Die Interviews dauerten im Schnitt 60 Minuten, wurden analog aufgezeichnet, transkribiert und anonymisiert.

Die Auswertung der Experteninterviews orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) und Methoden der Grounded Theory Methodologie, wie sie von Mey und Mruck (2007) beschrieben werden. In einem ersten Schritt der qualitativen Analyse wurden die von den Experten benannten Aufgaben und Anforderungen in Kooperationsbeziehungen als Selektionskriterium festgelegt. In dieser Auswertungsphase konnten als höchstes Abstraktionsniveau mit den fallbezogenen, den fallübergreifenden und den Haltungsaufgaben drei Hauptkategorien (Aufgabenbereiche) gebildet werden, in denen insgesamt fünfzehn Kooperationsaufgaben zusammengefasst wurden.

Für die Frage, wie diese Aufgaben in unterschiedlichen Institutionengruppen wahrgenommen werden, wurden explorativ-deskriptiv die Häufigkeiten der wertenden Aussagen über die jeweiligen Kooperationspartner betrachtet. Dazu wurden alle Textstellen, die wertende Aussagen über Kooperationspartner beinhalteten, als »gelingend« bzw. »nicht gelingend« dem entwickelten Kategoriensystem und den Institutionengruppen zugeordnet. Die als Kooperationspartner benannten Institutionen wurden in sechs Institutionengruppen zusammengefasst (in Klammern die Anzahl der geführten Interviews, die auf die jeweilige Institutionengruppe entfielen):

- **Jugendämter** (4 Interviews)
- **freie Träger der Jugendhilfe** (7 Interviews)
Familienbildungseinrichtungen, Kindertageseinrichtungen, Beratungsstellen, Pflegefamilien, Kinderschutzeinrichtungen und freie Träger der Hilfen zur Erziehung
- **Gesundheitsämter** (4 Interviews)
- **akademisch geprägte Institutionen des Gesundheitswesens** (8 Interviews)
Frauen-, Kinder- und Hausarztpraxen, Praxen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Geburts- und Kinderkliniken, Kinderschutzambulanzen, Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Sozialpädiatrische Zentren
- **nicht-akademisch geprägte Institutionen des Gesundheitswesens** (3 Interviews)
Hebammenpraxen; ambulante Kinderkrankenpflege, Frühförderstellen, Praxen für Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie
- **spezifische Stellen zur Behandlung Erwachsener** (1 Interview)
Einrichtungen bei Suchterkrankungen, Einrichtungen bei psychiatrischen Erkrankungen

Einige Zuordnungsentscheidungen bedürfen der Erläuterung, da sie nicht eindeutig zu treffen waren. Die Frühförderstellen erbringen so genannte Komplexleistungen (Neuntes Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, SGB IX), die unterschiedlichen Sozialleistungsträgern zuzurechnen sind (z.B. Krankenkassen, Kinder- und Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe). Aufgrund der vielfach vorzufindenden Nähe der Frühförderstel-

len zu den Sozialpädiatrischen Zentren wurde für den Rahmen dieser Arbeit die Zuordnung zum Bereich des Gesundheitswesens entschieden. Weiterhin konnte die Abgrenzung der Institutionen des Gesundheitswesens in akademisch und nicht-akademisch geprägte Institutionen nicht völlig trennscharf gestaltet werden, da zum Beispiel in Sozialpädiatrischen Zentren neben Ärzt/-innen und Psycholog/-innen auch nicht-akademische Berufsgruppen wie Ergotherapeut/-innen tätig sind. Umgekehrt sind in Frühförderstellen neben den nicht-akademischen Berufsgruppen auch Personen mit einem akademischen Abschluss tätig. Die Institutionen wurden daher nach den Berufsgruppen zugeordnet, die für die Wahrnehmung dieser Institutionen hauptsächlich prägend sind.

Gütekriterien

In der vorliegenden Untersuchung wurden die von Mayring (2002) formulierten allgemeinen Gütekriterien für qualitative Sozialforschung angewandt. Der gesamte Forschungsprozess wie auch die Interpretationen wurden in allen Untersuchungsphasen sorgfältig dokumentiert (Verfahrensdokumentation und argumentative Interpretationsabsicherung), um die intersubjektive Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. In der Analyse wurde schrittweise und sequenziell vorgegangen (Regelgeleitetheit), die Kategorien aus dem Textmaterial entwickelt und in jedem Schritt am Textmaterial überprüft (Nähe zum Gegenstand). Im Rahmen des laufenden Projektes wurden die vorläufigen Ergebnisse mit Vertretern der unterschiedlichen Institutionen besprochen (kommunikative Validierung). Die Gesprächspartner stimmten den gefundenen Chancen und Stolpersteinen sowohl im Blick auf die eigene als auch im Blick auf die anderen Institutionen zu. Vereinzelt wurde neben bestätigenden Erzählungen auch von gegenläufigen Beispielen berichtet, die jedoch klar als »Ausnahmen von der Regel« bezeichnet wurden. Weiterhin wurden in der Datenerhebung verschiedene Forscherinnen eingesetzt, um subjektive Einflüsse auf die Untersuchungsergebnisse auszugleichen bzw. zu kontrollieren. Im Verlauf des Interpretationsprozesses wurden die einzelnen Schritte in der Forschergruppe zur Sicherstellung der Validität und Reliabilität – im Sinne der Genauigkeit und systematischen Zuordnung von Aussagen im Verlauf der Textanalyse – diskutiert (Forschertriangulation). Abschließend wurden die gewonnenen Ergebnisse mit den Ergebnissen einer Gruppendiskussion zu Kooperation und Vernetzung verglichen (Methoden- und Datentriangulation).

Ergebnisse

Für den ersten Schritt der hier dargestellten Untersuchung mussten die aus der Sicht der Experten zentralen Anforderungen in Kooperationsbeziehungen erfasst und strukturiert werden. Über die Analyse des Textmaterials konnten die von den Experten beschriebenen Aufgaben extrahiert, abstrahiert und in drei übergeordneten Aufgabenbereichen mit fünfzehn dazugehörigen Kooperationsaufgaben konzeptualisiert werden.

- **Fallbezogene Aufgaben:**
Fallbezogenen Auftrag klären; Absprachen, Aufgabenteilung, Verantwortungen klären; gemeinsame Sicht und Sprache für den Einzelfall entwickeln; gegenseitige Unterstützung mit Kompetenzen; Fallkoordination, Fallführung festlegen; Kommunikation regeln
- **Fallübergreifende Aufgaben:**
Schaffung einer gemeinsamen Basis; Intentionen, Erwartungen und Ziele klären; systematische Wege, gemeinsame Standards entwickeln, Qualitätssicherung; Optimierung, aus Fehlern und Gelingendem lernen
- **Haltungsaufgaben:**
Entscheidung und Bereitschaft aufeinander zuzugehen; Interessensausgleich, »Win-Win-Situationen«; Wertschätzung, Begegnung auf Augenhöhe; Verlässlichkeit, Verbindlichkeit, Vertrauen; lösungsorientiertes Herangehen.

Haltungsthemen wurden von den Experten sowohl im Zusammenhang mit fallbezogenen als auch mit fallübergreifenden Aufgaben als wichtige Grundlage der Kooperation benannt. Um Doppelungen zu vermeiden wurden sie als eigenständiger Aufgabenbereich konzeptualisiert.

Für die Erarbeitung der institutionsspezifischen Kompetenzen und Schwächen in der Kooperation wurden danach die von den Experten geschilderten Kooperationserfahrungen abstrahiert und den oben beschriebenen Aufgabenbereichen sowie den jeweiligen Institutionengruppen zugeordnet. Ein Textbeispiel kann das Vorgehen verdeutlichen. Im Rahmen der Interviews äußerte sich ein Experte des Gesundheitsamtes zu Erfahrungen, die er mit dem Jugendamt gemacht hat (siehe Tabelle 1).

Tab.1: Auszug aus einem Experteninterview und die Zuordnung zu den Kooperationserfahrungen (KE)

Gesundheitsamt
Ich glaube, Sie haben wohl gemerkt, dass wir (mit dem Jugendamt) untereinander einen sehr empathischen Umgang [→KE 1] haben. Dass wir sehr transparent und offen sind in den Dingen [→KE 2], außer personenbezogenen Sachen, wo es halt auch nicht geht. Und dass wir auch versuchen, dort, wo es unterschiedliche Auffassungen gibt oder Lösungsansätze gibt, durch aufeinander Zugehen, mit Angeboten versuchen, ehrlich ein Ergebnis zu makeln [→KE 3].

Die Äußerungen in dem Zitat des Interviewpartners bezogen sich auf unterschiedliche Kooperationsaufgaben mit positiver Ausprägung. Wie in Tabelle 2 dargestellt, wurde die Zuordnung des obigen Zitats vorgenommen.

LÜCKEN UND BRÜCKEN

Tab.2: Die beispielhafte Zuordnung der Äußerungen zu Kooperationserfahrungen (KE) in der Auswertung
(Text siehe Tabelle 1)

Äußerung von:	Über:	Kooperationserfahrung: (Text siehe vorhergehende Tabelle)	Zuordnung Kooperationsfaktor	Ausprägung
Gesundheitsamt	Jugendamt	KE 1	Wertschätzung und Begegnung auf Augenhöhe	gelingen / positiv
	Jugendamt	KE 2	fallübergreifende Aufgaben: Schaffung einer gemeinsamen Basis (gegenseitige Information und Transparenz)	gelingen / positiv
	Jugendamt	KE 3	Haltungsaufgaben: Interessensausgleich	gelingen / positiv

Um gelingende und nicht gelingende Bereiche in der Kooperation für die Institutionengruppen erarbeiten zu können, wurden die geschilderten Kooperationserfahrungen zugeordnet und in Tabelle 3 in den rechten Spalten zusammengefasst. Diese Aussagen wurden ergänzt durch die Häufigkeit, mit der die jeweilige Institutionengruppe als Kooperationspartner genannt wurde, und der Häufigkeit, mit der bewertende Aussagen über diesen Kooperationspartner gemacht wurden. Bei der Gegenüberstellung der Anzahl der Nennungen und der Anzahl der Bewertungen als Kooperationspartner zeigte sich, dass die Ergebnisse zwischen den beiden Spalten und zwischen den Institutionengruppen unterschiedlich ausfielen. Während die Anzahl der Nennungen als Kooperationspartner als Maß der Einbindung in Kooperationsbeziehungen gesehen werden kann, stellt die Anzahl der Bewertungen eher einen Spiegel der emotionalen Bedeutung der Kooperationsbeziehungen mit der jeweiligen Institutionengruppe dar. Das heißt, es werden umso mehr wertende Äußerungen über einen Kooperationspartner gemacht, je mehr die Kooperationserfahrungen sowohl deutlich positive als auch deutlich negative Emotionen hervorrufen.

Die Darstellung hat entsprechend des gewählten qualitativen Forschungsansatzes einen explorativ-deskriptiven Charakter und erlaubt es, die geschilderten Kooperationserfahrungen zu gewichten, um Handlungsansätze für die gelingende Gestaltung von Kooperationsbeziehungen abzuleiten.

Für die Darstellung im folgenden Abschnitt sollen zunächst die Institutionen untereinander in Bezug auf die verschiedenen in der Tabelle dargestellten Themen verglichen werden (Spaltenauswertung der Tabelle), bevor auf die gelingenden und nicht-gelingenden Aufgaben-

bereiche der Kooperation in den einzelnen Institutionengruppen näher eingegangen wird (Zeilenauswertung).

Tab.3: Zusammenfassung der Ergebnisse der Häufigkeit der Angabe als Kooperationspartner, der Häufigkeit der Bewertungen als Kooperationspartner und der Bewertungen in den Aufgabenbereichen der Kooperation.

- Abstufungen:
- 0 - 9 %

●

10 -19 %

●

ab 20 %
- +

überwiegend gelingend

-

überwiegend nicht-gelingend

+/-

gemischt bewertet

	Anzahl Nennungen als Kooperationspartner	Anzahl Bewertungen als Kooperationspartner	Fallbezogene Aufgaben	Fallübergreifende Aufgaben	Haltungsaufgaben
Jugendämter	●	●	+/-	-	+
Freie Träger	●	●	+	+	+
Gesundheitsämter	•	•	+	-	-
Akademische Institutionen Gesundheitswesen	●	●	+	-	-
Nicht-akadem. Institutionen Gesundheitswesen	●	•	+	-	keine Angaben
Erwachsenenbehandlung	●	●	+	-	-

Am Beispiel der *Jugendämter* ist zu sehen, dass sie mit mittlerer Häufigkeit als Kooperationspartner benannt wurden (mittlere Einbindung in Kooperationsbeziehungen), während die meisten wertenden Äußerungen über die Kooperation auf sie entfielen (hohe emotionale Besetzung). Demgegenüber stellte sich für die *freien Träger der Jugendhilfe* eine hohe Einbindung bei mittlerer emotionaler Besetzung dar. Auf die *Gesundheitsämter* entfielen in beiden Bereichen die wenigsten Nennungen, sie schienen in Bezug auf die Prävention von Kindeswohlgefährdung nicht als Kooperationspartner von den befragten Experten wahrgenommen zu werden. Die *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* zeigten sowohl eine hohe Eingebundenheit in Kooperationsbeziehungen als auch eine hohe emotionale Besetzung, während die *nicht-akademisch geprägten Institutionen* bei einer mittleren Eingebundenheit eine geringe emotionale Besetzung aufwiesen. Die *spezifischen Stellen zur Behandlung Erwachsener* bewegten sich jeweils im mittleren Bereich.

Bei der Bewertung der Aufgabenbereiche in Kooperationsbeziehungen fiel auf, dass die **fallbezogenen Aufgaben** in der Regel für die Kooperationspartner überwiegend gelingend wahrgenommen wurden. Ausnahme waren die *Jugendämter*, bei denen die Wahrnehmung der fallbezogenen Kooperationsaufgaben gemischt positiv und negativ bewertet wurde. Der deutlichste Mangel zeigte sich bei der Gestaltung der **fallübergreifenden Aufgaben**. Bis auf die *freien Träger der Jugendhilfe* fiel die Bewertung aller anderen Institutionengruppen überwiegend nicht-gelingend aus.

In Bezug auf die **Haltung** zu den Kooperationspartnern wurde deutlich, dass für Institutionen, die aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen klar zur Kooperation verpflichtet sind, die Bewertungen positiv ausfielen (*Jugendämter* und *freie Träger der Jugendhilfe*).

Für die folgenden Ausführungen zu den einzelnen Institutionengruppen wurden jeweils nur die Bereiche aufgegriffen, an denen sich eindeutig gelingende oder nicht-gelingende Aspekte der Kooperation aus Sicht der anderen Institutionengruppen zeigen, das heißt die Bereiche, die von den anderen Institutionengruppen überwiegend positiv oder überwiegend negativ beurteilt wurden. Ebenso wird die Verteilung der abgegebenen Bewertungen nur dann erwähnt, wenn sich Besonderheiten zeigten. Der Beschreibung vorangestellt wurde die jeweilige Anzahl der Bewertungen.

Jugendämter

Die *Jugendämter* lagen in der Anzahl der Bewertungen der einzelnen Kooperationsaufgaben durch die anderen Institutionengruppen mit 60 Bewertungen (entsprechend 37 % aller Bewertungen) in allen fünfzehn Kooperationsaufgaben an der Spitze. Positiv und negativ bewertete Bereiche waren nahezu im Gleichgewicht (29 positive und 31 negative).

✚ Mit Blick auf die gelingenden Bereiche von Kooperation zeigte sich, dass die Wahrnehmung der **Haltungsaufgaben** für die *Jugendämter* über alle Institutionengruppen hinweg tendenziell positiv bewertet wurde. Insbesondere wurden die Themen »gegenseitige Wertschätzung«, »Streben nach Interessensausgleich und lösungsorientiertes Herangehen« als positiv wahrgenommene Kooperationsaufgaben in der Zusammenarbeit mit den *Jugendämtern* benannt. Hierzu ein Textbeispiel:

» Expertenzitat der freien Träger der Jugendhilfe

Ich persönlich [kooperiere am liebsten] mit dem Jugendamt. [...] Weil einmal eine sehr unkomplizierte Zusammenarbeit gewachsen ist, [...] dass man den jeweils anderen mit seiner Qualifizierung und Professionen auch Vertrauen entgegen gebracht hat über die auszuführende Arbeit. Und dass man auch sich schätzen gelernt hat, also auch im kritischen Meinungsaustausch.

Im Hinblick auf Ansatzpunkte zur Verbesserung von Kooperationsbeziehungen fiel bei der Bewertung der *Jugendämter* durch die *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* eine eher positive Bewertung im Bereich der **Haltungsaufgaben** gegenüber negativen Bewertungen in den anderen Themenbereichen auf.

— Als klar nicht-gelingender Aspekt wurde die Wahrnehmung der **fallübergreifenden Aufgaben** durch die *Jugendämter* geschildert, insbesondere wurden die fehlende »Entwicklung systematischer Wege und gemeinsamer Standards« sowie die mangelnde »Schaffung einer gemeinsamen Basis« von den anderen Institutionengruppen betont. Dieser Bereich wurde von den *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* durchgängig negativ bewertet, wie auch das Beispiel aus einem Experteninterview zeigt.

» Experten zit at der akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens

Und die Schnittstelle beim Jugendamt, zu reagieren auf Hinweise der Klinik, hat nicht existiert.

Von den *nicht-akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* wurde außerdem die **Haltung** der *Jugendämter* mit mangelnder »Bereitschaft zum aufeinander Zugehen« und fehlender »Verlässlichkeit«, entgegen der oben beschriebenen Tendenz, als nicht-gelingend beschrieben.

Freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe

Für die *freien Träger der Jugendhilfe* wurden Aussagen zu neun unterschiedlichen Kooperationsaufgaben mit insgesamt achtzehn Bewertungen (11 % aller Bewertungen) durch die unterschiedlichen Institutionengruppen gemacht. Die freien Träger lagen in der Häufigkeit der Bewertungen durch die unterschiedlichen Institutionengruppen daher mit deutlichem Abstand an dritter Stelle nach den *Jugendämtern* und den *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens*. Dabei wurden einzelne Kooperationsaufgaben doppelt so häufig positiv wie negativ bewertet (zwölf positive, sechs negative).

+ Die Kooperation mit den *freien Trägern der Jugendhilfe* wurde in den Bereichen **fallbezogene Aufgaben** und **Haltungsaufgaben** deutlich als gelingend beschrieben. Für die **fallübergreifenden Aufgaben** wurden nur wenige, aber ebenfalls vorwiegend positive Bewertungen geäußert.

» Experten zit at der akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens

Und diese freien Träger, jetzt auch diese Familienbildungsstätte zum Beispiel, ja, da

LÜCKEN UND BRÜCKEN

ist diese Kontaktaufnahme zumindest gegenseitig. Die sind engagiert und haben Interesse da dran und wir haben Interesse da dran und da kommt von beiden Seiten die Kontaktaufnahme.

— Da die *freien Träger der Jugendhilfe* sich durch ihr Aufgabengebiet und die Organisationsform deutlich unterscheiden, lohnt bei den nicht-gelingenden Aspekten der Kooperation ein genauerer Blick auf einzelne Bewertungen der unterschiedlichen Institutionen Kindertageseinrichtungen, Beratungsstellen und Träger der Hilfen zur Erziehung. Bei den Kindertageseinrichtungen wurde mangelnde »Entschiedenheit zur Kooperation« im Hinblick auf die Prävention von Kindeswohlgefährdung (kaum Einbezug anderer Professionen bei Auffälligkeiten der Kinder) als Faktor der **Haltungsaufgaben** nicht-gelingend bewertet. Dies zeigt auch das Textbeispiel.

» Expertenzitat der Jugendämter

Diese Kinder fallen auch im Kindergarten schon auf, aber der Kindergarten ist nach wie vor eher eine Instanz, die davon ausgeht, dass sich auch Dinge auswachsen und nicht bearbeitet werden müssen.

In der Kooperation mit den Beratungsstellen wurden die mangelnde »Übereinstimmung in den gegenseitigen Erwartungen« mit Jugendämtern (**fallübergreifende Aufgaben**) und die mangelnde »Kommunikation mit anderen Institutionen« (**fallbezogene Aufgaben**) deutlich. Gegenüber den Trägern der Hilfen zur Erziehung wurden von den *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* Schwierigkeiten bei der »Klärung des fallbezogenen Auftrags« (**fallbezogene Aufgaben**) benannt.

Gesundheitsämter

Über die Kooperation mit den *Gesundheitsämtern* konnten die 13 Bewertungen (6 % aller Bewertungen) durch die anderen Institutionengruppen zehn verschiedenen Kooperationsaufgaben zugeordnet werden. Im Vergleich mit den anderen Institutionengruppen wurden die *Gesundheitsämter* damit am wenigsten als Kooperationspartner bewertet, wobei zusätzlich berücksichtigt werden muss, dass der überwiegende Anteil der Bewertungen von Experten eines Standortes mit einem ausdrücklichen Kooperationskonzept zwischen Jugend- und Gesundheitsamt stammte. Die Bewertungen fielen in nahezu gleichem Maße positiv wie negativ aus (sieben positive, sechs negative).

+ Die Kooperation mit den *Gesundheitsämtern* wurde bezüglich der Wahrnehmung der **fallbezogenen Aufgaben** (insbesondere die »Klärung des fallbezogenen Auftrags«, die »gemeinsame Sicht und Sprache« sowie die »gegenseitige Unterstützung mit Kompetenzen«) ausschließlich gelingend beschrieben.

»» Expertenzitat der Jugendämter

Vom medizinischen noch mal. ... Und das war für mich eine große Entlastung, weil ich wusste, der Bereich wird gut abgedeckt. Ich hab das ja mitbekommen und wusste auch, ich kann das mit unterstützen, aber es ist nicht mehr mein Hauptaugenmerk gewesen, sondern ich konnte dann andere Dinge noch unterstützen. Das fand ich insofern war es eine Kooperation, die ich da sehr hilfreich erlebt habe.

— Dagegen wurden die **Haltungsaufgaben** mit den Faktoren mangelnde »Wertschätzung«, fehlendes »Streben nach Interessenausgleich« sowie unzureichende »Verlässlichkeit und Verbindlichkeit« klar als nicht-gelingend bewertet. Auch die Umsetzung der **fallübergreifenden Aufgaben** wurde eher als nicht-gelingend beschrieben, Themen sind ungeklärte »Erwartungen und Ziele« sowie fehlende »gemeinsame Standards«. Das Textbeispiel greift den Bereich der Haltung auf.

»» Expertenzitat der Jugendämter

Also es ist so als ob es etwas gäbe, irgendwie so, wo die Ärzte doch irgendwie mehr zu sagen haben. Also so zumindest erscheint mir die Struktur dieses Amtes. Und dass das, was mir eigentlich erklärt wird, dass das nicht so wäre, weil die haben ja auch Sozialarbeiter. Aber das stimmt irgendwie nicht. Also ich spüre in der Praxis, dass das nicht stimmt.

Akademisch geprägte Institutionen des Gesundheitswesens

Die *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* wurden mit 24 % aller Bewertungen (absolut: 39 Bewertungen) in elf der insgesamt 15 Kooperationsaufgaben bewertet. Sie lagen damit an zweiter Stelle der Häufigkeiten nach den *Jugendämtern*. Quantitativ überwogen die negativen Bewertungen gegenüber den positiven (17 positive, 22 negative Bewertungen).

+ Als gelingend wurde die Wahrnehmung der **fallbezogenen Aufgaben** durch die *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* beschrieben. Klare Schwerpunkte der positiven Bewertungen lagen bei »Absprachen, Aufgabenteilung« und geklärter »Verantwortung« (zum Beispiel im Sinne der Übernahme spezifischer Aufgaben und Verantwortungen vor allem durch Kinderärzte), der »Unterstützung mit Kompetenzen« (zum Beispiel der medizinischen Absicherung bei Gefährdung) sowie der Bereitschaft zur »Kommunikation« bei Rückfragen, wie das Textbeispiel illustriert.

»» Expertenzitat der freien Träger der Jugendhilfe

Und das war schon so eine Sicherheitsschleife, die wir eingebaut haben, einfach mal den Dr. CD kommen zu lassen, damit er sich alle Kinder anguckt. ... Es gibt einem als

Mitarbeiter die Sicherheit zu sagen, okay, medizinisch ist da jetzt erst mal nichts weiter zu tun ...’ Und das fand ich für mich auch noch mal eine gute Rückmeldung von ihm.

— Entgegen dieser Gesamtbewertung wurde die Entwicklung einer »gemeinsamen Sicht und Sprache« im Bereich der **fallbezogenen Aufgaben** als nicht-gelingend dargestellt.

Im Bereich der **Haltungsaufgaben** wurde die Kooperation mit den *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* deutlich als nicht-geliegend beschrieben. Vor allem die »Entscheidung und Bereitschaft aufeinander zuzugehen« sowie die »mangelnde Wertschätzung und Begegnung auf Augenhöhe« standen im Mittelpunkt der Äußerungen. Hierzu ein Textbeispiel.

» Expertenzitat der Jugendämter

Dann finde ich es hinderlich, dass ich sehr oft erlebe, ... dass irgendwie sich diese Situation, dass Mediziner so gerne alles bestimmen und sagen möchten, wie es zu laufen hat, dass sich da nichts bewegt, nichts. Ich erlebe es zumindest nicht. Vielleicht ist das sehr drastisch ausgedrückt irgendwie, aber wir haben das, egal was ich bespreche oder in welcher Situationen ich komme, auf diesen Punkt treffe ich immer, immer.

Auch die Wahrnehmung **fallübergreifender Aufgaben** wie zum Beispiel die Teilnahme an Arbeitskreisen zur Schaffung einer »gemeinsamen Kooperationsbasis« oder der »Entwicklung gemeinsamer Standards« wurde von den kooperierenden Institutionengruppen nicht-gelingend bewertet. Deutliche Schwerpunkte ließen sich hier nicht ausmachen.

Nicht-akademisch geprägte Institutionen des Gesundheitswesens

Die *nicht-akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* wurden mit 9 % aller Bewertungen (entsprechend vierzehn Nennungen) in Bezug auf sechs Kooperationsaufgaben durch die anderen Institutionengruppen erwähnt. Damit lag diese Institutionengruppe über der Bewertungshäufigkeit der Gesundheitsämter. Inhaltlich überwogen die positiven Bewertungen gegenüber den negativen Bewertungen (neun positive, fünf negative).

+ Klar gelingend wurde die Wahrnehmung der **fallbezogenen Aufgaben** beschrieben. Insbesondere eine hilfreiche »Aufgabenteilung« und die Übernahme von »Verantwortung« sowie die »gegenseitige Unterstützung mit Kompetenzen« wurden in diesem Bereich hervorgehoben. Daneben erlebten die Experten auch eine »geregelter Kommunikation« mit den Fachkräften als funktionierend und hilfreich. Ein Textbeispiel kann den ersten Teil veranschaulichen.

» Expertenzeit der Jugendämter

Das macht die Kinderkrankenschwester. Die ist manchmal bei den Untersuchungen da und geht mit der Mutter hin, wenn die Mutter das möchte ... Und die hat auch Kontakt, das haben wir ein bisschen aufgeteilt, mit der Krankengymnastin. Das Kind hat dann Krankengymnastik bekommen, das bekommt er immer noch. Und der Kontakt läuft auf dieser Ebene. Und da halte ich mich raus.

— Als eher nicht-gelingend wurden die Faktoren der **fallübergreifenden Aufgaben** beurteilt. Ungeklärte gegenseitige »Erwartungen« und fehlende »gemeinsame Standards« fanden hier Erwähnung, wie das Beispiel erläutert.

» Expertenzeit der Jugendämter

Und ich hab keine Rückmeldung bekommen für das was ich eigentlich haben wollte. Damit war die Frühförderung überfordert. ... Ja, [ich wollte] dass die vielleicht so eine Beobachtung macht und eben diese Mutter-Kind-Interaktion, und dass sie sagt, 'da sind Schwächen bei der Mutter da', oder dass sie sie anleitet und sagt, 'wenn Sie den MN wickeln, dann schauen Sie ihn an' oder, ja, solche Ideen hatte ich.

Erwähnenswert ist an dieser Stelle, dass innerhalb des Bereichs des Gesundheitswesens von den akademisch geprägten Institutionen (z.B. Arztpraxen oder Kliniken) keine Kooperationserfahrungen in Bezug auf die nicht-akademisch geprägten Institutionen (z.B. Hebammenpraxen, Praxen für Physiotherapie) berichtet wurden.

Spezifische Stellen zur Behandlung Erwachsener

Auf die *spezifischen Stellen zur Behandlung Erwachsener* entfielen 11 % der Bewertungen von Kooperationsaufgaben über alle Institutionengruppen hinweg (absolut: 17 Bewertungen). Die Aussagen wurden über zehn der 15 Kooperationsaufgaben gemacht, insgesamt überwogen dabei die negativen Bewertungen (sieben positive, zehn negative Bewertungen).

+ Als eher gelingend wurden die **fallbezogenen Aufgaben** in der Kooperation dargestellt, vor allem gemeinsame »Absprachen, Aufgabenteilung« und die »Klärung von Verantwortungen« sowie die »gegenseitige Unterstützung mit Kompetenzen«. Hierzu ein Beispiel.

» Expertenzeit der akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens

Ja gut, die Erwartung hatten wir schon, dass er [der Psychiater] die Situation der Mutter auch einschätzt. Wie krank die Mutter ist, welche Hilfe diese Mutter benötigt, und uns da hilft, die Mutter zu therapieren. Und der ist auch sofort immer gekommen,

LÜCKEN UND BRÜCKEN

wenn; und den haben wir noch angerufen und gefragt, ob er auch dabei ist, wenn die Situation mit dem Kind dann akut wird. Und das hat auch alles geklappt.

— Die wesentlichen nicht-gelingenden Aspekte wurden aus dem Bereich der **fallübergreifenden Aufgaben** berichtet. Die Äußerungen hatten dabei ungeklärte »Intentionen, Erwartungen und Ziele«, die fehlende Entwicklung »gemeinsamer Standards« und »systematischer Wege« sowie die fehlende Bereitschaft, die weitere »Zusammenarbeit zu optimieren«, zum Thema.

»» Expertenzitat der Jugendämter

Die Methadon-Ärzte sind eine Lücke. Nicht die kommunalen, aber die freiberuflich tätigen Methadon-Ärzte. ... wir [haben] das noch mal reflektiert wie es denn bei uns ist und die Einschätzung der Kollegen ist auch, mit den niedergelassenen Methadon-Ärzten ist sehr schwer in Kontakt zu kommen, wenn diese Frauen Kinder haben. Ja, also das ist in der Tat eine Lücke, also in der Situation, also gerade noch mal das Thema Drogensituation.

Weiterhin wurden die **Haltungsaufgaben** als eher nicht-geliegend beschrieben. Im Bereich der **fallbezogenen Aufgaben** berichteten die Interviewpartner von Schwierigkeiten, eine »gemeinsame Sicht und Sprache« zu entwickeln und »regelmäßige Kommunikationsstrukturen« zu gestalten.

DISKUSSION

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Feld der Frühen Hilfen und des Kinderschutzes stellt sich als komplexes Geschehen auf unterschiedlichen Ebenen dar. Daraus ergeben sich Aufgaben für die einzelnen Professionen und Institutionen, deren Erfüllung nicht selbstverständlich vorausgesetzt und erwartet werden kann.

Mit dieser Studie ist es gelungen, einige der zentralen spezifischen Anforderungen an die Kooperationspartner und deren Umsetzung in einzelnen Institutionengruppen auf der Grundlage von Expertenwissen zu erfassen. Beschrieben wurden die Aufgaben und Aufgabenbereiche, die aus der Sicht der Experten wesentlich zum Gelingen von Kooperation beitragen. Beim Übertragen dieser Anforderungen auf die geschilderten Kooperationserfahrungen zeigten sich unterschiedliche Schwerpunkte von Kompetenzen und Schwierigkeiten bei den Institutionengruppen. Während die fallbezogenen Aufgaben für nahezu alle Institutionengruppen gelingend beurteilt wurden, zeigten sich bei den fallübergreifenden Aufgaben deutliche Lücken. Dies legt den Schluss nahe, dass die institutions- und systemübergreifende Zusammenarbeit in (brisanten) Einzelfällen durchaus Tradition hat und gelingt, während die Anforderung, zur Etablierung Früher Hilfen systematische Wege und Strukturen in

Situationen ohne akuten Handlungsdruck zu schaffen, für nahezu alle Institutionen- und Berufsgruppen relativ neu und ungeübt ist. Das Bewusstsein, im Bereich der Frühen Hilfen Teamspieler zu sein, muss sich offenbar zuerst entwickeln und etabliert werden. Weiterhin wurde die Haltung zu Kooperationspartnern ausschließlich bei den Jugendämtern und freien Trägern der Jugendhilfe positiv bewertet. Beide sind aufgrund gemeinsamer gesetzlicher Rahmenbedingungen zur Kooperation verpflichtet, das heißt, es besteht berechnete Hoffnung, dass eine gesetzliche Regelung und die Etablierung von Kooperation unter geeigneten Bedingungen letztlich auch die positive Haltung der Institutionengruppen zueinander nach sich ziehen kann.

In Bezug auf die einzelnen Institutionengruppen können aus den dargestellten Ergebnissen Anregungen und Konsequenzen für die gelingende Gestaltung der Kooperationsbeziehungen abgeleitet werden.

Die *Jugendämter* als öffentliche Träger der Jugendhilfe sind aufgrund ihres gesetzlichen Auftrages und ihrer Struktur am besten geeignet, die regionale Organisation der Vernetzung zu übernehmen. Hier könnten bestehende Konzepte zur Initiierung und Gestaltung der Kooperation, wie sie zum Beispiel im Projekt »Guter Start ins Kinderleben« entwickelt wurden, aufgegriffen und an die Gegebenheiten vor Ort angepasst werden. Die Wahrnehmung dieser fallübergreifenden Aufgaben bietet zugleich die Chance, anderen Institutionen ein transparentes und realitätsgerechtes Bild des Jugendamtes zu vermitteln und zusätzliche Kooperationskontakte vor allem mit den Institutionen des Gesundheitswesens anzubahnen. Hierbei erscheint es wichtig, den Blick auch auf die nicht-akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens zu richten.

Die strukturell entsprechenden Institutionen auf Seiten des Gesundheitswesens, die *Gesundheitsämter* als öffentliche Träger der Gesundheitshilfe, werden bisher wenig als Kooperationspartner wahrgenommen. Eine Einbindung in die Organisation der Vernetzung vor Ort böte die Chance, die erforderlichen Übergänge und Schnittstellen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen auf dieser Ebene anzubahnen sowie den fachlichen Zugang zu den Institutionen des Gesundheitswesens zu gewährleisten. Die Lücke zu den privatwirtschaftlich organisierten Institutionen auf Seiten des Gesundheitswesens könnte so überbrückt werden, die Gesundheitsämter einen ihrer Stellung im System entsprechenden Platz einnehmen.

Die *freien Träger der Jugendhilfe*, mit denen die Kooperation in allen Bereichen überwiegend gelingend beschrieben wurde, können auf bilateraler Ebene im Rahmen ihres institutionellen Auftrages die Übergänge zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen mit systematischen Wegen gestalten und damit Brückenfunktion übernehmen. Als Beispiele wären hier

LÜCKEN UND BRÜCKEN

Beratungs- oder Kursangebote der Beratungsstellen in Geburtskliniken oder Elternveranstaltungen zu gesundheitlichen Themen in Zusammenarbeit mit Institutionen des Gesundheitswesens in Kindertageseinrichtungen vorstellbar.

Für die *akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens* mit einer Fülle an Einzelinstitutionen stellt sich aus unserer Sicht die Aufgabe, die fallübergreifenden Aufgaben der Vernetzung intern zu organisieren. Über die Qualitätszirkel und Stammtische der relevanten Facharztgruppen (Gynäkologie, Pädiatrie, Allgemeinmedizin) könnten Vertreter benannt werden, die in Zusammenarbeit mit den anderen Institutionengruppen systematische Wege der Vernetzung erarbeiten und sowohl nach innen als auch nach außen kommunizieren.

Die *nicht-akademisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens*, insbesondere die Hebammenpraxen und die Frühförderstellen, können eine wichtige Brücke zwischen den beiden Systemen darstellen. Aufgrund ihres frühen und gut gelingenden Zugangs zu Familien haben Hebammen und Geburtspfleger die Möglichkeit, Übergänge in andere Hilfen anzuregen und zu begleiten. Frühförderstellen, die über die so genannten Komplexleistungen in beiden Systemen verankert sind, haben auf dieser Grundlage Zugang zu beiden Systemen. Die gemeinsame Arbeit an fallübergreifenden Strukturen sollte daher genutzt werden, da sie beiden Institutionengruppen einen Hintergrund und Rückhalt für diese Aufgabe bietet. Die *spezifischen Stellen zur Behandlung Erwachsener* sind die Institutionen im Netzwerk, die keinen eigenen Auftrag in Bezug auf Kinder haben. Ihre Aufgabe und Rolle in einem Netzwerk zur Prävention von Kindeswohlgefährdung bedarf daher eines Prozesses der Klärung und Bewusstmachung. Die Berücksichtigung der Elternschaft bei der Gestaltung des jeweiligen Behandlungssettings, die Wahrnehmung der Patienten/Klienten in ihrer Elternrolle, die institutionelle Verantwortungsübernahme auch für das Wohl des Kindes, ggf. die Begleitung beim Übergang in geeignete Hilfen für die Wahrnehmung der Elternrolle und die Beratung von Fachkräften für die Arbeit mit Kindern sind hierbei als Aufgaben zu nennen. Sie verdeutlichen die Notwendigkeit, in fallübergreifenden Strukturen systematische Wege zu verabreden.

Die beschriebenen Ansatzpunkte können von den jeweiligen Institutionen vielfach nicht im Alleingang bewältigt werden. Nachhaltige Veränderungen, die nicht nur auf dem persönlichen Engagement Einzelner beruhen, bedürfen politischer, fachpolitischer, rechtlicher und struktureller Weichenstellungen, die in den entsprechenden Kontexten diskutiert, geplant und umgesetzt werden müssen.

- Auf politischer Ebene wäre zu klären, welche Institutionen für die Organisation und das Management der Kooperation in den Frühen Hilfen verbindlich zuständig sind. Um sowohl die Seite der Jugendhilfe als auch die Seite des Gesundheitswesens mit entsprechen-

dem fachlichem Hintergrund erreichen zu können, empfiehlt sich aus unserer Sicht eine Verankerung jeweils bei den öffentlichen Trägern der beiden Systeme, den Jugend- und den Gesundheitsämtern. Mit der klaren Anbindung dieser zentralen Aufgabe können in den beiden Ämtern fachliche Grundlagen geschaffen werden, die zur Bewältigung dieser Aufgabe erforderlich sind. Im Rahmen der beruflichen Sozialisation können Mitarbeiter in diese spezifischen Aufgaben eingearbeitet werden.

- Die für die Netzwerkarbeit erforderlichen Leistungen der einzelnen Berufsgruppen und Institutionen müssen in Aufgaben- und Stellenbeschreibungen verankert und in der Planung und Vergütung entsprechend berücksichtigt werden. Aktuell findet Kooperationsarbeit häufig in der Freizeit der Mitarbeiter statt, insbesondere für die Berufe des Gesundheitswesens sind Abrechnungsmöglichkeiten nicht gegeben.
- Bereits in der beruflichen Ausbildung aller beteiligten Professionen sollten die Themen Frühe Hilfen und Kinderschutz sowie die Erfordernisse der interdisziplinären Kooperation verankert werden. Zentrale Themen der interdisziplinären Zusammenarbeit können in Studium und Ausbildung berufsspezifisch vermittelt und eingeübt werden (z.B. Wissen um eigene Kernkompetenzen, Wissen um andere Professionen, Fallmanagement, Netzwerkarbeit).
- Die Wirkungen der ergriffenen Maßnahmen sollten durch Implementierungsforschung mit gemeinsam entwickelten Forschungsfragen und Studiendesigns kontrolliert werden, um unerwünschte Effekte erkennen und ggf. korrigieren zu können.

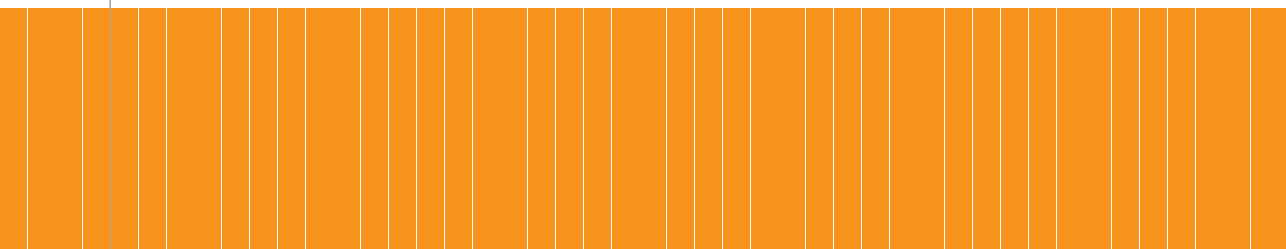
Letztlich lässt sich jedoch der Prozess, in dem ein Netzwerk Frühe Hilfen auch auf der Grundlage persönlicher Beziehungen entsteht, nicht umgehen und erfordert von den Beteiligten die Bereitschaft, mit Kompromissen zu leben und vorhandene Schwächen auszugleichen.

Die Grenzen der vorliegenden Studie liegen in der Stichprobengröße, der Repräsentativität und der Reliabilität der Ergebnisse. Trotz des für eine qualitative Studie großen Umfangs der Stichprobe, die aufgrund der Vielzahl der unterschiedlichen beteiligten Institutionen erforderlich war, kann eine Repräsentativität im statistischen Sinne mit einem qualitativen Design nicht erreicht werden. Neben quantifizierenden Untersuchungen mit entsprechenden Stichprobengrößen wäre als weiterer Schritt zum Verständnis gelingender bzw. nicht-gelingender Kooperationsbeziehungen die qualitative Untersuchung von Ursachen und Wirkfaktoren in der Dynamik der Kooperation hilfreich.

LITERATUR

- Flick, U. (1995). *Psychologie des technisierten Alltags*. Reinbek.
- Friedmann, S.R., Reynolds, J., Quan, M.A., Call, S., Crusto, C.A. & Kaufmann, J.S. (2007). Measuring changes in interagency collaboration: An examination of the Bridgeport Safe Start Initiative. *Evaluation and Program Planning* 30, S. 294–306.
- Hernandez, M., Hodges, S. (2003). Building upon the theory of change for systems of care. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 11 (1), S. 19-26.
- Himmelman, A.T. (2004). *Collaboration for a change: Definitions, decision-making models, roles and collaboration process guide*. Minneapolis, MN: Himmelman Consulting.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*. Weinheim, Basel, Beltz.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Basel, Beltz (8. Aufl.).
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. München.
- Mey, G. & Mruck, K. (2007). Grounded Theory Methodologie – Bemerkungen zu einem prominenten Forschungsstil. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.): *Grounded Theory Reader*. HSR Supplement 19. Köln, ZHSF, S. 11-39
- Ziegenhain, U., Schöllhorn, A., Künster, A.K., Hofer, A., König, C. & Fegert, J.M. (2010). *Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz*. Köln, Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

CHRISTIANE LUDERER, GERTRUD M. AYERLE,
JOHANN BEHRENS:
**FRÜHSTART: EXEMPLARISCHE KLIENTINNENPFADE UND
BRUCHSTELLEN IM SYSTEM FRÜHE HILFEN**



Hintergrund

Das Projekt »Familienhebammen in Sachsen-Anhalt«, das unter dem Titel »FrühStart« evaluiert wurde, wurde 2006 vom Landeshebammenverband Sachsen-Anhalt e.V. und dem Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt initiiert. Es beinhaltet einerseits die Qualifizierung von freiberuflichen Hebammen zu Familienhebammen durch eine Weiterbildung im Umfang von 250 Stunden und andererseits die kontinuierliche aufsuchende Betreuung hoch belasteter Familien mit Kindern unter einem Jahr durch die Familienhebammen.

Die Aufgaben der Familienhebammen beinhalten zum einen originäre Hebammentätigkeiten wie die Schwangerenbetreuung, Geburtsvorbereitung, Wochenbettbetreuung, Rückbildungsgymnastik und Stillberatung. Zum anderen werden psychosozial und gesundheitlich belastete Familien durch fachliche Beratung und Betreuung, die bis zum Abschluss des ersten Lebensjahres des Kindes im häuslichen Umfeld stattfinden, emotional gestützt und verlässlich begleitet. Durch praktische Anleitungen und Supervision werden die Kompetenzen der Eltern hinsichtlich der Pflege und Versorgung des Säuglings sowie ihrer emotionalen Bindung erweitert.

Forschungsfrage

In der Begleitung von Frauen mit hochkomplexen Versorgungsbedarfen aufgrund gesundheitlicher und/oder psycho-sozialer Notlagen, die mit einer (drohenden) Überforderung in der Versorgung und Erziehung ihrer Kinder einhergehen, stellt für die sich einer regelmäßigen Supervision unterziehenden Familienhebammen die Steuerung des Falls und die damit verbundene Kooperationsleistung im Netzwerk Früher Hilfen ein wichtiges Tätigkeitsspektrum dar. Ausgehend von dieser Information der Praxispartnerinnen interessierten im Projekt FrühStart die Fragen:

- Wie werden Frauen und Familien mit komplexem Versorgungsbedarf in den Frühen Hilfen durch das Hilfesystem geleitet, d.h. welche Klientinnenpfade (Pfade der Versorgung und Versorgungssteuerung von Klientinnen aus der Sicht der Akteure des Netzwerkes Früher Hilfen) bilden sich ab?
- Welche Bruchstellen (d.h. Versorgungsabbrüche, -unterbrechungen oder -schwierigkeiten) offenbaren sich dabei, die eine kontinuierliche und angemessene Betreuung von Familien im Netzwerk Früher Hilfen erschweren?

Dabei wurden die Zugänge zu den Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, deren Zusammenarbeit, Wirksamkeit und Risikoeinschätzung von belasteten Familien unter der Betrachtung von Fallvignetten fokussiert.

Methodisches Vorgehen

In problemzentrierten Interviews (Witzel, 2000) mit Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens in ausgewählten Kommunen des Landes Sachsen-Anhalt wurden Fallvignetten eingesetzt, die exemplarische Fälle von potentieller Vernachlässigung oder von bedrohten bzw. bereits misshandelten/missbrauchten Kindern aus dem Arbeitsalltag verschiedener Akteure in einer verdichteten Form wiedergaben. Im Gesprächsleitfaden wurden folgende Themenschwerpunkte sichergestellt:

- Kontaktaufnahme, Verlauf, Beendigung der Betreuung
- Hilfen-/Betreuungsangebote der Institution des Interviewpartners
- Empfehlung/Hinzuziehung weiterer Akteure/Netzwerkpartner des Hilfesystems
- Kommunikation und Rückkoppelung zu den Klientinnen und im Netzwerk Frühe Hilfen
- Handlungs- und Ermessensspielräume der Akteure
- Die Sicht auf die betreuten Klientinnen (Klientinnenperspektive)
- Rahmenbedingungen der Arbeit mit hoch belasteten Frauen/Familien

Fallvignettenbasierte problemzentrierte Interviewführung

Ausgehend von Falldarstellungen der Familienhebammen und auf Grund der Beobachtungen im Forschungsfeld in vorangegangenen Interviews wurden Beschreibungen von besonders belasteten Familien mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen entwickelt, die auf Grund ihrer Komplexität eine interdisziplinäre und langfristige Versorgung im Netzwerk der Frühen Hilfen notwendig machen. Die Fallbeispiele bestehen aus einem Überblicksteil, in dem die Lebenssituation skizziert wird, und einem deskriptorischen Teil, der nähere Informationen zu bestimmten Belastungspotentialen beinhaltet.

Diese Fallvignetten wurden den Expert/-nnen vorgelegt¹ und anhand eines Leitfadens problemzentriert besprochen (Kurz, Stockhammer, Fuchs, & Meinhard, 2009). Im Anschluss daran wurden die Fälle einer Modulation unterworfen, d.h. die Fragestellung wurde moduliert, indem wesentliche Merkmale in den Fallvignetten (Alter, Qualifikation, soziale Situation, Migrationshintergrund) modifiziert wurden.

Qualitative Inhaltsanalyse

Die Interviews wurden entsprechend der im Team vereinbarten Transkriptionsregeln inhalts- und wortgetreu transkribiert und durch eine computergestützte qualitative Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2007) mit der Software MaxQDA auswertend sortiert. Dabei wurden einerseits Schlüsselkategorien mittels offenem Herangehen (Glaser & Strauss, 1998) an das

¹ Die Expert/-nnen bescheinigten den Fällen eine hohe Authentizität und Relevanz für ihre tägliche Praxis, einige erbaten sich die dichten Fallbeschreibungen für weitere Teambesprechungen und Fallarbeitsübungen. Die zu den Interviews angefertigten Memos flossen inhaltlich in das weitere methodische Vorgehen ein.

Datenmaterial generiert und zyklisch in ihren Subcodes modifiziert, um die zugrunde liegenden Sinnmuster zu rekonstruieren. So zeigte sich z.B. ein netzwerkimmanenter Bestand von Annahmen und Einstellungen der Akteure des Netzwerkes Früher Hilfen zu ihren betreuten Klientinnen (Klientinnenmuster), der sich mit der zyklischen Analyse des Datenmaterials in Subkategorien (z.B. stabile familiensystemische Muster versus Erfolg über den Weg der kleinen Schritte) verdichtete, die mit einer unterschiedlichen beruflichen Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Akteure einhergehen. Diese Schlüsselkategorien wurden diskutiert und ggf. modifiziert und in der Ergebnisdarstellung als Strukturgeber verwendet. Weitere Codierungen des Materials wurden zielorientiert anhand der Fragestellungen und verwendeten Fallvignetten vorgenommen (Gläser & Laudel, 2006), um die große Menge an Material effizient anhand der Versorgungsstränge im Netzwerk Früher Hilfen zu systematisieren. Auch diese Kategorien wurden im Team auf ihre Relevanz und Passfähigkeit zu den bestehenden Projektfragen geprüft, und es wurden entsprechende strukturierende Subcodes entwickelt, die eine Ergebnisdarstellung des umfangreichen Materials erleichterten.

Die Stichprobe

Die Einzelinterviews mit den Experten wurden mit 39 Akteuren in drei unterschiedlich strukturierten Sozialräumen durchgeführt, um zu einem realistischen Abbild der Versorgungsstrukturen in Sachsen-Anhalt zu gelangen:

- ein städtisches Gebiet mit vier Familienhebammen
- ein ländliches Gebiet mit zwei Familienhebammen
- ein kleinstädtisches Gebiet ohne Familienhebamme

Folgende InterviewpartnerInnen stellten sich für die problembasierten Interviews zu Verfügung:

- 4 Kinderärzte/-innen
- 3 Frauenärzte/-innen
- 2 Klinikärzte
- 4 klinische Angestellte (Pfleger, Sozialer Dienst, Psychologin)
- 5 Hebammen (davon 2 Familienhebammen)
- 5 Jugendamtsmitarbeiterinnen
- 4 Einzelfall-/ soz.-päd. Familienhelferinnen
- 6 Beraterinnen (4 Schwangerschafts-/Erziehungs-BS, 1 Sucht-BS, 1 Schuldner-BS)
- 5 Vereine (Hilfe für Frauen/Familien, Familienbildung, Frauenhaus)
- 4 Polizisten/-innen und 2 Polizei-Jugendberaterinnen (3 Polizeistationen)
- 3 Leiterinnen von Kindertagesstätten

Die Fallvignette »Katrin«

Die Ergebnisse sollen anhand der Fallvignette »Katrin« dargestellt werden, die zusammenfassend hier vorgestellt wird: Katrin ist eine 23-jährige verheiratete Frau ohne Schul- und Berufsabschluss, die ihre Überforderung in der Versorgung der Kinder (sieben Monate altes Mädchen, fünf Jahre alter Junge) zum Beispiel dadurch zum Ausdruck bringt, dass sie zu Gewalttätigkeiten gegenüber ihrem Mann neigt und nicht in der Lage ist, den Tag zu strukturieren und z.B. ihren Sohn regelmäßig in den Kindergarten zu bringen. Sie lebt mit ihrer Familie in einer schwierigen Wohnsituation, die durch den massiven Nikotinmissbrauch beider Elternteile erschwert und von Problemen im Umgang mit Geld begleitet wird. Auffallend ist der schlechte Ernährungszustand und eine Entwicklungsverzögerung der Kinder; das Mädchen wiegt mit sieben Monaten 6.000 g und leidet seit der Geburt ständig unter Mangelernährung und ständigen Gewichtsabnahmen, sie wurde deswegen öfter im Krankenhaus behandelt (Katrin hat nach der Geburt primär abgestillt). Der Fünfjährige kann nur wenige Worte sprechen, sitzt den ganzen Tag vorm Fernseher (wird das Gerät abgeschaltet, reagiert er aggressiv) und hat nur wenig, meist kaputtes Spielzeug. Beide Eltern spielen sehr selten mit ihren Kindern, ab und zu wird von den Erwachsenen mit einer Spielekonsole am Fernseher gespielt.

Aufgrund der hohen Komplexität und des Alters der Kinder konnte der Fall Katrin in den meisten Interviews (außer bei den Schwangerenberatungsstellen) als Erzählstimulus verwendet werden und wird in den Ergebnissen mit Aussagen zu Interventionsangeboten und zur Versorgungssteuerung bei »Exemplarischen problembasierten Versorgungsverläufen« (z.B. fehlende Tagesstruktur und Förderung der Kinder durch die Nichtinanspruchnahme von Kindertagesstätten, Angebote der begleitenden Familienunterstützung oder das Vorgehen in Situationen der aktuellen Gefährdung des Kindeswohls) und »Hilfe- und Netzwerkstrukturen« im Folgenden dargestellt.

Ergebnisdarstellung

Exemplarische problembasierte Versorgungsverläufe

Anhand dieses Szenarios wurden die Akteure in offenen Fragen gebeten, den Zugang und die Kontaktaufnahme zu Frauen wie Katrin zu benennen, eigene abzuleitende Interventionen aufzuführen und zu beschreiben sowie ihre persönliche Zuständigkeit in diesem Fall zu klären. Darüber hinaus wurde die Benennung der Zuständigkeiten anderer Akteure im Netzwerk Früher Hilfen offen erfragt und eine Auskunft darüber eingeholt, ob und in welcher Form eine Kontaktaufnahme zu anderen Akteuren angedacht ist.

Für einzelne Problemkonstellationen aus dem Fall Katrin werden bei den Akteuren identische Annahmen über wichtige Angebote deutlich, wie z.B. bei der Intervention **Regelmäßiger Besuch der Kindertagesstätte/Kinderkrippe**, den sowohl die Akteure aus dem

Sozialbereich als auch aus dem Gesundheitsbereich als eine wichtige Grundlage der frühen Förderung von Katrins beiden Kindern sowie zur Etablierung einer Tagesstruktur betrachten. Katrin wird dabei als wichtige Instanz gesehen, den Kindergarten in Anspruch zu nehmen.

» **Sozialarbeiterin/Klinik (K3-2/72):** dass das Kind den Kindergarten besucht, um Kontakte zu bekommen mit anderen Kindern [...] das ist ja wichtig für die Entwicklung des Kindes. Also das wäre schon wichtig und sinnvoll, wenn man die Eltern so weit bekommt, dass sie ihr Kind in die Einrichtung bringen.

Dabei werden auch spezielle Betreuungskonzepte erwogen, wie z.B. eine Integrative Kindertagesstätte, in der einem besonderen Entwicklungsförderungsbedarf Rechnung getragen wird und zugleich eine Ganztagsbetreuung sichergestellt wird.

» **Pädiaterin (P1/88):** Und eine Versorgung der Kinder: also, wie gesagt, integrative Einrichtung, das sind 8 Stunden am Tag und selbst das Mädchen vermutlich schon mal in eine Einrichtung, und wenn's nur 4 Stunden am Tag sind.

Die Ansprechpartner für die Akteure sind hinsichtlich dieser Intervention gut bekannt: über eine Regelung, die es den Jugendämtern erlaubt, den in Sachsen-Anhalt gesetzlich zustehenden Betreuungszeitraum (für nicht Erwerbstätige: ein Halbtagesplatz/25 Stunden pro Woche) auf eine Ganztagsbetreuung auszuweiten.

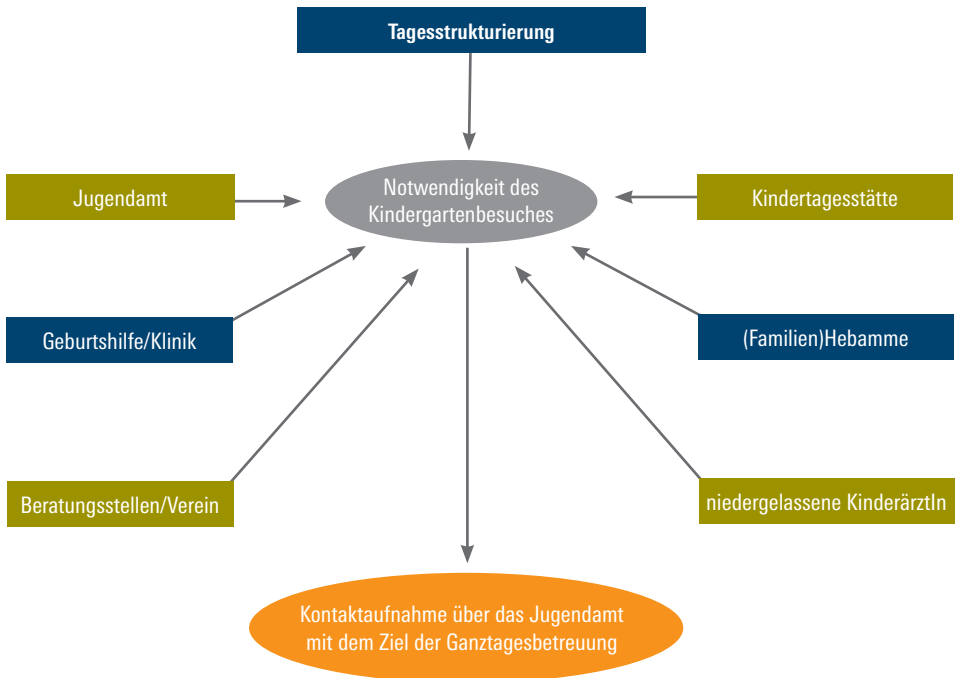
» **Jugendamtsmitarbeiterin (J2/44):** Und über den 27er kriegen wir eben auch die Kostenübernahme: [...] Fünf Stunden sind ja sowieso gesetzlich geregelt, und dann übernehmen wir also die Kosten für den ganzen Tag bei solchen Kindern. Damit dann diese Kinder nach Möglichkeit so einen großen Zeitraum haben, geschützt untergebracht zu sein.

» **Kindertagesstättenleiterin (T3/56):** Da wird über das Jugendamt und über den ASD geschaut, ob es für die Kinder besser ist, wenn sie länger in der Einrichtung sind. [...] Das wird also beantragt und wird dann vom Eigenbetrieb, also von unserem Träger auch genehmigt.

Die Abbildung 1 veranschaulicht die Vorgehensweise der Akteure des Sozial- und Gesundheitsbereiches, die im Verlauf des Interviews den »Besuch der Kindertagesstätte« als wichtige Intervention dargestellt hatten: mit dem Erkennen der Notwendigkeit wird eine Empfehlung an die Klientin ausgesprochen bzw. eine Anfrage an kooperierende Akteure gesendet, die auf die entwicklungsfördernde Möglichkeit des regelmäßigen Kindertages-

stättenbesuchs aufmerksam macht. Das Ziel der Ganztagesbetreuung ist dabei nur über das Jugendamt zu erreichen, und dies ist den hier abgebildeten Akteuren bewusst.

Abb.1: Problembasiertes Vorgehen bei Notwendigkeit einer Ganztagesbetreuung



Zur Stärkung der **Erziehungskompetenz** von Katrin - als Teil der begleitenden Frühen Hilfen - zeigt sich, dass die Familienhebammen vom Jugendamt bevorzugt als Tandempartner gesehen werden. Bei der komplexen Bedarfslage, die für Katrin beschrieben wird, wird die Familienhebamme als notwendige Intervention angesehen, um die gesundheitlichen Belange der Kinder angemessen zu berücksichtigen.

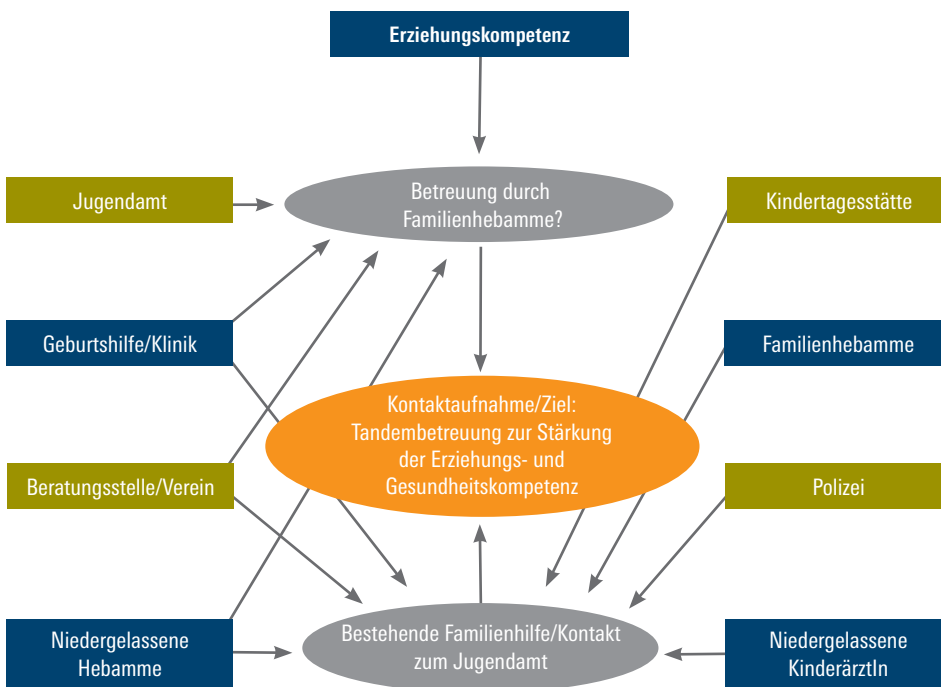
» **Jugendamtsmitarbeiterin (J3-2/49):** Verkehrt wäre auch nicht, alle beide [Familienhebamme, Familienhilfe] zu in so eine Familie zu schicken, denn beide haben schon unterschiedliche Arbeitsaufgaben. Die Familienhebamme ist ja ein bisschen mehr auf das Baby konzentriert [...]. Ich denke, so eine gekoppelte Hilfe für eine bestimmte Zeit, wäre hier sicherlich nicht schlecht.

Während die befragten niedergelassenen Hebammen und Mitarbeiter/-innen der Kliniken den Weg zu Familienhebamme und Jugendamt suchen, wenden sich die befragten Mitar-

EXEMPLARISCHE KLIENTINNENPFADE UND BRUCHSTELLEN

beiterinnen der Kindertagesstätten (die von Kindern, die meist älter als ein Jahr sind, besucht werden) sowie Polizist/-innen ausschließlich an das Jugendamt, das wiederum dann die Familienhebamme kontaktiert. Interessant ist, dass die niedergelassenen befragten Kinderärzt/-innen die Familienhebamme als bestehenden Netzwerkakteur des Gesundheitsbereichs nicht als direkt für Katrin zuständig ansehen, während z.B. die Akteure des Sozialbereiches aus den Beratungsstellen dies tun (siehe Abbildung 2).

Abb.2: Problembasiertes Vorgehen zur Installation des Tandems »Jugendamt & Familienhebamme«



Klarer dagegen ist die Zuständigkeit bei der in Fallvignette Katrin von den Akteuren wahrgenommenen **Gefährdung des Kindeswohls**. Hier ist eindeutig das Jugendamt die entsprechende Instanz, die über eine Kindeswohlgefährdung und einen Eingriff in die elterliche Sorge entscheiden kann. Dementsprechend kurz und direkt sind die Wege und das Weiterleitungsprozedere: Meist wird der Kontakt über das direkte Gespräch im Telefonat gesucht.

» **Vereinsmitarbeiterin (V3-3/64):** Da bin ich aber auch am schnellsten über den ASD, da gibt es einen ASD-Bezirk (Name des Stadtteils). Da rufe ich gleich an und frage: »Wer ist für diese Straße zuständig und dann ...

» Hebamme (H3/111): Ich muss mich immer erst ans Jugendamt wenden. Häufig sind ja diese Familien schon bekannt.

» Klinikerin (K1/18): Wenn es natürlich gar nicht geht und dass man sagt, hier muss man Angst um das Kind haben, dass es zu Hause wirklich nicht richtig versorgt wird, nicht ausreichend Nahrung angeboten wird und bei Kindesvernachlässigung die Aspekte, dann müsste man eben mit dem Jugendamt überlegen, ob es da eine Alternative gibt.

» Mitarbeiterin im Wohlfahrtsverein (V2/39): Also in jedem Fall würde ich wahrscheinlich wirklich erst mal das Jugendamt anrufen. Ja, also ich würde sagen: »Hier ist wirklich was...«

Dabei ist es den Akteuren wichtig, gegenüber Katrin die Transparenz ihres Vorgehens zu ermöglichen, falls diese aufgrund ihres hohen Misstrauens eine Betreuung durch einen Akteur verweigert. Das Jugendamt ist somit bei Betreuungsabbrüchen, die durch Katrin initiiert werden, die von den Akteuren angeforderte Instanz, die für die Akteure sicherstellen soll, dass eine weitere Betreuung/Bedarfsklärung im Fall Katrin erfolgt.

» Mitarbeiterin im Wohlfahrtsverein (V1-1_V1-3/76): Wenn wir Verdachtsmoment hätten, und wir würden die Tür von außen sehen, dann wäre der Weg auf jeden Fall zum Jugendamt. Und jedoch auch wieder: bevor wir gehen, würden wir dann sagen: »Wenn Sie uns jetzt hier wegschicken«, das ist der Punkt an dem wir sagen: »Wir gehen zum Jugendamt«, dass die Familie darüber informiert ist. Und dem Jugendamt würden wir mitteilen, welche Verdachtsmomente wir haben und dass die Familie weitere Hilfe durch uns abgelehnt hat.

» Kindertagesstättenleiterin (T2/12): Und der letzte Weg ist wirklich dann das Jugendamt, [...] es ist ja von der Herangehensweise ja immer so: mit den Eltern gemeinsam das Gespräch, und wenn wir dann nicht weiter kommen, dann erst das Jugendamt da einzuschalten.

Oftmals bestehen zwischen Akteuren der Frühen Hilfen Kooperationserfahrungen bzw. Regularien, die das konkrete Vorgehen festschreiben. Diese Verfahrensanweisungen erleichtern die Information des Jugendamtes über Verdachtsmomente der Kindeswohlgefährdung.

» Jugendamtsmitarbeiterin (J3-2/112/148): Es gibt da auch konkrete Vereinbarungen mit der Polizei. Wer was zu informieren hat. Ich denke, hier könnte unter Umständen eine Anzeige durch uns [JA_ASD] gemacht werden. Das würde hier besprochen werden, wenn es um Kindeswohlgefährdung geht.

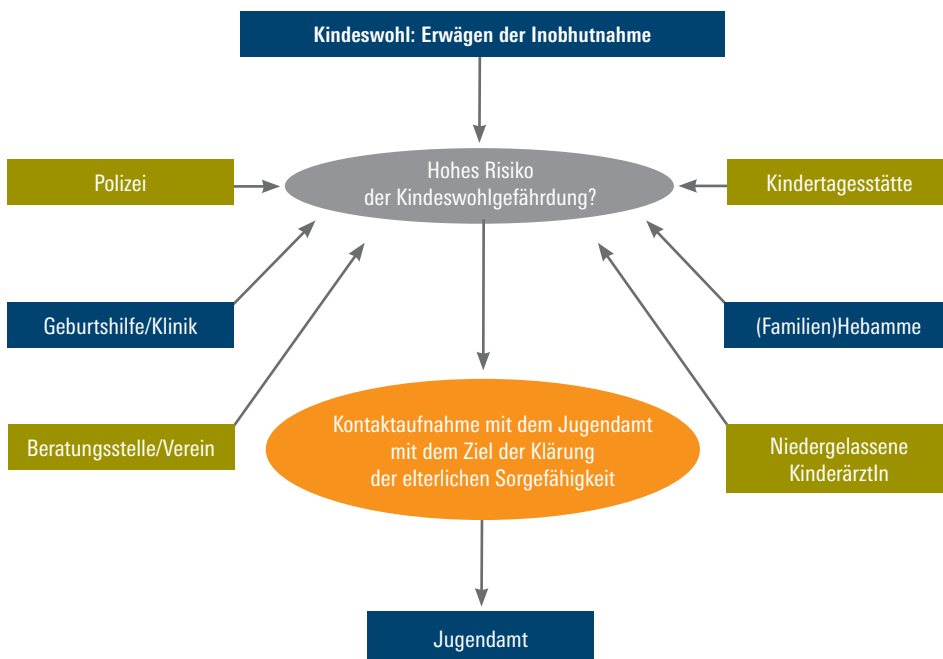
EXEMPLARISCHE KLIENTINNENPFADE UND BRUCHSTELLEN

» **Polizist (Pz2/74):** Jugendamt, also die zuständige Behörde würde ich anrufen. Selbst im Nachhinein, wenn ich sagen würde: »Na gut, es geht noch.« oder es ist nicht so. Aber wir schreiben immer ein Journal über unsere Einsätze und da sind Sofortmaßnahmen drin und eine Mitteilung ans Jugendamt geht immer.

» **Polizist (Pz3/14):** Grundsätzlich aber würde es so verlaufen, dass diese Informationen in einem Bericht festgehalten werden, der dann dem Jugendamt zugeleitet werden würde.

Die Abbildung 3 veranschaulicht die deckungsgleiche Vorgehensweise der Akteure in den Frühen Hilfen, wenn – wie in Katrins Fallbeschreibung – das Wohl der Kinder nicht sichergestellt werden kann und ein Sorgerechtsingriff in Erwägung gezogen wird.

Abb. 3: Problembasiertes Vorgehen bei vermuteter Kindeswohlgefährdung



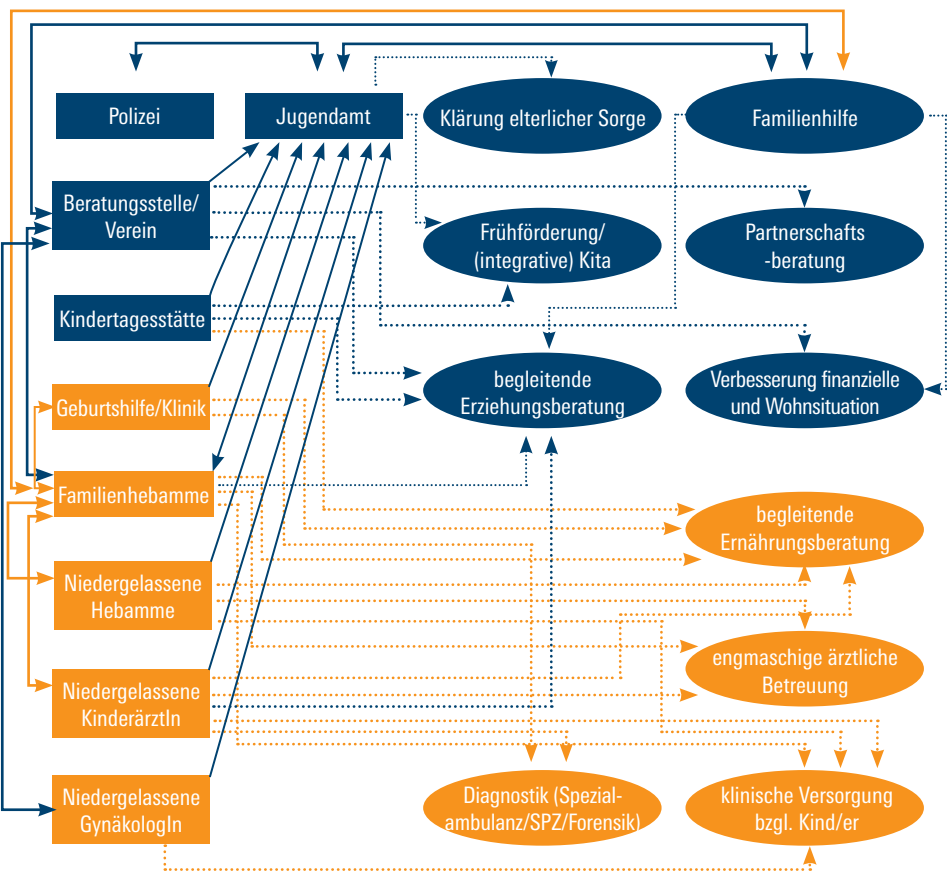
Hilfe- und Netzwerkstrukturen für Katrin in den beiden Sektoren Gesundheit und Soziales der Frühen Hilfen

Die Komplexität des Falls Katrin erschwert eine zusammenfassende visualisierte chronologische Darstellung eines Klientinnenpfades. Aus diesem Grund sollen im Anschluss an oben

dargestellte exemplarische Problemkonstellationen, die sich im Fall Katrin ergeben, die Vernetzungsmuster und Interventionsabsichten der befragten Akteure des Gesundheits- und Sozialbereichs vereinfacht grafisch dargestellt werden. In Abbildung 4 finden sich dazu ausgewählte Interventions- und Vernetzungspfade, die von den Akteuren für Katrin als typische Versorgungsstrukturen angenommen werden.

Abb.4: Ausgewählte Interventions- und Vernetzungspfade (Fallvignette Katrin)

Legende Fallvignette Katrin:



Eine wichtige Aussage im Lösungsansatz zu Katrins Vignette ist die Komplexität der Bedarfslagen, die eine komplexe Reaktion des Netzwerks Früher Hilfen erfordert: Ein Akteur allein wird nur Auszüge aus der mannigfaltigen Problemkonstellation bedienen können, es handelt sich um einen langfristigen und umfassenden Betreuungsprozess, der sowohl Akteure des Sozial- und Gesundheitsbereiches untereinander als auch die Sektoren in übergreifender Form fordert.

» **Jugendamtsmitarbeiterin (J3-1/27/31):** Hier kann man ja sagen, dass wir hier Partnerschaftskonflikte bearbeiten müssen, hier müssen wir Suchtproblematik bearbeiten, hier müssen wir uns Gedanken machen über das Abhängigkeitsverhalten, darüber, was die Verantwortung für die Kinder betrifft, über die Entwicklungsförderung der Kinder. Das ist wirklich ein riesengroßes Paket, was hier beschrieben ist. Auch die Grundversorgung ist dort drin./ Wenn uns diese Problematik, wie sie hier beschrieben wird, so angezeigt wird, und die Familie lehnt Unterstützung ab, dann kommt noch mal eine Schwierigkeitsstufe extra rein.

Dies ist nur durch ein entsprechendes Case-Management zu leisten, das die Versorgungssteuerung und -erbringung sicherstellt und wie in folgendem Zitat durch das Jugendamt angeboten werden kann.

» **Jugendamtsmitarbeiterin (J2/85-87):** Eine Leistung wird begründet auf Grund einer Antragstellung. Ja, und wenn dann der Antrag hier vorliegt, bearbeitet die zuständige Sozialarbeiterin den Antrag. Das heißt, sie macht eine umfassende Familienanalyse. [...] Und vor allen Dingen, was für sie ganz wichtig ist, ist, immer dabei zu gucken, was für Ressourcen haben die Beteiligten. Um dann diese Ressourcen auch miteinander zu kombinieren. Wer kann da was besser als der andere. Und das dann zu bündeln. Und wenn diese Analyse dann fertig ist, dann erfolgt die Vorlage fürs Teamgespräch. Dann trägt die zuständige Kollegin den Fall im Team vor und [...] dann wird entschieden, dass die und die Hilfe gewährt wird, die dann über einen Bescheid den Eltern, den Antragstellern, bewilligt wird. Da kommen ja dann noch mal ergänzende Informationen dazu [...], so dass man dann so nach zwei bis drei Monaten schon ein genaues Bild hat über den Bedarf [...] dann führen wir hier eine Hilfeplankonferenz durch. [...] Und dann schreibt die Sozialarbeiterin dann den endgültigen Hilfeplan darüber, wie das dann gehen soll mit Verbindlichkeiten, Festlegungen....

Die Fallvignette Katrin wird von den befragten Akteuren als kritisch eingeschätzt – einerseits, weil Katrin volljährig und somit weniger lenkbar ist und andererseits, weil die Akteure neben der Unterstützungsbedürftigkeit als Mutter die psychosoziale Bedingtheit der ganzen Situation für Katrin selbst anerkennen: Überforderung wird gesehen und als Be-

standteil des komplexen Falls neben Partnerschaftsproblemen, Gewalt und der bestehenden Nikotinsucht festgestellt. Als problematisch wird dabei in der Einschätzung der Akteure das Misstrauen Katrins thematisiert - dies impliziert das Bewusstsein der Akteure darüber, dass eine Überforderung von Katrin selbst gesehen werden muss, um überhaupt Veränderungen in der Situation bewirken zu können.

» **Familienhebamme (FH 3/101):** Also von vornherein würde ich als erstes sagen, dass der Fall [Katrin] viel schwieriger wäre [als die Betreuung einer Minderjährigen], auch von der Prognose her, weil die Frau einfach älter schon ist und hat natürlich zwei Kinder. In dem jungen Alter schon zwei Kinder und neigt zu Gewalttätigkeit selber, dann ist natürlich jegliche Überforderung.

» **Jugendamtsmitarbeiterin (J1/158-160):** Es ist schon für die Kinder, denke ich mal, eine schwierige Situation, wenn festgestellt werden muss, dass eine Überforderung da ist. Es ist natürlich schwierig. Überforderung ist so ein Begriff wie Wohl des Kindes. [...] Es ist nicht zu definieren, und man muss natürlich dann versuchen, diese Überforderung, die wir sehen als Sozialarbeiter, dass die Mutti das dann auch sieht, dass da eine Überforderung ist und nicht nur, dass sie sagt, »Nee, also das ist schon immer so gewesen, und ich will hier auch keine Veränderung.«

Das zentrale Problem im Sinne des sofortigen Handlungsauftrages sehen sowohl Akteure aus dem Gesundheits- als auch aus dem Sozialbereich in der Situation der Kinder. Dabei werden unterschiedliche Kriterien aufgeführt: die zugezogenen Gardinen vor dem Fenster, der unregelmäßige Kindergartenbesuch und vor allem auch die mangelnde Grundversorgung der Kinder. Wichtig ist es, dabei zu wissen, dass die Akteure im Alltag oftmals keinen Einblick in das häusliche Geschehen der Klientinnen und ihrer Familien haben und in ihr Assessment viele Informationen, die sie aufgrund der Fallvignette erhalten haben, sonst nicht einfließen.

» **Mitarbeiterin der psychosomat. Klinik (K3-3/37):** So wie das jetzt geschildert wird, von dem Entwicklungsrückstand der Kinder, dass die Fenster zugezogen sind, das, denke ich schon, ist zumindest was, was das seelische, aber auch das körperliche Wohl der Kinder angeht, ist schon eine schwere Gefahr bis hin zu existenziell.

» **Kindertagesstättenleiterin (T3/32):** Ich denke, hier sind die Kinder das zentrale Problem. Dass sie hier nicht diese Zuwendung und Aufmerksamkeit kriegen und auch diese Nahrung. Hier geht es schon um Grundbedürfnisse, die nicht gesichert sind.

So vielfältig, wie die Akteure die Indizien für eine Kindeswohlgefährdung beschreiben, die von ihnen im Fall Katrin wahrgenommen werden, gestaltet sich auch das Angebotsspektrum

der Akteure in den Frühen Hilfen. Die gesetzlich vorgegebenen und finanziell ermöglichten Tätigkeitsprofile der Akteure bedingen professionstypisch das Herangehen an den Fall, somit ist der Gesundheitsbereich primär zuständig für die Interventionen, die auf die Gesundheit von Katrin und ihrer Familie abzielen. Die sozialbezogenen Interventionen dagegen sind primärer Handlungsauftrag der Akteure des Sozialbereichs. In Abbildung 4 wird dies grafisch verdeutlicht: In ihren Interventionen bleiben die jeweiligen Sektoren in ihren eigenen Zuständigkeitsbereichen. Die Vernetzung der Akteure ist insbesondere innerhalb der Sektoren gut erkennbar, deutlich ist aber auch, dass viele Vernetzungswege nur einseitig charakterisiert sind und eine Weiterleitung an einen Akteur (z.B. das Jugendamt) zwar stattfindet, aber kaum mit Rückmeldungen der empfohlenen/angewiesenen Akteure verbunden ist. Das fehlende Feedback wird durch die Akteure wahrgenommen und teilweise auch kritisiert, die dafür notwendigen standardisierten Verfahrensanweisungen liegen nicht vor und werden durch Eigeninitiative ersetzt – wenn es fallweise als notwendig erachtet wird.

» **Jugendamtsmitarbeiterin (J1/41):** Natürlich ist diese Rückkopplung, [...] ist natürlich sehr, sehr schwierig. [...] Wir rufen dann schon mal von uns aus an, von unserem Interesse her, aber dass die dann sagen, also da gibt es irgendwelche Problematik, das ist nicht der Fall. Also es ist noch nicht so ausgebaut.

» **Mitarbeiterin einer Beratungsstelle (B3-2/98):** Nehmen wir mal an, die Kinder wurden rausgenommen, es hat nicht funktioniert, die Hilfe ist also gescheitert, dann ist es so, dass ich da keine Information mehr bekomme.

» **Mitarbeiterin der psychosomat. Klinik (K3-1/61):** Es wäre sehr schön, wenn wir ein Feedback kriegen würden. Das kriegen wir kaum. Muss man sagen. Eher, wenn irgendwo mal ein Drama passiert ist. Wenn man [...] hört, dass was richtig schief gegangen ist.

Oftmals findet die Vernetzung aufgrund persönlicher Präferenzen statt und in Bezug auf das bekannte, bestehende Netzwerk, das unter Umständen – wie folgende Zitate zeigen – in seiner Ursprungs-konstellation auf zurückliegende (informelle) Beziehungen zu anderen Akteuren verweist.

» **Pädiaterin (P3-2/78):** Zu DDR- Zeiten haben uns die Kindergärten informiert, aber ich glaube, die dürfen das [...] nur, wenn es ein ganz dringender Fall ist und Lebensbedrohung besteht.

» **Klinikerin (K2/258):** [...] höchstens wenn man die befreundeten Hebammen fragt, ansonsten bekommen wir da kein Feedback, was aus diesen Frauen wird.

» **Familienhebamme (FH3/178):** Es hat auch sehr mit den einzelnen Mitarbeitern [des ASD] auch zu tun, wir haben also auch Mitarbeiter, die sich selbst nach einem Jahr dann wirklich mal melden [...]. Das kommt schon auch vor, das ist schon individuell auch verschieden.

Innerhalb der Sektoren finden Weiterleitungen und Feedbacks intensiver statt als sektorenübergreifend. Eine der wenigen sektorenübergreifenden Instanzen im Netzwerk Früher Hilfen stellt die Familienhebamme dar, die sowohl in den Gesundheitsbereich hinein eine wichtige Vernetzungsfunktion wahrnimmt und von den dortigen Akteuren als Ansprechpartner gesehen wird, als auch durch intensive Kontakte zum Sozialbereich charakterisiert ist. Dabei sind sowohl die bereits erwähnten Zuständigkeiten im Tandem mit dem Jugendamt ein wesentlicher Baustein als auch die guten Kontakte zu den diversen Beratungsstellen und Vereinen, die wechselseitige Empfehlungen von und zur Familienhebamme bedingen und für Katrin relevante Ansprechpartner darstellen.

» **Familienhebamme (FH3/154):**...wenn ich in so einer Familie [Fallvignette Katrin] drin wäre und wüsste, dass ich nicht wirklich was bewirken kann, einfach aufgrund der Konstellation der Frau, weil die auch nicht will und so weiter, und es wäre jetzt so, dass ich [das] zum ASD sagen würde – also der Grundfokus ist natürlich beim ASD.

» **Niedergelassene Hebamme (H2/62):** Aber wenn ich sehe, dass die Versorgung des Kindes eigentlich so läuft, aber dass andere Hilfe absolut erforderlich ist, dann würde ich, wie gesagt, das Jugendamt, Betreuer oder eine Familienhebamme einschalten. Das kann sogar ein Stück parallel laufen.

» **Vereinsmitarbeiterin (V3-2/70):** Sicherlich eine Familienhebamme, das gibt auch Sicherheit, [...] auch wenn man nicht so ein Problemfeld hat. Also ist so eine Familienhebamme sicherlich eine gute Idee.

Anhand von Abbildung 4 ist ebenfalls ersichtlich, dass bei einzelnen Interventionen verschiedene Akteure zuständig sein können und daher der Zugangsweg und die Intensität der Vernetzung darüber entscheiden, welcher Akteur dieses Angebot erbringt und ob es ggf. zur Doppelversorgung kommen kann. Exemplarisch für Katrin soll dies hier anhand der Aufgaben zur Stärkung von Katrins Erziehungskompetenz verdeutlicht werden – ein Interventionsbereich, in dem eine Überversorgung weniger möglich und problematisch erscheint. Dennoch könnte eine Vielzahl an synchron wirkenden Akteuren mit hohen Erwartungen an Katrins Erziehungskompetenz bei Katrin das Gefühl der Überforderung auslösen und zum Abbruch diesbezüglicher Interventionen führen.

- » **Pädiaterin (P3-28/32/40):** Man kann eigentlich nur die Eltern anleiten, indem man ihnen sagt, dass sie jeden Tag mit dem Kind ein Bilderbuch angucken müssen, dass sie mit ihm spielen müssen, dass sie [...] das Kind auch mal loben, wenn es etwas gut gemacht hat./Wir versuchen normale Erziehungshilfen zu geben.

- » **Kindertagesstättenleiterin (T3/16/30):** Ja, Spielenachmittage, [...] wo die Eltern gemeinsam mit ihren Kindern spielen können. [...] je nach dem, was die Kinder auch gerne möchten. [...] Wir möchten den Eltern da einfach Unterstützung geben bei Anregungen.

- » **Mitarbeiterin im Wohlfahrtsverein (VI-3/27):** [...] die Eltern darauf ansprechen und sagen: »Ich hab ja jetzt mit ihm hier das Würfelspiel gespielt, das hat ihm super viel Freude gemacht. Vielleicht können wir das alle ja mal zusammen spielen«, um die Eltern langsam mit einzubeziehen, [...] wenn sie merken, der hat ja wirklich Freude daran, dass sie sich auch ein Stück weit öffnen.

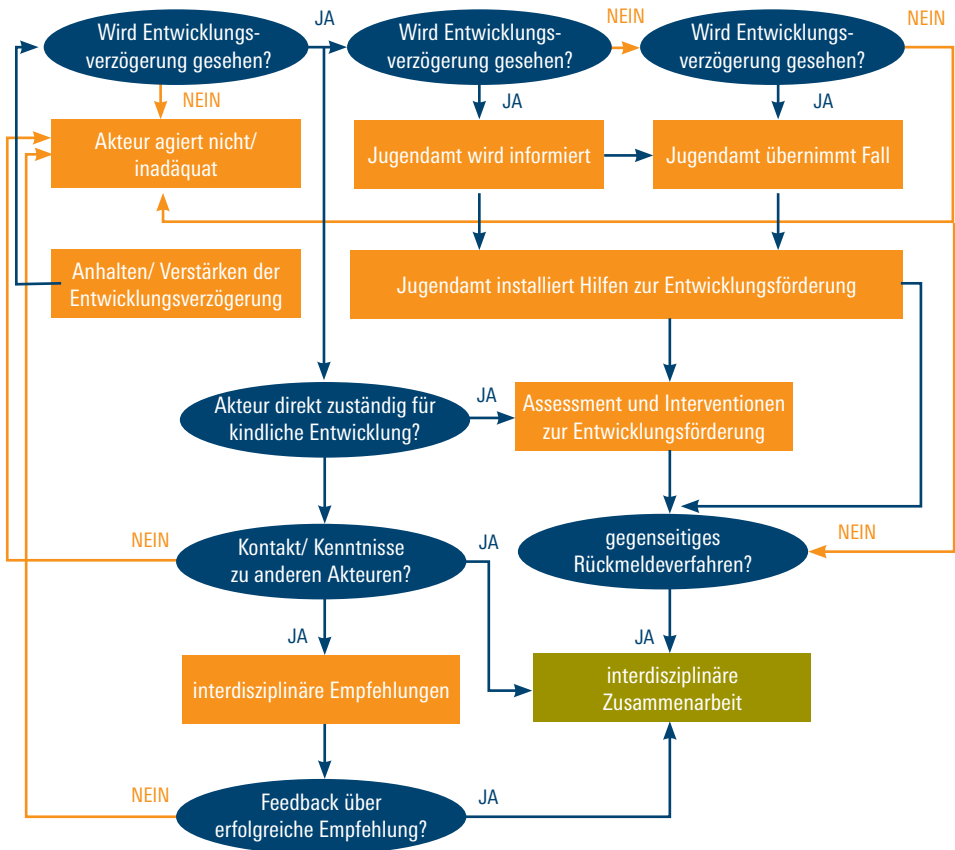
- » **Klinikerin (K3-2/14):** ... wenn sie sieht, ach, das kann sie jetzt mit ihrem Kind viel besser hinkriegen. Und dann merkt sie auch, dass das Kind dann also in bestimmten Situationen vielleicht nicht mehr so reagiert wie vorher, oder der Ehemann.

- » **Jugendamtsmitarbeiterin (J3-1/55):** Wenn sich diese Hilfebedarfe abzeichnen, dass also im aktuellen Tagesablauf Unterstützung notwendig ist. Da geben wir dann den Eltern die Chance, Dinge zu erlernen, um ihre Kinder gut versorgen zu können.

In der Vielgestaltigkeit der Vernetzungswege begründet sich die Gefahr der Über- oder Unterversorgung für Katrin und damit die Entstehung von Versorgungsbrüchen. Dies wird exemplarisch für die Entwicklungsverzögerung von Katrins Kindern in einem Entscheidungsbaum und den daraus ableitbaren Bruchstellen (rote Verbindungslinien in Abb. 5), die vorrangig Konsequenzen fehlender Netzwerkarbeit oder -kenntnisse sind, im Ablaufschema zur Netzwerkkommunikation in Abbildung 5 (exemplarischer Entscheidungspfad) dargestellt.

Bereits bei der Identifikation der Entwicklungsverzögerung bestehen aufgrund der unterschiedlichen Zugangswege für Katrin zu Akteuren des Netzwerkes Früher Hilfen differente Einschätzungen der Situation, wobei für die meisten der Befragten die Entwicklungsverzögerung im Fall von Katrins Kindern interventionsbedürftig ist. Dennoch wird der akute Handlungsbedarf unterschiedlich eingeschätzt, und damit unterbleiben sofortige Angebote zur Entwicklungsförderung von einigen Akteuren, was zur Stagnation oder Verschärfung der Situation beitragen kann.

Abb. 5: Exemplarischer Entscheidungspfad: Entwicklung der Kinder (Fallvignette Katrin)



» **Mitarbeiterin der psychosomat. Klinik (K3-3/162):** Psychisch emotional ist es ja schon existenziell, wenn er gar nicht kommunizieren kann. Das ist ja schon eine Katastrophe, weil es würde ja bedeuten würde, dass er in eine Sonderschule muss oder gar nicht unterdurchschnittlich intelligent ist. Das ist ja für das Kind auch eine Katastrophe.

» **Pädiaterin (P1/106):** Andererseits müssen sie dann mal gucken, wenn er schon 5 Jahre alt ist, hat der das Problem seit mindestens 2 Jahren. [...] Dann kommt es darauf nicht mehr an [...]

» **Kindertagesstättenleiterin (T3/6):** Wir sind ja eine integrative Einrichtung, sodass wir da auch etwas genauer gucken und da auch einen anderen Blickwinkel haben als vielleicht in einer Regeleinrichtung. Man merkt vielleicht schon eher so eine Entwicklungsverzögerung und kann dann Maßnahmen ergreifen.

EXEMPLARISCHE KLIENTINNENPFADE UND BRUCHSTELLEN

Das Jugendamt wird als zuständiger Ansprechpartner anerkannt, auch wenn im Vorfeld keine oder wenige Kontakte zu den Mitarbeiter/-innen des Jugendamtes bestehen. Jegliche Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt führt dazu, dass Katrin von dort unterstützt wird und eine Hilfeplanung stattfindet, wobei im Idealfall eine Mehrwege-Netzwerkkommunikation der beteiligten Akteure dazu beiträgt, den Informationsstand synchron zu halten und damit das Angebot in der Dosis und im Spektrum adressatengerecht zu gestalten. Die notwendige Etablierung eines Rückmeldesystems sichert nicht nur die Evaluation der Frühen Hilfen, sondern prägt auch eine zufriedenstellende Netzwerkkultur. Unterbleibt die Rückmeldung von und zu angefragten Akteuren, hat dies nachteilige Auswirkungen auf die durch den Akteur empfundene Akzeptanz der (empfohlenen) Intervention einerseits und auf die Anerkennung der Netzwerkpartner andererseits – was in späteren Fällen zur Unterlassung von Kontaktversuchen oder Empfehlungen führen kann.

In ausgewählten Problembereichen mag eine direkte Aktion eines Netzwerkpartners für diesen Problembereich von Nutzen sein, z.B. wenn die Mangelversorgung von Katrins Tochter eine klinische Situation rechtfertigt oder die Kita den hauseigenen Logopäden mit Katrins Sohn arbeiten lässt. Langfristig gesehen muss aufgrund der – von den Akteuren anerkannten – Komplexität des Falls eine interdisziplinäre Akteursgemeinschaft mit und für Katrin agieren, denn die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist für diesen Fall die Optimalform der Versorgung, um die Frühen Hilfen mit hohem Wirkungsgrad umzusetzen.

Fazit

Das Netzwerk Frühe Hilfen erkennt seine umfassende Verantwortlichkeit im exemplarisch beschriebenen Fall »Katrin«, wobei die Zuständigkeiten der Sektoren Gesundheit und Soziales gut abgrenzbar sind. Ideale Vernetzungsstrukturen – wie das Tandem aus der Familienhilfe des sozialen Bereiches und der Familienhebamme des Gesundheitsbereiches – werden in beiden Sektoren anerkannt und stehen bislang einer noch intrasektorialen Kommunikationskultur gegenüber, die aufgrund der gewachsenen und etablierten Netzwerkstruktur existiert. Ein von den Akteuren kritisisiertes Charakteristikum, das als Bruchstelle/Hürde im Netzwerk beschrieben wird, ist die mangelnde Rückmeldung bzw. die fehlenden Informationen darüber, ob und wie Katrin weiter betreut wurde. Dieses Merkmal der Netzwerkkommunikation fördert Brüche und Risiken im Versorgungsverlauf und kann nur durch die Akteure des Netzwerkes selbst verändert werden – z.B. durch das Erklären der eigenen oder gegenseitigen Zuständigkeit zum Feedback. Bislang werden Feedback-Strukturen lediglich informell bzw. modellhaft und fallweise genutzt, was zwar deren Umsetzbarkeit bestätigt, darüber hinaus jedoch auch die mangelnde (zeitliche und monetäre) Anerkennung der Netzwerkarbeit der befragten Akteure in den Frühen Hilfen erkennen lässt.

LITERATUR:

- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1998). Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2006). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse (Vol. 2. durchgesehene Auflage). Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuckartz, U. (2007). Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten (Vol. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage). Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kurz, A., Stockhammer, C., Fuchs, S. & Meinhard, D. (2009). Das problemzentrierte Interview. In: R. Buber & H. H. Holzmüller (Eds.): Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen, S. 463-477. Wiesbaden, Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler, GWV Fachverlage GmbH.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 22. Retrieved from <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2520>.

ANNE KATRIN KÜNSTER, CAROLIN KNORR, JÖRG M. FEGERT,
UTE ZIEGENHAIN:
**NETZWERKANALYSE ALS CHANCE DER PRAXISENTWICKLUNG
UND EVALUATION IM BEREICH FRÜHE HILFEN UND KINDER-
SCHUTZ**

Interdisziplinäre Vernetzung als Herausforderung im Bereich der Frühen Hilfen und im Kinderschutz

Insbesondere in der frühen Kindheit besteht ein besonders hohes Gefährdungsrisiko bei Vernachlässigung und Misshandlung. Gleichzeitig besteht in dieser Entwicklungsphase aber auch eine hohe Chance, frühe und niedrigschwellige Angebote präventiv und erfolgreich vorzuhalten. Gelingender Kinderschutz ist immer auch präventiv und sollte möglichst alle Familien erreichen, da sich immer mehr junge Eltern aus allen Schichten verunsichert oder teilweise sogar überfordert fühlen (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen beim BMFSFJ, 2005). So verstanden umfassen Frühe Hilfen und Kinderschutz Informationen über die Entwicklung, die Bedürfnisse und das Verhalten von Säuglingen und Kleinkindern bis hin zu gezielter Unterstützung und Anleitung bzw. spezifischen Interventionen bei Kindeswohlgefährdung. Diese Bandbreite an Unterstützungsangeboten ist nur möglich, wenn alle Eltern über frühe und nichtstigmatisierende Zugangswege zum Netzwerk der Hilfen kommen können. Im Sinne eines präventiv angelegten Kinderschutzes ist es wichtig, Familien mit Säuglingen und Kleinkindern für Unterstützung und Hilfe zu motivieren, bevor kritische Situationen eintreten (Ziegenhain, Schöllhorn, Künster, Hofer, König & Fegert, 2010). Fachlich unbestritten ist, dass Frühe Hilfen und Kinderschutz interdisziplinär sind. Sie können nicht mit isolierten oder punktuellen Maßnahmen und nicht mit den Kompetenzen einer einzelnen Disziplin oder Zuständigkeit allein abgedeckt werden. Damit verbunden sind besondere Anforderungen an Kooperation und Vernetzung zwischen Helfern und Hilfesystemen. Im Bereich der Frühen Hilfen und im Kinderschutz betrifft dies insbesondere die Kooperation und Vernetzung zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem, aber auch die anderer Systeme wie der Frühförderung, der Schwangerenberatung, der Polizei, dem Familiengericht oder den ARGEN bzw. den traditionellen Arbeitsverwaltungen (siehe Schöllhorn et al. in diesem Band). In der Säuglings- und Kleinkindzeit haben gewöhnlich nur Fachkräfte im Gesundheitswesen, etwa Gynäkolog/-innen, Hebammen oder Kinderärzt/-innen Kontakt zum Kind und seinen Eltern. Zuständig für die Leistungen weitergehender Hilfen wie etwa für die Vermittlung eines Elternkurses, eines Platzes in der Kindertagesstätte oder für die einer Fachfrau, die bei der Alltagsbewältigung und der Erziehung unterstützen kann, ist die Kinder- und Jugendhilfe. Sie ist darüber hinaus zuständig für die Sicherung des Kindeswohls und für den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Misshandlung. Haben die Eltern spezifische Probleme im Sinne einer psychiatrischen Erkrankung oder Suchterkrankung, sind z.B. wiederum medizinische Fachkräfte im sozialpsychiatrischen Dienst oder die Suchtkrankenhilfe zuständig, ohne dass hier flächendeckend eine direkte organisierte Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe bestünde (Ziegenhain, Schöllhorn, Künster, Hofer, König & Fegert, 2010).

Praxiserfahrungen zeigen, dass eine systematische Kooperation zwischen diesen Systemen und Institutionen mit geregelten Absprachen und klaren Zuständigkeiten sowie verbindli-

chen Verfahrenswegen in der Regel nicht etabliert ist. Die Kooperationswege sind noch nicht gut genug ausgebaut. Vielmehr scheinen insbesondere dann, wenn auch hohe interdisziplinäre Anforderungen bestehen, Reibungsverluste in der Zusammenarbeit unterschiedlicher Hilfesysteme aufzutreten. Dabei dürften Reibungsverluste in der Betreuung von Familien mit vielfältigen Belastungen und Risiken besonders häufig sein. Oft fehlt eine verbindliche Verfahrensroutine, über die Eltern auch über Ressortgrenzen und Leistungsgrundlagen unterschiedlicher Sozialgesetzbücher hinweg interdisziplinär versorgt und unterstützt werden können. Kinderärzt/-innen, Hebammen und Entbindungspfleger oder Krankenschwestern und Kinderkrankenpfleger ebenso wie umgekehrt Fachkräfte der öffentlichen und freien Jugendhilfe sind gewöhnlich weder über die sozial- und datenschutzrechtlichen Grundlagen der Hilfemöglichkeiten jenseits ihrer eigenen Zuständigkeit hinreichend informiert, noch über bestehende interdisziplinäre Hilfe- und Versorgungsangebote.

Obwohl es bisher nur wenige empirische Belege dafür gibt, dass verbesserte Zusammenarbeit und Vernetzung zu verbessertem Kinderschutz führt, bestätigt die Fachpraxis übereinstimmend, dass funktionierende Kooperation und Vernetzung wesentlich für funktionierenden Kinderschutz ist. Allerdings gibt es in Europa im Gegensatz zu den USA (siehe Friedman et al., 2007) bisher kaum wissenschaftliche Studien, die Vernetzung zwischen Akteuren der unterschiedlichen Unterstützungssysteme standardisiert untersuchen. Die Entwicklung und wissenschaftliche Begleitung interdisziplinärer Netzwerkstrukturen, insbesondere zwischen dem Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe, war Thema des Modellprojektes »Guter Start ins Kinderleben«. Inhaltliches Gesamtziel des Projektes war die frühe Förderung der Erziehungs- und Beziehungskompetenzen von Eltern in prekären Lebenslagen und Risikosituationen insbesondere zur Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im frühen Lebensalter¹.

Gemeinsam mit der Praxis wurden an acht Modellstandorten in vier beteiligten Bundesländern Runde Tische etabliert, um interdisziplinäre Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen zu entwickeln und zu erproben. Diese Kooperationsformen bauten ausdrücklich auf individuellen, regional unterschiedlichen bestehenden Regelstrukturen auf beziehungsweise wurden in bestehende Regelstrukturen eingebunden. Dabei war es ein wichtiger Schwerpunkt, Angebote von Jugend- und Gesundheitshilfe systematisch miteinander zu koordinieren und dieses Vernetzungskonzept auf der Basis bestehender sozialrechtlicher

1 Das Projekt wurde in gemeinsamer Initiative der Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen entwickelt und gemeinsam gefördert. Die Evaluation wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen im Rahmen des Aktionsprogramms »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme« gefördert (<http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/guter-start-ins-kinderleben.html>).

Grundlagen, Leistungsansprüche und vorhandener Angebote bzw. Zuständigkeiten auf Praxistauglichkeit und Wirksamkeit zu prüfen. Ziel war es, passgenaue und lückenlose Angebote für die frühe Kindheit vorzuhalten und die bestehende Angebotsstruktur vor Ort zu optimieren und ggf. zu ergänzen. Für den Transfer in die Praxis der Frühen Hilfen und des Kinderschutzes wurden Theorie und Erfahrungen des Vernetzungsprozesses in einem Werkbuch zusammengefasst und der Praxis zur Verfügung gestellt (Ziegenhain et al., 2010). Wichtige Qualitätsmerkmale eines solchen Vernetzungsprozesses sind neben der Verbesserung systematischer Kooperationsbeziehungen zwischen dem Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe das Bestreben, möglichst alle Akteure vor Ort, die mit Familien mit Säuglingen und Kleinkindern arbeiten, in das Netzwerk zu integrieren sowie möglichst niedrigschwellige und nicht stigmatisierende Zugänge zu etablieren, wie etwa über das Gesundheitssystem (z.B. Hebammen/Entbindungspfleger, Kinderärzt/-innen, Hausärzt/-innen und Geburtskliniken). Diese Berufsgruppen bzw. Institutionen sollten also möglichst zentral im Netz verankert sein, damit junge Familien über diesen Weg zu möglichst vielen weiteren Institutionen und Hilfeangeboten im Netz weitervermittelt werden können. Wichtig ist weiterhin, dass Institutionen, die Steuerungsfunktion im Kinderschutz haben sollen, wie etwa das Jugendamt mit seiner gesetzlich vorgegebenen Federführung, ihre Funktion im Netz auch ausführen können. Für ein funktionierendes Netzwerk Frühe Hilfen ist also einerseits die Zentralität grundlegender niedrigschwelliger Verteilerknotenpunkte des Gesundheitssystems und der Jugendhilfe wichtig, als auch eine gute und lückenlose Vernetzung der beiden Systeme Jugendhilfe und Gesundheit untereinander.

Um derartig komplexe Netzwerke interdisziplinärer Kooperationen zu etablieren bzw. weiterzuentwickeln, ist eine differenzierte Kenntnis der tatsächlichen Vernetzungsstruktur auf der Basis empirischer Datenerhebungen vor Ort erforderlich (Künster, Schöllhorn, Knorr, Fegert & Ziegenhain, akzeptiert). Hierfür bietet sich das Verfahren der Netzwerkanalyse an. Die Netzwerkanalyse kann die Beziehungen zwischen Organisationen in einem Netzwerk untersuchen, komplexe Muster von Interaktionen beschreiben und erlaubt es, Veränderungen in der Struktur von Beziehungen im Netz nachzuvollziehen.

Die hier vorgestellte Untersuchung ist unseres Wissens die erste Analyse von Netzwerken im Bereich der Frühen Hilfen und im Kinderschutz in Deutschland. Ziel 1) dieser Pilotuntersuchung war es, im Sinne einer so genannten Action Research, d.h. einer ergiebigen und ausgewogenen Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis, zu prüfen, inwieweit sich verschiedene Kommunen hinsichtlich ihrer Vernetzungsstruktur zu Beginn des Modellprojekts voneinander unterscheiden und ob sich die Methode der sozialen Netzwerkanalyse im Bereich der Frühen Hilfen zur Praxisentwicklung einsetzen lässt. Im Rahmen des Modellprojektes sollte dies dadurch erfolgen, dass die Ergebnisse der Bestandsaufnahme der lokalen Vernetzungsstrukturen an den Runden Tischen den interdisziplinären Akteuren

vor Ort rückgemeldet werden und als Diskussions- und Entwicklungsgrundlage für weitere Vernetzungsbestrebungen und –aktivitäten dienen. Ziel 2) war es, den Stand der Vernetzung nach Beendigung der Modellprojektphase mit dem Ausgangsstand zu Beginn der Vernetzungsaktivitäten zu vergleichen und herauszuarbeiten, ob und ggf. welche Änderungen in der Netzwerkstruktur erreicht wurden.

Methode

Am Beispiel dreier städtischer Standorte wird die Vernetzungssituation der interdisziplinären Frühen Hilfen vor und nach den Runden Tischen und weiterer Vernetzungsaktivitäten im Rahmen des Modellprojektes »Guter Start ins Kinderleben« dargestellt. Die Zufallsauswahl von drei aus acht Standorten erfolgte einerseits, um die zuvor zugesicherte Anonymität der Teilnehmer zu gewährleisten, als auch andererseits, um den Vergleich der Darstellungen im hier möglichen Rahmen übersichtlicher zu gestalten.

Als Verfahren zur Analyse der Vernetzungssituation wurde die soziale Netzwerkanalyse verwendet. Sie untersucht die Beziehungen zwischen Akteuren in einem Netzwerk, beschreibt komplexe Muster von Interaktionen und erlaubt es, Veränderungen in der Struktur von Beziehungen im Netz nachzuvollziehen. Dabei stehen sowohl statistische Kennziffern der Vernetzung als auch grafische Darstellungen der Netzwerke zur Verfügung, die zum Beispiel als Grundlage für Rückmeldungen an die Akteure vor Ort dienen können, die dann auf dieser Basis lokale Verbesserungsstrategien erarbeiten.

Um den Prä- und Post-Zustand der Vernetzung standardisiert zu erfassen und damit auch Interventionen, die die Vernetzung verbessern sollen, in ihrer Wirksamkeit in der Praxis vor Ort zu evaluieren, wurde die Technik der Netzwerkanalyse auf Basis der Netzwerktheorie herangezogen (Borgatti et al., 2009). Eine wichtige Grundannahme der Netzwerktheorie ist die Bedeutung der Struktur. Netzwerke, in denen die gleichen Ressourcen, wenngleich anders strukturiert, enthalten sind, haben fundamental andere Ergebnisse. Die Wirkung der Leistung eines Akteurs im Netzwerk hängt also auch von seiner Stellung im Netzwerk ab. Wie wichtig die jeweilige Stellung einer Einrichtung oder eines Akteurs im Netzwerk ist, wurde bisher wenig berücksichtigt. Finanzielle Investitionen in einzelne, für sich genommen durchaus sinnvolle Maßnahmen versickerten bisher u.U. aufgrund mangelnder Vernetzung. Die Eigenschaften eines Gesamtnetzwerkes können sich wesentlich von der Summe der Eigenschaften der einzelnen Akteure im Netz unterscheiden (Borgatti et al., 2009). Die Stellung eines Akteurs im Netzwerk beeinflusst die Wahrscheinlichkeit des Informationsflusses. Größen, die diesen Informationsfluss beschreiben können, sind zum Beispiel die Position in einem Netzwerk die Dichte des Gesamtnetzwerks oder die Anzahl der Kontakte eines Akteurs in Relation zur Anzahl der insgesamt möglichen Kontakte. So kann ein Akteur in einem Netzwerk Frühe Hilfen für den Informationsfluss zu einer bestimmten Instituti-

on beispielsweise dann entscheidend sein, wenn diese Institution mit den restlichen Akteuren im Netzwerk nur über diesen einen Akteur in Verbindung steht. Dieser Akteur hat eine sogenannten »Gatekeeper«-Funktion und steuert, welche Informationen an diese ansonsten isolierte Institution von ihm weitergegeben werden bzw. welche Information er von dieser Institution ins Gesamtnetz weiterleitet. Einen wesentlichen Einfluss auf die Verteilung von Informationen haben zudem die Akteure, die sehr zentral im Netz sind und zahlreiche Kontakte zu anderen unterhalten und somit viele Information einholen und weitergeben können. Zur Beschreibung dessen lassen sich verschiedene statistische Kennzahlen berechnen. In der vorliegenden Untersuchung erfolgten diese Berechnungen auf Basis der im Fragebogen erfragten Häufigkeit der Kontakte oder subjektiv erlebten Qualität der Kontakte.

Um die Netzwerkstruktur darstellen zu können, wird sowohl die statistische Analyse Software SPSS (SPSS for Windows, Version 16. Chicago: SPSS Inc.) als auch eine spezielle Software zur Netzwerkanalyse UCINET 6 (Borgatti et al., 2002) verwendet. Die Analysesoftware UCINET basiert mathematisch auf der Grafentheorie und Matrixalgebra. Dies bedeutet, dass die Informationen über die Art der Beziehungen zwischen den Akteuren eines Netzwerkes mathematisch als Matrizen in das Programm eingelesen und dort gespeichert und weiter verarbeitet werden.

Die Daten zur lokalen Netzwerkanalyse an den Modellstandorten wurden anhand eines eigens konstruierten Fragebogens erhoben. Dieser erfasste die Häufigkeit des Kontaktes jedes einzelnen Mitglieds im Netz Früher Hilfen mit jedem anderen potentiellen Akteur im Netzwerk. Die Ankreuzoptionen zur Kontakthäufigkeit reichten dabei auf einer fünffach gestuften Skala von »ich habe keinen Kontakt«, »eher einmal in sechs Monaten«, »eher einmal im Monat«, »eher einmal pro Woche« bis zu »mehrmals pro Woche«. Des Weiteren wurde erfragt, wie die Qualität der bereits bestehende Kontakte eingeschätzt werden (Antwortmöglichkeiten: »schlecht«, »eher schlecht«, »eher gut« und »gut«). Die Ergebnisse bezüglich der Qualität der Kontakte wird hier nicht vorgestellt, da die Ergebnisse diesbezüglich kaum Veränderungen über die Zeit zeigten. Dies scheint auf einen Deckeneffekt zurückzuführen zu sein, da bereits zum ersten Messzeitpunkt mehr oder minder alle Kontakte als »eher gut« oder »gut« bezeichnet wurden (Künster, Knorr, Fegert, Ziegenhain, akzeptiert).

In einer ersten schriftlichen Befragung im Jahr 2007 wurden die Baseline-Daten erhoben, also der Zustand der Vernetzung vor Ort zu Beginn des Modellprojekts (Prä). Der Netzwerkfragebogen sollte die jeweilige Struktur der bisherigen Vernetzung der professionellen Helfer vor Ort abbilden. Das besondere Augenmerk lag dabei auf der Häufigkeit der Kontakte zwischen den Akteuren. Anhand von Recherchen in Telefonbüchern, Informationsbroschüren, Kontaktlisten der jeweiligen Jugendämter zu Kooperationspartnern für

den Bereich der 0-3-Jährigen und persönlichen Kontakten wurde versucht, möglichst umfassend alle potentiell beteiligten Helfer vor Ort anzuschreiben. Die Adressaten wurden gebeten, den Fragebogen auszufüllen und in einem vorfrankierten Rückumschlag anonym zurückzusenden.

Die Ergebnisse dieser ersten Fragebogenerhebung wurden allen Standorten im Rahmen der Runden Tische vor Ort rückgemeldet. Ziel war es, im Prozess der Vernetzungsplanung gezielte Rückmeldungen aus der Netzwerkanalyse für die Weiterentwicklung und Optimierung der regionalen Kooperationsstrukturen zu nutzen. Dabei lag der Schwerpunkt auf der grafischen Rückmeldung zur Struktur der Netzwerke, berechnet über die Häufigkeit der Kontakte zwischen den einzelnen Akteuren, sowie auf der Rückmeldung der Zentralität der einzelnen Akteure. Diesbezüglich wurde auf Basis der Daten diskutiert inwieweit die hier erfassten Netzwerkstrukturen auch dem regionalen intendierten Optimum entsprechen und wo noch Verbesserungsbedarf besteht.

Teilnehmer am Runden Tisch waren an allen drei Standorten Vertreter folgender Institutionen bzw. Berufsgruppen: Jugendämter, Kinderschutzbund/Kinderschutzzentrum, freie Träger der Jugendhilfe, Erziehungsberatungsstellen, Familienbildungsstätten, Kindertagesstätten, Schwangerschaftsberatungsstellen, Gesundheitsämter, Geburtskliniken, niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater/-innen, niedergelassene Psychiater/-innen, niedergelassene Hebammen/Entbindungspfleger, niedergelassene Kinderärzte/-innen, niedergelassene Hausärzte/-innen, niedergelassene Frauenärzte/-innen und Polizei. An Standort 1 nahmen zudem Vertreter der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, der Klinik für Psychiatrie, der Kindertagespflege, der Frauenklinik, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Frühförderung teil. An Standort 2 war zudem der Jugendhilfeausschuss, ein Rechtsanwalt, ein Richter, die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie ein Sozialpädiatrisches Zentrum vertreten. An Standort 3 wurde der Runde Tisch durch die Schulsozialarbeit, ein Sozialpädiatrisches Zentrum, einen Richter und einen niedergelassenen Kinderchirurgen ergänzt. In einer zweiten schriftlichen Erhebung zum Zustand der Vernetzung nach Beendigung der Modellprojektphase wurden 2009 erneut Fragebögen verschickt (Post).

Es wurden sowohl 2007 als auch 2009 an Standort 1) 394, an Standort 2) 387 und an Standort 3) 907 Netzwerkfragebögen zur Analyse der Vernetzung verschickt. In Vorbereitung dieses Vorhabens wurde das Vorgehen vorab in intensiver Abstimmung zwischen dem Universitätsklinikum Ulm und den Datenschutzbeauftragten der beteiligten Länder² besprochen und geprüft. Es wurde schließlich ein Vorgehen gewählt, das den ausfüllenden Personen

2 Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen.

absolute Anonymität gewährte³. Methodisch betrachtet stellt das aber ein Problem dar. Die Fragebögen waren anhand einer Kennziffer zwar eindeutig einem Standort, aber nicht einer Person oder Institution zuzuordnen. Die ausfüllenden Personen konnten sich selbst anonym einer Institution oder Berufsgruppe zuordnen. Geschah dies nicht, so war der Fragebogen nicht auswertbar. Somit reduzierte sich der auswertbare Rücklauf der Fragebögen deutlich. Außerdem ist durch die absolute Anonymisierung der Vergleich des ersten und zweiten Messzeitpunkts nur eingeschränkt möglich, da nicht mehr nachvollzogen werden kann, wer die Fragebögen jeweils beantwortet hat.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über den Versand und den Rücklauf an Netzwerkfragebögen und zeigt zudem auf, wie viele davon in die Datenauswertung einbezogen werden konnten.

Tab. 1: Versand und Rücklauf vollständig ausgefüllter Fragebögen an den drei Modellstandorten

Standort	Prä			Post		
	versendet	eingegangen	auswertbar	versendet	eingegangen	auswertbar
1	394 (100 %)	92 (23,4 %)	60 (15,2 %)	394 (100 %)	82 (20,8 %)	51 (12,9 %)
2	387 (100 %)	47 (12,1 %)	30 (7,8 %)	387 (100 %)	46 (11,9 %)	32 (8,3 %)
3	907 (100 %)	89 (9,8 %)	69 (7,6 %)	907 (100 %)	43 (4,7 %)	32 (3,5 %)

An Standort 1 haben folgenden Institutionen oder Berufsgruppen zu beiden Messzeitpunkten an der Untersuchung teilgenommen: Frühförderstelle, Geburtsklinik, Gesundheitsamt, Jugendamt, Kindertagesstätten, niedergelassenen Psychiater/-innen, Frauenärzt/-innen, Hausärzt/-innen, Hebammen/Entbindungspfleger und Kinderärzt/-innen sowie die Polizei. Zum ersten Messzeitpunkt waren zudem eine Klinik für Psychiatrie, niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater/-innen sowie eine Notfallambulanz vertreten.

An Standort 2 nahmen an der Untersuchung sowohl Prä als auch Post Erziehungsberatungsstellen, Geburtskliniken, Jugendamt, Kindertagesstätten, niedergelassene Psychiater/-innen, Frauenärzt/-innen, Hausärzt/-innen und Kinderärzt/-innen, Polizei, Schwangerschaftsberatungsstellen, Sozialpädiatrisches Zentrum und Suchtberatungsstellen teil. Beim ersten Messzeitpunkt waren zudem die niedergelassenen Hebammen/Entbindungspfleger vertreten, zu Messzeitpunkt 2 beteiligte sich zudem das Gesundheitsamt.

3 Die erarbeitete Datenschutzkonzeption sollte dazu dienen, einen ausreichenden Schutz der befragten Personen zu gewährleisten, da die Ergebnisse der Befragung öffentlich am Runden Tisch zurückgemeldet werden sollten.

Am dritten Modellstandort nahmen Erziehungsberatungsstellen, Familienbildungsstätten, Geburtsklinik, Gesundheitsamt, Jugendamt, Kinderklinik, Kindertagesstätten, niedergelassene Psychiater/-innen, Frauenärzt/-innen, Hausärzt/-innen Hebammen/Entbindungspfleger und Kinderärzt/-innen und Schwangerschaftsberatungsstellen an beiden Befragungen teil. Zu Beginn des Modellprojekts beteiligten sich an der Befragung weiterhin Frühförderstelle, Klinik für Psychiatrie und Notfallambulanz. Bei der zweiten Befragung war zudem ein Sozialpädiatrisches Zentrum beteiligt.

Es zeigt sich deutlich, dass der Datenrücklauf zu beiden Messzeitpunkten sehr gering ausfiel, wenngleich alle zentralen Berufsgruppen bzw. Institutionen zu beiden Messzeitpunkten jeweils mindestens ein Mal vertreten waren. Die im Folgenden berichteten Ergebnisse sollten daher vorsichtig interpretiert und im Rahmen dieser Pilotuntersuchung eher dazu genutzt werden darzustellen, was theoretisch mit dem hier dargestellten Vorgehen der sozialen Netzwerkanalyse im Rahmen von Praxis-Forschung in den Frühen Hilfen möglich ist.

Da von einer Berufsgruppe bzw. Institution aufgrund des geforderten Datenschutzkonzeptes jede Einrichtung bzw. Berufsgruppe beliebig viele Fragebogen zurückschicken konnte (es antworteten auf die postalische Befragung z.B. häufig mehrere niedergelassene Hebammen/Entbindungspfleger oder Kinderärzt/-innen oder mehrere Mitarbeiter/-innen des Jugendamts), wurde bei der Datenaufbereitung mit SPSS 16 für die Angaben zur Häufigkeit der Kontakte jeweils auf Basis der Mittelwerte (also der durchschnittlichen Angaben z.B. aller Hebammen/Entbindungspfleger oder Jugendamtsmitarbeiter/-innen) ein neuer Datensatz erstellt, der dann über Konvertierung in CSV-Dateien in das Netzwerkanalyseprogramm UCINET 6 eingelesen wurde. Damit fiel der Rücklauf an ausgefüllten Fragebögen pro Einrichtung oder Berufsgruppe sehr unterschiedlich aus. Theoriegeleitet wurde entschieden, dass eine Kontaktmatrix auf Basis der mittleren Kontakthäufigkeiten die Realität vor Ort am besten abbilden würde.

Als statistischer Kennwert zur Analyse der lokalen Netzwerke wurde die Zentralität der einzelnen Berufsgruppen bzw. Institutionen berechnet. Weiterhin erfolgte eine grafische Darstellung des Gesamtnetzwerkes auf Basis der mittleren Kontakthäufigkeiten – zum ersten Messzeitpunkt für alle drei Modellstandorte. Auf die Darstellung der Qualität der Kontakte wird, wie oben bereits erläutert, an dieser Stelle verzichtet.

Die **Zentralität** ist wohl das am häufigsten untersuchte Konstrukt innerhalb der Netzwerktheorie. In der hier vorliegenden Studie wurde sie anhand Freemans Betweeness operationalisiert (Freemann, 1979). Es wird berechnet, wie häufig ein Knoten (also hier eine Institution bzw. Berufsgruppe) auf dem kürzesten Weg zwischen zwei anderen Knoten liegt. Eine Institution oder Berufsgruppe mit einer hohen Betweeness im Netz liegt also besonders

häufig auf dem kürzesten Weg zwischen zwei anderen Akteuren im Netz und hat somit einen potentiell höheren Einfluss auf den Informationsfluss (im Sinne der Weitergabe von Informationen an andere) als eine Institution mit einer niedrigen Betweenness. Am Beispiel einer Klinik mit einer hohen Betweenness verdeutlicht bedeutet das, dass sie ein vergleichsweise hohes Potential hat, Informationen von vielen anderen Institutionen zu erhalten bzw. Informationen an viele andere Akteure weiterzugeben. Anhand der Betweenness wurden die Institutionen bzw. Berufsgruppen in eine Rangfolge gebracht und die jeweils »Top 5« des ersten und des zweiten Messzeitpunkts miteinander verglichen. Herausgearbeitet wurde so, welche Institutionen bzw. Berufsgruppen in dieser Hinsicht als besonders zentral im Netz betrachtet werden.

Die **grafische Darstellung** der drei Netzwerke zum ersten Messzeitpunkt basiert auf den Häufigkeitsangaben der Institutionen bzw. Berufsgruppen bezüglich der Kontakte zueinander. Für das Verständnis der im Folgenden dargestellten Ergebnisse ist die Zuordnung der Institutionen bzw. Berufsgruppen zu den Bereichen »Jugendhilfe«, »Gesundheitswesen« und »Sonstige« wichtig. Dabei werden zur »Jugendhilfe« die Institutionen Jugendamt, Kindertagesstätten, Kinderschutzzentren/Kinderschutzbund, Erziehungsberatungsstellen und Familienbildungsstätten gezählt.

Das »Gesundheitswesen« besteht aus Gesundheitsamt, Notfallambulanzen, Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie, Hebammen/Entbindungspflegern, Frauenärzt/-innen, Kinderkliniken, Geburtskliniken, Hausärzt/-innen, Kinderärzt/-innen, Sozialpädiatrische Zentren, niedergelassene Erwachsenenpsychiater/-innen, Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater/-innen bzw. -psychotherapeuten/-innen. Einrichtungen, die nicht eindeutig einem der beiden System zuzuordnen sind (»Sonstige«), sind die Suchtberatungsstellen, Frühförderstellen, Polizei und Schwangerschaftsberatungsstellen.

Ergebnisse

Im Folgenden wird die grafische Darstellung der Vernetzung zum ersten Messzeitpunkt und die Zentralität der einzelnen Institutionen bzw. Berufsgruppen im Prä-Post-Vergleich der Netzwerke berichtet.

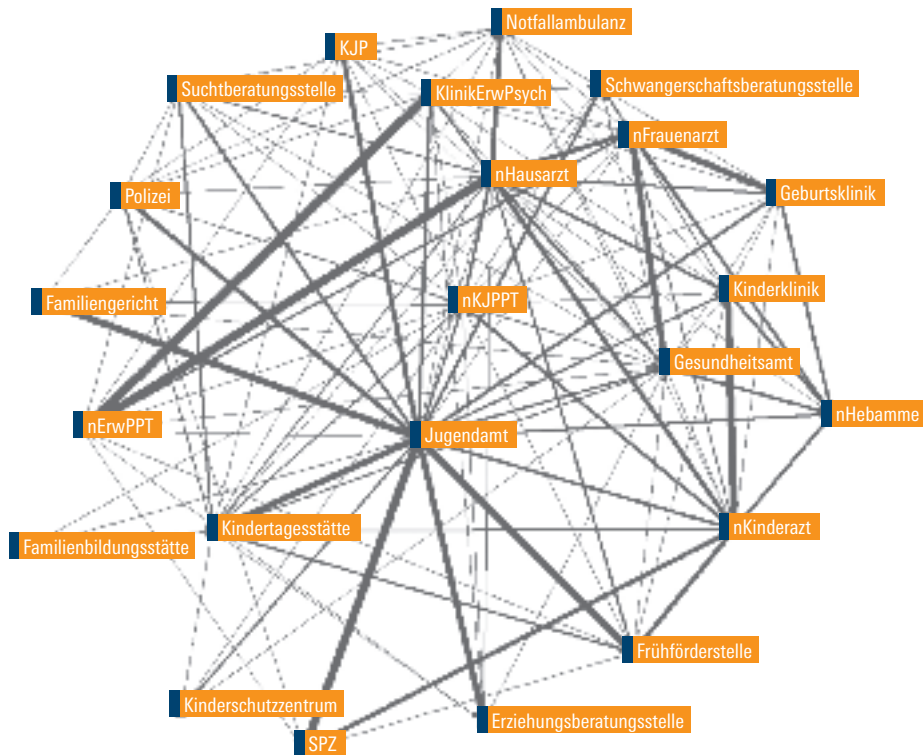
Grafische Netzwerkanalyse – Prä

Für die grafische Darstellung der Vernetzung wurde die Kontakthäufigkeit zwischen den einzelnen Institutionen herangezogen. Wenn zwischen zwei Institutionen bzw. Berufsgruppen ein Kontakt bestand, zeigt die Abbildung eine Linie zwischen den beiden Punkten. Die Dicke der Verbindungen spiegelt die mittlere Kontakthäufigkeit zwischen den beiden Institutionen wider, d.h. je dicker die Linie zwischen zwei Knoten, desto häufiger standen diese beiden Akteure im Mittel miteinander in Kontakt.

NETZWERKANALYSE ALS CHANCE

Aus Gründen der Übersichtlichkeit zeigen die Abbildungen 1 bis 3 die drei ausgewählten Modellstandorte lediglich zu Beginn des Modellprojekts in ihrer jeweiligen Vernetzungsstruktur.

Abb.1: Grafische Darstellung der Vernetzung an Modellstandort 1 zu Beginn des Modellprojekts (Prä) auf Basis der mittleren Kontakthäufigkeiten der einzelnen Institutionen/Berufsgruppen



Abbildungslegende zu den Abbildung 1, 2 und 3

Symbol	Erläuterung
nHausarzt	niedergelassene Hausärzt/-innen
nHebammen	niedergelassene Hebammen/Entbindungspfleger
nFrauenarzt	niedergelassene Frauenärzt/-innen
nKinderarzt	niedergelassene Kinderärzt/-innen
nErwPPT	niedergelassene Psychiater/-innen bzw. Psychotherapeuten/-innen
nKJPP	niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater/-innen bzw. -psychotherapeuten/-innen
KlinikErwPsych	Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie
KJP	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum

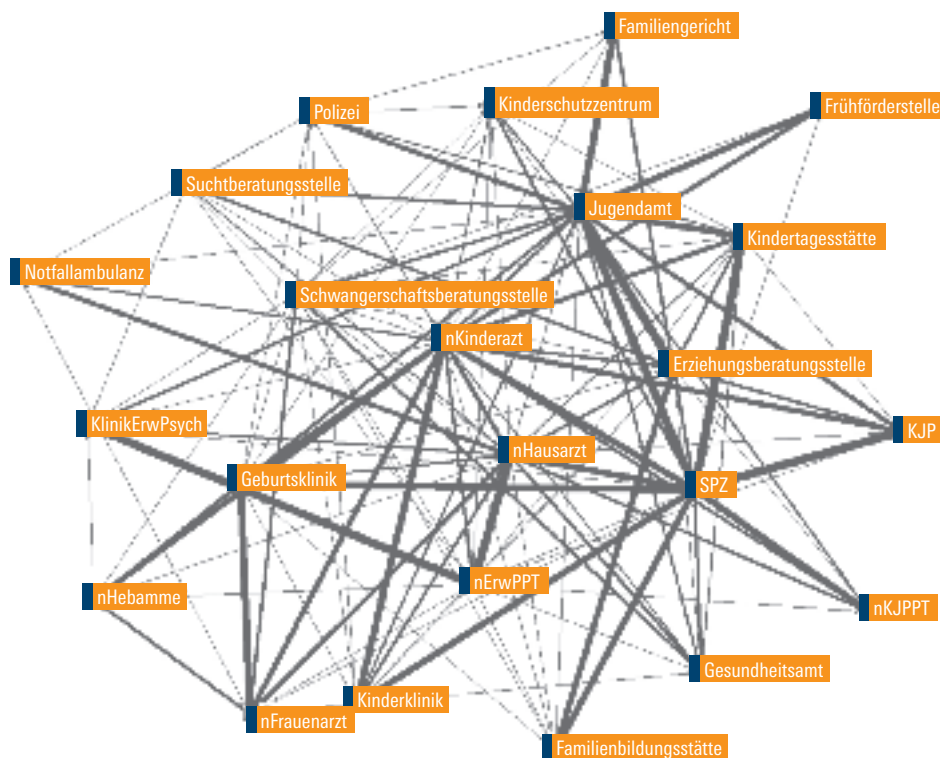
Aus dem Vergleich der drei Abbildungen wird deutlich, dass sich zu Beginn des Modellprojekts die lokalen Vernetzungsstrukturen an den drei Modellstandorten deutlich voneinander unterschieden, aber auch Gemeinsamkeiten aufwiesen. Den drei dargestellten Standorten ist gemein, dass alle befragten Institutionen bzw. Berufsgruppen in das Netz integriert waren. Es gab keine Akteure, die außerhalb des Netzwerks stehen.

An Standort 1 (Abb.1) zeigte sich eine intensive Vernetzung zwischen Institutionen bzw. Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen, wie beispielsweise der Klinik für Erwachsenenpsychiatrie, den niedergelassenen Erwachsenenpsychiater/-innen und den niedergelassenen Hausärzt/-innen. Daneben bestanden aber auch zwei relativ intensive ressortübergreifende Kontakte, nämlich zwischen dem Jugendamt und dem Familiengericht sowie dem Jugendamt und dem Sozialpädiatrischen Zentrum. Es zeigte sich, dass das Netz sehr unterschiedlich bezüglich der Anzahl der Kontakte und der Kontaktintensität der einzelnen Berufsgruppen bzw. Institutionen untereinander war. Es gab zu diesem Untersuchungszeitpunkt intensive Verbindungen innerhalb des Gesundheitswesens oder der Jugendhilfe. Institutionen wie das Jugendamt, die niedergelassenen Hausärzt/-innen oder das Gesundheitsamt wiesen zudem zahlreiche Kontakte zu anderen Akteuren im Netz auf. Etliche andere Institutionen bzw. Berufsgruppen waren ebenfalls in das Netz eingebunden, aber eher randständig, d.h. sie waren jeweils mit nur wenigen Kooperationspartner in Kontakt. Intensive Beziehungen bestanden bei ihnen weniger. Ableiten ließ sich daher für Standort 1 die Aufgabe, insgesamt die Institutionen bzw. Berufsgruppen untereinander besser in Kontakt zu bringen. Ziel war es, von den bisherigen einzelnen, eher sternförmigen Netzwerken wegzukommen, bei denen weitere Kontakte nur über wenige Institutionen hergestellt werden können. Zudem sollten auch Institutionen bzw. Berufsgruppen wie niedergelassene Hebammen/Entbindungspfleger oder Familienbildungsstätten als niedrigschwellige Zugangswege für Familien besser ins Netz integriert werden.

Aber auch an Standort 2 wurde deutlich, dass eine intensivere Vernetzung ressortimmanent, d.h. zwischen den Akteuren der Gesundheitshilfe oder den Beteiligten der Jugendhilfe jeweils untereinander als zu anderen Institutionen bestand. Interdisziplinäre Vernetzung im Sinne von ressortübergreifenden Kontakten waren vorhanden, waren aber wenig intensiv. Auffallend war die intensive Vernetzung von Institutionen mit einem eher hochschwelligen Zugang zu Familien wie dem Sozialpädiatrischen Zentrum, den niedergelassenen Psychiater/-innen und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aber auch einige Berufsgruppen mit einem niedrigschwelligen Zugang zu Familien waren bereits gut integriert, wie z.B. die niedergelassenen Haus- und Kinderärzt/-innen.

NETZWERKANALYSE ALS CHANCE

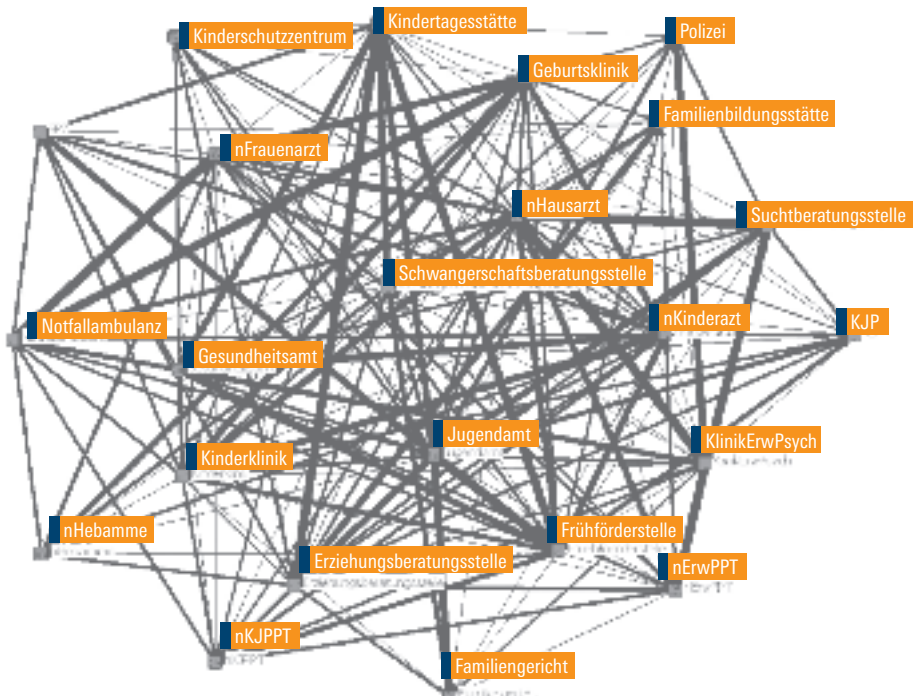
Abb. 2: Grafische Darstellung der Vernetzung an Modellstandort 2 zu Beginn des Modellprojekts (Prä) auf Basis der mittleren Kontakthäufigkeiten der einzelnen Institutionen/Berufsgruppen



Ein deutlich enger verwobenes Netz schon zu Beginn des Modellprojekts zeigt Abbildung 2. Als erstrebenswert erschien für die weitere Entwicklung an Standort 2 vor allen Dingen der Blick auf ressortübergreifende Kooperationen und die zunehmend zentralere Einbindung von eher einfachen, d.h. niedrighschwelligen Zugangswegen für Familien, die auch möglichst viele Familien erreichen können.

An Standort 3 zeigte sich im Vergleich das ausgewogenste Netzwerk zu Beginn des Modellprojekts. Auffallend war die hohe Dichte der Vernetzung. Sie zeigte sich sowohl anhand der zahlreichen Kontakte als auch an der Intensität der Verbindungen untereinander, d.h. der relativ hohen Kontakthäufigkeit zwischen den einzelnen Akteuren. Es bestanden auch hier die intensivsten Kontakte zwischen Institutionen bzw. Berufsgruppen innerhalb des Gesundheitswesens, die Differenz zu anderen ressortübergreifenden Kontakten war aber deutlich geringer als bei den Standorten 1 und 2.

Abb. 3: Grafische Darstellung der Vernetzung an Modellstandort 3 zu Beginn des Modellprojekts (Prä) auf Basis der mittleren Kontakthäufigkeiten der einzelnen Institutionen/Berufsgruppen



Insofern bestand für Standort 3 auch kein so deutlicher Entwicklungsbedarf wie bei den Standorten 1 und 2. Wünschenswert war aber dennoch, auch hier künftig niedrigschwelligere Zugangswege zu Familien noch zentraler ins Netz einzubeziehen.

Zentralität im Vergleich von Prä zu Post

Anhand der oben beschriebenen Zentralitätskennziffer Betweenness lässt sich eine Rangreihe der Zentralität der Institutionen bzw. Berufsgruppen an den drei Modellstandorten sowohl Prä als auch Post darstellen. Es ist dabei zu bedenken, dass Änderungen an der Zentralität auch darauf zurückgeführt werden könnten, dass zum zweiten Messzeitpunkt eventuell andere Personen auf die Befragung geantwortet haben als zum ersten. Die berechneten Ergebnisse sollen aber dennoch dargestellt werden, um zu verdeutlichen, welche Schlüsse aus der Methode der sozialen Netzwerkanalyse für die Praxis gezogen werden können.

Betrachtet man jeweils die ersten fünf Plätze absteigend, so wird deutlich, dass an allen drei Standorten sowohl zu Beginn als auch nach Beendigung des Modellprojekts das Jugendamt einen sehr zentralen (meist den zentralsten) Platz im Netz einnahm. Ebenfalls immer zentral vertreten waren zu beiden Messzeitpunkten in allen drei Städten die niedergelassenen Hausärzt/-innen. Für Standort 1 ergibt sich folgendes Bild (siehe Tabelle 3):

Tab. 3: Standort 1 – Rangfolge der Zentralität der Berufsgruppen/Institutionen Prä vs. Post

Standort 1			
Prä		Post	
Rangfolge	Betweenness	Rangfolge	Betweenness
Jugendamt	34,01	Jugendamt	39,87
niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater/-innen bzw. -psychotherapeuten/-innen	24,76	niedergelassene Kinderärzt/-innen	14,98
Gesundheitsamt	22,63	niedergelassene Hausärzt/-innen	14,10
niedergelassene Hausärzt/-innen	18,61	Gesundheitsamt	11,25
niedergelassene Frauenärzt/-innen	13,52	niedergelassene Hebammen/Entbindungspfleger	6,76

Der Vergleich der beiden Untersuchungszeitpunkte zeigt am Beispiel des Standorts 1, dass nach Beendigung des Modellprojekts die Berufsgruppe der niedergelassenen Kinderärzt/-innen sowie die niedergelassenen Hebammen/Entbindungspfleger zu den fünf zentralsten Akteuren im Netz zählten. Die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater/-innen bzw. -psychotherapeut/-innen sowie die niedergelassenen Frauenärzt/-innen zählten hingegen nicht mehr zu den zentralsten Gruppen. Unter die »Top 10« sind hingegen die Frühförderstellen und die Geburtskliniken aufgerückt.

Betrachtet man Standort 2, so fällt auf, dass die Polizei sowie die Erziehungsberatungsstellen hier zu Beginn sehr zentrale Stellungen im Netz hatten. Nach dem Modellprojekt nahmen hingegen eher Institutionen und Berufsgruppen mit einem frühen, breiten und niedrigschwelligen Zugang zu Familien zentrale Plätze ein, nämlich die Geburtskliniken und die Kindertagesstätten (siehe Tabelle 4).

Tab. 4: Standort 2 – Rangfolge der Zentralität der Berufsgruppen/Institutionen Prä vs. Post

Standort 2			
Prä		Post	
Rangfolge	Betweenness	Rangfolge	Betweenness
Jugendamt	34,22	niedergelassene Kinderärzt/-innen	43,76
niedergelassene Kinderärzt/-innen	32,49	Jugendamt	23,05
niedergelassene Hausärzt/-innen	12,79	Kindertagesstätten	11,08
Polizei	8,06	Geburtskliniken	8,47
Erziehungsberatungsstellen	6,28	niedergelassene Hausärzt/-innen	7,67

Frühförderstellen und Geburtskliniken zählten an Standort 3 nur zu Beginn des Projekts zu den zentralsten Einrichtungen. Bei der zweiten Erhebung rückten die Erziehungsberatungsstellen sowie die niedergelassenen Frauenärzt/-innen in die Gruppe der fünf zentralsten Akteure im Netz auf (siehe Tabelle 5).

Tab. 5: Standort 3 – Rangfolge der Zentralität der Berufsgruppen/Institutionen Prä vs. Post

Standort 3			
Prä		Post	
Rangfolge	Betweenness	Rangfolge	Betweenness
Jugendamt	24,56	Jugendamt	36,13
niedergelassene Kinderärzt/-innen	15,89	niedergelassene Hausärzt/-innen	26,38
niedergelassene Hausärzt/-innen	11,31	Erziehungsberatungsstellen	22,18
Frühförderstellen	11,14	niedergelassene Frauenärzt/-innen	20,76
Geburtsklinik	9,79	niedergelassene Kinderärzt/-innen	15,63

Diskussion

Die hier dargestellte erste Pilotuntersuchung der Vernetzungssituation dreier Städte in Deutschland im Rahmen des Modellprojekts »Guter Start ins Kinderleben« zeigte, dass die Methode der sozialen Netzwerkanalyse für Netzwerke im Bereich Frühe Hilfen und im Kinderschutz gewinnbringend angewendet werden kann. Weiterhin wurde entgegen bisheriger Erfahrungen und/oder Vorurteile deutlich, dass sich empirische Forschung auch in der deutschen Jugendhilfe durchführen und für die Praxis nutzen lässt (AlEissa et al., 2009).

Eine methodische Einschränkung betrifft den geringen Rücklauf an auswertbaren Datensätzen und der damit selektiven Untersuchungsgruppe. Dies gilt insbesondere für die niedergelassen tätigen Berufsgruppen, da hier die Meinung beispielsweise eines Kinderarztes nicht als repräsentativ für die gesamte Berufsgruppe angesehen werden kann, denn es ist anzunehmen, dass sich eher einzelne engagierte Personen an der Befragung beteiligt haben. Bezüglich größerer Institutionen mag auch die Meinung Einzelner bedeutsam sein, da eine engagierte Person genügen kann, um eine gelingende Kooperation mit einer anderen Institution zu betreiben. Erfreulich ist, dass sowohl zu Beginn des Modellprojekts als auch nach Beendigung der Modellprojektphase Institutionen und Berufsgruppen aus unterschiedlichsten Ressorts an allen drei Standorten vertreten sind.

Der Vergleich der Ergebnisse zu Beginn des Modellprojekts und nach Beendigung der Modellprojektphase sollte vorsichtig interpretiert werden, da anhand der vorliegenden Daten nicht mit Sicherheit gesagt werden kann, dass Änderungen in der Vernetzung tatsächlich auch auf die Aktivitäten im Modellprojekt zurückgeführt werden können. Denkbar ist auch, dass Änderungen zu Stande gekommen sind, weil zum ersten und zweiten Messzeitpunkt jeweils andere Personen geantwortet haben. Weiterhin werden auch andere Aspekte wie die zunehmende öffentliche Debatte um Prävention im Kinderschutz, verpflichteten U-Untersuchungen oder der Ausbau der Kindertagesbetreuung für unter Dreijährige einen Einfluss auf die hier untersuchten lokalen Netzwerke gehabt haben.

Dennoch lassen sich die Ergebnisse sowohl der ersten als auch der zweiten Untersuchungsphase durchaus im Sinne der sinnvollen Nutzung einer sozialen Netzwerkanalyse für die Frühen Hilfen und den Kinderschutz interpretieren.

In der Zusammenschau der grafischen und rechnerischen Ergebnisse wird deutlich, dass es standortübergreifend strukturelle Schwachstellen der Vernetzung zu geben scheint. Diese liegen in der Vernetzung der Institutionen der Jugendhilfe untereinander sowie an den Übergängen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Innerhalb des Gesundheitssystems zeigte sich die Vernetzung über alle drei untersuchten Standorte hinweg relativ gut. Bemerkenswert ist in dieser Hinsicht allerdings, dass Hebammen/Entbindungspfleger weniger zentral im Netzwerk sind, als erwartet und gewünscht. Sie erscheinen nur bei Standort 1 in der Posterhebung unter den Top 5 der zentralen Institutionen. Hausarzt/-innen und Kinderarzt/-innen hingegen befinden sich über alle Standorte hinweg zu allen Messzeitpunkten unter den Berufsgruppen, denen eine Verteiler- und Steuerungsfunktion im Netz zukommt. Dies ist insofern erfreulich, als dass nahezu alle Familien früh in Kontakt mit Kinderärzten kommen.

Zusammenfassend sind die Netzwerke also zum Ende der Modellprojektphase eher geprägt durch Berufsgruppen und Institutionen, die einen frühen und niedrigschwelligen Zugang

zu Familien haben, sowie durch das Jugendamt, dem aufgrund der gesetzlichen Grundlagen die zentrale Steuerungsfunktion im Kinderschutz zukommt. Jugend- und Gesundheitshilfe sind am zweiten Messzeitpunkt besser vernetzt. Es besteht für diesen Übergang dennoch Verbesserungsbedarf.

Des Weiteren zeigten sich neben den strukturellen Gemeinsamkeiten der drei Standorte auch individuelle Stolpersteine, die deutlich machen, dass Vernetzung nicht überall nach einem einheitlichen Vorgehen verbessert werden kann. Es gilt nicht, das Rad immer wieder neu zu erfinden, aber dennoch lokale Besonderheiten systematisch zu erfassen und gezielt darauf zu reagieren, um ein optimales Netz Früher Hilfen für Familien zu etablieren.

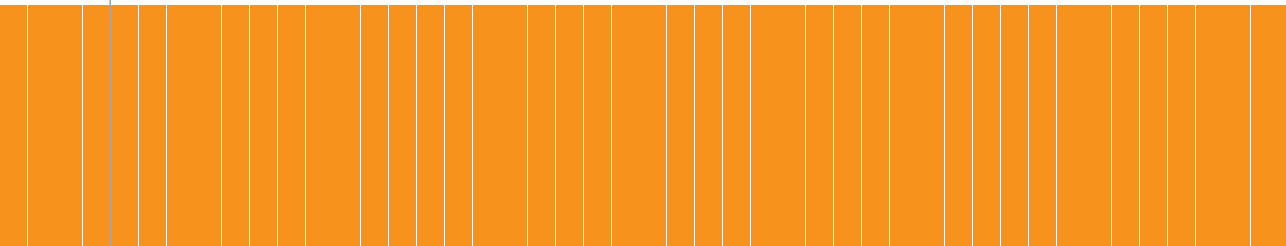
Für künftige Untersuchungen erscheint es aufgrund des geringen schriftlichen Rücklaufs sinnvoll, die Daten telefonisch zu erheben und damit auch bisher Unbeteiligte zur Teilnahme zu motivieren (Freeman et al., 2009). Außerdem sind die Vor- und Nachteile der Anonymisierung zu diskutieren. Durch Anonymisierung erhofft man, die sozial erwünschten Antworten zu reduzieren und somit ein realistischeres Bild zu erhalten. Allerdings zeigte die Beurteilung der Qualität der Kontakte, dass dennoch ein Deckeneffekt vorlag, nachdem alle Institutionen oder Berufsgruppen als »eher gut« oder »gut« in der Kooperation beurteilt werden (Künster et al., akzeptiert). Zudem stellt die Anonymisierung ein methodisches Problem dar, wenn es darum geht, Unterschiede im Verlauf darzustellen, da sich nicht nachvollziehen lässt, ob jeweils die gleichen oder andere Personen an der Befragung teilgenommen haben.

Insgesamt aber scheint die Methode der sozialen Netzwerkanalyse ein praktikables und gewinnbringendes Verfahren für die Praxisentwicklung im Bereich der Frühen Hilfen zu sein, um bestehende kommunale Kooperations- und Vernetzungsstrukturen zu analysieren und daraus ggf. Verbesserungsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit zwischen Institutionen abzuleiten.

LITERATUR

- AlEissa, M.A., Fluke, J.D., Gerbaka, B., Goldbeck, L., Gray, J., Hunter, N., Madrid, B., Van Puyenbroeck, B., Richards, I., Tonmyr, L. (2009). A commentary on national child maltreatment surveillance systems: Examples of progress. *Child abuse & neglect* (33), S. 808-814.
- Borgatti, S.P., Everett, M.G., Freeman, L.C. (2002). *UCINET 6 for Windows: Software for Social Network Analysis*. Harvard, M.A.: Analytic Technologies.
- Borgatti, S.P., Mehra, A., Brass, D., Labianca, G. (2009). Network Analysis in the Social Sciences. *Science*, 323(5916), S. 892-895
- Freeman, L.C. (1979). Centrality in Social Networks: Conceptual Clarification. *Social Networks* 1, S. 215-239.
- Friedmann S.R., Reynolds, J., Quan, M.A., Call, S., Crusto, S.A., Kaufman, J.S. (2007). Measuring changes in interagency collaboration: an examination of the Bridgeport Safe Start Initiative. *Eval Program Plan* 30 (3), S. 294-306.
- Künster, A.K., Knorr, C.C., Fegert, J.M., Ziegenhain, U. (akzeptiert). Soziale Netzwerkanalyse interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung in den Frühen Hilfen: Eine Pilotuntersuchung, Eingereicht im Mai 2010 bei: Bundesgesundheitsblatt.
- Künster, A.K., Schöllhorn, A., Knorr, C.C., Fegert, J.M., Ziegenhain, U. (akzeptiert). Kooperation und Vernetzung im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz: Bedeutung evidenzbasierter Methoden. Eingereicht bei: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Mai 2010.
- Ziegenhain, U., Schöllhorn, A., Künster, A.K., Hofer, A., König, C., Fegert, J.M. (2010). Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich der Frühen Hilfen und im Kinderschutz. Köln: Nationalen Zentrums Frühe Hilfen.

SILKE BORCHARDT, MARISA BENZ, ANDREAS EICKHORST,
KERSTIN SCHOLTES, HORTENSE DEMANT, KAI GÖTZINGER,
HUBERT KÖHLER, MANFRED CIERPKA:
**VERMITTLUNGSWEGE IN AUFSUCHENDEN MASSNAHMEN
DER FRÜHEN HILFEN**



Beschreibung der Versorgungslandschaft des Saarlandes: Wie sind die aufsuchenden Hilfemaßnahmen in die strukturellen Gegebenheiten vor Ort eingebunden?

Der vorliegende Artikel möchte die unterschiedlichen Zugangswege für risikobelastete Familien zu Maßnahmen der Frühen Hilfen thematisieren. Unter Nutzung der Möglichkeit, innerhalb des Modellprojektes »Keiner fällt durchs Netz« die Vermittlungswege innerhalb eines kompletten Bundeslandes (Saarland) mit den jeweiligen unterschiedlichen strukturellen Besonderheiten vor Ort über einen längeren Zeitraum zu beobachten, sollen unterschiedliche Muster an Vermittlungswegen analysiert werden. Es erfolgt eine vorsichtige Interpretation der vorliegenden Daten entlang unterschiedlicher Aspekte der Strukturqualität vor dem Hintergrund der Frage, inwieweit und über welche differentiellen regionalen Wege risikobelastete Familien tatsächlich den erforderlichen Zugang zu einer speziell auf sie zugeschnittenen Hilfsmaßnahme erhalten. Hier sind die innerhalb des Zeitablaufs relativ konstanten Charakteristika der jeweiligen Leistungserbringer bzw. Institutionen vor Ort im Fokus, welche im Bereich der Jugend- und Gesundheitshilfe innerhalb der frühen Kindheit tätig sind.

Im engeren Sinne gemeint sind Charakteristika wie die zur Verfügung stehenden Mittel und Ressourcen sowie die physische und organisatorische Arbeitsumgebung (vgl. Herzog & Stein, 2000), insbesondere die daraus resultierenden Arbeitsabläufe, Informationswege und Vernetzungsmöglichkeiten.

Berücksichtigt man hierbei erste Studien zur Wirksamkeit von Maßnahmen (z.B. Psychotherapie) bei jenen Menschen, welche (subjektiv und/oder objektiv) Hilfe benötigen, so wird seit der wegbereitenden »Consumer Reports Study« (vgl. Seligman, 1995) nochmals deutlich, wie entscheidend für den Erfolg einer Maßnahme die aktive Beteiligung der Klientel (Personenorientierung) insbesondere hinsichtlich der Wahl und Dauer der Maßnahmen ist. Damit jedoch eine Maßnahme jenseits ihrer Wirksamkeit bei der speziellen Klientel der Frühen Hilfen überhaupt greifen kann, ist gleichermaßen entscheidend, zu einem Betreuungsangebot »hingeführt« zu werden, da es sich häufig um Familien handelt, die noch nie in ihrem Leben Hilfe erfahren haben und somit über kein inneres Schema verfügen, wie man sich selbst aktiv Hilfe sucht und was es bedeutet, von jemandem Hilfe zu erhalten.

Die angebotenen präventiven Maßnahmen der Frühen Hilfen werden sich also daran messen lassen müssen, in wieweit die spezielle Hilfsmaßnahme der aufsuchenden Arbeit tatsächlich in die jeweiligen unterschiedlichen Sozialräume zu den unterschiedlichen Familien gelangt ist und welche Vermittlungswege dazu beigetragen haben.

Das zugrunde liegende Präventionsprojekt »Keiner fällt durchs Netz«

Das Projekt »Keiner fällt durchs Netz«¹ basiert auf den theoretischen Grundlagen und praktischen Erfahrungen bereits erprobter und bewährter Bausteine der Frühförderung in Deutschland und im Ausland. Ziel ist es, dass bestehende Hilfestellungen in der frühen Kindheit von belasteten Familien angenommen werden, noch bevor es zu einer möglichen Gefährdung des Kindeswohls kommt (vgl. www.fruehehilfen.de), Cierpka, 2009 und Eickhorst, 2008). Das Projekt wird unter anderem seit 2008 flächendeckend im Saarland in allen sechs dortigen Gebietskörperschaften implementiert. Eine besondere Herausforderung hierbei ist die unternommene Gratwanderung, einerseits die bereits bestehenden Angebote dieses Agglomerationsraums zu nutzen und im Rahmen einer guten Vernetzung optimal einzusetzen, andererseits aber auch die vom Projekt neu eingebrachten Angebote gut in die Helfelandschaft vor Ort einzubinden (vgl. Cierpka, 2009; Eickhorst, 2009).

Um eine sozial stark belastete Familie zu erreichen und sie zu fördern, sind in einem frühen Zeitfenster folgende drei Schritte notwendig:

- Das Herstellen eines Zugangs zur Familie
- Die Identifizierung einer Risikokonstellation
- Eine Vermittlung zu einer angemessenen Intervention

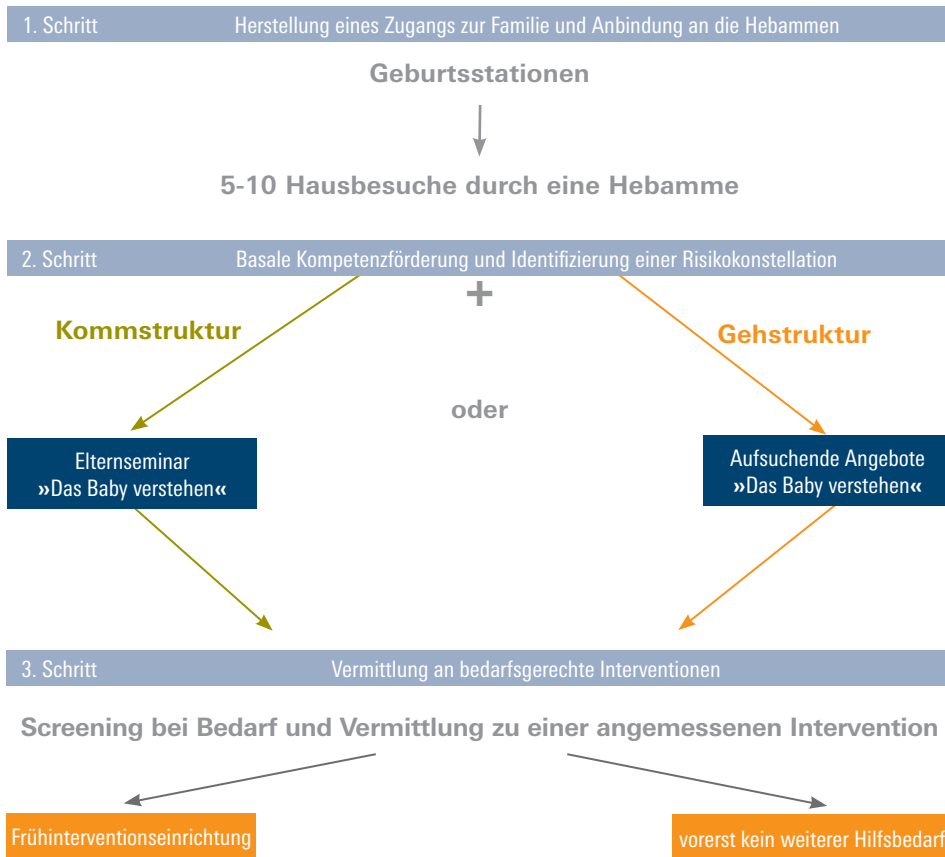
Mit »Keiner fällt durchs Netz« wird ein Konzept umgesetzt und erprobt, das die Kontaktaufnahme, die Identifikation und die Vermittlung zu einem angemessenen Unterstützungsangebot in den bereits bestehenden Hilfestrukturen bei Familien mit und ohne Risikokonstellation erlaubt. Durch die Implementierung des Konzeptes in einzelnen Gebietskörperschaften erhält das Projekt Modellcharakter, um in andere Regionen Deutschlands transferiert werden zu können.

Das Kernstück der vom Projekt neu eingebrachten Angebote, um welches es im Folgenden gehen soll, besteht aus der aufsuchenden Arbeit durch Familienhebammen oder Sozialmedizinische Assistent/-innen (SMAs) mit regelmäßigen Hausbesuchen bei belasteten Familien während des ersten Lebensjahres eines neugeborenen Säuglings (Näheres zur Arbeit von Familienhebammen siehe z.B. Schneider, 2009 oder Schneider, 2006).

¹ Unterstützt und gefördert durch das Ministerium für Arbeit, Familie, Prävention, Soziales und Sport des Saarlandes, die Friedrich Naumann Stiftung für die Freiheit, die Hessenstiftung »Familie hat Zukunft« sowie die Karl Kübel Stiftung für Kind und Familie

VERMITTLUNGSWEGE IN AUFSUCHENDEN MASSNAHMEN

Abb. 1: »Drei-Schritte-Schema« der Vermittlung bedarfsgerechter Präventions- und Interventionsangebote

**Zugang zu den Familien**

Entscheidend ist eine niedrige, nicht als diskriminierend erlebte Zugangsschwelle, denn eine entscheidende Problematik potentieller Risikofamilien ergibt sich aus dem vorherrschenden Lebensgefühl von Resignation und Passivität. Im ersten Schritt unseres Konzeptes (vgl. Abb.1) ist daher vorgesehen, zunächst allen Familien eine Betreuung durch eine Hebamme anzubieten. Wenn sich die Eltern nicht im Rahmen von Geburtsvorbereitungskursen oder aufgrund von Empfehlungen durch Bekannte bereits während der Schwangerschaft selbst eine Hebamme ausgesucht haben, werden sie auf der Geburtsstation einer Hebamme zugeteilt. Die Hilfsperson bekommt mit deren Einverständnis die Adresse der Eltern und wird sich in den ersten Tagen nach der Geburt bei der Familie melden. Wenn alle Familien im Rahmen der Regelversorgung Unterstützung durch eine Hebamme bei der Pflege des Kindes und beim Stillen bekommen, werden die Hausbesuche auch nicht als Diskriminierung oder Übergriff wahrgenommen.

Die Hebammen sind nicht nur in der Lage, Risiken bei Kind und Eltern in ihrem häuslichen Umfeld zu erkennen, sondern können auch äußerst wichtige Motivationsarbeit leisten, indem sie Angst- und Schamgefühle vor der Inanspruchnahme von weiteren Unterstützungsangeboten abschwächen.

Basale Kompetenzförderung aller Eltern

Ein wichtiger Baustein im Konzept ist die basale Kompetenzförderung von Eltern mit dem Elternkurs »Das Baby verstehen« (Gregor & Cierpka 2004). werdende und »frischgebackene« Eltern können im Rahmen dieses Angebots für ihre (potentiellen) Schwierigkeiten im Umgang mit dem Kind sensibilisiert werden und erste konkrete Hilfestellung erfahren. Die klassische Vorgehensweise bei der Vermittlung der Themen ist ein von Hebammen geleitetes Seminarangebot über fünf Abende, oft eingebettet in die Geburtsvorbereitungskurse (vgl. Abb.1, Schritt 2, sog. Kommstruktur). Die bisherigen Erfahrungen mit Elternseminaren zeigen jedoch, dass sozial stark belastete Familien oder Multiproblemfamilien kaum erreicht werden können. Während ihrer ersten Hausbesuche nach der Geburt des Kindes, die in allen Familien stattfinden sollen, können die Hebammen erfahren, ob die Familie an einem Elternkurs teilnimmt und bei Schwierigkeiten zusätzlich Gehstrukturen wie zum Beispiel eine Eltern-Säuglings-Beratung in Anspruch nimmt. Wird die Familie als sehr belastet eingeschätzt, so wird die Zahl der Hausbesuche erhöht und die Familie während des ganzen ersten Lebensjahrs begleitet (vgl. Abb.1, Schritt 2, sog. Gehstruktur). Diese Leistung kann durch die bereits in der Familie tätige Hebamme erbracht werden, wenn diese zur Familienhebamme ausgebildet ist. Wenn nicht, ist ein Übergang zu einer anderen Familienhebamme fließend zu gestalten, d.h. dass die Person positiv von der Hebamme eingeführt wird und ein bis zwei Besuche gemeinsam stattfinden. Während der Begleitung über das erste Lebensjahr werden die Familienhebammen der Familie den Inhalt des Kurses »Das Baby verstehen« individuell abgestimmt zu Hause vermitteln und so gerade bei den besonders belasteten Familien ebenfalls psychosoziale Kompetenzen fördern können. Dieses Hausbesuchsprogramm wurde inzwischen als Manual erarbeitet und wird als Fortbildung angeboten (www.focus-familie.de).

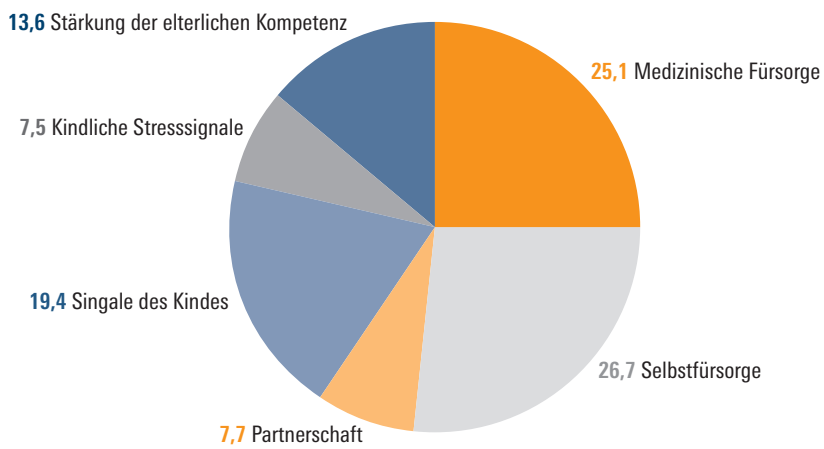
Den Familienhebammen werden Kompetenzen vermittelt

- in der Einschätzung der Mutter-Kind-Interaktionen und Vater-Kind-Interaktionen und dem Bindungsangebot
- im Vermitteln von basalen Interaktionskompetenzen für Eltern und Kind
- im behutsamen Einbezug der Väter und deren Sensibilisierung für frühe Familienprozesse
- in der Einschätzung von Partnerschafts- und Familienkrisen
- in der Gesprächsführung mit dem Schwerpunkt auf Wertschätzung und Ressourcenorientierung
- im Umgang mit Misstrauen und ambivalenten Gefühlen gegenüber dem Hilfsangebot
- im Weiterleiten der hilfesuchenden Mutter bzw. der Eltern an eine adäquate Stelle.

Koordination der Frühen Hilfen vor Ort

Wenn Eltern für ihre Problematik sensibilisiert sind, können sie an eine hilfe anbietende Institution vermittelt werden. Die Vermittlung an dieser Schnittstelle (Schritt 3 in unserem Stufenplan) ist ein entscheidender Prozess, für dessen Gelingen Kenntnisse über die hilfe anbietenden Institutionen vor Ort vorhanden sein müssen und die Vermittler über basale Gesprächsfertigkeiten verfügen müssen. Zur Optimierung der Identifikation von Risikokonstellationen und Vermittlung von primären Präventions- und Interventionsmaßnahmen wird in jeder Gebietskörperschaft ein Arbeitskreis *Netzwerk für Eltern* eingerichtet. Dies ist ein Arbeitskreis mit Mitgliedern aller an der Prävention und Intervention in der frühen Kindheit beteiligten Institutionen und Berufsgruppen, der sich regelmäßig trifft. Dreh- und Angelpunkt des Netzwerks ist der Koordinator bzw. die Koordinatorin, die von allen Mitgliedern angesprochen wird und so Informationen bündelt und geeignete Schritte in die Wege leitet.

Abb.2: Tätigkeitsschwerpunkte der Familienhebammen



Anzahl der stattgefundenen Hausbesuche

Es wurden insgesamt 2797 Hausbesuche im Jahre 2009 im Projektgebiet Saarland dokumentiert. Die Abbildung 2 veranschaulicht die Tätigkeitsschwerpunkte der Familienhebammen, welche überwiegend im psychosozialen Bereich liegen. Lediglich 25 % der Tätigkeitsschwerpunkte lagen im Bereich der medizinischen Fürsorge. So wurde in fast einem Viertel aller Fälle an der Selbstfürsorge der Eltern gearbeitet, gefolgt von der

Arbeit an kindlichen Signalen im Allgemeinen und kindlichen Stresssignalen insbesondere. Die zuzuordnenden Inhalte orientieren sich an der aufsuchenden Variante des Elternkurses »Das Baby verstehen«, welchen die Familienhebammen in den Hausbesuchen durchführen (Cierpka, Scholtes & Wölfer, 2009).

Soziodemografische Daten der Familien

Die Anzahl der im Jahr 2009 neu begonnenen und durch die Familienhebammen betreuten Familien beträgt 223; von ihnen füllten 82 Mütter und 58 Väter die Fragebögen zu soziodemografischen Variablen aus. Gründe für die eher geringe Rücklaufquote von rund 25 % bei den Vätern bzw. knapp 30 % bei den Müttern könnten darin bestehen, dass auch Familien mit Migrationshintergrund betreut wurden, welche aufgrund von Sprach- und Übersetzungsschwierigkeiten nicht immer in der Lage waren, die Fragen zu beantworten. Auch die Länge der Fragebogenpakete (22 Seiten) hat vermutlich zu dieser Rücklaufquote beigetragen. Durch eine Berufstätigkeit des Vaters tagsüber bzw. ein Getrenntleben der Eltern ist erklärbar, weshalb mehr Mütter als Väter die Fragebögen ausgefüllt haben.

Von den 82 Müttern gaben fast 60 % an, in einer festen Partnerschaft oder Ehe zu leben, die übrigen rund 40 % gaben an, alleinerziehend zu sein. Rund 20 % der Mütter und Väter haben gar keinen Schulabschluss und rund 50 % einen Hauptschulabschluss. Das Durchschnittsalter der Mütter liegt bei 24 Jahren, das der Väter bei 29 Jahren. Fast 90 % der Mütter und Väter gaben an, Deutsch als Muttersprache zu sprechen. Rund ein Viertel der Mütter berichteten, Komplikationen bei der Geburt gehabt zu haben.

Betrachtung der Vermittlungswege

Methode

Grundlage der im Folgenden präsentierten Daten ist die Dokumentation der Projektkoordinator/-innen, welche die jeweiligen vor Ort tätigen Koordinator/-innen der sechs saarländischen Gebietskörperschaften über die Projektzeit hinweg regelmäßig leisten. In den Abbildungen 3-9 werden die absoluten Häufigkeiten der Anfragen und daraus resultierenden neuen Fälle grafisch veranschaulicht. Eine Anfrage besteht in einer lediglichen Kontaktaufnahme bezüglich einer bestimmten Familie zu den Projektkoordinator/-innen. Diese muss nicht zwangsläufig in einen durch aufsuchende Arbeit betreuten Fall münden; oftmals lassen sich auch andere Hilfsmaßnahmen im Rahmen der Frühen Hilfen einleiten (z.B. Weitervermittlung an eine Frühfördereinrichtung). Daher sind die Anzahl der Anfragen und die Fallzahlen auch voneinander verschieden.

Die vorliegenden statistischen Auswertungen beziehen sich auf den Erhebungszeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 31. Dezember 2009. In die Statistik gingen alle Daten der monatlich durch die Koordinator/-innen auszufüllenden Dokumentationsbögen ein, die dem Institut

für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie über den oben genannten Zeitraum im März 2010 vorlagen. Mögliche Abweichungen der hier vorliegenden Zahlen von der tatsächlich geleisteten Arbeit aufgrund unvollständiger Dokumentation können nicht ausgeschlossen werden.

Die Gebietskörperschaften werden im Folgenden in pseudonymisierter Form (Landkreis 1-6) aufgeführt².

Ergebnisse: Landesweite Daten

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Dokumentation für Projektkoordinator/-innen vorgestellt und mit vorsichtigen Hypothesen über das mögliche Zustandekommen der Fallzahlen verknüpft.

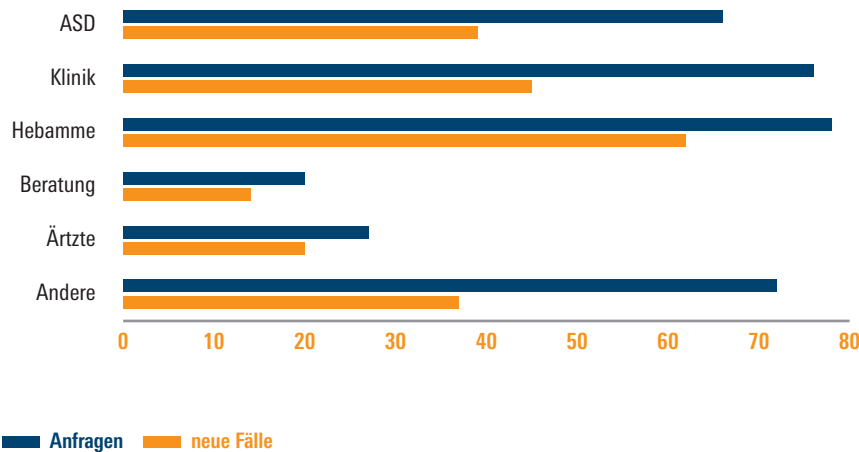
Insgesamt wurden im Jahr 2009 im Projektgebiet des Saarlandes laut Dokumentation 223 Familien neu in die Betreuung durch Familienhebammen aufgenommen. Zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Artikels lagen die Geburtenzahlen des Saarlandes für 2009 noch nicht vor, sodass als Anhaltspunkt auf die Zahlen aus dem Jahr 2008 zurückgegriffen wurde. Insgesamt wurde für das Jahr 2008 eine Anzahl von 7158 Geburten registriert (vgl. Landesamt für zentrale Dienste, Statistisches Amt). Geht man nun, basierend auf den aktuellen saarländischen Geburtenzahlen, von einem Anteil an stark belasteten Familien mit hohem Entwicklungsrisiko des Kindes zwischen 5 % und 10 % aus (vgl. Zierau & Gonzáles, 2005 sowie den UNICEF-Report 2005), so lässt sich daraus jener Anteil an Familien ermitteln, welcher über das Projekt im Saarland erreicht wurde. Da die regionalen Gegebenheiten je nach Landkreis variieren, bietet sich das Zugrundelegen eines Anteils von 8 % an stark belasteten Familien innerhalb des Saarlandes als mittlerer Wert an. In diesem Fall wurden ca. 40 % dieses Anteils (also N = 223 Familien) erreicht. Legt man einen Anteil an stark belasteten Familien von 5 % zugrunde, so erhöht sich der Anteil an über das Projekt erreichten Familien auf ca. 60 %.

Abbildung 3 veranschaulicht grafisch, dass in 2009 die meisten Anfragen (23 %) und daraus resultierenden Fallzahlen (27,8 %) aus der Berufsgruppe der Nachsorgehebammen stammen. Eine mögliche Erklärung hierfür ist der landkreisübergreifende intensive Austausch zwischen den Familienhebammen, welche auch in der Schwangeren- und Nachsorge tätig sind, und den regulär im Gesundheitswesen tätigen Hebammen. Hier könnte sich auch der gute Zugang zeigen, den die Hebammen zu

² Die tatsächlich geleistete Arbeit innerhalb der einzelnen Landkreise und die erfolgte Dokumentation sind nicht genau deckungsgleich. So lagen von Landkreis Nr. 4 zum Zeitpunkt der Datenauswertung größtenteils nur Daten des zweiten Halbjahres 2009 vor.

den von ihnen im Rahmen der Vor-/Nachsorge betreuten Familien haben, von denen dann einige aufgrund des Vertrauensverhältnisses weiteren Hilfsbedarf signalisieren. Die Geburtskliniken haben einen Anteil von rund 20 % an den durch die Familienhebammen betreuten Fällen. Weitere 9 % der Fallzahlen resultieren aus Anfragen der Ärzteschaft an das Projekt (z.B. niedergelassenen Gynäkologen). Zusammengefasst kommt über die Hälfte der Fallzahlen (53 %) aufgrund von Anfragen des Gesundheitssektors (Geburtskliniken, Nachsorgehebammen und Ärzte) zustande. Dass nur etwa ein Zehntel der Fallzahlen durch die niedergelassenen Ärzte zustande kommt, kann auf einen je nach Landkreis unterschiedlich intensiven Austausch zwischen Projektmitarbeitern und niedergelassenen Ärzten zurückgeführt werden. Generell lohnt es sich, die Vernetzung mit dieser Berufsgruppe noch weiter auszubauen. Desweiteren kommen 17,5 % der neuen Fälle durch ASD-Anfragen zustande; 6,3 % der Fallzahlen resultieren aus Kontaktaufnahmen durch die Beratungsstellen. Ein möglicher Grund für diesen relativ geringen Anteil könnte in der Klientel dieser Beratungsstellen liegen. Eine Vermutung wäre, dass sich Familien aus bildungsferneren Schichten mit Hilfebedarf eher selten aus eigener Initiative an Beratungsstellen wenden. Der Anteil solcher Familien an der Projektstichprobe ist relativ hoch. Auch verschiedene andere Institutionen (z.B. AWO) tragen zum Zustandekommen der Fallzahlen für das Projekt bei (zu insgesamt 16,6 %).

Abb.3 Herkunft und absolute Häufigkeit der Anfragen und neuen Fälle saarlandweit



Bis auf einige Ausnahmen bilden sich die beschriebenen bzw. grafisch veranschaulichten relativen und absoluten Häufigkeiten auch innerhalb der einzelnen Landkreise ab.

Nachfolgend werden die sechs Landkreise anhand ihrer strukturellen Charakteristika und ihrer Besonderheiten hinsichtlich der Fallvermittlung vorgestellt, um unterschiedliche Versorgungswege zu kontrastieren sowie Unterschiede in der Strukturqualität je Landkreis zu beleuchten.

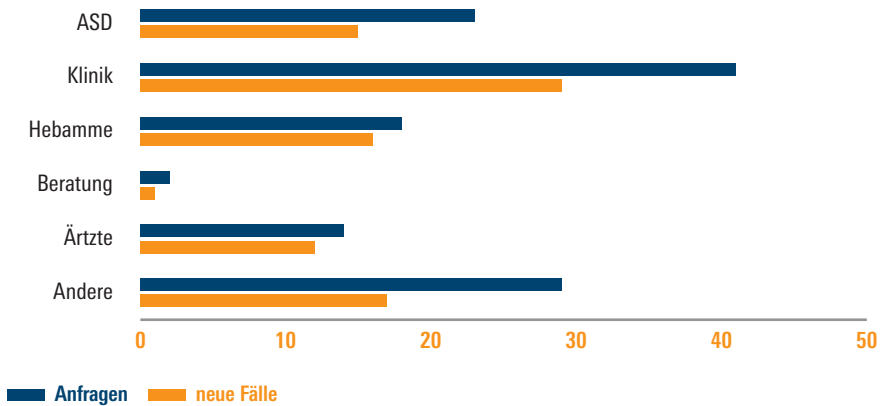
Ergebnisse: Vermittlungswege je Landkreis und damit potentiell verbundene strukturelle Besonderheiten vor Ort

Landkreis Nr. 1: Eine Kernstadt mit den meisten Anfragen durch Kliniken im Vergleich zu anderen Vermittlungswegen

Landkreis Nr. 1 besteht aus einer Kernstadt (vgl. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, 2010), mit dicht verflochtenem Umland. Im Jahr 2008 gab es dort 2404 Geburten (vgl. Landesamt für zentrale Dienste, Statistisches Amt). Von insgesamt 90 betreuten Familien resultiert der höchste Anteil (32,3 %) aus Klinik Anfragen, was Abbildung Nr. 4 in absoluten Häufigkeiten veranschaulicht. Dieser Anteil ist höher als der Anteil von durch Kliniken vermittelten Fällen in allen anderen Landkreisen. Erklärt werden könnte diese hohe Anzahl unter anderem dadurch, dass es bereits vor dem KfdN-Kooperationsprojekt ein Projekt vor Ort gegeben hat, an dem Gesundheits- und Jugendhilfe in Form verschiedener Institutionen beteiligt waren. Dies könnte dazu beigetragen haben, dass innerhalb dieses dicht besiedelten Landkreises schon eine gewachsene Basis zum weiteren Ausbau der Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen ASD, Kliniken und Ärzt/-innen gegeben war.

Der zweithöchste Anteil an Projektfamilien lässt sich auf Anfragen von Nachsorgehebammen zurückführen. Auffallend ist auch, dass es vergleichsweise viele Fälle gibt (13,3 %), die aus Anfragen der niedergelassenen Ärzte resultieren, was auf gute Kontakte zu Ärztestammtischen vor Ort zurückgeführt werden könnte. Zusammenfassend entstammen für diesen Landkreis 63,3 % der Fälle aus dem Gesundheitssektor. An zweithöchster Stelle rangieren jedoch auch Fälle aus anderen Institutionen (18,5 %), denn fast ein Fünftel aller neuen Projektfamilien kommt beispielsweise von der Vormundschaft des Jugendamtes, Familienhebammen, anderen Landkreisen, Gemeinwesenprojekten, Familienzentren und Heimen. Der Anteil von 16,7 % an ASD-Fällen hebt sich nicht wesentlich von den Zuweisungs-Verhältnissen auf der Ebene des gesamten Saarlandes ab. Auffallend für Landkreis Nr. 1 ist allerdings der verglichen mit anderen Landkreisen geringere Anteil von Fällen aus den Beratungsstellen.

Abb.4: Herkunft und absolute Häufigkeit der Anfragen und neuen Fälle in Landkreis Nr. 1



Im Vergleich:

Landkreis Nr. 1 ist derjenige Landkreis mit den meisten Fallzahlen, die aufgrund von Nachfragen der Kliniken an die Projektkoordinator/-innen resultieren (32,2 %). Damit liegt er über dem saarlandweiten Anteil an Klinik Anfragen (20,2 %). Gefolgt wird die Prozentzahl von Landkreis Nr. 1 erst durch einen Anteil von 17,4 % durch Landkreis Nr. 2, einem Landkreis mit geringerer Bevölkerungsdichte.

Landkreis Nr. 1 hat neben Landkreis Nr. 2 ebenfalls den höchsten Anteil an neuen Fällen, die aus Anfragen der Ärzteschaft resultieren (13,3 %).

Interessant ist, dass Landkreis Nr. 1 mit einem Anteil von 1,1 % an vorletzter Stelle rangiert, was die Vermittlungen durch Beratungsstellen betrifft.

Hochverdichtete Kreise

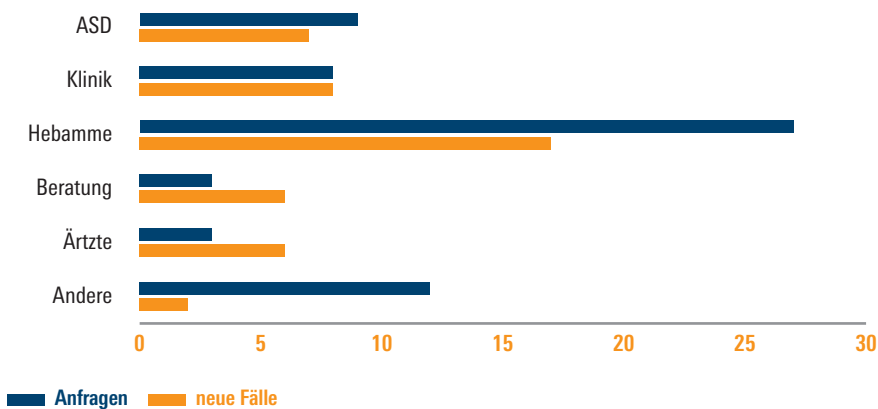
Landkreis Nr. 2: ein Kreis mit dem höchsten Anteil an gemeldeten Fällen durch Nachsorgehebammen verglichen mit anderen Vermittlungswegen

Bei Landkreis Nr. 2 handelt es sich um einen hochverdichteten Kreis (> 300 Einwohner je km²). 2008 gab es dort 952 Geburten. Bei einer Gesamtzahl von N = 46 betreuten Familien resultieren die meisten Fälle (37 %) aus Anfragen der dortigen Nachsorgehebammen, welche z.T. auch eng an die Kliniken angebunden sind. Durch diese Anbindung kommt möglicherweise zustande, dass potentielle Projektfamilien bereits innerhalb der Kliniken durch die Nachsorgehebammen gesehen werden und unmittelbar von dort eine Weitervermittlung an die Koordinator/-innen erfolgt. Hierdurch könnte partiell der relativ geringere Anteil an Klinikfällen erklärt werden. Ein möglicher anderer Grund könnte in einer heterogenen Kooperationsbereitschaft der unterschiedlichen Kliniken liegen. Wenngleich die aus Arztmel-

VERMITTLUNGSWEGE IN AUFSUCHENDEN MASSNAHMEN

dungen resultierenden Fälle nur $N = 6$ betragen, so macht dies immerhin einen Anteil von 13 % an der Gesamtfallzahl für Landkreis Nr. 2 aus. Eine Erklärung hierfür könnte darin liegen, dass die vor Ort tätigen Koordinator/-innen einen guten Kontakt zu den niedergelassenen Ärzt/-innen pflegen und selbst vorher lange Zeit im ambulanten Gesundheitsbereich tätig waren. Zusammengefasst machen die Fallzahlen aus dem Gesundheitssektor hier einen Anteil von 67,4 % aus. Der verglichen mit anderen Landkreisen etwas höhere Anteil an Fallzahlen aus Beratungsstellen (13 %) lässt sich möglicherweise aus einer besonders gezielten Kontaktaufnahme und einer daraus etablierten engen Zusammenarbeit erklären.

Abb.5 Herkunft und absolute Häufigkeit der Anfragen und neuen Fälle in Landkreis Nr. 2



Im Vergleich:

Landkreis Nr. 2 hat saarlandweit den drittgrößten Anteil (37 %) an Fällen, die aus Anfragen der Nachsorgehebammen resultieren (nach Landkreis Nr. 4 und Nr. 6) und liegt damit noch über dem saarlandweiten Anteil von 27 % bezogen auf die Gesamtzahl aller neuen Fälle.

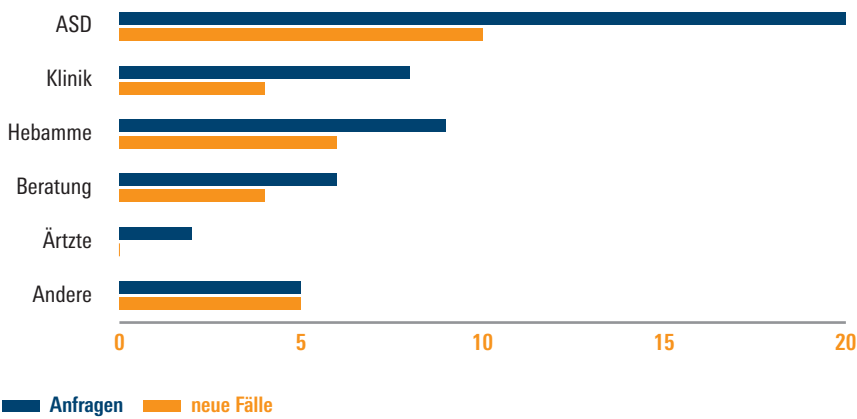
Nach Landkreis Nr. 1 ist Landkreis Nr. 2 auch derjenige Landkreis mit dem höchsten Anteil an neuen Fällen durch niedergelassene Ärzt/-innen (13 %).

Landkreis Nr. 3: Ein Kreis mit dem höchsten Anteil an ASD-Fällen verglichen mit anderen Wegen der Vermittlung

Landkreis Nr. 3 zählt ebenfalls zu den Landkreisen mit einer Bevölkerungsdichte von mehr als 300 Einwohnern je Quadratkilometer. Für das Jahr 2008 wurden dort 1060 Geburten registriert. Abbildung 6 veranschaulicht, dass in diesem Landkreis im Unterschied zur Ebene des gesamten Saarlandes die meisten Fallzahlen (28,6 %) aus Meldungen des ASD resultieren. Ein möglicher Erklärungsversuch dieser Fallzahl könnte darin bestehen, dass die Koordinator/-innen in besonders günstiger Art und Weise einbezogen werden in das In-

formationsnetz der Jugendhilfe und daher die Schwelle des anonymen Anfragens an dieser zentralen Schaltstelle der Hilfevermittlung besonders niedrig ist. Anzumerken ist hierbei jedoch, dass es sich um eine relativ kleine absolute Fallzahl von $N = 10$ handelt. Wenn auch mit sehr geringer Anzahl, so beträgt der Anteil an betreuten Familien, welcher aus Anfragen der Nachsorgehebammen resultiert, 17,1 %, folgt also direkt dem ASD-Anteil. Knapp über ein Zehntel der Fälle kommt durch Klinik Anfragen zustande. Dies könnte an Umstrukturierungen liegen, die innerhalb der Kliniken vor Ort stattgefunden haben. Nicht zuletzt hat eine der Kliniken einen hohen Anteil an Frauen, welche lediglich zur Entbindung ins Saarland kommen, jedoch in anderen Bundesländern beheimatet sind und somit nicht an der Betreuung im Rahmen des Projekts teilnehmen können. Aus den wenigen Anfragen der niedergelassenen Ärzt/-innen resultiert kein tatsächlicher Fall, was darauf beruhen könnte, dass es mit dieser Berufsgruppe bislang noch nicht gelungen ist, im Rahmen des Netzwerks einen stetigen Kontakt zu etablieren. In der Zusammenfassung kommt nur etwa ein Viertel der Fallzahlen aus Anfragen des Gesundheitssektors, ein Muster, das sich von der Ebene des gesamten Saarlandes etwas abhebt.

Abb.6 Herkunft und absolute Häufigkeit der Anfragen und neuen Fälle in Landkreis Nr. 3



Im Vergleich:

Landkreis Nr. 3 steht mit seinem Anteil von 28,6 % an neuen ASD-Fällen an vorderster Stelle und liegt damit auch über dem saarlandweiten Anteil von ASD-Fällen (17,5 %).

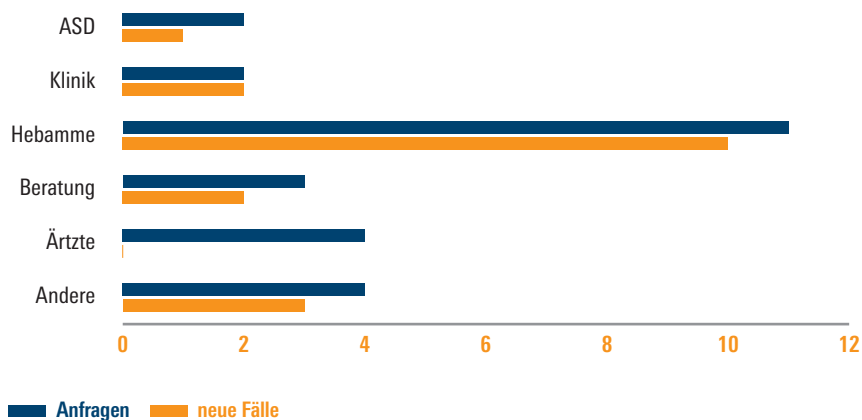
Landkreis Nr. 4

Für Landkreis Nr. 4 liegen lediglich Daten des zweiten Halbjahres 2009 vor. Für das Jahr 2008 wurden 1375 Geburten registriert. Aufgrund der Anzahl betreuter Familien von insgesamt lediglich 18 sind hier die Interpretationen unter Vorbehalt zu sehen. Wie Abbildung 7 veranschaulicht, resultieren 55,6 % der betreuten Familien aus Anfragen der vor Ort tätigen

VERMITTLUNGSWEGE IN AUFSUCHENDEN MASSNAHMEN

Nachsorgehebammen. Als Erklärungsansatz könnte wieder ein enges informelles Informationsnetz zwischen allen Hebammen dieses Landkreises dienen. Auffallend ist auch hier, dass es keine neuen Fälle von niedergelassenen Ärzt/-innen gibt. Insgesamt jedoch kommen 66,7 % aller neuen Fälle aus dem Gesundheitssektor. Im Unterschied zu den anderen Landkreisen entstammen weniger als ein Zehntel aller neuen Fälle der Kooperation mit dem ASD. Die unter »Andere« abgebildete Fallzahl (N = 3) kommt durch Anfragen der ARGE und durch Selbstmelder zustande.

Abb.7 Herkunft und absolute Häufigkeit der Anfragen und neuen Fälle in Landkreis Nr. 4



Im Vergleich:

Landkreis Nr. 4 hat mit 55,6 % den größten Anteil an neuen Fällen, welche aus Meldungen der Nachsorgehebammen resultieren, und liegt damit über dem Anteil bezogen auf das gesamte Saarland (27,8 %).

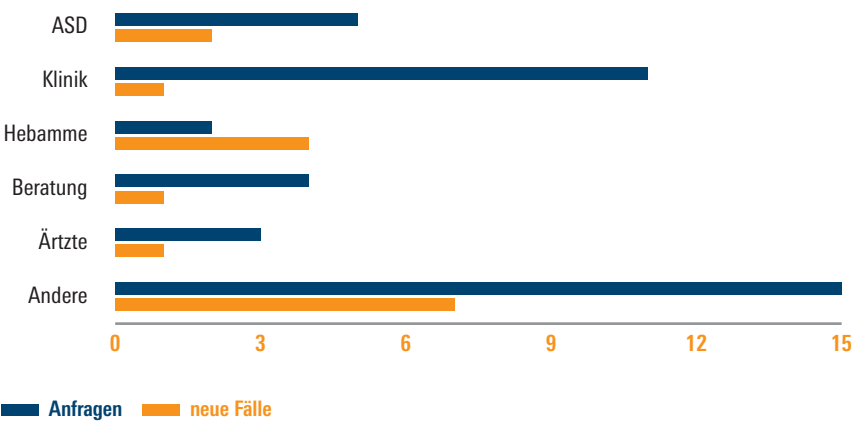
Vergleichsweise geringer verdichtete Kreise

Landkreis Nr. 5: ein Kreis mit dem höchsten Anteil an Fallzuweisungen durch sonstige (»andere«) Institutionen/Berufsgruppen verglichen mit anderen Vermittlungswegen

Bei Landkreis Nr. 5 handelt es sich im Vergleich zu den oben genannten Landkreisen um einen Landkreis mit einer Bevölkerungsdichte von mehr als 150 Einwohnern je Quadratkilometer. Dies schlägt sich sowohl in einer Geburtenzahl von 603 für das Jahr 2008 als auch in einer geringeren Fallzahl von 16 nieder. Die jeweils geringen absoluten Häufigkeiten und Interpretationen der Fallzahlen können daher auch nur als Tendenzen betrachtet werden. Die Abbildung 8 veranschaulicht, dass die meisten der betreuten Familien (43,8 %) aus Meldungen der sogenannten »anderen« Institutionen bzw. Berufsgruppen resultieren. Hierbei handelt es sich um ein Familienberatungszentrum, Selbstmelder, die Vormundschaft des Jugendamts, eine Kinderklinik und einen anderen Landkreis. Ein Viertel der neuen Fälle

stammt von Nachsorgehebammen, die auch in Landkreis Nr. 5 eng mit den Familienhebammen kooperieren, welche wiederum selbst nach wie vor in der Nachsorge tätig sind. Es gibt nur jeweils eine Familie, die aufgrund der Klinik- und Arztanfragen in Betreuung genommen wurde. Auffallend ist hier die Diskrepanz zwischen den Anfragen der Kliniken und der letztlich geringen, daraus resultierenden Fallzahl. Zusammengefasst entstammt nur knapp ein Drittel aller neuen Fälle dem Gesundheitssektor.

Abb.8 Herkunft und absolute Häufigkeit der Anfragen und neuen Fälle in Landkreis Nr. 5



Im Vergleich:

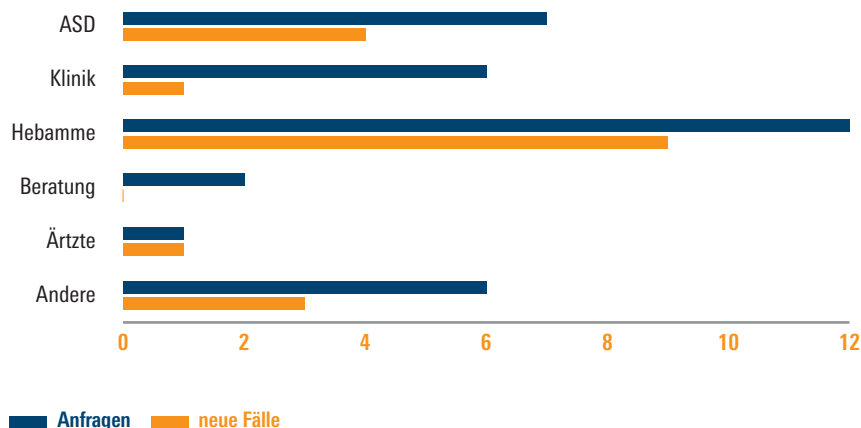
Betrachtet man die Gesamtheit aller durch »andere« Institutionen/Berufsgruppen gemeldeten Fälle (N = 45), so fällt auf, dass hier Landkreis Nr. 5 nach Landkreis Nr. 1 (18,9 %) diesbezüglich an zweiter Stelle steht. Dies könnte auf eine jeweils breit gestreute Netzwerkarbeit zurückgeführt werden.

Landkreis Nr. 6

Auch bei Landkreis Nr. 6 handelt es sich um einen geringer verdichteten Kreis, was sich ebenfalls in einer geringeren Geburtenzahl von 764 für das Jahr 2008 sowie einer relativ geringen Zahl neuer Fälle niederschlägt (N = 18). Genau die Hälfte dieser Fälle resultiert aus Anfragen der nachsorgenden Hebammen, welche z.T. jedoch auch in der Klinik vor Ort tätig sind bzw. in einem engen Austausch mit selbiger stehen. Knapp über ein Fünftel der neuen Fälle sind ASD-Fälle. Die neuen Fälle, die aus Anfragen anderer Institutionen resultieren, machen einen Anteil von 16,7 % aus und stammen von Kooperationspartnern der Jugendhilfe. Jeweils nur ein neuer Fall resultiert sowohl aus Klinik- als auch aus Anfragen niedergelassener Ärzt/-innen. Die durchaus bereits bestehende Kooperation scheint hier noch weiter ausbaufähig. Insgesamt jedoch kommen 55,8 % der neuen Fälle auch in diesem Landkreis aus dem Gesundheitssektor.

VERMITTLUNGSWEGE IN AUFSUCHENDEN MASSNAHMEN

Abb.9 Herkunft und absolute Häufigkeit der Anfragen und neuen Fälle in Landkreis Nr. 6



Im Vergleich:

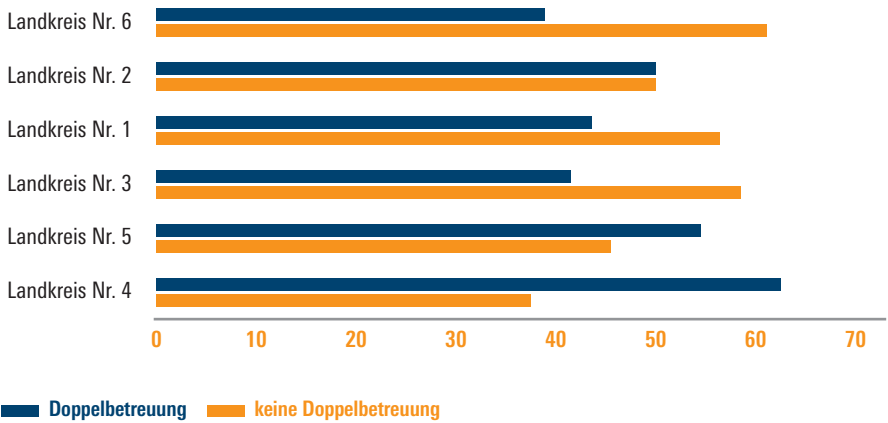
Landkreis Nr. 6 hat saarlandweit den höchsten Anteil an neuen Fällen aus Meldungen der nachsorgenden Hebammen (50 %) und liegt damit über dem Anteil von 27,8 %, der sich auf alle neuen Fälle des Saarlandes aus 2009 bezieht.

Gleichzeitige Betreuung durch Familienhebamme und Jugendamt

In nahezu der Hälfte aller 181 beendeten Fälle saarlandweit wurden Familien sowohl durch Familienhebammen als auch durch Mitarbeiter/-innen des Jugendamtes, z.B. sozialpädagogische Familienhelfer/-innen, betreut. Zum einen kamen diese Doppelbetreuungen dadurch zustande, dass über den ASD, der zuvor schon in stetigem Kontakt mit den betreffenden Familien war, zahlreiche Anfragen an die Projektkoordinator/-innen gerichtet wurden. Zum anderen kam es in einem Teil der Familien nach Hilfeplangesprächen bzw. einem Antrag der Familie auf Gewährung von »Hilfen zur Erziehung« zu einer Arbeitsteilung zwischen Familienhebamme und JugendamtsmitarbeiterIn mit dem Ziel, diesen Familien ein möglichst speziell zugeschnittenes Unterstützungsangebot zukommen zu lassen. Abbildung 10 veranschaulicht in relativen Häufigkeiten, dass in den Landkreisen Nr. 4, Nr. 5 und Nr. 2 in Relation zur jeweiligen Gesamtheit der neuen Fälle die meisten Doppelbetreuungen stattgefunden haben. Hingegen überwiegt in den Landkreisen Nr. 6, Nr. 1 und Nr. 3 der Anteil nicht doppelt betreuter Familien.

Die vorliegenden Ergebnisse lassen sich dahingehend interpretieren, dass es in den einzelnen Landkreisen unterschiedliche Vorgehensweisen hinsichtlich der Inanspruchnahme einer Doppelbetreuung gibt. Gleichwohl befinden sich die Landkreise in einem Prozess der Erarbeitung einheitlicher Kriterien, ab wann eine Doppelbetreuung indiziert ist.

Abb. 10: Relative Häufigkeiten der Doppelbetreuungen je Landkreis



Diskussion: Welche Vermittlungswege bewähren sich? Gibt es eventuell bestehende Lücken hinsichtlich der Erreichbarkeit belasteter Familien durch das Projekt?

Die Konstellation innerhalb des Saarlandes ist für das Projekt »Keiner fällt durchs Netz« durch einige Besonderheiten geprägt. Besonders ist, dass alle sechs Gebietskörperschaften des Bundeslandes an dem Projekt teilnehmen und sich hierdurch in ihrer Versorgungsstruktur gut beforschen lassen. Jeder Landkreis weist seine eigenen, den Projektverlauf begünstigenden Faktoren, jedoch auch seine eigenen regionalen Herausforderungen auf. In allen sechs Gebietskörperschaften gibt es fünf gleiche Zugangswege, deren Gewichtung sich jedoch von Landkreis zu Landkreis unterscheidet: die Vermittlung der Familien an die aufsuchende Arbeit der Familienhebammen bzw. Sozialmedizinischen Assistent/-innen erfolgte über den ASD, die Geburtskliniken, Hebammen der Regelvor- oder –Nachsorge, Beratungsstellen sowie die niedergelassenen Gynäkologen oder Kinderärzte. Es gibt jedoch auch Zuweisungen über verschiedene andere mit den Frühen Hilfen kooperierenden Institutionen (z.B. ARGE). So ist es in manchen Landkreisen bereits gelungen, einen stabilen Kontakt zu den Geburts- und Kinderkliniken vor Ort zu etablieren, der sich auch in der Zahl der Vermittlungen niederschlägt. Andernorts wird an den Fallzahlen deutlich, wie unterschiedlich weit der Grad an Vernetzung verschiedener Institutionen fortgeschritten ist.

Vom Projekt angedacht war ursprünglich eine institutionell möglichst unabhängige Koordinatorenstelle als zentrale Stelle zur Vermittlung von Fällen an die Familienhebammen bzw. Sozialmedizinischen Assistent/-innen. Diese ließ sich aber im Rahmen der struktu-

VERMITTLUNGSWEGE IN AUFSUCHENDEN MASSNAHMEN

rellen Gegebenheiten des Saarlandes nicht realisieren. Die Projektkoordinator/-innen sind nach wie vor relativ eng an Institutionen der Jugend- oder Gesundheitshilfe angebunden, was einerseits manche Vermittlungswege erleichtert, andererseits jedoch manchmal ein als niedrigschwellig wahrgenommenes Angebot für Familien erschwert.

Abgesehen von unterschiedlichen regionalen Begünstigungen, die sich in den unterschiedlichen Fallzahlen niederschlagen, gibt es Versorgungsmuster, die nahezu landkreisübergreifend auffallen:

In den meisten Landkreisen kommt der größte Prozentsatz an neuen Fällen über Anfragen der nachsorgenden Hebammen zustande. Dies könnte dafür sprechen, dass es gerade dieser Berufsgruppe im Rahmen der Schwangerschaftsvor- oder Nachsorge leicht fällt, einen niedrigschwelligen Zugang zu belasteten Familien zu finden.

Die geringsten Anteile an Anfragen und daraus resultierenden Fallzahlen gehen von den niedergelassenen Ärzt/-innen und von den Beratungsstellen aus. Dies weist darauf hin, dass die bereits bestehenden Kooperationen mit der Ärzteschaft über alle Landkreise hinweg noch weiter ausbaufähig sind, z.B. in Form regelmäßiger Praxisrundbriefe. Wenn man davon ausgeht, dass gerade der Gesundheitssektor prädestiniert ist für einen möglichst frühen und niedrigschwelligen Kontakt zu belasteten Familien, dann würde der geringe Anteil an Fallzahlen durch die Ärzteschaft auf eine Versorgungslücke im Projektangebot hindeuten.

Der relativ geringe Anteil an Familien, die über die Beratungsstellen vermittelt werden, könnte z.T. darauf zurückzuführen sein, dass die hauptsächliche Klientel des Projekts aus Familien besteht, die sich nicht aus eigener Kraft in Krisenzeiten an eine Beratungsstelle wenden würden. Andererseits könnten die Fallzahlen in diesem Bereich ebenfalls auf eine Versorgungslücke hinsichtlich der Zugangswege zum Projekt hindeuten, welche mittels einer noch stärkeren Vernetzung geschlossen werden müsste. Mit anderen Worten: hinsichtlich einer stärkeren Einbindung der niedergelassenen Ärzte sowie der Beratungsstellen ließe sich eine deutliche Verbesserung der Strukturqualität der Frühen Hilfen erreichen.

Insgesamt lässt sich jedoch in den meisten Landkreisen ein Muster hinsichtlich der Versorgung von Familien beobachten, welches darauf hindeutet, dass über die Hälfte aller neu aufgenommenen Familien über den Gesundheitssektor Zugang zum Projekt findet. Dem steht über alle Landkreise hinweg ein Anteil von rund 50 % an Familien gegenüber, bei denen eine sogenannte Doppelbetreuung durch Projekthebammen/SMAs auf der einen und Mitarbeiter/-innen des Jugendamtes auf der anderen Seite im Sinne einer gemeinsamen Aufgabenteilung vorliegt. So waren diese Familien z.T. bereits vor der aufsuchenden Arbeit durch die Familienhebammen vom Jugendamt betreut, was dafür spricht, dass hier eine

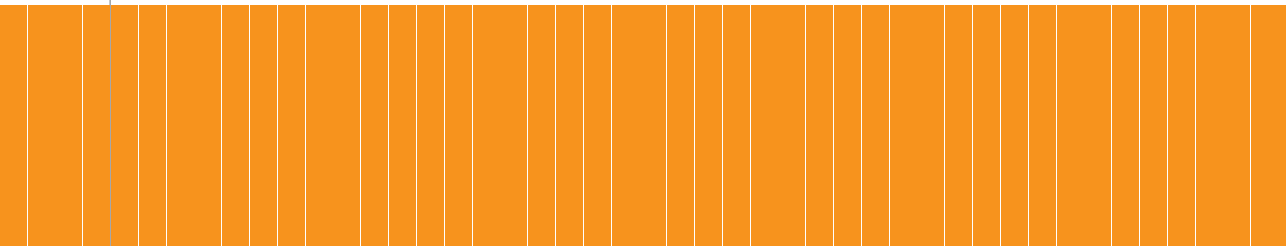
gut funktionierende Vernetzung mit dem Projekt bereits gegeben ist, die auch in entsprechenden Fallzahlen ihren Niederschlag findet. Es scheint jedoch in den Landkreisen unterschiedliche Kriterien zu geben, wann eine sozialpädagogische Familienhilfe hinzugezogen wird. Indikatoren, die für oder gegen eine solche Doppelbetreuung sprechen, sollten daher weiter untersucht werden (vgl. Eickhorst et al. 2009). *

* Unser Dank gilt all denjenigen, die uns bei der Datengewinnung und –aufbereitung unterstützt haben: den Projekt- Koordinator/-innen von Seiten der Jugendhilfe sowie des Gesundheitsamtes, den Familienhebammen und Sozialmedizinischen Assistent/-innen im Saarland sowie den wissenschaftlichen Hilfskräften Tina Wölflé und Philipp Jansche.

LITERATUR

- Bundesamt für Bauwesen, http://www.bbr.bund.de/cln_015/nn_103086/BBSR/DE/Home/homepage; abgerufen am 28.4.2010.
- Cierpka, M. (2009). Keiner fällt durchs Netz – Wie hoch belastete Familien unterstützt werden können. *Familiendynamik* 34 (2), S. 36-47.
- Cierpka, M., Scholtes, K. & Wölfer, C. (2009). Das Baby verstehen. Praxismanual für die aufsuchende Arbeit. Focus Familie, Eigenverlag.
- Eickhorst, A. (2008). Gründung des »Nationalen Zentrums Frühe Hilfen«. Sieben geförderte Modellprojekte zur Risikoprävention für Familien sind gestartet. *Psychotherapeut* 53 (2), S. 157-160.
- Eickhorst, A. (2009). »Keiner fällt durchs Netz« (Hessen und Saarland) Konzept und Hintergründe des Präventionsprojektes. In: Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.): Frühe Hilfen interdisziplinär gestalten. Zum Stand des Aufbaus Früher Hilfen in Deutschland. Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe, Band 70, S. 152-157.
- Eickhorst, A., Borchardt, S. & Cierpka, M. (2009). Differentielle Angebotsstrukturen in der Betreuung belasteter Familien am Beispiel des Frühe Hilfen-Projekts »Keiner fällt durchs Netz«. Eingereichtes Manuskript.
- Gregor, A. & Cierpka, M. (2004). Das Baby verstehen. Das Handbuch zum Elternkurs für Hebammen. Focus Familie, Eigenverlag.
- Herzog, T., Stein, B. (2000). Qualitätsmanagement – Konzepte und Methoden. In: Herzog, T., Stein, B. & Wirsching, M. (Hrsg.) Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart, Thieme.
- Landesamt für zentrale Dienste. Statistisches Amt, <http://www.saarland.de/3559.htm> (Landesamt für zentrale Dienste; Statistisches Amt).
- Schneider, E. (2006). Familienhebammen. Die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren. Frankfurt/Main, Mabuse.
- Scheider, E. (2009). Familienhebammen im Wandel der Zeit – Rückblick, aktueller Stand und Perspektiven. In D. Nakhla, A. Eickhorst & M. Cierpka (Hrsg.), *Praxishandbuch für Familienhebammen*, S. 11-16. Frankfurt/Main, Mabuse.
- Seligman, M.E.P. (1995). »The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study.« *American Psychologist*. 50 (12), S. 965-974.
- UNICEF-Report: Progress for Children (2005). A World Fit for Children. Statistical Review, New York.
- Zierau, J. & Gonzáles I.-M. (2005). Modellprojekt Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter – Netzwerk Familienhebammen. Ergebnisse der Evaluation, Bericht 104.05. Universität Hannover.

KATJA MAKOWSKY, BEATE SCHÜCKING:
FAMILIENHEBAMMEN IM LANDKREIS OSNABRÜCK:
PERSPEKTIVE VON NICHTNUTZERINNEN UND ZUGÄNGE



Hintergründe: Familienhebammen

Familienhebammen sind Hebammen mit einer spezifischen Zusatzausbildung. Sie werden eingesetzt, um Schwangere und junge Mütter in schwierigen Lebenssituationen bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes zu betreuen. Ziel dieser Betreuung ist es, den Aufbau einer tragfähigen Familienstruktur zu unterstützen und das Kindeswohl präventiv zu fördern. Hierfür wird den Frauen bereits in der Schwangerschaft Beratung angeboten. Der Ansatz der Familienhebammenbetreuung unterscheidet sich von etablierten und bundesweit verankerten Angeboten im Bereich Früher Hilfen. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang beispielsweise die Möglichkeit, Frauen im Rahmen üblicher Hebammenangebote zu erreichen und somit Lebensphasen zu nutzen, in denen Frauen Angeboten des Gesundheitssystems in der Regel aufgeschlossen gegenüberstehen. Gerade für Schwangere und junge Mütter in psychosozial belastenden Lebenslagen hat sich die Betreuung durch Familienhebammen als geeignet herausgestellt, da Familienhebammen den hohen Beratungs-, Informations- und Unterstützungsbedarf in diesen Familien orientiert am Hilfebedarf der Familien und dem übergeordneten Ziel des präventiven Kinderschutzes auffangen. Auch gelingt es vielfach, den Zugang dieser Familien ggf. zu weiterführenden Hilfsangeboten zu fördern (Schneider 2007). Die Wirksamkeit der Arbeit von Familienhebammen ist bereits vor mehr als 20 Jahren in einem ersten Modellprojekt in Bremen nachgewiesen worden (Collatz & Rohde 1986) und ließ sich in den Folgejahren erneut bestätigen.

Trotz positiver Bilanz der bereits evaluierten Arbeit von Familienhebammen seit mehr als 20 Jahren gab es bisher keine öffentliche und zielgerichtete Initiative, die Betreuung durch Familienhebammen flächendeckend in die gesetzlich geregelte Versorgung aufzunehmen. Entsprechend sind die Formen und Inhalte der Fortbildung zur Familienhebamme bislang nicht auf Bundesebene geregelt. Der Deutsche Hebammenverband erarbeitet derzeit ein Curriculum für eine bundesweit einheitliche, fundierte Familienhebammenbetreuung und bemüht sich um eine geschützte Berufsbezeichnung. Die in Niedersachsen eingesetzten Familienhebammen haben in der Regel die Fortbildung zur Familienhebamme bei der Stiftung *Eine Chance für Kinder* absolviert. Dieses Curriculum umfasste ca. 170 Stunden. Um eine bundesweite und staatlich anerkannte Weiterbildung zur Familienhebamme anbieten zu können, befindet sich das Curriculum der Stiftung *Eine Chance für Kinder* derzeit in auf Aufstockung ausgerichteter Weiterentwicklung. Geplant ist ein Curriculum, das zusätzlichen theoretischen Unterricht umfasst. Nachzuweisen ist zudem eine definierte Anzahl praktischer Betreuungsstunden sowie eine bestimmte Anzahl an Supervisionsstunden (Stiftung Eine Chance für Kinder 2008).

Familienhebammen im Landkreis Osnabrück

Im Landkreis Osnabrück ist von Januar 2007 bis Dezember 2009 der Einsatz von elf Familienhebammen über den Deutschen Kinderschutzbund koordiniert und inhaltlich begleitet

worden, die Evaluation des Projektes erfolgt noch bis Oktober 2010 durch die Universität Osnabrück. Die Qualifikation zur Familienhebamme wurde über den Landkreis Osnabrück angeboten und finanziert. Die Hebammen, die hierfür ausgewählt wurden, nahmen alle an der in Niedersachsen üblichen Fortbildungsform über die Stiftung *Eine Chance für Kinder* teil. Zeitgleich begannen die Familienhebammen mit ihrer Tätigkeit als Honorarmitarbeiterinnen des Deutschen Kinderschutzbundes. Durch den Einsatz der Familienhebammen sollen Frauen möglichst bereits in der Schwangerschaft erreicht werden, die sich in schwierigen psychosozialen und materiellen Lebenslagen befinden und/oder die aufgrund medizinischer Risiken einen erhöhten Unterstützungsbedarf aufweisen.

Familienhebammen arbeiten zurzeit in unterschiedlichen Organisationsformen: im Auftrag oder als Angestellte der behördlichen Jugendhilfe zur Betreuung bestimmter Fälle, auf Honorarbasis in Angliederung an einen freien Träger oder direkt in Anbindung an Hebammenpraxen (Stiftung Eine Chance für Kinder, 2010). Im Landkreis Osnabrück erfolgt der Einsatz freiberuflicher Familienhebammen in Anbindung an einen freien Träger mit dem Ziel, Hemmschwellen zu umgehen, die aus Sicht der Jugendhilfe im Landkreis Osnabrück generell vielfach gegenüber der Jugendhilfe bestehen. Der Kinderschutzbund als Beratungsstelle wird in diesem Zusammenhang als neutrale Institution betrachtet. Der geplante Einsatz der Familienhebammen wird durch eine Sozialarbeiterin sichergestellt. Als Koordinatorin und Leiterin fungiert sie als Ansprechpartnerin für Familienhebammen und vermittelnde Institutionen und Personen.

Die Evaluationsstudie

Die Evaluationsstudie des Familienhebammenprojektes im Landkreis Osnabrück unter dem Titel »Familienhebammen: Frühe Unterstützung – Frühe Stärkung?« untersucht mittels qualitativer und quantitativer Verfahren im Design einer prospektiven Kurz-Längsschnitt-Studie ausgewählte Aspekte hinsichtlich der Akzeptanz von Familienhebammen durch Nutzerinnen, bezüglich der Erreichbarkeit und Ressourcenförderung durch Familienhebammen sowie im Hinblick auf die Vernetzung von Familienhebammen im System Früher Hilfen (Schücking 2008).

Im Jahr 2007 wurden im Landkreis Osnabrück 3018 Kinder geboren (Landkreis Osnabrück 2009). Folgt man Ergebnissen des UNICEF-Reports von 2005, so lebten zusammenfassend für alle Mitgliedsländer ca. 7-10 % der gesamten Population an Neugeborenen in hoch belasteten Familien (vgl. Cierpka 2008). Orientiert an diesen Zahlen ist davon auszugehen, dass der Bedarf an Frühen Hilfen im ersten Lebensjahr auch im Landkreis Osnabrück höher liegt als die bisherige Inanspruchnahme der Familienhebammen von 235 Familien innerhalb von drei Jahren. Im Kontext der Erreichbarkeit von Familienhebammen für Nutzerinnen wurde daher untersucht, weshalb Familienhebammenhilfe nicht von allen in Frage

DIE PERSPEKTIVE VON NICHTNUTZERINNEN

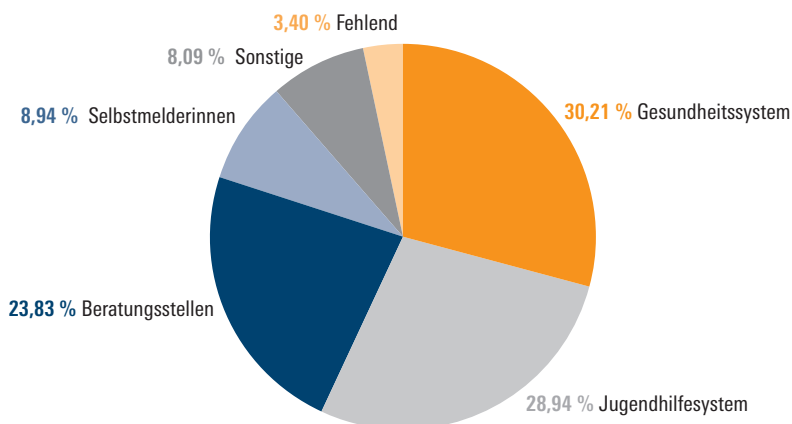
kommenden Familien in Anspruch genommen wird, selbst wenn diese ihnen angeboten wurde.

Beide Projekte, das Familienhebammenprojekt im Landkreis Osnabrück und die begleitende wissenschaftliche Evaluationsstudie, verfügen über einige Besonderheiten. Zu nennen ist hier beispielsweise die klare Trennung zwischen Praxisprojekt und Evaluationsstudie, was die Ermittlung objektiver Ergebnisse erleichtert. Gleichzeitig herrscht eine sehr gute Zusammenarbeit der Projektbeteiligten. Obwohl der Landkreis Osnabrück in seiner Fläche in etwa die Größe des Saarlandes einnimmt, handelt es sich um einen abgegrenzten Bereich. Daher können exemplarisch Vertreter/-innen nahezu aller wichtiger Berufsgruppen und Institutionen, betreute Familien und auch »Nichtnutzerinnen«, d.h. Frauen, die die Betreuung durch eine Familienhebamme ablehnen, in die Studie einbezogen werden. Ein Vorteil, den das Projekt im Landkreis Osnabrück zudem bietet, ist die direkte Anbindung des Praxisprojektes an politische Entscheidungsträger auf regionaler Ebene. Aufgrund dessen konnten das Praxisprojekt im Rahmen von Sitzungen des Jugendhilfeausschusses präsentiert, Hintergründe bisheriger Ergebnisse und Erfahrungen aufgezeigt und direkte Empfehlungen hinsichtlich einer Verstärkung des Angebots abgeleitet werden (Makowsky et al. 2009).

Die Klientinnen der Familienhebammen

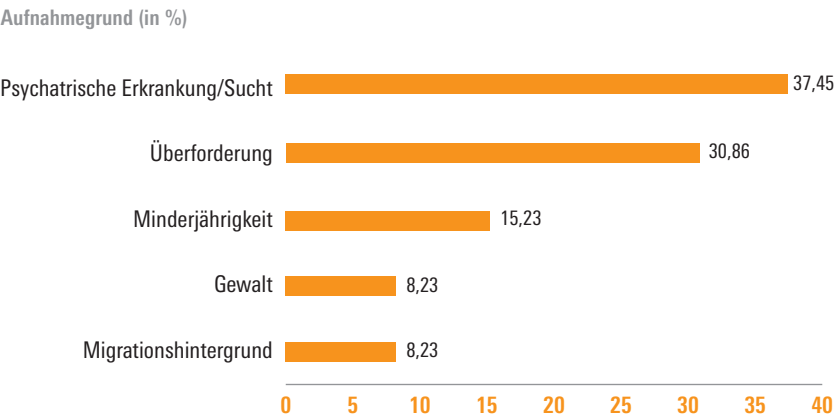
Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Zugangswege und die prozentuale Verteilung von Zugangswegen zur Vermittlung von Familienhebammen (Gesundheitssystem: Hebammen, Ärzt/-innen, Kliniken; Jugendhilfesystem: Mitarbeiter/-innen der Jugendhilfe; Beratungsstellen: vor allem Schwangerschaftsberatungsstellen):

Abb. 1: Zugangswege zur Familienhebamme (N = 235)



Die Abbildung zeigt, dass die Nachfrage nach Familienhebammenhilfe an den Deutschen Kinderschutzbund in 30,21 % über Vertreter/-innen des Gesundheitssystems, in 28,94 % durch Vertreter/-innen des Jugendhilfesystems und in 23,83 % über Beratungsstellen erfolgte. Aus eigener Initiative baten 21 Frauen um Unterstützung durch eine Familienhebamme. Weitere Vermittlungen erfolgten z.B. über Bekannte und Verwandte oder bereits im Rahmen des Projektes betreute Familien. Teilweise mehrere Gründe führten zur Betreuung durch eine Familienhebamme. Einen Einblick in diese Gründe ermöglicht Abbildung 2:

Abb. 2: Gründe für eine Betreuung im Rahmen des Familienhebammenprojektes (N = 235; Mehrfachnennungen)



Deutlich wird, dass psychische Erkrankungen einschließlich Suchterkrankungen und Überforderung der Mutter die häufigsten Ursachen einer Betreuung darstellten, gefolgt von Minderjährigkeit, Gewalt und Migrationshintergrund. Bei 140 Frauen erfolgte der Kontakt zur Familienhebamme bereits in der Schwangerschaft. In ca. 30 % der Fälle wurden zusätzliche Hilfen, zum Beispiel durch sozialpädagogische Familienhelfer/-innen, eingesetzt. Auffällig erscheint, dass lediglich 50 der innerhalb der Projektlaufzeit 235 betreuten Familien über eigenes Einkommen verfügten, sodass neben den bereits aufgeführten Belastungen im den meisten Fällen zusätzliche finanzielle Schwierigkeiten bewältigt werden mussten.

Datenerhebung

Unter Nichtnutzerinnen werden im Rahmen dieser Begleitforschung all die Frauen und Familien verstanden, die über die Möglichkeit, eine Familienhebamme in Anspruch zu nehmen, informiert wurden, dieses Angebot jedoch ablehnten. Um über diese Frauen und Familien sowie die Beratungspraxis Hintergrundinformationen zu erhalten, sind nach vorheriger schriftlicher, telefonischer und online-gestützter Information ca. 50 Beratungsstellen und sieben Krankenhäuser in der Stadt Osnabrück und im Osnabrücker Land kontak-

tiert und im Anschluss daran in regelmäßigen Abständen telefonisch angefragt worden. Einbezogen wurden alle Beratungsstellen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit Schwangere und/oder Mütter in schwierigen Lebenslagen beraten (z.B. Schwangerschaftsberatungsstellen, psychologische Beratungsstellen, Erziehungsberatungsstellen, Einrichtungen der Frühförderung, Einrichtungen der Jugendhilfe). Darüber hinaus wurde zu allen Krankenhäusern der Region, die über Entbindungsstationen verfügen, Kontakt aufgenommen. Mittels standardisierter Fragebögen sollte u. a. erhoben werden, aus welchen Regionen Familien stammten, die das Angebot erhielten, eine Familienhebamme in Anspruch zu nehmen, und dieses ablehnten, wie alt diese Eltern waren und wie sich deren Lebenssituation beschreiben ließ. Aus der Perspektive der Beratenden bzw. Krankenhausmitarbeiter/-innen sollten ergänzend mögliche Gründe für diese Ablehnung und Empfehlungen zur Verbesserung erfasst werden. Darüber hinaus wurden Details über Rahmenbedingungen zur Beratungspraxis erfragt. Der Rücklauf der Fragebögen ist als schleppend zu bezeichnen, die regelmäßigen Nachfragen wurden teilweise missbilligend, teilweise verständnisvoll aufgenommen. Hilfreich erwies sich in diesem Zusammenhang die Frage nach einer Rückmeldung zur praktischen Anwendbarkeit des Fragebogens, da auf diese Weise die Möglichkeit geboten wurde, auch auf Veränderungswünsche Einzelner einzugehen. Das Angebot, die Arbeit von Familienhebammen persönlich vorzustellen, wurde in allen Fällen abgelehnt. Innerhalb des Befragungszeitraums (August 2008 - August 2009) wurden insgesamt 30 korrekt ausgefüllte Fragebögen von Mitarbeiter/-innen von Beratungsstellen zurückgesandt, die fünf zurückgeschickten Fragebögen der Krankenhäuser konnten nicht in die Auswertung eingehen, da diese nicht korrekt ausgefüllt waren.

Hintergründe: die Person der Beratenden

Um ggf. förderliche oder hemmende Aspekte, die in der Person der Beratenden liegen, aufdecken zu können, wurden ergänzend Berufserfahrung, Geschlecht, Kontakt zur Frau im Rahmen des Beratungsprozesses sowie der berufliche Abschluss erfasst. Betrachtet man die Berufserfahrung und beruflichen Hintergründe der einzelnen Beratenden, zeigt sich, dass 50 % von ihnen sechs Jahre oder länger in diesem oder einem vergleichbaren Bereich arbeiteten, 24 der 30 Beratenden waren weiblich. Bis auf einen Fall waren alle Beratenden direkt mit der Betreuung der Frau oder Familie betraut. Unter den Beratenden befand sich eine Heilerzieherin, eine Person gab als höchsten Bildungsabschluss das Abitur an. Die weiteren Beratenden verfügten als Pädagog/-innen oder Jurist/-innen über einen akademischen Abschluss. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Informationen über die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer Familienhebamme sowohl von Beratenden mit langjähriger Berufserfahrung als auch von weniger berufserfahrenen Beratenden weitergeben werden, dass die meisten Beratenden weiblich waren, überwiegend direkt für die Betreuung des Falles oder der Familie zuständig waren und in den meisten Fällen über einen akademischen, meist pädagogischen, Bildungsabschluss verfügten.

Ergebnisse: Die Perspektive der Nichtnutzerinnen

Ein Vergleich der Angaben über Nichtnutzerinnen durch Beratende mit den durch eine Familienhebamme betreuten Familien erfolgt im Folgenden immer dann, wenn dies aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten sinnvoll und möglich erscheint. Im Vordergrund steht dabei zu überprüfen, ob es sich laut Angaben der Beratenden bei den Nichtnutzerinnen wirklich um Angehörige der angestrebten Zielgruppe von Familienhebammen handelt und inwieweit sich auf Grundlage der vorliegenden Daten Ansatzpunkte für eine Optimierung der Vermittlungspraxis ableiten lassen.

Die Auswertung der Fragebögen zur Charakterisierung der Familien, die die angebotene Betreuung abgelehnt haben, ergibt folgende Altersverteilung:

Tab. 1: Altersverteilung der Familien der Nichtnutzerinnen

Alter	Mutter (n=30)	Vater (n=22)
Unter 18 Jahre	0	2
19 bis unter 25 Jahre	13	11
26 bis 40 Jahre	17	9

Ableiten lässt sich, dass in der Gruppe der Nichtnutzerinnen keine Mutter unter 18 Jahre alt war, während zwei Väter minderjährig waren. Die meisten Frauen, die die Betreuung durch eine Familienhebamme ablehnten, gehörten der Altersgruppe 26 bis 40 Jahre an, die meisten Männer, die sich in dieser Gruppe befanden, der Altersgruppe 19 bis unter 25 Jahre.

Im Rahmen des Familienhebammenpraxisprojektes wurde erfasst, dass 37 von 235 Frauen (15,7 %) aufgrund von Minderjährigkeit durch eine Familienhebamme betreut wurden. Die Erfahrungen der Familienhebammen mit der Betreuung minderjähriger Mütter zeigen, dass sich diese Personengruppe überwiegend besonders aufgeschlossen gegenüber Anregungen und Hilfestellungen der Familienhebammen zeigt. Schlussfolgern lässt sich hieraus, dass auch aus subjektiver Sicht minderjähriger Mütter vielfach ein erhöhter Unterstützungsbedarf wahrgenommen wird.

Die Mitarbeiter/-innen der Beratungsstellen wurden im Weiteren zur Einschätzung des Befindens und der Lebenssituation der Klientinnen befragt. Hinsichtlich des Befindens wurde das Auftreten von Komplikationen in der Schwangerschaft und/oder post partum erfasst. Von 28 Fragebögen, in denen sich hierzu Aussagen finden, gaben Beratende folgende Komplikationen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett an:

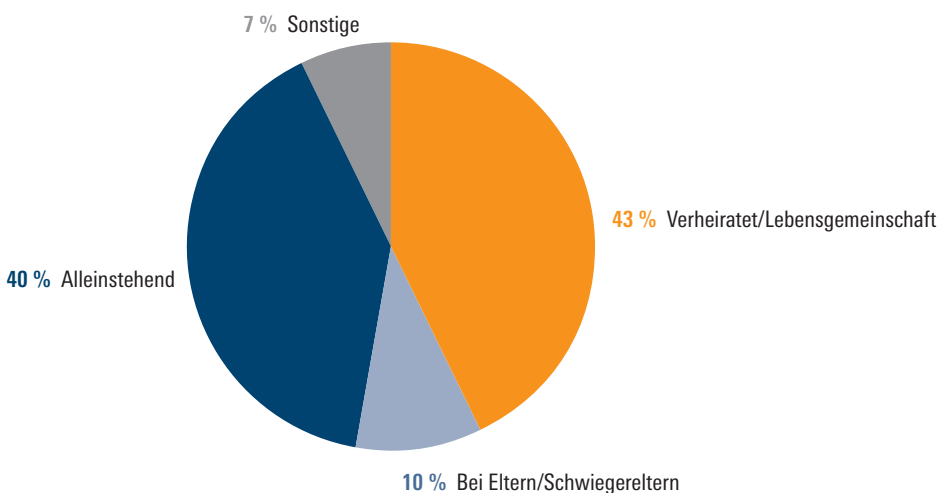
DIE PERSPEKTIVE VON NICHTNUTZERINNEN

- Rückenprobleme, Blutungen, Bluthochdruck, Blutzucker
- Zwillingschwangerschaft; vorzeitige Wehen, mehrfache stationäre Aufnahme im Krankenhaus
- Depressive Verstimmung, starke psychische Belastung
- Krämpfe im Unterleib, stationäre Behandlung

Die Frauen, die im Rahmen des Praxisprojektes durch eine Familienhebamme betreut wurden, wurden direkt in Bezug auf die subjektive Einschätzung ihres Gesundheitszustandes befragt, den sie, im Vergleich zu anderen Stichproben, etwas schlechter einschätzten (z.B. Borrmann 2005). Komplikationen und Beschwerden im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wurden auch von den durch eine Familienhebamme betreuten Frauen angegeben. Ein Vergleich beider Gruppen scheint auf Grundlage der Datenbasis nicht sinnvoll, da es sich bei der Beschreibung des Befindens der Nichtnutzerinnen um Fremdeinschätzungen durch die Beratenden handelt. Generell sind die über die Nichtnutzerinnen und von den durch eine Familienhebamme betreuten Müttern angegebenen Beschwerden und Belastungen im Zusammenhang mit peripartalen Phasen nicht ungewöhnlich (vgl. z.B. Borrmann 2005).

Befragt nach der Lebenssituation der Mutter lässt sich aus den Angaben der Beratenden folgende Verteilung ableiten:

Abb. 3: Lebenssituation der Mutter (Nichtnutzerinnen, N = 30)



Von den Frauen, über die hierzu Angaben vorliegen, sind demnach 43 % verheiratet oder leben in einer Lebensgemeinschaft. Unter »Sonstige« ist z.B. das geplante Zusammenziehen mit dem Kindsvater aufgeführt.

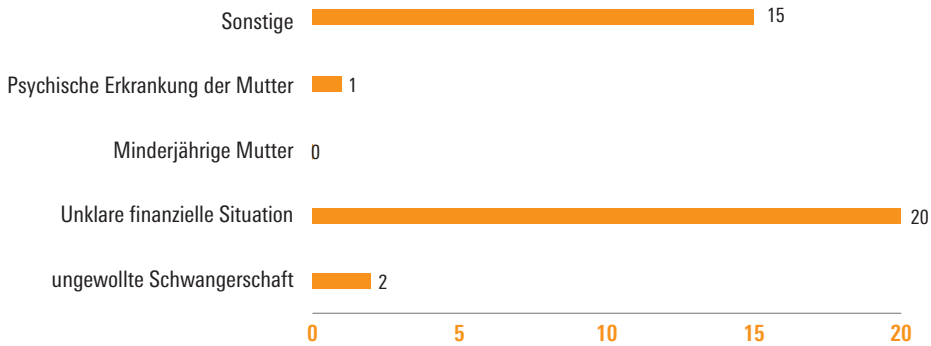
Vergleicht man diese Angaben mit der Lebenssituation der innerhalb eines Jahres durch eine Familienhebamme betreuten Familien, lässt sich beispielsweise für das Jahr 2009 feststellen, dass von den insgesamt 96 betreuten Fällen ebenfalls 43 % mit dem Partner und dem Kind zusammenlebten. Im Unterschied zu den aufgeführten Klientinnen der Beratungsstellen, von denen 40 % als alleinstehend eingestuft wurden, lebten von den durch eine Familienhebamme betreuten Frauen lediglich 29 % allein mit dem Kind. Ergänzend wird bei 26 % der durch Familienhebammen betreuten Frauen angegeben, dass sie mit mindestens drei Generationen (z.B. mit Eltern der Mutter oder des Partners) zusammen lebten, dies ist bei nur 10 % der Klientinnen der Beratungsstellen der Fall. 2 % der durch eine Familienhebamme betreuten Frauen wohnten zu diesem Zeitpunkt in einer Eltern-Kind-Einrichtung. Vergleichbar sind die Gruppe der im Jahr 2009 durch eine Familienhebamme betreuten Familien und die Gruppe der Nichtnutzerinnen hinsichtlich des Zusammenlebens mit einem Partner. Unterschiede finden sich bei den allein lebenden Frauen. So gaben mehr als ein Drittel der Frauen, die sich an eine Beratungsstelle wandten, an, allein zu leben, während im Unterschied zu den durch eine Familienhebamme betreuten Frauen mehr Frauen äußerten, mit eigenen Eltern oder den Eltern des Partners zusammenzuleben. Dieser Aspekt lässt sich dadurch erklären, dass die Klientinnen, über die Angaben vorliegen, aufgrund ihres durchschnittlich höheren Alters seltener mit eigenen Eltern oder Eltern des Partners zusammenleben.

Von den 25 Frauen, die die Betreuung durch eine Familienhebamme im Vorfeld ablehnten und über die Angaben vorliegen, leben 15 mit dem einen Kind, vier mit zwei Kindern, fünf mit drei Kindern und eine Frau mit vier Kindern zusammen. Alle Kinder der 30 einbezogenen Mütter lebten bei ihren Müttern. Im Unterschied dazu wurde über vier Väter angegeben, dass diese Kinder hätten, die an einem anderen Ort untergebracht sind. Die Anzahl weiterer im Haushalt lebender Kinder wurde im Rahmen des Familienhebammenprojektes für das Jahr 2008 erfasst. In diesem Jahr wurden von 86 Familien 62,5 % mit nur einem Kind betreut. Folglich lebten sowohl von den in die Erfassung einbezogenen Klientinnen der Beratungsstellen als auch von den durch eine Familienhebamme betreuten Familien ca. 62 % mit nur einem Kind zusammen. Die Gruppe der Erstgebärenden scheint demnach einen erhöhten Unterstützungsbedarf aufzuweisen.

Orientiert an den Vorgaben des Fragebogens werden unterschiedliche Gründe genannt, die zur Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle führten (Mehrfachnennungen möglich):

DIE PERSPEKTIVE VON NICHTNUTZERINNEN

Abb. 4: Gründe zur Kontaktaufnahme (N = 30)



Unter sonstigen Gründen wurde verstanden:

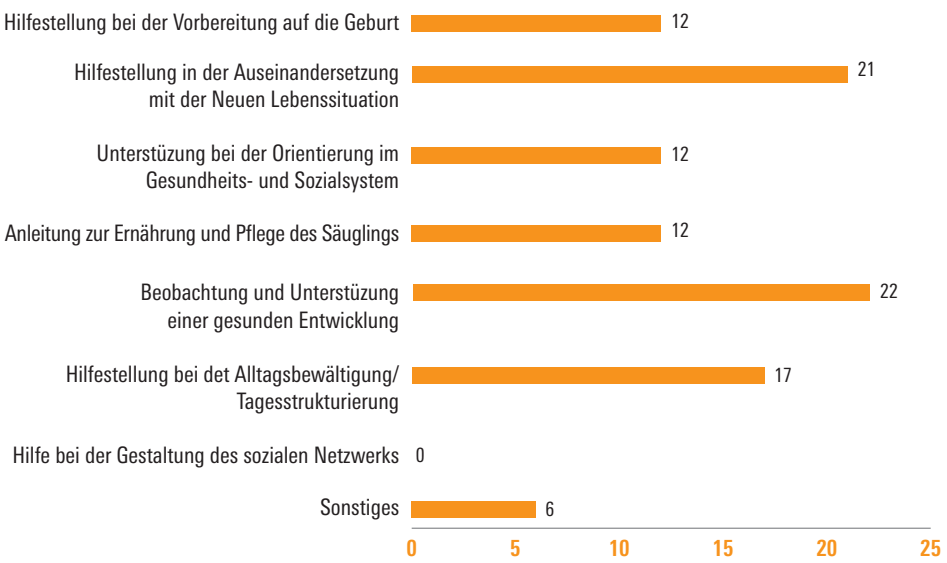
- Problematische Familiengeschichte/Trennung vom Kindsvater
- Hilfe zum Lebensunterhalt/fehlender Krankenversicherungsschutz
- Zugang zum Vater des Kindes, dadurch ALG II-Antragstellung
- Suchterkrankung der Mutter
- Psychische Erkrankung des Vaters, Sprachprobleme
- Schwangerschaft gewollt, Beziehung nicht möglich
- Entwicklungsverzögerung des Kindes z.B. nach Frühgeburt.

Der Wunsch nach Klärung einer unklaren finanziellen Situation wird am häufigsten bezogen auf Klientinnen von Beratungsstellen genannt. Bei den durch eine Familienhebamme betreuten Familien steht dieser Aspekt nicht im Vordergrund, da die Unterstützung bei unklaren finanziellen Belangen nicht primär in den Zuständigkeitsbereich der Familienhebammen fällt. Die unter »sonstige« aufgeführten Gründe zur Bitte um Unterstützung sind bei den durch eine Familienhebamme betreuten Familien sowie den Klientinnen von Beratungsstellen gleichermaßen festzustellen. Diese Gründe zur Kontaktaufnahme mit einer Beratungsstelle werden über Frauen und Familien berichtet, die aus Sicht von Beratenden Familienhebammenhilfe in Anspruch nehmen sollten. Sie decken sich mit Problembereichen, mit denen Familienhebammen gleichermaßen im Rahmen ihrer Betreuung konfrontiert werden.

Ein weiterer Themenbereich des Fragebogens bezog sich auf Einschätzungen der Mitarbeiter/-innen von Beratungsstellen hinsichtlich der Aufgaben und Tätigkeiten von Familienhebammen. So schätzten die Mitarbeiter/-innen der Beratungsstellen beispielsweise den Hilfebedarf innerhalb der Familie ein, der ihrer Ansicht nach durch Familienhebammenhilfe gedeckt

werden könnte. Hierzu gab es Vorgaben, die sich an den Leistungen von Familienhebammen orientierten, sodass ein Ankreuzen unterschiedlicher Aspekte möglich war:

Abb. 5: Unterstützungsbedarf der Familie aus Sicht von Beratenden (bezogen auf N = 30 Klientinnen)



Zusätzlich bestand die Möglichkeit, frei zu ergänzen, in welchen Bereichen Hilfebedarf angenommen wurde, der durch eine Familienhebamme hätte gedeckt werden können. Hierzu fanden sich folgende Angaben:

- Zwillingsversorgung
- Austausch nach Trennung
- Unterstützung bei der Kindsbetreuung
- Unterstützung für die Eltern (Stichwort: Paartherapie)
- Hilfestellung bei partnerschaftlichen Problemen, Unterstützung bei der Herstellung einer stabilen finanziellen Grundlage.

Betrachtet man im Vergleich dazu Aufgabenbereiche und Tätigkeiten, die Familienhebammen im Verlauf des Projektes übernommen haben, wird deutlich, dass die Familienhebammen übergreifend Leistungen erbracht haben

- zur Förderung, Beratung und Information der Mutter/Eltern über die Pflege und Ernährung,

DIE PERSPEKTIVE VON NICHTNUTZERINNEN

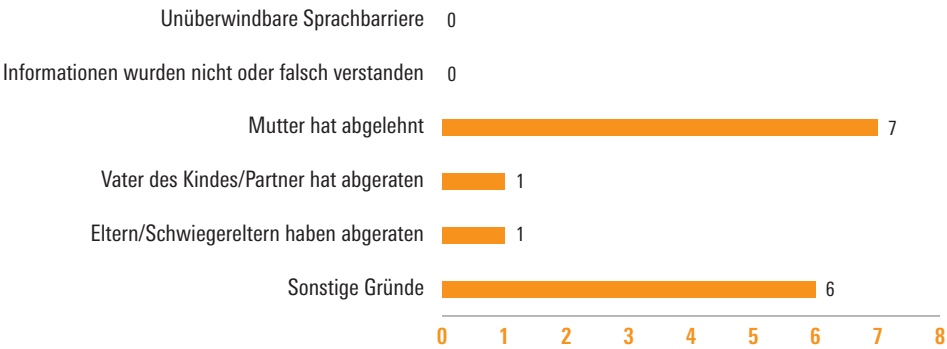
- zur Unterstützung des Bindungsaufbaus und der Wahrnehmung sowie adäquaten Reaktion auf kindliche Bedürfnisse,
- zur Beratung hinsichtlich der Vermeidung von Unfällen und
- zur Unterstützung der Mutter/Eltern im Hinblick auf eigene soziale, gesundheitliche und psychische Ziele und Belange.

Damit deckt sich die Einschätzung der Mitarbeiter/-innen der Beratungsstellen hinsichtlich des Aufgabenbereiches von Familienhebammen im Wesentlichen mit den tatsächlich innerhalb der Projektlaufzeit von den Familienhebammen des Landkreises Osnabrück übernommenen Aufgaben. Nur in den Bereichen Zwillingsversorgung und Unterstützung bei der Kinderbetreuung weichen die Erwartungen der Mitarbeiter/-innen der Beratungsstellen hiervon ab.

Die Mitarbeiter/-innen der Beratungsstellen berichteten, dass die meisten ihrer Klientinnen Informationen über die Möglichkeit, eine Familienhebamme in Anspruch zu nehmen, erhielten. Hierzu liegen in 25 der 30 ausgefüllten Fragebögen über Nichtnutzerinnen Angaben vor. In 43 % der Fälle erfolgte diese Informationsweitergabe von weiteren betreuenden Personen (Arbeitsagentur, Arbeitgeber oder Frühförderung) in 40 % durch die Beratenden selbst und in 10 % durch Ärzt/-innen. Die Familien, die im Rahmen der Projektlaufzeit durch eine Familienhebamme betreut wurden, erhielten Informationen über dieses Angebot im Wesentlichen durch Vertreterinnen der Jugendhilfe und des Gesundheitssystems, von Beratungsstellen und über sonstige Kontakte (z.B. Familien, die selbst durch Familienhebammen betreut wurden). Nur die Informationsweitergabe durch den Arbeitgeber wurde bei den durch eine Familienhebamme betreuten Familien nicht genannt. Von 25 wurden sechs Frauen post partum über das Projekt informiert (zwischen 2,5 und 30 Wochen post partum), zehn erhielten im 2. Schwangerschaftsdrittel, sieben im 3. Schwangerschaftsdrittel Informationen über die Möglichkeit, eine Familienhebamme in Anspruch zu nehmen. Nur zwei Frauen wurden bereits im 1. Trimenon über die Familienhebammenhilfe informiert. Demnach erfolgte eine Information über Angebote der Familienhebammen zu einem relativ späten Zeitpunkt. Vergleicht man diese Angaben mit dem tatsächlichen Betreuungsbeginn von den im Rahmen des Familienhebammenprojektes 235 betreuten Familien, zeigt sich, dass auch die Betreuung in einem Drittel der Fälle erst post partum begann. Die Erfahrungen der betreuenden Familienhebammen im Landkreis Osnabrück zeigen jedoch deutliche Vorteile eines frühzeitigeren Beginns bereits in der Schwangerschaft (vgl. Makowsky et al. 2009).

Aus welchen Gründen Frauen bzw. Familien eine Unterstützung durch eine Familienhebamme trotz erhaltener Information ablehnten, zeigt Abbildung 6:

Abb. 6: Gründe für Ablehnung einer Betreuung durch eine Familienhebamme (N = 15; Perspektive der Beratenden)



Unter Äußerungen zum Punkt »sonstige Gründe« finden sich zusammenfassend folgende Ergänzungen:

- Betreuung durch gewohnte Hebamme bis max. acht Wochen post partum bereits abgesprochen
- Abweichende Einschätzung der Ressourcen durch die Mutter (Überschätzung bis hin zum Übersehen von Ressourcen)
- Negative Erwartungshaltung bezüglich der Hilfeleistung (Kontrolle, Bevormundung usw.).

Gefragt wurden die Beratenden auch, was nötig gewesen wäre, damit auch diese Frauen und ihre Familien durch eine Familienhebamme hätten betreut werden können. Demnach hätten die Eigenmotivation der Frau und die strukturellen Rahmenbedingungen verändert werden müssen. Informationen über Familienhebammen sollten zu einem früheren Zeitpunkt durch die Empfehlung von niedergelassenen Ärzt/-innen oder Ärzt/-innen in Krankenhäusern oder aber eine Familienhebamme selbst erfolgen.

Fazit und Ausblick

Die dargestellten Ergebnisse ermöglichen Einblicke in Vorgehensweisen und Einschätzungen von Beratungsstellenmitarbeiter/-innen im Kontext der Vermittlung von Familienhebammen an Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen. Auch wenn sich Unterschiede zwischen Klientinnen von Beratungsstellen z.B. hinsichtlich ihres Alleinerziehendenstatus und hinsichtlich ihres Anliegens, finanzielle Notlagen zu klären, zeigen, wird deutlich, dass Beratende den erhöhten Unterstützungsbedarf wahrnehmen und anstreben, diesen durch die Vermittlung einer Familienhebamme zu decken. Der Informationsstand der Mitarbeiter/-innen von Beratungsstellen im Landkreis Osnabrück über Aufgabenbereiche, Zielgruppen und Ziele der Familienhebammen ist als relativ gut zu bezeichnen, er weicht jedoch gering-

fällig von den tatsächlichen Aufgaben (z.B. hinsichtlich der Unterstützung bei der Kinderbetreuung) ab. Detailliertere Informationen über Aufgabenbereiche von Familienhebammen könnten die diesbezügliche Vermittlungspraxis optimieren. Ansatzpunkte zur Verbesserung der Vermittlungspraxis lassen sich aus der Erfassung zu Hintergründen zur Beratungspraxis sowie den Empfehlungen der befragten Beratenden ableiten. So zeigt die Erfassung zum Zeitpunkt der Informationsweitergabe auf, dass eine Information über die Möglichkeit, eine Familienhebamme in Anspruch zu nehmen, nur in Ausnahmefällen bereits zu Beginn der Schwangerschaft erfolgt. Der von den Beratenden genannte Grund für eine Ablehnung, dass eine reguläre und kürzere Hebammenbetreuung zum Zeitpunkt der Information bereits abgesprochen sei, könnte vermieden werden, wenn Schwangere in psychosozial belastenden Lebenslagen frühzeitig über das Angebot z.B. durch betreuende Gynäkolog/-innen, informiert würden. Weitere Ergebnisse der Evaluation – die an dieser Stelle nicht detaillierter vorgestellt werden können – zeigen Vorteile einer direkten Kontaktaufnahme zwischen Familienhebammen und Müttern bzw. Familien. So lässt sich beispielsweise aus den qualitativen Befragungen der Familienhebammen als ein entscheidendes Kriterium ihrer Akzeptanz in den Familien ableiten, dass sie von Frauen/Familien als sympathisch bezeichnet und wahrgenommen werden. Folglich ist im direkten Kontakt zwischen Familienhebamme und Mutter/Eltern eine Möglichkeit zu sehen, bestehende Ängste z.B. vor Bevormundung durch eine Familienhebamme abzubauen.

Einige Einschränkungen müssen bei der Betrachtung der Ergebnisse jedoch berücksichtigt werden. So beziehen sich die hier vorgestellten Ergebnisse zunächst nur auf die im Osnabrücker Land (und in der Stadt Osnabrück) unter den beschriebenen Rahmenbedingungen einbezogenen Personen. Die Ergebnisse zur Beratungspraxis und Charakterisierung von Nichtnutzerinnen spiegeln die subjektiven Sichtweisen ausgewählter Beratender unterschiedlicher Beratungsstellen in der Stadt und im Landkreis wider. Auch bilden 30 Fragebögen kein repräsentatives Sample der gesamten Gruppe an Frauen und Familien, die eine Betreuung durch eine Familienhebamme ablehnen. Die hier vorgestellten Ergebnisse sind als erste Hinweise zur Verbesserung von Zugängen zu Familienhebammen zu verstehen. Eine umfangreichere Studie, welche die Auswirkungen einer frühzeitigeren Informationsweitergabe direkt durch Familienhebammen auf die Inanspruchnahme untersucht, wäre empfehlenswert. Die Vermittlung von Frauen und Familien an Familienhebammen durch Mitarbeiter/-innen in Beratungsstellen stellt jedoch nur einen möglichen Vermittlungsweg dar, der hier näher betrachtet wurde. Weitere wichtige Zugangswege sind im Bereich der Jugendhilfe und des Gesundheitssystems zu sehen.

Betrachtet man übergreifend die vorliegenden Ergebnisse der Evaluationsstudie im Landkreis Osnabrück, so wird deutlich, dass sich auch in dieser Studie bisherige positive Befunde der Evaluation von Familienhebammenprojekten bestätigen lassen (z.B. Collatz & Rohde 1986).

Im Osnabrücker Land ist es gelungen, das Angebot der Familienhebammenhilfe nach Ablauf der dreijährigen Projektlaufzeit in die Regelfinanzierung über den Landkreis Osnabrück zu überführen. Damit Familienhebammen die vielfältigen Herausforderungen jedoch auch zukünftig gut bewältigen können, müssen ergänzend zu einer fundierten und erweiterten Fort- und Weiterbildung Rahmenbedingungen geschaffen werden, die Familienhebammen kollegialen Austausch, Supervision und fachliche Unterstützung bieten. Dies zeigen neben Erfahrungen des Praxisprojektes im Landkreis Osnabrück die Ergebnisse einer qualitativen Befragung von Familienhebammen und Familiengesundheitshebammen (Ruhr 2009). Für den Landkreis Osnabrück hat sich zudem die gewählte Organisationsform der Koordination und fachlichen Begleitung durch eine Mitarbeiterin, die sowohl die Arbeitsweisen des Jugendhilfesystems als auch die Sichtweise der Familienhebammen kennt und einem freien Träger angegliedert ist, als geeignet herausgestellt (vgl. Makowsky & Schücking 2010).

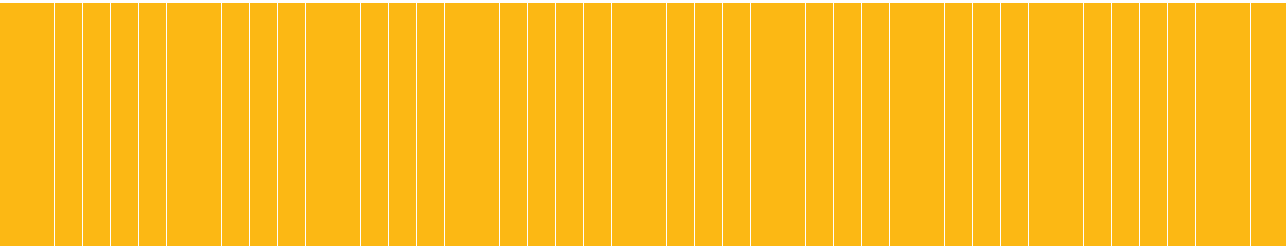
LITERATUR

- Borrmann, B. (2005). Kurz- und mittelfristige Auswirkungen des Stillens auf die maternale Gesundheit post partum. Dissertation, Universität Osnabrück.
- Cierpka, M. (2008). Die Familienhebamme im wissenschaftlichen Diskurs. In: Nakhla, D., Eickhorst, A. & Cierpka, M. (Hrsg.) (2008): Praxishandbuch für Familienhebammen. Arbeit mit belasteten Familien, S., 17-21. Frankfurt am Main, Mabust.
- Collatz, J. & Rohde, J. (1986). Ergebnisse der Aktion Familien-Hebamme im Überblick. Evaluation des Modellversuchs zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und gesundheitlichen Lebensweisen in der Schwangerschaft und im Säuglingsalter. München, Gesellschaft für Strahlen und Umweltforschung.
- Hellmers, C. (2005). Geburtsmodus und Wohlbefinden. Dissertation Universität Osnabrück. Aachen, Shaker Verlag.
- Landkreis Osnabrück (2009). Der Datenspiegel 2009. Daten. Fakten. Informationen. Verfügbar über: www.landkreis-osnabrueck.de. Abruf: 09.04.2009.
- Makowsky, K. & Schücking, B. (2010). Familienhebammen – eine sinnvolle Ergänzung im System Früher Hilfen? In: Dr. Med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, S. 52-54. Frankfurt am Main, Mabuse.
- Makowsky, K., Hus-Halstenberg S. & Bernstorff, V. (2009). Familien-Hebammen im Landkreis Osnabrück. Projekt in Trägerschaft des Deutschen Kinderschutzbundes. Orts- und Kreisverband Osnabrück. Broschüre.
- Moeller, K. von (2007). Gewichtsentwicklung in der Schwangerschaft. Dissertation. Universität Osnabrück. Aachen, Shaker Verlag.
- Ruhr, I. (2009). Erfahrungen von Teilnehmerinnen mit Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Qualifizierung für die Hebammenarbeit mit vulnerablen Gruppen. Unveröff. Hausarbeit im Rahmen des 1. Staatsexamens für das Lehramt an berufsbildenden Schulen. Universität Osnabrück.
- Schneider E (2007). Hebammen beraten Familien. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Projektbeileitung. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz. Referat für Reden und Öffentlichkeitsarbeit.
- Schneider E (2004). Familienhebammen. Die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren. Frankfurt a. M., Mabuse Verlag.
- Schücking, B. (2008). Familienhebammen: Frühe Unterstützung – Frühe Stärkung. In: Frühe Hilfen Modellprojekte in den Ländern. Nationales Zentrum Frühe Hilfen c/o Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.
- Stiftung Eine Chance für Kinder (Hrsg.) (2010). Wirksame Hilfen gegen Kindesvernachlässigung – Erfolg nur durch Zusammenarbeit. Vorträge und Materialsammlung der Veranstaltung: 2. Kooperationstagung in Hannover für aufsuchende Hilfen zum Kinderschutz 01.-02. Dezember 2009, S. 14-16.
- Stiftung Eine Chance für Kinder (Hrsg.) (2008). Einsatz von Familienhebammen zum Schutz des Kindeswohls – optimale Prävention von Kindesvernachlässigung. Auswertungen – Beispiele und Vertragsentwürfe. Schriftenreihe. Hannover.
- WHO (2000). The Family Health Nurse. Context, Conceptual Framework and Curriculum. Copenhagen.

ANHANG

298	Adressen, Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in den Modellprojekten
307	Veröffentlichungen des NZFH
310	Impressum

**ADRESSEN, ANSPRECHPARTNERINNEN UND
ANSPRECHPARTNER IN DEN MODELLPROJEKTEN**



ADRESSEN, ANSPRECHPARTNERINNEN UND ANSPRECHPARTNER

Baden-Württemberg | Bayern | Rheinland-Pfalz | Thüringen**Guter Start ins Kinderleben***Intervention und Vernetzung**Wissenschaftliche Begleitung*

Prof. Dr. Jörg M. Fegert

PD Dr. Ute Ziegenhain

Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugend-
psychiatrie/Psychotherapie

Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm

Telefon: 0731-500-61-600

www.uniklinik-ulm.deE-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de**Brandenburg****Wie Elternschaft gelingt: WIEGE – STEEP™***Intervention**Wissenschaftliche Begleitung*

Prof. Dr. Christiane Ludwig-Körner

Fachhochschule Potsdam, Fachbereich Sozialwesen

Friedrich-Ebert-Straße 4, 14467 Potsdam

Telefon: 0331-270-0574

<http://sozialwesen.fh-potsdam.de/ludwig-koerner.html>E-Mail: cludwigkoerner@aol.com | kontakt@familienzentrum-potsdam.de**Hamburg****Wie Elternschaft gelingt: WIEGE – STEEP™***Intervention**Wissenschaftliche Begleitung*

Prof. Dr. Gerhard Suess

Weitere Projektmitarbeiterinnen: Dipl. Soz.päd. Agnes Mali,

Dipl. Psych. Uta Bohlen

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg,

Fakultät Soziale Arbeit & Pflege

Saarlandstraße 30, 22303 Hamburg

Telefon: 040-42875-7004 und 040-42875-7003

www.gerhard-suess.deE-Mail: info@gerhard-suess.de und steep@sp.haw-hamburg.de

Nordrhein-Westfalen | Schleswig-Holstein

»Soziale Frühwarnsysteme in NRW« und »Schutzengel für Schleswig Holstein«

Intervention und Vernetzung

Nordrhein-Westfalen:

Caritasnetzwerk Frühe Hilfen

Christa Maria Pigulla

DiCV Köln

Georgstraße 7, 50676 Köln

Telefon: 0221-2010-143

Homepage: http://caritas.erzbistum-koeln.de/caritas/fachbereiche/ki_ju_fam/fruehe_hilfen/

E-Mail: Christa-Maria-Pigulla@caritasnet.de

Bielefeld: Kinderschutz durch Prävention

Armin Förster

Fachstelle für Kinderschutz

Amt für Jugend und Familie – Jugendamt

Niederwall 23, 33602 Bielefeld

E-Mail: armin.foerster@bielefeld.de

Telefon: 0521-512-626

Stadt Gütersloh: Elternberatungsstelle der Stadt Gütersloh

Berthold Stuckmann

Stadt Gütersloh, Fachbereich Familie und Soziale

Daltropstraße 7, 33330 Gütersloh

E-Mail: Berthold.Stuckmann@gt-net.de

Telefon: 05241-822-364

Kreis Mettmann

Frau Till

Kreisverwaltung Amt 53-12

Düsseldorfer straße 47, 40822 Mettmann

E-Mail: karin.till@kreis-mettmann.de

Telefon: 043-31-132-340

ADRESSEN, ANSPRECHPARTNERINNEN UND ANSPRECHPARTNER

Schleswig-Holstein:

Elmshorn: Hand in Hand
 Frauke Schöffel-Raecke
 Lornsenstraße 54a, 25335 Elmshorn
 E-Mail: schoeffel@fbs-elmshorn.de
 Telefon: 041-21-491-61-11

Flensburg: Schutzengel e.V.
 Christiane Schmitz-Strempel
 Leitung Schutzengel e.V.
 Lerchenstraße 4-6, 24939 Flensburg
 E-Mail: cs@schutzengel-flensburg.de
 Telefon: 0461-31-336-33

Herzogtum Lauenburg: Gesunde Zukunft. Netzwerk und Förderung Früher Hilfen im
 Kreis Herzogtum Lauenburg
 Barbara M. Spangemacher
 KuK Fachstelle für Kinderschutz und Koordination von Hilfen
 gegen sexuelle Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung an Mädchen und Jungen
 Elbstraße 145, 21481 Lauenburg/Elbe
 E-Mail: spangemacher@kreis-rz.de
 Telefon: 04541-888401

Nordfriesland: Gut ins Leben: Eltern – Start – Hilfe
 Karin Jacobsen-Jordt
 Diakonisches Werk Südtondern gGmbH
 Uhlebüllers Straße 22, 25899 Niebüll
 E-Mail: fruehe-hilfen@versanet.de
 Telefon: 04661-900-10-91

Rendsburg: Frühe Hilfen für Familien
 Alexander Klose und Susanne Buecker
 Brücke gGmbH
 Am Stadtsee 9, 24768 Rendsburg
 E-Mail: susanne.buecker@bruecke.org
 Telefon: 04331-132340

Evaluation Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme in NRW und Schleswig-Holstein

Wissenschaftliche Begleitung

Prof. Dr. Wolfgang Böttcher,

Weitere Projektmitarbeiter/-innen: Dipl. Päd. Pascal Bastian,

Dipl. Päd. Virginia Lenzmann, Dipl. Päd. Anne Lohmann, Dipl. Päd. Anna Hentschke

Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Institut für Erziehungswissenschaft, Abteilung II, Qualitätsentwicklung und Evaluation

Georgskommende 33, 48143 Münster

Telefon: 0251-83-294-46 und 0251-83-292-95

<http://egora.uni-muenster.de/ew/qe/>

E-Mail: wolfgang.boettcher@uni-muenster.de,

pascal.bastian@uni-meunster.de

Prof. Dr. Holger Ziegler

Universität Bielefeld, Fakultät für Pädagogik/AG 8,

Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld Bielefeld

Telefon: 0521-10-633-23

E-Mail: hziegler@uni-bielefeld.de

Sachsen-Anhalt

Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt

Intervention

Manuela Nitschke, Familienhebamme

1. Vorsitzende des Landeshebammenverbandes Sachsen-Anhalt e.V.

Goethestraße 37, 06114 Halle

Telefon: 0345-51-70-758 (Praxis)

www.familienhebamme.de/sachsen-anhalt.html

<http://hebammen-sachsen-anhalt.com/>

E-Mail: manuela.nitschke@web.de

FrühStart: Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt

Wissenschaftliche Begleitung

Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens, Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle MSN,

Dr. rer. medic. Christiane Luderer

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Magdeburger Straße 8, 06097 Halle

Telefon: 0345-557-5428 und 0345-557-1822

<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=566>

E-Mail: johann.behrens@medizin.uni-halle.de und gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de

ADRESSEN, ANSPRECHPARTNERINNEN UND ANSPRECHPARTNER

Niedersachsen**Familienhebammen im Landkreis Osnabrück***Intervention*

Sigrid Hus-Halstenberg

Deutscher Kinderschutzbund e.V.

Kolpingstraße 5, 49074 Osnabrück

Telefon: 05 41-330 36 13

www.kinderschutzbund-osnabrueck.de

E-Mail: hus-halstenberg@kinderschutzbund-osnabrueck.de

Familienhebammen. Frühe Unterstützung – frühe Stärkung?

Wissenschaftliche Begleitung

Projektleitung: Prof. Dr. med. Beate A. Schücking,

Projektteam: Dr. phil. Katja Makowsky, Dr. rer.medic. Christine Loytved, MPH, Dr. med.

Catrin Halves

Universität Osnabrück

FB 8, Gesundheits- und Krankheitslehre & Psychosomatik

Albrechtstraße 28, 49069 Osnabrück

Telefon: 0541-969-2469

www.maternal-health.de

E-Mail: bschueck@uos.de und kmakowsk@uos.de

Hessen | Saarland**Keiner fällt durchs Netz (KFDN)***Intervention*

Frühe Interventionen für Familien (PFIFF)

Wissenschaftliche Begleitung

Prof. Dr. Manfred Cierpka, Dr. Andreas Eickhorst (Projektkoodinator), Dr. Anna Sidor
(PFIFF-Projektleiterin)

Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Psychosomatische

Kooperationsforschung und Familientherapie

Bergheimer Straße 54, 69115 Heidelberg

Telefon: 06221-56-4717 und 06221-56-8365

www.keinerfaelltdurchsnetz.de

E-Mail: manfred_cierpka@med.uni-heidelberg.de,

andreas.eickhorst@med.uni-heidelberg.de, anna.sidor@uni-heidelberg.de

Berlin**Netzwerk Kinderschutz als Soziales Frühwarnsystem in Berlin-Mitte***Vernetzung und Coaching*

c/o Jens-Uwe Scharf

Fachreferent Kinder-, Jugend- und Familienhilfe

Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.

Residenzstraße 90, 13409 Berlin

Telefon: 030 - 6 66 33 - 10 54

Telefax: 030 - 6 66 33 - 12 47

E-Mail: j.scharf@caritas-berlin.de

www.caritas-berlin.de

Evaluation und Coaching zum Sozialen Frühwarnsystem in Berlin-Mitte*Wissenschaftliche Begleitung*

Prof. Dr. Jürgen Gries, Vincenz Leuschner, Dr. Gerhard Wenzke

Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

ISIS Berlin e.V.

Köpenicker Allee 39-57, 10318 Berlin

Telefon: 030 - 50 10 10-45

www.khsb-berlin.de

E-Mail: gries@khsb-berlin.de

Mecklenburg Vorpommern**Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern***Intervention und Vernetzung**Wissenschaftliche Begleitung*

Prof. Dr. med. Harald J. Freyberger

Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Ellernholzstraße 1-2, 17475 Greifswald

Telefon: 03834-86-6900 oder 03831-4521-00

www.medizin.uni-greifswald.de

E-Mail: freyberg@uni-greifswald.de

Niedersachsen | Bremen | Sachsen**Pro Kind***Intervention und Vernetzung*

Pro Kind Niedersachsen

Projektleitung: Anna Maier-Pfeiffer, Susanne Hartmann

Ansprechpartnerin: Anna Maier-Pfeiffer

Projektbüro »Pro Kind«

Adolfstraße 7, 30169 Hannover

Telefon: 0511-761-7009-0

Homepage: www.stiftung-pro-kind.de

E-Mail: a.maier-pfeiffer@stiftung-pro-kind.de

Pro Kind Bremen

Projektleitung: Kristin Adamaszek, Roswitha Schneider

Ansprechpartnerin: Kristin Adamaszek

Wachmannstraße 9, 28209 Bremen

Telefon: 0421-3403-211

Homepage: www.stiftung-pro-kind.de

E-Mail: prokind@drk-bremen.de

Pro Kind Sachsen

Projektleitung: Margot Refle, Garnet Helm

Ansprechpartnerin: Margot Refle

Adresse: Felsenweg-Institut

Straße des 17. Juni 25, 01257 Dresden

Telefon: 0351- 21687-0

Homepage: www.stiftung-pro-kind.de

E-Mail: m.refle@felsenweginstitut.de

Pro Kind*Wissenschaftliche Begleitung*

Implementations- und Evaluationsforschung

Prof. Dr. Tanja Jungmann

Universität Rostock

Institut für Sonderpädagogische Entwicklungsförderung und Rehabilitation

August-Bebel-straße 28, 18051 Rostock

Telefon: 0381-498 2672

E-Mail: tanja.jungmann@uni-rostock.de

Kosten-Nutzen-Analyse

PD Dr. Peter Lutz

Leibniz Universität Hannover

Institut für Öffentliche Finanzen

Königsworther Platz 1, 30167 Hannover

Telefon: 0511-762 5644

E-Mail: lutz@fiwi.uni-hannover.de

Praxis- und Forschungsmodul «Zahnärztliche Gesundheitsfrühförderung»

Prof. Dr. Hüsamettin Günay

Medizinische Hochschule Hannover

Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde

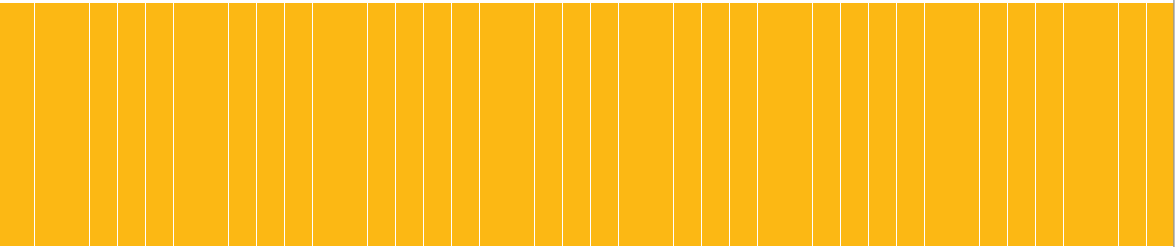
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover

Telefon: 0511-532 6670/6671

E-Mail: Guenay.H@mh-hannover.de

VERÖFFENTLICHUNGEN

VERÖFFENTLICHUNGEN DES NZFH



Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

Herausgeber: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2010.

Bestellnummer: 16000000

Broschüre, DIN A5, 22 Seiten.

Datenschutz bei Frühen Hilfen.**Praxiswissen Kompakt.**

Herausgeber: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Informationszentrum Kindesmisshandlung / Kindesvernachlässigung (IzKK), Köln 2010.

Autor: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) e.V.

Bestellnummer 16000112

ISBN 978-3-937707-81-5

Broschüre, DIN A6, 60 Seiten.

**Early Childhood Intervention – Pilot Projects
in the German Federal States.**

Herausgeber: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2009.

Bestellnummer 16000170

Broschüre, DIN A4, 44 Seiten.

Frühe Hilfen – Modellprojekte in den Ländern.

Herausgeber: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2008.

Bestellnummer 16000100

Broschüre, DIN A4, 40 Seiten.

Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Bereich Früher Hilfen.**Internationaler Forschungsstand, Evaluationsstandards und Empfehlungen für die
Umsetzung in Deutschland.**

Herausgeber: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2009.

Autorinnen und Autoren: Prof. Dr. Anke Lengning, Prof. Dr. Peter Zimmermann.

Bestellnummer 16000102

Broschüre, DIN A4, 62 Seiten.

Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben.

**Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine
interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im
Bereich der Frühen Hilfen und im Kinderschutz.**

Herausgeber: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2010.

Autorinnen und Autoren: Ute Ziegenhain, Angelika Schöllhorn, Anne K. Künster,
Alexandra Hofer, Cornelia König, Jörg M. Fegert

Bestellnummer 16000110

Broschüre, DIN A4, 287 Seiten.

Die Bedeutung der Schwangerschaftsberatung im Kontext Früher Hilfen.

Standortbestimmung.

Herausgeber: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2010.

Bestellnummer 16000113

Broschüre, DIN A4, 16 Seiten.

Bestandsaufnahme. Kommunale Praxis Früher Hilfen in Deutschland.

Teiluntersuchung 1: Kooperationsformen.

Herausgeber: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2010.

Autorin: Alexandra Sann

Bestellnummer 16000115

ISBN 978-3-937707-91-4

Broschüre, DIN A4, 34 Seiten.

Modellprojekte in den Ländern.

Zusammenfassende Ergebnisdarstellung.

Herausgeber: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2010.

Autorinnen: Ilona Renner, Viola Heimeshoff

Bestellnummer 16000117

ISBN 978-3-937707-89-1

Broschüre, DIN A4, 60 Seiten.

Frühe Hilfen bei Häuslicher Gewalt.

Tagungsdokumentation des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) und des Informationszentrums Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung (IzKK) zur Schnittstelle von Frühen Hilfen und häuslicher Gewalt.

9. bis 11. Oktober 2009, in Kooperation mit der Evangelischen Akademie in Tutzing und der Frauenhauskoordinierung e. V. (Frankfurt).

Herausgeberinnen und Herausgeber: Reinhild Schäfer, Susanne Nothhafft, Regine Derr, Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung (IzKK), Köln 2010.

Bestellnummer 16000118

ISBN 978-3-937707-90-7

Broschüre, DIN A4, 152 Seiten.

Bestellung kostenlos unter:

Fax: 0221 8992 257

E-Mail: order@bzga.de

Post: BZgA, 51101 Köln

Die aktuelle Publikationsliste und Informationen zu weiteren Materialien finden Sie unter: www.fruehehilfen.de

IMPRESSUM

Bibliographische Information der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind
im Internet unter <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN: 978-3-937707-88-4

Herausgeberinnen und Herausgeber:

Ilona Renner, Alexandra Sann, Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)
c/o Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Osterheimer Straße 220
51109 Köln
Telefon: 0221 8992 0
www.bzga.de
www.fruehehilfen.de

Redaktion:

Ilona Renner

Konzept und Gestaltung:

Lübbecke | Naumann | Thoben, Köln

Druck: Rasch, Bramsche

Auflage: 0.0.0.0.

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird vom NZFH kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum
Weiterverkauf durch die Empfängerin oder den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestelladressen:

Fax: 0221 8992 257

E-Mail: order@bzga.de

Post: BZgA, 51101 Köln

Die aktuelle Publikationsliste und Informationen zu weiteren Materialien
finden Sie unter: www.fruehehilfen.de

Bestellnummer: 16000116