Nationales Zentrum
Frühe Hilfen

MATERIALIEN ZU FRÜHEN HILFEN

7

HANDREICHUNG

SCHWANGERSCHAFTSBERATUNGSSTELLEN IN NETZWERKEN FRÜHE HILFEN

Herausgeber: Nationales Zentrum Frühe Hilfen in Kooperation mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V.

HANDREICHUNG

MATERIALIEN ZU FRÜHEN HILFEN

Schwangerschaftsberatungsstellen in Netzwerken Frühe Hilfen

Herausgeber: Nationales Zentrum Frühe Hilfen in Kooperation mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V.

Jürgen Bengel, Annekathrin Bergner, Brigitte Borrmann, Monika Bradna, Claudia Brückner, Ulrike Busch, Sabine Fähndrich, Luisa Finzi, Jutta Franz, Marion von zur Gathen, Hanna Geier, Carol Hagemann-White, Regine Hölscher-Mulzer, Theresia Höynck, Birgit Jagusch, Julia Klein, Lisa Lyssenko, Jörg Maywald, Antje Richter-Kornweitz, Lydia Schönecker, Ulrike Stender, Angelika Wolff

INHALT

VORWORTE 6

1 SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG UND FRÜHE HILFEN – GRUNDLAGEN 8
Claudia Brückner, Ulrike Busch

2 SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG, FRÜHE HILFEN, KINDERSCHUTZ – RECHTLICHE GRUNDLAGEN 17
Lydia Schönecker

3 DIE SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG IM KONTEXT FRÜHER HILFEN 25
Jutta Franz 26
Sabine Fähndrich 30
Lydia Schönecker 37
Exkurs: Diskussionsbeitrag von Jutta Franz 40

4 VERNETZTES ARBEITEN IN DEN FRÜHEN HILFEN – AUFGABEN, CHANCEN UND GRENZEN FÜR DIE SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG 43
Ein Gespräch mit Hanna Geier

5 BASISQUALIFIKATION UND QUALIFIZIERUNGSBEDARFE 47
Ulrike Stender, Angelika Wolff

6 HINTERGRUNDWISSEN 58

FUNDAMENTE I:
GRUNDLAGEN DER ENTWICKLUNG
IN DER FRÜHEN KINDHEIT 59

Frühkindliche Entwicklung und Bindungen,
Marion von zur Gathen, Jörg Maywald 59

FUNDAMENTE II:
HINTERGRUNDWISSEN
KURZ UMRISSEN 66

Bindungs- und Erziehungskompetenzen der Eltern und Unterstützungsmöglichkeiten, Julia Klein 66
Resilienzforschung, Lisa Lyssenko, Jürgen Bengel 69
Auswirkungen individueller Belastungen auf Schwangerschafts- und Geburtsverläufe, Annekathrin Bergner 72
Auswirkungen individueller Belastungen auf Wochenbett und erstes Lebensjahr, Brigitte Borrmann 77
Migrationssensibilität und Diversitätsbewusstsein, Birgit Jagusch 81
Gewalt in der Paarbeziehung, Carol Hagemann-White 84
Blick in die Praxis: Schwangerschaft und Gewalterfahrungen, Luisa Finzi 89
Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter, Antje Richter-Kornweitz 92
Angebote anonymer Kindesabgabe, Monika Bradna 95
Anonyme Beratung nach § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz, Regine Hölscher-Mulzer 99
Ergebnisse der KFN-Studie zu Neonatiziden, Theresia Höynck 103

7 AUTORINNEN UND AUTOREN 106

Kontakt 107
Kurzbiografien 110

8 AUSWAHL ZENTRALER GESETZESTEXTE 112

VORWORTE

PROF. DR. ELISABETH POTT, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
PROF. DR. SABINE WALPER, Forschungsdirektorin des Deutschen Jugendinstituts

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) fördert seit 2007 verstärkt Frühe Hilfen als wirksames präventives Unterstützungsangebot für Eltern und ihre Kinder (bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres). Sie sollen durch eine möglichst wirksame Vernetzung von Hilfen primär des Gesundheitssystems und der Kinder- und Jugendhilfe – aber auch weiterer relevanter Akteure, wie der Schwangerschaftsberatung – früher erreicht und unterstützt werden. Vor diesem Hintergrund wurde das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) eingerichtet. Es ist ein Kooperationsprojekt des Deutschen Jugendinstituts e.V. (DJI) mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und hat seinen Sitz in der BZgA in Köln.

Ein Meilenstein in der Entwicklung und Etablierung Früher Hilfen ist das Bundeskinderschutzgesetz (BKiSchKG), das am 01.01.2012 in Kraft getreten ist. In Anlehnung an die Begriffsbestimmung des NZFH werden darin Frühe Hilfen definiert als Information, Beratung und Hilfen für Mütter und Väter sowie schwangere Frauen und werdende Väter. Ihr Kern ist die Vorhaltung eines möglichst frühzeitigen, koordinierten und multiprofessionellen Angebots im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern vor allem in den ersten Lebensjahren (§ 1 Abs. 4 KKG).

Die Zielgruppe von Frühen Hilfen entspricht zu großen Teilen den Nutzerinnen und Nutzern der Angebote von Schwangerschaftsberatungsstellen. Aus diesem Grund haben die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) und das NZFH bereits 2008 den Kongress »Unterstützung von Anfang an! Schwangerschaftsberatungsstellen als Brückenbogen zu Jugendhilfe und Gesundheitswesen« durchgeführt. Durch die Veranstaltung erfolgte eine erste bundesweite Auseinandersetzung über Rolle und Aufgaben der Schwangerschaftsberatungsstellen in den Frühen Hilfen. Die Impulse und Diskurse, die von dieser Fachtagung ausgingen, bildeten die Grundlage für die gemeinsame Standortbestimmung »Die Bedeutung der Schwangerschaftsberatung im Kontext Früher Hilfen« (2010).

Durch das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) sind Schwangerschaftsberatungsstellen als wichtige Partner in den Netzwerken Frühe Hilfen benannt. Eine entsprechende Regelung zur Beteiligung an den Netzwerken Frühe Hilfen wurde auch im Schwangerschaftskonfliktgesetz geschaffen.

Dies zum Anlass nehmend und aufgrund der langjährigen und guten Kooperation haben die BAGFW und das NZFH diese Handreichung »Schwangerschaftsberatungsstellen in Netzwerken Frühe Hilfen« erstellt. Sie wendet sich an Beraterinnen und Berater in Schwangerschaftsberatungsstellen, um sie bei ihrer Arbeit in kommunalen Netzwerken Frühe Hilfen zu unterstützen. Die Handreichung bietet Antworten auf konkrete rechtliche Fragestellungen aus der Praxis und berücksichtigt dabei auch die Schnittstelle Frühe Hilfen und Schutz bei Kindeswohlgefährdung. Vernetzungsprozesse in den Frühen Hilfen werden anschaulich beschrieben und Gelingensfaktoren vorgestellt. Zugleich gibt sie auch Denkanstöße für eine Reflexion der Rollen und Aufgaben von Schwangerschaftsberatungsstellen in den Netzwerken Frühe Hilfen.

Bereits in der Konzepterstellung durch Frau Prof. Dr. Ulrike Busch (Hochschule Merseburg) und Frau Claudia Brückner (Albatros-Lebensnetz, Berlin) wurden Anforderungen sowohl aus Sicht der Wissenschaft als auch der Praxis einbezogen. Durch eine gemeinsame Redaktionsgruppe der BAGFW und des NZFH sowie Beratungen mit Fachverbänden der Schwangerschaftsberatung wurde das Konzept weiterentwickelt, sodass auch wichtige Themen der Träger von Beratung und aktuelle Erkenntnisse zu Frühen Hilfen berücksichtigt wurden. Die thematischen Kapitel enthalten Beiträge, die von Fachreferentinnen der BAGFW, Praktikerinnen aus der Beratungsarbeit sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern verfasst wurden.

Wir bedanken uns bei der BAGFW und allen, die zum Entstehen dieser umfangreichen Materialien beigetragen haben, für die sehr gute Zusammenarbeit. Wir hoffen, dass durch die Handreichung die anspruchsvolle Arbeit in den Frühen Hilfen gut unterstützt wird. Ein Blick in die Publikation lohnt sich nicht nur für Beraterinnen in Schwangerschaftsberatungsstellen. Die umfassende Darstellung des Arbeitsfeldes und die dazugehörenden Hintergrundinformationen bieten auch den anderen Berufsgruppen einen guten Einblick in das Arbeitsfeld eines der zentralen Kooperationspartner in den Frühen Hilfen.

WOLFGANG STADLER, Präsident der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V.

Die Frühen Hilfen haben in den letzten Jahren in der Fachöffentlichkeit, in der Politik und auf der Ebene der kommunalen Versorgung deutlich an Bedeutung gewonnen. Die Ursachen hierfür liegen nicht nur in ihrer gesetzlichen Verankerung, wie sie etwa mit dem Bundeskinderschutzgesetz 2012 vollzogen wurden, sondern auch in dem Wissen um den Wert von früher und zielgerichteter Hilfe und Unterstützung für werdende Eltern und Eltern mit Kleinkindern. Mit ihrem leicht zugänglichen und umfassenden Beratungsangebot sind die Schwangerschaftsberatungsstellen wichtige Akteure und Kooperationspartner im Netzwerk Frühe Hilfen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) hat sich in Kooperation mit dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) bereits 2010 mit der Bedeutung der Schwangerschaftsberatung im Kontext Früher Hilfen auseinandergesetzt, Chancen und Grenzen aufgezeigt und eine Standortbestimmung vorgenommen. Grundsätzlich hat die Schwangerschaftsberatung einen eigenständigen Auftrag, der ihre Brückenfunktion zwischen Gesundheitswesen und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe begünstigt. Im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit sind die Beraterinnen auch mit der Thematik der Kindeswohlgefährdung konfrontiert und damit Teil des Präventionsnetzwerkes. Unmittelbar nach der Fertigstellung der o.g. Broschüre ist deutlich geworden, dass sich für die Beratungsstellen im Zusammenhang mit den Frühen Hilfen und ihrer Funktion im Netzwerk weitere Fragen ergeben.

Für die vorliegende Handreichung sind im Sinne einer Handreichung für die Praxis zahlreiche Fachartikel entstanden. Sie beschreiben in Fortsetzung der Standortbestimmung von 2010 das Selbstverständnis der Schwangerschaftsberatung im Rahmen Früher Hilfen, bereiten fachliche und rechtliche Grundlagen auf und wollen zu einer aktiven Auseinandersetzung mit der Rolle der Schwangerschaftsberatung im Netzwerk Früher Hilfen anregen.

So finden Sie in der Arbeitshilfe in den Kapiteln 1 bis 5 unter anderem grundsätzliche Ausführungen zu Schwangerschaftsberatung und Frühen Hilfen, zum Kinderschutz und dessen rechtlichen Grundlagen, zu vernetztem Arbeiten und notwendigen Qualifikationen. Mit dem Kapitel 6 erhalten Sie facettenreiche Hintergrundinformationen, die für die Arbeit rund um das Thema Frühe Hilfen von Bedeutung sind.

Die BAGFW möchte mit dieser Arbeitshilfe einen weiteren Beitrag für eine gelingende Netzwerkarbeit der Schwangerschaftsberatungsstellen im Kontext Früher Hilfen leisten und die fachliche Diskussion um Frühe Hilfen in der Schwangerschaftsberatung insgesamt voranbringen.

Abschließend möchte ich mich an dieser Stelle sowohl bei den Autorinnen der Arbeitshilfe als auch beim Nationalen Zentrum Frühe Hilfen für die sehr gute Zusammenarbeit bedanken.

1

SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG UND FRÜHE HILFEN – GRUNDLAGEN

9 Kongruenzen: Selbstverständnis und Schnittstellen

12 Unterschiede: Arbeitsaufträge und Abgrenzungen

14 Klärungsbedarfe: praktische Herausforderungen

Claudia Brückner
Ulrike Busch

Claudia Brückner, Ulrike Busch

KONGRUENZEN: SELBSTVERSTÄNDNIS UND SCHNITTSTELLEN

Beraterinnen[1] in Schwangerschaftsberatungsstellen gehören zu den Professionellen, die einen frühen Kontakt zu schwangeren Frauen und (werdenden) Eltern haben. Im »Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten« (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG) ist das Recht auf Beratung »in allen eine Schwangerschaft oder Geburt mittelbar oder unmittelbar berührenden Fragen und auf Hilfe in Krisen und Konflikten« fixiert. Im § 2 ist das Aufgabenspektrum detailliert beschrieben.[2] Das Gesetz ist seit 1995 gültig und hat dreimalig Erweiterungen erfahren, hier besonders relevant die Veränderungen im Kontext des seit 2012 gültigen Bundeskinderschutzgesetzes (BKiSchG). Die Schwangerschaftsberatungsstellen sind zu einer anerkannten Säule der sozialen, psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung geworden. Jede zweite »schwangere« Frau nimmt ein derartiges Beratungsangebot in Anspruch,[3] mehr als jede vierte schwangere Frau im Kontext eines Stiftungsantrages für schwangere Frauen und Familien in Not.[4]

Schwangerschaftsberatung als Begleitung in Übergangssituationen

Frauen und ggf. deren Partner oder Partnerinnen suchen die Beratungsstellen zu verschiedenen Anlässen, mit unterschiedlichen Anliegen und zu unterschiedlichsten Zeitpunkten im Schwangerschaftsverlauf auf. Schwangerschaft ist eine Phase des Übergangs in sich ändernde Alltagsrealitäten mit veränderten Anforderungen, Verantwortlichkeiten und Erlebnisbereichen. Das Erleben von z.B. Vorfreude, Hoffnung, Zweifeln und Angst hängt von der Lebensgeschichte, der aktuellen Lebenssituation der Schwangeren, von ihren individuellen, partnerschaftlichen und familialen Ressourcen und von der Einstellung zur Elternrolle ab. Schwangerschaftsberatung kann deshalb inhaltlich und in der Intensität der Begleitung sehr variieren. Der Zeitpunkt der Inanspruchnahme von Beratung und das vorgetragene Anliegen bestimmen wesentlich den folgenden Beratungsprozess. Die Beraterinnen müssen sich auf jede Beratungssituation unvoreingenommen einstellen können und klientinnenzentriert agieren.

Klientinnenzentrierte Beratung als Grundlage professionellen Handelns

Ausgangspunkt jeder Beratung ist der Bedarf der Ratsuchenden. Sie bringt das Beratungsanliegen ein, das die Grundlage des Arbeitsauftrags und damit des Arbeitsbündnisses mit der Beraterin ist. Subjekt der Beratung ist die Klientin selbst. Die Förderung bzw. Aufrechterhaltung ihrer sozialen, psychischen und gesundheitlichen Stabilität durch bedarfsgerechte Unterstützung bei den sich vollziehenden Veränderungen ist ein zentrales Element der Schwangerschaftsberatung.

Grundlage für vertrauensvolle Gespräche bilden:

- das klientinnenzentrierte Beratungsverständnis der Beraterin,
- ihre fachliche Kompetenz in den verschiedenen Themenfeldern,
- die Vertraulichkeit der Beratungsbeziehung (Schweigepflicht, mögliche Anonymität, Zeugnisverweigerungsrecht),
- die Kenntnis regionaler Hilfeangebote und
- die Unterstützung bei der Geltendmachung von Ansprüchen.

1 Da die Klienten in der Regel weiblich sind, wird im Folgenden zur Vereinfachung im Sprachgebrauch von Klientinnen bzw. Frauen geschrieben. Ebenso wird i.d.R. der Terminus Beraterin verwandt.
2 Wichtige Gesetzestexte im Zusammenhang mit den Frühen Hilfen finden sich in Kapitel 8 dieser Arbeitshilfe.
3 Das ergab eine Abfrage des NZFH bei den zuständigen Landesministerien aus dem Jahr 2008.
4 Nach der Sozialdatenstatistik 2011 der Bundesstiftung Mutter und Kind erhielt damit letztlich jede fünfte schwangere Frau Stiftungsmittel. In dieser Aufgabenfacette der Schwangerschaftsberatung wird ein wesentlicher Türöffner auch in andere Beratungsbereiche hinein gesehen.

Typische Bedarfe in der Schwangerschaftsberatung sind:

- Information zu sozialrechtlichen Fragen und Unterstützung bei sozialen Problemlagen und der Inanspruchnahme geeigneter Hilfen,
- Lösung von Konflikten im partnerschaftlichen oder familialen Umfeld der Klientin,
- Unterstützung beim Aufbau einer liebevollen Bindung zwischen Mutter und Kind,
- Förderung eigener Ressourcen der Klientin und ggf. Hilfestellung bei der Bewältigung von Überforderungssituationen.

Schwangerschaftsberaterinnen können auch über die vereinbarten Beratungsinhalte hinausgehende Bedarfe wahrnehmen. Sie thematisieren diese auf der Grundlage einer empathischen und respektvollen Haltung und loten die weitere Vorgehensweise, z. B. die mögliche Inanspruchnahme von Angeboten aus dem Bereich der gesundheitlichen Betreuung und Versorgung, der Selbsthilfe, der Frühen Hilfen, der Kinder- und Jugendhilfe, gemeinsam mit der Klientin aus. All dies ist originärer Arbeitsauftrag von Schwangerschaftsberatung und zugleich Indiz für ihre präventive Wirkung, die im Konzept der Frühen Hilfen explizit verankert wurde.

Frühe Hilfen, Kinderschutz und Schwangerschaftsberatung

Frühe Hilfen waren zentrales Anliegen des Bundesaktionsprogramms zum Ausbau eines wirksamen und nachhaltigen Kinderschutzes[5] und sind seit 2012 im Bundeskinderschutzgesetz (BKiSchG) festgeschrieben. In der Praxis zeigen sich immer wieder Schnittstellen zwischen Schwangerschaftsberatung und Frühen Hilfen. Deshalb ist die Schwangerschaftsberatung nun neben anderen Institutionen, Trägern und Professionen als Bestandteil des Verantwortungssystems zum Kinderschutz in das BKiSchG aufgenommen. Ihr im Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) gesetzlich festgeschriebener Auftrag und Handlungsrahmen bleibt dabei die Grundlage.

Frühe Hilfen zielen darauf, die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern durch eine Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen (werdender) Eltern zu verbessern. Dieses Angebot richtet sich insbesondere an Eltern ab Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des 3. Lebensjahres des Kindes und an Eltern in belastenden Lebenssituationen. Sie sind ein freiwilliges, präventives und partizipatives Unterstützungsangebot (Paul 2012).

Frühe Hilfen werden vor allem im Zusammenwirken relevanter Subsysteme bzw. Akteure gesichert, wozu maßgeblich die Schwangerschaftsberatungsstellen gehören.[6]

Der **Kinderschutz,** seine Ziele und Umsetzungsmöglichkeiten sind Gegenstand des »Achten Buches Sozialgesetzbuch Kinder- und Jugendhilfe« (SGB VIII). Im Zentrum steht laut § 1 die Förderung der individuellen und sozialen Entwicklungen junger Menschen, die Vermeidung von Benachteiligungen, ihr Schutz vor Gefahren und die Unterstützung von Eltern und anderen Erziehungsberechtigten. Mit dem Bundeskinderschutzgesetz ist nun die rechtliche Grundlage geschaffen, auch Professionelle, die nicht im Geltungsbereich des SGB VIII tätig sind, in diesen Auftrag einzubinden.[7]

Träger und Mitarbeiterinnen von Schwangerschaftsberatungsstellen müssen sich auf dieser Grundlage mit den Rahmenbedingungen und Gestaltungsspielräumen aktiv auseinandersetzen.

Die **Schwangerschaftsberatung** zielt mit ihren spezifischen Beratungsangeboten sowohl auf die oben definierten Zielgruppen als auch auf die benannten Themen- und Konfliktfelder. Sie ist früh, bedarfsgenau und präventiv wirksam, indem sie

5 www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=119200
»Mit dem Aktionsprogramm ›Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme‹, das 2010 abgeschlossen wurde, hat das Bundesfamilienministerium das Ziel verfolgt, Risiken für die gesunde Entwicklung von Kindern möglichst frühzeitig zu erkennen sowie die Erziehungskompetenz ihrer Eltern gezielt zu verbessern … Der Aus- und Aufbau von Netzwerken Früher Hilfen wird auf der Basis der Ergebnisse des Aktionsprogramms und mit dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen durchgeführt« (ebenda).

6 S.a. Begriffsbestimmung Frühe Hilfen unter http://www.fruehehilfen.de/serviceangebote-des-nzfh/glossar/

7 Dies ist insbesondere im »Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz« (KKG) ausgeführt. Das KGG ist Bestandteil (Artikel 1) des BKiSchG; zu juristischen Fragen und hier insbesondere zur Definition von »Kindeswohlgefährdung« s.a. den Beitrag von L. Schönecker, Kapitel 2 dieser Arbeitshilfe.

(1) Hilfen individuell und auf unterschiedlichen Ebenen anbietet (Klärung von Abläufen und Ansprüchen, materielle Sicherung des gegenwärtigen und künftigen Alltags, Begleitung bei der Bewältigung bürokratischer Akte gegenüber Behörden, Institutionen, Arbeitgebern),

(2) ggf. zeitlich engmaschig und zugleich mittel- und langfristig wirkt und

(3) den Klientinnen über diese Erfahrung von Unterstützung und die damit verbundene Minderung von Konfliktpotenzialen Selbstvertrauen vermittelt, ihr Leben gestalten zu können.

SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG (SB) – ZUSAMMENSTELLUNG WICHTIGER ASPEKTE

Formale Standards

- SB wird freiwillig und selbstbestimmt in Anspruch genommen. Ausgangspunkt ist der eigene Bedarf der Ratsuchenden (RS).
- Die Beraterinnen verfügen über fachliche Kompetenzen in psychosozialen, sozialrechtlichen und gesundheitlich-medizinischen Fragen.
- In der SB besteht eine rechtlich gesicherte besondere Vertrauensbeziehung (mögliche Anonymität, Schweigepflicht, Zeugnisverweigerungsrecht).
- Die strukturelle Vernetzung im Sozialraum ist wichtige Voraussetzung für die Kenntnis regionaler Hilfeangebote und die Vermittlung angemessener Unterstützungsleistungen.
- SB findet in der Regel in ein- oder zweimaligen Gesprächen statt oder auch begleitend zur Schwangerschaft (psychosoziale, psychologische Beratung).
- SB muss wohnortnah und in Trägervielfalt angeboten werden. Die Beratungsstellen arbeiten auch überregional, um entsprechenden Bedarfen gerecht zu werden.
- **Schwangerschaftsberatung ist mit ihrem klientinnenzentrierten, auf Vertrauen und Ressourcen orientierten Arbeitsansatz ein niedrigschwelliges Unterstützungsangebot, und mit ihrem gesetzlichen Auftrag und ihren flankierenden Maßnahmen ist sie selbst Frühe Hilfe mit dem Fokus auf der Schwangeren.**

Inhaltliche Standards

SB verfolgt einen ressourcenfördernden, unterstützenden und präventiven Ansatz:

- Sie gibt **Informationen** über sozialrechtliche Ansprüche und grundsätzliche Rechte, Zugangswege zu Behörden und Umgangsweisen mit Antragstellungen.
- Sie leistet **Unterstützung** bei der Geltendmachung von Ansprüchen.
- Sie gibt **Hinweise auf Netzwerke und konkrete Angebote** für gezielte Hilfen und bietet Unterstützung dabei, diese auch anzunehmen.
- Sie gibt **Anregung für Handlungsoptionen,** um Fähigkeiten und Strategien zu erweitern, eigene Ressourcen und die des Umfeldes zu erschließen, zu nutzen und auszubauen.
- Im Rahmen von psychosozialer und psychologischer Beratung bietet sie **Hilfen zur Selbstreflexion**, um die eigene, partnerschaftliche und/oder familiale Situation, eigene Bedürfnisse sowie Bedürfnisse des Kindes und persönliche Fähigkeiten besser wahrnehmen zu können und angemessene Veränderungsprozesse einzuleiten.

Fazit: Informationen und Interventionen der Schwangerschaftsberatung dienen der Unterstützung der Schwangeren. Durch eine nachfolgend positivere Situation der Mutter/der Eltern kommen sie in der Wirkung auch dem Kind zugute. Insofern leistet die Schwangerschaftsberatung ihren Beitrag zu Frühen Hilfen originär im Rahmen ihres Arbeitsauftrages.[8]

UNTERSCHIEDE: ARBEITSAUFTRÄGE UND ABGRENZUNGEN

Trotz der benannten Schnittstellen und inhärenten Ziele bestehen unterschiedliche Arbeitsaufträge (und rechtliche Einbindungen) zwischen Trägern und Einrichtungen der Schwangerschaftsberatung und des Kinderschutzes sowie den Frühen Hilfen. Eine sorgsame Klärung bildet eine wichtige Voraussetzung für vertrauensvolle klientinnenzentrierte Arbeit, gute Kooperation in Netzwerken und Sicherheit in konkreten Problemkonstellationen.

Schwangerschaftsberatung – bewährte Ausgangspunkte und neue Regelungen

Schwangerschaftsberatung auf der Grundlage des SchKG ist nicht im Gültigkeitsbereich des SGB VIII verortet.[9] Die Beraterinnen befinden sich dennoch in ihrer Tätigkeit in einem Bereich, in dem es Berührungspunkte zu den Systemen Frühe Hilfen und Kinderschutz gibt. Umso bedeutsamer sind die nunmehr festgeschriebenen Klärungen:

Das BKiSchG intendiert, dass die Schwangerschaftsberatung auch unter dem Blickwinkel Frühe Hilfen und Kinderschutz ihren originären Auftrag behält und kein Wechsel in das System der Kinder- und Jugendhilfe erfolgt. Es will zugleich die Mitwirkung der Schwangerschaftsberatung verbindlich regeln, zuverlässige rechtliche Rahmenbedingungen setzen und fachliche Erwartungen fokussieren.

- Das BKiSchG verankert das Recht auf anonyme Schwangerschaftsberatung nunmehr auch im SchKG, würdigt damit die Bedeutung dieses Beratungssettings und stärkt zugleich die Vertraulichkeit der Schwangerschaftsberatung insgesamt.
- Die Schwangerschaftsberatung ist verpflichtet, in den lokalen Netzwerken für Frühe Hilfen mitzuwirken, auf struktureller Ebene Informationen auszutauschen und koordinierte Hilfeangebote zu entwickeln.
- Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung gelten für die Schwangerschaftsberatung nunmehr ähnliche Regularien des Vorgehens wie nach § 8a SGB VIII beschrieben: kollegialer Austausch, Einbeziehung einer »insoweit erfahrenen Fachkraft«, ggf. Beratung mit Fachkräften der Jugendhilfe bzw. Information an das Jugendamt – unter steter Einbeziehung der Eltern und bei Transparenz des Geschehens (§ 4 KKG).[10]

Die beschriebenen Regelungsebenen sind für die Schwangerschaftsberatung nicht neu. Sie entsprechen dem klientinnenzentrierten Arbeitsverständnis professioneller Beratung in schwierigen Situationen. Die gesetzliche Hervorhebung der Schwangerschaftsberatung durch das BKiSchG ist geeignet, Klientinnen wie Mitarbeiterinnen in der Schwangerschaftsberatung mehr Sicherheit zu geben.

Kinderschutz und Schwangerschaftsberatung – Standards und Ressourcen

Kinderschutz im Kontext des SGB VIII hat die Sicherung des Kindeswohls zum Auftrag. Elterliches Verhalten und Handeln wird unter diesem Blickwinkel beurteilt. Kinderschutz gehört zwar nicht zu den Aufgaben der Schwangerschaftsberatung, kann aber *impliziter Effekt* gelungener Beratung sein. Er erfolgt z. B. durch Erweiterung der Wahrnehmungs-, Reflexions- und Handlungskompetenzen der Schwangeren und durch die Stabilisierung ihrer sozialen und psychischen Situation im *expliziten Auftrag* der Ratsuchenden. Wird die Beraterin auf problematische Aspekte aufmerksam, die die Klientin evtl. selbst nicht als solche wahrnimmt oder (noch) verdrängt, so hat sie alle im Rahmen professioneller Beratung zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, ihre Wahrnehmung

8 S. hierzu auch den Diskussionsbeitrag von J. Franz in Kapitel 3 dieser Arbeitshilfe.
9 Selbst wenn Träger von Schwangerschaftsberatungsstellen zugleich Angebote als freier Träger der Jugendhilfe unterbreiten, betrifft der Verpflichtungsrahmen der Kinder und Jugendhilfe, z. B. nach § 8a SGB VIII, nicht die Schwangerschaftsberatung.
10 S.a. Kapitel 2 dieser Arbeitshilfe.

zu verbalisieren, zu spiegeln und ggf. zu konfrontieren, damit weitere Veränderungen zum Wohl des Kindes von der Klientin vollzogen werden können. In den meisten Fällen ist es möglich, auf der Grundlage einer Vertrauensbeziehung mit der Schwangeren gemeinsame Wege, z. B. die Inanspruchnahme Früher Hilfen zur Überwindung der Schwierigkeiten, zu erarbeiten. Genau dies liegt i.d.R. auch im Interesse der Klientinnen selbst. Es muss keine Divergenz befürchtet werden.

In der Praxis der Schwangerschaftsberatung ist es selten, dass Klientinnen eine schwierige Situation für sich und ihr (werdendes) Kind ignorieren oder verdrängen und eine Lösung von Konflikt- und Problemlagen nicht gemeinsam angestrebt wird oder angestrebt werden kann. Allerdings: Kindeswohlgefährdung ist ein unbestimmter Rechtsbegriff. Die Beraterin befindet sich im Bereich der Prädiktion und Hypothesenbildung. Grundlage für die Bewertung der Situation und die folgenden Handlungsschritte bilden der persönliche und berufliche Erfahrungshintergrund und die umfassende Kenntnis der Gesamtsituation. Für diese Fälle gibt das BKiSchG mögliche Abläufe für professionelles Handeln vor. Die konkrete Umsetzung ist immer wieder verantwortliche Einzelfallentscheidung.[11]

Fazit: Grundsätzlich unterscheidet sich die Schwangerschaftsberatung von anderen Hilfesystemen sowohl bzgl. der gesetzlichen Grundlagen als auch in ihrem Auftrag und inhaltlichen Fokus. Das gibt ihr die Möglichkeit der vertrauensvollen Arbeit mit den Klientinnen, unabhängig von ggf. kontrollierenden und kindeswohlsichernden Interventionen der Kinder- und Jugendhilfe. Die Beratung hat mit und durch die Begleitung der Klientinnen auch präventive und stützende Funktionen für die Entwicklung der Kinder. **Der Kinderschutz ist somit impliziter Effekt, nicht expliziter Auftrag. Die Klientinnen müssen sich auf die gesetzlich zugesagte Vertraulichkeit verlassen können.** Gerade hierin besteht eine entscheidende Ressource der Schwangerschaftsberatung.

VEREINFACHTE DARSTELLUNG DER BEGRIFFE UND IHRER RELEVANZ FÜR DIE PRAKTISCHE ARBEIT

Schwangerschaftsberatung	
Fokus:	Die Schwangere in ihrer psychosozialen Realität, primäre Prävention
Schlussfolgerung:	Arbeit mit der Schwangeren/den werdenden Eltern, klientinnenzentriert
Frühe Hilfen	
Fokus:	Die (werdenden) Eltern in ihrer psychosozialen Realität und die Entwicklungsbedingungen für das Kind, primäre und sekundäre Prävention
Schlussfolgerung:	Arbeit mit der Schwangeren/den (werdenden) Eltern und mit dem Kind
Kinderschutz	
Fokus:	Wohl des Kindes und Förderung elterlicher Kompetenzen, sekundäre und tertiäre Prävention
Schlussfolgerung:	Blick auf das Kind in seiner psychosozialen Realität, kindzentriert, unter Einbeziehung der Eltern

11 S.a. Kapitel 2 und 3 dieser Arbeitshilfe.

Schwangerschaftsberatung ist schon immer auch ein Angebot der Primärprävention und mit den dargestellten Arbeitsaufträgen und Herangehensweisen selbst Frühe Hilfe mit dem Fokus auf der Unterstützung der Schwangeren. Macht es der Bedarf der Ratsuchenden nötig, ist die Schwangerschaftsberatung ebenso in der Lage, den Übergang zur Inanspruchnahme weiterführender Unterstützungsangebote zu gestalten. Das geschieht in enger Kommunikation/Zusammenarbeit der Beratungsfachkraft und der Ratsuchenden. Somit ist die Schwangerschaftsberatung gleichzeitig Schnittstelle zu weiterführenden Frühen Hilfen mit dem Fokus Unterstützung der Schwangeren mit Blick auf das Kind (Angebote der Sekundärprävention).

KLÄRUNGSBEDARFE: PRAKTISCHE HERAUSFORDERUNGEN

Der Staat signalisiert mit dem BKiSchG, dass Schwangerschaftsberatung Bestandteil des Verantwortungssystems »Kinderschutz« ist. Mit den rechtlichen Normierungen werden einerseits Orientierungen gegeben, die größere Sicherheiten schaffen, andererseits werden Spannungsfelder deutlich, die Positionierung brauchen:

MITARBEIT IN REGIONALEN NETZWERKEN

Schwangerschaftsberatungsstellen sind nach § 3 KKG verpflichtet, in regionalen Netzwerken Frühe Hilfen zum Zweck des Kinderschutzes mitzuwirken, obwohl sie selbst keine Einrichtungen des Kinderschutzes sind. Das erfordert eine Klärung der Ziele, Zuständigkeiten und Verfahrensweisen.[12] Netzwerke Früher Hilfen zielen auf die koordinierte Vernetzung aller relevanten Akteure und Institutionen, die die o.g. Zielgruppen erreichen können (insbes. Schwangerschaftsberatung, Gesundheitswesen, interdisziplinäre Frühförderung, Kinder- und Jugendhilfe und weitere soziale Dienste). Diese Netzwerke dienen

- der gegenseitigen Information über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum,
- der Klärung struktureller Fragen der regionalen Angebotsgestaltung und -entwicklung,
- der Festlegung von Grundsätzen und ggf. Vereinbarungen für eine verbindliche Zusammenarbeit und
- der Abstimmung von Zuständigkeiten und Verfahren im Kinderschutz (§ 3 KKG).

Herausforderungen:

Schwangerschaftsberatung muss sich auf die Bedarfe der Ratsuchenden, auf ihre Klientinnenrechte fokussieren und zugleich zuverlässig als Netzwerkpartnerin im Interesse des Kinderschutzes mitwirken. Diese Spannung zu halten erfordert,

- die Netzwerke als *strukturelle* Netzwerke zu verstehen und zu entwickeln (sie dienen nicht dem Austausch über klientinnenbezogene Informationen), organisiert i.d.R. durch die öffentlichen Träger,
- in diesen Netzwerken *verbindlicher und aktiver* Kooperationspartner zu sein, die eigene Perspektive zu verdeutlichen und die Perspektiven der beteiligten Einrichtungen und Professionen wahrzunehmen, zu respektieren und im gegenseitigen Vertrauen in die Zusammenarbeit zu integrieren.

Einzelfallbezogene Zusammenarbeit wird durch gute regionale Kooperation und gewachsene, lebendige Netzwerkstrukturen ermöglicht, geschieht aber nicht in diesen strukturellen Netzwerken selbst, sondern im Kontext der unmittelbaren Beratung und auf Wunsch bzw. mit Einverständnis der Klientin.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN BEI KINDESWOHLGEFÄHRDUNG

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes in ihrer Beratungsarbeit Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdungen bekannt werden können. Eine dreistufige Handlungsempfehlung soll über bisherige Rechtsgrundlagen hinaus (§ 34 StGB, Rechtfertigender Notstand) und orientiert am Regularium der Jugendhilfe (§ 8a SGB VIII) Sicherheit geben:

12 S. hierzu auch das Gespräch mit H. Geier, Kapitel 4 dieser Arbeitshilfe.

1. »Werden … gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes … bekannt, so sollen sie mit … den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken …«
2. Zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung besteht gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft auf der Basis pseudonymisierter Daten.
3. Hält die Beraterin oder der Berater »… ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes … abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, ...« (§ 4 KKG).

PFLICHTEN, ANSPRÜCHE UND BEFUGNISSE DER BERUFSGEHEIMNISTRÄGER GEMÄSS KKG:[13]

Beratung der Eltern durch die Berufsgeheimnisträger bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung
PFLICHT

Motivation der Eltern durch die Berufsgeheimnisträger zur Inanspruchnahme geeigneter Hilfen
PFLICHT

BEFUGNIS
zur **Übermittlung pseudonymisierter Daten**

Beratung der Berufsgeheimnisträger
durch insoweit erfahrene Fachkraft zur Gefährdungseinschätzung
ANSPRUCH
ggü. öffentlichem Träger der Jugendhilfe

§ 4 Abs. 1 und 2 KKG
ERSTE STUFE

Informationsweitergabe an das Jugendamt
durch Berufsgeheimnisträger
§ 4 Abs. 3 KKG
BEFUGNIS

§ 4 Abs. 3 KKG
ZWEITE STUFE

13 Quelle: http://daten2.verwaltungsportal.de/dateien/seitengenerator/bundeskinderschutzgesetz.pdf (Zugriff: 26.6.2014).

Herausforderungen:
Schwangerschaftsberaterinnen haben die Fachkompetenz und Sensibilität für Situationen, in denen es Eltern nicht aus eigener Kraft gelingt, die notwendigen Bedingungen zu schaffen, oder in denen Unsicherheiten oder Belastungen die Stabilität der Frauen und ihres Systems gefährden. Das BKiSchG gibt einen grundsätzlichen rechtlichen Rahmen. Verantwortliches beraterisches Handeln erfolgt im Einzelfall und erfordert ein Bewusstsein bzgl. folgender Aspekte:

- Beraterinnen sind auch weiterhin Geheimnisträgerinnen nach § 203 StGB und dennoch laut BKiSchG unter bestimmten Voraussetzungen zur Weitergabe von Daten bei Kindeswohlgefährdung befugt.
- Diese Befugnis setzt in jedem Einzelfall Entscheidungen in professioneller und persönlicher Verantwortung voraus. Sie ist kein genereller Auftrag, der qua Gesetz eine Legimitation für die Beraterin und mithin auch Entlastung von einer Einzelfallentscheidung bedeuten kann.
- Wenn sich die Beraterin in der Verantwortung sieht, die öffentliche Jugendhilfe auch ohne Zustimmung oder sogar gegen den Willen einer Klientin einzuschalten, so ist in jedem Fall die Transparenz des Handelns als grundsätzlicher Ausdruck der Wahrung der Klientinnenrechte zu sichern (vgl. Franz/Busch 2012, S. 65).[14]

Fazit: Das BKiSchG intendiert weder das Unterhöhlen der Schweigepflicht noch den Einzug eines generellen Gefahrenscreenings oder permanenter Risikounterstellung. Grundlage professionellen beraterischen Handelns[15] bleiben nach wie vor:

- Freiwilligkeit im Zugang zu Beratungs- und Unterstützungsleistungen,
- Respekt vor der Eigenverantwortlichkeit der Ratsuchenden, ihrer Autonomie und Selbstbestimmung,
- das ressourcenorientierte klientinnenzentrierte Arbeitsverständnis und
- die Wahrung von Klientinnenrechten.

Das Recht der Klientin auf Anonymität in der Beratung und die Betonung der Einbeziehung Dritter nur mit ihrem Einverständnis sind nicht von ungefähr nunmehr nochmals auch im SchKG für die allgemeine Schwangerschaftsberatung fixiert.

LITERATUR

Franz, J./Busch, U. (2012): Schwangerschaftsberatung im Netzwerk Früher Hilfen. In: Frühe Kindheit. Sonderausgabe 2012, S. 65

Kinderschutz-Zentrum Berlin (2009): Kindeswohlgefährdung. Erkennen und Helfen

Kindler, H./Lillig, S./Blüml, H./Meysen, T./Werner, A. (Hrsg.) (2006): Handbuch der Kindeswohlgefährdung. München

Meysen, T./Schönecker, L./Kindler, H. (2009): Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim: Juventa

Mythos Prävention. Chancen und Grenzen präventiver Konzepte (2011). In: DJI Impulse. Das Bulletin des DJI 2011-2

Paul, M. (2012): Was sind Frühe Hilfen? In: Frühe Kindheit. Sonderausgabe 2012, S. 7

Schone, R. (2010): Kinderschutz – zwischen Frühen Hilfen und Gefährdungsabwehr. In: Kinderschutz und Frühe Hilfen. IzKK-Nachrichten. DJI-München, 2010-01, S. 4–7

14 S.a. auch Kapitel 2 dieser Arbeitshilfe.
15 Die Deutsche Gesellschaft für Beratung und der Deutsche Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (DAKJEF) haben Richtlinien und Standards professioneller Beratung formuliert. Auch Trägerverbände von Schwangerschaftsberatungsstellen haben z.T. eigene Standards formuliert und/oder die der benannten Gesellschaften mit entwickelt.

2

SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG, FRÜHE HILFEN, KINDERSCHUTZ – RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Einzelfallbezogene Zusammenarbeit 18

Netzwerkarbeit 23

Lydia Schönecker

Das Bundeskinderschutzgesetz (BKiSchG), das zum 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, hat für die Schwangerschaftsberatungsstellen vor allem drei wesentliche Neuerungen gebracht:

- Zum einen wurde der Vertrauensschutz in der Schwangerschaftsberatung weiter gestärkt, indem der Anspruch auf **anonyme Beratung**, der bislang nur bei der Schwangerschaftskonfliktberatung ausdrücklich gesetzlich erwähnt war (§ 6 Abs. 2 SchKG), nunmehr auch in der allgemeinen Schwangerschaftsberatung geltend gemacht werden kann (§ 2 Abs. 1 SchKG).
- Zum anderen wurden die Schwangerschaftsberatungsstellen vom Gesetzgeber als besonders wichtige Kooperationspartner im Rahmen Früher Hilfen ausgemacht. So sind sie nicht nur in § 3 Abs. 2 KKG als einer der (vielen) Partner aufgezählt, die die Jugendämter in die vor Ort bestehenden oder zu initiierenden **Netzwerke verpflichtend mit einzubeziehen** haben. Nach § 4 Abs. 2 SchKG besteht für sie umgekehrt auch eine ausdrückliche Verpflichtung zur Mitwirkung an diesen Netzwerken.
- Über diese fallübergreifenden Kooperationsregelungen hinaus soll durch die neu eingefügte **Befugnisnorm zur Informationsweitergabe** bei Kindeswohlgefährdung (§ 4 KKG) zudem die einzelfallbezogene Zusammenarbeit gestärkt werden. Sie hat auch für die »Mitglieder oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 SchKG« Geltung (§ 4 Abs. 1 Nr. 5 KKG).

Frühe Hilfen haben das Ziel, Elternkompetenzen zu stärken, um das Wohlergehen von Kindern zu sichern. Durch ihre Schnittstellen zum Kinderschutz werden sie gedanklich häufig mit Kindeswohlgefährdungen assoziiert. Diese Assoziationen sind nicht selten angstbesetzt und lösen Abgrenzungsbedürfnisse gegenüber den mit Frühen Hilfen verbundenen (neuen) Aufgaben und Verantwortlichkeiten aus. Im Nachfolgenden werden relevante Fragestellungen aus der Praxis mit dem Ziel beantwortet, zu mehr Rechtssicherheit beizutragen. Dabei wird insbesondere erläutert, was die beschriebenen Neuregelungen im BKiSchG für die Schwangerschaftsberatung im Einzelnen konkret bedeuten.

EINZELFALLBEZOGENE ZUSAMMENARBEIT

Welche Voraussetzungen hat eine Befugnis zur Informationsweitergabe nach § 4 KKG?[1]

In Anlehnung an das in der Kinder- und Jugendhilfe bereits bewährte Vorgehen nach § 8a SGB VIII will auch § 4 KKG den dort ausdrücklich benannten Personen, die aufgrund ihres beruflichen Kontextes mit Situationen von Kindeswohlgefährdung in Berührung kommen können, eine Art Handlungsleitfaden an die Hand geben.[2] Dabei ist grundsätzlich ein zweistufiger Prozess vorgesehen:

1. Stufe: Wahrnehmung des eigenen Hilfeauftrags (§ 4 Abs. 1 und 2 KKG)

So ist auf einer ersten Stufe bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung zunächst der eigene Hilfeauftrag wahrzunehmen (§ 4 Abs. 1 KKG), ggf. unterstützt durch die Inanspruchnahme einer »insoweit erfahrenen Fachkraft« (§ 4 Abs. 2 KKG). Im Detail beinhaltet dies für das geforderte Vorgehen grundsätzlich die folgenden Handlungsschritte:

- **Gefährdungseinschätzung**: Werden einer in § 4 Abs. 1 KKG benannten Fachkraft gewichtige Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung bekannt, so soll sie zunächst mit den Personensorgeberechtigten und ggf. dem Kind die Situation erörtern.
- **Hinwirken auf Inanspruchnahme weitergehender Hilfen**: Hält die Fachkraft zur Abwendung der Gefährdung für das Kind die Inanspruchnahme von weitergehenden Hilfen für erforderlich, so soll sie auf ein entsprechend einvernehmliches Vorgehen mit den Personensorgebe-

1 Inwiefern daneben noch die speziellen Regelungen aus den Kinderschutzgesetzen der Länder Anwendung finden, ist rechtlich umstritten. Nach hier vertretener Auffassung ist jedoch davon auszugehen, dass diese aufgrund der verfassungsrechtlichen Vorgabe »Bundesrecht bricht Landesrecht« (Art. 31 GG) durch die Bundesnorm des § 4 KKG – jedenfalls in Bezug auf gleiche Regelungsgegenstände – verdrängt werden (so auch Meysen/Eschelbach 2012, S. 108 ff.).

2 Ausführlich zum Verständnis dieser Befugnisnorm Meysen/Eschelbach 2012, S. 108 ff.; DIJuF/NZFH/IzKK 2013; hilfreich auch die bereits vor der gesetzlichen Regelung verfassten Ausführungen in Meysen/Schönecker/Kindler 2009; Schönecker 2009; Schönecker/Meysen 2010).

rechtigten hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes nicht in Frage gestellt wird.

- **Inanspruchnahme einer insoweit erfahrenen Fachkraft (insoFa)**: Da die Einschätzungsvorgänge zur Gefährdungssituation des Kindes und zur Tragfähigkeit der konkreten Hilfebeziehung oftmals besonders komplex und anspruchsvoll sind, kann die Fachkraft zur Unterstützung einen Anspruch auf anonyme Fallberatung durch eine insoFa gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe geltend machen.

2. Stufe: Mitteilung an das Jugendamt (§ 4 Abs. 3 KKG)

Scheidet im konkreten Fall ein Vorgehen entsprechend den Handlungsschritten auf der ersten Stufe aus (z. B. wegen dringenden Handlungsbedarfs) oder ist dieses erfolglos geblieben, ergibt sich auf einer zweiten Stufe für die Fachkraft die Befugnis, auch gegen den Willen der Personensorgeberechtigten dem Jugendamt die für die Gefährdungsabwendung erforderlichen Informationen mitzuteilen. Zuvor hat die Fachkraft allerdings den/die Personensorgeberechtigten grundsätzlich über diesen beabsichtigten Schritt zu informieren (»Vielleicht gegen den Willen, aber nicht ohne Wissen«). Eine Ausnahme gilt dann, wenn über die Herstellung von Transparenz der wirksame Schutz des Kindes in Frage gestellt wird.[3]

Wie wird der Begriff »Kindeswohlgefährdung« genau definiert? Gibt es einen einheitlichen Kriterienkatalog, anhand dessen die Situation einer Kindeswohlgefährdung eingeschätzt werden kann?

Der Begriff »Kindeswohlgefährdung« ist gesetzlich nicht festgeschrieben. Allerdings hat der Bundesgerichtshof (BGH) bereits 1956 eine Definition vorgegeben, die bis heute Gültigkeit hat. Danach ist Kindeswohlgefährdung »eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussagen läßt« (BGH FamRZ 1956, S. 350).

Diese juristische Definition ist mit ihren unbestimmten Rechtsbegriffen (»gegenwärtige Gefahr«, »erhebliche Schädigung«) bewusst offen gehalten, um der Vielgestaltigkeit und Komplexität möglicher Sachverhaltskonstellationen gerecht werden zu können. Aus juristischer Perspektive wird somit bewusst die Einschätzung und Entscheidung der am konkreten Einzelfall zu orientierenden fachlichen Beurteilung der zuständigen Fachkraft überlassen (Meysen/Schönecker/Kindler 2009, S. 73).

Gibt es eine Verpflichtung, die insoFa hinzuzuziehen?

Nein, die Hinzuziehung einer insoFa fällt in die freie Entscheidung der fallverantwortlichen Fachkraft. Sie ist als echtes Beratungs- und Unterstützungsangebot und nicht im Sinne eines irgendwie »abzuarbeitenden« Automatismus vorgesehen. Signalisieren z. B. die Personensorgeberechtigten sehr bald ihr Einverständnis, gemeinsam mit dem Jugendamt nach Hilfemöglichkeiten suchen zu wollen, gibt es keine Notwendigkeit, das Vorgehen nach § 4 KKG weiter fortzuführen und eine insoFa hinzuzuziehen.

Für Schwangerschaftsberatungsstellen gehört die Fachberatung – ggf. unter Hinzuziehung externen Sachverstands – ohnehin zur alltäglichen Praxis (§ 2 Abs. 2 S. 3, § 6 Abs. 3 Nr. 1, 2 SchKG). Auch können Wahrnehmungen einer (möglichen) Kindeswohlgefährdung und der weitere Umgang damit reflektiert werden, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass die Schwangere damit einverstanden ist. Die Inanspruchnahme des (neuen) Beratungsangebots durch eine insoFa dürfte sich daher zum einen dann anbieten, wenn die Schwangere nicht dazu bereit ist, dieses Einverständnis zu erteilen, und wenn zugleich eine anonyme Beratung, die ein Einverständnis der Schwangeren entbehrlich machen würde, nicht möglich ist. Es bietet sich an, wenn – über die allgemeine Fachberatung hinaus – die Hinzuziehung anderweitiger Expertise notwendig erscheint.

Ist die Einschätzung der insoFa bindend für die weiteren Entscheidungen und Handlungen der Beraterinnen und Berater?

Nein, die **Fallverantwortung bleibt** auch nach der Inanspruchnahme der Unterstützung durch die insoFa **bei der handelnden Fachkraft** in der Schwangerschaftsbera-

3 Zur Erleichterung der Prüfung einer Datenweitergabe ohne Einwilligung vgl. auch das Ablaufschema in DIJuF/NZFH/IzKK 2013, S. 42 ff.).

tungsstelle. Sie allein entscheidet über das weitere Vorgehen und damit ggf. auch alleinverantwortlich darüber, ob (bereits) eine Situation vorliegt, in der aufgrund mangelnder eigener Hilfemöglichkeiten eine Datenweitergabe an das Jugendamt auch gegen den Willen der Personensorgeberechtigten erforderlich ist (§ 4 Abs. 3 KKG).

Um allerdings ggf. nachvollziehbar darlegen zu können, vor welchem konkreten Hintergrund den Einschätzungen und Vorschlägen zum weiteren Vorgehen seitens der – in aller Regel besonders fachlich kompetenten – insoFa nicht gefolgt wurde, sollte dieses abweichende Vorgehen durch die fallverantwortliche Fachkraft in der Schwangerschaftsberatungsstelle gut begründet dokumentiert werden.

An wen können sich die Beraterinnen und Berater wenden, wenn sie eine insoFa in Anspruch nehmen wollen?

Der Beratungsanspruch richtet sich grundsätzlich gegen das Jugendamt (§ 4 Abs. 2 KKG, § 8b Abs. 1 SGB VIII), das somit in der Verantwortung steht, ein entsprechend ausreichendes Angebot vorzuhalten.

Das Jugendamt darf diesen Beratungsanspruch allerdings nicht durch seinen Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) selbst, sondern nur durch außerhalb des ASD tätige Fachkräfte (z. B. bei Trägern der freien Jugendhilfe) erfüllen. Hintergrund ist die **Vermeidung einer Personalunion von ASD und insoFa**. Denn eine solche würde zwangsläufig zu einer Rollenkollision führen und damit den gesetzlichen Sinn und Zweck des § 4 Abs. 2 KKG vereiteln. Dieser Sinn ist ja gerade, der handelnden Fachkraft vor der Entscheidung, ob überhaupt eine Mitteilung an das Jugendamt (mithin den ASD) erfolgen soll, eine anonyme Fachberatung zu ermöglichen.[4]

Natürlich besteht auch die Möglichkeit, dass der Träger der Schwangerschaftsberatungsstelle selbst eine insoFa vorhält. Dies dürfte insbesondere bei integrierten Beratungsstellen, deren Träger auch als Träger der freien Jugendhilfe anerkannt sind, gelegentlich der Fall sein. Allerdings gilt dabei auch zu beachten, dass aufgrund sehr unterschiedlicher Gefährdungstatbestände (z. B. psychische Erkrankungen oder Sucht der Eltern, häusliche Gewalt, Verwahrlosung, Minderjährigkeit), die entsprechend verschiedene Reaktions- und Hilfenotwendigkeiten auslösen, nicht jede insoFa für jede Beratung hinreichend kompetent ist, sodass sich auch dann ggf. die Notwendigkeit zur Hinzuziehung einer externen Fachkraft ergeben kann.

Die Pflicht, sicherzustellen, dass den Fachkräften in der Schwangerschaftsberatung eine insoFa zur Verfügung steht, trifft das Jugendamt, sodass die Vorhaltung durch den eigenen Träger zwar sinnvoll sein kann, aber nicht zwingend verlangt, sondern allenfalls miteinander vereinbart werden kann.

Was genau heißt »die erforderlichen Daten mitteilen«?

Kommt die Fachkraft gem. § 4 Abs. 3 KKG zu der Einschätzung, dass sie mit ihren eigenen Hilfemöglichkeiten am Ende ist, und erachtet sie mit Blick auf die Gefährdungssituation des Kindes eine Hinzuziehung des Jugendamts für notwendig, besteht die Befugnis, die dafür erforderlichen Daten mitzuteilen. Ziel dieses Schrittes ist demnach, die für die Gefährdungsabwendung zuständige und damit auch mit mehr Handlungsmöglichkeiten und -kompetenzen ausgestattete Stelle zu informieren. Der Inhalt und Umfang der weiterzugebenden Daten wird daher entscheidend von diesem Zweck her bestimmt: »Erforderlich« sind all die Daten, die das Jugendamt nach Einschätzung der Fachkraft in der Beratungsstelle zur Abwendung der Gefährdungssituation benötigen wird.

Welche Maßnahmen zum Schutz von Kindern sind grundsätzlich vorstellbar?

Hat das Jugendamt eine Mitteilung über eine Kindeswohlgefährdung erhalten, ist auch dieses zunächst aufgefordert, auf die Erziehungsberechtigten sowie Kinder und Jugendlichen zuzugehen, mit ihnen die Gefährdungssituation zu erörtern und auf die Inanspruchnahme der seinerseits zur Abwendung der Gefährdung für erforderlich gehaltenen Hilfe/n hinzuwirken (§ 8a Abs. 1 SGB VIII). Dabei enthält das SGB VIII selbst eine breite Palette von Hilfen.[5] Denkbar sind aber natürlich auch Hilfeangebote aus anderen Hilfesystemen (Familienhebammen, Suchtberatung, Frauenhäuser, Psychiatrie, etc.).

4 Sehr anschaulich dazu Meysen/Eschelbach 2012, S. 123 f.
5 Vgl. dazu ausführlich den Beitrag von L. Schönecker, Kapitel 3 dieser Arbeitshilfe.

Auch das Jugendamt muss sich daher zunächst um die Erarbeitung eines einvernehmlichen Vorgehens mit den Personensorgeberechtigten bemühen. Nur wenn diese Anstrengungen erfolglos bleiben oder angesichts einer akuten Gefährdung dringender Handlungsbedarf besteht, aufgrund dessen ein (weiteres) Ringen mit den Personensorgeberechtigten nicht verantwortet werden kann, hat das Jugendamt die Befugnis, auch gegen deren Willen weitere Maßnahmen zur Abwendung der Gefährdung zu initiieren.

Dabei sind insbesondere zwei Situationen denkbar:

- Das Jugendamt ruft das Familiengericht an (§ 8a Abs. 3 SGB VIII), damit dieses die Eingriffe vornehmen kann, um die für erforderlich gehaltenen Hilfen initiieren zu können. Das Familiengericht wird dann seinerseits prüfen, ob zum einen eine Kindeswohlgefährdung anzunehmen ist und zum anderen, inwiefern die Personensorgeberechtigten bereit und in der Lage sind, die Gefährdung selbst abzuwenden (§ 1666 BGB). Kommt das Familiengericht dabei zu der Einschätzung, dass im Hinblick auf die Gefährdungsabwendung weitere Maßnahmen erforderlich sind, kann es diese anordnen. Dazu gehören laut ausdrücklicher gesetzlicher Aufzählung in § 1666 Abs. 3 BGB – und für den vorliegenden Kontext möglicherweise relevant:

  - Gebote, öffentliche Hilfen wie etwa Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsfürsorge in Anspruch zu nehmen (Nr. 1),
  - Verbote, vorübergehend oder auf unbestimmte Zeit die Familienwohnung oder eine andere Wohnung zu nutzen oder sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung aufzuhalten (Nr. 3),
  - die Ersetzung von Erklärungen des/der Personensorgeberechtigten (Nr. 5) oder
  - die teilweise oder vollständige Entziehung des Sorgerechts (Nr. 6).

  Für die – gegen den Willen der Personensorgeberechtigten erfolgende – Anordnung von Maßnahmen zur Gefährdungsabwendung ist grundsätzlich allein das Familiengericht zuständig.
- Ausschließlich für den Fall, dass die Entscheidung des Familiengerichts angesichts des dringenden Handlungsbedarfs nicht abgewartet werden kann, hat das Jugendamt die (Not-)Befugnis, das Kind gegen den Willen der Personensorgeberechtigten in Obhut zu nehmen und bereits vorläufig Hilfen für das Kind zu initiieren (§ 42 SGB VIII). Im Falle des Widerspruchs der Personensorgeberechtigten muss das Jugendamt jedoch – sofern noch nicht erfolgt – unmittelbar im Anschluss das Familiengericht anrufen. In der Folge wird das Familiengericht wiederum im Rahmen eines Verfahrens nach § 1666 BGB die geeigneten und notwendigen Maßnahmen zur Gefährdungsabwendung prüfen.

Welche Interventionsmöglichkeiten gibt es bei ungeborenen Kindern?

Nimmt sich Schwangerschaftsberatung des Kinderschutzauftrags an, ist sie häufig in der Situation, diesen in Bezug auf ungeborene Kinder wahrnehmen zu müssen. Dies stellt sie nicht nur vor die besondere Herausforderung, überhaupt erkennen und bestimmen zu können, ob eine Kindeswohlgefährdung anzunehmen ist. Auch die Handlungsmöglichkeiten, gegen den Willen der Schwangeren Schutzmaßnahmen zugunsten des Kindes zu ergreifen, sind vor der Geburt naturgemäß begrenzt.

Da der Gesetzgeber das ungeborene Leben nicht ausdrücklich in den Schutzauftrag des § 8a SGB VIII mit aufgenommen hat, sind Jugendämter zur entsprechenden Wahrnehmung zwar nicht verpflichtet. Gleichwohl stehen auch sie in der Verantwortung, zu überlegen, wie mit derartigen Gefährdungssituationen für ungeborene Kinder auch seitens der Kinder- und Jugendhilfe angemessen umgegangen werden kann (DIJuF-Rechtsgutachten 2007, S. 300; DIJuF-Rechtsgutachten 2008). Es bietet sich an, dass sich die Jugendämter auch hier an den Vorgaben des § 8a SGB VIII orientieren. Der Hilfeauftrag hat sich mit dem BKiSchG jedenfalls nunmehr ausdrücklich auch auf die Zeit der Schwangerschaft erweitert (§ 16 Abs. 3 SGB VIII).

Die Interventionsmöglichkeiten gegenüber schwangeren Frauen, die ihr ungeborenes Kind gefährden, sind jedoch auch seitens des Jugendamts eher beschränkt. Eine vorstellbare Möglichkeit, die überdies von Jugendämtern häufiger praktiziert wird, besteht jedoch in der vorsorglichen Information der Geburtskliniken im Umkreis. Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist dafür zum einen Voraussetzung, dass das Jugendamt zu der fachlich begründeten Einschätzung gelangt ist, dass nach der Geburt des Kindes von einer Kindeswohlgefährdung auszugehen ist, der mangels anderweitiger tragfähiger Hilfebeziehung zur Si-

cherstellung des Schutzes des Kindes nur durch eine entsprechende Information der Geburtskliniken begegnet werden kann. Zudem dürfen grundsätzlich keine Einzelheiten über die Schwangere und ihre persönliche Lebenssituation mitgeteilt werden, es sei denn, das Jugendamt hält diese für die Wahrnehmung der Aufgaben in der Klinik für erforderlich (vgl. DIJuF-Rechtsgutachten 2011). Ob nach der Geburt des Kindes umgekehrt eine Information des Jugendamts erfolgt, fällt allerdings allein in die Einschätzungs- und Entscheidungsverantwortung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (ggf. auch betreuenden Hebammen, Krankenschwestern) in der Geburtsklinik entsprechend den Vorgaben in § 4 KKG.

Darüber hinaus kann grundsätzlich auch an die Anregung von Interventionen seitens des Familiengerichts gedacht werden. Dabei besteht zwar zum einen die Hürde, dass dieses sich möglicherweise ebenfalls erst ab dem Zeitpunkt der Geburt zuständig fühlt. Ob Familiengerichte schon vor der Geburt Anordnungen wegen Kindeswohlgefährdung treffen können, ist unter den Juristinnen und Juristen umstritten. Insbesondere mit Blick auf die bundesverfassungsgerichtlichen Entscheidungen zur Schutzwürdigkeit des ungeborenen Lebens (BVerfGE 39, 1; BVerfGE 88, 203) kann jedoch eine entsprechende Anwendung des § 1666 BGB bejaht werden. Allerdings sind natürlich auch die Eingriffs- und Anordnungsmöglichkeiten des Familiengerichts gegenüber der Schwangeren eher begrenzt. Gerichtliche Anordnungen, ein bestimmtes gefährdendes Verhalten zu unterlassen, sind aufgrund fehlender Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten oftmals nur begrenzt wirksam. Intensivere Eingriffe gegenüber der Schwangeren zum Schutz des ungeborenen Kindes (z. B. Zwangseinweisung) gelten aufgrund der damit verbundenen massiven Grundrechtseingriffe gegenüber der werdenden Mutter grundsätzlich als unverhältnismäßig und stehen damit als familiengerichtliche Maßnahmen ebenfalls nicht zur Verfügung. Eine denkbare Vorgehensweise könnte jedoch in der Durchführung einer – mit den werdenden Eltern und dem Jugendamt gemeinsam stattfindenden – gerichtlichen Erörterung (§ 157 FamFG) bestehen. Dies würde möglicherweise die Chance bieten, dass sich die Schwangere – ggf. auch über das Aufzeigen eventueller Konsequenzen (z. B. drohender Sorgerechtsentzug) – doch noch auf Hilfen zum Schutz ihres ungeborenen Kindes einlassen kann (DIJuF-Rechtsgutachten 2008).

Gelten für integrierte Beratungsstellen, deren Träger auch als »freie Träger der Jugendhilfe« anerkannt sind, Besonderheiten in Bezug auf den Vertrauensschutz?

Nein. Zwar fallen Dienste von freien Trägern der Jugendhilfe grundsätzlich in den Anwendungsbereich des § 8a SGB VIII, der – im Gegensatz zu den Vorgaben des § 4 KKG – der zuständigen Fachkraft nach Durchlaufen der einzelnen Handlungsschritte am Ende nicht nur eine Befugnis, sondern eine Pflicht zur Mitteilung ans Jugendamt auferlegt. Als Beratungsleistung außerhalb des Leistungskatalogs des SGB VIII fällt die Schwangerschaftsberatung in integrierten Beratungsstellen jedoch nicht in den Anwendungsbereich des § 8a SGB VIII (DIJuF-Rechtsgutachten 2007), sondern die diese Beratungsleistungen erbringenden Fachkräfte sind an die Vorgaben des § 4 KKG gebunden.

In integrierten Beratungsstellen kann es daher häufiger zu Situationen kommen, in denen einige Beratungsfachkräfte in den Anwendungsbereich des § 8a SGB VIII, andere in den des § 4 KKG fallen. Aufgrund der grundsätzlich gleich laufenden Handlungsschritte dürfte jedoch praktisch kaum ein Unterschied zu bemerken sein. Denn es ist anzunehmen, dass auch Beratungsfachkräfte, die erkennen müssen, dass sämtliche nach § 4 KKG geforderten Schritte erfolglos geblieben sind und daher von anderer Stelle (sprich dem Jugendamt) weitergehende Hilfemöglichkeiten eröffnet werden sollten, in aller Regel von der dann eingeräumten Befugnis Gebrauch machen werden.

Was kann passieren, wenn eine Kindeswohlgefährdung nicht erkannt bzw. falsch eingeschätzt wird? Wann machen sich Beraterinnen strafbar?

Die Einschätzungen, ob im jeweiligen Einzelfall von einer Kindeswohlgefährdung auszugehen ist und mit welchen Mitteln dieser erfolgreich begegnet werden kann, sind notwendigerweise prognostischer Natur. Stellt sich im Verlauf der weiteren Entwicklung heraus, dass es diesbezüglich zu einer Fehleinschätzung gekommen ist, und gerät die fallverantwortliche Fachkraft daher unter Rechtfertigungsdruck, ist dieser Umstand im Rahmen einer ggf. erfolgenden juristischen Überprüfung entscheidend mitzudenken. Die juristische Bewertung, ob die Einschätzungen und daraufhin getroffenen Entscheidungen angemessen und zulässig waren, fußt daher gerade nicht auf der (besser) wissenden Sicht im Nachhinein (ex post), sondern hat den Erkennt-

nishorizont im Entscheidungszeitpunkt (ex ante) zugrunde zu legen (Meysen/Schönecker/Kindler 2009, S. 73).

Eine strafrechtliche Verantwortung von Beratungsfachkräften in Fällen, in denen ein Kind gleichwohl zu Schaden kommt, wird jedoch ohnehin kaum ernsthaft in Betracht kommen. Zum einen wird kaum angenommen werden können, dass die Beratungsfachkraft in Bezug auf das (ungeborene) Kind überhaupt eine – dafür erforderliche – Garantenstellung innehat (zur Garantenstellung ausführlich Schindler 2012). Sollten die Strafverfolgungsbehörden im Einzelfall ausnahmsweise anderer Meinung sein, müsste der Beratungsfachkraft darüber hinaus nachzuweisen sein, dass sie eine ihr gebotene Handlung (z.B. die Mitteilung ans Jugendamt), die den Schaden für das Kind »mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit« verhindert hätte, schuldhaft unterlassen hat. Dies erscheint in zweierlei Hinsicht unwahrscheinlich: Zum einen dürfte angesichts der in Kinderschutzfällen regelmäßig in einer Vielzahl vorhandenen Akteure wie auch Handlungsoptionen der Nachweis, dass ausgerechnet die von der Beratungsfachkraft unterlassene Handlung »mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit« den Schaden für das Kind verhindert hätte, in aller Regel nicht zu führen sein. Zum anderen wird einer Beratungsfachkraft, die die nach § 4 KKG geforderten Handlungsschritte mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln nach bestem Wissen und Gewissen durchgeführt hat, weder eine objektive noch subjektive Sorgfaltspflichtverletzung (d.h. ein schuldhaftes Handeln) vorgeworfen werden können.

Kurzum: Die Angst von Beratungsfachkräften, sie würden – wenn sie sich in die Wahrnehmung des Kinderschutzauftrags involvieren – dann stärker zur strafrechtlichen Verantwortung gezogen werden können, wenn sich ihre Einschätzungen im Einzelfall als »falsch« herausstellen sollten, ist unbegründet und eher gefühlte denn reale Bedrohung.

NETZWERKARBEIT

Neben der Regelung zur Zusammenarbeit im Einzelfall fußt die vom Gesetzgeber des BKiSchG beabsichtigte Beförderung der Kooperation im Kinderschutz auf einer zweiten wichtigen Säule: der fallübergreifenden Arbeit in lokalen Netzwerken (§ 3 KKG).

Die Ziele dieser lokalen Netzwerke – insbesondere im Bereich Früher Hilfen – sieht der Gesetzgeber in der

- gegenseitigen Information über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum,
- Klärung struktureller Fragen der Angebotsgestaltung und Angebotsentwicklung und
- gemeinsamen Abstimmung von Verfahren im Kinderschutz (§ 3 Abs. 1 KKG).

Über diese ausdrücklichen Zielvorstellungen hinaus wird eine erfolgreiche Arbeit solcher Netzwerke allerdings sicher auch zur Voraussetzung haben, dass die Herstellung des notwendigen Vertrauens unter den Beteiligten gelingt. Dazu dürfte zentral auch die Bereitschaft gehören, möglicherweise festgefahrene Bilder und (Negativ-) Erfahrungen zu korrigieren und sich ernsthaft über die allgemeinen Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen Berufsgruppen auszutauschen sowie sich auch über die konkreten Bedingungen des Gelingens zu verständigen.

Ganz grundlegend gilt es für die fallübergreifende Netzwerkarbeit zwischen den beteiligten Akteuren auch zu berücksichtigen, dass diese denklogisch streng von der (für die Fachkräfte der Schwangerschaftsberatung nunmehr an § 4 KKG orientierten) Zusammenarbeit im Einzelfall zu unterscheiden ist: Im Rahmen der Netzwerkarbeit geht es gerade nicht um den Austausch konkreter personen- und familienbezogener Daten aus der Einzelfallarbeit, sondern um einen Austausch von Informationen, die für die interdisziplinäre Kooperation im Allgemeinen von Bedeutung sind. Die Sicherstellung dieser klaren Trennung hat den Gesetzgeber u.a. auch zur Aufnahme der Möglichkeit zur anonymen Beratung im Rahmen der allgemeinen Schwangerschaftsberatung (§ 2 Abs. 1 SchKG) bewegt.[6]

Wer legt die Ausgestaltung der Netzwerkarbeit fest? Gibt es Mitbestimmungsmöglichkeiten?

Die Organisation der Netzwerkstrukturen ist mit dem BKiSchG grundsätzlich in die Hand der Träger der öffentlichen Jugendhilfe (d.h. regelmäßig der Jugendämter)

6 In der Gesetzesbegründung (BT-Drucks. 17/6256, S. 30) heißt es insofern wörtlich: »Die Anonymitätszusage ist zudem erforderlich, um etwaigen Befürchtungen der Ratsuchenden entgegenzuwirken, die die zukünftige Mitwirkung der Schwangerschaftsberatungsstellen im Netzwerk Frühe Hilfen dahingehend auslösen kann, die Kooperation erstrecke sich nicht nur auf strukturelle Fragen, sondern auch auf Einzelfälle.«

gelegt (§ 3 Abs. 3 KKG).[7] Diese stehen daher prinzipiell in der Verantwortung, alle zu beteiligenden Akteure einzuladen sowie die weiteren Planungs- und Steuerungsaufgaben zu übernehmen.

Allerdings hat der Gesetzgeber in § 3 Abs. 3 S. 2 KKG ausdrücklich vorgesehen, dass die Beteiligten die Grundsätze für eine verbindliche Zusammenarbeit in Vereinbarungen festlegen sollen. Das heißt, zumindest über den Aushandlungsprozess im Rahmen dieser Vereinbarungen sind den Netzwerkpartnern – und damit auch den beteiligten Schwangerschaftsberatungsstellen – explizite Möglichkeiten zur Mitbestimmung eingeräumt. Dies kann sogar bis dahin führen, dass die Beteiligten eines lokalen Netzwerks für die Koordination und Federführung gemeinsam einen anderen Akteur als das Jugendamt bestimmen.

Gibt es einen Anspruch auf Finanzierung der Netzwerkarbeit?

Wohl eher nicht. Zwar findet sich die gesetzliche Vorgabe zur verpflichtenden Mitwirkung seitens der Schwangerschaftsberatungsstellen interessanterweise in der Vorschrift, die die finanzielle Verpflichtung der Länder zur Förderung der Beratungsstellen regelt (vgl. § 4 Abs. 1, 3 SchKG). Daraus eine verbindliche Vorgabe seitens des Bundes gegenüber den Ländern zur Förderung dieser zusätzlichen Aufgabe von Schwangerschaftsberatungsstellen ableiten zu wollen würde indes wohl zu weit führen.

Vielmehr leisten Schwangerschaftsberatungsstellen die Arbeit in den Netzwerken – wie auch viele andere in § 4 Abs. 2 KKG aufgezählten Netzwerkakteure – im Rahmen ihrer regulären Arbeit (hier gemäß § 4 Abs. 1, 3 SchKG). Die Ausgestaltung des Personalschlüssels im Rahmen dieses gesetzlichen Auftrags liegt in der Zuständigkeit der Länder.

LITERATUR

DIJuF/NZFH/IzKK (vollst. Überarbeitung 2013): Datenschutz bei Frühen Hilfen, Praxiswissen kompakt (auch unter www.fruehehilfen.de > Materialien > Publikationen des NZFH > Datenschutz bei frühen Hilfen)

DIJuF-Rechtsgutachten (2007): Abschluss von Vereinbarungen nach § 8a Abs. 2 SGB VIII mit Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen; Kollision zwischen rechtlich vorgeschriebener Anonymität und Vertraulichkeit im Rahmen der Schwangerschaftskonfliktberatung und dem Schutzauftrag nach § 8a SGB VIII? In: Das Jugendamt, S. 298 ff.

DIJuF-Rechtsgutachten (2008): Umgang mit Situationen von Kindeswohlgefährdung (Alkohol- oder Drogenkonsum) während der Schwangerschaft. In: Das Jugendamt, S. 248 ff.

DIJuF-Rechtsgutachten (2011): Vorgeburtliche Information der Geburtskliniken ohne Wissen der Schwangeren bei Einschätzung einer akuten Gefährdung des Kindeswohls bei Verbleib bei der Mutter nach Geburt. In: Das Jugendamt, S. 195 f.

Meysen, T./Eschelbach, D. (2012): Das neue Bundeskinderschutzgesetz. Baden-Baden: Nomos

Meysen, T./Schönecker, L./Kindler, H. (2009): Frühe Hilfen im Kinderschutz – Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe

Schindler, G./Theißen, K. (2012): Garantenstellung und Garantenpflichten von sozialpädagogischen Fachkräften – eine Arbeitshilfe. Schriftenreihe Theorie und Praxis, AWO

Schönecker, L. (2009): Datenschutz als Schutz der Vertrauensbeziehung bei Frühen Hilfen. In: Das Jugendamt, S. 337 ff.

Schönecker, L./Meysen, T. (2010): Datenschutz – Hemmnis oder hilfreiche Orientierung für Kooperation bei Frühen Hilfen? In: Bundesgesundheitsblatt, S. 1150 ff.

7 Allerdings besteht ein ausdrückliches Recht der Länder auf eine insofern abweichende Regelung.

3

DIE SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG IM KONTEXT FRÜHER HILFEN

Unterstützungsanliegen und Hilfebedarfe erkennen 26

Belastungsmomente und Risikokonstellationen 30

Schutzfaktoren und ihre Wirkmechanismen 32

Beratungs- und Unterstützungsleistungen der Kinder- und Jugendhilfe und die gesetzlichen Grundlagen 37

Jutta Franz
Sabine Fähndrich
Lydia Schönecker
Jutta Franz

Jutta Franz

Die vorliegende Handreichung will Beratungsfachkräften in Schwangerschaftsberatungsstellen eine Hilfestellung geben, um ihre Aufgaben im Rahmen der Netzwerke Frühe Hilfen erfüllen zu können. Dabei liegt der Fokus darauf, insbesondere Schwangere und Familien in prekären und belastenden Lebenssituationen möglichst frühzeitig zu erreichen und zu unterstützen. Zu dieser Aufgabenerfüllung gehört einerseits, die Schwangerschaftsberatung in Angebotsspektrum, Konzepte und Ziele der Frühen Hilfen konstruktiv zu integrieren. Andererseits aber auch, der Schwangerschaftsberatung ihre Eigenständigkeit, ihre originäre Aufgabenstellung und ihre vom Gesetzgeber bewusst installierten Besonderheiten zu erhalten und sie klar zu verorten. Eine Abgrenzung der Schwangerschaftsberatung erscheint immer dann erforderlich, wenn Frühe Hilfen in der konkreten Umsetzung von Risikodenken dominiert und überwiegend mit Kindeswohlgefährdung assoziiert sind.[1]

Schwangerschaftsberatung umfasst »alle Fragen« (Schwangerschaftskonfliktgesetz: § 2 Abs.1 SchKG), die sich im Kontext von Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt und dem Leben mit Babys auftun können. Ratsuchende gehen davon aus, dass die Beratungsfachkräfte ihnen umfangreiches Fachwissen und hilfreiche Informationen weitergeben können, um ihre Alltagsherausforderungen zu bewältigen und ihre Lebensgestaltung zu optimieren.

Darüber hinaus umfasst das professionelle Verständnis institutioneller psychosozialer Beratung, dass Beratungsfachkräfte ihrer Klientel für die Begleitung und Unterstützung eines Entwicklungsprozesses zur Verfügung stehen. Beratung bezieht sich danach »auf Menschen, die in Fragen der allgemeinen Lebensplanung, der Gestaltung von menschlichen Beziehungen und im Umgang mit Konflikten und Entwicklungsproblemen in Partnerschaft, Ehe und Familie nach Veränderungen und neuen Lösungen suchen.«[2]

Schwangerschaft und Geburt eines Kindes – so normal diese Geschehnisse sind – bewirken Veränderungen, stellen eine Übergangssituation dar, für die schwangeren Frauen, aber auch für ihre Partner (bzw. die Erzeuger der Schwangerschaft) und ihre Familien. Veränderungen können mit freudigen Erwartungen, aber auch mit Sorgen und Ängsten verbunden sein. Veränderungen sind immer auch anstrengend, führen in neues, unbekanntes Terrain, lösen Verunsicherung bezüglich bislang bewährter Lebensstrategien und Rollenmuster aus. Politik und Gesellschaft haben sich mit der Institution der Schwangerschaftsberatung verpflichtet, dafür Unterstützung als Rechtsanspruch anzubieten. Prävention von Kindeswohlgefährdungen ist somit nicht die Hauptaufgabe, aber ein bedeutender Teilaspekt von Schwangerschaftsberatung.

UNTERSTÜTZUNGSANLIEGEN UND HILFEBEDARFE ERKENNEN

ANLÄSSE, KONSTELLATIONEN UND RAHMENBEDINGUNGEN

Schwangere suchen eine Beratungsstelle auf, weil sie Fragen oder Anliegen haben oder für bestimmte auf sie zukommende Anforderungen Unterstützung suchen. Aufgabe der Beratung ist dann, diese Fragen zu beantworten, diese Anliegen zu bedienen, diese Unterstützung zu gewährleisten und/oder die Schwangeren an zuständige andere Stellen zu vermitteln. Fragen zu haben, unerfahren zu sein, sich gegenüber Ärzten, Behörden, Arbeitgebern unsicher zu fühlen, all dies sind keine Defizite, sondern normale Reaktionen auf eine Situation, die für Frauen/Paare neu ist. Dies gilt besonders dann, wenn es sich um die erste Schwangerschaft handelt oder ein weiteres Kind unter veränderten Rahmenbedingungen erwartet wird. Sich dafür professioneller Expertise zu bedienen und sich Unterstützung zu besorgen ist kein Zeichen von Schwäche, sondern eine wertvolle soziale Kompetenz. Sich Ressourcen erschließen zu können ist eine Stärke.

Jennifer ist ungeplant und für sie völlig überraschend schwanger geworden. Sie ist zwar gerade schon volljährig, aber noch in Ausbildung und lebt bei ihren Eltern. Sie war zunächst über das Ergebnis des Schwangerschaftstests erschrocken, hat sich dann aber dazu durchgerungen, die Schwangerschaft austragen zu wollen. Ihr Freund war genauso erschrocken und ist erst einmal abgetaucht. Ihre Eltern halten Jennifers Vorstellungen für unrealistisch, sehen die gesamte Zukunftsplanung für ihre Tochter in Frage gestellt und raten dringend zu einem Schwangerschaftsab-

1 S.a. den Diskussionsbeitrag »Die Risiken der Vorsorglichkeit« der Autorin am Ende dieses Kapitels.
2 Deutscher Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung, Grundsatztexte, Präambel zum Kapitel »Institutionelle Beratung«, S. 6, pro familia Bundesverband, Frankfurt a.M. 2001

bruch. Der Chef in ihrem Ausbildungsbetrieb – es handelt sich um eine Tankstelle – erfährt von der Schwangerschaft, reagiert völlig unbeherrscht und droht mit Kündigung. (Authentisches Beispiel aus der Praxis, Namen geändert)

Mit diesen Ausgangsbedingungen sitzt Jennifer im Beratungsgespräch. Sie reflektiert mit der Beraterin nochmals ihre Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft, ist sich sicher, dass dies der für sie richtige Weg ist, hält sich im Großen und Ganzen für fähig, die Herausforderungen anzunehmen, sieht aber auch die Schwierigkeiten, die auf sie zukommen werden. Die Beraterin bietet ihr an, sie auf ihrem Weg unterstützend zu begleiten.

Schwangerschaftsberatung kann, je nach Bedarf und Lebenssituation der Ratsuchenden, sehr unterschiedliche Angebote, Verfahrensweisen, Settings beinhalten und in Dauer, Frequenz und Intensität deutlich variieren. Manche Beratung wird sich auf ein einziges Gespräch beschränken können, in dem die Klientin alle gewünschten Informationen erhält und alle ihr wichtigen Themen klären kann. Manche Beratung wird im Verlauf der Schwangerschaft mehrere Sitzungen in wechselnden Settings und mit einer größeren Vielfalt an Methoden und Vorgehensweisen erfordern. Dabei kann es sich um Einzelgespräche, Paar- oder Familiengespräche, um die Begleitung in Arztpraxen und Behörden oder um Haus- bzw. Krankenhausbesuche handeln. Und manche Lebenssituationen und -kontexte einer Schwangeren sind so komplex, dass eine kontinuierliche, hochfrequente beraterische Begleitung angesagt ist, mit wechselnden Schwerpunkten im Spektrum von schlichter Informationsvermittlung bis zu psychotherapeutischer Intervention.

In der folgenden Tabelle wird dies beispielhaft für den Beratungsverlauf mit Jennifer dargestellt.

Ausgangssituation/Problem	Angestrebtes Ziel	Vorgehensweise/Intervention	Einbezogene Stellen/Personen
Finanzielle und sozialrechtliche Fragen			
Ausbildung gefährdet	Ausbildung zukünftig erfolgreich abschließen	Gespräche, Telefonate	Betriebsleiter/Ausbilder, Fachstelle Mutterschutz im Amt für Verbraucherschutz bzw. Gewerbeaufsichtsamt, Lehrkraft in der Berufsschule
Finanzielle Situation in der Schwangerschaft	Sicherung des Lebensunterhalts	Klärung mit Bundesausbildungsbeihilfe (BAB), Jobcenter, Beantragen von Leistungen nach dem SGB II (Hartz IV), Beantragung von Stiftungsgeldern	Arbeitsagentur, Jobcenter, Bundesstiftung Mutter und Kind
Wohnen bei Eltern auf längere Sicht nicht möglich	Eigene Wohnung	Unterstützung bei Wohnungssuche, Klärung der Wohnkostenübernahme mit Jobcenter	Wohnungsgesellschaft, Jobcenter
Finanzielle Situation nach Entbindung	Sicherung des Lebensunterhalts für Mutter und Kind für ein Jahr Elternzeit	Klärung über Elterngeld, Hartz IV, Kindesunterhalt durch Kindsvater	Jobcenter, Arbeitsagentur wegen Unterbrechung/Weiterführung BAB, Elterngeldstelle, Jugendamt, Freund
Kindschaftsrechtliche Fragen	Einvernehmliches Vorgehen mit Freund	Klärung über Vaterschaft, Sorgerecht, Namensrecht usw.	Jugendamt, Freund
Persönliche/familiäre psychosoziale Situation			
Konflikt mit den Eltern	Verständigung	Gespräche	Eltern
Krise in der Partnerschaft	Gemeinsame Elternschaft mit Freund	Gespräche	Freund
Zweifel/Ängste bezüglich Zukunft	Zuversicht, Selbstvertrauen	Gespräche, Zweifel erlauben, Selbstvertrauen stärken	
Wohlergehen von Mutter und Kind			
Schwangerschaftsvorsorge	Nicht zu viel oder zu wenig machen	Informationen, Vermittlung von >	Frauenärztin, Hebamme
Entbindung	Alles richtig machen, möglichst wenig Schmerzen haben	Information über Entbindung und Entbindungsstationen	
Leben mit dem Baby	Gut für das Kind sorgen, Wichtiges von Unwichtigem unterscheiden	Informationen, Babypflegekurs, Krabbelgruppe, eventuell Vermittlung von >	Familienhebamme, Familienhelferin

Jeder einzelne Entwicklungsschritt im Verlauf der Schwangerschaft kann bildlich gesehen auch als Weiche auf den Lebensschienen von Jennifer und ihrem erwarteten Kind verstanden werden. An jedem Punkt ist eine Entwicklung in eher positive, aber auch in eher negative, also besorgniserregende Richtungen möglich. Aufgabe der Schwangerschaftsberatung ist es, die jeweils positiven Tendenzen zu stärken, die vorhandenen Ressourcen zu erkennen und zu nutzen, weitere interne und externe Ressourcen zu erschließen, Hilfestellungen selbst anzubieten oder zu vermitteln. Diese in eine positive Richtung weisenden Weichenstellungen führen in den meisten Fällen dazu, dass Schwangere und Mütter/Eltern von Babys und Kleinkindern die Herausforderungen meistern, die mit der Schwangerschaft und der Geburt des Kindes verbunden sind. Damit ist für das Wohl des Kindes viel getan. Deshalb jede Unterstützung durch Schwangerschaftsberatung bei diesen Weichenstellungen als Prävention von Kindeswohlgefährdung zu bezeichnen wäre dennoch unangemessen, zumal die ausschließliche Fokussierung auf Prävention für den Verlauf eines Beratungsprozesses nicht unbedingt konstruktiv ist (vgl. Lüders 2011).

Jennifer will mit ihrem Ausbildungsbetrieb den weiteren Verlauf ihrer Lehre klären. Sie möchte das zweite Lehrjahr noch vor der Entbindung abschließen, dann ein Jahr pausieren und anschließend das dritte Lehrjahr absolvieren. Dazu sind Gespräche mit dem Betriebsleiter und mit der Berufsschule zu führen. Dazu wird Jennifer mit Informationen versorgt, sie wird in ihren Planungen bestärkt und die Gespräche werden vorbereitet.

In schwierigen Fällen kann es hilfreich und notwendig sein, dass die Beraterin an solchen Gesprächen persönlich teilnimmt oder die Fachstelle Mutterschutz in der zuständigen Behörde (in den Bundesländern unterschiedlich angesiedelt, z. B. Amt für Verbraucherschutz oder Gewerbeaufsichtsamt) einschaltet.

Jennifer will das Verhältnis zu ihren Eltern klären. Die Beraterin erwirkt bei ihr ein gewisses Verständnis dafür, dass die elterliche Ablehnung der Schwangerschaft viel damit zu tun hat, dass die Eltern ihre Tochter sehr lieben und das aus ihrer Sicht Beste für ihren Lebensweg wollen. Sie führt auf Wunsch von Jennifer ein Gespräch mit den Eltern, sie drückt ihr Verständnis und ihre Wertschätzung für deren Sorgen, Bedenken und Wünsche aus und bestärkt sie darin, auch ihre Grenzen offen darzulegen. In einem gemeinsamen Gespräch mit Jennifer und den Eltern wird erarbeitet, dass Jennifer ihre Mutter jederzeit um Rat fragen kann und die ihr auch gelegentlich unter die Arme greifen wird und dass die Eltern sich Sorgen machen, ob Jennifer der Mutterrolle gewachsen sein wird. Jennifer kann artikulieren, dass sie Hilfe der Eltern von Fall zu Fall gern annehmen wird, dass sie aber befürchtet, dauerhaft in der Rolle des »Kindes« zu bleiben, wenn sie weiterhin zu Hause wohnen würde. Sie möchte sich nicht als die große Schwester ihres Kindes fühlen, sondern ihre Mutterrolle selbstverantwortlich übernehmen.

In den folgenden Monaten wird mit Jennifer besprochen, dass sie sich durchaus auch unsicher fühlt, was den zukünftigen Umgang mit dem Baby betrifft. Sie nimmt das Angebot eines Babypflegekurses gern an und steht der regelmäßigen Unterstützung durch eine Familienhelferin oder eine Familienhebamme trotz leichter Skepsis aufgeschlossen gegenüber. Eine Familienhebamme ist ein niedrigschwelliges Angebot, das durch die Beratungsfachkraft über das Netzwerk Frühe Hilfen vermittelt wird. Eine sozialpädagogische Familienhilfe muss als Hilfe zur Erziehung (§ 27 SGB VIII) beim Jugendamt beantragt werden. Die entsprechenden Kontakte baut die Beratungsfachkraft mit Jennifer auf. Weil Jennifer völlig unerfahren im Umgang mit Behörden ist, benötigt sie regelmäßig Hilfe bei Antragstellungen und Formalitäten. Dies gilt auch für die Suche und den Bezug einer eigenen Wohnung und deren Finanzierung.

Ein weiterer heikler Punkt für Jennifers Lebensplanung ist die Beziehung zu ihrem Freund und dessen Haltung gegenüber der Schwangerschaft.

Der Freund hat sich nach dem ersten Schrecken und seinem Rückzug wieder bei Jennifer gemeldet. Er macht ihr klar, dass er sich noch nicht in der Lage fühlt, eine Familie zu gründen, und sich auch der Stabilität ihrer Beziehung nicht sicher ist. Er will sich aber auch nicht aus der Verantwortung stehlen. Seine Eltern haben ihm geraten, zunächst das Ergebnis eines Vaterschaftstests abzuwarten. Jennifer ist verletzt und enttäuscht.

Die Beraterin führt zu diesen Themen in der Folgezeit mehrere Gespräche mit Jennifer allein und mit beiden gemeinsam. Sie informiert über die rechtlichen, finan-

ziellen und persönlichen Aspekte von Vaterschaftsfeststellung und -anerkennung sowie Sorgerechtserklärung, vermittelt den Kontakt zum Jugendamt und moderiert die Suche der beiden nach gangbaren Lösungen. Dabei ermutigt sie Jennifer, sich von Alles-oder-Nichts-Mustern zu lösen und schrittweise Entwicklungen und Kompromisse zuzulassen.

Nach der Entbindung besucht der Freund Mutter und Kind gleich auf der Wochenstation. Er hat beim Anblick von Jennifers kleiner Tochter keine Zweifel mehr, der Vater zu sein. Er zeigt sich interessiert, gleichzeitig verunsichert und zurückhaltend. Jennifer bittet ihn, nach ihrer Entlassung aus der Klinik immer nach Feierabend bei ihr vorbeizukommen. Das sagt er zu.

Die Lebensverhältnisse von Jennifer sind für eine Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes alles andere als optimal. Sowohl Jennifer als auch die Beraterin müssen sich von Idealvorstellungen verabschieden. Hilfreich kann dabei sein, sich klarzumachen, dass solche Idealvorstellungen von einem Familienidyll geprägt sind, das in der Werbung und manchen Medien zwar vielfach reproduziert, in der Realität aber mehrheitlich so nicht gelebt wird. Suboptimale Lebensumstände sind eher die Regel als die Ausnahme. Schwangere Frauen, Mütter und Eltern erwarten von einer Beratungsstelle Unterstützung dabei, unter diesen Umständen ihrem Kind die bestmöglichen Bedingungen für sein Aufwachsen zukommen zu lassen. Sie brauchen Ermutigung und Stärkung, damit sie nicht an manchen Widrigkeiten verzweifeln, sondern die Zuversicht gewinnen, ihrem Kind das bieten zu können, was für sein Aufwachsen am allerwichtigsten ist: Wärme, Zuwendung, Geborgenheit und eine sichere Bindung (vgl. Brisch 2009, S. 40).

Dies alles gehört zur normalen psychosozialen Dienstleistung durch eine professionelle Schwangerschaftsberatungsstelle, auf die jede Schwangere einen Rechtsanspruch hat. Es ist in manchen Fällen auch entlastend für Ratsuchende, wenn ihnen in der Beratung vermittelt werden kann, dass ihre Schwierigkeiten nicht aus persönlichen Defiziten, sondern aus mangelhaften gesellschaftlichen Rahmenbedingungen resultieren. Dadurch können bei der Klientel Schuldgefühle und Versagensängste vermieden und eher die individuellen Widerstandskräfte mobilisiert werden, um das für sich und das Kind Bestmögliche zu entwickeln.

In einzelnen Fällen können die Rahmenbedingungen sehr schwierig, die Weichenstellungen ungünstig, die Ressourcen nicht ausreichend und persönliche Kompetenzen unterentwickelt sein, und Probleme auf verschiedenen Ebenen können kumulieren. Dann verdichten sich die Aufgaben der Schwangerschaftsberatung: Über Information, Unterstützung und Vermittlung hinaus können gezielte Interventionen erforderlich werden, die nicht mehr nur an den Anliegen der schwangeren Klientin, sondern am gefährdeten Kindeswohl orientiert sind.

LITERATUR

Brisch, Karl Heinz (2009): Bindungsstörungen. Stuttgart

Franz, Jutta/Busch, Ulrike (2012): Schwangerschaftsberatung im Netzwerk Frühe Hilfen. In: Frühe Kindheit, Sonderausgabe 2012, S. 60–65

Lüders, Christian (2011): Von der scheinbaren Selbstverständlichkeit präventiven Denkens. In: DJI impulse. München

3 Zur frühkindlichen Bindung s.a. den Beitrag von M. von zur Gathen und J. Maywald, zu Bindungs- und Erziehungskompetenzen der Eltern den Beitrag von J. Klein in Kapitel 6 dieser Arbeitshilfe.

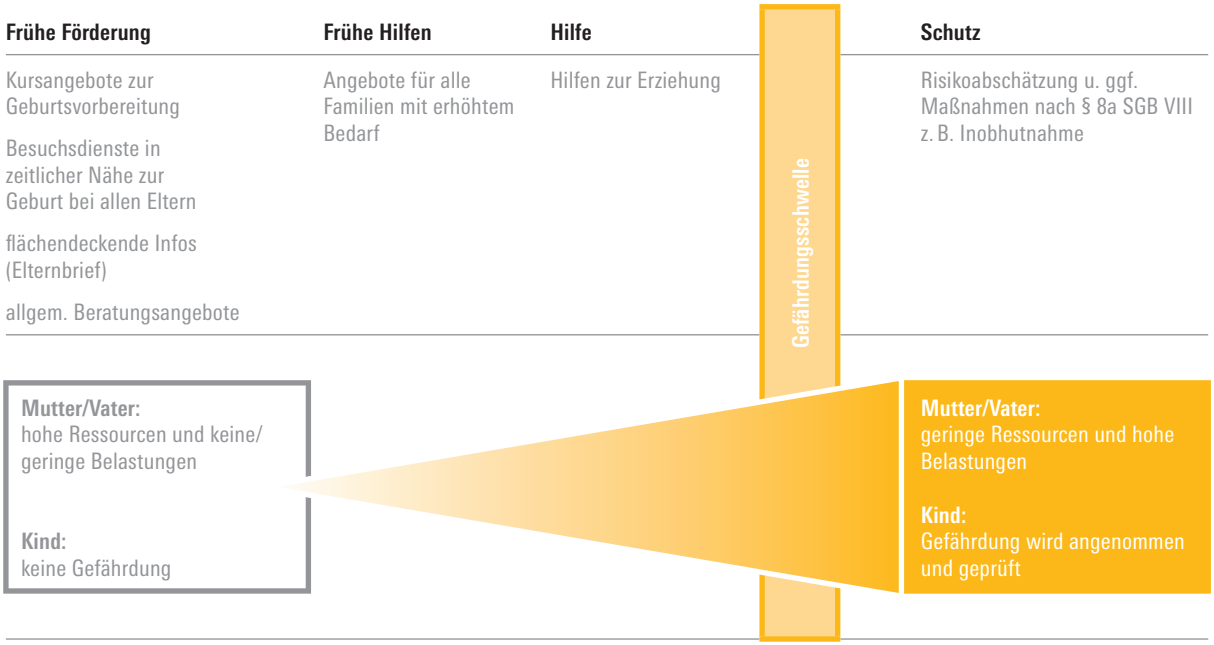
Sabine Fähndrich

BELASTUNGSMOMENTE UND RISIKO-KONSTELLATIONEN

Säuglinge und Kleinkinder sind bedürftig und benötigen zum gesunden Aufwachsen ein ausreichendes Maß an Verlässlichkeit, Zuwendung, Versorgung und Anregung. Sie sind in dieser Entwicklungsphase existenziell von der Fürsorge erwachsener Bezugspersonen abhängig. Diese kann beeinträchtigt werden, wenn die Familie einer Vielzahl von Belastungsmomenten ausgesetzt ist. Gleichzeitig liegt in der Verwobenheit von Entwicklungspotenzial und Beziehungsabhängigkeit des Säuglings eine Chance, weil Eltern dadurch frühzeitig ihre eigene Verwundbarkeit und Belastung wahrnehmen und sich auf präventiv angelegte Angebote Früher Hilfen einlassen können.

Die Schwangerschaftsberatung ist ein niedrigschwelliger und nicht-stigmatisierender Dienst, der grundsätzlich allen Schwangeren mit ihren Anliegen offensteht. Die Erfahrungen zeigen, dass im Besonderen belastete Personengruppen den Weg in die Beratungsstellen finden. Die Schwangerschaftsberatung spricht Familien zu einem Zeitpunkt an, zu dem der Wunsch nach einem gelingenden Leben mit dem Kind groß und die Motivation zur Veränderung hoch ist. Bei den Angeboten Früher Hilfen stehen die Stärkung der elterlichen Erziehungs-, Beziehungs- und Alltagskompetenz und die Einbindung der Eltern in soziale Netzwerke im Vordergrund. Die Kombination aus psychosozialer Beratung und Begleitung in der Schwangerschaftsberatung, Angeboten Früher Hilfen und praktischer Hilfen[1] trägt den Lebenssituationen vieler Frauen und Paare Rechnung. Von Vertrauen geprägte Beratungsprozesse helfen oftmals, den Weg von der Schwangerschaftsberatung in die präventiv angelegten Angebote der Frühen Hilfen zu ebnen. Die Beraterin, der Berater übernimmt die Aufgabe, die Vertrauensbeziehung im Beratungsprozess zu stärken. Der Komplex Stärken/Sichern/Kontakthalten hat sich in der Praxis als Kernkompetenz von Schwangerschaftsfachkräften erwiesen und ist ein wichtiger Faktor für die Akzeptanz und Annahme der Frühen Hilfen.

FRÜHE FÖRDERUNG – FRÜHE HILFEN – HILFE – SCHUTZ



Quelle: Deutscher Caritasverband e.V./Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein 2012, S. 4

1 Dies können etwa Lebensmittelgutscheine, Spenden, Kleidung aus der Kleiderkammer, aber auch Unterstützung und Begleitung beim Umgang mit Behörden sein etc.

Verortung Früher Hilfen in Abgrenzung zum Schutzauftrag gemäß § 8a StGB VIII

Dieses Schema (S. 30) verdeutlicht, dass unter dem Begriff »Frühe Förderung« Angebote verstanden werden, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern richten. Angebote im Bereich der Frühen Hilfen richten sich hingegen insbesondere an Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf. Die Schwangerschaftsberatungsstellen bieten vielfältige Angebote, die sowohl den Aspekt der Frühen Förderung als auch der Frühen Hilfen im Blick haben.

»Sollten Frühe Hilfen nicht ausreichen, die Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes zu reduzieren, sollten den Eltern weiterführende Hilfen vermittelt werden. Dies sind in der Regel Hilfen zur Erziehung. Wenn diese Hilfen nicht angenommen werden oder aber nicht ausreichen und von einer Gefährdung des Kindeswohls auszugehen ist, sind weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes zu ergreifen« (Deutscher Caritasverband e.V./Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein 2012, S. 4).

Im fachlichen Diskurs der Frühen Hilfen wird von Belastungsfaktoren für Frauen, Paare und Familien gesprochen. Bezogen auf den Schutz bei Kindeswohlgefährdung werden Risikofaktoren für Kindesvernachlässigung und Misshandlung von Kindern beschrieben. Hier wird sowohl die Phase der Schwangerschaft als auch die Phase der frühen Elternschaft in den Blick genommen.

Die Schwangerschaftsberatung ist kein Dienst, der alltäglich mit dem Thema Kindeswohlgefährdung und Kindesvernachlässigung konfrontiert ist. Dennoch gibt es in der Praxis immer wieder Situationen, in denen die Beraterin im Kontakt mit der Ratsuchenden Beobachtungen macht und Anzeichen wahrnimmt, die auf eine starke Belastung im Familiensystem hinweisen. Dies kann entweder während des Kontakts in der Beratungsstelle geschehen, aber auch bei Hausbesuchen. Praxiserfahrungen zeigen, dass gerade das private Umfeld die Möglichkeit bietet, die Ratsuchende differenzierter zu erleben und passende Hilfen bereitzustellen, selbstverständlich immer unter dem Credo der Anwaltschaft für Frau und Kind bzw. Familie und ohne Ausübung einer irgendwie gearteten Kontrollfunktion.

Insgesamt ist es aus Sicht der Beratenden unerlässlich, mögliche Belastungsfaktoren in Familien zu kennen, um die Lebenssituation der Frau/des Paares sowie des Kindes sensibel in den Blick zu nehmen.

Belastungsfaktoren während der Schwangerschaft[2]

Soziale Lage der Familie:

- niedriger Bildungsstand
- Armut/niedriges Einkommen
- beengte Wohnverhältnisse

Lebenssituation:

- häufige Umzüge
- soziale Isolation/fehlende Netzwerke
- Partnerschaftsprobleme/-gewalt
- eingeschränkte Fähigkeit, mit Stresssituationen umzugehen
- negative Erwartungen an die persönliche Entwicklung und die Entwicklung der Familie
- mehrere Kinder in der Familie unter fünf Jahren

Persönliche Voraussetzungen von Mutter/Vater:

- Alter und Reife
- eigene Gefährdung/Gewalterfahrung
- geringes Selbstvertrauen

Psychische Gesundheit von Mutter/Vater:

- psychische Auffälligkeiten
- depressive Anzeichen
- emotionale Instabilität
- Impulsivität/Aggressivität

Verhalten während der Schwangerschaft:

- unzureichende Vorsorge
- ungewolltes Kind, negative Einstellung gegenüber dem Kind
- negative Attributionen, unrealistische Erwartungen

Belastungen nach der Geburt des Kindes[3]

Entwicklung des Kindes:

- nicht altersgemäße Entwicklung
- Spielzeug, das nicht dem Entwicklungsbedarf entspricht

Zuwendung durch die Bezugsperson:

- keine oder grobe Ansprache des Kindes
- Nicht-Wahrnehmung von kindlichen Bedürfnissen

2 Vgl. Meysen/Schönecker/Kindler 2009, S. 206 f.
3 Vgl. Deutscher Caritasverband e.V./Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein 2012, S. 5 f.

- Verweigerung von Zuneigung, Zärtlichkeit, Trost, Schutz, Körperkontakt
- ständig wechselnde Bezugspersonen

Lebenssituation der Familie:

- vorhandenes Einkommen reicht nicht aus
- unzureichende Wohnbedingungen
- Überforderung der Eltern
- schwerwiegende Erkrankungen und Behinderungen der Eltern

Es handelt sich hier um eine beispielhafte Aufzählung möglicher Anzeichen von Belastungssituationen in der Familie, die keinesfalls vollständig ist. Für die Praxis entscheidend ist das Wissen um Belastungsfaktoren, der sensibilisierte Blick auf das Familiensystem insgesamt und das Wahrnehmen von Unterstützungsbedarfen, die über das vereinbarte Angebot der Schwangerschaftsberatung hinausgehen.

Frühe Hilfen sind präventiv angelegte Unterstützungsangebote für Schwangere und Eltern in der Familiengründungsphase. Sie verfolgen das Ziel, Belastungen von Eltern sowie Unterstützungsbedarfe von Kindern frühzeitig wahrzunehmen und diesen durch die Bereitstellung passgenauer und rechtzeitiger Angebote entgegenzuwirken, sie abzumildern und eine positive Entwicklung bei den Kindern zu fördern. Dabei kommt der Gesundheits- und Jugendhilfe eine entscheidende Bedeutung zu. Die Schwangerschaftsberatung nimmt eine eigenständige Stellung außerhalb des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe ein. Sie kann eine Brückenfunktion zwischen beiden Systemen übernehmen, indem Unterstützungs- und Hilfemöglichkeiten beider Systeme in die Beratung einbezogen werden. Die Schwangerschaftsberaterinnen kennen die kommunalen Angebotsstrukturen, pflegen ihre Netzwerke und können bei Bedarf einen direkten Kontakt mit den Ansprechpersonen der unterschiedlichen Angebote und Professionen suchen. Die Kontaktaufnahme gestaltet sich individuell und ist von der aktuellen Befindlichkeit der Ratsuchenden abhängig. Konkret kann es bedeuten, dass die/der Beratende in Absprache mit der Ratsuchenden eine Kontaktperson der Gesundheits- oder Kinder- und Jugendhilfe anruft, das Anliegen der Ratsuchenden ankündigt und bei der Terminfindung behilflich ist. Es kann aber auch sein, dass sie/er zusammen mit der Ratsuchenden einen Gesprächstermin zur Abklärung weiterführender Hilfen wahrnimmt. Auch hier ist die Vertrauensbeziehung zwischen Beraterin und Ratsuchender, das Klären, Sichern und Vermitteln, von entscheidender Bedeutung. Auf diese Weise kommt der Schwangerschaftsberatung eine Türöffnerfunktion in Richtung Frühe Hilfen sowie ggf. sonstiger Angebote der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens zu.

SCHUTZFAKTOREN UND IHRE WIRKMECHANISMEN

Das Vorliegen psychosozialer Belastungsfaktoren bei Eltern und Kindern begründet für sich genommen noch keine konkrete Gefährdung. Sie können Risiken für die Entwicklung eines Kindes bedeuten, die aber durch vorhandene Schutzfaktoren reduziert oder ausgeglichen werden können. Schutzfaktoren wirken kumulativ: »Je mehr Schutzfaktoren vorhanden sind, desto höher ist die protektive Wirkung gegenüber Entwicklungsbeeinträchtigungen« (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2009, S. 30).

Die Resilienzforschung[4] geht davon aus, dass Menschen in belasteten Lebenssituationen »aktive Bewältiger und Mitgestalter ihres Lebens sind und durch soziale Unterstützung die Chance haben, mit den gegebenen Situationen erfolgreich umzugehen und ihnen nicht nur hilflos ausgeliefert zu sein (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2009, S. 12).

Schutzfaktoren haben eine entwicklungsfördernde, stärkende, schützende und risikomildernde Wirkung (ebenda S. 27) und sind daher wichtige Verbündete jeder präventiven Hilfe.

Sie lassen sich auf drei Ebenen kategorisieren (Luthar et al. 2000):

1. Individuelle Eigenschaften des Kindes
2. Mikrosoziale Faktoren in der direkten Umwelt des Kindes (vor allem Familie)

4 Den Begriff »Resilienz« definieren und erörtern L. Lyssenko und J. Bengel ausführlich in Kapitel 6.

3. Faktoren innerhalb des Makrosystems (weiteres soziales Umfeld)

Zu 1: Schutzfaktoren des Kindes:[5]
- Problemlösefertigkeiten
- positive Temperamenteigenschaften
- Eigenaktivität und persönliche Verantwortungsübernahme
- Selbstwirksamkeit/positives Selbstkonzept
- soziale Kompetenzen
- Stressbewältigungsstrategien
- Entspannungsfähigkeiten
- Talente, Hobbys, Interessen

Zu 2: Schutzfaktoren innerhalb der Familie:
- stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson
- positiver Erziehungsstil und entsprechendes Erziehungsklima
- familiäre Stabilität und Zusammenhalt
- geringes Konfliktpotenzial
- unterstützendes familiäres Netzwerk (Verwandtschaft, Nachbarn, Freunde)
- höheres Bildungsniveau der Eltern
- hoher sozioökonomischer Status
- enge Geschwisterbindungen

Zu 3: Schutzfaktoren im sozialen Umfeld:
- Kompetente und fürsorgliche Erwachsene außerhalb der Familie wie Nachbarn, Freunde, Erzieher/-innen, Lehrer/-innen
- Ressourcen auf kommunaler Ebene (Zugang zu professionellen Hilfsangeboten und niedrigschwelligen Unterstützungsmaßnahmen)

Exkurs: Verdacht auf Kindeswohlgefährdung: Handlungsempfehlung für die Schwangerschaftsberatung

In der Schwangerschaftsberatung kann es im Kontakt mit der Ratsuchenden Situationen geben, in denen die Beraterin subjektiv das Gefühl oder die Sorge einer (drohenden) Kindeswohlgefährdung hat oder konkrete Anhaltspunkte wahrnimmt. Hierbei ist es wichtig, dass sie weiß, welche Handlungsschritte ihr zur Verfügung stehen, um die Ratsuchende mit Blick auf das Kindeswohl adäquat zu beraten und zu begleiten, für die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen zu motivieren und ggf. den Kontakt zu Ansprechpersonen der Hilfesysteme zu ebnen. Das vertrauensvolle Verhältnis zwischen Beraterin und Ratsuchender ist die Grundlage, um auch schwierige und heikle Themen beiderseits ansprechen zu können. Für die Beraterin stellt es angesichts dieses Vertrauens eine große Herausforderung dar, zwischen Nähe und professioneller Distanz unterscheiden zu können, einen klaren Kopf zu behalten, um die notwendigen Dinge einfühlsam, aber deutlich zur Sprache zu bringen.

Das folgende Schema (Abbildung auf S. 34) veranschaulicht Schritt für Schritt, wie eine adäquate Begleitung der Beraterin/des Beraters aussehen kann.

Zunächst sollte sich die Beraterin im Kontakt mit der Ratsuchenden vergewissern, ob und wie sich ihre subjektive Wahrnehmung eines möglichen Risikos begründen lässt bzw. welche konkreten Anhaltspunkte für eine mögliche Kindesvernachlässigung oder Kindeswohlgefährdung vorliegen.

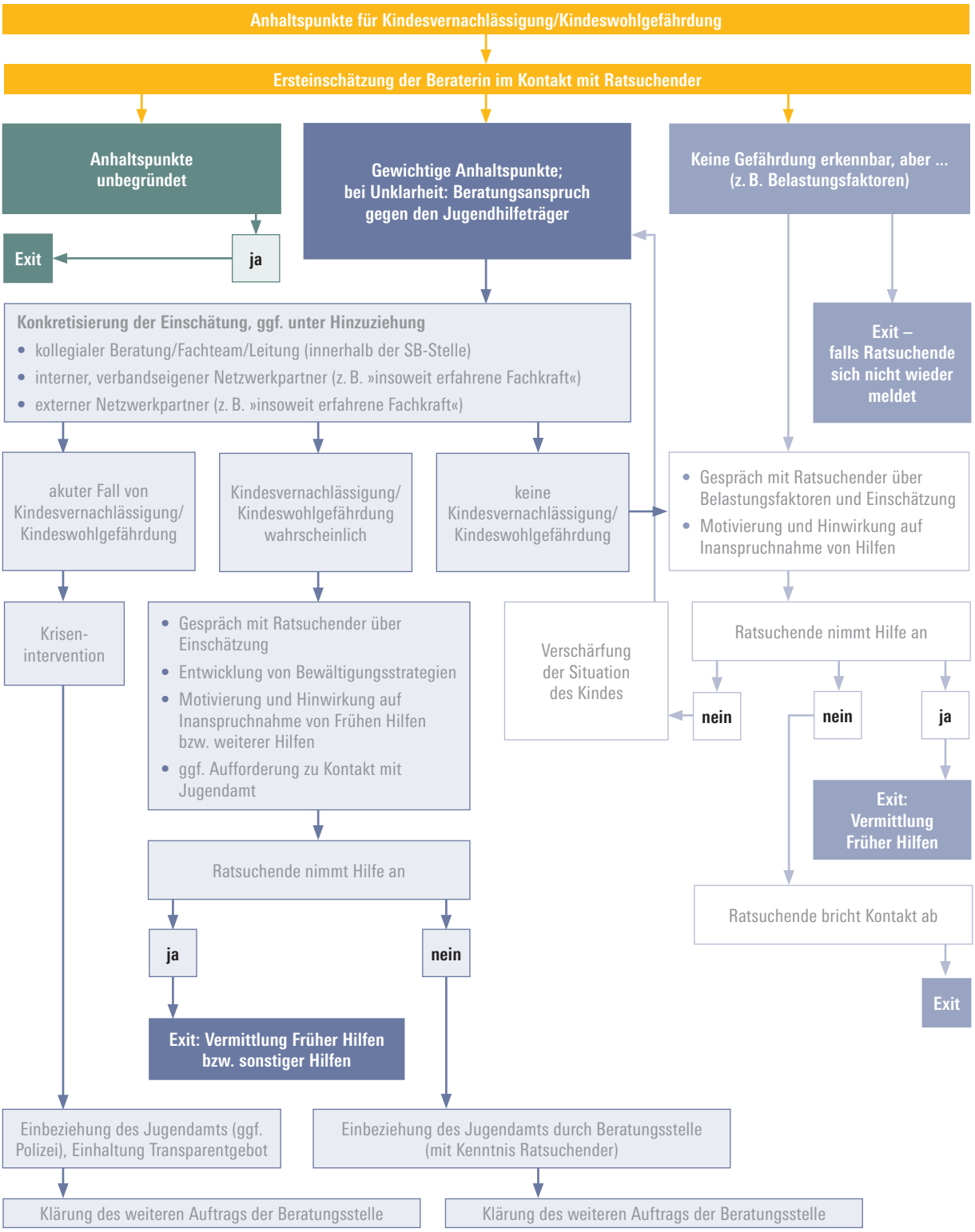
Das weitere Vorgehen hängt von dieser Ersteinschätzung ab:

1. Erweisen sich die Anhaltspunkte nach Prüfung als *unbegründet*, so kann die Beraterin über mögliche Angebote der Frühen Hilfen informieren und gegebenenfalls dafür werben.
2. Ist sie unsicher oder liegen *gewichtige Anhaltspunkte* vor, bedarf es der Konkretisierung ihrer Einschätzung und einer sorgfältigen Dokumentation. Es ist möglicherweise ratsam, sich im Rahmen einer **anonymen** Fallbesprechung Unterstützung zu holen und somit weitere Fachkompetenzen einzubeziehen. Folgende Möglichkeiten gibt es:

   - kollegiale Beratung innerhalb der Schwangerschaftsberatungsstelle mit Kolleginnen, Leitung oder Fachteam
   - interner bzw. verbandseigener Netzwerkpartner (z. B. »insoweit erfahrene Fachkraft«)
   - externer Netzwerkpartner (z. B. »insoweit erfahrene Fachkraft«).

5 Deutscher Caritasverband e.V./Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein 2012, S. 7; Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2009, S. 29.

FALLDOKUMENTATION: HANDLUNGSEMPFEHLUNG IM RAHMEN DER SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG BEI KONKRETEM VERDACHT AUF KINDESVERNACHLÄSSIGUNG UND KINDESWOHLGEFÄHRDUNG



Quelle: Deutscher Caritasverband e.V./Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein 2012, S. 9 ff.

Nach dem Bundeskinderschutzgesetz hat die Beraterin/der Berater jederzeit Anspruch auf Beratung durch den Jugendhilfeträger bei zugesicherter Anonymität in Bezug auf die Klientin. Folgende Fragen gilt es hierbei zu klären:

- Liegen überhaupt gewichtige Anhaltspunkte vor?
- Können die wahrgenommenen Umstände eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen auslösen?
- Ist eine Rücksprache mit dem Kind/Jugendlichen und/oder Personensorgeberechtigten angezeigt? Was sollte Inhalt sein?
- Welche Hilfen kommen in Betracht?
- Soll bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen eingewirkt werden, und wenn ja, wie?[6]

Wird die Situation des Kindes als *akut gefährdet* eingeschätzt, was ein sofortiges Handeln notwendig macht, sollte das Jugendamt (ggf. die Polizei) informiert werden, möglicherweise gegen den Willen der Ratsuchenden, aber nicht ohne ihr Wissen!
Bei Fortsetzung der Beratung ist der weitere Auftrag der Schwangerschaftsberatungsstelle zu klären.
Kommen die Beteiligten der Fallbesprechung zu der Erkenntnis, dass Kindesvernachlässigung oder Kindeswohlgefährdung *wahrscheinlich* ist, sollte diese Einschätzung im Gespräch mit der Ratsuchenden thematisiert werden. Dabei sollte über mögliche Hilfen informiert, zu deren Inanspruchnahme motiviert bzw. auf sie hingewirkt werden. Gemeinsam mit der Ratsuchenden sind Bewältigungsstrategien zu entwickeln.
Ist die Ratsuchende zur Annahme von weiterführenden Hilfen außerhalb der Schwangerschaftsberatung *bereit*, sollte geklärt werden, wer wen wie und wann hinzuzieht und wie die Ratsuchende dabei einbezogen werden kann. Ggf. sollte dafür geworben werden, dass die Ratsuchende selbst mit dem Jugendamt Kontakt aufnimmt.
Ist die Ratsuchende *nicht bereit*, weiterführende Hilfen in Anspruch zu nehmen, stellt sich die Frage, ob ein weiteres Werben um die freiwillige Inanspruchnahme der benötigten Hilfen verantwortet werden kann und die Beziehung zwischen Beraterin und Ratsuchender genutzt werden sollte, um den Kontakt zu erhalten.
Reichen die eigenen Hilfemöglichkeiten nicht aus und kann ein weiteres Zuwarten auf das Einverständnis zur Hinzuziehung anderer helfender Stellen nicht mehr abgewartet werden, sollte das Jugendamt hinzugezogen werden. Wie im Fall akuter Gefährdung gilt: womöglich gegen den Willen der Ratsuchenden, aber im Sinne des Transparenzgebotes nicht ohne ihr Wissen.
Bei Fortsetzung der Beratung ist der weitere Auftrag der Schwangerschaftsberatungsstelle zu klären. Der gesamte Prozess ist sorgfältig zu dokumentieren, insbesondere, weshalb man wann zu welcher Entscheidung gekommen ist.

3. Wenn die Beraterin nach der Ersteinschätzung (ggf. unter Hinzuziehung kollegialer Beratung) zu dem Ergebnis kommt, dass aktuell keine Gefährdung des Kindes erkennbar ist, die Belastungsfaktoren der Ratsuchenden aber den Schluss nahelegen, dass weiterer Unterstützungsbedarf besteht, sollte sie ihre Einschätzung und ihre Sorge im Gespräch mit der Ratsuchenden thematisieren. Auch in diesem Fall sollte sie über Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen informieren und zu deren Inanspruchnahme motivieren bzw. darauf hinwirken.
   Ist die Ratsuchende zur Annahme von Frühen Hilfen bereit, sollte geklärt werden, wer wen wie und wann hinzuzieht und wie die Ratsuchende dabei einbezogen werden kann.
   Ist die Ratsuchende nicht zur Inanspruchnahme von Hilfen zu motivieren, können gegen ihren Willen keine weiteren Maßnahmen ergriffen werden, insbesondere dürfen keine Daten weitergegeben werden. Es ist sinnvoll, mit ihr in Kontakt zu bleiben und weiter für entsprechende Hilfen zu werben.

6 Ausführlich behandelt L. Schönecker in Kapitel 2 dieser Arbeitshilfe die im Januar 2012 in Kraft getretenen gesetzlichen Grundlagen, die das Zusammenwirken von Schwangerschaftsberatung, Frühen Hilfen und Kinderschutz regeln. Die Themen Vertrauensschutz und Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe werden ebenfalls erläutert; s.a. die Gesetzestexte im Anhang.

Falls sich die Ratsuchende nicht mehr meldet, z. B. weil das Anliegen, die Schwangerschaftsberatung aufzusuchen, erledigt ist oder wenn der Kontakt abbricht, muss dies hingenommen werden. Diese Situation berechtigt ebenfalls nicht zu einer Datenweitergabe.
Wenn sich jedoch die Situation für das Kind verschärft und gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindesvernachlässigung oder Kindeswohlgefährdung eintreten, sollte wie in Punkt 2 verfahren werden.
Auch hier gilt selbstverständlich: Alle Entscheidungen im Prozessverlauf müssen plausibel begründet und sorgfältig dokumentiert werden.

LITERATUR

Deutscher Caritasverband e.V./Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein (2012): Praxisleitfaden: Verdacht auf Kindeswohlgefährdung – Handlungsempfehlung für die Katholische Schwangerschaftsberatung. Freiburg

Fröhlich-Gildhoff, K./Rönnau-Böse, M. (2009): Resilienz. München

Wustmann, C. (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim

Luthar, S., et al. (2000): The construct of resilience. A critical evaluation and guidelines for future work. Child Development 71, 543–562

Meysen, T./Schönecker, L./Kindler, H. (2009): Frühe Hilfen im Kinderschutz. Weinheim und München

Lydia Schönecker

BERATUNGS- UND UNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN DER KINDER- UND JUGENDHILFE UND DIE GESETZLICHEN GRUNDLAGEN

Der allgemeine Handlungsauftrag der Kinder- und Jugendhilfe ist gesetzlich bewusst weit gefasst (§ 1 Abs. 3 SGB VIII). Die im SGB VIII vorgesehene Leistungspalette ist dementsprechend sehr breit angelegt und soll im Folgenden kurz beschrieben werden:

Allgemeine Beratungsangebote (§ 16 SGB VIII)

Mit dem Ziel, Erziehungsverantwortung besser wahrnehmen zu können, sollen Müttern, Vätern, anderen Erziehungsberechtigten und jungen Menschen allgemeine Leistungen der Familienförderung zur Verfügung gestellt werden. Dazu gehören vielfältige Angebote der Familienbildung, -beratung, -freizeit und -erholung (§ 16 Abs. 2 SGB VIII) und seit Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes ausdrücklich auch Beratungs- und Unterstützungsangebote für werdende und frischgebackene Eltern (§ 16 Abs. 3 SGB VIII).

Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung (§ 17 SGB VIII)

Benötigen Eltern weitreichendere Unterstützung beim Aufbau oder der Erhaltung eines partnerschaftlichen Zusammenlebens innerhalb der Familie, zur Konflikt- und Krisenbewältigung oder, im Fall der Trennung oder Scheidung, zur Schaffung von Bedingungen für eine förderliche Wahrnehmung der Elternverantwortung, können sie Ehe-, Trennungs- und Scheidungsberatung in Anspruch nehmen.

Beratung und Unterstützung bei der Ausübung der Personensorge und des Umgangsrechts (§ 18 SGB VIII)

Zur Geltendmachung von Unterhaltsansprüchen oder auch zur Betreibung von Vaterschaftsfeststellungen können alleinsorgende Elternteile ebenfalls um Beratung und Unterstützung im Jugendamt nachsuchen. Auf ihren Antrag hin kann zudem ein Beistand bestellt werden, der in der Folge das Kind in diesen Bereichen (ggf. auch gerichtlich) vertritt (§ 18 Abs. 1 SGB VIII, § 1713 BGB).
Für Kinder, Jugendliche, ihre Eltern und andere umgangsberechtigte Personen sieht § 18 Abs. 3 SGB VIII außerdem einen Anspruch auf Beratung und Unterstützung bei der Ausübung des Umgangsrechts vor, wozu auch Hilfestellungen bei der Herstellung von Umgangskontakten und bei der Ausführung vereinbarter Umgangsregelungen (z. B. in Form von Begleitung der Umgangskontakte) gehören können.

Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder (§ 19 SGB VIII)

Als spezielles Hilfeangebot für zwei Generationen können Mütter und Väter, die allein für ein Kind unter sechs Jahren sorgen, einen Anspruch auf eine Unterbringung gemeinsam mit ihrem Kind geltend machen, wenn und solange sie aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung dieser Unterstützung bei der Pflege und Erziehung ihres Kindes bedürfen. Dabei umfasst der Hilfeanspruch zum einen auch ältere Geschwister (für die ebenfalls die Sorge allein ausgeübt wird), zum anderen kann die Betreuung auch schon vorgeburtlich beginnen. Zudem beinhaltet die Hilfe auch, dass der Elternteil dazu motiviert wird, eine schulische oder berufliche Ausbildung zu beginnen bzw. fortzuführen oder eine Berufstätigkeit aufzunehmen.

Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen (§ 20 SGB VIII)

Kommt es aufgrund eines Ausfalls der Hauptbetreuungsperson zu einer familiären Notsituation, können zur Versorgung und Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder vorübergehend Hilfen in Anspruch genommen werden (sog. Haushaltshilfe). Entsprechende Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse sind allerdings vorrangig zu beantragen (§ 38 SGB V).

Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in der Kindertagespflege (§§ 22 ff. SGB VIII)

Einen großen Leistungsbereich – insbesondere infolge des ab 1. August 2013 auf ein- bis dreijährige Kinder ausgeweiteten Rechtsanspruchs – nimmt in den Jugendämtern die Kindertagesbetreuung (§§ 22 ff. SGB VIII) ein. Dabei können Eltern ihr Kind zum einen zur Betreuung in eine Kindertageseinrichtung (Krippe oder Kindergarten) geben oder alternativ von einer Kindertagespflegeperson, entweder in deren oder im eigenen Haushalt, betreuen lassen.

Hilfen zur Erziehung (§§ 27 ff. SGB VIII)

Ist eine dem Kindeswohl entsprechende Erziehung nicht gewährleistet (sog. erzieherischer Bedarf), haben die Personensorgeberechtigten einen Anspruch auf die geeignete und notwendige Hilfe (§ 27 Abs. 1 SGB VIII). Dabei benennt das Gesetz einzelne standardisierte Hilfen. Entscheidend ist jedoch der jeweilige erzieherische Bedarf im Einzelfall, sodass auch andere Angebote entwickelt und beansprucht werden können (§ 27 Abs. 2 S. 2 SGB VIII). Gesetzlich sind in §§ 28 bis 35 SGB VIII folgende Hilfen vorgesehen:

- **Erziehungsberatung** (§ 28 SGB VIII) soll Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme (und der zugrunde liegenden Faktoren), bei der Lösung von Erziehungsfragen sowie bei Trennung und Scheidung unterstützen. Das besondere Spezifikum im Vergleich zu anderen Angeboten (vgl. §§ 16 ff. SGB VIII) liegt vor allem in der multidisziplinären Besetzung der Erziehungsberatung.
- **Soziale Gruppenarbeit** (§ 29 SGB VIII) soll vor allem ältere Kinder und Jugendliche im Rahmen gruppenpädagogischer Konzepte bei der Überwindung von Entwicklungsschwierigkeiten und bei Problemen mit ihrer Umwelt unterstützen.
- Ebenfalls eher für ältere Kinder und Jugendliche ist die Unterstützung durch einen **Erziehungsbeistand** (§ 30 SGB VIII) gedacht. Dieser soll den jungen Menschen bei der Bewältigung von Entwicklungsproblemen, möglichst unter Einbeziehung seines sozialen Umfeldes, unterstützen und, unter Erhaltung des Lebensbezugs zur Familie, seine Selbstständigkeit fördern.
- **Sozialpädagogische Familienhilfe** (SPFH, § 31 SGB VIII) zielt hingegen auf die gesamte Familie und soll durch eine gezielte Verbindung von pädagogischen und alltagspraktischen Hilfen die Selbsthilfekompetenzen der Familie stärken. Als in der Regel auf längere Dauer angelegte Hilfe kommen die Beratenden der SPFH in die Familie und betreuen und begleiten diese in ihren Erziehungsaufgaben, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, der Lösung von Konflikten und Krisen sowie im Kontakt mit Ämtern und Institutionen. Als besonders intensive Hilfe soll die SPFH oftmals die Unterbringung des Kindes außerhalb der eigenen Familie vermeiden helfen.
- Als Leistung an der Schnittstelle zwischen den ambulanten und stationären Hilfen können Kinder und Jugendliche in einer **Tagesgruppe** betreut werden (§ 32 SGB VIII). Durch soziale Gruppenarbeit, schulische Förderung und begleitende Elternarbeit zur Verbesserung der Erziehungsbedingungen im Elternhaus soll die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen unterstützt und sein Verbleib in der Familie gesichert werden.
- Als stationäre Hilfen kennt das SGB VIII grundsätzlich zwei Leistungsformen: Zum einen die **Vollzeitpflege** (§ 33 SGB VIII), in deren Rahmen das Kind in einer anderen Familie untergebracht und dort betreut und erzogen wird. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson/en (ggf. auch Verwandte) für diese Aufgaben geeignet ist bzw. sind, was vom Jugendamt regelmäßig zu überprüfen ist. Zur Sicherstellung des notwendigen Unterhalts des Kindes und zur Honorierung dieser Betreuungsleistungen wird seitens des Jugendamts ein Pflegegeld gezahlt (§ 39 SGB VIII).
  Zum anderen können Kinder und Jugendliche in einer **Heimeinrichtung** oder **sonstigen betreuten Wohnform** untergebracht werden (§ 34 SGB VIII), in deren Rahmen die Betreuung und Erziehung durch professionelle Fachkräfte erfolgt. Auch hier besteht ein paralleler Anspruch auf Sicherstellung des notwendigen Unterhalts des Kindes (§ 39 SGB VIII).
  Die Dauer dieser stationären Hilfen kann sehr unterschiedlich sein und von einer kurzfristigen Aufnahme in einer familiären Notsituation bis hin zu einem dauerhaften Verbleib in der Pflegefamilie bzw. Einrichtung reichen. Parallel zur stationären Hilfe für das Kind soll das Jugendamt – bei gegebener Veränderungsbereitschaft – durch Beratung und Unterstützung die Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie soweit verbessern helfen, dass das Kind wieder in dieser Familie erzogen werden kann (§ 37 SGB VIII).
- Als letzte der aufgezählten Hilfen zur Erziehung findet sich im Gesetz die **intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung** (§ 35 SGB VIII). Diese soll besonders gefährdeten und teilweise erheblich geschädigten Jugendlichen (z. B. mit Vorstrafe oder aus dem Drogen-/Prostituiertenmilieu) gewährt werden. Kennzeichnend ist oftmals eine besonders hohe Betreuungsintensität, die z.T. die Ansprechbereitschaft der Fachkraft rund um die Uhr erfordert.

Eingliederungshilfe (§ 35a SGB VIII)

Junge Menschen mit Behinderungen haben einen auf ihren speziellen Hilfebedarf ausgerichteten Anspruch auf Unterstützungsleistungen (sog. Eingliederungshilfe), gegenüber dem Jugendamt allerdings grundsätzlich nur, wenn ausschließlich von einer seelischen Behinderung auszugehen ist (§ 35a SGB VIII). Für Kinder und Jugendliche mit körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen ist der Hilfeanspruch hingegen grundsätzlich gegenüber dem Sozialamt geltend zu machen (§ 10 Abs. 4 S. 2 SGB VIII). Aufgrund der oftmals in den ersten Lebensjahren nicht eindeutig feststellbaren Behinderungsform haben viele Bundesländer allerdings zumindest für Kinder bis zum 6. Lebensjahr bzw. Schuleintritt die Zuständigkeit für die sog. Frühförderung einheitlich in die Hand des Sozialamts gelegt.

Hilfen für junge Volljährige (§ 41 SGB VIII)

Auch junge Menschen, die bereits volljährig sind, können noch Hilfeleistungen durch das Jugendamt erhalten, wenn diese für ihre Persönlichkeitsentwicklung und für eine eigenverantwortliche Lebensführung notwendig sind (§ 41 SGB VIII). In Betracht kommt dies nicht nur für junge Volljährige, die bereits (stationäre) Jugendhilfeleistungen erhalten, sondern auch für solche, die etwa aufgrund problembelasteter Lebenslagen (z. B. Suchtkrankheit) oder besonderer Schwierigkeiten beim Übergang in die Arbeitswelt der Unterstützung bedürfen. In der Regel wird die Hilfe bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs, in begründeten Einzelfällen längstens bis zum Erreichen des 27. Lebensjahrs gewährt.

Wichtige Verfahrensregelungen

Insbesondere Beratungsleistungen können in aller Regel direkt – d.h. ohne Involvierung des Jugendamts – z. B. in Beratungsstellen freier Träger in Anspruch genommen werden. Für viele Hilfeleistungen des SGB VIII bedarf es vor ihrer Inanspruchnahme jedoch eines (nicht unbedingt förmlichen) **Antrags** beim Jugendamt, wodurch dieses vom Hilfebedarf in Kenntnis gesetzt wird und Gelegenheit zur vorherigen Entscheidung erhält (§ 36a Abs. 3 SGB VIII).

Im Jugendamt gilt zudem grundsätzlich das Prinzip des gemeinsam zu gestaltenden Hilfeprozesses – unter Beteiligung und Mitwirkung der Eltern, ggf. des Kindes, weiterer Fachkräfte und ggf. des leistungserbringenden Dienstes bzw. der Einrichtung. Bei längerfristigen Hilfen ist mit allen Beteiligten gemeinsam ein **Hilfeplan** aufzustellen und regelmäßig fortzuschreiben (§ 36 SGB VIII).

LITERATUR

BMFSFJ (Hrsg.): Kinder- und Jugendhilfe – Achtes Buch Sozialgesetzbuch (Broschüre, zu finden unter www.bmfsfj.de > Publikationen)

Münder, J./Wiesner, R./Meysen, T. (2011): Kinder- und Jugendhilferecht Handbuch, 2. Aufl. Baden-Baden: Nomos

Jutta Franz

DIE RISIKEN DER »VORSORGLICHKEIT« – EIN DISKUSSIONSBEITRAG ZUR EINBINDUNG DER SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG IN DIE FRÜHEN HILFEN

In diesem Beitrag will ich zu einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Begriff der Prävention ermuntern. Auf keinen Fall jedoch möchte ich die Mitwirkung und die konstruktive Kooperation der Schwangerschaftsberatung in den Netzwerken Frühe Hilfen oder gar deren Intentionen grundsätzlich in Frage stellen. Aber ich will dazu anregen, Positionen und Entwicklungen aufmerksam zu beobachten und kritisch zu diskutieren.

Schwangerschaftsberatungsstellen sind in die regionalen Netzwerke Frühe Hilfen eingebunden und es werden ihnen darin spezifische Funktionen und Befugnisse zugewiesen. Daraus ergeben sich Optionen, die aus meiner Sicht aber durchaus zwiespältig sind und die Schwangerschaftsberatung vor die Aufgabe stellen, sich auch in Abgrenzung gegenüber den Frühen Hilfen und den Anliegen des Kinderschutzes zu verorten.

Schwangerschaft und Geburt eines Kindes sind – von wenigen Ausnahmen abgesehen – kein Risiko, keine Krankheit und kein Problem, sondern natürliche und weit verbreitete Ereignisse. Auf Schwangerschaftsberatung besteht ein Rechtsanspruch. »Jede Frau und jeder Mann hat das Recht, sich … in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen … beraten zu lassen« (§ 2 Abs. 1 SchKG).

In Deutschland wurden in den letzten Jahren jährlich ca. 670.000 Kinder geboren und ca. 110.000 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet,[1] d.h., allein zum Thema Schwangerschaft umfasst das potenzielle Klientel für Beratung jährlich ca. 800.000 Frauen zuzüglich ihrer Partner und anderer mitbetroffener Personen.

Schwangerschaftsberaterinnen sind durch Weiterbildungen, durch Medienberichte, durch unzählige Fachveröffentlichungen über Kindeswohlgefährdungen und nicht zuletzt durch ihre Einbindung in die Netzwerke Frühe Hilfen hoch sensibilisiert, vielleicht sogar hypersensibilisiert. Es besteht die Gefahr einer schleichenden Perspektivveränderung, nämlich nicht mehr zu sehen, dass die Ratsuchenden – auch wenn manche wegen komplexer Problemlagen und mit schwierigen Fragen kommen – überwiegend keinen Anlass bieten, Kindeswohlgefährdungen zu befürchten. Die Frauen und Paare befinden sich in Übergangssituationen ihres Lebens, in mehr oder weniger schwierigen Lebenslagen. Sie suchen vielleicht soziale oder psychosoziale Beratung zur besseren Bewältigung von Belastungen, und es lassen sich in der Regel ausreichende Ressourcen finden, diese auch einigermaßen bewältigen zu können. Schwangerschaftsberatung intendiert Empowerment durch vertrauensvolle Begegnung zwischen Klientin und Beraterin und darf nicht in ständiger Alarmbereitschaft, sozusagen in Form eines Risikoscreenings verlaufen.

Ein ressourcenorientiertes Verständnis von Beratung geht davon aus, dass Herausforderungen generell zu bewältigen sind. Zunehmend greift aber im öffentlichen, politischen und professionellen Diskurs ein Risikodenken um sich, das auch den Charakter und das Selbstverständnis von Schwangerschaftsberatung beeinflusst. Die Vorgänge von Schwangerschaft und Geburt werden mehr und mehr unter dem Aspekt möglicher Gefahren und deren Vermeidung betrachtet. Ein Beispiel dafür ist die zunehmende Rate der Kaiserschnittentbindungen. Inzwischen kommt in Deutschland nahezu jedes dritte Kind mit Hilfe dieser Methode auf die Welt. Als einziger valider Erklärungsfaktor für diese Entwicklung erweist sich das gestiegene Risikobewusstsein sowohl bei der Ärzteschaft als auch bei den Schwangeren (Kolip 2012). Ein anderes Beispiel für zunehmendes Risikodenken ist die Inflation des Präventionsbegriffs im Bereich der institutionellen Beratung. In diesem Kontext wächst die Tendenz, die Aufgaben der Schwangerschaftsberatung quasi automatisch mit dem Gedanken des Kinderschutzes und den Konzepten der Vorsorge zu verquicken. »Der Präventionsbegriff ist davon bedroht, für fast jede Maßnahme als Begründung herhalten zu müssen« (Lüders 2011, S. 5).

1 S. die Homepage des Statistischen Bundesamtes www.destatis.de, Unterbegriffe Bevölkerung/Lebendgeborene und Gesundheit/Schwangerschaftsabbrüche.

Aus dem Blickwinkel der Prävention werden die potenziellen Gefahren, Probleme und Bedrohungen einer eigentlich »normalen« Lebenssituation immer gleich mitgedacht und mitbenannt. Herausforderungen und Chancen können dabei in den Hintergrund treten. Die gängige Rhetorik der Prävention von Kindeswohlgefährdung als Aufgabe der Schwangerschaftsberatung könnte tendenziell zu einer Veränderung in den professionellen Grundhaltungen der Beratungsfachkräfte führen. (Dass das präventive Angebot der Frühen Hilfen in einigen kommunalen Netzwerken – entgegen der Grundidee – sehr eng mit dem Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung verknüpft wird, befördert diese Rhetorik allerdings zusätzlich.) Der Präventionsbegriff beschreibt nicht nur die Chance, theoretisch denkbaren Problemen, Krisen und Katastrophen zuvorzukommen. Prävention impliziert auch, diese Probleme – um ihnen vorzubeugen – sozusagen gedanklich vorwegzunehmen, sie also von vornherein ins Kalkül und in den Bereich des Möglichen zu ziehen. Vorsorge sollte eigentlich dazu dienen, das Leben sorgloser zu machen, führt aber nicht selten zu einer Kumulierung immer neu produzierter Sorgen.

Wenn man davon ausgeht, dass die Vermittlung von Zuversicht einer der erfolgreichsten Wirkmechanismen von Psychotherapie ist (Deister et al. 2009, S. 544), dann erscheinen das zunehmende Risikobewusstsein und das Paradigma der Prävention gerade in der Schwangerschaftsberatung problematisch. Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes symbolisieren immer einen Anfang, einen Neubeginn. Schwangerschaftsberatung sollte in diesem Zusammenhang vorrangig Zuversicht, Support und Empowerment transportieren (Franz/Busch 2012).[2]

Ähnlich kritisch sollte aus meiner Sicht die Rhetorik von der Brückenfunktion hinterfragt werden, welche die Schwangerschaftsberatung im Rahmen der Frühen Hilfen einnimmt. Schwangerschaftsberatungsstellen bieten der Klientel gesetzlich verankerte garantierte Vertraulichkeit (Schweigepflicht gemäß § 203 StGB). Darauf müssen sich Klientinnen und Klienten verlassen können. Es ist ein Gebot der Transparenz, sie im besonderen Ausnahmefall darauf hinzuweisen, dass in besonderen Notfällen Informationen an das Jugendamt weitergegeben werden könnten (§ 4 KKG).[3] Es erscheint mir aber nicht hilfreich zu sein, der Schwangerschaftsberatung eine Brückenfunktion zu den Unterstützungssystemen und damit auch dem Hilfe- und Kontrollsystem der öffentlichen Jugendhilfe zuzuschreiben. Die Metapher von der Brücke ist sehr anschaulich und damit verführerisch und problematisch zugleich. Verführerisch, weil die Schwangerschaftsberatung – wie alle soziale Arbeit – immer wieder unter Legitimierungsdruck steht und um ihren Fortbestand kämpfen muss und eine Brücke schließlich nicht so leicht zur Disposition gestellt werden kann. Problematisch ist die Metapher, weil jemand, der eine Brücke betritt, dies in der Regel tut, um einen Fluss (oder eine andere Art von Grenze oder Hindernis) zu überschreiten, und sich damit auf den Weg zur anderen Seite begibt. Ratsuchende, die in eine Schwangerschaftsberatungsstelle kommen, sollten aber nicht das Gefühl haben, damit sozusagen schon auf dem Weg ins Jugendamt zu sein.

Beraterinnen und Berater berichten übereinstimmend, dass ihre Dienste immer häufiger von »belasteten Personengruppen« aufgesucht werden (vgl. z. B. Soziale Beratung, pro familia magazin 2/2009). Das hat sicher damit zu tun, dass die Nachfrage nach Hilfen in finanziellen Notlagen häufig ein »Türöffner« zu Beratungsstellen ist. Dieser Eindruck könnte auch daraus resultieren, dass die Beratungsfachkräfte einen geschärften Blick für vielfältige Formen von Belastungen entwickelt haben. Aber auch daraus, dass Beratungsstellen glauben, ihre Arbeit am besten unter dem Label Prävention legitimieren zu können, und sich deshalb auch in ihrer Öffentlichkeitsarbeit immer mehr mit der Prävention von Problemen profilieren. Potenzielle Ratsuchende, die nur Fragen, aber keine Probleme haben, die nur Unterstützung suchen, aber keiner weitergehenden Intervention bedürfen, könnten dadurch womöglich vom Besuch der Beratungsstelle abgehalten werden. Die Fokussierung auf Prävention birgt tendenziell die Gefahr, dass tatsächlich die Beratungskontakte mit Klientel aus prekären Lebensverhältnissen zahlenmäßig immer mehr zunehmen und auf der anderen Seite des Spektrums Klientel und Inhalte wegbrechen. Da-

2 S.a. den Beitrag von U. Busch und C. Brückner, Kapitel 1 dieser Arbeitshilfe.
3 S.a. den Beitrag von L. Schönecker, Kapitel 2 dieser Arbeitshilfe.

bei könnte viel von dem verloren gehen, was Schwangerschaftsberatung eigentlich anbieten soll, nämlich, »jede Frau und jeden Mann in allen … eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar … berührenden Fragen« zu beraten, also zu unterstützen bei all den Unsicherheiten, die mit Schwangerschaft und Elternsein einhergehen können, ohne dass dabei das Wohl der Kinder auch nur im Geringsten gefährdet wäre.

Ich möchte noch auf einen weiteren Gesichtspunkt hinweisen, der aus meiner Sicht in der Schwangerschaftsberatung einen kritischen Umgang mit dem Paradigma der Prävention nahelegt. Eine beraterische Grundhaltung, die vom Aufspüren potenzieller Risiken inspiriert und vom Gedanken der Prävention möglicher Gefährdungen geleitet wird, könnte zu einer individualisierenden Perspektive verführen und den gesellschaftlichen Kontext aus den Augen verlieren. Entwicklungsschädigende oder -gefährdende Lebensumstände von Kindern beruhen ja nicht immer auf individuellen persönlichen Defiziten ihrer Eltern, sondern haben viel mit ungünstigen Rahmenbedingungen zu tun. Die Veränderung gesellschaftlicher Verhältnisse erschiene als Aufgabe der Schwangerschaftsberatung – und der Frühen Hilfen – allerdings überdimensioniert. Deshalb ist die Versuchung groß, sich im Eifer des Präventionsgedankens umso engagierter der Bearbeitung individueller Probleme zu widmen. So paradox es klingen mag: Ich plädiere dafür, verantwortungsvoll mit Verantwortung umzugehen. Damit meine ich, dass die Schwangerschaftsberatungsstellen als Teil der Netzwerke Frühe Hilfen nur bedingt die Verantwortung für das Wohl von Kindern oder die Verhinderung von Kindeswohlgefährdungen übernehmen können, dass sie aber sehr wohl dafür verantwortlich sein sollten, aus ihrer professionellen Erfahrung heraus deutlich auf gesellschaftliche und politische Defizite hinzuweisen, die dem Kindeswohl nicht dienlich sind.

Es ist aus meiner Sicht eine sehr positive Entwicklung, dass sich Schwangerschaftsberatung im Besonderen und Soziale Arbeit im Allgemeinen in den vergangenen Jahrzehnten weg von der Fürsorge hin zu ressourcen- und lösungsorientierten Konzepten von Support und Empowerment entwickelt haben. Ich fände es fatal, wenn diese Entwicklung durch zu viel »Vorsorglichkeit« gefährdet würde.

LITERATUR

Deister, Arno/Laux, Gerd/Möller, Hans-Jürgen (2009): Duale Reihe Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Franz, Jutta/Busch, Ulrike (2012): Schwangerschaftsberatung im Netzwerk Frühe Hilfen. In: Frühe Kindheit, Sonderausgabe 2012, S. 60–65

Kolip, Petra (2012):, Faktencheck Kaiserschnitt. Gütersloh: Bertelsmannstiftung; www.faktencheck-kaiserschnitt.de.

Lüders, Christian (2011): Von der scheinbaren Selbstverständlichkeit präventiven Denkens. In: DJI impulse, München

pro familia Bundesverband (2009): Soziale Beratung. In: pro familia magazin 2/2009 Frankfurt

4

VERNETZTES ARBEITEN IN DEN FRÜHEN HILFEN – AUFGABEN, CHANCEN UND GRENZEN FÜR DIE SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG

Ein Gespräch mit Hanna Geier

Welche Aufgaben und Ziele haben Schwangerschaftsberaterinnen in Netzwerken Früher Hilfen?

Netzwerkarbeit, die schon immer ein selbstverständlicher Teil der Arbeit in der Schwangerschaftsberatung war, ist zusätzlich nun als eine gesetzliche Norm festgeschrieben. Die Schwangerschaftsberatung ist gesetzlich verpflichtet worden, in den lokalen Netzwerken der Frühen Hilfen mitzuwirken. Damit ist sie, zusammen mit vielen Institutionen, ein Akteur, den das KKG[1] benennt. Das lokale Netzwerk dient dem Austausch von Informationen, dem Aufbau und der Koordination von Hilfsangeboten – es ist keine Plattform für Einzelfälle! Es geht also nicht um die Weitergabe konkreter Daten der Ratsuchenden bei Netzwerktreffen. Erfahrungsgemäß wird die Schwangerschaftsberatung ohnehin kaum oder eher sehr selten anonymisierte Einzelfälle über Kindeswohlgefährdung aus ihrer Praxis in den Netzwerken vortragen. Schwangerschaftsberatung verfolgt in Netzwerken eher das Ziel, ergänzende, unterstützende und entlastende Hilfen für diese spezifischen Zielgruppen in der Familiengründungs- oder frühen Familienphase weiterzuentwickeln und bestmögliche Förderung und Begleitung vernetzt aufzubauen, selbstverständlich auch, um Fällen von Kindeswohlgefährdung vorbeugend den Boden zu entziehen.

Welche Vorteile bringt vernetztes Arbeiten in den Frühen Hilfen den Schwangerschaftsberatungsstellen?

Das vernetzte Arbeiten in den Frühen Hilfen dient dazu, die vielerorts bereits bestehenden Angebote der verschiedenen Akteure untereinander noch besser bekannt zu machen. Das vernetzte Arbeiten kann darüber hinaus genutzt werden, bedarfsgerechte Angebote Früher Hilfen (weiter) zu entwickeln, die der Vielfalt von Familien ihren Bedarfen und vor allem ihren Zugangsmöglichkeiten gerecht werden. Wichtig ist dabei, alle Familien in den Blick zu nehmen, Stigmatisierung zu vermeiden, die speziellen Angebote regelhaft an bestehende Einrichtungen anzubinden und die erforderlichen Bedarfe aufeinander abzustimmen. Für die Schwangerschaftsberatungsstellen entsteht der Vorteil, den Ratsuchenden mögliche Hilfsangebote unmittelbarer und »aus einer Hand« anzubieten.

Wie können Kompetenzen und Verantwortlichkeiten für die Schwangerschaftsberatung innerhalb der Netzwerke beschrieben werden?

Aus der Sicht der Schwangerschaftsberatung müssen die regelmäßigen Netzwerktreffen dazu genutzt werden, inhaltliche und strukturelle Mängel sowie Benachteiligung und Diskriminierungen, die in der Schwangerschaftsberatung bekannt werden, zu beraten und auf deren Behebung hinzuwirken. Darüber hinaus müssen sich die beteiligten Akteure der verschiedenen Institutionen und Berufe auf den Netzwerktreffen mit der Bedarfseinschätzung und Bedarfserhebung für die Angebotsentwicklung bezüglich der Frühen Hilfen vor Ort befassen, damit dies in den Gesamtprozess der Sozialplanung mit einfließen kann. Die Beteiligung an regionalen Netzwerken im Kontext Früher Hilfen bedeutet nicht den Aufbau einer neuen Angebotspalette, sondern die Intensivierung der Vernetzung der Hilfeangebote vor Ort.

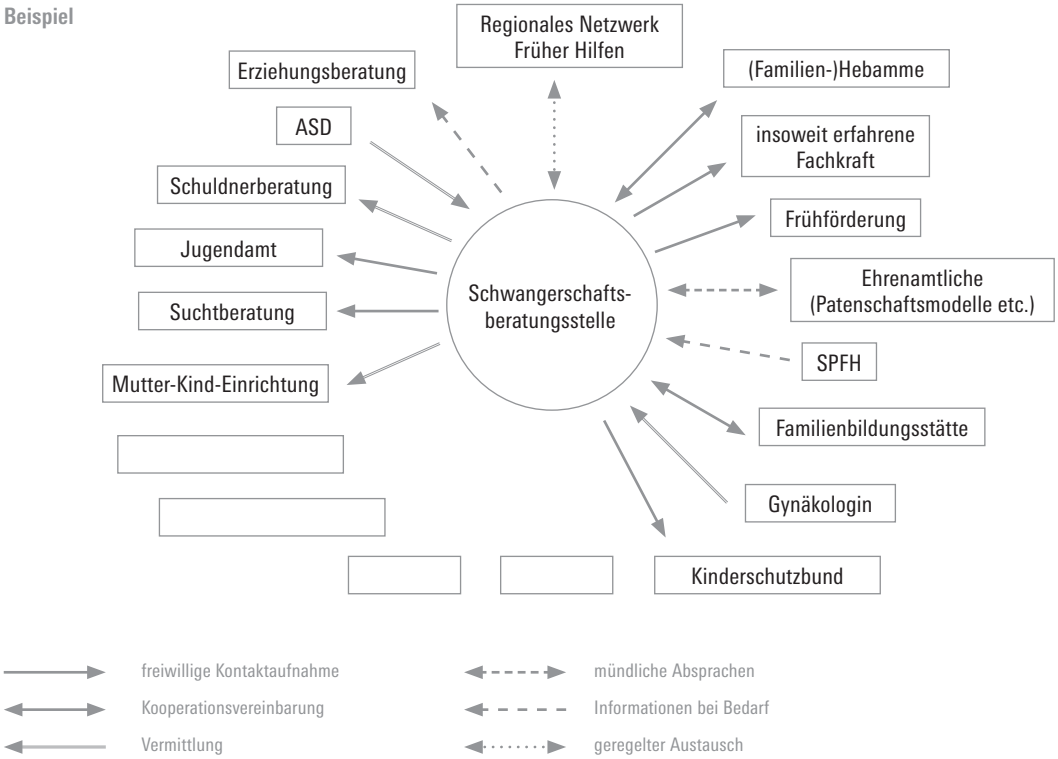
Welche Kooperationspartner sollten aus Sicht der Schwangerschaftsberatung in den Netzwerken Frühe Hilfen vertreten sein, um ein effektives Arbeiten zu gewährleisten?

Um effektives Arbeiten zu gewährleisten, sollte eine ganze Reihe von Partnern in den Netzwerken mitarbeiten. In § 3 Abs. 2 KKG wird ja eine Vielzahl von Einrichtungen und Diensten benannt, die in das Netzwerk eingebunden werden sollen. Der Sozialdienst katholischer Frauen und der Deutsche Caritasverband haben eine Netzwerkkarte entwickelt, mit deren Hilfe die Kooperationspartner der Schwangerschaftsberatungsstellen und die Kommunikationsstrukturen im Netzwerk beispielhaft dargestellt werden können. Die Grafik zeigt, welche Beziehungen zur Schwangerschaftsberatungsstelle bestehen, wie die Kommunikationswege und -grundlagen beschaffen sind oder beschaffen sein sollten. Es wird deutlich, dass die Kooperationsbeziehungen unterschiedlich intensiv sind und unterschiedliche Schwerpunkte haben.

1 KKG: Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz, s. Gesetzestext Kapitel 8 dieser Arbeitshilfe.

MIT WEM ARBEITET DIE **BERATUNGSSTELLE** ZUSAMMEN UND AUF WELCHER GRUNDLAGE?

Beispiel



Quelle: Deutscher Caritas Verband/Sozialdienst katholischer Frauen (Hrsg.) 2012[2]

Wie müssen die notwendigen Rahmenbedingungen für eine gleichberechtigte Kooperation innerhalb der Netzwerke beschaffen sein?

Eine gleichberechtigte Kooperation innerhalb eines Netzwerks wird hergestellt, indem die Akteure gemeinsame Arbeitsstrukturen entwickeln, die Raum und Zeit für eine ziel- und ergebnisorientierte Bearbeitung der Fragestellungen und Themen im Kontext Früher Hilfen bieten. Außerdem muss die Koordinierung und Moderation des Gesamtprozesses gesichert sein. Die Federführung kann beim örtlichen Jugendamt oder bei einer anderen Institution liegen, auf die sich das jeweilige Netzwerk verständigt. Die Strukturen müssen den beteiligten Akteuren in den lokalen Netzwerken bekannt sein und sollten durch eine gemeinsam getragene Kooperationsvereinbarung dokumentiert sein.

Was gibt es beim Abschluss von Kooperationsvereinbarungen für die Schwangerschaftsberatungsstellen zu beachten?

Beim Abschluss von Kooperationsvereinbarungen müssen die Schwangerschaftsberatungsstellen m.E. die folgenden Aspekte beachten: Klärung der Verantwortlichkeiten, Aufgabenverteilung und Definition von Schnittstellen und Kommunikationswegen, Dokumentation der vereinbarten Ziele und erbrachten Leistungen. Darüber hinaus ist bei den Kooperationsvereinbarungen stets zu beachten, dass keine Verpflichtungen unterzeichnet werden, die dem Fach- und Selbstverständnis der Schwangerschaftsberatung zuwiderlaufen und eine freiwillige Inanspruchnahme und vertrauliche Beratungsbeziehung zwischen Beraterinnen und Ratsuchenden konterkarieren. Aus diesem Grundverständnis und aufgrund der gesetzlichen

2 Grafik entnommen aus: Deutscher Caritas Verband/Sozialdienst katholischer Frauen (Hrsg.) (2012): Koordination, Kooperation und Vernetzung der Katholischen Schwangerschaftsberatung im Kontext Früher Hilfen.

Grundlagen[3] sind Kooperationsvereinbarungen mit dem Jugendamt gemäß § 8a SGB VIII nicht zu treffen.

Beim vernetzten Arbeiten wird zwischen struktureller und klientenbezogener Vernetzung unterschieden. Würden Sie bitte das Prinzip struktureller und klientenbezogener Zusammenarbeit kurz erläutern?

Von struktureller Vernetzung ist immer dann die Rede, wenn verschiedene Einrichtungen und Berufe einen gemeinsamen Blick auf ein bestimmtes Thema im Sozialraum legen, in dem agiert wird; wenn die Beteiligten sich dazu in einem lokalen Netzwerk zusammenschließen (siehe hierzu auch KKG), ihre professionellen Ressourcen bündeln und infrastrukturelle Versorgungslücken schließen, indem sie in ihren eigenen Einrichtungen, aber auch gegenüber Politik und Administration auf Veränderung in diesem Bereich hinwirken. Die klientenbezogene Vernetzung ist immer eine auf den Einzelfall bezogene, engmaschige, arbeitsteilige Zusammenarbeit mit einer oder mehreren Professionen und/oder Einrichtungen im Hinblick auf die Lösung einer konkreten Fragestellung oder eines speziellen Anliegens.

Welche Chancen, aber auch welche Grenzen sehen Sie für die Schwangerschaftsberatung in den regionalen Netzwerken?

Ich sehe für die Schwangerschaftsberatung in den regionalen Netzwerken eine große Chance, die wechselseitigen Informationsdefizite unter den Akteuren aufzuheben, aber auch bestehende Vorbehalte gegenüber den anderen Berufsgruppen oder Institutionen können in den Netzwerken bearbeitet und abgebaut werden. Für eine fallübergreifende oder auch fallspezifische Zusammenarbeit sind dies wichtige Vorrausetzungen, erst recht, um den Ratsuchenden bedarfsgerechte Angebote und passgenaue Hilfen zu vermitteln. Im besten Falle sind die Stärken der regionalen Netzwerke ein flexibles, schnelles Reagieren, das Berufsgrenzen überschreitet, innovatives, vielseitiges Handeln, unbürokratische Bündelung von Ressourcen, dezentrierte Strukturen und wenig Hierarchie – das alles ist im Übrigen nicht ganz einfach zu bewerkstelligen.[4] Ich sehe für die Schwangerschaftsberatung in den regionalen Netzwerken nur da Grenzen, wenn es um den Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Ratsuchenden und Beraterinnen geht, nämlich da, wo eine Verengung des Kinderschutzes auf die Weitergabe von persönlichen Daten an die Jugendhilfe (»Meldung machen«) nicht dem Fach- und Selbstverständnis der Schwangerschaftsberatung entspricht. Generell dürfen Persönlichkeitsrechte wie das Recht auf anonyme Beratung und informationelle Selbstbestimmung niemals verletzt werden und die Weitergabe darf nur als Ultima Ratio, unter Einbeziehung und mit dem Wissen der Betroffenen, erfolgen.

3 Zu den rechtlichen Grundlagen vgl. die Ausführungen von L. Schönecker, Kapitel 2 dieser Arbeitshilfe.
4 Zu den Qualifikationen und Qualifikationsbedarfen in der Schwangerschaftsberatung s. den Beitrag von U. Stender und A. Wolff, Kapitel 5 dieser Arbeitshilfe.

5

BASISQUALIFIKATION UND QUALIFIZIERUNGSBEDARFE

Vorhandene fachliche Qualifikation der in der Schwangerschaftsberatung tätigen Fachkräfte 48

Qualifizierungsbedarfe, bezogen auf die Mitwirkung im Feld der Frühen Hilfen 49

Ulrike Stender
Angelika Wolff

VORHANDENE FACHLICHE QUALIFIKATION DER IN DER SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG TÄTIGEN FACHKRÄFTE

Eine Sichtung der Fortbildungscurricula der verschiedenen Trägerverbände[1] ergibt, dass die in der psychosozialen Schwangerschaftsberatung tätigen Fachkräfte über fundierte Beratungskompetenzen im Sinne von personenzentrierter und systemischer Gesprächsführung verfügen und darüber hinaus über ein solides Sach- und Fachwissen zu sozialrechtlichen, anderen juristischen sowie medizinischen Fragen.

Auch ist eine weitgehende Vergleichbarkeit der bestehenden Qualifizierungsmaßnahmen zu erkennen. Alle gehen von einem psychosozialen Beruf als Voraussetzung für die Qualifizierung aus (in der Regel Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychologie). Alle Schwangerschaftsberater (-innen) verfügen über eine mehrwöchige Zusatzqualifikation zur psychosozialen Beratung in Not- und Konfliktsituationen im Rahmen der Schwangerschaftsberatung. Darüber hinaus werden vertiefende Fortbildungen zu spezifischen Themen angeboten. Im Einzelnen vermitteln die Curricula folgende Inhalte:[2]

Umfassende Fachkenntnisse zu verschiedensten familienrelevanten Aspekten, insbesondere:

- Fachkenntnisse zur Spezifik der Beratung im Schwangerschaftskonflikt mit ihren rechtlichen Grundlagen, ihrer historischen Entwicklung, ihrem Pflichtcharakter und ihren ethischen Aspekten, aber auch Wissensvermittlung zu Konfliktverständnis, kritischen Lebensereignissen und Krisenverläufen;
- Kenntnisse zu sozialen und wirtschaftlichen Hilfen für Schwangere, wie Mutterschutz und die besonderen Rechte im Arbeitsleben bzw. Hilfen für Schwangere bei der Suche nach Wohnung, Arbeits- oder Ausbildungsplatz oder deren Erhalt;
- Fachwissen bezüglich Sexualität und Sexualaufklärung, medizinisch-biologische Kenntnisse über Verhütung, Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und verschiedene Methoden zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs (und dessen Finanzierung);
- Fachkenntnisse zu allen wesentlichen Instrumenten der sozialen Sicherung vor und nach der Geburt mit ihren Rechtsgrundlagen und Antragsverfahren. Dazu zählen: bezüglich der Sicherung des Lebensunterhaltes ALG I und ALG II bzw. Sozialhilfe oder Grundsicherung sowie Wohngeld bzw. Leistungen für Asylbewerberinnen und -bewerber; hinsichtlich der Schwangeren und des Kindes die einmaligen Leistungen des Schwangerenmehrbedarfs und der Babyerstausstattung und sämtliche familienfördernden Leistungen wie Mutterschaftsleistungen, Elterngeld, Elternzeit, Kindergeld, Betreuungsgeld, Kinderzuschlag und Leistungen für Bildung und Teilhabe, der Unterhaltsvorschuss sowie Leistungen der »Bundesstiftung Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens« in besonderen Lebenslagen;
- Fachkenntnisse zu wesentlichen Instrumenten der Hilfen für Kinder und Familien, wie Beistandschaft, Kindertagesbetreuung, Beratungsangebote und Hilfen zur Erziehung sowie spezifischen Hilfsmöglichkeiten für behinderte Menschen und Familien, die ein behindertes Kind erwarten;
- familienrechtliche und psychologische Aspekte der Abstammung, der Vaterschaftsanerkennung, des Sorge- und Umgangsrechts für verheiratete und nicht verheiratete Eltern, der Verfahren in Familiensachen bei einer strittigen Trennungssituation sowie der Adoption.

Fachkenntnisse zu Methoden der Beratung:

Vermittelt werden die Grundzüge personenzentrierter Gesprächsführung auf Basis einer akzeptierenden, vorurteilsfreien Grundhaltung der ratsuchenden Frau gegenüber. Neben dem eher informationsorientierten Ansatz zur Beratung nach § 2 SchKG liegt ein weiterer Schwerpunkt auf dem Verstehen der Dynamik des Schwangerschaftskonfliktes sowie der Bearbeitung von Ambivalenzen und der beraterischen Begleitung zur Entscheidungsfindung.

Die Wissensvermittlung zur Beratungsmethodik wird durch Übungen und Trainingseinheiten ergänzt. Zudem spielt Selbsterfahrung eine wesentliche Rolle. Bei konfessionellen und den Kirchen nahestehenden Anbietern ist zusätzlich die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen in diesem Kontext verortet.

1 Ausbildungsangebote der Verbände im Anhang zu diesem Beitrag.
2 die dem § 2 SchKG folgen

Neben der Einzelberatung mit der schwangeren Frau berücksichtigen die Curricula in unterschiedlicher Intensität auch Mehrpersonen-Settings sowie die Arbeit mit Gruppen. Fallunabhängige Arbeitsformen wie Kooperationen, Netzwerk- und Gremienarbeit sowie Prävention finden ebenfalls Berücksichtigung.

Die Curricula halten zudem weitere, über die Grundkenntnisse hinausgehende Seminare vor, die zur Vertiefung und intensiveren Auseinandersetzung mit einzelnen Themen dienen und für bereits ausgebildete Fachkräfte ergänzend angeboten werden. Hinzu kommen Fortbildungsangebote, die neue gesetzliche Entwicklungen aufgreifen und sich mit deren Umsetzung und Integration in die psychosoziale Beratungsarbeit beschäftigen. Dazu zählen beispielsweise die Themen Pränataldiagnostik, postpartale Krisen, Kinderschutz und unerfüllter Kinderwunsch. Was die thematischen Schwerpunktsetzungen betrifft, ist das Angebot der verschiedenen Trägerverbände unterschiedlich.

Zusammenfassung

Die Fachkräfte bringen ein abgeschlossenes Fachhochschul- oder Hochschulstudium und somit eine psychosoziale Grundausbildung mit. Qua ihrer Zusatzqualifikation zur Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung verfügen sie über ein breites Sach- und Fachwissen zu sozialrechtlichen, weiteren juristischen und medizinischen Fragen und über fundierte psychosoziale Beratungskompetenz. Auf dieser Grundlage vermitteln sie Informationen über sozialrechtliche Ansprüche, grundsätzliche Rechte, Zugangswege zu Behörden, Wege der Antragstellung und geben Hinweise zu Netzwerken und konkreten Hilfsangeboten.

Die Fachkräfte haben einen geschulten Blick, bezogen auf die Situation der Frau und deren Bedürfnisse und Bedarfe »rund um Schwangerschaft und Geburt«. Sie arbeiten auf der Basis eines ressourcenfördernden, unterstützenden Beratungsverständnisses. Die Beratung versucht, der Perspektive der Frau und ggf. ihres Partners zu entsprechen, und greift deren Fragestellungen, Bedürfnisse und Bedarfe auf. Sie regt Reflexionsprozesse bei den Ratsuchenden an, gibt Anregungen für neue Handlungsoptionen und fördert Hilfe zur Selbsthilfe.

Die Beratung versteht sich als Hilfestellung, Begleitung und Unterstützung während der Schwangerschaft und nach der Geburt – inklusive der Vermittlung von sozialen und wirtschaftlichen Hilfen, insbesondere von finanziellen Leistungen, sofern die Situation der Frau, des Paars bzw. der Familie dies erfordert.

QUALIFIZIERUNGSBEDARFE, BEZOGEN AUF DIE MITWIRKUNG IM FELD DER FRÜHEN HILFEN

»Neue« Anforderungen an die Fachkräfte der Schwangerschaftsberatung werden u.a. im Bundeskinderschutzgesetz formuliert. Der Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen erfordert von den Fachkräften ein Beratungsverständnis und eine Beratungshaltung, die weiterhin auf die werdenden Eltern fokussiert, aber auch das Leben mit dem Kind in den ersten Lebensjahren berücksichtigt.[3]

Die Schwangerschaftsberatungsstellen haben bereits früh in der Schwangerschaft Kontakt zu den werdenden Müttern und Vätern. Sie verfügen über gute Kenntnisse zu sozialen und wirtschaftlichen Hilfen sowie den Hilfesystemen vor Ort und haben durch die Beratung eine Vertrauensbasis zu den schwangeren Frauen aufgebaut, die es erleichtert, diese zu motivieren, Hilfe und Unterstützung auch von Dritten in Anspruch zu nehmen.

Viele Schwangerschaftsberatungsstellen und ihre Fachkräfte haben sich in den letzten Jahren mit Blick auf die Frühen Hilfen qualifiziert und machen bereits entsprechende Angebote. Beispielhaft seien hier Konzepte genannt wie SAFE oder »Ein guter Start ins Leben« (Geburtsvorbereitungskurs mit Elementen der Marte-Meo-Methode).[4]

Auch die Mitarbeit in den regionalen Netzwerken Frühe Hilfen ist – sofern diese bereits installiert wurden – vielerorts gängige Praxis.

Es ist allerdings davon auszugehen, dass die Voraussetzungen in den Beratungsstellen und somit der zusätzliche Qualifizierungsbedarf mit Blick auf Frühe Hilfen für die

3 Die fachlichen und rechtlichen Grundlagen hierfür wurden zuvor von U. Busch/C. Brückner und insbesondere von L. Schönecker in den Kapiteln 1 und 2 dieser Arbeitshilfe dargelegt.
4 Zu weiteren präventiven Ansätzen s.a. den Beitrag von J. Klein, Kapitel 6 dieser Arbeitshilfe.

Fachkräfte sehr unterschiedlich ist, auch wenn sie schon über einschlägige Berufserfahrung verfügen:

a) Fachkräfte aus integrierten Beratungsstellen sind mit dem Jugendhilfesystem und seinen Strukturen vertraut und – falls sie neben der Schwangerschaftsberatung selbst in der Erziehungs- und Familienberatung arbeiten – sowohl auf der Ebene des Einzelfalles als auch einzelfallunabhängig darin erfahren.
b) Beraterinnen, die in einer »reinen« Schwangerschaftsberatungsstelle tätig sind, werden einen größeren Bedarf haben, gesetzliche Grundlagen und Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe kennenzulernen, um zu wissen, wie diese arbeitet.

Über welche Kompetenzen sollten Fachkräfte in der psychosozialen Schwangerschaftsberatung verfügen, damit sie kompetent im Feld der Frühen Hilfen agieren können – sowohl auf der Ebene des Einzelfalles als auch fallübergreifend?

Angesichts der unterschiedlichen Voraussetzungen kann die Frage nach dem Qualifizierungsbedarf für die Fachkräfte in den Schwangerschaftsberatungsstellen nicht pauschal beantwortet werden. Vielmehr bedarf es eines Angebots, das verschiedene Module im Sinne eines »Baukastensystems« bietet und so den Beratungsfachkräften – orientiert an ihren jeweiligen Voraussetzungen – eine bedarfsgerechte ergänzende Qualifizierung ermöglicht. Dies gilt insbesondere für Berufsanfängerinnen und Fachkräfte, die gänzlich neu in der Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung tätig werden.

Frühe Hilfen verstehen sich als primäre und sekundäre Prävention. Sie zielen auf Stärkung, Unterstützung und ggf. Entlastung der werdenden Eltern bzw. Mütter und Väter in der frühen Elternzeit, sodass diese ihrem Kind förderliche Bedingungen für einen guten Start ins Leben ermöglichen können. Schwierigkeiten oder Fehlentwicklungen sollen vermieden oder möglichst früh erkannt werden, um ihnen mit niedrigschwelligen Hilfen zeitnah begegnen zu können.

Eine Sichtung des breiten Spektrums der Beratungsinhalte gemäß §§ 2 und 2a SchKG zeigt, dass die Schwangerschaftsberatung faktisch bereits Frühe Hilfen leistet, ohne dass sie sich mit ihren Leistungen bisher den Frühen Hilfen zugerechnet hat.[5]

FRÜHE HILFEN IM KONTEXT VON § 2 SCHKG

Frühe Hilfen und Vergabe von finanziellen Mitteln

Wirtschaftliche Notlagen, Armut, Überschuldung oder unzureichende Versorgung von Familien führen dazu, dass finanzielle Probleme in der Beratung immer mehr Raum und Zeit einnehmen. Die Beantragung finanzieller Mittel, insbesondere über die Bundesstiftung »Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens«, gehört für die meisten Schwangerschaftsberatungsstellen zum Arbeitsalltag. Zwar sind die Geldmittel als einmalige Leistung eher ein »Tropfen auf den heißen Stein«, ermöglichen den Frauen aber wenigstens die Anschaffung einer Basisausstattung für ihr Baby und erleichtern so den Start des Kindes ins Leben.

Ihre besondere Bedeutung im Kontext Früher Hilfen gewinnt diese Hilfe aber aufgrund ihrer »Türöffnerfunktion« für weitere Beratung. Dazu hat die Bundesstiftung eine Evaluationsstudie in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse diesen Effekt eindrücklich belegen (Thielebein et al. 2013). Die Beantragung der Stiftungsmittel in den Schwangerschaftsberatungsstellen erweist sich als optimal verortet, da sie präventive Wirkung entfaltet: über die Linderung der finanziellen Not hinaus kann zugleich ein Zugang zur umfassenden Schwangerschaftsberatung und/oder weiteren Hilfsangeboten eröffnet werden.

Qualifizierungsbedarf:
Diesbezüglich bedarf es keiner Weiterqualifizierung der Fachkräfte im eigentlichen Sinne, jedoch einer Sensibilisierung dafür, wie die Beratungssituation bei der Beantragung finanzieller Hilfen optimal genutzt werden kann, um sich einen Eindruck von den (zukünftigen) Lebensbedingungen mit dem Neugeborenen zu verschaffen. Dazu gehören zum Beispiel das aufmerksame Wahrnehmen der Befindlichkeit der Schwangeren und das aktive Nachfragen bei eventuell im Mutterpass vermerkten Besonderheiten. Die Erfahrungen zeigen, dass die Schwangeren das Interesse an ih-

5 Zu dieser Einschätzung gelangen auch U. Busch und C. Brückner in Kapitel 1 dieser Arbeitshilfe.

rer Person in der Regel sehr positiv aufnehmen. So können der werdenden Mutter/den Eltern ggf. schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt weitere Unterstützungsangebote aus dem Spektrum der Frühen Hilfen nahegebracht werden.

Frühe Hilfen – Bedarfe bei Eltern und Kindern/ primäre Prävention

Im Sinne primärer Prävention (s. § 16 (3) SGB VIII) soll allen (werdenden) Müttern und Vätern ein Angebot gemacht werden – unabhängig von ihrer speziellen Lebenssituation.

Mit Blick auf die (werdenden) Eltern lautet die Leitfrage: Was brauchen sie, um gut in ihre Elternrolle hineinzuwachsen, d.h., die kommende Verantwortungsüber- und Beziehungsaufnahme zu meistern, im Prozess des »Elternwerdens« die Veränderungen in ihrer Paarbeziehung zu bewältigen und sich in schwierigen Situationen mit ihrem Baby verständigen und gegenseitig unterstützen zu können? Dabei geht es in erster Linie darum, den werdenden Eltern einen Raum zu geben, um über ihre Fragen und Fantasien zu dem erwarteten Kind, über Sorgen und Probleme zu sprechen und sie in der Vorbereitung auf das Kind zu begleiten.

Die Beratung soll die Mütter und Väter stärken und in Belastungs- oder Überforderungssituationen Hilfe durch Dritte ermöglichen. Gefragt ist eine ressourcenorientierte Beratungshaltung, die entlastet statt (über)fordert und die Selbstwirksamkeit der Mutter bzw. der Eltern fördert.

Nach der Geburt geht es (aber auch) um ganz praktische Hilfestellungen dabei, den Alltag zu bewältigen, den Tagesablauf zu strukturieren, einen Kinderarzt zu finden, einer Isolation vorzubeugen und möglicherweise mit anderen Eltern in den Austausch über die gänzlich neue Lebenssituation zu kommen.

Mit Blick auf das Neugeborene heißt die Leitfrage: Was braucht das Kind von seinen Eltern? Die Beratung sollte hier gut dosierte Informationen zur frühkindlichen Entwicklung und zu entwicklungspsychologischen Prozessen geben, d.h., die Sicherheits- und Bindungsbedürfnisse, aber auch Autonomie- und Erkundungsbestrebungen des Kindes müssen verstanden werden.[6] Von zentraler Bedeutung ist die frühe Interaktion zwischen Eltern und Kind: Je mehr die Eltern ein sicheres Handling und einen feinfühligen Umgang (nicht nur) bei der Pflege und Fütterung mit ihrem Säuglings erlernen, umso besser entwickelt sich das Kind und kann der Bindungsaufbau gelingen.[7]

Der ganz natürliche »Babystress« der ersten Lebenswochen und -monate kann dazu führen, dass Eltern sehr erschöpft sind und an sich und ihren Fähigkeiten zweifeln. Dann benötigen sie Hilfe dabei, die Signale ihres Babys besser zu verstehen und Wege zu finden, wie sie ihm helfen können. Für sich selbst brauchen die Eltern Verständnis sowie vor allem Beruhigung, Anleitung und Ermutigung.

Ergänzend zur Beratung bedeutet »Frühe Hilfe« auch, Mütter und Väter mit den verschiedenen Angeboten vertraut zu machen und ihre Kompetenzen zu stärken, sich geeignete Hilfen aus eigener Initiative zu suchen. Dies betrifft Angebote zur Entlastung, zur Nachsorge nach der Geburt, zur Gesundheitsförderung, zum Austausch mit anderen »jungen« Eltern und zur Förderung des Bindungsaufbaus zwischen Mutter/Eltern und Kind.

Qualifizierungsbedarf:

Um den Hilfebedarf von Eltern eines Neugeborenen zu erkennen und ihnen kompetente Hilfe an die Hand geben zu können, ist ein Qualifikationsmodul zur Wahrnehmung und Einschätzung der frühen Interaktion und der Bedeutung des feinfühligen Umgangs mit dem Säugling für den Bindungsaufbau notwendig. Eine Beratungshaltung, die diesen Beziehungsaufbau begleiten und fördern kann, sollte erarbeitet werden. Kenntnisse über gängige Konzepte zum Bindungsaufbau gehören ebenfalls dazu.

Weiterhin ist fundiertes Wissen über frühkindliche Entwicklung und Entwicklungspsychologie bezüglich des Säuglings- und Kleinkindalters erforderlich. Entwicklungsschritte und -stadien, Sicherheits- und Bindungsbedürfnisse, Autonomie- und Erkundungsstreben des Kindes sollten zentrale Inhalte sein.

6 Zur frühkindlichen Entwicklung und Bindung s.a. den Beitrag von M. von zur Gathen/J. Maywald, Kapitel 6 dieser Arbeitshilfe.
7 Zu Bindungs- und Erziehungskompetenzen der Eltern s.a. den Beitrag von J. Klein, Kapitel 6 dieser Arbeitshilfe.

Um den werdenden bzw. »jungen« Eltern Beratung und Hilfe in Fragen der Partnerschaft und des Aufbaus elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenz anbieten zu können, sind Kenntnisse zur Paardynamik und der konkrete Umgang damit relevant. Paargespräche sind Schwangerschaftsberaterinnen aus der Arbeit im Kontext von Fragen der Familienplanung und der Sexualberatung vertraut. In einer ergänzenden Qualifizierung zur Gesprächsführung mit Paaren gilt es, die möglichen Veränderungen der Beziehung durch die Geburt eines Kindes zu berücksichtigen.

Darüber hinaus sind umfassende Kenntnisse über Netzwerke Frühe Hilfen, angrenzende Hilfesysteme und ihre Zugangsbedingungen zu vermitteln, um den schwangeren Frauen und werdenden Eltern den Weg zu niedrigschwelligen Entlastungen und praktischen Alltagshilfen, aufsuchenden Diensten, Elternkursen oder Kontakt- und Selbsthilfeangeboten zu ebnen. Hierzu zählen klassischer Weise (Familien-)Hebammen, Kinder- und Jugendgesundheitsdienste, aber auch Familienpflegerinnen, Großelterndienste, ehrenamtliche Patenschaften und Einrichtungen der Familienbildung sowie Kirchengemeinden, in denen vielfach Krabbelgruppen oder Miniclubs angeboten werden.

Frühe Hilfen und Beratung bei Pränataldiagnostik

Das SchKG enthält im § 2a »Aufklärung und Beratung in besonderen Fällen« einen Rechtsanspruch auf vertiefende psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik durch eine Schwangerschaftsberatungsstelle gemäß § 3. Die Ärztinnen und Ärzte sind bei einem auffälligen Befund verpflichtet, betroffene Frauen/Paare über dieses Beratungsangebot zu informieren.

Angesichts von Inklusion als gesamtgesellschaftlicher Zukunftsaufgabe ist die psychosoziale Schwangerschaftsberatung zudem gefragt, auch die frühkindliche Entwicklung von Kindern, die mit einer Behinderung zur Welt kommen, bestmöglich zu fördern.

Paare, die sich nach Pränataldiagnostik mit auffälligem Befund für eine Fortführung der Schwangerschaft entscheiden, erleben oft eine tiefgreifende Krise. Die Geburt eines behinderten Kindes stellt ihr bisheriges Lebenskonzept in Frage. Oftmals stellen sie sich die Schuldfrage und die Frage nach dem »Warum«. Daher sollten die werdenden Eltern bereits während der Schwangerschaft intensiv beraten und begleitet werden, um Ängste, Ambivalenzen, zerstörte Hoffnungen und drängende Zukunftsfragen ansprechen und bearbeiten zu können.

Zur Vorbereitung auf das Leben mit dem behinderten Kind benötigen sie verständliche Informationen über Diagnoseverfahren sowie über bestimmte Krankheitsbilder. Die Vermittlung zu Hebammen, Fördereinrichtungen, Behandlungszentren und Selbsthilfegruppen kann ihnen Beruhigung und Sicherheit geben. Eine denkbare Einbeziehung des sozialen Umfeldes, zum Beispiel der Großeltern, sollte geprüft werden, um möglichst schon vor der Geburt ein Netzwerk für Hilfe und Unterstützung aufzubauen.

Gerade Familien mit einem behinderten Kind sind großen Belastungen ausgesetzt: Besonders zeitintensive Betreuung, unter Umständen lange Krankenhausaufenthalte, spezifische Fördermaßnahmen und wiederkehrende Ängste um die gesundheitliche Stabilität des Kindes bestimmen über lange Zeit den Lebensalltag. Hinzu kommen Ängste vor gesellschaftlicher Isolation, Vorurteilen und Ausgrenzung. Die Paarbeziehung der Eltern kann ebenfalls stark belastet sein.

Bei all diesen Fragen leistet die Schwangerschaftsberatung elementare Frühe Hilfe durch psychologische Beratung, Information und gegebenenfalls Vermittlung weitergehender Hilfen und indem sie die Eltern beim Beziehungsaufbau zu ihrem Neugeborenen unterstützt.

Qualifizierungsbedarf:

Im Kontext von Pränataldiagnostik und Frühen Hilfen sind Wissen und Beratungskompetenzen gefragt, um Eltern, die ein behindertes Kind erwarten, auf das Leben mit dem Kind vorzubereiten und sie nach der Geburt weiter zu beraten und zu begleiten.

Für Beratungsfachkräfte, die sich bislang nicht intensiv mit Beratung nach Pränataldiagnostik befasst haben, sollte daher ein entsprechendes Qualifizierungsmodul zur Verfügung stehen.

Dieses sollte Grundwissen zu gängigen Diagnoseverfahren sowie zu bestimmten Krankheitsbildern bzw. Formen von Behinderungen vermitteln, zu deren wahrscheinlichem Verlauf in der weiteren körperlichen und psychischen Entwicklung des Kindes und dazu, mit welchen Hilfebedarfen zu rechnen ist. Die Fachkräfte benötigen daher Informationen zu dem umfangreichen Netzwerk der Behindertenhilfe,

zu Angeboten der Frühförderung, der Jugendhilfe und den Selbsthilfeorganisationen, um kompetent an Einrichtungen in ihrer Region weitervermitteln zu können.

Frühe Hilfen – Bedarfe bei Eltern und Kindern/ sekundäre Prävention

Unterstützungsangebote der sekundären Prävention werden gebraucht, wenn Familien in belasteten und herausfordernden Lebenslagen, die über den »normalen Babystress« hinausgehen, Hilfe suchen. Dies ist besonders dann der Fall, wenn das Kind Regulationsstörungen zeigt, d.h. viel schreit, sich nicht beruhigen lässt, nicht in den Schlaf kommt oder wenn es Probleme mit der Nahrungsaufnahme gibt. Auch frühgeborene Kinder oder solche mit einer sehr hohen Empfindlichkeit für Reize zählen häufig hierzu.

Wenn die Familie eventuell in wirtschaftlicher Not lebt oder die Eltern ohne abgeschlossene Ausbildung und/oder ohne Arbeitsplatz sind, in räumlicher Enge leben müssen oder mehrere Kinder in kurzem Abstand geboren wurden, häufen sich die psychischen Anforderungen an die Eltern des Neugeborenen, insbesondere wenn es sich um sehr junge oder alleinerziehende Mütter und Väter handelt. Zu den hier relevanten Unterstützungsangeboten zählen vorrangig:

- **Aufsuchende Hilfen**
  Die meisten aufsuchenden Hilfen wie Familienhebammen oder Beratungsangebote, die nach Konzepten wie »STEEP«, »Opstapje«, »Willkommenstage in der frühen Elternschaft« arbeiten, verfolgen ein kombiniertes Vorgehen. Sie entlasten die Mütter/Eltern, da sie ihnen durch Hausbesuche entgegenkommen. Videoaufnahmen aus Alltagssituationen mit dem Kind geben Feedback und vermitteln den Eltern erste Erfolgserlebnisse, was den Bindungsaufbau fördert und die Kinder stabilisiert. Gruppenarbeit fördert die Reflexion und soziale Vernetzung der Eltern.

- **Psychologische Beratung**[8]
  Die Erziehungs- und Familienberatung in öffentlicher und freier Trägerschaft als niedrigschwelliger psychologischer Dienst der Jugendhilfe erreicht Eltern in ihrer Erziehungsunsicherheit und kann sie entlasten und zur Veränderung motivieren. So trägt Erziehungs- und Familienberatung zur Klärung und Bewältigung von Problemen sowie zur Lösung von Erziehungsfragen bei – auch mittels pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen. Die Rahmenbedingungen sind den Beraterinnen und Beratern aus der Schwangerschaftsberatung vertraut: Freiwilligkeit, Verschwiegenheit, Kostenfreiheit und leichte Erreichbarkeit, da die Beratung ohne die bürokratischen Hürden einer Antragstellung bei einer Behörde angeboten wird.

  Die Fachkräfte der Schwangerschaftsberatung sollten über ausreichende Informationen zu den fachlichen Möglichkeiten und Arbeitsweisen der Erziehungs-, Familien-, Ehe- und Lebensberatungsstellen verfügen, um bei Konflikten und Bedarfslagen, die im Kontext der Schwangerschaftsberatung gesehen, aber nicht intensiv bearbeitet werden können, zu diesen Stellen weiterverweisen zu können. Dazu zählen auch Partnerschafts-, Trennungs- und Scheidungsprobleme, Sorgerechts- und Umgangsstreitigkeiten sowie sonstige familiäre Konflikte. Viele Erziehungs- und Familienberatungsstellen in öffentlicher oder freier Trägerschaft haben sich inzwischen in entwicklungspsychologischer Beratung weiterqualifiziert oder haben Eltern-, Säuglings-, Kleinkind-Berater/-innen in ihren Teams.

Die erfahrenen Fachkräfte in der Schwangerschaftsberatung können auch bei zugespitzten Problemlagen, zum Beispiel mit sucht- oder psychisch kranken Müttern, bei familialer Gewalt oder ungeklärtem Aufenthaltsstatus der Eltern auf eine hohe Kompetenz zurückgreifen. Sie sind in der Regel über die Häufigkeit von psychischen Krisen nach der Entbindung und auch über Einrichtungen des betreuten Wohnens für Mutter und Kind gut informiert.

Die große Bedeutung der Schwangerschaftsberatung besteht auch hier in der oben beschriebenen »Türöffnerfunktion«: Die Fachkräfte erreichen in der Regel, dass die Schwangeren sich ihnen in hohem Maße anvertrauen. So werden sie zum Beispiel wegen der Beantragung

8 Dieser Begriff aus der Tradition der integrierten Beratungsstellen kennzeichnet den Charakter der »psychologischen Beratung« im Sinne eines reflexiven Beratungsverständnisses, unabhängig von der Berufsgruppe der Fachkräfte.

finanzieller Mittel aufgesucht und dabei zu Fragen psychischer Erkrankung ins Vertrauen gezogen, obwohl sie kein psychiatrischer Fachdienst sind. Sie besetzen daher eine Schlüsselposition in der Präventions- und Hilfekette und verfügen meist über gute Kenntnisse der regionalen psychosozialen Infrastruktur. Zudem identifizieren sie sich stark mit ihrer umfassenden Zuständigkeit für die Schwangere und all ihre Belange »rund um Schwangerschaft und Geburt« gemäß § 2 SchKG.

Zu den Aufgaben der Schwangerschaftsberatungsstellen gehört auch, sich über die Veränderungen in der Versorgungslandschaft, die u.a. im Zusammenhang mit Frühen Hilfen entstanden sind, auf dem Laufenden zu halten, zum Beispiel, welche psychiatrisch-psychotherapeutische Klinik auch Säuglinge bis zu welchem Alter stationär mit aufnimmt.

Qualifizierungsbedarf:

Kenntnisse zu Regulationsstörungen, deren möglichen Ursachen und deren Bewältigung sind Voraussetzung für eine präventiv wirkende Beratung bei ersten Irritationen im Umgang mit dem Säugling. Dies erfordert neben dem theoretischen Wissen Kompetenzen, um unsicheren Eltern mit praktischen Hinweisen im Gespräch sowie kleinen Demonstrationen alternative Verhaltensmöglichkeiten zu eröffnen. Die Beraterinnen sollten befähigt werden, Anregungen zu einer anderen Sichtweise auf das Kind zu geben, z. B., indem sie Eltern ermuntern, ihre Zuschreibungen zum kindlichen Schreien zu überprüfen. Zudem sind Kenntnisse zu spezialisierten Erziehungsberatungsstellen, »Schreibaby-Ambulanzen« (die teilweise auch an Schwangerschaftsberatungsstellen angegliedert sind) und anderen Diensten erforderlich.

Arbeitsweisen der Erziehungs- und Familienberatung, der Ehe- und Lebensberatung sowie Kenntnisse zu Hilfeformen, die über Erziehungs- und Familienberatung hinausgehen, insbesondere aufsuchende Hilfen, sollten vermittelt werden. Hinsichtlich der Strukturen und Abläufe in der Kinder- und Jugendhilfe geht es darum, insbesondere Antragstellung, Hilfeplanverfahren und Gewährung von »Hilfe zur Erziehung« sowie schnelle Zugänge im Krisenfall zu thematisieren.

In diesem Zusammenhang sollten – neben entwicklungsmäßigen, körperlichen oder verhaltensbezogenen Auffälligkeiten des Kindes – auch Belastungsfaktoren wie Armut, Arbeitslosigkeit, soziale Isolation, Migrationshintergrund, alleinerziehende Elternschaft oder Mehrlingsgeburten Berücksichtigung finden.

Bei körperlichen oder psychischen Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen der Mutter[9] (oder auch anderer Familienmitglieder) sowie Gewalttätigkeit in der Familie[10] gilt es in der Qualifizierung zu beleuchten, wie solche Themen im Gespräch aufscheinen können. Anhaltspunkte für den beraterischen Umgang können vermittelt werden, zum Beispiel Methoden der motivierenden Gesprächsführung.

Darüber hinaus benötigen die Fachkräfte der Schwangerschaftsberatung diesbezüglich fundierte Kenntnisse über spezifische Angebote in ihrer Region, um gezielt und kompetent den Kontakt zu solchen Hilfen herstellen zu können.

ZUM ZUSAMMENHANG VON SCHWANGERSCHAFTSBERATUNG, FRÜHEN HILFEN UND KINDERSCHUTZ

Im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) sind erstmalig auch die Schwangerschaftsberatungsstellen einbezogen. Ihre präventive Bedeutung wird im § 2 (1) herausgestellt: Eltern und werdende Mütter und Väter sollen über Beratungsleistungen und Hilfen in Fragen der Schwangerschaft, Geburt und der Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren informiert werden.

Im § 3 »Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz« ist der Aufbau von Netzwerkstrukturen Frühe Hilfen verankert. Diese sollen durch die »Leistungsträger und Institutionen im Kinderschutz« gebildet werden, wobei neben der Jugendhilfe und einem breiten Spektrum anderer Leistungsträger auch die Beratungsstellen nach §§ 3 und 8 SchKG aufgeführt werden. Die Netzwerke Frühe Hilfen werden

9 Zu Auswirkungen psychosozialer Belastungen und psychischer Erkrankungen s.a. den Beitrag von A. Bergner, Kapitel 6.

10 Zum Thema Gewalt s.a. die Beiträge von C. Hagemann-White und L. Finzi, Kapitel 6 dieser Arbeitshilfe.

durch diesen sekundär-präventiven Auftrag auch zu einem erziehungsfördernden Instrument im Gesamtsystem Kinderschutz. Zur Verbesserung des allgemeinen Kinderschutzes dienen die Vorschriften des § 4 KKG zur »Beratung und Vermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung«. Beide Aspekte werden im Folgenden mit Blick auf die Qualifizierungserfordernisse für die Schwangerschaftsberaterinnen und -berater beleuchtet.

Mitarbeit der Schwangerschaftsberatung in den Netzwerken Frühe Hilfen

Hier ist die Identität der Fachkräfte hinsichtlich ihres Auftrags und ihrer (eventuell neuen) Verortung im multiprofessionellen Hilfesystem angesprochen.[11] Die Verpflichtung zur Mitarbeit in den Netzwerken Frühe Hilfen ist von der Arbeit am Einzelfall zu unterscheiden, da im Netzwerk im Wesentlichen Strukturen, Einrichtungen und ihre Vorgehensweisen zur besseren Zusammenarbeit einander bekannt gemacht und Vereinbarungen geschlossen werden.[12]

Ein zentraler Inhalt der Qualifizierung im Kontext Früher Hilfen besteht im steigenden Bewusstsein, dass die Schwangerschaftsberatung Teil einer Präventionskette ist, die sinnvoll ineinandergreift bzw. aufeinander aufbaut. Schwangerschaftsberatung muss auch in Zukunft nicht »viel mehr tun«, aber viel mehr Einrichtungen, Angebote und Wirkungsweisen kennen und mit Trägern im Austausch sein, um diese vermitteln zu können. Das Fortbildungsmodul sollte daher besonders auf die Motivierung der Beraterinnen und Berater abheben, die Teilnahme im Netzwerk überzeugt und aktiv auszufüllen und sich der eigenen Bedeutung und ihres Wirkungsradius bewusst zu sein.

Qualifizierungsbedarf:

Netzwerke Frühe Hilfen sollen als Ort interprofessioneller Kommunikation und gemeinsamen Lernens vermittelt werden. Die Verortung der Schwangerschaftsberatungsstellen in den Netzwerken muss durch Einbeziehung und Abgrenzung geklärt werden: Was sind ihre Aufgaben, was nicht? Das breite Spektrum des Netzwerkes sollte verdeutlicht werden, da es weit über die Kinder- und Jugendhilfe hinausgeht und das Gesundheitswesen (samt Psychiatrie), den Bildungsbereich, die Frühförderung, aber auch die Agentur für Arbeit und die Polizei als Netzwerkbeteiligte und Kooperationspartner einbezieht.

Die Fachkräfte der Schwangerschaftsberatungsstellen sollten zu Aufbau und Mitarbeit in den systematischen, transparenten Kommunikations- und Arbeitsabläufen des Netzwerkes befähigt werden.

Aufgaben und Befugnisse der Schwangerschaftsberatung im Kontext von Kindeswohlgefährdung

Im § 4 KKG werden für Fachkräfte, denen »gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes« bekannt werden, klare Regelungen in einem gestuften Verfahren (in Anlehnung an § 8a des SGB VIII) zu ihrer professionellen Unterstützung vorgegeben.

Das beschriebene Verfahren zielt darauf ab, dass die Beraterinnen und Berater vor einer eventuellen Einschränkung des Geheimnisschutzes Anspruch auf externe Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft haben, dass die Weitergabe von Informationen nach klaren Standards und reiflicher Prüfung erfolgt und das Gesetz die Beratenden dazu explizit befugt, aber nicht zwingt (§ 4 KKG).[13]

Qualifizierungsbedarf:

Für das Vorgehen in Fällen mit Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung sollen die Beratungsfachkräfte befähigt werden, entsprechend dem vorgesehenen Stufenablauf vorzugehen. Dazu müssen ihnen Orientierungshilfen zur Wahrnehmung und Risikoeinschätzung von Kindeswohlgefährdung an die Hand gegeben werden. Das Hinwirken auf die Annahme von Hilfen durch die Erziehungsberechtigten sollte als zentraler Ansatz vermittelt werden.

Der Rechtsanspruch der Schwangerschaftsberaterin auf Unterstützung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft und die Relevanz der Rollenklarheit in den jeweiligen Funktio-

11 S.a. den Diskussionsbeitrag von J. Franz, Kapitel 3.
12 S. hierzu die Beiträge in Kapitel 1 von U. Busch/C. Brückner sowie das Gespräch mit H. Geier über vernetztes Arbeiten in den Frühen Hilfen, Kapitel 4.
13 Siehe hierzu den Beitrag von L. Schönecker in Kapitel 2.

nen ist zu vermitteln: Die insoweit erfahrene Fachkraft hat beratende Funktion, die Beraterin/der Berater ist durchgehend »fallführende Fachkraft« mit der »Freiheit«, die Einschätzung der insoweit erfahrenen Fachkraft zu teilen oder auch nicht, verbleibt aber in der Fallverantwortung für die weiteren Handlungsschritte.

Die Zielsetzungen dieses Prozedere sollten verständlich gemacht werden: Es geht um Klärung des Einzelfalles, Transparenz der Vorgehensweise, aber auch Entlastung und Absicherung der einzelnen Beraterin/des Beraters. Die rechtlichen Befugnisse und gesetzlichen Grundlagen sollten in enger Anlehnung an Kapitel 2 dieser Arbeitshilfe vermittelt werden, insbesondere die Realisierung von Datenschutz und Verschwiegenheit, u.a. durch Arbeit mit pseudonymisierten Daten.

Interventionsmöglichkeiten des Jugendamtes bei ungeborenen Kindern unter Mitwirkung des Familiengerichts sind ebenfalls ein wichtiges Thema.

FRÜHE HILFEN UND BERATUNG ZUR VERTRAULICHEN GEBURT[14]

Die Änderungen im § 2 (4) SchKG stellen die Schwangerschaftsberatungsstellen vor die Aufgabe, einer Schwangeren, die ihre Identität nicht preisgeben und ihr Kind nach der Geburt abgeben möchte, ein ausführliches, ergebnisoffenes Gespräch zur Bewältigung der psychosozialen Konfliktlage anzubieten.

Eine nach § 2 (4) beratene Schwangere, die ihre Identität nicht preisgeben will, ist darüber zu informieren, dass eine vertrauliche Geburt möglich ist (§ 25 (1)).

Im Rahmen dieser Beratung wird die Schwangere über den Verfahrensablauf und die Rechtsfolgen einer Vertraulichen Geburt sowie die Rechte des Vaters informiert. Sie ist insbesondere auf die Rechte des Kindes und auf die Bedeutung der Kenntnis der Herkunft von Mutter und Vater für die Entwicklung des Kindes hinzuweisen. So soll die Bereitschaft der Schwangeren gefördert werden, ihrem Kind möglichst umfassende Informationen über seine Herkunft und die Hintergründe seiner Abgabe zur Verfügung zu stellen.

Im weiteren Verfahren der Vertraulichen Geburt (§ 26) hat die Beratungsstelle einen Nachweis für die Herkunft des Kindes zu erstellen. Neben ihrer beratenden Funktion für die Schwangere ist die Beratungsstelle zudem Organisations- und Steuerungsinstanz, bezogen auf die anderen im Verfahren der Vertraulichen Geburt beteiligten Akteure.

Das Gesetz zur vertraulichen Geburt berücksichtigt zum einen den Wunsch der Schwangeren nach Geheimhaltung ihrer Identität; zum anderen wird dem Grundrecht des Kindes auf Wissen um seine Herkunft Rechnung getragen. Durch umfassende Beratung, eine medizinische Versorgung bei der Geburt und die Adoptionsvermittlung wird der Frau ein Hilfsangebot aufgezeigt, das ihr die Chance eröffnet, Lösungsmöglichkeiten für sich und das Kind zu finden. Angesichts der zu treffenden Weichenstellungen für das weitere Leben von Mutter und Kind kommt der Beratung zur Vertraulichen Geburt eine wichtige Funktion zu.[15] In diesem Kontext können der Frau auch Angebote der Frühen Hilfen aufgezeigt werden.

Qualifizierungsbedarf:

Da es sich um eine sensible, sehr frühe Lebensphase des Kindes mit weitreichenden Folgen für seine weitere Entwicklung bei gleichzeitig extremer Belastungssituation der Schwangeren handelt, bedarf es einer fachlich kompetenten Beratung durch eine Fachkraft, die sowohl einfühlsam auf die Schwangere eingehen kann als auch über das umfangreiche Sachwissen im Kontext der vertraulichen Geburt verfügt.

Die Fachkräfte der Schwangerschaftsberatung sollten mit den inhaltlichen Teilaspekten der Beratung zur vertraulichen Geburt, den zu beachtenden gesetzlichen und datenschutzrelevanten Bestimmungen sowie dem Verfahren zu Pflegschaft und Adoption vertraut gemacht werden.[16] Sie sollten befähigt

14 Das Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere – Regelung der vertraulichen Geburt ist seit dem 1.5.2014 in Kraft; s.a. die Beiträge von M. Bradna und R. Hölscher-Mulzer, Kapitel 6.

15 Das Bundesfamilienministerium hat eine Hotline eingerichtet: »Schwangere in Not – anonym und sicher«, Tel. 0800 40 40 020, »www.geburt-vertraulich.de«.

16 Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat für 2014 eine »Empfehlung zur Qualifizierung von Beratungsfachkräften der Schwangerschafts(konflikt)beratung zur Umsetzung der vertraulichen Geburt« vorgesehen.

werden, der Schwangeren trotz der besonders schwierigen Umstände die notwendigen Informationen verständlich zu vermitteln. Zudem sollten sie über profunde Kenntnisse zu den Steuerungsaufgaben der Schwangerschaftsberatungsstelle im gesamten Verfahren der Vertraulichen Geburt verfügen und das Gesamtgefüge des Hilfesystems kennen. Dazu gehört auch das Hilfetelefon Schwangere in Not – anonym und sicher, Tel. 0800 40 40 020, www.geburt-vertraulich.de.

INSTITUTIONELLE VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE SCHWANGERSCHAFTSBERATUNGSSTELLEN

Um die Qualität der Arbeit der Beratenden im Kontext Früher Hilfen zu sichern und weiterzuentwickeln, bedarf es auch einer Qualifizierung der Einrichtungen und damit verbunden gegebenenfalls auch einer Perspektiverweiterung der Träger- und Leitungsebene der Schwangerschaftsberatungsstellen.

Struktureller oder einrichtungsbezogener Qualifizierungsbedarf:

*Die fachlichen Anforderungen im **Einzelfall** – sowohl, was die weitreichenden Themen und Fragestellungen, als auch, was die Beratungsmethodik betrifft – machen regelmäßige kollegiale Fallbesprechungen im multidisziplinären Beratungsstellenteam erforderlich. Sie verlangen zudem die Etablierung und verlässliche Finanzierung von regelmäßiger Fallsupervision für die Fachkräfte, die sichergestellt werden muss. Wenn kein multiprofessionelles Team vorhanden ist (zum Beispiel in sehr kleinen oder isolierten Einrichtungen), sollte eine Kompensation gefunden werden. Denkbar sind die Etablierung stellenübergreifender kollegialer Intervision zwischen Fachkräften benachbarter Schwangerschaftsberatungsstellen sowie die gemeinsame Organisation einer externen Fallsupervision.*

*Für die fallunabhängige **Netzwerkarbeit** benötigen die Beraterinnen bzw. die Teams ein ausreichendes Zeitkontingent, damit sie sich an der zunehmenden Netzwerkarbeit aktiv beteiligen und durch das faktische Tun ihre Netzwerkkompetenz erweitern können. Dies ist im bisher vorhandenen Zeitrahmen nicht zu leisten.[17] Die Fachkräfte sollten ein Bewusstsein von den für die Schwangerschaftsberatung geltenden gesetzlichen Grundlagen sowie ihrem Auftrag im Netzwerk erwerben, so dass sie beides auch im Kreis der Kooperationspartner sicher vermitteln können.*

LITERATUR

C. Thielebein/H. Engel/S. Conein/B. Hinz (2013): Hilfen für schwangere Frauen in Notlagen. Zentrale Ergebnisse der Evaluation der Bundesstiftung »Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens«. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung 2/2013

WEITERFÜHRENDE LINKS

zu den Curricula der Weiterbildungsträger zur Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung (letzter Zugriff: 26.6.2014)

www.awo-bundesakademie.org/veranstaltungen/fachspezifische-qualifizierungen/kinder-jugend-familie-frauen

www.fak.caritas.de

www.dajeb.de/fb-gf-2013.pdf

www.donumvitae.org/media/raw/fobi_konzept.pdf

www.ezi-berlin.de/fort-und-weiterbildungscurricula.html

www.profamilia.de/fachpersonal/fortbildung-bei-profamilia/fortbildungs-detailseite.html?tx_seminars_pi1%5BshowUid%5D=35

www.skf-zentrale.de/87223.html

17 S.a. das Gespräch mit H. Geier über vernetztes Arbeiten in den Frühen Hilfen (Kapitel 4).

6

HINTERGRUNDWISSEN

59 **FUNDAMENTE I: GRUNDLAGEN DER ENTWICKLUNG IN DER FRÜHEN KINDHEIT**

Frühkindliche Entwicklung und Bindungen
Marion von zur Gathen, Jörg Maywald

66 **FUNDAMENTE II: HINTERGRUNDWISSEN KURZ UMRISSEN**

Bindungs- und Erziehungskompetenzen der Eltern und Unterstützungsmöglichkeiten
Julia Klein

Resilienzforschung
Lisa Lyssenko, Jürgen Bengel

Auswirkungen individueller Belastungen auf Schwangerschafts- und Geburtsverläufe
Annekathrin Bergner

Auswirkungen individueller Belastungen auf Wochenbett und erstes Lebensjahr
Brigitte Borrmann

Migrationssensibilität und Diversitätsbewusstsein
Birgit Jagusch

Gewalt in der Paarbeziehung
Carol Hagemann-White

Blick in die Praxis: Schwangerschaft und Gewalterfahrungen
Luisa Finzi

Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter
Antje Richter-Kornweitz

Angebote anonymer Kindesabgabe
Monika Bradna

Anonyme Beratung nach § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz
Regine Hölscher-Mulzer

Ergebnisse der KFN-Studie zu Neonatiziden
Theresia Höynck

Marion von zur Gathen, Jörg Maywald

FUNDAMENTE I: GRUNDLAGEN DER ENTWICKLUNG IN DER FRÜHEN KINDHEIT

FRÜHKINDLICHE ENTWICKLUNG UND BINDUNGEN

Die Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren

Kinder sind von Geburt an eigenständige Subjekte mit spezifischen Bedürfnissen und Kompetenzen. Die Erfüllung von Grundbedürfnissen in körperlicher, seelischer, geistiger und sozialer Hinsicht ist überlebenswichtig. Bei der Reifung und Entwicklung des Kindes spielen Veranlagung und Umwelt eine komplementäre Rolle. Eine positive sozial-emotionale Entwicklung hängt entscheidend davon ab, ob Sicherheits- oder Bindungsbedürfnisse und Erkundungs- oder Autonomiebestrebungen gleichermaßen und ausgewogen befriedigt und unterstützt werden.

Frühe Kindheit (Early Childhood) bezeichnet den Lebensabschnitt von der Geburt bis zum Eintritt in die Schule, in etwa also die ersten sechs Lebensjahre. Diese Zeitspanne kann unterteilt werden in:

1. das Säuglingsalter (1. Lebensjahr),
2. das Kleinkindalter (2. und 3. Lebensjahr) und
3. das Kindergartenalter (4. bis 6. Lebensjahr).

Das erste bis dritte Jahr galt lange Zeit als kinderärztliche Domäne. Aus dieser Zeit stammt die bisweilen noch gebräuchliche Gleichsetzung von früher Kindheit mit den ersten drei Lebensjahren. In den vergangenen etwa drei Jahrzehnten wurden die Erkenntnisse aus Neurobiologie, Pädiatrie, Entwicklungspsychologie, Psychoanalyse, Kleinkindpädagogik und Soziologie immer mehr vernetzt. Mit der zunehmenden Kooperation der unterschiedlichen Disziplinen hat sich das Bild des kleinen Kindes in der Wissenschaft und auch im Alltagsbewusstsein stark verändert.

Besonders markant ist der damit verbundene Paradigmenwechsel in dem Begriff des »kompetenten Säuglings« (Dornes 1993) ausgedrückt worden. Zuvor dominierte ein Bild des Säuglings als hilflos-passives, undifferenziertes, von Reizschranke und autistischer Schale abgeschirmtes und allein seinen Trieben ausgeliefertes Wesen, das überwiegend mit der Wahrnehmung innerer Zustände beschäftigt und zu bedeutsamen Sinneswahrnehmungen und differenziertem Gefühlsausdruck nicht fähig sei. Durch verbesserte Beobachtungstechniken wie z. B. videogestützte Analysen konnte jedoch gezeigt werden, dass der Säugling bereits unmittelbar nach der Geburt lern- und interaktionsbereit ist, Neugierverhalten zeigt und sich als eigenständiges Gegenüber positioniert.

Auch in anderen Disziplinen hat sich das Wissen um die frühe Kindheit revolutioniert. In der Neurobiologie wurde lange angenommen, dass die Gehirnstrukturen des Menschen mit der Geburt genetisch determiniert und damit unveränderbar seien. Moderne bildgebende Verfahren wie die Positron-Emissions-Tomographie (PET), mit der neuronale Verknüpfungen sichtbar gemacht werden können, haben demgegenüber überzeugend dargelegt, dass Umwelteinflüsse Bau und Funktion des Gehirns direkt beeinflussen. Eines der wichtigsten neuen Schlagworte in diesem Zusammenhang heißt »neuronale Plastizität«, der zufolge sich sämtliche Nervengewebe in ihren Verknüpfungen reaktiv auf innere und äußere Signale verändern.

In der Pädiatrie haben nach dem Rückgang der klassischen kindbezogenen Infektionskrankheiten aufgrund verbesserter Impfmöglichkeiten die sogenannten neuen Kinderkrankheiten an Bedeutung gewonnen. Regulationsstörungen (exzessives Schreien, Schlaf- und Essstörungen), chronische Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, psychosomatische Beschwerden, umweltbedingte Krankheiten (z. B. Allergien) und psychosoziale Anliegen werden demgegenüber immer wichtiger.

Auch in der Kindheitspädagogik haben sich die Perspektiven verschoben. Während das Kind im vorschulischen Alter lange Zeit vor allem als Objekt von Erziehung und Betreuung gesehen wurde, rückt nunmehr die Selbstbildung des Kindes von Geburt an in den Mittelpunkt des Interesses. Die Rolle der Pädagoginnen und Pädagogen besteht in dieser Perspektive nicht mehr in erster Linie darin, dem Kind »richtiges Verhalten« beizubringen, sondern ihre Aufgabe ist es, die Welterkundung der Kinder zu ermöglichen, sie in ihrem Forschungsdrang zu begleiten und zu unterstützen und die dabei auftauchenden Themen aufzugreifen und zu erweitern.

Schließlich hat die neue Sichtweise der frühen Kindheit sich auch in einer Veränderung der rechtlichen Position des Kindes niedergeschlagen. Die beinahe weltweit gültige und von Deutschland 1992 ratifizierte UN-Kinderrechtskonvention verpflichtet die Vertragsstaaten, allen Kindern unabhängig von ihrem Alter umfassende Schutz-, Förderungs- und Beteiligungsrechte zu garantieren.

Im 21. Jahrhundert ist die Vorstellung, Kinder als noch nicht vollwertige Menschen anzusehen, unhaltbar geworden. Kinder in den ersten Lebensjahren sind Menschen in einer sensiblen Entwicklungsphase, die des besonderen Schutzes und der Förderung bedürfen. Zugleich sind sie eigenständige Subjekte, die ihre spezifischen Kompetenzen und Potenziale in die menschliche Gemeinschaft einbringen. Janusz Korczak hat diese neue Sicht des Kindes bereits vor rund 80 Jahren prägnant zusammengefasst: »Das Kind wird nicht erst ein Mensch, es ist schon einer.«

Grundbedürfnisse des Kindes (Basic needs of children)

Der amerikanische Kinderarzt T. Berry Brazelton und der Kinderpsychiater Stanley I. Greenspan haben sieben Grundbedürfnisse von Kindern identifiziert, deren Befriedigung für eine gesunde Entwicklung unabdingbar ist. Dabei kommen sie zu folgendem Katalog (vgl. Brazelton/Greenspan 2008):

- **Das Bedürfnis nach beständigen liebevollen Beziehungen**
  Damit Kinder Vertrauen und Mitgefühl entwickeln können, benötigen sie eine einfühlsame und fürsorgliche Betreuung. Jedes Kind braucht mindestens eine erwachsene Person – besser zwei oder drei –, zu der es gehört und die das Kind so annimmt, wie es ist. Für Eltern ist ihr Kind etwas ganz Besonderes. Ihre liebevolle Zuwendung fördert Warmherzigkeit und Wohlbehagen. Sichere und einfühlsame Beziehungen ermöglichen dem Kind, seine eigenen Gefühle in Worte zu fassen und eigenständige Beziehungen zu Gleichaltrigen und zu Erwachsenen aufzunehmen. Der Austausch von Gefühlen bildet die Grundlage nicht nur der meisten intellektuellen Fähigkeiten des Kindes, sondern auch für Kreativität und die Fähigkeit zu abstraktem Denken. Auch das moralische Gefühl für das, was richtig und was falsch ist, bildet sich vor dem Hintergrund früher emotionaler Erfahrungen heraus.

- **Das Bedürfnis nach körperlicher Unversehrtheit und Sicherheit**
  Von Geburt an brauchen Kinder eine gesunde Ernährung und angemessene Gesundheitsfürsorge. Dazu gehören ausreichend Ruhe, aber auch Bewegung, medizinische Vorsorge (Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Zahnpflege) und die fachgerechte Behandlung auftretender Krankheiten. Gewalt als Erziehungsmittel ist in jeder Form tabu. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Behandlungen gerade durch die Personen, die dem Kind nahestehen, sind mit nachhaltigen Schäden für Körper und Seele des Kindes verbunden.

- **Das Bedürfnis nach individuellen Erfahrungen**
  Jedes Kind ist einzigartig und will mit seinen Eigenarten akzeptiert und wertgeschätzt werden. Kinder kommen nicht nur mit unterschiedlichem Aussehen und anderen körperlichen Unterschieden zur Welt. Auch angeborene Temperamentseigenschaften unterscheiden sich stark, sogar bei Kindern aus derselben Familie. Manche Kinder sind stärker zu beeindrucken als andere, regen sich schneller auf, sind hochaktiv und finden schlechter wieder zur Ruhe zurück. Andere dagegen sind nur schwer zu bewegen, reagieren gelassen und ziehen sich eher in sich zurück.
  Kinder wollen in ihren individuellen Gefühlen bestätigt werden. Sie wollen, dass ihre Talente und Fertigkeiten gefördert und nicht für zu hoch gesteckte Entwicklungsziele missbraucht werden. Aber auch, wenn Talente und Begabungen nicht erkannt werden, kann dies beim Kind zu Entwicklungsbeeinträchtigungen führen. Je besser es gelingt, den Kindern diejenigen Erfahrungen zu vermitteln, die ihren besonderen Eigenschaften entgegenkommen, desto größer ist die Chance, dass sie zu körperlich, seelisch und geistig gesunden Menschen heranwachsen.

- **Das Bedürfnis nach entwicklungsgerechten Erfahrungen**
  Mit wachsendem Alter müssen Kinder eine Reihe von Entwicklungsstufen bewältigen. Auf jeder Stufe der Entwicklung sind altersgerechte Erfahrungen notwendig. Kinder meistern diese Entwicklungsaufgaben in sehr unterschiedlichem Tempo. Auf jeder dieser Stufen erwerben sie Grundbausteine der Intelligenz, Moral, seelischen Gesundheit und geistigen Leistungsfähigkeit. In einer bestimmten Phase lernen sie zum Beispiel, Anteil nehmende und einfühlsame Beziehungen zu anderen Menschen zu knüpfen, wäh-

rend sie sich in einem anderen Stadium darin üben, soziale Hinweise zu verstehen, und in einem dritten Stadium zum kreativen und logischen Denken vordringen.

- **Das Bedürfnis nach Grenzen und Strukturen**
  Damit Kinder Freiräume erobern und sich gefahrlos entwickeln können, brauchen sie sinnvolle Begrenzungen und Regeln. Wohlwollende erzieherische Grenzsetzung fordert die Kinder auf liebevolle Weise und fördert beim Kind die Entwicklung innerer Strukturen. Grenzen müssen auf Zuwendung und Fürsorge, nicht auf Angst und Strafe aufbauen. Denn mit dem Wunsch des Kindes, den Menschen, die es liebt, Freude zu bereiten, gelingt ihm Schritt für Schritt die Verinnerlichung von Grenzen, die es als notwendig zu akzeptieren lernt.

  Schläge und andere Formen von Gewalt oder Erniedrigung sind als Formen der Grenzsetzung nicht akzeptabel und gesetzlich verboten. Kinder zu erziehen bedeutet nicht, sie für ihr Fehlverhalten zu bestrafen, sondern ihnen die Anerkennung von Regeln und Grenzen zu erleichtern. Kinder leiden auch, wenn die Grenzsetzung unzureichend ist. Beim Kind entstehen dadurch unrealistische Erwartungen, die schließlich über das Scheitern an der Wirklichkeit zu Frustration, Enttäuschung und Selbstabwertung führen. Die liebevolle Grenzsetzung bietet nach außen hin Schutz und Geborgenheit, weil das Kind Halt und Sicherung erlebt.

- **Das Bedürfnis nach stabilen und unterstützenden Gemeinschaften**
  Mit zunehmendem Alter gewinnt die Gruppe der Gleichaltrigen immer mehr die dominierende Bedeutung für Persönlichkeitsentwicklung und Selbstwert der Kinder und Jugendlichen. Die Entwicklung von Freundschaften ist eine wichtige Basis für das soziale Lernen. Soziale Kontakte, Einladungen zu anderen Kindern, Übernachtungen außerhalb des Elternhauses stellen wichtige Voraussetzungen für die Entwicklung sozialer Fertigkeiten dar. Kinder und Jugendliche lernen, sich selbst besser einzuschätzen und zu behaupten, Kompromisse einzugehen, auf andere Rücksicht zu nehmen und Freundschaft und Partnerschaft zu leben. Dies alles trägt zur Entwicklung sozialer Verantwortlichkeit bei, die wiederum die Voraussetzung für eigene spätere Elternschaft darstellt.

  Die Eltern, aber auch andere Erwachsene im Umfeld des Kindes sind aufgerufen, faire, durchschaubare und respektvolle nachbarschaftliche Verhältnisse zu schaffen. Die Erwachsenen müssen dafür sorgen, dass Kinder unter angemessenen Rahmenbedingungen einander begegnen und miteinander spielen, lernen und arbeiten können. Das fördert das Gefühl für Zusammengehörigkeit, Gerechtigkeit und Solidarität.

- **Das Bedürfnis nach einer sicheren Zukunft für die Menschheit**
  Das siebte Grundbedürfnis von Kindern betrifft die Zukunftssicherung. Immer mehr hängt das Wohl jedes einzelnen Kindes mit dem Wohl aller Kinder dieser Welt zusammen. Die Erwachsenen gestalten die Rahmenbedingungen für die nächste Generation. Weltweite Politik, Wirtschaft, Kultur und Gesellschaft tragen hier eine bisher nicht eingelöste Verantwortung. Ob Kinder und Jugendliche diese Welt als gestaltbares Ordnungsgefüge oder unheimliches Chaos erleben, wird an der Entwicklung ihrer Persönlichkeiten liegen, welche die Eltern und alle anderen Erwachsenen mit ihren eigenen Persönlichkeiten mitzugestalten geholfen haben.

Reifung, Entwicklung und Erfahrung

Veranlagung und Umwelt spielen bei der Reifung und Entwicklung des Kindes eine komplementäre Rolle. Die in den rund 80.000 menschlichen Genen enthaltenen Informationen legen körperliche und psychische Merkmale wie Körpergröße, Haarfarbe, aber auch sprachliche und motorische Fähigkeiten in groben Zügen fest. Dieses Erbgut, welches das Kind zu gleichen Teilen von Mutter und Vater erhält, schafft die Voraussetzungen, dass ein Kind entstehen kann, und ist verantwortlich für den Entwicklungsplan. Das Erbgut allein vermag jedoch kein menschliches Lebewesen hervorzubringen. Dazu bedarf es einer fördernden Umwelt und insbesondere der Eltern.

Besonders eindrucksvoll ist das Zusammenspiel von anlagenbedingter Reifung und Umwelterfahrung bei der Entwicklung des Gehirns. Zum Zeitpunkt der Geburt sind die etwa 100 Milliarden Nervenzellen des Gehirns bereits durch mehr als 50 Billionen Verbindungen (Synapsen) verknüpft. Die genetischen Informationen haben dafür gesorgt, dass die Grundverknüpfungen festgelegt sind: Sie haben die Verbindungen im Hirnstamm gebil-

det, die das Herz schlagen und die Lunge atmen lassen. In den ersten Lebensmonaten vervielfältigt sich die Zahl der Synapsen etwa um das 20fache auf mehr als 1.000 Billionen. Die Herstellung dieser enormen Anzahl neuer Verbindungen geht auf die Lebenserfahrung des Säuglings zurück – all die Signale, die ein Baby aus seiner Umwelt erhält.

Die Formung des kindlichen Gehirns durch Umwelteinflüsse ist jedoch nicht beliebig möglich, da das Gehirn kritische Entwicklungsabschnitte durchläuft, in denen es auf spezifische Formen der Reizbeeinflussung angewiesen ist, um Fähigkeiten wie Gestaltwahrnehmung, Sprache, Muskelkontrolle und logisches Denken ausbilden zu können. Entscheidend für eine optimale Entwicklung ist daher die altersgemäße Passung zwischen dem Kind und seiner Umwelt. Largo (1999) hat das Ziel einer sich immer wieder neu regulierenden Passung zwischen Kind und Umwelt in einem Fit/Misfit-Konzept formuliert. Das Fit-Konzept steht dabei für eine Erziehungshaltung, »die eine möglichst gute Übereinstimmung zwischen den individuellen Bedürfnissen und Entwicklungseigenheiten des Kindes und seiner Umwelt anstrebt« (Largo 1999, S. 248). Entsprechend liegt ein Misfit vor, wenn die Übereinstimmung zwischen Kind und Umwelt mangelhaft ist.

Die kindliche Umwelt umfasst sowohl die unmittelbaren als auch die weiter entfernten Lebensbereiche. Bronfenbrenner (1981) unterscheidet in einer »Ökologie der menschlichen Entwicklung« vier Arten von Umweltsystemen, die sich wechselseitig beeinflussen:

1. Das Mikrosystem als Muster von Aktivitäten, Rollen und zwischenmenschlichen Beziehungen bezeichnet die unmittelbare Umgebung des Kindes, in der Bindungsprozesse, Affektabstimmung (affektives Tuning) und Rolleneinübung stattfinden.
2. Das Mesosystem umfasst die Wechselbeziehungen zwischen verschiedenen Lebensbereichen, an denen das Kind aktiv beteiligt ist. Hierzu gehören Nachbarschafts- und Verwandtschaftsbeziehungen und die Kontakte in der Peergroup.
3. Das Exosystem enthält diejenigen Lebensbereiche, an denen das Kind nicht selbst beteiligt ist (Arbeitsplatz der Eltern, Schulklassen älterer Geschwister u.a.), in denen aber Ereignisse stattfinden, die beeinflussen, was in seinem Lebensbereich geschieht.
4. Das Makrosystem schließlich umfasst die übergeordneten sozialen und politischen Strukturen und Institutionen einschließlich der zugrundeliegenden kulturellen und weltanschaulichen Traditionen, die indirekt auf die Entwicklungsbedingungen des Kindes einwirken.

Kennzeichnend für Entwicklungsverläufe in der frühen Kindheit sind das Zusammenspiel von Kontinuität und Diskontinuität sowie von Einheit und Vielfalt. Kinder entwickeln sich in keinem Bereich pausenlos vorwärts. Die Verlaufskurven weisen allesamt Gipfel, Täler und Ebenen auf, für die auch kurzzeitige Rückschritte typisch sind. Brazelton (1998) spricht von »Touchpoints« in der Entwicklung eines jeden Kindes: »Sie treten dann ein, wenn auf einer Entwicklungsebene – sei es auf der motorischen, der kognitiven oder der psychischen – eine Sturzwelle stürmischen Wachstums unmittelbar bevorsteht und das Verhalten des Kindes für kurze Zeit aus den Fugen gerät. Die Eltern können sich nicht mehr auf das bis dahin Erreichte verlassen. Oft fällt das Kind in mehreren Entwicklungsbereichen auf bereits überwundene Stadien zurück, und sie verstehen nicht recht, was mit ihm geschieht. Sie geraten selbst aus dem Gleichgewicht und fangen an, sich Sorgen zu machen« (Brazelton 1998, S. 10).

Alle Kinder durchlaufen alterstypische Entwicklungskrisen (vgl. Erikson 1987), in denen sich neue Entwicklungsaufgaben wie z. B. die Beherrschung der Auge-Hand-Koordination, der aufrechte Gang, die ersten Worte usw. ankündigen. Die verschiedenen Stadien der Entwicklung weisen bei allen Kindern im Wesentlichen die gleiche Abfolge auf. So macht z. B. jedes Kind in seiner Sprachentwicklung bestimmte Stadien des Lautierens durch, kommt dann zu den ersten Wörtern, bildet anschließend Zweiwortsätze, eignet sich nach und nach die grammatikalischen Regeln der Wort- und Satzbildung an und kann sich im Alter von vier bis fünf Jahren allmählich in korrekten Sätzen ausdrücken.

Zugleich ist jedes Kind verschieden. Konstitutionelle Unterschiede und Umwelteinflüsse führen dazu, dass die Entwicklung von Kind zu Kind sehr vielfältig verläuft. »Die kindliche Entwicklung ist einheitlich in der Abfolge der Entwicklungsstadien. Sie ist sehr vielfältig hinsichtlich des zeitlichen Auftretens und der Ausprägung bestimmter Verhaltensmerkmale« (Largo 1995, S. 28).

Bindung und Trennung

Bindungen

Kinder sind von Natur aus soziale Wesen. Sie kommen mit einem angeborenen Bedürfnis nach Bindung und sozialem Kontakt zur Welt. Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit lässt sich als gelungene Integration von emotionaler Verbundenheit zu vertrauten Personen und Erkundungsverhalten beschreiben. Bindungstheoretisch kommt dies in der Annahme eines Gleichgewichts zwischen Bindungs- und Explorationsbedürfnissen zum Ausdruck. Demnach hängt eine positive sozial-emotionale Entwicklung entscheidend davon ab, ob Sicherheits- oder Bindungsbedürfnisse und Erkundungs- oder Autonomiebestrebungen gleichermaßen und ausgewogen befriedigt werden.

Das Bindungs- und Explorationssystem des Kindes stehen miteinander in einer komplementären Beziehung und regulieren sich gegenseitig. In sicheren und vertrauten Situationen wollen Kinder Neues erkunden und reagieren auf ihre Umwelt vor allem mit Interesse und Neugier. Dieses Interesse wird von dem schon für Neugeborene befriedigenden Gefühl aufrechterhalten, Verhalten oder Ereignisse verursachen und kontrollieren zu können und dadurch selbst wirksam und erfolgreich zu sein.

Demgegenüber wird in Situationen von Verunsicherung oder Angst, wie zum Beispiel in einer fremden Umgebung oder bei Abwesenheit der Bezugsperson, das Bindungssystem der Kinder aktiviert. Sie suchen die Nähe und den Kontakt zu einer Bindungsperson, die ihnen als sichere Basis dient: sie weinen, strecken die Arme nach ihr aus, folgen ihr, schmiegen sich an oder klammern sich an sie. Bowlby, der Begründer der Bindungstheorie, definierte Bindungsverhalten als jede Form von Verhalten, »die darauf hinausläuft, dass eine Person zu einer anderen unterschiedenen und vorgezogenen Person Nähe erlangt oder aufrechterhält« (Bowlby 1984, S. 57). In biologischer Perspektive stellt das Bindungssystem ein primäres, genetisch verankertes motivationales System dar, das nach der Geburt zwischen dem Säugling und seinen wichtigsten Bezugspersonen aktiviert wird und überlebenssichernde Funktion hat. Aus psychologischer Sicht vermitteln Bindungsbeziehungen emotionale Sicherheit und Selbstvertrauen. Bindung kann nicht mit Abhängigkeit gleichgesetzt werden. Einmal etablierte Bindungsbeziehungen weisen eine große Stabilität im Lebenslauf auf und bleiben auch bei voneinander unabhängigen Personen wirksam.

Alle Kinder entwickeln im Verlauf des ersten Lebensjahres gewöhnlich eine oder mehrere Bindungsbeziehungen zu nahestehenden Personen, in der Regel Mutter und Vater. Im zweiten und dritten Lebensjahr, die als besonders bindungsempfindliche Zeit gelten, werden die Bindungserfahrungen als innere Arbeitsmodelle stabilisiert und zu einer zielkorrigierten Partnerschaft mit den Bezugspersonen ausgebaut. Dabei hängt die Stärke einer Bindung nicht von der Qualität der Beziehung ab. Auch Kinder, die abgelehnt oder gar misshandelt werden, bauen eine tiefgreifende Bindung zu den ihnen nahestehenden Personen auf.

Bindungsqualitäten

Die Qualität einer Bindung entwickelt sich in Abhängigkeit von den Temperamentseigenschaften des Kindes und den Verhaltensweisen und inneren Repräsentanzen der erwachsenen Bindungspersonen. Für angemessenes elterliches Verhalten hat Ainsworth (1978) den Begriff der Sensitivität (Feinfühligkeit) geprägt. Feinfühliges Verhalten zeichnet sich dadurch aus, dass die Signale und Bedürfnisse des Kindes korrekt wahrgenommen, richtig interpretiert sowie prompt und altersangemessen beantwortet werden.

- **Sichere Bindung**
  Werden die Bedürfnisse des Säuglings von den Bindungspersonen in feinfühliger Weise beantwortet, entwickelt sich in der Regel eine sichere Bindungsbeziehung. Sicher gebundene Säuglinge lernen, dass sie verlässlich beruhigt und getröstet werden, sobald sie Unruhe oder Kummer signalisieren. Sie erleben die Bindungsperson als sichere Basis, von der aus sie interessiert die Umgebung erkunden und auf die sie sich in alltäglichen Notsituationen stützen können.

- **Unsicher-vermeidende Bindung**
  Kinder, die ihre Bindungsperson als zurückweisend, ignorierend oder feindselig erleben, entwickeln gewöhnlich eine unsicher-vermeidende Bindung. In Belastungssituationen neigen sie dazu, wenig von ihren Bindungsbedürfnissen zu äußern und die Bindungsperson eher zu meiden. Auf diese Weise passen sie sich so gut es geht den Anforderungen der Bindungsperson

an, die von dem Kind rasche Selbstständigkeit und eine frühe Selbstregulation negativer Gefühle wie Angst und Ärger erwartet.

- **Unsicher-ambivalente Bindung**
  Kinder, deren Bindungspersonen sich in Belastungssituationen in einer für das Kind wechselhaften und wenig nachvollziehbaren Weise verhalten, entwickeln eine unsicher-ambivalente oder kontrollierende Bindung. Das Verhalten der Bindungsperson signalisiert gleichermaßen Zuwendung, aber auch Hilflosigkeit und Ärger. Das Kind versucht, mit verstärkten und übertriebenen Gefühlsäußerungen die Aufmerksamkeit der Bindungsperson zu erregen. Gleichzeitig wird es von diesen Bemühungen stark in Anspruch genommen und wirkt dadurch emotional abhängig.

- **Desorganisierte Bindung**
  Schließlich wurde bei einer kleinen Gruppe von Kindern ein desorganisiertes Bindungsverhaltensmuster gefunden. Diese Kinder zeigen in Stresssituationen stereotype Verhaltensweisen oder sie erstarren für kurze Zeit, da ihnen aufgrund des uneindeutigen Verhaltens ihrer Bindungspersonen keine adäquaten Verhaltensstrategien zur Verfügung stehen. Desorganisierte Bindungen sind häufig Zeichen gravierender Beziehungs- und Bindungsstörungen (vgl. Brisch 1999).

Trennungen

Unter der Voraussetzung eines quantitativ und qualitativ ausreichenden Bindungsangebots können Kinder altersangemessene Trennungen gut für ihre Entwicklung nutzen. Insofern sind Trennungen nicht per se schädigend. Risiken und Gefahren ergeben sich erst durch das kumulative Zusammenspiel einer Reihe von im Einzelfall zu gewichtenden Variablen. Neben der individuellen Empfindlichkeit des Kindes zum Zeitpunkt der Trennung sind Alter und Entwicklungsstand bedeutsam. Während bei einem Säugling bereits die kurzzeitige Nichtverfügbarkeit der Mutter bzw. Bindungsperson zu einem Gefühl großer Hilflosigkeit und Verlassenheit führen kann, erweitert sich mit zunehmendem Alter das Zeitverständnis und damit die Toleranz für überschaubare Trennungen. Besonders trennungsempfindlich sind Kinder im Alter zwischen etwa sechs Monaten und drei Jahren. In dieser Zeit binden sie sich in der Regel intensiv an eine, manchmal auch zwei oder drei Hauptbindungspersonen, und zugleich ist ihr Verständnis für Zeit, Dauer und die Gründe von Trennungen noch nicht sehr entwickelt.

Eine zweite Variable betrifft die Intensität der Bindung und damit die emotionale Nähe zu der Person, von der das Kind getrennt wird. Wenn seine Hauptbindungsperson z. B. die Großmutter ist, wird die Reaktion auf eine Trennung von Mutter oder Vater weniger schwerwiegend sein. Zum emotionalen Kontext gehören ebenso Übergangsobjekte (vgl. Winnicott 1974) wie vertraute Gegenstände (Bett, Kleidung, Spielzeug), Gewohnheiten (Essensrituale, Schlaflied) und die sozialräumliche Umgebung (Kindergarten, Schule, Freundeskreis), deren weitere Verfügbarkeit bzw. Aufrechterhaltung Trennungsreaktionen lindern können.

Weiterhin spielen die Vorgeschichte des Kindes insbesondere im Hinblick auf frühere Trennungserfahrungen und die Qualität der Ersatzbeziehungen eine wichtige Rolle. Ängste aufgrund zurückliegender, nicht verarbeiteter Trennungen können in der aktuellen Situation reaktiviert und verstärkt werden. Zu den Erfahrungen nach der Trennung, die eine Bewältigung erleichtern oder erschweren können, gehört, ob eine spezielle Person kontinuierlich zur Verfügung steht, wie die Rahmenbedingungen der Ersatzbetreuung sind (Qualität der Einzel- oder Gruppenbetreuung), die materielle Ausstattung und Versorgung und inwieweit Erinnerungen an die Personen, von denen das Kind getrennt ist, akzeptiert und gefördert werden.

Insgesamt hängt die Bedeutung einer Trennung in einem Kontinuum zwischen Trauma und Chance davon ab, »wie groß der reale Verlust ist, welche Ängste dadurch reaktiviert werden, wie tragfähig die neuen Beziehungen sind und inwiefern es gelingt, für den Zusammenhang von altem und neuem Zustand einen lebensgeschichtlichen Sinn zu erschließen« (Maywald 1997, S. 30).

Unterstützungs- und Hilfebedarf

Gefährdungen in der frühen Kindheit ergeben sich aus einem dynamischen Zusammenspiel von Schutzfaktoren auf der einen und Belastungsfaktoren auf der anderen Seite. Belastungsfaktoren können durch Eigenarten des Kindes (z. B. Behinderungen, schwieriges Temperament), das Klima in der Familie (hohes Konfliktpotenzial) und durch außerfamiliale Einflüsse (Armut, Arbeitslosigkeit, soziale Isolierung) gegeben sein.

Entsprechende protektive Faktoren beim Kind, in der Familie und im sozialen Kontext fördern die Resilienz (Widerstandsfähigkeit)[1] des Kindes gegenüber auftretenden Belastungen.

Um gesundheitlichen Schäden in der frühen Kindheit, Entgleisungen in der Eltern-Kind-Beziehung bis hin zu Gewalt, Vernachlässigung und gesellschaftlicher Marginalisierung von Familien mit kleinen Kindern vorzubeugen bzw. eingetretene Schäden zumindest zu mildern, sind koordinierte Maßnahmen und Hilfeangebote auf verschiedenen Ebenen notwendig. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung (gesunde Ernährung, Impfungen, Suchtvorbeugung, Unfallverhütung) müssen in der Schwangerenbetreuung und im Aufgabenspektrum des Kinderarztes bzw. der Kinderärztin größeres Gewicht erhalten. Besonders erfolgversprechend ist die frühe und präventive Förderung der Eltern-Kind-Beziehung.

Gerade die Schwangerenberatungsstellen haben in der Regel einen frühen Zugang zu (werdenden) Eltern. Sie können damit frühzeitig einen vorhandenen Unterstützungs- und Hilfebedarf erkennen, die (werdenden) Eltern auf entsprechende Angebote aufmerksam machen und sie an die zuständigen Stellen weiterleiten. Mit ihrer wertschätzenden Haltung gegenüber Eltern nehmen sie eine wichtige »Türöffnerfunktion« bei der Inanspruchnahme Früher Hilfen ein. Schwangerenberaterinnen sind damit ein unverzichtbarer Bestandteil im Netzwerk der Frühen Hilfen.

Angebote der Geburtsvorbereitung und -nachbereitung, Familienhebammen, Elternschulen, Eltern-Kind-Gruppen sowie Angebote der Familienbildung und -erholung sind besonders geeignet, die Eltern-Kind-Beziehung zu fördern. Notwendig ist auch ein bedarfsgerechter Aufbau von Beratungsstellen für Säuglinge und Kleinkinder mit Regulationsstörungen sowie deren Vernetzung mit Frühfördereinrichtungen und kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten. Kindertageseinrichtungen sollten zu Kinder- und Familienzentren mit einem umfassenden Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsauftrag ausgebaut werden. Schließlich ist die Abstimmung mit infrastrukturellen sowie kinder- und familienpolitischen Maßnahmen erforderlich.

LITERATUR

Ainsworth, M. D. et al. (1978): Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home. Hillsdale

Bowlby, J. (1984): Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Frankfurt/M.

Brazelton, T. B. (1998): Kleine Schritte, große Sprünge. Ein Kind wächst auf. Stuttgart

Brazelton, T. B./Greenspan, S. I. (2. Auflage 2008): Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern. Weinheim

Brisch, K. H. (1999): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart

Bronfenbrenner, U. (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart

Dornes, M. (1993): Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt/M.

Erikson, E. H. (1987): Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart

Largo, R. H. (1999): Kinderjahre. Die Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung. München

Maywald, J. (1997): Zwischen Trauma und Chance. Trennungen von Kindern im Familienkonflikt. Freiburg

Winnicott, D. W. (1974): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München

1 vgl. den nachfolgenden Beitrag von L. Lyssenko und J. Bengel in dieser Arbeitshilfe.

Julia Klein

FUNDAMENTE II: HINTERGRUNDWISSEN KURZ UMRISSEN

BINDUNGS- UND ERZIEHUNGSKOMPETENZEN DER ELTERN UND UNTERSTÜTZUNGSMÖGLICHKEITEN

»Die ersten Jahre des Lebens sind wie die ersten Züge einer Schachpartie. Sie geben den Verlauf und den Charakter der Partie vor … «. Mit diesem Zitat stellt Anna Freud anschaulich dar, was viele Eltern in ähnlicher Form in den ersten Lebensmonaten und -jahren mit ihren Babys erleben.

Die Bedingungen, unter denen sich eine solche Entwicklung vollzieht, sind jedoch einem raschen Wandel unterworfen: In Deutschland werden immer weniger Kinder geboren, kinderlose Lebensgemeinschaften nehmen zu. Auch steigen die Trennungs- und Scheidungsraten, wodurch Kinder häufige Bezugspersonenwechsel erleben. Für Kinder und Eltern sind daher bestehende Familienstrukturen und Lebensverhältnisse zunehmend weniger stabil. Zahlreiche Eltern sind häufig selbst in ganz anderen familiären Zusammenhängen aufgewachsen und benötigen vielfach kompetente, professionelle Unterstützung im Umgang mit ihrem Kind. Insbesondere Arbeitslosigkeit, soziale Isolation, das Fehlen von intakten, sicheren Beziehungen oder das Vorliegen psychischer Erkrankungen innerhalb der Familie können das Zusammenleben von Eltern und Kind erschweren und Auslöser für familiäre Krisen sein. Gerade in der Zeit rund um die Geburt sind auch Eltern in schwierigen Lebenssituationen dafür offen, durch Familienbildungsangebote Orientierung in der Lebensgestaltung mit dem Kind zu finden.

Ansätze der Prävention, der Früherkennung und Frühintervention gehen mit der Erwartung einher, die Entstehung von Verhaltensproblemen und Störungen bei Kindern zu verhindern, da diese stets im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung zu verstehen sind. Doch welche Frühen Hilfen und präventiven Konzepte können wirksam dazu beitragen, dass Eltern bereits in der Phase des Übergangs zur Elternschaft und während der ersten Lebensjahre des Kindes ihre elterlichen Kompetenzen entfalten können? Als Antwort darauf bildeten sich in den letzten Jahren vielfältige Angebote im Bereich der Frühen Hilfen heraus, die den Einsatz passgenauer Unterstützungsangebote für Familien ermöglichen. Dauer, Intensität und der Kontext, in dem die verschiedenen Hilfeangebote umgesetzt werden, sind dabei sehr unterschiedlich. In diesem Artikel sollen exemplarisch zwei spezifische Präventions- und Interventionsprogramme für (hoch-) belastete Eltern vorgestellt werden.

STEEP™ – ein Frühinterventionsprogramm für hochbelastete Familien

Das STEEP™- Programm (**S**teps **T**oward **E**ffective and **E**njoyable **P**arenting; Erickson/Egeland 2006) ist ein komplexes, in den USA entwickeltes und erfolgreich erprobtes Frühinterventionsprogramm zur Begleitung, Unterstützung und Stärkung der Erziehungs- und Bindungskompetenzen von (werdenden) Eltern. Es zielt darauf ab hochbelastete Mütter und Paare, deren Lebensbedingungen durch eine Kumulation verschiedener Risikofaktoren gekennzeichnet sind, im Übergang zur Elternschaft durch Hausbesuche und Gruppenangebote von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes effektiv zu begleiten. Innerhalb des bindungstheoretisch fundierten Programms soll mithilfe von Videoaufnahmen von Eltern-Kind-Interaktionen ein gelungenes, einfühlsames Verhalten vermittelt und gefestigt werden. Dabei wird während der Arbeit mit den Familien auf vier verschiedenen Ebenen angesetzt:

Verhaltensebene: Nach dem Kennenlernen während der Schwangerschaft beginnt meist eine intensive Phase der Intervention auf der Ebene der Eltern-Kind-Interaktion. Hierfür werden alltägliche Situationen des Umgangs der Eltern mit ihrem Kind auf Video aufgenommen und gemeinsam mit der STEEP™-Beraterin[1] und der Familie im Nachgang analysiert. Während der Beobachtung des videografierten Interaktionsgeschehens versucht die Be-

1 Vor allem Personen, die bereits in der Frühintervention arbeiten, können sich zur STEEP™-Beraterin oder zum STEEP™-Berater weiterbilden lassen. Da die Beratenden überwiegend weiblich sind, wird im Folgenden der Terminus Beraterin verwendet.

raterin mit der Mutter über ihr Kind und seine Signale oder Bedürfnisse ins Gespräch zu kommen. Sie bietet sich teilweise an, die Verhaltenssignale des Kindes zu übersetzen, oder vertritt die Sicht des Kindes. Im Prozess zeigt sich oftmals, dass Mütter und Väter durch die Selbstbeobachtung zunehmend mehr eigene Kompetenzen sowie jene des Kindes entdecken und nutzen. Entsprechend dem Prinzip »Seeing is believing™« (Erickson/Egeland 2006, S. 99) ermöglicht der Perspektivwechsel eine differenziertere Einschätzung der Situation.

Repräsentationsebene: Auf dieser Ebene sollen Modelle von Elternsein, die meist aus der eigenen Kindheit stammen, in ihrer Auswirkung auf den konkreten Umgang mit dem Kind aufgespürt werden (»Looking back, moving forward«; Erickson/Egeland 2006, S. 45). Durch das Erinnern der eigenen Bindungserfahrungen in der Kindheit und deren Bedeutung für die aktuelle Eltern-Kind-Beziehung werden Modellvorstellungen von einem selbst als Kind beziehungsweise Bezugsperson deutlich. Ziel ist es, die weit andauernden Einflüsse aus der eigenen Kindheit anzuerkennen, um negative Beziehungskreisläufe zu durchbrechen und dysfunktionale familiäre Beziehungsmuster zu verhindern.

Die helfende Beziehung: Im Mittelpunkt der STEEP™-Arbeit steht die »Nachbeelterung« beziehungsweise eine »Neu- oder Wiederbeelterung« der Mütter und Väter durch die STEEP™-Beraterin. Unbefriedigende Erfahrungen in der ursprünglichen Eltern-Kind-Beziehung sollen durch korrigierende Beziehungserfahrungen in einem neuen Licht gesehen werden und so eine Modifikation der inneren Bilder ermöglichen. Dieses gezielte »Nachnähren« (Reparenting) dient der Befriedigung unerfüllter Bedürfnisse der Eltern nach Zuwendung, Anerkennung und Akzeptanz.

Unterstützung durch Gruppenangebote: Parallel dazu finden 14-tägig Gruppensitzungen statt, in denen persönliche Belange unter Einbeziehung eigener zurückliegender Beziehungserfahrungen reflektiert werden. Die Gruppentreffen bieten Eltern die Gelegenheit, mit anderen Eltern in ähnlichen Situationen ins Gespräch zu kommen und Erfahrungen auszutauschen. Das Ziel der Gruppentreffen besteht darin, eine vertrauensvolle, sichere Umgebung zu schaffen, in der Eltern gefahrlos über ihre Gedanken und Sorgen im Übergang zur Elternschaft sprechen können.

Neben dem hoch spezialisierten STEEP™-Programm gibt es auch für Eltern mit weniger starker Risikobelastung Familienbildungsprogramme mit niedrigschwelligem Charakter. Durch Angebote wie »Das Baby verstehen« oder »SAFE« (= Sichere Ausbildung für Eltern) können Eltern schon während der Schwangerschaft ihre Beziehungskompetenzen stärken und sich mit Fragen der eigenen Bindungsbiografie auseinandersetzen. Die unterschiedlichen Elterntrainingsprogramme wie »PEKiP«, »Opstapje«, »ElBA«, »Starke Eltern, starke Kinder« oder auch »FuN« zielen darauf ab, Eltern für die Bedürfnisse ihres Kindes zu sensibilisieren und die im Familiensystem vorhandenen Ressourcen im Sinne eines positiven Zusammenlebens zu stärken.

Das Angebot der »Entwicklungspsychologischen Beratung« konzentriert sich insbesondere auf die entwicklungspsychologisch orientierte Videointeraktionsberatung und spricht alle Familien mit Säuglingen und Kleinkindern unabhängig von deren sozialen Lebenssituation an.

Entwicklungspsychologische Beratung – ein beziehungsorientiertes Beratungsmodell zur frühen Prävention

Der entwicklungspsychologische Beratungsansatz wurde von Ziegenhain et al. an der Ulmer Uniklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelt und ist als ein Baustein konzipiert, der sich flexibel in unterschiedliche Praxisfelder und institutionelle Hilfestrukturen integrieren lässt. Das ressourcenorientierte Beratungsmodell verknüpft bindungstheoretische Annahmen und Befunde zur elterlichen Feinfühligkeit mit entwicklungspsychologischem Wissen über Bedürfnisse, Kompetenzen und Ausdruckverhaltensweisen von Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern. Es dient dem Aufbau einer gelungenen Eltern-Kind-Beziehung und einer sicheren emotionalen Bindung beim Kind gleichermaßen. Durch die entwicklungspsychologisch orientierte Beratung soll einer Chronifizierung von Interaktionsmissverständnissen zwischen Eltern und Kind bereits in einem sehr frühen Stadium vorgebeugt werden. Aus diesem Grund richtet sich das Unterstützungsangebot nicht ausschließlich an hochbelastete Familien, sondern auch an Familien mit entwick-

lungspsychologischem Interesse und durchschnittlicher Risikobelastung. Darüber hinaus ist das Angebot auf Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf, zum Beispiel Eltern frühgeborener oder behinderter Kinder, fokussiert. Die Förderung der elterlichen Feinfühligkeit und der Fähigkeit zur Empathie und Perspektivenübernahme erhöhen die Erziehungskompetenz der Eltern und die Wahrscheinlichkeit einer sicheren Bindungsentwicklung. Im Mittelpunkt der Beratung steht dabei stets das Kind mit seinen entwicklungstypischen Bedürfnissen und Bewältigungsmöglichkeiten. Die Beratung eignet sich dafür, die jeweils unterschiedlichen individuellen Fähigkeiten des Kindes zu betonen und die Sicherheit im Umgang zu stärken. Als zentrales diagnostisches und therapeutisches Instrument dienen die Videoaufnahme und das Video-Feedback von Interaktionssequenzen. Gemeinsam mit der Beraterin oder dem Berater erfolgt auf der Grundlage der Strategie »Sehen – Verstehen – Handeln« (Ziegenhain et al. 2006, S. 156) die videogestützte Auswertung gelungener und (noch) nicht gelungener Eltern-Kind-Interaktionen.

Jede Familie ist unterschiedlich und benötigt deshalb auch individuelle Ansätze der Familienbildung. Vor diesem Hintergrund hat sich in den letzten Jahren eine Vielzahl von Unterstützungsmöglichkeiten zur Förderung der elterlichen Bindungs- und Erziehungskompetenzen entwickelt. Die Herausforderung besteht für Eltern und Fachkräfte in der Vielfalt der Angebotsformen und ihrem unterschiedlichen Aufkommen in Abhängigkeit von den regionalen strukturellen Gegebenheiten. Eingebettet in ein gutes Netzwerk, liegt die Chance der Frühen Hilfen darin, Kinder frühzeitig zu schützen, Fehlentwicklungen zu vermeiden und die Chancengleichheit zu erhöhen.

LITERATUR

Erickson, M. F./Egeland, B. (2006): 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

Ziegenhain, U./Fries, M./Bütow, B./Derksen, B. (2006): Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Weinheim, München: Juventa

Lisa Lyssenko, Jürgen Bengel

RESILIENZFORSCHUNG

Der Begriff Resilienz leitet sich von dem englischen Wort »resilience« (Spannkraft, Elastizität, Strapazierfähigkeit; lat. »resilere« = abprallen) ab. Er stammt ursprünglich aus der Physik und Materialkunde und charakterisiert die Eigenschaft eines Materials, seine ursprüngliche Form nach einer äußeren Einwirkung schnell wieder zurückzugewinnen. In den vergangenen Jahren wurde der Begriff von mehreren wissenschaftlichen Disziplinen wie der Psychologie, der Soziologie, der Pädagogik, aber auch den Ingenieurswissenschaften, der Ökologie und der Ökonomie aufgegriffen. Der Begriff beschreibt disziplinübergreifend die Toleranz eines Systems gegenüber Störungen bzw. die Widerstandskraft von Systemen. In der psychologischen Fachliteratur wird mit Resilienz im weitesten Sinne die **Widerstandskraft von Individuen angesichts belastender Lebensereignisse** bezeichnet.

Ihren Anfang nahm die heutige Resilienzforschung auf der hawaiianischen Insel Kauai. Dort begann unter der Leitung von Emmy Werner im Jahr 1955 eine entwicklungspsychologische Längsschnittstudie, in die die gesamte Kohorte der 1955 auf Kauai geborenen Kinder einbezogen und über einen Zeitraum von 32 Jahren hinweg in ihrer Entwicklung verfolgt wurde (Werner 1993). Untersucht werden sollten die langfristigen Konsequenzen perinataler[1] Komplikationen und risikoreicher Entwicklungsbedingungen. Die Studie gelangte zu dem damals überraschenden Nebenbefund, dass sich ein Teil der untersuchten Kinder trotz aller Risiken und Schwierigkeiten positiv entwickelte. Die Kinder wurden zunächst euphorisch als »unverwundbar« (Anthony 1974), im Folgenden als »resilient« bezeichnet.

Heute werden zur Erforschung dieser Widerstandskraft verschiedene Definitionen und forschungsmethodische Operationalisierungen verwendet. In der Forschung zu Resilienz bei Kindern und Jugendlichen ist die Auffassung weit akzeptiert, **Resilienz als »gute Ergebnisse von Entwicklung trotz ernsthafter Gefährdungen für Anpassung oder Entwicklung«** zu verstehen (Masten 2001b, S. 193). Die in dieser Definition genannten »Gefährdungen für Anpassung oder Entwicklung« werden in den meisten Studien über einen Risikoindex operationalisiert, in welchem organische (z. B. genetische Prädispositionen, Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburten) und psychosoziale Belastungen (meist Merkmale der Eltern wie niedriges Bildungsniveau, beengte Wohnverhältnisse, disharmonische Partnerschaft, Alkoholismus, psychische Störungen, mangelnde soziale Integration und Unterstützung) kombiniert werden (Laucht/Esser/Schmidt 1999). Als Indikatoren für »gute Ergebnisse von Entwicklung« werden, abhängig vom Alter der Kinder, Kompetenzen gemessen, die allgemein als Merkmale von Entwicklung gelten, wie grobmotorische Fertigkeiten, kognitive und sprachliche Leistungsfähigkeit und sozial-emotionale Entwicklung (Laucht et al. 1999). Darüber hinaus werden in einigen Studien auch psychische Auffälligkeiten (z. B. Verhaltensauffälligkeiten, regelwidriges Verhalten) erhoben, von denen bekannt ist, dass sie beim Vorliegen bestimmter Risikobedingungen (z. B. Vernachlässigung durch die Eltern) gehäuft auftreten.

Seit den 1990er-Jahren wurde der Schwerpunkt der Resilienzforschung um die Frage erweitert, was Erwachsene angesichts widriger Umstände gesund hält. Neben chronischen Stressoren wie bspw. sozioökonomische Benachteiligung oder Alleinerziehendenstatus werden hier vor allem potenziell traumatische Ereignisse untersucht. Gegenstand vieler Forschungsarbeiten sind dementsprechend Befragungen der Opfer von Katastrophen wie den Anschlägen vom 11. September 2001 oder anderen traumatischen Ereignissen wie z. B. Krieg, Vertreibung, physischer oder sexueller Gewalt. Andere Arbeiten beschäftigen sich mit häufigeren Phänomenen, wie der Reaktion auf den Tod einer nahestehenden Person oder den Umgang mit körperlichen Erkrankungen. Als resilient gelten hier diejenigen Erwachsenen, die trotz der Belastungen psychisch und physisch gesund bleiben oder nur vorübergehende Belastungssymptome aufweisen. Allerdings gibt es keinen forschungsmethodischen Konsens darüber, wie diese Resilienz zu messen ist. Während einige Forschergruppen ausschließlich die Abwesenheit psychopatholo-

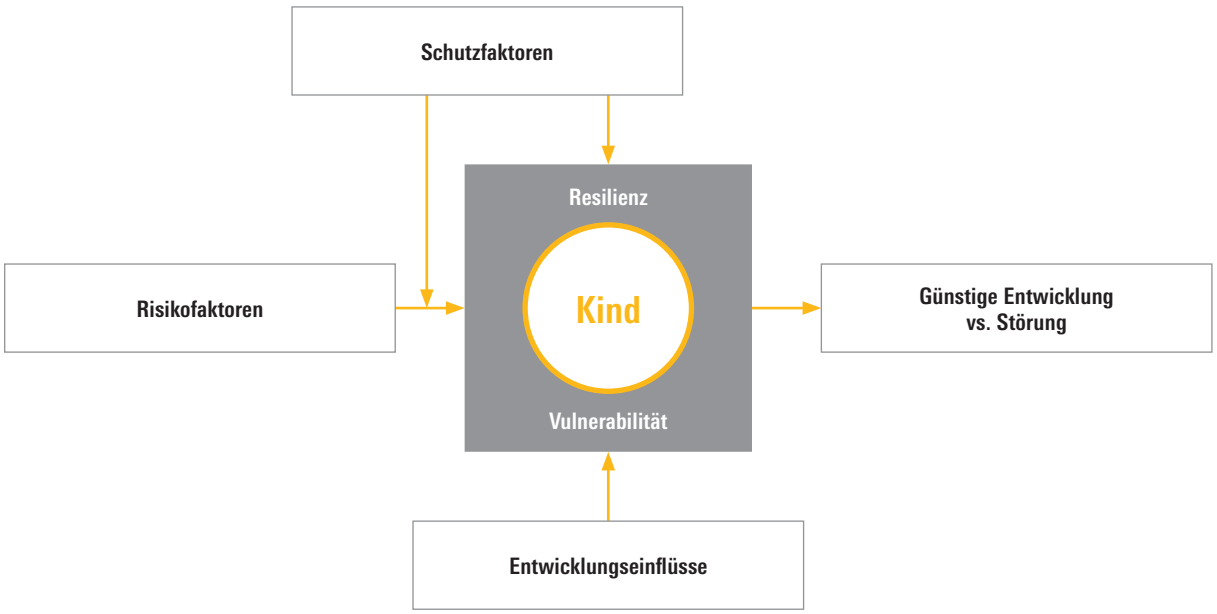
1 perinatal: die Geburt betreffend; d. Red.

gischer Symptome heranziehen, empfehlen andere, auch die Lebenszufriedenheit oder das allgemeine Wohlbefinden in die Definition und Messung miteinzubeziehen.

Sowohl in der Resilienzforschung bei Erwachsenen wie auch bei Kindern werden in einem ersten Schritt Schutzfaktoren identifiziert, die eine psychische Widerstandskraft und damit eine resiliente Entwicklung unterstützen. Darauf aufbauend werden Modelle zum Zusammenwirken dieser Faktoren erstellt, um Interventions- und Präventionsansätze zur Stärkung von Schutzfaktoren zu entwickeln. Ein allgemeines Modell zum Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen haben Petermann und Winkel (2005) entworfen (vgl. Abbildung). Sie nehmen an, dass Schutzfaktoren die Beziehung zwischen Risikofaktor und Störung moderieren, d.h., den Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen beeinflussen. Da im Entwicklungsverlauf Phasen erhöhter Vulnerabilität[2] (z. B. Eintritt in Kindergarten oder Krippe) sowie Phasen erhöhter Resilienz (z. B. stabiles soziales Netz in Kindergarten oder Krippe) auftreten (können), werden diese Variablen im Modell ebenfalls berücksichtigt.

Die Formulierung spezifischerer Modelle zur Wirkungsweise von Resilienz allgemein und einzelnen Schutzfaktoren im Besonderen wird durch die Tatsache erschwert, dass die meisten Schutzfaktoren nicht generell wirksam sind. Sie entfalten ihre Wirkung in Abhängigkeit von vielfältigen personellen und umfeldbezogenern Variablen, wie dem Alter und Geschlecht, der Art der Risikobedingung, der Ausprägung des Faktors und dessen Zusammenspiel mit anderen Faktoren. So sind z. B. innere, personale Schutzfaktoren für jüngere Kinder weniger wichtig, da sie stärker auf familiäre und soziale Unterstützung angewiesen sind. Im Jugendalter nimmt die Bedeutung von Faktoren wie soziale Kompetenz oder ein positives Selbstbild deutlich zu. Gleichzeitig beeinflussen die im Kleinkindalter vorhandenen Schutzfaktoren die Entwicklung von Schutzfaktoren im Grundschulalter, die sich wiederum im Jugendalter auswirken können. Im Erwachsenenalter können je nach Stressor verschiedene Schutzfaktoren bedeutsam sein. Beispielsweise sind bei manchen Ereignissen problembezogene Bewältigungsstrategien günstiger (z. B. Stress am Arbeitsplatz), während bei anderen (z. B. Naturkatastrophe) emotionsbezogene Bewältigungsstrategien zumindest kurzfristig eine

EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE ENTSTEHUNG VON STÖRUNGEN (PETERMANN/WINKEL 2005)



2 Vulnerabilität: Verletzbarkeit, Verwundbarkeit; d. Red.

größere Rolle spielen können. Eine Zusammenfassung des empirischen Forschungsstands zu psychologischen Schutzfaktoren im Kindes- und Jugendalter bzw. bei Erwachsenen wurde von unserer Arbeitsgruppe in Zusammenarbeit mit der BZgA in zwei Expertisen zusammengetragen (Bengel/Lyssenko 2012; Bengel/Meinders-Lücking/Rottmann 2009).

Neben einer zunehmend detaillierten Kenntnis über einzelne Schutzfaktoren wurde mit zunehmender empirischer Forschungsaktivität deutlich, dass Resilienz keineswegs die Ausnahme darstellt. Die menschliche Psyche weist eine größere Anpassungs- und Bewältigungsfähigkeit auf, als eine ausschließlich an Risikofaktoren orientierte pathogenetische Sichtweise vermuten lässt. Selbst nach der Konfrontation mit schwerwiegenden und katastrophalen Ereignissen bleiben in der Regel über die Hälfte der Betroffenen psychisch stabil (Bonanno 2004). Dies darf jedoch nicht von der Notwendigkeit zur präventiven Gesundheitsförderung ablenken. Zum einen muss bedacht werden, dass selbst die »besten Eltern« oder sozialen Beziehungen und personalen Schutzfaktoren nicht hinreichend Schutz bieten, wenn Personen fortwährend gefährdenden Bedingungen und Risiken ausgesetzt sind. Zum anderen hätten auch resiliente Kinder und Jugendliche beim Vorliegen förderlicher Bedingungen die Möglichkeit zu einer noch besseren Entwicklung. Vor diesem Hintergrund wird die gesellschaftliche Verantwortung deutlich, Risikobedingungen für Familien im privaten und öffentlichen Lebensumfeld zu reduzieren sowie protektive Bedingungen zu schaffen, die eine positive Entwicklung ermöglichen und Familien in ihren Bewältigungsmöglichkeiten unterstützen.

LITERATUR

Anthony, E. J. (1974): The syndrome of the psychologically invulnerable child. In: E. J. Anthony/C. Koupernik (Eds.): The child and his family (S. 529–544). New York, NY: Wiley

Bengel, J./Lyssenko, L. (2012): Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter – Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Köln: BZgA

Bengel, J./Meinders-Lücking, F./Rottmann, N. (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren von Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Köln: BZgA

Bonanno, G. A. (2004): Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? In: American Psychologist, 59 (1), S. 20–28

Laucht, M./Esser, G./Schmidt, M. H. (1999): Was wird aus Risikokindern? Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie im Überblick. In: G. Opp/M. Fingerle/A. Freytag (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz (S. 71–93). München

Masten, A. S. (2001): Resilienz in der Entwicklung: Wunder des Alltags. In: G. Röper/C. von Hagen/G. Noam (Hrsg.): Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie (S. 192–219). Stuttgart: Kohlhammer

Petermann, F./Winkel, S. (2005): Gesundheitspsychologie des Kindes- und Jugendalters. In: R. Schwarzer (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie. Gesundheitspsychologie, Band 1. (S.109–128). Göttingen: Hogrefe

Werner, E. E. (1993): Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. In: Development and Psychopathology, 5, S. 503–515

Annekathrin Bergner

AUSWIRKUNGEN INDIVIDUELLER BELASTUNGEN AUF SCHWANGERSCHAFTS- UND GEBURTSVERLÄUFE

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind mit tiefgreifenden körperlichen, sozialen und seelischen Veränderungen verbunden. Man spricht deshalb auch von einer normativen Entwicklungskrise.[1] Kann eine solche Entwicklungskrise erfolgreich durchlaufen werden, steht an ihrem Ende eine Reifung und Bereicherung der Persönlichkeit der Frauen. Im Falle ungünstiger individueller Voraussetzungen oder zusätzlicher Belastungen kann eine solche Krise möglicherweise nicht bewältigt werden. Als Folge davon können Frauen Gefühle der Überforderung und seelischen Belastung bis hin zu ausgeprägten körperlichen und/oder psychischen Symptomen entwickeln. Inwieweit eine Schwangere bzw. ein Paar die Entwicklungsanforderungen des Übergangs zur Elternschaft meistern kann, ist abhängig von individuellen inneren und äußeren Faktoren.

Belastungen durch psychosoziale Faktoren

Ein erhöhtes Risiko für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sowie psychische Erkrankungen haben v.a. Frauen, bei denen aufgrund einer psychischen Vorerkrankung, früherer traumatischer Belastungen oder früherer Verluste (auch Schwangerschaftsverluste) eine erhöhte Empfänglichkeit (Vulnerabilität) für psychische Erkrankungen vorliegt, und Frauen, die durch eine schwierige Lebenssituation zusätzlich belastet sind. So gelten die fehlende Unterstützung durch den Partner oder das familiäre oder soziale Umfeld, Partnerschaftskonflikte und existenzielle materielle Sorgen als Risikofaktoren für Störungen der Schwangerschaft und Postpartalzeit.[2] Unverheiratete Frauen und Frauen mit niedrigem Einkommen nehmen tendenziell später und unregelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen wahr, was Risiken für die kindliche Entwicklung und die Gesundheit der Schwangeren birgt (Dudas et al. 2012; Elsenbruch et al. 2007; Simoes 2004).

Belastungen durch Schwangerschaftskomplikationen

Hyperemesis gravidarum (Schwangerschaftserbrechen), hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (Gestationshypertonie, Präeklampsie und HELLP-Syndrom)[3] und drohende Frühgeburt können eine ernsthafte Gefährdung für die Gesundheit von Mutter und Kind darstellen und erhebliche seelische und psychosoziale Belastungen der Frauen nach sich ziehen. Gemeinsam ist diesen Erkrankungen, dass neben physiologischen und neuroendokrinen Faktoren auch psychosoziale und soziodemografische Merkmale als Risikofaktoren gesichert sind, die diese Erkrankungen mitbedingen und aufrechterhalten. So ist bei diesen Komplikationen neben der notwendigen somatischen Behandlung auch eine psychosomatische Begleitung der Frauen indiziert.

Belastungen durch psychische Beschwerden bzw. Erkrankungen

Einige der häufigsten psychischen Störungen sind in unten stehender Tabelle beschrieben. Affektive Störungen (depressive und Angsterkrankungen) werden bei 6 bis 16 % aller Schwangeren beobachtet (Halbreich/Kornstein 2004 in Junge-Hoffmeister et al. 2012). Das Vorliegen einer psychischen Symptomatik in der Schwangerschaft ist ein ernst zu nehmendes Risikomerkmal für das Auftreten depressiver Erkrankungen nach der Geburt.

1 Aus entwicklungspsychologischer Perspektive spricht man von einer normativen Entwicklungskrise, wenn der Übergang in eine neue Lebensphase mit tiefgreifenden inneren und äußeren Veränderungen verbunden ist (neben dem Übergang zur Elternschaft sind z. B. auch Ablösung vom Elternhaus, Übergang ins Berufsleben oder Berentung Schwellensituationen). So muss sich eine werdende Mutter mit Veränderungen ihres Körpers auseinandersetzen, eine mütterliche Identität ausbilden, Veränderungen innerhalb der Partnerschaft (von der Zweier- zur Dreierbeziehung) und im sozialen Umfeld bewältigen und u.U. eine neue Lebensperspektive entwickeln (Berufstätigkeit, finanzielle Sicherheit etc.).

2 Zu Auswirkungen individueller Belastungen auf Wochenbett und erstes Lebensjahr des Kindes s. den nachfolgenden Beitrag von B. Borrmann.

3 Hypertensive Schwangerschaftserkrankung ist der Oberbegriff für Erkrankungen, die mit einem Bluthochdruck in der Schwangerschaft (Gestationshypertonie) in Zusammenhang stehen. Hierzu zählen die Präeklampsie (Bluthochdruck und Eiweißabscheidungen im Urin) und das HELLP-Syndrom (Hämolyse als weiteres Symptom). Beide Erkrankungen können zu schwerwiegenden Schwangerschaftskomplikationen (wie kindliche Wachstumsretardierung, vorzeitige Plazentaablösung) und zu lebensbedrohlichen Komplikationen bei der Mutter führen. 20 % der perinatalen Todesfälle und 15–20 % der Frühgeburten sind auf diese Erkrankungen zurückzuführen.

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN, WESENTLICHE SYMPTOME UND BESONDERHEITEN IN DER SCHWANGERSCHAFT

Depressive Störungen

- Niedergeschlagene Stimmung, herabgesetzte Lebenslust, Interessenverlust, Apathie, mangelnde Freude über die Schwangerschaft, Antriebslosigkeit über mindestens zwei Wochen
- Grübelneigung, Schuld- und Schamgefühle sowie Insuffizienzgefühle, die sich u.a. auf das Kind und die zukünftige Rolle als Mutter beziehen
- Schlafstörungen, Appetit- und Gewichtsverlust (können im Vordergrund stehen)
- Sozialer Rückzug, Suizidalität

Panikstörung und Agoraphobie

- Panikstörung: wiederkehrende unvermittelte Angstattacken mit ausgeprägten vegetativen Symptomen (Herzrasen, Atemnot/Hyperventilieren, Schwindelgefühl, Zittern, Schwitzen, Übelkeit, Taubheitsgefühl in Händen und Füßen), die von Todesängsten oder Angst vor Kontrollverlust begleitet sind
- Starker Stressor in der Schwangerschaft, besonders bei erstmaligem Auftreten
- Agoraphobie: Angstattacken treten in Situationen öffentlicher Exposition auf (z. B. öffentliche Verkehrsmittel, Supermärkte)
- »Angst vor der Angst«: diese Situationen werden zunehmend vermieden oder können nur in Begleitung aufgesucht werden, es entsteht ein Teufelskreis aus Angst und Vermeidung

Zwangsstörung

- Sich aufdrängende Ideen, Vorstellungen und Impulse, meist aggressiver oder sexueller Natur (Verschmutzung, Versündigung, Tod), die stark ängstigend sind und von massiven Scham- bzw. Schuldgefühlen begleitet sein können, Zwangsgedanken und -handlungen dienen als Rituale der Wiedergutmachung
- Ein Unterbinden der Zwangshandlungen (z. B. Wasch-, Kontrollzwänge) geht mit massiven Ängsten einher
- Zwangsgedanken und -handlungen beziehen sich häufig auf das Kind (aggressive Impulse dem Kind gegenüber), was als besonders leidvoll erlebt wird

Anpassungsstörung

- Angst- und/oder depressive Symptome, die in zeitlichem Zusammenhang mit einer starken äußeren Belastung stehen; sie können als Reaktion auf psychosoziale Konfliktsituationen, einen auffälligen Befund der Pränataldiagnostik, Schwangerschaftskomplikationen auftreten

Posttraumatische Belastungsstörung

- Nach traumatischen Ereignissen, die außerhalb des üblichen Erfahrungshorizontes liegen und mit der Erfahrung verbunden sind, nicht fliehen oder dagegen ankämpfen zu können
- Sich aufdrängende Erinnerungen an das Trauma (Tagträume, Flashbacks, nächtliche Albträume)
- Vermeidung von Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten, emotionale Stumpfheit
- Vegetative Übererregtheit (Schlafstörungen, Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit)

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Störung)

- Ausgeprägte Instabilität der interpersonalen Beziehungen, des Selbstbildes, des Affekts und deutliche Impulsivität (desorganisierter Bindungsstil, der Folgen für die spätere Mutter-Kind-Bindung hat
- Schwere Depressions-, Angst- und Erregungszustände, die Stunden bis Tage anhalten können
- Wutanfälle, Anwandlungen von Feindseligkeit bis hin zu tätlicher Aggression/Gewalttätigkeit
- Impulsive, selbstschädigende Handlungen wie Alkohol- und Drogenmissbrauch, Fressanfälle, gefährliche sexuelle Kontakte, selbstverletzendes Verhalten oder Suizidalität gefährden Mutter und Kind

Psychotische Erkrankungen (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen)

- Störung von Denken, Wahrnehmung und Handeln, fehlender Realitätsbezug
- Wahnvorstellungen (oft bizarre, auf das Ungeborene bezogene Inhalte, Halluzinationen)
- Gefahr des Suizids bei entsprechenden wahnhaften Ängsten oder Zwangsvorstellungen
- Gefahr der Elektrolytentgleisung in der Schwangerschaft bei Verweigerung der Nahrungsaufnahme und starker Agitation (krankhafte Unruhe, verbunden mit heftigem Bewegungsdrang)

Der Umstand, während der Schwangerschaft an einer seelischen Erkrankung zu leiden, birgt weitere gesundheitliche Risiken für Mutter und Kind. So kann sich eine psychische Belastung, vermittelt über physiologische und neuroendokrine Mechanismen, negativ auf den weiteren Schwangerschafts- und Geburtsverlauf und die frühe Entwicklung des Kindes auswirken. Schwangere mit psychischen Störungen haben neueren Studien zufolge ein statistisch erhöhtes Risiko für Schwangerschaftskomplikationen wie Präeklampsie und vorzeitige Plazentaablösung, Geburtskomplikationen wie Epiduralanästhesien und operative Entbindungen, ein geringes Geburtsgewicht und geringe APGAR-Werte des Neugeborenen (Alder et al. 2012; Junge-Hoffmeister et al. 2012). Erhöhter seelischer Stress der Mutter steht in Zusammenhang mit Irritationen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse des Ungeborenen, was die spätere Entwicklung des Kindes beeinträchtigen kann.[4] Darüber hinaus neigen Schwangere mit psychischen Störungen häufiger zu gesundheitsgefährdendem Verhalten wie Substanzkonsum (Rauchen, Alkoholgenuss, Medikamenten- und Drogenkonsum) oder mangelnder Selbstfürsorge (Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrnehmen, Schwangerschaft ignorieren).

Angesichts dieser Befunde ist es wichtig, psychische und psychosomatische Störungen der Schwangeren frühzeitig festzustellen und zu behandeln. Bedauerlicherweise werden schätzungsweise nur 50 % der psychischen Erkrankungen in der Schwangerschaft diagnostiziert. Zum einen überlagern körperliche Symptome wie Schlafstörungen, Appetitstörungen, Stimmungsschwankungen oder Erschöpfung die psychischen Symptome und werden Arzt oder Ärztin vorrangig berichtet. Zum anderen fühlen sich viele Schwangere schuldig, dem Bild einer glücklichen werdenden Mutter nicht zu entsprechen, und zögern, ihre Beschwerden mitzuteilen. Wichtig ist, dass professionelle Begleiter/-innen wie Gynäkologen, Hebammen oder Beraterinnen für das Erkennen einer möglichen psychischen oder psychosomatischen Erkrankung sensibilisiert werden und die Frauen in entsprechende Behandlungsformen vermitteln können. Solche sind eine psychotherapeutische Begleitung, evtl. überbrückende beratende Gespräche, bis ein Therapieplatz gefunden werden kann und, sollte eine Indikation bestehen, eine medikamentöse Behandlung unter psychiatrischer Betreuung. Bei einigen Angst- und depressiven Störungen haben sich auch Behandlungen im Gruppensetting und das Erlernen von Entspannungstechniken als wirksam erwiesen. Schwerere psychische Störungen und psychotische Erkrankungen können eine stationäre Aufnahme erforderlich machen.

Belastungen durch einen auffälligen pränatalen Befund

Ein auffälliger fetaler Befund nach Pränataldiagnostik trifft die Elternpaare oftmals sehr unverhofft und stellt das Paar bei entsprechender Indikation möglicherweise vor einen Entscheidungskonflikt, das Kind mit seiner Erkrankung oder Behinderung auszutragen oder die Schwangerschaft abzubrechen. Viele Frauen und ihre Partner zeigen bei der Mitteilung der Diagnose Schockreaktionen. Sie sind dann nur begrenzt aufnahmefähig, reagieren mit seelischem Stress, Ängsten, Verzweiflung oder Verleugnung. Die betroffenen Paare benötigen neben der ärztlichen (humangenetischen und pädiatrischen) Beratung eine sensible psychosoziale Begleitung in ihrem Entscheidungsprozess. Seit der Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes 2010 ist die Aufklärung der Frauen über ihren Anspruch auf eine psychosoziale Beratung verpflichtend geworden.

Belastungen durch vorausgegangene Schwangerschaftsverluste

Vorausgegangene Schwangerschafts- und Kindesverluste wie Fehlgeburten, Totgeburten, Schwangerschaftsabbrüche aus medizinischer Indikation oder plötzlicher Kindstod können Frauen in einer neuen Schwanger-

4 Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse steuert körperliche Reaktionen auf Stressoren. Irritationen dieses Stressregulationssystems führen zu stärkeren und länger anhaltenden Stressreaktionen des Neugeborenen (gemessen z. B. über die Cortisolausschüttung). Mögliche Folgen sind eine geringere Stressresistenz und stärkere körperliche Reaktionen des Neugeborenen auf Stressoren (z. B. Koliken), Entwicklungsverzögerungen (Verlangsamung der kognitiven Entwicklung) und eine erhöhte Vulnerabilität für spätere psychische und psychosomatische Erkrankungen.

schaft stark belasten.[5] Nicht selten wird mit Feststellung einer neuen Schwangerschaft der erlittene Verlust wieder schmerzlich spürbar. Viele der Frauen klagen über Ängste, das Kind erneut zu verlieren, erleben wieder intensivere Trauer um den Verlust ihres Kindes und leiden unter Versagens-, Schuld- und Schamgefühlen. Besonders diejenigen, die den Verlust nicht ausreichend verarbeiten konnten und Symptome von chronischer bzw. pathologischer Trauer zeigen, sind häufiger von depressiven oder Angstsymptomen in der neuen Schwangerschaft betroffen.

Belastungen durch frühere Traumatisierungen und Gewalt

Die Schwangerschaft ist eine besonders vulnerable Zeit, in der frühere Erfahrungen sexueller und körperlicher Gewalt im Erleben unvermittelt wieder auftauchen können. Einzelne sogenannte Trigger-Reize wie z. B. die gynäkologische Untersuchung mit entblößtem Unterleib, das Spüren der Kindesbewegungen, Engegefühle in Bauch oder Brustkorb oder Wehen unter der Geburt können eine plötzliche Überflutung der Frauen durch Erinnerungen an das Gewaltereignis hervorrufen. Nicht selten geraten traumatisierte Frauen dann in einen Zustand von Ohnmacht, Hilflosigkeit, emotionaler Erstarrung, Entfremdungserleben (sogenannte Dissoziation) und Angst, ähnlich, wie dies unter der Gewalteinwirkung der Fall war. Zeigen sich Schwangere während der gynäkologischen Untersuchung auffällig verspannt, ängstlich oder abwesend, vermeiden sie gar ärztliche Untersuchungen bzw. ignorieren die Schwangerschaft, können das Hinweise auf eine frühere Traumatisierung sein.

Eine Reaktivierung traumatischer Erlebnisinhalte in der Schwangerschaft und unter der Geburt kann zu schweren Belastungen durch sich aufdrängende Erinnerungen (Flashbacks), Schlafstörungen, Albträume und Reizbarkeit bis hin zu einem vollen Bild der posttraumatischen Belastungsstörung führen (s. Tabelle). Traumatisierte Frauen zeigen häufiger Risikoverhalten in der Schwangerschaft, leiden unter einer erhöhten Depressivität und haben ein erhöhtes Risiko für Schwangerschaftskomplikationen wie vorzeitige Wehentätigkeit. Zudem besteht eine erhöhte Gefahr für diese Frauen, weiterhin sexueller, körperlicher oder psychischer Gewalt ausgesetzt zu sein.[6] Da jede fünfte Frau von sexueller Gewalt betroffen ist, sollte grundsätzlich jede Anamneseerhebung Fragen nach früherer oder aktueller sexueller bzw. physischer Gewalterfahrung enthalten. Vertiefte Gespräche über die erlittenen Gewaltsituationen sollten allerdings ausschließlich von psychotherapeutisch geschultem Fachpersonal geführt werden. Denn die Konfrontation mit Erinnerungen an das Gewaltereignis im Gespräch kann im ungünstigen Falle selbst eine unkontrollierte Trauma-Reaktivierung anstoßen. Traumatisierte Schwangere benötigen eine sensible Begleitung durch ihre Ärztinnen und Ärzte, Geburtshelfer/-innen und das Klinikpersonal, bei der möglichst viel emotionale Sicherheit hergestellt und die Eigenkompetenz der Frauen gefördert wird.

LITERATUR

Alder, J./Urech, C. (2012): Angststörungen in der Schwangerschaft. In: Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Freiburg, Basel: Karger

Deutscher Hebammen Verband e.V. (2012): Empfehlungen für traumasensible Begleitung durch Hebammen. Karlsruhe: druckcooperative offset + verlag gmbH

Dudas, R. B./Csatordai, S./Devosa, I./Töreki, A./Balint, A./Barabas, K./Pal, A./Kozinszky, Z. (2012): Obstetric and psychosocial risk factors for depressive symptoms during pregnancy. In: Psychiatry Research 200: S. 323–328

5 Von einer Fehlgeburt spricht man im Falle eines ungewollten Schwangerschaftsverlustes bis zur 16. Schwangerschaftswoche, von einer Totgeburt im Falle eines ungewollten Schwangerschaftsverlustes bei einem Mindestgewicht des Feten von 500 g. Ein Spätabbruch ist eine Entscheidung für einen Abbruch der Schwangerschaft bei Vorliegen einer medizinischen Indikation (nach der 12. Schwangerschaftswoche, i.d.R. wegen unzumutbarer Belastung der Mutter aufgrund eines auffälligen pränatalen Befundes).

6 Zum Thema Gewalt s.a. die Beiträge von C. Hagemann-White und L. Finzi in dieser Arbeitshilfe.

Elsenbruch, S./Benson, S./Rücke, M./Rose, M./Dudenhausen, J./Pinkus-Knackstedt, M.H./Klapp, B.F./Arck, P.C. (2006): Social support during pregnancy: effects of maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. In: Human Reproduction 22,3: S. 869–877

Junge-Hoffmeister, J./Weidner, K./Bittner, A. (2012): Psychische Erkrankungen während der Schwangerschaft. In: Weidner K./Rauchfuß, M./Neises, M. (Hrsg.): Leitfaden psychosomatische Frauenheilkunde. Köln: Deutscher Ärzteverlag

Simoes, E./Kunz, S./Bosing-Schwenkglenks, M./Schmahl, F.W. (2004): Psychosoziale Risikofaktoren in der Schwangerschaft. In: Psychoneuro 30, 6: S. 342–347

WEITERFÜHRENDE LINKS

(letzter Zugriff: 26.6.2014)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: www.bzga.de (Alkohol in der Schwangerschaft, Teenager-Schwangerschaften)

Postpartale Depression: www.schatten-und-licht.de

Gewalt und Schwangerschaft: www.schwanger-und-gewalt.de

Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie: www.embryotox.de

Schwangerschaftsverluste: www.initiative-regenbogen.de

Brigitte Borrmann

AUSWIRKUNGEN INDIVIDUELLER BELASTUNGEN AUF WOCHENBETT UND ERSTES LEBENSJAHR

Wenn das Kind gesund zur Welt gekommen ist und auch die Mutter die Geburt ohne schwerwiegende Komplikationen überstanden hat, herrschen große Freude und Erleichterung. Etwaige Belastungen durch ein ungünstiges soziales Umfeld oder eine problematische Schwangerschaft treten zunächst in den Hintergrund. Besonders diejenigen Frauen, die eine interventionsarme, ungestörte Geburt erlebt und im Anschluss daran viel Ruhe und Zeit für eine intensive Kontaktaufnahme zu ihrem Kind hatten, berichten über einen glücklichen Beginn der Mutter-Kind-Beziehung. Verschiedenste Einflussfaktoren können jedoch das Erleben der ersten Tage, Wochen und Monate mit dem Kind und auch die körperliche, psychische und soziale Gesundheit aller Familienmitglieder beeinträchtigen.

Frauen, die einer sozial benachteiligten Gesellschaftsgruppe angehören (z. B. Migrantinnen, Alleinerziehende, minderjährige Mütter), haben ein höheres Risiko, in dieser Lebensphase Belastungen zu erleben. Es ist in diesem Zusammenhang aber wichtig, nicht die bloße Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe als Risiko wahrzunehmen, da dies Stigmatisierungen Vorschub leistet. Selbst eine Frau, die auf den ersten Blick mehrfach belastet erscheint (z. B. als alleinerziehende Teenager-Mutter), kann über bedeutsamere Ressourcen verfügen als eine sozial gut angepasste Frau aus der Mittelschicht, die möglicherweise ihre privaten Sorgen besser verbergen kann. Folgenschwere Belastungen ergeben sich vor allem dann, wenn Risiken der gesellschaftlichen Umwelt, der Lebens- und Arbeitsbedingungen, des sozialen bzw. familiären Umfelds und ungünstige individuelle Faktoren kumulieren.

Eine Befragung von Hamburger Familienhebammen konnte zeigen, dass es bei den von ihnen betreuten Frauen vier charakteristische Problemlagen gibt:

- materielle Armut, kombiniert mit unzureichenden Wohnverhältnissen und der Familienform »Alleinerziehend«,
- häusliche Gewalt, kombiniert mit Hinweisen auf Vernachlässigung und/oder Suchtproblemen in der Familie,
- gesundheitliche Probleme (Krankheit, Behinderung) der Mutter, kombiniert mit einer psychischen Erkrankung der Mutter,
- Migration, kombiniert mit Isolation und einem Informationsdefizit.

(Freie und Hansestadt Hamburg 2012)

Allen Problemlagen gemeinsam ist, dass elementare Grundbedürfnisse nach materieller und emotionaler Sicherheit sowie sozialer Einbindung, Unterstützung und Wertschätzung nicht ausreichend erfüllt werden. Damit ist für Erstgebärende die Bewältigung einer völlig neuen Lebenssituation, die Übernahme der neuen Rolle als Mutter und ein angemessener Umgang mit dem Säugling massiv erschwert. Für Mehrgebärende können bereits bestehende Belastungen durch ein weiteres Kind zu einer Überforderung in Bezug auf die Bewältigung des Alltags führen.

Die Geburt als belastendes Lebensereignis

Ein Teil der Gebärenden (bis zu 30 %) erlebt die Geburt als traumatisches Ereignis (Ayers et al. 2008). Ob sich daraus ein Posttraumatisches Belastungssyndrom (PTBS) entwickelt, hängt u.a. von den individuellen und sozialen Schutzfaktoren der Mutter ab. Wesentliches Charakteristikum der auslösenden Situation ist das Erleben von Angst, ohnmächtiger Hilflosigkeit und Lebensbedrohung. Zu den bedeutsamsten Ursachen gehört der Tod des Kindes im Verlauf der Geburt. Aber auch traumatisch erlebte Komplikationen (Notsituationen), Interventionen (z. B. Zangengeburt, Kristellerhilfe[1]), eine inadäquate Betreuung (Verletzung der Schamgefühle/der Würde) und Retraumatisierungen (z. B. im Zusammenhang mit vorangegangenen Gewalterfahrungen) können zu lange anhaltenden Belastungen führen. Diese äußern sich u.a. in ständigem Wiedererleben der bedrohlichen Situation (sog. Flashbacks), Albträumen, Vermeidungsverhalten, Isolierung, verminderten Interessen, Schlafstörungen, Schreckreaktionen und Konzentrationsschwierigkeiten. Zur Prävalenz des Vollbilds des PTBS im Wochenbett gibt es bisher nur wenige Untersuchungen, nach denen etwa 1,5–6 % der Frauen davon betroffen sind. Frauen, die an anderen psychischen Störungen wie Depressionen,

1 Nach dem Gynäkologen Samuel Kristeller benannte (wissenschaftlich umstrittene) Methode zur äußeren Unterstützung der Austreibungsphase. Dabei wird während einer Wehe mit flach aufgelegten Händen Druck auf das Gebärmutterdach (fundus uteri) ausgeübt (Deutscher Hebammenverband 2010).

Angststörungen oder Suchterkrankungen leiden, haben ein höheres Risiko, ein PTBS zu entwickeln.

Ein weiteres Problem stellen Geburtsverletzungen (bspw. durch Damm- oder Scheidenrisse) und Folgen operativer Eingriffe dar. Die Kaiserschnittrate liegt in Deutschland inzwischen bei 32 %, etwa 6 % der Entbindungen erfolgen vaginal-operativ durch Saugglocke oder Zange (Bertelsmann Stiftung 2012). Sowohl nach spontanen als auch nach operativen Geburten können Geburtsverletzungen und Narben noch Monate nach der Geburt Schmerzen bereiten und die Sexualität beeinträchtigen. Bei Frauen, die sich eine natürliche Geburt gewünscht und eine komplikationsreiche operative Entbindung erlebt haben, stellen sich oft Gefühle des Versagens und der Trauer ein. Ähnliches erleben Frauen, die gerne stillen möchten und durch Stillschwierigkeiten nach kurzer Zeit aufgeben bzw. dazu gedrängt werden, ihr Kind mit der Flasche zu ernähren. So wird das Stillen, das durch die entspannende Wirkung des Oxytocins[2] und vielfältige gesundheitsförderliche Wirkungen für Mutter und Kind eine wichtige Ressource darstellen kann, z.T. zu einer (zusätzlichen) Belastung. Umgekehrt entwickeln Frauen, die nicht stillen wollen oder können, oft Schuldgefühle, weil moralischer Druck auf sie ausgeübt wird.

Die geschilderten Probleme tragen dazu bei, dass die betroffenen Frauen nicht mit dem Maß an Stolz und Zuversicht die ersten Monate mit ihrem Kind erleben, wie es nach der beachtlichen physischen und mentalen (Anpassungs-)Leistung, die Schwangerschaft und Geburt darstellen, zu erwarten und – im Hinblick auf die anstehenden Anforderungen – auch hilfreich wäre.

Exzessives Schreien im Säuglingsalter

Alle Babys nutzen Schreien als eine ihnen verfügbare Form der Kommunikation, aber bei ungefähr einem Fünftel der Säuglinge kommt es zu Schrei-Episoden, die über das Normalmaß hinausgehen und dann oft als extrem belastend empfunden werden (BZgA 2007). Meistens wird die Dreierregel von Wessel et al. (1954) zur Abgrenzung einer Schreistörung verwendet. Demnach liegt exzessives Schreiverhalten dann vor, wenn ein gesunder Säugling mehr als drei Stunden am Tag, an mehr als drei Tagen in der Woche über einen Zeitraum von mehr als drei Wochen schreit, quengelt oder unruhig ist. In jedem Fall muss abgeklärt werden, ob das Schreien aufgrund einer akuten oder chronischen Erkrankung auftritt (z.B. Mittelohrentzündung oder Nahrungsmittelallergie) oder die Ursache in einer genetischen Störung liegt (z.B. Katzenschreisyndrom).

Schreistörungen werden wie Schlaf- und Fütterstörungen als Regulationsstörungen mit vielfältigen, oft nicht klar identifizierbaren Einflussfaktoren betrachtet. So können beispielsweise psychosoziale Risikofaktoren, eine gestörte Eltern-Kind-Interaktion oder eine gestörte postnatale Reifung des Kindes zu einer Regulationsstörung beitragen. Vor allem wenn die Schreistörung über den dritten Lebensmonat hinaus persistiert, wenn zusätzlich eine Schlaf- und/oder Fütterstörung auftritt oder wenn Eltern sich subjektiv extrem belastet fühlen (auch wenn die Dreierregel von Wessel nicht erfüllt ist), ist die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung anzuraten, um Schütteltraumata und andere Folgeschäden durch verzweifelte Eltern zu verhindern (DIMDI 2013). Die Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der Frühen Kindheit (GAIMH) bietet auf ihrer Website eine Adressliste mit Schreiambulanzen an, an die Eltern sich bei Bedarf wenden können.[3] Präventiv empfiehlt sich eine frühzeitige Beratung oder Behandlung von Schwangeren, die unter Stress, Ängsten oder Partnerkonflikten leiden. Ebenso wichtig ist ein harmonischer Beginn der Mutter-Kind-Beziehung direkt nach der Geburt, der durch Körperkontakt in der Bonding-Phase, Rooming-in und eine gute Stillberatung gefördert werden kann.

Belastungen durch körperliche und psychische Beschwerden

Viele Frauen leiden in den ersten Wochen und Monaten nach der Geburt unter extremer Müdigkeit und Erschöpfung (50–70 %), Rückenschmerzen (ca. 50 %), Kopfschmerzen (20–30 %) und Schlafstörungen (10–20 %). Am Ende des ersten Jahres sind mehr Frauen davon betroffen als in den ersten fünf Monaten nach der Geburt. Über häufig auftretende Angstgefühle berichten ca. 20–30 %

2 Oxytocin ist ein Hormon, das u.a. unter der Geburt und während des Stillens ausgeschüttet wird. Es sorgt für die Entleerung der Milchdrüsen beim Stillen, senkt den Blutdruck und den Cortisolspiegel und hat daher eine beruhigende und stressmildernde Wirkung.

3 www.gaimh.de/fuer-eltern/adressen-deutschland.html (letzter Zugriff: 26.6.2014).

der Wöchnerinnen. Depressive Verstimmungen treten in Industrieländern bei bis zu 70 % der Mütter auf, wobei der sogenannte »Babyblues« hier klar im Vordergrund steht, der meistens nur in der ersten postpartalen Woche auftritt und nicht behandlungsbedürftig ist. Etwa eine von zehn Frauen weist hingegen eine postpartale Depression auf, die allerdings häufig nicht diagnostiziert wird und ein ernst zu nehmendes Selbstmordrisiko (und auch das Risiko eines erweiterten Suizids) darstellt. Belastende Lebensereignisse, mangelnde soziale Unterstützung, Probleme in der Partnerschaft und ein geringes Selbstwertgefühl sind zentrale Risikofaktoren für die Entstehung einer postpartalen Depression. Ungefähr eine von 1.000 Frauen entwickelt nach der Geburt eine Wochenbettpsychose, die in jedem Fall eine stationäre Behandlung erforderlich macht (Bund Deutscher Hebammen 2007). Das Ausmaß an körperlichen Beschwerden ist bei Frauen mit psychischen Störungen oftmals stärker ausgeprägt als bei psychisch gesunden Frauen. Je stärker eine Frau schon während bzw. vor der Schwangerschaft unter psychischen oder körperlichen Erkrankungen gelitten hat, desto höher ist das Risiko für vielfältige gesundheitliche Beschwerden im Wochenbett und den Monaten danach. So entwickeln z.B. Frauen mit Gestationsdiabetes etwa doppelt so häufig eine Post-Partum-Depression wie Frauen ohne diese Störung des Zuckerstoffwechsels.

Bei Kindern depressiver Mütter kommt es häufiger zu Stillproblemen und einer gestörten kognitiven und emotionalen Entwicklung des Säuglings. In der Folge werden diese Kinder als schwierig erlebt, wodurch sich Gefühle der Überforderung und Erschöpfung bei der Mutter verstärken.

Soziale Rahmenbedingungen, Partnerschaft und Familie

Armut und Arbeitslosigkeit wirken sich nachteilig auf die Gesundheit aller Familienmitglieder aus – mit den oben angedeuteten und andernorts vielfach beschriebenen Folgen für den Familienalltag und die Entwicklung des Säuglings. Unter anderem begrenzen sie die Teilhabemöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben und damit die für die Rollenfindung und durch die gegenseitige Hilfe wichtigen Kontakte zu anderen Müttern[4] sowie die Möglichkeiten, ausreichend gesunde Lebensmittel, eine angemessene Wohnumgebung, Kleidung und entlastende Unterstützung im Alltag zu finanzieren. Bei Alleinerziehenden ist die finanzielle Situation neben dem Bildungsstand der entscheidende Faktor im Hinblick auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Mutter und Kind.

Säuglinge benötigen eine 24-Stunden-Rundumversorgung. Damit Eltern diese Aufgabe bewältigen können, sind sie auf gegenseitige Unterstützung und ein verlässliches soziales Umfeld angewiesen. Häusliche Gewalt[5], Delinquenz, psychische Erkrankungen des Partners/der Partnerin, häufige berufliche Abwesenheit und/oder Partnerschaftsprobleme beeinträchtigen das Familiensystem in erheblichem Ausmaß. Dies gilt vor allem dann, wenn die Mütter bereits gesundheitlich belastet sind (s.o.) und wenn kein weiteres tragfähiges (familiäres) Netzwerk vorhanden ist (Cierpka 2012).

Frühgeburtlichkeit, chronische Erkrankungen und Behinderungen des Kindes

In Deutschland werden 9,2 % der Kinder zu früh, d.h. vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche, geboren (WHO 2012). Vor allem Kinder, die mit einem Geburtsgewicht unter 1.000 g zur Welt kommen, tragen ein hohes Risiko, Folgeschäden zu entwickeln. Neben extremen Frühgeborenen weisen auch reif geborene Kinder mit genetisch bedingten oder erworbenen Behinderungen einen erhöhten Versorgungs- und Pflegebedarf auf. Betroffene Eltern befinden sich zunächst durch die Ungewissheit im Hinblick auf die Überlebenschancen und die Entwicklungsprognose des Kindes in einer akuten Krisensituation. Nicht selten müssen sie nach der Geburt eine längere Trennung vom Kind bewältigen, weil es intensivmedizinisch behandelt werden muss. Vor allem Mütter entwickeln häufig Schuld- und Versagensgefühle, aber auch oft eine große Bereitschaft, sich ihrem Kind mit ganzer Kraft zu widmen. Soziale Isolation wirkt sich auch hier ungünstig in Bezug auf das subjektive Belastungsempfinden und die Entwicklung von Stresssymptomen wie Depressivität, Schlafstörungen und psychosomatischen Beschwerden aus. Durch die eingeschränkten Regulationsfähigkeiten frühgeborener oder behinderter

4 Armut kann zu Isolation führen, weil etwa kein Geld zur Deckung von Fahrtkosten vorhanden ist oder Kontakte aus Scham gemieden werden.
5 S.a. die nachfolgenden Beiträge von C. Hagemann-White und L. Finzi in dieser Arbeitshilfe.

Kinder sind von den Eltern enorme Anpassungsleistungen gefordert. Der Bedarf an Unterstützung sollte nicht unterschätzt werden, dies gilt auch im Hinblick auf die finanzielle Mehrbelastung der Eltern (Retzlaff 2010; Ziegenhain et al. 2004). Die Mitgliedschaft in einer Elternselbsthilfegruppe wird von vielen Eltern mit chronisch kranken oder behinderten Kindern als sehr hilfreich erlebt. Ebenso wichtig sind Entlastungen der Mütter (die in erster Linie die Pflege übernehmen) durch familienunterstützende Dienste, eine professionelle Begleitung der Eltern durch das Gesundheits- und Sozialsystem (z. B. zur Koordination und Organisation von Leistungen) und gute Beratungsangebote zu Therapie- und Fördermöglichkeiten (s. z. B. Familien-Wegweiser des BMFSFJ).

LITERATUR

Ayers, S./Joseph, S./McKenzie-McHarg, K., et al. (2008): Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. In: J Psychosom Obstet Gynaecol 2008; 29: S. 240–250

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2012): Kaiserschnitt-Geburten – Entwicklung und regionale Verteilung. https://kaiserschnitt.faktencheck-gesundheit.de [Stand 24.01.2013]

Büker, C. (2008): Familien mit einem pflegebedürftigen Kind. Pflege & Gesellschaft 13, 1: S. 77–88

Bund Deutscher Hebammen (BDH) (Hrsg.) (2007): Psychologie und Psychopathologie für Hebammen. Stuttgart: Hippokrates Verlag

(BZgA) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2007): Expertise zum Stand der Prävention/Frühintervention in der frühen Kindheit in Deutschland. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 34. Köln: BZgA

Cierpka, M. (Hrsg.) (2012): Frühe Kindheit 0-3. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Berlin, Heidelberg: Springer

DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2013): Effektivität und Effizienz von psychologischen, psychiatrischen, sozialmedizinischen und komplementärmedizinischen Interventionen bei Schreibabys (z. B. regulative Störung) in Schreiambulanzen. (Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 124.) Köln: DIMDI

Freie und Hansestadt Hamburg (2012): Die Arbeit der Familienhebammen in Hamburg – Stand 2012; www.hamburg.de/gesundheit [Stand 25.01.2013]

Retzlaff, R. (2010): Familien-Stärken. Behinderung, Resilienz und systemische Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta

Wessel, M.A./Cobb, J.C./Jackson, E.B., et al. (1954): Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. Pediatrics 14(5): S. 421–435

WHO (2012): Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds C.P. Howson, M.V. Kinney, J.E. Lawn. World Health Organization, Geneva

Ziegenhain U./Fries M./Bütow B./Derksen B. (2004): Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Weinheim, München: Juventa

WEITERFÜHRENDE LINKS

(letzter Zugriff: 26.6.2014)

Bundesverband »Das frühgeborene Kind« e.V.: www.fruehgeborene.info/

Familienratgeber für Menschen mit Behinderungen und ihre Familien: www.familienratgeber.de

Familien-Wegweiser des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): www.familien-wegweiser.de

Schatten und Licht e.V., Selbsthilfeorganisation zu peripartalen psychischen Erkrankungen: www.schatten-und-licht.de

Birgit Jagusch

MIGRATIONSSENSIBILITÄT UND DIVERSITÄTSBEWUSSTSEIN

In einer Gesellschaft, die seit mehreren Jahrzehnten durch Migrationsprozesse pluralisiert wird, ist die Auseinandersetzung mit der Frage, welche Anforderungen sich aus der zunehmenden Vielfalt für die unterschiedlichen Bereiche der Sozialen Arbeit ergeben, von erheblicher Relevanz für die Ausgestaltung und Ausrichtung der Profession. Einer der Schlüsselprozesse ist dabei der erste Zugang zu Familien (bzw. Familienmitgliedern) mit Migrationshintergrund, der häufig als schwierig angesehen wird. So formulieren Fachkräfte etwa, dass ihnen »Türöffner« zu den Familien fehlen (Jagusch/Sievers/Teupe 2012). Der folgende Beitrag geht deshalb skizzenhaft auf verschiedene Aspekte ein, die für Mitarbeitende in Schwangerschaftsberatungsstellen bei der Kontaktaufnahme mit Familien mit Migrationshintergrund relevant sein können.

Gegenseitige Bilder und Erwartungen

Wenn wir neue Menschen kennenlernen, sei es im beruflichen oder privaten Alltag, neigen wir dazu, diese Menschen anhand bestimmter Kriterien einzuschätzen, d.h., wir haben bestimmte Bilder über sie im Kopf. Diese Bilder entstehen nicht zufällig, sondern speisen sich aus einer ganzen Reihe von Quellen, darunter unseren Erfahrungen, unserem Alltagserleben, unserer Sozialisation, unseren ethisch-normativen Standards, Medienbildern, professionellem Wissen, dem, was wir uns in Fortbildungen angeeignet haben, etc.

Im Kontakt mit Menschen mit Migrationshintergrund kann es leicht passieren, dass wir die »Migrationsbrille« aufsetzen und den oder die andere zunächst vor allem aufgrund seines/ihres Migrationshintergrundes wahrnehmen. Eine Gefahr, die in der (Über-)Betonung von (vermeintlich) kulturellen Aspekten liegt, besteht darin, Menschen auf ihren Hintergrund zu reduzieren und mit Stereotypen auf konkrete Individuen zu reagieren. Unter Stereotypen werden vorgefasste Meinungen über bestimmte Personen aufgrund ihrer Gruppenzugehörigkeit verstanden (»Alle Männer sind …«), denen bestimmte Eigenschaften, Verhaltensweisen oder Merkmale zugeschrieben werden. Diese müssen nicht notwendigerweise negativ sein (so ist auch die Annahme: »Alle Brasilianerinnen haben den Rhythmus im Blut und können gut tanzen« stereotyp). Wenngleich Stereotype also helfen, die komplexe Realität zu systematisieren, reduzieren sie doch Menschen auf ganz bestimmte Attribute, die zudem selten auf das entsprechende Individuum zutreffen.

Ein vorschneller Rückbezug von Verhalten auf (vermeintlich) kulturelle Faktoren kann also nicht nur zu Missverständnissen führen, sondern auch kontraproduktiv für die Zusammenarbeit und den Erstkontakt mit den Familien sein.

So richtig und notwendig es ist, bestehende Unsicherheiten ernst zu nehmen und nach Wegen zu suchen, diese auf professioneller Ebene zu bearbeiten, so unbestimmt ist das, was als »kultureller Hintergrund« wahrgenommen wird. Kulturelle Traditionen und Verhaltensweisen sind einem steten Aushandlungsprozess unterworfen und verändern sich flexibel. Aspekte, die hierbei eine Rolle spielen, sind etwa die Milieuzugehörigkeit (handelt es sich eher um eine Familie mit Hochschulabschluss oder um eine aus dem Arbeitermilieu?), sozio-geografische Aspekte (ländliche Räume versus großstädtische Ballungsräume), Alter (Jugendkulturen versus Traditionen der älteren Generationen), sozio-ökonomische Perspektiven (über wie viel Einkommen verfügt die Familie?) oder das soziale Umfeld. Eine produktive Auseinandersetzung damit, was unter »kulturellem Hintergrund« verstanden wird, bedeutet demzufolge nicht, diese Verunsicherungen als per se problematisch oder gar falsch zu etikettieren und die Unsicherheiten damit auszublenden oder zu verharmlosen, sondern selbstreflexiv mit ihnen umzugehen.

Die Maxime, Familien in ihrer Besonderheit und Individualität ernst zu nehmen, gilt selbstverständlich auch für die in der Schwangerschaftsberatung tätigen Fachkräfte. Selbstreflexion bedeutet demzufolge, dass es sinnvoll ist, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, was in der Arbeit mit Familien als anders/besonders wahrgenommen wird, an welchen Stellen Verunsicherungen auftreten und welche Trigger dazu führen, dass Unsicherheiten entstehen.[1] Mit welchen Normalitätsvor-

1 Zu den vielseitigen erforderlichen Qualifikationen von Schwangerschaftsberaterinnen und -beratern s.a. den Beitrag von Stender/Wolff, Kapitel 5 dieser Arbeitshilfe.

stellungen treten die Fachkräfte an die Familien heran? Welche anderen Erklärungsmuster gibt es für bestimmte Verhaltensweisen, die nicht automatisch auf den Migrationshintergrund zurückzuführen sind? Wichtig ist ferner, Anlaufstellen zu kennen, die im Einzelfall Informationen bereitstellen können, wenn tatsächlich kulturspezifisches Wissen notwendig ist oder eine Kontaktperson für die Zusammenarbeit mit einer Familie benötigt wird. Hilfreiche Anlaufstellen sind in diesem Kontext beispielsweise die Migrationsdienste und -beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände und die im folgenden Absatz benannten Türöffner/-innen.

Kommunikationsbarrieren und Türöffner/-innen

Interaktionen sind in jedem Kontext daran geknüpft, dass sich die Beteiligten verstehen. Ganz unbestreitbar gehört die Fähigkeit, in der Kommunikation mit anderen auf eine gemeinsam geteilte Sprache zurückgreifen zu können, zu einer der wesentlichen Voraussetzungen für gelingende Verständigung und kann demzufolge eine besondere Herausforderung für den Zugang zu Familien mit Migrationshintergrund darstellen. Wenngleich gerade bei Familien, die noch nicht lange in Deutschland leben, Deutsch vermutlich nicht die primäre Umgangssprache ist, kann darüber noch keine Aussage über die Sprachkompetenz der Familie getroffen werden. So könnte in der Familie Multilingualität (Mehrsprachigkeit) vorhanden sein, die für die Zusammenarbeit positiv genutzt werden kann.

Gleichzeitig impliziert Verstehen weit mehr als nur reine Sprachkompetenz und umfasst auch die Ebenen der nonverbalen Kommunikation, der Fach- und Umgangssprache sowie der psychischen Komponente der Sprache: Beispielsweise sollte bei emotional besetzten Themen (die der Schwangerschaft inhärent sind) ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, ob es allen Gesprächspartnern und -partnerinnen möglich ist, sich adäquat auszudrücken bzw. den Ausführungen der Schwangerschaftsberaterinnen und -beratern zu folgen, oder ob es notwendig wäre, auf die Unterstützung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern zurückzugreifen.

Wichtig ist, dass zur Verständigung und zum gegenseitigen Verstehen weit mehr als die reine Sprachkompetenz gehört: Das Setting des Gesprächs, die gegenseitigen Rollenerwartungen, die Haltung einander gegenüber, die institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen, die Sprechweise sowie nonverbale Symbole und Codes haben ebenfalls einen wichtigen Einfluss innerhalb von Kommunikationsbeziehungen. Hier gilt es, auf eine migrationssensible Ausgestaltung all dieser Ebenen und Formen zu achten und nicht einseitig Nicht-Verstehen auf (vermeintliche) Sprachschwierigkeiten zurückzuführen.

Neben den professionell Dolmetschenden werden zunehmend in verschiedenen Bereichen Personen qualifiziert, die unter den Bezeichnungen inter- oder transkulturelle Mittlerinnen/Mittler oder Lotsinnen/Lotsen firmieren. Grundlage der meisten Lotsenkonzepte ist die Annahme, dass gegenseitiges Verstehen nicht nur auf die rein sprachliche Verständigung reduziert werden kann. In der Regel handelt es sich bei Personen, die vermittelnd agieren, um Personen mit Migrationshintergrund, die an einer entsprechenden Schulung teilgenommen haben. In der Praxis verlaufen die Grenzen zwischen (professionellem) Dolmetschen und interkultureller Vermittlung häufig fließend. Dolmetschende übernehmen in ihrem Alltagskontext häufig auch vermittelnde Aufgaben und interkulturelle Mittlerinnen und Mittler werden auch für Übersetzungen herangezogen. Ihre Dienste sind eine vielversprechende Möglichkeit, um Zugangsschwierigkeiten, die auch auf Kommunikationsbarrieren beruhen und die nicht nur auf der rein sprachlichen Ebene angesiedelt sind, zu beheben. In vielen Städten stehen Mittlerinnen und Mittler bereits zur Verfügung.

Eine weitere Möglichkeit, Zugang zu Familien mit Migrationshintergrund zu finden und für Angebote der Schwangerschaftsberatung zu sensibilisieren, besteht in der Aktivierung von Akteuren aus den Communities der Menschen mit Migrationshintergrund. Insbesondere Migrantenorganisationen (MO) können hierbei wertvolle Türöffner sein. Dabei handelt es sich überwiegend um eingetragene, in den meisten Fällen auch gemeinnützige Vereine. Durch ihre Bekanntheit innerhalb der Communities und durch die Wertschätzung, die einzelnen Schlüsselpersonen aus den MO entgegengebracht wird, kann diese Kooperation den Schwangerschaftsberatungsstellen einen Weg zu Familien mit Migrationshintergrund ebnen. Gerade angesichts der Tatsache, dass Menschen mit Migrationshintergrund – ebenso wie Personen ohne Migrationshintergrund – häufig über keine fundierten Kenntnisse in Bezug auf die deutschen Sozial- und Unterstützungssysteme verfügen und zudem Kontakte zu Behörden häufig negativ besetzt sind, kann es für Mit-

arbeitende der Schwangerschaftsberatung (auch wenn sie bei einem freien Träger tätig sind) hilfreich sein, das Vertrauen einer oder mehrerer Person(en) aus einer der Communities erworben zu haben.

Wesentliche Bedingung der Zusammenarbeit mit MO oder auch interkulturellen Mittlerinnen und Mittlern ist, dass dadurch die Ressourcen und Kompetenzen von Menschen mit Migrationshintergrund in den Mittelpunkt gerückt und gestärkt werden. Deshalb sind die Entwicklung von migrationssensiblen Netzwerken mit Akteuren aus den Communities und das Empowerment von Menschen mit Migrationshintergrund wichtige Schritte zur Etablierung umfassender und nachhaltiger Netzwerke, vor allem im präventiven Bereich.

Differenzsensibilität ohne Differenzdogmatismus

Um sich in der Zusammenarbeit mit Familien mit Migrationshintergrund ein Bild der familiären Lage zu machen, bedarf es einer Gratwanderung: Auf der einen Seite gilt es, Migrationsursachen, soziale, ökonomische, bildungsbezogene, sozio-geografische Positionierungen, rechtliche Rahmenbedingungen und Migrationsgeschichten zu berücksichtigen; gleichzeitig sollten die Fachkräfte mit möglichst wenigen vorgefertigten Bildern an die Familien herantreten. Nur so können die Familien(mitglieder) kompetente Akteure ihrer eigenen Lebensrealität sein und ihre Wahrnehmungen, Bedürfnisse und Hilfebedarfe mitteilen.

Migrationssensibilität kann insofern verstanden werden als grundlegende selbstreflexive Haltung von Personen, die in der Sozialen Arbeit tätig sind. Diese impliziert das Bewusstsein darüber, dass Migrationsprozesse sich auf Familiensysteme und die beteiligten Individuen auswirken und mit einer Reihe von spezifischen Herausforderungen (auf psycho-emotionaler wie auch sozio-ökonomischer, rechtlicher, kultureller und bildungsbezogener Ebene) verknüpft sein können. Gleichzeitig sind die Migrationsbiografien und -geschichten so plural, dass Migrationssensibilität kein Wissen über Patentrezepte enthalten kann, sondern vielmehr eine den jeweiligen Familien gegenüber wertschätzende Grundhaltung impliziert. Zur Migrationssensibilität gehört wesentlich auch die Kompetenz, einen produktiven Umgang mit Uneindeutigkeiten und Ambivalenzen zu erlernen, die sich in jeder Familie manifestieren können. Diese hilft in der Alltagspraxis, einerseits tatsächliche Besonderheiten zu erfassen und andererseits vermeintliche Differenzen, die sich in Stereotypen manifestieren, über Bord zu werfen, gemäß dem Motto: Keine Überbetonung von Differenzen und zugleich keine Negierung bedeutsamer Unterschiede.

LITERATUR

Foitzik, A. (2009): Migrationssensibles Handeln in der Jugendhilfe. In: Diakonisches Werk der ev. Kirche in Württemberg (Hrsg.): Vergiss – vergiss nie … – Jugendhilfe im Einwanderungsland. Stuttgart

Gaitanides, S. (2011): Interkulturelle Öffnung Sozialer Dienste. In: T. Kunz/P. Puhl (Hrsg.): Arbeitsfeld Interkulturalität. Grundlagen, Methoden und Praxisansätze der Sozialen Arbeit in der Zuwanderungsgesellschaft. Weinheim/München, S. 204–215

Hamburger, F. (2009): Abschied von der Interkulturellen Pädagogik. Plädoyer für einen Wandel sozialpädagogischer Konzepte. Weinheim

Jagusch, B. (2011): Praxen der Anerkennung. Das ist unser Geschenk an die Gesellschaft. Vereine von Jugendlichen mit Migrationshintergrund zwischen Anerkennung und Exklusion. Schwalbach/Ts.

Jagusch, B./Sievers, B./Teupe, U. (Hrsg.) (2012): Migrationssensibler Kinderschutz. Werkbuch. Regensburg

Mecheril, P. (2004): Einführung in die Migrationspädagogik. Weinheim/Basel

Teuber, K. (2004): Migrationssensible Hilfen zur Erziehung. Widersprüche aushalten und meistern. Frankfurt/M.

Carol Hagemann-White

GEWALT IN DER PAARBEZIEHUNG[1]

Einleitung

Gewalt im Geschlechterverhältnis gehört zu unserem Alltag, obwohl – vielleicht auch weil – wir sie oft nicht bemerken und nicht sehen. Differenzierte Analysen der Prävalenzdaten erlauben die Einschätzung, dass zwischen 6 % und 10 % aller Frauen durch den aktuellen Partner tendenziell schwere bis sehr schwere Gewalt erleben. Kennzeichnend hierfür sind wiederholte Vorkommnisse, Verletzungsfolgen und Angst oder Furcht.

Auch nach einer differenzierten Tiefenanalyse der deutschen Prävalenzdaten ergab sich jedoch keine Korrelation zwischen Partnergewalt und sozialer Schicht. Zwei Drittel der gewalttätigen Männer besaßen mittlere und hohe Bildungsabschlüsse und waren aktuell nicht arbeitslos.

Es scheinen jedoch unterschiedliche Faktoren dazu beizutragen, die Wahrscheinlichkeit von Gewalt in der Paarbeziehung zu erhöhen. In der vertieften Datenauswertung (Schröttle 2009) stellten sich einige Risikogruppen heraus. Schwere Formen der Gewalt waren häufiger bei

1) jüngeren Frauen ohne Berufsausbildung und mit geringen Ressourcen,
2) Frauen ab 45 mit höherer Bildung und Beruf (gleich hoch wie der Mann),
3) Frauen mit Migrationshintergrund (obwohl die Studien nicht repräsentativ für die eingewanderte Bevölkerung sind).

Bestätigt hat sich auch ein Ergebnis, das in verschiedenen Studien auch international immer wiederkehrt: Der wichtigste Risikofaktor dafür, Opfer von Gewalt zu werden – und das gilt wohl für alle Formen von Gewaltkriminalität – besteht darin, schon einmal Opfer gewesen zu sein. Konkret bedeutet das: Ein Mädchen, das körperlichen oder sexuellen Übergriffen ausgesetzt ist und keine eigenen Schutz- und Veränderungsschritte ergreifen kann, hat zwei- bis dreimal so hohe Aussichten, später überfallen zu werden oder in der Partnerschaft Gewalt zu erleiden. Dies gilt auch für seelische Misshandlung; und dazu zählen wir auch, die Misshandlung der eigenen Mutter miterleben zu müssen. Gewalterleben in der Kindheit ist der stärkste Prädikator für Frauen, Opfer von Partnergewalt zu werden.

Bei der Täterschaft sieht es ein wenig anders aus: Vorhersagewert für spätere Täterschaft hat weniger das Gewalterleben an sich als die Folgen einer misslungenen Elternschaft, die gravierende Folgen für die Bindungsfähigkeit haben kann, insbesondere, wenn dies zusammenfließt mit verzerrten Männlichkeitskonzepten, die in der Adoleszenz in antisozialen Gruppen verstärkt werden.

Diese Erkenntnisse legen den Schluss nahe, dass die Prävention von Gewalt in Paarbeziehungen, gesellschaftlich gesehen, vorrangig an zwei Stellen ansetzen muss: am Gelingen von Elternschaft in frühen Jahren und bei den herrschenden Konzepten von Weiblichkeit und Männlichkeit, die darauf einwirken, wie belastende Kindheitserlebnisse mit Bedeutung versehen und lebensgeschichtlich verarbeitet werden.

Die Problemlage: Womit haben wir es zu tun?

Im Laufe der letzten 20 Jahre hat sich die Bedeutung des Begriffs »Häusliche Gewalt« in Deutschland allmählich gefestigt. Dies liegt daran, dass Kooperation unter den Institutionen zum Regelfall geworden ist. Im Zuge der Entwicklung von multi-institutionellen Interventionsprojekten hat sich, nach anfänglichen Missverständnissen, der Begriff »Häusliche Gewalt« als hilfreicher gemeinsamer Nenner für abgestimmtes Handeln herausgestellt, sodass dieser Begriff in Politik und Praxis inzwischen relativ einheitlich verwendet wird. »Häusliche Gewalt« wird heute verstanden als Gewalt zwischen Erwachsenen, die in einer Paarbeziehung leben oder gelebt haben. Sie ist in diesem Sinne »häuslich« (d.h., sie durchdringt das Zuhause und prägt das alltägliche Leben), obwohl die Gewalt auch an anderen Orten ausgeübt wird und auch Beziehungen

1 Gekürzte und leicht modifizierte Fassung des Beitrags »Gewalt in der Paarbeziehung – für die Frühe Hilfe ein familiärer Belastungsfaktor neben anderen?« aus der Tagungsdokumentation »Frühe Hilfen bei Häuslicher Gewalt«, Materialien zu Frühen Hilfen 3, hrsg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen und dem Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung 2011 (3. Auflage). Die Tagung fand vom 9. bis 11.10.2009 in der Evangelischen Akademie in Tutzing statt (www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Hagemann-White.pdf).

ohne Zusammenleben und vor allem ehemalige Beziehungen solche Gewaltmuster aufweisen können.

Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, obwohl sie ebenfalls in der Familie stattfinden und damit »häuslich« genannt werden können, haben eine andere Dynamik und erfordern andere Interventionen. Es ist daher nicht sinnvoll, den gleichen Begriff zu verwenden. Zweifellos kommen Partnergewalt und Kindesmisshandlung häufig zusammen vor, d.h., die Dynamiken überschneiden sich. Es bleibt jedoch wichtig, den Fokus der Aufmerksamkeit zu klären, und dafür sind die unterschiedlichen Begriffe hilfreich.

Gewalt in der Paarbeziehung ist kein »Belastungsfaktor unter anderen«. Sie ist aus drei Gründen besonders belastend:

- Miterlebte Gewalt, insbesondere gegen die Mutter (als in der Regel die erste Bezugsperson, die Schutz und Geborgenheit oder eben deren Fehlen bedeutet), kann nachträglich für ein Kind traumatisch sein.
- Das Erleben geschlechtsbezogener Gewalt verschweißt jede kindliche Imagination der Geschlechter mit Macht/Ohnmacht und mit hingenommener Missachtung.
- Wenn Gewalt im eigenen Heim stattfindet und sich niemand ihr entgegenstellt, muss ein Kind sich preisgegeben und verloren fühlen.

Ausmaß und Verbreitung von Gewalt im Geschlechterverhältnis

Zum Ausmaß und zur Verbreitung der Gewalt haben wir für Deutschland Daten aus einer nationalen Prävalenzstudie (Müller/Schröttle 2004), die dann noch zusätzlich einer vertieften Analyse der Daten über Gewalt in Paarbeziehungen unterzogen wurde (Schröttle 2009).

Die Forschung unterscheidet heute zwischen situativer Gewalt als Konfliktverhalten in Beziehungen, die auch wechselseitig sein kann, und Mustern der einseitigen Gewalt. Dabei kommt es nicht unbedingt auf die Häufigkeit und Schwere der körperlichen Attacken an, obwohl dies meist eine wichtige Komponente ist, sondern auf ein Gesamtmuster von Dominanz, Zwang und Unterordnung, das längerfristig etabliert wird; Evan Stark (2009) nennt es ein »pattern of coercive control«. Dazu gehören soziale Isolierung, unberechenbare Angriffe mit wechselnden Vorwänden, Einschüchterung und Drohungen, sexuelle Gewalt, übersteigerte Eifersucht, extreme Überwachung, Demütigung und Einsperren. Körperliche Gewalthandlungen sind, in einem solchen Kontext eingebettet, weniger Formen der Konfliktaustragung als Mittel der Dominanz. In solchen Beziehungen kommt es allerdings am ehesten zu den schweren Gewaltformen mit Verletzungen und erheblichen Folgen, wenngleich es Beziehungen gibt, in denen die physische Gewalt überwiegend nur als Hintergrunddrohung präsent ist. Wiederholte Gewalt mit Verletzungsfolgen in einer Beziehung deutet aber mit hoher Wahrscheinlichkeit auf eine Struktur von Angst, Kontrolle und Zwang hin.

Bei Frauen der Altersstufe zwischen 18 und 59 Jahren berichten 14 % aller deutschen Frauen und 29 % aller Frauen türkischer Herkunft, dass sie mindestens einmal einen körperlichen oder sexuellen Übergriff durch den aktuellen Partner erlebt haben. Für unser Thema ist aber weniger wichtig, wie viele Frauen schon einmal im Leben geschlagen wurden, sondern es kommt auf das an, was ich, der Kürze halber, gewaltförmige Beziehungen nennen möchte.

Eine detaillierte Auswertung nach Schweregrad der Gewalt – Verletzungsfolgen, erlebte Bedrohlichkeit, psychische und psychosoziale Folgeprobleme und Bewertung als Gewalt – konnte verschiedene Muster identifizieren. Sehr schwere körperliche und sexuelle Gewalt ist in der Regel eingebettet in ein Muster von Misshandlung, bei dem zusätzlich psychische Gewalt eine Rolle spielt.

Von sehr schwerer, wiederholter Gewalt betroffen waren 6% aller befragten Frauen. Das waren 5 % aller Frauen deutscher Herkunft, 9 % der Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion und 18 % der Frauen türkischer Herkunft. Wichtig zu wissen ist zudem: Wiederholte und auch schwere Gewalt ist nicht auf die unteren sozialen Schichten begrenzt, wohl aber deutlich häufiger bei Paaren mit Migrationshintergrund. In der übergroßen Mehrheit aller gewaltförmigen Paarbeziehungen in Deutschland sind aber beide Partner Deutsche.

Diese Daten belegen, was in der Praxis auch bekannt ist, nämlich dass die Gewalt in Paarbeziehungen im Ge-

schlechterverhältnis verwurzelt ist. Frauen, die Angriffe in der Paarbeziehung erlebten, haben weitaus häufiger als Männer

- über direkte Verletzungsfolgen berichtet,
- wiederholte Attacken erlebt,
- in Angst gelebt,
- unter gesundheitlichen Langzeitfolgen gelitten.

Das trifft jedoch nicht für alle Paare zu, bei denen es zu Schlägen kommt. Nur ist es schwer, von außen einzuschätzen, inwiefern die Anzeichen von körperlichen Auseinandersetzungen auf ein asymmetrisches Dominanzverhältnis hinweisen oder aber die ersten Schritte in der Entwicklung einer solchen Struktur darstellen könnten.

Eine neuere Forschungsarbeit untersuchte über sechs Jahre polizeibekannte Fälle in England (Hester 2009). Hester bestätigt, dass die Mehrheit der Familien ein Gewaltmuster aufweist, das als gender-based gelten kann. Die Autorin beschreibt aber auch eine **Minderheit** von Multi-Problem-Familien mit Gewalt von beiden Seiten, meist in Verbindung mit Alkoholmissbrauch.

Weil männliche Aggression sozial akzeptiert ist, hat diese Gewalt sehr verschiedene Quellen. Förderlich dafür, Beziehungsgewalt oder sexuelle Gewalt auszuüben, sind:

- Einstellungen und Mythen, die das Bezwingen von Frauen rechtfertigen
- Miterleben von Gewalt des Vaters gegen die Mutter
- Traditionelle Geschlechterrollenerwartungen
- Angst vor Beschämung oder vor Männlichkeitsverlust
- höhere männliche Dominanz und Entscheidungsmacht in der aktuellen Beziehung
- Stress

Bedeutung von Gewalt in Paarbeziehungen für die Frühe Hilfe

Frühe Hilfen erreichen derzeit vorrangig Mütter, und sie erreichen sie in einer Lebensphase, die von der ganz normalen Krise der Schwangerschaft geprägt ist. In dieser Situation gibt es, wie in der Adoleszenz, eine potenziell höhere Vulnerablität, zugleich aber auch ein höheres Potenzial zur Veränderung.

Weil Beziehungsgewalt in den alltäglichen Kontext eingebettet ist, gibt es ohnehin eine Neigung, sie auf vielfältige Weise gering zu schätzen, und zwar sowohl vonseiten der Außenkontakte des Paares als auch von der Frau selbst. Jede übergriffige Handlung erscheint für sich genommen »nicht so schlimm«, als dass Konsequenzen gezogen werden müssten. Zudem gewinnt die Bindung an Bedeutung. In der Schwangerschaft knüpfen viele Paare erneut an traditionelle Rollen an. Die Differenz der Geschlechter tritt in den Vordergrund. Zwar steigert die Schwangerschaft die empfundene Gebundenheit des Paars, sie steigert aber auch nicht selten das Gewaltpotenzial auf der Seite des Mannes. In vielen Studien hat sich ergeben, dass eine Schwangerschaft den Beginn von Misshandlungen markiert.

Ich möchte aber eine andere Dimension dieser Lebensphase hervorheben. Der Übergang zur Mutterschaft ist eine Entwicklungskrise, die Gefahr und Chance in sich trägt. Denn es handelt sich um ein ganzheitliches, körperlich-sinnlich fundiertes Erleben von Wandel und Verwandlung, bei dem auch frühere Fixierungen und gewohnte Problemlösungen verflüssigt werden können.

Das ist für die Frühe Hilfe von enormer Wichtigkeit, denn die Prävalenzdaten deuten darauf hin, dass 50–75 % der in einer Paarbeziehung misshandelten Frauen Gewalt in der Kindheit erlebt haben, die für viele ein unbewältigtes Trauma ist. Wäre kein Potential der inneren Neustrukturierung vorhanden, müssten wir um das Wohl der Kinder generell besorgt sein. Aber wie die Adoleszenz sind Schwangerschaft und Geburt, so meine These, auch eine »zweite Chance« zur psychischen Neuorganisation (vielleicht deshalb steigert sich die männliche Gewalt in dieser Phase oft!). Denn sie bieten die Möglichkeit, erlittene Vernachlässigung oder fehlende frühe Geborgenheit dadurch »auszugleichen«, dass das Fehlende dem werdenden Kind geschenkt werden kann. Die belastende Vergangenheit kann in der Form zumindest teilweise wieder zugänglich gemacht und ihr eine neue Bedeutung verliehen werden. Es wäre daher ein schwerer Fehler, anzunehmen, die Frühen Hilfen können und sollen nicht mit Frauen in Beziehungen mit Partnergewalt zu arbeiten versuchen.

Es sind allerdings Hindernisse und Schwierigkeiten zu beachten. Partnergewalt geht mit sozialer Isolation der Frau

einher: Dies erschwert den Aufbau eines stabilen Kontaktes. Sofern in der Schwangerschaft körperliche Gewalt zunimmt oder gerade anfängt, kann es beim Kontaktaufbau zu unberechenbaren Unterbrechungen und unerklärlichem Verhalten kommen. Dennoch: Die gesundheitliche Versorgung bietet eine große Zugangschance, denn Ärzte/Ärztinnen und Kliniken sind die ersten Anlaufstellen, die Frauen bei Gewalt kontaktieren. Sensibilisierung und Achtsamkeit können den fragilen Kontakt herstellen bzw. halten.

Gewalt in der Paarbeziehung geschieht zumeist verdeckt. Sie wird für Außenstehende meist nicht »sichtbar«, wirkt im Verborgenen, und sie erzeugt *immer* beim Opfer Schamgefühle. Solange die Beziehung besteht, wird Gewalt »normalisiert« – sie ist dann eine Art von Missachtung unter anderen. Wie Sandra Glammeier (2011) zeigen konnte, ringen Frauen um Anerkennung *innerhalb* der Beziehung, gerade im Übergang zur Elternschaft. Die öffentlich oft verkündete Meinung, eine Frau müsse einen Mann, der Gewalt ausübt, eben verlassen, wird diesem Grundbedürfnis nach Anerkennung nicht gerecht.

Der Umgang mit einer Frau in dieser Situation ist nicht einfach. Denn wo die Gewalt »zu Hause« ist, ist auch Angst in der Luft. Angst steckt aber unbewusst an: Die Helferin/der Helfer kann, ohne es zu wissen, eine Scheu vor dem Kontakt entwickeln. Hinzu kommt, dass Angst bekanntlich jede Art des Lernens blockiert, so auch das Erlernen von »parenting skills«. Helferinnen und Helfer lassen sich von dieser Angst oft verblenden oder sie weichen aus. Jedoch: Eine Vertrauensbeziehung, die keine Sanktionsmacht vertritt, birgt die beste Chance, dass die betroffene Mutter sich offenbart.

Wer und was kann helfen? Einige Thesen

Gefordert ist nicht eine »Rettung«, sondern das Vermögen, zuzuhören, Anerkennung zu geben und Ressourcen zu vermitteln. Möglicherweise ist erst im Anschluss daran die Vermittlung einer fachlichen psychologischen Diagnose und eventuell Therapie angebracht. Für die Anknüpfung einer helfenden Beziehung sollte man das Potenzial der Familienhebammen nicht unterschätzen. Denn diese Hebammen waren die Ersten (außer der Psychotherapie), die im Gesundheitswesen das Thema »Gewalt in Paarbeziehungen« aufgegriffen haben; sie sollten nicht übersehen werden.

Es gibt heute grundlegende Standards für die gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen (vgl. Hagemann-White/Bohne 2003). In kurzen Stichworten zusammengefasst ist gefordert:

1. Offenheit für das Thema signalisieren
2. Anzeichen wahrnehmen
3. Das Thema ruhig ansprechen
4. Adäquat reagieren
5. Informieren

Das alles kann gelernt werden!

Kompetenzen sind in der Aus- und Fortbildung gefordert. Denn es ist davon auszugehen, dass die Frühe Hilfe durchaus häufig auf gewaltbelastete Paarbeziehungen stößt, auch wenn das weniger ins Auge fällt, da zumeist mit den Müttern gearbeitet wird. Dies bedeutet, dass Gewalt nicht als zu meidender Sonderfall, sondern als Teil des Alltags zu behandeln ist.

Wer für die Frühe Hilfe fortbildet, braucht daher:

- Solides und sicheres Grundwissen über die Gewaltproblematik und Warnsignale
- Grundwissen über Methoden der Risikoabschätzung: Wie gefährlich ist er?
- Eine eindeutige Haltung: Respekt für Grenzen, Verantwortung übernehmen
- Die Fähigkeit, das Sprechen über schwierige Themen zu üben

Wer in die Familie geht und dort auf Gewalt trifft, muss allerdings wissen,

- dass sie/er selbst Beratung erhalten kann,
- dass Ressourcen für Frauen real da sind,
- dass sie/er weitervermitteln, abgeben kann.

Dieses Wissen scheint noch unterentwickelt zu sein. Kommunale Netzwerke der Frühen Hilfe müssen deshalb mit Interventionsnetzwerken zu Häuslicher Gewalt verzahnt sein.

LITERATUR

Archer, John (Ed.) (1994): Male Violence. London/NY

Glammeier, Sandra (2011): Zwischen verleiblichter Herrschaft und Widerstand. Realitätskonstruktionen und Subjektpositionen gewaltbetroffener Frauen im Kampf um Anerkennung. Wiesbaden: VS Verlag

Hagemann-White, Carol/Bohne, Sabine (2003): Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen. In: Nordrhein-Westfalen, Landtag: Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquetekommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Wiesbaden

Harway, Michèle/O'Neil, James M. (Eds.) (1999): What Causes Men's Violence Against Women? Thousand Oaks: Sage Publications

Hester, Marianne (2009): Who does what to whom? Gender and domestic violence perpetrators. Bristol; http://www.nr-foundation.org.uk/publications_domabuse.html

Müller, Ursula/Schröttle, Monika (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; www.bmfsfj.de; Stichwort – Forschungsnetz – Forschungsberichte

Schröttle, Monika (2009): Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen: Sekundäranalytische Auswertung nach Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; http://www.bmfsfj.bund.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=120792.html

Stark, Evan (2007): Coercive Control: How Men Entrap Women in Personal Life, Oxford: Oxford University Press

Luisa Finzi

BLICK IN DIE PRAXIS: SCHWANGERSCHAFT UND GEWALTERFAHRUNGEN

Frauen haben während der Schwangerschaft ein erhöhtes Risiko, Gewalt zu erfahren. Gewalt kann schon die Kindheit prägen und den weiteren Lebensweg beeinflussen. Die Schwangerenberatung sollte demnach möglichst die gesamte Lebensbiografie der Frauen im Blick haben. Die wissenschaftliche Auswertung einer hausinternen Gewaltstatistik des Caritasverbandes Frankfurt e.V. aus den Jahren 2005 bis 2010 ergab, dass 11,5 % aller beratenen Frauen Gewalt im Kontext von Schwangerschaft und Geburt erfahren hatten.[1] Von den 302 Gewaltfällen erlebten in 85,9 % der Fälle die Frauen Gewalt während der aktuellen Schwangerschaft, in 9,4 % der Fälle in einer früheren Schwangerschaft, und 4,7 % der Frauen erlebten in der Kindheit oder früheren Partnerschaften massive Gewalt, beispielsweise sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung, körperliche Züchtigung, Zwangsehe oder Vergewaltigung.

Neben den bekannten Gewaltformen erlebten 51 % der Frauen Formen der Gewalt in direktem Zusammenhang mit der Schwangerschaft, der Geburt und den Kindern (zielgerichtete Gewalt gegen den Bauch, Drängen zum Abbruch, Androhung von Kindesentführung, Kindesentführung, Gewalt gegen Kinder, Trennung nach Entscheidung für das Kind). Gewalt, die sich direkt gegen den Bauch richtet, stellt eine offenkundige Absicht dar, das noch ungeborene Kind zu schädigen oder gar zu töten. In der Regel gehen die betroffenen Frauen aus Angst um das Ungeborene zum Frauenarzt oder zur Frauenärztin, denen sie aber in der Regel nicht die Ursache der Verletzungen verraten. Leider werden sie auch in den meisten Fällen nicht eingehend danach gefragt. Eine Sensibilisierung der Gynäkologen und Gynäkologinnen zum Thema »häusliche Gewalt« ist deshalb sehr wünschenswert. Ein Tabuthema ist sexuelle Gewalt in der Partnerschaft und Schwangerschaften als deren Folge, die möglicherweise häufiger sind als angenommen.[2]

Unter den **psychischen Auswirkungen** von häuslicher Gewalt sind Ängste von besonderer Bedeutung sowie hohes Stressempfinden, depressive Stimmungen, Resignation, Selbstzweifel, Hilfslosigkeit bis hin zu psychiatrisch relevanten Symptomen oder gar Suizidversuchen. Bei fast einem Viertel der Betroffenen war laut unserer Statistik Traumatisierung ein Thema. Dies trifft besonders bei Frauen zu, die bereits mehrfach Opfer von Gewalttaten wie Vergewaltigung, Zwangsheirat und sexuellem Missbrauch wurden.

Zu den **körperlichen Auswirkungen** zählen z. B. vorzeitige Wehen, geringe Gewichtszunahme während der Schwangerschaft, Verlust der Muttermilch, Blutungen, Frühgeburten, Fehlgeburten, unspezifische Schmerzen wie Migräne usw. Eine Konstanzer Studie hat eine genetische Veränderung in der Erbanlage von Kindern nachgewiesen, deren Mütter in der Schwangerschaft häuslicher Gewalt ausgesetzt waren.[3] Unsere Erfahrungen mit betroffenen Frauen zeigen, dass sie trotz extremen Stresses nur sehr selten extrem handeln und sich etwa dem Kind gegenüber aggressiv verhalten.

Unsere Statistik ergab, dass fast 70 % der von Gewalt betroffenen Frauen einen Migrationshintergrund haben. Viele Frauen hatten schon in ihrem Herkunftsland besondere Gewaltformen erlebt, z. B. weibliche Genitalverstümmelung, Mitgift-Missbrauch, Kinderheirat oder Massenvergewaltigung. Soziale Gewalt in Form von Verletzung der Selbstbestimmungsrechte bei Migrantinnen gab es doppelt so häufig wie bei Nicht-Migrantinnen. Auch die körperliche Gewalt liegt bei den Migrantinnen über 10 % höher. Kinder zu bekommen heißt für viele von ihnen, Wurzeln zu schlagen, eine neue Bindung, einen neuen eigenen Platz in

1 Wissenschaftliche Auswertung im Rahmen einer Bachelor- und Masterarbeit von Katharina Liepe und Siona Decke, Hochschule Fulda: »Gewalt in der Schwangerschaft. Monitoring durch die Frauenberatung des Caritasverbandes Frankfurt e.V. Auswertung der Daten 2005–2010. Vorschlag für eine Neukonzeption der Datenerfassung und routinemäßige Auswertung«.

2 Aus der Beratungspraxis sind Fälle bekannt, das Thema kann jedoch, bedingt durch den begrenzten Umfang dieses Beitrags, nicht weiter erörtert werden.

3 Prof. T. Elbert und Prof. A. Meyer, Ph. D., haben 2011 in einer Studie nachweisen können, dass »eine andauernde Bedrohungssituation bei einer Schwangeren eine epigenetische Veränderung im Glucocorticoid-Rezeptor-Gen des Kindes bewirkt – einer Erbanlage, die mit Verhaltensauffälligkeiten und der Anfälligkeit für seelische Erkrankungen in Zusammenhang gebracht wird (…) Der Körper der Frau signalisiert diesen Kindern, dass sie in einer bedrohlichen Umgebung aufwachsen werden. Die Kinder verhalten sich dadurch in ihrem späteren Leben ängstlicher und weniger neugierig.« Pressemitteilung Nr. 82/2011 vom 13.07.2011 Universität Konstanz. Studie: Transgenerational impact of intimate partner violence on methylation in the promoter of the glucocorticoid receptor; http://www.mendeley.com/catalog/transgenerational-impact-intimate-partner-violence-methylation-promoter-glucocorticoid-receptor-1/.

der Gesellschaft zu finden. Viele Migrantinnen begeben sich in gefährliche langfristige Abhängigkeitssituationen, um in einem sicheren Land wie Deutschland leben zu dürfen.

Beratung und Begleitung

Studien belegen, dass ein Verweis der von Gewalt betroffenen Frauen an andere Stellen eher kontraindiziert ist.[4] Die Niedrigschwelligkeit der Schwangerenberatungsstellen ist ein Türöffner für die von Gewalt betroffenen Schwangeren. Als Beratungsstelle setzen wir auf ressourcenorientierte und aktivierende Beratung und Begleitung, die die Betroffene stärkt und in die Lage versetzt, die Dynamik der Gewaltspirale zu verstehen, sich als Handelnde und nicht nur als Opfer zu erleben. Standardinhalte der Beratung sind:

- Thematisierung von Gewalterfahrung, d.h., die Beraterinnen erklären beim Erstkontakt, dass unter den Beratungsangeboten die Beratung zu Gewalt ein Thema ist.[5]
- Informationsvermittlung über die Folgen von Gewalt auf Frau und Kinder, rechtliche Möglichkeiten wie Gewaltschutzgesetz, Hilfeangebote und Einrichtungen.
- Gefährdungseinschätzung mithilfe von verschiedenen Hilfsinstrumenten.[6] Diese dienen sowohl der Beraterin als auch der betroffenen Frau dazu, einen möglichst realistischen Blick auf das Gewaltpotenzial des Täters zu bekommen. Eine Gefährdungseinschätzung darf nie ohne eine Sicherheitsplanung erfolgen.
- Sicherheitsplanung: Dazu gehören z. B. das Erkennen von Gefahrensituationen, die Erstellung eines Fluchtplans mit konkreten Schritten, Vertrauenspersonen, die über die Gewaltsituation informiert und einbezogen werden könnten.
- Erkennen der Ambivalenz, d.h. das gleichzeitige Auftreten verschiedener, einander widersprechender Gefühle wie Scham, Wut, Angst, Kränkung einerseits und Hoffnung auf Besserung der Beziehung zum Täter andererseits.
- Bewusstmachen von Verdrängungsmechanismen: Viele Frauen sehen das gewalttätige Verhalten des Mannes NICHT als Gewalt an oder bagatellisieren es.[7]
- Bewusstmachen der fehlenden Abgrenzung zum Täter, die während einer Schwangerschaft besonders deutlich wird, wenn dieser auch der Kindesvater ist. Viele Frauen erhoffen sich durch die Schwangerschaft und Geburt des Kindes eine Verbesserung der Beziehung, Anerkennung und Mitgefühl durch den Partner.

Eine parteiliche Haltung für die betroffene schwangere Frau ist Voraussetzung für die Weiterarbeit mit ihr. Deshalb sollte das Thema Gewalt nicht im Beisein des Täters angesprochen werden. Kinder sollten nicht erneut der psychischen Belastung ausgesetzt werden, deshalb sollten sie bei einer solchen Krisenberatung möglichst nicht anwesend sein. Das Hilfsangebot wird mit der Klientin geplant, feste Vereinbarungen werden getroffen und der Kontakt wird von Beraterinnenseite aus aktiv gehalten. Dieses Vorgehen hat sich gerade bei den Migrantinnen sehr bewährt und wirkt ihrer sozialen Isolation entgegen. Schwangere werden über die grundsätzliche Schweigepflicht in der Beratung informiert. Kontakte zu anderen Institutionen werden nur nach vorheriger Absprache mit ihnen aufgenommen.

Wenn eine schwangere Frau sich (noch) nicht vom gewalttätigen Partner trennen kann, entsteht für die Beraterin die wichtige Frage des Kindeswohls. Aus dem Grund ist es wichtig, sich ein Gesamtbild der Situation zu machen: Sind z. B. aufenthaltsrechtliche Gründe, eine ambivalente Beziehung zum Täter, existenzielle Ängste

4 Laut einer Londoner Studie spricht eine betroffene Frau im Durchschnitt elf Anlaufstellen an, bevor sie Hilfe findet (s. den vollständigen Vortrag von Prof. Dr. C. Hagemann-White »Gewalt in der Paarbeziehung – für die Frühe Hilfe ein familiärer Belastungsfaktor neben anderen?« , der in gekürzter Fassung diesem Beitrag vorangestellt ist; http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Hagemann-White.pdf.

5 Möglichkeiten eines Gesprächsbeginns können sein: »Wie verläuft Ihre Schwangerschaft? War die Schwangerschaft geplant?«; »Aus unserer Erfahrung wissen wir, dass viele Frauen gerade in der Schwangerschaft von häuslicher Gewalt betroffen sind, deswegen frage ich Sie, ob Sie zu Hause irgendeine Form der Gewalt erfahren.« Betroffene Klientinnen berichten, sie fühlten sich durch das direkte Fragen erleichtert und konnten sich mitteilen. Bestätigt die Frau, von häuslicher Gewalt betroffen zu sein, sollten direkte Fragen und keine Warum-Fragen folgen (z. B. »Was ist passiert? Wo und wann?«; »Ihre Verletzung lässt vermuten, dass jemand sie verursacht hat, ist das möglich?«; »Haben Sie die Polizei angerufen oder nach Hilfe gerufen?«; »Haben Sie Angst vor Ihrem Mann?«; »Hat er auch die Kinder geschlagen?«)

6 Z. B. Typologie häuslicher Gewalttäter (Campbell 2004)

7 Zitate der Frauen: »Nein, er hat mich nicht geschlagen, er hat mir nur eine Ohrfeige gegeben«; »Er wollte mich nicht absichtlich verletzen«; »Er hat gesagt: ›Ich bringe dich um‹, aber er meint es nicht ernst.«

oder andere Faktoren relevant, wenn eine Frau sich nicht trennen kann? Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung wird die Beraterin mit der Frau die Situation gemäß § 4 KKG erörtern bzw. mit einer Caritas-internen »insoweit erfahrenen Fachkraft« der Fachstelle für Kinderschutz den Fall besprechen. Möglicherweise ist sie im Beratungsprozess bereit, eine Hilfe durch das Jugendamt anzunehmen.

Neben dem Gefahrenpotenzial des Täters sollten die Ressourcen der Frau eingeschätzt werden:

- Hat die Klientin vertraute Bezugspersonen?
- Leidet sie unter schweren psychischen Störungen oder einer Suchtproblematik?
- Sieht die betroffene Frau sich als »Hauptverantwortliche« für die Gewalt des Partners? Übernimmt sie in erster Linie die Schuld an seinen Gewaltausbrüchen oder schafft sie es, sich von ihm zu distanzieren und sogar Wut gegen ihn zu entwickeln?
- Hat sie weitere Kinder? Kann sich die Beraterin einen Eindruck darüber verschaffen, ob diese eventuell verstört oder vernachlässigt wirken?
- Spricht die Klientin offen über ihre mögliche Überforderung bei der Annahme des noch nicht geborenen Kindes oder im Umgang mit den Geschwisterkindern?
- Hat sie eine realistische Vorstellung, wie sie im Notfall ihr Kind schützen kann? Die Willensbekundung seitens der Frau, sich trennen zu wollen, ist oft ein Auslöser für einen Gewaltausbruch. Ist die Frau ausreichend stabil, um diesen Zeitpunkt so zu planen, dass ihre Kinder in Sicherheit sind?

Bei einer guten Vernetzung mit weiteren Organisationen oder städtischen Einrichtungen können Absprachen getroffen werden, wer im Hilfesystem im Falle einer Feststellung von Kindeswohlgefährdung das Jugendamt informiert, sodass z.B. die Beraterin weiterhin Bezugsperson für die Frau sein kann. Der Schutz von (schwangeren) Frauen und Kindern ist umso wirksamer, je mehr Berufe, Institutionen und öffentliche Stellen zum Thema häusliche Gewalt sensibilisiert sind. Ein massiver Druck zur Veränderung (Trennung, Zuzug ins Frauenhaus usw.) ist nicht immer sinnvoll, wenn nicht sogar kontraproduktiv. Demgegenüber werden die Täter/Väter unserer Erfahrung nach viel zu wenig zur Verantwortung gezogen. Es gibt zu wenige spezifische Anlaufstellen für gewalttätige Männer, in denen u.a. das Unrecht ihrer Handlungen reflektiert wird und an einer Änderung des Verhaltens und der Haltung gegenüber der Partnerin und den Kindern gearbeitet wird. Außerdem wird das Gefährdungspotenzial der gewalttätigen Männer in den Umgangs- und Sorgerechtsregelungen oft zugunsten »des Rechts des Kindes auf Umgang mit jedem Elternteil« oder »der Verpflichtung und Berechtigung jedes Elternteils auf Umgang« unterschätzt oder sogar ausgeblendet. Diese Bereiche bedürfen unseres Erachtens dringend einer Weiterentwicklung bzw. eines Blickwechsels.

LITERATUR

Brückner, M. (1983): Die Liebe der Frauen – über Weiblichkeit und Misshandlung, Frankfurt: Verlag Neue Kritik; Zweitveröffentlichungen: Frankfurt: Fischer Taschenbuch 1988, 1990, 1991

Brückner, M. (1987): Die janusköpfige Frau – Lebensstärken und Beziehungsschwächen. Frankfurt: Verlag Neue Kritik

Brückner, M. (1998): Wege aus der Gewalt gegen Frauen und Mädchen, eine Einführung. Frankfurt: Fachhochschulverlag; 2., aktual. + erweit. Auflage 2002

Campbell, J. C. (2004): Danger Assessment Skala. Johns Hopkins University, School of Nursing; http://www.dangerassessment.org/DA.aspx

Hagemann-White, C. (1992): Strategien gegen Gewalt im Geschlechterverhältnis: Bestandsanalyse und Perspektiven. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlag

Perttu, S./Kaselitz, V. (2007): Gewalt an Frauen in der Schwangerschaft. Handbuch für die Geburts- und Kindermedizin. University of Helsinki; http://www.schwanger-und-gewalt.de/pdf/Gewalt_an_Frauen_SF.pdf

Schweizerische Eidgenossenschaft, Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG: Informationsblätter Häusliche Gewalt; http://www.ebg.admin.ch/dokumentation/00012/00442/index.html?lang=de

Antje Richter-Kornweitz

GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM FRÜHEN KINDESALTER

Gesundheitsförderung im Kindesalter umfasst die Förderung des sozialen, psychischen und physischen Wohlbefindens von Kindern. Ihre Aufgabe ist es, gesundheitsgerechte Rahmenbedingungen zu schaffen und Mädchen und Jungen zu gesundheitsförderlichem Verhalten zu befähigen. Im Mittelpunkt steht die Stärkung von Ressourcen und Kompetenzen der Heranwachsenden. Dazu kommen weitere Anforderungen, die ihre Qualität ausmachen: Gesundheitsförderung im Kindesalter ist alters- und geschlechtsspezifisch ausgerichtet, orientiert sich an der aktuellen Datenlage zur Gesundheit von Mädchen und Jungen und hat einen Soziallagenbezug. Sie berücksichtigt die eigenen Vorstellungen, die Kinder von ihrer Gesundheit haben, sowie ihren kulturellen Hintergrund. Gesundheitsförderung richtet ihre Angebote an der jeweiligen Zielgruppe und an deren Lebenswelt (Setting) aus. Sie wählt Methoden, die den Zugang zur Zielgruppe und ihre umfassende Beteiligung ermöglichen (Richter-Kornweitz 2011). Grundlage für diese umfassende Aufgabenbeschreibung sind die Empfehlungen der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und deren Weiterentwicklungen sowie das im § 24 der UN-Kinderrechtskonvention festgeschriebene Recht jedes Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit.

Kindergesundheit

Repräsentative und umfassende Erkenntnisse über die allgemeine gesundheitliche Lage von Kindern in Deutschland[1] belegen: Der größte Teil der Kinder in Deutschland ist gesund. Sie belegen allerdings auch eine Verschiebung im Krankheitsspektrum der Kinder von den akuten zu chronisch-körperlichen und von körperlichen zu psychischen Erkrankungen, die als »neue Morbidität«[2] bezeichnet wird. Im Ergebnis führt dies bei ca. 20 % aller Heranwachsenden zu gesundheitlichen Auffälligkeiten wie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, psychischen Auffälligkeiten, Allergien, Übergewicht und Bewegungsmangel.

Der Gesundheitszustand der unter Dreijährigen wird insgesamt als gut bis sehr gut beschrieben. Zu dieser Bewertung ihrer Gesundheitssituation kommen Expertinnen und Experten anhand von Daten zur Säuglingssterblichkeit, zur Häufigkeit von akuten chronischen und psychischen Erkrankungen und der Inanspruchnahme der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Außerdem werden Indikatoren genutzt, die sich auf das Gesundheitsverhalten der Eltern beziehen und mögliche Schutz- und Risikofaktoren für die Gesundheit von Säuglingen und Kleinkindern darstellen (Deutscher Bundestag 2009, S. 84 ff.).

Wichtige Weichen werden bereits vor und in der Schwangerschaft gestellt, da das Gesundheitsverhalten der Mutter die Gesundheit des ungeborenen Kindes erheblich beeinflusst. Gesunde Ernährung, Alkohol- und Nikotinverzicht sowie die kontrollierte Gewichtszunahme der Mutter und die regelmäßige Teilnahme an der Schwangerschaftsvorsorge beeinflussen die Gesundheit von Mutter und Kind positiv. Positiv wirken auch Beratung, Unterstützung und Entlastung der Mutter bzw. Eltern bei psychosozialen Belastungen.

Etwa 20 % der Kinder in Deutschland zeigen frühkindliche Regulationsstörungen, die auf einer Kumulation von (psychosozialen) Belastungen aufseiten von Kindern und Eltern zu beruhen scheinen. Bei Dreijährigen geht man, ebenso wie bei älteren Kindern und Jugendlichen, von einer Auftretenshäufigkeit psychischer Störungen in Höhe von 20 % aus. Davon kann etwa die Hälfte als vorübergehend angesehen werden, u.a. durch eine frühzeitige Unterstützung der Familie und die Aktivierung von Ressourcen (vgl. Deutscher Bundestag 2009, S. 85 ff.).

Zu den im Kleinkindalter am meisten beachteten Auffälligkeiten gehören die frühkindlichen Bindungsstörungen.[3] Die Expertenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts hat daher die Förderung von »Bindung und Autonomie« zum leitenden gesundheitsrelevanten Entwicklungsthema für die Phase der frühen Kindheit benannt. In diesen Kontext gehört die Entwicklung einer sicheren Bindung, die Entwicklung von Selbstständigkeit und Autonomie, die Fähigkeit, Probleme flexibel bewäl-

1 Aus: Schuleingangsuntersuchungen, Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts/KiGGS.
2 Morbidität: Krankheitshäufigkeit, bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe, d. Red.
3 Vgl. die Beiträge von M. von zur Gathen/J. Maywald und J. Klein, Kapitel 6 dieser Arbeitshilfe.

tigen zu können sowie die Fähigkeit zur adäquaten Verhaltensregulation und zur emotionalen Selbstregulation (Deutscher Bundestag 2009, S. 82).

Den Daten zur Kindergesundheit ist außerdem zu entnehmen, dass die Chancen von Mädchen und Jungen für eine gute Entwicklung vom Lebensbeginn an sehr verschieden sind. Bereits im frühkindlichen Alter zeichnen sich ausgeprägte Unterschiede ab, die eine erhebliche Benachteiligung für Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus bedeuten. Ursachen liegen in Zugangsbarrieren zu den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens, bedingt u.a. durch psychosoziale Belastungen der Eltern und materielle Armut, wenig differenzsensible Kompetenzen[4] im Helfersystem, eingeschränkte Gesundheitskompetenzen bei Eltern und fehlende Orientierung der Angebote an den Zielgruppen (Richter-Kornweitz 2011).

Ziele und Aufgaben von Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter

Aus dem Vorherigen ergeben sich vier Ziele für die Förderung der Gesundheit von Kindern:

- die Unterstützung einer gesunden körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung,
- die Vorbeugung von Entwicklungsrisiken und Gesundheitsgefährdungen,
- die Schaffung von Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen und die Entwicklung individueller Potenziale,
- die Befähigung von Kindern im Laufe des Heranwachsens, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten und ein eigenverantwortliches Gesundheitsverhalten zu entwickeln (Bundesministerium für Gesundheit 2008, S. 8).

Daraus resultieren konkrete Aufgaben. Sie zielen auf die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse nach Pflege, Ernährung, Schutz, Zuwendung, Bindung, Akzeptanz und Anregung (Weiß 2010, S.14). Die Förderung von Sprache, von Zahngesundheit, die Unterstützung beim Aufbau (senso-) motorischer Fertigkeiten, das Finden der Geschlechtsidentität gehören in der frühen Kindheit ebenso zu den Aufgaben von Gesundheitsförderung wie die Förderung von sicherer Bindung und Autonomiestreben.[5] Wesentlich ist dabei, dieser Förderung eine positive Richtung zu geben. Das heißt beispielsweise, Freude an gesunder Ernährung, Bewegung und eine positive Lebenseinstellung zu vermitteln, die beinhaltet, Probleme als lösbar und als Herausforderung zu sehen sowie sich selbst als liebenswert zu begreifen.

Einen positiven Einfluss auf den Verlauf der kindlichen Entwicklung hat die Verfügbarkeit von personalen und sozialen Ressourcen. Sie wirken entscheidend auf die gelungene Bewältigung von Belastungen, fördern unter Risikobedingungen die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Entwicklungsrisiken. Personale und soziale Ressourcen können als Schutzfaktoren wirken und auf verschiedenen Ebenen identifiziert werden: als individuelle Persönlichkeitsmerkmale, Merkmale des engeren familiären Umfeldes sowie des außerfamiliären Stützsystems. Entsprechend sollte sich Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter nicht nur auf das Kind richten, sondern auch auf die Stärkung sozialer Ressourcen in Familie und Lebenswelt, in Stadtteil und Nachbarschaft.

Gesundheit wird im Alltag hergestellt und auch dort vermittelt. Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter orientiert sich daher an dem Setting, in dem sie realisiert wird. In der frühen Kindheit ist dies zurzeit vor allem die Familie, gefolgt von Kindertagesstätte bzw. Krippe, Stadtteil und Nachbarschaft, denn Entwicklung und Gesundheit wird zu diesem Zeitpunkt besonders durch das Verhalten der Eltern im Umgang mit dem Kind beeinflusst. So brauchen beispielsweise Eltern, die (noch) nicht angemessen auf die Bedürfnisse und Bindungssignale ihres Kindes eingehen können, Unterstützung in ihren Betreuungs- und Erziehungsaufgaben.[6] Zu den bewährten Instrumenten zur Förderung eines Aufwachsens im Wohlergehen gehören Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 SGB V und der Einsatz von Familienhebammen, »Willkommensbesuche« der kommunalen Kinder- und Jugendhilfe bzw. des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder auch, je nach Qualität des Konzepts, der Besuch von Familienpaten. Sie tragen dazu bei, gesundheitliche Risiken und Entwicklungsverzögerungen von Kindern frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

4 Hier ist Sensibilität hinsichtlich kulturellen wie auch sozialen Differenzen gemeint, d. Red.
5 Vgl. den Beitrag von M. von zur Gathen und J. Maywald, Kapitel 6 dieser Arbeitshilfe.
6 Vgl. den Beitrag von J. Klein, Kapitel 6 dieser Arbeitshilfe.

Außerdem sollten mehr Betreuungsplätze für unter Dreijährige geschaffen werden: Die Aussicht auf einen sicheren Betreuungsplatz kann Familien erheblich entlasten und die Chancen für Kinder aus benachteiligten Familien (aufgrund materieller Armut, Alleinerziehendenstatus, sehr junger Elternschaft, Migrationshintergrund) auf ein Aufwachsen im Wohlergehen beträchtlich erhöhen.

Fachkräfte, die in der Familien- oder Schwangerschaftsberatung arbeiten oder als Betreuungspersonen in Kindertageseinrichtungen, in der Familienhilfe, in Stadtteilzentren etc. eingesetzt sind, benötigen nicht nur Wissen über die altersentsprechenden Themen der Gesundheitsförderung, sondern auch Kenntnisse in der beteiligungsorientierten Zusammenarbeit mit Eltern. Angebracht ist eine Haltung des Dialogs mit Eltern in einem vertrauensvollen und offenen Klima, das sich durch die Vermittlung von »Ebenbürtigkeit« auszeichnet. Der Erwerb dieser Einstellung als professioneller Grundhaltung erfordert Ausbildung, kontinuierliche Weiterbildung und Selbstreflexion. Fachkräfte brauchen dazu die zuverlässige Unterstützung von Trägern und Arbeitgebern.[7]

Fachkräfte sollten Eltern Orientierungswissen vermitteln, das ihnen sowohl den Zugang zu den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitssystems erleichtert als auch den Zugang zu Einrichtungen für Familien und Kinder in Stadtteil und Nachbarschaft ebnet. Akzeptanz werden diese Angebote jedoch nur finden, wenn sie alltagsgerecht sind, d.h., wenn sie auf die Bedürfnisse von Eltern und auf ihre Lebenswelt zugeschnitten sind. Für Fachkräfte ist der Auftrag spannungsgeladen, da sie außerdem Signale von Kindesvernachlässigung und Misshandlung frühzeitig wahrnehmen sollen, um in enger Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe Unterstützung anzubieten.

Ein Vorgehen nach diesem Ansatz ist gekennzeichnet durch ressortübergreifende, multiprofessionelle Vernetzung und Kooperation verschiedenster Berufsgruppen wie z.B. Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Kinder- und Jugendhilfe, öffentlicher Gesundheitsdienst, Schwangerschaftsberatungsstellen, Kinderbetreuungseinrichtungen, Familienbildung und -beratung, Krankenkassen. Ihr koordiniertes Zusammenspiel in einem Netzwerk Früher Hilfen in der Kommune erfordert eine hohe Fachkompetenz im Bereich von Vernetzungsaufgaben.[8] Es ist unverzichtbar, denn eine gelungene Kooperation von Fachdiensten, freien Trägern und Initiativen gehört zu den grundlegenden Voraussetzungen für ein Aufwachsen im Wohlergehen.

LITERATUR

Förderung der Kindergesundheit. Berlin

BZgA/RKI (Hrsg.) (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin, Köln

Deutscher Bundestag (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. Drucksache 16/12860. Berlin

Pott, E./Fillinger, U./Paul, M. (2010): Herausforderungen bei der Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter. In: Bundesgesundheitsblatt 2010.53: 1166–1172. Heidelberg/New York: Springer Verlag

Richter-Kornweitz, A. (2011): Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Neuausgabe 2011, S. 215–218

Weiß, H. (2010): Was brauchen Kinder? Lebens- und Entwicklungsbedürfnisse von Kindern. In: G. Holz/A. Richter-Kornweitz (Hrsg.) (2010): Kinderarmut und ihre Folgen – Wie kann Prävention gelingen? München: Ernst Reinhardt Verlag

7 Zur Qualifizierung und den Qualifizierungsbedarfen s. den Beitrag von Stender/Wolff, Kapitel 5 dieser Arbeitshilfe.
8 Zum Thema Vernetzung s.a. das Gespräch mit H. Geier, Kapitel 4 dieser Arbeitshilfe.

Monika Bradna

ANGEBOTE ANONYMER KINDES-ABGABE

Im Jahr 1999 wurde in Deutschland das erste Angebot zur anonymen Kindesabgabe initiiert. In den darauf folgenden Jahren entstanden rasant weitere Angebote. Im Mai 2010 gab es bundesweit mindestens 220 Möglichkeiten zur anonymen Kindesabgabe, davon 90 Babyklappen, 104 Kliniken, die eine anonyme Geburt vornehmen, und 26 Angebote zur anonymen Übergabe (Coutinho/Krell 2011, S. 84). Zentrale Zielsetzung dieser Maßnahmen war es, Tötung und Aussetzung von Säuglingen zu verhindern sowie Schwangere und Mütter in problematischen Lebenssituationen zu unterstützen. Für die Anbieter anonymer Geburt spielte zusätzlich der Gesundheitsschutz für Mutter und Kind eine wichtige Rolle. Gleichzeitig wurden von Beginn an ethische und rechtliche Bedenken gegen die Angebote anonymer Kindesabgabe vorgebracht (Deutscher Ethikrat 2009).

Charakteristische Merkmale der Angebote und ihre Nutzung

In diesem Bereich gibt es neben konfessionellen auch kommunale und private Träger. Abhängig von der individuellen Zielsetzung und dem zugrunde liegenden Konzept werden die Angebote zur anonymen Kindesabgabe teilweise durch Beratungsleistungen und/oder weiterführende Hilfen ergänzt. Die vorhandenen Optionen anonymer Kindesabgabe lassen sich anhand ihrer konzeptionellen Anlage in drei Typen gliedern:

- Bei der **anonymen Geburt** sind (zumindest) während und nach der Geburt die medizinische Versorgung und ein persönlicher Kontakt gewährleistet. Viele Träger anonymer Geburt bieten den hilfesuchenden Frauen zusätzliche Beratung und Unterstützung an. Dabei werden keine Daten zur Person erhoben. Im Anschluss an die Geburt setzt die medizinische Einrichtung die örtlichen Behörden in Kenntnis und das Jugendamt nimmt den Säugling in Obhut.
- Eine weitere Möglichkeit zur anonymen Kindesabgabe stellt das Angebot der **Babyklappe** dar. Hier ist eine medizinische und psychosoziale Betreuung nur möglich, insoweit sich die betroffene Frau persönlich beim Träger meldet und dieser ein solches Angebot vorhält bzw. mit entsprechenden Kooperationspartnern zusammenarbeitet. Die weitere Versorgung und Unterbringung des Kindes nach Ablage in der Babyklappe variiert sehr stark, abhängig vom Konzept des Trägers.
- Eine dritte Möglichkeit stellt die **anonyme Übergabe** dar. Die leibliche Mutter vereinbart mit dem Anbieter telefonisch Zeitpunkt und Ort der Übergabe. Auch hier besteht zunächst keine Möglichkeit zur medizinischen Versorgung oder Beratung der Mutter. Erst durch den persönlichen Kontakt bei der Übergabe des Säuglings kann auf Beratungsangebote und Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen werden.

Die konkrete Ausgestaltung der einzelnen Angebote weist (auch innerhalb eines einzelnen Typs) eine große Heterogenität auf und wird von der Werthaltung der Träger beeinflusst. Ob ein Beratungsangebot vorgehalten wird, ob und über welche spezifischen beruflichen Qualifikationen die Beratenden verfügen, ob mit anderen Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen Kooperationen eingegangen werden, ob und wie eine Falldokumentation erfolgt, wann die Abgabe des Kindes an das Jugendamt gemeldet wird u.v.m. wird unterschiedlich gehandhabt.

Innerhalb von zehn Jahren[1] (2000 bis 2009) wurden insgesamt 973 Kinder anonym abgegeben, davon etwa zwei Drittel im Rahmen einer anonymen Geburt, ein Drittel über eine Babyklappe. Lediglich 43 Säuglinge wurden anonym übergeben. Knapp die Hälfte aller anonym geborenen Kinder wurde über das Angebot eines einzelnen Trägers abgegeben. Die hohe Inanspruchnahme von Angeboten einzelner Träger lässt sich einerseits auf die intensive professionelle Bewerbung des Angebots sowie auf den Aktionsradius des Trägers und andererseits auf das Informationsverhalten hilfesuchender Frauen zurückführen (s.u.).

1 Die nachfolgenden Daten sind einer Untersuchung von Coutinho/Krell (2011) entnommen.

Zu der Lebenssituation und den Anonymitätsbedürfnissen der Nutzerinnen

In den ersten Gründungsjahren der Angebote anonymer Kindesabgabe gingen viele Träger davon aus, dass bestimmte Personengruppen, nämlich Prostituierte, substanzabhängige Frauen, Minderjährige und Migrantinnen, diese Angebote verstärkt nachfragen würde. Mit zunehmender Praxis und ebenso in empirischen Untersuchungen (Kuhn 2005; Rupp 2007; Coutinho/Krell 2011) zeigte sich, dass sich keine bestimmte Nutzerinnengruppe ausmachen lässt. Nur ein geringer Anteil ist minderjährig. Das Alter der meisten Nutzerinnen liegt zwischen 18 und 35 Jahren. Insgesamt ist die gesamte Bandbreite von Frauen im gebärfähigen Alter vertreten. Diese Vielfalt zeigt sich auch hinsichtlich des Bildungsniveaus, der Familien- oder Lebensform und der wirtschaftlichen Situation (Coutinho/Krell 2011, S. 143 f.).

Gemeinsam sind den Nutzerinnen der Angebote anonymer Kindesabgabe Verdrängungsmechanismen während der Schwangerschaft, die sehr ausgeprägt sind. Die Erkenntnis, schwanger zu sein, findet erst zu einem sehr späten Zeitpunkt statt und löst panikartige Reaktionen aus. Die meisten Frauen begeben sich im Internet auf Hilfesuche und stellen ihre Recherche ein, sobald sie auf ein Angebot gestoßen sind, das ihnen bei der Kindesabgabe Anonymität zusichert. Dieses Verhalten belegt auch der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme: 80 % der Frauen nehmen wenige Wochen vor der Geburt oder sogar erst mit dem Einsetzen der ersten Wehen Kontakt auf.

Die Verdrängung oder Verheimlichung einer Schwangerschaft gegenüber dem sozialen Umfeld hat eine Vielzahl von Gründen;[2] ein einzelnes, besonderes Motiv lässt sich nicht ausmachen. Frauen empfinden Angst oder Scham wegen ihrer Schwangerschaft gegenüber den Eltern, Schwiegereltern oder dem Freundeskreis. Sie befürchten, dass sie ihr gewohntes Leben nicht weiterführen können, beispielsweise ihren Ausbildungs- oder Arbeitsplatz verlieren könnten. Einige lehnen einen Abbruch der Schwangerschaft aus religiösen oder kulturellen Gründen ab und sehen in einer Adoption keine Alternative, da sie glauben, dass die Familie und der Bekanntenkreis den Wunsch, das Kind abzugeben, nicht verstehen würden. Manche wissen um die ablehnende Haltung des Partners zu einem (weiteren) Kind und entscheiden sich deswegen für eine anonyme Kindesabgabe.

Der Wunsch der Mütter nach Anonymität unterscheidet sich gegenüber unterschiedlichen Personengruppen oder Institutionen. Das Bedürfnis nach Anonymität ist gegenüber der (Herkunfts-)Familie und dem sozialen Umfeld besonders stark ausgeprägt, gefolgt vom Arbeitgeber, dem Jugendamt sowie dem Vater des Kindes. Am schwächsten ist das Anonymitätsbedürfnis der Frauen gegenüber dem Kind selbst entwickelt (Coutinho/Krell 2011).

Zwei Drittel der Nutzerinnen der Angebote anonymer Kindesabgabe gaben letztlich ihre Anonymität auf. Wesentlichen Einfluss auf diese Entscheidung hatte die Inanspruchnahme eines Beratungsangebots. Ihre Kinder wurden entweder im Rahmen einer regulären Adoption in eine neue Familie vermittelt oder in die Herkunftsfamilie zurückgeführt (Coutinho/Krell 2011, S.190 ff). Mehr als 300 Kinder blieben dauerhaft anonym. Der Großteil dieser Kinder wurde – nachdem statt der Eltern ein Familiengericht die Adoption freigegeben hatte – ohne Kenntnis der eigenen Herkunft adoptiert.

Pro und Contra

Die anonyme Kindesabgabe steht seit ihrer Einführung in der Kritik; insbesondere die Behauptung, Leben würden gerettet, stößt auf Widerspruch. Die Nutzung dieser Angebote setzt ein gewisses Maß an planvollem Handeln voraus. Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass Frauen, die ihre Kinder nach der Geburt töten oder aussetzen, nicht in der Lage sind, dieses Mindestmaß aufzubringen, um auf anonyme Angebote zurückgreifen zu können (Swientek 2007). Diese Einschätzung wird dadurch unterstrichen, dass die Anzahl der getöteten und ausgesetzten Neugeborenen seit Einführung der Angebote zur anonymen Kindesabgabe nicht gesunken ist.[3]

2 S.a. den nachfolgenden Beitrag von Th. Höynck in dieser Arbeitshilfe.
3 In Deutschland existiert keine amtliche Statistik, die Tötungen und Aussetzungen von Neugeborenen erfasst. Behelfsweise werden Presseberichte analysiert (vgl. Höynck/Zähring/Behnsen 2011, S. 11 ff.).

Dem Lebensschutz stehen der Wunsch nach Anonymität seitens der Mutter und das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Herkunft gegenüber. Während Kritiker eine Vielzahl von verfassungs-, zivil- und strafrechtlichen Vorschriften verletzt sehen (Thürkow 2010; Harnisch 2009; Teubel 2009; Elbel 2007; Mielitz 2006), argumentieren die Befürworter der anonymen Angebote, dass sämtliche Rechtsgüter dem Verfassungsrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) unterzuordnen sind. Diese Argumentation baut auf der Annahme auf, dass durch die Angebote der anonymen Kindesabgabe Leben gerettet werden (Hassemer/Eidam 2012).

Ausblick

Eine gesetzliche Grundlage zur Regelung der Angebote zur anonymen Kindesabgabe steht seit den Anfängen im Jahr 1999 aus. Für die Umsetzung von Angeboten anonymer Kindesabgabe fehlen rechtsverbindliche Verfahren und Standards, die Trägern und Jugendämtern Handlungssicherheit geben. Eine Klärung ist insbesondere für folgende Handlungsschritte erforderlich:

- Zeitpunkt und Ort (Gebietskörperschaft) der Meldung an die zuständige(n) Behörde(n);
- Klare Trennung der Aufgaben der Träger von Angeboten anonymer Kindesabgabe und der Jugendämter bei Verfahren zur Inobhutnahme, Vormundschaft und Adoption;
- Prüfung im Falle eines Rücknahmewunsches seitens der leiblichen Mutter bzw. der Eltern;
- Qualitätsstandards für die Beratungsarbeit im Kontext anonymer Kindesabgabe.

Vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. wurden Empfehlungen zu den Mindeststandards von Babyklappen verabschiedet.[4] Diese richten sich vorrangig an die Träger von Babyklappen und Jugendämter, aber implizieren auch für die Länder einen Aufforderungscharakter, bei den Trägern dieser Angebote auf die Einhaltung von Qualitätsstandards hinzuwirken.[5] Und auch die Hinweise zu den rechtlichen Mindestanforderungen für den Betrieb einer Babyklappe des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht[6] zeigen Trägern und Kommunen auf, wie sie für ein Mehr an Handlungs- und Rechtssicherheit sorgen können.

Vertrauliche Geburt

Das Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt, das zum 1. Mai 2014 in Kraft getreten ist, nimmt keine Regulierung der bestehenden Angebote anonymer Kindesabgabe vor. Vielmehr zielt es darauf ab, das vorhandene (legale) Hilfesystem für Schwangere besser bekannt zu machen sowie auszubauen und führt, eingebettet in ein gestuftes Beratungsverfahren,[7] die vertrauliche Geburt ein. Die vertrauliche Geburt stellt eine Variante der anonymen Geburt dar, bei der die Mutter ihre Personendaten hinterlässt, diese aber nicht an die Behörden weitergegeben werden und für einen Zeitraum von 16 Jahren zunächst auch für das Kind unzugänglich bleiben. Hierbei kommt den Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen eine Schlüsselfunktion zu: Sie sind die anonym beratende Instanz im Rahmen der vertraulichen Geburt und bilden zugleich die Schnittstelle zu den weiteren im Prozess der vertraulichen Geburt involvierten Einrichtungen und Behörden, die die Anonymität der Frauen sicherstellt.

Die Beraterin der Schwangerschafts(konflikt)beratungsstelle ist zur Geheimhaltung verpflichtet. Die persönlichen Daten der Mutter werden versiegelt und sicher verwahrt und dürfen ausschließlich vom Kind nach 16 Jahren eingesehen werden. Gegen diese Offenlegung

4 Vgl. Das Jugendamt 11/2013, S. 569 ff.
5 In den Empfehlungen des Deutschen Vereins wird auch klargestellt, dass die im § 44 SGB VIII genannte Achtwochenfrist, bevor eine Pflegeerlaubnis erforderlich wird, bei der anonymen Kindesabgabe nicht greift. Einige Träger berufen sich fälschlicherweise auf diese Achtwochenfrist und begründen damit, dass sie die Abgabe des Säuglings erst nach acht Wochen den zuständigen Stellen melden, bzw. weisen in ihrem Informationsmaterial darauf hin, dass die leiblichen Eltern nur innerhalb des Zeitraums von acht Wochen die Möglichkeit haben, das Kind zurückzunehmen (vgl. (Coutinho/Krell 2011).
6 Vgl. Das Jugendamt 11/2013, S. 564 ff.
7 Vgl. hierzu den nachfolgenden Beitrag von R. Hölscher-Mulzer in dieser Arbeitshilfe.

kann die Mutter nach Ablauf von frühestens 15 Jahren Widerspruch einlegen. Ob wichtige schutzwürdige Belange der Mutter der Offenlegung ihrer Identität entgegenstehen, wird auf Antrag des Kindes in einem familiengerichtlichen Verfahren entschieden. Auch im Rahmen des Gerichtsverfahrens hat die Mutter die Möglichkeit, anonym zu bleiben.

Mit der vertraulichen Geburt wird also eine weitere Angebotsvariante eingeführt, die – anders als bei den Angeboten der anonymen Geburt – allen Beteiligten Rechts-, Handlungs- und Kostensicherheit gibt. Ob das Gesetzesziel, heimliche Geburten außerhalb von medizinischen Einrichtungen zu reduzieren, erreicht wird, soll drei Jahre nach Inkrafttreten ein Evaluationsbericht zu den Auswirkungen des Ausbaus der Hilfen auf die Angebotsstrukturen insgesamt zeigen.

LITERATUR

Coutinho, J./Krell, C., unter Mitarbeit von Bradna, M. (2011): Anonyme Geburt und Babyklappen in Deutschland. Fallzahlen, Angebote, Kontexte. Abschlussbericht. Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.). München

Deutscher Ethikrat (2009): Das Problem der anonymen Kindesabgabe. Berlin

Höynck, Th./Zähring, U./Behnsen, M. (2011): Neonatizid. Expertise im Rahmen des Projektes »Anonyme Geburt und Babyklappen in Deutschland«. München

Swientek, Ch. (2007): Ausgesetzt, verklappt, anonymisiert. Deutschlands neue Findelkinder. Burgdorf Ehlershausen: Kirchturmverlag

Regine Hölscher-Mulzer

ANONYME BERATUNG NACH § 2 SCHWANGERSCHAFTSKONFLIKTGESETZ

Ausgangssituation

Im Zuge des Bundeskinderschutzgesetzes wurde auch ein Rechtsanspruch auf anonyme Beratung im Rahmen der allgemeinen Schwangerschaftsberatung nach § 2 Abs. 1 SchKG (analog zur Schwangerschaftskonfliktberatung § 6 Abs. 2 SchKG) neu aufgenommen. Somit kann eine Beratung »auf Wunsch anonym« erfolgen.

Selbst wenn anonyme Beratung schon vorher möglich war und auch aktiv angeboten wurde, so sollte doch mit dem eigens festgeschriebenen Rechtsanspruch ein zusätzliches vertrauensbildendes Element geschaffen werden – insbesondere für Frauen, die mit dem Bekanntwerden ihrer Schwangerschaft große Ängste verbinden und sie womöglich sogar verheimlichen. Diese Frauen sollen im Folgenden besonders berücksichtigt werden. Gleichzeitig sollte die Anonymitätszusage möglichen Befürchtungen der Ratsuchenden entgegenwirken, durch die Kooperation der Schwangerschaftsberatung im Netzwerk Frühe Hilfen könnten ihre persönlichen Fälle zur Sprache kommen.

Gesetzesbegründung zum BKiSchG, Artikel 3 Änderungen anderer Gesetze: zu § 2 SchKG[1]

Für einen wirksamen und aktiven Kinderschutz ist es besonders wichtig, die im Fokus der Frühen Hilfen stehenden Zielgruppen möglichst frühzeitig schon in der Schwangerschaft zu erreichen. Insbesondere gilt, Beratungswege auch zu denjenigen Schwangeren in besonders prekären Notlagen und Konfliktsituationen zu finden, die bislang den Zugang zum öffentlich finanzierten Hilfesystem nicht gefunden haben. Dazu zählen auch Frauen, die ihre Schwangerschaft verdrängen oder gegenüber ihrem Umfeld verheimlichen. Ein Rechtsanspruch auch auf anonyme Beratung ist unverzichtbare Voraussetzung, um Zugangshindernisse zur Beratung abzubauen und die Möglichkeit einer anonymen Beratung verbindlich anzubieten sowie in der Öffentlichkeit besser bekannt zu machen. Die Anonymitätszusage ist zudem erforderlich, um etwaigen Befürchtungen der Ratsuchenden entgegenzuwirken, die die zukünftige Mitwirkung der Schwangerschaftsberatungsstellen im Netzwerk Frühe Hilfen dahingehend auslösen kann, die Kooperation erstrecke sich nicht nur auf strukturelle Fragen, sondern auch auf Einzelfälle.

Das Recht auf anonyme Beratung kommt grundsätzlich **allen** Ratsuchenden in der Schwangerschaftsberatung zu – auch nach der Geburt des Kindes (vgl. § 2 Abs. 3 SchKG). Die besonderen Zugangsmöglichkeiten der Schwangerschaftsberatung gerade auch zu Zielgruppen, die im Fokus der Frühen Hilfen stehen, basieren auf ihrem grundlegenden Vertrauensverhältnis zu den Ratsuchenden, das durch den Rechtsanspruch auf anonyme Beratung noch gestärkt wird (vgl. NZFH/BAGFW 2010, S. 10).

In der Gesetzesbegründung wird eine Zielgruppe eigens hervorgehoben, auf die im Folgenden besonders eingegangen werden soll: Frauen, die ihre Schwangerschaft vor ihrem sozialen Umfeld verheimlichen.

Wenngleich es für diese Schwangeren ab Mai 2014 möglich ist, vertraulich zu entbinden,[2] so ist doch der Dreh- und Angelpunkt ihre Erreichbarkeit. Die Zusage unbedingter Anonymität kann den Zugang in die Schwangerschaftsberatung und damit in die individuelle psychosoziale Beratung und Begleitung erleichtern. Eine Frau, die – aus welchem Grund auch immer – ihre Schwangerschaft vor ihrem Umfeld verbergen will, wird nur dann Beratung, Begleitung und Unterstützung in Anspruch nehmen, wenn sie auch sicher sein kann, dass ihre Identität nicht preisgegeben wird. Nur dann ist die notwendige Vertrauensbasis für eine konstruktive Zusammenarbeit gegeben (vgl. Hölscher-Mulzer 2008, S. 39). Die Erfahrungen zeigen, dass sich in der Vergangenheit über eine Anonymitätszusage Frauen ansprechen ließen, die über die herkömmlichen Beratungs- und Hilfeangebote nicht oder nur schwer erreicht wurden.

1 AGJ 2012, S. 222 f.
2 S. Ausblick sowie den Beitrag von M. Bradna, Kapitel 6.

Notsituationen

Die Notsituationen von Frauen, die ihre Schwangerschaft (zunächst) nicht bemerken, nicht wahrhaben wollen, verdrängen oder verheimlichen und in der späteren Schwangerschaft zunehmend unter Druck geraten, sind in der Regel sehr komplex. Meist kommen mehrere Probleme zusammen, wie z. B. komplizierte Beziehungsdynamiken, soziale Notsituationen sowie der subjektiv empfundene Druck durch die Familie oder das soziale Umfeld, kulturelle oder religiöse Werte oder akute psychische und physische Überforderungssituationen (vgl. Coutinho/Krell/Bradna 2011, S. 17).[3]

Als Gemeinsamkeit lassen sich bei den Frauen, die ihre Schwangerschaft verheimlichen, allenfalls diffuse, panikartige Ängste, verbunden mit einer gewissen Sprach- und Hilflosigkeit, feststellen, die eine Öffnung nach außen sowie die Inanspruchnahme adäquater Unterstützung verhindern (vgl. a.a.O., S. 17 f. und S. 144). Hinzu kommen der zunehmend große Aufwand, den die Verheimlichung der Schwangerschaft mit sich bringt, sowie die Angst vor der näher rückenden Geburt, die die Frauen zusätzlich unter Druck setzen und noch stärker in die Isolation drängen.

Was brauchen die betroffenen Frauen?

Frauen, die ihre Schwangerschaft verheimlichen, brauchen zunächst eine gezielte Ansprache, die sie in ihrer oft isolierten Lage möglichst frühzeitig erreicht. Dazu bedarf es eines Ausbaus niedrigschwelliger anonymer Zugänge wie Hotlines oder Onlineberatung, die ihnen eine Kontaktaufnahme auch zu unkonventionellen Zeiten ermöglichen. Gerade Frauen, die ihre Schwangerschaft verbergen, können sich, bedingt durch ihre Lebenssituation, oft nicht tagsüber bzw. im Rahmen von festgelegten Sprechzeiten melden (vgl. a.a.O., S. 294).

Wenn ein Kontakt zur Beratungsstelle hergestellt ist, gilt es auf die Bedürfnisse der Schwangeren nach Vertraulichkeit und einem geschützten Rahmen einzugehen und ihr Raum und Zeit zu geben – nach Möglichkeit in einem persönlichen Gespräch. Ziel wird es sein, den Kontakt zu halten, eine Beziehung auf- und Ängste abzubauen um der Gefahr entgegenzuwirken, dass die Frau ihr Kind alleine, ohne medizinische Unterstützung, heimlich zur Welt bringt.

Wichtig ist es, der Ratsuchenden zu vermitteln, dass – auch wenn sie ihre Anonymität aufgibt – die Beraterin/der Berater an Schweigepflicht und Sozialdatenschutz gebunden ist.

Inhaltlich wird sich die anonyme Beratung nicht von einer psychosozialen Beratung unterscheiden, bei der die Identität der Schwangeren bekannt ist. Sie umfasst das gleiche Aufgabenspektrum, es gelten die gleichen fachlichen Standards und Qualitätsanforderungen. Wie in jeder Schwangerschaftsberatung geht es darum, mit der Frau gemeinsam ressourcenorientierte tragfähige Lösungen zu erarbeiten sowie Perspektiven für Mutter und Kind zu entwickeln. Selbstverständlich wird die Beratung und Begleitung ergebnisoffen sein, individuell, möglichst passgenau und unbürokratisch auf die Bedürfnisse und Bedarfslagen der Ratsuchenden abgestimmt.

Allerdings steht die Beratung von Frauen, die ihre Schwangerschaft verheimlichen, auch im Spannungsfeld zwischen dem Wissen um die Grundrechte des Kindes auf Leben, Fürsorge und Kenntnis seiner Abstammung und dem Auftrag, der Frau in ihrer Konfliktsituation angemessen zu helfen. Dieses Spannungsfeld gilt es in der Beratung offenzulegen, wenn ein vertrauensvoller Zugang zur Ratsuchenden gelungen ist (vgl. Hölscher-Mulzer 2008, S. 36).

Die Erfahrungen zeigen, dass viele Ratsuchende, die Vertrauen in der Beratung fassen konnten, die adäquat beraten und unterstützt wurden, ihre Anonymität im Laufe des Beratungsprozesses – spätestens nach der Geburt – aufgegeben haben (vgl. a.a.O., S. 33; vgl. auch Coutinho/Krell/Bradna 2011, S. 161 f.).[4]

Eine Herausforderung für die Schwangerschaftsberatung kann die Vermittlung konkreter und flankierender Hilfeleistungen sein, wenn die Identität der Ratsuchenden nicht bekannt ist. Möglicherweise bedarf es hier des Auf- und Ausbaus zusätzlicher unbürokratischer und kurz-

3 Allerdings finden sich solch schwierige Problemkonstellationen auch bei Ratsuchenden, die unter Angabe ihres Namens eine Schwangerschaftsberatungsstelle aufsuchen.

4 Die drei meistgenannten Gründe für die Aufgabe der Anonymität waren: 1. die Stabilisierung durch Beratung und Begleitung, 2. die Geburt und der Kontakt zum Neugeborenen, 3. weil die Frau das Kind behalten wollte.

fristiger Hilfen, beispielsweise wenn eine anonyme Unterbringung der Frau zu ihrem Schutz notwendig wird.

Rechtsanspruch auf vertrauliche Geburt ab 1. Mai 2014[5]

Der Rechtsanspruch auf anonyme Beratung nach § 2 Abs. 1 SchKG war eine wesentliche Voraussetzung für die Einführung der vertraulichen Geburt.[6] Das »Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt«[7] ist zum 1. Mai 2014 in Kraft getreten. Damit ist die jahrelange Debatte um ein rechtssicheres Angebot für Frauen, die Schwangerschaft und Geburt geheim halten wollen, abgeschlossen. Mit der Einführung der vertraulichen Geburt erhalten betroffene Frauen ein umfassendes Angebot im Sinne eines Stufenmodells: Zunächst geht es darum (1. Stufe), die Schwangeren zu ermutigen, die bereits vorhandenen Angebote im Rahmen der allgemeinen Schwangerschaftsberatung anzunehmen. Dazu sind kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit und die Bekanntmachung der Hilfen nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz, insbesondere des Anspruchs auf anonyme Beratung nach § 2 Abs. 1 SchKG, sowie die Einrichtung einer bundesweiten Hotline, die rund um die Uhr erreichbar ist, vorgesehen (vgl. § 1 Abs. 4 und 5 SchKG neu). Die Chance, dass Schwangere ihre Situation durch den persönlichen Kontakt in der Beratung neu überdenken, ihre Anonymität aufgeben und sich im Idealfall sogar für ein Leben mit dem Kind entscheiden, ist so am größten.[8] In § 2 SchKG wird deshalb ein 4. Absatz neu aufgenommen:

§ 2 Abs. 4 SchKG

Einer Schwangeren, die ihre Identität nicht preisgeben und ihr Kind nach der Geburt abgeben möchte, ist ein ausführliches ergebnisoffenes Beratungsgespräch zur Bewältigung der psychosozialen Konfliktlage anzubieten. Inhalt [sic] des Beratungsgespräches sind: geeignete Hilfsangebote zur Bewältigung der Situation und zur Entscheidungsfindung sowie Wege, die der Schwangeren die Aufgabe der Anonymität oder ein Leben mit dem Kind ermöglichen.

Erst wenn alle Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten nach § 2 SchKG ausgeschöpft sind und keine annehmbaren Alternativen gefunden werden, die der Lebenssituation und Elternverantwortung entsprechen, wird als 2. Stufe die Möglichkeit einer vertraulichen Geburt (§§ 25–34 SchKG) erörtert:[9]

§ 25 Abs. 1 SchKG

Eine nach § 2 Abs. 4 beratene Schwangere, die ihre Identität nicht preisgeben möchte, ist darüber zu informieren, dass eine vertrauliche Geburt möglich ist. Vertrauliche Geburt ist eine Entbindung, bei der die Schwangere ihre Identität nicht offenlegt und stattdessen die Angaben nach § 26 Abs. 2 Satz 2 macht.

Dabei ist vorgesehen, dass die Schwangere unter einem Pseudonym entbinden kann. Um die Rechte des Kindes zu sichern, werden ihre Daten in einem verschlossenen Umschlag (Herkunftsnachweis) 16 Jahre verwahrt. Die Mutter kann allerdings nach 15 Jahren Gründe gegen das Einsichtsrecht des Kindes in den Herkunftsnachweis nach Vollendung seines 16. Lebensjahres geltend machen.

Der Schwangerschaftsberatung wird also bei der vertraulichen Geburt eine Schlüsselrolle zukommen. Ob sich die betroffene Frau auf das Prozedere der vertraulichen Geburt einlassen kann, wird entscheidend davon abhängen, ob sie in der anonymen Beratung Vertrauen fassen kann, dass ihr Umfeld nichts von Schwangerschaft und Geburt erfährt, wenn ihre Daten für ihr Kind in einem verschlossenen Umschlag hinterlegt werden.

5 Es würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, auf die einzelnen Schritte der vertraulichen Geburt nach §§ 25–34 SchKG (neu) im Einzelnen einzugehen.
6 Vgl. die Gesetzesbegründung zum »Entwurf eines Gesetzes zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt« vom 19.3.2013: BT Drucksache 17/12814, S. 9 (identisch 15.4.2013).
7 BGBl 2013 Teil I Nr. 53, S. 3458–3462.
8 Vgl. Gesetzesbegründung a.a.O.
9 Vgl. BGBl 2013 Teil I Nr. 53, S. 3458–3462.

Das Gesetz zur vertraulichen Geburt sieht ausdrücklich vor, dass eine Schwangere, die sich nicht zu diesem Schritt durchringen kann, weiterhin einen Rechtsanspruch auf anonyme Beratung und ausdrücklich auch auf Hilfe hat:

§ 25 Abs. 5 SchKG
Lehnt die Frau eine vertrauliche Geburt ab, so ist sie darüber zu informieren, dass ihr das Angebot der anonymen Beratung und Hilfe jederzeit weiter zur Verfügung steht.

Auch nach der Geburt hat die Mutter Anspruch auf (anonyme) Beratung. Das wird über § 2 Absatz 3 SchKG hinaus ausdrücklich auch in § 30 Abs. 1 SchKG geregelt:

§ 30 Abs. 1 SchKG
Der Mutter ist auch nach der Geburt des Kindes Beratung nach § 2 Abs. 4 und § 25 Abs. 2 und 3 anzubieten. Dies gilt auch, wenn kein Herkunftsnachweis erstellt worden ist.

Somit stehen einer Frau, die ihr Kind heimlich gebärt oder anonym in einer geburtshilflichen Einrichtung oder bei einer niedergelassenen Hebamme entbindet, sowie einer Frau, die ihr Kind anonym in einer Babyklappe oder persönlich abgibt, (anonyme) Beratung und die Hilfen, die das Schwangerschaftskonfliktgesetz vorsieht, uneingeschränkt zur Verfügung (vgl. Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht 2013, Punkt 15).

Es wird spannend werden, die Umsetzung des neuen Gesetzes, seine Wirkungen und Auswirkungen – gerade auch auf die Schwangerschaftsberatung und die Inanspruchnahme anonymer Beratung – zu beobachten. Dabei wird sich zeigen, ob sich das Gesetz im Hinblick auf die Erreichbarkeit der Frauen, die ihre Schwangerschaft verheimlichen, bewähren wird.

LITERATUR

(AGJ) Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (Hrsg.) (2012): Sozialgesetzbuch VIII auf dem Stand des Bundeskinderschutzgesetzes – Gesamttext und Begründungen. 17., unveränderte Auflage. Berlin

BGBl 2013 Teil I Nr. 53: Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt, S. 3458–3462

Coutinho, J./Krell, C., unter Mitarbeit von Bradna, M. (2011): Anonyme Geburt und Babyklappen in Deutschland. Fallzahlen, Angebote, Kontexte. Abschlussbericht. Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.). München

Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (2013): Hinweise zu den rechtlichen Mindestanforderungen für den Betrieb einer Babyklappe. Heidelberg

Gesetzesbegründung zum »Entwurf eines Gesetzes zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt« vom 19.3.2013: BT Drucksache 17/12814

Hölscher-Mulzer, R. (2008): Erfahrungen des Sozialdienst katholischer Frauen mit anonymer Geburt und Babyklappe. In: Korrespondenzblatt 1-2008, S. 27–40

(NZFH/BAGFW) Nationales Zentrum Frühe Hilfen/ Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Hrsg.) (2010): Die Bedeutung der Schwangerschaftsberatung im Kontext Früher Hilfen. Standortbestimmung. Köln

Theresia Höynck

ERGEBNISSE DER KFN-STUDIE ZU NEONATIZIDEN

Die hier vorstellten Forschungsergebnisse zu Neonatiziden (Definition im folgenden Abschnitt) entstammen dem von der Fritz Thyssen Stiftung geförderten KFN-Forschungsprojekt »Tötungsdelikte an Kindern«. Im Rahmen dieses Projekts wurden bundesweit alle Strafakten zu Fällen aus den Jahren 1997 bis 2006 untersucht, bei denen nach Abschluss der polizeilichen Ermittlungen der Verdacht auf ein vorsätzliches, vollendetes Tötungsdelikt[1] an einem Kind im Alter von 0 bis unter 6 Jahren bestand. Es konnten aus den Akten Daten zu 535 Opfern und 354 Täterinnen und Tätern erhoben werden, davon betrafen 199 (37,2 %) Opfer von Neonatiziden, 92 die entsprechenden Täterinnen.[2] Als Neonatizide wurden Fälle klassifiziert, bei denen die Kinder während oder unmittelbar nach der Geburt durch die biologische Mutter getötet wurden.[3] Es wurden Daten zu Opfern und Täterinnen und deren Lebensumfeld sowie zu Tathintergrund, Tatverlauf und zum Strafverfahren erhoben. Außerdem wurden (gefördert vom BMFSFJ) insgesamt 24 Interviews mit verurteilten Täterinnen und Tätern geführt, davon vier mit Täterinnen eines Neonatizids.[4]

Neonatizide sind – entgegen dem gelegentlich medial vermittelten Bild – seltene Delikte, die, soweit sich das den verfügbaren Daten entnehmen lässt, in den letzten Jahren nicht zugenommen haben. Es kann davon ausgegangen werden, dass jährlich in Deutschland etwa 20 bis 35 Neonatizide entdeckt werden. Die Dunkelziffer ist nicht auch nur annähernd verlässlich zu schätzen. Sie dürfte angesichts der Verdeckungsmöglichkeiten nicht ganz unerheblich sein.

Opfer von Neonatizden

Opfer von Neonatiziden sind definitionsgemäß Neugeborene, die während oder unmittelbar nach der Geburt getötet werden. Zum Zeitpunkt der Tötung waren sie zumeist noch nicht einmal wenige Stunden alt, meist soeben geboren, und wiesen keine besonderen Merkmale auf. Der Anteil männlicher und weiblicher Opfer war ausgeglichen. Es fanden sich in Bezug auf Krankheit, Behinderung oder Frühgeburtlichkeit keinerlei auffällige Werte. Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit waren nicht überrepräsentiert.

Soziodemografische Merkmale der Täterinnen

Die Täterinnen waren zum Tatzeitpunkt durchschnittlich 24 Jahre alt, ca. 16 % waren jünger als 18 Jahre, knapp 21 % waren zwischen 18 und 20 Jahre alt, die größte Altersgruppe bilden die 21 bis 29 Jahre alten Frauen. Es handelt sich also, anders als häufig angenommen, bei den Täterinnen keineswegs überwiegend um sehr junge Frauen. Auch bezogen auf andere Merkmale wiesen die Täterinnen keine Besonderheiten auf: So waren Nichtdeutsche nicht nennenswert überrepräsentiert, es gab keine Häufung auffälliger biografischer Belastungsmerkmale wie instabile Familienverhältnisse in der eigenen Kindheit; strafrechtliche Vorauffälligkeit war ebenso wie Alkohol- oder Drogenmissbrauch die klare Ausnahme. Der formelle Bildungsstand gemessen am Schulabschluss lag etwas unter dem Bevölkerungsdurchschnitt, dennoch verfügte die weitaus größte Zahl der Täterinnen zumindest über einen niedrigen oder mittleren Schulabschluss, es fanden sich durchaus auch Täterinnen mit Abitur. Fast 30 % lebten zum Tatzeitpunkt mit einem Partner zusammen, zumeist handelte es sich dabei um den Vater des getöteten Kindes. Ein relativ großer Anteil, über ein Drittel, lebte noch in der Herkunftsfamilie.

1 Einschließlich der erfolgsqualifizierten Delikte, also z. B. Körperverletzung mit Todesfolge, § 227 StGB.
2 Als Täter bzw. Täterinnen wurden im Forschungsprojekt «Tötungsdelikte an Kindern« nur verurteilte Personen bezeichnet sowie solche, die aufgrund von Schuldunfähigkeit freigesprochen wurden, und Personen, die das Kind im Rahmen eines vollendeten erweiterten Suizids getötet hatten. Die bei Neonatiziden besonders geringe Zahl der Täterinnen im Vergleich zu Opfern beruht darauf, dass es im Falle tot aufgefundener Neugeborener im öffentlichen Raum häufig nicht gelingt, die Täterin zu ermitteln.
3 Die anderen Fallgruppen wurden mit Misshandlung, Vernachlässigung, psychische Erkrankung, erweiterter Suizid, zielgerichtete Tötung, Sonstiges, unklarer plötzlicher Kindstod bezeichnet. Zur Fallgruppenbildung, auch zu Subgruppen bei den Neonatiziden, s. Höynck/Zähringer/Behnsen, S. 9 f.
4 Täterinnen von Neonatiziden waren im Verhältnis zum Anteil der Neonatizide an allen untersuchten Delikten unterrepräsentiert, da sie besonders häufig nicht mehr unter den in den Akten verfügbaren Adressen erreichbar waren.

Verdrängung/Verleugnung der Schwangerschaft als zentrales Merkmal

Das für ein Verständnis von Neonatiziden zentrale Merkmal ist die Tatsache, dass in aller Regel die in der Tötung des Kindes endende ungewollte Schwangerschaft verdrängt, jedenfalls aber verheimlicht wurde.[5] Dies zeigte sich auch bei den im Rahmen der KFN-Studie untersuchten Fällen. Dabei ließen sich die in der Literatur oft vorhandenen Abgrenzungen zwischen den Phänomenen »Verdrängung« und »Verheimlichung« nicht finden, vielmehr gab es vielfältige Mischformen sowie fließende Übergänge. Nach einer dem Umfeld verborgen gebliebenen Schwangerschaft wurden die Frauen von der Geburt überrascht, sie gebaren die Kinder meistens zu Hause und fast immer allein und ohne fremde Hilfe. Sie waren dann nicht mehr in der Lage, die Situation überlegt und angemessen zu bewältigen, selbst wenn sie, was allerdings sehr selten berichtet wurde, im Vorfeld überlegt hatten, was sie nach der Geburt mit dem Kind tun könnten. Konkrete Ängste und Befürchtungen, wie die Angst, vom Partner verlassen zu werden oder die neue Lebenssituation nicht bewältigen zu können, spielten zwar im Hintergrund und für die Verleugnung eine Rolle, waren aber nicht im Sinne einer klaren Abwägung Auslöser der Tat. In den Interviews zeigte sich die Verdrängung als Ausdruck tiefer Unsicherheit und eines selbst auferlegten Drucks, eine Fassade des Funktionierens aufrechterhalten zu müssen.[6]

Diese Handlungsweise war in aller Regel nicht Ausdruck einer klassischen psychischen Erkrankung. Fast alle Frauen wurden im Rahmen der Ermittlungen psychologisch/psychiatrisch untersucht, um die Frage der Schuldfähigkeit zu klären. Bei 42 der Täterinnen von Neonatiziden, also fast 40 %, wurden für den Tatzeitpunkt psychische Auffälligkeiten festgestellt. Das Spektrum der Befunde war dabei sehr breit, häufig waren es jedoch akute Belastungsreaktionen sowie ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsmerkmale.

Angesichts der Tatsache, dass über die Hälfte der Täterinnen in einem gemeinsamen Haushalt mit einem Partner oder mit der Herkunftsfamilie lebte, überrascht auf den ersten Blick, dass eine Geheimhaltung der Schwangerschaft offenbar nicht nur im absoluten Ausnahmefall gelingen kann. In den Akten findet gelegentlich Erwähnung, dass das Umfeld einen ausgesprochenen Verdacht hatte, dann aber das Leugnen oder die Erklärungen akzeptierte. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Schwangerschaften häufig wenig sichtbar waren, spricht viel dafür, dass es durchaus möglich ist, das Umfeld entsprechend zu täuschen bzw. in eine Verdrängung einzubeziehen.

Tatmodalitäten

Die Neonatizide wurden auf unterschiedliche Art begangen, die Begehungsweise erscheint dabei eher spontan und zufällig und von der Situation der überraschenden, allein bewältigten Geburt geprägt. Es dominierte das Ersticken, am zweithäufigsten waren das Nichtversorgen der Neugeborenen sowie eine aktive Gewalteinwirkung. Häufig unternahmen die Täterinnen kaum Verdeckungsbemühungen. Die Fälle, in denen der Leichnam des Kindes so versteckt war, dass er leicht zu finden gewesen wäre, erscheinen insoweit charakteristisch für die auch nach der Tat fortgeführte Verdrängung.

Täterinnen als Mütter

Insgesamt hatte gut die Hälfte der Täterinnen weitere biologische Kinder. Zum Tatzeitpunkt lebten allerdings nicht alle Täterinnen mit einem oder mehreren ihrer anderen Kinder zusammen in einem gemeinsamen Haushalt. Achtmal war ein vor der Tat geborenes Kind bzw. mehrere früher geborene Kinder (3 x 2 Kinder, 1 x 3 Kinder) zur Adoption freigegeben worden. In einigen wenigen Fällen (genaue Daten hierzu wurden nicht erhoben) lebten die anderen Kinder der Täterin bei ihren Vätern oder bei anderen Angehörigen. In der Untersuchungsgruppe der hier vorgestellten Studie gab es sieben Fälle mit zwei Opfern sowie drei Fälle mit drei Opfern, etwa ein Zehntel der Täterinnen hatte also bereits zuvor mindestens ein weiteres Kind getötet. Einige dieser Täterinnen hatten Kinder, die bei ihnen lebten und von ihnen normal versorgt wurden. Manche Täterinnen hatten frü-

5 Dies wird auch in der internationalen Literatur hervorgehoben (Friedmann/Resnick 2009). Schwangerschaftsverdrängungen sind keineswegs so selten, wie man annehmen mag – je nach Definition geht man von einer Geburt pro 300–600 Geburten nach verdrängter Schwangerschaft aus (Wessel et al. 2003, S. 578).

6 Kroetsch, 2010, S. 46, beschreibt insoweit einen Typus »unsichere Verdränger«.

here ungewollte Schwangerschaften durch einen legalen Abbruch beendet.

Diese Befunde bedeuten erstens, dass es keineswegs ausgeschlossen ist, dass Täterinnen eines Neonatizides anderen Kindern »gute« Mütter sind und dass ein früherer gesellschaftlich akzeptierter Umgang mit unerwünschten Schwangerschaften wie z. B. eine Adoptionsfreigabe oder ein Schwangerschaftsabbruch keineswegs sicherstellt, dass in nachfolgenden ungewollten Schwangerschaften diese bis zum Schluss verheimlicht wird und in der Tötung des Neugeborenen endet. Hierzu passt, dass die interviewten Frauen schildern, dass sie das Opfer nicht als Kind wahrgenommen haben.[7]

Präventionsmöglichkeiten

Vor dem Hintergrund der spezifischen Dynamik von Neonatiziden sind die Perspektiven für Präventionsmöglichkeiten eher beschränkt. Angebote, die am Zeitpunkt unmittelbar nach der Geburt ansetzen und eine bewusste Entscheidung und strukturierte Handlung zu diesem Zeitpunkt voraussetzen, erscheinen angesichts des nicht planvollen Handelns der Täterinnen eher wenig erfolgversprechend. Die Nutzung einer Babyklappe, die der Mutter ermöglicht, das Kind in völliger Anonymität abzugeben, erfordert organisiertes Handeln: eine heimliche Geburt ohne Hilfe, die Beseitigung der Spuren, das unentdeckte Aufsuchen der Babyklappe. Die Ermöglichung einer anonymen Geburt im Krankenhaus kann eine niedrigschwellige Möglichkeit sein, sich auch spontan unmittelbar vor der Geburt in ein geschütztes Setting zu begeben, wirft aber schwierige Folgefragen auf: Soll ggf. dahingehend beraten werden, die Anonymität aufzugeben? Falls ja, wie intensiv? Welche Folgen hat die anonyme Geburt für Mutter und Kind? Lädt ein offensives Angebot zu leichtfertiger oder missbräuchlicher Nutzung ein?

Auch hier ist allerdings davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme dieses Angebots ohne entsprechende Vorüberlegungen nicht gelingt: Wer selbst vom Geburtsbeginn überrascht ist, wird sich schwertun, ein Krankenhaus aufzusuchen und dort einzufordern, anonym zu bleiben. Das öffentlich gelegentlich suggerierte Bild der »Rettung in letzter Minute« ist daher, wie bei der Babyklappe, eher irreführend.

Der Schlüssel zur Prävention liegt – abgesehen von der Förderung der Verhütung ungewollter Schwangerschaften – darin, Frauen zu ermöglichen, ungewollte und eine Weile oder lange verheimlichte Schwangerschaften zu offenbaren und sich dem Problem zu stellen. In aller Regel gelingt dies. Fälle, in denen eine Schwangerschaft bis zur Geburt verheimlicht wird, kommen vor, sind aber letztlich selten. Meist offenbaren sich ungewollt Schwangere, auch wenn sie die Schwangerschaft anfangs geheim halten, irgendwann einer ihnen nahestehenden Person und/oder lassen sich beraten. Sehr niedrigschwellige Beratungsangebote, wie sie in Deutschland vielfach existieren, sind daher ein überaus wichtiges, flächendeckend vorzuhaltendes Element. Selbst bei noch so guten Beratungsangeboten und einem für die Möglichkeit einer verheimlichten Schwangerschaft sensiblen Umfeld bleibt aber möglich, dass eine Schwangerschaft bis zur Geburt verdrängt bzw. verheimlicht wird und im unglücklichsten Fall in einem Neonatizid endet.

LITERATUR

Höynck, Th./Zähringer, U./Behnsen, M. (2012): Neonatizid – Expertise im Rahmen des Projekts »Anonyme Geburt und Babyklappen in Deutschland – Fallzahlen, Angebote, Kontexte«.

Kroetsch, M. (2010): Tötungsdelikte an Kindern unter 6 Jahren – Modul »Interviews mit TäterInnen« (KFN-Forschungsbericht Nr. 111)

Friedman, S. H./Resnick, Ph. J. (2009): Neonaticide: Phenomenology and considerations for prevention. In: International Journal of Law and Psychiatry 32: 43–47

Wessel, J., et al. (2003): Verdrängte Schwangerschaft. Geburtshilfe und Frauenheilkunde Vol. 63: 577–581

7 Kroetsch, 2010, S. 23, differenziert unterschiedliche Beziehungen der Täterinnen und Täter zum Opfer. Die Neonatizide waren durchgängig der Subkategorie »distanzierte Beziehung« bzw. »Nicht-Beziehung« zuzuordnen.

7

AUTORINNEN UND AUTOREN

107 Kontakt

110 Kurzbiografien

KONTAKT

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
Universität Freiburg
Institut für Psychologie
Abteilung für Rehabilitationspsychologie
und Psychotherapie
Engelbergerstraße 41
79106 Freiburg
Tel. (0761) 203 9315
Fax (0761) 203 3040
sekr.reha@psychologie.uni-freiburg.de
www.psychologie.uni-freiburg.de

Dr. Annekathrin Bergner
Psychotherapeutische Praxis
Ruschestraße 103
10365 Berlin
anne_bergner@freenet.de

Dr. Brigitte Borrmann
Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen
Fachgruppe Gesundheitsinformation
Westerfeldstraße 35/37
33611 Bielefeld
Tel. (0521) 8007 3216
Fax (0521) 8007 3296
Brigitte.Borrmann@lzg.gc.nrw.de
www.lzg.gc.nrw.de

Dipl.-Soz. Monika Bradna M.A.
Deutsches Jugendinstitut e.V.
Abteilung Familie und Familienpolitik
Nockherstraße 2
81541 München
Tel. (089) 62 306 359
Fax (089) 62 306 162
bradna@dji.de
www.dji.de/myhome.htm?me=1267

Dipl.-Psych. Claudia Brückner
Albatros Lebensnetz gGmbH
Schwangeren- und Familienberatung
Friedrichshain
Petersburger Platz 3
10249 Berlin
Tel. (030) 449 63 82
Fax (030) 443 407 15
sfb@albatros-lebensnetz.de
www.albatros-lebensnetz.de

Prof. Dr. Ulrike Busch
Hochschule Merseburg
FB Soziale Arbeit, Medien, Kultur
Geusaer Straße
06217 Merseburg
Tel. (03461) 46 2240
Fax (03461) 46 22 05
ulrike.busch@hs-merseburg.de
www.hs-merseburg.de

Sabine Fähndrich
Deutscher Caritasverband e.V.
Abteilung Soziales und Gesundheit
Referat Familie und Generationen
Karlstraße 40
79104 Freiburg
Tel. (0761) 200 454
Fax (0761) 200 743
sabine.faehndrich@caritas.de
www.caritas.de

Dipl. -Soz. Luisa Finzi
Caritasverband Frankfurt e.V.
Frauenberatung
Affentorplatz 1
60594 Frankfurt a. M.
Tel. (069) 254931 21
Fax (069) 254931 50
luisa.finzi@caritas-frankfurt.de
www.caritas-frankfurt.de

Jutta Franz
juttafranz@antec-kabel.de

Marion von zur Gathen
Leiterin Abteilung Soziale Arbeit
Paritätischer Wohlfahrtsverband
Gesamtverband e.V.
Oranienburger Str. 13–14
10178 Berlin
Tel. (030) 24 636 331
Fax (030) 24636 140
alsoz@paritaet.org
www.paritaet.org

Hanna Geier
Deutsches Rotes Kreuz
Generalsekretariat,
Team Kinder-, Jugend- und Familienhilfe
Carstennstraße 58
12205 Berlin
Tel. (030) 85 404 286
Fax (030) 85 404-468
geierh@drk.de
www.drk.de

Prof. i. R. Dr. phil. Carol Hagemann-White
Universität Osnabrück
49069 Osnabrück
chageman@uni-osnabrueck.de

Dipl.-Theol. Regine Hölscher-Mulzer
Sozialdienst katholischer Frauen
Gesamtverein e.V.
Agnes-Neuhaus-Straße 5
44135 Dortmund
Tel. (0231) 557026 0
Fax (0231) 557026 60
info@skf-zentrale.de
www.facebook.com/SkF.de

Prof. Dr. Theresia Höynck
Universität Kassel
Fachbereich 01, Humanwissenschaften
Institut für Sozialwesen
Fachgebiet Recht der Kindheit und der Jugend
Arnold-Bode-Straße 10 (WISO C)
34109 Kassel
Tel. (0561) 8042971
hoeynck@uni-kassel.de
www.uni-kassel.de/fb01/institute/sozialwesen/startseite.html

Dr. Birgit Jagusch
Institut für Sozialpädagogische
Forschung Mainz e.V. (ism)
Flachsmarktstraße 9
55116 Mainz
Tel. (06131) 24041 15
Fax (06131) 24041 50
www.ism-mainz.de

Julia Klein
Familienzentrum an der
Fachhochschule Potsdam
Friedrich-Ebert-Straße 4
14467 Potsdam
Tel. (0331) 27 00 574
juliakleinberlin@web.de
www.familienzentrum-potsdam.de

Dipl.-Psych. Lisa Lyssenko
Universität Freiburg
Institut für Psychologie
Abteilung für Rehabilitationspsychologie
und Psychotherapie
Engelbergerstraße 41
79106 Freiburg
Tel. (0761) 203 9315
Fax (0761) 203 3040
lisa.lyssenko@psychologie.uni-freiburg.de
www.psychologie.uni-freiburg.de

Prof. Dr. Jörg Maywald
Fachhochschule Potsdam
Fachbereich Sozialwesen
Friedrich-Ebert-Straße 4
14467 Potsdam
Tel. (0331) 580 1101
Fax (0331) 580 1199
joerg-maywald@gmx.de
www.sozialwesen.fh-potsdam.de/3961.html

Dr. Antje Richter-Kornweitz
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
Tel. (0511) 388 11 89 33
Fax (0511) 350 55 95
antje.richter@gesundheit-nds.de
www.gesundheit-nds.de

Lydia Schönecker
Deutsches Institut für Jugendhilfe
und Familienrecht e.V. (DIJuF)
Poststraße 17
69115 Heidelberg
Tel. (06221) 98 18 33
Fax (06221) 98 18 28
schoenecker@dijuf.de
www.dijuf.de

Dipl.-Psych. Ulrike Stender
Evangelische Beratungsstelle Duisburg/Moers
Duisburger Str. 172
47166 Duisburg
u.stender@ev-beratung.de
www.ev-beratung.de

Dipl.-Psych. Angelika Wolff
Referat Familienberatung, Frühe Hilfen
Zentrum Familie, Bildung und Engagement
Diakonie Deutschland – Evangelischer
Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
angelika.wolff@diakonie.de
www.diakonie.de

KURZBIOGRAFIEN

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel ist Diplompsychologe mit Approbation als Arzt und als Psychologischer Psychotherapeut. Er ist Direktor der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie am Institut für Psychologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

Dr. Dipl.-Psych. Annekathrin Bergner ist Psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit dem Schwerpunkt psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Sie ist in der Fortbildung von Beraterinnen, Ärztinnen, Psychotherapeutinnen und Hebammen tätig und Dozentin, Lehrtherapeutin und Supervisorin der Berliner Akademie für Psychotherapie.

Dr. Brigitte Borrmann ist Gesundheits- und Ernährungswissenschaftlerin. Sie leitet die Fachgruppe Gesundheitsinformation (Gesundheitsberichterstattung des Landes NRW) und ist Dozentin für Frauengesundheit und Gesundheitsförderung/ Salutogenese an der Donau-Universität Krems.

Dipl.-Soz. Monika Bradna, Magistra der Verwaltungswissenschaften, ist Grundsatzreferentin der Fachgruppe Familienförderung und Familienpolitik am Deutschen Jugendinstitut (DJI). Arbeitsschwerpunkte: familienunterstützende Infrastruktur, Hilfen für Familien in belasteten Lebenslagen, monetäre Absicherung von Familien, anonyme Kindesabgabe, Familienbildung.

Dipl.-Psych. Claudia Brückner ist Psychotherapeutin und Projektleiterin der Schwangeren- und Familienberatung der Albatros – Lebensnetz gGmbH in Berlin.

Prof. Dr. phil. Ulrike Busch ist Professorin für Familienplanung an der Hochschule Merseburg. Forschungsschwerpunkte: reproduktives Verhalten, ungewollte Schwangerschaften Minderjähriger, Familienplanungsberatung, Entscheidungsverhalten bei ungewollter Schwangerschaft.

Dipl.-Päd. Sabine Fähndrich ist Referentin der Schwangerschaftsberatung im Deutschen Caritasverband. Zusatzqualifikationen: Systemische Beratung, Gestalttherapie, Themenzentrierte Interaktion (TZI).

Dipl. -Soz. Luisa Finzi ist im Caritasverband Frankfurt e.V. im Bereich Frauen- und Schwangerenberatung tätig. Schwerpunkte ihrer Tätigkeit: allgemeine Schwangerenberatung, Beratung und Begleitung bei häuslicher Gewalt, Onlineberatung.

Dipl.-Päd. Jutta Franz ist systemische Paar- und Sexualtherapeutin, Leiterin einer Schwangerschaftsberatungsstelle i.R., Lehrbeauftragte im Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Merseburg und Referentin in der Weiterbildung für Beratungsfachkräfte bei verschiedenen Trägern.

Dipl.-Soz. Marion von zur Gathen ist Abteilungsleiterin des Paritätischen Gesamtverbands e.V., Berlin und Referentin für Kindertagesbetreuung, Familien- und Frauenpolitik im Paritätischen Wohlfahrtsverband e.V.

Hanna Geier ist Referentin für Schwangeren- und Familienhilfe im Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) und hat die Projektleitung Mehrgenerationenhäuser im DRK inne.

Prof. Dr. Carol Hagemann-White ist Professorin i. R. für Allgemeine Pädagogik/Frauenforschung am Fachbereich Erziehungs- und Kulturwissenschaften an der Universität Osnabrück. Forschungsschwerpunkte: frauenpolitische Grundlagenforschung, Strategien gegen Gewalt im Geschlechterverhältnis, feministische Theorie.

Regine Hölscher-Mulzer ist Diplom-Theologin und Referentin für den gesamten Fachbereich Schwangerschaftsberatung beim Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein e.V. in Dortmund.

Prof. Dr. Theresia Höynck ist Professorin für Recht der Kindheit und der Jugend an der Universität Kassel. Forschungsschwerpunkte: Kinderschutz und Jugendkriminalität.

Dr. phil. Birgit Jagusch ist wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V. (ism). Arbeitsschwerpunkte: Jugendarbeit, interkulturelle Öffnung, rassismuskritische Bildungsarbeit, Migrationssoziologie.

Dipl.-Päd. Julia Klein ist freie Dozentin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Familienzentrum an der Fachhochschule Potsdam mit den Zusatzqualifikationen als »insoweit erfahrene Fachkraft« und »Entwicklungspsychologische Beraterin«. Seit Beginn 2013 ist sie am Aufbau des Kompetenzzentrums »Frühe Hilfen« im Land Brandenburg beteiligt.

Dipl.-Psych. Lisa Lyssenko ist derzeit am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) Mannheim tätig und bereitet ihre Promotion vor. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Resilienz und Schutzfaktoren für psychische Gesundheit.

Prof. Dr. Jörg Maywald, Studium der Soziologie, Psychologie und Pädagogik, ist Honorarprofessor an der Fachhochschule Potsdam. Er ist Mitbegründer des Berliner Kindeschutzzentrums und Geschäftsführer der Deutschen Liga für das Kind.

Dipl.-Päd. Dr. Antje Richter-Kornweitz ist approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Fachreferentin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich »Soziale Lage und Gesundheit« der Landevereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Lydia Schönecker, Juristin, ist Referentin für Kinder- und Jugendhilferecht im Arbeitsbereich Rechtsberatung/Rechtspolitik des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) in Heidelberg. Sie ist Mitverfasserin der datenschutz- und sozialrechtlichen Expertise im Rahmen des Frühe-Hilfen-Projekts »Guter Start ins Kinderleben« sowie des Rechtsvergleichs im Rahmen der Evaluation zum Kinderschutzgesetz Rheinland-Pfalz; Referententätigkeit u.a. zum Thema Kinderschutz und Datenschutz.

Dipl.-Psych. Ulrike Stender ist Leiterin der Evangelischen Beratungsstelle Duisburg/Moers, die psychologische Beratung in Erziehungs-, Familien-, Ehe/Partnerschafts- und Lebensfragen sowie Schwangerschaftskonfliktberatung anbietet. Sie ist Mitglied im Vorstand der EKFuL (Evangelische Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V.).

Dipl.-Psych. Angelika Wolff verantwortet das Referat »Familienberatung und Frühe Hilfen« im Zentrum »Familie, Beratung, Engagement« der Diakonie Deutschland, dem Evangelischen Bundesverband im Evangelischen Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. mit Sitz in Berlin.

8

AUSWAHL ZENTRALER GESETZESTEXTE

GESETZ ZUR VERMEIDUNG UND BEWÄLTIGUNG VON SCHWANGERSCHAFTSKONFLIKTEN (SCHWANGERSCHAFTSKONFLIKTGESETZ – SCHKG) IN AUSZÜGEN

§ 2 BERATUNG

(1) Jede Frau und jeder Mann hat das Recht, sich zu den in § 1 Abs. 1 genannten Zwecken in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen von einer hierfür vorgesehenen Beratungsstelle auf Wunsch anonym informieren und beraten zu lassen.

(2) Der Anspruch auf Beratung umfasst Informationen über

1. Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung,
2. bestehende familienfördernde Leistungen und Hilfen für Kinder und Familien, einschließlich der besonderen Rechte im Arbeitsleben,
3. Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft und die Kosten der Entbindung,
4. soziale und wirtschaftliche Hilfen für Schwangere, insbesondere finanzielle Leistungen sowie Hilfen bei der Suche nach Wohnung, Arbeits- oder Ausbildungsplatz oder deren Erhalt,
5. die Hilfsmöglichkeiten für behinderte Menschen und ihre Familien, die vor und nach der Geburt eines in seiner körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheit geschädigten Kindes zur Verfügung stehen,
6. die Methoden zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs, die physischen und psychischen Folgen eines Abbruchs und die damit verbundenen Risiken,
7. Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft,
8. die rechtlichen und psychologischen Gesichtspunkte im Zusammenhang mit einer Adoption.

Die Schwangere ist darüber hinaus bei der Geltendmachung von Ansprüchen sowie bei der Wohnungssuche, bei der Suche nach einer Betreuungsmöglichkeit für das Kind und bei der Fortsetzung ihrer Ausbildung zu unterstützen. Auf Wunsch der Schwangeren sind Dritte zur Beratung hinzuzuziehen.

(3) Zum Anspruch auf Beratung gehört auch die Nachbetreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch oder nach der Geburt des Kindes.

(4) Einer Schwangeren, die ihre Identität nicht preisgeben und die ihr Kind nach der Geburt abgeben möchte, ist ein ausführliches ergebnisoffenes Beratungsgespräch zur Bewältigung der psychosozialen Konfliktlage anzubieten. Inhalt des Beratungsgesprächs sind

1. geeignete Hilfsangebote zur Bewältigung der Situation und zur Entscheidungsfindung sowie
2. Wege, die der Schwangeren die Aufgabe der Anonymität oder ein Leben mit dem Kind ermöglichen.

§ 2A AUFKLÄRUNG UND BERATUNG IN BESONDEREN FÄLLEN

(1) Sprechen nach den Ergebnissen von pränataldiagnostischen Maßnahmen dringende Gründe für die Annahme, dass die körperliche oder geistige Gesundheit des Kindes geschädigt ist, so hat die Ärztin oder der Arzt, die oder der der Schwangeren die Diagnose mitteilt, über die medizinischen und psychosozialen Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, unter Hinzuziehung von Ärztinnen oder Ärzten, die mit dieser Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben, zu beraten. Die Beratung erfolgt in allgemein verständlicher Form und ergebnisoffen. Sie umfasst die eingehende Erörterung der möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen sowie der Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen. Die Ärztin oder der Arzt hat über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach § 2 zu informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen nach § 3 und zu Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden zu vermitteln.

(2) Die Ärztin oder der Arzt, die oder der gemäß § 218b Absatz 1 des Strafgesetzbuchs die schriftliche Feststellung über die Voraussetzungen des § 218a Absatz 2 des Strafgesetzbuchs zu treffen hat, hat vor der schriftlichen Feststellung gemäß § 218b Absatz 1 des Strafgesetzbuchs die Schwangere über die medizinischen und psychischen Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs zu beraten, über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach § 2 zu informieren und im Einvernehmen mit der

Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen nach § 3 zu vermitteln, soweit dies nicht auf Grund des Absatzes 1 bereits geschehen ist. Die schriftliche Feststellung darf nicht vor Ablauf von drei Tagen nach der Mitteilung der Diagnose gemäß Absatz 1 Satz 1 oder nach der Beratung gemäß Satz 1 vorgenommen werden. Dies gilt nicht, wenn die Schwangerschaft abgebrochen werden muss, um eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren abzuwenden.

(3) Die Ärztin oder der Arzt, die oder der die schriftliche Feststellung der Indikation zu treffen hat, hat bei der schriftlichen Feststellung eine schriftliche Bestätigung der Schwangeren über die Beratung und Vermittlung nach den Absätzen 1 und 2 oder über den Verzicht darauf einzuholen, nicht aber vor Ablauf der Bedenkzeit nach Absatz 2 Satz 2.

§ 3 BERATUNGSSTELLEN

Die Länder stellen ein ausreichendes Angebot wohnortnaher Beratungsstellen für die Beratung nach § 2 sicher. Dabei werden auch Beratungsstellen freier Träger gefördert. Die Ratsuchenden sollen zwischen Beratungsstellen unterschiedlicher weltanschaulicher Ausrichtung auswählen können.

§ 4 ÖFFENTLICHE FÖRDERUNG DER BERATUNGSSTELLEN

(1) Die Länder tragen dafür Sorge, dass den Beratungsstellen nach den §§ 3 und 8 für je 40 000 Einwohner mindestens eine Beraterin oder ein Berater vollzeitbeschäftigt oder eine entsprechende Zahl von Teilzeitbeschäftigten zur Verfügung steht. Von diesem Schlüssel soll dann abgewichen werden, wenn die Tätigkeit der Beratungsstellen mit dem vorgesehenen Personal auf Dauer nicht ordnungsgemäß durchgeführt werden kann. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass Schwangere in angemessener Entfernung von ihrem Wohnort eine Beratungsstelle aufsuchen können.

(2) Zur Information über die Leistungsangebote im örtlichen Einzugsbereich und zur Sicherstellung einer umfassenden Beratung wirken die Beratungsstellen in den Netzwerken nach § 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz mit.

(3) Die zur Sicherstellung eines ausreichenden Angebotes nach den §§ 3 und 8 erforderlichen Beratungsstellen haben Anspruch auf eine angemessene öffentliche Förderung der Personal- und Sachkosten.

(4) Näheres regelt das Landesrecht.

§ 6 DURCHFÜHRUNG DER SCHWANGERSCHAFTSKONFLIKTBERATUNG

(1) Eine ratsuchende Schwangere ist unverzüglich zu beraten.

(2) Die Schwangere kann auf ihren Wunsch gegenüber der sie beratenden Person anonym bleiben.

(3) Soweit erforderlich, sind zur Beratung im Einvernehmen mit der Schwangeren
   1. andere, insbesondere ärztlich, fachärztlich, psychologisch, sozialpädagogisch, sozialarbeiterisch oder juristisch ausgebildete Fachkräfte,
   2. Fachkräfte mit besonderer Erfahrung in der Frühförderung behinderter Kinder und
   3. andere Personen, insbesondere der Erzeuger sowie nahe Angehörige,

   hinzuzuziehen.

(4) Die Beratung ist für die Schwangere und die nach Absatz 3 Nr. 3 hinzugezogenen Personen unentgeltlich.

§ 25 BERATUNG ZUR VERTRAULICHEN GEBURT

(1) Eine nach § 2 Absatz 4 beratene Schwangere, die ihre Identität nicht preisgeben möchte, ist darüber zu informieren, dass eine vertrauliche Geburt möglich ist. Vertrauliche Geburt ist eine Entbindung, bei der die Schwangere ihre Identität nicht offenlegt und stattdessen die Angaben nach § 26 Absatz 2 Satz 2 macht.

(2) Vorrangiges Ziel der Beratung ist es, der Schwangeren eine medizinisch betreute Entbindung zu ermöglichen und Hilfestellung anzubieten, so dass sie sich für ein Leben mit dem Kind entscheiden kann. Die Beratung umfasst insbesondere:
   1. die Information über den Ablauf des Verfahrens und die Rechtsfolgen einer vertraulichen Geburt,
   2. die Information über die Rechte des Kindes; dabei ist die Bedeutung der Kenntnis der Herkunft von Mutter und Vater für die Entwicklung des Kindes hervorzuheben,
   3. die Information über die Rechte des Vaters,
   4. die Darstellung des üblichen Verlaufs und Abschlusses eines Adoptionsverfahrens,

5. die Information, wie eine Frau ihre Rechte gegenüber ihrem Kind nach einer vertraulichen Geburt unter Aufgabe ihrer Anonymität geltend machen kann, sowie
6. die Information über das Verfahren nach den §§ 31 und 32.

(3) Durch die Information nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und 3 soll die Bereitschaft der Schwangeren gefördert werden, dem Kind möglichst umfassend Informationen über seine Herkunft und die Hintergründe seiner Abgabe mitzuteilen.

(4) Die Beratung und Begleitung soll in Kooperation mit der Adoptionsvermittlungsstelle erfolgen.

(5) Lehnt die Frau eine vertrauliche Geburt ab, so ist sie darüber zu informieren, dass ihr das Angebot der anonymen Beratung und Hilfen jederzeit weiter zur Verfügung steht.

§ 26 DAS VERFAHREN DER VERTRAULICHEN GEBURT

(1) Wünscht die Schwangere eine vertrauliche Geburt, wählt sie
1. einen Vor- und einen Familiennamen, unter dem sie im Verfahren der vertraulichen Geburt handelt (Pseudonym), und
2. je einen oder mehrere weibliche und einen oder mehrere männliche Vornamen für das Kind.

(2) Die Beratungsstelle hat einen Nachweis für die Herkunft des Kindes zu erstellen. Dafür nimmt sie die Vornamen und den Familiennamen der Schwangeren, ihr Geburtsdatum und ihre Anschrift auf und überprüft diese Angaben anhand eines gültigen, zur Identitätsfeststellung der Schwangeren geeigneten Ausweises.

(3) Der Herkunftsnachweis ist in einem Umschlag so zu verschließen, dass ein unbemerktes Öffnen verhindert wird. Auf dem Umschlag sind zu vermerken:
1. die Tatsache, dass er einen Herkunftsnachweis enthält,
2. das Pseudonym,
3. der Geburtsort und das Geburtsdatum des Kindes,
4. der Name und die Anschrift der geburtshilflichen Einrichtung oder der zur Leistung von Geburtshilfe berechtigten Person, bei der die Anmeldung nach Absatz 4 erfolgt ist, und
5. die Anschrift der Beratungsstelle.

(4) Mit dem Hinweis, dass es sich um eine vertrauliche Geburt handelt, meldet die Beratungsstelle die Schwangere unter deren Pseudonym in einer geburtshilflichen Einrichtung oder bei einer zur Leistung von Geburtshilfe berechtigten Person zur Entbindung an. Diese Einrichtung oder Person kann die Schwangere frei wählen. Die Beratungsstelle teilt bei der Anmeldung die nach Absatz 1 Nummer 2 gewählten Vornamen für das Kind mit.

(5) Die Beratungsstelle teilt dem am Geburtsort zuständigen Jugendamt folgende Angaben mit:
1. das Pseudonym der Schwangeren,
2. den voraussichtlichen Geburtstermin und
3. die Einrichtung oder die zur Leistung von Geburtshilfe berechtigte Person, bei der die Anmeldung nach Absatz 4 erfolgt ist.

(6) Der Leiter oder die Leiterin der Einrichtung der Geburtshilfe, in der die Schwangere geboren hat, teilt der Beratungsstelle nach Absatz 4 Satz 1 unverzüglich das Geburtsdatum und den Geburtsort des Kindes mit. Das Gleiche gilt bei einer Hausgeburt für die zur Leistung von Geburtshilfe berechtigte Person.

(7) Das Standesamt teilt dem Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben den beurkundeten Namen des Kindes zusammen mit dem Pseudonym der Mutter mit.

(8) Nachrichten der Frau an das Kind werden von der Beratungsstelle an die Adoptionsvermittlungsstelle weitergeleitet und dort in die entsprechende Vermittlungsakte aufgenommen; bei nicht adoptierten Kindern werden sie an das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben weitergeleitet.

GESETZ ZUR KOOPERATION UND INFORMATION IM KINDERSCHUTZ (KKG)

§ 1 KINDERSCHUTZ UND STAATLICHE MITVERANTWORTUNG

(1) Ziel des Gesetzes ist es, das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu fördern.

(2) Pflege und Erziehung der Kinder und Jugendlichen sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvör-

derst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.

(3) Aufgabe der staatlichen Gemeinschaft ist es, soweit erforderlich, Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung zu unterstützen, damit
   1. sie im Einzelfall dieser Verantwortung besser gerecht werden können,
   2. im Einzelfall Risiken für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen frühzeitig erkannt werden und
   3. im Einzelfall eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen vermieden oder, falls dies im Einzelfall nicht mehr möglich ist, eine weitere Gefährdung oder Schädigung abgewendet werden kann.

(4) Zu diesem Zweck umfasst die Unterstützung der Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung durch die staatliche Gemeinschaft insbesondere auch Information, Beratung und Hilfe. Kern ist die Vorhaltung eines möglichst frühzeitigen, koordinierten und multiprofessionellen Angebots im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern vor allem in den ersten Lebensjahren für Mütter und Väter sowie schwangere Frauen und werdende Väter (Frühe Hilfen).

§ 2 INFORMATION DER ELTERN ÜBER UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE IN FRAGEN DER KINDESENTWICKLUNG

(1) Eltern sowie werdende Mütter und Väter sollen über Leistungsangebote im örtlichen Einzugsbereich zur Beratung und Hilfe in Fragen der Schwangerschaft, Geburt und der Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren informiert werden.

(2) Zu diesem Zweck sind die nach Landesrecht für die Information der Eltern nach Absatz 1 zuständigen Stellen befugt, den Eltern ein persönliches Gespräch anzubieten. Dieses kann auf Wunsch der Eltern in ihrer Wohnung stattfinden. Sofern Landesrecht keine andere Regelung trifft, bezieht sich die in Satz 1 geregelte Befugnis auf die örtlichen Träger der Jugendhilfe.

§ 3 RAHMENBEDINGUNGEN FÜR VERBINDLICHE NETZWERKSTRUKTUREN IM KINDERSCHUTZ

(1) In den Ländern werden insbesondere im Bereich Früher Hilfen flächendeckend verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit der zuständigen Leistungsträger und Institutionen im Kinderschutz mit dem Ziel aufgebaut und weiterentwickelt, sich gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum zu informieren, strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung zu klären sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abzustimmen.

(2) In das Netzwerk sollen insbesondere Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe, Einrichtungen und Dienste, mit denen Verträge nach § 75 Absatz 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch bestehen, Gesundheitsämter, Sozialämter, Gemeinsame Servicestellen, Schulen, Polizei- und Ordnungsbehörden, Agenturen für Arbeit, Krankenhäuser, Sozialpädiatrische Zentren, Frühförderstellen, Beratungsstellen für soziale Problemlagen, Beratungsstellen nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, Einrichtungen und Dienste zur Müttergenesung sowie zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen, Familienbildungsstätten, Familiengerichte und Angehörige der Heilberufe einbezogen werden.

(3) Sofern Landesrecht keine andere Regelung trifft, soll die verbindliche Zusammenarbeit im Kinderschutz als Netzwerk durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe organisiert werden. Die Beteiligten sollen die Grundsätze für eine verbindliche Zusammenarbeit in Vereinbarungen festlegen. Auf vorhandene Strukturen soll zurückgegriffen werden.

(4) Dieses Netzwerk soll zur Beförderung Früher Hilfen durch den Einsatz von Familienhebammen gestärkt werden. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt den Aus- und Aufbau der Netzwerke Frühe Hilfen und des Einsatzes von Familienhebammen auch unter Einbeziehung ehrenamtlicher Strukturen durch eine zeitlich auf vier Jahre befristete Bundesinitiative, die im Jahr 2012 mit 30 Millionen Euro, im Jahr 2013 mit 45 Millionen Euro und in den Jahren 2014 und 2015 mit 51 Millionen Euro ausgestattet wird. Nach Ablauf dieser Befristung wird der Bund einen Fonds zur

Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und der psychosozialen Unterstützung von Familien einrichten, für den er jährlich 51 Millionen Euro zur Verfügung stellen wird. Die Ausgestaltung der Bundesinitiative und des Fonds wird in Verwaltungsvereinbarungen geregelt, die das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen mit den Ländern schließt.

§ 4 BERATUNG UND ÜBERMITTLUNG VON INFORMATIONEN DURCH GEHEIMNISTRÄGER BEI KINDESWOHLGEFÄHRDUNG

(1) Werden

1. Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologinnen oder -psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
3. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern sowie
4. Beraterinnen oder Beratern für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
5. Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
6. staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern oder staatlich anerkannten Sozialpädagoginnen oder -pädagogen oder
7. Lehrerinnen oder Lehrern an öffentlichen und an staatlich anerkannten privaten Schulen

in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

(2) Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.

(3) Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.

SOZIALGESETZBUCH (SGB) - ACHTES BUCH (VIII) - KINDER- UND JUGENDHILFE (AUSZUG)

§ 8A SCHUTZAUFTRAG BEI KINDESWOHLGEFÄHRDUNG

(1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen. Soweit der wirksame Schutz dieses Kindes oder dieses Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird, hat das Jugendamt die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder den Jugendlichen in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen und, sofern dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist, sich dabei einen unmittelbaren Eindruck von dem Kind und von seiner persönlichen Umgebung zu verschaffen. Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Erziehungsberechtigten anzubieten.

(2) Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschät-

zung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.

(3) Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.

(4) In Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass

1. deren Fachkräfte bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung eines von ihnen betreuten Kindes oder Jugendlichen eine Gefährdungseinschätzung vornehmen,
2. bei der Gefährdungseinschätzung eine insoweit erfahrene Fachkraft beratend hinzugezogen wird sowie
3. die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche in die Gefährdungseinschätzung einbezogen werden, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

In die Vereinbarung ist neben den Kriterien für die Qualifikation der beratend hinzuzuziehenden insoweit erfahrenen Fachkraft insbesondere die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte der Träger bei den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die Gefährdung nicht anders abgewendet werden kann.

(5) Werden einem örtlichen Träger gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sind dem für die Gewährung von Leistungen zuständigen örtlichen Träger die Daten mitzuteilen, deren Kenntnis zur Wahrnehmung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a erforderlich ist. Die Mitteilung soll im Rahmen eines Gespräches zwischen den Fachkräften der beiden örtlichen Träger erfolgen, an dem die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche beteiligt werden sollen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

Alle Gesetzestexte sind der Website www.gesetze-im-internet.de des Bundesministeriums der Justiz entnommen und in einzelnen Fällen an die neue Rechtschreibung angeglichen. Zugriff am 26.6.2014

IMPRESSUM

Herausgeber:
Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)
in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Direktorin: Prof. Dr. Elisabeth Pott
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln
Telefon: 0221 8992 0
www.bzga.de
www.fruehehilfen.de

Redaktion:
Jörg Backes, Heike Lauer (Redaktionsbüro)

Konzept und Gestaltung:
Lübbeke | Naumann | Thoben, Köln

Druck:
Bonifatius GmbH Druck – Buch – Verlag
Karl-Schurz-Straße 26
33100 Paderborn

Auflage:
1.5.11.14

Alle Rechte vorbehalten.

Die Beiträge in dieser Publikation geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von dem Herausgeber nicht in jedem Fall geteilt werden muss.

Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger an Dritte bestimmt.

Bestellung:
BZgA
51101 Köln
Fax: 0221-8992-257
E-Mail: order@bzga.de

Bestellnummer: 16000158

ISBN: 978-3-942816-54-0

Gefördert vom:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Nationales Zentrum
Frühe Hilfen

Träger:

BZgA Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

DJI Deutsches
Jugendinstitut

In Kooperation mit:

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien
Wohlfahrtspflege

AWO caritas PARITÄT DEUTSCHES ROTES KREUZ Diakonie ZWST