

Verein
für
Kommunalwissenschaften e.V.



Aktuelle Beiträge
zur Kinder- und Jugendhilfe 43/1

It Takes Two to Tango.

**Frühe Kindheit
an der Schnittstelle
zwischen Jugendhilfe und
Entwicklungspsychologie**

Dokumentation der Fachtagung
in Kooperation mit dem Deutschen Paritätischen
Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin e. V.,
und dem Universitätsklinikum Ulm,
Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
vom 14. bis 16. Mai 2003 in Berlin

Verein für Kommunalwissenschaften e.V.
Straße des 17. Juni 112 · D-10623 Berlin · Telefon 030 39001-0 · Telefax 030 39001-100
Fachtagungen Jugendhilfe
Telefon 030 39001-136 · Telefax 030 39001-146 · e-mail: agfj@vfk.de · Internet: www.vfk.de/agfj

Diese Tagung wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Landesverband Berlin e. V., gefördert.

Herausgeber:

Verein für Kommunalwissenschaften e. V.

Ernst-Reuter-Haus · Straße des 17. Juni 112 · 10623 Berlin

Postfach 12 03 21 · 10593 Berlin

Redaktion, Layout und Satz:

Roland Kühne

Fritz-Kirsch-Zeile 24

12459 Berlin

Fotos:

Rita Rabe, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin

Herstellung:

Verein für Kommunalwissenschaften e. V.

Berlin 2004

Hinweise zur Download-Ausgabe:

Der vorliegende Tagungsband wird vom Verein für Kommunalwissenschaften e.V. nicht mehr als Druckfassung aufgelegt. Es besteht die Möglichkeit, die Fachbeiträge und Diskussionen aus dem Internet herunter zu laden. Die Texte sind schreibgeschützt.

Inhaltsverzeichnis	Seite
Vorwort	7
KERSTIN LANDUA <i>Leiterin der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe, Verein für Kommunalwissenschaften e. V., Berlin und DR. UTE ZIEGENHAIN Pädagogische Leiterin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm</i>	
Grußwort an die Fachtagung	13
RENATE SCHMIDT <i>Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin</i>	
It Takes More Than Two to Tango – Grußwort an die Fachtagung	15
CHRISTA-MARIA BLANKENBURG <i>Vorsitzendes des Vorstandes des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Landesverband Berlin e. V.</i>	
Für einen intensiven Diskurs zwischen Wissenschaft und Praxis – Grußwort an die Fachtagung	17
PROF. DR. JÖRG M. FEGERT <i>Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm</i>	
<u>Fachreferate:</u>	
Frühe Prävention im Spannungsfeld von Kindeswohl, elterlicher Autonomie und institutioneller Hilfe	21
PROF. CHRISTOPH HÄFELI <i>Rektor der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, Fachhochschule Zentralschweiz</i>	
Frühe Förderung von Hochrisiko-Kindern: Der Beitrag von Bindungstheorie und Bindungsforschung	36
PATRICIA M. CRITTENDEN, PH. D. <i>Professorin für Psychologie, Leiterin des Instituts für Familienbeziehungen, Miami, USA</i>	
Liaison Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie in der frühen Kindheit? Interdisziplinäre Kooperation am Beispiel eines Weiterbildungsprojektes	58
DR. UTE ZIEGENHAIN <i>Pädagogische Leiterin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm</i>	

Frühe und sekundär-präventive Hilfen – Möglichkeiten und Grenzen der aktuellen Jugendhilfepolitik MINISTERIALRAT PROF. DR. DR. H. C. REINHARD WIESNER <i>Leiter des Referates Kinder- und Jugendhilferecht im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn/Berlin</i>	71
Warum Hilfen für Säuglinge und Kleinkinder rechtzeitig und kindspezifisch sein müssen PROF. DR. HELLGARD RAUH <i>Leiterin der Abteilung Entwicklungspsychologie des Instituts für Psychologie der Universität Potsdam</i>	87
Warum es für die Kinder- und Jugendhilfe so notwendig ist, Familien frühzeitig zu unterstützen HEINZ-HERMANN WERNER <i>Leiter des Jugendamtes der Stadt Mannheim</i>	106
<u>Impulsreferate sowie Ergebnisse der Diskussion in sechs Arbeitsgruppen:</u>	
Arbeitsgruppe 1: Interdisziplinäre Weiterbildungscurricula für die Praxis der Jugendhilfe – was müssen sie leisten, was können sie leisten? PROF. DR. HANS-JOACHIM SCHWARTZ <i>Fachhochschullehrer am Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel und DR. MAURI FRIES Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm, Weiterbildungsprojekt „Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“</i>	120
Arbeitsgruppe 2: Umgang mit Vernachlässigung und Misshandlung – praktische Vorgehensweisen und ethische Implikationen PROF. DR. REINER FRANK <i>Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Leiter der Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München und RENATE BLUM-MAURICE Fachleiterin des Kinderschutz-Zentrums des Deutschen Kinderschutzbundes Köln</i>	126
Arbeitsgruppe 3: Beratung für psychosozial belastete Familien mit Säuglingen und Kleinkindern – Chancen und Grenzen interdisziplinärer Zusammenarbeit INGE BEYERSMANN <i>Projektleiterin der Frühberatungsstelle im Haus der Familie Bremen-Hamelingen und Fachberaterin für Städtische Kindertageseinrichtungen im Amt für Soziale Dienste Bremen</i>	136

**Arbeitsgruppe 3: Beratung und Therapie bei Familien
mit besonderen Risiken – Erfahrungen interdisziplinärer Zusammenarbeit 153**

DR. LUISE BEHRINGER

*Mitarbeiterin der Medizinischen Abteilung des Vereins Arbeitsstelle Frühförderung
Bayern e. V., München, und Mitarbeiterin des Nachsorgezentrums „Der Bunte Kreis“
der Kinderklinik Augsburg, Sprechstunde bei Schrei-, Schlaf- und Fütterproblemen
von Säuglingen und Kleinkindern*

**Arbeitsgruppe 4: Implementierung der Entwicklungspsychologischen
Beratung in die Praxis am Beispiel des freien Trägers „Hütte“ e. V. Rostock 163**

HEINO BÖSINGER

*Leiter der Einrichtungen der Betreuungs- und Beratungsstelle „Hütte“ e. V., Rostock
und*

BARBARA BÜTOW

*Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm, Weiterbildungsprojekt
„Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“*

**Arbeitsgruppe 5: Strukturelle und administrative Voraussetzungen bei der
Umsetzung präventiver Hilfen der Jugendhilfe in Mecklenburg-Vorpommern 170**

AMTSRÄTIN HEIDI BAUER-FELBEL

*Mitarbeiterin der Abteilung Jugend und Sport des Sozialministeriums
des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin*

**Arbeitsgruppe 5: Strukturelle und administrative
Voraussetzungen bei der Umsetzung präventiver Hilfen 195**

DIRK FRIEDRICHS

*Referent in der Abteilung Jugend Familie, Seniorinnen/Senioren
des Sozialministeriums des Landes Hessen, Wiesbaden*

**Arbeitsgruppe 6: Früherkennung von Entwicklungsgefährdung
bei Säuglingen und Kleinkindern – Erfahrungen aus der Familienberatung 205**

BÄRBEL DERKSEN

*Mitarbeiterin der Erziehungs- und Familienberatungsstelle im Haus
der Familie des Deutschen Roten Kreuzes, Kreisverband Berlin Süd-West,
Freie Mitarbeiterin im Projekt „Entwicklungspsychologische Beratung
für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“*

**Arbeitsgruppe 6: Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen
bei Säuglingen und Kleinkindern und die Bedeutung von Elternarbeit
zur Koordinierung von Hilfen 213**

ANKE ZINSER

*Sachbearbeiterin im Landesjugendamt Berlin mit den Arbeitsschwerpunkten:
Integration von Kindern mit Behinderungen in Kindertageseinrichtungen
und therapeutische Betreuung durch Kinder- und Jugendambulanzen*

Fachreferate:

- „Was ist, wenn ... ?“ Wege, Umwege und Unwegsamkeiten
der psychosozialen Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern
am Beispiel von Müttern mit schweren psychischen Erkrankungen** 217

TERESA JACOBSEN, PH. D.

*Professorin für Psychologie, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
der Universität von Illinois, Chicago, USA*

- Ess- und Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern.
Diagnose und Behandlung** 230

IRENE CHATOOR M. D.

*Prof. Dr. med., Stellvertretende Vorsitzende und Direktorin am Zentrum
für seelische Gesundheit von Säuglingen und Kleinkindern, Abteilung Psychiatrie
am Nationalen Kinderkrankenhaus und Professorin für Psychiatrie und
Kinderheilkunde, George-Washington-Universität, Washington, D. C., USA*

- Überlegungen zur Implementierung und Verstetigung
sekundär-präventiver Beratungsansätze in der Jugendhilfepraxis** 256

PROF. DR. JÖRG M. FEGERT

*Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,
Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm*

- Abschlussdiskussion:
Entwicklungspsychologische Potenziale nutzen –
Wohin geht die Jugendhilfe in der Praxis?** 268

- Literaturhinweise** 283

Vorwort

Eltern sind erschöpft und ratlos und fühlen sich allein gelassen. Eltern verstehen ihr Baby oder Kleinkind nicht. Das Baby kann nicht einschlafen und schreit besonders viel. Das Kind ist ängstlich, wütend, entmutigt oder hat aufgegeben.

Familien mit Babys und kleinen Kindern brauchen erreichbare Hilfen, die sie selbstverständlich und unkompliziert in Anspruch nehmen können. Diese Hilfen entwickeln sich in Kooperation und Vernetzung von Jugendhilfe und anderen Hilfesystemen. Für Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe heißt das, sich entwicklungspsychologische Kenntnisse anzueignen und Beratungskompetenzen für Familien mit Babys und Kleinkindern durch Weiterbildung zu erwerben.

Frühe Kindheit als eigenständiger Entwicklungsabschnitt in der Kinder- und Jugendhilfe

In der neueren entwicklungspsychologischen Forschung lassen sich zunehmend Belege für den Zusammenhang zwischen sehr frühen Bindungsstörungen in der Eltern-Kind-Beziehung sowie späteren Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen bei Kindern finden. Vor allem Kinder mit hoch unsicherer Bindung sind gefährdet, später massive Verhaltensprobleme und Entwicklungsstörungen zu entwickeln, wenn sie verstärkt negativen Beziehungserfahrungen oder psychosozialen Risiken ausgesetzt sind. Frühe Hilfen sind naheliegend und wichtig, da mit relativ geringem Aufwand betroffenen Familien und ihren Kindern geholfen werden kann. Entwicklungspsychologische Beratungsstellen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe könnten Ansprechpartner für problembelastete Familien sein.

Bisher fehlen in der Praxis jedoch noch weitgehend wirksame Hilfestrukturen und systematische Weiterbildungscurricula für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in der Kinder- und Jugendhilfe. Ziel der Tagung war es daher, diese Aspekte zu diskutieren und bisherige Praxiserfahrungen zu vermitteln. Dazu gehört auch das vom Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend geförderte Projekt „Entwicklungspsychologische Beratung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“ am Universitätsklinikum Ulm, das bereits eine solche berufsbegleitende und zertifizierte Weiterbildung für Sozialpädagogen, Psychologen, Therapeuten und Pädiater anbietet.

Vor dem Tango: Die richtige Partnerwahl ist wichtig! Bundesweite Kooperationsveranstaltung mit deutschen und internationalen Experten.

Veranstalter dieser Tagung war der Verein für Kommunalwissenschaften e. V. in Kooperation mit dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin e. V. und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm. Neben vielen deutschen Experten gestalteten mit Irene Chatoor, M. D., Patricia M. Crittenden, Ph. D., und Teresa Jacobsen, Ph. D., aus den USA sowie mit Prof. Christoph Häfeli aus der Schweiz auch ausländische Experten diese Tagung mit.

„Eintanzen“ auf zwei Pre-Conference-Workshops.

Noch vor der offiziellen Eröffnung gab es am ersten Arbeitstag fakultativ die Möglichkeit, einen der beiden Pre-Conference-Workshops zu besuchen.

Im **Pre-Conference-Workshop I** wurde durch Prof. Dr. Patricia M. Crittenden, *Leiterin des Instituts für Familienbeziehungen, Miami, USA*, der „Care-Index – ein Beobachtungsverfahren zur Eltern-Kind-Interaktion“ vorgestellt. Dieser von ihr entwickelte Care-Index ist ein praxisnahes und zeitökonomisches Beobachtungsverfahren vor bindungstheoretischem Hintergrund und erfasst die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion von der Geburt bis etwa zum zweiten Lebensjahr des Kindes. Beobachtungsgrundlage sind drei- bis fünfminütige Videosequenzen. Eingeschätzt werden feinfühliges, feindseliges und nicht-responsives Verhalten bei der Bindungsperson sowie kooperatives, zwanghaft angepasstes, schwieriges oder passives Verhalten beim Kind. Ursprünglich war dieser Workshop für einen kleinen Teilnehmerkreis von rund 20 Personen geplant. Aufgrund der großen Nachfrage wurde daraus eine sehr anregende vierstündige interaktive Vorlesung für mehr als 100 Interessierte.

Im **Pre-Conference-Workshop II** wurden Konzepte zur Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen von Kindern aus Hochrisikofamilien sowie Modelle zur Früherkennung von Gefährdungen im Bereich der Geburtshilfe vorgestellt, vorliegende Beobachtungsbögen zum Screeningverfahren aus verschiedenen Jugendämtern und Klinikeinrichtungen in Deutschland miteinander verglichen und ihre Praktikabilität diskutiert. Gerald Wunderlich, *Kreisjugendamt Stormarn*; Dr. Wilfried Kratzsch, *Kinderneurologisches Zentrum Düsseldorf*; Wulfhild Reich, *Jugendamt Stuttgart*; Werner Wörmann, *Jugendamt Bielefeld*, sowie Monika Betzenbichler, *Allgemeiner Sozialdienst München*, stellten ihre entwickelten Instrumentarien in diesem Workshop vor. Die Ergebnisse des Pre-Conference-Workshops II sind in einem zweiten Tagungsband nachzulesen.

It Takes More Than Two to Tango: Interdisziplinarität – das Anspruchsvollste überhaupt!

Die eigentliche Tagung begann mit einem Video-Grußwort der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Renate Schmidt. Sie betonte, wie wichtig es sei, dass Familien so frühzeitig wie möglich differenzierte Hilfe bei der Erziehung ihrer Kinder zuteil werde und diese die größtmögliche Unterstützung erhalten sollten. Nicht zuletzt deshalb fördere ihr Ministerium das Modellprojekt „Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“. Die sich anschließenden Abendvorträge wurden von Prof. Christoph Häfeli, *Rektor der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, Fachhochschule Zentralschweiz*, zum Thema „Frühe Prävention im Spannungsfeld von Kindeswohl, elterlicher Autonomie und institutioneller Hilfe“ sowie von Prof. Dr. Patricia M. Crittenden zum Thema „Frühe Förderung von Hochrisiko-Kindern: Der Beitrag von Bindungstheorie und Bindungsforschung“ gehalten.

Tango als beziehungsstiftend? Über die Liaison Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie.

Der Reigen der Fachreferate begann am zweiten Arbeitstag mit einem Vortrag von Dr. Ute Ziegenhain, *Pädagogische Leiterin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm*, über eine interdisziplinäre Kooperation am Beispiel eines Weiterbildungsprojektes der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm, das vom BMFSFJ und sechs kooperierenden Bundesländern als Modellprojekt gefördert wird. In diesem Beitrag wurde un-

ter anderem darauf verwiesen, dass die Qualität der elterlichen Hilfen und deren Feinfühligkeit entscheidend mitverantwortlich für die emotionale Entwicklung ihres Kindes im Umgang mit Stress, gerade in den sensiblen Perioden, seien. Für eine professionelle Zusammenarbeit sei es wichtig, bei Diagnostik, Beratung und Therapie die Klienten als Partner mit dem Ziel der Förderung elterlicher Feinfühligkeit zu betrachten. Dem Transfer von der Wissenschaft in die Praxis, der Entwicklung von Curricula, eine Implementierung fester Strukturen (zum Beispiel von Frühberatungsstellen) in die Jugendhilfepraxis sowie der Anerkennung der frühen Kindheit als eigenen Bereich in der Kinder- und Jugendhilfe wurde hierbei ein besonderer Stellenwert eingeräumt.

Anschließend referierte Prof. Dr. Dr. h. c. Reinhard Wiesner, *Leiter des Referates Kinder- und Jugendhilferecht im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn/Berlin* über frühe und sekundär-präventive Hilfen und deren Möglichkeiten und Grenzen im Rahmen der aktuellen Jugendhilfepolitik. Eine zentrale Aussage seines Vortrages war, dass die gesetzliche Festschreibung der elterlichen Erziehungskompetenz eine qualitative Beschreibung im SGB VIII brauche. Prof. Dr. Hellgard Rauh, *Leiterin der Abteilung Entwicklungspsychologie des Instituts für Psychologie der Universität Potsdam*, referierte darüber, warum Hilfen für Säuglinge und Kleinkinder rechtzeitig und kindspezifisch sein müssen, und stellte Ergebnisse aus ihren empirischen Untersuchungen vor.

Früherkennung ist ein Wettbewerbsvorteil durch Zeitgewinn.

Heinz-Hermann Werner, *Leiter des Jugendamtes der Stadt Mannheim*, sprach darüber, warum es für die Kinder- und Jugendhilfe so wichtig ist, Familien frühzeitig zu unterstützen, und verwies dabei auf die Mannheimer Risiko-Längsschnittstudie, die diese Forderung nachdrücklich untermauere. Er positionierte sich zur aktuellen Familienpolitik, beschrieb u. a. den noch mangelnden Stellenwert von Prävention und wie Eltern privat bei der Erziehung ihrer Kinder, bei der Umsetzung von Erziehungszielen beziehungsweise der Herausbildung von Erziehungsstilen besser unterstützt werden könnten. In Mannheim wurden dazu „Zehn Schritte zu einer erfolgreichen Erziehung“ formuliert. Zur Frage der Kosten stellte er ganz klar die Forderung auf, dass einer Aufgabenzuweisung durch den Bund auch eine Geldzuweisung an die Kommunen folgen müsse. Bekannt sei, dass in der Realität der „Verschiebebahnhof Bund – Kommunen“ gut funktioniere. Vordringliche Aufgabe der Jugendhilfe sei es, die Vielfalt bereits vorhandener Dienste und Leistungen weiterzuentwickeln und sich auszutauschen.

In sieben Arbeitsgruppen wurden am Nachmittag dann konkrete Modelle von Prävention und Frühintervention vorgestellt und die Praxiserfahrungen verschiedener Träger erörtert sowie Detailfragen diskutiert, die ebenfalls in dieser Dokumentation nachzulesen sind.

Was ist wenn?

Der letzte Arbeitstag stand im Zeichen der Frage: Was ist wenn? Prof. Dr. Teresa Jacobsen sprach im Plenum anhand vieler Fallbeispiele eindringlich über die Notwendigkeit einer hinreichenden Versorgung von Kleinkindern in Hochrisikofamilien. Prof. Dr. Irene Chatoor referierte über Ess- und Fütterstörungen von Säuglingen und Kleinkindern und machte anhand von Videobeispielen auch darauf aufmerksam, dass dieses

Problem zu erkennen und Abhilfe zu schaffen, gut aus- und fortgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Jugendhilfe erfordere. Gleiches gilt natürlich auch für das Problem psychischer Erkrankungen von Eltern.

Wo spielt die Musik und wann wird getanzt?

Prof. Dr. Jörg M. Fegert stellte Überlegungen zur Implementierung und Verstetigung sekundär-präventiver Beratungsansätze in der Jugendhilfepraxis an, da dies gerade in Zeiten knapper Kassen wichtig sei. Im Kinder- und Jugendhilfegesetz sollte der § 16 SGB VIII ausgebaut und die Entwicklungspsychologische Beratung dort gesetzlich verankert werden. Eine Vernetzung von Angeboten, Weiterbildung und Fortbildung sowie exemplarische Modellprojekte seien weiterhin notwendig.

Tango-Finale: Wo liegt die Chance, das Potenzial?

Der Titel des Abschlussplenums war zugleich abschließende Forderung der Tagung und hieß „Entwicklungspsychologische Potenziale nutzen“. Frühe und präventive Intervention ist wirksam, wenn es gelingt, zu Familien mit (beginnenden) Risiken für die Entwicklung des Kindes einen Zugang zu finden. In der Arbeit mit psychosozial hoch belasteten Familien, bei denen Interaktionsprobleme und Entwicklungsbeeinträchtigungen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind, sollte ein präventiver Zugang systematisch institutionalisiert werden. Soziale Unterstützung gilt, ähnlich wie die sichere Bindung beim Kind, als ein zentraler Schutzfaktor, der im Umgang mit schwierigen Lebenssituationen abpuffernd wirken kann. Hier kann die Kinder- und Jugendhilfe mit sekundär präventiven Hilfeangeboten eine wichtige Brücke bauen. Diese Tagung und alle Beteiligten haben versucht, daran mitzubauen – auch wenn noch viele weitere Tanzstunden folgen werden (müssen), bis der Tango vielerorts auch professionell und harmonisch getanzt werden kann.

KERSTIN LANDUA

*Leiterin der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe,
Verein für Kommunalwissenschaften e. V., Berlin*
und

DR. UTE ZIEGENHAIN

*Pädagogische Leiterin der Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm*

Grußwort an die Fachtagung

RENATE SCHMIDT

Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin

Sehr geehrter Herr Dr. Löhrl,
sehr geehrte Frau Blankenburg,
sehr geehrter Herr Professor Fegert,
liebe anwesende Gäste,

leider ist es mir aus terminlichen Gründen nicht möglich, diese interessante Fachtagung persönlich zu eröffnen. Daher möchte ich Sie per Video begrüßen und Sie im Ernst-Reuter-Haus herzlich willkommen heißen.

Die ersten Lebensjahre eines Kindes prägen das gesamte Leben. Eltern leisten in dieser Zeit harte Arbeit; sie versorgen, sie betreuen, sie erziehen. Und wenn alles so läuft, wie wir uns das so wünschen, geben sie ihren Kindern ein verlässliches Umfeld – mit Liebe, Respekt und Fürsorge, mit guten Lebensbedingungen und vor allem mit Zeit – mit Zeit, die gemeinsam verbracht wird.

Aber Mütter und Väter können in der Erziehung auch an ihre Grenzen stoßen. Wie das Statistische Bundesamt vor kurzem mitteilte, bekommen immer mehr Familien in Deutschland bei der Erziehung professionelle Unterstützung. 2001 erhielten 33.900 Familien Sozialpädagogische Familienhilfe, rund neun Prozent mehr als im Jahr davor. Über die Hälfte der Erziehungshilfe ging an Familien mit allein erziehenden Eltern, 16 Prozent an so genannte Patchworkfamilien; in 32 Prozent der Fälle wurden so genannte vollständige Familien unterstützt. In 67 Prozent der Fälle waren Erziehungsschwierigkeiten Anlass für die professionelle Unterstützung; bei 38 Prozent Entwicklungsauffälligkeiten. In rund zwei Drittel der Familien wurde die Hilfe von Seiten des Jugendamtes oder anderen öffentlichen Stellen angeregt; in 27 Prozent baten die Eltern selbst um Unterstützung.

So weit sollte es gar nicht erst kommen und deshalb brauchen Familien alle Unterstützung, die wir ihnen geben können. Gute finanzielle Rahmenbedingungen sind für Familien ganz wichtig. In der vergangenen Legislaturperiode hatte die Bundesregierung bereits einiges erreicht und wir werden auch künftig die materielle Situation nicht aus den Augen verlieren. Unser Ziel sind verlässliche Rahmenbedingungen für Familien, die als gerecht empfunden werden und die den Eltern die notwendige Planungssicherheit geben.

Familien brauchen auch bessere Betreuungsmöglichkeiten für Kinder unter drei Jahren. Die Bundesregierung wird deshalb, obwohl sie nicht primär zuständig ist, einen Beitrag in Höhe von 1,5 Milliarden Euro jährlich leisten, um das Angebot an Kindertagesbetreuung quantitativ und qualitativ auszubauen. Und außerdem wird sie mit vier Milliarden Euro Ganztagschulen fördern.

Liebe Anwesende,

Hilfen für Familien von Anfang an sind neben einer quantitativ ausreichenden und qualitativ gesicherten Kinderbetreuung auch entwicklungspsychologische Beratungsangebote, wie sie zum Beispiel die Jugendhilfe bietet. Die Erfahrungen aus der Erziehungsberatung und aus der kinderpsychiatrischen Praxis zeigen, dass Kinder frühestens ab dem Vorschulalter, in der Regel erst ab dem Schulalter mit Verhaltensauffälligkeiten bei Fachexperten vorgestellt werden. In diesem Alter kann den Kindern dann meist nur noch durch aufwendige und langwierige Maßnahmen geholfen werden. Moderne entwicklungspsychologische Kenntnisse erlauben aber, Warnzeichen für mögliche spätere Probleme bereits früh – im Säuglings- und Kleinkindalter – zu erkennen. Solche Warnzeichen auf Seiten des Kindes können sich beispielsweise in lang andauerndem Schreien, in Schlaf- oder Fütterungsproblemen äußern.

Familien mit Säuglingen und Kleinkindern brauchen daher erreichbare Hilfen, die sie selbstverständlich und unkompliziert in Anspruch nehmen können. Um erfolgreich zu sein, müssen sich diese Hilfen an den individuell unterschiedlichen Anforderungen der Eltern orientieren und die besonderen Stärken und Fähigkeiten von Kindern und Eltern erkennen und nutzen.

Um diesen entwicklungspsychologischen Beratungsansatz für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern zu unterstützen, fördert mein Ministerium das Modellprojekt zur Entwicklung eines entwicklungspsychologisch fundierten Curriculums zur Beziehungsförderung und Prävention von Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten, das vom Universitätsklinikum Ulm durchgeführt wird, während der dreijährigen Projektlaufzeit mit insgesamt rund 400.000 Euro. Dieser Beratungsansatz wird in einer berufsbegleitenden und zertifizierten Weiterbildung für Sozialpädagoginnen, Psychologinnen, Therapeuten und Kinderärzte in unterschiedlichen Praxisfeldern erprobt und in bestehende Hilfestrukturen der Jugendhilfe eingebunden. Interdisziplinäre Hilfen im Frühbereich sollen genutzt und weiter ausgebaut werden. Dabei ist insbesondere die Zusammenarbeit zwischen der Jugendhilfe, der Kinderpsychiatrie und der Pädiatrie gefordert.

Sehr geehrte Gäste, liebe Anwesende,

Ich freue mich sehr, dass diese Tagung Expertinnen und Experten der unterschiedlichen Professionen zusammenbringt. Ich bin überzeugt, dass in der interdisziplinären Zusammenarbeit ein großes Potenzial für die Weiterentwicklung unserer Hilfesysteme liegt. Ich wünsche Ihnen eine erfolgreiche Tagung mit lebhaften Diskussionen und vielen guten, neuen Ideen.

It Takes More Than Two to Tango – Grußwort an die Fachtagung

CHRISTA-MARIA BLANKENBURG

*Vorsitzende des Vorstandes des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes,
Landesverband Berlin e. V.*

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

ich darf Sie recht herzlich im Namen des Berliner Landesverbandes des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes e. V. im Ernst-Reuter-Haus begrüßen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Verbandes haben an der Entwicklung des Tagungsinhaltes mitgearbeitet. Deshalb ist es selbstverständlich, dass ich die Gelegenheit der Tagungseröffnung nutze, um einige Worte an Sie zu richten und meine Position zu dem wichtigen Thema kurz zu umreißen.

Der Impuls für diese Fachtagung ging vom Modellprojekt „Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“ am Universitätsklinikum Ulm aus. Ziel dieses Weiterbildungsprojektes ist es, Fehlentwicklungen in der frühen Kindheit durch eine verbesserte Beratung von Eltern zu minimieren, um sie so künftig besser als bisher zu vermeiden. Dabei denke ich an einen alten satirischen Spruch, der da lautet: „*Lehrers Kinder und Pastors ,Vieh’ geraten selten oder nie.*“

Was will ich damit sagen? Eltern sind in der Erziehung ihrer Kinder meist zu stark emotional engagiert, weshalb es oft leichter ist, fremde Kinder zu erziehen. Das ist überwiegend Ihre professionelle Aufgabe. Zugleich haben wir in der Jugendhilfe das Ziel, die Eltern zu befähigen, diese Distanz, die man als professioneller Helfer hat, auch in die Erziehung von Kindern und Jugendlichen einzubringen und sich dabei nicht gleich von einer möglichen Störung persönlich betroffen zu fühlen. Auf diesen Aspekt möchte ich aus ganz persönlicher Erfahrung hinweisen.

Weil in der Arbeit des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes e. V. natürlich der Gedanke der Prävention schon eine lange Tradition hat, ist das Engagement für die Frühförderung Programm. Es ist auch wichtig, über die Bildung in der frühen Kindheit verstärkt Sicherheit zu schaffen und damit auch den gesellschaftspolitischen Anforderungen besser gewachsen sein zu können, die sich an die Jugendhilfe und an freie Träger insgesamt stellen. Wir alle wissen, dass Kinder das Wichtigste, aber – wie wir aus statistischen Angaben erfahren – auch das leider immer schwächer werdende Fundament für die Zukunft unserer Gesellschaft sind. Vor allem unter diesem Blickwinkel bedarf es tatsächlich einer viel besseren Abstimmung der verschiedenen, an Erziehung, Bildung und Betreuung von Kindern beteiligten Personen, denn es ist das Ziel, die Kinder besser für die Lebensbewältigung zu befähigen. Spätestens durch die Diskussion zu den Bildungsanforderungen in Folge von PISA oder kleineren Studien – so von der Internationalen Grundschul-Leseuntersuchung (IGLU) – wissen wir, dass eine

Neuorientierung unseres Bildungssystems erforderlich ist, wobei leider immer wieder auf die Leistungsaspekte, auf Lese- oder Sprachkompetenz fokussiert wird.

Direkt hat das nichts mit dieser Tagung und dem erwähnten Modellprojekt zu tun, aber wie Sie aus meinen Worten vielleicht herausgehört haben, ist es nur scheinbar so. Die Fundamente der Persönlichkeitsentwicklung werden durch eine stabile Eltern-Kind-Beziehung gelegt, insbesondere durch eine personale Beziehung zum Kind, die nicht ständig wechseln sollte. Darauf weist das Thema dieser Tagung mit dem Obertitel: „It Takes Two to Tango.“ Allerdings greift diese Aussage meines Erachtens etwas zu kurz. Ich würde formulieren: „It Takes More Than Two to Tango.“ Das wäre vor allem wünschenswert, wenn es um die stabile Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes geht, das den enormen späteren Herausforderungen gewachsen sein soll.

Dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes e. V. geht es – und das ist ein Grundverständnis – immer auch um die Bildung von Netzwerken. Gemeint ist damit das Zusammenwirken von Eltern, Kindertagesstätten, Familienberatungsstellen sowie anderen unterstützenden Beratungen, wobei dabei auch das Zusammenwirken mit den Kostenträgern nicht außer Acht gelassen werden soll. Deshalb habe ich mit Freude gesehen, dass das Programm dieser Tagung nicht vorrangig nur auf die Dyade Mutter-Kind oder Eltern-Kind abzielt, sondern darauf, wie vielfältige Institutionen sinnvoll in einem Beratungsnetz zusammenwirken können.

Um das zu befördern, wünsche ich der Tagung einen guten Verlauf sowie anregende Diskussionen und Gespräche.

Für einen intensiven Diskurs zwischen Wissenschaft und Praxis – Grußwort an die Fachtagung

PROF. DR. JÖRG M. FEGERT

*Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,
Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm*

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Bundesfamilienministerin, Frau Renate Schmidt, hat in Ihrem Grußwort die Bedeutung der Rahmenbedingungen für Familien unterstrichen. Der demographische Wandel, der uns deutlich vor Augen hält, dass sich immer weniger Eltern in Deutschland für Kinder entscheiden, unterstreicht diese Forderung nach einem familienfreundlichen Umfeld, welches sich nicht nur durch eine Sicherung der materiellen Situation erreichen lässt. Die Frage der Vereinbarkeit von Elternschaft, von Familienleben mit einer individuellen beruflichen Entwicklung stellt sich aufgrund des Mangels an Kinderbetreuungsangeboten in der Bundesrepublik besonders deutlich. Es ist deshalb sicher kein Zufall, wenn in Ländern wie Frankreich auch von Akademikerinnen deutlich mehr Kinder geboren werden als bei uns.

Immer mehr Menschen in dieser Gesellschaft fehlt deshalb Erfahrung im Umgang mit Kindern. Dies macht sich bei politischen Entscheidungsträgern, welche sich dann häufiger am Wählerpotenzial der Rentner orientieren, genauso fest wie an jungen Eltern, die bisher in ihrem Umfeld kaum Gelegenheit hatten, beispielsweise durch Umgang mit Geschwisterkindern oder beim Babysitting, eine praktische Vorbereitung durch Erfahrungslernen zu haben.

Die Tagung, die vor uns liegt, hat auch mit dem Spaß und der Freude zu tun, welche im Zusammenklang einer frühen Eltern-Kind-Beziehung entstehen kann. Wie in jedem Chor oder Orchester stellt sich Harmonie nicht automatisch ein und die Intonation ist vor allem unter Anspannung und Stress häufig gefährdet. Doch welcher Genuss, welche Freude ist es, wenn es einfach stimmt, wenn es gemeinsam harmonisch klingt?

Einer der Fachbegriffe aus dem Repertoire der Entwicklungspsychologie greift auf eine musikalische Metapher zurück: affect attunement – sich affektiv aufeinander einstimmen. Im musikalischen Bild des Stimmens wird sehr schön deutlich, dass dieser Prozess Sensibilität, Zuhören und Handeln sowie erneutes Überprüfen und Versichern des Übereinstimmens verlangt. Erst ein geglücktes Stimmen ist Voraussetzung für spätere musikalische Höhenflüge, die durchaus auch in besonders virtuellen Soloparts liegen können. Dennoch bildet der harmonische Zusammenklang immer wieder die sichere Basis, zu der man zurückkehrt und die ein Wohlgefühl auslöst.

Diese frühen Erfahrungen sind auch für Eltern unvergesslich; sie zu unterstützen und zu befördern ist Teil des bei dieser Tagung mit im Zentrum stehenden, vom Bundesministerium für Familie, Senioren und Frauen und Jugend geförderten Modellprojektes. Herrn Prof. Dr. Wiesner und seinen Kolleginnen und Kollegen aus den mit fördernden Bundesländern sowie den Kooperationspartnerinnen und Partnern aus der Praxis möchte ich an dieser Stelle für die Mitarbeit besonders danken, weil sie zu einem Zeitpunkt diesen Zug ins Rollen brachten, zu dem noch andere Themen im Vordergrund standen. Die Bereitschaft, heutzutage auf den Zug aufzuspringen, ist angesichts der gewachsenen Bedeutung der Familienpolitik und angesichts der von der Ministerin soeben noch einmal deutlich dargelegten, gestiegenen Wahrnehmung der frühen Kindheit auch in der Ressourcen- und Betreuungsfrage für viele einfacher geworden. Ich denke, wir sollten sie alle mitnehmen, denn Pluralität im Angebot vergrößert die Erreichbarkeit unserer Angebote.

Herr Dr. Löhr hat auf die lange Zusammenarbeit zwischen der von mir geleiteten Klinik und dem Verein für Kommunalwissenschaften e. V. hingewiesen, als er in seiner Begrüßung über die Historie und die Aktivitäten des Vereins informierte. Dies hat mich natürlich gefreut, aber auch verwundert, denn die von mir geleitete Klinik in Ulm existiert noch nicht einmal zwei Jahre. Er hat also die Personen, die Arbeitsgruppe gemeint. Frau Dr. Ute Ziegenhain hatte das Wagnis unternommen, aus der entwicklungspsychologischen Grundlagenforschung wieder etwas mehr an ihre pädagogischen Ausbildungswurzeln anzuknüpfen und zu mir an die damals von mir geleitete Klinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie und Psychotherapie nach Rostock als Koordinatorin meiner Praxisforschungsprojekte zu wechseln. Sie folgte auch nach Ulm, nun als leitende Pädagogin der Klinik, und hat mittlerweile ihre eigenen Projekte zur Ergebnisreife geführt. In diesen Projekten vereint sie ihre theoretische, entwicklungspsychologische, wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Praxiserfahrungen; auch in der Auswahl ihres Projektteams für das entwicklungspsychologische Beratungsmodell hat sie dies mit den Personen von zunächst Frau Dr. Mauri Fries und Frau Barbara Bütow und jetzt auch Frau Dr. Elisabeth Libal berücksichtigt. Sie und ihr Team haben zusammen mit den Mitarbeiterinnen des Vereins für Kommunalwissenschaften e. V. eine enorme Arbeit bei der Vorbereitung dieser Tagung geleistet. Dafür gebührt ihnen schon jetzt am Start herzlicher Dank.

Wie kommt nun eine Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – allein der Name ist für viele fast unaussprechlich – dazu, hier als Mitveranstalter zu fungieren? Suchen die Fachärzte nun schon bei den Kleinsten nach Patienten? Seien Sie beruhigt, darum geht es nicht, denn es mangelt uns leider nicht an Patienten. In der Praxis sehe ich sehr kleine Kinder fast nur im Rahmen der familienrechtlichen Begutachtung und dann aber meist als Betroffene von ständigem Hin- und Her und einer Serie von Beziehungsabbrüchen. Dies hat bei mir als Kliniker die Sensibilität für diese Fragestellungen geweckt. Als Wissenschaftler, der sich in seiner Praxis in der Regel mit den Extremsituationen, mit Gefährdungssituationen mit schweren multifaktoriell bedingten Problemlagen befasst, hat sich mir natürlich auch immer wieder die Frage gestellt: Könnte man durch frühe Intervention nicht manche unserer nicht immer erfolgreichen Bemühungen und damit auch das im Vorfeld verbundene

Leid und den langen Leidensdruck vermeiden, wenn man früher Angebote an den Mann beziehungsweise auch doch wahrscheinlich sehr viel häufiger an die Frau bringen könnte?

An dieser Stelle möchte ich kurz etwas zu der von mir geleiteten Klinik und insbesondere zu ihren Spezifika sagen. Die Chance, in Zeiten des beginnenden Sozialabbaus im Jahr 2001 noch eine Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapien aufbauen zu dürfen, war schließlich zu attraktiv und motivierte mich zum Wechsel nach Ulm. Reizvoll war daran, mit unseren heutigen Kenntnissen eine Klinik neu zu gestalten. So hatten wir zum Beispiel in einem von der VW-Stiftung geförderten Projekt zu Partizipation und Information in der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenbehandlung – dessen Ergebnisse auch schon einmal in eine Tagung des Vereins für Kommunalwissenschaften e. V. eingeflossen waren – sehr viele Hinweise darauf erhalten, was man anders machen könnte.

In der Klinik in Ulm gibt es heutzutage in jedem Bettenbereich ein baulich integriertes Beschwerdemanagement in Form eines freigeschalteten Telefons zu den uns umgebenden Jugendämtern und – wichtiger noch – zum Patientenfürsprecher, der zum Beispiel auch abends jederzeit für die Kinder erreichbar ist. Gerade zum Patientenfürsprecher hat sich auf diese Weise ein enger Kontakt hergestellt. Dieser führt mittlerweile mit den Jugendlichen Einzelsprechstunden und mit den Kindern eine Kaffeerrunde durch. Die Anregungen der Patienten, beispielsweise zur Verbesserung sportlicher Möglichkeiten, auch der Wunsch, Handys in der Klinik nicht abgeben zu müssen etc., hat er stets engagiert gegenüber der Klinikleitung vorgebracht. Vieles konnte so gemeinsam umgesetzt und verändert werden. Schon im Eingangsbereich des Krankenhauses zeigen auf jeder Etage Ausschnitte aus der UN-Kinderrechtskonvention, auch dazu passende Kinderzeichnungen sowie eine für Kinder verständliche zusammenfassende „Übersetzung“, dass Kinder und Jugendliche in institutioneller Behandlung nicht rechtlos sind.

Der Neuaufbau der Klinik war also eine Form des Forschungs-Praxistransfers und die Klinik ist auch so angelegt, dass dieses Wechselspiel zwischen Forschung und Praxis die bestmöglichen Voraussetzungen hat. Dazu hat die Universität durch eine großzügige Ausstattung im Rahmen der Berufungsverhandlung maßgeblich mit beigetragen. Neben einem stellvertretenden ärztlichen Direktor (C 3) bilden zwei Oberärzte, zwei leitende Psychologen, eine leitende Pädagogin und die Pflegedienstleitung das Leitungsteam der Klinik. Neben den Versorgungsbereichen mit regionalem Versorgungsauftrag (20 stationäre Behandlungsplätze, zehn teilstationäre Behandlungsplätze, Institutsambulanz und Hochschulambulanz) durften wir in diesen Tagen ein Forschungshaus beziehen, in dem die unterschiedlichen Drittmittelprojekte der Klinik unter einem Dach beherbergt sind und wo ein reger interdisziplinärer Austausch möglich ist.

Interdisziplinarität ist bei den hier angesiedelten Forschungsprojekten keine Leerformel, sondern bis hin zur Stellenbesetzung Praxis. In diesem Team arbeiten Soziologinnen und Soziologen, Juristinnen und Juristen, Pädagoginnen und Pädagogen, Psychologinnen und Psychologen sowie Ärzte und Ärztinnen an unterschiedlichen Fragestel-

lungen, die von den zellbiologischen Grundlagen des Dopamin-Stoffwechsels (wichtig für das Verständnis der Wirkung der Psychostimulantien bei hyperaktiven Kindern) über entwicklungspsychopathologische Fragestellungen, vor allem auch sozialpolitisch relevante und interventionsbezogene Fragestellungen bearbeiten.

Dazu gehören forensische Projekte, so Projekte zur Begutachtung von Sexualstraftätern ebenso wie mehrere Projekte zum Umgang mit der Problematik der Vernachlässigung, der Misshandlung und des sexuellen Missbrauchs. Neben diesen, in der bisherigen Tradition der Arbeitsgruppe stehenden, zum Teil auch von Rostock nach Ulm transferierten Projekten, sind auch Initiativen wie beispielsweise die Pflegekinderambulanz als ein Modellprojekt der Stiftung für das Pflegekind, ein Koordinationsprojekt von Hilfen für vernachlässigte, misshandelte und missbrauchte Kinder – gefördert durch die World-Childhood-Foundation – sowie mehrere Projekte im Zusammenhang mit der Kooperation von Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe begonnen worden.

Die ermutigenden Ergebnisse des entwicklungspsychologischen Beratungsmodells, aber auch der Spaß an der Arbeit mit den Beziehungen, den Frau Dr. Ute Ziegenhain in der von mir geleiteten Klinik verbreitet, hat uns dazu motiviert, die vom Gesetzgeber vorgesehene Möglichkeit der Mutter-Kind- beziehungsweise Eltern-Kind-Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – beschrieben in der Psychiatriepersonalverordnung als Gruppe KJ 6 – einführen zu wollen. Darüber hinaus möchten wir in den nächsten Jahren ein nachtklinisches Angebot für Kinder und Jugendliche im Reintegrationsprozess und eine Erweiterung des tagesklinischen Angebots erreichen.

Forschungsbereich und Klinik stehen also nicht nebeneinander, sondern beeinflussen sich permanent gegenseitig und tragen somit nicht nur zum Wissenstransfer, sondern auch zum Praxistransfer bei der Formulierung von wissenschaftlichen Fragestellungen bei. Dies ist ohne den Mut zum Wechsel zwischen diesen Bereichen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kaum möglich. Deshalb freut es mich auch ganz besonders, dass nun eine klinisch sehr erfahrene Ärztin mit längerer Praxis im Bereich der Kinderklinik und der Kinderschutzarbeit sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Projektstätigkeit des entwicklungspsychologischen Beratungsmodells gewechselt ist. Ich denke, dass die Ärztinnen und Ärzte in der Facharztausbildung in unserem Team sowie die Diplompsychologinnen und Pädagoginnen in der Weiterbildung durch diese Möglichkeiten zum Wechsel und durch die Möglichkeit zum angeleiteten Umgang mit der Praxis und der Forschung profitieren.

Dieses zentrale Anliegen, einen Diskurs zwischen Wissenschaft und Praxis herzustellen, trifft sich exakt mit einer der zentralen Aufgaben des Vereins für Kommunalwissenschaften e. V. und so ist es dann vielleicht doch nicht so verwunderlich, dass es eine lange und für mich stets erfreuliche Zusammenarbeit zu ganz verschiedenen Themen gegeben hat und sicher auch in der Zukunft noch geben wird. Da uns am heutigen Abend noch zwei absolute Experten, wirkliche Meister im Organisieren und in der Durchführung des Wissenschafts-Praxistransfers mit ihren Referaten erwarten, danke ich Ihnen für Ihre geduldige Aufmerksamkeit und wünsche Ihnen und uns allen einen erfolgreichen Tagungsverlauf.

Frühe Prävention im Spannungsfeld von Kindeswohl, elterlicher Autonomie und institutioneller Hilfe

PROF. CHRISTOPH HÄFELI

Rektor der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, Fachhochschule Zentralschweiz

Einleitende Bemerkungen

Ich kann Ihnen leider keine Grüße des schweizerischen Familienministers übermitteln, denn in der Schweiz gibt es keinen; Kinder- und Jugendhilfe und Elemente einer Familienpolitik allerdings schon. Mein Referat ist weniger ein wissenschaftlicher Vortrag als ein systematisierter und reflektierter Erfahrungsbericht vor dem Hintergrund meiner Doppelausbildung als Jurist und Sozialarbeiter, meiner langjährigen Tätigkeit in der Jugendhilfe sowie meiner Tätigkeit als Hochschullehrer und Rektor einer Ausbildungsstätte von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern. Diese Erfahrungen betreffen vor allem den Umgang mit Spannungsfeldern zwischen den verschiedenen Professionen, die in der Jugendhilfe tätig sind. Der Blickwinkel ist der eines Familienrechtlers, der sich insbesondere mit Kindes- und Vormundschaftsrecht befasst hat und fast zehn Jahre eine polyvalente Jugend- und Familienhilfeeinrichtung geleitet hat. Ich möchte Ihnen außerdem einen kurzen Einblick in die rechtlichen sowie organisatorisch-konzeptionellen Lösungen zur Verminderung dieser Spannungsfelder geben.

Bevor ich mich mit dem Hauptthema der Spannungsfelder befasse, werde ich einige Bemerkungen zu meinen Tätigkeiten und insbesondere zum schweizerischen Sozialwesen und Rechtssystem machen sowie den Begriff der Prävention und die Präventionsdiskussion in den vergangenen 30 Jahren in der Schweiz skizzieren.

Wie die mannigfachen Spannungsfelder relativiert und reduziert werden können, möchte ich Ihnen anhand von drei Beispielen aufzeigen: am zivilrechtlichen Kinderschutz¹ des schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB), an der Kleinkindberatung im Kanton Zürich und am Konzept der Sozialen Dienste der Stadt Zürich – dem „Modell Zürich“. Abschließen werde ich meinen Vortrag mit ein paar Bemerkungen zum Umgang mit Spannungsfeldern.

1. Eine Laufbahn an den Nahtstellen und im Überschneidungsbereich von Recht und Sozialarbeit

Ich habe zehn Jahre hauptamtlich in der Familien- und Jugendhilfe gearbeitet, zwei Jahre zu Beginn meiner beruflichen Tätigkeit und weitere acht Jahre nach elfjähriger hauptamtlicher Tätigkeit als Dozent an der Höheren Fachschule für Soziale Arbeit, der heutigen Hochschule für Soziale Arbeit Zürich. In der zweiten Phase der praktischen

¹ In der juristischen Literatur der Schweiz ist der Begriff „Kindesschutz“ normiert, nicht der Begriff „Kinderschutz“.

Berufstätigkeit habe ich ein Jugendsekretariat im Kanton Zürich geleitet. Wir waren zuständig für die gesamte Jugend- und Familienhilfe von 22 Gemeinden. Diese Arbeit war hoch interessant, weil der Kanton Zürich meines Wissens der einzige Kanton in der Schweiz ist, der die gesamte Jugendhilfe in diesen Jugendsekretariaten bündelt, von der Mütter-Väter-Beratung – die wir zur Kleinkindberatung, also für den ganzen Vorschulbereich, weiterentwickelt haben – über die freiwillige Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung bis hin zu den zivilrechtlichen Kinderschutzmassnahmen, der Berufsberatung und dem kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst – alles unter einem Dach.

Das ist mein Erfahrungshintergrund. Ich bin der festen Überzeugung, dass Transdisziplinarität und Interdisziplinarität nur möglich sind, wenn wir die Fachkräfte der verschiedenen Disziplinen und Professionen zusammenbringen und zwar nicht nur auf Tagungen, sondern möglichst im Alltag. Zu starke Spezialisierungen im Dienstleistungsangebot verhindern das. Interdisziplinarität, die wir alle postulieren, ist wohl das Anspruchsvollste überhaupt. Was wir bisher machen, ist zu häufig noch reine Pluridisziplinarität. Schon Transdisziplinarität ist anspruchsvoll, Interdisziplinarität noch anspruchsvoller. Die entsprechende Organisation als eine Rahmenbedingung genügt selbstverständlich nicht.

Seit mehr als 30 Jahren – mehr als 20 Jahre davon als hauptamtlicher Dozent – unterrichte ich, zuerst an Höheren Fachschulen, dann seit der Einführung der Fachhochschulen in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre an einer Fachhochschule, deren erster Rektor ich bin, und die aus der Fusion von drei Höheren Fachschulen hervorgegangen ist.

Von 1988 bis 1992 war ich Mitglied einer von der Bundesregierung eingesetzten Expertenkommission „Kindesmisshandlung“. Nach einem parlamentarischen Vorstoß hatte sich die schweizerische Regierung das erste Mal mit diesem Thema befasst. Die zwanzigköpfige Expertengruppe hatte einen umfangreichen Bericht erarbeitet. Zehn Jahre danach kann ich einschätzen, dass dieser Bericht nicht ganz wirkungslos geblieben ist, obwohl die Antwort der Bundesregierung drei Jahre auf sich warten ließ und diese dann sehr defensiv war.

Seit genau zehn Jahren bin ich auch an der Revision des schweizerischen Vormundschaftsrechts beteiligt, zuerst in einer Dreiergruppe, dann auch in einer großen Expertengruppe von zwanzig Mitgliedern, die Ende 2002 einen voll ausformulierten Vorentwurf abgeliefert hat, der jetzt in die „Vernehmlassung“ geht. So heißt das schweizerische Konsultationsverfahren, das durchgeführt wird, bevor dem Parlament ein definitiver Gesetzesentwurf zugeleitet wird. Im Vernehmlassungsverfahren wird ein Expertenentwurf auf seine politische Akzeptanz „getestet“ und nicht selten erfährt der definitive Gesetzesentwurf wesentliche Änderungen.

Die Expertengruppe hat sich intensiv mit dem deutschen Betreuungsrecht auseinandergesetzt und dort einige Anleihen gemacht. Es ist nicht das erste Mal, dass wir Entwicklungen von Deutschland zehn Jahre später nachvollziehen, so war es schon beim Kindschaftsrecht und beim Ehe- und Ehescheidungsrecht. Wir lernen sehr viel vom großen Nachbarland im Norden. Die zehnjährige „Verspätung“ hat immerhin den Vorteil, dass

wir dann schon im Vorfeld von Entscheidungen und von den Fehlern lernen, die in Deutschland gemacht wurden. Dennoch sind Gesetzgebungen eine schwierige Angelegenheit. Einer meiner Hochschullehrer, Professor Manfred Rehbinder, ein deutscher Rechtssoziologe, hat immer wieder hervorgehoben, dass die Gesetzgebung ein Schuss ins Dunkle sei. Tatsächlich weiß man nicht, welche Nebenwirkungen man erzeugt oder ob man die Hauptwirkungen, die man erzeugen möchte, auch wirklich erreicht.

Eine erste Quintessenz aus den Erfahrungen als „Go-Between“ zwischen Rechts- und Sozialwissenschaften, zwischen Sozialgesetzgebung und sozialer Arbeit möchte ich an dieser Stelle formulieren: Ich habe in all diesen Jahren das Recht als Ressource und Gestaltungsmacht kennen gelernt und nicht als Behinderung. Das ist für Sozialarbeiter und Psychologen nicht ganz selbstverständlich, denn sie haben vom Recht oft das Fremdbild eines Systems und Instrumentariums, das in erster Linie einschränkt und behindert.

2. Grundzüge des schweizerischen Sozialwesens

- „Föderalismus“ und „Subsidiarität“ sind Begriffe, die Sie genauso für sich in Anspruch nehmen und kennen. Aber ich meine, das Ganze ist in der Schweiz noch etwas ausgeprägter als in Deutschland, vor allem auf dem kleinen Raum, indem wir uns befinden. Wir haben eine ausgeprägte Aufgabenteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden. Bei uns haben auch die privaten und kirchlichen Organisationen nach wie vor eine sehr große Bedeutung. Rund die Hälfte aller Träger von Jugendhilfeeinrichtungen und Sozialdiensten sind private Träger, wobei die meisten von ihnen öffentlich subventioniert werden.
- Wie auch in Deutschland gibt es das Nebeneinander und Miteinander von professioneller Hilfe, Laienhilfe und Selbsthilfe, aber dabei eine Besonderheit, bei der Sie erschrecken werden, wenn sie Sie nicht schon kennen. Es bestehen nämlich auf der Behördenebene, dort, wo Eingriffe in die Freiheit und in die Rechtsstellung der Bürgerinnen und Bürger und bei entsprechender Gefährdung des Kindeswohls auch der Eltern vorgenommen werden, kommunale Miliz- und Laienbehörden, keine Gerichte. Dieses in der Deutschschweiz verbreitete System, erzeugt ein riesiges Spannungsfeld zwischen den professionellen Fachkräften, die in den sozialen Diensten tätig sind und diese Arbeit vorbereiten und die auch die Mandate wahrnehmen, und den Laienbehörden. Diese sind oft hoffnungslos überfordert. Das ist einer der Punkte, die wir mit unserer Revision des Vormundschaftsrechts beseitigen möchten. Es handelt sich aber gerade um einen der Aspekte, der in der bald beginnenden Debatte am umstrittensten sein und der von den Gemeindeautonomen und Föderalisten am heftigsten bekämpft werden wird.

3. Grundzüge des schweizerischen Rechtssystems

- Auch das schweizerische Rechtssystem ist extrem föderalistisch geprägt. Das materielle Recht ist immerhin bundeseinheitlich geregelt, es gibt ein Zivilgesetzbuch

(ZGB), das dem deutschen BGB entspricht, sowie ein Strafgesetzbuch. Aber es existieren 26 Straf- und Zivilprozessordnungen, 26 verschiedene Gerichtsorganisationen und auch die Behördenbezeichnungen sind außerordentlich unterschiedlich. Das ist unglaublich, vor allem wenn man an die Fläche von 40.000 Quadratkilometern denkt, auf der sieben Millionen Einwohner leben. Aber wir sind auf dem Weg, wenigstens das Prozessrecht zu vereinheitlichen. Ich bin erstaunt, dass das jetzt relativ schnell möglich wurde.

- Es gibt in der Schweiz kein Bundesverfassungsgericht. Wiederholte Bemühungen, ein solches Gericht zu schaffen, sind immer wieder gescheitert. Das bedeutet, dass kantonale Gesetze von einer höheren Instanz nicht auf ihre Verfassungsmäßigkeit hin überprüft werden können. Wenn natürlich im Einzelfall Freiheitsrechte verletzt werden, kann man sich an das Bundesgericht wenden und diese Verletzung einklagen, nachdem man zuvor alle kantonalen Instanzen durchlaufen hat.
- Erst seit dem Jahr 2000 gibt es in der so genannten nachgeführten Bundesverfassung – die erste stammte von 1874 und behielt (mit zahlreichen Teilrevisionen) tatsächlich 126 Jahre Gültigkeit – einen ausführlichen Katalog von rund 20 Freiheitsrechten. Obwohl diese Nachführung die Bundesverfassung lediglich von nicht „verfassungswürdigen“ nebensächlichen Bestimmungen (zum Beispiel das Verbot, Absinth herzustellen) entschlackte und die durch viele Teilrevisionen unübersichtlich gewordene Verfassung in eine verständlichere Sprache und in ein übersichtlicheres System führen wollte, war dennoch die eine oder andere materielle Änderung möglich. Während der Rechtsstaat mit dem ausführlichen Katalog von Freiheitsrechten in der nachgeführten Bundesverfassung gut verankert ist, begnügt man sich mit einem einzigen Artikel, der den Sozialstaat normiert, und zwar in der wenig verbindlichen Form von Sozialzielen.
- Es existiert kein schweizerisches Kinder- und Jugendhilfegesetz. Es gibt einzelne Kantone, die über ein Jugendgesetz oder ein Jugendhilfegesetz verfügen; in vielen Kantonen begnügt man sich mit wenigen Artikeln zu Kindern- und Jugendlichen im Sozialhilfegesetz. Ich bin vor kurzem von einem Kanton, der jetzt sein Sozialhilfegesetz erneuert, angefragt worden, ob ich nicht einige Gesetzesartikel für die Jugendhilfe formulieren könnte ...

Vor diesem Hintergrund gestalten Tausende professionelle Fachkräfte die Kinder- und Jugendhilfe. Auch wenn es in der Schweiz kein Familienministerium gibt, existiert so etwas wie eine Familienpolitik in Ansätzen. Die konkrete Jugend- und Familienhilfe ist kantonal sehr unterschiedlich weit entwickelt und ausgestaltet.

4. Zum Begriff der Prävention (Prophylaxe, Vorbeugung) und zur Präventionsdiskussion in den vergangenen 30 Jahren

Den Begriff „Prophylaxe“ hat man in der Sozialarbeit lange nicht mehr gehört. Vor 30 Jahren hatte man die Begriffe der Prävention und Prophylaxe synonym verwen-

det: es geht dabei um Vorbeugung, ein guter deutscher Begriff. Heutzutage hat sich der Begriff der Prävention durchgesetzt. In der Schweiz ist Prävention vor allem im Zusammenhang mit Suchtkrankheiten, insbesondere durch Kampagnen, bekannt geworden; man denke beispielsweise an die Antiraucherkampagnen und Kampagnen gegen den Alkoholmissbrauch. Die größte Beachtung haben wohl die verschiedenen Aids-Präventionskampagnen gefunden. In der jüngsten Zeit haben die steigenden Kosten im Gesundheitswesen zahlreiche Gesundheitspräventionskampagnen ausgelöst.

Der Diskussionsstand ist geprägt durch eine absolut inkohärente Begrifflichkeit. Die vertraute Trias – primäre, sekundäre und tertiäre Prävention – wurde und wird in der Schweiz immer noch verwendet, obwohl diese Trias eigentlich wenig trennscharf ist. Nach dieser Definition fallen auch alle Interventionen unter die Prävention, namentlich die Behandlung unter den Begriff der Sekundärprävention.

Prävention hat eine kurze Geschichte. Ich habe vor 35 Jahren meine Sozialarbeiterausbildung gemacht. Damals hatte man natürlich auch schon von Prävention gesprochen, aber sie war nicht viel mehr als ein Anhängsel. Umgesetzt wurde bis auf Kampagnen, deren Wirkungen nur schwer messbar waren, wenig. Soweit in der Schweiz überhaupt gesetzliche Grundlagen zur Prävention existieren, sind auch diese uneinheitlich, was – wie ich bereits erwähnte – auf die kantonalen Strukturen zurückzuführen ist. Wir haben keine Wirkungsforschung.

In den vergangenen Jahren bahnte sich eine Professionalisierung an. Die Hochschule für Soziale Arbeit Luzern (HSA) hat im Rahmen des erweiterten Leistungsauftrags (Weiterbildung, anwendungsorientierte Forschung und Entwicklung, Dienstleistungen für Dritte) über eine Reihe von mehrjährigen Präventionsprojekten Prävention als einen von fünf Kompetenzschwerpunkten entwickelt: Sie hat vom Bundesamt für Gesundheitswesen mehrere Präventionsprojekte im Bereich von Schulen und stationären Jugendhilfeeinrichtungen übertragen bekommen.

Dabei handelt es sich nicht um Sucht- oder Gewaltprävention, sondern um allgemeine Prävention. Für mehrere schweizerische Spielkasinos hat beispielsweise die HSA Luzern ein Sozialkonzept zur Bekämpfung der Spielsucht entwickelt. Aus diesen Mehrjahresprojekten wird gegenwärtig eine eigene Präventionstheorie erarbeitet. Außerdem bietet die Hochschule ein Nach-Diplomstudium „*Prävention*“ an, dessen Teilnehmerinnen und Teilnehmer sich aus verschiedenen Berufsfeldern rekrutieren.

Hafen (2000)¹ plädiert für die folgende pragmatische Umschreibung des Begriffes Prävention: *„Maßnahmen, die auf Beeinflussung der Umweltbedingungen und/oder Änderung der Lebensweise der einzelnen Menschen abzielen, mit der Absicht, die Lebensqualität einzelner Personen oder ganzer Gruppen zu verbessern.“*

¹ Dozent und Projektleiter am Institut Weiterbildung/Dienstleistung/Forschung der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern

Außerdem schlägt er die folgende begriffliche Differenzierung vor:

- Prävention: Verhinderung von zukünftigen Problemen;
- Früherfassung: Anzeichen für zukünftige Probleme erkennen und geeignete Maßnahmen zur Behandlung dieser Anzeichen einleiten (Bindeglied zwischen Prävention und Behandlung);
- Behandlung: bestehende Probleme beheben;
- Schadensverminderung: Folgeprobleme von bestehenden Problemen bei bestimmten Personen verhindern.

5. Zur Vielfalt der Spannungsfelder

Der Titel meines Referates lautet „Frühe Prävention im Spannungsfeld zwischen elterlicher Autonomie, Kindeswohl und institutioneller Jugendhilfe“. Man könnte dieses Spannungsfeld schematisch wie in der **Abbildung 1** darstellen. Ich denke jedoch, die Wirklichkeit ist noch komplexer und deshalb ziehe ich die Darstellung in der **Abbildung 2** vor:

Ziel aller elterlicher Bemühungen, aller privaten und staatlichen Maßnahmen ist die Verwirklichung des Kindeswohls. Das **Kindeswohl steht im Zentrum von vier Polen:**

- | | | |
|------------------------|--------|-----------------------------|
| ■ elterliche Autonomie | versus | institutionelle Jugendhilfe |
| ■ Prävention | versus | Repression |

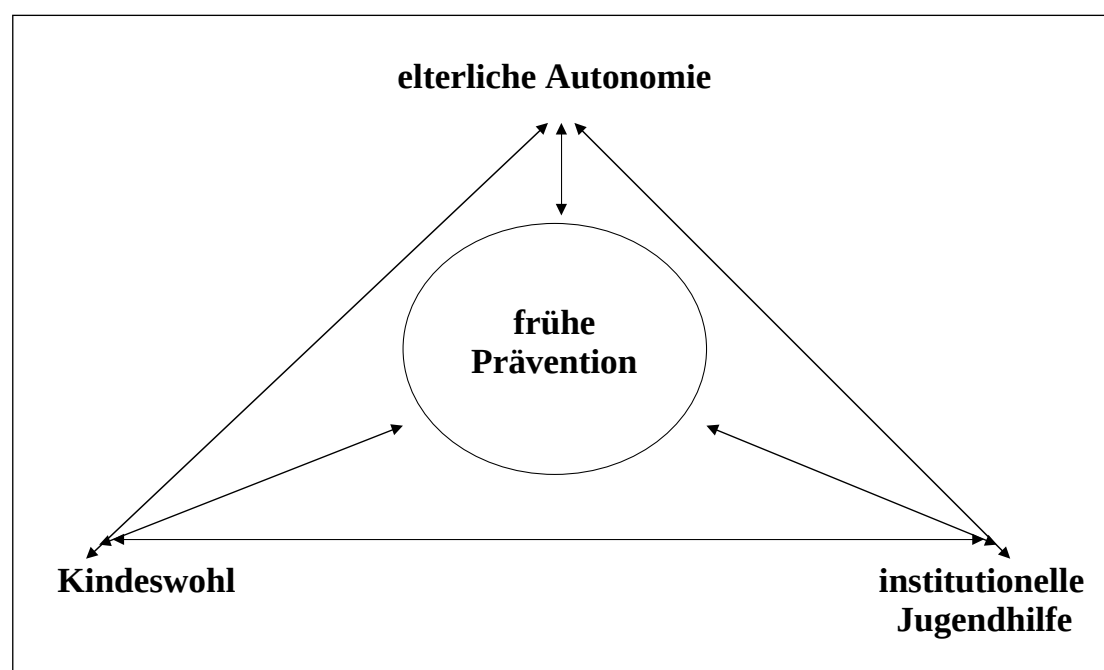


Abbildung 1

© Ch. Häfeli

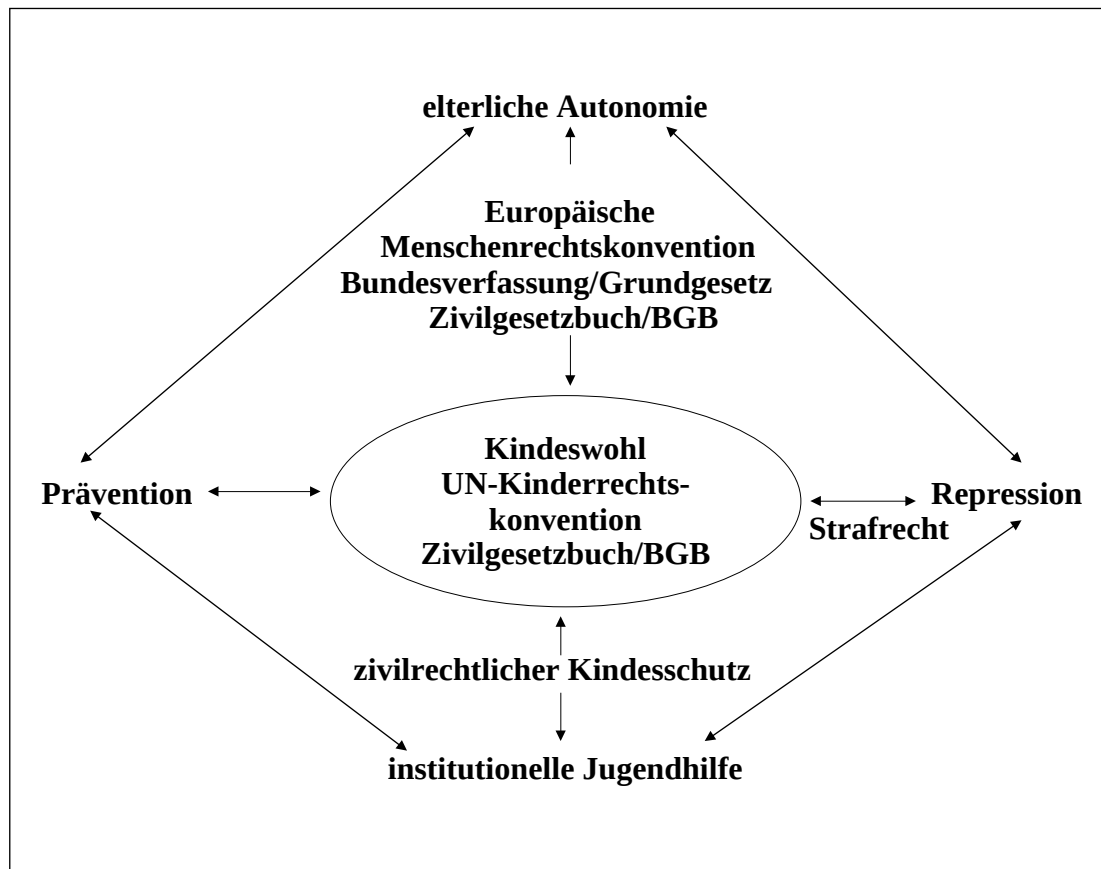


Abbildung 2

© Ch. Häfeli

Alle vier Pole und der Begriff des Kindeswohls sind „verrechtlicht“:

- Die elterliche Autonomie ist in der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK), unter anderem in Artikel 8, in der Schweizerischen Bundesverfassung und im Deutschen Grundgesetz, dem schweizerischen ZGB und dem deutschen BGB verankert. Alle diese Rechtsgrundlagen räumen den Eltern das Primat bei der Verwirklichung des Kindeswohls ein. Die Bestimmungen über die elterliche Sorge als ein Bündel von Rechten und Pflichten der Eltern gegenüber ihren Kindern konkretisieren diese elterliche Autonomie.
- Prävention wird in einer Vielzahl von gesetzlichen Erlassen postuliert.
- Repression wird repräsentiert durch das Strafrecht, beispielsweise durch das Instrumentarium des Jugendstrafrechts und durch die Misshandlungstatbestände sowie das Sexualstrafrecht, das Kinder und Jugendliche vor Übergriffen von Erwachsenen schützen soll.
- Institutionelle Jugendhilfe steht für alle privaten und öffentlichen Instanzen, Organisationen und Dienste, die subsidiär und als sekundäre Sozialisationsinstanzen zur Verwirklichung des Kindeswohls beitragen und ihren Niederschlag unter anderem im zivilrechtlichen Kindesschutz finden.

Neben diesen beiden Hauptspannungsfeldern ergeben sich mindestens **vier weitere Spannungsfelder**:

- | | | |
|------------------------|--------|-----------------------------|
| ■ elterliche Autonomie | versus | Prävention |
| ■ elterliche Autonomie | versus | Repression |
| ■ Prävention | versus | institutionelle Jugendhilfe |
| ■ Repression | versus | institutionelle Jugendhilfe |

Eltern können in ihren erzieherischen Bemühungen sowohl präventiv als auch repressiv wirken, genau wie die institutionelle Jugendhilfe das ganze Kontinuum von präventiven und repressiven Interventionen ausschöpfen kann.

In der institutionellen Jugendhilfe können mindestens vier Bereiche unterschieden werden:

- Da ist erstens das, was wir als freiwilligen Kindesschutz bezeichnen, also alle Formen von Beratung, wobei die einzelnen Bezeichnungen irrelevant sind. Dazu gehören die schulpsychologischen Dienste sowie die kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste.
- Ein zweiter Bereich ist der spezialisierte Kindesschutz. Dieser ist maßgeblich in den vergangenen zehn Jahren, nach dem Erscheinen des Berichts der bundesrätlichen Arbeitsgruppe „Kindesmisshandlung“ (1988-1992) auf- und ausgebaut worden. Dazu gehören insbesondere die spezialisierten, in der Regel interdisziplinär zusammengesetzten Kindesschutzgruppen an Kinderkliniken, die hervorragende Arbeit leisten und als Anlaufstelle für Opfer, Fachleute und Behörden dienen.
- Die dritte Säule bildet der zivilrechtliche Kindesschutz. Die Artikel 307 bis 312 des schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) enthalten ein differenziertes und fein abgestuftes Instrumentarium von staatlichen Interventionen bei Gefährdung von Kindern und Jugendlichen.¹
- Der vierte Bereich ist der strafrechtliche Kindesschutz; dazu gehören das Jugendstrafrecht, die Straftatbestände des Strafgesetzbuches (StGB), welche Kinder und Jugendliche vor körperlicher und psychischer Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Ausbeutung schützen sollen sowie das Opferhilfegesetz (OHG), das kindliche Opfer vor einer sekundären Viktimisierung im Rahmen des Strafverfahrens zu schützen versucht. Eine differenziertere Darstellung enthält die Übersicht in der **Abbildung 3**.

6. Relativierung beziehungsweise Reduktion der Spannungsfelder

Es existieren natürlich auch Spannungsfelder innerhalb und zwischen diesen Bereichen. Diese werden jedoch durch die Ausgestaltung des rechtlichen Instrumentariums selber

¹ Die inhaltliche Darstellung erfolgt unter Ziffer 7.

Gewährleistung des Kindesschutzes in der Schweiz

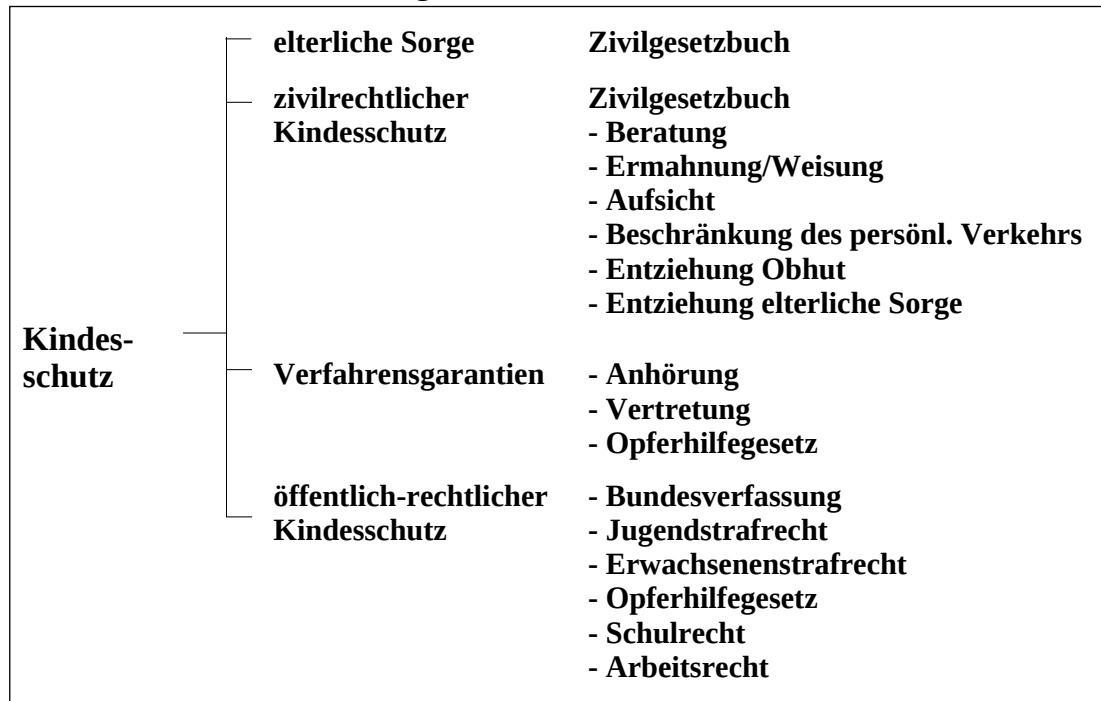


Abbildung 3

© Ch. Häfeli

relativiert und reduziert und sie können zusätzlich durch eine entsprechende Ausgestaltung des Dienstleistungssystems reduziert oder eben verstärkt werden. Je stärker Sie die Spezialisierung vorantreiben und zum Beispiel so genannte freiwillige Beratungsangebote institutionell von so genannten gesetzlichen Maßnahmen mit mehr oder weniger Eingriffscharakter institutionell voneinander trennen, umso mehr verstärken Sie diese Spannungsfelder. Aus diesem Grund plädiere ich für eine größtmögliche Polyvalenz von Diensten, in denen unter einem Dach niederschwellige und „freiwillige“ Beratungsangebote gemacht und zivilrechtliche Kindesschutzmaßnahmen geführt werden, wie dies im „Modell Zürich“ versucht wird, das nachstehend kurz dargestellt werden soll.

Lassen Sie mich aber vorgängig am Beispiel des zivilrechtlichen Kindesschutzes aufzeigen, wie diese Spannungsfelder auch durch eine entsprechende Ausgestaltung des Eingriffsrechts reduziert werden können.

7. Eingriffsschwelle und „Dosierung“ des Eingriffs

Inwiefern ist das schweizerische System von zivilrechtlichen Kindesschutzmaßnahmen eher spannungsfeldreduzierend als spannungsfeldaufbauend?

Es beginnt bei den beiden Schlüsselbegriffen: Kindeswohl und Gefährdung. Der Begriff des Kindeswohls wird in der Literatur oft kritisiert, weil er unscharf und geradezu beliebig sei und damit die Rechtssicherheit gefährde. Es handelt sich um eine Generalklausel und um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der im Einzelfall konkretisiert

werden muss. Eine in der Schweiz geläufige allgemeine Umschreibung lautet: *„Kindeswohl ist der Inbegriff der Voraussetzungen für eine optimale Entwicklung der Persönlichkeit des Kindes; es umfasst affektive und intellektuelle, körperliche und psychische, soziale und rechtliche Aspekte.“*

Für die Konkretisierung im Einzelfall gibt es durchaus objektive Kriterien aus Psychologie, Pädagogik und Sozialarbeit. Das schweizerische Recht operiert relativ viel mit unbestimmten Rechtsbegriffen und Generalklauseln, längst nicht nur im Familienrecht, aber insbesondere auch hier.

Der zweite Schlüsselbegriff „Gefährdung“ ist sozusagen das Eintrittstor für die zivilrechtliche Jugendhilfe, für die Kindesschutzmaßnahmen Artikel 307 ZGB; der erste Artikel in diesem Kindesschutzrecht beginnt mit dem Satz: *„Ist das Wohl des Kindes gefährdet und sorgen die Eltern nicht von sich aus für Abhilfe oder sind sie dazu außerstande, trifft die Vormundschaftsbehörde die geeigneten Maßnahmen.“*

Nach schweizerischem Recht darf demnach in die elterliche Autonomie nur eingegriffen werden, wenn eine Gefährdung des Kindeswohls vorliegt und die Eltern diese Gefährdung nicht von sich aus abwenden oder wenn sie dazu außerstande sind. Von einer Gefährdung spricht man, *„sobald nach den Umständen die ernstliche Möglichkeit einer Beeinträchtigung des körperlichen, sittlichen oder geistigen Wohls des Kindes vorzusehen ist“*. Die Ursachen dieser Gefährdung sind unerheblich, die Schuldfrage irrelevant.

Ich lege deshalb Wert darauf, Ihnen diesen Begriff zu erläutern, weil Sie sehen, dass mit dieser Umschreibung die Eingriffsschwelle tief liegt. Das kann man beklagen, wenn man die Freiheitsrechte sehr hoch gewichtet. Doch hier liegt der entscheidende Unterschied zwischen dem zivilrechtlichen und dem strafrechtlichen Kindesschutz: Entscheidend ist allein eine Gefährdung des Kindeswohls, der nicht anders als mit einer staatlichen Intervention begegnet werden kann. Dabei spielt es keine Rolle, ob den Eltern ein Vorwurf gemacht werden kann oder nicht. Im Strafrecht hingegen kann eine Sanktion nur getroffen werden, wenn einerseits tatbestandsmäßiges Verhalten vorliegt und Schuldfähigkeit und schuldhaftes Verhalten gegeben sind.

Nach der Formulierung dieser Grundvoraussetzungen – Gefährdung des Kindeswohls und Unvermögen beziehungsweise Untätigkeit der Eltern zur Milderung oder Beseitigung der Gefährdung – folgt der Katalog von „geeigneten Maßnahmen“. Dieser bewirkt natürlich ein Spannungsfeld zwischen behördlicher Intervention und Elternautonomie. Dieses wird jedoch gemildert durch Leitideen, die den zivilrechtlichen Kindesschutz beherrschen und die als „Leitplanken“ dienen: Neben den eben erwähnten Grundvoraussetzungen sind Kindesschutzmaßnahmen noch in einem anderen Sinne subsidiär: Sie sind nur und erst anzuwenden, wenn der freiwillige Kindesschutz ausgeschöpft ist oder von vornherein als ungenügend erscheint.

Kindesschutzmaßnahmen unterstehen dem Prinzip der Komplementarität, das bedeutet, dass die elterliche Verantwortung soweit möglich erhalten werden muss und schließ-

lich ist der zivilrechtliche Kindesschutz wie jedes staatliche Handeln dem Verhältnismäßigkeitsprinzip mit seiner dreifachen Ausprägung unterworfen: Der Eingriff ist verhältnismäßig, wenn er erforderlich und zwecktauglich ist, das heißt, wenn er nicht weiter geht, als zur Behebung oder Milderung der Gefährdung notwendig ist. Kriterien für die Geeignetheit oder Zwecktauglichkeit sind die Aussicht mindestens auf Milderung der Gefährdung, die Art und Intensität der Gefährdung, das Alter des Kindes, die Kooperationsbereitschaft der Eltern oder die Aussicht, dass diese hergestellt werden kann, und die Professionalität der Maßnahmenführung. Wir stellen immer wieder fest, dass Behörden unter dem Druck der Situation irgendeine Maßnahme anordnen, ohne sich Rechenschaft zu geben, ob diese Maßnahme überhaupt etwas bewirkt.

Die Maßnahmen im Einzelnen sind:

- Artikel 307 Absatz 3: Ermahnungen von Eltern, Pflegeeltern oder Kind, Weisungen für die Pflege, Erziehung oder Ausbildung und Bezeichnung einer Person oder Stelle, der Einblick und Auskunft zu geben ist. Die Wirksamkeit von Ermahnungen dürfte außerordentlich beschränkt sein. Die rechtlich relevanten Gefährdungstatbestände sind in der Regel das Resultat von komplexen Wirkungszusammenhängen, die kaum mit einer Ermahnung an die Adresse eines oder aller Beteiligten behoben werden können. Weisungen können demgegenüber schon einmal Sinn machen, unter der Voraussetzung, dass es sich um ein konkret umschriebenes Verhalten handelt, das „befohlen“ oder untersagt wird und deren Befolgung einwandfrei überprüft werden kann. Eine solche Weisung könnte zum Beispiel darin bestehen, die Eltern zu verpflichten, in einer Monatsfrist eine bestimmte Beratungsstelle oder einen Arzt aufzusuchen.

Für die dritte Maßnahme in diesem Absatz 3 hat sich in der Praxis die Bezeichnung „Erziehungsaufsicht“ herausgebildet. Der Wortlaut legt den Fokus auf Aufsicht und Kontrolle, Funktionen, die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter mit einem Beratungsverständnis nicht suchen. Aber wenn ein „commitment“ für eine verbindliche freiwillige Beratungsbeziehung nicht zustande kommt, ist Aufsicht und Kontrolle besser als gar nichts.

- Im **Artikel 308 ZGB** haben wir ein nahezu geniales, dreistufiges Institut, das im Einzelfall maßgeschneiderte und verhältnismäßige Anordnungen ermöglicht.

Absatz 1: *„Erfordern es die Verhältnisse, so ernennt die Vormundschaftsbehörde dem Kind einen Beistand, der die Eltern in ihrer Sorge um das Kind mit Rat und Tat unterstützt.“* Für diese Form der institutionalisierten Beratung und Betreuung hat sich in der Praxis der Begriff „Erziehungsbeistandschaft“ herausgebildet. Gesetzeswortlaut und Bezeichnung der Maßnahme sind „sympathischer“ als die Erziehungsaufsicht mit der Betonung des Kontrollaspekts. In der Praxis erfreut sich denn auch die Erziehungsbeistandschaft außerordentlich großer Beliebtheit, sind doch mehr als die Hälfte der rund 30.000 bestehenden Kindesschutzmassnahmen Erziehungsbeistandschaften.

Absatz 2: „*Sie (die Vormundschaftsbehörde) kann dem Beistand besondere Befugnisse übertragen, namentlich die Vertretung des Kindes bei der Wahrung seines Unterhaltsanspruches und anderer Rechte und die Überwachung des persönlichen Verkehrs.*“ Gestützt auf diesen Absatz kann der in Absatz 1 lediglich allgemein und pauschal umschriebene Auftrag des Beistands konkretisiert und präzisiert werden. Die im Gesetz erwähnten Aufgaben „*Wahrung des Unterhaltsanspruches und Überwachung des persönlichen Verkehrs*“ sind lediglich Beispiele für mögliche Aufgaben. Es können dem Beistand auch andere Aufträge erteilt werden, zum Beispiel sich um die schulische und/oder berufliche Ausbildung des Kindes oder um seine gesundheitliche Betreuung zu kümmern. Wichtig ist, dass bei allen diesen dem Beistand übertragenen Aufgaben die elterliche Entscheidungsbefugnis nicht tangiert ist, das heißt, die elterliche Sorge ist nicht beschränkt.

Diese Möglichkeit bietet jedoch Absatz 3: „*Die elterliche Sorge kann entsprechend beschränkt werden.*“ Dies kann in Bezug auf einzelne dem Beistand nach Absatz 2 übertragene Aufgaben oder in Bezug auf alle erfolgen. Diese dritte Stufe muss dann in Anspruch genommen werden, wenn die Eltern nicht bereit oder in der Lage sind zu kooperieren und der Beistand ohne die ausdrückliche Befugnis, das Kind in den bezeichneten Aufgaben auch gegen oder ohne den Willen der Eltern zu vertreten, seinen Auftrag nicht wirksam erfüllen kann.

- **Artikel 309 ZGB** sieht eine **Beistandschaft für das Kind von nicht verheirateten Eltern** vor, wenn diese – aus welchen Gründen auch immer – nicht bereit oder in der Lage sind, innerhalb einer nützlichen Frist das Kindesverhältnis zum Vater herzustellen. Als „Nebenauftrag“ (der bisweilen zum Hauptauftrag werden kann) hat der Beistand „*die Mutter in der nach den Umständen gebotenen Weise zu beraten und zu betreuen.*“ Diese Maßnahme wird heute in weniger als zehn Prozent der „außerehelich geborenen“ Kinder errichtet, da die Herstellung des Kindesverhältnisses durch Anerkennung und die Regelung des Unterhaltsanspruches in der Regel von den Eltern ohne behördliche Hilfe oder im Rahmen einer freiwilligen Beratung erfolgt. In den Fällen, in denen die Beistandschaft errichtet werden muss, liegt insbesondere im Nebenauftrag der Beratung der Mutter ein beachtliches präventives Potenzial.

- **Artikel 310 ZGB: Aufhebung der elterlichen Obhut.** Der Absatz 1 lautet: „*Kann der Gefährdung des Kindes nicht anders begegnet werden, so hat die Vormundschaftsbehörde es den Eltern oder, wenn es sich bei Dritten befindet, diesen wegzunehmen und in angemessener Weise unterzubringen.*“ Die rechtliche Obhut enthält das Aufenthaltsbestimmungsrecht; es ist Teil der elterlichen Sorge. Der Entzug dieses Rechts, der nach Absatz 2 auch auf Begehren der Eltern oder des Kindes erfolgen kann, bedeutet einen massiven Eingriff in die elterliche Sorge und ist entsprechend an strenge Voraussetzungen gebunden. Die Gefährdung muss ernstlich sein und andere, weniger einschneidende Maßnahmen müssen erfolglos geblieben sein oder von vornherein als aussichtslos erscheinen. Diese Maßnahme wird regelmäßig mit einer Erziehungsbeistandschaft nach Artikel 308 ZGB kombiniert und der Beistand beauftragt, die angemessene Unterbringung des Kindes vorzubereiten und der

Behörde entsprechenden Antrag zu stellen, denn nur sie ist zuständig, über den Aufenthaltsort zu bestimmen. Verglichen mit mehr als 16.000 bestehenden und jährlich rund 4.000 neu errichteten Erziehungsbeistandschaften sind die ca. 1500 bestehenden und jährlich neu verfügbaren 500 Obhutsentzüge eine relativ seltene Maßnahme.

- **Artikel 311 und 312 ZGB: Entziehung der elterlichen Sorge.** Diese einschneidendste Maßnahme hat zwingend die Errichtung einer Vormundschaft für das Kind zur Folge und wird jährlich lediglich in etwas mehr als 100 Fällen angeordnet. Gegenwärtig bestehen rund 500 Vormundschaften, gestützt auf eine solche Entziehung der elterlichen Sorge. Diese Tatsache spricht für die Tauglichkeit des differenzierten Maßnahmensystems mit weniger weit gehenden Eingriffen in die elterliche Autonomie. Den meisten Gefährdungstatbeständen ist mit einer Erziehungsbeistandschaft, allenfalls kombiniert mit einem Obhutsentzug und einer geeigneten Platzierung zu begegnen. Voraussetzung für den Entzug der elterlichen Sorge sind „*Unerfahrenheit, Krankheit, Gebrechen, Ortsabwesenheit oder ähnliche Gründe*“, welche die Eltern hindern, die elterliche Sorge pflichtgemäß auszuüben (Artikel 311 Absatz 1 Ziffer 1); „*ernstliches Sich-Nicht-Kümmern oder gröbliche Pflichtverletzungen*“ (Artikel 311 Absatz 1 Ziffer 2). Weniger streng sind die Voraussetzungen nach Artikel 312 ZGB: „*1. wenn die Eltern aus wichtigen Gründen darum nachsuchen; 2. wenn sie in eine künftige Adoption des Kindes durch ungenannte Dritte eingewilligt haben.*“

8. Reduktion der Spannungsfelder durch entsprechende organisatorisch-strukturelle Ausgestaltung des Dienstleistungssystems

8. 1. Von der Säuglingsfürsorge zur Kleinkindberatung

Die ursprüngliche Säuglingsfürsorge wurde in der Schweiz zur Mütterberatung und später zur Mütter- und Väterberatung. Es handelt sich um eine präventive Einrichtung mit außerordentlich tiefer Zugangsschwelle. Generationen von Müttern haben diese Dienstleistung insbesondere nach der Geburt des ersten Kindes freiwillig in Anspruch genommen und sich von ausgebildeten Kinderkrankenschwestern in Fragen der Ernährung und Gesundheitserziehung ihrer Kleinkinder unterstützen lassen. Das Angebot hatte immer auch einen gewissen Kontrollaspekt. Über das regelmäßige Wiegen und Messen und die Ernährungsberatung stießen die Mütterberatungsschwestern auf manche Gefährdungssituation, die nötigenfalls den Kindesschutzbehörden gemeldet wurde.

In den siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurde diese Ernährungs- und Gesundheitsberatung zur umfassenden Kleinkindberatung in allen Fragen der Erziehung ausgebaut und ergänzt um Elternbildungsangebote und Gemeinwesenprojekte, in denen Mütter und etwas weniger auch Väter von Kleinkindern ihre Bedürfnisse artikulierten, verbesserte Rahmenbedingungen für Eltern mit Kleinkindern forderten und in Eigeninitiative Elterntreffs, Erfahrungsaustauschgruppen und Spielplatzprojekte verwirklichten. Die ursprünglichen Ein-Frau-Stellen wurden zu interdisziplinär zu-

sammengesetzten regionalen Teams von Mütterberatungsschwestern, Sozialarbeiterinnen, Erziehungsberaterinnen und Gemeinwesenarbeiterinnen ausgebaut. Im Kanton Zürich wurden diese Beratungsstellen und ihr Personal in die so genannten Bezirksjugendsekretariate mit Jugend- und Familienberatung, Berufsberatung und Kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten integriert. Auf diese Weise entstanden eigentliche Kompetenzzentren für die freiwillige und gesetzliche Jugend- und Familienhilfe.

Wenn auch das Spannungsfeld zwischen freiwilliger Beratung und zivilrechtlicher Eingriffsfürsorge besteht und nicht negiert wird, trägt diese Organisation dennoch zur Reduktion dieser Spannungsfelder bei. Im Kernbereich der Jugend- und Familienberatung verzeichnet man seit Jahrzehnten rund ein Drittel zivilrechtliche Kindesschutzmassnahmen und zwei Drittel freiwillige Beratungen. Die gleichen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter führen freiwillige Beratungen und Kindesschutzmassnahmen durch, ohne dass die Letzteren das Image der Beratungsstellen namhaft belasten.

8. 2. Sozialraum- und ressourcenorientierte Sozialzentren im „Modell Zürich“

In der Stadt Zürich haben etwa 80 Jahre lang drei große Dienststellen bestanden: das Fürsorgeamt, das gestützt auf das kantonale Sozialhilfegesetz Personen, die ihren Lebensunterhalt vorübergehend oder dauernd nicht oder nicht vollständig selber bestreiten konnten, materiell unterstützte und im Bedarfsfall auch Beratungsleistungen erbrachte; das Jugendamt, das (vorwiegend) freiwillige Jugend- und Familienberatung anbot, und die Amtsvormundschaft, die Kindesschutzmassnahmen und vormundschaftliche Massnahmen für Erwachsene führte. Die Nachteile dieser organisatorischen Differenzierung wurden immer offensichtlicher: die Amtsvormundschaft war belastet mit dem Image der Eingriffsfürsorge, das Fürsorgeamt galt als Stelle, bei der „die armen Leute“ als Bittsteller vorsprachen und sich einiges an Kontrolle gefallen lassen mussten, während das Jugendamt am ehesten den Ruf einer niederschweligen Beratungsstelle hatte. Der größte Nachteil dieser Struktur bestand aber in den sich entwickelnden Delegationsmechanismen zwischen den drei Organisationen und den unterschiedlichen, sachlich kaum zu rechtfertigenden, Sozialarbeitskulturen.

Mitte der neunziger Jahre setzte die gegenwärtige Sozialvorsteherin der Stadt Zürich zu einem grundlegenden Paradigmenwechsel mit dem Ziel an, die drei Organisationen aufzulösen und ihre Funktionen in fünf auf das Stadtgebiet verteilte polyvalente Sozialzentren umzubauen, in denen neben je einer Intake-Einheit, die als „Diagnosestelle“ dient, mehrere polyvalente Quartierteams mit 15 bis 25 Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern und Verwaltungsmitarbeitern gebildet wurden, die den ganzen Leistungskatalog der bisherigen drei selbständigen Ämter für ein definiertes Stadtgebiet abdecken.

Der Umbau ist noch im Gange; der Integrationsprozess wird noch einige Jahre dauern, bis eine neue Identität entstanden ist und sich die Quartierteams als polyvalente Dienststelle mit einem umfassenden Versorgungsauftrag verstehen. Dabei werden die einzelnen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter auch in Zukunft über ein Schwer-

punkt-Kompetenzprofil verfügen und mehrheitlich Jugend- und Familienhilfe, Erwachsenenschutzmaßnahmen führen oder Sozialhilfe vermitteln, jedoch nicht „exklusiv“. Ziel ist es vielmehr, dass eine Beraterin oder ein Berater neben der Haupttätigkeit auch in der Lage ist, Mandate aus einem oder beiden anderen Bereichen zu führen. Dadurch soll nicht nur mehr Kontinuität in der Beratung/Betreuung erreicht und Delegation vermieden, sondern auch das Funktionsprofil attraktiver werden. Freilich stellt ein solches Konzept hohe Anforderungen an die Beraterinnen und Berater; die Institution muss viel in die Aus- und Weiterbildung und die Unterstützung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter investieren. Ein ganz großer Gewinn dürfte aber auch in der Reduktion von Spannungsfeldern zwischen den einzelnen Aufgabenbereichen liegen.

9. Zum Umgang mit Spannungsfeldern

Abschließend sollen thesenartig einige zusammenfassende Gedanken zum Umgang mit Spannungsfeldern formuliert werden :

- Spannungsfelder sind eine Realität; sie dürfen nicht negiert werden.
- Spannungsfelder können relativiert und reduziert werden durch organisatorische Maßnahmen.
- Spannungsfelder können durch professionellen Umgang mit ihnen reduziert werden. So sind beispielsweise Beratung und Kontrolle durchaus miteinander vereinbar. Voraussetzungen sind: Akzeptanz des „doppelten Mandats“ durch die Sozialarbeiter; Transparenz über den Auftrag, größtmögliche Selbstverantwortung der Ratsuchenden, unbedingte Wertschätzung auch von Klienten, die „kontrolliert“ werden müssen.
- Spannungsfelder werden durch den „Mythos“ der Freiwilligkeit unnötig verschärft. Statt von Spannungsfeldern, Gegensätzen und Ausschließlichkeiten zu sprechen, sind die Interventionen als Kontinuum zwischen Prävention und Repression, zwischen Freiwilligkeit und Zwang zu verstehen.
- Zum Abbau von interprofessionellen Spannungsfeldern ist die transdisziplinäre Zusammenarbeit in interdisziplinären Teams konsequent zu üben und zu fördern.

Frühe Förderung von Hochrisiko-Kindern: Der Beitrag von Bindungstheorie und Bindungsforschung¹

PATRICIA M. CRITTENDEN, PH. D.²

*Professorin für Psychologie, Leiterin des Instituts für Familienbeziehungen,
Miami, USA*

Es ist herrlich, wieder in Berlin zu sein; es ist Jahre her, dass ich das letzte Mal da war. Mir wurde gesagt, dass ich es hier, was die Vorkenntnisse über die Bindungstheorie anbelangt, mit einer sehr differenzierten Zuhörerschaft zu tun habe, und ich werde mich daher bemühen, mein alternatives Modell, mein Dynamic-Maturational Model of Attachment Theory, in leicht verständlichen Begriffen darzulegen. Ich hoffe, dies ist eine Hilfe für diejenigen, die mit der Bindungstheorie nicht vertraut sind und doch noch interessant für diejenigen, die bereits damit Erfahrung haben. Ich werde mich in meinem Vortrag auf einfache Fragen konzentrieren, wie dieser hier:

1. Was ist Bindung?

Nach der Definition von Ainsworth ist dies ein überdauerndes emotionales Band, das dadurch charakterisiert ist, Nähe zu einer besonderen Person zu suchen und aufrechtzuerhalten, besonders in belastenden Situationen. Ainsworth sprach dabei von Beziehungen und bei ihr war eine Bindungsbeziehung eine Beziehung zwischen einem Kind und einer Bezugsperson. Für Ainsworth bedeutete eine Beziehung Nähe, wie es ursprünglich auch Bowlbys Auffassung von Bindung war. Ainsworth war es dann, die die Vorstellung individueller Unterschiede bei Bindungsbeziehungen einbrachte. Wir nennen dies heute Bindungsmuster und an diese Bindungsmuster denken die meisten Menschen, wenn es um Bindung geht. Für mich stehen diese Muster auch noch im Zusammenhang mit Strategien des Selbstschutzes.

¹ aus dem Englischen übersetzt von Anne Taubert, Verein für Kommunalwissenschaften e. V., deutsche Erstveröffentlichung

² Prof. Dr. Patricia M. Crittenden ist Entwicklungspsychologin und arbeitet seit 35 Jahren mit Risikofamilien. Sie arbeitete bisher als Lehrerin, Sozialarbeiterin, Gruppenleiterin, Therapeutin und Wissenschaftlerin. Sie war Leiterin des Miami Child Protection Teams, also der Arbeitsgruppe Kinderschutz, und sie gehörte der Abteilung für Pädiatrie an der Universität Miami an. Ihre Doktorarbeit entstand unter der Betreuung von John Bowlby und Mary Ainsworth an der Universität Virginia. Die Arbeit hatte den CARE-Index, ein Verfahren zur Qualität der Eltern-Kind-Interaktion, zum Thema. Als Doktorandin arbeitete sie unter Mary D. S. Ainsworth; sie entwickelte unter deren Ägide die Erweiterung der Bindungsmuster um A/C, A 3-4 und C 3-4. Seitdem hat sie die Bindungstheorie im entwicklungstheoretischen Sinne bis über die Kindheit hinaus ins Erwachsenenalter ausgeweitet und fügte ihr psychologische Strategien und Verhaltensmuster hinzu, die Selbstschutz und Reproduktion begünstigen. In Deutschland ist Crittenden vor allem durch ihre Arbeit auf den Gebieten der Bindungstheorie, der Behandlung in Fällen von Kindesmissbrauch und Vernachlässigung sowie ihre Arbeit mit Familiensystemen bekannt. Ihr dynamisches Entwicklungsmodell, das die Bindungsqualität vom Reifungsprozess abhängig macht (Dynamic-Maturational Model of Attachment), weicht in einigem von den üblichen Ansätzen ab, dies jedoch stets in einer Art und Weise, die die klinische Anwendbarkeit erweitert.

Bindung ist das Verhalten, das entsteht, wenn sich ein Individuum bedroht fühlt und sich zum Schutz und zum Trost an jemanden wendet, der älter, stärker und klüger ist. Es ist die Strategie des Individuums, die bei einem anderen Fürsorgeverhalten hervorruft, wenn es sich nicht in der Lage dazu fühlt, für sich selbst zu sorgen.

Gemäß Bowlbys Auffassung (1980, Kapitel 3) können Bindungsmuster auch als Muster der Informationsverarbeitung aufgefasst werden, um sensorische Stimulation aufzunehmen, die vom Verstand umgeformt wird und Verhalten steuert. Das ist also die heilige Triade der Bindung: (1) Eine Beziehung, (2) die sich im Verhalten als Strategie zum Selbstschutz zeigt und die (3) hervorgerufen wird durch einen Prozess, bei dem sensorischer Stimulation Bedeutung zugeschrieben wird. Keiner dieser Faktoren kann ohne die jeweils anderen bestehen. Informationen müssen verstandesmäßig verarbeitet werden oder es kann keine Strategie geben und ohne eine Strategie kann es keine organisierte Beziehung geben.

Ich werde über diese drei Dinge sprechen; aber so ähnlich, wie wenn man über eine religiöse Triade spricht, ist es nicht möglich, den einen Faktor ohne Informationen über die anderen zu besprechen. Ich werde sie zwar nacheinander darstellen, aber tatsächlich stehen diese Faktoren untereinander im Wechselbezug.

Die Frage ist nun, wie wir unser Verständnis von Intervention mit diesen Aspekten der Bindung in Einklang bringen können. Ich werde auf jeden Punkt einzeln zu sprechen kommen und ich werde dabei für jeden einzelnen Aspekt so vorgehen, wie ich soeben bei meiner Definition der Bindung vorgegangen bin. Ich werde einen Aspekt aufgreifen, dazu einige Informationen liefern und dann mit der Fragestellung enden, die sich daraus ergibt. Ich werde nicht alle Aspekte vollständig berücksichtigen; Sie sollen auch noch etwas zum Nachdenken haben!

Besonders befasse ich mich mit Kindesmissbrauch und Vernachlässigung. Wie sieht in derartigen Fällen eine Intervention aus und welcher von den drei Aspekten der Bindung ist der wichtigste? Meiner Meinung nach kommen bei Kindesmissbrauch und Vernachlässigung besonders die Selbstschutzstrategien zum Tragen, die dazu dienen, das Selbst vor Gefahren zu bewahren. Wenn ich mit einem solchen Fall arbeite, dann konzentriere ich mich auf den Aspekt der Gefahr und der Selbstschutzstrategien. Wenn ich jedoch mit einem Fall von psychischer Erkrankung der Eltern zu tun habe – was auf die Kinder noch stärkere Auswirkungen hat als Kindesmissbrauch und Vernachlässigung –, dann liegt mein Hauptaugenmerk auf der elterlichen Informationsverarbeitung. In diesem Falle ist eine kurzzeitige pädagogische oder verhaltenstherapeutische Intervention ungeeignet oder sogar kontraproduktiv. Stattdessen ist eine langfristig angelegte Psychotherapie nötig, die bei den betroffenen Personen auf eine Veränderung der Informationsverarbeitung im Hinblick auf die Beziehung zwischen ihnen und ihrer Umwelt zielt. Eine solche Veränderung im Repräsentationsprozess ist notwendig, um eine neue Basis zu schaffen, von der aus besser angepasstes Verhalten organisiert werden kann. Natürlich wissen wir von psychisch Kranken, dass ihr Verhalten nicht den Umständen entspricht, die wir beobachten. Aus irgendwelchen Gründen gelangen sie zu Repräsentationen, die mit unserem Verständnis ihrer Situation nicht übereinstim-

men. Wir müssen also entweder die Art ändern, wie sie Informationen verarbeiten, oder unser Verständnis ihrer Umstände korrigieren – oder beides.

2. Welche Typen von Bindung gibt es?

Durch die Arbeit von Ainsworth kennen wir Bindungsmuster von Typ A, B und C. Ich erinnere mich, wie ich vor 25 Jahren mit ihr arbeitete und fragte: Warum drei Typen? Könnten es nicht fünf oder zehn sein? Heute bin ich jedoch davon überzeugt, dass es drei sind, und zwar genau drei und notwendigerweise drei – oder besser gesagt: Es sind zwei, nämlich A und C sowie die Kombination dieser beiden, das heißt: B. Wir haben es also mit zwei Prozessen und mit ihrer Kombination zu tun.

Der eine Prozess ist ein kognitiver, ein erkenntnismäßiger, und dieser basiert auf einer zeitlichen Abfolge. Dabei geht es um die Voraussage, welche zukünftigen Ereignisse sich aus bereits bekannten Ereignissen ergeben werden. Der andere Prozess gründet sich auf den „Affekt“, die Gefühle, die, hervorgerufen durch intensive Stimulation, gefährliche oder sichere Bedingungen prognostizieren und uns dazu veranlassen, mit Angriff, Flucht oder der Suche nach Zuwendung und Schutz zu reagieren. Ihre Integration ist eine kognitiv-affektive Vorhersage in Bezug auf die eigene Einschätzung von Gefahr oder Sicherheit, in der wir uns befinden.

Typ B ist eine Strategie, die beides zum Ausdruck bringt, sowohl (zeitliche) Intentionen als auch (affektive) Gefühle, in dem Sinne: *„Das plane ich zu tun und das empfinde ich dabei.“* Personen, die nach Strategien vom Typ B vorgehen, berücksichtigen auch die Perspektive anderer Menschen, wenn diese ihre Intentionen und ihre Gefühle schildern. Das Ergebnis eines solchen Austauschs ist die Aushandlung von Kompromissen, die die Bedürfnisse und Wünsche beider Personen berücksichtigen. Es besteht ein Gleichgewicht zwischen Selbst und Gegenüber.

Eine Strategie vom Typ A stellt kognitive Informationen in den Vordergrund und besteht darin, das zu tun, was Autoritätspersonen von ihnen erwarten – und das nicht zu tun, was diese nicht möchten. Der Grund dafür ist in den Konsequenzen zu suchen, die es für das Selbst hat, wenn der Wille des Gegenübers nicht erfüllt wird. Personen, die eine Strategie vom Typ A benutzen, sind auf die Perspektive anderer ausgerichtet: *„Was möchten Sie? Das werde ich tun! Was möchten Sie nicht? Das werde ich nicht tun!“* Die eigenen negativen Gefühle werden unterdrückt. Auch wenn einem nicht gefällt, was passiert, zeigt man dies nicht. Auch wenn es der andere möchte, wird man ein fröhliches Gesicht aufsetzen und sogar lächeln, selbst wenn, oder besonders dann, wenn man verärgert oder verängstigt ist.

Mit der Strategie vom Typ C wird affektive Information betont. Dies bedeutet, dass die eigenen negativen Gefühle so stark gezeigt werden, dass andere nicht nur wissen, wie man empfindet, sondern dass sie auch noch das Gefühl bekommen, etwas tun zu müssen, um diese Gefühle zu besänftigen oder zu mildern. Zeigt man Ärger, neigen andere dazu, zu tun, was man verlangt. Zeigt man Angst, werden andere in der Regel helfen

oder beruhigen. Mit der C-Strategie wird negativer Gefühlsausdruck benutzt, um das Verhalten anderer Menschen zu ändern. Dazu gehört auch, dem, was andere ankündigen zu tun, nicht zu trauen. Menschen können lügen und Personen vom Typ C wissen nur zu gut, dass sie in Bezug auf die Zukunft getäuscht werden können. Daher bauen sie auf ihre eigenen Gefühle und fordern das sofort ein, was sie möchten. Sie verhandeln nicht über zukünftige Dinge, denn da wird die Täuschung stattfinden. Sie wollen, was sie wollen, und sie wollen es sofort. Sie verhandeln auch nicht über Kompromisse, denn dies gäbe anderen die Möglichkeit, sie zu täuschen – es gäbe anderen die Kontrolle über die Situation.

Strategien vom Typ A und C sind gegensätzliche Strategien. Eine Person vom Typ A ist auf zeitliche Abfolgen und die Perspektive anderer konzentriert, während Personen vom Typ C auf ihre eigenen Gefühle und Perspektiven bedacht sind. Typ B liegt in der Mitte.

So hergeleitet, sind Bindungsmuster nach zwei zentralen Variablen strukturiert: Zeitliche Vorhersagbarkeit und affektive Gefühle. Personen, die nach der Typ-A-Strategie handeln, beurteilen die Zukunft auf der Basis vergangener Erfahrungen und erwarten, dass vergangene zeitliche Zusammenhänge in der Zukunft andauern werden. Personen mit einer Typ-C-Strategie vertrauen auf ihre Gefühle und reagieren emotional auf Reize oder Stimuli in ihrer Umgebung. Personen mit einer Typ-B-Strategie balancieren und integrieren diese beiden Informationsquellen. Die **Abbildung 1** zeigt das ABC-Modell von Ainsworth in Bezug auf Affekt und Kognition.

Die unteren beiden Drittel von **Abbildung 2** zeigen Verhalten, das nicht im Modell von Ainsworth enthalten ist und das Main und Solomon als „desorganisiert“ bezeichnen. Dies bedeutet, dass alles, was neu und bei Ainsworth nicht beschrieben ist, im System von Main und Solomon (1990) als „desorganisiert“ bezeichnet wird.

Kindliche Bindungsmuster nach Ainsworth

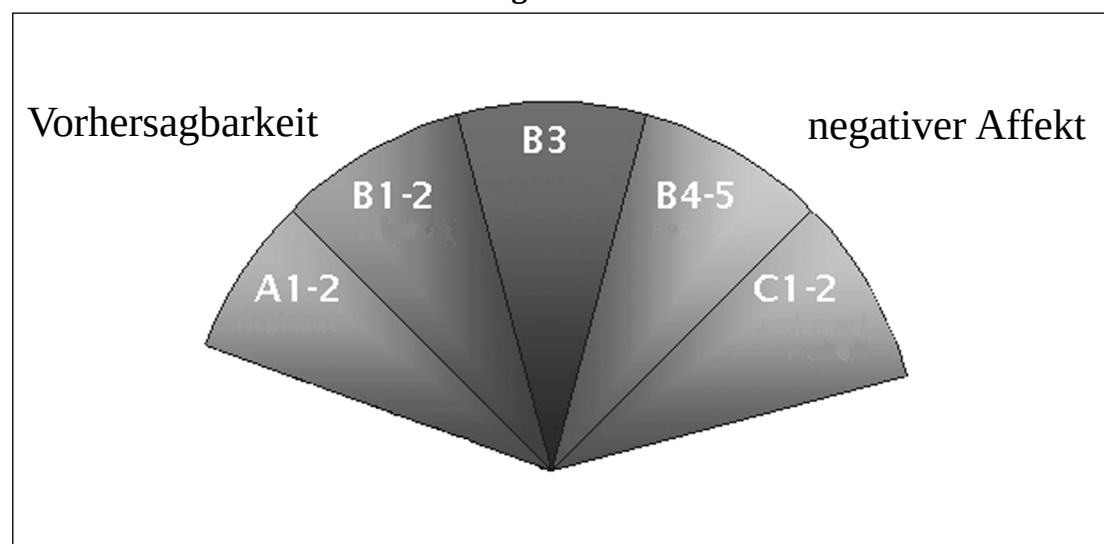


Abbildung 1

© P. M. Crittenden

**Kindliche Bindungsmuster nach Ainsworth
plus „desorganisiert“ nach Main & Solomon**

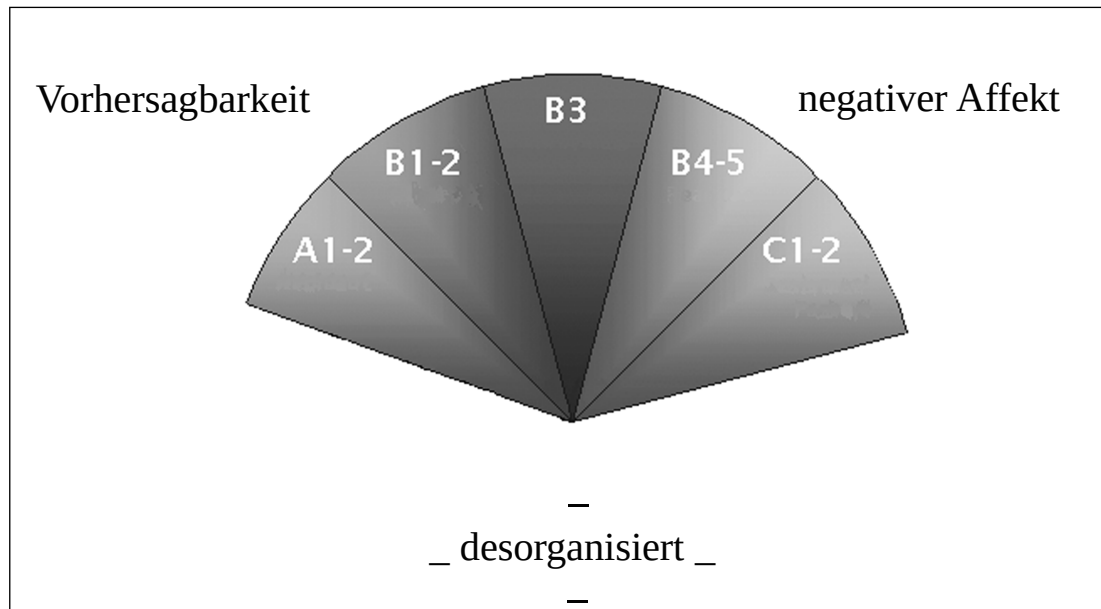


Abbildung 2

© P. M. Crittenden

Ich halte den Sachverhalt für komplexer. Ich bin zu dem Schluss gekommen, dass es ein Modell geben muss, das Folgendes ausdrücken kann: eine Organisation zeitlicher Vorhersagbarkeit und des Ausdrucks negativer Gefühle, die eine Reihe von Strategien erzeugt, die in der Kindheit nicht existieren. Die **Abbildung 3** zeigt das Dynamic-Maturational Adulthood Model, das dynamische, vom Reifungsprozess abhängige Erwachsenenmodell; die Entwicklung dieser Spannbreite von Verhaltensmustern ist erst Mitte des 2. Lebensjahrzehnts abgeschlossen.

Ich werde nicht auf jedes einzelne Element des Modells eingehen; ich möchte hieran nur visualisieren, dass im Bereich dessen, was Main und Solomon als „desorganisiert“ bezeichnen, es meiner Meinung nach andere Organisationsformen gibt, die Kleinkinder aufgrund fehlender neurologischer Reife noch nicht nutzen. Weiterhin bin ich davon überzeugt, dass jeder klinisch relevante Fall außerhalb des Ainsworth-Modells steht. Keiner davon lässt sich in die Grundmuster von A, B oder C – wie Ainsworth sie beschrieben hat – einordnen. Ihre Untersuchungsgruppe gehörte der normativen Mittelklasse an und die Bedingungen, die belastende und krisenhafte Situationen hervorrufen, dürften dort kaum vorhanden gewesen sein. Die Frage ist daher: Ist es sinnvoll, alle klinischen Fälle in eine Gruppe einzuordnen, oder bestehen bei verschiedenen klinischen Befunden oder bei verschiedenen Personen mit ausgeprägt unsicherer Bindung wichtige Unterschiede?

Falls dies der Fall ist, worin bestehen diese Unterschiede? Ich verbringe viel Zeit damit zu erklären, dass mein komplexeres Modell eine bessere Repräsentation der menschlichen Realität darstellt als das des „Alles-andere-ist-desorganisiert“. Aber tatsächlich wichtig ist der Vergleich zwischen dem Organisationsschema in Abbildung 3

Dynamisches Entwicklungsmodell der Bindungsmuster bei Erwachsenen

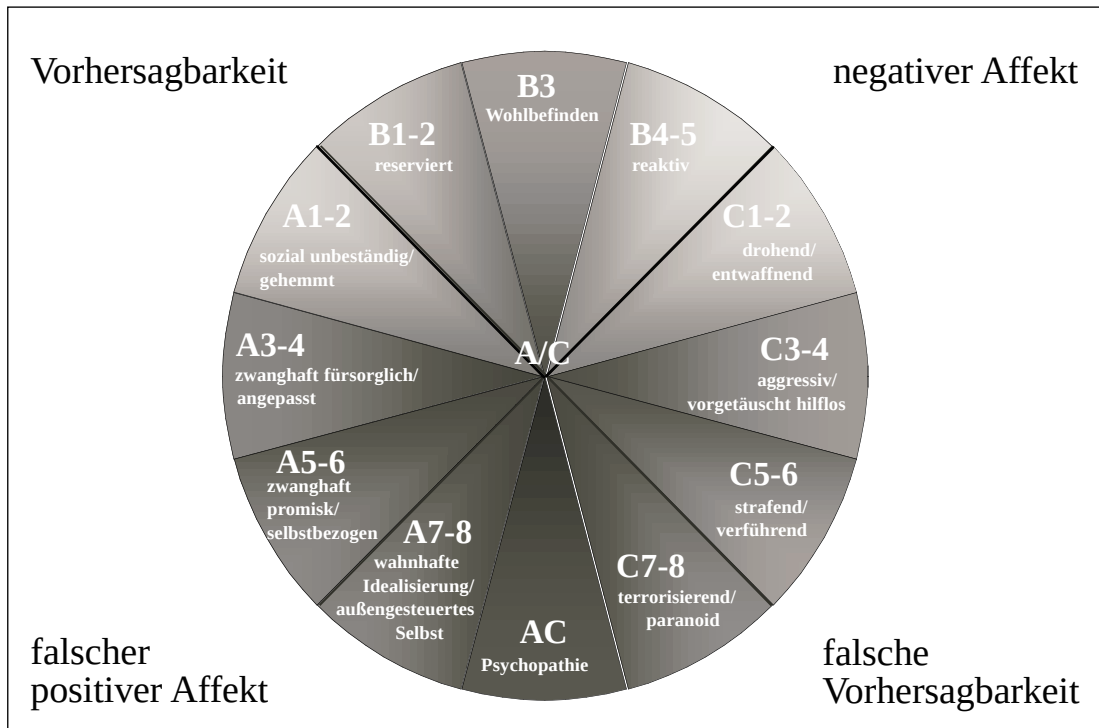


Abbildung 3

© P. M. Crittenden

und dem Klassifikationssystem DSM-4 oder ICD-10. Hier finden wir viel komplexere Kategorien von Fehlfunktionen, als einfach nur sagen zu können: „Das ist alles desorganisiert.“ Aber das ist nur ein Scheingefecht – natürlich ist das differenziertere Modell das bessere. Bleibt die Frage: Ist es auch besser als eine DSM-4 oder ICD-10 Diagnose? Bringt das Dynamic-Maturational-Model Erkenntnisse, die Diagnosen nicht erbringen?

3. 1. Was sind die Vorteile von sicherer Bindung, welche Vorteile bietet das Bindungsmuster vom Typ B?

Es sollten jetzt Violinen erklingen wegen all der wunderbaren Dinge, der Menschen von Typ B begegnen. Alles erdenklich Gute ist mit Typ B assoziiert. Gelassenheit, gelingende Beziehungen, erfolgreiche Entwicklung in anderen Lebensbereichen; Typ B ist immer gut angesehen, während Typ A und Typ C als wenig wünschenswerte Formen angesehen werden. Man möchte selbst nicht Typ A oder C sein und man möchte auch nicht, dass es die eigenen Kinder oder die eigene Kultur sind.

Die Tatsache, dass die meisten von uns nicht Typ B sind, steht auf einem anderen Blatt. Insbesondere sind wir, die wir im sozialen Bereich arbeiten, nur selten Typ B. Wir sind nicht gerade die gesündesten der Gesellschaft. Würde man auf der Straße eine beliebige Gruppe von Menschen versammeln, wären diese gesünder als wir. Das ist die unliebsame Wahrheit; diejenigen mit psychologischen Problemen, diejenigen, die lebensbedrohliche Situationen durchgemacht haben und die, die Probleme mit Beziehungen haben, neigen dazu, helfende Berufe zu ergreifen.

3. 2. Worin liegen die Nachteile der unsicheren Bindung von Typ A und C?

Hier findet sich alles Schlechte. Ängste, Ausagieren, Hyper- und Hypoaktivität, Aufmerksamkeitsstörungen, Gehemmtheit, somatische Störungen, Aggressivität und Unterwürfigkeit, auch in Kombinationen wie „Bullying“ etc. Ist ein Verhalten schlecht, wird es mit A und C assoziiert. Es war bisher so einfach für die Fachwelt der Bindungstheorie, sich auf die Vorzüge von Typ B und die Nachteile von A und C konzentrieren zu können, dass eine gesamte Gruppe übersehen worden ist, nämlich diejenigen, die strukturierte Strategien der Problemlösung anwenden. Ich werde im Folgenden Ihre Perspektive ein wenig gerade rücken.

Eine Fragestellung, die sich daraus ergibt, lautet: Können wir genauer fassen, welche Personen voraussichtlich welche Auswirkungen aufgrund von unsicherer Bindung zeigen werden? Momentan können wir nicht entnehmen, bei welchem A oder welchem C sich voraussichtlich welche Entwicklung zeigen wird. Ich bin überzeugt, das muss auch besser gehen!

4. Was ist die Funktion von Bindung?

Warum ist für unsere Spezies universal, dass wir uns binden, sobald da auch nur ein menschliches Wesen ist, an das wir uns binden können? Nach Bowlby ist dies eine Funktion zum Schutz des Selbst und der Nachkommen vor Gefahren. Kinder brauchen demnach keine Bindungen, wenn sie in Sicherheit leben und alles zu ihrem Wohlergehen Nötige vorfinden. Sie brauchen die Bindung nur dann, wenn eine Bedrohung besteht, vor der Schutz gewährt werden muss. Wäre die Welt ein sicherer Ort und für die Evolution zuträglich, dann gäbe es keine Bindungen. Bindungen sind unsere Weise, uns zu schützen. Für Kinder haben sie außerdem die Funktion, sie zu beruhigen, wenn sie zwar in Sicherheit sind, sich aber verunsichert fühlen.

Über die Bindung erhalten die Eltern die Möglichkeit, ihren Kindern beizubringen, wie sie ihren Verstand einsetzen können, um sich und später ihre Nachkommen vor Gefahren zu schützen. Eltern können nicht immer bei ihren Kindern bleiben, um sie zu beschützen. Stattdessen müssen Kinder lernen, sich selbst zu schützen. Dies bedeutet, sie müssen lernen, Informationen zu verarbeiten, ihnen eine Bedeutung zuzuschreiben, ihr Verhalten aufgrund dieser Bedeutung zu organisieren und sich selbst zu schützen und für ihr eigenes Wohlergehen zu sorgen.

Noch interessanter ist die Frage: Warum gibt es unsichere Bindung? Meine Antwort ist die: Weil für verschiedene Situationen unterschiedliche Strategien notwendig sind. Nicht überall herrscht Sicherheit, nicht überall lebt es sich wohl und Gefahren können nicht immer mit ein und derselben Strategie bewältigt werden. Die wahren Intentionen und die echten Gefühle zu zeigen, wie dies typisch für Typ B ist, ist nicht immer ungefährlich und führt nicht immer zum Besten. Wenn wir nicht zusätzlich über andere Strategien verfügen, könnten wir in gefährlichen Situationen falsch handeln, gefährliche Dinge tun, ohne eine Aussicht darauf, unser Wohlergehen zu sichern.

5. Erhöht sich die Palette der Strategien mit zunehmendem Alter?

In der Bindungstheorie wird weithin davon ausgegangen, dass die Bindungsmuster nach Ainsworth die gesamte Lebensspanne umfassen. Das macht für mich keinen Sinn. Elf Monate alte Kleinkinder haben weder die mentale Kapazität noch stehen ihnen die gleichen Verhaltensmöglichkeiten offen wie einer älteren Person und die Erfahrungen, die ein älterer Mensch besitzt, fehlen ihnen gänzlich. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Palette der Strategien, die bei elf Monate alten Kindern identifiziert wurden, die gleichen sein sollen, wie sie von Älteren angewendet werden. Ainsworth hat dies tatsächlich auch nicht gedacht. Und auch ich bin nicht dieser Meinung. Tatsächlich hat Bowlby sowohl die zwanghaft-fürsorglichen (compulsive compliant) wie auch die zwanghaft-selbstbezogenen (compulsive self-reliant) Strategien als Anpassungen an bedrohliche Umstände diskutiert, die sich erst nach dem Kleinkindalter herausbilden. Aber die heutige Bindungsforschung ist fest verbunden mit dem Modell der frühen Kindheit.

In der **Abbildung 4** ist meine Anpassung des Ainsworth-Modells der kindlichen Bindungsmuster dargestellt:

Die Abbildung zeigt links ein dunkleres Raster für einige Muster von Typ A, die prä-zwanghaft sind, und rechts ein dunkleres Raster für bestimmte Muster von Typ C, die prä-obsessiv sind. Mit etwa 21 Monaten bilden sich zwei neue Muster von Typ A: voll ausgeprägtes zwanghaft-fürsorgliches Verhalten (compulsive-caregiving) und zwanghaft-angepasstes Verhalten (compulsive-compliant). Auf der dunkleren, rechten Typ-C-Seite der Abbildung stehen Kombinationen aggressiven und vorgetäuscht-hilflosen Verhaltens (feigned-helpless). Es handelt sich dabei um extremere Formen von A und C, als Kinder diese hervorbringen könnten.

Dynamisches Entwicklungsmodell der Bindungsmuster bei Kleinkindern

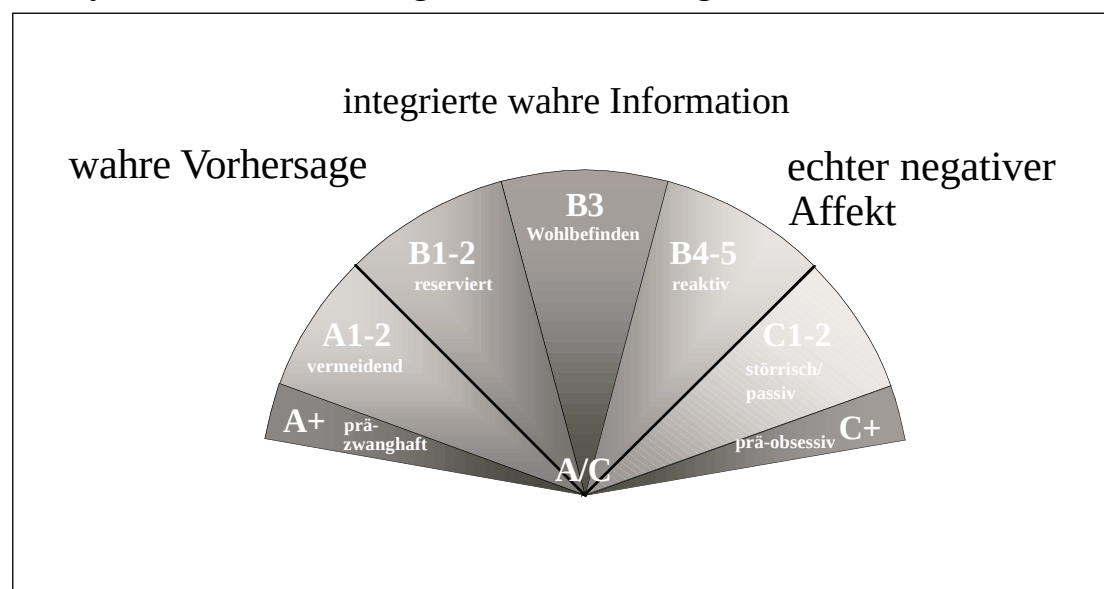


Abbildung 4

© P. M. Crittenden

Im Schulalter gibt es ein strafend-verführendes Muster vom Typ C (punitive-seductive), bei dem hinsichtlich der zeitlichen Reihenfolge von Ereignissen getäuscht wird. Vorschulkinder – **siehe Abbildung 5** – sind nicht in der Lage, andere über ihre Vorhaben zu täuschen; sie können lügen, aber sie können keine Täuschung inszenieren, die das Opfer mit einbezieht. Schulkinder jedoch sind dazu in der Lage und dies kann zu einer Strategie werden, mit der man sich sowohl vor den Täuschungen anderer schützt als auch anderen Schaden zufügt – **siehe Abbildung 6**.

Dynamisches Entwicklungsmodell der Bindungsmuster bei Vorschulkindern

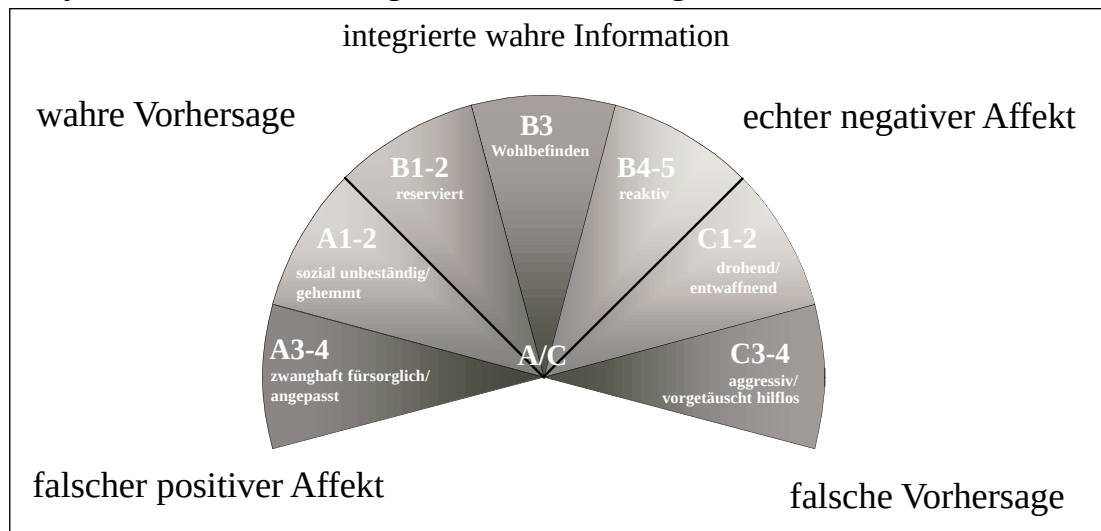


Abbildung 5

© P. M. Crittenden

Dynamisches Entwicklungsmodell der Bindungsmuster bei Schulkindern

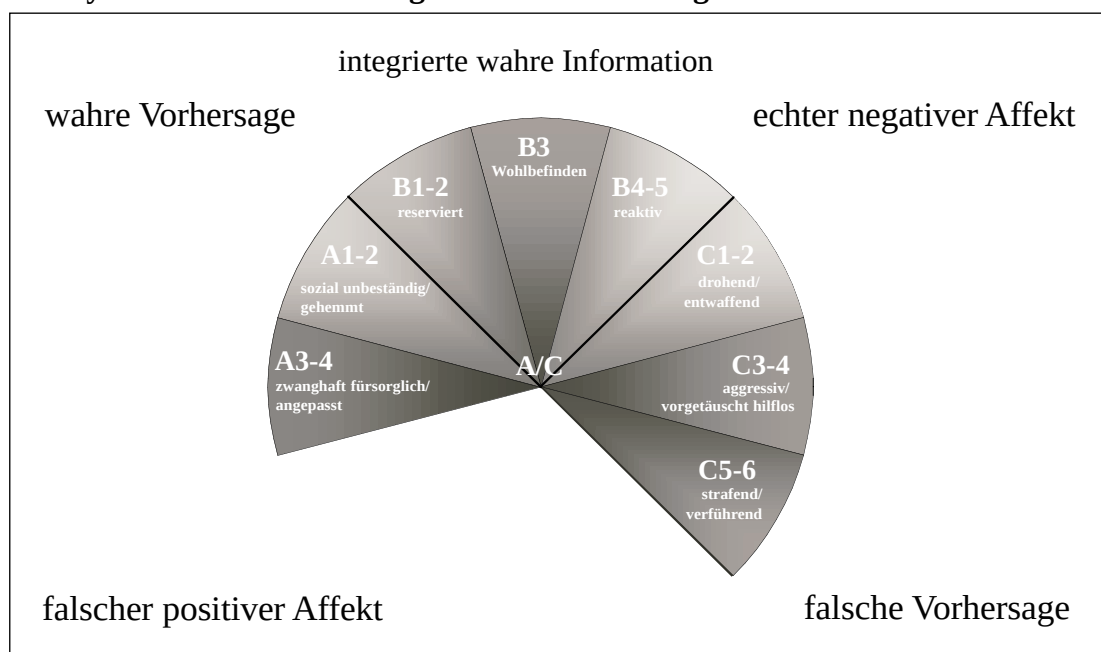


Abbildung 6

© P. M. Crittenden

Zu Beginn der Jugendzeit – **siehe Abbildung 7** – organisieren sich zwanghafte Muster manchmal als zwanghaft-selbstbezogene Muster (A6, compulsively self-reliant). Ein zwanghaft-selbstbezogenes Individuum hat beschlossen, dass Beziehungen etwas so Furchtbares sind und so viel Gefühlshemmung erfordern, was wiederum zu so wenig Befriedigung führt, dass es keine Beziehung – welcher Art auch immer – eingehen will. Diese Menschen beschließen, für ihr Wohlergehen selbst zu sorgen und das Risiko von Nähe zu anderen nicht einzugehen. Sie beschränken sich auf Dinge, die ein Mensch allein tun kann. Das Problem ist nur, dass eine Person zwar für sich selbst sorgen kann, aber guter Sex nicht möglich. Guter Sex erfordert zwei Personen und erfordert, dass man mit anderen Menschen in Verbindung tritt. Zwanghaft-selbstbezogene Personen fühlen sich jedoch in intimen Beziehungen unwohl. Stattdessen suchen einige von ihnen promiske Beziehungen. Sie behandeln oberflächliche Beziehungen, als wären sie enge Beziehungen, während sie doch vor echter Intimität zurückschrecken, denn dort lauerte in der Vergangenheit die Gefahr. Daher bestehen im Jugendalter Muster, die dadurch charakterisiert sind, dass Personen beteuern, keine intimen Beziehungen zu wollen und für ihr Wohlergehen selbst sorgen zu wollen. Die Gefahr darin liegt in einer Neigung zu promiskuen Beziehungen: sowohl soziale Promiskuität – ohne sexuelle Komponente – als auch, in schweren Fällen, sexuelle Promiskuität.

Die am stärksten gestörten Strategien zeigen sich im Erwachsenenalter – **siehe Abbildung 3**.

Kehren wir einen Moment zu den kindlichen Bindungsmustern zurück: Einige der prä-zwanghaften Typen werden im Vorschulalter eine A 3-4 oder C 3-4 Strategie entwi-

Dynamisches Entwicklungsmodell der Bindungsmuster bei Jugendlichen

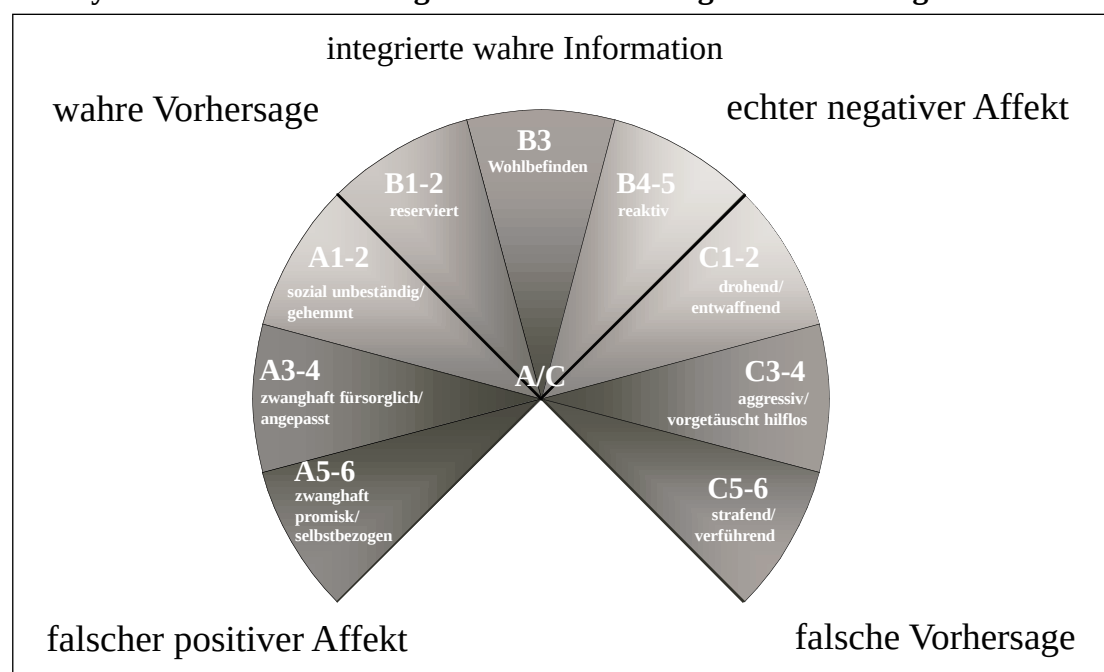


Abbildung 7

© P. M. Crittenden

ckeln; andere wiederum nicht. In der Schulzeit wird sich bei einigen vom Typ A 3 und A 4 eine A 5-6 Strategie herausbilden, während andere A 3-4 bleiben. Später, auf der Schwelle zum Erwachsensein, werden einige vom Typ A 5-6 – aber nicht alle – stärker gestörte Muster entwickeln. A 7 steht für wahnhafte Idealisierung. Typ A 1-2 idealisiert Eltern, die eine Mischung aus gut und böse sind. A 3-4 hat Eltern, die offen feindselig, missbrauchend oder vernachlässigend sind, und A 3-4 ist sich dessen bewusst. A 3-4 idealisiert die Eltern nicht, sondern spricht sie frei. Es gibt ja Entschuldigungen für deren Verhalten: *„Wenn Sie meine Mutter kennen würden ..., sie hatte es so schwer; man muss ihr vergeben.“* Bei Typ A 5-6 ist es, als ob der Betreffende sagen wollte: *„Es war furchtbar und vergeben nützt auch nichts, denn nichts läuft. Die einzigen Menschen, mit denen ich etwas zu tun haben will, sind Fremde – Personen, die mir nicht nahe stehen.“* Zu dem Zeitpunkt, zu dem sich A 7 herausbildet, weiß der Betreffende bereits, dass enge Beziehungen nicht funktionieren, promiske Beziehungen nicht funktionieren und dass er in einer verzweiferten und bedrohlichen Lage ist. Er entwickelt daher die Wahnvorstellung von einer beschützenden Bezugsperson – aber da ist keine. Dies ist also ein wahnhaftes Muster. A 8 ist ein außengesteuertes Selbst: Der Betreffende wurde so schwer missbraucht oder vernachlässigt und ihm wurde gewöhnlich auch kontinuierliche Fürsorge versagt, so dass für die eigene Persönlichkeit kein Empfinden besteht und derjenige sich vollständig über andere definiert. Diese beiden letztgenannten Muster werden mit schwerem, sehr frühem und fortgesetztem Missbrauch in Zusammenhang gebracht und bergen das Risiko einer Psychose.

Unter Kindern von Typ C ist der Prozess ähnlich, wobei in jeder Altersgruppe das Risiko besteht, dass manche Kinder stärker gestörte Muster entwickeln. Kleine Kinder in besonders unzulänglichen und unberechenbar handelnden Familien können sich von C -2 zu aggressiven (C 3) oder vorgetäuscht-hilflosen (C 4, *feigned helpless*) Vorschulkindern entwickeln. Einige C 3-4 Kinder, besonders diejenigen, die von ihren Eltern aktiv getäuscht werden, können sich in der Schulzeit neu organisieren und selbst zu Täuschungen greifen. In diesem Falle entwickeln sie obsessive Rachegefühle (C 5) oder obsessive Rettungsphantasien (C6). Im Jugendlichenalter gibt es eine Kombination von terrorisierenden (C 7) und paranoiden (C 8) Zügen, die beides beinhalten: einerseits Täuschung und andererseits den Verlust an Klarheit darüber, wen man angreift und wer eine mögliche Gefahr darstellt.

Geht man dieses Modell weiter nach unten durch, dann werden bei Typ A der unterdrückte echte negative Affekt durch falschen positiven Affekt und bei den C-Typen echte Vorhersagbarkeit durch falsche Voraussagen ersetzt. Diese beiden Störungen treffen sich in der Psychopathie (A+C+), wo alles falsch sein könnte und nichts als gesichert und wahr erachtet wird.

Das vorgestellte Modell geht davon aus, dass Eltern und Kinder verschiedene Strategien anwenden können. Die meisten meiner Kollegen in der Bindungsforschung hängen der Annahme an, dass Eltern ihren Kindern die Strategien „weitergeben“, die sie selbst „haben“, aber wenn es so ist, dass Erwachsene Strategien benutzen können, die Kindern nur aufgrund ihres Alters nicht zur Verfügung stehen, dann können Eltern und

Kinder selbstverständlich auch verschiedene Strategien verwenden. Ich behaupte, dass – je weiter man sich in diesem Modell nach unten bewegt – die Wahrscheinlichkeit gegensätzlicher Strategien steigt. Bei einer Mutter vom Typ A findet man unter Umständen ein Kind vom Typ C und bei einer Mutter vom Typ C ein Kind vom Typ A.

6. Welche Strategie ist die beste?

In der gesamten Literatur werden Sie darauf stets die Antwort finden, dass Typ B zweifellos am besten ist. Ich dagegen behaupte: Es hängt von der Situation ab und besonders von der vorhandenen Gefahr. Besteht keine Gefahr und vor allem nicht die Gefahr der Täuschung, dann ist Typ B am besten. Angesichts von Gefahren aber können A oder C die besseren Strategien sein.

Insbesondere, wenn die Gefahr vorhersehbar und schwerwiegend ist, ist eine Strategie vom Typ A am besten geeignet, um sich zu schützen. Haben Sie aggressive, strafende oder misshandelnde Eltern, sollten Sie tun, was diese von Ihnen verlangen. Beobachten Sie sie genau, beobachten Sie ihr Verhalten und versuchen Sie herauszufinden, was in ihnen vorgeht, und tun Sie, was man von Ihnen verlangt. Haben Sie vernachlässigende Eltern, die nicht reagieren, reizen Sie sie nicht. Machen Sie ihnen eine Freude, sorgen Sie für ihr Wohlergehen, damit sie Ihnen ein wenig Aufmerksamkeit schenken, denn ein psychologisch abwesender Elternteil kann das Kind nicht beschützen.

Ist auf der anderen Seite die Gefahr wenig vorhersagbar und milde, ist eine Strategie vom Typ C die geeignete, um Aufmerksamkeit und Zuwendung von einem unberechenbaren Elternteil zu erlangen. Ist dieser aber sehr mit sich selbst und seinen eigenen Problemen beschäftigt, schreien Sie, brüllen Sie, zeigen Sie jede Menge negativen Affekt, seien Sie so fordernd, wie es nur geht und Sie werden sich Aufmerksamkeit verschaffen. Diese Aufmerksamkeit mag negativer Natur sein, aber wenn die Gefahr nur gering ist, lohnt es sich, dieses Risiko einzugehen.

Hat man es mit einem Elternteil vom Typ A zu tun, der mit Schuldgefühlen beladen ist, fordern Sie, was immer Sie wollen. Ein solcher A-Typ (der als Kind immer zu seinen Eltern aufschaute und dachte: „*Was möchtest Du; was soll ich tun; mache ich alles richtig?*“ wird jetzt auf das Kind schauen und sich fragen: „*Was möchtest **du**; was soll ich tun; mache ich alles richtig?*“ Das Kind kann die elterliche Strategie, „*es dem anderen recht machen zu wollen*“, ausnutzen und dem Elternteil das Schuldgefühl vermitteln, dass er sein Kind nicht glücklich macht. Aus dieser Konstellation können Kinder mit einer stark ausgeprägten Strategie des Typs C mit einem Typ-A-Elternteil voller Schuldgefühle erwachsen.

Bei gemischten Konstellationen sollten wir auch gemischte Strategien erwarten, nämlich A/C.

Die Frage danach, welche Strategie die beste ist, mündet in der Frage, wie wir herausfinden können, was ein Individuum, ein Paar, eine Familie oder eine ganze Kultur als

gefährlich ansehen. Ich habe in den vergangenen zehn Jahren außerhalb der Vereinigten Staaten gearbeitet und habe in verschiedenen Ländern Hunderte Befragungen zum Bindungsverhalten Erwachsener (Adult Attachment Interviews), Tests zur „Fremden Situation“ und Interaktionsuntersuchungen nach dem CARE-Index gesammelt. Ich habe die nationalen Verteilungen von Bindungsmustern in verschiedenen Ländern verglichen, was ausgesprochen faszinierend ist, denn es sind nicht die gleichen. Jede Kultur weist alle Muster auf, ihre Verteilung ist jedoch eine andere.

Das zeigt mir, dass sich die jeweilige Kultur um eine bestimmte Erwartung herum organisiert hat, was „hier“, wo wir leben, als gefährlich einzustufen ist und es in der Vergangenheit war. Auf der Grundlage dieses impliziten kulturellen Wissens haben die jeweiligen Kulturen gelernt, was die beste Strategie für den Umgang mit dieser Gefahr – unserer Gefahr – ist. Die entsprechenden Informationen sind implizites Wissen der Mitglieder dieser Kultur. Tatsächlich ist eine Kultur, die nicht für mehr sorgen kann als für lokale Spezialitäten und Bräuche, nicht sehr interessant. Eine Kultur muss es ihren Mitgliedern ermöglichen, in Sicherheit zu leben und ihre Kinder in Sicherheit aufzuziehen, im Lichte der vergangenen und momentanen Gefahren, denen sie ausgesetzt sind. Das heißt, Gefahren müssen unter dem Aspekt, **wann** und **wo** sie zu erwarten sind, betrachtet werden. Dies variiert von einem Ort zum anderen und von einer zeitlichen Periode in der Geschichte einer Kultur zu einer anderen. In jedem Fall jedoch müssen Eltern ihren Kindern das weitergeben, was vorhergehende Generationen darüber gelernt haben, wann und wo Gefahren bestehen, wie man diese erkennt, bevor sie auftreten, und wie man sich dagegen schützt, wenn sie auftreten.

Für weite Teile Europas und für Deutschland im Besonderen legt diese historisch-kulturelle Perspektive über den Gebrauch von Selbstschutzstrategien nahe, dass eine Veränderung innerhalb der letzten zwei bis drei Generationen stattgefunden hat. Diese Veränderung wird verstärkt durch die Zuwanderung nicht europäischer Immigranten, die mit anderem, impliziten kulturbedingtem Verständnis darüber, was die beste Strategie für Sicherheit ist, ankommen. Immigration verändert sowohl die Person des Einwanderers als auch das Einwanderland. Veränderungen bedeuten in der Regel Unbehagen und unterschiedliche Perspektiven.

Was sollen wir tun, wenn andere Menschen nicht unsere Vorstellung von Gefahr wahrnehmen oder unsere Lösungen nicht akzeptieren? Ich habe die Situation von der kulturell-historischen Seite her beschrieben; wir finden sie jedoch auch auf familiärer Ebene. In Familien besteht eine bestimmte Kultur und einige Familien sehen Gefahren, die der Rest von uns als irrational ansieht. Wir halten solche Familien für schlecht angepasst; vielleicht diagnostizieren wir sogar einige Familienmitglieder als psychisch krank. Was sollen wir mit Menschen tun, die Gefahren sehen, die wir nicht sehen, und die darauf mit Selbstschutzmaßnahmen reagieren, die wir für unangemessen halten? Warum handeln Eltern auf eine Art und Weise, die unsichere Bindung hervorruft? Warum tun sie nicht immer das, was Sicherheit und Wohlbefinden hervorruft? Für mich stellt sich also die Frage, ob elterliches Verhalten, das unsichere Bindung hervorruft, einer Strategie folgend und beschützend sein kann – unter gefährlichen Bedingungen.

7. Warum drohen Eltern damit, ihre Kinder zu verletzen? Warum werden Kinder misshandelt?

Gewöhnlich passiert das zum Schutze des Kindes oder des Elternteils vor Gefahren. Wenn Sie fragen, warum jemand sein Kind geschlagen hat – unabhängig davon, ob diese Bestrafung zur Misshandlung ausartete oder nicht –, dann wird die häufigste Antwort darauf sein: *„Mein Kind hat etwas Gefährliches getan und ich musste ihm beibringen, das nicht zu tun.“* (Holden & Zambarano 1992). Wenn Kinder gefährliche Dinge tun, dann tun Eltern gefährliche Dinge, um ihnen beizubringen, dies nicht zu tun. Wir packen sie, reißen sie zurück, schütteln sie und schreien sie an: *„Tu das nie wieder!“* Wir versuchen, ihnen in kürzester Zeit mit einem einzigen Versuch beizubringen, nicht auf die Straße zu laufen, sich nicht aus dem Fenster zu lehnen, nicht den Herd anzufassen. Wir bringen sie in eine kleine und kontrollierbare Gefahr, um die lebensbedrohliche und unkontrollierbare Gefahr zu verhindern.

Dies ist so einleuchtend, dass die interessantere Frage vielleicht lautet: Warum geben Eltern ihren Kinder nach, wenn sie es nicht sollten, sondern wenn sie eine Grenze setzen sollten? In den meisten Fällen besteht der Grund dafür darin, dass sie ihre Kinder – oder sich selbst – trösten wollen oder Wohlbefinden bereiten möchten. In den meistgestörten Familien besteht stets ein Wettstreit (ob in der Realität oder in der Vorstellung der Eltern) zwischen dem Schutz des Selbst und dem Schutz des Kindes.

Die Erwartung von Gefahr kann zu gefährlichen Gegenmaßnahmen führen. Würden Sie es zulassen, dass jemand ihren Körper aufschneidet? Nur dann, wenn Sie davon überzeugt wären, dass Sie lebensbedrohlich krank sind. Würden Sie sich gefährlichen Strahlen aussetzen oder giftige Chemikalien zu sich nehmen? Nur dann, wenn Sie glauben, Sie hätten Krebs. Je mehr wir uns bedroht fühlen, desto eher tun wir gefährliche Dinge, um uns zu schützen.

Daraus ergibt sich die Fragestellung: Was ändert sich für die Behandlung, wenn wir Risikoeltern als Eltern verstehen, die ihre Kinder und sich selbst schützen wollen oder es ihnen oder sich leichter machen wollen, und nicht als Eltern, die ihren Kindern wehtun oder sich nicht um sie kümmern wollen?

Die meisten Forschungen zu Kindesmisshandlung und Vernachlässigung nehmen elterliche Feindseligkeit und Mangel an Fürsorge an. Wie sähe es aus, wenn wir stattdessen mit dieser Frage an die Eltern herantreten würden: *„Warum glaubten Sie, in diesem Moment so handeln zu müssen? Ihre Absichten verstehe ich und in diesen stimme ich Ihnen zu, aber da könnte es eine bessere Möglichkeit, eine ungefährlichere geben, in dieser Situation zu handeln.“* Vielleicht würden wir durch eine solche Haltung einen produktiven Kontakt zu den Eltern herstellen können, anstatt uns in die in der Regel vorherrschende ablehnende und konfrontative Beziehung mit ihnen zu begeben.

Dort, wo wir anschuldigen, müssen sie leugnen und sich verteidigen – besonders, wenn wir ihre Intentionen missverstanden haben. Durch ein anklagendes Verhalten

werden wir als die Behörden gesehen, die sich einmischen und eine Gefahr für die Familie darstellen. Es besteht aber eine Möglichkeit, über ihre Absichten zu diesen Eltern eine Verbindung zu knüpfen. Wenn wir dies tun, geben wir ihnen ihre Selbstachtung zurück. Mit Selbstvertrauen und dem Respekt der Fachleute kann es den Eltern gelingen, die Gefahren für ihr Kind und die Gegenmaßnahmen neu zu bewerten. Dies mag vielleicht eine Wendung zum Besseren bedeuten.

8. Führt die Konfrontation mit Gefahren zu Desorganisation?

Main geht davon aus, dass der Mensch – und besonders Kinder – in Gefahrensituationen desorganisiert agiert (Main & Solomon 1990). Aber wäre es denn ein angepasstes Verhalten, wenn eine Spezies angesichts von Gefahren desorganisieren würde? Das löst kein Problem; es erhöht sogar die Gefährdung für die Spezies. Was würde im Lauf der Generationen mit einer Spezies passieren, wenn ihre einzelnen Mitglieder bei der Konfrontation mit Gefahr desorganisieren würden? Wir sind das Resultat einer niemals unterbrochenen Kette, angefangen bei den ersten Organismen bis heute. Im Laufe dieser Zeitspanne waren wir mit allen Gefahren konfrontiert, die es auf diesem Planeten gibt. Wir haben sie alle überlebt. Wir wissen, wie man sich bei Gefahr verhält. Wir sind genetisch darauf vorbereitet, uns vor Gefahren zu schützen. Neurologisch, psychologisch und im Verhalten sind wir die Spezies, die mehr Gefahren in mehr Kontexten besiegen kann als alle anderen – außer vielleicht Bakterien und Kakerlaken.

Stark ausgeprägte unsichere Bindung ist nicht desorganisiert. Im Gegenteil, es ist die Anwendung sehr komplexer und diffiziler Strategien, in extrem bedrohlichen Situationen Sicherheit und Wohlbefinden wieder herzustellen (vgl. Crittenden 1999, 2001 zu Desorganisation und Organisation).

Wenn ich Kinder betrachte, die es gelernt haben, sich selbst zurückzunehmen und die Perspektive ihrer Eltern der eigenen vorzuziehen, oder die andererseits gelernt haben, sich in Wut hineinzusteigern oder sich selbst in Gefahr zu begeben, weil das die einzige Möglichkeit ist, um mit ihren Geschwistern zu konkurrieren oder die Aufmerksamkeit der Mutter zu erlangen, dann sehe ich Kinder, die hart arbeiten und all ihre kognitiven Fähigkeiten mobilisieren. Sie verdienen unseren Respekt für das, was sie gelernt haben zu tun. Was sie tun, ist schwierig und nicht angenehm, aber unter den Umständen, unter denen sie leben, bleibt ihnen nichts anderes übrig, um Sicherheit zu erlangen.

Typ B zu sein, ist einfach. Man zeigt, was man fühlt und welche Absichten man hat, und jemand, der Einfühlsamkeit und Hilfsbereitschaft genug besitzt, reagiert darauf in der Art und Weise, wie man es sich wünscht. Die Strategien vom Typ A oder C anzuwenden, ist dagegen schwierig. Aber dies sind die Strategien, die in schwierigen und gefährlichen Situationen angemessen sind. Kinder verdienen unseren Respekt, wenn sie es gelernt haben, mit schwierigen und herausfordernden Umständen umzugehen.

9. Welche Informationen stecken in sensorischer Stimulation, die der Verstand benutzen kann, um innere Repräsentationen und Verhaltensstrategien aufzubauen?

1. Zeitliche Folge – sensomotorische Prozesse.
2. Intensität – sensorische Bilder, die mit Affekten assoziiert sind.

10. Wie wirkt sich der Reifungsprozess des Gehirns auf die Art und Weise aus, wie sensorische Stimulation Repräsentationen bildet und Verhalten hervorruft?

Das zentrale Nervensystem reagiert auf sensorische Stimulation und wandelt diese in Informationen um, die wiederum Anpassungsreaktionen organisieren. Zeitliche Reihenfolge und Intensität der Stimuli (das heißt sowohl Kognition als auch Affekt) stellen die Grundbausteine von Informationen dar. Diese generieren ein kognitives prozedurales Gedächtnis, also sensomotorische Schemata und affektiv imaginierte Erinnerungen, das heißt sensorische Bilder eines Kontexts, die visuelle, auditive, olfaktorische, taktile und geschmackliche Bilder einschließen. Dies sind die beiden Gedächtnissysteme (vgl. Schacter & Tulving 1994), die Kleinkindern zur Verfügung stehen. Sie sind vorbewusst und präverbal, aber es handelt sich um zwei verschiedene Arten von Wissen, die auf zwei verschiedenen Arten des Inputs beruhen. Jede davon erzeugt eine innere Vorstellung, eine Repräsentation, über die Beziehung zwischen dem Selbst und dem anderen (Kontext).

Jede innere Vorstellung, jede Repräsentation disponiert ein Individuum dazu, auf eine bestimmte Art zu handeln. Prozedural disponierte Repräsentationen reflektieren Erwartungen, die auf einer zeitlichen Folge basieren, das heißt, welche Handlung von einem Individuum als nächste zu erwarten ist. Imaginiert, das heißt, bildlich disponierte Repräsentationen reflektieren Erwartungen, die sich auf einen Kontext gründen und die Gefühle, die damit einhergehen, welche Handlung von einem Individuum aktuell zu erwarten ist. Was ein Individuum als „nächstes“ tun wird und was es „jetzt“ tun wird, kann, muss aber nicht das Gleiche sein. Wenn beide Transformationen (zeitlich und affektiv) die gleiche Disposition zum Handeln ergeben, dann wird die Handlung ohne zu zögern ausgeführt. Erwartet man von der zeitlichen Abfolge her etwas anderes als vom Gefühl her, dann entsteht ein innerer Konflikt. Diejenigen, die dazu neigen, diesen Konflikt zugunsten prozeduraler Repräsentationen zu lösen, benutzen eine Strategie von Typ A. Diejenigen, die den Konflikt zugunsten der bildlichen Repräsentation lösen, bedienen sich einer Strategie von Typ C.

Nach der Kleinkindphase werden neue Wege der Repräsentation möglich. Die verbale Form des kognitiven prozeduralen Gedächtnisses ist das semantische Gedächtnis, also verallgemeinerte Informationen darüber, wie die Dinge funktionieren (oft in der Form einer falls/dann oder wenn/dann Aussage). Die verbale Form des imaginierten Gedächtnisses ist konnotative Sprache, die Gefühle auslöst oder im Gegenteil vermindert. Auch diese Formen von Repräsentation schaffen Dispositionen zum Handeln,

und zwar semantisch disponente Repräsentationen und konnotativ disponente Repräsentationen. Auch hier können diese Dispositionen mit anderen Dispositionen zusammenpassen oder auch nicht und die gewohnheitsmäßige Entscheidung für eine bestimmte Art der Disposition reflektiert entweder eine A- oder C-Strategie. Wenn alle vier Informationsquellen zusammenkommen, um ein bestimmtes Ereignis zu repräsentieren, dann wird eine episodisch disponente Repräsentation konstruiert. Auch sie ruft eine Reaktion hervor.

Werden all diese verschiedenen Dispositionen im Arbeitsgedächtnis zusammengeführt, miteinander verglichen und integriert, wird alles einbezogen, was zeitlich und affektiv aus der Vergangenheit bekannt ist, um zu der bestmöglichen Einschätzung zu gelangen, was unter diesen Umständen als nächstes geschehen soll, dann kann die Repräsentation als ausgewogen angesehen werden (Typ B).

So betrachtet, ist klar, dass vollkommene Ausgewogenheit (in der der Verstand aus der vollständigen Auswertung aller Informationen seine individuellen Lösungen findet) erst im Erwachsenenalter möglich wird. Stattdessen benötigen jüngere Kinder den Schutz von Erwachsenen, bis ihr Verstand reif genug ist, die Lebensumstände, in denen sie sich befinden, auszuwerten und sich auf selbstschützende Weise zu organisieren. Mit anderen Worten, Kinder bedürfen der Sicherheit von außen, während Erwachsene es lernen, sich selbst mit Hilfe ihres Verstands zu schützen. Es ist die Krönung des Evolutionsprozesses, dass menschliche Wesen dies lernen können – unabhängig von früher erlebten gefährlichen Situationen – **zusammenfassend Abbildung 8.**

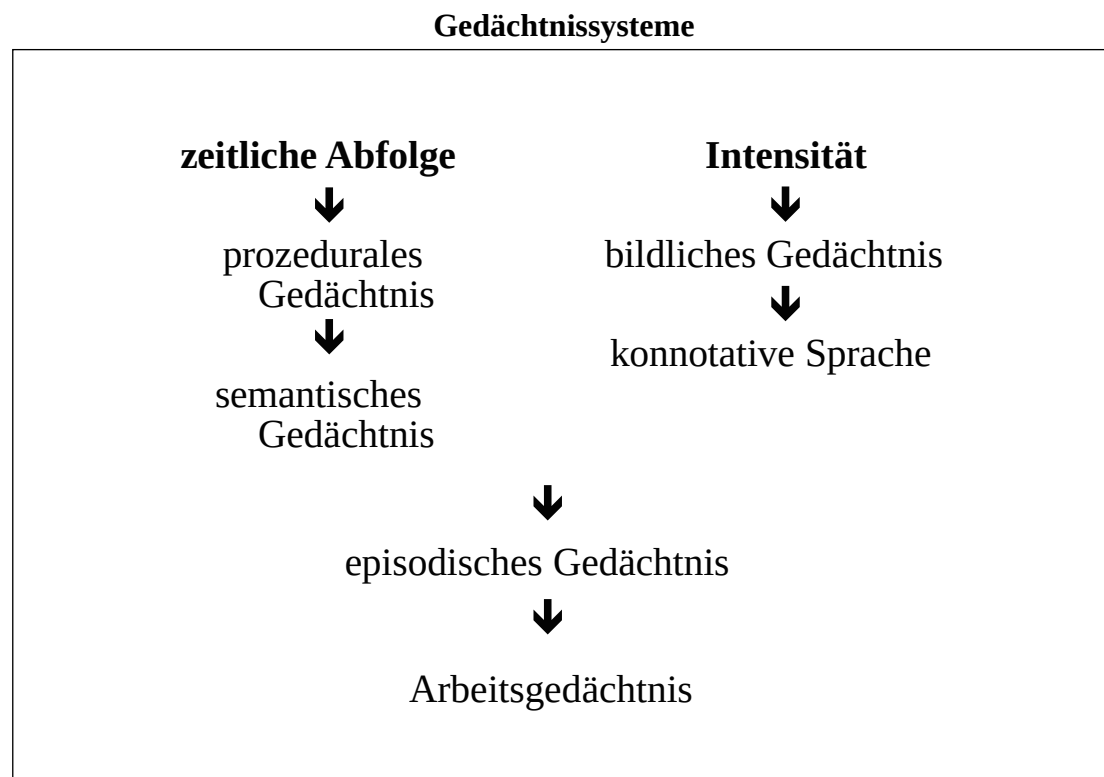


Abbildung 8

© P. M. Crittenden

11. Wie wird das Bindungsmuster (das heißt die Selbstschutzstrategie) von den Eltern an das Kind weitergegeben?

Wir beginnen mit der Kommunikation zwischen zwei Erwachsenen. Jedem Erwachsenen stehen alle sechs Formen der Repräsentationen zur Verfügung (DRs). Eine davon steuert in einem bestimmten Moment das Verhalten und die erste Person handelt. Was dabei außerhalb des Gehirns geschieht, ist nicht die Repräsentation selbst, sondern eher Verhalten. Die zweite Person nimmt dieses Verhalten als sensorische Stimulation wahr: zeitlich geordnete Stimulation und Stimulation von bestimmter Intensität. Das Gehirn der zweiten Person verarbeitet diese Information als Netzwerke aktivierter Neuronen und produziert ein Set von Repräsentationen (DRs). Auf der Grundlage einer dieser oder einer Kombination dieser DRs handelt die zweite Person – das heißt, sie produziert Verhalten, das von der ersten Person als sensorische Stimulation wahrgenommen wird usw.

Die Repräsentationen (also die Netzwerke aktivierter Neuronen) befinden sich dabei stets innerhalb des Gehirns der betreffenden Personen. Sie existieren ausschließlich in dem Moment der synaptischen Aktivität und können einer anderen Person nicht direkt vermittelt werden. Was nach außen dringt, ist Verhalten, aber selbst Verhalten wird nicht direkt vermittelt, sondern eher wahrgenommen in Form einer zeitlichen Reihenfolge und in Form von Intensität. An diesem Punkt beginnt das Gehirn des „Empfängers“, die eingehenden Informationen zu transformieren, um sein eigenes Repräsentationsmodell von der Beziehung zwischen sich selbst und der anderen Person zu bilden. Diese Modelle können, müssen aber nicht mit dem Modell der ersten Person übereinstimmen, sie sind jedoch keinesfalls identisch.

Eltern haben sechs arbeitende Gedächtnissysteme. Kinder haben nur drei und entwickeln erst mit zunehmendem Alter die anderen Formen der Repräsentationen. Alles, was ein Elternteil tut, egal wie komplex, wird in einer einfacheren Art von den Kindern abgebildet. Daraus folgt, dass die Repräsentationen von Kindern nicht die gleichen sein können wie die der Eltern. Eltern können ihre Repräsentationen nicht an ihre Kinder weitergeben. Stattdessen schaffen die Eltern eine Umgebung, in der das Kind gewisse Stimulationen erfahren und dann seine eigenen Repräsentationen über deren Bedeutung in der Beziehung zwischen ihm selbst und dem Kontext konstruieren kann. So wie die Repräsentationen der Eltern sind die Repräsentationen der Kinder unterschiedlich in Bezug auf die Wichtigkeit, die der zeitlichen und affektiven Information beigemessen wird und die wiederum dazu benutzt wird, Verhalten zu organisieren. Zerlegt man das Konstrukt der Übertragung in diese Komponenten, wird deutlich, dass jedes Individuum seine eigenen Repräsentationen (DRs) auf der Grundlage der eigenen Erfahrungen und Motivationen konstruieren muss (Crittenden 2003).

Wie werden die verschiedenen Bindungsmuster von einer Generation an die nächste weitergegeben? Wie bereits früher gezeigt (Crittenden 1991), haben Eltern, die ihren Kindern offen und direkt ihre Absichten und Gefühle kommunizieren, Differenzen aushandeln und Kompromisse schließen (Typ B), oft Kinder, die selbst Strategien vom Typ B verwenden. Ebenso haben Eltern, die nach Strategien vom Typ A 1-2

oder C 1-2 verfahren, oftmals Kinder, die die gleichen Strategien anwenden. Hierbei handelt es sich um die häufigsten Strategien, die unter sicheren Bedingungen angewendet werden. Unter gefährlichen Bedingungen wenden Eltern eher eine zwanghafte A- (A 3-8) oder eine obsessive C- (C 3-8) Strategie an. In diesen Fällen besteht große Wahrscheinlichkeit, dass das Kind die entgegengesetzte Strategie verwenden wird. Das heißt, besteht ein Elternteil in aggressiver Weise auf seiner eigenen Perspektive (C 3/5), dann wird sich das Kind entweder anklagend (C 4/6) oder zwanghaft (A 4/6) fügen.

Verlocken oder reizen Eltern das Kind dadurch, dass sie inkompetent wirken (C 4/6/8), dann kann das Kind entweder aggressiv Fürsorgeverhalten einfordern (C 3/5) oder die Fürsorge selbst übernehmen bis hin zur Übernahme der elterlichen Rolle (A 3). Zeigen die Eltern eine zwanghafte A-Strategie (A 3-8), dann wird das Kind wahrscheinlich mit einer C-Strategie (C 3-6) antworten. Unter gefährlichen Bedingungen ist ein Vertauschen der Strategien wahrscheinlich. Gibt es Geschwister, dann können die in der Familie verwendeten Muster weitaus vielfältiger sein.

12. Welcher Unterschied besteht zwischen Typ A und C und wie wirkt sich dieser auf die Intervention aus?

Wie im Dynamic-Maturational-Model beschrieben, sind Strategien vom Typ A und Typ C psychologische Gegensätze.

Kinder, die nach einer Strategie vom Typ A handeln, unterdrücken ihre eigenen Gefühle, überbewerten kausale Vorhersagbarkeit, übernehmen die Perspektive anderer, tun, was andere von ihnen verlangen und schieben ihre eigene Bedürfnisbefriedigung auf. Sie müssen daher in der Therapie lernen, ihre eigenen negativen Gefühle auszudrücken, Autorität zu hinterfragen, mehr aus sich herauszugehen, ihre eigene Perspektive zu vertreten und von Zeit zu Zeit darauf zu bestehen, dass ihre Bedürfnisse und Wünsche vorrangig behandelt werden. Bei Kindern vom Typ A muss weniger Betonung auf Ergebnisse gelegt werden und mehr auf das Erkennen und das Ausdrücken ihrer negativen Gefühle, damit sie sich in einer bedrohlichen und wenig zugewandten Umgebung wohler fühlen können.

Kinder mit einer Strategie des C-Typs drücken ihre negativen Gefühle nicht nur aus, sondern übertreiben sie auch. Sie erleben wenig Vorhersagbarkeit in der Realität, bestehen so sehr auf ihrer eigenen Perspektive, dass sie andere mitunter ausschließen, und tun nur, was sie möchten, wobei sie sofortige Befriedigung verlangen. Bei diesen Kindern muss mehr Gewicht auf vorhersagbare Ergebnisse gelegt werden, mehr Unterstützung bei der Begrenzung der negativen Gefühlsäußerung gegeben und größere Erfahrung damit gesammelt werden, die Perspektive anderer zu sehen, ohne dabei die eigene aufgeben zu müssen.

Hieran wird deutlich, dass diese beiden Muster psychologische Gegensätze sind, die auch gegensätzliche Interventionsformen erfordern.

Dies wirft die Frage auf: Wenn Typ A und C gegensätzliche Strategien sind, welche Schlussfolgerungen sind daraus für die Therapie zu ziehen? Ich meine, daraus lässt sich folgern, dass Interventionen, die auf das eine Muster positiv wirken, bei dem anderen negative Auswirkungen haben können. Ein Beispiel: Eine Konzentration auf eine Verhaltensänderung bei einem Kind, dass die Typ-A-Strategie benutzt, verstärkt die Strategie, die es bereits anwendet. Konzentriert man sich bei einem Kind vom Typ C auf seine Gefühle und deren Ausdruck, dann kann man das Problem verschlimmern.

Ich meine, dass die Fachleute sowohl die Strategie des Kindes als auch der Eltern kennen müssen, bevor sie mit der Intervention beginnen können. Dies ist in der Regel nicht Teil des diagnostischen Prozesses, es ist aber wichtig, weil es dem Professionellen ermöglicht, Interventionen zu wählen, die die Wahrscheinlichkeit des Erfolgs erhöhen und die Wahrscheinlichkeit, mehr Probleme zu verursachen oder das Problem zu verschlimmern, verringern.

Ist eine Intervention in der Lage, irgendetwas Gutes zu leisten, dann ist sie auch in der Lage, Schaden anzurichten. Es würde helfen, wenn man wüsste, womit sich Schaden vermeiden und die Wahrscheinlichkeit zu helfen erhöhen ließe. Eine Auswertung der zwanghaften und obsessiven Strategien bei Eltern und Kindern könnte dies leisten.

13. Was ist das Ziel einer Intervention?

Viele denken, zumindest teilweise, eine sichere Bindung zu etablieren. Ich stimme dem nicht zu; ich vertrete nicht die Meinung, das Ziel einer Intervention sei es, bei Kindern sichere Bindung herzustellen. Sie sollte vielmehr Eltern in die Lage versetzen, ihre Kinder in Sicherheit und zu ihrer aller Wohlergehen aufzuziehen und es ihnen ermöglichen, ihren Kindern beizubringen, die eigenen intellektuellen Fähigkeiten vollständig und zuverlässig einzusetzen, so dass die Kinder an irgendeinem Punkt unabhängig werden und ihre Strategie selbst wählen können.

Was bedeutet es für die Behandlung, wenn die Verminderung von Gefahren in den Mittelpunkt rückt? Zunächst wird sich der Professionelle nach der Familiengeschichte und der momentanen Situation der Familie erkundigen müssen. Familien, die Probleme haben, stoßen sowohl innerhalb als auch in ihrer näheren Umgebung auf Gefahren. Vielleicht werden wir die Gefahren einschränken müssen, damit die bedrohlichen Strategien zum Umgang mit Gefahren überflüssig werden. Was wären im anderen Falle die Folgen, wenn die Gefahrenquelle in der Intervention nicht zur Sprache kommt?

14. Wie können wir Gefahren und selbstzerstörerische Strategien erfassen?

Bindungstheorie ist eine systemische Theorie, die sich aufgrund ihres effektiven und aussagefähigen Bewertungssystems ihren Namen gemacht hat. Für das Dynamic-Ma-

turational Model of Attachment gehören dazu der CARE-Index, der Fremde-Situationstest bei Kleinkindern, Auswertungen zur Bindung von Vorschul- und Schulkindern (Preschool Assessment of Attachment, School-age Assessment of Attachment) sowie Bindungsinterviews bei Jugendlichen und Erwachsenen (Adolescent Attachment Interview, Adult Attachment Interview).

Ich stimme nicht für die Verwendung von Selbstauskünften zur Bindung – sie sind zwar schnell und einfach erhoben, aber sie sind mehr als nur „schmutzig“; sie sind ungenau und irreführend. Sie sind zu anfällig für Aspekte wie eingeschränkte Selbstwahrnehmung, soziale Erwünschtheit und Standards, ebenso wie für glatte Lügen und Selbsttäuschung. Ferner muss für die Auswertung der Situation der Eltern oder des Kindes eine passende Auswahl an möglichen Ergebnissen vorgeben werden. Die meisten Fragebögen zur Bindung wurden aus dem Glauben heraus entwickelt, dass Kinder die gleichen Muster wie Eltern haben. Diese Auswertungen sind daher beschränkt auf die Ainsworth-Muster zuzüglich Desorganisation. Nach 30 Jahren Erfahrung in der Erfassung von Bindung denke ich, dass wir ein umfassendes Entwicklungsmodell benötigen. Ich habe mich bemüht, ein solches anzubieten, zusammen mit adäquaten Auswertungsmethoden.

15. Wenn die Strategien vom Alter abhängig sind, wann ist dann eine Intervention am sinnvollsten?

Bevor sich die Strategien verselbständigen haben.

Sollten wir im Säuglingsalter intervenieren, bevor die Strategie ausgeprägt vorhanden ist, und den Kontext verändern, der die Strategie hervorgerufen hat? Selbstverständlich, aber damit nicht genug. Die Belege über frühe Interventionen zeigen, dass frühe Intervention zunächst große Wirkung hat, aber dass sie, über einen langen Zeitraum betrachtet, nicht ausreicht. Wann ist der beste Zeitpunkt für eine Beendigung der Intervention? Wenn der Reifungsprozess fortschreitet und wenn die Eltern nicht in der Lage sind, Veränderungen beim Kind zu unterstützen, dann müssen wir periodisch mit fortschreitender Reifung intervenieren, weil der Reifungsprozess die Art und Weise verändert, wie der Verstand Informationen verarbeitet.

Ich habe ein Modell dynamischer Veränderungen der Strategie von Individuen in ihrer Entwicklung vorgelegt. Individuen interagieren mit ihrer Umgebung und konstruieren Strategien, die ihren Erfahrungen mit Gefahren entsprechen. Dieses Modell berücksichtigt auch individuelle Unterschiede in der Vermeidung von Gefahren und Wegen, Schutz und Wohlbefinden zu erlangen. Es definiert Verhalten eher als sinnvoll als desorganisiert und Menschen als aktiv, Lösungen für die Probleme zu konstruieren, die sich ihnen stellen.

Es ist ein Ansatz, der auf Stärken setzt, der elterliche Absichten respektiert, ebenso wie die Anpassungsleistungen der Kinder, und der Potenzial für unterschiedliche Interventionen enthält.

Lassen Sie mich zusammenfassen. Ich habe einmal gehört, dass Menschen in der Lage sind, drei Dinge gleichzeitig zu lernen und nicht mehr. Dies sind meine drei:

1. Gefahr bewirkt die Entwicklung organisierter Bindungsmuster (Selbstschutzstrategien).
2. Jenseits der frühen Kindheit entwickeln sich neue Muster.
3. Wenn Typ A und Typ C gegensätzliche Störungen sind, dann ist es entscheidend, Interventionen darauf abzustimmen.

Literaturhinweise

Crittenden, P. M.: Being Together: Inter-subjectivity, Cultural Differences, and Implications for Psychological Disorder. In symposium on "Emotion, Action and Intersubjectivity", Daniel Stern, Chairperson, 8th International Congress on Cognitive Psychotherapy: Constructivism, Phenomenology and Brain Imaging, Bari, Italy (2003)

Crittenden, P. M.: Organization, alternative organizations, and disorganization: Competing perspectives on the development of endangered children, In: Contemporary Psychology, Washington, DC: APA 46 (2001), S. 593-596

Crittenden, P. M.: Danger and development: The organization of self-protective strategies, In: J. I. Vondra, J. I.; Barnett, D. (Eds.): Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk, In: Monographs of the Society for Research on Child Development, Chicago: University of Chicago Press 64 (1999), S. 145-171

Crittenden, P.M.; Partridge, M. F.; Claussen, A. H.: Family patterns of relationship in normative and dysfunctional families, In: Development and Psychopathology, Cambridge: Cambridge University Press 3 (1991), S. 491-512

Holden, G. W.; Zambarano, R. J.: Passing the rod: Similarities between parents and their children in orientations toward physical punishment, In: I.E. Sigel, I. E.; McGillicuddy-DeLisi, A. V.; Goognow J. J. (Eds.), Parental belief systems: The psychological consequences for children, 2nd edition, Hillsdale, NJ: Erlbaum (1992), S. 143-172

Main, M.; Solomon, J.: Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation, In: Greenberg, M.; Cicchetti, D. Cummings E. M. (Eds.), Attachment in the preschool years, Chicago: University of Chicago Press (1990), S. 161-182

Schacter, D. L.; Tulving, E.: What are the memory systems of 1994? In: Schacter, D. L.; Tulving E. (Eds.): Memory systems 1994, Cambridge, MA: Bradford (1994), S. 1-38

Liaison Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie in der frühen Kindheit? Interdisziplinäre Kooperation am Beispiel eines Weiterbildungsprojektes

DR. UTE ZIEGENHAIN

Pädagogische Leiterin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm

Einleitung

Die Kinder- und Jugendhilfe und die Entwicklungspsychologie verbindet ein gemeinsames Interesse: das Interesse an Kindern. Damit ist eine wichtige Voraussetzung für interdisziplinäre Zusammenarbeit gegeben. Im Bereich der frühen Kindheit und dabei besonders im Bereich der sozial-emotionalen Entwicklung haben sich Kinder- und Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie bisher allerdings wenig getroffen, zumindest haben sie keine systematischen Verbindungen hergestellt. Im Folgenden möchte ich am Beispiel eines entwicklungspsychologischen Beratungsansatzes und einem Weiterbildungscurriculum für diese Beratung diskutieren, dass es im Bereich der frühen Kindheit durchaus lohnend ist, beide Seiten miteinander zu verbinden. Kinder- und Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie haben einander etwas zu bieten (Krappmann 2001).

Skizziert werden zunächst einige zentrale Aspekte der Entwicklungspsychologie der frühen Kindheit. Davon ausgehend werden einige Anforderungen diskutiert, die sich daraus für die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe ableiten lassen. Als Beispiel für diesen Transfer aus der Wissenschaft in die Praxis werden die entwicklungspsychologische Beratung sowie die Weiterbildung der entwicklungspsychologischen Beratung vorgestellt, um abschließend einige Überlegungen zur Implementierung zu diskutieren.

1. Entwicklungspsychologie der frühen Kindheit

Die frühe Kindheit unterliegt einer besonderen Entwicklungsdynamik mit rasch ablaufenden Reifungs-, Lern- und Anpassungsprozessen (Papoušek 2002). Diese Entwicklungsprozesse sind mit jeweils unterschiedlichem Verhalten und unterschiedlichen Erlebens- und Verarbeitungsweisen verbunden.

Dabei lassen sich für unterschiedliche Entwicklungsaltersstufen auch jeweils besondere Entwicklungsaufgaben beschreiben, die für eine optimale Entwicklung gemeistert werden müssen. Für das Säuglingsalter ist dies die Anforderung, Verhalten sowie emotionale und physiologische Erregungszustände zu regulieren. Dies ist die Voraussetzung, um sich der Umwelt offen zuwenden zu können. Diese Regulationskompetenzen werden in frühen Bindungsbeziehungen entwickelt. Der Bezugsperson kommt dabei die Funktion einer „externen Regulationshilfe“ zu. Ihr obliegt es, dem Kind zu hel-

fen, wechselnde Erregungszustände und damit verbundene Emotionen zu regulieren und zu modulieren (Sroufe 1996).

Aus der modernen Säuglingsforschung ist bekannt, wie Säuglinge ausdrücken, ob sie jeweils mit einer spezifischen Situation zurechtkommen oder ob sie belastet und überfordert sind und Hilfe brauchen. Dies lässt sich an ihren physiologischen oder motorischen Reaktionen oder an ihren kommunikativem Ausdrucksverhalten ablesen. Danach zeigt sich körperliche Belastung beispielsweise in marmorierter Haut, gepresster Atmung, ausfahrenden Bewegungen, häufiges Rudern mit Armen und Beinen, motorischer Überstreckung. Erfolgreiche Versuche, sich selber zu regulieren, lassen sich beispielsweise beobachten, wenn Säuglinge die Hände über der Brust zusammenzuführen, motorisch ruhiger oder aufmerksam und offen sind (Rauh, Ziegenhain 1994).

Eltern haben unterschiedliche intuitive Fähigkeiten, diese Verhaltenszeichen zu lesen, insbesondere dann, wenn sie dezent sind. Die Qualität solcher elterlichen Hilfe wird in der bindungstheoretischen Literatur unter dem **Begriff der elterlichen Feinfühligkeit** zusammengefasst (Ainsworth, Bell, Stayton 1994).

Der Einfluss elterlichen feinfühligem beziehungsweise wenig feinfühligem Verhaltens auf die Entwicklung unterschiedlicher Bindungsqualitäten gilt dabei als eine der Kernannahmen der Bindungstheorie (DeWolff, van IJzendoorn 1997). Danach ist feinfühliges Verhalten nicht nur wesentlich für die aktuelle positive Befindlichkeit des Säuglings und Kleinkindes, sondern begünstigt sichere Bindung beim Kind. Sichere Bindung entsteht in Beziehungen, in denen Kinder auf der einen Seite ihre Sicherheits- und Bindungsbedürfnisse befriedigen und auf der anderen Seite ihren Bestrebungen nach Erkundung beziehungsweise Autonomie nachgehen können (Weinfield, Sroufe, Egeland, Carlson 1999; Grossmann, Grossmann, Zimmermann 1999).

Sichere Bindung steht im Zusammenhang mit der Entwicklung positiver sozial-emotionaler Kompetenzen und positiver Selbstentwicklung. Umgekehrt begünstigt mangelnde Feinfühligkeit die Entwicklung unsicherer Bindung beim Kind und gilt als Risikofaktor für die sozial-emotionale und Selbst-Entwicklung (Suess, Grossmann, Sroufe. 1992; Weinfield, Sroufe, Egeland, Carlson 1999; Cassidy 1990; Verschueren, Marcoen 1999). **Unsichere Bindungen** lassen sich als „Dysregulationen“ oder als Ungleichgewicht in der Balance zwischen Bindungs- und Erkundungsbedürfnissen beschreiben. Danach erleben Kinder in der Beziehung mit den Eltern häufig, dass hinreichende emotionale Unterstützung auf der einen Seite und auf der anderen Seite die Möglichkeit, zu erkunden und Selbständigkeit zu erproben, nicht ausgewogen ist. Dabei ist **hoch unsichere Bindung**, wie sie besonders bei Kleinkindern mit extrem negativen Interaktionserfahrungen gefunden wird, maßgeblicher Risikofaktor für spätere Entwicklungsstörungen und Verhaltensprobleme. Sie wirkt sich besonders dann nachteilig auf die Entwicklung von Kindern aus, wenn sie in Kumulation und Wechselwirkung mit anderen psychosozialen Risikofaktoren auftritt (Ziegenhain 2003).

Die Bedeutung früher Beziehungserfahrungen für die spätere Entwicklung wird durch neuere Befunde über „sensible Perioden“ gestützt, die für die Entwicklung des Ge-

hirns und des Verhaltens in den ersten Lebensjahren belegt wurden (Fonagy 1996; Knudsen 1999). Sensible Perioden bedeuten, dass Entwicklungsphasen angenommen werden, in denen spezifische Erfahrungen notwendig für eine normale Gehirnentwicklung sind. Danach besteht in den ersten drei Lebensjahren eine Dominanz der rechten Hirnhälfte. Die rechte Hirnhälfte ist unter anderem verantwortlich für die Verarbeitung sozial-emotionaler Informationen, sie unterstützt bindungsrelevante Regulationsprozesse, die Regulation körperlicher und affektiver Zustände und Befindlichkeiten sowie die Fähigkeit, mit Stress umzugehen. Dabei gelten insbesondere frühe Bindungserfahrungen als besonders einflussreich. Untersuchungen belegen die Wirkung emotionaler Sicherheit als Puffer gegen Stress.

Umgekehrt zeigte sich die negative Wirkung fehlender oder unzulänglicher Sicherheit bei (hoch-) unsicheren Kindern auf physiologische Stressreaktionen, wenn die elterliche Regulationshilfe nicht beziehungsweise nur unzureichend funktioniert. Dies lässt sich in erhöhten Konzentrationen des Stresshormons Cortisol als Indikator für emotionale Belastung ablesen. Insofern ist Verhaltensregulation in der Bindungsbeziehung psychobiologisch begründet (Spangler, Grossmann 1993; Nachmias, Gunnar, Mangelsdorf, Parritz, Buss 1996; Gunnar, Brodersen, Nachmias, Buss, Rigatuso 1996). Wie die Forschung bei misshandelten Kindern belegt, kann frühe und extreme emotionale Belastung schließlich auch massive neurologische und Verhaltenskonsequenzen haben, die schlimmstenfalls irreversibel sind (Fonagy 1996; Cicchetti, Toth 1995). Belegt sind beispielsweise externalisierende Verhaltensstörungen bei Kindern, die bereits im Vorschulalter missbraucht wurden. Erhöhte Wahrscheinlichkeit für Depression, Panikstörungen, Alkoholismus oder Suizidgedanken oder Suizidversuche waren mit frühem Missbrauch verknüpft (Fegert 2002 a).

Hoch unsicher gebundene, misshandelte oder vernachlässigte Kinder und ihre psychosozial belasteten Familien sind häufige Klienten der Kinder- und Jugendhilfe. Insofern sind diese Befunde für die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe relevant.

2. Frühe Kindheit als Bereich mit besonderen Anforderungen an die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe

Für die Ausgestaltung von Hilfen für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern lassen sich aus diesen Befunden wesentliche Anforderungen ableiten.

Anpassung an rasche Entwicklungsveränderungen

Bei der Planung und Durchführung von entwicklungsangemessenen Hilfen gilt es, sich auf die schnell aufeinander folgenden Entwicklungsveränderungen im Säuglings- und Kleinkindalter einzustellen.

Betrachtung des Klienten als Beziehung

Entwicklungsangemessene Hilfen müssen Beziehungen beachten. Wohlbefinden ebenso wie Verhaltensprobleme bei Säuglingen und Kleinkindern lassen sich nur im

Kontext ihrer jeweiligen Bindungsbeziehungen und spezifischen Situationen interpretieren.

Wegen dieser Besonderheit hat Daniel Stern die Beratung und Therapie von Säuglingen und Kleinkindern mit Verhaltens- und Regulationsproblemen als einen neuen klinischen Bereich mit qualitativ neuen beraterischen und therapeutischen Anforderungen charakterisiert (Stern 1998). Diagnostik, Beratung und Therapie bedeutet nach diesen Überlegungen, dass der Klient oder Patient als „Beziehung“ betrachtet wird und nicht als „Einzelmensch“ (Sameroff, Emde 1989). Die Folge dieser Auffassung ist, dass sich „Verhaltensprobleme“ auf dieser Altersstufe gewöhnlich nicht nach altersentsprechend klar formulierten Kriterien diagnostizieren lassen. Verhaltensprobleme bei Säuglingen und Kleinkindern tauchen vielmehr häufig nur in Interaktion mit bestimmten Bezugspersonen oder in bestimmten Kontexten auf. Sie sind zudem eher situativ, das heißt, sie lassen sich oft nur vorübergehend beobachten (Ziegenhain, Fegert 2001).

Notwendigkeit früher und präventiver Intervention

Weiterhin begründen diese Befunde zwingend die Notwendigkeit früher und präventiver Intervention. Dabei hat sich die Förderung elterlicher Feinfühligkeit beziehungsweise der Eltern-Kind-Beziehung bewährt (van IJzendoorn, Juffer, Duyvesteyn 1995; Fonagy 1996). Beginnt diese früh, dürften negative Interaktionsstrukturen gewöhnlich noch nicht vorgebahnt sein. Probleme sind noch nicht verfestigt, sondern äußern sich vielmehr zunächst in „Missverständnissen“ und Störungen der Eltern-Kind-Interaktion. Diese betreffen entwicklungsspezifisch Bindungsprobleme oder Regulationsstörungen wie Schrei-, Schlaf- oder Fütterprobleme. Dabei sind diese frühen Warnzeichen für mögliche späteren Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten häufig dezent und klinisch (noch) nicht auffällig.

Zugang zu den Familien

Veränderte Anforderungen liegen zudem in der Frage des Zugangs zu Familien, die nicht zwangsläufig klinisch auffällig sind und nach ihrer eigenen Einschätzung bestenfalls ein „Problem“ haben.

Interdisziplinarität

Zu den Besonderheiten der frühen Kindheit in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe gehört schließlich die Anforderung an Interdisziplinarität. Beraterische oder therapeutische Kompetenzen können im Bereich der frühen Kindheit nicht mit den fachlichen Voraussetzungen einer isolierten sozialen oder medizinischen Profession abgedeckt werden. Dies zeigt sich spätestens in der Arbeit mit Kleinkindern aus psychosozial belasteten Familien.

Um einschätzen zu können, inwieweit die Entwicklung eines Kindes adäquat verläuft oder gefährdet ist, ist es notwendig, gleichermaßen normale biologische, psychologi-

sche und soziale Entwicklungsprozesse zu kennen als auch misslingende Entwicklungsverläufe zu verstehen. Mit der relativ neuen Disziplin der Entwicklungspsychopathologie hat sich ein Teilgebiet der Psychologie etabliert, in dem Wissen um normale und psychopathologische Entwicklungsprozesse verschränkt wird (Sroufe, Rutter 1984).

Weitere relevante interdisziplinäre Überschneidungen gibt es mit der Pädiatrie. Wegen der engen Verschränkung psychologischer und körperlicher Befindlichkeit in diesem frühen Entwicklungsalter sind in der Praxis systematische Abklärungen unabdingbar. Hinzu kommt, dass Säuglinge und Kleinkinder sehr schnell nicht nur in ihrem Wohlbefinden eingeschränkt, sondern schnell auch akut und lebensbedrohlich gefährdet sind. Ein Beispiel ist die Gefahr raschen Austrocknens bei unzureichender Flüssigkeitszufuhr. Daher unterliegt die Planung von Hilfen und die Notwendigkeit schnellen Einschreitens in diesem Entwicklungsalter einem extrem engen Zeitraster, wie es in anderen Entwicklungsaltersstufen nur in hohen Gefährdungssituationen notwendig ist (Fegert 2002 b).

In der Praxis der Jugendhilfe schließlich, als federführender Instanz, müssen diese interdisziplinären Voraussetzungen und Anforderungen für die Planung von Hilfen, die den allgemeinen und individuellen Entwicklungsbedürfnissen von Kleinkindern gerecht wird, eingeschätzt und koordiniert werden.

3. Transfer Wissenschaft und Praxis

Irving Sigel, ein amerikanischer Entwicklungspsychologe, hat den Begriff des „science practitioners“, des Wissenschaftspraktikers, für den Transfer von Wissenschaft in die Praxis geprägt (Sigel 1998). Er konzeptualisiert damit eine notwendige Schnittstelle zwischen wissenschaftlichen Konzepten und wissenschaftlicher Forschung auf der einen Seite und der Aufbereitung und Umsetzung relevanter Ergebnisse in die Praxis auf der anderen Seite. Auf eine kurze Formel gebracht, geht es also darum, implizites Wissen anwendungstauglich und konkret zu machen. Dieser Anspruch ist keineswegs trivial, setzt er doch voraus, den interdisziplinären wissenschaftlichen Kenntnisstand mit den administrativen und sozialrechtlichen Bedingungen des jeweiligen Praxisfeldes zu verbinden, wie hier der Kinder- und Jugendhilfepraxis.

Die frühe Kindheit wird derzeit in der Kinder- und Jugendhilfe zunehmend als ein eigenständiger und wesentlicher Entwicklungsabschnitt wahrgenommen. Ansätze beziehungsorientierter und präventiver Intervention sind jedoch bisher nicht systematisch in das Kinder- und Jugendhilfe-System integriert. In Bezug auf den wissenschaftlichen Praxis-Transfer geht es dabei um drei Aspekte: (1) Die Konzeptualisierung von beziehungsorientierten Ansätzen zur Prävention von Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten, (2) die Entwicklung von Curricula zur Weiterbildung von professionellen Fachkräften sowie (3) die systematische Umsetzung und Verstetigung in Leistungsangebote der Jugendhilfe.

Beziehungsorientierte Beratungs- und Therapieangebote

In den vergangenen zehn Jahren sind in Deutschland mehr und mehr Beratungs- und Therapieangebote für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern etabliert worden. Die meisten dieser Angebote beziehen sich auf beziehungsorientierte Ansätze beziehungsweise die Behandlung von Regulationsstörungen. Am bekanntesten sind sicher die „Münchner Schreisprechstunde“ von Mechthild Papoušek und ihrem Team, die Beratungsstelle „Menschenskind“ von Renate Barth in Hamburg, übrigens auch die beiden ersten derartigen Angebote in Deutschland. Mauri Fries baute die Leipziger Schreisprechstunde auf und mittlerweile gibt es zahlreiche Angebote, so in Frankfurt/Main, Köln oder Bremen. Zunehmend wird bei diesen Angeboten auch die „nachgehende“ Beratung berücksichtigt, so beispielsweise die „Frühintervention“ von Gerhard Suess in Hamburg oder das Angebot des Kölner Kinderschutz-Zentrums. Damit sind auch psychosozial belastete Familien besser erreichbar.

Fort- und Weiterbildung von Fachkräften

Noch nicht systematisch ausgebaut ist die Weiterbildung für Fachkräfte, die mit Familien mit Säuglingen und Kleinkindern arbeiten. Neben dem hier vorgestellten Curriculum sind dies die Weiterbildung von Mechthild Papoušek in München oder die daran angelehnte Potsdamer Weiterbildung.

Implementierung von Angeboten in die Jugendhilfepraxis

Noch weniger systematisch sind derzeit in Deutschland Bemühungen, beziehungsorientierte Angebote als Leistungsangebote in die Jugendhilfepraxis zu implementieren und zu verstetigen.

4. Ein Beispiel anwendungsbezogener Umsetzung:

Die Entwicklungspsychologische Beratung und die Weiterbildung für Entwicklungspsychologische Beratung

Die Entwicklungspsychologische Beratung und die Weiterbildung für Entwicklungspsychologische Beratung setzt derzeit unseres Wissens als einziges Projekt alle drei dieser Aspekte parallel um.

4. 1. Die Entwicklungspsychologische Beratung

Der Beratungsansatz wurde ursprünglich für die Intervention bei der Hochrisikogruppe jugendlicher und allein erziehender Mütter und ihrer Säuglinge entwickelt und mittlerweile für die Beratung von psychosozial belasteten Familien mit Säuglingen und Kleinkindern erweitert (Ziegenhain, Dreisörner, Derksen 1999; Ziegenhain, Wijnroks, Derksen, Dreisörner 1999). Die Entwicklungspsychologische Beratung ist damit als Baustein konzipiert, der sich flexibel in unterschiedliche Praxisfelder und institu-

tionelle Hilfestrukturen integrieren lässt. Die Beratung ist niedrigschwellig, kurzfristig durchführbar und zeitlich begrenzt. Gewöhnlich besteht eine Beratungssequenz aus etwa fünf bis sieben Terminen.

Bei psychosozial belasteten Familien in angespannten Lebenssituationen hat es sich bewährt, darauf aufbauend weitere Kontakte auch über die Zeit hinweg vorausschauend und präventiv zu planen. Dies ist entwicklungspsychologisch begründet. Anlässlich neuer, entwicklungscharakteristischer Herausforderungen in der Entwicklung, wie etwa Autonomiebestrebungen um das zweite Lebensjahr, können Beziehungen erneut entgleisen (Brazelton 1992). Gerade bei Familien mit zusätzlichen psychosozialen Belastungen können solche entwicklungscharakteristischen Herausforderungen dann problematisch verlaufen. Das gleiche gilt natürlich für alle anderen extern bedingten zusätzlichen Belastungsfaktoren in einem ohnehin angespannten Familiensystem. Dies macht im Übrigen deutlich, dass die Entwicklungspsychologische Beratung nur ein Baustein unter anderen Hilfen sein kann.

Konzeptuelle und empirische Grundlagen der Entwicklungspsychologischen Beratung liegen zum einen in Forschungsbefunden über individuelle Unterschiede im feinfühligem Verhalten von Eltern, wie sie die Bindungstheorie zur Verfügung stellt. Sie liegen zum anderen in individuellen Unterschieden im Erleben und in der Verarbeitung von Stress oder in der Emotionsregulation von Säuglingen und Kleinkindern. Es sind die eingangs beschriebenen Feinzeichen des Regulations- und Belastungsverhaltens. Diese Verhaltenszeichen, wie beispielsweise Schreien, Atmung, Mimik, Hautfarbe oder Koordination der Motorik ebenso wie Zeichen von Wachsamkeit, Abwehrverhalten oder Erschöpfung, lassen sich in Verhaltensbeobachtung übersetzen.

Gelingende und weniger gelingende Interaktionen bestimmen sich aus dem Verhalten beider Partner, Kind und Bindungsperson. Dies ist das Konzept der Passung.

Ziel der Beratung ist neben der Vermittlung allgemeinen entwicklungspsychologischen Wissens über Säuglinge und Kleinkinder auch, die jeweils unterschiedlichen individuellen Fähigkeiten des Kindes zu betonen. Besonders wichtig ist es zudem, die Sicherheit und das Selbstwertgefühl der Eltern zu stärken. Ein positives Selbstwertgefühl gilt als entscheidende Voraussetzung, die Perspektive des eigenen Kindes zu berücksichtigen und feinfühlig mit ihm umzugehen. Für den Austausch mit den Eltern über den Entwicklungsprozess des Kindes geht es um Information und Lösungsfindung, um gemeinsam Wege der bestmöglichen Förderung zu entwickeln.

Die Durchführung der Beratung erfolgt in Anwesenheit des Säuglings. Beschreibende Beobachtung, die auf kurzen alltagsbezogenen Videoszenen von Eltern-Kind-Interaktionen aufbaut, ist Grundlage der Beratung. Diese ist ressourcenorientiert und nicht wertend. Wir haben uns entschieden, lösungsorientierte Techniken zu vermitteln. Lösungsorientierte Techniken haben sich aufgrund der Haltung der Professionellen gegenüber den zu Beratenden und aufgrund ihrer pragmatischen Ausrichtung bewährt. Sie beruhen auf konsequenter Wertschätzung, klaren Handlungs- und sprachlichen Vorgaben und sind effizient (Sickendiek, Engel, Nestmann 1999). Mit ihrer Nähe zur

konkreten Lebensrealität entsprechen diese Techniken damit wesentlichen Anforderungen sozialpädagogischer Beratung (Thiersch 1989).

Dabei wird primär die Perspektive des Kindes beschrieben und elterliches Verhalten darauf bezogen. Es werden grundsätzlich positive Video-Interaktionen einbezogen und negativen vorangestellt. Positives elterliches Verhalten wird in der folgenden Beratung an einem kurzen Videobeispiel thematisiert und mit den kindlichen Ansätzen von Selbstregulation und Ansprechbarkeit verknüpft. Dabei wird die Regulationskompetenz und Ansprechbarkeit des Säuglings als Folge des adäquaten und feinfühlig-mütterlichen Verhaltens interpretiert.

4. 2. Entwicklungspsychologische Weiterbildung für die Entwicklungspsychologische Beratung

Um Fachkräfte der Jugendhilfe für Entwicklungspsychologische Beratung in ihrem jeweiligen Arbeitsfeld zu qualifizieren, wurde ein Curriculum entwicklungspsychologischer Weiterbildung entwickelt. Die Weiterbildung wird, berufsbegleitend und zertifiziert, in insgesamt 16 Tagen, in vier Zeitblöcken und über eine Gesamtzeit von etwa neun bis zwölf Monaten vermittelt. Die Entwicklung und Erprobung der entwicklungspsychologischen Weiterbildung wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie von sechs weiteren Bundesländern gefördert (Ziegenhain, Fries, Bütow, Derksen, Vogel, Fegert 2002).

Das Weiterbildungscurriculum basiert auf einem detaillierten Programm der relevanten Inhalte und Kurselemente, die der Entwicklungspsychologischen Beratung unterliegen. Dabei basiert die Vermittlung der Inhalte auf unterschiedlichen Methoden und Materialien. Dazu gehört ein Buch, in dem die relevanten Inhalte zusammengefasst sind, die in der Weiterbildung vermittelt werden (Ziegenhain, Fries, Bütow, Derksen, im Druck). Diese beziehen sich auf entwicklungspsychologische Grundlagen, wie sie sowohl für die Seite des Kindes als auch für die Seite der Eltern aus der Säuglings- und der Bindungsforschung abgeleitet werden sowie auf entwicklungspsychopathologische Grundlagen. Diese letztgenannten Störungsbilder zeigen sich insbesondere in Regulations- und Bindungsstörungen. Vermittelt werden außerdem die Methoden der Entwicklungspsychologischen Beratung ebenso wie administrative und rechtliche Aspekte als Grundlage interdisziplinärer Kooperation in der Kinder- und Jugendhilfe – **siehe Abbildung 1.**

Das Curriculum beinhaltet zudem kommentierte Videolehrfilme über Regulations- und Belastungsverhalten von Säuglingen, über individuell unterschiedliche Bindungsstrategien bei Kleinkindern und über die Elemente der Entwicklungspsychologischen Beratung. Hinzu kommen diverse Materialschnitte über Eltern-Kind-Interaktionen. Darüber hinaus umfasst das Curriculum didaktische Materialien, Anleitungen zu Rollenspielen oder Arbeitsblättern.

In der Weiterbildung selber ist das Einüben differenzierter Verhaltensbeobachtung mit Hilfe von Videobeispielen zentral. Relevante entwicklungspsychologische Beobach-

Struktur der Kurselemente

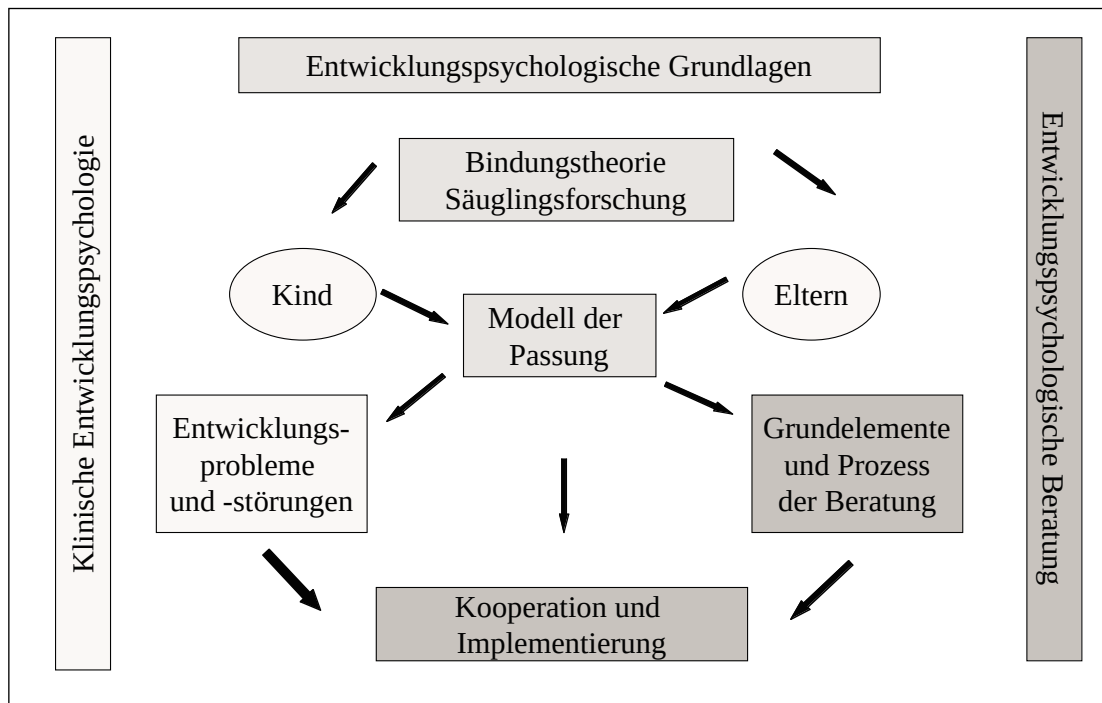


Abbildung 1

© Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

tungskategorien werden vermittelt, differenziertes Beobachten wird eingeübt und auf einer beschreibenden Ebene in Worte gefasst. Es wird trainiert, Gesehenes konzeptuell zu begründen und Interaktionsdynamiken zu interpretieren. Dabei ist außerdem die in der Weiterbildung vermittelte ressourcenorientierte Haltung ein wichtiges Modell für den Umgang mit Kindern und Eltern.

Die Weiterbildungsgruppen bestehen aus 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Bewährt hat sich eine interdisziplinäre Zusammensetzung der Gruppen. Zwischen den mehrtägigen Kursen einer Weiterbildung führen die Teilnehmer videogestützte Beratungen in ihrem Praxisfeld durch und dokumentieren diese. Die Beratungen werden supervidiert und zwar sowohl individuell als auch in der Gruppe. Die Dokumentation von insgesamt drei Beratungen, schriftlich und als Videoverlauf, ist Grundlage des abschließenden Zertifikats.

4. 3. Implementierung

Neben der Weiterbildung liegt ein weiterer wichtiger Schwerpunkt des Projektes darin, Wege einer nachhaltigen Implementierung des Bausteins „Entwicklungspsychologische Beratung“ in die Hilfestrukturen der Jugendhilfepraxis nachzuvollziehen beziehungsweise zu erarbeiten. Dabei ist die interdisziplinäre Zusammensetzung des Projektes mit Barbara Bütow als Jugendhilfe-Expertin und den anderen Kollegen mit entwicklungspsychologisch-klinischer Ausbildung ein unersetzlicher Vorteil, ebenso wie unsere Steuerungsgruppe von Experten aus unterschiedlichen Feldern der Kinder- und

Jugendhilfe, die uns seit Projektbeginn über das Thema „Implementierung“ beraten und mit uns diskutieren.

Diese Initiative verdanken wir dem Bundesministerium und dem Anliegen einer konsequenten Kooperation mit der Jugendhilfepraxis. Aus diesem Anliegen entstand außerdem die konstruktive Zusammenarbeit mit den beteiligten Bundesländern Bayern, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Thüringen. Diese Zusammenarbeit ist in jedem Bundesland jeweils auf der Ebene der obersten oder oberen Landesjugendbehörde und auf der Ebene eines Praxisfeldes verankert. Damit lassen sich die Möglichkeiten früher und präventiver Hilfen jeweils für die regional spezifische soziale Infrastruktur realistisch abklären.

Derzeit liegen keine systematisch etablierten Hilfestrukturen und Finanzierungsmodelle vor. Klar ist, dass diese jeweils spezifisch an die Bedingungen in den jeweiligen Regionen und Ländern angepasst werden müssen. Mit der Verschränkung eines gleichzeitigen Herangehens von Top-Down- und Bottom-Up in jedem Land lassen sich sowohl rechtliche und administrative Bedingungen als auch die praktische Machbarkeit diskutieren und einschätzen.

Wichtiges Anliegen ist außerdem eine interdisziplinäre Einbindung des Beratungsbausteins. Diese wird bereits in der Weiterbildung vorbereitet und es werden Kenntnisse über Strukturen anderer relevanter Hilfesysteme sowie deren Kompetenzen und Zuständigkeiten vermittelt. Voraussetzung dafür ist es, die jeweiligen eigenen fachlichen Kompetenzen und (Be-)Handlungsmöglichkeiten zu kennen. Dazu gehört, dass die Grenzen der eigenen professionellen Zuständigkeiten beziehungsweise des Beginns der Zuständigkeiten anderer Disziplinen abgesteckt und akzeptiert sind. Damit verbinden wir ein Stück Qualitätssicherung. Die Anbindung an bestehende Netzwerke und eine gute Kooperation mit anderen Disziplinen dürfte eine realistischere und qualitativ bessere Hilfe für psychosozial belastete Familien mit Säuglingen sein als ein vorgeblicher „All-Round-Praktiker“.

Eine andere Form der Qualitätssicherung ist die der Wirksamkeitsüberprüfung, wie sie im Elften Kinder- und Jugendbericht ausdrücklich gefordert wird. Mit Förderung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen und in Kooperation mit dem Bayerischen Landesjugendamt überprüfen wir derzeit in einem Folgeprojekt mit jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen, inwieweit sich bei dieser Hochrisikogruppe ihr feinfühliges Verhalten im Umgang mit dem Kind bei Entwicklungspsychologischer Beratung verbessert (Ziegenhain, Libal, Fegert 2002).

Zusammenfassend setzt die systematische Etablierung von praktikierbaren Modellen früher und präventiver Hilfen Kreativität und Kenntnisse in sozialrechtlichen und administrativen Strukturen der Jugendhilfe voraus. Die Umsetzung ist stark abhängig vom Engagement und der Kompetenz Einzelner, sei es auf der Entscheidungsebene in Ministerien oder bei Trägern oder auf der Angebotsebene bei Beratern. Aber Engagement allein reicht nicht aus, zumindest nicht in einer Phase von Neuentwicklung und Neustrukturierung von Modellen und Netzwerken. Dafür sind klare Arbeitsauf-

träge und zusätzliche personale Investition für eine zeitlich begrenzte Federführung notwendig.

Der Säuglings- und Kleinkindbereich bietet mit seinen gegebenen Bedingungen eines interdisziplinär angelegten Vorgehens eine große Chance für die Jugendhilfe, die vorhandenen gesetzlichen und administrativen Rahmenbedingungen flexibel auszuschöpfen und systematisch zu koordinieren. Es wäre wünschenswert, wenn sich in diesem relativ neuen Bereich interdisziplinäre und offene Strukturen entwickeln und sich Standards etablieren würden, die die fachliche Seriosität und Kompetenz der Beratung und Therapie im Säuglings- und Kleinkindalter sichern, ohne dabei aber die Vielfalt und die Anforderungen an Flexibilität in der Praxis zu verhindern.

Gegenwärtig wird fach- und berufspolitisch diskutiert, spezifische und fachliche Zuständigkeiten für die Beratung und Therapie im Säuglings- und Kleinkindalter zu entwickeln. Diese Bestrebung birgt allerdings die nicht unerhebliche Gefahr, ein „Schmalspurprofil“ der Beratung und Therapie von Säuglingen und Kleinkindern zu entwickeln (Auhagen 2001). Diese Gefahr besteht insbesondere für die Arbeit mit psychosozial belasteten Familien, für die die Koordinierung und Verknüpfung unterschiedlicher und interdisziplinär angelegter Hilfen unabdingbar ist. Es ist noch offen, ob der neue Säuglings- und Kleinkindbereich sich berufspolitisch abgrenzt beziehungsweise „verschult“ wird oder aber interdisziplinäre und offene Strukturen entwickelt. Der letztgenannte Entwicklungsgang wäre wünschenswert. Dies aber setzt die Entwicklung professioneller Standards voraus, die die fachliche Seriosität und Kompetenz der Beratung und Therapie im Säuglings- und Kleinkindalter sichern, ohne dabei aber die Vielfalt und die Anforderungen an Flexibilität in der Praxis zu verhindern (Downing, Ziegenhain 2001).

Literatur

Ainsworth, M. D. S.; Bell, S. M.; Stayton, D. J.: Infant-mother attachment and social development: “Socialization” as a product of reciprocal responsiveness to signals, In: Richards P. M. (Ed.): The integration of a child into a social world, London: Cambridge University Press (1974), S. 99-135

Brazelton, B. T.: Touchpoints, York New: Guilford (1992)

Auhagen, A. E.: Profil ja, Schmalspur nein: Zur Gegenwart und Zukunft psychologischer Beratung, In: Ethik und Sozialwissenschaften, Opladen: Westdeutscher Verlag 12 (2001), Nr. 1, S. 4-6

Cicchetti, D., Toth, S. L.: A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect, In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Williams & Wilkins 34 (1995), S. 541-565

DeWolff, M. S.; Van Ijzendoorn, M. H.: Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment, In: Child Development, Chicago, Ill.: University of Chicago Press 68 (1997), S. 571-591

Downing, G.; Ziegenhain, U.: Besonderheiten der Beratung und Therapie bei jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen. Die Bedeutung von Bindungstheorie und videogestützter Intervention, In: Suess, G. J.; Scheuerer-Engelsch H; Pfeifer, W. K. (Hrsg.): Bindungstheorie und Familiendynamik. Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie, Gießen: Psychosozial (2001), S. 271-295

- Fegert, J. M.: Frühe Traumatisierung durch Misshandlung und sexuellen Missbrauch. Vortrag auf dem XXVII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 3. bis 6. April 2002, Berlin (2002 a)
- Fegert, J. M.: Bedürfnis nach Versorgung, Ernährung und Gesundheitsfürsorge, In: Salgo, L.; Zenz, G.; Fegert, J. M.; Bauer, A.; Weber C.; Zitelmann, M. (Hrsg.): Verfahrenspflegschaft für Kinder und Jugendliche. Ein Handbuch für die Praxis, Köln: Bundesanzeiger (2002 b), S. 152-159
- Fonagy, P.: Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy, In: *Infant Mental Health Journal*, New York: Wiley 19 (1996), S. 124-150
- Grossmann, K. E.; Grossmann, K.; Zimmermann, P.: A wider view of attachment and exploration: Stability and change during the years of immaturity, In: Cassidy J.; Shaver P. R. (Eds.): *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*, New York: Guilford (1999), S. 760-786
- Gunnar, M. R.; Broderson, L.; Nachmias, M.; Buss, K.; Rigatuso, J.: Stress reactivity and attachment security, In: *Developmental Psychobiology*, Indianapolis IN: Wiley Periodicals 29 (1996), S. 191-204
- Knudsen, E. I.: Early experience and critical periods, In: *Developmental Psychology*, Washington DC: APA 36 (1999), S. 398-408
- Krappmann, L.: Bindungsforschung und Kinder- und Jugendhilfe – Was haben sie einander zu bieten? In: *Neue Praxis*, Neuwied: Luchterhand 31 (2001), Nr. 4, S. 338-346
- Nachmias, M.; Gunnar, M. R.; Mangelsdorf, S.; Parritz, R. H.; Buss, K.: Behavioral inhibition and stress activity. The moderating role of attachment security, In: *Child Development*, Chicago, Ill.: University of Chicago Press 67 (1996); S. 508-522, Basic Books
- Rauh, H.; Ziegenhain, U.: Nonverbale Kommunikation, In: Wessel K. F.; Naumann F. (Hrsg.): *Kommunikation und Humanontogenese. Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie und Humanontogenetik*, Bielefeld: Kleine (1994), S. 172-218
- Papoušek, Mechthild: Störungen des Säuglingsalters, In: Esser, G. (Hrsg.): *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, Stuttgart: Thieme (2002), S. 80-101
- Sameroff, A. J.; Emde, R. N.: *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*, New York (1989)
- Sickendiek, U.; Engel, F.; Nestmann, F.: *Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*, Weinheim: Juventa (1999)
- Sigel, I. E.: Practice and research: A problem in developing communication and cooperation, In: Sigel I. E.; Renninger, K. A. (Hrsg.): *Handbook of child psychology*, Bd. 4, New York: John Wiley & Sons (1998), S. 1113-1132
- Spangler, G.; Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants, In: *Child Development*, Chicago, Ill.: University of Chicago Press 64 (1993), S. 1434-1450
- Sroufe, L. A.: *Emotional development. The organization of emotional life in the early years*, Cambridge: Cambridge University Press (1996)
- Sroufe, L. A.; Rutter, M.: The domain of developmental psychopathology, In: *Child Development*, Chicago, Ill.: University of Chicago Press 55 (1984), S. 17-29

Stern, D. N.: Die Mutterschaftskonstellation, Stuttgart: Klett-Cotta (1998)

Suess, G.; Grossmann, K. E.; Sroufe, L. A.: Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaptation in preschool: From dyadic to individual organization of self, In: International Journal of Behavioral Development, London, New York: Psychology Press 15 (1992), S. 43-65

Thiersch, H.: Homo consultabilis: Zur Moral institutionalisierter Beratung, In: Böllert K.; Otto H. U. (Hrsg.): Soziale Arbeit auf der Suche nach der Zukunft, Bielefeld: KT-Verlag (1989), S. 175-193

Van Ijzendoorn, M. H.; Juffer, F.; Duyvesteyn, M. G. C.: Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security, In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, Oxford UK: Blackwell 36 (1995), S. 225-248

Verschueren, K.; Marcoen, A.: Representation of self and socioemotional competence in Kindergartners: Differential and combined effects of attachment to mother and to father, Child Development, Chicago, Ill.: University of Chicago Press 70 (1999), S. 183-201

Weinfield, N. S.; Sroufe, L. A.; Egeland, B.; Carlson, E. A.: The nature of individual differences in infant-caregiver attachment, In: Cassidy J.; Shaver P. R. (Eds.): Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications, New York: Guilford (1999), S. 68-88

Ziegenhain, U.; Dreisörner, R.; Derksen, B.: Intervention bei jugendlichen Müttern, In: Suess, G.; Pfeifer W.-K. (Hrsg.): Frühe Impulse. Beiträge der Bindungstheorie für die Beratungspraxis, Stuttgart: Klett-Cotta (1999), S. 222-245

Ziegenhain, U.; Wijnroks, L.; Derksen, B.; Dreisörner, R.: Entwicklungspsychologische Beratung bei jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen: Chancen früher Förderung der Resilienz, In: Opp, G.; Fingerle M.; Freytag A. (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz, München: Ernst Reinhardt (1999), S. 142-165

Ziegenhain, U.; Fegert, J. M.: Diagnostik und Behandlung von Verhaltensproblemen im Kleinkindalter, In: Frank R.; Mangold B. (Hrsg.): Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen. Kooperationsmodelle zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stuttgart: Kohlhammer (2001), S. 27-41

Ziegenhain, U.; Fries, M.; Bütow, B.; Derksen, B.; Vogel, D.; Fegert, J. M.: Weiterbildungsprojekt „Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“. Kurzdarstellung, unveröffentlichtes Manuskript, Ulm: Universitätsklinikum (2002)

Ziegenhain, U.; Libal, E.; Fegert, J. M.: Evaluation entwicklungspsychologischer Beratung bei jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen. Antrag, unveröffentlichtes Manuskript, Ulm: Universitätsklinikum (2002)

Ziegenhain, U., Fries, M.; Bütow, B.; Derksen, B.: Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzept für die Jugendhilfe, Weinheim: Juventa (im Druck)

Frühe und sekundär-präventive Hilfen – Möglichkeiten und Grenzen der aktuellen Jugendhilfepolitik¹

MINISTERIALRAT PROF. DR. DR. H. C. REINHARD WIESNER

Leiter des Referates Kinder- und Jugendhilferecht

im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn/Berlin

Einleitende Bemerkungen

Tango tanzt man zu zweit, muss ihn zu zweit tanzen. Und das ist auch gerade das Faszinierende daran. Man tanzt ihn simultan, also gleichzeitig. Man kann auch gleichzeitig reden, nur dann versteht man nicht, was der andere sagt. Deshalb sprechen wir jetzt aus verschiedenen Blickwinkeln, aber sequenziell, nacheinander: über unser Tagungsthema.

Lassen Sie mich zu Beginn sagen, dass ich mich freue, dass das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Modellprojekt „Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“ in der Praxis so großen Anklang findet. Was kann besseres passieren, als dass Mittel aus dem Kinder- und Jugendplan des Bundes in der Kooperation mit verschiedenen Ländern so offensichtlich ihr Ziel erreichen, dass neue Entwicklungen angestoßen werden und neue Kooperationen entstehen. Es bleibt der Wunsch, dies möge nicht nur ein Strohfeuer sein, sondern dass das Projekt in Regelstrukturen vor Ort übergeführt und damit eine dauerhafte Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie begründet wird.

Möglichkeiten und Grenzen der aktuellen Jugendhilfepolitik

Wenn ich diesen Untertitel ganz wörtlich nehme, dann muss ich eingangs ernüchtert und ernüchternd feststellen, dass die aktuelle (Jugendhilfe-)Politik im Wesentlichen mit anderen Themen beschäftigt ist, als mit der Frage nach dem Ausbau und der Bedeutung früher und sekundär-präventiver Hilfen für Kinder. Sieht man sich die Gesetzgebungsaktivitäten der vergangenen Monate an, dann muss man den Eindruck gewinnen, dass Kinder- und Jugendhilfe fast nur noch als Kostenfaktor diskutiert wird.

Dies zeigt sich zum einen in dem von Bayern vorgelegten Gesetzentwurf zur Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe –, der inzwischen vom Bundesrat in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht worden ist. Unter Verweis auf Forderungen der Kommunen wird hier verlangt, das Kinder- und Jugendhilfegesetz auf den Prüfstand zu stellen. Als Ziel der Novellierung ist vorgesehen, insbesondere bei einigen kostenträchtigen Leistungen eine weitere Kostenbe-

¹ wesentliche Teile dieses Beitrages sind bereits unter gleichem Titel erschienen, In: Die Kinderkrankenschwester, Lübeck: Schmidt-Römhild 22 (2003), Nr. 12, S. 525-531

lastung der Kommunen zu vermeiden oder wenigstens deutlich einzudämmen. In der Einzelbegründung ist dann die Rede vom „teilweise zu beobachtenden überzogenen Anspruchsdenken“ und „deutlichen Mitnahmeeffekten“ (Deutscher Bundestag 2003).

Um die Kosten – oder genauer die Kostenverteilung – geht es auch bei der vor wenigen Wochen verabschiedeten Verordnung zu Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung). Nachdem sich die verschiedenen Kostenträger, insbesondere die Kommunalen Spitzenverbände als Vertreter der Träger der Sozialhilfe sowie die Krankenkassen nicht auf eine angemessene Kostenteilung bei der neuen Komplexleistung verständigen konnten, hat der Bund eine Rechtsverordnung erlassen. Mit dieser wird zwar versucht, die Leistungen voneinander abzugrenzen, aber die Teilung der Kosten bleibt weiterhin den Vereinbarungen der Rehabilitationsträger überlassen (Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung).

Vor diesem nicht gerade berauschenden Hintergrund muss man auch die Absicht der die Bundesregierung tragenden Parteien sehen, in dieser Legislaturperiode das vor allem in den alten Bundesländern unzureichende Angebot an Betreuungsplätzen für Kinder insbesondere im Alter unter drei Jahren und im Grundschulalter bedarfsgerecht auszubauen. Der Bund unterstützt die Länder nicht nur beim Ausbau der Ganztagschule im Rahmen des so genannten Vier-Milliarden-Euro-Programms. Er will darüber hinaus die Kommunen durch die Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe bei der Bundesanstalt für Arbeit dauerhaft entlasten, damit von den frei werdenden Mitteln jährlich 1,5 Milliarden Euro in den Ausbau der Tagesbetreuung für Kinder fließen. Nur wenn diese Bedingung erfüllt wird, ist an eine nachhaltige Verbesserung der insbesondere in den westlichen Bundesländern defizitären Versorgungssituation zu denken.

Ich möchte mich aber nicht auf die aktuelle Jugendhilfepolitik konzentrieren, sondern das Thema weiter fassen: Welche Möglichkeiten bietet das Kinder- und Jugendhilfegesetz, genauer das Achte Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – (SGB VIII) im Hinblick auf die Gewährung und Erbringung früher und sekundär-präventiver Hilfen für Kinder?

1. Der Perspektivenwechsel in der Kinder- und Jugendhilfe durch die Reform des Kinder- und Jugendhilfegesetzes

Mit dem Gesetz zur Neuordnung des Kinder- und Jugendhilferechts vom 26. Juni 1990 wurde das bis dahin geltende Jugendwohlfahrtsgesetz durch das Achte Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – (SGB VIII) abgelöst. Es ist in den neuen Bundesländern am 3. Oktober 1990, in den alten Bundesländern am 1. Januar 1991 in Kraft getreten. Die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe arbeitet nun bereits mehr als zwölf Jahre mit diesem neuen Gesetz, das inzwischen auch mehrfach novelliert worden ist.

Eines der Ziele dieses Gesetzes war es, ein neues, verändertes Verständnis von Kinder- und Jugendhilfe rechtlich abzusichern. Nach der Sichtweise des Jugendwohlfahrtsgesetzes wurde die Jugendhilfe erst tätig, wenn „das Kind in den Brunnen gefallen war“, wenn Kinder und Jugendliche verwahrlost waren oder ihre Eltern verloren hatten. Eine Jugendhilfe, die sich also auf den „Ernstfall“ konzentriert, war gezwungen, massiv zu intervenieren – in der Regel mit der Herausnahme des Kindes aus seinen sozialen Bezügen und seiner Unterbringung in Pflegefamilien und Heimen. Dieses Bild hat die Kinder- und Jugendhilfe über Jahrzehnte geprägt und ist bis heute in den Köpfen vieler Bürgerinnen und Bürger präsent.

An die Stelle einer (ausschließlich) reagierenden Kinder- und Jugendhilfe hat der Gesetzgeber nun ein neues Verständnis von Jugendhilfe gesetzt. Ihr Ziel ist die Förderung der Entwicklung des Kindes durch ein breites Spektrum von Angeboten und Hilfen in unterschiedlichen Lebenslagen und Erziehungssituationen. Mit ihrer Hilfe soll Problemen im Erziehungsprozess möglichst so frühzeitig begegnet werden, dass intervenierende Maßnahmen, die mit einer Trennung des Kindes von seinen Bezugspersonen und seiner vertrauten Umgebung verbunden sind, vermieden werden.

Da nach unserer Verfassung den Eltern die primäre Erziehungsverantwortung zukommt und staatliche Eingriffe in die elterliche Erziehungsverantwortung auf solche Fälle begrenzt sind, in denen das Wohl des Kindes gefährdet ist, ist es das erste Ziel einer präventiven Kinder- und Jugendhilfe, die elterliche Erziehungsverantwortung zu stärken und zu unterstützen, Eltern also erziehungskompetent zu machen.

Eine solche **Erziehungskompetenz** ist alles andere als selbstverständlich, sie wird insbesondere nicht automatisch durch die Vater- oder Mutterschaft erworben. In früheren Generationen wurden basale Kenntnisse von Generation zu Generation über die Mütter weitergegeben beziehungsweise es bestand ein schichtenspezifischer Konsens über Inhalte und Ziele der Erziehung. Lebten früher Familien in mehreren Generationen unter einem Dach oder doch nachbarschaftlich zusammen, so nimmt heute die Zahl von Single-Haushalten immer mehr zu. Es kommt zu einer Verinselung von Familien. Eltern fällt es zunehmend schwerer, den gestiegenen Anforderungen an Partnerschaft, Beruf und Kindererziehung gerecht zu werden. Gewissheiten über die eigene Rolle und über die Inhalte und Ziele von Erziehung von Kindern schwinden. Gleichzeitig haben Eltern selbst und vor allem die Gesellschaft hohe Ansprüche an die Bildung und Erziehung und so wächst der Druck von allen Seiten.

Mütter seien, so schreibt Elisabeth Beck-Gernsheim, von allen Seiten vom Gebot bestmöglicher Förderung umstellt und sie zitiert amerikanische Frauenzeitschriften, die Mütter mit folgenden Worten ein ständig schlechtes Gewissen einreden: „*Unstimulated time is a waist of babytime.*“¹

Allerdings ist diese Beobachtung schichtenspezifisch. So finden wir auf der einen Seite diejenigen Eltern (bei unserer klassischen Rollenverteilung sind es in der Regel die

¹ Beck-Gernsheim, Elisabeth: Das ganz normale Chaos der Liebe, Frankfurt/Main: Suhrkamp (1990), S. 172

Mütter), die in einer Art Erziehungswahn sich und anderen beweisen wollen, dass sie Supermütter sind. Auf der anderen Seite finden wir diejenigen Eltern, die – durch finanzielle Sorgen, durch Partnerschaftskonflikte belastet – Kinder vernachlässigen und misshandeln, Eltern, die ihren Kindern keine günstigen Startbedingungen für ein Leben in der globalen Wettbewerbsgesellschaft bieten können. Wir lesen von Kindern, die zu Hause nicht einmal mehr eine Grundversorgung erhalten und hungrig in der Schule ankommen – von fehlender emotionaler Zuwendung einmal ganz abgesehen.

Dementsprechend sieht das Achte Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) in den §§ 11 bis 41 ein breites Spektrum von allgemeinen Förderungsangeboten für alle Kinder, alle Jugendlichen beziehungsweise alle Familien vor, daneben auch spezifische Erziehungshilfen in unterschiedlichen Lebenslagen und Erziehungssituationen. Als Entwürfe für ein neues Kinder- und Jugendhilfegesetz vor 15 Jahren in der Fach- und politischen Öffentlichkeit diskutiert wurden, gab es weitreichende Forderungen für die Ausgestaltung eines neuen Gesetzes. Die Fassung, die der Gesetzgeber am Ende verabschiedet hatte, war – wie häufig in solchen Verfahren – nicht das Optimum, sondern ein Kompromiss zwischen dem fachpolitisch Wünschenswerten und dem finanziell Verkräftbaren.

Die finanzielle Belastung der öffentlichen Kassen, insbesondere der Kommunen, spielte schon immer eine entscheidende Rolle bei der Gesetzgebung im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe. Zwar ist es eine Binsenweisheit, dass nur das Geld ausgegeben werden kann, das dem Staat an Einnahmen zur Verfügung steht (wenn er sich nicht wieder erneut verschulden will). Die andere Frage ist aber, welche Prioritäten er bei seinen Ausgaben setzt. Hier gewinnt man den Eindruck, dass Kinder- und Jugendpolitik – und das ist keine Momentaufnahme, sondern gilt über das ganze vergangene Jahrhundert hinweg – nicht den Stellenwert hatte, der ihr gebührt. Im Augenblick wird das Thema noch brisanter, weil es vor dem Hintergrund knapper Kassen und der demographischen Entwicklung zu einem Verteilungskampf zwischen Jung und Alt kommt. Allgemeine Maßstäbe für die allseits beschworenen „Generationengerechtigkeit“ fehlen indes noch.

Bei den Beratungen zur Verabschiedung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes vor 15 Jahren war die finanzielle Lage der öffentlichen Haushalte wesentlich besser als heute. Dennoch galt es, die Kosten der gerade hergestellten Deutschen Einheit zu finanzieren, so dass unter diesem Blickwinkel die Mehrkosten durch ein neues Kinder- und Jugendhilfegesetz kritisch gesehen worden sind. Heute würde das Kinder- und Jugendhilfegesetz mit dem Inhalt, mit dem es vor 15 Jahren beraten und dann verabschiedet worden ist, wohl keine Mehrheit mehr im Bundestag erhalten.

2. Strukturelle Grenzen einer präventiven Kinder- und Jugendhilfe

Nicht nur im Hinblick auf die begrenzten finanziellen Möglichkeiten, auch unter strukturellen Aspekten wäre es naiv zu glauben, eine Kinder- und Jugendhilfe – wäre sie nur immer und überall präsent – könnte Fehlentwicklungen generell verhindern.

2. 1. Begrenzte Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Rahmenbedingungen der familialen Lebenssituation

Prävention ist heute zum Schlagwort geworden, hat eine hoch industrialisierte Gesellschaft doch den Anspruch, negative Entwicklungen von vornherein zu verhindern: Hunger, Krankheit, Straffälligkeit, Fehlentwicklung. So berechtigt die Formel „Vorbeugen ist besser als heilen“ auch ist, so wichtig ist es, sich andererseits auch der Grenzen von Prävention bewusst zu werden. Dabei wird auch deutlich, dass es Prävention an sich nicht geben kann, sondern der Begriff „Prävention“ immer in Bezug gesetzt werden muss zu einem (negativen) Tatbestand. Im Kontext einer präventiven Kinder- und Jugendhilfe ist also zunächst zu fragen: Was soll verhindert werden?

Verhindert werden können und sollen sicherlich nicht typische Eltern-Kind-Konflikte, wie sie zum Aufwachsen nun einmal gehören. Bei allem Interesse, durch (ausufernde) Präventionsstrategien möglichst alle negativen Entwicklungen bereits im Keim zu erstickern, muss immer auch bedacht werden, dass Entwicklung und Reifung nicht konfliktfrei verlaufen können, dass Kindern und Jugendlichen Gelegenheit gegeben werden muss, sich zu reiben, Frustrationserfahrungen zu machen und dabei neue Ansichten zu gewinnen. Es wäre verheerend, wenn wir alle Kinder und Jugendliche nur noch als potenziell kranke Menschen, als potenzielle Straftäter, als potenzielle Bettler etc. sehen würden und wir ihnen nicht (mehr) die Möglichkeit eröffnen würden, Erfahrungen – gute und schlechte – zu machen. Was soll also mit den Mitteln der Kinder- und Jugendhilfe verhindert werden? Das Kind soll bewahrt werden vor schweren Entwicklungsstörungen, vor traumatischen Verletzungen, vor einer Trennung von seinen Bezugspersonen.

Solche (Fehl-)Entwicklungen haben verschiedene Ursachen, die einander verstärken können. Auch Eltern sind hier nicht einfach nur als Täter, sondern weithin auch als Opfer zu sehen. Denn für eine gedeihliche Erziehung von Kindern bedarf es bestimmter Rahmenbedingungen, auf die die Kinder- und Jugendhilfe nur bedingt oder gar keinen Einfluss hat, wie insbesondere

- eine ausreichende materielle Grundlage für die Versorgung, konkret einen möglichst krisensicheren Job der Eltern beziehungsweise Elternteile – gerade in unserer augenblicklichen wirtschaftlichen Situation ein hohes Gut;
- eine angemessene Wohnung in einem Umfeld, das auch auf die spezifischen Bedürfnisse von Kindern Rücksicht nimmt;
- physische und psychische Stabilität der Eltern beziehungsweise die Fähigkeit der Balance zwischen der Verfolgung eigener Interessen und der Befriedigung der Bedürfnisse der Kinder.

2. 2. Die (mangelnde) Bereitschaft, frühe Hilfen in Anspruch zu nehmen

Kinder erziehen kann jede Person, so wird es uns allenthalben vermittelt. Bestätigt wird dieser Eindruck dadurch, dass die Erziehung eigener Kinder wohl die letzte Tä-

tigkeit ist, die nicht finanziell entgolten wird und auch die Personen, die als professionelle Erzieherinnen tätig sind, vergleichsweise schlecht verdienen. Deshalb fühlt sich auch jeder Stammtisch, jede Politikerin und jeder Politiker – unabhängig von seinem fachlichen Ressort – berufen, gute Ratschläge zu geben. Deshalb werden Mütter und Väter noch immer diskriminiert, wenn sie Rat und Hilfe bei der Erziehung suchen. Dies gilt verstärkt für Eltern aus anderen Kulturkreisen, wo es heute noch zum Teil als Schande gilt, Probleme aus der Großfamilie hinaus in die Öffentlichkeit zu tragen und sich an Beratungsstellen zu wenden.

So ist es vor allem ein methodisches Problem, frühzeitig an junge Eltern insbesondere solche in belastenden Lebenssituationen heranzukommen, ohne ihnen Hilfe aufzudrängen und ohne sie zu entmündigen. Dabei sind dem Staat auch Grenzen gesetzt. Er hat die Privatsphäre der Familie zu achten und hat keine Befugnis zu regelmäßigen Hausbesuchen, wenn es nicht bereits Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung gibt.

Umso wichtiger sind niederschwellige Angebote, die Möglichkeit der Kontaktaufnahme auf „neutralem Gelände“, die Kooperation mit Kinderärzten und Kinderkrankenschwestern, die Schaffung von materiellen Anreizen, um Eltern zu motivieren, Beratung in Anspruch zu nehmen.

2. 3. Der Kostendruck in den Kommunen

Schon der Gesetzgeber des KJHG konnte – wie eingangs dargestellt – nicht alle selbst gesteckten beziehungsweise von der Fachwelt aufgestellten Ziele verwirklichen. Auch die durchaus berechtigte Erwartung, durch den Ausbau ambulanter familienunterstützender Hilfen könnte das Niveau kostenintensiver stationärer Hilfen dauerhaft gesenkt werden, hat sich nicht erfüllt. Dabei muss allerdings offen bleiben, ob nicht in den vergangenen Jahren auch die Risiken und Belastungen für Kinder zugenommen haben, das heißt, ob nicht die Fremdunterbringungsquote noch viel höher wäre, wenn es nicht einen massiven Ausbau verschiedener Formen ambulanter Hilfen gegeben hätte (Fendrich, Pothmann 2003).

In allerletzter Zeit hat der Kostendruck in den Kommunen eine Dimension erreicht, die kaum noch Raum für fachliche Überlegungen lässt. So werden auch Jugendämter in den Kommunalverwaltungen mit der Forderung konfrontiert, in den nächsten Jahren Einsparungen von jeweils zehn, 20 oder noch mehr Prozent zu erbringen. Vor diesem Hintergrund sind viele präventive, familienunterstützende Projekte und Maßnahmen gefährdet. Denn der Rotstift wird immer zuerst bei präventiven Maßnahmen angesetzt; intensive Hilfen bleiben zwar nicht verschont, sind jedoch stärker geschützt, da die Folgen des Abbaus solcher Hilfen sich viel schneller öffentlich bemerkbar machen und sich für die politische Auseinandersetzung eignen. Schließlich kann kein Kind und kein Jugendlicher einer akuten Gefährdung ausgesetzt werden. Der Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe wird inzwischen durch die Garantenpflicht der in den Hilfeprozess involvierten Fachkräfte auch strafrechtlich akzentuiert (Merchel

2003). So plausibel es einerseits erscheint, dass frühe und präventive Hilfen auch und gerade unter Kostenaspekten sinnvoll sind, so schwer ist es aber, im Einzelfall nachzuweisen, welche späteren Folgen durch ein früheres Tätigwerden vermieden werden konnten.

3. Einzelne Hilfeangebote

Vorab sei darauf hingewiesen, dass die nachfolgend geschilderten Leistungen nur einen Ausschnitt des Hilfespektrums der Kinder- und Jugendhilfe darstellen und danach ausgesucht worden sind, ob sie in einem Zusammenhang mit einer frühzeitigen entwicklungspsychologischen Beratung von Eltern beziehungsweise Elternteilen zu sehen sind.

Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe werden von öffentlichen und freien Trägern, also von Jugendämtern, aber auch von Einrichtungen und Diensten nicht staatlicher Träger, wie den Kirchen, den Wohlfahrtsverbänden sowie von privat-gewerblichen Trägern erbracht. Je nach interner Vereinbarung mit dem Jugendamt können sie von den Hilfesuchenden unmittelbar in Anspruch genommen werden oder über eine Vermittlung seitens des Jugendamtes, das die Pflicht hat, Ratsuchende über das gesamte Angebot zu informieren.

3. 1. Familienbildung (§16 SGB VIII)

Unter der Generalüberschrift „Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie“ fasst das SGB VIII in § 16 die Familienbildung, die Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung der Entwicklung junger Menschen sowie die Familienfreizeit und Familienerholung zusammen. Diese Leistungen sollen dazu beitragen, dass Mütter, Väter und andere Erziehungsberechtigte ihre Erziehungsverantwortung besser wahrnehmen können.

Als Angebote der Familienbildung werden dabei solche beschrieben, *„die auf Bedürfnisse und Interessen sowie auf Erfahrungen von Familien in unterschiedlichen Lebenslagen und Erziehungssituationen eingehen, die Familie zur Mitarbeit in Erziehungseinrichtungen und den Formen der Selbst- und Nachbarschaftshilfe besser befähigen sowie junge Menschen auf Ehe, Partnerschaft und das Zusammenleben mit Kindern vorbereiten“* (§ 16 Abs. 2 Nr. 1 SGB VIII).

Eine unvoreingenommene Lektüre dieser Vorschrift hinterlässt den Eindruck, dass sie ein breites Spektrum von Hilfen ermöglicht. Dem juristisch versierten Leser wird jedoch gleichzeitig klar, dass hinter der wortreichen Formulierung keine konkrete Leistungspflicht besteht.

Ein Blick auf die jährliche Jugendhilfestatistik zeigt, dass diese Aufgabe angesichts ihres geringen rechtlichen Verbindlichkeitsgrades auch wenig öffentliche Mittel bindet.

So sind etwa im Jahre 2000 von insgesamt 36,1 Milliarden DM aus öffentlichen Mitteln für die Kinder- und Jugendhilfe nur etwa 94 Millionen DM für Leistungen nach § 16 SGB VIII ausgegeben worden (Statistisches Bundesamt).

Andererseits muss aus rechtlicher Sicht konstatiert werden, dass es schwierig ist, solche allgemeinen Angebote als individuelle Sozialleistungen mit Rechtsansprüchen auszugestalten. So handelt es sich bei der Familienbildung eben um ein allgemeines Angebot an Eltern (-teile), bei dem kein individueller erzieherischer Bedarf vorausgesetzt werden kann. Ebenso wenig wäre es sinnvoll, den Leistungsinhalt von vornherein auf eine spezifische Form der Beratung oder Maßnahme einzuschränken. Als Alternative bliebe die Möglichkeit, die Kommunen zu verpflichten, Geldmittel in bestimmter Höhe – bezogen etwa auf die Wohnbevölkerung – für diese Aufgabe einzusetzen, ein Verfahren, dass jedoch in einem Sozialleistungsgesetz des Bundes nicht praktiziert werden kann.

Immerhin ist es in einzelnen Ländern gelungen, die allgemeinen bundesrechtlichen Aussagen zur Förderung der Erziehung der Familie konkreter zu fassen beziehungsweise spezifische Eltern-Kind-Programme oder Elterntrainingsprogramme zu etablieren. Deren Förderung ist freilich vor dem Hintergrund der Situation öffentlicher Haushalte akut gefährdet. Zwar haben hochrangige Politiker von Bund und Ländern im Zusammenhang mit dem Massaker von Erfurt, aber auch in der Diskussion zur so genannten PISA-Studie immer wieder auf die Notwendigkeit verwiesen, die elterliche Erziehungskompetenz zu stärken. Leider haben alle diese Ereignisse ein kurzes Verfallsdatum und die Politik wendet sich schnell wieder aktuelleren Schlagzeilen zu.

3. 2. Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen (§§ 22 bis 26 SGB VIII)

Im Kontext früher, präventiver Hilfen ist auch die Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen zu nennen. Elemente dieser Förderung sind die Betreuung, Bildung und Erziehung des Kindes (§§ 22 bis 26 SGB VIII). Auch wenn die Tagesbetreuung ein allgemeines Förderungsangebot ist, das nicht an spezifischen Auffälligkeiten des Kindes ansetzt, so bietet sich doch dort die Chance, frühzeitig Entwicklungsrückstände und Verhaltensauffälligkeiten festzustellen und die Eltern bei der Inanspruchnahme spezifischer Hilfen zu beraten. Dies gilt insbesondere für die Altersgruppe der drei- bis sechsjährigen Kinder, die zu etwa 90 Prozent vom Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz Gebrauch macht.

3. 3. Frühförderung (§§ 30 und 55 SGB IX)

Unter Frühförderung versteht unsere Rechtsordnung ein Spektrum medizinischer, nicht ärztlicher sozialpädiatrischer, psychologischer, heilpädagogischer, sonderpädagogischer und psychosozialer Leistungen. Die Frühförderung ist Teil des Rehabilitationsrechts, setzt also eine (drohende) Behinderung voraus. Maßnahmen der Frühförderung beziehen sich in der Regel auf Kleinkinder bis zum Schuleintritt.

Die Realisierung des der Frühförderung zugrunde liegenden ganzheitlichen trägerübergreifenden Konzepts gestaltet sich in der Praxis äußerst schwierig, befürchten doch alle beteiligten Leistungsträger, jeweils im Verhältnis zu den anderen zu stark belastet zu werden. Die Kinder- und Jugendhilfe ist nur in wenigen Bundesländern an der Finanzierung der Frühförderung beteiligt. Zwar ist die Kinder- und Jugendhilfe wegen der engen Verknüpfung von Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und seelischer Behinderung für die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche zuständig (§ 35 a SGB VIII). Die meisten Bundesländer haben aber von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, die Frühförderung wegen der Schwierigkeit, im frühen Kindesalter eine seelische Störung festzustellen, nicht der Jugendhilfe zuzuordnen. Dies bedeutet, dass Sozialhilfe und Krankenkassen die Frühförderung finanzieren müssen. Es bleibt zu hoffen, dass die Kostenträger zu einer fairen Kostenteilung kommen.

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

Einrichtungen und sonstige Wohnformen für Schwangere und allein erziehende Mütter mit Kleinkindern sind in unserer Gesellschaft in mehrfacher Hinsicht bedeutsam: Es gibt Schwangere und Mütter mit schwer wiegenden persönlichen, familiären, sozialen und emotionalen Schwierigkeiten, die zu einem eigenverantwortlichen, selbständigen Leben gemeinsam mit dem Kind noch nicht in der Lage sind. Häufig fehlt ihnen in ihrer konkreten Notsituation die tragende Unterstützung einer eigenen Familie. Sie benötigen nicht selten über einen längeren Zeitraum den beschützenden Rahmen einer auf ihre individuelle Situation abgestimmten Hilfe in einer Einrichtung oder sonstigen Wohnform. Darüber hinaus sind Wohnformen zur Aufnahme Schwangerer ein wichtiges Instrument, um Schwangerschaftsabbrüche aus einer sozialen Notlage und die Aussetzung eines Kindes in einer so genannten Babyklappe vermeiden zu helfen.

Schwangere Frauen und Mütter haben unabhängig von ihrem Lebensalter Anspruch (Soll-Vorschrift) auf Unterbringung und Betreuung in einer geeigneten Wohnform, wenn und solange sie aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung dieser Form der Unterstützung bei der Pflege und Erziehung eines Kindes (unter sechs Jahren) bedürfen. Wie bei allen stationären Leistungen haben Elternteile und Kind aus ihrem Einkommen zu den Kosten der Leistung beizutragen.

3. 5. Erziehungsberatung (§ 28 SGB VIII)

Die Erziehungsberatung in Beratungsstellen öffentlicher und freier Träger gehört zu den klassischen Formen der ambulanten Hilfe zur Erziehung. Eines der Grundprinzipien der Erziehungsberatung ist ihre interdisziplinäre Arbeitsweise. Das Zusammenwirken verschiedener Fachkräfte, die mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen vertraut sind, ermöglicht einen differenzierten Zugang zur Situation der Ratsuchenden, gestattet die Einbeziehung unterschiedlicher Sichtweisen sowie die Auswahl der im Einzelfall geeigneten Methoden und Therapieformen aus einem großen fachlichen Repertoire. Die Inanspruchnahme der Erziehungsberatung ist seit Inkrafttreten des

Kinder- und Jugendhilfegesetzes im Jahre 1991 kontinuierlich gestiegen und hat sich bezogen auf die Zahl junger Menschen unter 21 Jahren in dem Gesamtzeitraum nahezu verdoppelt. Der stetige Anstieg der Beratungen kann als Indiz dafür gewertet werden, dass Eltern immer häufiger in Erziehungsfragen an ihre Grenzen stoßen und Hilfe benötigen. Der Erziehungsberatung ist lange Zeit zum Vorwurf gemacht worden, dass sie durch ihre Arbeitsweise (Komm-Struktur, Sprechstunden, Wartezeiten) Barrieren für Angehörige der Unterschicht aufbaue. Dieser Vorwurf erscheint jedoch nicht (mehr) gerechtfertigt. Neuere Untersuchungen zeigen, dass der Anteil von Unterschichtfamilien in Erziehungsberatungsstellen mindestens deren Grundrate in der Bevölkerung entspricht.

Freilich macht die Statistik auch deutlich, dass die größten Anteile auf die sechs- bis unter neunjährigen und die neun- bis zwölfjährigen Kinder und Jugendlichen entfallen. Hier werden Entwicklungsschwierigkeiten in der Grundschule beziehungsweise beim Übergang in weiterführende Schulen sichtbar. Erziehungsberatung ist wie alle anderen ambulanten Hilfen nach dem SGB VIII für die ratsuchenden Personen kostenfrei.

Seit drei Jahren bieten Fachkräfte der Erziehungs- und Familienberatung auch im **Internet Beratung** an. Die ersten Erfahrungen zeigen, dass das Medium Internet die Möglichkeit bietet, frühzeitiger als bisher zu intervenieren und bisher schwer ansprechbare Klientengruppen zu erreichen. Unterschieden werden E-Mail-Beratung, Einzelchat-Beratung, Gruppen-Chat, Themen-Chat und Diskussionsforen (Bundeskongferenz für Erziehungsberatung).

3. 6. Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31 SGB VIII)

Die sozialpädagogische Familienhilfe ist entstanden im Kontext des Reformdiskurses sozialer Arbeit zu Beginn der siebziger Jahre und zwar aus der Forderung, die Fremdplatzierung von Kindern zu reduzieren. Adressat des Hilfeangebotes sind nicht einzelne Familienmitglieder, sondern die Familie als Ganzes steht im Mittelpunkt der Hilfe. Zielgruppe sind sozial benachteiligte Familien, das heißt meist kinderreiche und einkommensschwache Familien, die mit verschiedenen Problemen belastet und oft bereits über Generationen hinweg sozial benachteiligt sind. Sozialpädagogische Familienhilfe wird überdurchschnittlich von allein erziehenden Elternteilen als Hilfe zur Erziehung in Anspruch genommen. Die Hilfe ist ganzheitlich angelegt und umfasst die Unterstützung im gesamten Familienalltag. Sie ist in der Regel auf längere Dauer angelegt und erfordert die Mitarbeit der Familie (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1999).

3. 7. Formlose Betreuung durch den Allgemeinen Sozialdienst (ASD)

Über diese gesetzlich geregelten Hilfeformen hinaus kennt die Praxis der Jugendhilfe auch weniger intensive Formen der Betreuung und Kontakte mit belasteten Familien, die meist unter dem Begriff „Formlose Betreuung“ durch den allgemeinen Sozial-

dienst zusammengefasst werden. Hier finden sich nahtlose Übergänge zwischen einzelfallbezogener Hilfe und Formen der Gemeinwesenarbeit.

4. Entwicklungspsychologische Beratung – ein weißer Fleck in der Jugendhilfe?

Als Zwischenfazit lässt sich festhalten: Das Achte Buch Sozialgesetzbuch sieht ein breites Spektrum präventiver Hilfen vor. Die Verfügbarkeit und die Qualität dieser Hilfen hängt jedoch in starkem Maße von den örtlichen Verhältnissen und der jeweiligen Angebotsstruktur ab und nicht zuletzt von der kommunalen Haushaltslage.

In den vergangenen Jahren hat sich in der Kinder- und Jugendhilfe der ressourcenorientierte Ansatz durchgesetzt. Auch wenn der Anlass für die Hilfe ein Bedarf, eine Notlage, ein Defizit ist, so lassen sich (fast immer) Faktoren identifizieren, an denen angeknüpft werden kann. Als eine wichtige Ressource und als Schutzfaktor in der sozialen Umgebung des Kindes wurde eine sichere und verlässliche Bindungsperson identifiziert. Dieser Befund hat zu Interventionsprojekten geführt, die den Beziehungsaufbau von jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen fördern (Ziegenhain 1999). Darauf aufbauend ist in den vergangenen Jahren ein Curriculum für die Weiterbildung von Fachkräften in der Kinder- und Jugendhilfe mit Mitteln aus dem Kinder- und Jugendplan des Bundes entwickelt worden (Ziegenhain 2003).

Entwicklungspsychologische Beratung gehört bisher nicht zum Standardrepertoire der Kinder- und Jugendhilfe. Sie ist zwar auf verschiedenen Rechtsgrundlagen möglich, andererseits existiert keine ausdrückliche Vorschrift, die diese Methodik dieser Beratung ausschließlich vorsieht oder gar fordert. Vor diesem Hintergrund dürfte der Einsatz dieser Beratungsmethodik in den einzelnen Regionen sehr unterschiedlich sein und nicht zuletzt von den vor Ort tätigen Akteuren abhängen. Ein Teil der aufgezählten Hilfearten ist zudem sehr hochschwellig angelegt, erreicht also junge Mütter (und ihre Kinder) erst zu einem sehr späten Zeitpunkt. Schließlich fungiert in den meisten dieser Hilfearten „Beratung“ nur als **ein** Baustein im umfassenderen Hilfeansatz.

4. 1. Der pädagogische Blick

Ein wesentlicher Grund dafür, dass entwicklungspsychologische Beratung nicht zum Standardrepertoire der Jugendhilfe vor Ort gehört, ist ihre starke sozialpädagogische Ausrichtung. Historisch bedingt ist die Kinder- und Jugendhilfe eine Domäne erzieherischer Berufe, angefangen von Erzieherinnen und Erziehern bis zu Diplomsozialarbeitern mit Hochschulabschluss. Die klassische Methode ist das Gespräch. Entwicklungspsychologische Kenntnisse werden in der Ausbildung nur ansatzweise vermittelt. Nur wenige Fachkräfte bilden sich in dieser Sparte spezifisch fort.

Institutionell gibt es auch keine ausreichende Kooperation mit der ambulanten und stationären Kinderkrankenpflege, allenfalls in den neuen Bundesländern ist die Tradition der Mütterberatung noch partiell erhalten geblieben.

4. 2. Zur Notwendigkeit der Weiterbildung in der Entwicklungspsychologie

Dieses Manko muss beseitigt werden. Um Schwierigkeiten in der Interaktion zwischen jungen Müttern und Säuglingen frühzeitig erkennen und deuten zu können, bedarf es spezifischer fachlicher Kompetenzen. Diese müssen von erzieherischen Fachkräften im Rahmen der Weiterbildung erworben werden. Diesem Ziel dient das bereits erwähnte Curriculum. Das große Interesse und die Akzeptanz, die dieses Konzept in der bundesweiten Praxis erfahren hat, zeigen, dass mit dieses Modellprojekt des Bundes seinem Ziel in besonderer Weise gerecht wird, nämlich Anstöße für eine fachliche Weiterentwicklung in der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland zu geben.

4. 3. Zur Zusammenarbeit mit den Einrichtungen und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Soziale Arbeit beziehungsweise Sozialpädagogik kann und muss ihre fachliche Kompetenzen immer wieder aktuellen Anforderungen anpassen. Sie kann aber andere Professionen ebenso wenig ersetzen, wie diese Aufgaben der Sozialarbeit und der Sozialpädagogik übernehmen können. Interessen und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen lassen sich nicht entlang der Abgrenzung der fachlichen Disziplinen oder der Zuständigkeiten der einzelnen Leistungs- und Kostenträger bearbeiten, sondern sie erfordern einen ganzheitlichen Ansatz. Dazu bedarf es einer engen Kooperation der verschiedenen Profession, allen voran mit den:

- Gesundheitsämtern und Gesundheitsdiensten,
- der stationären und ambulanten Kinderkrankenpflege,
- den praktizierenden Kinderärzten und
- den Ärztinnen und Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Leider unterstützt unser historisch gewachsenes, hoch differenziertes Sozialleistungssystem mit unterschiedlichen Finanzierungswegen und Kostenträgern diese Zusammenarbeit nicht gerade: Vorherrschend ist der betriebswirtschaftliche Blick, mit dem Ziel, die Kosten für den jeweiligen Träger, für die jeweilige Einrichtung zu senken, nicht die Frage nach dem volkswirtschaftlichen Nutzen. Dazu bedürfte es entweder eines radikalen Umbaus des Systems, wozu der Staat mit seinen verschiedenen Ebenen keine Kraft hat, oder aber wenigstens intelligenter Formen des Zusammenwirkens, um Barrieren zu überwinden und Synergieeffekte zu erzielen und auf diese Weise den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen möglichst optimal gerecht zu werden.

Immerhin gibt es in der Jugendhilfe eine Institution, die sich nach ihrem gesetzlichen Auftrag als Forum für alle Probleme von Kindern und Jugendlichen versteht, auch wenn sie diesem Auftrag nicht überall gerecht wird: der Jugendhilfeausschuss. Aktive kommunale Kinder- und Jugendpolitik sollte deshalb frühe Hilfen zu ihrem Thema machen und die unterschiedlichen Institutionen vor Ort miteinander vernetzen, kooperative Verfahren erproben und entsprechende Öffentlichkeitsarbeit betreiben.

5. Plädoyer für eine stärkere rechtliche Absicherung der entwicklungspsychologischen Beratung

Entwicklungspsychologische Beratung ist an vielen Stellen des gesetzlich geregelten Hilfekanons der Kinder- und Jugendhilfe „anschlussfähig“. Sie braucht aber einen eigenen Standort, damit ihr Einsatz nicht der Beliebigkeit beziehungsweise den fachlichen Präferenzen oder fiskalischen Zufällen anheim fällt. Als Regelungsstandort bieten sich zwei Alternativen im Achten Buch Sozialgesetzbuch an: Einmal der Bereich der Hilfen zur Erziehung, der in den §§ 27 bis 35 SGB VIII geregelt ist und dort ein breites Spektrum ambulanter, teilstationärer und stationärer Hilfeformen umfasst. Gegen diesen Standort spricht die Ausgestaltung der Hilfe zur Erziehung als individuelle Hilfe, die ein „Erziehungsdefizit“ voraussetzt und damit in der Praxis hochschwellig angesiedelt ist.

Alternativ in Betracht kommt daher eine gesetzliche Regelung der entwicklungspsychologischen Beratung im Kontext von Familienbildung und allgemeiner Familienberatung (§ 16). Eine Realisierung dieser Alternative sollte aber nur im Zusammenhang mit einer Überarbeitung der derzeitigen Regelung erfolgen, die die Vorschrift stringenter fasst und verschiedene Formen der allgemeinen Familienförderung – angefangen bei der allgemeinen Information in Erziehungsfragen über Beratung bis hin zu Formen des Elterntrainings – regelt.

Die Wirkung früher und sekundär-präventiver Hilfen für Kinder hängt von vielen Faktoren ab. Die Spezialisierung der Disziplinen und die Abschottung der einzelnen Leistungsträger ist nur einer von ihnen. Leider wird der kleinteilige Blick auf die jeweilige Arbeitseinheit durch die betriebswirtschaftliche Sichtweise, die sich epidemisch verbreitet, noch gefördert. Nur wenn es uns gelingt, vom Menschen, also vom Kind, seinen Ressourcen und seinen Bedürfnissen sowie denen seiner Bezugspersonen her zu denken und darauf bezogen interdisziplinär zusammenzuarbeiten, kann präventive Arbeit ihrem eigentlichen Auftrag gerecht werden. Dafür bleibt noch eine Menge zu tun.

Bei aller Weiterbildung, die beispielsweise auch für Juristinnen und Juristen notwendig ist, möchte ich abschließend noch hervorheben, dass Sozialpädagogik nicht alles kann. Sie kann und will andere Professionen nicht ersetzen. Deshalb ist es aus verschiedenen Gründen von zentraler Bedeutung, dass die verschiedenen Disziplinen zusammenarbeiten, innerhalb der Jugendhilfe, aber natürlich auch über die Kinder- und Jugendhilfe hinaus, also die Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Wir brauchen vor Ort Strukturen und Formen der Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft, allen voran mit den Kinderärzten. Ob es dafür schon Modelle gibt, weiß ich nicht genau. Das wird auch nicht nur im Rahmen der Jugendhilfe oder des Jugendhilfeausschusses möglich sein. Ich meine, die Impulse dafür sollten von den Jugendämtern ausgehen. Das muss im Wesentlichen vor Ort mit den dort tätigen Fachkräften geschehen und weniger von oben implantiert werden.

Der Tango ist dafür bekannt, dass er einerseits besonders schwierig ist, weil er besondere Herausforderungen enthält, dass er aber andererseits besonders reizvoll ist. Ich

meine, wenn wir das auf die Vorstellungen von Kooperation übertragen, dann hoffe ich, dass diese Kooperation nicht nur schwierig ist – das ist sie sicherlich auch. Ich stelle mir vor, dass diese angestrebte Zusammenarbeit am Ende auch reizvoll ist und dass in der praktischen Zusammenarbeit auch positive Erfolge möglich werden.

Literatur

Beck-Gernsheim, Elisabeth: Das ganz normale Chaos der Liebe, Frankfurt/Main: Suhrkamp (1990)

Bundeskongress für Erziehungsberatung: Internetportal der Erziehungs- und Familienberatung, Informationen für Erziehungsberatungsstellen, Fürth (2002), Nr. 3, S. 36-37

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Deutsches Jugendinstitut e. V. (Hrsg.): Handbuch Sozialpädagogische Familienhilfe, 4. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer (1999)

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung: Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung) vom 24. Juni 2003

Deutscher Bundestag: Gesetzentwurf des Bundesrates, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Sozialgesetzbuches – Achtes Buch – (SGB VIII), Bundestagsdrucksache 15/1406 vom 9. Juli 2003

Fendrich, Sandra; Pothmann, Jens: Fremdunterbringung zwischen empirischen Gewissheiten und weiterem Forschungsbedarf, In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Heymanns 90 (2003), Nr. 6 S. 205-219 und Nr. 7, S. 270-278

Merchel, Joachim: Der Umgang mit der Garantenstellung des Jugendamts und die Regeln der fachlichen Kunst: Verfahrensanforderungen und offene Fragen, In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Heymanns 90 (2003), Nr. 7, S. 249-257

Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 6. 4. Ausgaben und Einnahmen der öffentlichen Jugendhilfe 2000, Stuttgart (2002)

Ziegenhain, Ute: Prävention im frühen Kindesalter: Pädagogische und entwicklungspsychologische Einflussfaktoren, In: Hilfen von Anfang an – Unterstützung von Familien als interdisziplinäre Aufgabe. Dokumentation der Fachtagung am 23. und 24. April 1999 in Bogensee bei Berlin, Berlin: Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (1999), S. 9-19 (Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 19)

Ziegenhain, Ute; Derksen, Bärbel; Dreisörner, Ruth: Jugendliche Mütter und ihre Säuglinge, In: Fegert, Jörg M.; Ziegenhain, Ute: Hilfen für Alleinerziehende, Weinheim: Juventa (2003), S. 194-207

Anhang

Auszüge aus dem Achten Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – SGB VIII

§ 1 Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe

(1) Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.

(2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.

(3) Jugendhilfe soll zur Verwirklichung des Rechts nach Absatz 1 insbesondere

- 1. junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,*
- 2. Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen,*
- 3. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen,*
- 4. dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.*

§ 16 Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie

(1) Müttern, Vätern, anderen Erziehungsberechtigten und jungen Menschen sollen Leistungen der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie angeboten werden. Sie sollen dazu beitragen, dass Mütter, Väter und andere Erziehungsberechtigte ihre Erziehungsverantwortung besser wahrnehmen können.

(2) Leistungen zur Förderung der Erziehung in der Familie sind insbesondere

- 1. Angebote der Familienbildung, die auf Bedürfnisse und Interessen sowie auf Erfahrungen von Familien in unterschiedlichen Lebenslagen und Erziehungssituationen eingehen, die Familie zur Mitarbeit in Erziehungseinrichtungen und in Formen der Selbst- und Nachbarschaftshilfe besser befähigen sowie junge Menschen auf Ehe, Partnerschaft und das Zusammenleben mit Kindern vorbereiten,*
- 2. Angebote der Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung junger Menschen,*
- 3. Angebote der Familienfreizeit und der Familienerholung, insbesondere in belastenden Familiensituationen, die bei Bedarf die erzieherische Betreuung der Kinder einschließen.*

(3) Das Nähere über Inhalt und Umfang der Aufgaben regelt das Landesrecht.

§ 19 Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder

(1) Mütter oder Väter, die allein für ein Kind unter sechs Jahren zu sorgen haben, sollen gemeinsam mit dem Kind in einer geeigneten Wohnform betreut werden, wenn und solange sie aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung dieser Form der Unterstüt-

zung bei der Pflege und Erziehung des Kindes bedürfen. Die Betreuung schließt auch ältere Geschwister ein, sofern die Mutter oder der Vater für sie allein zu sorgen hat. Eine schwangere Frau kann auch vor der Geburt des Kindes in der Wohnform betreut werden.

(2) Während dieser Zeit soll darauf hingewirkt werden, dass die Mutter oder der Vater eine schulische oder berufliche Ausbildung beginnt oder fortführt und eine Berufstätigkeit aufnimmt.

(3) Die Leistung soll auch den notwendigen Unterhalt der betreuten Personen sowie die Krankenhilfe nach Maßgabe von § 40 umfassen.

§ 27 Hilfe zur Erziehung

(1) Ein Personensorgeberechtigter hat bei der Erziehung eines Kindes oder eines Jugendlichen Anspruch auf Hilfe (Hilfe zur Erziehung), wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist.

(2) Hilfe zur Erziehung wird insbesondere nach Maßgabe der §§ 28 bis 35 gewährt. Art und Umfang der Hilfe richten sich nach dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall; dabei soll das engere soziale Umfeld des Kindes oder des Jugendlichen einbezogen werden.

(3) Hilfe zur Erziehung umfasst insbesondere die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen. Sie soll bei Bedarf Ausbildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen im Sinne von § 13 Abs. 2 einschließen.

§ 28 Erziehungsberatung

Erziehungsberatungsstellen und andere Beratungsdienste und -einrichtungen sollen 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. Dabei sollen Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen zusammenwirken, die mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen vertraut sind.

§ 31 Sozialpädagogische Familienhilfe

Sozialpädagogische Familienhilfe soll durch intensive Betreuung und Begleitung Familien in ihren Erziehungsaufgaben, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, bei der Lösung von Konflikten und Krisen sowie im Kontakt mit Ämtern und Institutionen unterstützen und Hilfe zur Selbsthilfe geben. Sie ist in der Regel auf längere Dauer angelegt und erfordert die Mitarbeit der Familie.

Warum Hilfen für Säuglinge und Kleinkinder rechtzeitig und kindspezifisch sein müssen

PROF. DR. HELLGARD RAUH

*Leiterin der Abteilung Entwicklungspsychologie
des Instituts für Psychologie der Universität Potsdam*

1. Einleitende Bemerkungen

Die Frage zu beantworten, warum Hilfen für Säuglinge und Kleinkinder rechtzeitig und kindspezifisch sein müssen, stellt eine schwierige Aufgabe dar. Gern würde ich hierzu gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse präsentieren, etwa zu sensiblen Phasen in der Entwicklung von Kindern, um dann über erfolgreiche Projekte zur gezielten Frühförderung und Interventionen zu berichten, und dies möglichst aus dem eigenen Lande. Dies ist aber leider nicht möglich. Zeitlich begrenzte „sensible Phasen“ für entwicklungsnotwendige Erfahrungen wurden für den Menschen bislang nur für sehr begrenzte Grundfähigkeiten (etwa die Sehfähigkeit) gefunden; der sich entwickelnde Mensch ist glücklicherweise über lange Zeitstrecken durch Erfahrung formbar. Auch mit Erfolgsmeldungen zu Frühförderung und Frühintervention ist man im Verlaufe der Jahre bescheidener und realistischer, aber auch differenzierter geworden. Selbst minimalen wissenschaftlichen Ansprüchen genügende Projekte aus dem deutschsprachigen Raum sind sehr selten; für die Argumentation müssen daher Erfahrungen aus dem Ausland, besonders aus den USA, herangezogen werden.

Die im Titel aufgestellte Behauptung, die so einleuchtend klingt, muss ich daher in Teilfragen auflösen und differenzieren. Im ersten Abschnitt werde ich daher einen gerafften Überblick über die Wirkungsforschung zu bisherigen kompensatorischen Programmen der Frühintervention geben und zwar aus überwiegend amerikanischer Forschungsliteratur.

Im zweiten Abschnitt meines Beitrages werde ich anhand eigener Forschungsergebnisse aufzuzeigen versuchen, dass sich sowohl die Eltern als auch das Kind im ersten Lebensjahr verändern und damit auch das Zusammenspiel beider. Hilfen gleich zu Beginn der Interaktion können sicherlich mancher Fehlentwicklung vorbeugen, stellen aber keine „Impfung“ gegen spätere Fehler und Probleme dar. Es ist daher bedeutsam, das sich entwickelnde Zusammenspiel langfristig zu beobachten, um dann gegebenenfalls „rechtzeitig“, gezielt und dosiert eingreifen zu können.

Schaffer, ein Kinderarzt und Psychologe in Schottland – übrigens gebürtig in Berlin – sprach von der Eltern-Kind-Interaktion als einem „Tanz“, einem aufeinander abgestimmten Miteinander zweier Partner. Insofern sollte jegliche Hilfe nicht nur kindspezifisch und rechtzeitig, sondern sogar dyadenspezifisch sein.

Im dritten Teil meines Beitrages werde ich, ebenfalls auf der Basis eigener Forschungsergebnisse, Anhaltspunkte dafür geben, dass die Art und die Qualität des Zu-

sammenspiels beider Partner sich früh ausbilden und langfristige Entwicklungsfolgen haben können, auch bei behinderten Kindern.

2. Ergebnisse der pädagogischen und sozialen Frühförderung aus den USA

John F. Kennedy hatte als Präsident der USA den Kampf gegen die Armut zur nationalen Aufgabe erhoben. Der Sputnik-Schock, das heißt der technologische Vorsprung der Sowjetunion in der Raumfahrt, hatte das amerikanische Schulsystem auf den Prüfstand gestellt, ähnlich wie der PISA-Schock derzeit in Deutschland. Entwicklungspsychologische Theorien und Befunde hatten nahegelegt, dass Kinder bereits im Vorschulalter bildungsmäßig in einer Weise geprägt werden, die ihre spätere Schulkarriere wesentlich beeinflusst. Man hielt es daher für sinnvoller und ökonomischer, beim Kampf gegen mangelnde Bildung und Armut sowie daraus folgender Sozialhilfeabhängigkeit vor allem in die Kindergeneration zu investieren und über die neue Generation den Armutszirkel zu durchbrechen. In den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts wurden daher große und kleinere Programme zur Frühintervention entwickelt. Sie richteten sich an die Eltern, besonders die Mütter, kleiner Kinder und zielten auf die Erhöhung der Elternkompetenz, aber auch auf die Verbesserung der Lebenssituation der Eltern.

Andere Programme konzentrierten sich auf die Kinder selbst, sei es – über Hausbesuche – in den Familien, sei es in pädagogischen Kindereinrichtungen wie Kindergarten und Krippe. Weitere Programme kombinierten beide Ansätze. Die meisten wurden aus den bisherigen pädagogischen Erfahrungen weiterentwickelt, einige aber auch an spezifischen entwicklungspsychologischen Theorien ausgerichtet. Das umfangreichste Förderprogramm, „Head Start“, das auch medizinische Versorgung und angemessene Ernährung einbezieht, läuft noch immer. Viele dieser Programme wurden über Jahre hinweg evaluiert und ihre Ergebnisse international zugänglich publiziert.

Zwei große Zielgruppen wurden von den Projekten vornehmlich angesprochen: Familien unter Armutsbedingungen und Familien mit einem behinderten oder von Behinderung bedrohten Kind. In der ersten Zeit wandten sich die Interventionsprojekte an Kinder im Vorschul- und frühen Schulalter; im Verlaufe der Zeit versuchte man immer frühere Altersgruppen zu erreichen, in vielen Fällen Familien mit Säuglingen und Kleinstkindern. Große Förderinstitutionen arbeiteten mit Gemeinden und privaten Einrichtungen sowie Universitäten zusammen; manchmal beteiligten sich mehrere hundert Einrichtungen an solch einem Programm. Die Erfahrungen wurden kürzlich in einem Sammelband von Shonkoff und Meisels (2000) zusammengestellt.

Die wichtigsten Ergebnisse sind die folgenden.

2. 1. Zielgruppen

Bei **Kindern aus Armutsmilieus**, die im Alter von drei bis fünf Jahren an einem kognitiv ausgerichteten Kindergartenprogramm teilnahmen, stiegen in der Interventions-

gruppe tatsächlich die Intelligenztestwerte deutlich an. Allerdings holten die Kinder in der Kontrollgruppe ohne Intervention im Verlaufe der nächsten Jahre auf und am Ende des vierten Schuljahres ließen sich die Gruppen nicht mehr unterscheiden. Eine weitere Analyse ergab, dass die Förderung in den ersten drei bis vier Jahren die größte und anhaltendste Wirkung zeigte; späterer Förderungsbeginn oder zusätzliche spätere Förderung brachte keinen weiteren IQ-Gewinn (Campbell & Ramey 1995). Ein Beginn der Interventionen bereits im Säuglingsalter hatte nicht mehr Wirkung als ein Beginn im frühen Kindergartenalter (Farran 2000). Möglicherweise zielen diese Programme vor allem auf die kognitive Förderung der Kinder ab und entfalten ihre größte Wirkung in dem Alter der Kinder (zwei bis vier Jahre), in denen die kognitiven Konzepte grundgelegt werden (NICHD Early Care Research Network 2003 b).

Elternorientierte Programme mit regelmäßigen Besuchen in den Familien, um die Eltern zu pädagogisch sinnvollem Umgang mit den Kindern anzuregen, waren weniger effektiv als die Programme in den Kindereinrichtungen. Die angezielten Erfolge in den kognitiven und schulischen Leistungen blieben bescheiden; am ehesten ließen sich länger anhaltende Verbesserungen im sozialen Verhalten und in der sozialen Integration der Kinder nachweisen: Kinder, die am Programm teilgenommen hatten, gaben später seltener ihre Schullaufbahn auf. Auch gibt es Hinweise darauf, dass sich die, wenn auch bescheidenen, Wirkungen nicht auf das Zielkind beschränkten, sondern nachfolgende Geschwister ebenfalls davon profitierten (Seitz & Apfel 1995).

Bei der Analyse von **Programmen für behinderte und von Behinderung bedrohten Kleinkindern** wurden 42 Projekte berücksichtigt (Farran 2000). Keines der Förderprogramme erwies sich als besonders erfolgreich. Es gab zwar einige zeitbegrenzte Verbesserungen in spezifischen Fertigkeiten, das allgemeine Entwicklungstempo wurde aber nicht nachhaltig angekurbelt. Allerdings muss man berücksichtigen, dass die Kinder meist in behinderungsgemischten Gruppen gefördert wurden, dass die Messlaten, an denen der Erfolg gemessen wurde, problematisch waren und dass es so gut wie keine Erfahrungen zu möglichen Langzeitwirkungen der Interventionen gibt (Farran 2000).

Die am besten erforschte Risikogruppe ist die mit frühgeborenen Kindern. Eine aufschlussreiche Analyse von Interventionswirkungen berichten Hill, Brooks-Gunn und Waldfogel (2003). Fast tausend Kinder nahmen an ihrer Studie teil. Die Förderung bestand im ersten Lebensjahr in wöchentlichen Hausbesuchen, im zweiten und dritten Lebensjahr in einem intensiven Krippenprogramm, kombiniert mit Hausbesuchen alle zwei Wochen und Elternabenden alle zwei Monate. Nachuntersuchungen fanden bei den per Zufall ausgewählten Teilnehmerkindern und den Kontrollkindern im Alter von fünf und acht Jahren statt. Eine Vielzahl möglicher zusätzlicher Einflussvariablen – zum Beispiel Bildungsgrad der Mütter – wurde sorgfältig kontrolliert. Die bei der Geburt schwererer Kinder (ab 2.000 Gramm) profitierten von der Intervention mehr und lang anhaltender (Intelligenztest, Sprachtest, schulbezogene Fertigkeiten im Lesen und Rechnen) als die bei der Geburt leichteren Kinder (unter 2.000 Gramm). Einen wesentlichen Unterschied machte aber das Regelmäß der Teilnahme („Dosiseffekt“): Kinder, die in der Krippe am seltensten fehlten, profitierten am meisten. Die bei der

Geburt leichteren Kinder waren allerdings kaum unter den Kindern mit hoher Anwesenheit zu finden. Nach allen Schätzungen hätten sie aber am meisten von intensiver Teilnahme profitiert. Frühe und rechtzeitige Förderung und Hilfe kann nur wirken, wenn sie auch in Anspruch genommen wird.

2. 2. Förderungsinhalte

Inhaltlich lassen sich weder für spezifische Teilnehmergruppen noch übergreifend über die Gruppen spezifische Programme als besonders erfolgreich oder als weniger erfolgreich herausheben. Den meisten Programmen fehlte ohnehin eine klare Ausrichtung. Dennoch hatten unter der Vielzahl der kompensatorischen Projekte am ehesten solche Programme einen länger nachweisbaren Erfolg, die, von einer wissenschaftlichen Theorie geleitet, klare Zielsetzungen aufwiesen. Soziale und pädagogische Interventionen erlangen allerdings nie einen solchen Grad an Exaktheit und Standardisierung, den eine medizinische Behandlung erreichen kann (Farran 2000). Auch in einem weiteren Aspekt ist die Analogie zu einer medizinischen Behandlung eher irreführend: ein zeitbegrenztes pädagogisches oder soziales Programm, das sich vor allem an spezifischen Schwächen des Kindes ausrichtet, trägt nicht weit. Frühförderung ist keine Reparaturwerkstatt (Fogel 2000).

Dennoch lassen sich aus den Evaluationen einige **inhaltliche Merkposten** ableiten:

- Das Einüben von Fertigkeiten, wie es einige an den Lerntheorien orientierte Programme nahe legen, erwies sich zwar kurzfristig als zielführend, langfristig aber als eher ungünstig. Oft wurden testnahe Fertigkeiten geübt, die die Testwerte zwar an hoben, aber nicht ausreichend auch das Verstehen anregten (Farran 2000).
- Einige Programme sprechen offenbar eher Jungen, andere wiederum eher Mädchen an und wirken langfristig ebenfalls entsprechend unterschiedlich (Miller & Dyer 1975, Miller & Bizzell 1984).
- Neuerdings werden auch Behinderungsgruppen darin unterschieden (Hauser-Cram, Warfield, Shonkoff & Krauss 2001), wie sie auf bestimmte Interventionen ansprechen. Kinder mit neurologischen-motorischen Behinderungen sprechen danach eher auf kognitive Förderung an als Kinder mit Trisomie 21 (Down-Syndrom); letztere profitieren dagegen nachweisbarer von der Förderung sozialer Fertigkeiten.
- Generell wirkten die Förderungen eher bei den leichter als bei den schwerer behinderten Kindern und eher bei Kindern von Müttern mit etwas besserer Schulbildung (Farran 2000).
- Jüngere Kinder und Säuglinge benötigen offenbar eine andere Art der Intervention als ältere Kinder. Für die jüngeren Kinder war vor allem die Verbesserung des Familienklimas und eine globale Förderung wirkungsvoll, während ein spezifisches Training unmittelbar mit dem Kind bei ihnen langfristig wenig brachte (Farran 2000).

Ältere Kinder (frühes Kindergartenalter) profitierten dagegen eher von anregenden und strukturierten Krippen- und Kindergartenprogrammen.

Neuere Interventionsprogramme haben deutlicher als die früheren die Eltern in die Förderung einbezogen (Brooks-Gunn, Berlin & Fuligni 2000). Zunächst waren es überwiegend Zwei-Generationen-Programme mit weitgehend unabhängiger Förderung von einerseits dem Kind (möglichst in einer pädagogischen Einrichtung) und andererseits der Mutter. Die Programminitiatoren erwarteten, dass sich eine selbstbewusstere Mutter auch im Umgang mit ihrem Kinde verbessern würde. Die an die Mütter gerichteten Programme vermittelten daher nicht nur Wissen zur Kindererziehung, Hinweise für angemesseneres erzieherisches Verhalten, größere Antwortbereitschaft (Responsivität) in der Interaktion mit dem Kind und Kenntnisse über Lernspiele. Einige bemühten sich darüber hinaus um die Verbesserung der psychischen Gesundheit der Mütter und um soziale Unterstützung durch andere Personen und zielten generell auf eine Verbesserung der Fähigkeiten der Mütter zum Problemlösen ab.

Solche Interventionen hatten tatsächlich die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion und das Anregungsmilieu für das Kind verbessert und den Müttern den Weg zu sozialen Diensten eröffnet. Die Autoren (Brooks-Gunn et al. 2000) bemängeln jedoch, dass das Problem der Arbeitslosigkeit der betroffenen Frauen ungelöst blieb. Arbeitslosigkeit der Eltern wirkt sich langfristig negativ auf die kindliche Entwicklung aus. Programme, die langfristig bei den Kindern Erfolge erzielen wollen, müssten daher den sozialen Kontext der Familien und die veränderten Familienformen und Lebensweisen, die Belastungen der jungen Frauen, ihr Selbstwertgefühl und ihre eingeschränkte Zukunftszuversicht stärker berücksichtigen (Shonkoff & Meisels 2000).

Es scheint auch für Risikokinder und ihre Eltern der von Paul Baltes (1997) für die Altersforschung formulierte Satz zu gelten: Je gefährdeter Kinder in ihrer Entwicklung sind, desto weniger sprechen sie und ihre Eltern auf kulturelle und soziale (pädagogische) Angebote an, zugleich sind sie aber auf solche Angebote besonders stark angewiesen.

3. Interaktions-Entwicklung von Mutter und Kind: „It Takes Two to Tango.“

Das Kind und seine Eltern beeinflussen sich gegenseitig. Diesen gegenseitigen Prozess bezeichneten Sameroff und Chandler (1975) als „Transaktion“. Der Begriff stammt aus dem Finanzwesen und meint dort so etwas wie ummünzen oder wechseln: Geld von einem Partner gelangt zum anderen Partner, der dafür dem ersteren eine Aktie gibt oder ein Investitionsgut. Zwischen Eltern und Kind werden Vorstellungen, Einstellungen, Gefühle und Emotionen „gehandelt“. Erwartungen der Eltern teilen sich dem Kind durch das elterliche Verhalten mit. Das Kind reagiert nicht nur auf die Eltern, sondern es entwickelt aus den wahrgenommenen Verhaltensweisen und Einstellungen der Eltern sowohl ein Bild von seinen Eltern als auch eins von sich selbst und längerfristig eines von der es umgebenden Mitwelt.

Das Kind beeinflusst seinerseits seine Eltern, das Baby allein schon dadurch, dass es sich entwickelt, seine Bedürfnisse verändert und in vielem kompetenter wird. Es beeinflusst dadurch die Vorstellungen, Einstellungen, Gefühle und Verhaltensweisen seiner Eltern. Auch die Eltern entwickeln sich und verändern ihren Umgang mit ihrem kompetenter werdenden Kind. In der Forschung wurde das Verhalten der Eltern bislang häufig als Ausdruck ihrer Persönlichkeit genommen und über die Zeit und über verschiedene Situationen hinweg weitgehend stabil gehalten. Zu selten wurde beachtet, dass sich das Verhalten der Eltern auf das jeweilige individuelle Kind bezieht und das des Kindes auf seine jeweiligen Eltern: Eltern und Kind entwickeln aus den gemeinsamen Interaktionserfahrungen gegenseitige Erwartungen und eine ganz spezifische Beziehung zueinander: „*It takes two to tango*.“ Im Folgenden sollen am Beispiel der mütterlichen Sensitivität Veränderungen veranschaulicht werden, die die Entwicklungsveränderungen des Kindes reflektieren, und solche Entwicklungsverläufe, die in ein spezifisches Bindungsmuster des Kindes münden.

4. Mütterliche Sensitivität im kindlichen Entwicklungsverlauf

Sensitivität der Mutter gilt als eine wichtige und fördernde Komponente in der frühen Mutter-Kind-Interaktion. Mütterliche Sensitivität bedeutet für das Kind, dass die Mutter seinen vorsprachlichen Gefühlsausdruck und sein Befinden „lesen“ kann, dass sie „versteht“, warum es jetzt heiter und fröhlich ist oder weint oder unleidlich ist oder auch nur still und in sich gekehrt. Weiterhin bedeutet Sensitivität, dass die Mutter auf die Initiativen des Kindes, sein Verhalten, aber auch seine Signale prompt reagiert, etwa wenn es lautiert, wenn es weint, wenn es sie anschaut oder wenn es ihr einen Gegenstand reicht. Sie vermittelt dem Kind das Gefühl, dass sie vor allem in kritischen Situationen zuverlässig erreichbar ist. Im späteren Zusammenspiel verlagert sich dies Eingehen auf das Kind auch auf Lernsituationen. - Seitens der Mutter bedeutet Sensitivität, dass sie sich in das Kind hineinversetzen kann und dass sie seine Situation und Position bei ihrem eigenen Handeln mitbedenkt. Dies ist umso wichtiger, je jünger ihr Kind ist und je inkompetenter es ist, seinen eigenen Part selbst spielen zu können.

Lange Zeit hielt man Sensitivität für eine relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft einer Mutter. Man erwartete, dass sie ihre Sensitivität in den verschiedensten Situationen mit ihrem Kind sehr ähnlich zeigen würde, möglicherweise sogar mit anderen Kindern. Mütterliche Sensitivität erwies sich erwartungsgemäß als ein guter Prädiktor für die Bindungsqualität des Kindes mit einem Jahr. Aber nicht alle Studien brachten dieses Ergebnis deutlich hervor. In mehreren erwiesen sich die mütterlichen Sensitivitätswerte im Umgang mit dem dreimonatigen Kind und die mit dem zwölfmonatigen Kind als bessere Prädiktoren als die im Alter des Kindes von fünf bis zehn Monaten erfasste Sensitivität (Simo, Rauh, Ziegenhain 2000). Zunächst glaubte man, dass man die Sensitivität vielleicht nicht gut genug erfasst habe. Unsere eigenen Daten lassen aber vermuten, dass es sich dabei nicht um einen Messfehler handelt, sondern möglicherweise um charakteristische Veränderungen in der Interaktion von Mutter und Kind im Verlaufe des ersten Lebensjahres.

Das mütterliche Verhalten ist in mehrfachem Sinne kindspezifisch:

- Es ist **auf das jeweilige Kind orientiert** und zeigt sich in der Interaktion vor allem mit diesem Kind.
- Es reagiert **auf das jeweilige Entwicklungsniveau** des Kindes und verändert sich mit den Kompetenzen des Kindes.
- Es reagiert **auf die individuellen Besonderheiten des Kindes**.

Die **Abbildung 1** zeigt den **Verlauf der mütterlichen Sensitivität** über die ersten 18 Lebensmonate bei 74 Kindern unseres Forschungsprojektes. Das Verhalten von Mutter und Kind wurde in jeweils etwa dreiminütigen Situationen videographiert, die an die Mutter die Anforderung stellten, dem Kind einen für sein Alter eher uninteressanten Gegenstand interessant zu machen. Bei drei Monaten waren das zum Beispiel eine kleine durchsichtige Plastikdose, mit sechs Monaten zwei Holzklötze, mit zwölf Monaten ein Babyring, mit 18 Monaten ein Tuch. Das Verhalten der Mutter wurde nach folgenden Komponenten gewichtet: Sensitivität, offene Kontrolle, verdeckte Kontrolle und Nicht-Responsivität (CARE-Index nach Crittenden, 1999). Wie **Abbildung 1** zeigt, veränderte sich der Anteil im mütterlichen Verhalten, der als „sensitiv“ bezeichnet werden konnte, im Verlaufe der Untersuchungen. Die mütterliche Sensitivität war am höchsten, wenn das Baby drei und wenn es neun Monate alt war, und relativ gering bei sechs und bei 18 Monaten. Die beiden Arten der Kontrolle – in der **Abbildung 2** wurden sie zusammengefasst – machten allerdings den größten Teil der Punkte aus, mit einem leichten Anstieg im Alter des Kindes von zwölf und 18 Monaten.

Die in **Abbildung 2** veranschaulichten **Veränderungen in der Gewichtung des mütterlichen Verhaltens**, besonders in den Komponenten Sensitivität und Kontrolle, lassen sich als Antwort der Mütter auf die sich verändernden Kompetenzen ihrer Kinder interpretieren.

Im Alter von **drei Monaten** können Kinder mit einem Gegenstand noch vergleichsweise wenig anfangen. Sie interessieren sich vor allem für das Gesicht der Mutter. Um drei Minuten lang miteinander zu spielen, denkt sich die Mutter in der Regel in das Kind als „möglichen“ Spielpartner hinein. Die Initiative liegt überwiegend bei der Mutter.

Mit **sechs Monaten** sind die Kinder intensiv mit dem Erkunden von Gegenständen beschäftigt. Sie konzentrieren sich entweder ganz auf das Objekt oder ganz auf die Mutter; sie können aber noch nicht mit ihr mit dem Objekt spielen; das Beziehungs-Dreieck über das Objekt gelingt nur selten. Die Mutter tritt nun notgedrungen hinter das Objekt zurück, wenn sie es dem Kind interessant zu machen versucht; oder aber das Kind achtet nicht auf das Objekt. Hier haben einige Mütter offenbar Schwierigkeiten, das Objekt und sich selbst sensibel in die Situation einzubringen.

Mit **neun Monaten** dagegen schaffen die Kinder in der Regel das Dreieck: Mutter, Gegenstand und sie selbst. Fast jeder Gegenstand ist nun verlockend, wenn man in

Verlauf der mütterlichen Sensitivität über die ersten 18 Lebensmonate des Kindes (N= 74), in dreiminütigen Spielsituationen, ausgewertet mit dem CARE-Index nach Crittenden (1999)



Abbildung 1

© S. Simo & H. Rauh

Verlauf der mütterlichen Verhaltenskomponenten über die ersten 18 Lebensmonate des Kindes (N= 74), in dreiminütigen Spielsituationen, ausgewertet mit dem CARE-Index nach Crittenden (1999)

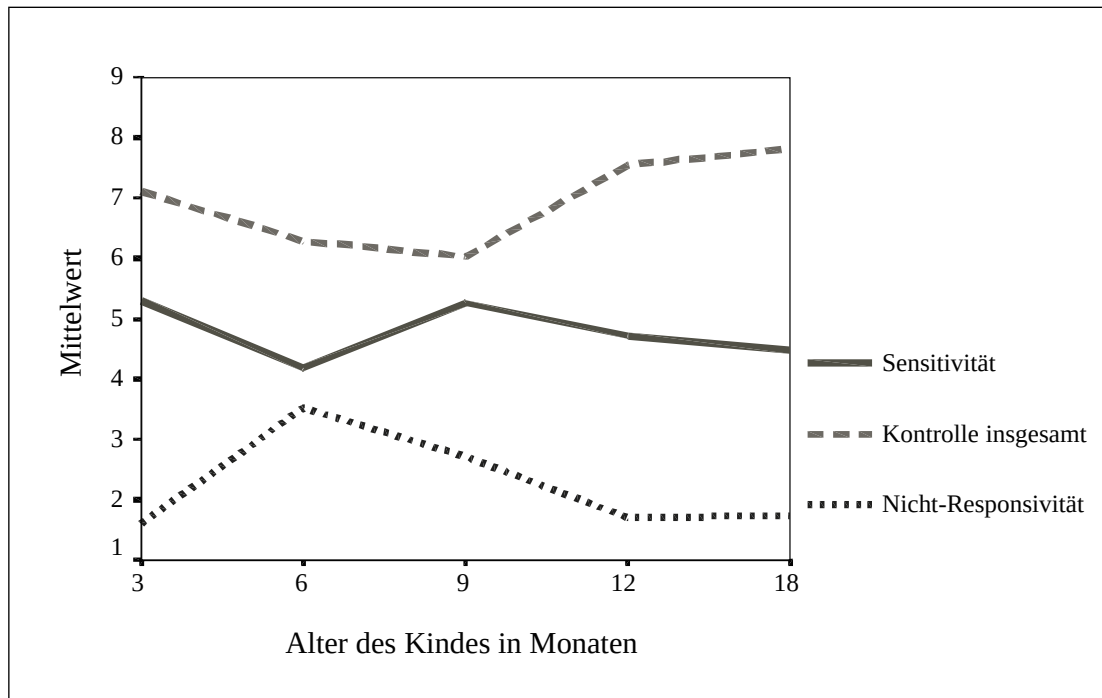


Abbildung 2

© S. Simo & H. Rauh

diesem Dreieck zusammen spielt. Da ist es für die Mütter vergleichsweise leicht, sensitiv zu sein.

Mit **zwölf** – und noch mehr mit **18 Monaten** – übernimmt das Kind zunehmend selbst die Initiative im Spiel. Es entwickelt erste Vorstellungen über sein Handlungsziel. Wenn sein vorgestelltes Handlungsziel und das Handeln der Mutter aber nicht zusammenpassen, ist das Kind oft noch zu unflexibel, um sich auf die Spielangebote der Mutter umstellen zu können. Es bleibt „hängen“ und kann sogar in einen kleinen Trotzanfall („Bock“) geraten. Die Mütter müssen sich nun auch noch in die Vorstellungen des Kindes hineinversetzen, um solche Situationen auffangen zu können. Sensitivität bedeutet immer wieder erneutes Umlernen, denn die Mütter haben es nun mit einem immer eigenständiger werdenden Partner zu tun. Sensitivität bedeutet damit auch flexible Anpassung der Mutter an die entwicklungsbedingten Veränderungen ihres Kindes.

Die **Abbildung 3** zeigt die **Komponenten des kindlichen Verhaltens** in den gleichen Spielsituationen. Das dreimonatige Kind ist danach in dieser Spielsituation für die Mütter vor allem schwierig. In diesem Alter sind sie generell noch wenig an Gegenständen interessiert und greifen bestenfalls sehr unbeholfen nach ihnen. Am wenigsten schwierig sind die Kinder, wie oben bereits vermutet, mit neun Monaten; danach steigt diese Interaktionskomponente wieder an. Nach dem 6. Monat sinkt die Komponente des passiven Verhaltens: die Kinder lassen sich zunehmend besser in die Spielinteraktion einbinden. Das kostet sie allerdings einige Anstrengung, wie die ansteigende Kurve der Komponente der „bemühten Anpassung“ zeigt. Der Sensitivität der Mutter entspricht beim Kind am ehesten seine Kooperativität. Hiermit ist freudige und unbe-

Verlauf der Verhaltenskomponenten der Kinder über die ersten 18 Lebensmonate (N=74), in dreiminütigen Spielsituationen, ausgewertet mit dem CARE-Index nach Crittenden (1999)

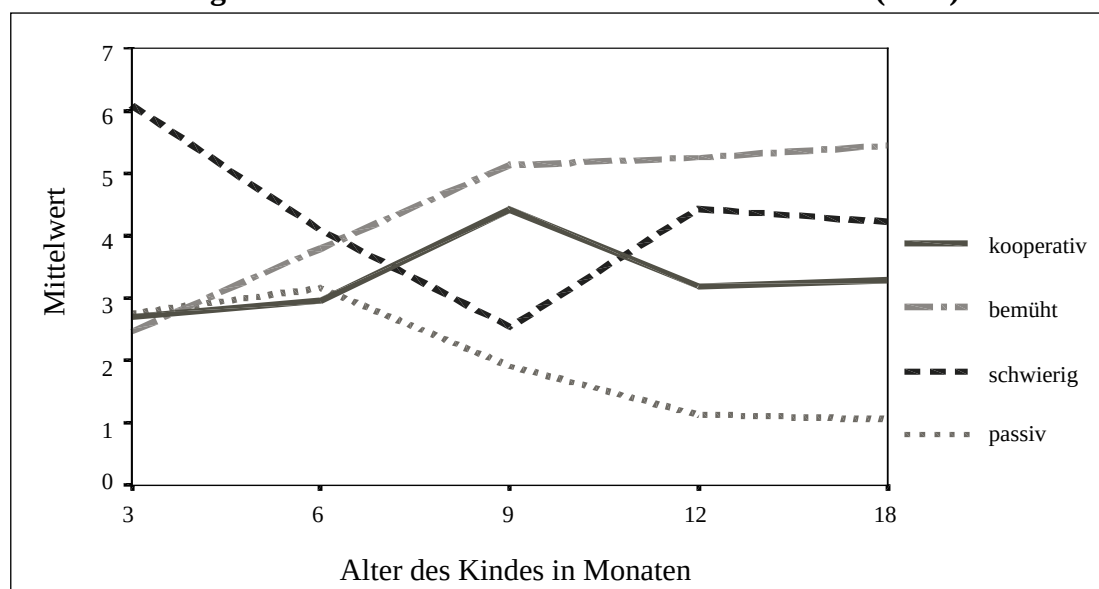


Abbildung 3

© S. Simo & H. Rauh

schwerte Kooperation gemeint. Die Kinder zeigen im Alter von neun Monaten einen Gipfel an freudiger Kooperation, sozusagen als Parallele zum Gipfel elterlicher Sensitivität.

Der Verlauf des kindlichen Verhaltens zeigt, dass Sensitivität der Mütter Voraussetzung und Antwort auf recht unterschiedliches Verhalten des Kindes sein kann: einfühlsames Eingehen auf ein noch eher passives Kind, das noch Schwierigkeiten mit seinem Erregungsaufbau hat, Berücksichtigung des Aufmerksamkeitswechsels des Kindes zwischen Gegenstand und Person, Berücksichtigung der zunehmenden Initiative des Kindes in der Interaktion und Berücksichtigung der Handlungsvorstellungen, die das Kind in die Interaktion einbringt.

5. Verlauf mütterlicher Sensitivität und Bindungsqualität des Kindes

Einigen Müttern gelingt es besser als anderen, sich an die Entwicklungsfortschritte und die besonderen Verhaltensweisen ihres Kindes sensitiv anzupassen. Wir gingen daher der Frage nach, ob der Sensitivitätsverlauf der Mütter im Verlaufe des ersten Lebensjahres einen charakteristischen Zusammenhang mit der Qualität der Bindung hat, die das Kind am Ende des ersten Lebensjahres zu seiner Mutter entwickelt hat.

Die Bindungsqualität des Kindes wurde im Alter von zwölf Monaten im Fremden-Situationstest nach Ainsworth und Wittig (1969) ermittelt. In diesem Test werden die Kinder mit ihren Müttern in einen ihnen bisher nicht vertrauten Raum geführt und in jeweils dreiminütigen Szenen neuen und zunehmend belastenderen Erfahrungen ausgesetzt (neues Spielzeug, fremde Person als Spielpartnerin, Mutter verlässt zweimal kurz den Raum, Fremde versucht Kind zu trösten). Für die Typisierung der Kinder als sicher, unsicher vermeidend, unsicher ambivalent gebunden und als hochunsicher-desorientiert wird beobachtet, wie sie Neugier und Angst balancieren und wie sie ihre Mutter als Schutz und Trost nutzen.

Die **Abbildung 4** gibt den **Verlauf der mütterlichen Sensitivitätskomponente je nach der Bindungsqualität der Kinder** im Alter von zwölf Monaten wieder. Auffallend sind die fast gegenläufigen Muster der Mütter mit sicher gebundenen und mit unsicher-vermeidenden Kindern. Die Mütter der sicher gebundenen Kinder verhielten sich so, wie man es von der obigen Beschreibung beziehungsweise einem Entwicklungspsychologie-Lehrbuch her erwarten würde. Ihr Anstieg an Sensitivität mit neun und mit zwölf Monaten war sogar besonders ausgeprägt. Die Mütter der vermeidend-gebundenen Kinder fühlten sich dagegen am ehesten in der Interaktion mit dem sechsmonatigen Kind wohl. Es scheint, dass diese Mütter dann am sensibelsten reagierten, wenn sie hinter ein Objekt zurücktreten konnten und persönlich möglichst wenig in die Interaktion einbezogen waren.

Dieser Verlauf gilt aber zunächst nur für eine ungewohnte Spielsituation beziehungsweise ähnliche Situationen und nicht in gleicher Weise für vertraute Alltagssituationen. Dies zeigten unsere Analysen der Wickel- und Freispielsituation, die mit über 20

**Mütterliche Sensitivität (CARE-Index) in den Spielsituationen
je nach Qualität der Bindung des Kindes mit zwölf Monaten (N=74),
Klassifikation nach Main und Solomon, 1986**

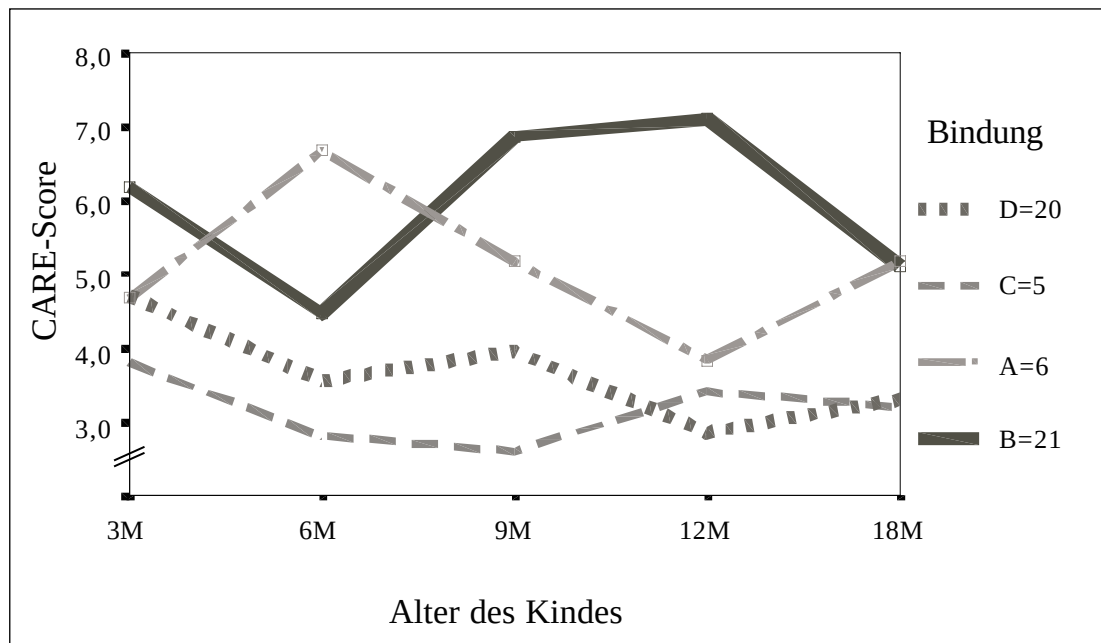


Abbildung 4

© H. Rauh

Minuten Dauer der Spielsituation mit dem „uninteressanten Objekt“ voranging und ebenfalls videographiert worden war – **siehe Abbildung 5**. Zwar hatten auch in dieser Situation die später sicher gebundenen Kinder durchgängig die sensitivsten Mütter. Diese zeigten allerdings, als ihr Kind sechs Monate alt war, nicht nur keinen Einbruch in der Sensitivität, sondern sie waren nun sogar besonders rücksichtsvoll. Die Mütter der später vermeidend gebundenen Kinder, die mit ihren sechsmonatigen Kindern in der ungewohnten Spielsituation relativ hohe Sensitivitätswerte erzielten, waren dagegen in der vertrauten Wickelsituation am wenigsten sensitiv. Diese beiden Situationen stellten an die Mütter offensichtlich ganz unterschiedliche Anforderungen, die sie entsprechend unterschiedlich lösten.

Unsere Projektkinder wurden im Alter von 21 Monaten noch einmal in der „fremden Situation“ beobachtet. Die Mehrzahl der Kinder blieb sicher oder unsicher gebunden. Nur wenige wechselten von sicher nach unsicher (9 Kinder) oder von unsicher zu sicher (4 Kinder). Die **Abbildung 6** veranschaulicht den **Verlauf der mütterlichen Sensitivität** (Ratings nach Ainsworth, Werte von 1 bis 9) im ersten Lebensjahr in der Wickel- und freien Spielsituation und mit zwölf Monaten zusätzlich in der „fremden Situation“ je nach Art ihrer Bindungsentwicklung von zwölf bis 21 Monaten. Für die stabil sicheren Kinder lagen die mütterlichen Sensitivitätswerte wiederum generell hoch. Der Unterschied zwischen zwei verschiedenen Situationen wird bei den Werten mit zwölf Monaten deutlich. Während die Mütter der stabil sicheren Kinder in der vertrauten Wickelsituation nicht mehr so hohe Sensitivitätswerte erhielten; stiegen diese Werte in der belastenden „fremden Situation“ gleich wieder an. Besonders auffällig ist der mütterliche Sensitivitätsverlauf bei den vier Kindern, die von einem unsicheren

**Mütterliche Sensitivität (Rating nach Ainsworth)
je nach Qualität der Bindung des Kindes mit zwölf Monaten (N=74),
Klassifikation nach Main und Solomon, 1986**

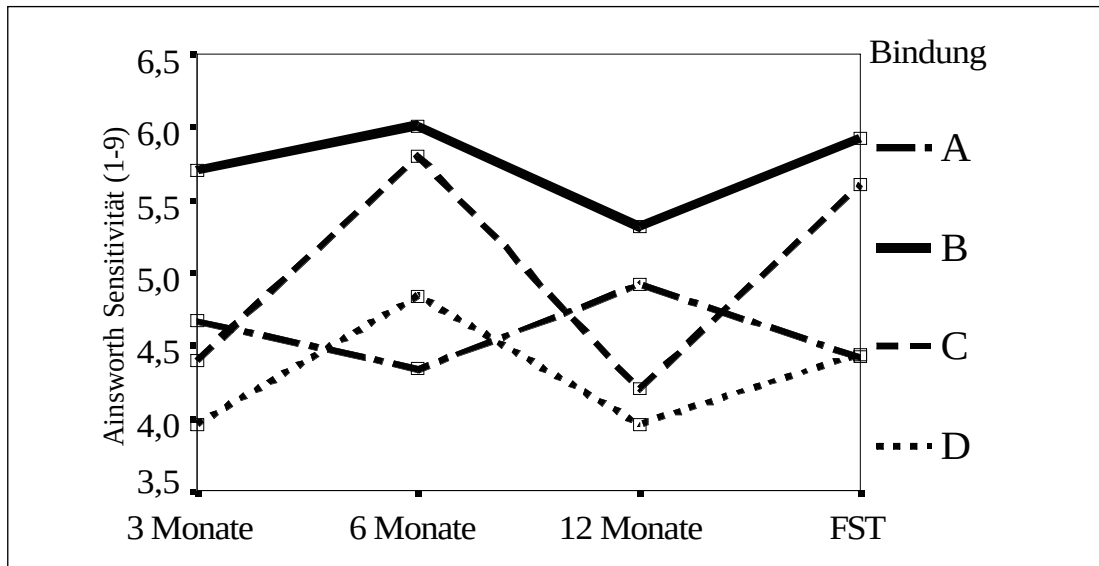


Abbildung 5

© H. Rauh

**Sensitivität der Mütter (Rating nach Ainsworth) in den Wickel- und
Spielsituationen mit ihren drei-, sechs- und zwölfmonatigen Kindern
und in der „fremden Situation“, je nach Art der Bindungsstabilität des Kindes
zwischen zwölf und 21 Monaten (N=74)**

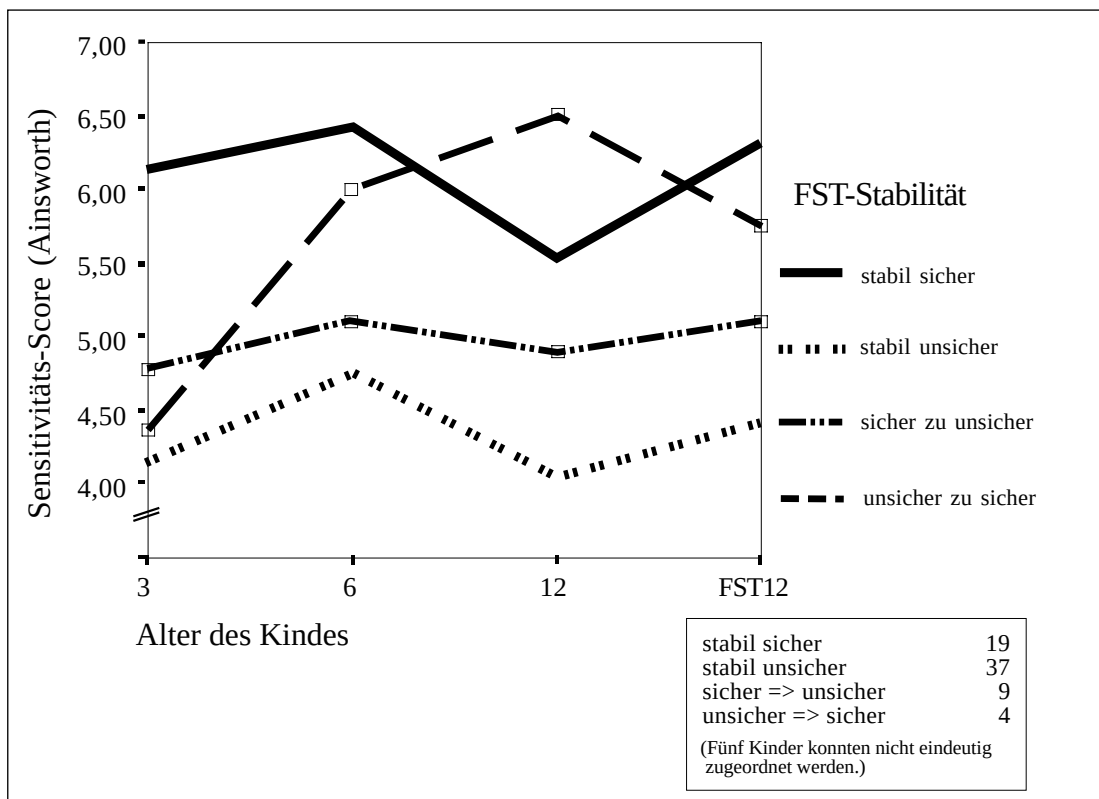


Abbildung 6

© H. Rauh

Bindungsmuster mit zwölf Monaten zu einem sicheren Muster mit 21 Monaten wechselten. Ihre Mütter, die mit dem dreimonatigen Kind noch nicht sensitiv umgehen konnten, wurden im Verlaufe der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres in den vertrauten Wickelsituationen immer feinfühlicher; sie konnten dieses Niveau aber in der belastenden fremden Situation (noch) nicht halten. Der Wechsel von niedriger zu hoher Sensitivität der Mütter machte sich bei den Kindern erst in ihrer Beziehungsqualität mit 21 Monaten bemerkbar.

In beiden Situationen, der Wickel- und Freispielsituation sowie in der Spielsituation mit dem „uninteressanten“ Objekt, ließ sich die Bindungsqualität des Kindes mit zwölf Monaten am besten aus der mütterlichen Sensitivität im Alter des Kindes von drei Monaten vorhersagen, gefolgt von der Sensitivität mit zwölf Monaten. Unterschiede in der Interaktionsqualität der Dyaden machten sich also schon frühzeitig bemerkbar. Der Beitrag der Mütter war gewichtiger als der des Kindes. Vorhersage bedeutet aber nicht, dass alles festgelegt sei. Dies zeigen die Verläufe der Mütter von Kindern, die im zweiten Lebensjahr von unsicher nach sicher gebunden wechselten: Stabile Verbesserungen mütterlichen Verhaltens scheinen sich auszuzahlen, wenn auch mit einigem Zeitverzug.

Dies spricht zum einen dafür, dass eine sehr frühzeitige Förderung der mütterlichen Sensitivität wünschenswert wäre; sie bräuchte aber gelegentliche „Auffrischungen“ in Anpassungen an die entwicklungsbedingten und individuellen Besonderheiten des Kindes. Andererseits haben auch später einsetzende Verbesserungen der mütterlichen Sensitivität noch eine Chance der positiven Auswirkung auf das Kind. Wahrscheinlich ist es aber schwieriger, Verbesserungen in der Interaktion zu erreichen, wenn schon ein bestimmtes Muster eingeschliffen ist. Schließlich ist für die Förderung zu bedenken, dass unterschiedliche Situationen für Kind und Mutter unterschiedliche Herausforderungen darstellen.

6. Bindungsqualität und langfristige Entwicklung bei behinderten Kindern

Kinder mit Behinderungen stellen für ihre Eltern eine besondere Herausforderung dar. Dies gilt vor allem für Kinder mit einer geistigen Behinderung, wie sie häufig in Folge eines Chromosomenfehlers auftritt. Kinder mit Trisomie 21 (Down-Syndrom, DS) entwickeln sich beispielsweise nicht nur deutlich langsamer (in den ersten fünf Lebensjahren im Durchschnitt in etwa dem halben Tempo); sie reagieren bereits als kleine Säuglinge sehr viel langsamer und schwächer; sie geraten langsamer in freudige Erregung oder ins Weinen; ihre Emotionen scheinen „flacher“ zu sein. Ihr „Temperament“ entspricht nicht dem, auf das wir als Erwachsene im Umgang mit Babys vor eingestellt sind. Eltern dieser Kinder müssen daher in ganz besonderer Weise lernen, sich auf ihre Kinder einzustellen (Rauh 2001).

Es war daher von besonderem Interesse für uns herauszufinden, ob Bindungsqualität bei Kindern mit Trisomie 21 ein bedeutsames Merkmal ist und ob sie sich langfristig in ihrem Entwicklungstempo abbildet: Entwickeln sich diejenigen Kinder schneller,

deren Mütter eine hohe Sensitivität entwickelt haben und deren Kinder sich sicher gebunden fühlen?

Unsere Längsschnittstudie umfasst 30 Kinder mit Trisomie 21. Bei 16 Kindern konnten wir die „fremde Situation“ durchführen, als diese Kinder sicher das Niveau von zwölf Monaten geistigen Entwicklungsalters erreicht hatten. Die anderen Kinder waren in ihrer Entwicklung entweder schon zu weit fortgeschritten, als die „fremde Situation“ durchgeführt wurde, oder sie wurden erst viel später geboren (Calvet-Kruppa & Rauh 1990/92).

6. 1. Bindungsqualität und nachfolgende Interaktionsqualität bei behinderten und nicht behinderten Kindern

Die 16 Kinder, deren Bindungsstatus wir erfassen konnten, hatten zum Zeitpunkt der Untersuchung ein mentales Entwicklungsalter von 14 bis 15 Monaten und ein motorisches Entwicklungsalter von etwa zwölf Monaten. Aus dieser Gruppe haben wir je drei Kinder mit den Bindungsmustern „sichere Bindung“ (B), „unsicher-vermeidende Bindung“ (A) und „desorganisierte Bindung“ (D) für ein Unterprojekt ausgewählt und sie, zusammen mit ihren Müttern, zu weiteren halbstrukturierten Spielsituationen eingeladen (Rauh & Calvet-Kruppa 2004). Aus dem fast gleichzeitig stattfindenden Projekt von Professor Gisela Klann-Delius zur Entwicklung früher sprachlicher Kommunikation bei nicht behinderten Kindern gewannen wir neun genau einjährige Kinder, die nach Bindungsmuster, Geschwisterzahl, Bildungsstand der Eltern wie „Zwillinge“ unseren Projektkindern entsprachen. Nur in Hinblick auf das Geschlecht des Kindes ist uns die Parallelisierung nicht ganz gelungen (Es gibt deutlich mehr Jungen als Mädchen mit Trisomie 21).

Im Untersuchungsplan von Prof. Klann-Delius (1990) wurden die Mutter-Kind-Paare alle vier Wochen beim Spiel videographiert. Die entsprechenden Spieltreffen „unserer“ Mutter-Kind-Paare fanden im doppelten Zeitabstand statt, um das halb so schnelle Entwicklungstempo der Kinder mit Trisomie 21 zu berücksichtigen. Für die Analysen der Interaktionsqualität mit dem CARE-Index von Crittenden (Crittenden 1999) wurden jeweils drei Minuten am Anfang, in der Mitte und am Ende der etwa fünfzehn minütigen Spieltreffen ausgewählt. Der 4. und der 9. Spieltreff gingen in die Analysen ein. Für die nicht behinderten Kinder lagen diese Spieltreffs vier und neun Monate nach der „fremden Situation“ und für die Kinder mit Trisomie 21 fünf, sechs und 16 Monate nach der „fremden Situation“.

Die Ergebnisse waren ebenso überraschend wie eindeutig. Es gab keinerlei Unterschiede in den Verhaltenskomponenten der Mütter, wenn man die Trisomie-Gruppe und die Kontrollgruppe miteinander verglich, weder bei dem früheren noch bei dem späteren Treffen noch insgesamt. Auch die Kinder unterschieden sich kaum in ihren Verhaltenskomponenten, nur dass die Kinder mit Trisomie 21 ein bisschen mehr schwieriges Verhalten zeigten. Vor allem aber in der Kooperation und in der bemühten Anpassung ähnelten sich die Kinder in beiden Gruppen (Rauh & Calvet-Kruppa 2004).

Dagegen gab es aber deutliche Unterschiede je nach der Bindungsqualität des Kindes, die etliche Monate vor den Spieltreffs diagnostiziert worden war, und zwar sehr gleichartige Verhaltensunterschiede in beiden Gruppen und sowohl bei den Müttern als auch bei den Kindern. In beiden Gruppen waren die Mütter sicher gebundener Kinder deutlich sensibler oder feinfühlicher als die Mütter unsicher gebundener Kinder – **siehe Abbildung 7**. Entsprechend waren ihre Kinder deutlich kooperativer, ebenfalls in beiden Gruppen – **siehe Abbildung 8**. Die Mütter der unsicher gebundenen Kinder waren dagegen deutlich kontrollierender oder sogar nicht-responsiv. Ihre Kinder verhielten sich häufiger passiv (DS) oder angestrengt angepasst (nicht-DS). Die Unterschiede in der Bindungsqualität machten sich bei den Dyaden mit einem Kind mit Trisomie 21 sogar noch deutlicher bemerkbar als bei den Dyaden mit einem nicht-behinderten Kind.

Während frühere Studien häufiger von einem unangemessenem Umgang der Mütter mit ihren behinderten Kleinkindern berichteten, erkennen neuere Studien immer häufiger an, dass sich die Mütter entsprechend den von ihren Kindern gezeigten Kompetenzen verhalten. Es ist nicht auszuschließen, dass sich in der Forschungsliteratur daher ein sozial-historischer Effekt abbildet:

Die zunehmende Akzeptanz von behinderten Kleinkindern in unserer Gesellschaft (und anderen westlichen Gesellschaften) hat möglicherweise dazu geführt, dass sich die Mütter mit ihren Kindern sicherer fühlen und mit ihnen zunehmend feinfühlicher umgehen.

6. 2. Bindungsqualität und Entwicklungsverlauf bis ins Schulalter bei Kindern mit Trisomie 21

Wir überprüften, ob sich sensibler Umgang mit dem Kind in der Kleinstkindphase auf die allgemeine Entwicklung des Kindes auswirkt. Zur Analyse zogen wir für die 16 Kinder mit erhobenem Bindungsstatus einen Entwicklungsfragebogen heran, den die Eltern etwa ab Beginn des dritten Lebensjahres ihres behinderten Kindes wiederholt ausgefüllt hatten. Er umfasst den Zeitraum von einem bis zu fünf Jahren Entwicklungsalter. Die elterlichen Alltagsbeobachtungen der kindlichen Kompetenzen lassen sich in diesem Fragebogen sieben Verhaltensbereichen zuordnen: der Grob- und der Feinmotorik, dem Sprachverständnis und der expressiven Sprache, dem Begriffsverständnis, dem Verstehen sozialer Situationen und den Alltagsfertigkeiten.

Die Testprotokolle wurden danach sortiert, ob sie aus dem Zeitraum bis zum Lebensalter der Kinder von 50 Monaten (vier Jahre und zwei Monate) oder dem Alter ab 50 Monate stammten. Im Alter von 50 Monaten wäre bei Kindern mit Trisomie 21 mit einem durchschnittlichen Entwicklungsalter von etwa zwei Jahren zu rechnen, also dem Niveau, ab dem sich in der Normalentwicklung Bildungsanregungen der Familie zunehmend bemerkbar machen beziehungsweise ab dem die Kinder zunehmend Sprache verwenden. Für die beiden Altersabschnitte gingen 106 beziehungsweise 76 Fragebögen in die Analysen ein. Pro Altersabschnitt wurde die Protokolle danach unterteilt, ob sie von

Mütterliche Verhaltenskomponenten in sechs Spielsituationen im zweiten Lebensjahr ihres Kindes (links: nicht behinderte Kinder) beziehungsweise im vergleichbaren Entwicklungsalter (rechts: Kinder mit Trisomie 21), je nach Bindungsqualität ihres Kindes mit zwölf Monaten Entwicklungsalter

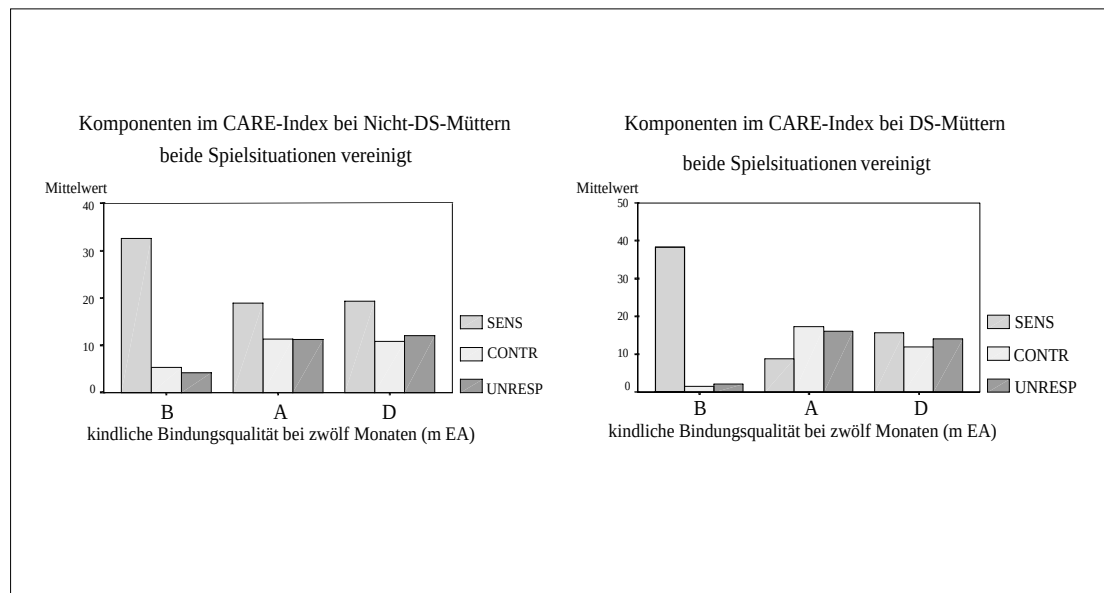


Abbildung 7

© H. Rauh

Verhaltenskomponenten der Kinder in sechs Spielsituationen im zweiten Lebensjahr (links: nicht behinderte Kinder) beziehungsweise im vergleichbaren Entwicklungsalter (rechts: Kinder mit Trisomie 21), je nach Bindungsqualität des Kindes mit zwölf Monaten Entwicklungsalter

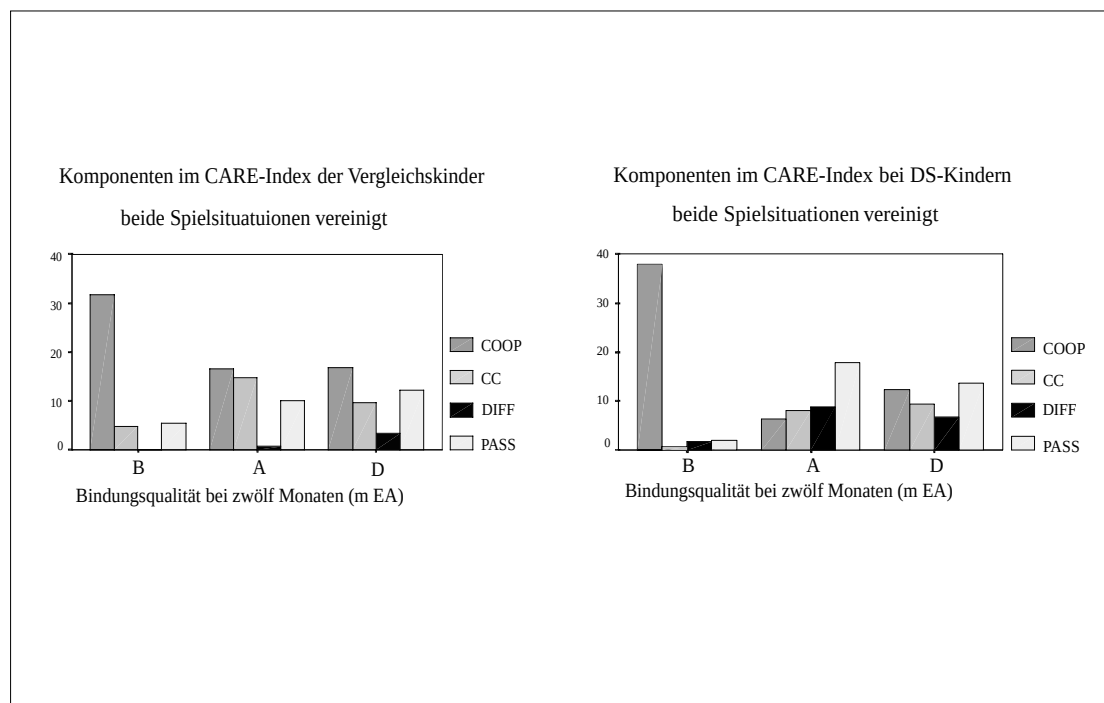


Abbildung 8

© H. Rauh

Kindern mit sicherer, (B) unsicher-vermeidender (A) oder unsicher-desorganisierter (D) Bindung stammten.

Die Ergebnisse waren wiederum überraschend und eindeutig. Bei den jüngeren Kindern gab es so gut wie keine Unterschiede im relativen Entwicklungsniveau je nach Bindungsgruppe. Nur die „desorganisierten“ Kinder waren in der Motorik etwas langsamer. Die älteren Kinder aller Gruppen hatten sich in der Grobmotorik alle etwas beschleunigt; am besten schnitten hier die Kinder mit vermeidender Bindung ab; in der Feinmotorik unterschieden sie sich nicht von den Kindern mit sicherer Bindung. Nur die Kinder mit desorganisierter Bindung hatten nun einen noch größeren motorischen Rückstand zu den anderen beiden Gruppen.

Aber in der geistigen, sozialen und sprachlichen Entwicklung gab es bei den Kindern über 50 Monate Lebensalter deutliche bindungsspezifische Unterschiede zugunsten der Kinder mit sicherer Bindung und zuungunsten der Kinder mit unsicher-vermeidender Bindung; die Kinder mit desorganisierter Bindung entsprachen, außer im Sprachverständnis, nun eher dem Durchschnitt der Gesamtgruppe. Im Sprachverständnis schnitten sie jedoch am schwächsten ab.

Seit der Bindungsdiagnostik waren bei diesen Kindern etliche Jahre vergangen; die meisten Kinder waren damals zwischen 18 und 25 Monate alt gewesen. Hätte man zu diesem Zeitpunkt interveniert mit der theoretisch begründeten Hoffnung, dass eine verbesserte Mutter-Kind-Interaktion sich positiv auf den weiteren Entwicklungsverlauf auswirken würde, dann hätte eine „Evaluation“ der Intervention bis zum Alter von vier Jahren ein enttäuschendes Ergebnis gebracht. Die positiven Aspekte einer sicheren Bindung – und das entsprechende positive emotionale Engagement der Eltern – machten sich in messbaren Entwicklungsfortschritten offensichtlich erst langfristig bemerkbar. Frühere Auswirkungen konnten allerdings bereits in der Interaktionsqualität und, wie weitere Analysen zeigten, im Verhalten der Kinder in Testsituationen beobachtet werden.

Für Kinder mit Trisomie 21 stellt eine sichere Bindungsbeziehung zur Mutter vermutlich doch eine wichtige Entwicklungsressource dar. Im Vorschul- und Schulalter, wenn Sprache, sprachliche und symbolische Kommunikation, Lernen über Nachahmung und Mitmachen sowie über einfache Unterweisung wichtiger werden, wird die sichere Bindung für die Kinder offenbar zu einem tragfähigen emotionalen Gerüst. Im Unterschied zu den Kindern mit unsicherer Bindungsbeziehung verlangsamte sich bei Kindern mit sicherer Bindung im Schulalter das Entwicklungstempo nicht, vielmehr beschleunigte es sich gerade in den Bereichen, für die gute soziale Beziehungen besonders wichtig sind.

7. Wissenschaftliche Vorsicht

Die berichteten Ergebnisse mögen einleuchtend sein. Sie müssen aber mit der entsprechenden wissenschaftlichen Vorsicht behandelt werden. Verhaltensmerkmale (Mutter

oder Kind) aus der frühen Entwicklungszeit des Kindes dürfen nicht vorschnell als „Ursachen“ für späteres Verhalten interpretiert werden. Vielleicht sind sie nur mit der Entwicklung jeweils wechselnde Anzeichen für ein dahinter liegendes stabiles, überdauerndes Merkmal, etwa der insgesamt positiven Einstellung der Mutter zum Kind und zu sich selbst oder der insgesamt robusten und widerstandsfähigen („resilienten“) Konstitution des Kindes. Wie weit das mütterliche oder das kindliche Verhalten in den frühen Lebensmonaten des Kindes beziehungsweise Erfahrungen miteinander spätere Konsequenzen „bewirken“, ist weiterhin fraglich. Eine eindeutige Beweisführung ist schwierig, da mit Kindern aus ethischen Bedenken nicht experimentiert werden darf. Die Verwechslung von Anzeichen und Ursache ist einer der Kardinalfehler bei der Umsetzung von beschreibender Forschung in Intervention und pädagogische oder soziale Maßnahmen. Theoretisch wohl fundierte Langzeitstudien, möglichst mit unterschiedlichen Gruppen beziehungsweise einer Kontrollgruppe, ermöglichen mit Analysen, die alternative Erklärungen ausschließen, brauchbare Annäherungen an die Beantwortung dieser Fragen. Dazu bedarf es aber einer engeren Kooperation zwischen Praxis und Wissenschaft, als sie bisher in Deutschland üblich war.

Die Antwort auf den behauptenden Titel kann daher nur mit einem etwas verzögerten „Ja, sicher, aber nicht nur“ beantwortet werden, wobei Psychologen in der Regel das „müssen“ durch ein vorsichtigeres „sollten“ austauschen würden.

Literatur

Ainsworth, M. D. S.; Wittig, B. A.: Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation, In: Foss, B. M. (Hrsg.): Determinants of infant behavior, London: Methuen (1969), Vol. IV, S. 111-136

Baltes, P. B.: Die unvollendete Struktur der menschlichen Ontogenese: Implikationen für die Zukunft des vierten Lebensalters, In: Psychologische Rundschau, Göttingen: Hogrefe 48 (1997), S. 191-210

Brooks-Gunn, J.; Berlin, L. J.; Fuligni, A. S.: Early childhood intervention programs: What about the family? In: Shonkoff J. P.; Meisels S. J. (Hrsg.): Handbook of early childhood intervention. Second edition, Cambridge UK: Cambridge University Press (2000), S. 549-588

Calvet-Kruppa, C.; Rauh, H.: Beziehungen zwischen Bindungsqualität, emotionaler Kommunikation und vorsprachlicher Entwicklung bei Kindern mit Down-Syndrom und nicht behinderten Kindern in der Interaktion mit ihren Müttern. Projekt-Abschlussbericht, Freie Universität Berlin (1990/92), unveröffentlicht

Campbell, F. A.; Ramey, C. T.: Effects of early intervention on intellectual and academic achievement: A follow-up study of children from low-income families, In: Child Development, Chicago, Ill.: University of Chicago Press 66 (1995), S. 684-698

Crittenden, P. M.: The Preschool Assessment of Attachment, PAA. Manual, Miami FL (1993), unveröffentlicht

Crittenden, P. M.: The CARE-Index-Manual, Family Relations Institute, Miami FL (1999), unveröffentlicht

Farran, D. C.: Another decade of intervention for children who are low income or disabled: What do we know now? In: Shonkoff, J. P.; Meisels, S. J. (Hrsg.): Handbook of early childhood intervention. Second edition, Cambridge UK: Cambridge University Press (2000), S. 510-548

Hauser-Cram, P.; Warfield, M. E.; Shonkoff, J. P.; Krauss, M. W.: Children with disabilities: A longitudinal study of child development and parent well-being. Monographs of the Society for Research on Child Development, Boston MA, USA/Oxford, UK: Blackwell 66 (2001) (3), Serial Nr. 266

Hill, J. L.; Brooks-Gunn, J.; Waldfogel, J.: Sustained effects of high participation in an early intervention for low-birth-weight premature infants, In: *Developmental Psychology*, Washington DC: APA 39 (2003), S. 730-744

Klann-Delius, G.: Die Bedeutung der emotionalen Qualität der Mutter-Kind-Interaktion für den Erwerb der Dialogfähigkeit des Kindes, unveröffentlichter Projektbericht für die Deutsche Forschungs-Gemeinschaft, Freie Universität Berlin (1999)

Lazar, I.; Darlington, R.; Murray, H.; Royce, J.; Snipper: Lasting effects of early education: A report from the Consortium for Longitudinal Studies. Monographs of the Society for Research in Child Development, Chicago, Ill.: University of Chicago Press 47 (1982) (2), Serial Nr. 195

Main, M.; Solomon, J.: Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern, In: Brazelton, T.B.; Yogman, M. (Hrsg.) *Affective development in infancy*. Norwood NJ: Ablex (1986), S. 95-124

Miller, L. B.; Bizzell, R. P.: Long-term effects of four preschool programs: Ninth and tenth grade results; In: *Child Development*, Chicago, Ill.: University of Chicago Press 55 (1984), S. 1570-1587

Miller, L. B.; Dyer, J. L.: Four preschool programs: Their dimensions and effects. Monographs of the Society for Research on Child Development, Chicago, Ill.: University of Chicago Press 40 (1975) (5-6), Serial Nr. 162

NICHD Early Child Care Research Network: The relation of child care to cognitive and language development, In: *Child Development*, Malden MA, USA/Oxford UK: Blackwell 71 (2000), S. 960-980

NICHD Early Child Care Research Network: Child care and children's peer interaction at 24 and 36 months: The NICHD Study of Early Child Care, In: *Child Development*, Malden MA, USA/Oxford UK: Blackwell 72 (2001), S. 1478-1500

NICHD Early Child Care Research Network: Social functioning in first grade: Associations with earlier home and child care predictors and with current classroom experiences, In: *Child Development*, Malden MA, USA/Oxford UK: Blackwell 74 (2003), S. 1639-1681

NICHD Early Child Care Research Network: Does quality of child care affect child outcome at age 4 1/2? In: *Developmental Psychology*, Washington CD: APA 39 (2003), S. 451-469

Rauh, H.: Ein Chromosom zuviel: wie entwickeln sich Kinder mit Down-Syndrom? In: Deutsch W.; Wenglorz M. (Hrsg.): *Zentrale Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Aktuelle Erkenntnisse über die Entstehung, Therapie und Prävention*, Stuttgart: Klett-Cotta (2001), S. 134-163

Rauh, H.; Calvet-Kruppa C.: Ist Bindungssicherheit entwicklungsfördernd für Kindern mit Down-Syndrom? In: *Kindheit und Entwicklung*, Göttingen: Hogrefe 13 (2004), im Druck

Sameroff, A. J.; Chandler, M. J.: Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty, In: Horowitz, F. D. (Hrsg.): *Review of child development research*, Chicago & London: University of Chicago Press (1975), Vol. 4, S. 187-244

Sameroff, A. J.; Fiese, B.: Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention, In: Shonkoff J. P.; Meisels S. J. (Hrsg.): *Handbook of early childhood intervention*. Second edition, Cambridge UK: Cambridge University Press (2000), S. 135-159

Seitz, V.; Apfel, N. H.: Parent-focused intervention: Diffusion effects on siblings, In: *Child Development*, Chicago, Ill.: University of Chicago Press 66 (1995), S. 677-683

Shonkoff J. P.; Meisels S. J. (Hrsg.): *Handbook of early childhood intervention*. Second edition, Cambridge UK: Cambridge University Press (2000)

Simo, S.; Rauh, H.; Ziegenhain, U.: Mutter-Kind-Interaktion im Verlauf der ersten 18 Lebensmonate und Bindungssicherheit am Ende des 2. Lebensjahres, In: *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, München: Ernst Reinhardt 47 (2000), S. 118-141

Warum es für die Kinder- und Jugendhilfe so notwendig ist, Familien frühzeitig zu unterstützen

HEINZ-HERMANN WERNER

Leiter des Jugendamtes der Stadt Mannheim

1. Vorbemerkungen

Zwei kurze und eine etwas längere Eingangs(vor)bemerkung seien mir gestattet:

- (1) Als letzter Redner vor den Diskussionen in den Arbeitsgruppen, nach einer Reihe sehr interessanter Vorträge ist man voll der Informationen und Gedanken – und dieser Zustand hat angesichts der Dichte einen Grad erreicht, der ein Sortieren erforderlich erscheinen lässt, das aber so schnell zumindest mir, obwohl ich mich in der Mittagspause zurückgezogen hatte, nicht möglich war und ist. Daher wird es manchmal vielleicht etwas sprunghaft werden und es wird hier und da zu einer Wiederholung kommen. Letzteres fasse ich aber als ein positives Zeichen der Übereinstimmung auf, denn ich soll eine Position formulieren. Ich greife den Hinweis von Frau Bütow auf, dass der Liaison erst einmal eine Begegnung und – ich füge hinzu – dann eine Annäherung vorausgehen muss, auch um klar zu stellen, wer was in die Liaison einbringt.
- (2) Die Veranstalter bestanden im Übrigen auf den Jugendamtsleiter. Das hat natürlich zur Konsequenz, dass ich – zumal Jurist – vornehmlich zu strukturellen Fragen referieren werde.
- (3) Das Thema meines Beitrages „Warum es für die Kinder- und Jugendhilfe so notwendig ist, Familien frühzeitig zu unterstützen“ macht auf den ersten Blick klar: Es stand und steht außer Frage, dass es für die Kinder- und Jugendhilfe notwendig ist, Familien früh zu unterstützen. Das Warum am Themenanfang ist nicht die Einleitung zu einer Frage, sondern die Aufforderung zu einer oder mehreren Begründungen oder aber auch – um im Bild des Obertitels der Fachtagung zu bleiben – die Aufforderung zum Tanz!

Nach den bisher gehörten Eröffnungsvorträgen und den Fachvorträgen bin ich geneigt, etwas salopp zu formulieren: Wir haben doch gestern und heute morgen aufmerksam zugehört und vielfältige überzeugende Argumente für die Notwendigkeit und Geeignetheit genannt und ausgeführt bekommen! Was noch weiter reden? Packen wir es an!

Oder ich könnte ebenso und noch salopper auf alt bekannte Sprüche verweisen: „*Je früher desto besser.*“ oder „*Vorbeugen ist besser als Korrektur.*“ Oder in der Terminologie der Verwaltungsmodernisierung könnte ich unter einer Bewertung nach den Kriterien des Zukunftsmanagements vortragen: Früherkennung ist ein Wettbewerbsvorteil durch Zeitgewinn.

Fokussiert auf die Kinder unter drei Jahren könnte ich einbringen, dass besonders Säuglinge und Kleinkinder sich nicht selbst helfen können – also muss die Kinder- und Jugendhilfe zur Verwirklichung des Rechts nach § 1 Absatz 1 SGB VIII tätig werden und sicherstellen, dass die wichtige Entwicklungszeit in den ersten drei Jahren des Kindes durch gute Betreuung und Förderung auch entsprechend genutzt wird. Denn schließlich wissen wir um die Zusammenhänge zwischen frühkindlichem Mangel an Betreuung und Förderung und den späteren Problemen dieser Kinder. Wir wissen, dass auch die familiäre Komponente einen bedeutsamen Faktor in der Entstehung und Verfestigung von Entwicklungsdefiziten und antisozialen Verhaltensproblemen darstellt, dies durch negative Interaktionsmuster zwischen Eltern und Kind schon im Säuglingsalter auftreten kann, diese Interaktionsmuster auch wesentlich an der Verfestigung antisozialen Verhaltens beteiligt sind und die Erfolgsaussichten einer Intervention um so geringer sind, je länger eine Störung anhält und je älter die betroffenen Kinder sind.

Diese letzten Hinweise zitiere ich hier aus einer Projektdarstellung einer gemeinsamen Initiative des Stadtjugendamtes Mannheim und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim zur „Prävention antisozialer Verhaltensstörung in Mannheimer Kindergärten“, das wir aus den Erkenntnissen der Mannheimer Risikokinderstudie geplant und beim Bund und Land auf verschiedenen Wegen eingereicht hatten, das aber leider weder beim Bund noch beim Land eine Förderunterstützung erfahren hat. Die Begründung war: Es stehen keine Haushaltsmittel zur Verfügung. Damit wären wir dann auch beim derzeitigen Hauptthema, das nicht nur in der Jugendhilfe alles zu bestimmen scheint: die Finanznot, insbesondere die Finanznot der Kommune und ich hätte vielleicht noch vorher schnell einbringen können, dass vielfach Eltern, die den erzieherischen Aufgaben nicht gewachsen oder damit überfordert sind und deren Kinder am stärksten gefährdet sind, am wenigsten bereit und fähig sind, eigentlich notwendige therapeutische Hilfen in Anspruch zu nehmen und so weiter und so weiter ...

Dann hat mich aber im Titel des Referats das Wörtchen „so“ besonders angesprochen. Es heißt ja: Warum es für die Kinder- und Jugendhilfe **so** notwendig ist, Familien frühzeitig zu unterstützen. Das Wörtchen „so“ drückt etwas Drängendes aus und für mich schimmerte die Frage durch: Warum tut die Kinder- und Jugendhilfe nicht **mehr**, um Familien frühzeitig zu unterstützen, weil es doch so notwendig ist? Also werde ich mich in meinen Ausführungen zum einen mit strukturellen – ich will es mal so bezeichnen – „Erschwernissen“ befassen, zum anderen einen Blick nach vorn richten, wie vielleicht strukturelle Hindernisse überwunden oder umgangen werden können.

2. Der schwere Stand von Familie, Familienpolitik und Familienhilfe bei der Politik und bei großen Teilen der Gesellschaft und damit bei unseren Auftraggebern¹

Geht man auf die Internetseite der Bundesregierung, ist dort unter „Familie Deutschland“ zu lesen: „*Verbesserungen für Familien ziehen sich wie ein roter Faden durch*“

¹ Damit meine ich die Kinder- und Jugendhilfe.

die gesamte Politik der Bundesregierung. Niemals zuvor sind Familien umfassender gefördert worden als heute“. Angeboten wird eine Broschüre mit dem Untertitel „Über 100 Vorteile für das Familienleben“. Abgesehen davon, dass im dreiseitigen Sach- und Schlagwortregister zwar acht Stellenhinweise zum Thema „Kindergeld“ aufgeführt sind, Begriffe wie Kinder- und Jugendhilfe, Jugendamt oder aber auch Erziehungsberatung oder Frühförderung jedoch nicht auftauchen und diese alle wohl nicht als Vorteile eingeschätzt werden oder als solche nicht zu vermitteln sind, geht es bei dem genannten Beispiel des Kindergeldes doch eigentlich darum, dass der garantierte Vorschuss auf die Steuerrückzahlung beziehungsweise die Minderbesteuerung wegen der Kinderfreibeträge pro Monat gewährt werden. Bei Sozialhilfeempfängern kommt im Übrigen das vom Bund an die Eltern überwiesene Kindergeld den Kommunen zugute, was noch einmal nachfragen lässt, worin denn die familienpolitisch fördernde Komponente zu sehen ist.

Auch wenn an den anderen hundert Punkten durch die – wenn nicht rosa-rote, dann rot-grüne – Brille vielleicht doch Verbesserungen für die Familien herausgelesen werden können, bleibt es dabei, dass

- obwohl bekanntermaßen die Anforderungen an Familien, insbesondere auch an ihre Förder- und Erziehungsleistungen höher sind als früher und angesichts des raschen gesellschaftlichen Wandels stetig steigen,
- obwohl ebenso bekanntermaßen die Bedeutung der Familie gerade wegen dieser Anforderung steigt,

der in Artikel 6 Grundgesetz formulierte politische Auftrag, die Familie zu schützen und zu fördern, nicht hinreichend erfüllt wird und Familienpolitik – wenngleich oftmals als zentrales Feld der Gesellschaftspolitik benannt – nicht als das vorrangige Politikfeld wahrzunehmen ist. Vereinzelt aner kennenswerte Bemühungen haben (noch) nicht erreicht, Familienpolitik in der politischen Prioritätenskala entscheidend nach vorn zu bringen.

Jedoch nehme ich Tatsachen, dass beispielsweise Frau Bundesministerin Renate Schmidt beim Deutschen Fürsorgetag in ihrem Eröffnungsbeitrag die Familienpolitik in den Mittelpunkt gestellt hat oder sich Länder wie Hessen oder Baden-Württemberg als familienfreundliche Bundesländer proklamieren als hoffnungsfrohe Zeichen einer vielleicht erfolgreicher en neuen Entwicklung. Denn solche politischen Bekenntnisse, gepaart mit entsprechenden Programmen haben einen entscheidenden Einfluss auf die politische Meinungsbildung auf den verschiedenen Ebenen von Bund, Ländern und Gemeinden und haben damit Einfluss auf die Mittelbereitstellung und damit auch auf die Auftragserteilung seitens der Politik an das örtliche Jugendamt zur Gestaltung und Ergreifung notwendiger und geeigneter Maßnahmen zur Stärkung und Unterstützung von Familien vor Ort.

Kommunale Beispiele wie das der Stadt Nürnberg sind (noch) eher die Ausnahme. Der Nürnberger Stadtrat hatte im Juni 2000 den einstimmigen Beschluss gefasst, ein breites gesellschaftspolitisches „Bündnis für Familien“ in Nürnberg zu initiieren. Damit

soll ein entscheidender Beitrag für eine „neue Kultur des Aufwachsens“ geleistet werden. Ziel des „Bündnisses für Familien“ ist es, die Lebenssituationen und Lebensbedingungen von Familien stärker in den Mittelpunkt kommunalpolitischen Handelns zu rücken und der strukturellen Benachteiligung von Familien mit Kindern entgegenzuwirken. Auch wir in Mannheim haben ein solches Bündnis gerade auf den Weg gebracht. Und ich halte eine solche Signalwirkung in die Kommunalpolitik und die Bürgerschaft hinein für außerordentlich wichtig und prozessfördernd, will man zu einer stärkeren gesellschaftlichen Wahrnehmung von Familienpolitik und ihrer Bedeutung sowie Notwendigkeit und damit zu einer Vermehrung konkreter familienpolitischer und familienbezogener Maßnahmen kommen.

Die Wirkung in die Bürgerschaft hinein und das Erreichen ihrer Mitwirkung ist deshalb bedeutsam, weil die Leistungen der Familie oder die Leistungen in den Familien auch gesellschaftlich keine hinreichende Anerkennung finden. Sie werden großenteils immer noch als „Privatsache“ angesehen. Im 5. Familienbericht wurde von einer strukturellen Rücksichtslosigkeit der staatlichen, ökonomischen und gesellschaftlichen Einrichtungen gegenüber der Familie gesprochen und es bleibt auch heute noch die katastrophale Feststellung zu formulieren, dass Kinder zu haben und damit Familie zu sein in unserer Gesellschaft das wesentliche Armutsrisiko darstellt.

In der Bundesrepublik Deutschland leben gegenwärtig mehr als 1,1 Millionen Kinder und Jugendliche in Haushalten, die Sozialhilfe erhalten. In Mannheim erhalten rund 16 Prozent der Kinder zwischen 0 bis 7 Jahren Sozialhilfe. Es gibt in Mannheim 3.500 Haushalte mit zirka 7.000 Kindern unter 18 Jahren als Bedarfsgemeinschaften der Sozialhilfe. Und die Zahl weist im Verlauf der vergangenen drei Jahre eine steigende Tendenz auf. 35,4 Prozent der Mannheimer Haushalte, die Hilfe zum Lebensunterhalt bekommen, sind Haushalte mit Kindern. Dieser Skandal scheint zwischenzeitlich zu normal, um Schlagzeilen in den Medien zu bilden.

Wissen Sie im Übrigen, was im Kontext unserer Tagung heute für ein denkwürdiger Tag ist? Durch Zufall habe ich heute morgen im Frühstücksfernsehen die Nebenbemerkung aufgefangen, dass heute der von der UNO proklamierte „Internationale Tag der Familie“ ist. Es kam kein Bericht zu diesem Thema und auch bei meiner Durchsicht verschiedener Zeitungen konnte ich keinen Artikel zu diesem Tag aufspüren. Aber der Blick ins Internet hat bestätigt: Heute ist Weltfamilienstag. Für mich ist dies ein aussagekräftiges Beispiel für den Stellenwert von Familie in Deutschland.

3. Mangelnder Stellenwert von Prävention

Bei der zunehmenden Knappheit kommunaler Haushalte wird es immer schwerer, für gezielte und gut begründete Präventionsprojekte, was früher noch möglich war, entsprechende Haushaltsmittel bereitgestellt zu bekommen. Ich habe dies bereits an dem Beispiel des geplanten Präventionsprogramms zum antisozialen Verhalten in Kindergärten deutlich gemacht. Hier spielt einerseits die Entscheidungslosigkeit angesichts der in der Tat katastrophalen kommunalen Haushalte eine Rolle, andererseits kommt

aber in solchen Zeiten doch auch die Einstellung zum Ausdruck, dass Präventionsprogramme eher dem Freiwilligkeitsbereich zuzuordnen sind und die Haushaltslage eben eine Konzentration auf die unabweisbaren Pflichtaufgaben erforderlich macht. Daher sind derartige vorhandene Projekte als erste gefährdet, wenn der Rotstift des Sparens in den Kommunen angesetzt wird.

Wer da noch um Prävention streitet, gerät – ich zitiere den Vorsitzenden der SPD-Fraktion im Mannheimer Gemeinderat, Herrn Dr. Mentrup – schnell in die argumentative Defensive, droht politisch als Sozialromantiker zu enden. Doch dazu – so Mentrup in der diesjährigen Januarausgabe der Monatszeitschrift für Kommunalpolitik der SPD „DEMO“ – bestehe kein Anlass. Denn was an Präventionsidee früher oftmals dem gesunden Menschenverstand entsprang, sei jetzt durch vielerlei Ergebnisse von Studien und evaluierter Alltagserfahrung schwarz auf weiß belegt, dränge sich als neue Strategie auf. Aus Prävention müsse qualifizierte Frühintervention werden, nur so lassen sich die Erziehungshilfe-, Bildungs-, PISA-, Arbeitsmarkt- und damit die Zukunftsfragen unserer alternden Gesellschaft nachhaltig und finanzierbar lösen. Mentrup erläutert dies an Erkenntnissen aus Einschulungsuntersuchungen, aus der Mannheimer Risiko-Kinder-Studie, aus interkommunalen Vergleichen usw.

Ich teile diese Auffassung und möchte daher dem Hinweis von Prof. Häfeli, Prävention verfüge über ungenügende Wirkungsforschung, entgegen halten, ob es denn bei den reaktiven Hilfen so anders aussieht. Es erscheint mir vielmehr insgesamt ein erhebliches Defizit bei der Wirkungsforschung in der Jugendhilfe zu bestehen. Jedenfalls wissen wir bei dem anzutreffenden Wenigen aus den vorhin genannten Erhebungen und Untersuchungen, dass bei Fehlen rechtzeitiger Förderung und frühzeitiger Intervention Entwicklungs- und Verhaltensstörungen in vielen Fällen einen chronischen Verlauf mit ungünstiger Prognose zeigen. Letztlich setzt sich solch eine Entwicklung oftmals in die nächste Generation fort, wenn die Kinder und Jugendlichen nunmehr selbst Eltern werden und vor dem Hintergrund ihrer „Erfahrungen“ den sich nunmehr ihnen stellenden erzieherischen Aufgaben nicht gewachsen sind. Diesem Aspekt der „Dynamisierung“ kann in der Tat nur durch Prävention im Sinne von frühzeitiger Intervention begegnet werden.

4. Das Elternprimat

Die schwierige Balance zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Elternverantwortung ist ein weiterer Prüfstein in der Frage, wie eine frühzeitige Unterstützung der Familie durch die Kinder- und Jugendhilfe erreicht werden kann.

„Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht“ – die Wiederholung des Artikel 6 Absatz 2 Satz 1 Grundgesetz und § 1 Absatz 2 Satz 1 SGB VIII stellt noch einmal deutlich auch für das Kinder- und Jugendhilferecht den Vorrang der Position der Eltern heraus. Die subsidiäre Position des Staates wird in dem hier zu betrachtenden Kontext noch dadurch „belastet“, dass beispielsweise das Bundesverfassungsgericht in seiner Begründung für

die primäre Entscheidungszuständigkeit der Eltern in einer Entscheidung 1982 sogar ausdrücklich in Kauf genommen hat, dass das Kind durch eine solche Entscheidung im Einzelfall Nachteile erleidet, weil die elterliche Interpretation des Kindeswohls der staatlichen gegenüber vorrangig sei.

Als „Belastung“ der Subsidiaritätsdiskussion würde ich ebenso zum Beispiel die Klage von Eltern gegen das Land Sachsen-Anhalt bei der Einführung der festen Öffnungszeiten in Grundschulen bezeichnen, wenn die Eltern vortragen, dass das Land/der Staat ihnen für weitere sechs Stunden pro Woche ihre Kinder entzöge und damit ihr grundgesetzlich verankertes Erziehungsrecht verletze. Die Eltern klagten durch alle Instanzen bis zum Bundesverfassungsgericht – und haben Gott sei Dank verloren. Aber diese Einstellung deckt sich mit vielen politischen Argumenten gegen die Erweiterung des Ganztagsschulangebotes. Dabei ist die Fragestellung im Verhältnis Staat und Eltern doch eine ganz andere, nämlich: Wie beteilige ich Eltern an der Gestaltung des Ganztagsschulangebotes?! Das ist doch die wesentliche Achtung und Beachtung des Elternprimats, zumal die Ganztagsschule ein freiwilliges und kein Pflichtangebot ist.

Natürlich ist im Zusammenhang mit dem Elternprimat auf die Aufgabenstellung der Kinder- und Jugendhilfe § 1 Absatz 3 SGB VIII hinzuweisen, die insbesondere das staatliche Wächteramt dahingehend erläutert, dass sowohl Eltern bei der Erziehung zu beraten und zu unterstützen als auch Kinder vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen sind. Das heißt, beide Handlungsebenen sind eigenständige Aufgabenbereiche, jedoch ist das Jugendamt – wie andere Dritte auch – von der Erziehung ohne die Zustimmung der Eltern grundsätzlich ausgeschlossen. „Das natürliche“ Recht der Eltern geht den gesetzten Rechten des Staates vor.¹

Diese theoretische Positionierung führt in der Praxis gerade bei denjenigen, die Unterstützung und Hilfe bräuchten, aber eine solche Unterstützung nicht annehmen wollen, dazu, dass die Angebote ins Leere laufen, bis der konkrete Gefahrenschutz Handlungsmöglichkeiten, weil Handlungsnotwendigkeiten schafft. Hier muss Jugendhilfe im Interesse der Kinder, insbesondere der kleinen Kinder, die nicht die Möglichkeit eigener Artikulation haben, auf die Eltern zugehen, sie auf Unterstützung und Unterstützungsnotwendigkeiten ansprechen, ja sich gleichermaßen aufdrängen, um frühzeitiger als im Reaktionsschema erzieherischer Hilfen tätig werden zu können. Jugendämter arbeiten in der Kinder- und Jugendhilfe und wenn es um Konflikte zwischen Elternrechten und Rechten der Kinder geht, primär in der Hilfe für Kinder und Jugendliche.

5. Erziehungsziele und Erziehungsstile

Jede gesellschaftliche Entwicklung braucht Ziele. Die „neue Unübersichtlichkeit“ (Jürgen Habermas) führt dazu, dass solche Ziele unklarer werden. Sie werden in Frage

¹ Jans, Karl-Wilhelm; Happe, Günter; Saurbier, Helmut; Maas, Udo: Kommentar zum Kinder- und Jugendhilferecht, Stuttgart: Kolhammer (1991), § 1 SGB VIII Rn. 65

gestellt, kontrovers diskutiert und vieles verbleibt im Ungefähren und Ungenauen. Etiketten wie „Individualisierung“ und „Pluralisierung“ oder „Differenzierung“ oder „Wertewandel“ skizzieren die gesellschaftlichen und kulturellen Modernisierungsprozesse und die strukturellen wie sozio-kulturellen Auswirkungen auf Kindheit, Jugend und Familie. Diese Anforderungen führen natürlich immer wieder zur Erneuerung und auch Erweiterung des Aufgabenverständnisses der Kinder- und Jugendhilfe – ein Prozess, der dauerhaft ist und dauerhaft bleiben muss.

Auch die gesetzlichen Formulierungen haben sich geändert. Im Kinder- und Jugendhilfegesetz wird von der Entwicklung und Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit gesprochen. In den Vorgängern, dem Reichsjugendwohlfahrtsgesetz und dem Jugendwohlfahrtsgesetz, war von der „*leiblichen, seelischen und gesellschaftlichen Tüchtigkeit*“ die Rede. Damit betont das Kinder- und Jugendhilfegesetz die Persönlichkeit des jungen Menschen und stellt damit die **individuelle** Perspektive anstelle der sozialen Perspektive in den Vordergrund.

Gemeinsam sind beiden Zielsetzungen die Entfaltung der notwendigen menschlichen Potenziale, um selbstbestimmend und eigenständig ein Leben als Individuum und in der Gemeinschaft zu gestalten und den Leistungsanforderungen des Lebens genügen zu können. Mag demnach das Grundgerüst bei den Erziehungshilfen noch erkennbar sein, so ist jedoch die Konkretisierung von einem Prozess der Pluralisierung in unserer Gesellschaft bestimmt, der es Eltern wie jungen Menschen selbst zunehmend schwer macht, eine den jeweiligen Lebenssituationen angemessene Einbeziehung von Erziehungszielen zu erreichen. Dies schafft zum Teil erhebliche Unsicherheiten bei Eltern, aber – das will ich betonen – auch bei Erzieherinnen und Sozialarbeiterinnen. Hierin liegt eine erhebliche Herausforderung an die Fachkräfte der Jugendhilfe und eine Herausforderung an die Beziehungen zwischen Eltern und Kindern sowie Jugendlichen einerseits und Fachkräften der Jugendhilfe andererseits. § 3 Absatz 1 SGB VIII stellt fest, dass die Jugendhilfe durch die Vielfalt von Trägern unterschiedlicher Wertorientierung und die Vielfalt von Inhalten, Methoden und Arbeitsformen gekennzeichnet ist. Dies bedeutet aber, dass die Kennzeichnung von Erziehungszielen deutlich werden muss.

Gerade bei der Hilfeplanung im Rahmen der Hilfe zur Erziehung ist es notwendig und von besonderer Bedeutung, eine konkrete differenzierte Beschreibung von Erziehungszielen im Hilfeplan festzustellen und festzuhalten – ein Arbeitsfeld, auf dem noch einiges aufzuarbeiten ist. Aber nur wenn hier präzise und transparent gearbeitet wird, kann ein Hilfefall auf den Erfolg hin ausgerichtet und gesteuert werden. Nur so kann später etwas über Wirkungen von Hilfen ausgesagt werden.

Ergänzend ist in diesem Zusammenhang noch zu bedenken, dass das Verständnis von Erziehung und Kindeswohl schichtspezifisch geprägt ist. Insbesondere bei Intervention seitens der Jugendhilfe ist die Gefährdung des Kindes in der Familie mit den Gefährdungen bei Herausnahme des Kindes und Unterbringung in einer anderen Familie oder in einer Einrichtung sorgfältig miteinander abzuwägen. Ein Abbruch der Beziehung zwischen Kind und Eltern schädigt gerade auch in den ersten Lebensjahren die

kindliche Entwicklung, da dieser Abbruch zunächst einmal dem Kind die Basis für das Urvertrauen in die Welt und sich selbst entzieht.

Gerade die Erkenntnis um die schädigenden Folgen einer Trennung von Kindern und Eltern und der gesetzlichen Vorgabe des § 1666 a BGB, dass eine Trennung des Kindes von den Eltern nur erfolgen darf, wenn einer Gefahr für das Kindeswohl nicht auf andere Weise, auch nicht durch öffentliche Hilfen, begegnet werden kann, macht den Abwägungsprozess besonders schwierig. Aus meiner Sicht spielt für die Ebene der Mitarbeiterschaft eine Rolle, dass Bindungsforschung und Entwicklungspsychologie über Zeiten als absolut gesetzt wahrgenommen werden konnten oder wahrgenommen worden sind, nunmehr sich aber immer stärker ausdifferenzieren und höchst unterschiedliche Qualitäten von Bindungen ausweisen – bis hin zu höchst negativen Bindungswirkungen. Auch in den Beiträgen dieser Tagung sind zum einen stringente Positionen vertreten worden; es wurde aber immer wieder auf andere Positionen hingewiesen.

Ein Nebel der Unsicherheit zieht gleichermaßen bei den Erziehungsstilen auf. Auch hier bringt die Medialisierung unseres Lebensalltags eine Vielfalt von Angeboten, die einem gerade in Überforderungssituationen eigentlich weniger als Hilfe erscheinen können. Erziehung erfordert viel an Mut, an Mut auch zu einem eigenen Stil, da es eine perfekte Erziehung nicht gibt, Mut aber auch, sich Rat bei Dritten und bei Profis zu suchen. In der medialen Unterstützung fehlt es oft an solchen Hinweisen, zum Beispiel auf Jugendämter und freie Träger, auf Beratungsstellen, auf soziale Dienste, auf Tageseinrichtungen usw.

Vielleicht sollte die Jugendhilfe hier mehr in die Offensive gehen und auch im Jugendamt selbst eine verstärkte Diskussion zu Erziehungszielen und Erziehungsstilen führen und die Ergebnisse transparent machen. Wir sind im Mannheimer Jugendamt gerade dabei, zehn wesentliche Erziehungsschritte zu einer erfolgreichen Erziehung zu formulieren, auf deren Grundlage nicht nur die Arbeit des Jugendamtes ausgerichtet sein soll, sondern die wir beispielsweise auch in den Tageseinrichtungen für Kinder aushängen und damit in den gemeinsamen Entwicklungsprozess der pädagogischen Arbeit mit den Eltern einbringen werden.

6. Wer das alles bezahlen soll ...

Es wäre unvollständig wie unverantwortlich von mir, wenn ich diese Frage nicht auch in meine Betrachtung mit einbeziehen würde. Das erweiterte Aufgabenverständnis in der Kinder- und Jugendhilfe wie auch die Suche nach differenzierten Antworten auf die vielschichtigen Problemlagen und sich ändernden Herausforderungen führen natürlich zu einem Anstieg der Kosten. Aber die Kostenfrage ist unterschiedlich zu betrachten und zu bewerten.

So muss zunächst einmal ein Aufgabenverständnis klar festgestellt und zugeordnet sein. Dabei führt in der Praxis eine stärkere rechtliche Absicherung, wie sie von Prof.

Dr. Wiesner eingebracht worden ist, nur dann zu einer verbessernden Entwicklung, wenn der neuen Aufgabenzuweisung auch die Geldzuweisung folgt. Der Bund ist in der Pflicht, für eine solide Finanzausstattung der Kommunen zu sorgen. Der Bundespräsident hat dies bei der zu unserer Veranstaltung parallel laufenden Hauptversammlung des Deutschen Städtetags in Mannheim deutlich angesprochen.

Gegenwärtig erleben wir doch einen massiven Verschiebepbahnhof seitens des Bundes und der Länder zu Lasten der Kommunen. In der kommunalen Jugendhilfe erleben wir zudem einen Verschiebepbahnhof seitens der Krankenkassen, seitens der Schule, seitens der Arbeitsverwaltung usw. Überall werden Sparvorgaben gesetzt und die Jugendhilfe soll in den Einzelfällen, die durch die Sparvorgaben nicht wegfallen, als Ausfallbürge eintreten. Das ist ordnungspolitisch nicht in Ordnung! Eine klare ordnungspolitische Zuordnung ist im Übrigen nicht nur für die Finanzausstattung, sondern zudem für die Gestaltung einer guten und erfolgreichen Kooperation zwischen den beteiligten Institutionen außerordentlich wichtig.

Das ist für mich der eine Pol der Finanzdebatte. Den anderen will ich an folgendem Beispiel deutlich machen: Gerade in der vergangenen Woche saß ich mit Kolleginnen und Kollegen der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Zentralinstitut in Mannheim zur Auswertung eines vor drei Jahren gemeinsam initiierten und begonnenen Projekts einer Intensivgruppe für stark seelisch behinderte Kinder nach § 35 a SGB VIII zusammen. Ich halte es für erforderlich, offensiv damit umzugehen, dass eine solche Hilfe Kosten verursacht, die umgerechnet auf die einzelne Person und auf den einzelnen Tag bei über 220 Euro liegen. Zu diesen und ähnlichen Kosten müssen wir uns klar bekennen – und uns nicht ihrer schämen – und deutlich machen, dass ansonsten die notwendige und geeignete Hilfe nicht gewährt werden kann.

Das bedeutet nicht, unkritisch mit den Kosten umzugehen. Ich bin der Auffassung, dass das Kostenbewusstsein in der Sozialarbeit und in der Erziehungshilfe noch weiter geschärft werden und eine kritische Kostenbetrachtung dazu führen muss, noch einmal über die Ausgestaltung und Standards der Angebote nachzudenken. Und es ist natürlich wichtig, mehr über die Erfolge und Wirkungen der einzelnen Maßnahmen zu wissen. Aber dort, wo diese kritische Betrachtung durchgeführt worden ist, muss es ein klares Bekenntnis zu dem gefundenen Ergebnis geben.

Kritische Überprüfungen und Offenlegungen halte ich ebenfalls deswegen für erforderlich, weil angesichts der Entwicklung der kommunalen Haushalte zukünftig zu erwarten ist, dass auch die Erziehungshilfemittel in den Haushalten durch so genannte Budgetierungen „gedeckelt“ werden. Und in die Diskussion zur Frage, wer das alles bezahlen soll, muss natürlich der Aspekt erfolgreichen Handelns durch frühzeitige Intervention wieder eingebracht und die Verknüpfung zwischen derartigem erfolgreichen Handeln und kostengünstigem Wirken hergestellt werden.

Insoweit will ich gern noch einmal daran anknüpfen, dass Frau Bundesministerin Renate Schmidt Familienpolitik in den Mittelpunkt ihrer politischen Zielsetzungen stellt, wie sie es – ich habe es bereits erwähnt – bei der Eröffnung des 76. Deutschen Fürsor-

getags in der vergangenen Woche in Freiburg bei der Eröffnungsrede noch einmal ausdrücklich herausgestellt sowie die Bedeutung der Qualität frühkindlicher Erziehung, Betreuung und Bildung und die Notwendigkeit frühkindlicher Förderung besonders angesprochen hat. Denn Frau Ministerin Renate Schmidt ist in der Tat sehr Recht zu geben, wenn sie sagt: „*Die Qualität der Erziehung beeinflusst entscheidend den späteren Lebensweg*“.

7. Was Jugendhilfe zur Beförderung oder zur Optimierung frühzeitiger Hilfen für Kinder und ihre Familien tun kann

Angesichts der Tatsache, dass hierzu schon vieles bei dieser Veranstaltung vorgetragen worden ist, will ich mich auf eine Vorbemerkung und auf zwei Aspekte konzentrieren.

Die **Vorbemerkung** ist eine Aufforderung an die Jugendhilfepraxis, ihre **Vielfalt an Diensten und Leistungen** zu erhalten und weiterzuentwickeln und darüber in einem Praxiserfahrungsaustausch zu bleiben und diesen Praxisaustausch auch mit den anderen Disziplinen zu pflegen. Wer an dem Pre-Conference-Workshop II teilnehmen konnte, hat die Vielfalt der kommunalen und freien Jugendhilfe und vor allem die hohe Qualität der Angebote wahrnehmen können.

Der **erste Aspekt** bezieht sich auf die **Kooperation und Vernetzung verschiedener Angebote und Institutionen**. Dies kann in bestimmten Projekten entstehen, wie wir es in Mannheim erfolgreich in einem Projekt „Kinder mit psychisch kranken Eltern“ praktiziert haben. Die Vernetzung der Psychologischen Beratungsstelle eines freien Trägers mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit und dem Sozialdienst des Jugendamtes waren und sind eine wesentliche Voraussetzung für dieses besondere präventive familienorientierte Angebot, das integrierte Hilfen aus dem Bereich Sozialpsychiatrie und Jugendhilfe mit dem Ziel anbieten möchte, die Lebenssituation von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern zu verbessern und somit psychischen Störungen vorbeugen zu können.¹

Vernetzung und Kooperation ist aber auch ganz allgemein wichtig. Und gerade mit Blick auf die Zielgruppe der Säuglinge und Kleinkinder bis zum Kindergartenalter halte ich eine regionale enge Zusammenarbeit zwischen sozialen Diensten, psychologischen Beratungsstellen, Tageseinrichtungen, Hebammen, Kinderärzten, Familienhelferinnen usw. für sinnvoll, um frühe Hilfen zu forcieren und erfolgversprechend anzulegen. Dabei erscheint mir eine Mischung aus Komm- und Geh-Struktur notwendig zu sein.

Ich kann mir insbesondere die Tageseinrichtungen für Kinder als wichtige „Drehscheibe“ verschiedener Aktivitäten vorstellen. Die Tageseinrichtungen für Kinder sind wegen ihrer Elternabende, wegen der Elterncafés und der Elternstammtische – zu all diesen Gelegenheiten werden beispielsweise schon jetzt Externe aus Beratungsstellen

¹ siehe Abschlußbericht des Diakonievereins im Diakonischen Werk Mannheim e.V., C 3, S. 5-6, zu beziehen über: Kinderprojekt Mannheim – Kinder mit psychisch kranken Eltern, 68159 Mannheim

oder aus Kinderarztpraxen eingeladen – und auch wegen der vielen Einzelgespräche der Erzieherinnen mit den Eltern über die Erziehung und die Entwicklung des jeweiligen Kindes von den Eltern als kompetent anerkannt und damit wichtige Gesprächspartner in Fragen der Eltern- oder Familienbildung. Die Einrichtungen sind wegen des Grundversorgungsscharakters ihrer Angebote als Orte für familienunterstützende Angebote gleich welcher Art „unverdächtig“ und damit außerordentlich niedrigschwellig. Ziel könnte es daher sein, diese akzeptierten Gelegenheiten auch für die Kinder unter drei Jahren und ihre Eltern zu nutzen, unabhängig davon, ob es in der Einrichtung ein Krippenangebot gibt oder ob das Kind eventuell die Krippe besucht. Für solche Aktivitäten müssen natürlich die notwendigen Ressourcen bereitgestellt werden. Wichtig ist dabei, die Eltern als Zielgruppe und Mitwirkende in den Blick zu nehmen. Gerade wegen der Bedeutung von Bildung und zur Unterstützung von Chancengleichheit für alle Kinder wird der institutionelle Rahmen einer Tageseinrichtung auch für Kinder unter drei Jahren eine zunehmend grundlegende Bedeutung erhalten.

Ein weiterer wesentlicher Beitrag zur Entwicklung einer richtigen Einschätzung der Jugendhilfe als Beratungsinstanz für Fragen der Erziehung und Entwicklung des Kindes und damit möglicherweise Hilfeinstanz bei den Eltern liefert eine gute und tragfähige Kooperation zwischen Familienbildung und Beratungsstelle, sozialen Diensten und Tageseinrichtungen. Dies lässt sich sowohl durch zentrale Veranstaltungen erreichen, wie sie die Mannheimer Jugendhilfe zum Beispiel seit Jahren mit der Abendakademie und der Familienbildungsstätte betreibt, als beispielsweise auch Veranstaltungen der Abendakademie in Gemeinschaftszentren in sozialen Brennpunkten, in denen auch der Soziale Dienst vertreten ist und das Jugendamt insgesamt eine hohe Präsenz zeigt. Zu denken ist aber auch an die vielen Mutter-Kind-Gruppen oder sonstige Aktivitäten im Rahmen der Familienselbsthilfe. Hier ist es einfach wichtig, dass Jugendhilfe Präsenz zeigt und ihre Kompetenz sowie ihre Ressourcen deutlich anbietet.

Ein anderer Ansatz, der mir sehr einleuchtet und von dem ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mir sagen, dass es ihn in ähnlicher Form der Mütterberatung schon vor vielen Jahren gegeben habe, ist der, Familien in schwierigen familiären Verhältnissen durch gezieltes Aufsuchen zu erreichen, die ansonsten über offene Angebote der Kommstruktur nicht erreicht werden. Diese Form der Frühintervention in Familien wird gegenwärtig in dem Modellprojekt „Schritt für Schritt“ („Opstapje“) an verschiedenen Jugendamtsbezirken vom Deutschen Jugendinstitut begleitet und ausgewertet. Es ist eine Entwicklung von in den Niederlanden und in Israel praktizierten Hausbesuchsprogrammen für Kleinkinder aus sozial benachteiligten Familien. In Kategorien der Erziehungshilfe gedacht, erinnert der Modellversuch an die Sozialpädagogische Familienhilfe.

Das Hausbesuchsprogramm verstehe ich im Vergleich zur Sozialpädagogischen Familienhilfe als präventives Angebot. Der Vorteil dieser Hausbesuche ist sicherlich das Erfassen der gesamten Familienkonstellation, also nicht nur die Mutter und das Kleinkind, sondern auch Vater und Geschwisterkinder. Interessant finde ich dabei, dass bei den Hausbesucherinnen eine pädagogische Ausbildung nicht zur Bedingung gemacht wird, sondern durch entsprechende Schulungen lebenserfahrene, problembewusste

und kontaktfreudige Mütter auf diese Tätigkeit vorbereitet und durch sozialpädagogische Fachkräfte angeleitet und fachlich begleitet werden.

Durch dieses Angebot als Grundversorgung wird jede Familie erreicht und die Art und Intensität des Einsatzes macht sich an der konkreten Bedarfslage fest. Der Vorteil einer solchen Regelung liegt meines Erachtens darin, dass es sich hier um eine wirklich familienunterstützende Maßnahme handelt und nicht um eine erzieherische Hilfe. Im Einzelfall kann sich so etwas daraus entwickeln, ist aber nicht Voraussetzung für ein Tätigwerden in der konkreten Beratung und Unterstützung junger Familien in der anfänglichen Familienzeit. Ein solcher Ansatz hat zudem den Vorteil, dass die nicht erziehungshilfebegründete Vorgehensweise eine Stigmatisierung der Betroffenen vermeidet und damit die Akzeptanz befördert.

Ich will in diesem Zusammenhang einbringen, dass ich es aber auch für notwendig halte, Eltern konkret in die Pflicht zu nehmen und mit ihnen Vereinbarungen zu treffen, die sie einhalten müssen. Ich denke da an Besuche beim Kinderarzt, an die Einhaltung der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und ähnliches mehr. Die Nicht-Einhaltung solcher Verpflichtungen darf nicht folgenlos bleiben. Es erscheint mir bezeichnend, dass die TÜV-Untersuchungen beim PKW von allen als gesetzgegeben akzeptiert werden, daher die Vorgaben befolgt und Termine eingehalten werden, weil ansonsten auch die Stilllegung des PKW und ein Bußgeld drohen, aber bei den Vorsorgeuntersuchungen und notwendigen Impfungen der Kinder ein solches Selbstverständnis nicht anzutreffen ist.

Das meine ich nicht nur mit Blick auf mögliche Sanktionen, sondern auch mit Blick auf Hindernisse bei der Sicherstellung – beispielsweise wegen des Datenschutzes. Gerade bei der Auswertung kritischer Fälle in Mannheim ist mir aufgefallen, dass beispielsweise die Eltern, die vom Jugendamt zum Besuch des Kinderarztes angehalten worden sind, den Kinderarzt des Öfteren gewechselt haben, um sich diesem Kontrollsystem auf ihre Weise zu entziehen. Mir will nicht einleuchten, dass wir als ein wesentliches Erziehungsziel den Eltern vermitteln, ihren Kinder auch Grenzen zu setzen, ihnen selbst aber solche Grenzen nicht aufzeigen, obwohl es sich hier doch ebenfalls um eine Art Erziehungsprozess handelt. Wenn Jugendhilfe bei einer solchen Vorgehensweise nicht die notwendige Legitimation hat, muss sie sich der Unterstützung des Familiengerichts versichern. In kritischen Einzelfällen, die noch keine zugespitzten Krisensituationen darstellen, habe ich familiengerichtliche Anordnungen und Auflagen zu bestimmten Verhaltensweisen der Eltern als sehr hilfreich und die Entwicklung positiv befördernd empfunden.

Der **zweite Aspekt** betrifft **notwendige Präventionsarbeit**, die bei den Kindern und Jugendlichen direkt ansetzt und letztlich doch einen konkreten familienorientierten Ansatz verfolgt. Ich meine hier die vielfältigen Gewaltpräventionsprogramme in den Tageseinrichtungen für Kinder und in den Schulen. Kinder haben ein Recht auf Erziehung und auf klare Regeln. Wichtige Maßstäbe sind dabei das Recht auf gewaltfreie Erziehung und das Lernen gewaltfreier Konfliktregelung. Ich sehe daher in diesen Angeboten wichtige präventive Maßnahmen, die schon sehr frühzeitig die gewaltfreie Erziehung einüben.

Ich will noch einen ganz anderen Gedanken zu der Frage streifen, warum es für die Kinder- und Jugendhilfe so notwendig ist, Familien frühzeitig zu unterstützen – ein Gedanke, der sich mit der strafrechtlichen Relevanz sozialarbeiterischen Handelns befasst. Strafgerichte haben in den vergangenen Jahren in verschiedenen Fällen bestimmt, dass eine frühzeitige Intervention in einer Familie angezeigt war, da eine konkrete Gefahr für das Kind durch akut drohende oder bereits geschehene Kindesvernachlässigung oder Kindermisshandlung bestand. Bei der strafrechtlichen Beurteilung, wie sie in den Fällen in Osnabrück oder auch in Mannheim bekannt geworden sind, stand im Hintergrund, dass die Eltern auf die Grundbedürfnisse des Säuglings – richtige Ernährung, richtige Körperpflege – nicht hinreichend eingegangen waren und es deswegen zu einer die Gesundheit und das Leben des Säuglings bedrohenden Vernachlässigung gekommen ist. Dieser strafrechtliche Hinweis ist sozusagen von hinten aufgezogen noch einmal eine dringliche Aufforderung, auf Familien frühzeitig zuzugehen und sie frühzeitig zu fördern.

Schließlich und endlich will ich im Sinne eines perspektivischen Blicks noch einmal vor allem der Kooperation und Vernetzung verschiedener Institutionen und Angebote das Wort zu reden. It takes more than two to tango, wurde bereits von Frau Blankenburg in ihrem Grußwort angemerkt. Nur in der Gemeinsamkeit werden wir die Herausforderungen in der täglichen Praxis erfolgversprechend angehen können.

Was die direkte Zusammenarbeit anbelangt, blicken wir in Mannheim auf einen großen Erfahrungsschatz in der Kooperation mit der Schule in verschiedenen Präventionsprogrammen oder mit der Polizei im Rahmen von Gewaltprävention und Delinquenzprophylaxe zurück. In früheren Zeiten hätte man zu den Problem- und Projektbeschreibungen die Notwendigkeit zusätzlicher Mittel vorgetragen. Dies wurde aber angesichts fehlender finanzieller Mittel – sehr einfach ausgedrückt – im Wesentlichen durch Kooperation zwischen den verschiedenen Institutionen ersetzt.

Wesentliche Voraussetzung dafür war und ist, auf der Leitungsebene der verschiedenen Institutionen einen gemeinsamen Vorrang von Zielen und Wegen zu formulieren, damit auf dieser Basis bei allen Kooperationspartnern die Ressourcen bereitgestellt werden. Wir haben als Kinder- und Jugendhilfe immer wieder die Federführung übernommen, die auch sehr wesentlich für ein Gelingen der Vorhaben ist. Ich entnehme vielfältigen Beiträgen bei dieser Veranstaltung, dass diese Federführung wieder einmal von der Jugendhilfe gewünscht oder sogar erwartet wird.

In diesem Zusammenhang will ich zur Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendhilfe etwas zum Umgang miteinander sagen. Ich tue dies vor dem Hintergrund einer außerordentlich guten Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut in Mannheim, was sich in vielen Projekten und in enger Zusammenarbeit in Hilfeplanungskonferenzen etc. dokumentiert. Ich tue dies nicht nur im Zugestehen, dass – wie immer – Anwesende ausgenommen sind, sondern konkret hier bei den Vertretern der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Anerkennung und Respekt des gezeigten Engagements, wie es durch diese und bei dieser Veranstaltung deutlich geworden ist.

Aber ich erlaube mir aus der Mannheimer Entwicklung wie auch aus Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen den Hinweis, dass es für die Kooperation – wie gerade auch beim Tango – wichtig ist, sich auf gleicher Augenhöhe anzublicken. Dies setzt bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendhilfe Selbstvertrauen, aber auch Wahrnehmung von Akzeptanz und Respekt sowie die Anerkennung der Wichtigkeit und Bedeutung voraus. Hat dieser Gesichtspunkt bei den Kooperationen mit Polizei oder Schule keine Rolle gespielt, habe ich das in der Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder aber auch mit der Kinderklinik aus den genannten Zusammenhängen teilweise etwas anders wahrgenommen. Und ich muss aus der Erfahrung in Mannheim sagen, es war ein langer Weg der Annäherung, sich in bestimmten Situationen als ein Team mit unterschiedlichen Kompetenzen zu begreifen, die alle gleichberechtigt und gleichermaßen wichtig sind. Aber ich kann nur betonen, ein solcher Annäherungsprozess lohnt sich und am Ende steht die Liaison, die gemeinsam stark macht. Und diese Gemeinsamkeit brauchen wir vielfältig.

Nur wenn wir uns gemeinsam auch fachpolitisch wie gesellschaftspolitisch einbringen, werden wir ressourcenmäßig in die Lage versetzt, adäquat auf die Herausforderungen eingehen zu können. Denn bei allem Sparzwang sind finanzielle Investitionen notwendig. Mir bereitet die hohe Verschuldung der öffentlichen Hand große Sorgen und ich sehe dies auch im Zusammenhang, welche finanzielle Belastungen wir der nachkommenden Generation überantworten. Ein verantwortungsvoller Blick in die Zukunft und auf die nachkommenden Generationen muss aber die Entscheidungen bevorzugen, die sich auf die schon in der Realität angelegte Zukunft beziehen – und das sind nun mal die Kinder. Wenn Familien die soziale Mitte unserer Gesellschaft darstellen, wie Familienministerin Schmidt beim Deutschen Fürsorgetag betont hat, dann müssen Investitionen auch vorrangig dorthin gelenkt werden.

Arbeitsgruppe 1: Interdisziplinäre Weiterbildungscurricula für die Praxis der Jugendhilfe – was müssen sie leisten, was können sie leisten?

PROF. DR. HANS-JOACHIM SCHWARTZ

*Fachhochschullehrer am Fachbereich Sozialwesen
der Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel
und*

DR. MAURI FRIES

*Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm, Weiterbildungsprojekt
„Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“*

1. Einleitung

Entwicklungspsychologie gab es immer in der Ausbildung von Psychologen und Pädagogen, Sozialarbeitern und Sozialpädagogen – neu ist die Handlungsrelevanz, die den jüngeren Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie (vor allem der Bindungstheorie) inhärent ist, das heißt auch: ihre unmittelbare Relevanz für Prävention und Intervention.

Erfahrungen damit wurden und werden auch in Deutschland gesammelt; es gibt viele Modellprojekte präventiver und interventiver Zielrichtung, aber der Transfer in die Praxis der Jugendhilfe steht noch weitgehend aus. Schritte in diese Richtung soll das von Dr. Ute Ziegenhain geleitete, am Lehrstuhl von Prof. Dr. Jörg M. Fegert am Universitätsklinikum Ulm angesiedelte Weiterbildungsprojekt „Entwicklungspsychologische Beratung“ (EPB) befördern, das Fachkräfte im Rahmen eines bislang auf vierzehn Tage angelegten Curriculums auf frühe Prävention und Intervention vorbereiten soll, und das den Anlass für diese Tagung gegeben hat.

Die Implementierung setzt voraus, dass in der Jugendhilfe die Notwendigkeit früher Hilfen erkannt wird und entsprechende Möglichkeiten geschaffen beziehungsweise genutzt werden, sie auch einzusetzen. Die Implementierung setzt aber auch voraus, dass entsprechend ausgebildete oder weiterqualifizierte Fachkräfte zur Verfügung stehen.

Vor allem letzteres ist bisher kaum der Fall: Die (Fach-)Hochschulen haben diese Thematik noch wenig aufgegriffen, so dass auch frisch auf den Arbeitsmarkt drängende Kolleginnen und Kollegen für frühe Hilfen noch kaum qualifiziert sind – es ist daher dringend geboten, qualifizierte Weiterbildungsprogramme zur Verfügung zu stellen. Unser Thema gibt uns auf, zusammenzutragen, was entsprechende Curricula zu leisten haben – und was sie leisten können.

2. Das Weiterbildungsprojekt „Entwicklungspsychologische Beratung“ (EPB)

2. 1. Die Beratung

Die Entwicklungspsychologische Beratung ist ein niedrigschwelliges Beratungskonzept für Eltern mit Babys und Kleinkindern in unterschiedlichen Lebenssituationen. Sie ist als Baustein für unterschiedliche Praxisfelder und institutionelle Strukturen insbesondere in der Jugendhilfe, aber auch im Bereich der Frühförderung konzeptualisiert. Sie ist kurzfristig und zeitlich befristet durchführbar.

Theoretisch baut sie auf den aktuellen Erkenntnissen der Säuglings- und Bindungsforschung auf und verknüpft bindungstheoretische Annahmen und Befunde zur elterlichen Feinfühligkeit mit entwicklungspsychologischem Wissen über Bedürfnisse, Kompetenzen und Ausdrucksverhalten von Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern. Für die Beratung werden schwerpunktmäßig Verfahrensweisen des lösungsorientierten Vorgehens mit ihrer expliziten Ressourcenorientierung, konsequenten Wertschätzung und ihren klaren Strukturen für Beobachtungs- und Handlungsaufgaben in Verbindung mit kurzen Videoaufnahmen von alters- und alltagstypischen Interaktionen genutzt. Die Videoaufnahmen dienen der Entdeckung der Fähigkeiten und Stärken des Kindes, zu der die Eltern eingeladen werden.

Die Beraterin vermittelt allgemein entwicklungspsychologisches Wissen, da in der Gegenwart eine zunehmende Verringerung von Alltagswissen über die frühe Entwicklung zu beobachten ist, und konkretisiert dies im Gespräch mit den Eltern an den individuellen Fähigkeiten des Kindes. Ein wichtiges Merkmal der Entwicklungspsychologischen Beratung besteht darin, die Perspektive des Kindes als Ausgangspunkt zu nehmen. Daher stehen im Videofeedback zunächst Sequenzen gelungener Interaktionen im Vordergrund und die entdeckten Fähigkeiten und Stärken des Kindes werden als Folge des adäquaten und feinfühligem Umgangs der Eltern beschrieben. Das trägt nicht unwesentlich zur Stärkung des elterlichen Selbstwertgefühls bei.

Das Ziel der Entwicklungspsychologischen Beratung besteht in der Förderung der frühen Eltern-Kind-Beziehung zur Prävention von Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen im späteren Kindes- und Jugendalter. Im Einzelnen zielt die Beratung auf die Verbesserung der Feinfühligkeit der Eltern (Wahrnehmen und richtiges Interpretieren der kindlichen Signale, promptes und angemessenes Reagieren auf diese Signale), die Schaffung von Voraussetzungen für feinfühliges Verhalten der Eltern (Hilfen bei der Alltagsstrukturierung, Bewältigung von aktuellen oder aus der Vergangenheit bestehenden Belastungen) beziehungsweise die Entwicklung von Akzeptanz bei den Eltern für die Veranlassung weiterer notwendiger Hilfen (zum Beispiel Tagesbetreuung, psychiatrische Behandlung, Sozialpädagogische Familienhilfe u. a.).

2. 2. Das Curriculum zur Entwicklungspsychologischen Beratung

Das Weiterbildungscurriculum basiert auf einem detaillierten Programm der relevanten Inhalte und Kurselemente, die der Entwicklungspsychologischen Beratung unter-

liegen – **siehe Abbildung 1**. Dabei basiert die Vermittlung der Inhalte auf unterschiedlichen Methoden und Materialien. Dazu gehört eine Broschüre, in der die relevanten Inhalte zusammengefasst sind, die in der Weiterbildung vermittelt werden. Diese beziehen sich auf entwicklungspsychologische Grundlagen, wie sie sowohl für die Seite des Kindes als auch für die Seite der Eltern aus der Säuglings- und der Bindungsforschung abgeleitet werden (dunkelgrau) sowie auf entwicklungspsychopathologische Grundlagen (hellgrau). Vermittelt werden außerdem die Methoden der Entwicklungspsychologischen Beratung ebenso wie administrative und rechtliche Aspekte als Grundlage interdisziplinärer Kooperation in der Kinder- und Jugendhilfe (grau).

Schwerpunkte im ersten Teil bestehen in der klaren Unterscheidung einzelner Schritte des Beratungsprozesses, nämlich des Beobachtens, des Verstehens und des Ableitens von Interventionsschritten. Diese genaue Differenzierung wird durch die Maxime **Sehen – Verstehen – Handeln** illustriert, welche sowohl die Weiterbildung selbst als auch die Beratung und den Umgang der Eltern mit ihrem Kind begleiten sollte. Umfangreiche Verhaltensbeobachtungen, ausgewählte Grundlagen der allgemeinen und klinischen Entwicklungspsychologie, erste Schritte des Beratungsprozesses sowie Elemente einer ressourcenorientierten Selbstreflexion bilden die Grundlagen.

Die Vermittlung von Beratungskompetenz bei der Arbeit mit Eltern von Babys und Kleinkindern wird schrittweise aufgebaut, wobei die zunächst vermittelten Einheiten die Grundlagen für die nächsten sind und zugleich dort ihre Anwendung finden. Dabei ist es wichtig, die Kompetenzen und die jeweils spezifischen Berufserfahrungen der Teilnehmer mit einzubeziehen und für den Lernprozess in der Gruppe zu nutzen. Die Orientierung an den Stärken und Fähigkeiten der Eltern und des Kindes als grundle-

Struktur der Kurselemente

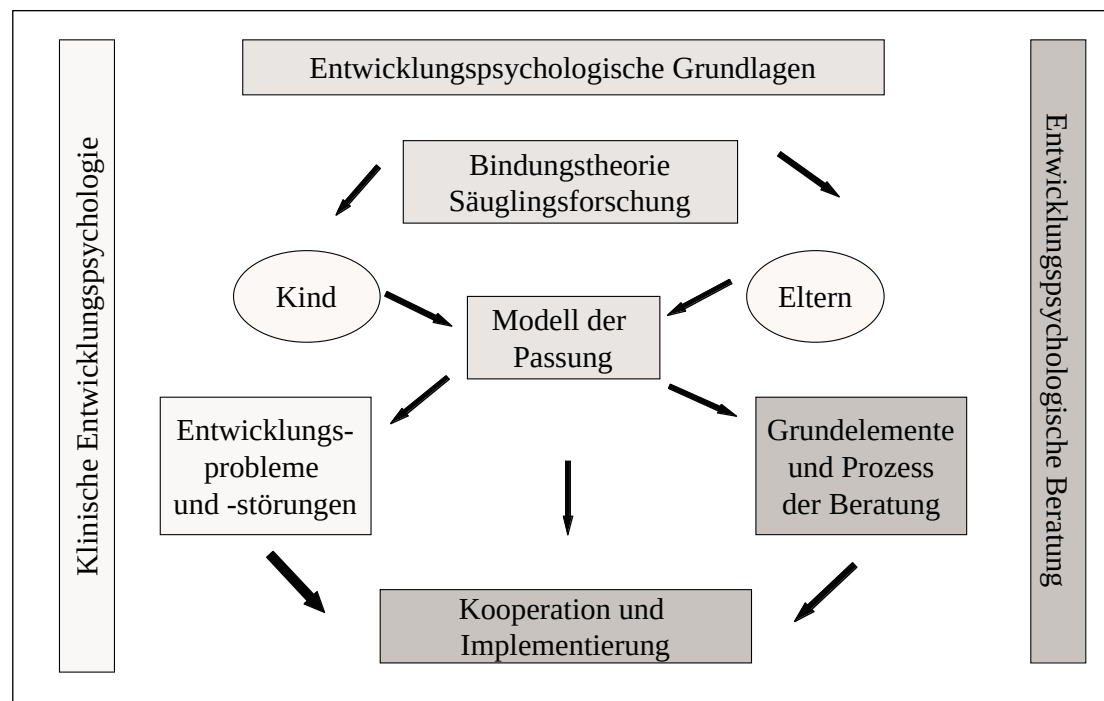


Abbildung 1

© Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

gendes Prinzip der Beratung erfahren die Teilnehmer auch an sich selbst, indem sie lernen, ihre Stärken und Fähigkeiten für den Beratungsprozess zu erkennen und zu nutzen.

Für die Zeit zwischen den Kurstreffen erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Aufgabe, in ihrem Arbeitskontext eine Familie mit einem Säugling oder Kleinkind entwicklungspsychologisch zu beraten. Das schließt die Videoaufnahme einer kurzen Interaktion, die Auswertung der Videoaufnahme sowie die Dokumentation des Beratungsprozesses ein. In die nachfolgenden Treffen sind dazu Fallsupervisionen integriert.

Schwerpunkte der zweiten Hälfte der Weiterbildung sind die Verortung der Entwicklungspsychologischen Beratung im Feld der Jugendhilfe, die Kennzeichnung der Grenzen dieses Ansatzes, Fragen der Kooperation und Vernetzung in der Jugendhilfe, die Auseinandersetzungen mit der eigenen Rolle als Beraterin sowie die erwähnten Fallsupervisionen.

3. Ergebnisse der Diskussion

In der Diskussion der Arbeitsgruppe 1 wurden Fragen aufgeworfen und Erwartungen formuliert, die im Folgenden kurz dargestellt werden:

3. 1. Zur Eingangsqualifikation der Teilnehmerinnen für die Weiterbildung „Entwicklungspsychologische Beratung“

Unterschiedliche Positionen wurden zu der Frage formuliert, ob auch „normale“ Sozialarbeiterinnen von diesem Programm profitieren können beziehungsweise ob sich der Aufwand für sie in ihrem Berufsalltag lohnt, vor allem wenn sich dieser Alltag eher als Case-Management darstellt. Die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer Teilnahme wurde am ehesten für sozialpädagogische Familienhelferinnen akzeptiert, die in stärkerem Maße auch beratende Funktionen innehaben.

Offen blieb die Frage, ob und wie dieses Beratungskonzept in die Arbeit von Kindertagesstätten eingebaut werden kann, ob es zum Beispiel sinnvoll ist, Erzieherinnen darin zu schulen. Diese Frage erhält besondere Bedeutung dadurch, dass Kindertagesstätten der Ort sind, mit dem die meisten Eltern in Berührung kommen – also auch die, die sonst schwer erreichbar sind, und dadurch, dass Eltern, die an Beratungsstellen weiter verwiesen werden, dort oft nicht ankommen. Die Frage stellt sich in besonderer Weise, wenn daran gedacht wird, Kindertagesstätten zu einer Art Familienzentren auszubauen.

3. 2. Wie das Curriculum breit vermittelt werden kann

Angesichts des hohen zeitlichen und finanziellen Aufwands, der mit der Fortbildung von Mitarbeiterinnen in der Entwicklungspsychologischen Beratung verbunden ist,

wird vorgeschlagen, dass ehemalige Teilnehmerinnen als Moderatorinnen zur Verbreitung des Beratungsansatzes in ihren Einrichtungen beitragen. Kritisch diskutiert wurde dabei die Frage, ob eine einmalige Teilnahme am gesamten Curriculum ausreicht, Kolleginnen entsprechend weiterzubilden, ob dabei also die vom Projekt angestrebte hohe Qualität gehalten werden kann oder ob die Praktikabilität sowie die größere Geschwindigkeit der Verbreitung durch Moderatorinnen rechtfertigt, einen möglichen Qualitätsverlust in Kauf zu nehmen. Während der Kursdurchführung in den kooperierenden Bundesländern waren Beobachterinnen beteiligt, die den Dozentinnen konstruktive Rückmeldungen und Vorschläge für Modifizierungen geben und zugleich perspektivisch die Gruppe der Dozentinnen vergrößern sollen.

3. 3. Sind auch mit geringerem Aufwand akzeptable Wirkungen zu erzielen?

Der finanzielle Aufwand wurde als wesentlicher Hinderungsgrund für die Verbreitung des Curriculums gesehen. Es wurde konkret gefragt – und als Auftrag an die Verfasserinnen des Konzepts weitergegeben –, wie weit das Konzept mit vertretbaren Abstrichen an der Qualität der Weiterbildung geschrumpft werden kann, damit die Teilnahme leichter bezahlbar wird.

Als problematisch wurden von einigen Teilnehmerinnen auch die erforderlichen Freistellungen von Mitarbeiterinnen angesehen, die in der Projektphase 14 Tage in überwiegend größeren Blöcken (zweimal sechs Tage, einmal zwei Tage) innerhalb eines Jahres betragen. Gewünscht wird, dass neben einer „Schrumpfung“ auch eine Verteilung auf gewohntere und bereits akzeptierte zwei- bis dreitägige Veranstaltungen vorgenommen wird. Frau Fries wies darauf hin, dass in der Fortführung der Weiterbildung ein Umfang von viermal vier Tagen, verteilt über einen Zeitraum von zirka zwölf Monaten, in zwei Kalenderjahren geplant ist.

3. 4. Das entwicklungspsychologische Curriculum – in Bausteinen zu buchen?

Angedacht wird die Möglichkeit, das entwicklungspsychologische Curriculum so umzustrukturieren, dass einzelne Elemente als sinnvolle Bausteine in die Arbeit vor Ort integriert werden können. Die Weiterentwicklung dieses Gedankens, das jetzige geschlossene Konzept aufzubrechen, führte zu dem Vorschlag, Teile des Konzepts an die Erfordernisse einzelner Einrichtungen mit besonderen Klientengruppen anzupassen.

3. 5. Lieber breite, aber bescheidene Anhebung des Niveaus vieler als Ausbildung weniger, dafür hoch qualifizierter Fachkräfte

Wenn es denn wirklich ein Gegensatz ist: Gewünscht wurde, dass spezifisches Wissen um frühe Prävention und Intervention möglichst breit gestreut wird, auch in dem Wissen, dass vielleicht nicht alle, die davon erreicht werden, auch wirklich eine qualifizierte Beratung anbieten können. Damit verbunden war auch der Gedanke, dass es

wichtig ist, das Wissen um die frühen Anzeichen von Entwicklungsgefährdung möglichst breit zu streuen, damit frühzeitig gezielte Hilfe eingeleitet werden kann („Verweisungswissen“).

Die Diskussion in der Gruppe machte deutlich, dass nach Abschluss der Erprobungsphase des Curriculums zur Entwicklungspsychologischen Beratung die Implementierung an der Schnittstelle zur Jugendhilfe – wenn sie gelingen soll, was alle Teilnehmerinnen wünschten – die Bereitschaft verlangt, sensibel die jeweils besonderen Bedingungen der einzelnen Einrichtungen beziehungsweise Arbeitsfelder zu berücksichtigen.

Arbeitsgruppe 2: Umgang mit Vernachlässigung und Misshandlung – praktische Vorgehensweisen und ethische Implikationen

PROF. DR. REINER FRANK

*Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Leiter der Poliklinik
für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums
der Ludwig-Maximilians-Universität München
und*

RENATE BLUM-MAURICE

Fachleiterin des Kinderschutz-Zentrums des Deutschen Kinderschutzbundes Köln

Einleitende Bemerkungen

Die Interessenten an der Arbeitsgruppe 2 hatten vor den Beratungen den schriftlichen Hinweis erhalten, dass das Thema an konkreten Fallfragen der Teilnehmer erarbeitet werden sollte. Denn – so die Vorüberlegung der Moderatoren – in der konkreten Fallpraxis des Umgangs mit Situationen von Vernachlässigung und Misshandlung kommen auch erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter immer wieder an grundlegende praktische und ethische Fragestellungen und Grenzen. Deshalb sollten Fragen aus der konkreten Fallarbeit die Grundlage der Arbeit bilden. Zur konzeptionellen Untermauerung hatten die Moderatoren verschiedene kurze Zusammenfassungen vorbereitet, die als Anregung auf Pinnwänden präsentiert wurden.¹

In einer ersten Diskussionsrunde stellten mehrere Gesprächspartner kurz verschiedene Fallsituationen aus ihrer jeweiligen Praxis und sich daran anknüpfende themenspezifische Fragestellungen dar. In allen angesprochenen Fällen mit betroffenen Kindern unterschiedlicher Altersstufen und mit unterschiedlichen Problemkonstellationen ging es doch um ähnliche ethische Grundfragen der Helfer bezüglich ihrer Aufgabe:

- Darf, kann, muss das Kind oder die Kinder aus der Familie genommen werden, wenn ja, wann?
- Was tue ich dem Kind und den Eltern damit an?
- Wie geht es weiter und wer ist zuständig, wenn der Hilfeprozess festgefahren, wenig aussichtsreich oder zu lang für die Entwicklungsbedürfnisse der Kinder ist?

Wir konnten also davon ausgehen, dass diese Fragen auch bei dem die Diskussion ausgewählten Fallbeispiel eine leitende Rolle spielen würden.

¹ Diese werden zum Teil als Anhang zu diesem Bericht präsentiert oder befinden sich in den im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen.

Fallvorstellung

Die Mitarbeiterin einer Kinderschutz-Beratungsstelle gegen Vernachlässigung und Misshandlung stellte ein Fallbeispiel zur Diskussion:

Sie betreut seit einem Jahr eine 29-jährige Frau mit Kindern im Alter von vier und sechs Jahren. Die Mutter wurde durch eine psychologische Beratungsstelle an die ärztliche Beratungsstelle verwiesen. Sie hatte ihren Mann wegen Gewalttätigkeit angezeigt. Der Vater der Kinder wurde zu einer Gefängnisstrafe verurteilt, die er gegenwärtig verbüßt. Die Kinder waren in der Vergangenheit sowohl in einer Pflegefamilie als auch in einer Klinik. Beide Kinder sind ängstlich, haben Essprobleme.

Diese Mitarbeiterin meinte, dass sie Unterstützung in der Fallbearbeitung brauche. Ihre **Fragestellungen** sind:

- Wer kann Unterstützung für die beiden Kinder geben?
- Wer ist wofür verantwortlich?

Bei näherer Schilderung zeigte es sich, dass eine Vielzahl von Stellen und Personen mit dem konkreten Fall zu tun haben – **siehe auch Abbildung 1**.

Wer beurteilt die Entwicklung der Kinder? Wer arbeitet mit ihnen?

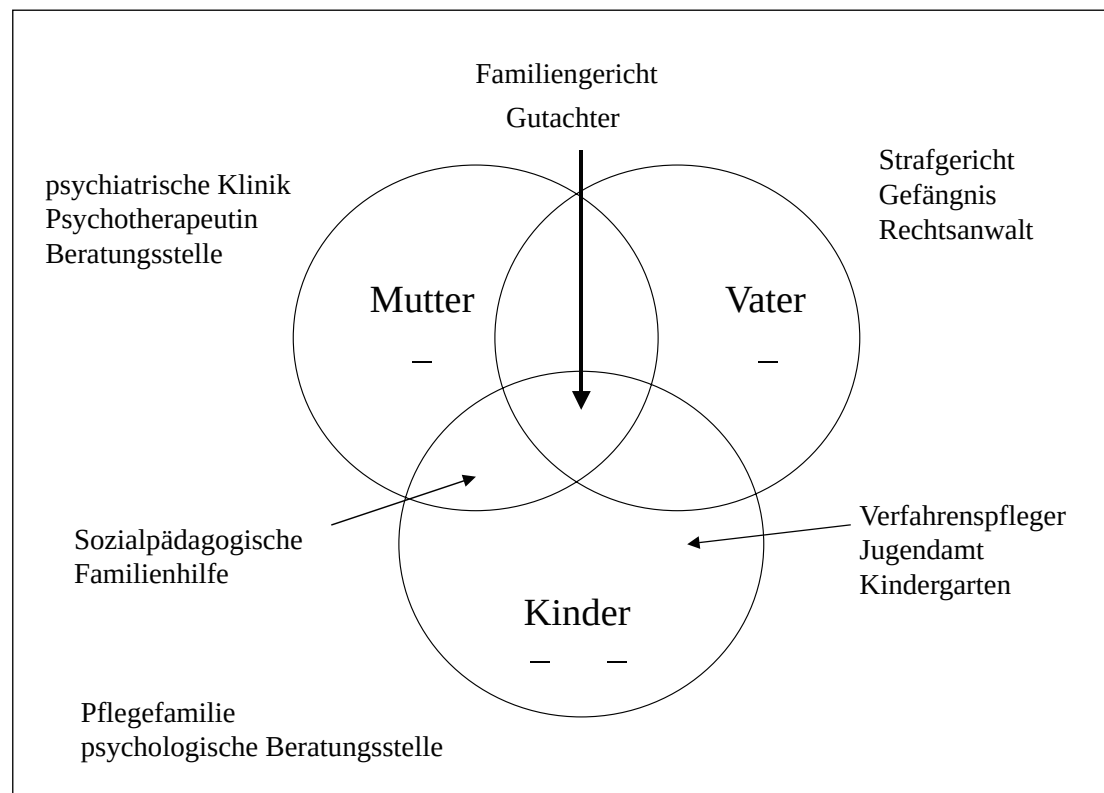


Abbildung 1

© F. Frank

- Die Mutter war wegen Selbstmordversuchen mehrfach in psychiatrischer Behandlung.
- Sie nimmt eine ambulante Psychotherapie wahr.
- Sie wird außerdem in einer ärztlichen Beratungsstelle betreut.
- Der Vater ist im Rahmen eines Strafprozesses zu einer Gefängnisstrafe verurteilt worden.
- Er hat einen Rechtsanwalt.
- Es wird die Frage gestellt, inwieweit der Vater selbst eine Betreuung oder Beratung hat.
- Die Kinder sind im Kindergarten.
- Es wurde ein familienpsychologisches Gutachten erstellt.
- Zum Umgang mit den Kindern war das Familiengericht tätig.
- Das Jugendamt ist beteiligt.
- Eine sozialpädagogische Familienhelferin berät die Mutter in Alltagsfragen bezüglich der Kinder.
- Eine Rechtsanwältin ist für die Kinder als Verfahrenspflegerin zuständig.
- Nicht mehr tätig sind Mitarbeiterinnen einer psychologische Beratungsstelle für die Mutter und die Pflegefamilien der Kinder sowie Mitarbeiterinnen einer Sprechstunde für Säuglinge und Kleinkinder.

Es zeigte sich, dass in dieser Fallsituation mehrere der typischen Probleme im Zugang bei Fällen von Kindeswohlgefährdung¹ existieren. Insbesondere besteht eine unterschiedliche Einschätzung zwischen der Mutter und den Helfern darüber, ob die Kinder, die schon eine Reihe von Schwierigkeiten haben, im Haushalt der gegenwärtig allein erziehenden Mutter angemessen versorgt sind.

Diskussion des Falles

Die Diskussion in der Gruppe kreiste um die Situation der Kinder: um Fragen der Einschätzung der Gefährdung, um eine Risikoabklärung sowie um die Klärung von Zielsetzungen und Zuständigkeiten der verschiedenen Hilfen. Insbesondere wurde überlegt, ob eine Über- oder Unterversorgung der Kinder vorliegt. Einigkeit bestand darin, dass die Frau und ihre Kinder ohne Helfer nicht zurecht kommen könnten.

Als zentral kristallisierte sich die Frage heraus, ob die Kinder bei ihrer Mutter sicher genug sind. Ein erhebliche Einschränkung stellen die immer wieder auftretenden

¹ siehe Anhang 1

Selbstmordgedanken der Mutter dar, die jederzeit zu dem Ergebnis führen könnten, dass der Mutter die Kinder weggenommen werden, was andererseits die Angst und Verzweiflung der Mutter verstärkt.

Die Situation der Kinder erfordert eine differenzierte Beurteilung. Es ist nicht klar, durch wen sie erfolgen könnte. Mögliche Berufsgruppen und Stellen wären Kinderpsychiater, der Kinderarzt, die im familienrechtlichen Verfahren tätige Gutachterin.

Die Selbstmordgedanken der Mutter belasten die Helfer. Im Rückblick ließe sich erarbeiten, wann sich für die Mutter kritische Situationen ergeben hatten. Daraus kann man ableiten, ob sich Situationen in der Zukunft vorhersagen lassen, auf die sich die Mutter gemeinsam mit den Helfern vorbereiten könnte. Für die Helfer stellt sich hier die Frage, wie viel eigene Ängste sie ertragen können. Dabei ist die Rollenverteilung zwischen der Psychotherapeutin der Mutter, der Psychiaterin, der Beraterin und Sozialpädagogischer Familienhilfe offensichtlich nicht ausreichend klar definiert.

Demgegenüber nahm auch die **Frage nach Stärken und Ressourcen** breiten Raum in der Diskussion ein:

- Welche Ausbildung hat die Mutter?
- Wie geht sie mit ihren Kindern um?
- Die Kinder wirken auf ihre Mutter stabilisierend. Ist das für die Kinder gut?
- Es gibt einige stabile Bezugspersonen für die Kinder, zum Beispiel im Kindergarten.

Probleme

Ein Teil der Helfer zeigt die Tendenz, sich aus der akuten Fallarbeit herauszuziehen.

Der Vater der Kinder könnte sich nach der Entlassung aus dem Gefängnis mit dem Wunsch melden, die Kinder wieder zu sehen und bei den Familienmitgliedern und den Helfern Ängste und ein Gefühl von Bedrohung auslösen. Eine Einbeziehung der mit dem Vater in Beziehung stehenden Helfer sollte deshalb möglichst frühzeitig erfolgen.

Zwischen den vielen verschiedenen beteiligten Institutionen besteht wenig Kontakt und Abstimmung. Das Abstimmen der Einzelaufträge fordert erheblichen Aufwand. Es ging in der Diskussion darum, wer bereit ist, im Fall drin zu bleiben, und wie viel Helfer unter welchen Umständen aushalten können und müssen.

Lösungsvorschläge

Das Kapital der vorstellenden Teilnehmerin ist ihre lange, über ein Jahr stabile Beziehung zu ihrer Klientin, die auf jeden Fall erhalten beziehungsweise vertieft werden

sollte. Allerdings braucht sie aus ihrer eigenen Stelle oder einer anderen Einrichtung Partner, die die Belange der Kinder vertreten.

Zur Absprache der verschiedenen Aufgaben und Zuständigkeiten im Hilfesystem wurde eine Fallkonferenz vorgeschlagen. Die Umstände eines solchen Gesprächs (Wo fühlt sich die Mutter sicher?), Raum, Zeit und Fragestellungen wurden eingehend diskutiert. Die Fallkonferenz sollte sich an den Wünschen der Betroffenen orientieren, insbesondere aber die Situation und die Bedürfnisse und Betreuungsnotwendigkeiten der Kinder nicht aus dem Blick verlieren.

Es wurde als schwierig angesehen, sowohl die die Mutter betreuenden Psychiater als auch die mit dem Vater befassten Helfer langfristig in ein Helfersystem einzubeziehen. Bei der Klärung von Zuständigkeiten spielen auch Fragen der grundsätzlichen Sichtweisen oder Bilder über Hilfe-Institutionen (zum Beispiel: Ist das Jugendamt in der Rolle des Bösewichtes?) und deren Auswirkungen auf den Prozess eine Rolle.

Vorrangiges Ziel sollte es sein, aufgrund der geringen Stabilität der Mutter für Krisensituationen Möglichkeiten vorausschauend vorzubereiten, die den Kindern vertraut sind, die Sicherheit und Rückzug bieten und die es erlauben, vertraute, Sicherheit gebende Konstellationen sowie die Beziehung zur Mutter gleichzeitig zu erhalten.

Folgende **konkreten Lösungsvorschläge** wurden diskutiert:

- Die Einrichtung von Patenschaften für die Kinder in Form von Pflegefamilien, die bereit sind, bei Bedarf die Kinder immer wieder aufzunehmen.
- Eine stationäre Mutter-Kind-Einrichtung.
- Die Planung und Gestaltung von Übergängen und Eingewöhnungsprozessen.

Allgemeinere Fragen aus der Fallvorstellung

Aus dieser Fallbesprechung wurden einige Fragen herauskristallisiert, die typischerweise im Umgang mit Familien wie der vorgestellten eine Rolle spielen.

In Fällen, in denen Eltern aufgrund eigener Kindheitserfahrungen, eigener Krankheit und/oder eigener aktueller Gewalterfahrung schwer belastet sind, stellt sich die Frage, wer eigentlich Klient des Hilfeprozesses ist und über wen man als Helfer mehr wissen muss, um fundierte Hypothesen und Hilfeprognosen bilden zu können.

Wenn man sich in solchen Fällen angemessener- und notwendigerweise um die Eltern kümmert, besteht dann nicht die Gefahr, die Situation der Kinder unzureichend zu berücksichtigen? In Fällen der psychischen Erkrankung eines Elternteils ist es beispielsweise eine häufige Erfahrung, dass dieser viel Aufmerksamkeit erfordert und diese ihm auch gewidmet und dadurch der Blick auf die Kinder vernachlässigt wird. Da wiederholt sich dann auf institutioneller Ebene, was schon in den Familien passiert,

dass sich nämlich die Kinder viele Gedanken machen und oft auch früh viel Verantwortung für die fürsorge- und behandlungsbedürftigen Eltern übernehmen (und damit für die Eltern auch durchaus wichtig sind), sie aber keinen eigenen Platz und keine Aufmerksamkeit als Kinder bekommen.

Allerdings bedeutet es für Helfer eine besondere ethische Schwierigkeit, zum Beispiel einer Mutter, die selbst Opfer war oder ist, auch noch die Kinder wegzunehmen. Gerade Suizidgedanken führen immer wieder zum Abbruch von Überlegungen um das Kindeswohl aus Angst der Helfer um die Mutter. Hier müssen Helfer die eigene Gegenübertragung sorgfältig in die Situationsanalyse einbeziehen (Aufgabe von Supervision).

Und was bedeutet dann in diesem Kontext Ressourcenorientierung und Freiwilligkeit?

Ist es nicht ein unlösbares Dilemma, wenn man früh angemessen helfen will, das heißt mit Respekt für die Eltern, für deren Probleme und Lösungsideen, aber auch mit dem Blick auf die Situation der Kinder? Was bedeutet, dass man so wenig wie möglich eingreifen soll, aber so viel wie nötig für das Wohl der Kinder?

Als **Ausweg aus diesem Dilemma** – so auch das Ergebnis der Fallbesprechung in der Arbeitsgruppe – sind einige **fachliche Positionen** besonders wichtig:

Man muss von Anfang an flexible Strukturen der Kooperation schaffen, das heißt die verschiedenen Bereiche kennen sich und ihre jeweiligen unterschiedlichen Aufgaben, Methoden etc. Die Kooperationspartner müssen fallübergreifend und fallbezogen im Kontakt miteinander bleiben.

Wenn es kein Entweder-Oder in der Hilfe geben soll, ist es notwendig, die Kooperation auch auf die eigentliche Erwachsenenbehandlung (im Fallbeispiel die psychiatrische Behandlung der Mutter) auszudehnen und zugleich klar zu benennen, wer die Hilfe für die Kinder übernimmt und ihre Position vertritt. Auch für Beratungsstellen gilt dann, dass es durchaus sinnvoll sein kann, sich auf die Erwachsenen und ihre Elternkompetenz, aber auch ihre Bedürfnisse zu konzentrieren, wenn ein anderer die Kinder im Fokus behält.

Geklärt werden muss dabei – möglichst von vornherein – wer für die Prozessbegleitung zuständig ist, wer die Federführung im Hilfeprozess hat, damit nicht die unterschiedlichen Aufgaben und Notwendigkeiten, die ein Einzelner keinesfalls allein in seiner Arbeit bündeln kann, doch wieder nicht geleistet werden oder unverbunden nebeneinander herlaufen oder sich gar ungewollt gegeneinander wenden.

Zum Beispiel gilt es gut vorzuklären, ob Abstimmungen in Helferkonferenzen (Helfer allein) oder in Hilfeplangesprächen (Helfer mit der Familie) stattfinden und wer dazu eingeladen werden muss. Die Beantwortung dieser Frage ist davon abhängig, worum es geht. Geht es beispielsweise um eine Abstimmung der Helfer bei Kooperationschwierigkeiten oder um eine gegenseitige Information über Konzepte, die Familien

eher verwirren würden, oder geht es um die Hilfeplanung – im konkreten Fall nach § 36 SGB VIII –, an der die Familie jedenfalls zu beteiligen ist?

Für eine angemessene Risikoeinschätzung geht es nicht nur um ein genaues und möglichst in Kooperation mit den Sichtweisen und Erfahrungen anderer Professionen abgestimmtes Hinschauen auf die Elternkompetenz, die Bindungsqualität und gegebenenfalls die Kindeswohlgefährdung, sondern auch um die Qualität der gemachten Hilfeangebote und ob und wie sie von der Familie genutzt werden können. Denn die Einschätzung einer Gefährdung hängt nicht nur von einer möglichst genauen „diagnostischen“ Erfassung des Kindes und seiner Familie ab, sondern auch davon, ob und welche Hilfen wie angemessen zur Verfügung gestellt werden können.¹

Abschließende Überlegungen und Vorschläge

Anhand des Fallbeispiels konnte gezeigt werden, wie wichtig es ist, die Bedürfnisse und die Entwicklung der Kinder sorgfältig und im Detail zu beobachten und zu beurteilen. Dazu gehört notwendigerweise auch, Rahmenbedingungen und Möglichkeiten im gesamten Hilfesystem und unterschiedliche Aufträge zu klären und abzustimmen.

In der abschließenden Diskussion wiesen die Gesprächspartner in diesem Zusammenhang auf ihre unterschiedlichen Arbeitsbedingungen vor Ort hin. Besonders im ländlichen Raum kann es schwierig sein, eine interdisziplinäre Beratung oder ein Hilfesystem mit differenzierten Aufgaben zu organisieren. Auch eine Fallkonferenz ist nicht ohne weiteres möglich. Über telefonische Kontakte lässt sich aber einiges klären.

Abschließend führte das zu Fragen und Überlegungen, was dringend in den einzelnen Kommunen und übergreifend weiter bearbeitet werden sollte. Diese Überlegungen beinhalten zugleich die Bitte an den Verein für Kommunalwissenschaften e. V., weitere Tagungen zu diesen Themen anzubieten:

An erster Stelle: Wie kann Kooperation mit den „professionellen Randgebieten“ der Jugendhilfe (d.h. vor allem dem gerichtlichen und medizinischen Bereich, aber auch dem schulischen und vorschulischen) geplant, verbessert und immer wieder „aufgefrischt“ werden, um zu vermeiden, dass die Kooperation aufgrund unterschiedlicher Aufträge, Sprachen und Funktionssysteme dann doch nicht zustande kommt oder immer wieder auseinander fällt? Eine Idee in diesem Zusammenhang ist beispielsweise die Einrichtung von multidisziplinären Supervisionsgruppen für helfende Berufe.

Es gab ein besonderes Interesse für das Thema Patenschaften für Kinder und Familien. Können (ehren- oder hauptamtliche) Paten diejenigen sein, die den Faden in der Hand behalten, das heißt über alle Abbrüche, Unstimmigkeiten und Konflikte hinweg im Kontakt bleiben, das Kind im Blick behalten und dafür sorgen, dass Prozesse nicht im Sande verlaufen? Jedenfalls ist es eine wesentliche Erfahrung, dass das in Vernachläss-

¹ siehe die Kriterien zur Risikoeinschätzung von Reinhart Wolff im Anhang 2

sigungsfamilien besonders notwendig ist. Diese Rolle kann der Allgemeine Soziale Dienst übernehmen, eine Beratungsstelle oder irgend jemand anderes mit Erfahrung, professioneller Einbindung und supervisorischer Begleitung, aber jemand muss diesen Part haben, so wie im Fallbeispiel vielleicht die Kollegin einer ärztlichen Beratungsstelle.

Die Diskussion verlief engagiert und konstruktiv. Es wurden kurz- bis mittelfristige Lösungsansätze sowie darüber hinausgehende allgemeine Fragestellungen entwickelt. Natürlich musste vieles angesichts der begrenzten Zeit an der Oberfläche bleiben und sollte der Ausgangspunkt für eine gründlichere Diskussion sein.

Aus Sicht der Moderatoren war die wichtigste Frage die nach der Berücksichtigung der Bedürfnisse und Entwicklungserfordernisse der Kinder. Diese Fragestellung veränderte sich im Verlauf der Diskussionen von „Kinder können und müssen jederzeit kurzfristig herausgenommen werden“ zu der Frage: Wie kann für die Kinder ein Ort geschaffen werden, der ihnen vertraut ist und Sicherheit gibt?

Anhang 1

Typische Probleme im Zugang bei Fällen von Kindeswohlgefährdung¹

- (1) Es handelt sich in der Regel um zugewiesene, nicht freiwillige Klienten.
- (2) Es sind häufig viele andere „Helfer“/Fachkräfte/Institutionen beteiligt.
- (3) Familien/Eltern haben in der Regel eine andere Problemsicht als die Fachkräfte im Hilfesystem.
- (4) Die augenblickliche Problematik hat in der Regel eine längere Vorgeschichte.
- (5) Die Kindeswohlgefährdung stellt eine komplexe, mehrdimensionale (nicht einfache) Beeinträchtigung eines Kindes dar und kann in körperlicher, seelischer, entwicklungsmäßiger, intellektueller, sozialer und moralischer Hinsicht beschrieben werden.

¹ siehe Wolff, Reinhart: Zu Qualitätsentwicklungsprozessen in mehreren Jugendämtern, In: Stadt Dormagen (Hrsg.): Qualitätsentwicklung kommunaler Sozialarbeit. Dokumentation der Fachtagung in Dormagen am 17. Januar 2002, Dormagen (2002)

Anhang 2

Risikoeinschätzung¹

Die Einschätzung des eventuell vorhandenen Risikos in einer Familie gelingt am besten, wenn vier Fragen beantwortet werden:

1. Inwieweit ist das Wohl des Kindes durch die Sorgeberechtigten gewährleistet oder ist dies nur zum Teil oder überhaupt nicht der Fall?
(Gewährleistung des Kindeswohls)
2. Sehen die Sorgeberechtigten und die Kinder selbst ein Problem oder ist dies weniger oder gar nicht der Fall?
(Problemakzeptanz)
3. Stimmen die Sorgeberechtigten und die Kinder mit den beteiligten Fachkräften in der Problemkonstruktion überein oder ist dies weniger oder gar nicht der Fall?
(Problemkongruenz)
4. Sind die betroffenen Sorgeberechtigten und Kinder bereit, die ihnen gemachten Hilfeangebote anzunehmen und zu nutzen oder ist dies nur zum Teil oder gar nicht der Fall?
(Hilfeakzeptanz)

Literatur

Blum-Maurice, Renate: Kindesvernachlässigung als Herausforderung für die moderne Jugendhilfe. Hinweise zur fachlichen Orientierung aus der Sicht der Kinderschutzpraxis, In: Mörsberger, Thomas; Restemeier, Jürgen (Hrsg.): Helfen mit Risiko. Zur Pflichtenstellung des Jugendamtes bei Kindesvernachlässigung, Neuwied: Luchterhand (1997)

Blum-Maurice, Renate; Zenz, Winfried: Kindesvernachlässigung: Ein Kreislauf von Ohnmacht und enttäuschter Hoffnung. In: Brinkmann, Wilhelm/ Krüger, Antje (Hrsg.): Kinder- und Jugendschutz. Praxisratgeber für Schulleiter, Pädagogen und Eltern, Stadtbergen: Kognos (1998), S. 231-250

Blum-Maurice, Renate; Bächer, Korinna: Chancen und Notwendigkeit früher Prävention in psychosozial belasteten Familien – Das Projekt „Frühe Kindheit“ des Kinderschutz-Zentrums Köln, In: Frühförderung interdisziplinär, München: Ernst Reinhardt (2003), Nr. 3, S. 119-125

Frank, Reiner (Hrsg.): Ethische Fragen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Pharmakotherapie und Psychotherapie, Stuttgart Kohlhammer (2002)

¹ siehe Wolff, Reinhart: Zu Qualitätsentwicklungsprozessen in mehreren Jugendämtern, In: Stadt Dormagen (Hrsg.): Qualitätsentwicklung kommunaler Sozialarbeit. Dokumentation der Fachtagung in Dormagen am 17. Januar 2002, Dormagen (2002), S. 43

Frank, Reiner; Kopecky-Wenzel, Marie: Vernachlässigung von Kindern, In: Kinderheilkunde, Göttingen: Hogrefe 150 (2002), S. 1339-1343

Frank, Reiner; Mangold, Burkart (Hrsg.): Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen. Kooperationsmodelle zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stuttgart: Kohlhammer (2001)

Kahlke, Winfried; Reiter-Theil, Stella (Hrsg.): Ethik in der Medizin, Stuttgart: Ferdinand Enke (1995), S. 134-141

Stadt Dormagen (Hrsg.): Qualitätsentwicklung kommunaler Sozialarbeit. Dokumentation der Fachtagung in Dormagen am 17. Januar 2002, Dormagen (2002)

Warnke, Andreas; Fegert, Jörg M.; Wewetzer, Christian; Remschmidt, Helmut: Ethische Fragen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, In: Herpertz-Dahlmann B.; Resch F.; Schulte-Markwort M.; Warnke A.: Entwicklungspsychiatrie, Stuttgart: Schattauer (2003), S. 358-372

Wiesing Urban (Hrsg.): Ethik in der Medizin, Stuttgart: Philipp Reclam jun. (2000), S. 272-273

Wolff, Reinhart u. a.: Dormagener Qualitätskatalog der Jugendhilfe. Ein Modell kooperativer Qualitätsentwicklung, Opladen: Leske + Budrich (2001)

Zenz, Winfried M.; Bächer, Korinna; Blum-Maurice, Renate: Die vergessenen Kinder – Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland, Köln: Papyrossa (2002)

Arbeitsgruppe 3:

Beratung für psychosozial belastete Familien mit Säuglingen und Kleinkindern – Chancen und Grenzen interdisziplinärer Zusammenarbeit

INGE BEYERSMANN

Projektleiterin der Frühberatungsstelle im Haus der Familie

Bremen-Hamelingen und Fachberaterin für Städtische Kindertageseinrichtungen im Amt für Soziale Dienste Bremen

Einleitung

In der Arbeit mit Risikofamilien ist eine feinfühlige Zusammenarbeit zwischen Eltern und sozialen Diensten besonders wichtig. Wenn Eltern und Kinder in diesen Familien das Gefühl verlieren, sich in einer verständlichen und beeinflussbaren Welt zu bewegen, in der sie eine Bedeutung und Gelegenheit haben, Anforderungen zu bewältigen und Probleme zu lösen, ist es schwer, sie zu erreichen. Erfahren sie dagegen, dass sie selbstwirksam Einfluss auf ihr Leben nehmen können und dass andere Menschen sich für sie interessieren, wird ihr positives Selbstbild, ihre Handlungsfähigkeit und ihre Bereitschaft gestärkt, in schwierigen Situationen Unterstützung von außen anzunehmen. Ein Treffpunkt für Familien mit einem verfügbaren und kompetenten Ansprechpartner für Kinder und Eltern aus armen und psychosozial belasteten Familien fördert den Kontakt der Eltern untereinander und kann neugierig machen auf Bildungsangebote für Eltern und Kinder.

Über die Erfahrung positiver Rückkoppelungssignale wie prompte und angemessene Reaktionen einer sicheren Bindungsperson und des Gefühls, verstanden und wertgeschätzt zu werden, können neue Bindungen entstehen, die Vertrauen und Orientierung vermitteln. Sie wirken ressourcenstärkend und sind ein Schutzfaktor im Leben belasteter Eltern und Kinder (Werner 1990). Ob Menschen auch unter hohen Belastungen gesund bleiben, hängt von der Balance zwischen sozialen, psychischen und medizinischen Risiko- und Schutzfaktoren ab (Hurrelmann 1988; Egle u. a. 1997; Laucht u. a. 2000).

Familien mit hohen psychosozialen Belastungen und vor allem Auffälligkeiten in der frühen Mutter-Kind-Interaktion sind auf ein Netzwerk mit entwicklungspsychologischer Beratung, Kinderförderung und Familienbildung angewiesen, um späteren Störungen der Kinder in ihrer sozial-emotionalen und kognitiven Entwicklung vorzubeugen. Wenn sich zum Beispiel Mütter aus „Hard-to-reach-Families“ bei Schwächen in ihrer Fürsorge und Erziehung professionellen Helfern anvertrauen und sie außerhalb ihrer Familie eine sichere Basis finden, muss ihr Kind nicht in den Brunnen fallen.

Die Selbsthilfeinitiativen der Mütter spielen dabei eine große Rolle. Über die Erfahrung, in der Gruppe voneinander lernen zu können, wächst auch die Fähigkeit, andere um Hilfe zu bitten oder sich trösten zu lassen. Dies fällt Eltern aus Multiproblemfami-

lien besonders schwer, die in ihrer Lebensgeschichte bindungsunsicher und misstrauisch geworden sind. Kontinuierliche positive Beziehungserfahrungen stärken jedoch die Bereitschaft zu kooperieren und sich für ihre Kinder zu engagieren.

Über die Beteiligung der Eltern in einem breiten Angebot von Mutter-Vater-Kind-Aktivitäten werden Ressourcen gefördert und in der Eltern-Kind-Beziehung erfahrbar gemacht (wie in dem Kinderförderprogramm „Opstapje“ aus Holland). Die Erfahrungen eines positiven, kompetenten Einflusses auf die Kinder wirken zurück auf die Eltern, stärken das Gefühl der Selbstwirksamkeit und der Freude, fördern eine sichere Bindung und mehr Verbindlichkeit, letztendlich auch zwischen Helfersystem und Familie. Die entwicklungsbezogene Beratung unterstützt eine längerfristige Zusammenarbeit mit Müttern, die in ihrer Biographie gehäufte Risikofaktoren aufweisen. Mit Hilfe der Beraterin als zusätzliche sichere Bindungs- und Bezugsperson können belastende Gedanken angesprochen und neue Erfahrungen gemacht werden, Probleme zu verstehen, zu verändern oder zu lösen. Auch wächst durch solche Bindungserfahrungen ihre gefühlsmäßige Verbundenheit mit ihren Kindern, selbst wenn sie die Verantwortung für ihre Kinder nicht immer allein wahrnehmen können.

Die Bremer Frühberatungsstelle für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern

Die Bremer Beratungsstelle für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, die oftmals gehäuften Risikofaktoren ausgesetzt sind, wird vor allem in der Vernetzung wirksam. Die Zusammenarbeit mit dem Haus der Familie, einem Familienzentrum im Stadtteil Hemelingen und dem kinder- und jugendärztlichen Dienst unterstützt einen niedrigschwelligen Zugang. Gemeinsames Anliegen ist es, die Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern im Auge zu haben, Probleme rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln. Im Sinn einer präventiven Gesundheitsförderung bemühen wir uns, medizinische, pädagogische, soziale und psychologische Aspekte in Diagnostik und Beratung zu integrieren. Darüber hinaus sind wir mit anderen Diensten und Trägern vernetzt, um Kinderschutz, Kinderförderung, Elternbildung und Beratung zur Stabilisierung der frühen Eltern-Kind-Beziehung zu verbessern. Wenn das Netz der Familie nicht ausreichend Halt bietet, braucht es Stabilisierung von außen, man könnte sagen, „*It takes more than two to tango*“. Die **Abbildung 1** soll dies veranschaulichen.

Zur Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren für Eltern und Kind in Familien mit erhöhten psychosozialen Belastungen sind für die Arten der Begleitung und der Entwicklungsförderung klar abgestimmte Entscheidungen notwendig: zwischen der Familienhebamme, der Frühförderin, den Pädagoginnen der Mutter-Kind-Gruppen, der Kinder- und Jugendärztin, der Psychologin der Frühberatungsstelle und der betreuenden Sozialarbeiterin. Letztere ist dann besonders wichtig, wenn Eltern die Einsicht in ihre Krankheit oder andere psychische und soziale Störungsbilder in ihrer Familie fehlt und sie Vernachlässigung, Missbrauch, Misshandlung und Entwicklungsverzögerungen ihres Kindes nicht wahrnehmen oder herunterspielen. Es ist hilfreich, dies im Rahmen einer entwicklungsorientierten Beratung so zu besprechen, dass positive An-

Vernetzung zwischen Eltern und Kind, Ambulantem Sozialdienst und Frühberatung in Bremen

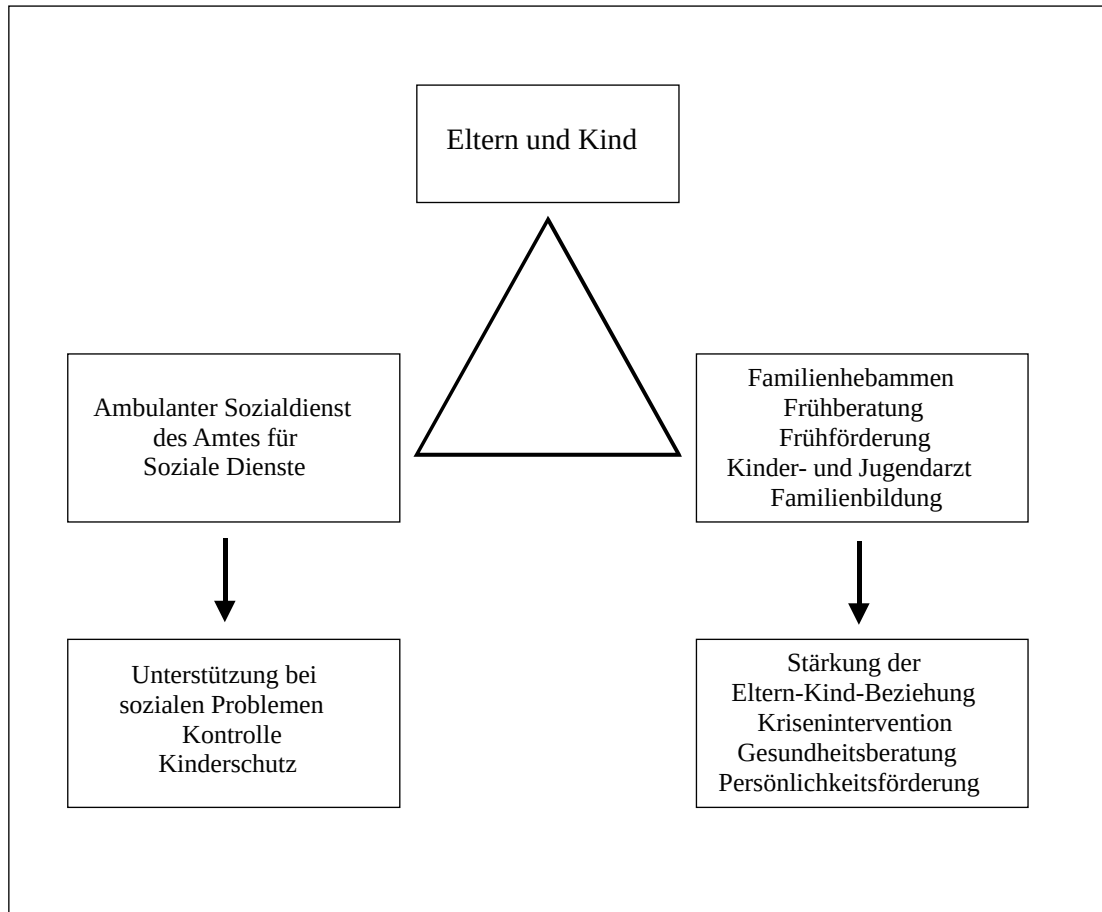


Abbildung 1

© I. Beyersmann

teile in ihnen, für ihr Kind sorgen zu wollen, zum Tragen kommen. Dies unterstützt eine Auseinandersetzung damit, was das Kind braucht, und die Entscheidung, ob eher eine Stabilisierung von Eltern und Kind im weiteren Zusammenleben oder aber eine Trennung zur Abwendung psychosozialer Risikobelastungen angestrebt wird.

In zwei Fällen konnten sich zwei psychisch erkrankte Mütter „durchringen“, ihre Kinder in Pflegefamilien mit einer sicheren Bindungsperson zu geben, wo die Kinder ihre Entwicklungsbeeinträchtigungen aufholen und sich sicher entwickeln können. Die Entscheidung trug zur Entlastung von Schuldgefühlen gegenüber ihren Kindern bei. Eine Mutter erwähnte beispielsweise: „*M. ist aufgeblüht, nicht mehr so aggressiv, was sie da lernt, kann ich ihr nicht bieten.*“ Ihr Verständnis für ihre Kinder und die Kooperationsbereitschaft mit den Pflegeeltern wurden unterstützt.

Besonders junge Eltern, allein erziehende oder jugendliche Mütter, wenn sie unsicher oder noch verstrickt mit ihren eigenen Eltern oder dem Partner sind, brauchen Unterstützung zur Entlastung und zur Förderung einer sicheren Bindung, ihrer intuitiven Kompetenzen und Verantwortung für das Baby. Junge Eltern aus sozial benachteiligten Lebensverhältnissen sind oft noch so sehr mit sich und ihrer eigenen Entwicklung

beschäftigt, dass die Wünsche der Eltern den Bedürfnissen des Kindes entgegenstehen. Schlack (2000) beschreibt diese als:

- das Bedürfnis nach Stimulation und Variation der Reize durch Abwechslung,
- das Bedürfnis nach Stabilität, das heißt nach Ordnung, Regelmäßigkeit und Berechenbarkeit der erfahrbaren Umwelt,
- das Bedürfnis nach Bindung, Zugehörigkeit und Abhängigkeit,
- das Bedürfnis nach Unabhängigkeit, Selbständigkeit und Selbstbestimmung.

Bereits ein Baby kann zum „Feind“ werden, wenn es die Wünsche der Eltern nicht erfüllt oder ihnen im Weg steht. Die Entwicklungsbegleitung und die Beratung für Eltern, die selbst noch der „Beelterung“ bedürfen, sind sehr hilfreich, aber auch zeitintensiv. Zur Abwendung von Entwicklungsrisiken sind gute Kommunikationsstrukturen für eine gelungene Kooperation zwischen der Familie und dem Helfernetz wichtig. Verspätetes oder vorschnelles Handeln sollte verhindert und alles versucht werden, die frühe Eltern-Kind-Beziehung zu stabilisieren, bevor ein Kind Verhaltensauffälligkeiten entwickelt hat. Bei Eingriffen in das Elternrecht und der Trennung eines Kindes von seiner Mutter/seinen Eltern sind bindungsrelevante Aspekte wie die Eingewöhnung des kleinen Kindes in eine neue Familie und der Erhalt der Beziehung zu seinen leiblichen Eltern wichtig. Auch die Begleitung der leiblichen Eltern ist wichtig, damit sie die Wegnahme ihres Kindes und ihre Frustrationen verarbeiten können und ihre Kooperationsbereitschaft und nicht ihre Abwehr gestärkt wird.

Wir machen die Erfahrung, dass unsere Gespräche zur Entlastung psychosozial hoch belasteter Mütter beitragen und ihr Vertrauen wächst, ihre Sorgen, ihre Konflikte und Risiken des Kindes anzusprechen, wenn sie erleben, dass sie nicht entwertet werden. In der zentrierten Beratung auf Mutter und Kind und der Anleitung zum Spiel mit dem Kind lernen sie, sich auch ihrem Kind gegenüber zu öffnen und responsiver auf seine Signale und Bedürfnisse einzugehen. Die Beziehung zwischen Mutter und Kind entspannt sich, wenn die mütterliche Fürsorge wächst und wir mit der Mutter zusammen herausfinden, was sie und ihr Kind brauchen und ob beispielsweise für Mutter und Kind eine Krippenbetreuung unterstützend sein kann.

Psychosoziale Einflüsse – so zum Beispiel ein misshandelnder Partner –, von dem sich eine Mutter abhängig macht, setzen der Kooperation Grenzen. Wenn sie sich immer mehr aufgibt und andere ich-unterstützende Bindungspersonen nicht wirksam werden können, bringt sie auch ihre Kinder in Gefahr, eine ängstliche und unsichere Bindung zu entwickeln und die Mutter schützen zu sollen (Rollenumkehr und Gefahr der Parentifizierung). Nicht selten setzt sich in solch einem Fall die Geschichte einer traumatisierten Kindheit der Mutter fort, die nicht sicher und autonom werden konnte. Tiefe Ängste vor Verlassensein und Hilflosigkeit führen dazu, sich anzuklammern und Separationswünsche aufzugeben. Lernt dagegen die Mutter, sich zu wehren, sich und ihre Kinder zu schützen und sich hilfreichen Personen im sozialen Netz anzuvertrauen, kann sich die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung verbessern.

Konzeptionelle Überlegungen zur Frühberatung

Ausgehend von Erkenntnissen der neueren Kleinkindforschung und dem Präventions-Gedanken des Kinderschutzes und der Entwicklungsförderung will das Bremer Beratungsprojekt in einem sozialen Brennpunkt möglichst früh Mütter und Väter mit Kindern bis zu drei Jahren erreichen. Die Mannheimer Längsschnittstudie zeigt, dass gelungene Mutter-Kind-Interaktionen im Kleinkindalter protektiv wirken und die Entstehung von Entwicklungsstörungen verhindern können. Auffälligkeiten in der frühen Mutter-Kind-Beziehung sind ein Risikofaktor für die sozial-emotionale, aber auch kognitive Entwicklung des Kindes. Auch die seelische Gesundheit der Mutter ist von der Qualität der Mutter-Kind-Beziehung abhängig (Laucht, Esser, Schmidt 2000). Ein positives Zusammenspiel zwischen Mutter und Säugling führt zur Entspannung in der Beziehung und bestimmt entscheidend ihre Qualität. Eltern und Kind „führen“ und „ziehen“ sich wechselseitig wie beim Tango. In diesen Tanz zwischen Mutter/Vater und Kind wirken Erziehungsverhalten, Einstellung der Eltern und Einflüsse der Umwelt hinein.

Die Beratung integriert verschiedene Beratungs- und Therapiekonzepte, um auch das Vertrauen schwer erreichbarer Eltern zu stärken und sie anzuregen, eine autonomiefördernde Entwicklung ihrer Kinder zu unterstützen: Gesundheitliche, pädagogische, soziale, psychologische und therapeutische Aspekte werden in der Arbeit verbunden.

Ziele der Beratung

Die Förderung der frühen Kommunikation zwischen Eltern und Baby ist in der Arbeit mit Risikofamilien besonders wichtig. Aus psychosozialen Gründen hat es vielen Eltern „die Sprache verschlagen“: Sie sprechen nicht oder nur kaum mit dem Baby und stellen sich stimmlich, melodisch, mit Tempo, Blickzuwendung und zärtlicher Berührung nicht auf das Baby ein. Unzureichender Tagesrhythmus, mangelnde Anregungen (Stimulationsformen) und Belohnungen, häufiges Fehlen an Wiederholung und Abstimmung auf die kindlichen Signale erschweren die Aufnahme-, Interaktions- und Lernbereitschaft sowie eine sichere Bindung des Säuglings an seine Bindungspersonen (Papoušek 1996).

Das Baby braucht eine ruhige und responsive Kommunikation, um seine Erfahrungen mit der Umwelt gut zu integrieren. Der Mangel an positiver Resonanz und Spiegelung in der vorsprachlichen Kommunikation wirkt zurück auf die Eltern. Statt mit Zuwendung, einem Lächeln und munteren Tönen reagiert das Baby mit Blickabwendung und Schweigsamkeit und labilisiert auf diese Weise das Selbstwertgefühl und die Zufriedenheit der Mutter („*Mein Baby mag mich nicht.*“). Der Kreislauf und Schutzfaktor „positiver Gegenseitigkeit“ wird belastet (Papoušek, 1996). Wir möchten Eltern unterstützen, mit ihrem Kind ruhige und anregende Kommunikationsformen zu finden, die ihm helfen, die postnatalen Regulations- und frühen Anpassungsprobleme zu meistern. Das Gefühl der Eltern, durch ihr Verhalten die aufmerksame Wahrnehmung ihres Babys bewirken zu können, es zu beruhigen und gute Übergänge zu Schlaf- und

Wachzuständen zu finden, stärkt ihr Selbstwertgefühl, fördert intuitive Kompetenzen und das Zusammenspiel zwischen Eltern und Kind.

Ein weiteres Ziel der entwicklungspsychologischen Beratung in Bremen ist die Reflexion der Eltern-Kind-Interaktionen, die Einstellung der Eltern und ihr Erziehungsverhalten. In der Paar- und Familienberatung geht es um Konfliktentlastung, Rollenverständnis, Aufgabenklärung und Tagesstrukturierung sowie um die Beziehung der Eltern zu ihren eigenen Eltern und um die Rolle und Aufgaben der Großeltern. Ein weiteres Anliegen sind Entwicklungsinformationen und Öffentlichkeitsarbeit zur Aufklärung der Eltern über die Bedeutung der frühen Kindheit sowie psychosoziale Risiken und Schutzfaktoren. Daraus leiten sich verschiedene Aufgaben ab wie:

- Wechselseitigkeit der Beziehung zwischen Mutter und Säugling beobachten und frühe, wechselseitige Anpassungsprozesse fördern;
- die selbstregulatorischen und integrativen Kompetenzen und Grenzen des Säuglings den Eltern nahe bringen und sichtbar werdende elterliche Kompetenzen in der Eltern-Kind-Interaktion wertschätzen und unterstützen (Papoušek, 1996);
- den Eltern Gelegenheit geben, sich in die Bedürfnisse ihres Kindes einzufühlen und ihnen helfen, die kindlichen Signale wahrzunehmen und prompt und feinfühlig darauf zu reagieren;
- positive Interaktionen beim Spiel, Füttern und Wickeln hervorheben oder anregen;
- Entwicklungsprozesse und ihre Dynamik in der Eltern-Kind-Beziehung erkennen;
- Erkennen von Übertragungen unbewusster Verhaltensmuster, innerer Bilder, Konflikte und Ängste auf das Kind;
- über eine feinfühlige Auseinandersetzung mit den Eltern zur psychischen Entlastung von Eltern und Kind beitragen;
- das Aufspüren und Mobilisieren von Ressourcen im Familiensystem und im sozialen Netz (Großeltern, Geschwister, Nachbarin, Mütterberaterin);
- Vermittlung guter Tagesbetreuung (zum Beispiel Krippe, besonders für Kinder jugendlicher Mütter), von Selbsthilfekontakten und psychotherapeutischer Behandlung für Eltern;
- Elternbildungsarbeit, um einen kompetenten Umgang mit den Entwicklungsaufgaben von Säuglingen und Kleinkindern zu unterstützen und eine positive Erziehungshaltung zu fördern;
- Risiken der „Entgleisung“ im Dialog und Störungen der Beziehung zwischen Eltern und Kind erkennen und reduzieren.

In der **Abbildung 2** werden einige Risikofaktoren beschrieben, die auf die Entwicklung des Kindes und der Eltern-Kind-Beziehung Einfluss in benachteiligten Lebens-

Psychosoziale Risikobelastungen

niedriges Bildungsniveau der Eltern	keine abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung
beengte Wohnverhältnisse	unter 50 Quadratmeter Wohnfläche
psychische Störung eines Elternteils	mäßige oder schwere Störung gemäß Kriterien von DSM-III oder ICD-10
anamnestische Belastungen der Eltern	mehr als zwei Wechsel der Betreuungspersonen oder Delinquenz
disharmonische Partnerschaft	geringes Niveau der elterlichen Beziehungsqualität in zwei von drei Bereichen (Harmonie, Kommunikation, Wärme)
frühe Elternschaft	Alter der Eltern < 18 Jahre oder Dauer der Partnerschaft < 6 Monate bei Konzeption
Ein-Eltern-Familie	bei Geburt des Kindes
unerwünschte Schwangerschaft	Abbruch der Schwangerschaft wurde ernsthaft in Erwägung gezogen
mangelnde soziale Integration und Unterstützung	eingeschränkte soziale Kontakte und fehlende Unterstützung bei der Betreuung des Kindes
ausgeprägte chronische Schwierigkeiten	mit einer Dauer von > 1 Jahr wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit, chronische Krankheit
mangelnde Bewältigungsfähigkeiten der Eltern	im Umgang mit belastenden Lebensereignissen des letzten Jahres wie Rückzug, Verleugnung (Laucht u. a. 1999)

Abbildung 2

© I. Beyersmann

verhältnissen haben und die in Bremer Beratungsstelle gehäuft auftreten. Von ihnen sind Chancen und Grenzen interdisziplinärer Zusammenarbeit abhängig.

Egle, Hoffmann und Joraschky (1997) heben Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch, autoritäres väterliches Verhalten, Suchtmittelabhängigkeit der Eltern oder eines Elternteils, schwere körperliche Erkrankung eines Elternteils, Altersabstand zum nächsten Geschwister < 18 Monate und einen hohen Gesamtrisikoscore hervor, zu dem auch Stressoren wie Ängstlichkeit, Überforderung und negatives Selbstwertgefühl der Mütter gehören, die die Interaktion mit dem Kind belasten. Das Risiko der mangelnden Bewältigungsfähigkeit der Eltern möchte ich nach den Erfahrungen mit Eltern in der Bremer Beratungsstelle mit den im Folgenden beschriebenen Kriterien erweitern.

Das Risiko der schweren Erreichbarkeit

Die schwere Erreichbarkeit psychosozial hoch belasteter Eltern stellt ein erhebliches Entwicklungsrisiko für Säuglinge und Kleinkinder dar. Misstrauische Abwehr, Verleugnung, Bagatellisierung und Versuche, das Helfersystem zu spalten, sind Hürden in der Zusammenarbeit mit den Eltern. Sie führen nicht selten auch bei Helfern und „Professionellen“ zur Vermeidung von Kontakt, obwohl der Versuch einer „haltenden“ Beziehung zur Unterstützung von Eltern und Kind dringend notwendig ist. Es braucht Geduld, ein hohes Maß an Frustrationstoleranz, Einfühlung und differenzierte therapeutische Kenntnisse, um Aggression als Abwehr auszuhalten und Rückzugsstrategien zu verstehen. Erfreulicherweise machen wir die Erfahrung, dass selbst Mütter aus solchen abwehrenden Familien zu uns kommen, damit wir ihnen zuhören. Sie erleben unsere Aufmerksamkeit für sie und das Kind als wertschätzend, und sie sind sehr an Entwicklungsinformationen interessiert. Es werden Wünsche wach, dass es dem eigenen Kind einmal besser gehen soll, als es ihnen selbst ergangen ist.

Am schwersten sind die Väter aus Multiproblemfamilien zu erreichen. Aber auch Mütter mit einer unsicheren Bindungsgeschichte und psychischer Abhängigkeit, beispielsweise von einem gewalttätigen Partner oder Drogen, weisen Unterstützungs- und Bindungsangebote ab. Man darf ihnen nicht zu nahe kommen. Gefangen in einer Kumulation von Enttäuschungen, Schmerz, Bitterkeit und Perspektivlosigkeit lassen sie sich niederdrücken und vielfach die Kraft nehmen, aus ihrem Teufelskreis herauszukommen. Die aufsuchende Arbeit der Familienhebamme und der Frühberaterin kann sehr hilfreich sein, eine Brücke für Mutter und Kind zu bauen, sich einer entwicklungsfördernden Umgebung anzuvertrauen.

In ihrer präventiven und therapeutischen Arbeit mit Multiproblemfamilien mit Säuglingen und Kleinkindern beschreiben Stoléru und Morales-Huet (1994) einen frühen, unbewussten Abwehrmechanismus des Angriffs auf Beziehungsaktivitäten als Reaktion auf in der Kindheit der Eltern erlittene schwere, wiederholte Frustrationserlebnisse oder Traumatisierungen. Eine solche Angriffshaltung kann sich in Aggressionen gegenüber dem Helfer oder Therapeuten zeigen und kann in der Übertragung als gegen die Mutter oder eine andere primäre Bezugsperson gerichteten Angriff verstanden werden. Nichterscheinen, Unpünktlichkeit, Absagen von Terminen, eine spürbare Feindseligkeit, zum Beispiel in Form unterstellter Kontrollabsichten, stören die Beziehung zwischen Eltern und Helfer, schützen die Eltern aber auch vor einem unbewusst erwarteten Angriff oder vor vermuteter und gefürchteter Kritik. Man stellt sich als Beraterin oft die Frage, ob man überhaupt weiterkommt, man ist auf der Hut, man spürt und entwickelt selber Aggressionen, wird als „böse Mutter“ entwertet, die „das Kind im Stich lässt“ und wird selbst im Stich gelassen. Oder man lässt sich verführen, die „gute Mutter“ sein zu wollen, die dann jedoch nichts recht macht.

Psychosozial hoch belastete Mütter und Väter sind häufig in ihrer frühen Kindheit bereits so traumatisiert worden, dass in ihnen die Angst vor Missbrauch und Misshandlung durch einen vermutlichen Angreifer übermächtig geworden ist, den sie auch im Helfer „wittern“. Diese Angst macht es schwer, sich zu öffnen und auf andere zuzuge-

hen. Die Erfahrung des Alleingelassenseins, der Vernachlässigung und der Misshandlung können wiederum im Säugling Ängste vor Vernichtung auslösen. Sie sind eine mögliche Quelle für seine Unruhe, sein Schreien, seine Aggressionen und seine Bindungsängste. Wenn sie nicht aufgefangen und aufgelöst werden, wiederholen sie sich auffällig in allen weiteren Beziehungen.

In der Arbeit mit Multiproblemfamilien ist man fast immer mit heftigen Ambivalenzen und Aggressionen konfrontiert. Es ist wichtig zu lernen, mit diesen Affekten umzugehen, sie auszuhalten, eigene Aggressionen zu kontrollieren, sich abzugrenzen, sich nicht zu überlasten und einfühlsam zu bleiben. Ohne Teilung der Verantwortung und klare Abstimmung unter den Helfern, wer was macht, ohne Teamarbeit und Supervision sind die Grenzen in der Arbeit mit Multiproblemfamilien schnell erreicht. Machen die Eltern jedoch so früh wie möglich die Erfahrung gelungener Interaktionen mit ihrem Baby, wächst ihr Selbstwertgefühl und eine sicherere gefühlsmäßige Verbundenheit mit ihm. Dies erzeugt Hoffnung und Kommunikation und Kooperation können durch neue, aufgezeigte Perspektiven und Aktivitäten verbessert werden anstatt dass Belastungen nur schicksalhaft hingenommen werden.

Armut und Arbeitslosigkeit als Risikofaktoren

In vielen Familien, die Sozialhilfe beziehen, herrscht lang anhaltende Arbeitslosigkeit. Sie verändert Zeitempfinden, Hoffnung und Widerstandskraft (Jahoda 1975). Wenn die Arbeit verloren geht oder eine sinnvolle Tätigkeit auch als psychisches Strukturelement fehlt, schwinden oftmals das Gefühl der Zugehörigkeit, das Selbstwertgefühl und die Initiative. In vielen Familien gerät die Zeit aus den Fugen und Chaos breitet sich aus. Dies sind Stressfaktoren, die Auswirkungen auf die ökonomische und soziale Situation, das psychische Befinden, die persönlichen Beziehungen, die Planung, die Absprachen und das Arbeitsbündnis haben. Das Risiko der Armut fördert Desintegration und ein Gefühl des „sozialen Todes“ (Beisenherz 2001). Die Armut wird als ein Risikofaktor beschrieben, der sich wie ein Schatten über die Entwicklung der Kinder wirft und sie erheblich belastet (Walper 2001).

Wir sehen aber auch in diesen Familien einen Hoffnungsschimmer oder Stolz, wenn ein Baby als Zukunftsträger geboren wird. Diese Hoffnung kann jedoch leicht durch Existenzsorgen, enttäuschende Bindungen und verstrickte Beziehungen getrübt werden. Deshalb ist es besonders für arme Familien mit Säuglingen und Kleinkindern notwendig, dass sie von Anfang an unterstützt werden und dass jungen Eltern Raum für spielerische Interaktionen mit ihrem Kind gegeben wird.

Soziale Isolation und Desintegration als Risikofaktor

Die Isolation psychosozial belasteter Familien ist ein weiterer Risikofaktor, besonders für ein kleines Kind, welches seine Umwelt erkunden möchte. Der Mangel an Gelegenheiten der Eltern, die eigenen Bewältigungsfähigkeiten unter Beweis zu stellen,

fördert die Angst, Realitätsanforderungen nicht gerecht zu werden und färbt auf die Kinder ab. Die Angst vor Beschämung und das Gefühl der Inkompetenz fördern Unsicherheit, depressiven Rückzug und Verleugnung. In der Isolation wird das Zusammenleben in der Familie oft unerträglich. Viele Eltern können den Verzicht auf eine soziale Anerkennung nicht kompensieren. Eine positive Resonanz, besonders auf das, was das Kind fühlt und tut, geht verloren. Es kommt zu impulsiven, unvorhersagbaren Unterbrechungen des kindlichen Spiels.

Häufig wird das Kind beschämt und bestraft, wenn es nicht sofort den Erwartungen und Bedürfnissen eines Elternteils entspricht oder es etwas aus einem Mangel an Unterstützung noch nicht bewerkstelligt. Die Deprivation in den Familien erzeugt auch Neid auf die Kinder, wenn sie sich (noch) trauen, ihre Bedürfnisse und Wünsche zu äußern statt sie zurückzunehmen oder sich zurückzuziehen. Eine Neidhaltung kommt zum Beispiel darin zum Ausdruck, dass Eltern das Erziehungsgeld für sich selbst verbrauchen oder sie den Kontakt zu anderen Kindern nicht unterstützen.

Die Spannung in sozial zurückgezogenen Familien wird ausagiert in konflikthaften Paar- und Eltern-Kind-Beziehungen, unter denen besonders ein Kind leidet. Wenn bereits einem Kleinkind die Funktion zugeschrieben wird, einen Elternteil vor Gewalt zu schützen und ihn zu trösten, ist es überfordert. In dieser Rollenumkehr emotional missbraucht, steht ihm für seine eigene Entwicklung nicht mehr genug Energie zur Verfügung. Angst und Schuldgefühle, den Eltern nicht helfen zu können, aber auch viele andere Enttäuschungserfahrungen schmälern sein Selbstwertgefühl und sein Ich, aber erzeugen auch eine ungeheure Enttäuschungswut, die wir an vielen Kindern beobachten können.

Viele der beschriebenen Risiken, die wir teilweise dramatisch erleben, gehören zum Alltag psychosozialbelasteter Familien. Sie drücken das subjektive Wohlbefinden aller Familienmitglieder herunter. Viele Mütter aus solchen Familien zeigen depressive Verstimmungen und ein sehr geringes Selbstvertrauen. Besonders Töchter aus psychosozial belasteten Familien sind in Gefahr, sich über die Mutter als ihr Modell ähnlich zu entwickeln (Walper 2001).

Ein Fallbeispiel

Ein junges Elternpaar mit drei Kindern (fünf Monate, eineinhalb und vier Jahre) kommt nicht freiwillig über die Sozialarbeiterin des ambulanten Sozialdienstes in die Frühberatungsstelle. Während die Mutter ihre Angst anspricht, dass ihr die Kinder weggenommen werden könnten, hält der Vater dagegen, dass alles hochgespielt sei und die Familienhelfer sie im Stich gelassen hätten. Das Anliegen der Sozialarbeiterin, die Verantwortungs- und die Kooperationsbereitschaft der Eltern durch Entwicklungsberatung zu stärken, greift die Mutter auf, die wie ein kleines Mädchen wirkt. In den folgenden Gesprächen stellen sich sehr bald bei beiden Eltern ambivalente Beziehungs- und Bindungsmuster sowie eine Kumulation von Risiken heraus: Gewalt und Missbrauch in der Partnerschaft, eine Persönlichkeitsstörung beider Eltern, Arbeitslosigkeit, Schulden und eine chronische Vernachlässigung der Kinder.

Der Vater ist besonders schwer zu erreichen. Psychotherapeutische Bemühungen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst und Arbeitsvermittlungsversuche sind gescheitert. Auch mit uns lehnt er die Kooperation ab und beendet die Beratung nach wenigen Sitzungen. Seiner Partnerin wirft er vor, dass sie die Familie an den Sozialdienst verraten habe, obwohl doch alles in Ordnung sei. Sie entschuldigt sich und kann ihr Hilfesuch nicht vor dem Partner vertreten, hält aber Kontakt zu uns. In einer aggressiven Bindung gefangen, kann sie sich und ihre Kinder nicht vor den gewalttätigen Auseinandersetzungen schützen. Sie klammert sich an ihre Kinder, die in Gefahr sind, Elternfunktionen zu übernehmen, besonders dann, wenn sie miterleben, dass ihre Mutter verletzt und immer hilfloser wird. Die Interaktionsbeobachtungen verdeutlichen die Anforderung an die Kinder, sich still und brav zu verhalten, keine oder eine abwehrende Responsivität auf Kommunikationswünsche und Belastungssignale der Kinder, eine eingeschränkte Interaktionsbereitschaft der beiden Älteren mit der Mutter, schwaches Explorieren, Zeichen von Unglücklichsein und massive Sprachauffälligkeiten der Ältesten sowie eine deutliche Unzugänglichkeit des Babys.

Alle Kinder sind in ihrer Entwicklung erheblich zurück. Bei kleinen Streitereien oder Wünschen der Ältesten kommt es zu heftigen Überforderungsreaktionen der Mutter, worauf sich die beiden älteren zurückziehen oder die Mutter trösten wollen. Unsere Anregungen zur spielerischen Kommunikation können von der Mutter kaum oder gar nicht aufgegriffen werden. Sie ist so mit sich selbst beschäftigt, dass in Beratung und Babymassage sichtbar werdende schwache, intuitive Kompetenzen immer wieder verschwinden. Schuldhaft fällt ihr dauernd etwas ein, was sie hätte tun müssen oder was sie bedrückt. Verstrickte, unsichere Bindungserfahrungen in ihrer Kindheit wiederholen sich in ihrer Partnerschaft, in der durch impulsive, unangemessene oder dissoziale Reaktionen des Partners ihre unsicheren Bindungsmuster verstärkt werden. Alle drei Kinder werden durch die immer wiederkehrenden aggressiven Auseinandersetzungen der Eltern bedroht und geängstigt, die Mutter zu verlieren. Die Mutter kann weder für sich noch für ihre Kinder verantwortungsvoll sorgen, auch nicht mit Hilfe der Tagesmutter und des Kindergartens. Geförderte Kontakte zu anderen Müttern, zur Elternschule, zur Tagesmutter und zum Kindergarten brechen immer wieder ab. Dagegen kommt sie trotz zunehmender Erschöpfung weiter regelmäßig zu Beratungsgesprächen, um über ihre Enttäuschungen und die Misshandlungen ihres Partners zu sprechen.

Gleichzeitig idealisiert sie ihn als Vater, auf den sie nicht verzichten wolle. Unter seinem zunehmendem Druck gibt sie sich immer wieder die Schuld für den Streit und verleugnet oder bagatellisiert seine Misshandlungen. Ihre Beteiligung an der Vernachlässigung ihrer Kinder, indem sie dem Partner zum Beispiel das Erziehungsgeld ihrer Kinder gibt und er es für sich verbraucht, nimmt sie nicht wahr. Hilflosigkeit, ängstliche Unruhe und wachsende Schwierigkeiten, sich selbst und die Kinder ausreichend zu versorgen, nehmen zu. Ihre mangelnde Fähigkeit, Alltagsentscheidungen zu treffen und eigene Ansprüche angemessen gegenüber Personen zu vertreten, von denen sie sich abhängig fühlt, werden immer deutlicher. Es gelingt ihr keine Distanzierung von dem sie schädigenden Milieu. Somit werden auch alle Gedanken und Vorschläge, sich mit den Kindern von ihrem Partner zu trennen, von der Mutter immer wieder verworfen. Aber sie entwickelt Phantasien, die Kinder vorübergehend in einer Pflegefamilie unterzubringen.

Zu ihrer Bindungsgeschichte befragt, erinnert sie sich positiv an eine Pflegemutter, bei der sie als Dreizehnjährige gerne geblieben wäre (adult attachment interview, Brisch 2000). Sie hatte in ihrer Kindheit viel Angst, verlassen zu werden, und um ihre alkoholabhängige, allein erziehende Mutter. Ihren Vater hat sie nie kennengelernt. Noch heute macht sie sich Vorwürfe, dass sie es nicht geschafft hat, ihre Mutter zur Behandlung ins Krankenhaus zu bringen. Ärger und Wut auf die Mutter tauchen kaum auf. Sie hätte in ihrer Kindheit und Jugend eine sichere Bindungsperson gebraucht, um mit ihren Ängsten fertig zu werden. Es scheint jetzt so, als wiederhole sich die Kindheitsgeschichte der Mutter in ihrer Partnerschaft, in der sie erneut erlebt, dass ihre Kräfte nicht ausreichen, für sich und andere zu sorgen. Sie lässt sich misshandeln, verletzen, ausnutzen und flüchtet in ein instabiles Milieu. Ihre Belastungen und psychosomatischen Stresssymptome nehmen zu (Sachse 1997).

In diesem Teufelskreis war es uns nicht möglich, die Eltern- beziehungsweise Mutter-Kind-Beziehung zu stabilisieren, so dass wir mit dem Helfernetz nach einer anderen Lösung suchten: Zur Abwendung der weiteren Gefährdung der Mutter und zum Aufbau von Bindungssicherheit der Kinder in einer freudvolleren und förderlichen Umgebung, unterstützen wir die Sozialarbeiterin, die Unterbringung der Kinder in einer heilpädagogischen Pflegefamilie über das Vormundschaftsgericht zu beantragen.

Beide Eltern, besonders der Vater, wehren sich dagegen und erkennen nicht die erheblichen Entwicklungsbeeinträchtigungen ihrer Kinder. Eine längere stationäre Behandlung für die Mutter ist verbunden mit unserer Hoffnung, das Selbstvertrauen der Mutter und ihre Orientierung in einem positiven emotionalen Umfeld zu fördern. Eine Behandlung für die Mutter mit ihrem jüngsten Kind zusammen könnte dazu beitragen, die sorgenden und nicht versagenden Anteile in der Mutter zu stärken. Vor Ort gibt es ein solches Angebot nicht. Trotz der Erschütterung über die geplante Maßnahme der Herausnahme der Kinder aus der Familie hat die Mutter den Kontakt zu uns nicht abgebrochen. In einer Mischung aus Sozialarbeit und therapeutisch orientierter Beratung begleiten wir sie weiter und versuchen, ihre Angst aufzufangen, ihre Kinder zu verlieren und was es bedeutet, auf sie zur Zeit verzichten zu müssen. Unsere Ziele sind, dass die Kinder durch eine Milieuänderung qualitativ bessere emotionale Bedingungen erfahren, um eine sichere Bindungsbeziehung aufbauen zu können und Entwicklungsverzögerungen aufzuholen. Wir wollen auch einen guten Kontakt zwischen Mutter, Kindern und Pflegefamilie fördern. Eine psychotherapeutische Behandlung zur Ich-Stärkung der Mutter sollte dazu beitragen, langfristig eine positive Beziehung zwischen Mutter und Kindern zu erhalten. Auch dem Vater sollte Gelegenheit gegeben werden, sein Leben anders als bisher in die Hand zu nehmen.

Gratwanderungen in der Zusammenarbeit mit Multiproblemfamilien

Die beschriebenen Risiken für eine stabile Eltern-Kind-Beziehung und eine gesunde Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern setzen uns in der Zusammenarbeit mit den Familien Grenzen. Bildlich gesprochen, ist der Aufstieg zum Grat zu vergleichen mit den Mühen um ein Arbeitsbündnis. Man braucht Durchhaltevermögen, um vor-

wärts zu kommen. Pausen zum Kräftesammeln – eine bekömmliche „Wegzehrung“ – fördern Ruhe, Sicherheit und die Freude, das Ziel zu erreichen. Oben angekommen, bei guter Aussicht geht es erst einmal leichter voran. Wenn das Ziel nicht in zu großer Ferne liegt, ist die Angst, den Weg nicht zu schaffen oder abzustürzen, eher zu überwinden.

Wir arbeiten im Haus der Familie und in unserer Beratung vor allem mit Müttern aus psychosozial belasteten Familien. Wir erreichen sie vor allem durch aktives Zuhören in Gesprächen auf verschiedenen Ebenen mit ihnen: in Mutter-Kind-Gruppen, bei kreativen Beschäftigungen, in der Elternschule, bei der Babymassage, in der Frühberatungsstelle und zu Hause. Eine gefühlsmäßige Verbundenheit zwischen uns und den Müttern und vorsichtiges Intervenieren kann die Mutter-Kind-Beziehung entspannen. Das schafft Raum, die Signale und Entwicklungsschritte des Kindes wahrzunehmen und angemessener darauf zu reagieren.

Auch Kinder, deren Kindheit von den Auswirkungen einer belasteten Kindheit der Mutter überschattet wird, nehmen solche Veränderungen sehr schnell wahr. Sie fühlen sich angeregt, ihr Spiel wirdbezogener, sie überwinden ihre Schweigsamkeit und fangen an zu lautieren. Wir versuchen das Spiel des Kindes zu unterstützen und die Mutter zum Spiel mit ihrem Kind zu ermutigen. Dies gelingt nur schwer, wenn die Kommunikation und die Spielfreude der Mutter durch Belastungen blockiert ist. Ein Spiel zu dritt zwischen Mutter, Kind und Beraterin hilft der Mutter nicht selten aus ihrer Zurückhaltung oder Abwehr heraus. Selbstzweifel oder andere störende Gedanken können das Spiel unterbrechen. Wir bemühen uns darum, sie aufzufangen und sie später zu besprechen, damit sich eine Mutter auf ihr Kind einlassen kann.

In der Verknüpfung verschiedener frühpädagogischer Angebote mit einer guten Mutter-, Familien- und Gesundheitsberatung ist es leichter, dass sich Mütter und Väter für eine positive Beziehung zu ihren Kindern und die Förderung ihrer Entwicklung engagieren. In gemischten Gruppen erleben Mütter mit hohen psychosozialen Belastungen, dass auch Mütter aus stabileren Verhältnissen durch die Geburt ihres Kindes verunsichert werden und sich Hilfe suchen. Sie lernen mit Unterstützung und therapeutischer Fürsorge der Beraterin, eine objektbezogenere Beziehung zu ihrem Kind aufzunehmen und sich mit anderen Müttern auszutauschen.

Aufgrund solcher Erfahrungen sind sie auch eher bereit, ihr Kind anderen anzuvertrauen. Ist das Eis gebrochen, suchen Mütter mit den beschriebenen Risiken in der Beraterin auch eher eine Therapeutin. Durch viele Gespräche und vielseitige Begegnungen der Beraterin mit den Müttern im Haus der Familie und der Elternschule gelingt es immer mehr, ihre Neugier und ihr Vertrauen zu wecken. Es spricht sich unter den Müttern herum, dass wir sie und ihre Kinder schützen und fördern wollen, dass wir ihnen Orientierung bieten können statt im Chaos unterzugehen, dass wir die Signale der Aggressionsentgleisungen ernst nehmen und ihnen helfen können, mehr Sicherheit für sich und im Umgang mit ihren Kindern zu entwickeln.

Psychosoziale Probleme werden inzwischen offener in Müttergruppen oder bei der Beraterin ihres Vertrauens angesprochen. Sie senden an uns als „eine elterliche In-

stanz“ Signale, dass zugunsten des Kindeswohls interveniert wird. Die Delegation der Verantwortung an die Beraterin ist ein Aspekt verantwortungsvoller Mütterlichkeit. Indem Mütter das Tabu des Schweigens brechen und Gefährdungen ihrer selbst und ihrer Kinder aussprechen, sind rechtzeitige Interventionen möglich, damit Eltern nicht zu Tätern an ihren Kindern werden. In einigen Fällen ist es uns gelungen, Mütter mit einem schwachen Selbstwertgefühl und vielfältigen Belastungen in eine längerfristige ambulante Therapie zu vermitteln.

Raum für Entwicklung und Krisenbewältigung

Viele Säuglinge und Kleinkinder sind Eltern überlassen, die selbst ohne Hoffnung sind. Wenn sie in ihren Familien eine fördernde Umwelt entbehren, brauchen sie außerhalb ihrer Familie Entwicklungsräume, die Eltern und Kind ansprechen, wo sie Gelegenheit zu Kommunikation und Spiel haben und positive Selbsterfahrungen machen können. In einer konfliktreichen und vernachlässigenden Eltern-Kind-Beziehung macht ein Baby Erfahrungen, die es nicht gut verarbeiten kann, die es irritieren oder passivieren. Seine Wahrnehmungs- und Lernfähigkeit wird dadurch eingeschränkt. Manche Mütter brauchen für sich selbst noch eine Art Kinderbett oder Kinderstube, in der sie neue Kräfte schöpfen, Kompetenzen in sich selbst, ihren Kindern und anderen Menschen entdecken, die Vertrauen und Bindung fördern.

Die positiven Reaktionen des Babys auf die spielerische Zuwendung der Mutter können nicht genug wertgeschätzt werden. Sie tragen dazu auch bei starken Hemmungen intuitiver Kompetenzen der Mutter zu einer Entspannung der Beziehung bei. In der frühen Kommunikation geht es um wechselseitiges „Führen“ und Mitziehen“. Dabei entfaltet sich die frühe Bindung zwischen Mutter und Kind (Brazelton 1994). Die Erfahrung der Mutter, sich und ihr Kind beruhigen zu können, gibt Sicherheit, mindert Aggression und stimmt hoffnungsvoll. Der Austausch mit anderen Müttern führt zu mehr Toleranz und Autonomie.

Erfolgserlebnisse der Mütter stärken ihr Ich und mindern den Neid auf die Zuwendung, die ihre Kinder erhalten. Mütter, die erfahren, dass es sich lohnt, für sich etwas zu tun, übertragen dieses Gefühl auch auf ihre Kinder. Es fällt ihnen dann leichter, mit ihrem Baby zu sprechen, liebevoller mit ihm umzugehen und das Kind zu unterstützen, etwas selbst zu tun. Dieses wird sehr gut ausgedrückt von Müttern, die in ihrer Kindheit schwer traumatisiert wurden: *„Es soll viel lernen und frei entscheiden, was aus ihm wird.“* *„Es soll ein besseres Leben haben als ich selbst.“* *„Es soll ihm gut gehen.“* *„Ich möchte einen Führerschein machen.“* *„Einmal verreisen.“* *„Einen Hund haben, der mich schützt.“* Über positive Selbsterfahrungen können sich Hoffnung, innere Bilder, Entwicklungsvorstellungen entwickeln, die kleine Schritte aus dem Chaos in ihrem Leben bedeuten.

Ein Gefühl der Hoffnung, aus der Sackgasse der Resignation herauszufinden, wirkt wie eine Art Entwicklungshelferin, das Leben positiv zu wenden. Wenn Eltern auf diesem Weg erfahren, dass auch ihre unangenehmen Gefühle, Ängste und Aggressionen

ausgehalten werden und zum Beispiel die Pädagogin oder Psychologin dadurch nicht zerstört wird (sie sich zum Beispiel nicht beleidigt zurückzieht oder maßregelt) müssen sie nicht ins Unerträgliche wachsen und können auf der Beziehungsebene verstanden und bearbeitet werden.

Ein Netzwerk für Multiproblemfamilien braucht deshalb auch Berater und Therapeutinnen im Sinn einer sicheren Basis, wo destruktive Kräfte gebunden und Selbstvertrauen und Kreativität geweckt werden. Raum und Zeit für Spiel und Kreativität fördert die Entwicklung in der frühen Kindheit (Papoušek, von Gontard 2003).

Abschließende Bemerkungen

Die Jugendhilfe sollte die psychosozialen Bedingungen von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern stärker in den Blickpunkt ihrer Arbeit nehmen, insbesondere das Erziehungsverhalten sowie die Mutter-Kind-Beziehung. Gelungene Mutter-Kind-Interaktionen wirken auch bei psychosozial belasteten Kindern protektiv und haben Einfluss auf die seelische Gesundheit der Mutter. Die Ressourcen für präventive Angebote für Eltern und Kind und therapeutische Interventionen müssen besonders für psychosozial belastete Familien erweitert werden, um die frühkindliche Entwicklung und die frühe Eltern-Kind-Beziehung zu unterstützen. Dazu gehören Spezialberatungsstellen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern mit den Aufgaben der Diagnostik, Entwicklungsbegleitung und Beratung, aber auch Mutter-Kind-Einrichtungen und stationäre Behandlungsmöglichkeiten bei zum Beispiel psychischer Erkrankung der Mutter.

Eltern und Kind brauchen ein soziales Netz mit einer sicheren Bindungs- und Bezugsperson, die Bindungs-, Explorations- und Individuationsbedürfnisse des Kindes feinfühlig unterstützt. Die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung hat entscheidenden Einfluss auf die Wirksamkeit ergänzender Betreuung zum Beispiel durch eine Tagesmutter oder eine Krippe. Begleitende Frühförderprogramme und Elternschulung für psychosozial belastete Familien sollten an den Signalen des Kindes und den sichtbar werdenden intuitiven Kompetenzen ansetzen, feinfühlig und spielerisch die Kommunikation und die Spiellust des kleinen Kindes zu fördern. Kumulative psychosoziale Belastungen der Eltern führen zu Störungen von Lernmotivation, Aufmerksamkeitsregulation, planvollem Handeln und sprachlicher Entwicklung der Kinder.

Die Vernetzung von Sozialberatung, Frühförderung und Gesundheitsberatung ist hilfreich, um Familien mit psychosozialen Risiken besser zu erreichen. Die Grenzen der Kooperation sind schnell erreicht, wenn Abwehrhaltungen wie tiefes Misstrauen, Rückzug, Verleugnung der Risiken für das Kind so groß sind, dass eine vertrauensvollere Beziehung nicht angebahnt werden kann. Eine Bezugsperson wie die Familienhebamme oder Frühberaterin hat eher die Chance, die Eltern zur Kooperation zu motivieren als die Person, die Funktionen der sozialen Kontrolle innehat. Signale der Gewaltentgleisung und der Kindesvernachlässigung erfordern prompte und angemessene Interventionen des Helfernetzes zum Schutz des Kindes und der Eltern-Kind-Beziehung.

Dabei kommt es sehr auf eine feinfühligte Kooperation und eine klare Aufgabenteilung der verschiedenen Helfer (Professionen) an. Zu viele Helfer in einer Familie erschweren die Orientierung und die Verantwortungsbereitschaft der Eltern. Wenn die Kooperation mit der Familie nicht bewirken kann, Vernachlässigung oder Misshandlung des Kindes abzuwenden, sind Maßnahmen des Kinderschutzes notwendig. Ersatzbetreuungs- und Bindungspersonen für das Kind sollten geschult sein, Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung, kognitiven Verzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten des Kindes entgegenzuwirken. Kinder aus psychosozial belasteten Familien brauchen wie alle Kinder eine Umgebung, die sich auf die spielerische Kommunikation und die Beziehung mit dem Kind einlässt. „*Kindsein heißt spielen dürfen. Und Eltern oder Erzieher sein heißt, wieder – vielleicht sogar erstmals –spielen dürfen und mit den Augen des Kindes die Welt von neuem entdecken.*“¹

Literatur:

Beisenherz, H. Gerhard: Kinderarmut als verschämte Thematisierung sozialer Ungleichheit, In: Diskurs, München: DJI-Verlag 2 (2001)

Bergant, A. M.; Nguyen, T.; Heim, K.; Ulmer, H.; Dapunt, O.: Deutschsprachige Fassung und Validierung der Edinburgh Postnatal Depression Scale, In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Stuttgart: Thieme 123 (998), Nr. 3, S. 35-40

Brazelton, Thomas B.; Cramer, Bertrand G.: Die frühe Bindung, Stuttgart: Klett-Cotta (1994)

Brisch, Karl Heinz: Bindungsstörungen, Stuttgart: Klett-Cotta (2000)

Egle, Ulrich T.; Hoffmann, Sven Olaf; Joraschky, Peter: Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen, Stuttgart: Schattauer (1997)

Hurrelmann, Klaus: Sozialisation und Gesundheit, Weinheim: Beltz (1988)

Jahoda, Marie; Lazarsfeld, Paul; Zeisel, Hans: Die Arbeitslosen von Marienthal, Frankfurt/Main: Suhrkamp (1975)

Laucht, Martin; Esser, Günther; Schmidt Martin H.: Was wird aus Risikokindern? In: Opp, Günter; Fingerle, Michael; Freytag, Andrea: Was Kinder stärkt, München: Ernst Reinhardt (1999), S. 71-93

Laucht, Manfred; Esser, Günther; Schmidt, Martin H.: Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie, In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Göttingen: Hogrefe 29 (2000), Nr. 4, S. 284-292

Laucht, Manfred; Esser, Günther; Schmidt, Martin H.: Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie, In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Göttingen: Hogrefe 29 (2000), Nr. 4, S. 246-262

Papoušek, Mechthild: Frühe Störungen der Eltern-Kind-Beziehungen im Säuglingsalter: Ein Präventiver Ansatz zur Früherkennung und Behandlung. In: Neue Erkenntnisse der Bindungs- Forschung, Berlin: Deutsche Liga für das Kind (1996), S. 27-51

¹ siehe Papoušek, Mechthild; Gontard von, Alexander: Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit, Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta (2003), S. 210

Papoušek, Mechthild; Gontard von, Alexander: Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit, Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta (2003)

Sachse, Ulrich: Selbstverletzendes Verhalten, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht (1997)

Schlack, Hans G.: Lebenswelten-Einfluss sozialer Faktoren auf Gesundheit und Entwicklung, In: Schlack, Hans G.: Sozialpädiatrie, München und Jena: Urban und Fischer (2000)

Stoléru, Serge; Morales-Huet, Martine: Prävention bei subproletarischen Problemfamilien, In: Psyche; Stuttgart: Klett-Cotta 48 (1994) Nr. 12, S. 1123-1153

Walper, Sabine: Armut und die Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern. In: Schlippe von, Arist; Lösche, Gisela; Hawellek, Carl (Hrsg.): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs, Münster: Votum (2001); S. 151-177

Werner, Emmy E.: Protective Factors and Individual Resilience, In: Meisels, S.; Schonkoff, J. (Hrsg.): Handbook of Early Childhood Intervention, New York: Cambridge University Press (1990), S. 97-116

Arbeitsgruppe 3: Beratung und Therapie bei Familien mit besonderen Risiken – Erfahrungen interdisziplinärer Zusammenarbeit

DR. LUISE BEHRINGER

Mitarbeiterin der Medizinischen Abteilung des Vereins Arbeitsstelle Frühförderung Bayern e. V., München, und Mitarbeiterin des Nachsorgezentrums „Der Bunte Kreis“ der Kinderklinik Augsburg, Sprechstunde bei Schrei-, Schlaf- und Fütterproblemen von Säuglingen und Kleinkindern

Einleitende Bemerkungen

In der Arbeit mit kranken, behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern sind wir mit spezifischen Risikokonstellationen konfrontiert. Eine Behinderung beziehungsweise Krankheit oder Frühgeburt des Kindes wirkt sich auf die gesamte familiäre Situation aus, häufig ist auch der Beziehungsaufbau zwischen Eltern und Kind erschwert. Die Signale der Kinder sind oft schwerer zu lesen, sie reagieren langsamer oder deutlich verzögert, ihr Zustand ist noch sehr labil, nicht selten verbringen sie die ersten Wochen ihres Lebens auf einer Intensivstation in der Klinik. Damit kommen zu organischen Risiken psychische Risiken hinzu, die das gesamte System der Familie betreffen und die Entwicklung des Kindes gefährden. Diese Komplexität der Problemlagen erfordert eine engmaschige interdisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachkräfte aus dem System der frühen Hilfen. Bestehen in der Familie noch andere, von der Behinderung des Kindes unabhängige Problemlagen, so ist die Vernetzung und Kooperation mit weiteren Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe unter Umständen zwingend erforderlich.

In diesem Beitrag werde ich vor dem Hintergrund meiner beruflichen Tätigkeit in der Frühförderung und der Beratung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern mit Schrei-, Schlaf- oder Fütterstörungen im Nachsorgezentrum „Der Bunte Kreis“ auf die Möglichkeiten der entwicklungspsychologischen Beratung bei Familien mit besonderen Risiken eingehen. Dabei werde ich zunächst kurz das Netz der frühen Hilfen skizzieren, bevor ich an einem Fallbeispiel meine Beratungsarbeit vorstelle und daran aufzeige, an welchen Stellen im Beratungsprozess eine Zusammenarbeit mit anderen Personen und Institutionen wichtig war. Abschließend werde ich auf die Chancen und Grenzen von Kooperation eingehen.

1. Entwicklungspsychologische Beratung in der Frühförderung und Nachsorge

Durch eine Entwicklungsstörung, Entwicklungsgefährdung oder Behinderung eines Kindes, eine viel zu frühe Geburt oder eine schwere Krankheit ist häufig auch der Beziehungsaufbau zwischen Kind und Eltern erschwert. Gerade eine sichere Beziehung

stellt aber einen wesentlichen Schutzfaktor für die kindliche Entwicklung dar. Deshalb sollte die Beratung zur Förderung der frühen Eltern-Kind-Beziehung auch einen gewichtigen Teil in der Arbeit mit entwicklungsgefährdeten, behinderten und kranken Kindern einnehmen, damit sekundären Entwicklungsstörungen beziehungsweise einer Manifestation von Problemen entgegengewirkt werden kann.

In der entwicklungspsychologischen Beratung steht die Interaktion zwischen dem Kind und seiner Mutter beziehungsweise seinem Vater im Mittelpunkt. Sie setzt an deren Ressourcen an, indem Fähigkeiten zur Selbstregulation und Kontaktaufnahme des Kindes beschrieben, die intuitiven Kompetenzen der Eltern gestärkt und gemeinsam mit den Eltern Lösungen erarbeitet werden. Damit greift dieses Beratungsmodell einen Blickwinkel auf die Entwicklung des Kindes auf, der bislang oft vernachlässigt wurde. Wollen wir die Arbeitsprinzipien der Frühförderung wie Ganzheitlichkeit, Familien-, Lebenswelt- und Ressourcenorientierung ernst nehmen, so ist der Blick auf die Interaktion zwischen Kind und Eltern wesentlich. Denn mit diesen Prinzipien ist gemeint, dass immer das Kind als Ganzes mit all seinen Fähigkeiten, Ressourcen und Emotionen betrachtet wird und nicht nur als Träger einzelner Funktionen beziehungsweise Defizite, die gezielt gefördert werden müssen. Im Mittelpunkt steht das Kind oder die Familie in ihrem Alltag mit all seinen Zwängen und Belastungen sowie auch seinen Freuden, Ressourcen und Unterstützungspotenzialen.

Die Arbeit mit dem Kind nahe an seiner Lebenswelt ist im Hinblick auf seine psychosozialen und psychoemotionalen Entwicklungsbedingungen auch notwendig, weil die Familien der Kinder vielfach selbst komplexe Probleme mitbringen, die sich nicht nur auf die Behinderung ihres Kindes beziehen, sich auf die Entwicklung ihres Kindes aber gravierend auswirken können. Hier sehen wir den Ansatzpunkt für entwicklungspsychologische Beratung nochmals deutlicher. Die eigenen Problemlagen beeinträchtigen beziehungsweise verdecken die Feinfühligkeit der Eltern, was in der Interaktion mit einem „schwierigen“ Kind eine Spirale von Missverständnissen in Gang setzen kann. Jedoch bringen Familien, selbst wenn sie noch so viele Probleme haben, auch Ressourcen mit, die in der videogestützten Beratung entdeckt, beschrieben und gestärkt werden können.

Eine ganzheitliche Sicht des Kindes in seinem Lebensumfeld ist von einer Fachkraft allein nicht zu leisten, dies um so mehr, wenn seine Entwicklung durch eine Behinderung oder Krankheit gefährdet ist. Die ganzheitliche Sicht erfordert vielmehr das Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen und Institutionen, um aus unterschiedlichen Blickwinkeln möglichst alle Facetten kindlicher Entwicklung und familiärer Problemlagen erfassen und den Familien adäquate Unterstützung und Begleitung anbieten zu können.

Für die Frühförderung bedeutet dies eine interdisziplinäre Zusammensetzung und Zusammenarbeit des Teams, um möglichst viele Sichtweisen in die Diagnostik und Förderung/Therapie eines Kindes und die Begleitung seiner Familie einzubeziehen. Nach Möglichkeit sollte jedoch eine Fachkraft Hauptansprechpartner für die Familie sein und andere fachliche Blickwinkel so weit möglich in ihre Arbeit integrieren. Neben

der interdisziplinären Zusammenarbeit im Team ist häufig auch die Kooperation mit niedergelassenen Kinderärzten, medizinischen Therapeuten, Kliniken, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie Kindergärten, schulvorbereitenden Einrichtungen und Schulen erforderlich.

Die Nachsorge von kranken Kindern erfolgt nach einem ähnlichen Modell. Je nach konkreter Aufgabenstellung liegt die Zuständigkeit bei einer Nachsorgeschwester oder Sozialpädagogin, die nach dem Modell des Case-Managements ein Netz für die Familie knüpft. Die Beratung zur frühen Eltern-Kind-Interaktion, die sich nicht ausschließlich an Familien mit kranken Kindern richtet, führen Psychologinnen und die Kinderärztin durch. Je nach Problemlage der Familie beziehungsweise des Kindes sind Kooperationen mit anderen Fachkräften/Institutionen angezeigt. Zur Diagnostik kommt nach Bedarf die jeweils andere Berufsgruppe dazu oder wir besprechen gemeinsam eine Videoaufnahme. War oder ist eine Nachsorgeschwester in der Familie, so trägt sie ihre Erfahrungen zu einem ganzheitlicheren Bild bei oder ist gegebenenfalls auch in der Beratung dabei. Bei Fragen zu rechtlichen und sozialen Aspekten sowie finanzieller und alltagspraktischer Unterstützung der Familie ist häufig die Zusammenarbeit mit einer Sozialpädagogin hilfreich. Über diese interdisziplinäre Zusammenarbeit im Haus hinausgehend, ergeben sich auch Kooperationen zu verschiedenen Institutionen aus dem Bereich der medizinischen Versorgung sowie der Kinder- und Jugendhilfe. Bei kranken oder behinderten Kindern sowie bei einer Erkrankung der Mutter können Selbsthilfegruppen wichtige ergänzende Kooperationspartner sein. Wie eine konkrete Zusammenarbeit in diesen Hilfenetzen aussehen kann, möchte ich an einem Fallbeispiel erläutern.

2. Fallbeispiel

Als Julian drei Monate alt war, kam Frau Rainer,¹ die Mutter, auf Vermittlung einer Nachsorgeschwester in die Beratung. Als Grund ihres Beratungswunsches gibt sie massive Schreiattacken vor allem in den Abendstunden sowie Fütterprobleme an. Zum Termin kommt sie mit ihrer Mutter, da sie sich nicht zutraut, allein mit Julian Auto zu fahren. Sie berichtet, dass Julian sehr irritabel und schnell überreizt sei, zum Beispiel erschrecke er manchmal grundlos oder bei schnellen Bewegungen. Er schreie häufig am Abend ohne erkennbaren Grund und ohne Übergang sofort los und sei weder von ihr noch von ihrem Mann zu beruhigen. Schläft er dann schließlich ein, so schlafe er meist durch. Hinzu komme, dass Julian sehr wenig trinke, weshalb sie sich große Sorgen um sein Gedeihen mache. Sie füttere ihn etwa alle drei Stunden (fünfmal täglich), wobei er insgesamt 500 ml problemlos trinke, darüber hinaus werde es schwierig. Ihrer Meinung nach sollte er aber 820 ml trinken. Diese Differenz von 320 ml am Tag führt bei jeder Mahlzeit zu einem Kampf zwischen ihr und Julian, bei dem sie sich ständig neue Strategien ausdenkt, um ihn zum Trinken zu bewegen. Aktuelle Strategie ist, ihn mit Spielen abzulenken, um ihn danach auf ein Kissen zu legen, auf dem er dann noch eine geringe Menge trinkt, dabei aber „*rumblödel*“ und immer wieder die

¹ Die von mir verwendeten Namen entsprechen nicht der Realität.

Flasche verweigert. Dadurch habe sich bereits eine sehr schwierige und „*übermäßig lang andauernde*“ Füttersituation entwickelt. Frau Rainer ist sehr stark verunsichert, belastet und erschöpft und auch die Beziehung zu Julian wird dadurch stark belastet. Sie stellt mir die Frage, ob die Unruhe, das Schreien und die „*Trinkschwäche*“ Julians Zeichen einer Behinderung oder Krankheit sind?

In der Anamnese erzählte Frau Rainer, dass die Schwangerschaft sehr schwierig verlief. Sie hatte große Probleme in der Arbeit. Aufgrund eines offenen Konfliktes zwischen älteren und jüngeren Kolleginnen herrschte eine Atmosphäre des Neides und der Missgunst. Als „*harmoniebedürftiger*“ Mensch litt sie sehr darunter, aber ihre Versuche, sich mit allen gut zu verstehen, scheiterten. Sie wurde depressiv, musste in dieser Zeit „*oft weinen*“ und wechselte schließlich ihren Platz innerhalb des Büros. In der 20. Schwangerschaftswoche kam sie wegen vorzeitiger Wehen in die Klinik. Als sie die zweite Woche in der Klinik war, starb überraschend ihr Vater an einem Herzinfarkt. Der plötzliche und unerwartete Verlust hatte sie psychisch sehr stark belastet und ihre Schwangerschaft gefährdet. Deshalb musste sie ihre „*Trauer verdrängen und für ihr Kind kämpfen*“. Mit wehenhemmenden Mitteln und konsequentem Liegen konnte sie die Schwangerschaft jedoch durchhalten. In der 37. Woche kam Julian zur Welt, er war sehr labil, seine Atmung wurde mit Sauerstoff unterstützt.

Kurz nach der Entlassung aus der Klinik bekam Julian eine Virus-Infektion mit starker Bronchitis, weshalb er wieder in die Kinderklinik kam. Dort fiel den Ärzten und Krankenschwestern die hohe Unsicherheit von Frau Rainer auf, weshalb sie zur Unterstützung eine Pflegenachsorge durch den „*Bunten Kreis*“ beantragten. Die Schwester besuchte Frau Rainer mindestens einmal wöchentlich zu Hause, unterstützte sie in der Pflege von Julian und führte mit ihr lange Gespräche über die Schwangerschaft, ihre damalige berufliche Situation sowie den Tod ihres Vaters und ihre Trauer. Die Nachsorge wurde verlängert, da Julian ständig krank und Frau Rainer weiterhin sehr unsicher war.

Zu ihrer familiären Situation berichtet Frau Rainer, dass sie verheiratet ist und in einer schwäbischen Kleinstadt lebt. Dort leben auch ihre Mutter, ihre Schwester sowie ihre Schwiegereltern. Das Verwandtschaftsnetz ist sehr eng und fordernd. Beide Herkunftsfamilien erwarten, dass Frau Rainer sie regelmäßig, am besten täglich besucht. Vor allem ihre Mutter äußert diese Erwartung explizit und verstärkt den Druck auf Frau Rainer, wenn sie erfährt, dass diese bei ihren Schwiegereltern zu Besuch war. Da Frau Rainer es beiden Seiten recht machen möchte und sich für das Wohlergehen ihrer Verwandten verantwortlich fühlt, besucht sie sie fast täglich. Sie und ihr Mann leiden unter dieser Erwartungshaltung um so mehr, als Julian vor allem gegen Abend sehr unruhig wird und viel schreit, was zur Folge hat, dass sie bei Besuchen in dieser Zeit häufig wieder gehen müssen.

Hinzu kommt, dass die Schwester ihres Mannes ein Kind im gleichen Alter hat, das sehr „*pflegeleicht*“ sei und ständig mit Julian verglichen wird. Die Bemerkungen zu Julians Entwicklung, der noch „*viel weniger kann*“, und „*viel mehr schreit*“, sowie zu ihrem Verhalten als Eltern verunsichern und belasten sie zusätzlich. Frau Rainer stellt

die Fragen: „Weshalb schreit Julian so viel? Weshalb kann er noch nicht so viel wie sein Cousin? Ist er vielleicht behindert? Bin ich eine schlechte Mutter?“

Um Julian und seine Mutter besser kennen zu lernen, mit ihr gemeinsam seine Fähigkeiten zu entdecken und sie in ihren Kompetenzen zu stärken, hatte ich eine Wickelsituation mit der Videokamera aufgenommen. Dabei zeigte Julian gute Fähigkeiten zur Selbstregulation und seine Mutter reagierte sehr feinfühlig und angemessen auf ihn. Sie nimmt seine Signale wahr und geht angemessen und prompt darauf ein. Sie kommentiert sein Verhalten liebevoll und kündigt ihre Aktivitäten an. Beide kommen gut miteinander zurecht.

Aus dem Bericht von Frau Rainer und der Aufnahme der Wickelsituation ergaben sich Hypothesen und Ziele für meine Beratung:

- Julian reagiert zwar stark auf Reize von außen, hat aber auch gute Fähigkeiten zur Selbstregulation. Seine Zeichen sind gut zu lesen und er folgt aufmerksam dem Verhalten seiner Mutter. Durch die gemeinsame Beschreibung von Julians Verhalten kann Frau Rainer in der Wahrnehmung seiner Kompetenzen und Fähigkeiten unterstützt werden.
- Eine Unterstützung von Julians Regulationsfähigkeiten in Belastungssituationen hilft ihm, sich zu beruhigen.
- Frau Rainer reagiert sehr feinfühlig auf Julian. Durch die Erarbeitung ihrer Reaktionen und ihrer Gefühle dabei, kann sie in ihren mütterlichen Kompetenzen, ihrem Selbstvertrauen und ihrer Selbstsicherheit gestärkt werden.
- Die Unsicherheit von Frau Rainer wirkt sich auf Julians Verhalten aus. Eine größere Gelassenheit und mehr Selbstsicherheit von Frau Rainer könnten auch zu mehr Ruhe bei Julian führen.
- Neben der Stärkung ihrer Kompetenzen ist eine Unterstützung für die klare Strukturierung und Begrenzung bestimmter Situationen – wie zum Beispiel der Füttersituation – erforderlich.

Für die Beratung wählte ich zwei positive Sequenzen aus, an denen wir zunächst Julians Fähigkeiten und seine selbstregulatorischen Kompetenzen in Belastungssituationen, wie sein aufmerksamer Blick zur Mutter, Abwenden des Blicks als kurze Erholungspause, Händchen zum Mund führen usw. beschrieben. Daran anschließend thematisierten wir die feinfühlige, angemessene Reaktion der Mutter. Sie greift Angebote Julians auf, reagiert angemessen darauf, entwickelt sie weiter, kommentiert sein Verhalten und kündigt ihre Handlungen beim Wickeln an. Ich bestärkte sie in ihrem intuitiven Verhalten, wie Stimme, Sprache, Sprachmelodie, Abstand zu Julian usw.

Darüber hinaus besprachen wir eine klare Strukturierung und Begrenzung der Füttersituation, um den Teufelskreis von Ablehnung der Flasche, Versuche der Ablenkung und Überlistung, Schreien von Julian, Verunsicherung und Nervosität der Mutter, Verstär-

kung der Ablenkungs- und Überlistungsversuche, massiveres Schreien usw. zu durchbrechen. In dieser Phase der Beratung war die Zusammenarbeit mit der Nachsorgeschwester des „Bunten Kreises“ sehr wichtig. Sie konnte bereits seit zehn Wochen Julians Entwicklungsfortschritte verfolgen und unterstützte mich damit auch in meiner Diagnostik.

Beim dritten Termin, ungefähr fünf Wochen nach dem Erstkontakt, fühlte sich Frau Rainer etwas sicherer und hatte mehr Vertrauen in ihre Kompetenzen als Mutter. Sie berichtete, dass Julian insgesamt etwas weniger schreie. Wenn sie aber ihre Verwandten besuchten, schreie er weiterhin sehr oft und viel. Auch das Füttern sei nach wie vor problematisch. Deshalb nahmen wir am Ende dieser Stunde eine Füttersituation auf, um das Video für die nächste Sitzung als Grundlage verwenden zu können.

Schwerpunkt in dieser Beratung war die Familiengeschichte von Frau Rainer. Sie erzählte von ihrer lernbehinderten Schwester, die heute bei ihrer Mutter lebt. Als große Schwester hatte sie immer die Verantwortung. Wenn es Probleme gab oder etwas schief ging, wurde ihr die Schuld gegeben. Sie wurde von ihren Eltern hart bestraft – auch mit Schlägen –, wenn ihre Schwester etwas anstellte. Zurück blieb bei ihr das tiefe Gefühl: *„Ich war immer schuld.“* Noch heute fühlt sie sich stets verantwortlich für das Wohlergehen anderer und besucht so häufig ihre Verwandten, damit diese ihr keine Vorwürfe machen können. Die Erfahrungen aus ihrer Kindheit prägen ihr Selbstbild und ihr Verhalten. Sie kann sich nicht von ihren Eltern beziehungsweise deren Erwartungen abgrenzen, fühlt sich für deren Wohlergehen verantwortlich und hat sofort Schuldgefühle, wenn es ihnen nicht gut geht.

Frau Rainer ist der Spielball ihrer Verwandten. Sie zerren von allen Seiten an ihr und sie schafft es nicht, sich dagegen zu wehren. Deshalb springt sie ständig hin und her, um es allen recht zu machen. Sie bewegt sich wie ein Hamster in seinem Rad, wie viel sie auch springt, es reicht nie, dass es allen so gut geht, damit sie sich nicht schuldig fühlen muss. Erfüllt sie die Erwartungen ihrer Verwandten, schreit Julian und wenn er schreit oder wenig trinkt, kommt bei ihr sofort die Frage auf: *„Bin ich schuld daran, bin ich eine schlechte Mutter?“* Dieses Gefühl und ihre Fragen potenzieren sich in die Zukunft: *„Trägt Julian durch mein Verhalten einen bleibenden Schaden davon? Ist er vielleicht behindert durch meine Schuld?“*

In der Beratung entdeckte sie Julian als ihr Sprachrohr. Wenn er schreit, müssen sie und ihr Mann gehen, da Julian sich nur zu Hause wieder beruhigen kann. Sie kann sagen *„Ich muss gehen wegen Julian“*, da sie (noch) nicht sagen kann *„Ich gehe nach Hause, weil ich es möchte, weil ich mit meinem Partner und Julian zu Hause sein möchte“*. Frau Rainer braucht Unterstützung, um ihre eigenen Bedürfnisse wahrnehmen zu können. Sie braucht Zeit und Raum für sich selbst, um ihre eigenen Bedürfnisse und Wünsche entdecken, vertreten und behaupten zu können. Und sie braucht Zeit und Raum für sich selbst und ihre eigene kleine Familie, damit sie miteinander vertraut werden können. Dafür muss sie sich stärker von ihrer Mutter, ihrer Schwester und ihren Schwiegereltern abgrenzen.

Da Frau Rainer nach der Entdeckung des Zusammenhangs zwischen ihrer Befindlichkeit und Julians Schreien sehr motiviert war, ihre eigenen Probleme weiter anzugehen, hatten wir zu Beginn der vierten Sitzung zunächst die Möglichkeit einer Psychotherapie diskutiert, da dies in der Kurzzeitberatung nicht zu leisten ist. Wir hatten gemeinsam Möglichkeiten überlegt, Frau Rainer hatte sich daraufhin selbst um einen Therapieplatz gekümmert.

Thema dieser Sitzung war das Füttern. Für die videogestützte Beratung wählte ich eine Sequenz aus, in der Julian zügig aus der Flasche trank, dann deutlich müde, erschöpft (und satt?) in ihren Armen lag. Da Frau Rainer jedoch Angst hatte, die Menge könnte nicht ausreichen, versuchte sie ihn weiter zum Trinken anzuhalten, woraufhin er schrie und die Flasche verweigerte. Wir besprachen eine Begrenzung der Füttersituation auf die Zeit, in der er zügig trank, um die Lage für Kind und Mutter zu entspannen.

An dieser Stelle ist für mich die Kooperation mit dem behandelnden Kinderarzt von immenser Bedeutung. Er kann durch eine regelmäßige Untersuchung Julians Frau Rainer darin bestärken, dass er gut gedeiht und die Nahrungsmenge, die er ohne „*rumblödeln*“ aufnimmt, auch ausreichend ist. Mit der Unterstützung des Kinderarztes, der zusagte, regelmäßig Julians Haut und Gewicht zu kontrollieren, ließ sich Frau Rainer auf Julians Trinkverhalten ein. Damit hat sie nicht mehr die alleinige Verantwortung und kann die Menge akzeptieren, die er zügig trinkt.

Beim fünften Termin – zweieinhalb Monate nach dem Erstgespräch – hatte Frau Rainer eine Psychotherapie begonnen. Sie erzählte, dass sie sich inzwischen schon gegenüber Ansprüchen ihrer Verwandten behauptet habe. Sie bestimme jetzt, wann sie nach Hause möchte.

Daraufhin fanden noch zwei telefonische Beratungen statt, vor allem wegen des Trinkverhaltens Julians und der Füttersituation. Zudem hatte Julian eine Lungenentzündung, was bei Frau Rainer große Angst auslöste und ihre Unsicherheit wieder beförderte. Mit Unterstützung des Kinderarztes und einem engen telefonischen Kontakt mit mir konnte die Situation jedoch ambulant bewältigt werden, was Frau Rainer nochmals in ihrem Selbstvertrauen bestärkte. Als sich der Zustand von Julian stabilisiert hatte, haben wir die Beratung beendet. Frau Rainer rief mich rund sechs Wochen später an, um mir mitzuteilen, dass es ihr und ihrer Familie sehr gut gehe. Auch ihre Bedenken, dass er behindert sein könnte, hatten sich zerstreut.

3. Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften und Einrichtungen

Die Entwicklungspsychologische Beratung stellt spezifische Anforderungen an eine interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb einer Einrichtung sowie mit anderen Institutionen der medizinischen Versorgung beziehungsweise der Kinder- und Jugendhilfe. Wie in der Falldarstellung deutlich wurde, trat ich im Verlauf der Beratung von Frau Rainer in Kooperation mit unterschiedlichen Fachkräften und Einrichtungen. An ver-

schiedenen Schnittstellen und Schlüsselprozessen erwies sich eine interdisziplinäre Zusammenarbeit als notwendig für den Beratungsprozess.

Klinik – Nachsorgeeinrichtung: Der erste Zugang von Frau Rainer zum Bunten Kreis kam über eine Anfrage eines Stationsarztes der Kinderklinik nach einer Pflegeschwachsorge. Die Nachsorgeschwester nahm mit der Familie bereits in der Klinik Kontakt auf und betreute sie anschließend zu Hause. Durch die räumliche und fachliche Nähe der Kinderklinik zum „Bunten Kreis“, eine Überschneidung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und deren Präsenz in der Kinderklinik, gemeinsame Arbeitskreise und Projekte – so zum Beispiel zur Nachsorge von Frühgeborenen – besteht eine gute Vernetzung und enge Kooperation der beiden Einrichtungen. Bei diagnostischen Fragestellungen kann ich auch die Entwicklungsneurologin der Kinderklinik hinzuziehen.

Innerhalb der Nachsorgeeinrichtung: Die Nachsorgeschwester nahm im Rahmen ihrer Pflegeschwachsorge mit mir Kontakt auf, um die Möglichkeit einer videogestützten Beratung zu besprechen, da Frau Rainer ihr von den abendlichen Schreiatacken berichtete. Sie kennt durch die wöchentlichen Hausbesuche die persönliche und familiäre Situation von Frau Rainer sowie den Entwicklungsverlauf Julians sehr gut und ergänzt dadurch meine Diagnostik. Durch organisatorische Teams, interdisziplinäre Fallvorstellungen und Projekte besteht ein regelmäßiger Kooperationszusammenhang, innerhalb dessen eine fallspezifische Zusammenarbeit – wie am Beispiel von Julian geschildert – gut stattfinden kann.

Nachsorgeeinrichtung – Psychotherapeutin: Für eine langfristige Psychotherapie war es wichtig, eine Therapeutin in räumlicher Nähe zu Frau Rainers Wohnort zu finden. Der Kontakt zu ihr fand aufgrund unseres weiten Einzugsgebietes telefonisch statt, um mehr über ihre therapeutische Ausrichtung, ihre Kapazitäten und Wartezeiten zu erfahren. Grundsätzlich versuchen wir, die örtlichen niedergelassenen Psychotherapeuten persönlich kennen zu lernen, um ein Bild von der Person und ihrer Arbeitsweise zu bekommen und gegebenenfalls gemeinsam Ziele unserer Zusammenarbeit entwickeln zu können.

Nachsorgeeinrichtung – Kinderarzt: Auch den Kontakt zum behandelnden Kinderarzt konnte ich aufgrund der räumlichen Entfernung nur telefonisch aufnehmen. Die telefonische Absprache mit ihm, bei der er seine Unterstützung bei Fragen der Ernährung und des Gedeihens zusagte, war jedoch wesentliche Bedingung, dass Frau Rainer den Kampf mit Julian beim Füttern aufgeben konnte, ohne zu resignieren. Um eine gute Basis der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kinderärzten zu schaffen, machen wir unsere Arbeitsweise in kinderärztlichen Fortbildungsveranstaltungen und schriftlichen Informationen transparent.

4. Chancen und Grenzen interdisziplinärer Zusammenarbeit

Am Fallbeispiel von Julian werden die Chancen einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Personen beziehungsweise Institutionen der medizinischen und

psychosozialen Versorgung bei bestimmten Risikolagen deutlich sichtbar. Bei Ess- und Fütterstörungen ist mir eine ärztliche Begleitung grundsätzlich wichtig, um sowohl einer Gefährdung des Gedeihens des Kindes vorzubeugen als auch die Eltern in ihrer Sorge zu entlasten. Für die Eltern stellt die Versicherung des Arztes, dass ihr Kind ausreichend Nahrung und Flüssigkeit zu sich nimmt und gedeiht, eine sichere Basis dar, auf der sie sich oftmals erst auf eine geringere Nahrungsmenge einlassen können. Der Arzt der Wahl ist in diesem Fall der niedergelassene Kinderarzt, der meist schnell erreichbar ist und für die Kontrolle kurzfristig und flexibel Termine vergeben kann. Da er die Kinder sowie ihre Familien in der Regel gut kennt, hat er zudem einen Überblick über den Entwicklungsverlauf der Kinder.

Aber auch andere Kooperationspartner waren in diesem Fall wichtig. Die Nachsorgeschwester ergänzte meine Sichtweise durch ihre Erfahrungen, so dass wir gemeinsam einen breiteren und präziseren Überblick über die Entwicklung von Julian sowie die familiäre Situation seiner Eltern bekamen. Die Übereinstimmung unserer Wahrnehmung bestätigte mich gleichzeitig in meinem Vorgehen.

Die ganzheitlichere Sicht von verschiedenen Seiten auf Julian gab nicht nur uns Professionellen eine größere Sicherheit, sondern auch Frau Rainer. Da sie in diesem Netz Unterstützung im Umgang mit ihrem Sohn erfuhr, konnte sie sich mehr auf ihre eigenen Bedürfnisse und Wünsche besinnen. Die in der Beratung erkannte Notwendigkeit und die Bereitschaft, selbst eine Psychotherapie zu beginnen, konnten wir frühzeitig aufgreifen und unterstützen.

Auch wenn die Beratung sehr erfolgreich verlief, so stieß ich in deren Verlauf doch auch auf die Grenzen interdisziplinärer Zusammenarbeit. Die zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen lassen wenig Spielräume für Kooperation, die über konkrete fallbezogene Zusammenarbeit hinausgeht. Dabei wären gerade bei Familien mit spezifischen Risikokonstellationen Kooperationszusammenhänge erforderlich, in denen eine gemeinsame Grundlage der Zusammenarbeit geschaffen und gemeinsam Ziele entwickelt werden können. Der regionale Bezug einer Beratungsstelle erleichtert zwar die Zusammenarbeit mit den relevanten Kooperationspartnern, der finanzielle und zeitliche Engpass bleibt jedoch bestehen. Erstreckt sich das Versorgungsgebiet über eine große räumliche Distanz, so sprengt dies oft den Rahmen für eine gute Basis der Zusammenarbeit. So reduzieren sich auch meine Kontakte mit Kinderärzten, niedergelassenen Therapeuten und anderen Beratungsstellen leider oft auf telefonische und schriftliche Kontakte.

Grenzen bestehen jedoch nicht nur hinsichtlich der Zusammenarbeit unter Professionellen durch die gegebenen räumlichen, finanziellen und zeitlichen Rahmenbedingungen oder durch die fehlende Bereitschaft eines möglichen Kooperationspartners. Grenzen der Zusammenarbeit liegen auch in der Kooperationsbereitschaft der Familien. Kommen zu den medizinischen Risiken soziale Risiken hinzu oder ist gar das Kindeswohl gefährdet, so treten diese Grenzen deutlicher hervor. Häufig liegen sie im Misstrauen der Eltern und ihrer mangelnden Bereitschaft zur Mitarbeit. Erst wenn mit den Eltern eine vertrauensvolle, sichere Basis aufgebaut werden konnte, kann ich versu-

chen, andere Fachkräfte mit einzubeziehen. Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen erweckt bei den Eltern häufig die Angst, dass hinter ihrem Rücken gegen sie agiert wird und sie wittern eine Verschwörung der Institutionen.

Bei allen Chancen und Möglichkeiten, die eine Kooperation innerhalb unserer Versorgungsstrukturen auch für die Familien beinhalten würde, sind wir immer auch auf die Kooperationsbereitschaft der Eltern angewiesen. Dabei befinden wir uns selbst in manchen Situationen im Zwiespalt zwischen Hilfe und Kontrolle, zwischen der Stärkung elterlicher Kompetenzen und der Verantwortung für das Wohl des Kindes, das in jedem Falle Vorrang hat.

Arbeitsgruppe 4: Implementierung der Entwicklungspsychologischen Beratung in die Praxis am Beispiel des freien Trägers „Hütte“ e. V. Rostock

HEINO BÖSINGER

*Leiter der Einrichtungen der Betreuungs- und Beratungsstelle „Hütte“ e. V., Rostock
und*

BARBARA BÜTOW

*Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm, Weiterbildungsprojekt
„Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“*

Vorbemerkungen

In der Arbeitsgruppe 4 wurde von Heino Bösingler vorgestellt, wie das entwicklungspsychologische Beratungsangebot in Rostock durch den Träger ambulanter und stationärer Hilfen „Hütte“ e. V. entwickelt, mit dem Jugendamt als Leistungsangebot verhandelt und durch qualifizierte Mitarbeiterinnen umgesetzt wird. Aus zeitlichen Gründen konnten keine konzeptuellen Möglichkeiten der Implementierung dargestellt werden. In der Dokumentation der Fachtagung sollen diese Überlegungen mit aufgeführt werden, die Barbara Bütow formulierte.

1. Für wen ist die Entwicklungspsychologische Beratung eine wirksame Unterstützung?

Anliegen und Ziel der Entwicklungspsychologischen Beratung ist es, Eltern beim Aufbau einer sicheren, entwicklungsfördernden Beziehung zu ihrem Kind zu unterstützen. Das Konzept geht davon aus, dass eine sichere Eltern-Kind-Beziehung ein wirksamer Schutzfaktor gegenüber Belastungen und Risiken in der Entwicklung des Kindes ist und die frühe Förderung der Eltern-Kind-Beziehung der Prävention von Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten mit Auswirkungen bis in das Jugend- und Erwachsenenalter hinein dient.

Mit der Entwicklungspsychologischen Beratung können und sollen unterschiedliche Zielgruppen erreicht werden. Nach bisherigen Erfahrungen lassen sich folgende Gruppen unterscheiden:

- an der Entwicklung ihrer Kinder interessierte Familien;
- Eltern, die mit vorübergehenden Problemen wie übermäßiges Schreien, Ein- und Durchschlafproblemen oder Fütterstörungen konfrontiert sind;

- Mütter und Väter, die geringen Zugang zu den Bedürfnissen ihrer Kinder haben und/oder deren Lebenssituation belastet ist und die deshalb besonders einer Unterstützung bedürfen;
- Mütter und Väter in besonderen Situationen, wie beispielsweise das Leben mit einem behinderten und/oder extrem früh geborenen Kind.

Das bedeutet, dass es keine spezielle Zielgruppe gibt. Allerdings sind für die Jugendhilfe besonders die Familien bedeutsam, die als so genannte Risikofamilien gelten, so zum Beispiel Eltern mit besonderen Belastungen wie Abhängigkeit von staatlichen Transferleistungen, Armutsfamilien, jugendliche Mütter und Väter, Eltern mit Behinderungen beziehungsweise psychischen Beeinträchtigungen.

2. In welchen bereits bestehenden Angeboten der Jugend- und Sozialhilfe kann die Entwicklungspsychologische Beratung angeboten werden?

Da in den meisten Regionen für ein Beratungsangebot mit dem Schwerpunkt der frühen Kindheit keine konzeptionell entwickelten Hilfestrukturen und damit auch keine Finanzierungsmodelle vorliegen, müssen sie entsprechend den rechtlichen und strukturellen Bedingungen der Länder entwickelt werden.

Sowohl das Kinder- und Jugendhilferecht als auch das Bundessozialhilfegesetz eröffnen Möglichkeiten, die Beratung in das bereits bestehende Hilfesystem zu integrieren. In der Gesetzessystematik des SGB VIII kann die „Beratung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern“ gemäß § 28 SGB VIII als ein **eigenständiges Angebot** oder aber als **Schwerpunkt innerhalb einer Erziehungsberatungsstelle** etabliert werden. Beratungsstellen, die sich bundesweit seit einigen Jahren dem Thema „Frühe Kindheit“ widmen, steht mit der Entwicklungspsychologischen Beratung ein sekundär-präventives Konzept zur Verfügung.

Familienbildungsstätten können auf der Grundlage ihrer institutionellen Förderung einen Schwerpunkt auf die Beratung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern legen und neben anderen Leistungen auch die Entwicklungspsychologische Beratung als ein Angebot im Rahmen der „**Allgemeinen Förderung der Familie**“ nach § 16 SGB VIII unterbreiten. Da seit einigen Jahren bundesweit über die Aufgaben von Familienbildungsstätten diskutiert wird und Veränderungen notwendig sind, bestünde eine günstige Gelegenheit, der Forderung nach einer stärkeren Lebensweltorientierung nachzukommen.

Mutter-Kind-Einrichtungen sind besonders gut in der Lage, das Konzept der Beratung umzusetzen, da durch die Anwesenheit der Mütter, Väter und der Säuglinge ein leichter Zugang zu ihnen möglich ist. Einrichtungen können damit werben, dass sie als ein besonderes Qualitätsmerkmal ihres Angebotes jugendliche Mütter mit Hilfe der Entwicklungspsychologischen Beratung beim Aufbau einer sicheren Beziehung zu ihrem Kind unterstützen. Diese kann dann Bestandteil der Leistung und damit des Kostensatzes sein, aber auch über Mehrbedarf zusätzlich beantragt und finanziert werden.

Das heißt auch, dass für die Nutzung der Entwicklungspsychologischen Beratung in einer solchen Einrichtung ein Minimum an Rahmenbedingungen geschaffen werden muss.

Günstig ist es auch, wenn **Sozialpädagogische Familienhelferinnen** über die Kompetenz verfügen, entwicklungspsychologisch im Sinne des Konzeptes zu beraten. Erfahrungsgemäß werden sie häufig wegen älterer Kinder eingesetzt. Die in der Familie auch vorhandenen Säuglinge oder Kleinkinder werden übersehen, weil sie noch unauffällig sind und die Eltern „gut mit ihnen zurecht kommen“. Hier kann eine nutzbringende Verbindung von Hilfe und Vorbeugung arrangiert werden. Innerhalb dieser Hilfe zur Erziehung nach **§ 31 SGB VIII** kann die Beratung entweder als integrierte Leistung im Kostensatz enthalten sein oder zusätzlich zu dieser Leistung vereinbart und finanziert werden.

Auch **Frühförderstellen, Sozialpädiatrische Zentren** und **Kinder- und Jugendambulanzen**, die auf der Basis der §§ 39 und 40 BSHG arbeiten, haben gute Möglichkeiten, dieses Konzept einzusetzen – zusammenfassend **siehe Abbildung 1**.

Entwicklungspsychologische Beratung innerhalb dieser Institutionen könnte dazu beitragen, dass in der Frühförderung die Entwicklungspotenzen von gelingenden Interaktionen zwischen Mutter oder Vater und ihrem behinderten beziehungsweise von Behinderung bedrohten Kind insbesondere im Säuglingsalter besser als bisher erkannt und ausgeschöpft werden. Das setzt voraus, dass Frühförderung über die reine Förderung des Kindes hinaus die Entwicklung der Interaktion zwischen Kind und Mutter/Vater als einen wichtigen Bestandteil ihrer Arbeit unterstützt.

Gesetzliche Möglichkeiten zur Aufnahme des Angebotes in den Leistungskatalog eines Trägers der öffentlichen beziehungsweise der freien Jugendhilfe sind durch das

Implementierung der Entwicklungspsychologischen Beratung

Entwicklungspsychologische Beratung in der Jugendhilfe	Entwicklungspsychologische Beratung in anderen Hilfesystemen
Familienbildungsstellen	Frühförderstellen
Erziehungsberatungsstellen	Sozialpädiatrische Zentren, Kinder- und Jugendambulanzen
ambulante Hilfen zur Erziehung: Sozialpädagogische Familienhilfe	
stationäre Hilfen zur Erziehung: Mutter-Kind-Einrichtungen	

Abbildung 1

© B. Bütow

Kinder- und Jugendhilfegesetz ausreichend geschaffen. Auch weitere Sozialgesetze bieten die Möglichkeit, Familien rechtzeitig präventive Hilfen anzubieten.

In den in der Abbildung 1 genannten Arbeitsfeldern beziehungsweise Institutionen wird die Entwicklungspsychologische Beratung bereits angeboten oder werden gegenwärtig Strukturen dafür entwickelt. Möglich wäre die Anwendung der Entwicklungspsychologischen Beratung auch in der Pädiatrie, zum Beispiel für Eltern mit Risikokindern und Kindern mit Regulationsstörungen, in Schwangerschaftsberatungsstellen und bei Hebammen sowie in der Erwachsenenpsychiatrie für Patienten mit Säuglingen und Kleinkindern.

Die Qualifizierung der dafür geeigneten Beraterinnen und Berater soll und kann durch die Weiterbildung sichergestellt werden. Die Schaffung der Voraussetzungen zur Etablierung und Verstetigung des Angebotes in der Region ist die Angelegenheit der dort tätigen Fachkräfte.

3. Was ist bei der Aufnahme des Angebotes in den Leistungskatalog zu beachten?

Wie immer bei der Entwicklung neuer Angebote hängt der Erfolg maßgeblich vom Engagement einzelner ab. Dabei bedarf es der Kreativität, umfassender sozialrechtlicher Kenntnisse und eines Wissens um administrative Strukturen. Erfolgversprechend ist es, im Sinne einer Projektplanung mit allen Beteiligten rechtzeitig einen Ablauf mit zeitlichen Meilensteinen und personifizierter Verantwortung zu skizzieren.

Je nach regionalen Voraussetzungen sollten in dieser Projektgruppe alle Ebenen vertreten sein, also (potenzielle) Beraterinnen, Trägervetreter und Vertreter der Jugendbehörden. So können langfristig Finanzierungsmöglichkeiten geplant und personelle Voraussetzungen geschaffen werden. Es zählt sich aus, für die Phase der Implementierung und des Aufbaus von Netzwerken zeitlich befristet einen so genannten Projektmanager zur Organisation und für die Prozessmoderation zu benennen.

4. Erfahrungen des Rostocker Trägers „Hütte“ e. V. bei der Implementierung der Beratung

4. 1. Die Betreuung von Müttern und Vätern mit Säuglingen und Kleinkindern

Der Träger „Hütte“ e. V. ist ein anerkannter Träger der freien Jugendhilfe; dieser bietet in Rostock seit 1992 ambulante und stationäre Hilfen im Rahmen der Hilfe zur Erziehung nach dem SGB VIII an. Der Träger hat inzwischen drei Standorte und beschäftigt 40 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

In Rostock, einer Stadt mit rund 200 000 Einwohnern im Norden Mecklenburg-Vorpommerns, bieten gegenwärtig zwei Träger die Betreuung von Müttern mit Kindern im Rahmen des § 19 SGB VIII mit einer Gesamtkapazität von 15 Plätzen an. Der Trä-

ger „Hütte“ e. V. hält seit 1998 zusätzlich zu seinen Hilfen nach den §§ 27, 34 und 41 SGB VIII auch stationäre Hilfen für Mütter mit ihren Kindern vor. Mehrere Jugendämter verschiedener Bundesländer haben diese Möglichkeit genutzt, wenn eine junge Frau während bestehender Hilfe nach § 34 SGB VIII schwanger wurde.

Der Träger „Hütte“ e. V. machte gute Erfahrungen mit den Hilfeverläufen; die jungen Frauen konnten ihre Perspektiven gestalten. Die Kolleginnen der Jugendämter waren stets zufrieden. Belegungen explizit nach dem § 19 SGB VIII erfolgten bislang jedoch nicht.

Im ambulanten Bereich der Hilfen zur Erziehung (Familienhilfen, Erziehungsbeistände), die „Hütte“ e. V. seit 1992 erfolgreich anbietet, kommt es immer wieder zu Hilfen für werdende Mütter, für jugendliche Mütter oder für junge Familien mit Säuglingen und Kleinkindern.

4. 2. Zur Arbeit mit der Entwicklungspsychologischen Beratung

Mecklenburg-Vorpommern beteiligte sich als Kooperationspartner an dem vom Bundesministerium finanzierten Modellprojekt zur Entwicklung und Erprobung eines Curriculums im Bereich der frühen Hilfen. Somit bestand für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rostocker Jugendhilfe die Möglichkeit, an der Weiterbildung teilzunehmen.

Als im Verein zuständiger Mitarbeiter für Qualitätsentwicklung war ich (Heino Bösiniger) sehr interessiert an diesem Vorhaben und konnte zwei Mitarbeiterinnen gewinnen, die die Weiterbildung für eine Qualifizierung ihres Wissens im Bereich der frühen Kindheit nutzten. Beide Kolleginnen wenden mit Erfolg die Entwicklungspsychologische Beratung an – eine Kollegin im ambulanten Bereich, die andere Kollegin in der stationären Einrichtung für Heimerziehung und Betreutes Wohnen „Schmarler Hütte“. Die Beratung wird stets in schon bestehende Hilfearrangements integriert; sie ist bisher keine Extraleistung. Die beiden Kolleginnen arbeiten sehr eng zusammen, reflektieren und lernen von- und miteinander.

Weiterhin besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Leiterin und einer Mitarbeiterin des Zentrums für Interdisziplinäre Frühförderung, die ebenfalls an der Weiterbildung teilgenommen haben. So ist in Rostock ein Netzwerk entstanden, in dem ähnliche Arbeitsansätze verfolgt werden. Man kann sich über fachliche Fragen austauschen und es wurde eine gegenseitige Inanspruchnahme der jeweiligen Kompetenzen vereinbart.

Außerdem ist es dem Verein „Hütte“ e. V. gelungen, eine Hebamme mit sozialpädagogischer Zusatzausbildung zur Zusammenarbeit zu gewinnen. Das Ziel besteht darin, je nach Bedarf die entsprechenden Fachkräfte mit ihren speziellen Kompetenzen für die Betreuung der (werdenden) Mütter einzusetzen. Beide Formen der Zusammenarbeit kreuzen eingefahrene Rostocker Wege: lange bestehende Formen der Zusammenarbeit zwischen Kinderheim, Hebamme, Frühförderung, Mutter-Kind-Heim und Kostenträ-

ger. Es scheint sehr schwer zu sein, diese eingefahrenen Strukturen und Abläufe durch inhaltlich neue Angebote in der Arbeit und der Kooperation zu verändern.

4. 3. Implementierung der Entwicklungspsychologischen Beratung als (potenzielles) Angebot von „Hütte“ e. V.

Es gibt vier Wege, um die Beratung als eigenständiges Angebot bei „Hütte“ e. V. zu etablieren:

- bei Einzelfällen,
- über eine Leistungsbeschreibung und Leistungsangebote,
- über die Zusammenarbeit mit anderen Professionen wie Frühförderung, Hebammen, Kindertagesstätten,
- über die fallunabhängige Werbung.

Die Entwicklungspsychologische Beratung ist – wie bereits praktiziert – in Einzelfällen möglich, wenn Hilfen für junge beziehungsweise werdende Mütter bereits von „Hütte“ e. V. erbracht werden. Dann können die beiden dafür qualifizierten Kolleginnen das Angebot unterbreiten, Verläufe und Erfolge dokumentieren und damit die Nützlichkeit deutlich machen. Wie bereits beschrieben, existiert eine Kooperation mit anderen Professionen.

Als eine Hauptaufgabe sehen wir die Implementierung der Beratung als qualitative und quantitative Angebotserweiterung des Trägers. Die Leistungsbeschreibungen, eine Voraussetzung für den Abschluss von Leistungs- und Entgeltvereinbarungen zwischen dem Träger und dem Jugendamt, sind erarbeitet worden. Im Vorfeld dazu wurde die mit Videoaufnahmen unterlegte Beratung der Fachberaterin des Jugendamtes vorgestellt. Sie schätzte dieses Angebot als echte Bereicherung für die Jugendhilfe der Stadt Rostock ein und sie ist an einem Angebot sehr interessiert. Die geplanten Vorstellungen in den Regionalteams der Bereichssozialarbeiterinnen fand wegen gegenwärtig laufender Umstrukturierungen noch nicht statt.

Nach den Umstrukturierungen will „Hütte“ e. V. die Entwicklungspsychologische Beratung als festen Bestandteil in seine ambulanten und stationären Hilfen für Mütter und Väter mit Säuglingen und Kleinkindern festschreiben. Damit gibt es dann eine Alternative zu den bereits bestehenden stationären Angeboten anderer Träger nach § 19 SGB VIII.

Fallunabhängige Werbung findet auch durch so genannte Mundpropaganda statt. Junge Mütter, die durch die Kolleginnen von „Hütte“ e. V. gut beraten wurden, berichten anderen darüber. Auch andere Mitarbeiterinnen können sich vom Erfolg dieser sehr effektiven Form der Beratung überzeugen. Weiterhin kann in der Presse oder in anderen Medien sowie während verschiedener Fachveranstaltungen darüber berichtet werden.

Die Hilfe für junge Mütter und Väter mit Kind ist jedoch nur ein kleiner Bereich der Arbeit des Trägers „Hütte“ e. V. und sollte deshalb auch von andern Trägern und Institutionen in die Jugendhilfe getragen werden.

4. 4. Drei Anmerkungen zum Schluss

Erstens: Durch die zusätzliche Kompetenz der Mitarbeiterinnen, die Entwicklungspsychologische Beratung anzubieten, erhöht sich unseres Erachtens die Qualität der Leistung, die für die jungen Müttern oder Väter erbracht wird. Das bedeutet, der Erfolg der Hilfe ist wahrscheinlicher und vor allen Dingen nachhaltiger. Das geht auch aus der fachlichen Begründung für die Wichtigkeit einer sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind hervor. Sollte das bei der Vergabe von Hilfen, bei der Auswahl eines Trägers durch den Kostenträger beachtet werden? Wir meinen: ja. Das bedeutet, dass die Auswahl nicht mehr nach althergebrachten Kriterien (*„Mit dem Träger arbeiten wir schon lange zusammen!“*), sondern nach Fachlichkeit erfolgen muss.

Zweitens: Es gibt im Gesetz keine Verbindung zwischen den §§ 34 und 19 SGB VIII. In der Praxis gibt es diese sehr wohl: Mädchen, die im Betreuten Wohnen eine Hilfe nach § 34 erhalten, werden schwanger und bekommen ein Kind. Nun gilt für diese nicht mehr der § 34, sondern § 19 SGB VIII. Sollte darüber nachgedacht werden?

Drittens: Ich möchte anmerken, dass sich der Aufwand, gleichzeitig zwei Mitarbeiterinnen zu qualifizieren, sehr bewährt hat. Zwar ist der zeitliche Aufwand für einen relativ kleinen Träger wie „Hütte“ e. V. groß, die Ergebnisse sind jedoch wegen der Synergieeffekte enorm. Die Kolleginnen fühlen sich sicherer, wenn sie sich im Prozess der Arbeit austauschen können. Wenn Fälle gegenseitig supervidiert werden, sind dadurch gute Voraussetzungen für eine qualifizierte Arbeit gegeben. Insofern sollte bei der weiteren Qualifizierung von Mitarbeiterinnen diese Erfahrung auch unter dem Aspekt des Aufbaus eines Netzwerkes berücksichtigt werden.

Arbeitsgruppe 5: Strukturelle und administrative Voraussetzungen bei der Umsetzung präventiver Hilfen der Jugendhilfe in Mecklenburg-Vorpommern

HEIDI BAUER-FELBEL

*Mitarbeiterin der Abteilung Jugend und Sport des Sozialministeriums
des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin*

Vorbemerkungen

Bei meinem Beitrag handelt es sich um die Unterlagen zur Vorbereitung eines Workshops, der im Wesentlichen an Hand zahlreicher Diagramme aus der Studie zur Bestandserfassung von Beratungsangeboten gemäß SGB VIII sowie weiterer Beratungsangebote für Familien ergänzend zum SGB VIII in Mecklenburg-Vorpommern gestaltet wurde. Ich hoffe, dass für den interessierten Leser Tendenzen, Aspekte und Probleme der strukturellen Entwicklungen in der Jugendhilfe an Hand einiger Beispiele aus Mecklenburg-Vorpommern deutlich werden.

Kurze Einführung zum Thema

Am 1. Juli 1998 trat die Kindschaftsrechtsreform in Kraft und im Jahr 2002 das Kinderrechtsverbesserungsgesetz. Durch die Bundesgesetzgebung soll erreicht werden, die Rechte der Kinder in Deutschland den Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention anzunähern. Darüber hinaus soll durch die Kindschaftsrechtsreform die Rechtsposition der Eltern weiter gestärkt und vor unnötigen staatlichen Eingriffen geschützt werden. Insbesondere sollen Eingriffe und Entscheidungen funktionell zugunsten eines beraterischen Leistungsangebotes zurückgestellt werden.

Familie ist für die Kinder der zentrale Ort ihrer primären Sozialisation. Familie unterliegt aber gerade in neuerer Zeit einem vielfältigen Funktionswandel. Neben der Reproduktions- und Sozialisationsfunktion werden der Familie auch kulturelle und psychosoziale Ausgleichsfunktionen zugewiesen.

Somit ist eine gravierende Umstellung der Arbeit der Beratungseinrichtungen – und hier meine ich insbesondere der Arbeit der Jugendämter als Träger der Gesamtverantwortung – erforderlich gewesen. Insbesondere waren Strukturen zu schaffen, die die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben in der neuen Qualität ermöglichen. Gerade unter den gegenwärtigen Tendenzen der sozialen Umstrukturierung der Gesellschaft ergibt sich die Notwendigkeit, die Umsetzung der Rechtsvorschriften zu überprüfen und durchzusetzen, so dass die erforderlichen Ressourcen auch unter veränderten Bedingungen bereitgestellt werden.

Es ist ein Mehrbedarf an Beratung entstanden, der nun durch Gesetzesvorgaben normiert ist. Der Personenkreis mit Beratungsanspruch hat sich wesentlich erweitert – zum Beispiel um die Kinder selbst, um verschiedene Vater-Konstellationen, so beispielsweise Väter, die mit der Mutter und ihrem Kind zusammengelebt haben, aber mit der Mutter nicht verheiratet sind, um einen Lebenspartner der Mutter, der nicht der leibliche Vater der Kindes ist sowie alle für das Kind bedeutsamen Personen wie Großeltern, andere Verwandte, befreundete Familien und darüber hinaus auch um Schwangere und ihre Partner (§ 52 a SGB VIII) sowie allein Erziehende.

Die Anzahl der Beratungsfälle, die Dauer der Beratungen sowie die Wartezeiten bis zur Erstberatung haben zugenommen. Die Methoden der Beratung haben sich ebenfalls erweitert. Bei den Kosten der Beratungsleistung und den Finanzierungsformen wird ein erheblicher Kostenkorridor mit erheblichen Preisunterschieden zwischen den einzelnen Leistungsanbietern deutlich.

Die Studie zur Bestandserfassung von Beratungsangeboten wurde im Auftrag des Sozialministeriums des Landes Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt. Ziel dieser Feldstudie war es, eine Übersicht über Beratungseinrichtungen der Jugendhilfe für Familien im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern zu erhalten.

Mit der Studie wird der bisher einmalige Versuch gemacht, Beratungseinrichtungen unterschiedlichster Zuordnung zu analysieren. Es handelt sich um Einrichtungen, die Beratung im Jugendhilfebereich und darüber hinausgehend allgemeine Lebensberatung anbieten, aber unterschiedlichen Zuständigkeiten unterliegen, von unterschiedlichen Trägern angeboten werden und verschiedene Leistungsbereiche abdecken.

Im August/September 2000 wurden insgesamt 274 Fragebögen verschickt. Im Einzelnen handelte es sich um sechs Familienbildungsstätten, 80 stationäre Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung, 26 Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, 30 Kinder- und Jugendhilfestationen, 29 Familienferienstätten, 48 Familienzentren, 37 Erziehungs- und Familienberatungsstellen und um 18 Jugendämter. Die in der vorliegenden Studie dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf den Erfassungszeitraum vom 1. Oktober 2000 bis zum 15. Dezember 2000.

Die Datenerhebung wurde am 15. März 2001 abgeschlossen. Rückantworten erhielten wir insgesamt von 22 Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen und 14 Erziehungs- und Familienberatungsstellen, 15 Familienzentren, elf Familienbildungsstätten, 42 stationären Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung,¹ 22 Kinder- und Jugendhilfestationen und 17 Jugendämtern.

Als Ergebnis der Tätigkeit der Arbeitsgruppe des Sozialministeriums Mecklenburg Vorpommern und dem Forschungs- und Planungsbüro „XITforschung.planung.beratung“

¹ Die Gruppe der stationären Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung umfasst Einrichtungen, die Leistungen nach § 34 SGB VIII – Heimbetreuung und sonstige betreute Wohnformen – erbringen.

Neubrandenburg liegen mit der vorgestellten Feldstudie aussagekräftige Ergebnisse zu Beratungsangeboten für Familien in Mecklenburg-Vorpommern vor.

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es ein insgesamt umfangreiches Netz an Beratungseinrichtungen für junge Menschen und ihre Familien auf der Grundlage des SGB VIII, insbesondere nach den §§ 16 ff. und §§ 27 ff. SGB VIII sowie weitere Beratungsangebote für Familien ergänzend zum SGB VIII. Dieses Netz ist jedoch regional unterschiedlich ausgebaut und inhaltlich fachlich differenziert. Es bestehen zum Teil qualitative Unterschiede, die territorial und nach Einrichtungsarten deutlich hervortreten – siehe **Abbildung 1**.¹

1. Zum Beratungsbegriff

In die Studie wurden Einrichtungen einbezogen, die Beratung entsprechend der Definition des wissenschaftlichen Beirats des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend anbieten. Demnach ist Beratung als „... ein Prozess zu beschreiben, in dessen Verlauf Ratsuchende für eigene Probleme adäquate Lösungen entwickeln lernen und befähigt werden, diese umzusetzen ...“

Die Grenzen zur Auskunft, zur Aufklärung, zum Ratschlag und zur Therapie sind dabei in der Praxis sowohl bei inhalts- als auch personenbezogener Beratung meist fließend. Die Palette psychosozialer Beratung reicht somit von einer rein informativen Beratungsarbeit über intensive Beratungsgespräche, diagnostische Klärung, psychotherapeutische Arbeit bis hin zur Arbeit im sozialen Umfeld. Unter dem Label „Beratung“ finden sich also sowohl präventive als auch kurative Arbeitsansätze.

2. Beratungseinrichtungen und Beratungsdienste in Mecklenburg-Vorpommern

Wie die **Abbildung 2** zeigt, werden Beratungsleistungen in den verschiedenen Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe in unterschiedlichem Maß angeboten. Ihrem gesetzlichen Auftrag entsprechend bieten alle untersuchten Jugendämter Beratungen an. Ebenso wurden Ehe-, Familien und Lebensberatungsstellen sowie Erziehungs- und Familienberatungsstellen die Durchführung von Beratungsleistungen übertragen beziehungsweise bieten alle diese untersuchten Einrichtungen aufgrund ihrer gesetzlich garantierten Eigenständigkeit Beratung an.

3. Der Umfang von Beratungsleistungen in Mecklenburg-Vorpommern

Mit insgesamt rund 14.000 Fällen stellten Leistungen nach **§ 18 SGB VIII** – Beratung zur Ausübung der Personensorge – die am häufigsten in Anspruch genommenen Beratungen dar. Sie werden durch 32 Einrichtungen und Dienste erbracht. Fast drei Viertel der Leistungen entfielen dabei auf Unterhaltsansprüche, fast ein Viertel der Klientinnen

¹ Die Abbildungen zu diesem Beitrag folgen nach dem Ende des Textes.

und Klienten erhielt Beratungsleistungen zum Umgangsrecht und ein kleiner „Restteil“ (0,7 Prozent) der Hilfen bezog sich auf begleiteten Umgang. Mit fast 20 Prozent aller Leistungen sind die Hilfen zur Erziehung, Erziehungsberatung nach **§ 28 SGB VIII** die am zweit häufigsten nachgefragten Beratungen. Mehr als ein Drittel dieser Leistungen werden in Verbindung mit weiteren Formen der Hilfen zur Erziehung erbracht.

In weiteren fast 6.000 Fällen wurden durch insgesamt 45 Einrichtungen Beratungen nach **§ 16 SGB VIII** – Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie – durchgeführt. Die Leistungen nach **§ 16 (2)** – Familienbildung – und **§ 16 (1-2)** – Erziehungsberatung – bestimmen dabei vorrangig die Inhalte. Beratungsleistungen nach **§ 16 (2)** – Familienfreizeit – wurden dagegen in erheblich geringerem Umfang wahrgenommen.

Nach **§ 17 SGB VIII** wurde im Erfassungszeitraum durch insgesamt 44 Einrichtungen und Dienste in rund 2.300 Fällen beraten. Den größten Anteil hatten mit fast drei Viertel aller Beratungsleistungen Hilfen in Trennungs- und Scheidungsangelegenheiten. Leistungen nach **§ 52 a SGB VIII** – Beratung und Unterstützung bei Vaterschaftsfeststellungen und Geltendmachung von Unterhaltsansprüchen – erbrachten elf Einrichtungen in rund 1.400 Fällen. Rund ein Viertel dieser Beratungen betraf dabei Anträge auf Beistandschaft.

Beratungen nach **§ 53 SGB VIII** – Beratung und Unterstützung von Pflegern und Vormündern – wurden in 22 Einrichtungen und insgesamt fast 1.000 Fällen durchgeführt. Der größte Teil dieser Beratungen galt dabei den Pflegschaften. Außerdem erfolgten im Erfassungszeitraum in 42 Einrichtungen und Diensten Beratungen nach **§ 41 SGB VIII** – ausschließlich – für 800 junge Volljährige. Darüber hinaus leisteten 45 Einrichtungen – **ergänzend zum SGB VIII** – in rund 3.000 Fällen Beratungen. Die allgemeine Lebensberatung wurde dabei besonders häufig in Anspruch genommen (60 Prozent). In rund weiteren 30 Prozent erfolgte eine allgemeine psychosoziale Beratung und die verbliebenen zirka zehn Prozent wurden als allgemeine Partnerschaftsberatung in Anspruch genommen – **siehe Abbildung 3**.

3. 1. Umfang der Beratung in Familienbildungsstätten

In Familienbildungsstätten erfolgen die Beratungen fast ausschließlich nach **§ 16 SGB VIII**. Der Schwerpunkt lag mit fast drei Viertel dieser Beratungen – ebenfalls vergleichbar mit den Familienzentren – in der Familienbildung. Außerdem erfolgten in vier der sieben Einrichtungen Beratungen, die ergänzend zum SGB VIII geleistet wurden. Konkret handelte es sich dabei überwiegend um allgemeine psychosoziale Beratungen und allgemeine Lebensberatungen – **siehe Abbildung 4**.

3. 2. Umfang der Beratung in Jugendämtern

Mehr als die Hälfte aller Beratungsleistungen in den Jugendämtern beziehungsweise in einzelnen Abteilungen werden nach **§ 18 VIII** – Beratung und Unterstützung zur

Ausübung der Personensorge – gewährt. Dabei werden Beratungen zu Unterhaltsansprüchen – insgesamt drei Viertel dieser Beratungsleistungen – am häufigsten in Anspruch genommen.

Das Beratungsspektrum der Jugendämter ist umfassend. Die Studie macht jedoch deutlich, dass in den Jugendämtern der präventive Bereich deutlich in den Hintergrund getreten ist. Beratung gemäß § 16 SGB VIII wird nur zu 6,6 Prozent in den Jugendämtern erbracht.

Das Jugendamt läuft Gefahr, wieder ausschließlich zu einer administrativen Einrichtung zu werden. Das steht in eklatantem Widerspruch zur Intention der Kindschaftsrechtsreform, die gerade die Prävention und die Stärkung des Selbsthilfepotenzials von jungen Menschen und ihren Familien zum Ziel hat. Die öffentlichen haben dies zunehmend den freien Trägern überlassen. Die allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie zentriert die Angebote der Jugendhilfe als präventives Element auf die Unterstützung unterschiedlicher Familienkonstellationen. Als Leistungsberechtigte zählen Mütter, Väter, andere Erziehungsberechtigte und junge Menschen, weiterhin auch Stiefeltern und Pflegepersonen sowie nicht eheliche Lebenspartner. Diese Ausweitung der Adressaten trägt der gesellschaftlichen Entwicklung höchst unterschiedlicher familiärer Konstellationen Rechnung, die die Lebenswirklichkeit von Kindern in Familien bestimmen.

Familienarbeit als umfassendes Handlungskonzept für familienbezogene Jugendhilfeleistungen enthält Elemente der Erwachsenenbildung, der Erziehungs- und Jugendberatung, der Jugendarbeit und der Arbeit mit Kindern ebenso wie Elemente der Familiengruppenarbeit, der Stadtteil- und Gemeinwesenarbeit.

Diese Leistungen werden nach der Studie in Mecklenburg Vorpommern hauptsächlich in zwei Einrichtungsformen nebeneinander erbracht. Es handelt sich dabei um Erziehungs- und Familienberatungsstellen sowie um Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen.

Der § 28 SGB VIII stellt die Erziehungsberatung in den Kontext der Hilfen zur Erziehung. Neben den auch an anderen Stellen verankerten Präventionsaufgaben von Beratung tritt damit die Aufgabe der Hilfen zur Erziehung nach den §§ 27 ff. SGB VIII in den Vordergrund. Ausgehend von verschiedenen Problemlagen junger Menschen, Berufsfindungsproblemen Schulentlassener, Drogenabhängigkeit Jugendlicher, Schwierigkeiten in Ehe und Familie oder Belastungen allein Erziehender ergibt sich eine Vielzahl von Beratungsanforderungen – **siehe Abbildung 5.**

4. Anzahl der Ratsuchenden insgesamt

Nutzer von Beratungsleistungen: In jeweils einem Viertel aller Fälle wurden „allein erziehende Familien“ oder Familien beraten. Außerdem entfiel ein Achtel aller Fälle auf Einzelpersonen ohne Kinder. Kinder und Jugendliche ohne Sorgenberechtigte,

Ehepaare ohne Kinder sowie weitere Personen stellen einen geringen Teil innerhalb aller betreuten Gruppen dar.

Einen weiteren Schwerpunkt in der Arbeit von Beratungsstellen, Familienzentren und Familienbildungseinrichtungen muss die verstärkte Einbeziehung der Männer, Partner, Väter in die Beratungsarbeit bilden. Dazu bedarf es der Schaffung von bedarfsgerechten Angeboten, damit die bisherige minimale Beteiligung – nur bei den Jugendämtern ist eine Beteiligung der Männer aufgrund der Fragen der Personensorge, der Unterhaltsfragen und des Umgangsrechts mit 25 Prozent relativ hoch – ausgeweitet wird – **siehe Abbildung 6.**

4. 1. Anzahl der zu Beratenden in Erziehungsberatungsstellen

In 13 Erziehungs- und Familienberatungsstellen wurden im Erfassungszeitraum in rund 1.300 Fällen beraten, wobei die Konzentration der Klientinnen und Klienten in den einzelnen Beratungsstellen mit minimal 13 und maximal 353 sehr unterschiedlich ausfällt. Den größten Anteil der Fälle bilden allein Erziehende – und davon mit fast drei Viertel allein Erziehende mit einem Kind – und Familien. In den verbliebenen Fällen wurden Einzelpersonen ohne Kinder (10 Prozent), „andere Personen“ (10 Prozent) sowie Kinder- und Jugendliche ohne Sorgeberechtigte (4,5 Prozent) beraten – **siehe Abbildung 7.**

5. Teilnehmer am Erstgespräch insgesamt

Es interessierte uns, welche Familienmitglieder oder andere Personen am Erstgespräch beteiligt waren. Erwartungsgemäß dominierten mit ihrer Anwesenheit in diesem Bereich – mit fast 50 Prozent – die Mütter. Weitere 13 Prozent der Gesamtgruppe stellen die gesamten Familien und mit nur 15 Prozent beteiligten sich deutlich weniger Väter am Erstgespräch. Interessant ist, dass Kinder und Jugendliche nur 12 Prozent der Gesamtgruppe ausmachen. Während der Erstgespräche waren außerdem – mit insgesamt fast 10 Prozent der insgesamt Beteiligten – verschiedene andere Personen anwesend.

Eine vorrangige Aufgabe stellt dementsprechend zukünftig die Produktinnovation dar. So gehören unter anderem Angebote für Väter dazu. Diese schwierige Aufgabe muss von allen Einrichtungsarten intensiver wahrgenommen werden, deren Erfüllung nicht nur von den Bemühungen und Ideen der Institutionen abhängt, sondern einen grundsätzlichen gesellschaftlichen Wertewandel erfordert – **siehe Abbildung 8.**

5. 1. Teilnahme am Erstgespräch in Familienbildungsstätten

In fünf befragten Familienbildungsstätten beteiligten sich 838 Personen an Erstgesprächen. Es handelt sich dabei wieder überwiegend um Rat suchende Mütter. Andere Betroffene – so beispielsweise Kinder und Jugendliche – nahmen wesentlich seltener an

diesem Gespräch teil. Auch Väter oder Familien waren nur in Ausnahmefällen – wie auch in nur einem Fall ein junger Volljähriger – an den Gesprächen beteiligt. Bereits 1998 wurde festgestellt, dass drei Viertel der angesprochenen Zielgruppe von Familienbildungsstätten auf Eltern entfielen und damit einerseits aber noch keine Aussage über die tatsächliche Beteiligung von Vätern getroffen wurde, die nach wie vor „verschwindend gering“ ausfiel – **siehe Abbildung 9.**

5. 2. Teilnahme am Erstgespräch in Erziehungsberatungsstellen

In 14 Erziehungs- und Familienberatungsstellen wurden im Erfassungszeitraum mit fast 1.200 Personen beziehungsweise Personengruppen Erstgespräche geführt. Am häufigsten waren auch hierbei wiederum Mütter (50 Prozent) anwesend. Kinder und Jugendliche waren wesentlich seltener (15 Prozent) an Erstgesprächen beteiligt – **siehe Abbildung 10.**

6. Wartezeiten in Beratungseinrichtungen insgesamt

In etwa weniger als 50 Prozent der untersuchten Einrichtungen und Dienste warten die Klienten von der Kontaktaufnahme bis zum Erstgespräch entweder gar nicht oder nicht länger als eine Woche. In rund einem weiteren Drittel der Beratungsangebote treten sowohl Wartezeiten zwischen „keiner“ bis „einer“ als auch „mehr als einer“ bis zu „vier Wochen“ auf. In zirka sechs Prozent der Einrichtungen wird dieses Spektrum um Wartezeiten von mehr als vier Wochen ausgedehnt. Erfreulich ist, dass ausschließliche Wartezeiten von mehr als vier Wochen die Ausnahme bilden.

Die Untersuchung ergab weiterhin, dass die Befragten die Situation in ihren Einrichtungen in dieser Hinsicht überwiegend positiv einschätzen und in verschiedenen Beratungsdiensten kurze Wartezeiten realisiert werden können. Diese positiven Ergebnisse betreffen überwiegend die stationären Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung und die Familienzentren – **siehe Abbildung 11.**

7. Tätigkeit der Einrichtungen nach dem Einzugsbereich

Betrachtet man den Schwerpunkt der Tätigkeit hinsichtlich des Wirkungskreises, so entspricht das Bild im Großen und Ganzen den Erwartungen, da die überwiegende Mehrheit der Angebote die Klientel der näheren Region anspricht. Rund 40 Prozent der Dienste beraten überwiegend (zwischen 76 und 100 Prozent der Fälle) Klienten des Orts- oder Stadtteils, in dem sich das Angebot befindet. Weitere 30 Prozent der Einrichtungen arbeiten überwiegend (zwischen 76 und 100 Prozent der Fälle) mit Klienten des Landkreises oder der kreisfreien Stadt. Fast die Hälfte der Beratungsangebote werden darüber hinaus (mit bis zu 25 Prozent der Fälle) auch von Klienten aus mehreren Landkreisen oder kreisfreien Städten wahrgenommen. Die überregionale

bundesweite Arbeit in rund zehn Prozent der Einrichtungen bindet Ressourcen bis zu 25 Prozent der Beratungsfälle.

8. Finanzierungsformen

Den erwartungsgemäß höchsten Anteil an der Gesamtfinanzierung für Beratungsleistungen trägt in Mecklenburg-Vorpommern der örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe, der durchschnittlich ein Drittel der aufgewendeten Mittel bereitstellt. Die Eigenmittel der Einrichtungen tragen – mit einem Viertel der aufgewendeten Mittel – erheblich zur Gesamtfinanzierung bei. Auch hier schwanken die einzelnen Werte erheblich.

Beratungseinrichtungen erhielten Fördermittel des Landes. Spenden oder Mittel der Bundesanstalt für Arbeit werden beispielsweise als Geldquellen weitaus seltener genutzt. Der Anteil der einzelnen Finanzierungsarten schwankte dabei in den Einrichtungen erheblich. Die unterschiedliche Höhe der Kosten für Fachleistungsstunden beziehungsweise der Stundensätze muss im Hinblick auf Qualitätsentwicklung kritisch hinterfragt werden. Derartige Divergenzen könnten zum einen auf anderweitige Finanzierungsquellen (Arbeitsmarktinstrumentarien) hinweisen; sie könnten jedoch auch auf unterschiedliche Berufsabschlüsse oder Zusatzqualifikationen hinweisen. Insofern stellt sich die Frage, ob und inwieweit neben dem Abschluss von Leistungsvereinbarungen auch – wie im stationären Bereich der Jugendhilfe – der Abschluss von Qualitätsentwicklungsvereinbarungen notwendig wäre.

9. Finanzielle Mittel für Prävention in Beratungseinrichtungen

Erfreulich ist, dass – wenn auch nur in geringem Umfang – finanzielle Mittel für die Prävention eingesetzt werden. Nicht zu vernachlässigen ist jedoch die Aussage einer Vielzahl der befragten Einrichtungen, dass präventive Beratungsarbeit aufgrund mangelnder personeller und finanzieller Kapazitäten gar nicht oder nicht im erforderlichen Umfang geleistet werden kann.

Angesichts knapper öffentlicher Kassen wird das SGB VIII offensichtlich zunehmend unterhöhlt. Besonders die perspektivischen Überlegungen der Befragten zeigen, dass die Erfüllung einer Vielzahl präventiver Aufgaben gefährdet ist. Diese Entwicklung führt mittel und langfristig zu ungelösten, verstärkten und multiplen Problemlagen.

10. Vernetzung von Beratungsangeboten

Die Kooperationsbeziehungen und Vernetzungen sind vielfältig und innerhalb der einzelnen Arten der Einrichtung – vom Inhalt und vom Umfang her – unterschiedlich ausgeprägt. Betrachtet man die Gesamtheit der Einrichtungen, so stehen erwartungsgemäß die kommunalen Kooperationsbeziehungen mit den verschiedenen Amtsberei-

chen an erster Stelle. Die überwiegende Mehrheit der Befragten unterhält fachliche Kontakte zum örtlichen Jugendamt und weit mehr als die Hälfte zum örtlichen Sozialamt. Es fällt auf, dass neben stationären Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung auch Kinder- und Jugendhilfestationen, Erziehungs- und Familienberatungsstellen und Ehe-, Familien und Lebensberatungsstellen mit mehreren Jugendämtern kooperieren. Weitere wichtige Kooperationspartner für alle untersuchten Einrichtungen sind in Abhängigkeit ihrer eigenen Verortung verschiedene freie Träger und Jugendeinrichtungen, verschiedene Beratungsstellen sowie Schulen, zu denen jeweils fast drei Viertel der Einrichtungen Arbeitsbeziehungen aufgebaut haben. Zentrale Vernetzungen bestehen außerdem mit Ärzten, Therapeuten und Psychologen, Kliniken und Psychiatrien sowie mit Kindertagesstätten.

11. Formen der Öffentlichkeitsarbeit in Beratungseinrichtungen

Die Gesamtübersicht praktizierter Formen der Öffentlichkeitsarbeit in Beratungseinrichtungen und Beratungsdiensten in Mecklenburg-Vorpommern zeigt, dass rund drei Viertel aller untersuchten Einrichtungen vorwiegend mit Flyern, Broschüren, Handzetteln, Veröffentlichungen in der Presse, in Kalendern, Eintragungen in Telefonbüchern sowie Informationsveranstaltungen oder Messepräsentationen arbeiten. Diese Mittel bestimmen damit zum großen Teil die Öffentlichkeitsarbeit der befragten Beratungseinrichtungen. In 90 Prozent der Einrichtungen kommen darüber hinaus weitere Formen zum Einsatz. Ein beliebtes Mittel sind Aushänge oder Plakate (fast 50 Prozent) sowie Briefe (rund 30 Prozent). Überraschend ist, dass das Internet als Medium bisher eher selten genutzt wird (fast 20 Prozent).

Eine zielgruppenspezifische, durch neue Medien unterstützte Kommunikation entsprechend den Kenntnissen des Dienstleistungsmarketings ist kaum ersichtlich. Auch zur Finanzierung von Öffentlichkeitsarbeit liegen aus 60 Prozent der Einrichtungen Angaben vor, die fast alle Mittel für diesen Aufgabenbereich bereitstellen. Etwas weniger als die Hälfte dieser Einrichtungen gab an, Mittel für Öffentlichkeitsarbeit aus verschiedenen Quellen zu erhalten – **siehe Abbildung 12.**

12. Methoden und Verfahren der Beratungstätigkeit

Das Beratungsgespräch stellt die am häufigsten angewandte Gesprächsform dar, der außerdem von einem Drittel der Einrichtungen Vorrang beigemessen wird. In einem Drittel der Einrichtungen kamen weiterhin das Einzelgespräch als Beratungssetting zum Einsatz. Die am häufigsten angewandte Therapieform stellt die systemische Beratung beziehungsweise Therapie dar, dicht gefolgt von Nennungen zum Einsatz einer klientenzentrierten oder themenzentrierten Beratung oder Therapie. Die ausgewiesene große Methodenvielfalt ist zwischen den einzelnen Einrichtungsarten sowie innerhalb dieser Gruppen unterschiedlich stark ausgeprägt. Systemische Ansätze, die ein grundlegendes Hilfsmittel in der Beratungsarbeit mit Familien darstellen, werden – wenn auch am häufigsten – bisher lediglich in etwas mehr als einem Drittel der Beratungs-

einrichtungen eingesetzt. Die untersuchten Jugendämter charakterisiert, dass dort ein Großteil der gesamten Klientel in Mecklenburg-Vorpommern mit einem vergleichsweise geringen Methodeneinsatz beraten wird.

Von fast 80 Prozent der Befragten liegen Angaben zu Außer-Haus-Beratungen vor, von denen über 90 Prozent diese Leistungen anboten. Gründe für Außer-Haus-Beratungen bestehen zuallererst in der Erleichterung des Zugangs für die Klienten. Ein weiterer Grund wird in der Erfassung der Lebenssituation des Klienten gesehen. Die gesetzliche Vorschrift aus § 52 a SGB VIII wurde jedoch in keinem Fall als Begründung angegeben.

13. Fachpersonal in den Einrichtungen gesamt

Beim Fachpersonal in den Einrichtungen zeigen sich sowohl Tendenzen von Überalterung als auch zum Teil von notwendiger Erweiterung der Fachlichkeit, mit dem Ziel, eine Multiprofessionalität zu erreichen. Ebenso unterschiedlich wie unzweckmäßig im Sinne der Fachlichkeit ist der Anteil von Teilzeitbeschäftigten und vor allem befristet angestellten Fachkräften. Das führt zu einer hohen Fluktuation und zu ungewollten Beziehungsabbrüchen.

Das durchschnittlich hohe Alter des Personals (45 bis 55 Jahre) in den Beratungseinrichtungen korrespondiert mit den Ergebnissen im Rahmen ähnlicher Untersuchungen. Eine Ausnahme bilden Kinder- und Jugendhilfestationen und Familienbildungsstätten. Dort liegt das Durchschnittsalter der am häufigsten Beschäftigten bei 26 bis 45 Jahren. Allerdings zeigt sich, dass hinsichtlich der Qualifikation im Bereich der Kinder- und Jugendhilfestationen auch Personal ohne sozialpädagogischen Abschluss beschäftigt wird. Ein überdurchschnittlich hohes Alter der Mitarbeiter wurde in den Familienzentren festgestellt.

13. 1. Erziehungs- und Familienberatungsstellen

Die Beschäftigungssituation in Erziehungs- und Familienberatungsstellen korrespondiert mit der teilweise sowohl „unsicheren“ als auch „ausreichenden“ finanziellen Situation in den einzelnen Einrichtungen. Zwar befindet sich der überwiegende Teil der Beschäftigten in einem unbefristetem Arbeitsverhältnis, jedoch liegt der Anteil der Teilbeschäftigten sehr hoch. In zwei Einrichtungen wird auf Honorarkräfte zurückgegriffen; in einer Einrichtung sind ehrenamtliche Mitarbeiter tätig.

Die Qualifikation der Mitarbeiter konzentriert sich mit drei Viertel der Beschäftigten entsprechend dem Aufgabenspektrum auf Diplomsozialarbeiter und Diplomsozialpädagogen (Fachhochschule) oder Diplompädagogen und Diplompsychologen. Ergänzt werden diese fachlichen Voraussetzungen durch ein Spektrum an Zusatzausbildungen, so beispielsweise die zum Systemischen Familienberater und zur professionellen Pflegeperson.

Die Tatsache, dass 55 Prozent der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter teilzeitbeschäftigt sind, macht deutlich, dass die Einrichtungen personell sehr knapp besetzt sind und demzufolge tatsächlich weit weniger Beratungsstunden geleistet werden können, als nach der Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter pro Beratungsstelle zu erwarten wären – **siehe Abbildung 13.**

13. 2. Jugendämter

In Jugendämtern oder deren einzelne Abteilungen sind erwartungsgemäß fast alle Fachkräfte hauptamtlich und mit unbefristetem Arbeitsvertrag tätig. Fast die Hälfte der Mitarbeiter verfügt über ein abgeschlossenes Studium zum Diplomsozialpädagogen oder Diplomsozialarbeiter. Die Mitarbeiter ohne sozialpädagogischen Abschluss sind beispielsweise nicht im sozialpädagogischen Arbeitsbereichen, sondern als Sachbearbeiter oder Verwaltungsangestellte im Jugendamt tätig.

Damit haben Jugendämter den fundiertesten sozialpädagogischen Bestand an Fachpersonal, das darüber hinaus in den sichersten Arbeitsverhältnissen und zu meist in Vollbeschäftigung tätig ist – **siehe Abbildung 14.**

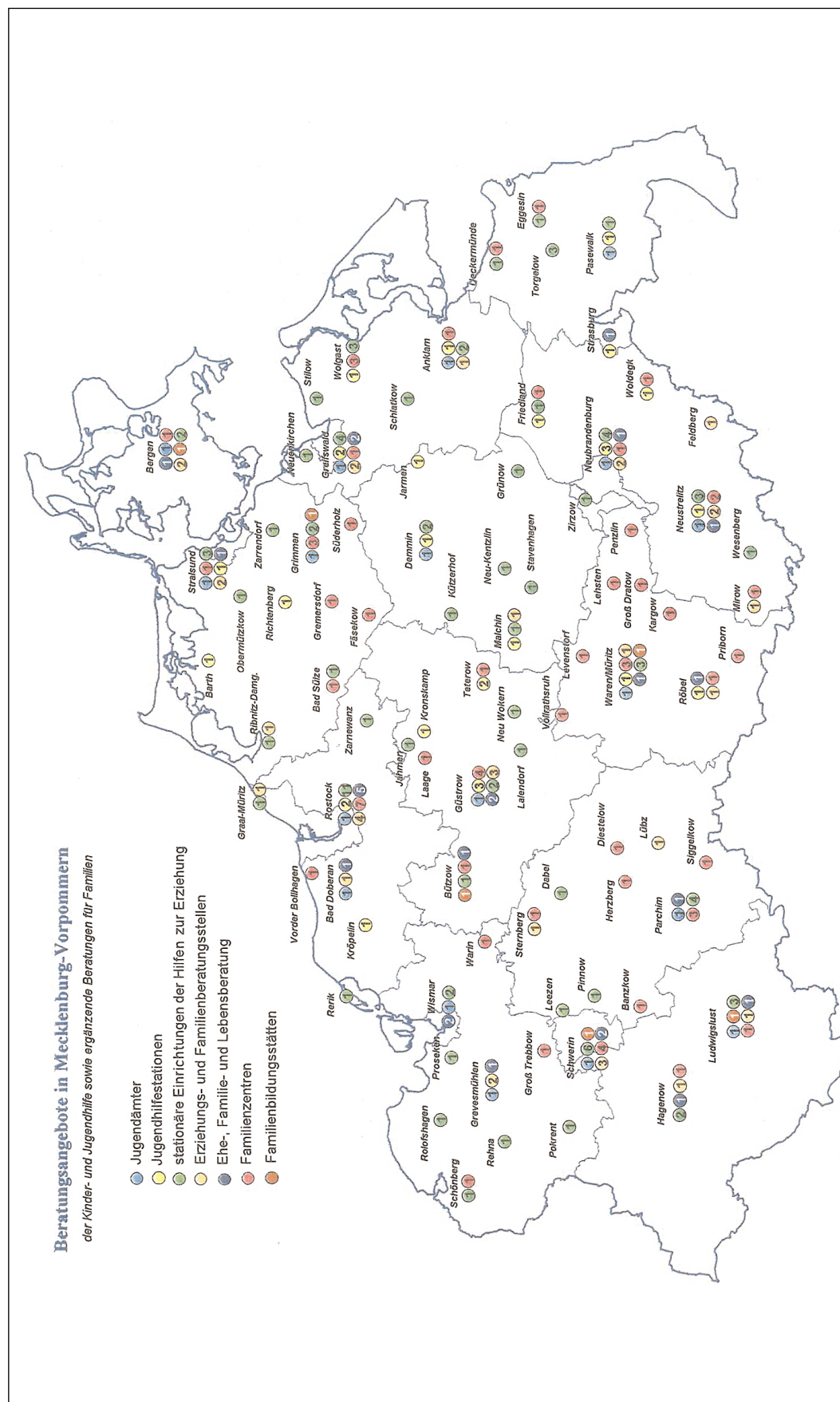


Abbildung 1

Untersuchte Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern (N=164)

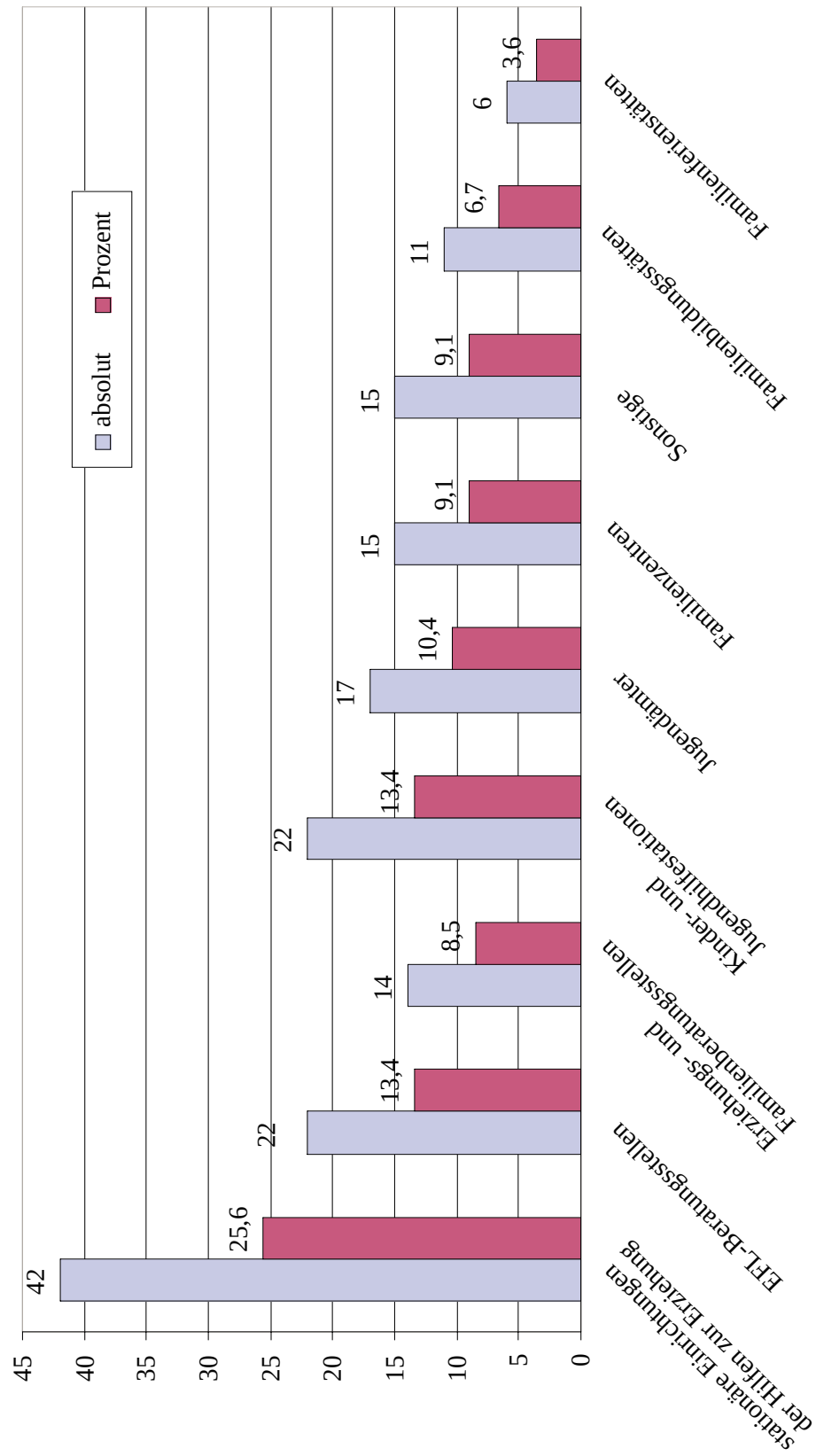


Abbildung 2

Prozentuale Verteilung der Beratungsleistungen insgesamt – Gesamtübersicht (N=36.019)

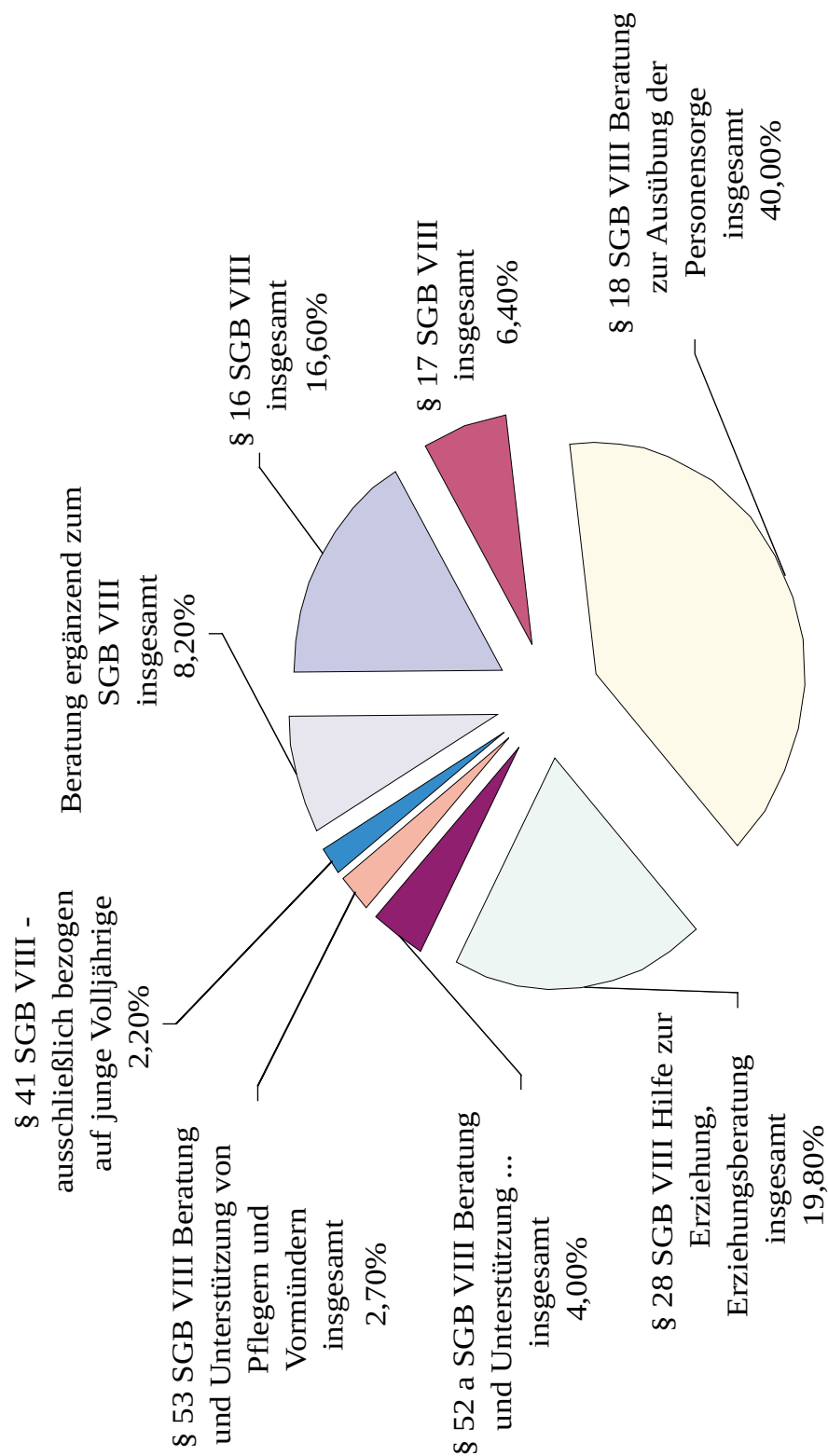


Abbildung 3

Prozentuale Verteilung der Beratungsleistungen insgesamt – Familienbildungsstätten (N = 2.481)

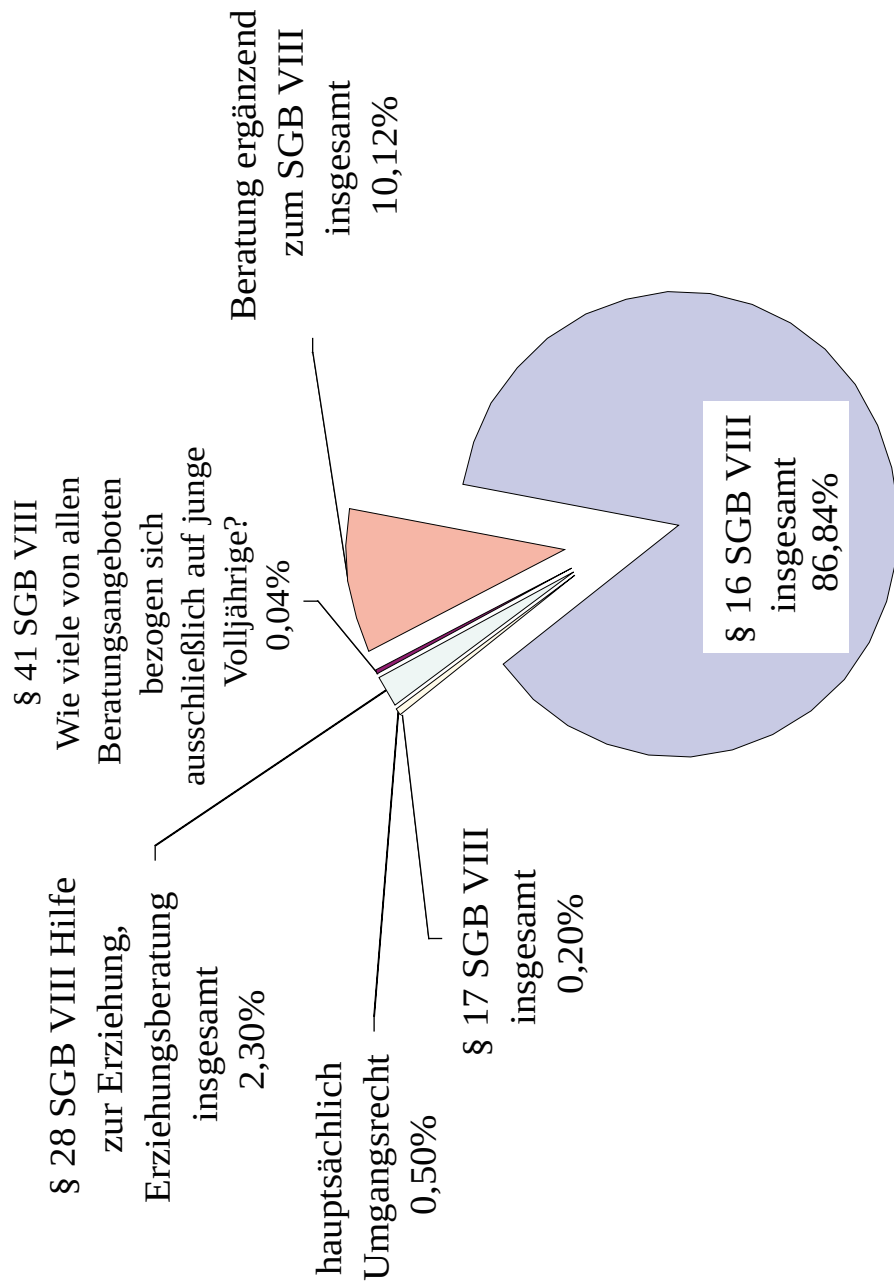


Abbildung 4

Prozentuale Verteilung der Beratungsleistungen insgesamt - Jugendämter beziehungsweise einzelne Abteilungen (N=22.040)

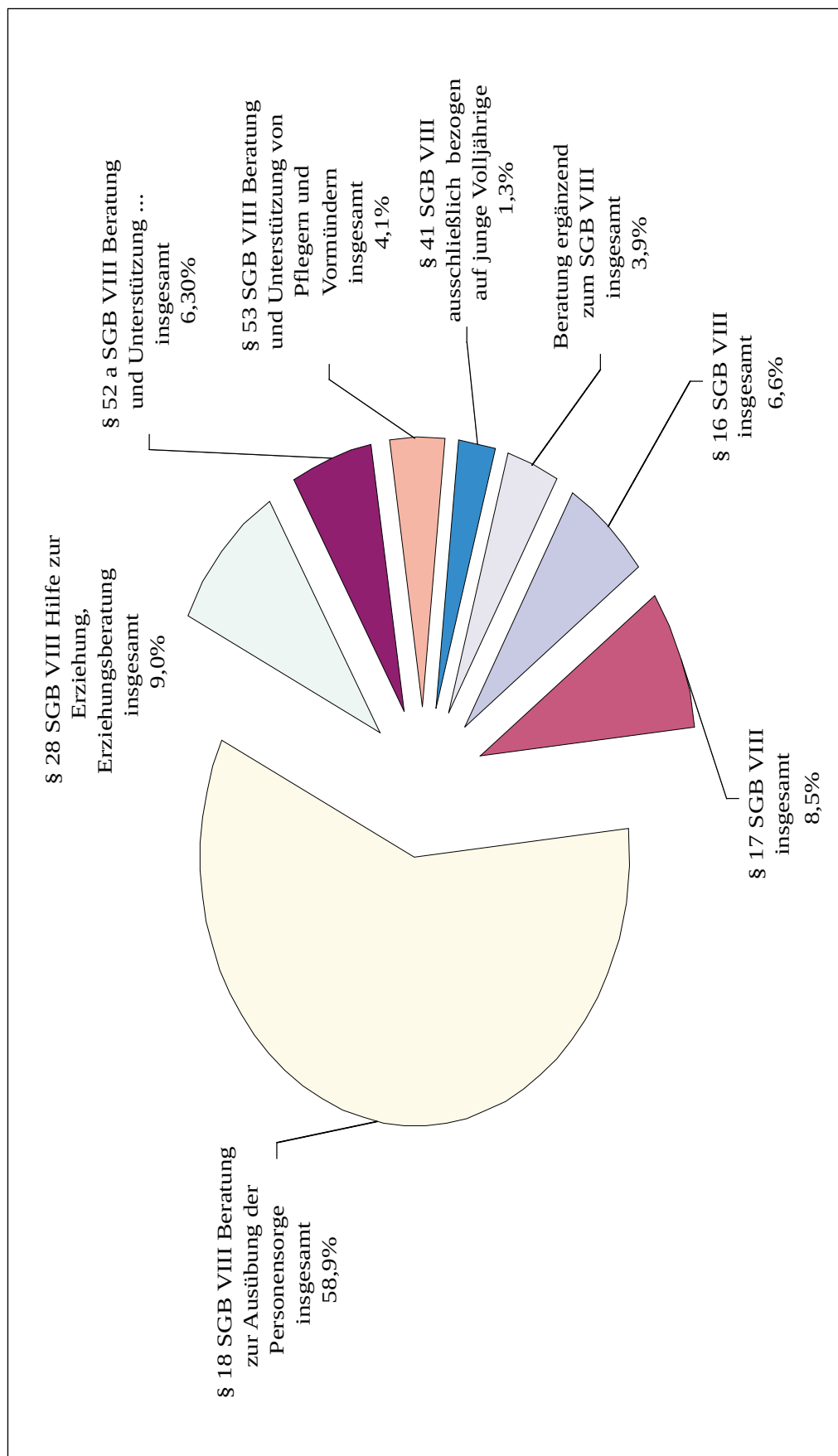


Abbildung 5

© Sozialministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern

Anzahl der zu Beratenden insgesamt im Erfassungszeitraum, Gesamtübersicht in Prozent (N=21.938)

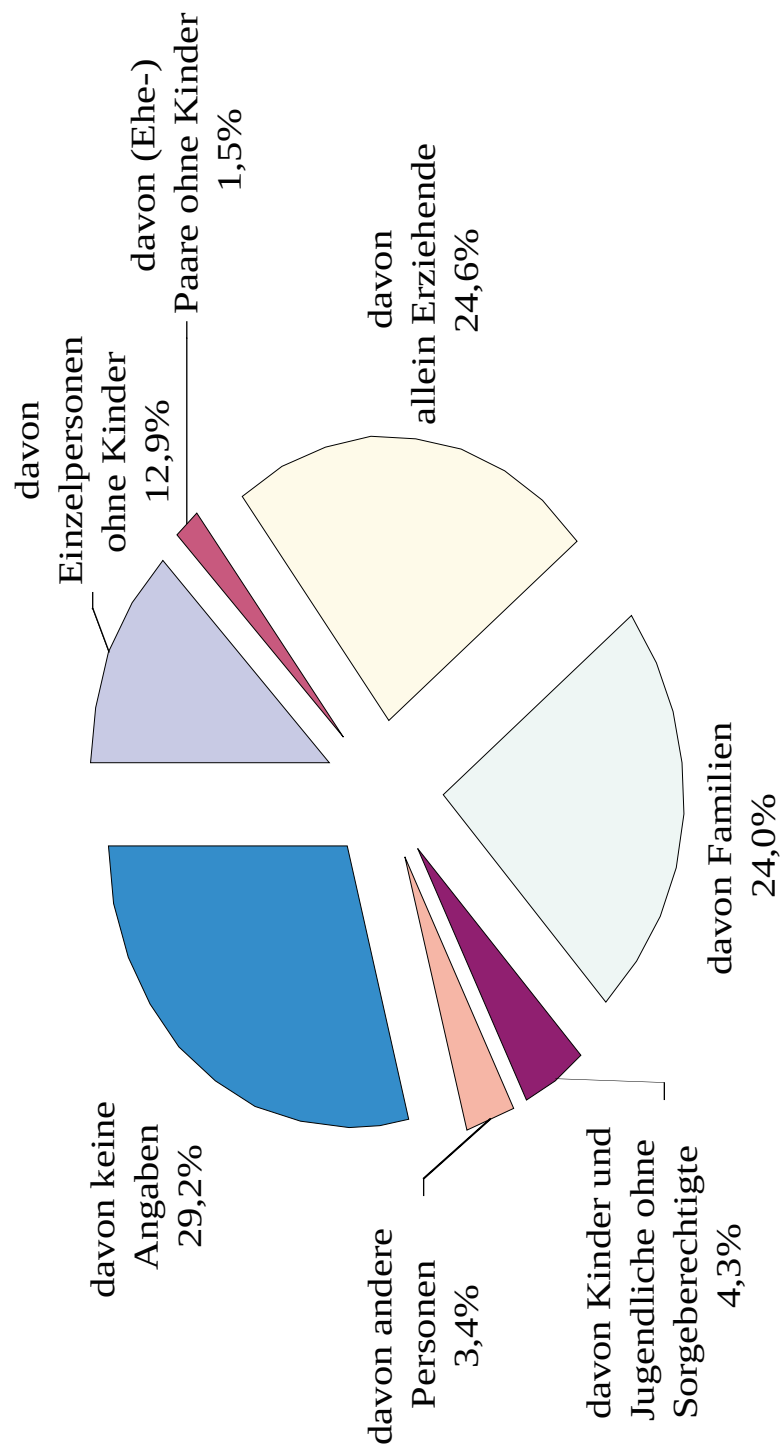


Abbildung 6

Anzahl der zu Beratenden insgesamt im Erfassungszeitraum – Erziehungs- und Familienberatungsstellen in Prozent (N=1.320)

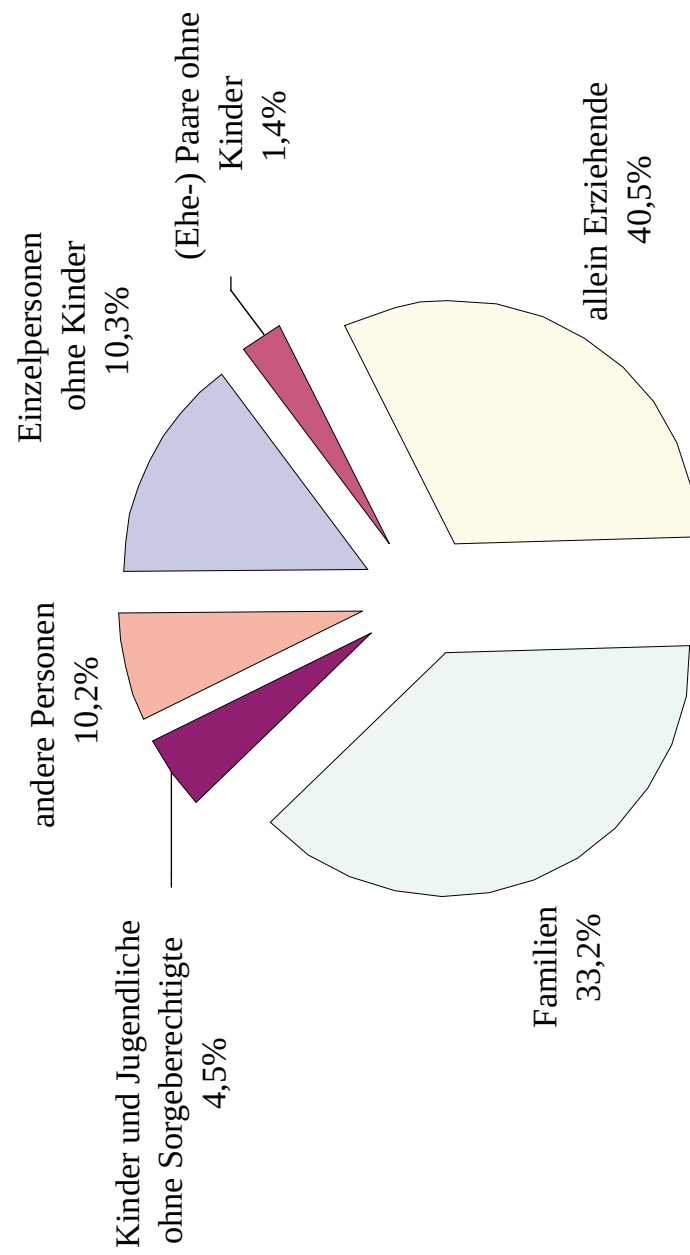


Abbildung 7

Wer kam zum Erstgespräch? Gesamtübersicht (N=12.430)

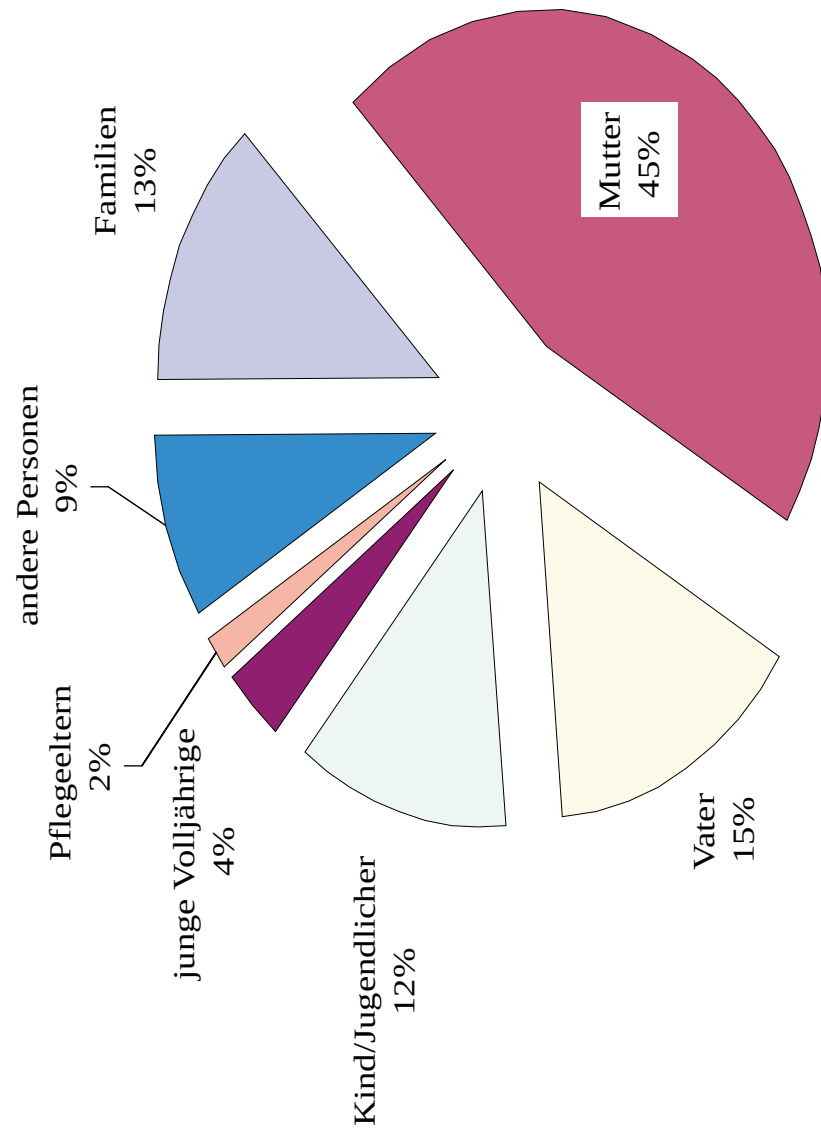


Abbildung 8

Wer kam zum Erstgespräch? – Familienbildungsstätten (N=838)

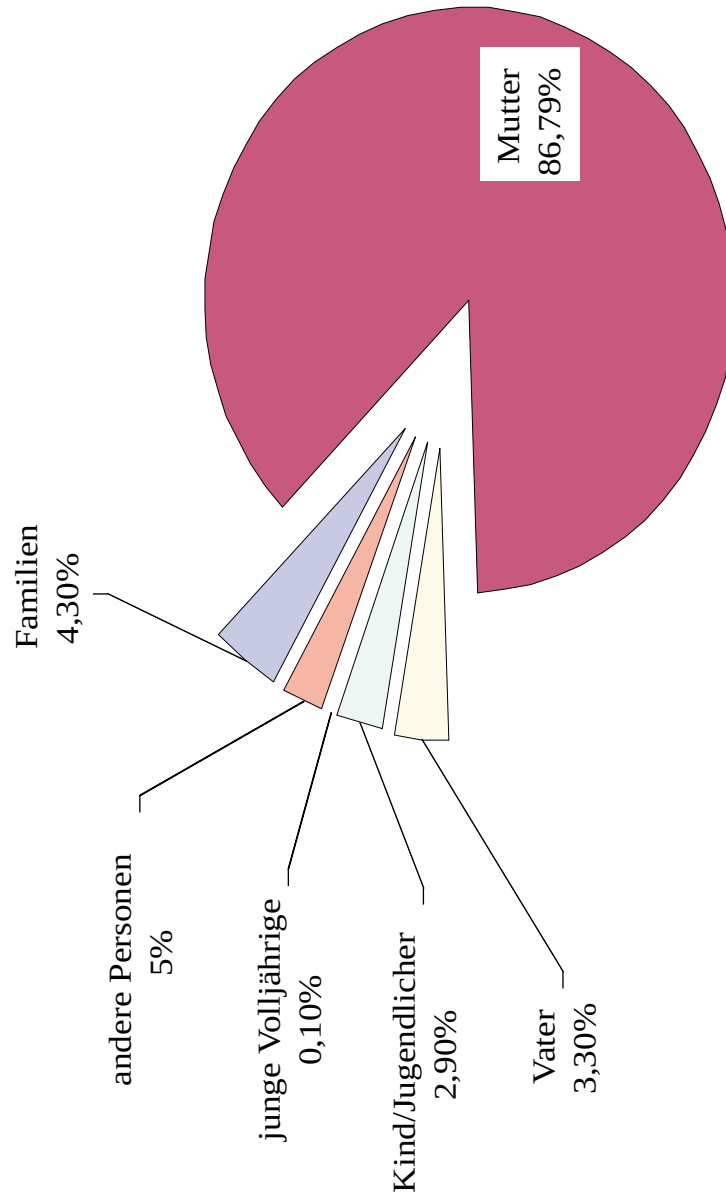


Abbildung 9

Wer kam zum Erstgespräch? – Erziehungs- und Familienberatungsstellen (N=1.178)

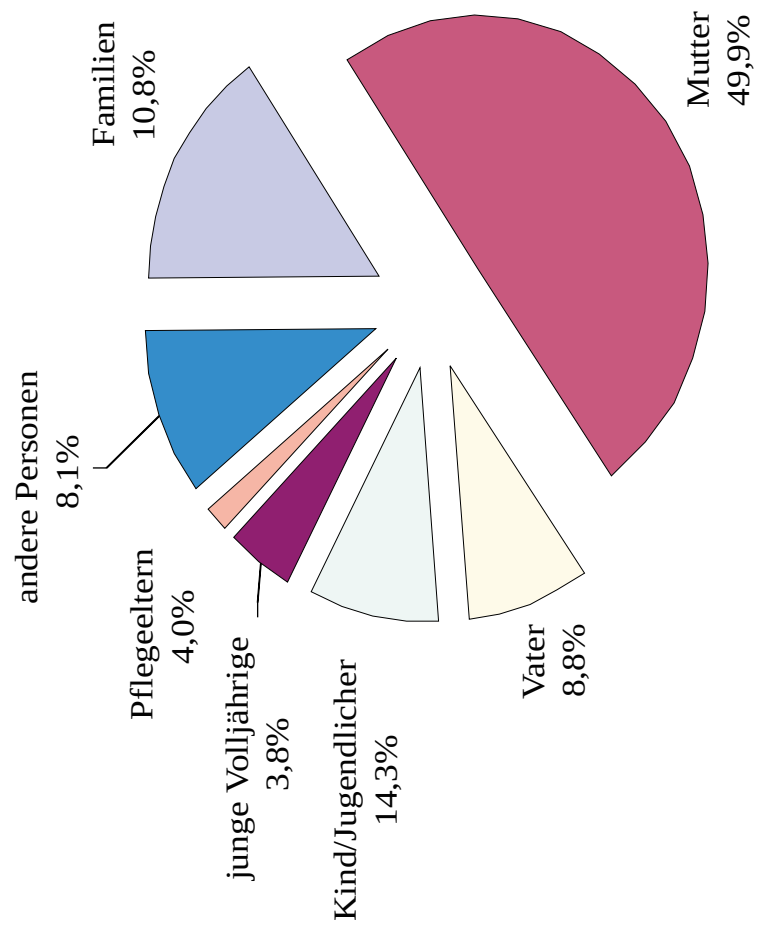


Abbildung 10

Welche Wartezeiten sind nach Einschätzung der Befragten angemessen? (N=58)

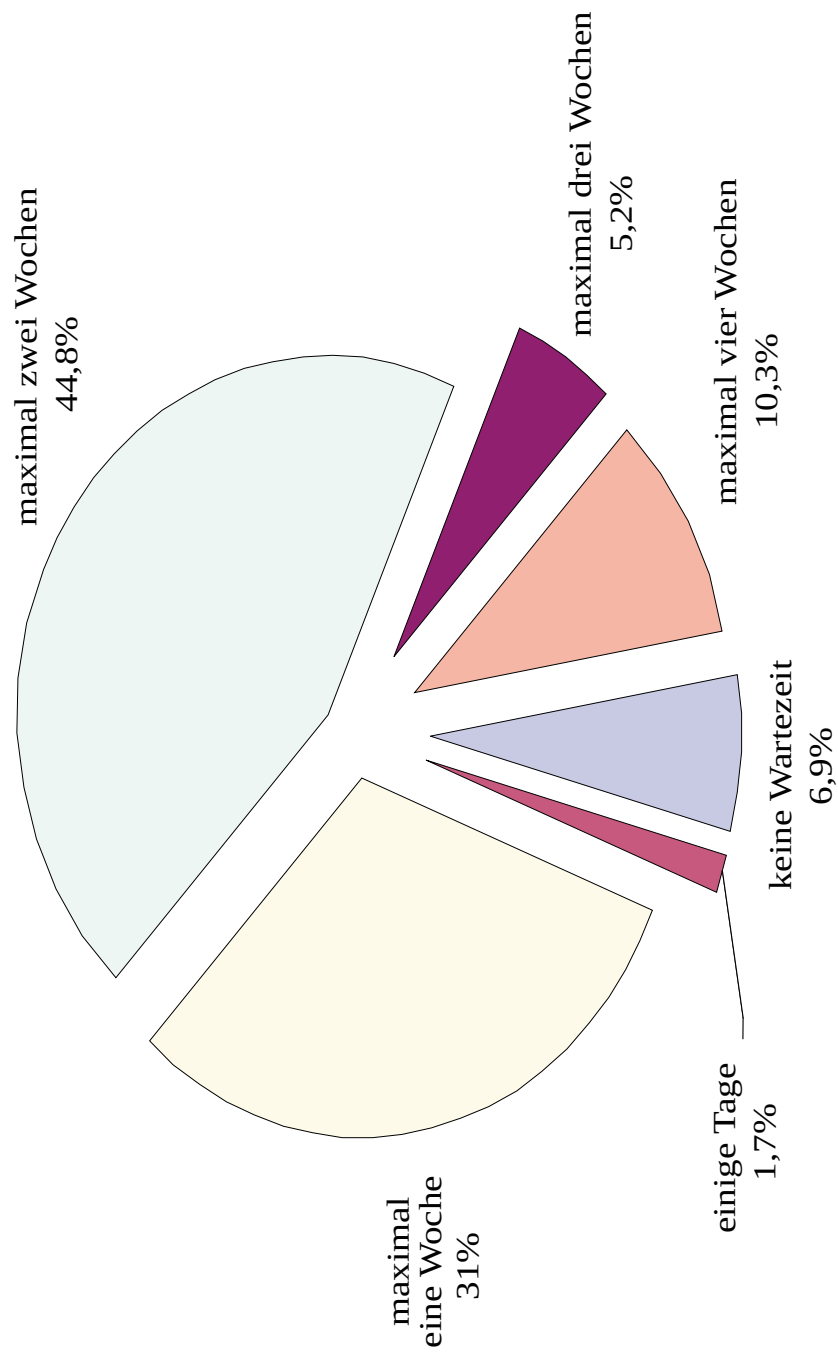


Abbildung 11

Praktizierte Formen der Öffentlichkeitsarbeit in allen Beratungsangeboten und Beratungsdiensten in Mecklenburg-Vorpommern, in Prozent (N=82)

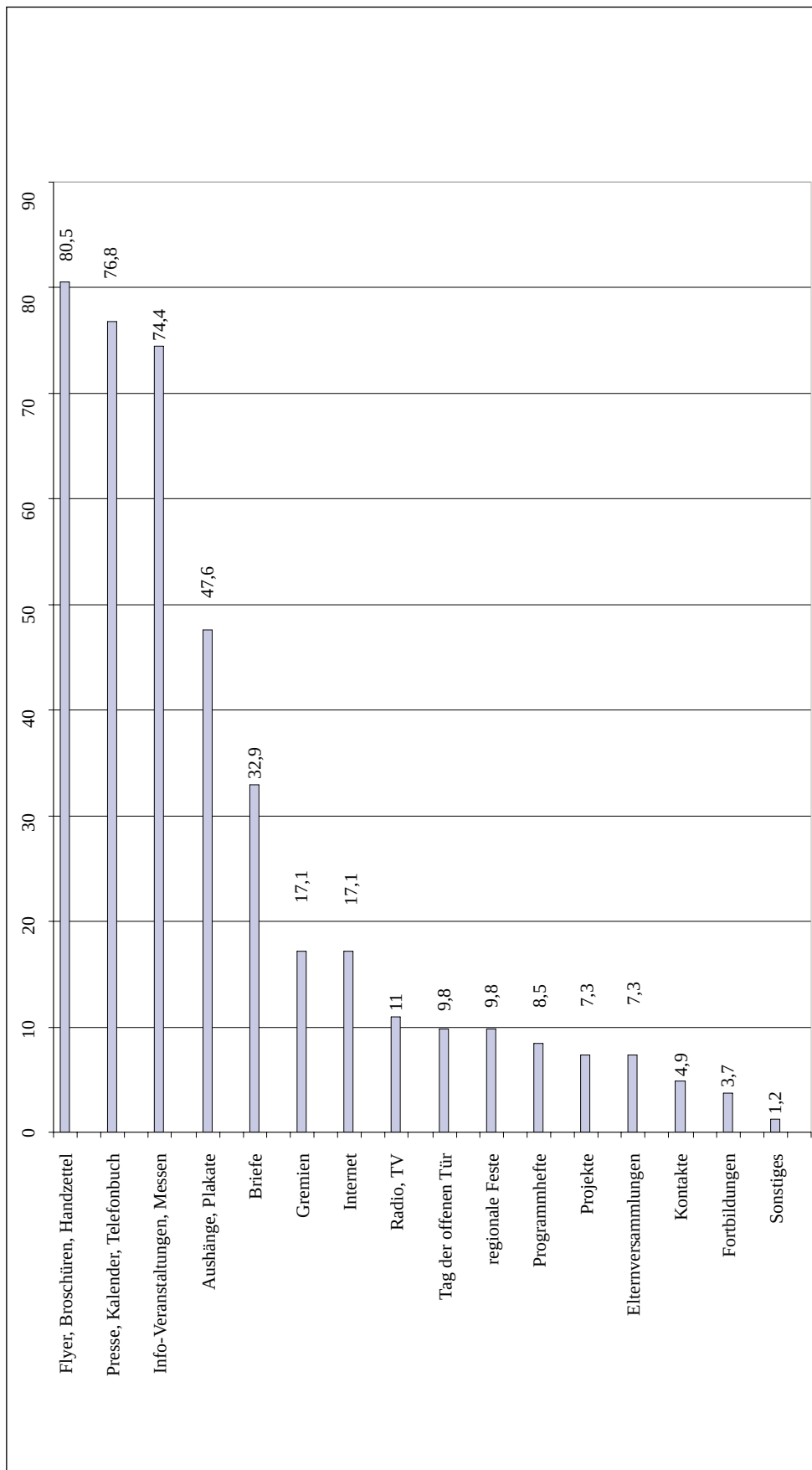


Abbildung 12

Bestandserfassung in Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Vertragsverhältnis (N = 42)

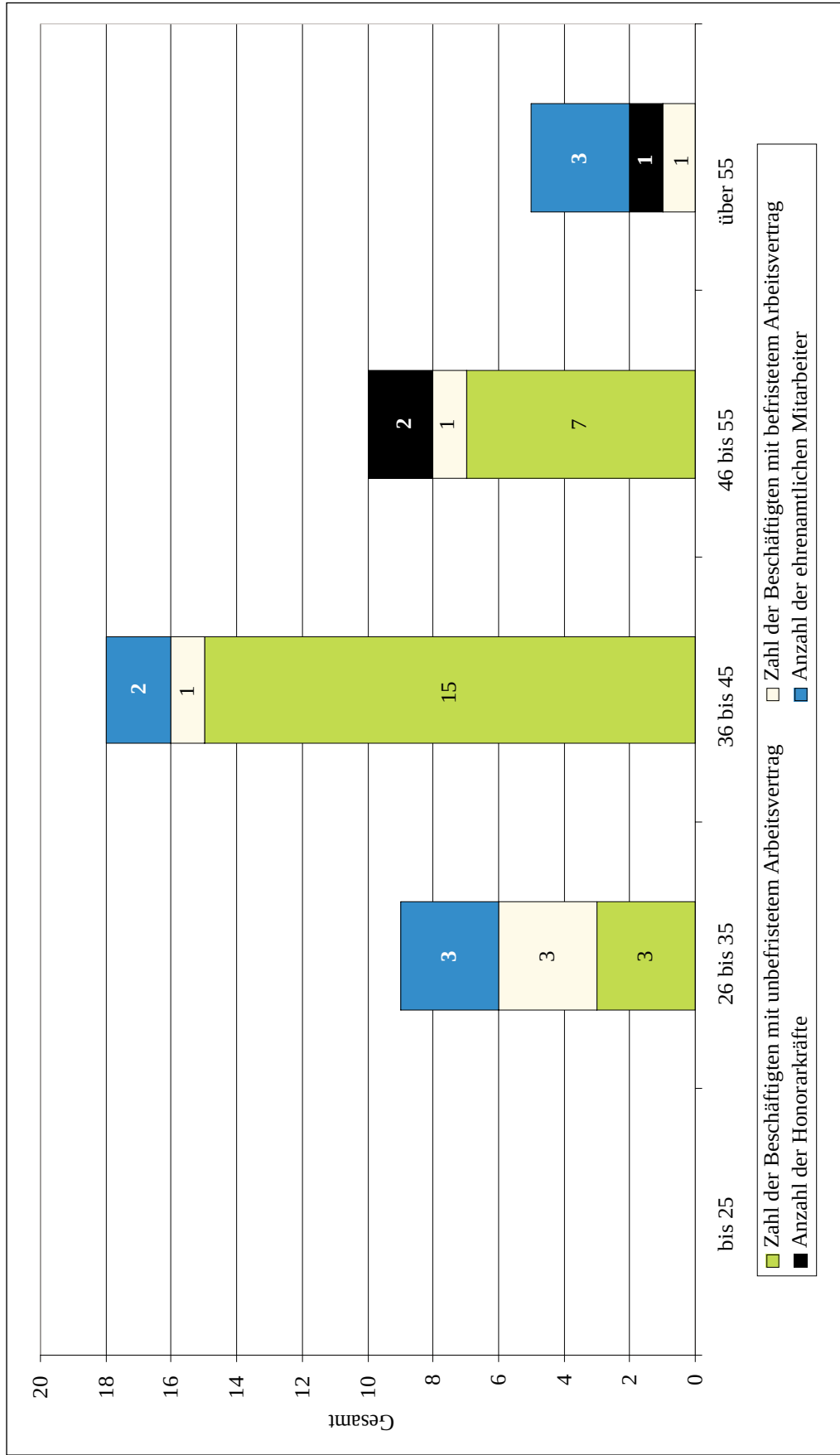


Abbildung 13

**Bestandserfassung in Jugendämtern oder einzelnen Abteilungen Mecklenburg-Vorpommerns –
Alter, Vertragsverhältnis (N = 100)**

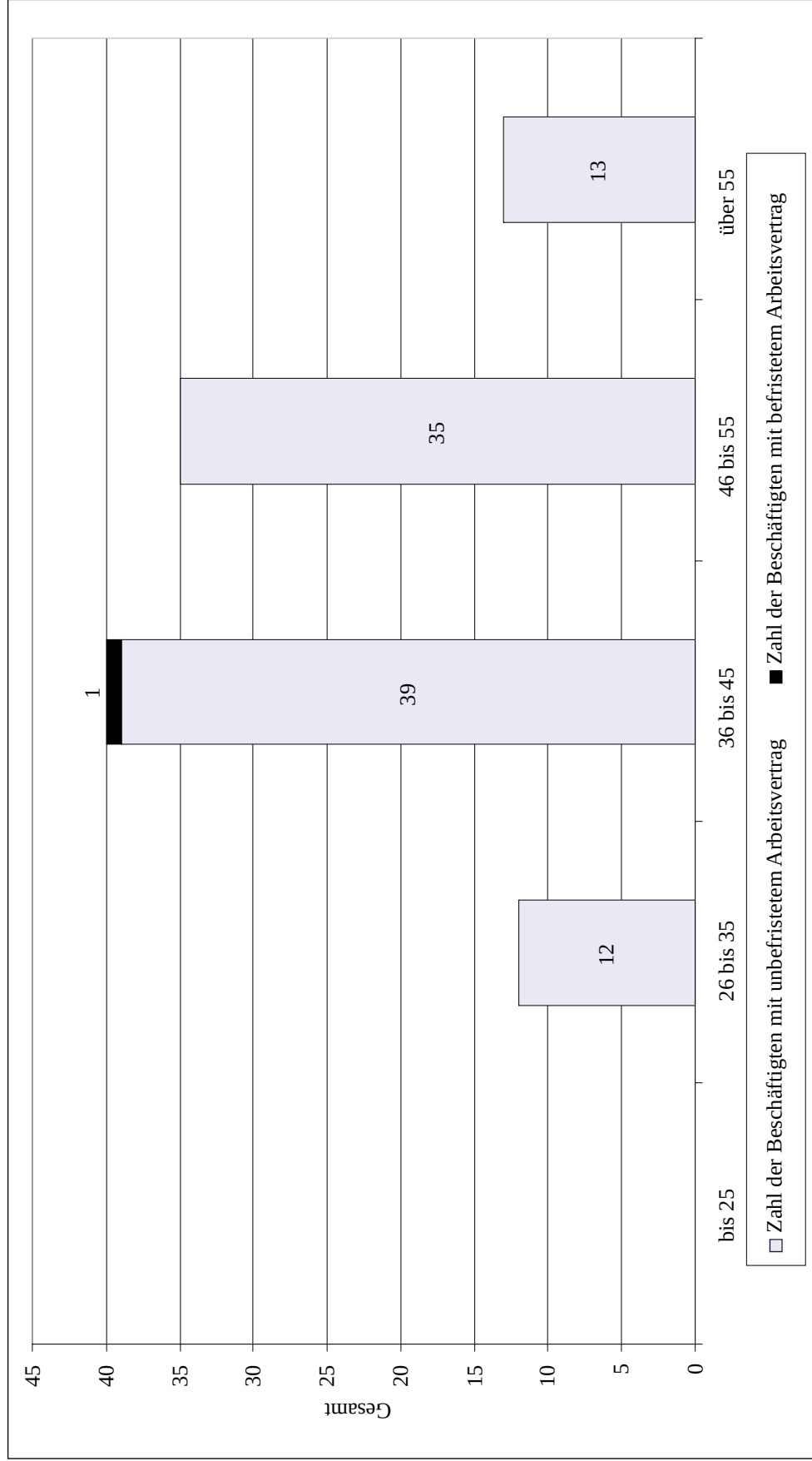


Abbildung 14

© Sozialministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern

Arbeitsgruppe 5: Strukturelle und administrative Voraussetzungen bei der Umsetzung präventiver Hilfen

DIRK FRIEDRICHS

*Referent in der Abteilung Jugend Familie, Seniorinnen/Senioren
des Sozialministeriums des Landes Hessen, Wiesbaden*

1. Einleitende Bemerkungen

Präventive Maßnahmen sind solche, die die Veränderung von Umweltbedingungen und/oder von Lebensweisen einzelner Menschen mit dem Ziel anstreben, die Lebensqualität Einzelner oder Gruppen positiv zu verändern. Über die Notwendigkeit von Prävention ist in der Vergangenheit viel geschrieben und debattiert worden. Durch das SGB VIII sind im Gegensatz zum früheren Jugendwohlfahrtsgesetz erstmals präventive Maßnahmen gesetzlich verankert worden.

Forschungsergebnisse haben bestätigt, was man immer schon wusste: Je früher präventive Maßnahmen einsetzen, umso erfolgreicher sind sie. Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und anderen Professionen – beispielsweise mit Kinderärzten – mit dem Ziel, Kinder, Jugendliche und ihre Familien präventiv zu unterstützen, sind nichts Neues und finden bereits vielerorts statt. Teilweise gibt es Netzwerke, bei denen andere Angebote mit einbezogen werden.

Warum also setzen wir uns jetzt mit präventiven Hilfen in früher Kindheit an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie auseinander? Nicht nur in der Jugendhilfe, sondern auch in der Gesellschaft sind Paradigmenwechsel zu beobachten. Die immer komplexeren Anforderungen an Kinder und Jugendliche, die zunehmende Gewöhnung an Sozialhilfebezug und Arbeitslosigkeit in der Familie und die verminderte Handlungsfähigkeit des Staates durch die massive Reduzierung der finanziellen Ressourcen haben zu einem Anstieg der Hilfen zur Erziehung geführt.

Wenn es überhaupt präventive Hilfen im wörtlichen Sinn gibt – was ich bezweifle, worüber ich aber an dieser Stelle nicht streiten möchte –, dann verstehe ich das Thema dieser Arbeitsgruppe als die Frage nach einem System, das in der Lage ist, aufgrund seines rechtzeitigen Einsatzes vorbeugend im Hinblick auf später eventuell notwendig werdende Hilfen zur Erziehung zu wirken: Es geht um ein Früherkennungssystem. Deshalb betrachte ich in meinem Beitrag die Struktur sowie die administrativen Voraussetzungen eines solchen Systems.

2. Wie könnte die Struktur eines Früherkennungssystems aussehen?

Stellen wir uns vor, wir haben eine Einrichtung, in der Kinder – **siehe Abbildung 1** – einen großen Teil ihres Tages zubringen. Sie spielen, sie lernen, sie erfahren sich und

andere. Sie werden in ihrem Bemühen, die Welt zu entdecken, von allen anwesenden Erwachsenen unterstützt, unabhängig von deren Profession. Dort gibt es auch pädagogische Fachkräfte. Es besteht ein guter Kontakt zu den Eltern. Die Fachkräfte sehen es als eine ihrer Aufgaben an, die Entwicklung der Kinder zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten zu fördern. Deshalb stehen sie in engem Kontakt zu den Eltern. Sie kennen – im Sinne der Wortbedeutung – die Kinder und können deren Eltern bei ihrer Erziehung unterstützen. Sie verstehen Unterstützung nicht als Besserwissen, sondern sehen die Ressourcen in der Familie und stellen diese in den Mittelpunkt. Es gibt ein Netzwerk, ein Präventions- und Interventionsnetz, auf das verwiesen werden kann – **siehe Abbildung 2**. Die Fachkräfte helfen den Eltern beratend und stärken so ihre Erziehungskompetenz.

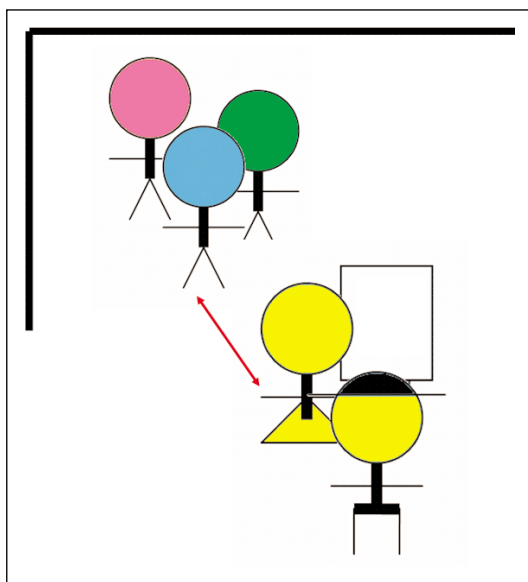


Abbildung 1

© D. Friedrichs

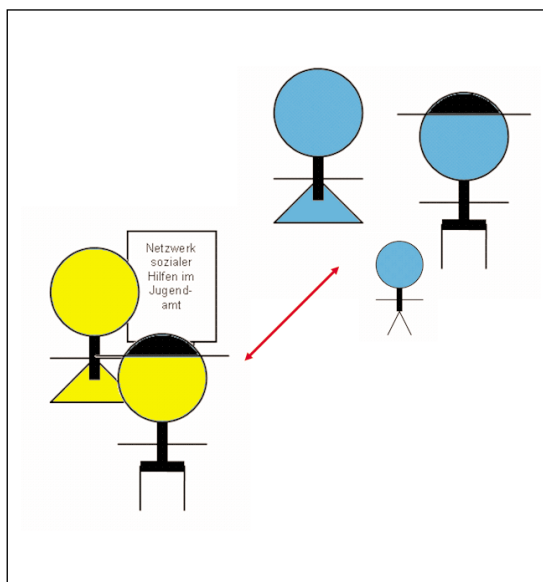


Abbildung 2

© D. Friedrichs

Grundgesetz und SGB VIII beschreiben das Staat-Eltern-Kind-Verhältnis. Eltern sind nach dem Gesetz die für die Erziehung ihrer Kinder Verantwortlichen. Sie sind bei ihrer Erziehungsarbeit zu unterstützen. Dass dieses nicht zum Nachteil der Kinder geschieht, darüber wacht der Staat. Es ist das Recht der Eltern, eine Empfehlung der Fachkräfte nicht anzunehmen oder sich einem Gespräch zu verweigern. Die Beratung durch die Fachkräfte ist also ein Angebot zur Unterstützung der Eltern. Es muss das Ziel sein, die Eltern zu befähigen, das Beratungsergebnis akzeptieren zu können.

Risikofamilien bedürfen ganz besonderer Unterstützung,

- wenn eine Entwicklungsgefährdung des Kindes droht und wenn eine Uneinsichtigkeit der Eltern in eine Beratungsnotwendigkeit festzustellen ist oder
- bei offensichtlicher Kindeswohlgefährdung oder
- bei erwarteter Kindeswohlgefährdung. Sollte keine Hilfe in Anspruch genommen werden, ist das Jugendamt einzuschalten.

Wollen die Eltern der Empfehlung der Fachkräfte folgen, dann bedarf es eines funktionierenden **Präventions- und Interventionsnetzes**.

- a) In einem solchen Netzwerk muss die **medizinische Unterstützung** gewährleistet sein. Dazu gehört die Kinderärztin, die durch die verschiedenen Untersuchungen von der U 1 bis zur U... die Entwicklung des Kindes verfolgt und gegebenenfalls Krankengymnastik oder Bewegungstherapie verordnen kann. Logopäden bearbeiten sprachliche Handikaps therapeutisch. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Frühförderstellen haben umfassende Erfahrungen mit behinderten Kindern und ihre Einrichtungen gehören ebenfalls zum Netzwerk. Diese Angebote sind nur beispielhaft aufgeführt. Die konkreten Ansprechpartner richten sich nach den Notwendigkeiten vor Ort. Das gilt auch für die folgenden Bereiche des Netzwerkes – **siehe Abbildung 3**.
- b) Wirtschaftliche Schwierigkeiten sind für psychosoziale Probleme häufig mit verantwortlich. Deshalb gehören Einrichtungen wie Schuldnerberatungen unbedingt zum Netzwerk. Eine enge Kooperation zwischen Arbeitsamt, Wohnungsamt und Sozialamt muss der Familie eine neue wirtschaftliche Perspektive eröffnen.
- c) Die psychosoziale Unterstützung richtet sich gleichermaßen an das Kind und die Familie als ein ganzheitlich zu sehendes Gesamtsystem. Familienbildungsstätten und Volkshochschulen sind niedrigschwellige Einrichtungen, die zum Beispiel durch Elternkurse Familien unterstützen können. Dem Selbsthilfegedanken könnte dadurch Rechnung getragen werden, dass orts- beziehungsweise stadtteilnahe Kontaktmöglichkeiten für Familien untereinander geschaffen werden. Die Erziehungsberatung gehört ebenso wie die Eheberatung zum Präventions- und Interventionsnetz.

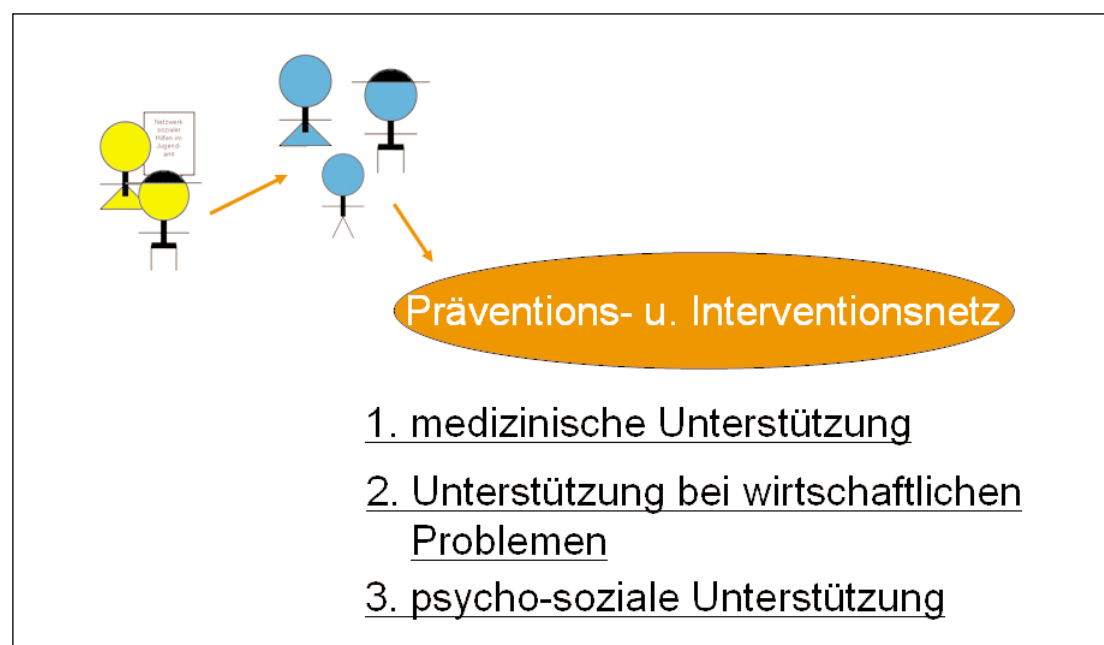


Abbildung 3

© D. Friedrichs

Hilfen zur Erziehung – so zum Beispiel die Tagespflege, die Pflegefamilie, die stationären und teilstationären Einrichtungen, die Sozialpädagogische Familienhilfe, sozialpädagogische Kriseninterventionsprogramme – sind mit ihren unterschiedlichen Interventionsmöglichkeiten immer dann einzusetzen, wenn die bisherigen Unterstützungssysteme für die Familie nicht ausreichen. Sie sind ebenfalls in das Netz zu integrieren. Dabei kommen der Hilfeplanung und der Beteiligung der Eltern besondere Bedeutungen zu.

Krisenhilfe wie das Frauenhaus, Kurzzeitpflege, Mütternotdienste vervollständigen das Netzwerk.

3. Welche administrativen Maßnahmen sind nun notwendig?

Wo sollte sinnvoller Weise das Früherkennungssystem angesiedelt werden? Folgende Kriterien für die Beantwortung der Frage sind zu beachten:

- a) Wenn ein Früherkennungssystem mit dem entsprechenden Präventions- und Interventionsnetz etabliert werden soll, ist es notwendig, einen Ort zu suchen, wo möglichst **alle** Kinder erreichbar sind.
- b) Der Begriff „Früherkennung“ drückt es schon aus: Die Kinder sollen sehr frühzeitig beobachtet werden, müssen also jung sein.
- c) Niedrigschwellig bedeutet in diesem Zusammenhang, dass es für die Eltern normal ist, ihr Kind in diese Einrichtung (oder zu dieser Stelle) zu bringen. Der Grund des Kommens liegt nicht in der Früherkennung, eine „Reihenuntersuchung“ wird nicht angestrebt.
- d) Wenn Veränderungen in der Entwicklung von Kindern beobachtet und festgestellt werden sollen, muss das über einen längeren Zeitraum möglich sein.
- e) Vorhandene Einrichtungen sind zu nutzen, da sie für die Familien niedrigschwelliger und für den Kostenträger kostengünstiger sind als neu zu schaffende.

Wenn man in Frage kommende Einrichtungen ins Auge fasst, kommt man zu folgenden Ergebnissen:

- a) Über die Grundschule werden erst Kinder vom sechsten Lebensjahr an erfasst.
- b) Frühförderstellen oder Erziehungsberatungen erreichen aufgrund ihrer spezifischen Aufgabenstellung zu wenige Kinder.
- c) Erziehungsberatungen und Kinderärzte sehen die Kinder zu bestimmten Terminen und nicht durchgehend über einen längeren Zeitraum hinweg.
- d) Eine neue Anlaufstelle bedeutet meist eine neue Hürde für die Eltern.

Wenn das Ziel also darin besteht, möglichst viele Kinder nach Möglichkeit früh zu erreichen, bietet sich die Kindertagesstätte an – **siehe Abbildung 4**. Vom ersten Lebensjahr an (Krippe/Krabbeltube), spätestens ab drei Jahren besuchen Kinder diese Einrichtung und es ergibt sich die Möglichkeit einer nicht nur punktuellen, sondern ganzheitlichen Beobachtung, eines umfassenden Kennenlernens sowie intensiver Elternkontakte.

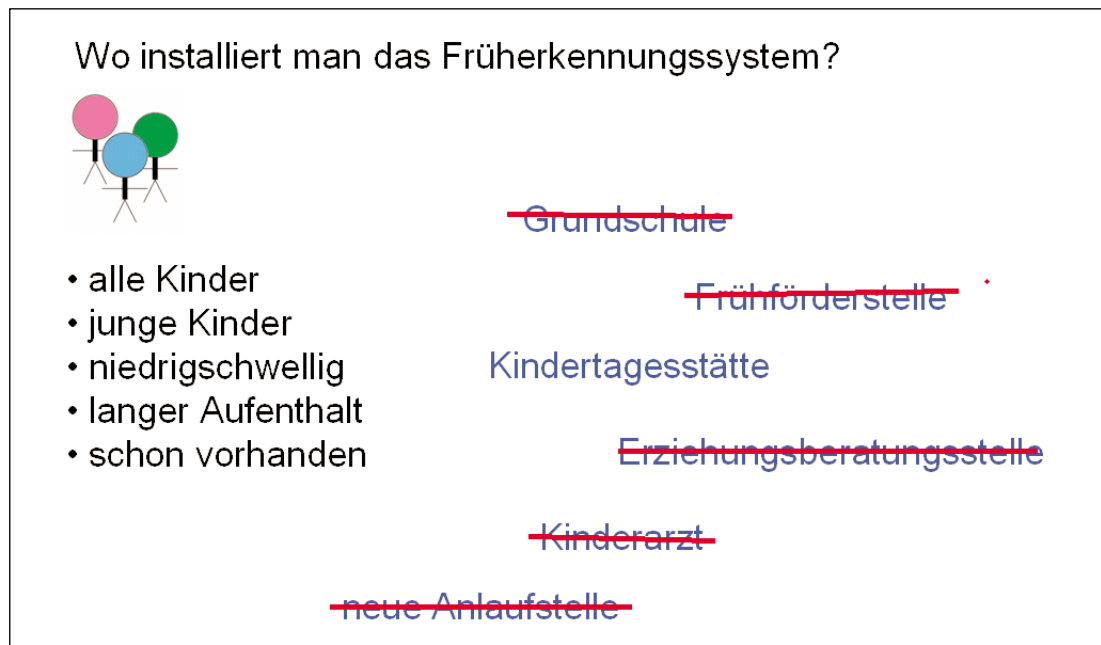


Abbildung 4

© D. Friedrichs

4. Wer entscheidet und wer steuert den Entscheidungs- und Realisierungsprozess?

Dazu ein kurzer Exkurs: Verantwortlich für alle Leistungen der Jugendhilfe ist der so genannte örtliche öffentliche Träger der Jugendhilfe. Dieser ist der jeweilige Landkreis oder die kreisfreie Stadt. Ausnahmen gibt es in einigen Bundesländern aufgrund besonderer Landesregelungen. Der örtliche Träger muss ein Jugendamt einrichten. Dieses Jugendamt ist zweigliedrig organisiert, das heißt, es besteht aus dem Jugendhilfeausschuss und der Verwaltung des Jugendamtes. Der Jugendhilfeausschuss setzt sich aus Personen zusammen, die von freien und öffentlichen Trägern vorgeschlagen werden. Es sind in diesem Gremium viele Institutionen als beratende Mitglieder vertreten. Dort sitzt also schon ein Großteil derjenigen Ansprechpartner am Tisch, die später auch das Netzwerk mit tragen sollen – **siehe Abbildung 5**.

Der Jugendhilfeausschuss ist ein besonderer Ausschuss und mit anderen kommunalen Ausschüssen nicht vergleichbar. Er hat wesentlich weitergehende Rechte. Der Jugendhilfeausschuss befasst sich mit allen Angelegenheiten der Jugendhilfe, also auch mit Fragen eines Früherkennungssystems. Er entscheidet abschließend im Rahmen der Grundsatzbeschlüsse der Kommune und des verabschiedeten Haushalts. Er steuert fachlich die Verwaltung des Jugendamtes– zum Beispiel über die Jugendhilfeplanung.

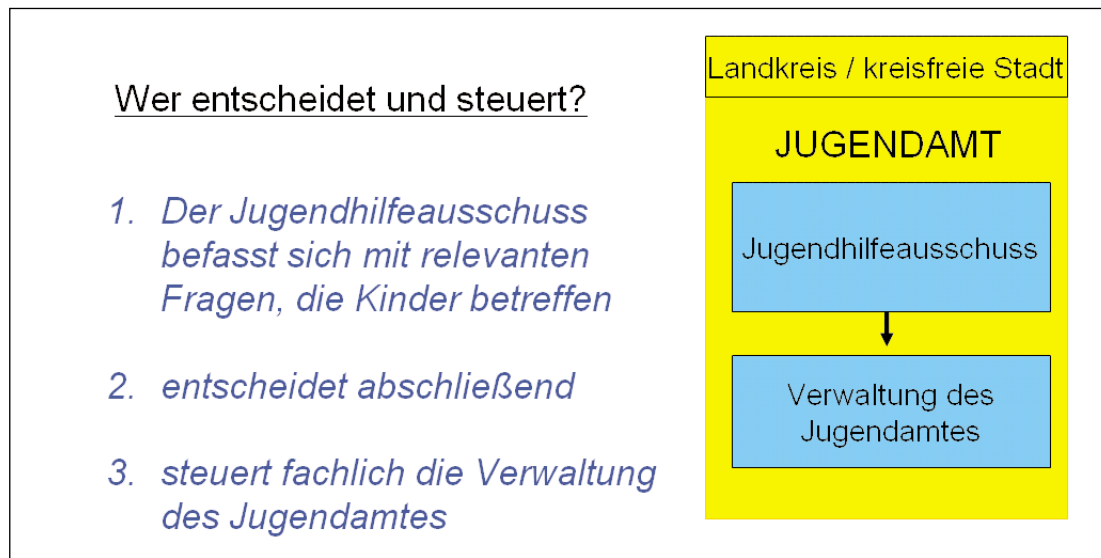


Abbildung 5

© D. Friedrichs

Die Verwaltung führt also die Beschlüsse im Rahmen der Gesetze aus. Der Jugendhilfeausschuss ist somit der Verwaltung des Jugendamtes übergeordnet. Der Jugendhilfeausschuss steuert jugendhilfepolitisch den Prozess über die Einrichtung eines Früherkennungssystems und die Verwaltung realisiert ihn.

5. Was ist konkret zu tun?

- Als Erstes aktualisiert das Jugendamt die Jugendhilfeplanung, die Grundlage für alle Maßnahmen in der Jugendhilfe ist.
- Anschließend wird das Netz aufgebaut – **siehe Abbildung 6**. Folgende Fragen sind zu beantworten: Wer sind die Teilnehmer des Netzes? Ist ein Koordinierungsgremium notwendig? Wie kann die Vernetzung inhaltlich und technisch realisiert werden?

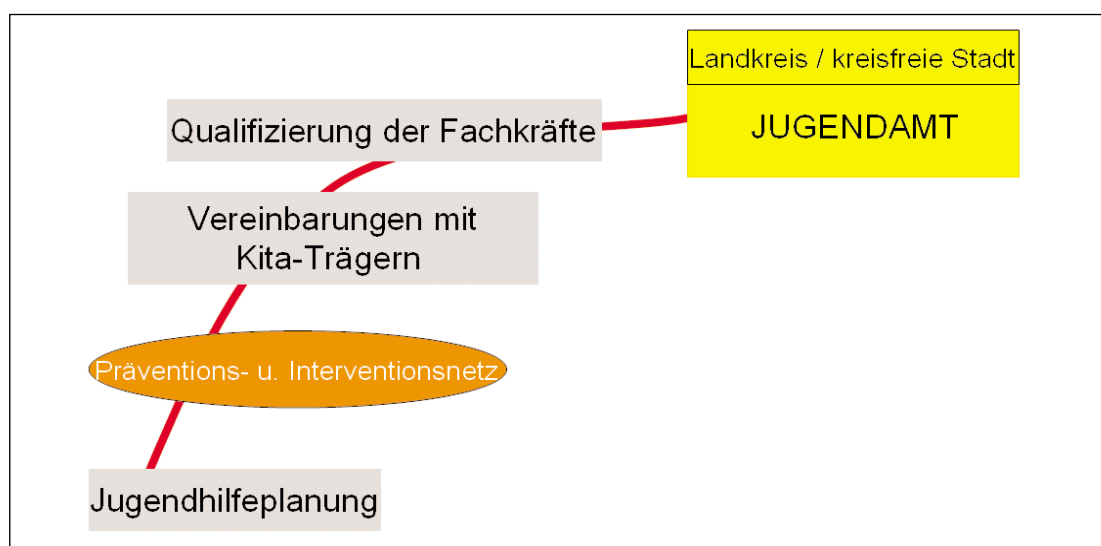


Abbildung 6

© D. Friedrichs

- Ein Früherkennungssystem muss auf ein funktionierendes Netzwerk unterstützender Maßnahmen zurückgreifen können. Dieses Netzwerk muss – wie eingangs beschrieben – ein differenziertes Angebot erzieherischer Hilfen bereitstellen und über einen Pool anderer Professionen verfügen.
- Wenn in den Kindertagesstätten das Früherkennungssystem eingerichtet werden soll, müssen entsprechende Verträge verhandelt und abgeschlossen werden. Dazu gehört nicht nur die finanzielle Seite, sondern auch die Frage, welche Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen jeweils getroffen werden müssen, damit die pädagogischen Fachkräfte ihre Aufgabe erfüllen können – **siehe Abbildung 7**.
- Da sowohl das Jugend- als auch das Sozialamt zum Landkreis oder zur kreisfreien Stadt gehören, sind Kooperationen untereinander einfacher möglich. Es reichen entsprechende Beschlüsse des Magistrats oder des Kreisausschusses.

Vereinbarungen sind mit allen zu treffen, die in diesem Netzwerk ihre Dienstleistungen anbieten werden. In diesen Vereinbarungen geht es um die Präsenz der Dienstleistung, die Finanzierung, den Einsatz von Fachkräften sowie um Koordinationsfragen.

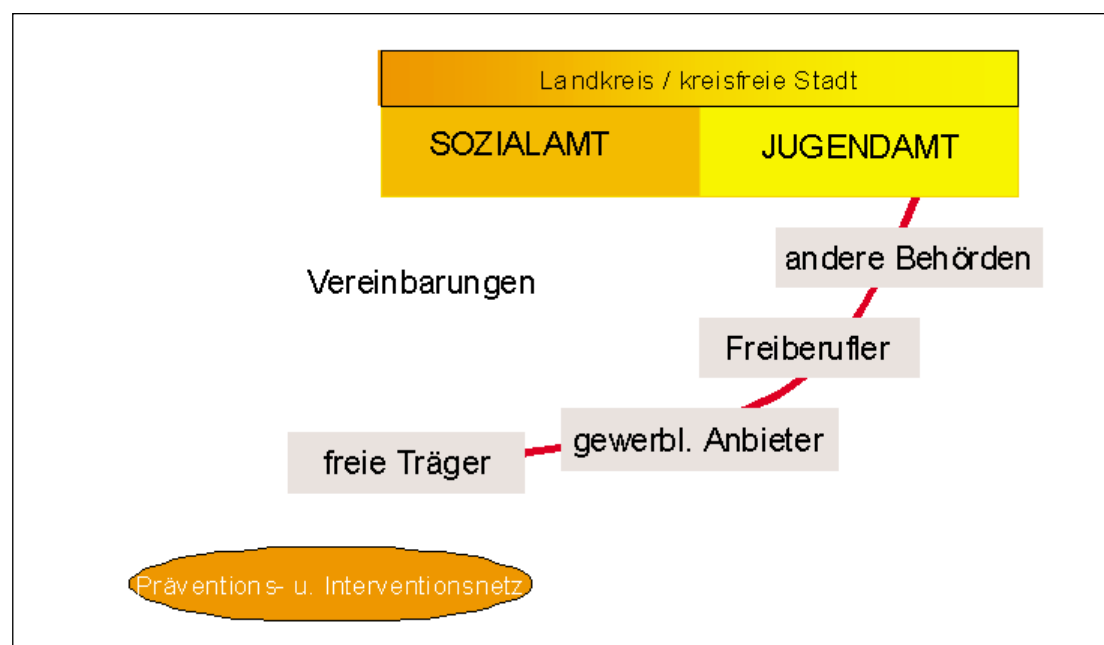


Abbildung 7

© D. Friedrichs

6. Kompetenzen der pädagogischen Fachkräfte im Früherkennungssystem

Die pädagogischen Fachkräfte, die in Kindertagesstätten im Früherkennungssystem eingesetzt sind, müssen spezifische Kompetenzen aufweisen.

- a) Entwicklungspsychologische Kenntnisse sind notwendig, um den körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklungsstand eines Kindes beobachten und erkennen zu können.

- b) Die ganzheitliche Sicht zum Erkennen von Problemen leitet den Blick auf die Stärkung vorhandener Ressourcen innerhalb der Familie.
- c) Sensibilität für die Problemlagen von Kindern und ihren Familien ist notwendig, um überhaupt Akzeptanz zu erfahren.
- d) Diagnostische Fähigkeiten ermöglichen das Erkennen von Betreuungs-, Erziehungs- und Versorgungsbedürfnissen bei Kindern und Eltern und die Entwicklung angemessener Interventionen.
- e) Beratungskompetenz und Methodenkenntnisse der Elternarbeit ermöglichen ein Kommunizieren, Kooperieren, Verhandeln-Können, um Akzeptanz zu erfahren und mit den Eltern gemeinsam Angebote zu prüfen und auszuwählen.
- f) Die sichere pädagogische Handlungskompetenz ist die Grundlage erfolgreichen Handelns. Sie macht es überhaupt erst möglich, Konflikte zu reflektieren und Strategien zur Lösung zu entwickeln. Dieses ist dann von besonderer Bedeutung, wenn die Eltern den Blick auf die Problemlagen verweigern.

Diese Kompetenzen werden nur teilweise in der Ausbildung vermittelt. Eine unmittelbare Praxiserprobung findet dort nicht statt. Deshalb sind die Curricula entsprechend zu reformieren. Unabhängig davon sind auf die Kompetenzen hin qualifizierende Fortbildungsangebote zu konzipieren und zu realisieren. Supervision unterstützt die Praxis.

Die flächendeckende Implementierung eines Früherkennungssystems erfordert in jeder Kindertagesstätte – je nach Größe der Einrichtung – mindestens eine Fachkraft, die sich speziell im Hinblick auf die beschriebenen Kompetenzen hin qualifiziert. Sie muss auch in der Lage sein, die Kollegen fachlich zu beraten.

7. „Wer soll das bezahlen, wer hat soviel Geld ...?“

Neben fachlichen Kriterien spielen die entstehenden Kosten bei der Einrichtung eines neuen Angebots eine zentrale Rolle. Nachstehend werden Einschätzungen dazu versucht – **siehe Abbildung 8.**

- a) Die Planung eines Früherkennungssystems und die Vernetzung der unterschiedlichen Angebote vor Ort sind Teil der Jugendhilfeplanung und damit Standardaufgaben des Jugendamtes. Sie dürften zu keinen zusätzlichen Kosten führen.
- b) Das Früherkennungssystem als Teil des Systems der Hilfen zur Erziehung verursacht kurzfristig in Gebieten mit einer nicht gut ausgebauten Infrastruktur an ambulanten Hilfen zusätzliche Kosten, weil für ein funktionierendes Netzwerk eine Minimalversorgung mit entsprechenden Einrichtungen gewährleistet sein muss. Mittel- und langfristig ist jedoch mit einer Kostensenkung zu rechnen, da davon

Wie sieht das mit den Kosten aus?

- das Früherkennungssystem als Teil der Jugendhilfeplanung
- die Vernetzung der unterschiedlichen Angebote
→ führt zu keinen zusätzlichen Kosten
- das Früherkennungssystem als Teil des Systems der HzE
→ führt langfristig zur Kostensenkung
- die Qualifizierungsmaßnahmen der Fachkräfte
- der Personalaufwand für die Früherkennung in den Einrichtungen
→ führt zu zusätzlichen Kosten

Abbildung 8

© D. Friedrichs

auszugehen ist, dass Interventionen in einem frühen Stadium nicht nur erfolgreicher, sondern auch volkswirtschaftlich kostengünstiger sind, weil Folgeschäden vermieden werden.

- c) Qualifizierungsmaßnahmen der Fachkräfte in den Einrichtungen, die das Früherkennungssystem durchführen und der sich daraus ergebene Personalaufwand führen zu Mehrkosten. Man muss sich vorstellen, dass mindestens eine, besser zwei Fachkräfte teilweise für ihre zusätzliche Aufgabe freigestellt werden.

Zu überlegen wäre, ob das Land als überörtlicher Jugendhilfeträger im Rahmen seiner Fortbildungsverpflichtung die Qualifizierung übernehmen könnte. Die Personalmehrkosten würde vermutlich das Jugendamt als den für Jugendhilfemaßnahmen Verantwortlichen treffen.

8. Was ist neu?

Netzwerke gibt es teilweise schon, Kooperationen mit anderen Stellen und Behörden funktionieren auch ganz gut ... Sie werden fragen: Was ist eigentlich neu an dieser Idee? „Alter Wein in neuen Schläuchen?“ Ich denke, es gibt einige neue Aspekte.

- Neu ist, dass es sich hierbei um ein systematisiertes Verfahren handelt. Ein Früherkennungssystem wird nicht nur dort eingerichtet, wo die handelnden Personen ohnehin schon miteinander kooperieren, sondern flächendeckend in einem ausgewählten Gebiet. Nur so kann mit einer Evaluation die Wirkungen gemessen werden – also nicht zufällig, sondern politisch gewollt, mit System und Struktur.

- Neu ist, dass Verantwortliche in allen beteiligten Einrichtungen als verlässliche Ansprechpartner benannt werden. Das Früherkennungssystem ist also nicht die Ausnahme, sondern der Regelfall.
- Neu ist, dass ein Netzwerk dort geschaffen wird, wo es noch keines gibt.
- Neu ist, dass alle Hilfen vor Ort erfasst werden. Das Netzwerk beinhaltet alle bedeutsamen Institutionen und Behörden für Kinder und Familien und verbindet die unterschiedlichen Angebote miteinander.
- Neu ist, dass nicht nur Insider das Netzwerk kennen, sondern dass die Arbeit transparent gemacht wird, der Zugang für alle möglich ist und von allen genutzt werden kann.

Arbeitsgruppe 6: Früherkennung von Entwicklungsgefährdung bei Säuglingen und Kleinkindern – Erfahrungen aus der Familienberatung

BÄRBEL DERKSEN

*Mitarbeiterin der Erziehungs- und Familienberatungsstelle im Haus
der Familie des Deutschen Roten Kreuzes, Kreisverband Berlin Süd-West,
Freie Mitarbeiterin im Projekt „Entwicklungspsychologische Beratung
für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“*

Einleitung

Das Interesse an Prävention, Früherkennung und Frühbehandlung wächst ständig, da sich die gesellschaftlichen, ökonomischen und sozialen Lebensbedingungen für Familien und deren Bedeutung in den vergangenen Jahren sehr stark und schnell verändert haben. Wissenschaftliche Studien weisen inzwischen auf Risikofaktoren, jedoch auch auf Schutzfaktoren in der frühen Kindheit hin. Die Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit e. V. (GAIMH) stellt in ihrer Stellungnahme dar, dass sich die Lebenssituation von Eltern mit Kindern – besonderes mit Kindern unter drei Jahren – dramatisch verschlechtert. Das steigende Armutsrisiko beeinträchtigt die Entwicklung der Kinder und der Abbau von sozialen Einrichtungen und Einschränkungen der staatlichen Gesundheitsfürsorge führt zu einer großen Verunsicherung vieler Familien.

Durch die Mannheimer Längsschnittstudie konnte gezeigt werden, dass bereits 15 Prozent aller Säuglinge in den ersten drei Lebensmonaten, rund 20 Prozent Kinder mit zwei Jahren und zirka 28 Prozent mit vier Jahren Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Häufig werden jedoch die entwicklungsauffälligen Kinder erst im Vorschulalter diagnostiziert (Laucht u. a. 1992). Gleichzeitig ist das familiäre System gerade in der Phase der frühen Elternschaft für Veränderungen besonders offen. Die Eltern können leichter über unterschiedliche Zugangswege kontaktiert werden und sie sind meistens hoch motiviert, sich den veränderten Lebensbedingungen mit Kind anzupassen und bei Bedarf Hilfen anzunehmen (Stern 1998; Brazelton und Cramer 1990). Sehr frühe Prävention ist aus diesen Gründen notwendig und für die gesamte Entwicklung des Kindes und der Familie sehr bedeutsam.

1. Zur frühen Prävention

Durch präventive Maßnahmen sollen bekannte Risiken minimiert und protektive Faktoren gefördert werden. Das Ziel ist, die negativen Auswirkungen von Belastungsfaktoren auf die Familie und störende Faktoren für die weitere Entwicklung des Kindes möglichst gering zu halten. Die Unterscheidung und Einschätzung von Risikofaktoren und das

Ausmaß bestehender Ressourcen beziehungsweise Schutzfaktoren ermöglichen es in einem kindbezogenen und familiensystemischen Bezugsrahmen, für jede Stufe der Entwicklung altersentsprechende oder typische Entwicklungsaufgaben, Schwierigkeiten, Ressourcen usw. zu beschreiben und mögliche Präventionsmaßnahmen zu entwickeln.

Die Ergebnisse der Studien zu Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung (Laucht u. a. 1999; Opp u. a. 1999) haben gezeigt, dass die Entwicklung von Kindern durch eine Vielzahl von Risikofaktoren gefährdet sein kann, die jedoch durch das dynamische Zusammenspiel mit Schutzfaktoren abgemildert werden können. Eine sichere und stabile Bindungsbeziehung gilt neben dispositionellen Eigenschaften des Kindes oder sozialer Unterstützung der Familie als ein wichtiger Schutzfaktor kindlicher Entwicklung (Grossmann u. a. 1989, Laucht u. a. 1996). Den ersten Lebensjahren kommt aus diesem Grunde ganz besondere Bedeutung zu.

Auf der Grundlage dieser verschiedenen Forschungsergebnisse kann beispielsweise eine besondere Aufgabe der Frühförderung im Familienprozess darin liegen, Eltern im Umgang und Interaktionsverhalten mit ihrem Kind zu unterstützen, Möglichkeiten der Problembewältigung für Kinder bereitzustellen und soziale Ressourcen zu aktivieren. Präventionsprogramme können sich demnach auf die Familie als Einheit, die Eltern allein oder das Kind beziehen (Petermann u. a. 2000). Die meisten Frühförderprogramme haben mittelstarke bis starke Effekte auf die kognitive und soziale Entwicklung von Kindern. Der Erfolg dieser Programme ist an mehrere Bedingungen geknüpft, so zum Beispiel der frühe Zeitpunkt der Intervention, die Intensität der Betreuung, die Zielpersonen, die Breite der Maßnahme, die individuelle Wirkung und die Dauer der Begleitung sowie die Strukturiertheit, die Qualität und Organisation der Vermittlungsprozesse.

Eine intensiv stützende, an der konkreten Erziehungssituation ansetzende Beratung für Eltern in belastenden Situationen ist wichtig und wertvoll, um die Entwicklungsbedingungen für Kleinkinder und ihre Bezugspersonen günstig und förderlich zu gestalten. So gesehen, bedeutet präventive Intervention einen Versuch, die familiäre Balance wieder herzustellen und Entwicklungspotenziale zu (re-)aktivieren.

2. Zur Eltern-Kind-Interaktion

Will man physisches Gedeihen und psychosoziale Entwicklung des Säuglings oder Kleinkindes verstehen, ist eine Betrachtungsweise ohne die Beziehung des Kindes zu seiner Bezugsperson im Wechselspiel mit dem sozialen Umfeld kaum möglich. Beziehung entwickelt sich auf der Grundlage angeborener Verhaltensprogramme und sich entwickelnder Fähigkeiten auf der Seite des Kindes und seiner Eltern. Kontinuierliche, positive Interaktionserfahrungen des Kindes mit seiner Bezugsperson sind sehr bedeutungsvoll für seine Persönlichkeitsentwicklung, da auf dieser Grundlage die ersten Vorstellungen über sich selbst und den anderen entstehen, etwa Vorstellungen darüber, ob man geliebt und angenommen wird und der andere zuverlässig in schwierigen Situationen helfen kann und emotional verfügbar ist.

Im Gegensatz dazu können das wiederholte Erleben von misslungenen Interaktionserfahrungen, von Missverständnissen im gemeinsamen Kontakt bereits im Säuglingsalter zu Enttäuschungen beziehungsweise zu Irritation und Belastung der Eltern-Kind-Beziehung führen, die sich beispielsweise im somatischen Befund des Säuglings (zum Beispiel frühkindliche Regulationsstörungen) äußern können.

Faktoren, die die Interaktion beeinflussen, sind vielfältig und reichen auf Seiten des Kindes zum Beispiel von genetischen oder medizinischen Komplikationen während der Schwangerschaft und Geburt und konstitutionellen Verhaltensdispositionen wie frühkindlichen regulativen Anpassungsstörungen bis zu Temperamentsfaktoren. Unterschiede im elterlichen Interaktionsverhalten werden in Zusammenhang gebracht mit Erkrankungen der Eltern (somatische oder psychische), eigenen Sozialisationserfahrungen, Qualität der ehelichen Beziehung, Erziehungsvorstellungen, Phantasien der Eltern usw. Mechthild Papoušek (1995) stellt in ihrem komplexen Kommunikationsmodell die sich entwickelnden, wechselseitigen Beziehungen und Interaktionserfahrungen als entweder wechselseitig belohnende oder wechselseitig belastende Beziehungen dar.

Die Praxiserfahrungen in einer Erziehungs- und Familienberatungsstelle zeigen, dass die auftretenden Schwierigkeiten in dieser Phase häufig multifaktoriell bedingt sind. Jedes Problem, mit dem sich Familien mit einem „schwierigen“ Säugling an uns wenden, ist das Ergebnis zahlreicher Faktoren, die die Grundlage und das System bilden, in der die Interaktion beobachtbar wird. Diese Interaktion und deren Facetten ergeben zunächst den Ausgangspunkt der Prävention und bieten den Einstieg in die konkrete Intervention.

3. Frühe Hilfen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern

Der Bereich der frühen Hilfen umfasst ein breites Spektrum an Hilfen für Eltern mit sehr kleinen Kindern. Diese Hilfen reichen von primär präventiven Angeboten wie zum Beispiel familienunterstützenden Maßnahmen mit Babysittervermittlung bis zu Eltern- oder Familienbildungsmöglichkeiten und spezifischen Beratungs- oder Therapieangeboten für Eltern mit einem so genannten schwierigen Baby. Beratungen ermöglichen es beispielsweise, den Kreislauf der sich häufig zuspitzenden Belastungsfaktoren zu unterbrechen. Kinder und Eltern werden in ihren Kompetenzen gestärkt, so dass die bestehenden entwicklungsbedingten Veränderungen gemeinsam gemeistert werden können und der Dialog der wechselseitigen, belohnenden Beziehung wieder aufgenommen werden kann.

Die allgemeinen Ziele dieser frühen Hilfen sind:

- Früherkennung, Vorbeugung und Behandlung von frühen Störungen der Verhaltensregulation und der Eltern-Kind-Beziehungen,
- frühe Unterstützung und Begleitung von Familien im Übergang zur Elternschaft,

- Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit,
- Vernetzung und Kooperation mit unterschiedlichen Fachkräften.
- Weitergabe von Erfahrungen und Wissen an Fachkräfte.

Diese frühen, präventiven Maßnahmen zur Unterstützung der beginnenden Eltern-Kind-Beziehung sind meist sehr effektiv, weil das Eltern-Kind-Beziehungssystem noch „weich“ und nicht so sehr verfestigt ist. Das Wissen über die verschiedenen frühen Entwicklungsphasen ist für das Verständnis der Interaktion und der damit zusammenhängenden, sich entwickelnden Beziehung von großer Bedeutung, da sich die Bedürfnisse und auch die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Kindes außerordentlich rasch verändern. Mit Entwicklungsphasen sind hier sowohl die frühkindliche Entwicklung und die Entwicklung in der Phase der frühen Elternschaft gemeint als auch die Entwicklungsphasen der frühen Eltern-Kind-Interaktion speziell.

Der Übergang zur Elternschaft und das Säuglings- und Kleinkindalter mit seinen eigenständigen Störungsbildern stellt ein besonderes Aufgabenfeld der Erziehungsberatung dar, denn das komplexe Bedingungsgefüge innerhalb der Säuglings-/Kleinkind-Eltern-Beziehung setzt spezifische diagnostische sowie beraterische und therapeutische Kompetenzen voraus. Dies bedeutet gerade bei Entwicklungsbeeinträchtigungen in der frühen Kindheit Spezialisierung und Multidisziplinarität im engeren Verbund.

Es ist notwendig, verlässliche Rahmenbedingungen und kontinuierliche, fest in den Hilfestrukturen verankerte, lebensraumnahe Unterstützungsmöglichkeiten für junge Familien mit Säuglingen und Kleinkindern aufzubauen, damit komplexe und rasch abrufbare Hilfs- und Lernangebote genutzt werden können. Ein flächendeckendes Netz spezialisierter Angebote und die damit zusammenhängende stärkere Kooperation und Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachkompetenzen stellt stabile und verbindliche Angebote über längere Entwicklungsphasen bereit und schafft durch ein interdisziplinäres Vorgehen qualitative Voraussetzungen für eine ausreichende Intervention.

Eine enge Kooperation und Vernetzung ergibt sich somit aus den speziellen Bedingungen der frühen Elternschaft und der ganzheitlichen Betrachtungsweise von Entwicklung in der frühen Kindheit.

Neben diesen dargestellten fachlichen Gründen für Kooperation erscheint die stärkere Zusammenarbeit verschiedener Institutionen gerade vor dem Hintergrund eines deutlich drohenden Sozialabbaus dringend erforderlich. Einerseits fördert Kooperation die Zusammenlegung von Kompetenzen, andererseits bündelt sie auch die fachpolitische Vertretung von Betroffenen.

Auf dieser Grundlage wurde ein spezieller Kooperationsverbund zwischen der Familienberatungsstelle des Deutschen Roten Kreuzes – Haus der Familie – und der Beratungsstelle für Risikokinder des Bezirksamtes Berlin Steglitz-Zehlendorf gegründet. In der Aufbauphase eines solchen Kooperationsverbundes und im Austausch miteinander

der konnten allgemeine und spezifische Ziele zunächst benannt und gemeinsame Regelungen getroffen und vereinbart werden.

Die enge Kooperation zwischen klinisch-medizinischem sowie sozialpädagogischem (Beratungsstellen für Risikokinder) und psychologisch/psychotherapeutischem Bereich wird der Spezifität dieser Hilfeangebote eher gerecht. Die Kontakte mit niedergelassenen Kinderärzten reichen häufig nicht aus und es ist für medizinische wie auch beratende/therapeutische Einrichtungen notwendig, ein breites Spektrum an Versorgungs- und Hilfemöglichkeiten für Familien mit sehr kleinen Kindern in einer Einrichtung bereit zu halten oder innerhalb eines engen Kooperationsverbundes schnell zugänglich machen zu können.

4. Vernetzung und Kooperation in der Familienberatung des DRK im Bereich der frühen Hilfen

Im Haus der Familie werden unterschiedliche Vernetzungsaspekte verwirklicht, interne Vernetzungen innerhalb der eigenen Einrichtung und Vernetzung mit anderen Institutionen oder Fachleuten, die in dem Bereich der frühen Hilfen arbeiten:

Vernetzung innerhalb der Einrichtung:

- Mit unterschiedlichen Projekten im Haus der Familie, so zum Beispiel Babysittervermittlung, Gewaltprävention, Eltern-Kind Gruppen usw.

Vernetzung im Bezirk Berlin Steglitz-Zehlendorf:

- Arbeitskreis „Frühe Hilfen“ in Berlin Steglitz-Zehlendorf als Unterarbeitsgruppe der PsychAG (Psychosoziale Arbeitsgruppe) Steglitz-Zehlendorf.
- Spezifische Kooperationsvereinbarung zwischen der Beratungsstelle für Risikokinder/Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf und der Erziehungs- und Familienberatungsstelle mit einem monatlichen Angebot einer gemeinsamen Sprechstunde.

Vernetzung in Berlin:

- Arbeitsgruppe der Erziehungs- und Familienberatungsstellen mit Angeboten der frühen Hilfen.
- Arbeitsgruppe der Familienbildung.
- Fall-Arbeitsgruppe.

Die Aufgaben des Verbundes und der Arbeitsgruppen reichen von fallbezogener bis zu nicht-fallbezogener Vernetzung und Kooperation, wie sie im Folgenden kurz dargestellt werden.

Aufgaben der fallbezogenen Vernetzung und Kooperation:

- Fallbesprechungen durch beteiligte Fachkolleginnen und Fachkollegen.
- Einbeziehung von Fachkräften der jeweils anderen Dienste in eine gemeinsame Hilfe.
- Konturierung und Akzentuierung der diagnostischen und therapeutischen Hilfen.
- Gezielte Vermittlung und Information.
- Gegebenenfalls dauerhafte Arbeitsteilung, beispielsweise bei der medizinischen, psychologischen und ergotherapeutischen Sichtung.
- Schnellere Verzahnung ambulanter und stationärer Hilfen, zum Beispiel bei Gedeihstörungen.
- Intensivere entwicklungsbegleitende Unterstützung.

Aufgaben der nicht fallbezogenen Vernetzung:

- Erarbeitung gemeinsamer Qualitätsstandards in einem Qualitätszirkel.
- Zusammenstellung von Ideen für präventive Angebote und deren Konzipierung (Elternbildungsangebote sowie Angebote für Mediatoren).
- Information und gegebenenfalls Entwicklung neuer methodischer Zugänge für bestimmte Problemlagen und Zielgruppen.

5. Ergebnisse der Diskussion in der Arbeitsgruppe 6

Ein wichtiges Ziel des Dialogs in der Arbeitsgruppe 6 bestand darin, die Teilnehmer und Teilnehmerinnen anzuregen, in kleinen Gruppen selbständig über ihre fachlichen Erfahrungen in Bezug auf Prävention und Kooperation miteinander zu diskutieren und sich auszutauschen. Die Ergebnisse dieses Erfahrungsaustausches wurden am Ende der Beratungen in der Arbeitsgruppe stichwortartig zusammengetragen.

Zu den Methoden und Konzepten der Früherkennung von Entwicklungsstörungen wurde auf folgende Aspekte aufmerksam gemacht:

- Durch die kontinuierliche Teilnahme von Müttern an PEKiP Gruppen (Mutter-Kind-Gruppen) werden in der Beobachtung der Mutter-Kind-Interaktion und bei auftretenden Elternthemen mögliche Schwierigkeiten im familiären Zusammenhang oder auf kindlicher Ebene deutlich.
- Die Entwicklungstabelle von C. Beller kann eine Möglichkeit sein, kindliche Entwicklungsmerkmale einzuschätzen, und bietet Interventionsmöglichkeiten.

- Videogestützte Wahrnehmungsschulung wird in einigen Zusammenhängen in der Früherkennung von Eltern-Kind-Interaktionen eingesetzt.
- Das ET 6-6 (Testverfahren) dient als gutes Instrumentarium zur Entwicklungsdiagnostik.
- Beobachtungen des Kindes und der Mutter-Kind-Interaktion und des sozialen Umfeldes (zum Beispiel bei Hausbesuchen) dienen der Früherkennung.
- Beobachtungen von Kindern in besonderen Anpassungssituationen oder Übergangsphasen wie zum Beispiel Kindertarteneingewöhnung werden besonders genutzt und können wichtige zusätzliche Informationen liefern.
- In Hannover gibt es einen Leitaden für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zur Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen.
- Spezifische Kooperation mit Frühförderstellen, Kinder- und Jugendambulanzen oder Sozialpädiatrischen Zentren kann hilfreich sein, weil unterschiedliche Fachkompetenzen zusammenwirken können.
- Mit dem Projekt „Opstapje“ (Modellprojekt in Bremen, DRK in Nürnberg, AOK und des Deutschen Jugendinstituts) wurden Erfahrungen und Ergebnisse bei früher Prävention in Familien mit Risikokonstellation gesammelt.

Bei der Frage nach den Erfahrungen mit Kooperation und der Koordinierung von Hilfen ist den Dialogpartnern Folgendes wichtig:

- Aufsuchende Kooperation zwischen unterschiedlichen Fachleuten ist sinnvoll (Sozialarbeiter, Psychologen, Kinderärzte, Hebammen, medizinische Therapeuten usw.) und erscheint dringend notwendig.
- Bei aufsuchender Familienberatung ist eine gute Vernetzung im engeren Verbund mit anderen Hilfesystemen sehr hilfreich und unterstützend.
- Es könnten mehr Möglichkeiten geschaffen werden, Kontakte zu anderen Einrichtungen aufzubauen, um sich gegenseitig besser kennen zu lernen und Kooperation zu initiieren. Dafür sind zusätzliche zeitliche und personelle Ressourcen notwendig.
- Spezifische Einladungen zu bestimmten Fachgruppen, zum Beispiel Ärztetamtisch oder vorhandene Vernetzungsrunden, könnten die Kooperation fördern.
- Auch aufsuchende Vernetzungsaktivität kann die unterschiedlichen fachlichen Kompetenzen stärker verbinden, so zum Beispiel der Besuchsdienst auf einer Geburtshilfe- oder Wöchnerinnenstation von in der Klinik nicht direkt angeschlossenen Einrichtungen wie Familienbildungsstellen oder Beratungsstellen.
- Die Gründung von Arbeitskreisen oder Runden Tischen mit verschiedenen Fachleuten aus unterschiedlichen Einrichtungen zu einem spezifischen Schwerpunkt ist sinnvoll und notwendig, so zum Beispiel die Arbeitsgruppe Frühförderung in Bremen oder der Runde Tisch in Braunschweig.

- Die Gesellschaft für die Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit GAIMH kann als Ansprechpartner dienen.

Insgesamt wurden die bestehenden und dargestellten Möglichkeiten von Früherkennung, früher Prävention und Koordinierung von Hilfen von den Diskussionspartnern anerkennend geschätzt. Allgemein wurde jedoch auf die vorhandenen Schwierigkeiten und Grenzen der Arbeit hingewiesen. Vor allem zeigten sich in Bezug auf Früherkennung von frühkindlichen Entwicklungsgefährdungen große Unsicherheiten und teilweise fehlende, für die praktische Arbeit mit Familien relevante Einschätzungs- und Bewertungskriterien. Gefordert wurden mehr Fortbildungen zu diesem Thema und Integration der Erkenntnisse in unterschiedliche Ausbildungsbereiche sowie verstärkte, angewandte Forschung, die die Effektivität und Effizienz von früher Prävention über einen längeren Entwicklungszeitraum evaluieren.

Literatur:

Brazelton, Terry, B.; Cramer, Bertrand (1990). Die frühe Bindung. Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern, Stuttgart: Klett-Cotta (1990)

GAIMH, German Speaking Association of Infant Mental Health, Deutschsprachige Gesellschaft für die seelische Gesundheit in der frühen Kindheit, <http://www.gaimh.de/>

Grossmann, Klaus E.; Fremmer-Bombik, Elisabeth, Friedl, A., Grossmann, K.: Spangler, Gottfried, Suess, Gerhard. Die Ontogenese emotionaler Integrität und Kohärenz, In: Roth E. (Hrsg.): Denken und Fühlen, Berlin: Springer (1989), S. 36-55

Laucht, Martin; Esser, Günther; Schmidt, Martin H.: Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern. Ein Beitrag zu einer Psychopathologie der frühen Kindheit, In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bern: Huber 20 (1992), S. 22-33

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

Laucht, Martin; Esser, Günther; Schmidt, Martin H.; Ihle, Wolfgang, Marcus, A. Stöhr, Rosa-Maria; Weidrich, Diana: Viereinhalb Jahre danach: Mannheimer Risikokinder im Vorschulalter, In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bern: Huber 24 (1996), S. 67-81

Opp, Günther, Fingerle, Michael, Freytag, Andreas: Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz, München: Ernst Reinhardt (1999)

Papoušek, Mechthild; Hofacker von, Nikolaus: Persistent Crying and Parenting: Search for a Butterfly in Dynamic System, In: Early Development and Parenting, New York: John Wiley & Sons (1995), Vol. 4, S. 209-224

Petermann, Franz; Niebank, Kay; Scheithauer, Herbert: Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre, Göttingen: Hogrefe (2000)

Stern, Daniel N.: Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie, Stuttgart: Klett-Cotta (1998)

Arbeitsgruppe 6: Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen bei Säuglingen und Kleinkindern und die Bedeutung von Elternarbeit zur Koordinierung von Hilfen

ANKE ZINSER

Sachbearbeiterin im Landesjugendamt Berlin mit den Arbeitsschwerpunkten: Integration von Kindern mit Behinderungen in Kindertageseinrichtungen und therapeutische Betreuung durch Kinder- und Jugendambulanzen

In der Arbeitsgruppe 6 stellte ich die Situation behinderter und entwicklungsgefährdeter Kinder und ihrer Familien in Berlin vor. Durch meinen Beitrag sollte deutlich werden, wie Eltern mit ihren Kindern Hilfe und Unterstützung durch unterschiedlichste Einrichtungen und Dienste erhalten können. Dabei gibt es drei Scherpunkte.

Weil ich im Landesjugendamt Berlin überwiegend für zwei Arbeitsschwerpunkte verantwortlich bin, möchte ich näher auf folgende Aspekte eingehen:

- therapeutische Versorgung durch Kinder- und Jugendambulanzen (SPZ),
- Betreuung von Kindern mit Behinderungen in Kindertageseinrichtungen in Integrationsgruppen,
- die Bedeutung der Zusammenarbeit mit Eltern zur Koordinierung von Hilfen.

1. Zu den Kinder- und Jugendambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren

Einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen, Entwicklungsstörungen und Behinderungen bei Säuglingen und Kleinkindern stellen Kinder- und Jugendambulanzen dar, die im Land Berlin als Sozialpädiatrische Zentren zugelassen sind.

Es sind wohnortnahe Einrichtungen in freier Trägerschaft, in denen Leistungsansprüche behinderter Kinder und Jugendlicher nach dem SGB VIII, der Eingliederungshilfe nach dem BSHG und den gesetzlichen Krankenkassen miteinander verbunden und gemäß SGB IX als Komplexleistung aller Rehabilitationsträger erfüllt werden.

Die 16 Berliner Kinder- und Jugendambulanzen, die Sozialpädiatrischen Zentren bieten mit ihren interdisziplinären Teams umfassende Hilfen für Kinder mit Behinderungen und Entwicklungsstörungen und deren Eltern an, mit dem Ziel, den Kindern eine aktive Teilnahme am Alltag in der Familie, in der Kindertageseinrichtung und der Schule zu ermöglichen. Die Hilfen umfassen die Feststellung von Art und Schwere einer Entwicklungsstörung beziehungsweise Behinderung zum frühestmöglichen Zeit-

raum, die Einleitung von Fördermaßnahmen durch medizinische, therapeutische und psychologisch-pädagogische Hilfen, die Beratung über technische Hilfen sowie beratende Gespräche mit Eltern und anderen Bezugspersonen.

Arbeitsschwerpunkte in einer Kinder- und Jugendambulanz, eines Sozialpädiatrischen Zentrums umfassen demnach:

- ärztliche Diagnostik, Beratung und Therapie entwicklungsverzögerter und behinderter Kinder und Jugendlicher,
- psychologische Entwicklungsdiagnostik,
- Begleitung und Beratung der Eltern und Bezugspersonen,
- ambulante Einzel- und Gruppentherapie,
- Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Musiktherapie, Heilpädagogik, Hilfsmittelberatung,
- Koordination von Maßnahmen im medizinischen Bereich und im sozialen Umfeld der Familien,
- Unterstützung von Kindertagesstätten bei der gemeinsamen Erziehung behinderter und nicht behinderter Kinder, Therapie in der Kindergruppe,
- Unterstützung für Eltern bei der Auswahl von Kindertagesstätte und Schule,
- Förderung und Therapie des Kindes im Zusammenwirken von Eltern, Mitarbeitern der Kinder- und Jugendambulanzen und der Kindertageseinrichtung.

2. Zur gemeinsamen Erziehung behinderter und nicht behinderter Kinder im Land Berlin

Seit den siebziger Jahren wird die gemeinsame Erziehung von behinderten und nicht behinderten Kindern mit großem Erfolg praktiziert. Sie stellt die sinnvollste Form der Erziehung und Bildung im Rahmen der Frühförderung und der Arbeit in Kindertageseinrichtungen dar. Diese Position bildet die Grundlage für das 1995 verabschiedete Kindertagesstättengesetz, in dem bestimmt ist, dass keinem Kind auf Grund von Art und Schwere seiner Behinderung die Aufnahme in eine Kindertagesstätte verwehrt werden darf und dass die integrative Betreuung und Bildung von behinderten Kindern in Kindertagesstätten die Regelform in der Erziehung darstellt.

Weitere gesetzliche Grundlage für die Integration von Kindern mit Behinderungen sind: das Bundessozialhilfegesetz, das Kinder- und Jugendhilfegesetz, speziell § 35 a SGB VIII und seit 1999 das Rehabilitationsgesetz mit der Frühförderverordnung (SGB IX).

Zu den wesentlichen **Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards** für die Betreuung von Kindern mit Behinderungen in Integrationsgruppen gehören:

- wohnortnahe Unterbringung der Kinder mit Behinderung,
- zusätzliches pädagogisches Fachpersonal,
- gemeinsame Lernangebote für Kinder mit und ohne Behinderung,
- Kooperation mit Eltern, regelmäßige Elterngespräche über Entwicklungsverläufe,
- Betreuung von Kindern unterschiedlichster Behinderungen und Schweregrade,
- Beratung der Pädagogen durch Therapeuten und Psychologen der Kinder- und Jugendambulanzen,
- Therapie in Kleingruppen, Einzeltherapie,
- Dokumentation der Entwicklungsverläufe, Aufstellen von individuellen Förderplänen,
- Hilfen beim Übergang vom Kindergarten zur Schule.

Für die Betreuung von Kindern mit Behinderung in der Kindertagesstätte ist ein wesentliches Element die Sicherstellung der medizinisch-therapeutischen Versorgung der behinderten Kinder im Rahmen der Frühförderung. Mit den Kinder- und Jugendambulanzen ist eine Organisationsform aufgebaut worden, die eine mobile Arbeit der Therapeuten und Psychologen der Kinder- und Jugendambulanzen in den Kindertageseinrichtungen ermöglicht. Durch die direkte und therapeutische Begleitung des Kindes mit Behinderung in seinem Alltag und in seiner Kindergruppe unterstützt es seine Entwicklungsmöglichkeiten.

Therapie knüpft handlungsorientiert an den individuellen Entwicklungsbedürfnissen des Kindes an. Therapie soll dort stattfinden, wo Kinder spielen und lernen, und soll helfen, Probleme des Alltags dort zu lösen, wo sie entstehen.

Das Ziel der mobilen Betreuung durch Therapeutinnen und Therapeuten besteht darin, die Therapie immer in den Alltag der Kindertagesstätten zu integrieren. Vor dem Hintergrund einer gründlichen Beobachtung entwickeln die Therapeutinnen mit den pädagogischen Fachkräften und den Eltern gemeinsame Therapieziele.

3. Die Bedeutung der Zusammenarbeit mit Eltern zur Koordinierung von Hilfen

Im Rahmen eines integrativen Betreuungskonzeptes in der Kindertagesstätte steht neben der kindzentrierten Zusammenarbeit zwischen Eltern und Kinder- und Jugendambulanz/Sozialpädiatrischem Zentrum auch die Einbeziehung und Mitarbeit der Eltern im Blickfeld der interdisziplinären Bemühungen. Dies gilt gleichermaßen auch für Eltern, die ihr Kind ausschließlich ambulant betreuen lassen.

Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Kinder- und Jugendambulanz/Sozialpädiatrisches Zentrum und der Kindertagesstätte bedeutet die **Einbindung der Eltern in den therapeutisch-pädagogischen Prozess** vor allem die **Möglichkeit**:

- die familiäre Lebenswelt des Kindes kennen zu lernen,
- die elterliche Kompetenz bezüglich ihres Kindes zu erfahren,
- familiäre Ressourcen zu erkennen und zu stärken.

Für die Eltern bedeutet deren Einbindung in die kooperative Zusammenarbeit zwischen Kindertagesstätte und Kinder- und Jugendambulanz:

- Beachtung, Wertschätzung und Stärkung ihrer elterlichen Kompetenz,
- Akzeptanz ihrer familiären Lebenswelt,
- Entlastung durch die Erfahrung, dass ihr Kind mit seinen besonderen Bedürfnissen in der Kindertagesstätte gesehen und gefördert wird,
- Anregungen, wie sie als Eltern den besonderen Bedürfnissen ihres Kindes im familiären Alltag und alltagspraktischen Handeln gerecht werden können,
- Unterstützung, Rat und Hilfe in psychosozial schwierigen Lebenssituationen,
- Unterstützung bei der Weiterleitung und Zusammenarbeit mit anderen sozialen oder medizinischen Diensten,
- Hilfestellung bei der Koordination der unterschiedlichen Hilfsangebote.

„Was ist, wenn ... ?“ Wege, Umwege und Unwegsamkeiten der psychosozialen Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern am Beispiel von Müttern mit schweren psychischen Erkrankungen

TERESA JACOBSEN, PH. D.

*Professorin für Psychologie, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
der Universität von Illinois, Chicago, USA*

Vorbemerkungen

Ich freue mich außerordentlich, hier in Berlin zu sein. Ich war vor sechzehn Jahren das erste Mal in Berlin, habe hier gewohnt und studiert. Als ich kam, stand die Mauer noch. Als ich ging, wurde sie abgerissen. Ich meiner Berliner Zeit hatte ich viele gute Freunde, viele Leute, die mir sehr geholfen hatten. Dazu zählte Ute Ziegenhain. Dass sie mich zu dieser Tagung eingeladen hat, ist für mich sehr wichtig.

In den vergangenen Jahren habe ich leider kaum deutsch gesprochen. Ich habe sehr viel vergessen, weil ich wenig Gelegenheit hatte, deutsch zu sprechen. Diesen meinen Vortrag zu erarbeiten, fiel mir sehr schwer. Meine Tochter und mein Mann haben mir geholfen. Meine Tochter meinte, ich sollte vielleicht doch in Englisch referieren, als ich statt „Geisteskrankheiten“ „Geisterkrankheiten“ geschrieben hatte. Ich hoffe, Sie üben Nachsicht. Ich versuche, meinen Part richtig zu machen.

Zwei Praxisbeispiele

Ich beginne meinen Vortrag mit zwei Geschichten. Es handelt sich dabei um zwei Frauen, die ich gut kenne.

Die erste heißt Frau Tom; sie ist 28 Jahre alt und arbeitslos. Ich lernte sie kennen, als sie in die psychiatrische Klinik kam. Die Frau war hoch schwanger und wurde von Pflegern begleitet. Die Diagnose lautete: chronische, undifferenzierte Schizophrenie. Bevor sie ins Krankenhaus gebracht worden war, hatte sie in einem Übergangsheim gelebt. Dort war sie schwanger geworden, wusste aber nicht, wer der Vater war. Ihre Kleidung war sauber, aber zerrissen. Bei der anfänglichen Untersuchung und während des gesamten Behandlungsverlaufes zeigte sich Frau Tom sowohl als „Teufel“ als auch als die „Heilige Jungfrau Maria“. Sie hörte fast ununterbrochen Stimmen und antwortete, als ob sie wirklich zu hören gewesen wären. Als ich in ihr Zimmer kam, redete sie mit jemandem; aber es war niemand da. Für sie war jemand da. Sie bewegte ständig ihre Lippen; ihre Augen schauten jemanden an, den ich nicht sehen konnte. Manchmal erlebte sie Stimmen, die sie aufforderten, anderen Patienten und dem Krankenhauspersonal etwas zu Leide zu tun. Einmal folgte sie diesen vermeintlichen Aufforderungen.

Einen Monat später kam die Tochter zur Welt. In dieser Situation stand die große Frage, ob sie überhaupt ihrer Mutterrolle gerecht werden könne. Als „Teufel“ und „Jungfrau Maria“ wohl kaum. Ich hatte versucht, mit Frau Tom zu reden, um ihr klar zu machen, was es bedeutet, eine Mutter zu sein. Ich fragte sie, ob sie darüber nachgedacht hätte, was es heißt, schwanger zu sein. Manchmal guckte sie mich an; ihre Lippen bewegten sich; manchmal redete sie mit jemandem. Ich fragte immer wieder; doch nach einer Stunde war ich müde, weil ich nicht wusste, woran sie war. Als letztes fragte ich: *„Frau Tom, gibt es irgendetwas, was Sie mir sagen wollen?“* Sie wollte etwas sagen, weshalb ich geduldig wartete. Endlich sagte sie: *„Das Kind werde ich lieben, aber die Stimmen sagen, dass ich nicht mit Ihnen reden sollte.“*

Es war mir klar, dass sie das Kind wollte. Aber dass ihre innere Welt so stark war, dass sie nicht darüber zu sprechen bereit war, wusste ich bis dahin nicht. Was passierte dann? Sie weigerte sich, Medikamente zu nehmen, weshalb die Halluzinationen und Stimmen stärker wurden. Das Kind konnte nicht bei ihr bleiben. Ein Jahr später wurde das Kind adoptiert.

Das zweite Beispiel. Ich werde diese Person Frau Hand nennen und zwar aus folgendem Grund: Ich kam ins Krankenzimmer und sah zunächst nur eine Bettdecke. Darunter lag eine Gestalt, aber keine Person. Das war Frau Hand. Ich sagte, dass ich Teresa Jacobsen sei und ob sie mit mir sprechen wolle. Die Bettdecke bewegte sich ein bisschen. Ob ich mich auf den Bettrand setzen könnte, fragte ich. Da kam mir eine Hand entgegen. Daraus wuchs Hoffnung. In den nächsten Wochen sprach ich täglich mehrmals mit Frau Hand, obwohl ich sie nie zu Gesicht bekam; ihr Gesicht war immer unter der Bettdecke verborgen und deswegen nenne ich diesen Menschen Frau Hand.

Frau Hand hatte ähnliche Probleme wie Frau Tom: 28 Jahre alt, Schizophrenie und hoch schwanger. Sie hörte auch Stimmen und schrie sogar, dass sie Leute und ihr Kind umbringen wollte. Es gab aber auch Unterschiede. Frau Hand war bereit, Medikamente zu nehmen. Sie hatte eine Person, die sie gut kannte und die sie unterstützte. Einen Monat nach der Krankenhauseinweisung kam ihr Kind zur Welt. Zwei Monate später besuchte sie die von mir geleitete Betreuungsgruppe. Dort präsentierte sich eine völlig andere Frau. Sie war liebevoll mit ihrem Kind. Ich sah sie endlich, nicht nur die Hand. Es schien ihr bedeutend besser zu gehen.

Soviel zu den zwei Beispielen. Ich habe sie vorgetragen, um zu schildern, mit welchen gravierenden Problemen wir es in unserer Profession mitunter zu tun haben.

Parenting von Müttern mit psychischen Erkrankungen

Worüber ich reden werde, ist die elterliche Fürsorge (Parenting) für Babys und Kleinkinder von Müttern mit schweren psychischen Krankheiten. Was wissen wir darüber?

Wenn Episoden psychischer Krankheiten von Eltern unbehandelt bleiben, können die Kinder erhöhten Gefahren von Missbrauch oder Vernachlässigung ausgesetzt sein. Eine

Mutter und ein Vater, die nicht in der Lage sind, sich selbst zu versorgen – wie Frau Tom – sind nicht in der Lage, sich hinreichend um ihre Kinder kümmern. Aber – und das ist ein sehr wichtiger Aspekt – die Diagnose einer psychischen Krankheit bedeutet nicht, dass diese Person ipso facto nicht in der Lage ist, Kinder selbst zu erziehen. Die Diagnose – wie an den beiden Beispielen veranschaulicht – sagt eigentlich wenig aus. Aus einer Diagnose allein sollte man nicht schlussfolgern, ob Menschen fähig sind, Eltern zu sein.

Klinische Untersuchungen zeigen übereinstimmend, dass etwa 60 bis 80 Prozent von schwerwiegend psychisch kranken Eltern zumindest zeitweise das Erziehungsrecht für ihre Kinder verlieren oder es freiwillig aufgeben. Das ist eine große Zahl. Es gibt einige Befunde, nach denen der Verlust des Sorgerechts in der Frühphase der Kindererziehung am häufigsten vorkommt. Das besagen vor allem schwedische Studien mit Kontrollgruppen psychisch kranker Frauen, die wenigstens einmal stationär in einem Krankenhaus behandelt wurden. Bei 36 Prozent psychisch kranker Mütter sind die Kinder bis zu einem Alter von vier Jahren fremd untergebracht worden. Dieser Wert liegt zehnmal höher als in der Kontrollgruppe. Dies finde ich sehr traurig.

Frauen sind wahrscheinlich während der Schwangerschaft und unmittelbar nach der Geburt dem höchsten Risiko ausgesetzt, psychisch krank zu werden oder eine schon bestehende psychische Krankheit zu vertiefen. Also gerade dann, wenn Frauen Kinder haben, ist die Gefahr, psychisch zu erkranken, am höchsten. Dennoch erziehen – und daran muss man auch denken – 80 Prozent der Eltern mit schweren psychischen Krankheiten ihre Kinder selbst oder tragen zumindest unter Mithilfe anderer Vertrauenspersonen zur Erziehung ihrer Kinder bei.

Parenting – die umfassende emotionale und physische Fürsorge für Kinder – ist ein Konzept und eine Aufgabe von überragender Bedeutung. Das ist mir sehr schnell klar geworden, als ich mit meiner Arbeit anfang. In den ersten Wochen kam eine Frau in die Sprechstunde; ich sollte untersuchen, ob ihre Kinder sicher wären, wenn sie bei ihr blieben. Die Frau kam mit zwei ganz kleinen Kindern in die Sprechstunde. Diese Frau hatte mir gleich zu Beginn des Gesprächs ganz klar gesagt: *„Wenn ich die Kinder nicht wiederbekomme und wenn Sie gegen mich entscheiden, werde ich Sie umbringen.“* In der Tat, sie hatte eine Pistole in der Tasche ...

Ein anderes Beispiel: Ich spreche über eine Frau, die Schizophrenie hatte. Sie sah ihren Sohn nur für einen Tag und durfte ihn nur an diesem Tag in ihren Armen halten, ähnlich wie Frau Tom. In späteren Jahren erlebte diese Frau schwere Depressionen an den Jahrestagen der Abgabe ihres Sohnes. Sie musste mehrere Male erneut in ein Krankenhaus eingewiesen werden. Es fiel ihr schwer, über den Verlust ihres Kindes zu sprechen und sich ihren Sohn vorzustellen. Sie phantasierte über eine erneute Zusammenkunft. Sie meinte, sie und ihr Sohn würden glücklich sein und er würde es lernen, sie lieb zu haben und würde sie im Alter versorgen.

Ich nenne die Kinder psychisch kranker Eltern **Heidschi-Bumbeidschi-Kinder**, frei nach dem Text des alten griechischen Wiegenliedes „Heude mon paidi“. Zur Erinnerung präsentiere ich Ihnen den deutschen Liedtext:

*„Aber Heidschi Bumbeidschi es schlafen
Am Himmel die Schäflein, die braven,
Sie ziehen dahin an dem himmlischen Zelt
Vergessen den Schmerz und den Kummer der Welt,
Aber Heidschi Bumbeidschi bum bum,
Aber Heidschi Bumbeidschi bum bum.*

*Aber Heidschi Bumbeidschi wirst sehen,
Wie schnell alle Sorgen vergehen.
Und bist du auch einsam und bist du allein,
bald schaun ja die Engel zum Fernster herein,
Singen Heidschi Bumbeidschi bum bum,
Singen Heidschi Bumbeidschi bum bum.“*

Und diese soeben beschriebene Sicherheit ändert sich in der dritten Strophe. Und das ist leider die Erfahrung von vielen dieser Kinder:

*„Aber Heidschi Bumbeidschi schlaf lange
Und ist deine Mutter auch gegangen.
Und ist sie gegangen und kehrt nicht mehr heim
Und lässt ihr kleins Bübchen so ganz allein.
Aber Heidschi Bumbeidschi bum bum,
Aber Heidschi Bumbeidschi bum bum.*

Was wissen wir über die Kinder von psychisch kranken Eltern? Bei einem Drittel entwickeln sich psychische Störungen, bei einem Drittel treten Krankheitssymptome auf und ein Drittel der Kinder ist symptomfrei. Bei mehr als 50 Prozent entwickeln sich schwerwiegende Probleme bezüglich ihrer Bindungen, Entwicklungen und Verhaltensmuster. Diese Kinder haben besondere Bedürfnisse. Sie wachsen oft bei verschiedenen Personen auf. In den meisten Fällen bleibt die Mutter oder der Vater mit der Krankheit äußerst wichtig, obwohl sich Eltern und Kinder nur ein paar Jahre lang gesehen haben.

Psychotische Symptome und elterliche Fürsorge

Zunächst werde ich über psychotische Symptome wie Stimmen und Halluzinationen sprechen, wie sie bei Frau Tom und bei Frau Hand aufgetreten waren. Hierzu gehören auch Wahnvorstellungen, Paranoia und Verfolgungswahn. Das Auftreten dieser Symptome kann dazu führen, dass eine Frau die Schwangerschaft leugnet. Darüber werde ich später noch reden. Es kann sein, dass eine Mutter die Wirklichkeit nicht klar sieht. Eine Frau meinte mir gegenüber einmal ganz spontan, es sei Sommer, aber dabei war es bitterkalter Winter; es schneite in Chicago. Die Frau wollte mit ihrem Baby hinausgehen; der Säugling war nur leicht bekleidet, wie im Sommer. Die Polizei fand glücklicherweise sehr schnell Mutter und Kind und verständigte die Klinik. Das Baby hatte aber schon Symptome von Erfrierungen.

Die Gefahr wächst, wenn das Kind zu einem Bestandteil der Wahnvorstellungen wird. Eine Frau, die ich gut kannte, gab nach der Geburt ihrem Sohn den Namen Hiob. Als ich fragte, warum sie ihm diesen Namen gegeben hatte, meinte sie: „*Na klar, er ist mein Opferlamm.*“ Diese Frau hatte tatsächlich Pläne, ihr Kind umzubringen. Das könnte zu einer Folie a Deux führen, das ist eine Verrücktheit zu zweit, wo ein Kind mit einer psychisch kranken Mutter zusammenlebt und beide sozial völlig isoliert sind und das Kind nichts anderes hört, als das, was die Mutter sagt. Und das Kind fängt an, das, was die Mutter glaubt, selber zu glauben. Wenn ein solches Kind getrennt wird und anderswo lebt, kann es die Wirklichkeit besser erkennen.

Ein kleines Mädchen – sechs Jahre alt – lebte bei seiner Mutter. In der Wohnung waren immer alle Türen und Fenster verriegelt, weil der Nachbar angeblich gefährliche Strahlungen aussenden würde. Das Kind glaubte die Wahnvorstellungen der Mutter und wollte nie aus dem Haus gehen. Das ist eine Folie a deux.

Beim US-Rundfunk arbeitet eine Frau, manche kennen sie vielleicht: Jackie Lyden von National Public Radio. Sie hat vor kurzem ein Buch geschrieben, das den folgenden Titel hat: „Die Tochter der Königin von Saba.“ Ihre Mutter war manisch depressiv und glaubte, dass sie die Königin von Saba sei und Jackie deren Tochter.

Die Autorin beschreibt sehr eindrucksvoll, wie unberechenbar die Welt als Kind für sie war. Ein Beispiel: Es war Weihnachtszeit. Jackie kam nach Hause und ihre Mutter sagte: „*Ich werde den Weihnachtsbaum aufbauen.*“ Was hatte die Mutter gemacht? Sie hatte Büstenhalter golden eingefärbt und diese an den Weihnachtsbaum gehängt. Das war nicht das Schlimmste. Die Mutter hatte 100 Tassen gekauft und auf alle gemalt: „*Denk nur an mich.*“ Jackie meinte, dies das ganze Leben lang gemacht zu haben. Manchmal rief die Mutter an, aber sie hatte eine andere Stimme als gewöhnlich. Einmal ging Jackie ans Telefon. Eine männlich wirkende Stimme sagte: „*Ja, ich muss dir leider sagen, dass deine Mutter tot ist, sie hatte einen schlimmen Autounfall.*“ Jackie war traurig und weinte. Aber zwei Minuten später klingelte es an der Wohnungstür. Die Mutter stand vor ihr und fragte: „*Hast du das geglaubt?*“

Für ein Kind ist das eine komische Welt. Das Kind kann natürlich Schwierigkeiten dabei haben, die Wirklichkeit einzuschätzen. Manische Symptome sind: fortdauernde Euphorie, Größenwahnvorstellungen, abnehmender Schlafbedarf, Schwatzhaftigkeit, hektische oder rasende Gedankenströme, ein übertriebenes hektisches Handlungsbedürfnis, das negative Auswirkungen mit sich bringen kann.

Es kann im Verlauf der Erkrankung zu einer eingeschränkten Urteilsfähigkeit kommen mit der Tendenz zu Impulshandlungen. Wieder ein Beispiel: Eine Frau wollte abends oft in Bars gehen. Sie hatte ihre beiden Kinder – ein Baby von einem Jahr und einen neunjährigen Jungen – immer mitgeschleppt. Die „Tour“ begann abends um 23.00 Uhr. Ich hatte sie gesehen. Außerdem meinte sie, es wäre ganz nett, wenn der große Junge 2.00 Uhr morgens mit dem Auto fahren würde, das Auto steuerte. Er kam wohl bis zu einer Wand, wusste aber nicht, wie man rückwärts fährt, weshalb er gegen die Wand fuhr, einen Unfall verursachte.

Drogenabhängigkeiten können auch zu einer negativen Beurteilung des Kindes führen und zur Verminderung der Selbstwertgefühle. Es gibt Studien, die zeigen, dass Kinder von Müttern mit manisch depressiven Krankheiten sehr viel mehr desorganisierte Bindungsmuster haben als andere. Gefahren können auch auftreten, wenn eine Mutter verschiedene Persönlichkeiten hat oder unter posttraumatischen Belastungsstörungen leidet. Es gibt Studien, aus denen hervorgeht, dass es wirklich ein erhöhtes Risiko des Missbrauchs der eigenen Kinder gibt, sowohl das Schlagen als auch Vernachlässigung. Eine Mutter kann Amnesiephasen durchlaufen, während derer sie ihr Kind misshandelt, ohne sich später daran erinnern zu können. Ein Vater, den ich kannte, hatte multiple Persönlichkeitsstörungen; er war drei Tage weg, ohne es zu wissen. Er hatte während dieser Zeit zwei kleine Kinder zu Hause gelassen. Glücklicherweise merkten das die Nachbarn noch rechtzeitig und handelten.

Die Gefahr der Kindesmisshandlung ist erhöht, wenn die Mutter sich selbst als Kind und das Kind als Täter des Missbrauchs erlebt. Wieder ein Beispiel: Eine Mutter war während ihrer Kindheit schwer misshandelt worden, auch sexuell. Auf einmal meinte sie, ihr Kind hätte das gemacht. Sie sah ihr Kind als Täter und bekam Angst, fing an zu schreien, nahm ein Messer und verletzte das Kind.

Persönlichkeitsstörungen sind ziemlich manifest. Unter diesen Umständen gibt es Schwierigkeiten, eine sichere und vorausschaubare Umwelt für die Kinder aufrechtzuerhalten. Bei Persönlichkeitsstörungen kann ein Elternteil Schwierigkeiten haben, die Bedürfnisse der Kinder von den eigenen Bedürfnissen zu trennen und auf die Bedürfnisse der Kinder einzugehen. Ein Beispiel: Eine Mutter hatte Geburtstag. Sie meinte, es wäre für sie außerordentlich wichtig, eine Torte zu haben, was in Ordnung war. Aber sie meinte, das wäre auch genau das Richtige für ihr einjähriges Kind. Das Kind lag im Bett. Die Mutter brachte die Torte ans Bett mitsamt einem großen Messer. Das Kind sollte die Torte schneiden ...

Schwierigkeiten und Schwächen bei der eigenen elterlichen Fürsorge (Parenting) zu erkennen, andere um Hilfe zu bitten und ein funktionierendes soziales Netz zur Hilfe bei der Fürsorge für Kinder aufrechtzuerhalten, das macht es schwer in der Therapie, weil psychisch Kranke ihre Schwächen nicht einsehen können. Es treten Schwierigkeiten auf, das Vorgehen beim Parenting nach den Umständen, dem Temperament des Kindes und seiner Entwicklung flexibel zu verändern und zu gestalten. Beispielsweise meinte eine Mutter, ihr Baby wolle Kartoffelbrei essen. Die Mutter füllte den Brei in die Flasche, aber dieser kam nicht durch, weil die Masse zu dickflüssig war. Das Kind hatte nicht zugenommen; es wurde immer dünner. Die Mutter konnte nicht begreifen und einsehen, dass das Kind den Brei nicht trinken konnte. Jedes Mal meinte die Mutter im Gespräch, dass das Kind nicht essen wolle ...

Schwierige Lebensphasen

Es gibt einige Lebensphasen, in denen die Gefahren besonders groß sind und darüber werde ich jetzt referieren.

Eine solche Phase ist die Schwangerschaft. Wenn eine Mutter psychotisch ist und Gewalt gegen ihr Kind androht oder wenn das ungeborene Kind aufgrund von Wahnvorstellungen der Mutter ernstlich vernachlässigt wird oder die Gefahr einer plötzlichen, unvorbereiteten Geburt besteht, ist stationäre Behandlung der Mutter häufig zwingend notwendig. Die stationäre Behandlung von Müttern erlaubt es, ihr Verhalten vorsichtig zu überwachen, während das Team die medizinischen, sozialen und rechtlichen Maßnahmen vorbereiten kann, die die psychisch kranke Mutter unter Umständen braucht. Bei stationärer Behandlung können präventive Parenting-Maßnahmen eingeleitet werden und Müttern können unter Abwägung der Gefahren und Vorteile psychothropische Medikamente verschrieben werden. Viele glauben, man könne während der Schwangerschaft keine Medikamente nehmen, aber es kann eine Menge nützen, wenn mögliche Medikamente richtig eingesetzt werden.

Eine psychotische Leugnung der Schwangerschaft ist selten, aber falls eine solche vorkommt und wenn sie anhält, kann sie zu einem klinischen Notfall werden. Was passiert? Eine Frau kann ihre Gewichtszunahme als ein Dick-Werden interpretieren und wenn sie nicht dick werden will, dann isst sie nichts. In einem solchen Fall werden Bewegungen des Fötus als Blähungen interpretiert. Blutungen und Krämpfe, die der Geburt vorausgehen, werden als Menstruation gewertet. Ein Beispiel: Eine Frau beharrte darauf, dass in ihrem angeschwollenen Bauch lediglich Wasser sei, dass durch Diätpillen abgeführt werden könnte ...

Die psychotische Leugnung der Schwangerschaft ist häufig bei Müttern zu beobachten, die bereits das Sorgerecht über ein anderes Kind verloren haben. Für Therapeuten bedeutet dies, dass man vorrangig den Prozess des Verlustes von Kindern mit den Patientinnen besprechen muss. Bei solchen Müttern treten verstärkt Gefahren auf. Auch eine Vernachlässigung der pränatalen Vorsorgeuntersuchungen ist auffällig. Weitere Gefahren sind:

- mangelnde situationsbezogene Ernährung,
- Verweigerung der aktiven Mitwirkung während der Geburt und
- eine plötzliche, unvorbereitete, verfrühte Geburt des Kindes.

Oft kommen Kinder solcher Mütter auf der Toilette zur Welt. Wenn man sehr aufpasst, sieht man doch, dass die Geburt naht. Eine Frau hatte es beispielsweise bis zur Geburt geleugnet, dass sie ein Kind erwartete. Aber 24 Stunden vor der Geburt kam ich ins Zimmer und war erstaunt: Sie hatte ihr ganzes Bettzeug genommen und ein kleines Nest daraus gemacht; sie lag in dem Nest. Irgendwie war die Biologie doch durchgekommen, weil sie wahrnahm, dass etwas Großes bevorstand.

Eine weitere Phase, in denen es erhöhte Gefahren gibt, ist die Zeit kurz nach der Geburt. Man liest mitunter in der Presse über Post-Partum-Psychosen. Diese Erkrankung tritt eigentlich selten auf, im Verhältnis 1:500 bis 1.000. Die Häufigkeit ist bei Frauen mit vorhandenen bipolaren Depressionen besonders hoch. Die Reaktion tritt plötzlich

und rasant zwei bis drei Wochen nach der Geburt auf. Bei 85 Prozent der Fälle gibt es die Reaktion vor Vollendung der vierten Woche nach der Geburt. Die Gefahr bleibt während der folgenden Monate akut.

Welche Merkmale haben Post-Partum-Psychosen? Welches sind die Reaktionen der Mütter? Dazu gehören

- kognitive Disorganisation,
- bizarres Verhalten,
- mörderische oder selbstmörderische Vorstellungen sowie
- ungewöhnliche Halluzinationen.

Eine Gefahr dabei ist die Ermordung des Kindes gleich nach der Geburt.

Die Post-Partum-Depression kommt häufiger vor. Zehn bis 14 Prozent aller Frauen weisen in den ersten Wochen nach der Geburt erhebliche Symptome von Depressionen auf. Die Mehrheit dieser Symptome lösen sich selbst im Zeitraum von drei bis sechs Monaten auf. Wichtig ist folgende Beobachtung: Viele Frauen geben nicht zu, dass sie nach der Geburt deprimiert sind. Depressionen treten verstärkt in dieser Lebenssituation auf, weil Frauen erwarten, dass sie sogleich nach der Geburt glücklich werden, weil sie sich auf ihr Kind gefreut haben. Aber meist geht es nicht glatt, schon rein biologisch bedingt. Bei Therapien ist es außerordentlich wichtig, bei Familienmitgliedern und der betreffenden Frau selbst nachzufragen. Oft geben Frauen in dieser Situation Probleme und Ängste nicht zu, wodurch die Gefahren größer werden. Und sie haben auch ein schlechtes Gewissen, dass sie deprimiert sind.

Zu den Risikofaktoren der Post-Partum-Depression gehören

- Schicksalsschläge,
- nachteilige Ereignisse im Leben,
- Eheprobleme,
- die Geburt von Zwillingen sowie
- ein familiäres Erbe von emotionalen, seelischen Störungen.

Die Psychose hat wesentlich weniger Beziehungen zu sozialen Faktoren als die Post-Partum-Depression.

Sowohl Post-Partum-Depressionen als auch Post-Partum-Psychosen können von weiteren Gefahren begleitet sein. Eine Mutter kann beispielsweise während dieser Zeit die Liebe für das Kind verlieren oder wirre Vorstellungen über das Baby während des Ge-

burtsprozesses entwickeln. Eine Frau meinte, ihr Kind sei tot, obwohl das Kind lebte. Es kann zu negativen Einstellungen hinsichtlich der elterlichen Fürsorge (Parenting) führen oder zu der Vorstellung, dass das Baby die Mutter hasse. Die meisten Frauen haben Schuldgefühle hinsichtlich ihrer eigenen Gefühle; in extremen Fällen besteht die Gefahr des Infantizids oder des Selbstmords. Die meisten dieser negativen Gefühle verschwinden. Wenn sie anhalten, sind die Gefahren größer.

Die Entwicklung von Parenting-Standards

Vor zehn Jahren machte eine Frau in der Chicago Tribune Schlagzeilen; sie hieß Amanda Wallace. Sie hatte Schizophrenie. Ihr Sohn wurde ihr gleich nach der Geburt weggenommen. Zum Zeitpunkt der Schlagzeilen war Joseph drei Jahre alt. Es sollte entschieden werden, ob Joseph zu seiner Mutter zurückgehen oder von ihr für immer getrennt werden und damit bei den Pflegeeltern bleiben sollte. Der Richter hatte nicht alle Unterlagen bekommen. Es wurde entschieden, dass Joseph bei seiner Mutter leben sollte. Nach zwei Wochen Aufenthalt bei seiner Mutter war Joseph tot, erhängt an einer Strickleiter. Die Mutter sagte noch tschüss zu ihm, bevor er starb.

Der Gouverneur von Illinois sowie viele Politiker und Fachkräfte waren besorgt und fragten: „*Was machen wir mit psychisch kranken Müttern oder Vätern? Wie können wir entscheiden, ob sie elterliche Kompetenzen haben oder nicht?*“ Der Gouverneur selbst fragte an der Universität nach, ob wir ein Team bilden könnten, um Standards für bessere Entscheidungsfindungen zu erarbeiten. Es gab viele Probleme, die eigentlich typisch sind für die USA. Eines ist die Tatsache, dass von den Fachleuten mit Entscheidungskompetenz nicht alle Akten gelesen werden. Und es fehlen oft wichtige Daten, um die Situation kompetent beurteilen zu können.

Ein anderes typisches Problem: Es wurden psychologische Tests durchgeführt, um „Näheres“ zu erfahren. Das ist unzulässig, weil die gewonnenen Daten nichts, aber auch gar nichts über die elterlichen Kompetenzen aussagen können. Ein weiteres Problem: Medizinische Fachkräfte sahen beispielsweise eine Mutter einmal, als sie akut krank war, und schlussfolgerten daraus schriftlich, dass sie nie ein Kind haben dürfe ... Nun stellen Sie sich die Wirkung vor: Ein Richter nimmt das für bare Münze. Er entscheidet auf dieser Grundlage, Kinder werden von Eltern getrennt und Kinder von Kindern ...

Jedenfalls bildeten wir in dieser beschriebenen Situation ein Team, bestehend aus fünf Fachleuten: ich als Psychologin, eine Psychiaterin, zwei Sozialarbeiterinnen und ein Sekretär. Es gab mehrere dutzend Fälle in Illinois; die Liste war ellenlang. Wir fingen an und hatten die Aufgabe, innerhalb einer Woche etwas zustande bringen. Was konnten wir tun? Wir wälzten Literatur. König Salomo kam uns in den Sinn, denn er soll ungewöhnlich weise gewesen sein. Der Überlieferung nach hatte er immer ein Schwert genommen ... Eine Begebenheit: Einmal waren zwei Prostituierte in einem Zimmer zusammen; beide Frauen hatten ein Baby. Das Kind der einen war tot. Diese meinte, sie wollte kein totes Kind haben und tauschte die Babys aus. Die andere Frau

entdeckte nach dem Schlaf, dass sie ein totes Kind im Bett hatte, das ihr nicht gehörte. Diese Frau wollte unbedingt ihr Kind zurück haben. Sie ging zum König. Dieser sagte: *„Ich werde ein Schwert nehmen und das Kind in der Mitte durchtrennen. Kein Problem. Für jede Frau gibt es jeweils die Hälfte.“* Die falsche Mutter sagte: *„Ja, nehme ich.“* Zu der anderen sagte der König: *„Du bist die richtige Mutter.“* Aber in Illinois darf man kein Schwert nehmen ...

Nun will ich darüber berichten, was wir als Team zur Bewertung der Parenting-Fähigkeit erarbeitet haben.

Ich möchte einiges über den Zugang zu Müttern sagen, weil das meiner Meinung nach von fundamentaler Bedeutung ist. Es ist außerordentlich wichtig, empathisch zu sein, ein gutes Einfühlungsvermögen zu haben. Wenn man nach elterlichen Kompetenzen guckt, bekommt man eine Unmenge an Daten, die für die Klienten peinlich sind, denn meist sind Dinge passiert, die sie lieber vergessen würden. Es handelt sich fast ausschließlich um Menschen, die schwierige Situationen und Ereignisse erlebt haben. Aber empathisch bedeutet nicht, gegenüber den Klientinnen blind zu sein. Man sollte keine Vorurteile über das Verhältnis zwischen psychischer Krankheit und der Fähigkeit zu elterlicher Fürsorge (Parenting) haben. Viele Richterinnen und Richter glauben, dass man kein Kind haben darf, wenn man psychisch krank ist. Das stimmt einfach nicht.

Man sollte sich vor negativen Stereotypen oder Schuldzuweisungen im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung hüten. Wichtig ist, eine Sensibilität gegenüber Fragen von Genus sowie kulturellen und ethnischen Fragen sowie religiösen Gewohnheiten der Klienten und ihren Familien aufzubringen. Notwendig ist auch eine Sensibilität gegenüber den emotionalen sowie entwicklungs- und bindungsspezifischen Bedürfnissen von Kindern.

Es ist außerordentlich wichtig, Bewertungen mit Interventionen zu verkoppeln, die positive Wirkungen aufzeigen können („follow through“). Das heißt: Die beste Bewertung der Welt bedeutet meines Erachtens nichts, wenn diese nicht mit einer Entwicklungsperspektive gekoppelt ist. Und natürlich kann und darf das kein Einzelner entscheiden. Die Entscheidungen müssen multidisziplinär getroffen werden, denn es handelt sich meist um Probleme, die außerordentlich kompliziert und groß sind und deshalb nur mit verschiedenen Fachkräften geklärt und gelöst werden können. Darüber hinaus haben Vertreter verschiedener Professionen oft aus ihrer fachlichen Perspektive heraus eine jeweils andere Sicht, was für die Qualität der Gesamtsicht und Beurteilung von herausragender Bedeutung ist.

Es ist auch wichtig, intensiv danach zu schauen, wie Mütter mit ihrem Kind umgehen; ich meine die Handlungsmuster. Das wird in den USA oft nicht getan. Es wird zu häufig eine Auswertung oder ein Gutachten geschrieben, ohne dass die Gutachter jemals das Kind mit den Eltern gesehen hätten.

Dann muss man sehr früh sagen, was man eigentlich unterscheiden will. Viele Leute lernen dieses von jenem zu unterscheiden. Das Unterscheidungsprinzip für das Gericht

müsste sich an der Frage orientieren: Haben die Eltern die minimalen Kompetenzen? Daran sollte man immer denken. Die Definition des Parenting-Standards muss man dabei setzen: minimal-adäquate Parenting-Kompetenz oder optimales Parenting? Darüber muss man sich im Klaren sein.

Evaluation von Parenting-Kompetenz

Es gibt viele Felder, die etwas über Parenting-Kompetenzen aussagen. Die Antworten auf folgende Fragen sind dabei bedeutsam: Können sich die Eltern selber versorgen? Haben sie ein Haus? Haben sie genug zu essen? Schaffen sie es, regelmäßig einzukaufen? Dann folgen die Handlungsmuster: Wie gehen die Eltern mit dem Kind um, nicht nur jetzt, sondern auch gestern und vorgestern? Das heißt, man muss zu den Eltern über einen längeren Zeitraum Kontakt haben.

Auch die Eltern-Kind-Beziehung, die Bindungsbeziehungen sind äußerst wichtig. Aber wenn Kinder nicht bei ihren Eltern leben, ist es außerordentlich schwierig, diese Bindungsmuster zu erkennen. Kinder, die bei acht verschiedenen Pflegeeltern gewohnt haben, zeigen nicht die drei Muster, die Prof. Patricia Crittenden erwähnt hat. Ein Junge, den ich gesehen habe, war vier Jahre alt; er heißt Salomon. Er kannte tatsächlich schon acht Pflegeeltern. Ich fragte ihn, bei wem er eigentlich leben möchte. Er hatte mich am Bein festgehalten und meinte: „*Bei dir.*“ Aber der Junge kannte mich seit fünf Minuten ... Das drückt aus, dass es bindungsgestörte Kinder gibt. Haben die Mutter oder der Vater Empathie für das Kind? Was ist das interne Bild des Kindes bei der Mutter oder beim Vater? Kennt die Mutter ihr Kind, die Eigenschaften und die Bedürfnisse des Kindes?

Kenntnisse über die Entwicklung des Kindes sind auch von Bedeutung. Diese ändern sich mit der Lebenszeit, wie wir wissen. Die Bedürfnisse eines Kleinkindes sind andere als bei einem Fünfjährigen. Weiß die Mutter, dass ein zweijähriges Kind nicht über eine verkehrsreiche Straße laufen kann, um einzukaufen? Weiß die Mutter, dass ein Kind nicht drei Tage allein zu Hause bleiben kann? Weiß die Mutter, dass man von einem dreijährigen Sohn nicht erwarten kann, dass er einen heißen Tee kochen und an ihr Bett bringen kann? Wie reagiert die Mutter auf Feedback? Ist sie lernfähig? Wenn nicht, wird es in einigen Fällen schwieriger sein, dass es gut geht. Wie verarbeitet die Mutter Stress?

Dieser Aspekt wird oft vergessen, aber es geht eigentlich darum: Eltern-Sein bedeutet Arbeit von sieben Tagen in der Woche und das 24 Stunden lang. Kann man das Engagement für die Kinder über diese Zeit aufrechterhalten? Ich kenne viele Eltern, die das zwei Stunden lang sehr gut machen können, aber nach acht Stunden gilt das nicht mehr. Dabei muss man natürlich auch berücksichtigen, welche Eigenschaften ein Kind hat und welche besonderen Entwicklungsbedürfnisse es gibt. Wenn ein Kind selber gestört ist, braucht man mehr als minimale Kompetenzen.

Alle erwähnten Felder muss man sich anschauen. Aber Parenting wird von vielen Kontexten beeinflusst. Und hier sind einige wichtige: erst einmal die eigene Kindheit

und deren Verarbeitung. Wie wir als Eltern sind, hängt sehr viel davon ab, wie unsere Eltern mit uns umgegangen sind. Man muss sich auch die Bindungsorganisation der Eltern anschauen. Das ist äußerst wichtig. Wie ist das soziale Stützungsnetz?

Dabei geht es nicht nur um quantitative Aspekte, um die Zahl der Freunde und Bekannten, sondern qualitativ um die Frage, wer sie sind. Das ist mir in meinem Beruf sehr früh bewusst geworden. Ich kannte einen Vater, der enorm viele Freunde hatte. Als ich ihn fragte, wer zu seinem Stützungsnetz gehöre, zählte er viele Namen auf; es waren zum Schluss zwei Seiten mit Namen. Ich dachte, der kennt die ganze Stadt. Ich fragte, wer diese seien. Es handelte sich ausnahmslos um Mittrinker.

Ich weiß nicht, wie es in Deutschland ist. Wo ich arbeite, fällt oft die Antwort auf die an Eltern gerichtete Frage nach dem Stützungsnetz „*Wer kann Ihnen helfen?*“ sehr dürftig aus, die da lautet: „*Gott oder die Bibel.*“ Die meisten Frauen, mit denen ich Kontakt hatte, haben vielleicht nur eine Person, auf die sie sich verlassen können. Wenn diese Person ausfällt, ist niemand da ...

Natürlich ist es auch wichtig, ob Eltern die Fähigkeit haben, stützende Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Es ist sehr wichtig, nach häuslicher Gewalt zu fragen und nicht nur zu fragen: Gibt es Gewalt? Oft wird das verschwiegen oder man spricht nicht darüber, weil das peinlich ist. Man muss nachfragen. Ich hatte einmal eine sehr große Frau kennen gelernt, die meinte, dass es bei ihr zu Hause keine familiäre Gewalt gebe. Ich fragte: „*Aber wenn Sie leicht irritiert werden, was machen Sie denn dann?*“ Sie meinte: „*Dann nehme ich eine Rasierklinge und ritze meinen Mann.*“

Einmal hatte er an seinem Körper mehr als 800 Einstiche. Einmal, als sie kam, war ein Kinderpsychiater bei dem Gespräch mit dabei, weil er ein Interview mit ihr führen sollte. Er hörte von dieser Geschichte. Er hörte auch, dass in dem Laden, wo sie arbeitete, zwei Einbrecher mit vorgehaltenen Pistolen hereinkamen, aber aufgrund der Reaktion der Frau sehr schnell wieder wegliefen. Als der Kinderpsychiater diese Geschichten hörte, kam er ins Zimmer und wollte schnell weg von ihr.

Was ist noch bedeutsam? Ich nenne hier vor allem die religiöse Gemeinde, die Nachbarschaft und Bekannte. Von großer Bedeutung ist es, sehr viel über die psychische Krankheit zu wissen; das ist wichtiger als die Diagnose. Das ist die Frage nach der Selbsterkenntnis. Weiß die Person, dass sie psychisch krank ist? Weiß die Person, welche Symptome sie hat und was sie dagegen tun kann? Holen Sie Hilfe, wenn es nötig ist.

Man muss außerdem viel über den langfristigen Krankheitsverlauf wissen, zum Beispiel bei Depressionen. Wenn man einmal eine klinische Depression hatte, beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass man erneut einmal depressiv wird, 50 Prozent. Hatte man zweimal depressive Zustände, liegt die Wahrscheinlichkeit einer wiederholten Erkrankung bei 70 Prozent. Danach liegt die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung bei 90 Prozent. Das belegt, dass man viel mehr voraussagen kann, wenn man etwas über den Verlauf der Erkrankungen weiß.

Abschließende Bemerkungen

Zum Abschluss meines Referates werde ich etwas über die Quellen der notwendigen Daten sagen. Es ist sehr wichtig, dass man viele Daten als Grundlage für Einschätzungen und Gutachten bekommt. Zunächst muss man mit Eltern ein langes Interview führen. Ob mit einem Kind ein Interview geführt werden kann, hängt vom Alter des Kindes ab. Auf jeden Fall sind Beobachtungen des Kindes in verschiedenen Umgebungen nötig, denn ein Kind in der Klinik reagiert ganz anders als zu Hause oder bei Pflegeeltern.

Man muss eine Untersuchung der Entwicklung des Kindes machen, das heißt unter Umständen eine Revision der Krankheitsakten. Deshalb tragen wir mitunter kistenweise alle nur möglichen Akten zusammen, um diese auszuwerten: psychiatrische, pädiatrische, schulische und sozialbehördliche Akten. Wir studieren auch Akten über kriminelle Handlungen und lesen diese, bevor wir mit der Gesamtauswertung anfangen und das aus einem guten Grund: Früher wurden die Akten vorher nicht gelesen, was mitunter hätte verhängnisvoll sein können. Zu unserem Verfahren gehört auf jedem Fall ein Besuch im häuslichen Umfeld. Beispielsweise kam eines Tages eine Sozialarbeiterin von einem solchen Besuch zurück und meinte, dort Tee getrunken und sehr viel gelernt zu haben. Aber wir hatten in der Zwischenzeit gelesen, dass in diesem Hause drei Leute ums Leben gekommen waren. Jedes Mal war der Tee vergiftet worden. Ich war sprachlos und fragte die Sozialarbeiterin: „*Wie fühlen Sie sich denn, haben Sie Bauchschmerzen?*“ Zum Glück gab es kein böses Nachspiel. Das Beispiel beweist allerdings schlaglichtartig, wie wichtig die Lektüre aller bedeutsamen Akten im Vorfeld der psychologischen und psychiatrischen Anamnese ist.

Wir führen auch Interviews mit Bekannten und Verwandten der Familie. Das sind in der Regel Nachbarn, Großeltern, Psychiater, Sozialbeamte und Pflegeeltern. Die Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion gehört auch zu unseren Standards. Bei einem Hausbesuch kann man sehr viel lernen. Bedeutsam sind Antworten auf die verschiedensten Fragen wie zum Beispiel: Ist das Haus sicher? Sind kaputte Fenster vorhanden? Ist genügend Essen im Kühlschrank? Wir besuchten einmal einen Vater zu Hause, der seine drei Töchter zurückbekommen wollte. Aber dort gab es nur ein Bett. Auf die Frage, wo denn die Töchter schlafen, machte er einen Schrank auf und zeigte uns eine Wiege ...

Es gäbe noch viel zu sagen, aber meine Redezeit ist um. Ich bedanke mich ganz herzlich, dass Sie aufmerksam zugehört haben.

Ess- und Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Diagnose und Behandlung^{I, II, III, IV}

IRENE CHATOOR M. D.

Prof. Dr. med., Stellvertretende Vorsitzende und Direktorin am Zentrum für seelische Gesundheit von Säuglingen und Kleinkindern, Abteilung Psychiatrie am Nationalen Kinderkrankenhaus und Professorin für Psychiatrie und Kinderheilkunde, George-Washington-Universität, Washington, D. C., USA

Synopsis

Dieser Beitrag beginnt mit einer Bewertung der Literatur zu Gedeihstörungen und Ess- und Fütterstörungen und verdeutlicht die in der Literatur bestehende Unklarheit in Bezug auf Verwendung diagnostischer Etiketten bei der Beschreibung verschiedener Ess- und Fütterstörungen. Der Beitrag beleuchtet die Grenzen der diagnostischen Kriterien für Ess- und Fütterstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter, wie sie im Diagnostischen und Statistischen Handbuch für Seelische Störungen (DSM-IV) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung aufgelistet sind.

Es folgt eine Beschreibung von sechs Arten der Ess- und Fütterstörung aus klinischer Sicht, die bei Säuglingen und Kleinkindern anzutreffen sind, sowie eine Diskussion der diesbezüglichen Forschung und der bekannten diagnostischen Kriterien. Der Beitrag schließt mit Vorschlägen zur Behandlung. Jede dieser sechs Störungen weist andere Symptome auf, hat anders geartete Krankheitsursachen und macht anders geartete Interventionen nötig. Daher kommt der Aufstellung der richtigen Diagnose zentrale Bedeutung zu.

Allgemeiner Hintergrund zu Ess- und Fütterstörungen

Der Begriff „Ess- und Fütterstörung“ wird in diesem Zusammenhang verwendet für die Bezeichnung der zweiseitigen Natur der Nahrungsaufnahme – von füttern und gefüttert werden – bei Säuglingen und Kleinkindern. Es ist davon auszugehen, dass bei 25 Prozent der Säuglinge und Kleinkinder Probleme mit der Nahrungsaufnahme be-

^I Diese Arbeit wurde mit Mitteln des Nationalen Instituts für Seelische Gesundheit (R01MH58219 01A1) und des Nationalen Zentrums für die Vergabe von Forschungsmitteln (RR13297) zugunsten des Kinderforschungszentrums unterstützt.

^{II} Die Erstveröffentlichung dieses Beitrages in Englisch erfolgte In: Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, Philadelphia, PA: Elsevier Science 11 (2002), S. 163-183, all rights reserved, deutsche Erstveröffentlichung mit freundlicher Genehmigung des Verlages. Der englische Titel des Beitrages lautet: Feeding Disorders in Infants and Toddlers. Diagnosis and Treatment.

^{III} Mein besonderer Dank gilt Jaclyn Surles für die Hilfe beim Verfassen dieses Beitrages.

^{IV} aus dem Englischen übersetzt von Anne Taubert, Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe, Verein für Kommunalwissenschaften e. V., deutsche Erstveröffentlichung

stehen.^{27, 58} Weit verbreitete Schwierigkeiten sind zum Beispiel, wenn Säuglinge „zu wenig essen“, nur bestimmte Dinge essen, nicht anfangen, allein zu essen, sich beim Essen schlecht betragen und Vorlieben für besondere Nahrungsmittel entwickeln.⁷⁰ Schwere Ess- und Fütterprobleme in Verbindung mit zu geringer Gewichtszunahme, wie zum Beispiel bei Nahrungsverweigerung oder Erbrechen, wurden bei ein bis zwei Prozent der Säuglinge unter einem Jahr festgestellt.³³ 70 Prozent dieser Kinder haben vier bis sechs Jahre später noch immer Probleme mit dem Essen.^{34, 32} Fütterstörungen werden außerdem mit späteren Defiziten bei der kognitiven Entwicklung,⁶⁷ mit Verhaltensstörungen⁴⁶ und Essstörungen in Verbindung gebracht.⁶⁰ Trotz der schwerwiegenden Folgen früh auftretender Ess- und Fütterprobleme ist die Forschung diesbezüglich begrenzt und durch das Nichtvorhandensein eines allgemeingültigen Klassifikationssystems beeinträchtigt.

Seit der Einführung forschungsdiagnostischer Kriterien^{43, 76} hat es auf dem Gebiet der Allgemeinpsychiatrie enorme Fortschritte bei der Herausbildung einer gemeinsamen Sprache gegeben, was die Klassifikation von seelischen Störungen angeht. Dies konnte auf nationaler Ebene in Amerika dank des DSM-IV der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung und auf internationaler Ebene durch die ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation erreicht werden.⁶⁹ Ein Fortschreiten hin zu einer gemeinsamen Sprache auf dem Gebiet der Säuglingspsychiatrie im Allgemeinen und auf dem Gebiet der Ess- und Fütterstörungen im Besonderen steht jedoch erst am Anfang. Wie Emde und Kollegen beschrieben haben, sind Klassifikationssysteme entscheidende Werkzeuge bei der Bestimmung der Ursache, des Verlaufs und der passenden Heilmethode einer bestimmten Störung.⁴¹

Überblick über die Literatur zu Ess- und Fütterstörungen

Sowohl die Bezeichnung „Ess- und Fütterstörung“ als auch „Gedeihstörung“ wird häufig auf Säuglinge und Kleinkinder – im Allgemeinen unter drei Jahren – angewandt, bei denen Wachstumsbeeinträchtigungen festzustellen sind.⁵⁵ Letzteres Phänomen wurde im Laufe der Zeit nach organischen und anorganischen Gesichtspunkten gegliedert.⁸³ Während im ersten Fall Wachstumsstörungen auf einen medizinisch diagnostizierbaren Grund zurückgeführt werden, dient der zweite dazu, mütterliche Vernachlässigung und Psychopathologie der Mutter auszudrücken.^{44, 42, 53} Später wurde eine dritte Kategorie hinzugefügt, die eine Kombination aus organischen und umweltbedingten Krankheitsursachen für die Wachstumsstörung enthält.⁵²

In den letzten Jahren wurden Bedenken über die Nützlichkeit des Etiketts „Gedeihstörung“ als diagnostische Kategorie laut. Wie Goldbloom⁴⁷ hervorgehoben hat, ist die Bezeichnung „Gedeihstörung“ rein deskriptiv und berücksichtigt nicht die vielfältigen Entstehungsursachen, die zu einer Wachstumsstörung führen können. Ebenso führt nicht jede Art der Ess- und Fütterstörung zu Wachstumsstörungen und nicht jedes Kind mit Wachstumsstörung hatte auch ein Ess- oder Fütterproblem. Daher haben einige Autoren vorgeschlagen, die Gedeihstörung eher als Symptom zu betrachten und nicht als Diagnose.^{6, 15, 20, 55}

In Bezug auf Ess- und Fütterstörungen trug weiterhin zur Verwirrung bei, dass verschiedene diagnostische Etiketten für sich überlappende Symptome verwendet wurden oder ein und dasselbe Etikett für verschiedene Probleme. Zum Beispiel haben Marchi und Cohen⁶⁰ pingelige Esser (picky eaters) als „nicht genug essend“ und „wählerisch“ beschrieben⁶⁸, während Rydell, Dahl und Sundelin diese Kinder als „wählerische Esser“ (choosy eaters) bezeichnen und Timimi, Douglas und Tsfitsopoulou⁷⁸ als „selektive Esser“ (selective eaters). Demgegenüber sprechen Singer und Kollegen⁷³ von einer „Ess-Phobie“ bei Kindern, die traumatische Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Essen gemacht hatten und in der Folge die Nahrungsaufnahme verweigerten, während Pliner and Lowen⁶⁶ den Begriff der Phobie auf Kinder anwenden, die Angst vor dem Ausprobieren für sie neuer Nahrungsmittel haben.

1994 führte das DSM-IV² „Ess- und Fütterstörung bei Säuglingen und in der frühen Kindheit“ als eine diagnostische Kategorie ein und lieferte damit auf nationaler Ebene eine Definition. Demnach beinhalten die Kriterien zur Diagnose für diese Art Störung:

- eine mindestens einen Monat lang anhaltende Störung, angemessene Mengen Nahrung aufzunehmen, mit deutlich fehlender Gewichtszunahme oder deutlichem Gewichtsverlust, wobei
- die Störung nicht im Zusammenhang mit einer Magen-Darm- oder anderen medizinischen Indikation steht,
- nicht auf andere seelische Störungen oder auf Nahrungsmittelknappheit zurückzuführen ist und
- die Störung vor dem sechsten Lebensjahr einsetzt.

Obwohl dies einen ersten Schritt hin zu einer Definition der Ess- und Fütterstörung darstellte, ist eine solche Definition noch immer zu breit gefasst, denn sie unterscheidet nicht die verschiedenen Arten der Störungen, die sich mit diesen Symptomen zeigen können. Zudem schließt diese Definition Ess- und Fütterstörungen aus, die sich nicht durch allgemeine Wachstumsstörungen auszeichnen, sondern die im Zusammenhang mit bestimmten Ernährungsdefiziten (Mangel an Vitaminen, Eisen, Zink oder Proteinen) oder mit Erkrankungen auftreten. Demzufolge herrscht in Praxis und Forschung weiterhin Unklarheit über das, was eine Ess- und Fütterstörung ausmacht.

In Folge der Unzulänglichkeit der bestehenden Klassifikationssysteme für Gedeihstörungen und der DSM-IV-Kriterien wird weiterhin auf unterschiedliche Klassifikationssysteme zurückgegriffen. Dabei werden deskriptive Bezeichnungen, wie zum Beispiel „Verweigerung der Nahrungsaufnahme“^{5, 32} oder „Nahrungsselektivität“⁵⁶ genauso benutzt wie Bezeichnungen, die auf die Ursache der jeweiligen Störung verweisen, so beispielsweise „Verschluckungsphobie“⁶¹. Einige haben Klassifikationssysteme in Anlehnung an Kategorien von Krankheitsursachen entwickelt¹⁷, beispielsweise strukturelle Abnormalitäten, neurologische Bedingungen, Verhaltensprobleme, Herz-Kreislauf-Probleme und Disfunktionalität des Stoffwechsels. Andere kombinieren deskriptive und kausale Kategorien.⁵³ Obwohl alle diese Ansätze bestimmte Ess-

und Fütterstörungen oder Untergruppen davon beschreiben, führt keines dieser Klassifikationssysteme eindeutige Kriterien auf, die eine genaue Diagnose erlauben würden. Die Folge davon ist – wie bereits ausgeführt –, dass weiterhin unterschiedliche Bezeichnungen für die gleiche Ess- und Fütterstörung oder die gleiche Bezeichnung für unterschiedliche Störungen verwendet werden. Dies macht es schwer, einen Vergleich zwischen den Ergebnissen unterschiedlicher Studien zu Ess- und Fütterproblemen zu ziehen und zu einer Entscheidung über die Behandlungsmethode für die verschiedenen Ess- und Fütterprobleme zu kommen. Wie Kerwin⁵⁴ darlegte, existieren empirisch gestützte Behandlungsmethoden für schwere Ess- und Fütterprobleme und *„es ist nun an der Zeit, sich der Frage zuzuwenden, für wen diese angemessen sind und wann und weshalb.“*

Um diese Frage anzugehen, haben Chatoor und Kollegen²⁸ ein Klassifikationssystem ausgearbeitet, das praktische diagnostische Kriterien für die Vielzahl der Ess- und Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern bietet. Diese Einteilung basiert auf vorheriger klinischer Arbeit und auf empirischen Studien von Chatoor und Kollegen.^{22, 20, 29, 28} Die diagnostischen Kriterien für sechs von den ursprünglich acht Fütterstörungen wurden mit Hilfe der Arbeitsgruppe für Diagnostische Klassifikation bei der Psychopathologie von Säuglingen und Kindern im Vorschulalter (2001) weiter spezifiziert. Die Arbeit dieser Gruppe wurde von der Amerikanischen Akademie für Kinder- und Jugendpsychiatrie gefördert. In meinem Beitrag werde ich die Hintergründe, das klinische Bild und die Diagnosekriterien für diese sechs Fütterstörungen beleuchten und Empfehlungen für ihre Behandlung geben. Auf zwei weitere Ess- und Fütterstörungen, die bei dieser jungen Altersgruppe auftreten, werde ich nicht eingehen (dies sind Ess- und Fütterstörungen aufgrund anatomischer und neurologischer Behinderung), weil diese Arten der Ess- und Fütterstörungen hauptsächlich in der Behandlung von Physiotherapeuten liegen. Ich werde auch nicht auf Pica (das Essen von essbaren Substanzen) und Rumination (Wiederkäuen und Aufstoßen) eingehen, denn die Diagnosekriterien dafür können dem DSM-IV entnommen werden.²

EINE KLASSIFIKATION ZUR DIAGNOSE VON ESS- UND FÜTTERSTÖRUNGEN

Vier der folgenden Ess- und Fütterstörungen sind während bestimmter Entwicklungsphasen auffällig und dementsprechend danach geordnet. Die beiden letztgenannten Störungen können jedoch bei Kindern aller Altersgruppen auftreten.

1. Ess- und Fütterstörung im Zusammenhang mit der Selbstregulation (Einsetzen beim Neugeborenen),
2. Wechselseitige Ess- und Fütterstörung (Einsetzen im Alter von zwei bis sechs Monaten),
3. Kindliche Anorexie (Einsetzen während der Übergangsphase zum Füttern mit dem Löffel und zum selbständigen Essen),

4. Sensorische Abneigung gegen Nahrungsmittel (Einsetzen während der Einführung von Babykost oder normaler Nahrungsmittel),
5. Ess- und Fütterstörung im Zusammenhang mit gleichzeitigen medizinischen Problemen,
6. Posttraumatische Ess- und Fütterstörung.

1. Ess- und Fütterstörungen im Zusammenhang mit der Selbstregulation

Die Grundlage für die Regulation von Essen, Schlafen und Gefühlen wird innerhalb der ersten Lebensmonate gelegt. Der Säugling muss den Übergang vollziehen von der ununterbrochenen Nahrungsversorgung durch die Nabelschnur im Mutterleib, hin zur Kontrolle über Beginn und Ende der Nahrungsaufnahme anhand von Signalen wie Hunger und Sättigung. Er muss Zyklen von Schlafen und Wachen, von Essen und Ausscheiden entwickeln. Damit die Nahrungsaufnahme erfolgreich sein kann, muss der Säugling einen Zustand ruhiger Aufmerksamkeit erreichen und die versorgende Person muss die Signale des Säuglings richtig deuten und entsprechend darauf reagieren. Sowohl der Säugling als auch die Bezugsperson tragen zu einer erfolgreichen Regulation des Füttervorgangs bei.

Die Bedeutung der Regulation des Füttervorgangs für die Gesamtentwicklung des Säuglings wurde durch die Studie von Dowling³⁸ verdeutlicht, der eine Gruppe von Säuglingen mit Speiseröhrenatresie (angeborenem Verschluss der Speiseröhre) begleitete, die während ihres ersten Lebensjahres künstlich ernährt werden mussten. Diejenigen, die in den ersten Lebensmonaten nur durch das operative Anlegen einer Magen-fistel unter Umgehung der Speiseröhre (Gastrostomie) ernährt werden konnten, hatten ernste Schwierigkeiten, das Saugen, Kauen und Schlucken zu erlernen und schienen keine Wahrnehmung für Hunger und Sättigung zu haben. Darüber hinaus zeigten sie deutliche Verzögerungen beim Sprechen und in der motorischen Entwicklung in Verbindung mit einem Abstumpfen der Affekte und der Eigeninitiative. Diese Entwicklungsprobleme konnten unter Umständen verhindert werden, weil man den Müttern beibrachte, ihre Kinder während der künstlichen Ernährung mit der Magensonde zu halten und an einer Flasche saugen zu lassen. Diese Studie verdeutlicht, dass die Nahrungsaufnahme eng verbunden ist mit der Gesamtentwicklung des Säuglings und dass sich Schwierigkeiten in einem Bereich auf andere Entwicklungsbereiche ebenfalls auswirken.

Säuglinge, die bei der Nahrungsaufnahme nur schwer einen Zustand ruhiger Aufmerksamkeit erreichen und beibehalten können, die entweder zu schläfrig, zu unruhig oder zu verstört sind, sind gefährdet, ernsthafte Ess- und Fütterstörungen zu entwickeln. Frühgeburten mit noch unausgebildetem zentralen Nervensystem oder mit biologischen Vorschädigungen wie Herz- oder Lungenkrankheiten sind extrem gefährdet, ein Ess- und Fütterproblem im Zusammenhang mit der Selbstregulation zu entwickeln. Einige Säuglinge kommen nicht genug zur Ruhe, andere ermüden zu schnell und beenden den Füttervorgang vorzeitig, ohne die richtige Milchmenge aufgenommen zu

haben, so dass ein Wachstum nicht möglich ist. Manchen Müttern gelingt es, die ungenügende Selbstregulation ihres Säuglings auszugleichen und durch Verminderung oder Erhöhung äußerer Reize, den Zustand ruhiger Aufmerksamkeit herzustellen und zu erhalten. Mütter jedoch, die depressiv, ängstlich oder überfordert sind, haben mitunter Schwierigkeiten, mit der Gereiztheit oder der Teilnahmslosigkeit ihres Kindes umzugehen. Dadurch können sie unbeabsichtigt die Schwierigkeiten des Kindes mit der Selbstregulation und mögliche Ess- und Fütterstörungen verstärken.

Chatoor und Kollegen²⁶ kamen zu dem Ergebnis, dass Säuglinge, bei denen Ess- und Fütterstörungen in Folge von Homöostase (Selbstregulation) diagnostiziert wurden, geringere positive wechselseitige Interaktion mit ihren Müttern erkennen ließen als Säuglinge mit gesundem Essverhalten. Dennoch sind weitere Studien notwendig, um die Faktoren, die bei Kind und Eltern hinter Ess- und Fütterstörungen dieser Art stehen, besser verstehen zu können.

Diagnosekriterien für Ess- und Fütterstörungen im Zusammenhang mit der Selbstregulation:

- a) Schwierigkeiten, einen Zustand von ruhiger Aufmerksamkeit zu erreichen und beizubehalten, der für die Nahrungsaufnahme wichtig ist; entweder zu schläfrig, zu erregt und/oder zu verstört.
- b) Beginn der Fütterschwierigkeiten beim Neugeborenen.
- c) Keine altersentsprechende Gewichtszunahme oder sogar Gewichtsverlust.

Behandlung von Ess- und Fütterstörungen im Zusammenhang mit der Selbstregulation:

Es gibt keine empirischen Studien, die sich mit der Behandlung dieser Störung befassen hätten. In der klinischen Praxis hat es sich bewährt, die individuellen Eigenschaften des Säuglings und der Eltern zu berücksichtigen und die Behandlung vom Einzelfall abhängig zu machen. Die Behandlung kann beispielsweise ganz darauf abstellen, dass die Mutter es lernt, die Stimulation, besonders während des Stillens/Fütterns, zu regulieren, das heißt, ein leicht erregbares Kind in einem ruhigen, etwas abgedunkelten Raum zu füttern oder ein Kind, das beim Füttern schwer wach wird, zu massieren. Wenn das Wachstum eines Säuglings stark gebremst ist, kann zusätzliche künstliche Ernährung durch die Nase nötig werden, um weiteren Komplikationen durch Unterernährung vorzubeugen. Eine Behandlung muss eventuell auch die Mutter mit einbeziehen und helfen, ihre Angstzustände, Übermüdung oder Depression zu überwinden, damit sie mit ihrem schwierigen Kind besser umgehen kann.

2. Wechselseitige Ess- und Fütterstörungen (Vernachlässigung)

Mit dem Erreichen einer gewissen Fähigkeit zur Selbstregulation im Alter von zwei bis sechs Monaten ist das lernfähige Kind in der Lage, von sich aus Kontakt zu Bezugs-

personen aufzunehmen und mit diesen in immer deutlicher werdende wechselseitige Beziehungen einzutreten, was sich am gegenseitigen Augenkontakt, einem Austausch von Lauten und gegenseitiger körperlicher Nähe (Austausch von Zärtlichkeiten) ausdrückt. Da sich während dieser Entwicklungsphase viele der Interaktionen mit der Bezugsperson um die Nahrungsaufnahme drehen, ist die Regulation der Nahrungsaufnahme eng mit der emotionalen Bindung des Säuglings an die Bezugsperson verknüpft. Wenn die Bezugsperson und der Säugling nicht in befriedigender Beziehung zueinander stehen, leiden darunter die Nahrungsaufnahme und das Wachstum des Kindes.

Meist fällt diese Art der Ess- und Fütterstörung dann auf, wenn der Säugling akut krank wird und eine Notfallversorgung nötig wird. Wenn der Kinderarzt das Kind untersucht, stellt er Unterernährung und körperliche Schwäche fest und das Kind vermeidet Augenkontakt. Häufig schlagen solche Kinder beim Hochheben die Beine übereinander, ziehen die Schultern zurück, halten die Arme steif ausgestreckt und gebeugt (surrender posture), um ihren Kopf in Balance zu halten. Der Kopf wirkt bei ihrem kleinen unterernährten Körper viel zu schwer. Auf dem Arm kuscheln sich diese Säuglinge nicht wie gesunde, gut ernährte Babys an, sondern ziehen die Beine an oder erscheinen schlaff und leblos wie eine Stoffpuppe.

Die Mütter sind oft voller Misstrauen und schwer einzubeziehen; sie weichen aus und vermeiden den Kontakt mit den Fachleuten. Wenn man sie nach dem Füttern und dem Wachstum ihrer Säuglinge befragt, erwecken sie den Eindruck, dass sie sich keiner Probleme bewusst sind. Manche Mütter geben zu, dass sie dem Kind die Flasche geben und nur ein Minimum an Zeit mit ihm verbringen.

Über diese Art der Ess- und Fütterstörung ist in der frühen Literatur viel geschrieben worden. Oft wurde sie gleichgesetzt mit anorganischen Ursachen für Gedeihstörungen und wurde beschrieben als Folge mangelnder mütterlicher Zuwendung.^{44, 65, 74} In Übereinstimmung mit den frühen Publikationen führt das DSM-III¹ Gedeihstörungen bei den diagnostischen Kriterien für „Reaktive Bindungsstörungen in der Kindheit“ auf. Im DSM-IV² wurde jedoch die Reaktive Bindungsstörung dahingehend modifiziert, dass nur Beziehungsprobleme bei Kleinkindern damit gemeint sind, ohne Betonung auf Wachstumsstörungen. So wie sich augenblicklich das diagnostische System im DSM-IV darstellt, fallen diese Säuglinge oft unter die breite Kategorie der Vernachlässigung.

Bei Säuglingen mit wechselseitiger Ess- und Fütterstörung wurde ein hoher Grad an Bindungsunsicherheit festgestellt^{48, 79, 80} und bei den Müttern findet man oft eine Persönlichkeitsstörung, eine Gemütskrankheit, Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum.^{42, 44} Die Wahrscheinlichkeit, dass die Mütter von Armut und Arbeitslosigkeit betroffen sind, ist bei dieser Gruppe ebenfalls hoch;³⁹ häufig kommt auch Missbrauch durch den Partner dazu.⁸² Praxis und Forschung sind sich einig, dass diese Ess- und Fütterstörung eng mit den vergangenen und gegenwärtigen Beziehungsschwierigkeiten der Mutter verknüpft ist.^{8, 40, 45}

Chatoor und Kollegen²⁶ untersuchten die Mutter-Kind-Relation und stellten sowohl bei Säuglingen mit wechselseitiger Ess- und Fütterstörung als auch bei ihren Müttern

fest, dass sich hier weniger positives Engagement und paarbezogene Wechselbeziehung während des Fütterns zeigten als bei normal essenden Kindern. Zusätzlich zeigten die Mütter in der Regel weniger mütterliche Zuwendung als die Mütter normal essender Kinder. Ursprünglich hatten Chatoor und Kollegen diese Ess- und Fütterstörung aufgrund der Ergebnisse dieser und der oben angeführten Studien als Bindungsstörung bezeichnet,^{22, 19, 26, 28} da die betroffenen Kinder in hohem Grad in ihren Bindungen verunsichert sind. Jedoch auf Empfehlung der Arbeitsgruppe zur Klassifikation von Psychopathologie bei Säuglingen und Vorschulkindern (2001) wurde diese Störung umbenannt in „Wechselseitige Ess- und Fütterstörung“.

Diagnosekriterien für Wechselseitige Ess- und Fütterstörungen (Vernachlässigung):

- a) Mangelnde entwicklungsadäquate soziale Kontaktaufnahme (d.h. Augenkontakt, Lächeln, Brabbeln) gegenüber der hauptsächlichen Bezugsperson während des Fütterns.
- b) Erhebliche Wachstumsdefizite.^I
- c) Die Wachstumsdefizite und die mangelnde Bindung sind nicht allein auf eine körperliche oder eine tiefgreifende Entwicklungsstörung zurückzuführen.

Behandlung von Wechselseitigen Ess- und Fütterstörungen:

Verschiedene Behandlungsformen sind vorgeschlagen worden, die von häuslichen Interventionen bis zur Hospitation in schweren Fällen reichen. Black und Kollegen¹⁶ haben Säuglinge mit anorganischen Gedeihstörungen nach dem Zufallsprinzip entwe-

I Wachstumsrückstand lässt sich auf folgende Weise messen:

■ **Akute Mangelernährung** bezieht sich nach den Waterlow-Kriterien⁸¹ auf den aktuellen oder „akuten“ Ernährungszustand. Dabei liegt „normal“ bei 50 Perzentilen des Körpergewichts bezogen auf die Körpergröße.⁴⁹ Das tatsächliche Gewicht durch diese Zahl geteilt ergibt den Prozentsatz vom idealen Körpergewicht. Leichte, mittlere und schwere akute Mangelernährung entsprechen 80 bis 89 Prozent, 70 bis 79 Prozent und weniger als 70 Prozent des Idealgewichts.

■ **Chronische Mangelernährung** nach den Waterlow-Kriterien⁸¹ definiert ausgeprägte Wachstumsverzögerungen. Die aktuelle Größe des Kindes wird geteilt durch die Größe, die vom Amerikanischen Zentrum für Gesundheitsstatistik (NCHS) als 50-Prozent-Perzentil für das entsprechende Alter des Kindes oder der „Idealgröße“ festgelegt wurde. Leichte, mittlere und schwere chronische Mangelernährung entsprechen 90 bis 95 Prozent, 85 bis 89 Prozent und weniger als 85 Prozent der Idealgröße.

■ Zusätzliche Parameter bei Wachstumsschwankungen:

a) Der Z-Wert (Abweichung vom Standardindex) bezieht sich auf anthropometrische Daten von Kindern, die unter dem 5. Perzentil liegen, und ermöglicht die Bestimmung des Ernährungszustands bei unterschiedlichen Indikatoren. Bei einem Mittelwert von 0 (Zero) und dem 5. Perzentil bei -1.64, liegt ein Z-Wert von unter -1.64 Wachstumsverzögerung³⁷ nahe.

b) Das Gewicht des Kindes schwankt über zwei Haupt-Perzentile in einem Zeitraum von zwei bis sechs Monaten. Dieser Wert ist besonders hilfreich bei Kindern, die anfänglich groß gewachsen sind und in Bezug auf Gewicht und Größe um das 50. Perzentil oder darüber liegen und die dann eine abfallende Entwicklung in ihrem Wachstumsbild aufweisen.

der für die Behandlung in häuslicher Umgebung oder in einer interdisziplinären Ernährungsklinik eingeteilt. Nach ihren Ergebnissen zeigten Kinder in beiden Behandlungsformen verbesserte Wachstumsmuster. Jedoch konnten die Mütter in den häuslichen Maßnahmen eine mehr auf das Kind ausgerichtete Atmosphäre schaffen. In einer Studie von Sturm und Drotar⁷⁷ wurden drei Behandlungsmethoden miteinander verglichen: Kurzzeit-Beratung, familienzentrierte Intervention und Eltern-Kind-Intervention. Das Ergebnis lautete, dass keine dieser Methoden ein besseres Ergebnis versprach als eine der anderen.

Das Problem, die Mütter von Säuglingen mit dieser speziellen Ess- und Fütterstörung zu erreichen, wurde von Fraiberg und Kollegen dargelegt.⁴⁵ Sie entwickelten einen häuslichen Ansatz, der sich auf die Bedürfnisse der Mutter konzentrierte, damit sie sich wiederum um die Bedürfnisse ihres Kindes kümmern konnte. Wegen der Vielschichtigkeit der Faktoren, die diese Fütterstörung herbeiführen mögen, haben Schmitt und Mauro⁷¹ Kriterien für die Behandlung von Patienten sowohl in häuslicher Umgebung als auch in der Klinik entwickelt. Danach sind häusliche Maßnahmen nur bei Fällen minderer Vernachlässigung geeignet, wenn es keine Anzeichen für vernachlässigendes Verhalten bei der Mutter gibt, das Kind älter als zwölf Monate ist, die Eltern ein Betreuungssystem aufgebaut haben und bei früheren Krankheitsfällen bereits den Arzt aufgesucht hatten.

Häufig ist das Kind in solch kritischem Ernährungszustand und zeigt einen so gravierenden Entwicklungsrückstand, dass zum Wohle des Kindes eine sofortige Einweisung ins Krankenhaus erforderlich ist. Während des Krankenhausaufenthalts können eine Reihe auf das Kind gerichteter Interventionen eingeleitet werden, während gleichzeitig die Mutter und das familiäre Umfeld genauerer Analyse unterzogen werden. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass das Kind in die Obhut nur weniger Personen des Pflegepersonals gegeben wird und dass eine ausgebildete Kinderschwester die Verantwortung für die Kontinuität der Pflege übertragen bekommt.

Nur mit intensiver Zuwendung und liebevoller Pflege von Seiten weniger Bezugspersonen wird in diesen Kindern die emotionale Beteiligung wiedererweckt und können sie sich von der Vernachlässigung in ihrem häuslichen Umfeld erholen. Betroffene Kinder profitieren ebenfalls von Physiotherapie, denn bei vielen ist niedriger Muskelton (Hypotonie) aufgrund des Mangels an Körperkontakt mit ihren Eltern festzustellen.

Durch die Verbesserung des Gesundheitszustandes und die größere emotionale Beteiligung des Kindes kann erreicht werden, dass sich die Mutter stärker in den Behandlungsprozess einbinden lässt. Wie Ayoub und Milner⁴ dargestellt haben, ist der Grad der elterlichen Anteilnahme und Kooperation an der Behandlung des Säuglings entscheidend für den Erfolg. Unglücklicherweise sind einige Mütter zu stark beeinträchtigt und stehen nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung, um ihrem Kind bei der Heilung von der Störung zu helfen. In diesen Fällen muss eine Entscheidung über eine anderweitige Unterbringung getroffen werden. Dies sollte zu einem Zeitpunkt geschehen, an dem sich der Säugling in sicherer Obhut im Krankenhaus befindet, damit die verzweifelte Mutter nicht mit dem kranken Kind die Flucht ergreift.

3. Kindliche Anorexie

Diese Ess- und Fütterstörung wird in der Regel offenbar, wenn das Kleinkind zwischen sechs Monaten und drei Jahren alt ist und eine Entwicklungsphase durchmacht, die von Mahler⁵⁹ als Trennungs- und Individuationsprozess bezeichnet wird. Sowohl motorische als auch kognitive Reife ermöglichen es dem Kleinkind in diesem Stadium, mit größerer physischer und emotionaler Eigenständigkeit zu handeln. Themen, die um Eigenständigkeit und Abhängigkeit kreisen, werden täglich beim Essen ausgespielt. Bei der Übergangsphase zum Füttern mit dem Löffel und dem eigenständigen Essen verhandeln Mutter und Kind bei jeder Mahlzeit wieder erneut darüber, wer den Löffel zum Mund des Kindes führt.

Zusätzlich erlangt die Tatsache, dass das Kleinkind den Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung in zunehmendem Maße versteht, eine besondere Bedeutung bei den Mahlzeiten. Wenn das Kind die richtigen Signale auszusenden versteht und die Bezugsperson diese Signale richtig versteht und entsprechend reagiert, kann das Kleinkind den Unterschied zwischen Hunger, Sättigung und emotionalen Erfahrungen (also dem Wunsch nach Zärtlichkeit, Gefühle von Ärger oder Frustration) erfassen. Wenn jedoch die Bezugsperson nicht in der Lage ist, die Signale des Kindes zu deuten und als Reaktion auf emotionale Bedürfnisse des Kindes etwas zu essen anbietet, dann wird das Kind Hunger mit emotionalen Erfahrungen verwechseln und stattdessen erlernen, mit Essen oder Essensverweigerung zu reagieren, wenn es gelangweilt, frustriert oder ärgerlich ist. Die Nahrungsaufnahme des Kindes wird dann durch die emotionalen Erfahrungen des Kindes außengesteuert. Diese Entwicklungsprozesse sind entscheidend bei der Entwicklung der entweder von außen oder von innen gesteuerten Regulation der allgemeinen Nahrungsaufnahme, insbesondere aber bei der Ausbildung der kindlichen Anorexie.

Kleinkinder mit dieser Fütterstörung werden in der Regel aufgrund der Nahrungsverweigerung und Wachstumsprobleme zu einem psychiatrischen Gutachten überwiesen. Die Kinder sind jetzt im Alter von neun bis 18 Monaten und in der Phase des Übergangs zum Essen mit dem Löffel und zum eigenständigen Essen. Eltern von Kindern mit diesem Ess- und Fütterproblem berichten häufig, dass das Kind lediglich ein paar Bissen in den Mund steckt und weiteres Essen verweigert. Schon während der ersten Lebensmonate sind bereits einige dieser Säuglinge durch äußere Reize stark abgelenkt und nehmen nur kleine Mengen Milch zu sich, so dass sie oft von ihren Müttern gefüttert werden. Als Kleinkinder weigern sie sich, den Mund zum Essen zu öffnen, werfen das Essen oder damit zusammenhängende Gegenstände umher, versuchen aus dem Kinderstuhl zu klettern oder verlassen den Tisch, um zu spielen. Die meisten Eltern berichten, dass diese Kinder kaum Hungersignale zeigen. Die Eltern sorgen sich in zunehmendem Maße über die schlechte Nahrungsaufnahme ihres Kindes und versuchen, das Kind durch Zureden, Ablenken, andere Kost, Füttern beim Spielen, Füttern bei Nacht, durch Drohungen und sogar Füttern unter Zwang dazu zu bringen, mehr zu essen. Essen wird für das Kind zu einer Sache, die vollständig von außen durch die Eltern reguliert wird. Dies entwickelt sich zu einer großen Belastung für die Eltern und endet für sie letztendlich in Gefühlen von Frustration und Hilflosigkeit.

Anfänglich ist es noch so, dass die Kinder nicht in normalem Maße an Gewicht zunehmen. Nach einigen Wochen oder Monaten verlangsamt sich jedoch das lineare Wachstum und sie entwickeln chronische Mangelernährung. Erstaunlicherweise wächst in den meisten Fällen der Kopf normal weiter. Bei älteren Kindern erscheint der Körper schmal und dünn, der Kopf dagegen hat die dem Alter des Kindes entsprechende Größe. So kann zum Beispiel ein Neunjähriger mit kindlicher Anorexie wie ein Sechsjähriger aussehen, jedoch die Kopfgröße eines Neunjährigen haben. Klinische Studien zeigen jedoch, dass die Kinder, wenn sie besser essen, auch besser wachsen und noch bis in die Pubertät, wo dies endet, das Potenzial haben, das versäumte Wachstum aufzuholen.

Chatoor und Kollegen haben die Mutter-Kind-Interaktionsmuster, die mit kindlicher Anorexie in Verbindung gebracht werden, und die differenziellen Diagnosen der kindlichen Anorexie in einer Reihenuntersuchung erforscht. Die erste Untersuchung von Chatoor und Kollegen²³ bei Kleinkindern mit Anorexie ergab weniger dyadische Wechselbeziehungen, weniger mütterliche Zuwendung, mehr dyadische Konflikte und mehr Machtkämpfe als bei normal essenden Kleinkindern. Die Existenz eines intensiven Mutter-Kind-Konfliktes und eines Kampfes um Kontrolle während des Essens sind kürzlich in einer anderen Studie bestätigt worden.²⁹

Klinische Beobachtungen von Kleinkindern mit kindlicher Anorexie ergaben, dass diese neugierig auf ihre Umgebung sind und dabei eigenwillig und Aufmerksamkeit heischend, während ihre Mütter als überängstlich dargestellt wurden.¹⁸ Diese klinischen Beobachtungen wurden in einer kürzlich durchgeführten Studie von Chatoor und Kollegen²⁵ genauer untersucht. Es ergab sich, dass Kinder mit Anorexie im Vergleich zu Kleinkindern mit gesundem Essverhalten von ihren Eltern als emotional besonders intensiv, negativ, unbeständig, abhängig, nicht bremsbar und schwierig eingestuft werden. Dabei ist wichtig, dass das schwierige Temperament des Kindes mit einem erhöhten Mutter-Kind-Konflikt während des Essens einherging und mit einem niedrigeren Prozentsatz des Idealgewichts, woraus man schließen kann, dass die schwierigsten Kinder den höchsten Grad an Konflikt und Wachstumshemmung aufweisen.

Was die Eigenschaften der Eltern betrifft, die bei kindlicher Anorexie auftreten, so ist es wahrscheinlicher, dass Mütter von Kindern mit kindlicher Anorexie zu ihren eigenen Eltern eine unsichere Bindung hatten, als dies bei Müttern der Fall ist, deren Kinder keine Ess- und Fütterstörung haben.²⁵ Es ist sogar so, dass sowohl die unsichere Bindung der Mutter als auch ihr eigenes Schlankheitsstreben erheblich mit dem Mutter-Kind-Konflikt während der Füttersituation zu tun haben. Wiederum konnte festgestellt werden, dass der Mutter-Kind-Konflikt während der Füttersituation eindeutig im Zusammenhang mit einem niedrigen Prozentanteil am Idealgewicht stand, was darauf hindeutet, dass die unsichersten Mütter während des Essens in höherem Maße in Konflikt eintreten und sie die am schlechtesten ernährten Kinder haben.

Diese Ergebnisse stützen ein Transaktionsmodell für kindliche Anorexie, in dem sowohl die Eigenschaften des Kindes als auch der Eltern mit einem hohen Konfliktgrad

während der Fütterinteraktionen in Zusammenhang gestellt werden und in dem der Konflikt während der Füttersituation mit den Wachstumsschwierigkeiten des Kindes in Verbindung gebracht wird.

Diagnosekriterien für Kindliche Anorexie:

- a) Weigerung, angemessene Mengen Nahrung aufzunehmen über wenigstens einen Monat.
- b) Beginn der Nahrungsverweigerung meist während der Übergangsphase zum Füttern mit dem Löffel und zum Selberessen; häufig im Alter von sechs Monaten bis zu drei Jahren.
- c) Kein Signalisieren von Hunger, mangelndes Interesse am Essen, stattdessen stark nach außen gerichtetes Interesse und/oder Interesse an Interaktionen mit ihren Bezugspersonen.
- d) Anzeichen von schwerwiegender Wachstumsverzögerung.^I
- e) Nahrungsverweigerung tritt nicht in Folge eines traumatischen Erlebnisses auf.
- f) Nahrungsverweigerung geht nicht auf eine zugrunde liegende körperliche Erkrankung zurück.

Behandlung der Kindlichen Anorexie:

Auf der Grundlage dieses Transaktionsmodells wurde eine Behandlungsmethode entwickelt, die auf folgende drei Komponenten des Modells eingeht: a) das schwierige Temperament des Kindes, b) die Verwundbarkeit der Eltern aufgrund eigener unsicherer Bindungserfahrungen oder der Schwierigkeiten, ihr eigenes Essverhalten zu regulieren, c) den Konflikt in der Eltern-Kind-Beziehung.

- a) Der Therapeut hilft den Eltern zu verstehen, dass ihr Kind sehr neugierig ist und mehr an Aktivitäten und Interaktionen mit den Eltern interessiert ist als am Essen und dass ihr Kind zusätzlich schwerer zu disziplinieren ist. Weil diese Kinder so stark auf ihre Bezugsperson und ihre Umgebung fixiert sind, bemerken sie nicht, wann sie Hunger haben. Ihre Neugierde ist eindeutig eine positive Eigenschaft, weil durch sie die kognitive Entwicklung gefördert wird. Während der Mahlzeiten jedoch benötigt das Kind eine Umorientierung, die es ihm ermöglicht, sich auf das Essen zu konzentrieren und sich der inneren Hungergefühle bewusst zu werden. Demzufolge benötigen diese Kinder eine stärkere Strukturierung der Mahlzeiten und müssen mehr Grenzen gesetzt bekommen als Kinder, die ihre Hungergefühle sofort wahrnehmen. Jedoch das Setzen von Grenzen ist bei diesen Kindern besonders schwierig, weil sie einen starken eigenen Willen besitzen und wenn sie diesen nicht bekommen, im Ausdruck ihres Protestes oft extrem sind.

^I siehe Fußnote auf Seite 237

- b) Es ist Einfühlungsvermögen gefordert, damit die Eltern dem Therapeuten ihren Kampf mit dem Kind offenbaren und ebenso, um herauszufinden, ob die auftretenden Konflikte mit Erlebnissen der Eltern in ihrem eigenen Elternhaus oder mit anderen Lebenserfahrungen, die sie gemacht haben, im Zusammenhang stehen. Es ist notwendig, dass die Eltern verstehen lernen, inwieweit ihre eigenen früheren Erfahrungen ihr Verhalten beeinflussen und ob diese Erfahrungen auch eine Rolle spielen beim Setzen von Grenzen gegenüber dem unpassenden Verhalten ihres Kindes während der Mahlzeiten. Weiterhin müssen sich die Eltern ihrem eigenen Essverhalten stellen und ihren Ängsten vor Gewichtszunahme oder der Schwierigkeit, ihre eigenen Gefühle von Hunger und Sättigung wahrzunehmen.
- c) Wenn diese Grundlage erst einmal gelegt ist, werden den Eltern Verhaltenstechniken an die Hand gegeben, mit denen sie dem Kind gleichzeitig mehr Autonomie während der Mahlzeiten einräumen und Grenzen gegen unangebrachtes Verhalten setzen können. Den Eltern wird ein Ablauf der Mahlzeiten vorgeschlagen, bei dem die Eltern die Kontrolle darüber behalten, wann, wo und was dem Kind zu essen angeboten wird und das Kind entscheiden kann, „wie viel“ es davon essen mag.

Auf diese Weise erlernt das Kind, Essen nach inneren Kriterien und Gefühlen von Hunger und Sättigung zu steuern. Dies erfordert in der Regel, dass die Eltern für das Kind einen geregelten Essensplan entwerfen, bei dem zwischen Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten mindestens vier Stunden liegen und bei dem kein „Naschen“, kein extra Fläschchen oder Stillen dazwischen erlaubt sind. Diese Zeitspanne zwischen den Mahlzeiten ermöglicht es dem Kind, Hunger zu erfahren.

Auch lernen dadurch die Eltern, wie man ein Kleinkind, das, anstelle zu essen, aus dem Kinderstuhl klettert oder Essen und Gegenstände durch den Raum wirft, durch eine Aus-Zeit (time out) diszipliniert – **siehe Abbildung 1**. Daher ist das Schulen der Eltern mit Hilfe der Aus-Zeit-Methode ihrem Kind beizubringen, Grenzen zu akzeptieren und sich zu beruhigen, wenn es frustriert und wütend ist, ein wichtiger Bestandteil der Intervention.

Diese Behandlungsmethode wurde bei 20 Kleinkindern in einem offenen klinischen Versuch angewendet und gegenwärtig wird sie in einer noch andauernden kontrollierten Maßnahme getestet. Bei Folgegesprächen nach dem klinischen Versuch, in einem Zeitraum von sechs Monaten bis zu zwei Jahren später³⁰, haben die Mütter von 17 dieser 20 Kinder angegeben, dass ihre Kinder gelernt hätten, Hunger zu erkennen, dass sich ihre Nahrungsaufnahme verbessert hätte und sie schneller an Gewicht zugenommen hätten. Drei der Mütter zeigten sich nach wie vor besorgt über die Nahrungsaufnahme des Kindes.

In keinem dieser Fälle war es der Mutter gelungen, sich an die Essensregelungen zu halten. Während im Falle der ersten 17 erfolgreichen Mütter der Kampf um die Kontrolle während der Mahlzeiten aufgehört hatte, kam es bei den drei verbliebenen Mütter nach wie vor zu intensiven Auseinandersetzungen mit ihren anorektischen Kindern.³⁰

Die Aus-Zeit (Time-out)-Methode

So bringen Sie Ihr Kind dazu,
Grenzen einzuhalten und sich zu beruhigen,
wenn es wütend oder aufgeregt ist:



- Wenn sich Ihr Kind nicht benimmt, warnen Sie es einmal !
- Wenn Ihr Kind nicht hören will, bringen Sie es für eine Aus-Zeit in sein Bett, seinen Laufstall oder ins Schlafzimmer.
- Weint Ihr Kind, warten Sie ab, bis es sich beruhigt hat und stellen Sie erst danach den Wecker Ihrer Aus-Zeit-Uhr (etwa eine Minute pro Lebensjahr).
- Unternehmen Sie nichts, während Ihr Kind weint.
- Wenn das Kind sich beruhigt hat, loben Sie es, bevor Sie den Wecker stellen.
- Nachdem der Wecker geklingelt hat, loben Sie Ihr Kind erneut dafür, dass es sich beruhigt hat, und bringen Sie es zurück an den „Schauplatz des Geschehens“.
- Fordern Sie Ihr Kind auf, sich nun korrekt zu verhalten (zum Beispiel: „Zeig Mama, dass du brav in deinem Stuhl sitzen kannst, während wir essen.“).
- Wenn Ihr Kind immer noch wütend ist oder sich wieder nicht benimmt, wiederholen Sie die Aus-Zeit-Methode, bis es sich fügt.

Wichtig !

- ♣ Beenden Sie nicht die Aus-Zeit, weil das Kind weint.
- ♣ Beenden Sie nicht die Aus-Zeit, bevor das Kind sich nicht fügt.
- ♣ Kämpfen Sie mit dem Kind, aber stellen Sie sicher, dass Sie gewinnen !
- ♣ Erklären Sie Ihrem Kind die Aus-Zeit-Methode in einem ruhigen Moment, bevor Sie diese anwenden.

Abbildung 1

© I. Chatoor

4. Sensorische Nahrungsmittelabneigungen

Diese Ess- und Fütterstörung tritt in der Phase auf, wenn das Kleinkind an Babynahrung und normale Kost herangeführt wird. Die Störung äußert sich ebenfalls als Nahrungsverweigerung. Jedoch lehnen Kinder mit sensorischer Nahrungsmittelabneigung selektiv bestimmte Nahrungsmittel aufgrund des Geschmacks, der Struktur, des Geruchs oder des Aussehens ab und sie essen besser, wenn ihnen bevorzugte Speisen angeboten werden. Bei einigen Autoren findet sich diese Ess- und Fütterstörung als „Nahrungsmittelselektivität“^{72, 78}, andere bezeichnen die Kinder als „wählerische Esser“ (choosy eaters),⁶⁸ „pingelige Esser“ (picky eaters)⁶⁰ oder sprechen von „Nahrungsmittel-Neophobie“⁶⁶ oder „Nahrungsmittelaversion“.³ Wir wählten die Bezeichnung „sensorische Nahrungsmittelaversion“, weil diese Kinder gegen bestimmte Nahrungsmittel aufgrund des Geschmacks, der Beschaffenheit und/oder des Geruchs starke Ablehnung empfinden. Oft sind dies nicht die einzigen sensorischen Schwierigkeiten, die bei diesen Kindern zu finden sind.

Die typischen Reaktionen des Kleinkindes, wenn ihm das Essen in den Mund gegeben wird, reichen vom Verziehen des Gesichts, Lippen zusammenpressen über das Ausspucken bis hin zu Würgen und Erbrechen. Nach einer ersten ablehnenden Reaktion wollen diese Kinder die betreffende Speise nicht weiter essen und wehren sich, wenn man sie dazu zwingen will. Manchmal überträgt das Kind seine Abneigung gegen eine bestimmte Sorte auf andere Nahrungsmittel, die ähnlich aussehen oder riechen, so kann eine Abneigung gegen Spinat auf alle grünen Nahrungsmittel übertragen werden. Die Eltern berichten häufig, dass diese Kinder nur widerwillig neue Nahrungsmittel ausprobieren. Manche Kinder lehnen es ab, etwas zu essen, das mit einer anderen Speise auf dem Teller in Berührung gekommen ist oder essen nur Produkte von einer bestimmten Herstellerfirma.

Bei Kindern, die viele Sorten von Lebensmitteln oder Gruppen ablehnen (zum Beispiel Gemüse und Obst) kann diese eingeschränkte Diät zu Mangelerscheinungen (so zu Protein-, Vitamin-, Zink- oder Eisenmangel) führen. Kinder, die Nahrungsmittel ablehnen, weil sie verstärktes Kauen erfordern (beispielsweise Fleisch, hartes Gemüse oder Obst), geraten aufgrund der mangelnden Kau erfahrung ins Hintertreffen, was ihre orale motorische Entwicklung anbelangt. Zusätzlich beunruhigt die Ablehnung vieler Nahrungsmittel durch das Kind die Eltern und belastet die Familiensituation während der Mahlzeiten.

Sensorische Nahrungsmittelaversionen sind in unterschiedlichen Abstufungen weit verbreitet. Marchi und Cohen⁶⁰ fanden heraus, dass 27 Prozent der Mütter in einer Studie angaben, dass ihre Kinder sehr „wählerisch“ seien, was Essen anbelange. Daher sollte die Diagnose „Ess- und Fütterstörung“ nur dann gestellt werden, wenn die Nahrungsmittelaversion zu Mangelerscheinungen führt und/oder zu oral-motorischer Verzögerung oder – bei älteren Kindern – wenn das Kind starke Angst empfindet und gesellschaftliche Situationen meidet, die Essen mit anderen einschließen. Wie Timimi und Kollegen⁷⁸ berichten, litten einige der Kinder, die diese Ess- und Fütterstörung aufwiesen, im Schulalter auch an Angstzuständen, besonders der Angst davor, mit anderen zu essen, sowie ausgedehnten zwanghaften Symptomen.

Zusätzlich zu ihrer Empfindlichkeit gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln können diese Kinder bei anderen sinnlichen Wahrnehmungen ebenfalls Störungen zeigen. So haben Eltern von Kindern mit sensorischer Nahrungsmittelabneigung berichtet, dass das Kind sich heftig dagegen wehrt, auf Sand oder Gras zu gehen, Socken, bestimmte Arten Stoff oder bestimmte Kleidermarken zu tragen, oder dass es extrem empfindlich ist gegen Gerüche und Geräusche.

Einige Untersuchungen haben sich damit beschäftigt, ob die Geschmacksempfindung erblich ist, und verschiedene Modelle genetischer Vererbung wurden vorgeschlagen, zum Beispiel unvollständige Penetranz³⁵, Multilocus- und Multiallel-Modelle⁶² und ein Zwei-Locus-Modell.⁶⁴ Andere^{13, 10} haben gezeigt, dass verschiedene Aspekte des Umfelds ebenfalls starken Einfluss auf die Entwicklung von Nahrungsmittelvorlieben oder selektiver Nahrungsmittelablehnung haben können. So zum Beispiel, wenn Eltern aufgrund eigener starker Geschmacksausrichtung den eigenen Kindern eine eingeschränkte Speisenauswahl anbieten. In der Folge kann begrenzter Kontakt zu bestimmten Nahrungsmitteln das selektive Verhalten des Kleinkindes verstärken.¹³ Auch kann selektives Essverhalten auf Seiten der Eltern dazu führen, dass sich das Kind daran orientiert.⁵¹ Im Endergebnis zeigen die vorgenannten Studien, dass sowohl genetische Prägung als auch die Essgewohnheiten im Umfeld des Kleinkindes dessen Vorlieben beeinflussen.

Diagnosekriterien für Sensorische Nahrungsmittelabneigungen:

- a) Ablehnung bestimmter Nahrungsmittel aufgrund deren Geschmack, Beschaffenheit, Geruch und/oder Aussehen.
- b) Beginn der Essensverweigerung bei der Einführung einer neuen Speise (Zum Beispiel Milch wird ursprünglich getrunken, eine neuen Sorte jedoch abgelehnt; Karotten werden gegessen, grüne Bohnen jedoch nicht; feste Nahrungsmittel werden angenommen, pürierte Speisen oder Babykost werden zurückgewiesen.).
- c) Besseres Essverhalten bei Angebot der bevorzugten Nahrungsmittel.
- d) Es müssen ernährungsbedingte Mangelercheinungen vorliegen und/oder oral-motorische Entwicklungsverzögerungen.

Behandlung Sensorischer Nahrungsmittelabneigungen:

Die Forschung von Birch und Kollegen^{11, 14, 12} legt nahe, dass Säuglinge im ersten Lebensjahr eher bereit sind, neue Speisen bereits beim ersten Versuch zu akzeptieren, während Kleinkinder ab zwei Jahren mehrmals damit in Kontakt kommen müssen, bevor sie sie akzeptieren.

Als Empfehlung für betroffene Eltern bedeuten diese Forschungsergebnisse also, dass es sinnvoll ist, Säuglinge bereits früh an verschiedene Nahrungsmittel heranzuführen. Das Kleinkindalter ist in diesem Zusammenhang eine größere Herausforderung für die

Eltern, weil Kinder dann die Tendenz zur Verallgemeinerung haben. Oft lehnen sie ein Nahrungsmittel ab, ohne es probiert zu haben, weil es ähnlich aussieht wie eines, das sie nicht mögen. Daher kommt es häufig vor, dass Eltern ihr Kind zu überreden versuchen, etwas, das es ablehnt, doch noch zu essen und ihm Versprechungen machen (zum Beispiel: „*Du darfst fernsehen, wenn Du Deinen Spinat isst.*“) oder auch, dass sie bewusst bestimmte Dinge nicht mehr anbieten (Eis, Kekse), damit das Kind einen Anreiz bekommt „Gesundes“ zu essen. Wie Birch und Kollegen¹¹ zeigten, haben diese Praktiken erhebliche negative Auswirkungen und lenken die Aufmerksamkeit des Kindes von der eigentlichen Speise ab, wenn diese mit oben genannten willkürlichen Dingen verbunden wird. Andererseits sind Kleinkinder sehr empfänglich für die Vorbildfunktion ihrer Eltern. Sie sind eher bereit etwas auszuprobieren, wenn sie ihre Eltern das Gleiche essen sehen. Wenn dann das Kind auch von der neuen Speise probieren möchte, sollte die Reaktion der Eltern neutral bleiben, ob das Kind das Essen nun mag oder nicht. Zu viel Lob oder zu viel Missbilligung der Eltern scheint die Bereitschaft des Kleinkindes, dieses Essen erneut zu probieren, negativ zu beeinflussen. Jedoch sind diese klinischen Erfahrungen bisher nicht in kontrollierten Versuchen überprüft worden.

Unglücklicherweise geraten einige Kleinkinder in den Dauerzustand, dass sie nur noch eine sehr eingeschränkte Auswahl an Nahrungsmitteln zu sich nehmen, die aber nicht die nötigen Nährstoffe für ein gesundes Wachstum enthält. Oft fehlen Obst und Gemüse, so dass Zusatzgaben von Multivitaminen erwogen werden müssen. Andere Kinder lehnen Nahrungsmittel ab, die man kauen muss – so Fleisch und festes Gemüse – und benötigen daher Ergänzungsgaben von Zink oder Eisen. In einigen seltenen Fällen fehlen die nötigen Mengen an Proteinen und ein Zusatzmittel wie Pediasure muss verabreicht werden. Bei einigen Kindern hält die Ablehnung unbekannter Nahrungsmittel an, bis sie in der Schule ihre Altersgenossen andersgeartete Dinge essen sehen. Während der Entwicklungsphase ist es bei Kleinkindern, die es nicht schaffen, ihren Speiseplan zu erweitern, unbedingt notwendig, Nahrungsmittelergänzungstoffe zu geben; dies nimmt dem Kind auch den Druck, etwas essen zu müssen, das ihm nicht zusagt.

5. Ess- und Fütterstörungen im Zusammenhang mit medizinischen Erkrankungen

Die Gedeihstörung, die früher mit Ess- und Fütterstörungen gleichgesetzt wurde, wurde ursprünglich auf organische oder anorganische Ursachen zurückgeführt, zum Beispiel Vernachlässigung durch die Mutter. Im Jahre 1981 beschrieben Horner und Ludwig⁵² eine dritte Kategorie der Gedeihstörung, die durch eine Kombination von verschiedenen organischen und anorganischen Problemen hervorgerufen wurde. Seit damals gilt nun, dass organische Ursachen zu psychischen Schwierigkeiten und schwerwiegenden Ess- und Fütterproblemen führen können. Schwere Ess- und Fütterprobleme wie Nahrungsmittelverweigerung und eine mehr als einstündige Fütterdauer wurden beispielsweise bei Kindern mit Speiseröhrenentzündung (gastroösophagealem Reflux)⁶³ beobachtet. Dellert und Kollegen³⁶ beschrieben, dass die Nahrungsmittelverweigerung bei einigen Kindern mit dieser Krankheit so ausgeprägt war, dass künstliche Ernährung erforderlich wurde und Lemons und Dodge⁵⁷ beobachteten, dass selbst

nach erfolgreichen Operationen bei schweren Ess- und Fütter Schwierigkeiten sowohl diese als auch die Wachstumsprobleme andauerten.

Einige medizinische Ursachen sind jedoch nicht leicht feststellbar und so kann die Nahrungsverweigerung der einzige Hinweis darauf sein. Zum Beispiel sind Nahrungsmittelallergien in dieser frühen Altersgruppe schwer erkennbar und manche Refluxkrankheiten werden vom Kinderarzt übersehen, wenn der Säugling nicht erbricht (dies ist üblicherweise das Hauptsymptom bei Refluxkrankheiten). Typisch ist, dass der Säugling einige Schlucke Milch trinkt, bevor der Reflux einsetzt und das Kind Zeichen von Unwohlsein zeigt (sich windet, aufbäumt, weint) und die Flasche von sich schiebt. Manche Kinder beruhigen sich wieder und saugen weiter, bis sich der Schmerz erneut einstellt. Einige Kinder hören vor Unbehagen nicht auf zu weinen und werden in zunehmendem Maße gereizt, wenn die Bezugsperson versucht, sie weiter zu füttern. Kinder mit Atemschwierigkeiten säugen vielleicht für einige Augenblicke und trinken ein paar Schlucke, bevor die Anstrengung zu groß wird und sie aufhören. Allen ist gemeinsam, dass diese Säuglinge nur unzureichende Mengen Nahrung aufnehmen, nicht an Gewicht zunehmen oder sogar Gewicht verlieren. Eine gute medizinische Versorgung kann in diesem Fall die Schwierigkeiten vermindern. Oft jedoch gehen diese Ess- und Fütterprobleme nicht vollständig zurück.

Diagnosekriterien für Ess- und Fütterstörungen im Zusammenhang mit medizinischen Erkrankungen:

- a) Anfänglich normale Nahrungsaufnahme, im Laufe des Fütterns Zeichen von Unbehagen mit anschließender Verweigerung weiteren Fütterns.
- b) Es bestehen gesundheitliche Probleme, die das Unbehagen aller Wahrscheinlichkeit nach auslösen.
- c) Ärztliche Behandlung verbessert das Ess- und Fütterproblem, beseitigt es allerdings nicht vollständig.
- d) Mangelnde Gewichtszunahme oder sogar Gewichtsabnahme.

Behandlung von Ess- und Fütterstörungen bei gleichzeitigem Vorliegen medizinischer Erkrankungen:

Diese Fütterstörung ist besonders schwierig zu behandeln. Wegen des Zusammenspiels von organischen und psychischen Faktoren, die die Ess- und Fütterstörung hervorrufen, erfordert die Behandlung dieser Säuglinge eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Kinderarzt und dem Kinderpsychologen. Direkte Beobachtung des Säuglings mit seiner Bezugsperson während des Fütterns ist der beste Weg, einzuschätzen, welchen Grad an Unbehagen der Säugling dabei durchlebt und ob die medizinischen Ursachen (zum Beispiel Reflux, Lungenerkrankungen) angemessen behandelt werden oder weitergehende Intervention erfordern. Diese direkte Beobachtung verhilft zu dem Verständnis darüber, wie die Eltern mit dem Unbehagen des Kindes umgehen, ob sie

vielleicht extrem ungeduldig werden und dadurch unbeabsichtigt das Unbehagen des Kindes steigern. Der Therapeut muss seine Beobachtungen dafür einsetzen, mit den Eltern angemessenere Strategien zu entwickeln, die es dem Kind erlauben, sich zu entspannen und so die Eskalation der Füttersituation zu vermeiden.

In Fällen, in denen ein Eingreifen der Ärzte die Krankheit nicht unter Kontrolle zu bringen vermag, wenn der Säugling während des Fütterns weiterhin Unbehagen empfindet und die Kalorienaufnahme unter Minimum ist, muss eine zusätzliche künstliche Ernährung erwogen werden. Der Therapeut hat dabei die Aufgabe, die Eltern bei dieser schwierigen Entscheidung zu unterstützen, und er muss mit ihnen daran arbeiten, dass die oralen Fertigkeiten, feste Nahrung aufzunehmen, beim Säugling erhalten bleiben, obwohl der größte Teil der Nahrung nun über einen Schlauch zugeführt wird. Im Allgemeinen erfordern Interventionen dieser Art individuelle Betreuung durch ein erfahrenes Team.

6. Posttraumatische Ess- und Fütterstörungen

Geprägt wurde die Bezeichnung „posttraumatische Fütterstörung“ von Chatoor, Conley und Dickson²¹ in ihrem Beitrag über Nahrungsmittelverweigerung bei fünf Fällen von Kindern im kritischen Schulalter, die sich verschluckt hatten und Würgeanfälle durchmachten und später feste Nahrung vollständig ablehnten. Diese Kinder lebten in der Angst, beim Essen oder im Schlaf ersticken zu müssen, und sie hatten Alpträume, in denen sie ersticken oder von Ungeheuern bedroht wurden. Obwohl Säuglinge nicht verbal kommunizieren, eröffnet genaue Beobachtung ein Fenster zum Verständnis ihrer Ängste. Säuglinge mit einer posttraumatischen Ess- und Fütterstörung lassen Angst erkennen oder zeigen heftigen Widerstand, entweder gegen feste Nahrung oder gegen das Trinken aus der Flasche. In besonders kritischen Fällen verweigern sie das Essen vollständig.

Eltern berichten in diesem Zusammenhang, dass die Verweigerung der Nahrungsaufnahme bei ihrem Säugling nach einem Verschluckungs- oder einem heftigen Würgeanfall begann. Oder es wird berichtet, dass die Verweigerung der Flasche nach ein- oder mehrmaligem Erbrechen einsetzte. Nach dem Vorfall brach das Kind bereits beim Anblick der Flasche in Weinen aus und lehnte sie fortan ab. Einige Eltern beobachteten, dass die Verweigerung nach einer Intubation, der Einführung eines künstlichen Ernährungsschlauches in die Nase, oder nach einem größeren chirurgischen Eingriff mit starker Absaugung im Mund-Rachenbereich einsetzte.

Alles, was an das oder die traumatischen Erlebniss(e) erinnert – beispielsweise die Flasche, das Lätzchen, der Kinderstuhl –, erzeugen mitunter extreme Äußerungen von Unbehagen und das Kind bekommt Angst, wenn es zum Essen zurechtgesetzt wird und Geschirr und Nahrung vorgesetzt bekommt. Es zeigt seine Ablehnung durch Weinen, Aufbäumen und die Weigerung, den Mund zu öffnen. Wenn ihm Essen in den Mund gesteckt wird, verweigert das Kind das Schlucken. Das Kind würgt oder speit, lässt das Essen aus dem Mund fallen, spuckt es aus oder stopft es in die Backen und

spuckt es später aus, um das Schlucken zu vermeiden. Die Angst vor dem Essen scheint stärker zu sein als der Hunger und Säuglinge, die alle flüssigen und festen Nahrungsmittel verweigern, benötigen umgehende Intervention, damit sie nicht verdursten und verhungern.

In der neuesten Studie fanden Chatoor und Kollegen²⁴ heraus, dass Kleinkinder mit posttraumatischer Ess- und Fütterstörung den intensivsten Widerstand gegen Füttern leisten. Diese Kinder können von Kindern mit gesundem Essverhalten und von Kindern mit diagnostizierter Kindlicher Anorexie durch ihren vehementen Widerstand gegen das Herunterschlucken von Nahrung unterschieden werden. Verschiedene andere Kollegen aus der klinischen Praxis haben berichtet, dass Kinder ebenso wie Erwachsene Ängste vor dem Essen entwickeln können, nachdem sie Verschluckungsanfälle erlebt haben oder nachdem sie andere traumatische Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Mundrachenraum oder Speiseröhrenbereich gemacht haben.^{9, 61, 75} Handen und Kollegen⁵⁰ sowie Culbert und Kollegen³¹ beschrieben Kinder, die eine „konditionierte Angst vor dem Essen“ entwickelt hatten und nannten dieses Syndrom: „Phagophobie“. Wir wählten den Begriff „posttraumatische Ess- und Fütterstörung“, weil er den Eltern und Ärzten hilft, die Verbindung zwischen den Ängsten des Kindes vor dem Essen und dem oder den traumatischen Erlebnis(sen), die sie hervorriefen, zu erkennen.

Diagnosekriterien für Posttraumatische Ess- und Fütterstörungen:

- a) Die Verweigerung der Nahrungsaufnahme tritt auf nach einem oder mehreren traumatischen Erlebnis(sen), die bei dem Säugling starkes Unbehagen hervorrufen und sich auf den Mund-Rachen-Raum oder Magen-Darmtrakt beziehen (zum Beispiel Verschlucken, heftiges Erbrechen, Einführung von Schläuchen, Absaugungen).
- b) Die fortdauernde Ablehnung des Essens zeigt sich auf einer der folgende Arten:
 - Das Kind verweigert die Flasche, lässt sich aber unter Umständen mit dem Löffel füttern; verweigert im Wachzustand die Flasche, trinkt aber unter Umständen daraus im Schlaf oder Halbschlaf;
 - oder verweigert feste Nahrung, trinkt aber aus der Flasche;
 - oder verweigert jegliche Nahrungsaufnahme über den Mund.
- c) Erinnerung an das traumatische Erlebnis ruft Unbehagen hervor. Dies manifestiert sich in einem oder mehreren der folgenden Faktoren:
 - Anzeichen von Stress, wenn Vorbereitungen zum Füttern getroffen werden.
 - Intensiver Widerstand, wenn das Kind mit der Flasche oder mit dem Essen konfrontiert wird.
 - Intensiver Widerstand gegen das Herunterschlucken von Nahrungsmitteln.
- d) Die Nahrungsverweigerung bedeutet eine akute oder langfristige Gefahr für die Ernährung des Kindes.

Behandlung von Posttraumatischen Ess- und Fütterstörungen:

Diese Ess- und Fütterstörung kann lebensbedrohlich sein und viele Kinder mit dieser Störung müssen letztendlich künstlich ernährt werden. Obwohl diese Intervention dem Kind das Leben rettet, beeinflusst die künstliche Ernährung das Erlebnis des Hungergefühls und verkompliziert die Störung noch weiter. In der Folge bleibt es extrem schwierig, diese Kinder zum Essen anzuhalten. Durch die Angst vor dem Schlucken und dem mangelnden Hungergefühl stellt das Füttern weiterhin ein Problem dar. Berichten von Benoit und Kollegen⁷ zufolge hat eine kontrollierte Studie jedoch ergeben, dass Verhaltenstherapie (Dekonditionierung) bei kleinen Kindern mit posttraumatischer Ess- und Fütterstörung erfolgreich ist. Ihr Ansatz verhalf 50 Prozent der Kinder, die vollständig von künstlicher Ernährung abhängig waren, ihren Widerstand gegen orale Nahrungsaufnahme zu überwinden, so dass die künstliche Ernährung eingestellt werden konnte, während sich die übliche Intervention mit strukturierten Speiseplänen und Routinen als völlig ineffektiv erwies.

Diese Methode erfordert jedoch speziell geschulte Therapeuten und Eltern, die angesichts eines Kleinkindes, das Angst hat, den Mund aufzumachen und etwas hinunterzuschlucken, den schmalen Grat finden zwischen Härte – gepaart mit Bestätigung, gegenüber der Anwendung von zu großem Zwang mit daraus folgender noch größerer Angst des Kindes vor dem Essen.

Chatoor^{19, 20} verfolgt hier eher einen Ansatz der Desensibilisierung. Die Angst des Kindes im Vorfeld der Füttersituation wird ausgewertet und durch graduelles Heranführen an die Flasche oder den Kindersitz lernt das Kind den Anblick dieser Dinge zu ertragen und zu überwinden. Das Kind wird dann dazu ermutigt, mit diesen Dingen zu spielen. Wenn sich das Kind daran gewöhnt hat, wird ihm ein klein wenig Essen auf die Lippen gegeben. Wenn das Kind auch das hinnimmt, kann man ihm ein wenig Essen in den Mund geben, bis es langsam, ohne Widerstand den Mund öffnet und das Füttern wieder erlaubt. Dieser Desensibilisierungsprozess dauert lange und kann sich über Monate oder Jahre hinziehen, bis das Kind soweit ist, ohne Widerstand zu essen. Manche Eltern kommen mit dem schnelleren Dekonditionierungsprozess – vorgeschlagen von Benoit und Kollegen⁷ – nicht zurecht und ziehen ein langsames Vorgehen vor. Allerdings ist diese stufenweise Desensibilisierung von Chatoor nicht in einer kontrollierten Studie überprüft worden.

7. Abschließende Bemerkungen

Als **Fazit** lassen sich bei jeder der sechs dargestellten Ess- und Fütterstörungen unterschiedliche Symptome, eine andere Krankheitsursache und die Erfordernisse für unterschiedliche Interventionen erkennen. Daher ist es besonders wichtig, eine akkurate Diagnose zu erstellen und die jeweils richtige Behandlungsmethode für die einzelne Ess- und Fütterstörung auszuwählen. Wie die Studie von Benoit und Kollegen⁷ zeigt, kann die eine Behandlungsmethode bei einer Ess- und Fütterstörung hilfreich, bei einer anderen völlig ineffektiv sein.

Den Schluss meines Referates soll ein Hinweis an alle Eltern bilden. Von ihnen hängt es zu einem Großteil ab, wie ihre Kinder die beschriebenen Probleme überwinden. Um vielen Eltern eine Hilfestellung zu geben, haben wir auf einer Seite Fütterrichtlinien für Eltern entwickelt – **siehe Abbildung 2** –, nach denen Kinder beigebracht werden kann, Essen nach Hunger und Sättigung zu regulieren.

FÜTTERRICHTLINIEN FÜR ELTERN

Wie Sie Ihrem Kind beibringen, Essen nach Hunger und Sättigung zu regulieren



- Füttern Sie Ihr Kind zu regelmäßigen Zeiten und halten Sie zwischen den Mahlzeiten Pausen von drei bis vier Stunden ein.
- Erlauben Sie dem Kind außerhalb der regulären Mahlzeiten weder eine Zwischenmahlzeit noch Saft oder Milch.
- Benutzen Sie Essen nicht als Geschenk, Belohnung oder Trost.
- Bestehen Sie darauf, dass das Kind bis zum Ende der Mahlzeit am Tisch sitzen bleibt.
- Bieten Sie nie mehr als vier verschiedene Speisen zu einer Mahlzeit an und stehen Sie nicht auf, um Ihrem Kind etwas anderes zu holen, falls es danach fragt.
- Fragen Sie Ihr Kind, ob es den Nachtisch oder andere Speisen zuerst essen möchte.
- Servieren Sie das Essen in kleinen Portionen und geben Sie dem Kind die Möglichkeit ein zweites und drittes Mal nach zu verlangen, bis es satt ist.
- Gestatten Sie während der Mahlzeiten keine Ablenkung (etwa durch Spielzeuge, Bücher oder Fernsehen).
- Loben Sie Ihr Kind, wenn es alleine isst aber bleiben Sie neutral was die Menge angeht.
- Loben oder kritisieren Sie Ihr Kind nicht dafür, wie viel oder wenig es isst.
- Versuchen Sie nicht durch Ablenkung, Überredung, Vergünstigungen oder Drohungen zu erreichen, dass Ihr Kind mehr isst.
- Wenn das Kind von seinem Stuhl aufsteht oder das Essen oder das Geschirr um sich wirft, warnen Sie es einmal. Wenn es nicht hören will, wenden Sie die Time-out-Methode an.

Abbildung 2

© I. Chatoor

Quellenverzeichnis

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 3, Washington DC (1980)
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4, Washington DC (1994)
3. Archer, L. A.; Szatmari, P.: Assessment and treatment of food aversion in a four-year-old boy: a multidimensional approach, In: Canadian Journal of Psychiatry 35 (1990), Nr. 6, S. 501-505
4. Ayoub, C.; Milner, J.: Failure to thrive: Parental indicators, types, and outcomes, In: Child Abuse and Neglect 9 (1985), S. 491-499
5. Babbitt, R. L.; Hoch, T. A.; Coe, D. A.: Behavioral feeding disorders. In: Tuchman D. N.; Walter R. S. (Eds.): Disorders of Feeding and Swallowing in Infants and Children, San Diego: Singular (1994), S. 77-95
6. Benoit, D.: Phenomenology and treatment of failure to thrive, In: Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 2 (1993), Nr. 1, S. 61-73
7. Benoit, D.; Wang, E. E.; Zlotkin, S. H.: Discontinuation of enterostomy tube feeding by behavioral treatment in early childhood: A randomized control trial, In: Journal of Pediatrics 137 (2000), S. 498-503
8. Benoit, D.; Zeanah, C. H.; Barton, M. L.: Maternal attachment disturbances in failure to thrive, In: Infant Mental Health Journal 10 (1989), S. 185-202
9. Bernal, M. E.: Behavioral treatment of a child's eating problem, In: Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 3 (1972), S. 43-50
10. Birch, L. L.: Development of food preferences, In: Annual Review of Nutrition 19 (1999), S. 41-62
11. Birch, L. L.; Birch, D.; Marlin, D. et al: Effects of instrumental eating on children's food preferences, In: Appetite 3 (1982), S. 125-134
12. Birch, L. L.; Gunder, L.; Grimm-Thomas, K.: Infants' consumption of a new food enhances acceptance of similar foods, In: Appetite 19 (1998), S. 283-295
13. Birch, L. L.; Marlin, D. W.: I don't like it; I never tried it: Effects of exposure on two-year old children's food preferences, In: Appetite 3 (1982), Nr. 4, S. 353-360
14. Birch, L. L.; Zimmerman, S. I.; Hind, H.: The influence of social-affective context on the formation of children's food preferences, In: Child Development 51 (1990), S. 556-561
15. Bithoney, W. G.; Dubowitz, H.; Egan, H.: Failure to thrive/grow deficiency, In: Pediatrics in Review 13 (1992), Nr. 2, S. 453-460
16. Black, M.; Dubowitz, H.; Hutcheson, J. et al: A randomized clinical trial of home intervention for children with failure to thrive, In: Pediatrics 95 (1995), S. 807-814
17. Burklow, K. A.; Phelps, A. N.; Schultz, J. R. et al: Classifying complex pediatric feeding disorders, In: Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 27 (1998), Nr. 2, S. 143-147
18. Chatoor, I.: Infantile anorexia nervosa: a developmental disorder of separation and individuation, In: Journal of the American Academy of Psychoanalysis 17 (1989), S. 43-64
19. Chatoor, I.: Eating and nutritional disorders of infancy and early childhood, In: Wiener, J. (Ed.): Textbook of Child and Adolescent Psychiatry, Washington DC: American Psychiatric Press (1991), S. 357-361
20. Chatoor, I.: Feeding and other disorders in infancy, In: Tasman, A.; Kay, J.; Lieberman, J. (Eds.): Psychiatry, Philadelphia: WB Saunders (1997), S. 683-701
21. Chatoor, I.; Conley, C.; Dickson, L.: Food refusal after an incident of choking: A posttraumatic eating disorder, In: Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry 27 (1988), S. 105-110

22. Chatoor, I.; Dickson, L.; Schaefer, S. et al: A developmental classification of feeding disorders associated with failure to thrive- Diagnosis and treatment, In: Drotar, D. (ed): *New Directions in Failure to Thrive: Research and Clinical Practice*, New York: Plenum (1985), S. 235-238
23. Chatoor, I.; Egan, J.; Getson, P. et al: Mother-infant interactions in infantile anorexia nervosa, In: *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 27 (1988), S. 535-540
24. Chatoor, I.; Ganiban, J.; Harrison, J. et al: The observation of feeding in the diagnosis of the posttraumatic feeding disorder of infancy, In: *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 40 (2001), Nr. 5, S. 595-602
25. Chatoor, I.; Ganiban, J.; Hirsch, R. et al: Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia, In: *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 39 (2000), Nr. 6, S. 743-751
26. Chatoor, I.; Getson, P.; Menvielle, E. et al: A feeding scale for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life, In: *Infant Mental Health Journal* 18 (1997), S. 76-91
27. Chatoor, I.; Hamburger, E.; Fullard, R. et al: A survey of picky eating and pica behaviors in toddlers, In: *Scientific Proceedings of the Annual Meeting of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, New York (1994), S. 50
28. Chatoor, I.; Harrison, J.; Ganiban, J. et al: A diagnostic classification of feeding disorders of infancy and early childhood. Poster presented at the Annual Meeting of the Eating Disorders Research Society, Prien am Chiemsee, Germany (2000)
29. Chatoor, I.; Hirsch, R.; Ganiban, J. et al: Diagnosing infantile anorexia: The observation of mother-infant interactions, In: *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 37 (1998), Nr. 9, S. 959-967
30. Chatoor, I.; Hirsch, R.; Persinger, M.: Facilitating the internal regulation of eating: A treatment model for infantile anorexia, In: *Infants and Young Children* 9 (1997), S. 12-22
31. Culbert, T. P.; Kajander, R. L.; Kohen, D. P. et al: Hypnobebehavioral approaches for school-age children with dysphagia and food aversion: A case series, In: *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 17 (1996), S. 335-341
32. Dahl, M.; Rydell, A. M.; Sundelin, C. et al: Children with early refusal to eat: Follow-up during primary school, In: *Acta Paediatrica Scandinavia* 83 (1994), S. 54-58
33. Dahl, M.; Sundelin, C.: Early feeding problems in an affluent society- I. -Categories and clinical signs, In: *Acta Paediatrica Scandinavia* 75 (1986), S. 370-379
34. Dahl, M.; Sundelin, C.: Feeding problems in an affluent society: Follow-up at four years of age in children with early refusal to eat, In: *Acta Paediatrica Scandinavia* 81 (1992), S. 575-579
35. Das SR: Inheritance of the PTC taste character in man: An analysis of 126 Rarhi Brahmin families of West Bengal, In: *Annals of Human Genetics* 22 (1958), S. 200-212
36. Dellert, S. F.; Hyams, J. S.; Treem, W. R. et al: Feeding resistance and gastroesophageal reflux in infancy, In: *Journal of Pediatric Gastroenterology Nutrition* 17 (1993), S. 66-71
37. Dibley, M. J.; Staehling, N.; Nieburg, P. et al: Interpretation of Z-score anthropometric indicators derived from the international growth reference, In: *American Journal of Clinical Nutrition* 46 (1987), Nr. 5, S. 749-762
38. Dowling, S: Seven infants with esophageal atresia: A developmental study, In: *Psychoanalytic Study of the Child* 32 (1977), S. 215-256
39. Drotar, D.; Malone, C. A.: Family-oriented intervention in failure to thrive, In: Klaus, M.; Robertson, M. O. (Eds.): *Birth Interaction and Attachment*, ed. 6, Skillman: Johnson & Johnson Pediatric Roundtable (1982), S. 104-112
40. Drotar, D.; Sturm, L.: Paternal influences in nonorganic failure to thrive: Implications for psychosocial management, In: *Infant Mental Health Journal* 8 (1987), S. 37-50
41. Emde, R.; Bingham, R.; Harmon, R.: Classification and the diagnostic process in infancy, In: Zeanah, C. (Ed.): *Handbook of Infant Mental Health*, New York: The Guilford Press (1993), S. 225-235
42. Evans, S. L.; Reinhart, J. B.; Succop, R. A.: Failure to thrive: a study of 45 children and their families, In: *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 11 (1972), S. 440-457

43. Feighner, J.; Robins, E.; Guze, S. et al: Diagnostic criteria for psychiatric research, In: Archives of General Psychiatry 26 (1972), S. 57-63
44. Fischhoff, J.; Whitten, C. F.; Pettit, M. G.: A psychiatric study of mothers of infants with growth failure secondary to maternal deprivation, In: Journal of Pediatrics 79 (1971), S. 209-215
45. Fraiberg, S.; Anderson, E.; Shapiro, U.: Ghosts in the nursery, In: Journal of American Academy of Child Psychiatry 14 (1975), S. 387-421
46. Galler, J. R.; Ramsey, R. L.; Solimano, G. et al: The influence of early malnutrition on subsequent behavioral development, In: Degree of Impairment in Intellectual Performance 22 (1988), S. 8-15
47. Goldbloom, R.: Growth in infancy, In: Pediatrics Review 9 (1987), S. 57-61
48. Gordon, A. H.; Jameson, J. C.: Infant-mother attachment in patients with nonorganic failure to thrive syndrome, In: Journal of the American Academy of Child Psychiatry 18 (1979), S. 251-259
49. Hamill, P. V. V.; Drizd, T. A.; Johnson, C. L. et al: Physical growth: National Center for Health Statistics percentiles, In: American Journal of Clinical Nutrition 32 (1979), S. 607-629
50. Handen, B. L.; Mandell, F.; Russo, D. C.: Feeding induction in children who refuse to eat, In: American Journal of Diseases of Children 140 (1986), S. 52-54
51. Harper, L. V.; Sanders, K. M.: The effect of adults' eating on young children's acceptance of unfamiliar foods, In: Journal of Experimental Child Psychology 20 (1975), S. 206-214
52. Homer, C.; Ludwig, S.: Categorization of etiology of failure to thrive, In: American Journal of Diseases of Children 135 (1981), S. 848-851
53. Kedesdy, J. H.; Budd, K. S.: Childhood Feeding Disorders, Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co. (1998)
54. Kerwin, M. E.: Empirically supported treatments in pediatric psychology: severe feeding problems, In: Journal of Pediatric Psychology 24 (1999), S. 193-214
55. Kessler, D.: Failure to thrive and pediatric undernutrition: Historical and Theoretical Context, In: Kessler, D. B.; Dawson, P. (Eds.): Failure to Thrive and Pediatric Undernutrition, Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co. (1999), S. 3-18
56. Lask, B.; Bryant-Waugh, R.: Prepubertal eating disorders, In: Garner, D. M.; Garfinkel, P. E. (Eds.): Handbook of Treatment for Eating Disorders, ed. 2, New York: Guilford Press (1997), S. 476-483
57. Lemons, P. K.; Dodge, N. N.: Persistent failure-to-thrive: a case study, In: Journal of Pediatric Health Care 12 (1998), Nr. 1, S. 27-32
58. Lindberg, L.; Bohlin, G.; Hagekull, B.: Early feeding problems in a normal population, In: International Journal of Eating Disorders 10 (1991), S. 395-405
59. Mahler, M. S.; Pine, F.; Berman, A.: The Psychological Birth of the Human Infant, New York: Basic Books (1975)
60. Marchi, M.; Cohen, P.: Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders, In: Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry 29 (1990), S. 112-117
61. McNally, R. J.: Choking phobia: a review of the literature, In: Comprehensive Psychiatry 35 (1994), S. 83-89
62. Morton, C. C.; Cantor, R. M.; Cory, L. A. et al: A genetic analysis of taste threshold for phenylthiocarbamide, In: Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae, Rom 30 (1981), S. 51-57
63. Nelson, S. P.; Chen, E. H.; Syniar, G. M. et al: One-year follow-up of symptoms of gastroesophageal reflux during infancy. Pediatric Practice Research Group, In: Pediatrics 102 (1998), Nr. 6, E 67
64. Olson, J. M.; Boehnke, M.; Neiswanger, K. et al: Alternative genetic models for the inheritance of the phenylthiocarbamide (PTC) taste deficiency, In: Genetic Epidemiology 6 (1989), Nr. 3, S. 423-434
65. Patton, R. G.; Gardner, L. L.: Growth failure in maternal deprivation. Springfield, IL: Charles C. Thomas (1963)
66. Pliner, P.; Lowen, E. R.: Temperament and food neophobia in children and their mothers, In: Appetite 28 (1997), Nr. 3, S. 239-254

67. Reif, S.; Beler, B.; Villa, Y. et al: Long-term follow-up and outcome of infants with non-organic failure to thrive, In: *Israel Journal of Medical Sciences* 31 (1995), Nr. 8, S. 483-489
68. Rydell, A. M.; Dahl, M.; Sundelin, C.: Characteristics of school children who are choosy eaters, In: *Journal of Genetic Psychology, Child Behavior, Animal Behavior and Comparative Psychology* 56 (1995), Nr. 2, S. 217-229
69. Sartorius, N.; Ustun, T. B.; Korten, A. et al: Progress toward achieving a common language in psychiatry, II: Results from the international field trials of the ICD-10 diagnostic criteria for research for mental and behavioral disorders, In: *American Journal of Psychiatry* 152 (1995), Nr. 10, S. 1427-1437
70. Satter, E.: The feeding relationship: Problems and interventions, In: *Journal of Pediatrics* 12 (1990), S. 115-120
71. Schmitt, B.; Mauro, R.: Nonorganic failure to thrive: An outpatient approach, In: *Child Abuse and Neglect* 13 (1989), S. 235-248
72. Shore, B. A.; Babbitt, R. L.; Williams, K. E. et al: Use of texture fading in the treatment of food selectivity, In: *Journal of Applied Behavior Analysis* 31 (1998), Nr. 4, S. 621-633
73. Singer, L. T.; Ambuel, B.; Wade, S. et al: Cognitive-behavioral treatment of health-impairing food phobias in children, In: *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 31 (1992), Nr. 5, S. 847-852
74. Silver, H. K.; Finkelstein, M.: Deprivation dwarfism, In: *Journal of Pediatrics* 70 (1976), S. 317-324
75. Solyom, L.; Sookham, D.: Fear of choking and its treatment, In: *Canadian Journal of Psychology* 24 (1980), S. 30-34
76. Spitzer, R.; Endicott, J.; Robins, E.: Research criteria: rationale and reliability, In: *Archives of General Psychiatry* 35 (1978), S. 773-782
77. Sturm, L.; Drotar, D.: Prediction of weight for height following intervention in three-year-old children with early histories of nonorganic failure to thrive, In: *Child Abuse and Neglect* 13 (1989), Nr. 1, S. 19-28
78. Timimi, S.; Douglas, J.; Tsiftopoulou, K.: Selective eaters: a retrospective case note study, In: *Child: Care, Health and Development* 23 (1997), Nr. 3, S. 265-278
79. Valenzuela, M.: Attachment in chronically underweight young children, In: *Child Development* 61 (1990), S. 1984-1996
80. Ward, M. J.; Kessler, D. B.; Altman, S. C.: Infant-mother attachment in children with failure to thrive, In: *Infant Mental Health Journal* 14 (1993), S. 208-220
81. Waterlow, J. C.; Buzina, R.; Keller, W. et al: The presentation and use of height and weight data for comparing the nutritional status of groups of children under the age of 10 years, In: *Bull World Health Organ* 55 (1977), S. 489-498
82. Weston, J.; Colloton, M.: A legacy of violence in nonorganic failure to thrive, In: *Child Abuse and Neglect* 17 (1993), S. 709-714
83. Wittenberg, J. V.: Feeding disorders in infancy: Classification and treatment considerations. Special Issue: Child Psychiatry, In: *Canadian Journal of Psychiatry* 35 (1990), Nr. 6, S. 529-533

Überlegungen zur Implementierung und Verstetigung sekundär-präventiver Beratungsansätze in der Jugendhilfepraxis

PROF. DR. JÖRG M. FEGERT

*Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,
Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm*

Einleitung

„It Takes Two to Tango“ war das Motto dieser Tagung und die Metapher vom Tanz von den abgestimmten Bewegungen, die geübt und gekonnt sein müssen, um wie selbstverständlich zu wirken. Diese Metapher hat sich als offensichtlich produktives Gedankenspiel erwiesen, denn die meisten Referentinnen und Referenten haben hierauf Bezug genommen. Es geht nicht um einen, es geht um die Beziehung, um die Interaktion.

Der folgende Beitrag wird das Bild vom Tanz weiter (hoffentlich nicht über-) strapazieren, um auf einige Probleme, aber auch auf die Chancen einer Verstetigung von Ansätzen zur frühen entwicklungspsychologischen Beratung hinzuweisen. Man möge mir als bekennendem Nichttänzer verzeihen, wenn manches Bild nicht genau trifft, meine Vorstellungen vom Tango sind wahrscheinlich ähnlich präzise wie manche Eindrücke von Hochschullehrern von der Praxis: Sie liegen aktiv weit zurück und leben derzeit nur noch von der Rezeption oder medial vermittelter Wahrnehmung.

1. Tango und St. Florian

Darf in Zeiten mit knappen Kassen die Frage nach Verstetigung modellhaft erprobter Ansätze überhaupt gestellt werden? Selbstverständlich, gerade in solchen Zeiten brauchen wir Innovation zum Wohl von Familien, um wieder verbesserte Rahmenbedingungen für Kinder zu schaffen. Die demographischen Zahlen zeigen eindeutig, dass in Familien und in den Start von Kindern ins Leben investiert werden muss, wenn wir in der Zukunft nur annähernd hinreichend Steuer- und Rentenzahler haben wollen. Diesen Zusammenhang, selten so platt formuliert, hat auch die Politik erkannt und wenn man sich heute fragt, wo spielt in der Jugendhilfe die Musik, dann kann man sagen, dass unter anderem das relativ neue Thema „frühe Kindheit“ mit dazu gehört.

Dies beweist nicht nur die Tatsache, dass diese Tagung von Fachleuten überbucht wurde. Allein das Grußwort der Ministerin, allein die familienpolitischen Grundsätze in der Regierungserklärung machen es deutlich, dass gerade auf der Bundesebene die Musik für den Früh-Tango forte gespielt wird. Auch der PISA-Schock und die Angst, reale Mängel im Bereich der Grundschulen – jetzt teilweise exkulpiert durch IGLU –

und vor allem der weiterführenden Schulen anzugehen, tragen dazu bei. Erschwerend kommt hinzu, dass Länderhoheit und Kultusministerkonferenz als Gralshütergremium des Stillstands ein minimalistisches Verharren im A- und B-Länderproporz bewirken. All dies hat dazu geführt, dass man wie zufällig die frühe Kindheit und die Vorschulzeit und damit außerschulische Akteure bei der Bildungsvermittlung wie Eltern, Kindergärten etc. für das Desaster verantwortlich machte. Nun bei aller Ironie: Es soll uns Recht sein, Kinderbetreuung, ein vernünftiger Start ins Leben, das Schaffen von Rahmenbedingungen ...

Das Beratungsmodell trifft während seiner Laufzeit auf ein deutlich positiveres politisches Umfeld als zum Zeitpunkt der Antragstellung, als die Förderung noch eine mutige und auch vertrauensvolle Entscheidung darstellte. Die Tatsache, dass der frühe Kindheitstango gerade auf der familienpolitischen Bundesebene im Moment gern gespielt wird, erleichtert sicher die Implementierung solcher Beratungsansätze.

Doch einige spielen auch Piano: Dies sind die Länder und Kommunen, welche erdrosselt vom Kostendruck und angesichts der massiven Steuerausfälle gar nicht mehr zum Üben kommen und schon in ihrem Standardrepertoire deshalb immer häufiger Missklänge produzieren. Gerne suchen sie in ihrer Not Zuflucht bei dem Schutzheiligen falsch verstandener Interdisziplinarität, bei St. Florian: „*Verschon' mein Haus, zünd andre an.*“ Dies ist die Logik, welche zwar die Notwendigkeit bestimmter Hilfen und Innovationen im Beratungsbereich bejaht, andererseits aber nachdrücklich andere Zuständigkeiten in der Kostenträgerschaft anmahnt. Ohnehin ist der Anfang beim Tanzen unglaublich kompliziert: Wer fordert wen auf, wer führt? Oder gar noch die demoralisierende Frage: Respektiert man mich hier auch hinreichend?

Wenn es um das einschlägige Wissen geht, dann führt die wissenschaftliche Entwicklungspsychologie mit ihrer exzellenten Forschung und ihrem Grundlagenwissen zur frühen Eltern-Kind-Interaktion und der vielseitigen Ausgestaltung unterschiedlicher Bindungstheorien. Wie Frau Prof. Crittenden kritisch angeführt hat, gerät sie manchmal ins Stolpern, wenn es um die Anwendung dieser Theorien außerhalb des Feldes hochkooperativer Mittelschichtfamilien geht, welche sich in der Regel für die Forschung zur Verfügung stellen. Hier haben in jüngerer Zeit Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpädiatrie sowie der ganze Frühförderbereich entwicklungspsychologisches Wissen die in diesen Einrichtungen praktizierten Ansätze zur Sekundärprävention oder Frühintervention integriert.

Mächtig, sowohl an Zahl, Ausbreitung, Etat, aber auch in der Entscheidungskompetenz und Federführung und dennoch häufig gequält von Komplexen ist die Tanzpartnerin „Jugendhilfe“. Sie verfügt über den breitesten Zugang, über das breiteste Repertoire von Angeboten und Hilfen. Sie ist sowohl in öffentlicher als auch in freier Trägerschaft organisiert und sie ist auch eine nachhaltige Spezialistin in der Intervention in Hochrisikosituationen. Verunsichern dürfte sie dabei nicht die uralten Dilemmata solcher Situationen, die schon Anna Freud benannt hat, nämlich, dass viele Angebote und Eingriffe immer zu früh oder zu spät erfolgen, dass immer zu wenig oder zu viel gemacht wird.

Es sind Statusprobleme, vor allem gegenüber Juristen und Ärzten, die schon manche Neigung zum Tanz im Anfang ersticken. Andere Tanzpartnerinnen, ebenfalls Kostenträger – zum Beispiel die Arbeitsverwaltung, die Rentenversicherungsträger oder gar die Krankenkassen – sind noch nie bei Selbstzweifeln ertappt worden, ob Ärzte sie als Gesprächspartner respektieren. Ihnen ist klar, dass derjenige, der zahlt, auch führt. Umgekehrt wissen sie es zu schätzen, wenn der Tanzpartner etwas kann und sie werden dann durchaus einmal „schwach“. Die Befreiung der Jugendhilfe von ihren Unterlegenheitsängsten kann nicht durch andere Professionen erfolgen. Sie ist eine zentrale Frage der Fachlichkeit. Eine Spezialisierung, so beispielsweise die Entwicklung von spezifischen Angeboten für bestimmte Altersgruppen und hier auch Angebote für die frühe Kindheit – können zu mehr interdisziplinärer Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe beitragen.

2. Wann wird getanzt, wo wird getanzt, wer fordert wen (wie) nachdrücklich auf?

Die Grenze zwischen Informationsvermittlung, Beratung und Intervention ist fließend. Deshalb sind Kinderärzte, Hebammen, Personen, die in Einrichtungen zur Tagesbetreuung arbeiten, privilegierte Vermittler solcher Informationen, aber auch privilegierte Anbieter früher Interventionen. Ihre große Chance ist, durch eine geschultere Wahrnehmung Hochrisikosituationen von Alltagsbelastungen unterscheiden zu können. Kindertagesstätten, die ausgebaut werden sollen, sind also auch zentrale Orte für Beratungsmodelle. Betriebskindergärten könnten hier in einer neuen Form von Private-Public-Partnership Akzente setzen, denn gerade Betriebe, welche den Einsatz von gut ausgebildeten Akademikerinnen oder Facharbeiterinnen schätzen, müssen in der Zukunft mehr für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf tun. Überall da, wo die Hilfe nicht nah zu den Familien und den üblichen Betreuungsstätten kommt, müssen Angebote aufgesucht werden. Hierbei ist ein Akzeptanz- und Nachfrageparadoxon zu beschreiben.

Nimmt man das Triple-P-Programm als ein Beispiel für ein in Deutschland relativ gut evaluiertes Beratungsprogramm (vgl. Heinrichs u. a. 2002) für Eltern von Kleinkindern und Vorschulkindern, dann wird dieses Programm vor allem von gut situierten Mittelschichtfamilien nachgefragt. Wie erreicht man aber die anderen Eltern? Eine erste Möglichkeit könnte beispielsweise der Einsatz von Mittelschichteltern als Multiplikatoren sein. Gerade in Zeiten knapper Kassen wird das bürgerschaftliche Engagement, das Ehrenamt, als eine mögliche Lösung vieler Finanzprobleme und Vermittlungsschwierigkeiten propagiert. Wichtig sind aber neben Berufsgruppenstandards auch Standards für ehrenamtliche Helfer, gerade in einem so sensiblen Bereich. Insgesamt wird man also kreativ sein müssen, um auf möglichst vielen Wegen Eltern mit kleinen Kindern Hilfen anzubieten und Informationsmaterialien zugänglich zu machen. Wichtig sind für viele Eltern oft nicht nur die Antworten, sondern wichtig ist es zu merken, dass sich andere Eltern die gleichen Fragen stellen. Der Einsatz so genannter FAQ (frequently asked questions) empfiehlt sich deshalb gerade auch für die Arbeit mit Elterngruppen, beispielsweise in Kindertageseinrichtungen.

Vertraut man der Politik und geht davon aus, dass insgesamt bessere Betreuungsvoraussetzungen und ein global familienfreundlicheres Umfeld geschaffen wird, so kann man beispielsweise die in den vergangenen Jahren erfolgte Reduzierung des Verwaltungsaufwandes, die Einmischung, die Überwachung und Kontrolle – nicht zuletzt durch die Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes und durch die Kindschaftsrechtsreform – eigentlich nur begrüßen. Allerdings ging diese Deregulierung nicht mit der notwendigen Spezialisierung und Sensibilisierung für die Wahrnehmung von Bedrohungslagen einher. Spezialisierte Angebote sind aber in Problem- und Konfliktsituationen wichtig. Angebote in der Breite, die beispielsweise in der Schweiz mehr als 80 Prozent aller jungen Eltern erreichen, haben auch den Zweck, zum systematischen Erkennen von Konflikten und schweren Interaktionsbeeinträchtigungen beizutragen. Hier muss Beratung, Information besonders früh einsetzen und muss belasteten Müttern oder Elternpaaren überhaupt die Chance gegeben werden, Momente des Einklangs in der Interaktion zu spüren und zukünftig zum Wohle der Kinder immer wieder spüren zu wollen.

Gerade in Hochrisikoverhältnissen ist die staatliche Gemeinschaft auch in der Wächterfunktion aufgerufen. Mitarbeiter von Institutionen und Diensten müssen unterstützen, Hilfen koordinieren und notfalls auch bei sehr starken Belastungen im Sinne des Kindeswohls intervenieren. Dabei sollten sie sich an den unstrittigen Basisbedürfnissen von Kindern orientieren, wie sie auch in der UN-Kinderrechtskonvention als zugrunde liegende Rechtstatsachen berücksichtigt wurden – **siehe Abbildung 1.**

**Kindliche Basisbedürfnisse und die Berücksichtigung
dieser Tatsachen in der UN-Kinderrechtskonvention**

Basisbedürfnisse	UN-Kinderrechtskonvention
Liebe und Akzeptanz	Präambel, Art. 6; Art. 12, 13, 14
Ernährung und Versorgung	Art. 27, Art. 26, Art. 32
Unversehrtheit, Schutz vor Gefahren, vor materieller emotionaler und sexueller Ausbeutung	Art. 16, Art. 19, Art. 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40
Bindung und soziale Beziehungen	Art. 8, 9, 10, 11; Art. 20, 21, 22
Gesundheit	Art. 24, 25, 23, 33
Wissen und Bildung	Art. 17; Art. 28, 29, 30, 31

Abbildung 1

© J. M. Fegert

Die entwicklungspsychopathologische Forschung, vor allem die Risikostudien und die damit verbundene Resilienz-Forschung, haben dazu geführt, dass wir heute sehr viel über Hochrisikobedingungen für Kinder vom Start an Bescheid wissen. Schwere psychische Erkrankungen der Betreuungspersonen, Sucht und Drogenabhängigkeit, Depression, Suizidalität, Schizophrenie eines oder beider Elternteile sind solche Belastungen. Aber auch häufige Wechsel des Betreuungssettings, massive sozioökonomische Belastungen, Belastungen durch Trennungsfolgen, permanenter Streit zwischen Eltern, erzwungener Umgang etc. können sich entwicklungshemmend auswirken. Belastung durch vorausgegangene Traumata, insbesondere durch Vernachlässigung, Misshandlung, sexuellen Missbrauch, sind mittlerweile sehr gut erforscht. Nach wie vor sind bestimmte Migrantengruppen in unserer Bevölkerung stigmatisiert und auch die Belastung durch die Geburt eines behinderten oder schwer erkrankten Kindes kann ein erhöhtes Risiko für Interaktionsprobleme darstellen. Hier braucht es also nicht mehr Wissen, sondern das bekannte Wissen muss in eine erreichbare Informations- und Beratungsroutine umgesetzt werden, zum Beispiel durch niedrigschwellige und aufsuchende Angebote oder durch eine intelligente Verknüpfung und Ergänzung unterschiedlicher Hilfen mit Bausteincharakter, durch spezifische Angebote für spezielle Lebenslagen, in denen gerade auch die Eltern Krankenbehandlung brauchen (psychische Erkrankungen, Sucht).

Manchmal kann der Aufbau einer weiteren stabilen, verlässlichen Beziehung, wie beispielsweise in den Patenschaftsmodellen in Niedersachsen und Hamburg, zur frühen Prävention in Familien in Risikokonstellationen beitragen (Beckmann 2003). Wichtig ist es auch, folgende Entwicklungs Herausforderungen zu antizipieren und gerade in entwicklungscharakteristischen Zeiten von Veränderungen erneut Angebote zu machen.

Die Realisierung eines Beratungsangebots in einer frühen Kindheitsphase heißt nämlich nicht, dass damit das Problem ein für allemal erledigt sein muss. Konrad Lorenz hat einmal die Schwierigkeit von Beratung herausgearbeitet:

- Gesagt ist nicht gehört,
- gehört ist nicht verstanden,
- verstanden ist nicht einverstanden,
- einverstanden ist nicht durchgeführt,
- durchgeführt ist nicht beibehalten.

So viele Schritte braucht es, um wirklich Veränderung zu bewirken. Jeder, der selbst einmal an ein eigenes „beratungsbedürftiges“ Verhalten denkt – so Rauchen, Trinken oder Essverhalten –, kann überlegen, auf welcher Stufe die Informationsmaterialien ihn erreichen, beispielsweise der Hinweis der EU Gesundheitsminister auf jeder Zigarettenschachtel. Wichtig ist es deshalb, beim (vorläufigen) Abschluss eines Beratungsprozesses dafür zu sorgen, dass Güterabwägungen, das heißt diskutierte positive und negative Argumente, für den Abschluss dokumentiert werden, dass Entwicklungs-

chancen und Entwicklungsrisiken antizipiert werden und dass nicht nur allein die Tatsache der stattgefundenen Beratung dokumentiert wird.

3. Reicht das Repertoire?

Prof. Dr. Wiesner hat in seinem Beitrag ausführlich auf das Repertoire der Jugendhilfe hingewiesen. Ihm ist zuzustimmen, dass es wünschenswert wäre, den § 16 SGB VIII dahingehend auszubauen, dass entwicklungspsychologisch fundierte Beratung verankert wird. Im Gegensatz dazu sollten problemspezifische Elterntrainings, die sich auch vielfach als erfolgreich erwiesen haben, noch stärker bei den Hilfen zur Erziehung erfasst werden. Leistungsangebote nach § 19 SGB VIII über die gemeinsamen Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder betreffen in der Regel Hochrisikokonstellationen. Gemeinsame Wohnformen sind Orte, an denen Mitarbeitertrainings in bindungsunterstützender Beratung quasi zum Grundhandwerk gehören sollten, denn nur eine intensive aufsuchende Unterstützung vor Ort kann da hilfreich sein.

Viele Hilfen werden unter §§ 27 ff. zu subsumieren sein und werden auch unter den jetzigen Rahmenbedingungen schon realisierbar sein – im Rahmen der Erziehungsberatung (§ 28), im Rahmen der Sozialpädagogischen Familienhilfe (§ 31) oder bei seelisch oder mehrfach behinderten Kindern im Rahmen des § 35 a, zum Teil in Verbindung mit § 39 BSHG als Eingliederungshilfe oder gerade bei den sehr kleinen Kindern als Form der Frühförderung (vgl. Wiesner u. a. 2000).

Im SGB V, dem Sozialgesetzbuch, das die Zuständigkeit der Krankenversicherung regelt, finden sich andere wichtige Elemente des Repertoires. Krankenbehandlung, Entwicklungsdiagnostik, Sozialpädiatrie, kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik in Institutsambulanzen, Vorsorge, medizinische Rehabilitation, medizinisch indizierte Mutter-Kind-Kuren, Hebammenbesuche, Unterstützungen im Haushalt während des Krankenhausaufenthaltes etc. lassen sich über die Krankenversicherung realisieren. Das Bundessozialhilfegesetz regelt Maßnahmen der Eingliederungshilfe beziehungsweise Hilfen zur Teilhabe und teilweise, je nach Länderrecht, Hilfen der Frühförderung. Hier muss allerdings angemerkt werden, dass auch die ausdrückliche Erwähnung der Frühförderung in § 30 SGB IX nicht zu einer Beruhigung der Debatte um die Finanzierung früher Interventionen geführt hat. Rentenversicherungsträger bieten vor allem als freiwillige Leistungen Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere auch für Hochrisikopopulationen, bei denen auch Kinder mit einbezogen beziehungsweise Kinder und Jugendliche mit ihren Eltern im Mittelpunkt stehen.

Neue Musik ist häufig für manche etwas abschreckend. Scheinbar ist dies auch mit neuer Sozialgesetzgebung so. Das SGB IX wird derzeit weitgehend ignoriert, obwohl es beispielsweise mit den dort formulierten Fristen, aber auch den Möglichkeiten, Komplexleistungen zu organisieren, im Einsatz von Servicestellen etc. gerade der Koordinierung von Hilfen und mit den zeitlichen Fristen der Eilbedürftigkeit im frühen Kindheitsalter besonders entsprechen würde (vgl. Fegert 2000, 2001). Es wäre deshalb sehr erfreulich, wenn sich der bayerische Drang nach Wesentlichkeit nicht immer wie-

der in restriktiven Attacken auf den § 35 a SGB VIII, mit dem Wunsch der Wiedereinführung des Wörtchens „wesentlich“ in dem Behinderungsbegriff Luft machen würde, sondern wenn wirklich Wesentliches, das heißt die Koordination von Hilfen, einmal angegangen werden würde.

Die derzeitige Familienministerin hat kurz nach ihrem Amtsantritt angeregt, ein Schulfach Kindererziehung und Familienerziehung einzurichten. Sie hat damit eine sicher zum Teil auch berechtigte kritische Debatte über die Berechtigung solcher Eingriffe des Staates und die Frage des Angebotspluralismus ausgelöst und insbesondere die großen Kirchen auf den Plan gerufen. Allerdings bleibt der Schwund an konkreter Erfahrungsmöglichkeit im Alltag, der durch neue Formen der Erfahrung ersetzt werden muss. Das Internet könnte hier sowohl für zukünftige Eltern als auch für junge Mütter und Väter ein bisher zu wenig genutztes Medium sein. Auch in der Beratung werden moderne Medien – zum Beispiel zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen – zukünftig stärker Anwendung finden müssen. Erste viel versprechende Ansätze für eine andere Altersgruppe, nämlich die jüngeren Schulkinder bis zur Pubertät, hat die Arbeitsgruppe von Schneewind (Schneewind 2003) mit einer hervorragenden CD-ROM vorgelegt.

Was wird nun zuerst gespielt, wer zahlt die Musik? Hier ist es wichtig, die subsidiäre Rangfolge von Kostenträgern zu beachten. Es wird der Jugendhilfe wenig nutzen, zu beklagen, wie viel Kosten bei ihr hängen bleiben, wenn es ihr nicht gelingt, andere, vorrangige Kostenträger in Komplexleistungen mit einzubinden beziehungsweise diese zur verbindlichen Leistung ihrer Anteile zu verpflichten – **siehe Abbildung 2.**

Klassifikation von Hilfen im Sinne der Vorrangigkeit der Kostenträger

 subsidiäre Rangfolge	Art der Maßnahme	gesetzliche Grundlage	Leistungsträger
	Eigenleistungen der Familie, Selbsthilfegruppen		eigene Ressourcen
	spezielle Beschulung	Ländergesetze	Kultusbehörde
	ärztliche Behandlungen -ambulant -teilstationär -stationär und Behandlungen durch Heilhilfsberufe -Logopädie -Krankengymnastik -Ergotherapie	SGB V RehaAnglG	gesetzliche Krankenversicherung bis zu gewissen Leistungsgrenzen
	Versorgung mit orthopädischen und anderen Hilfsmitteln		
	Hilfen zur Pflege	SGB XI	(Pflegeversicherung)
	Frühförderung	BSHG/KJHG=SGBVIII/SGB IX	Sozialamt oder Jugendamt
	Hilfen zur Erziehung	KJHG= SGB VIII	Jugendamt
	Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder	SGB VIII	
	Eingliederungshilfe für körperlich und geistig behinderte Kinder vorrangig SGB VIII	BSHG } SGB IX	Sozialamt

Abbildung 2

© J. M. Fegert

4. Etwas Choreographie ist nötig

Sollen frühe Beratungsmodelle erfolgreich implementiert werden, brauchen wir zunächst die Analyse spezifischer Faktoren des Scheiterns von frühen Hilfen durch multiple, unüberschaubare Behördenzuständigkeiten und eine Analyse der Risikofaktoren in spezifischen Belastungssituationen mit Bezug zum Wächteramt. Gerade für Risikosituationen braucht es ein zeitnahes, hocheffizientes Case-Management unter Nutzung der vorhandenen gesetzlichen Möglichkeiten zur Mobilisierung, Koordinierung diverser Ressourcen, Hilfen und Maßnahmen.

Es ist unverantwortlich, durch eine verbreitete Sensibilisierung und Beratung Risiken wahrzunehmen und dann keine koordinierten Hilfen anbieten zu können. Ein erster Schritt für eine immer geforderte „Vernetzung“ ist die Beschreibung und Anpassung der Versorgungsstruktur unter Berücksichtigung subjektiver Vorurteilsstrukturen der kooperierenden Fachgruppen. Anschließend kann die Verbesserung der Versorgungsprozesse und der Ergebnisqualität angegangen werden.

5. Tango- (Samba) Schulen

Die frühe Beratung scheint ein „Hit“ zu sein. Dies zeigt auf jeden Fall die Teilnehmerzahl bei dieser Tagung und das breite Interesse, auf das derzeit diese Fragen stoßen. Wenn ich auch als Außenstehender die frühe Kindheit nicht als einen blinden Fleck der Jugendhilfe bezeichnen würde, so kann man doch sagen, dass dieses neue Thema einerseits von einem Exotenbonus profitiert, andererseits hinsichtlich des Ausbildungswissens auch unter einem Exotenmalus leidet. Das beschriebene Repertoire ist oft nicht bekannt. Spezialisten für die frühe Kindheit kennen sich in der Jugendhilfe zu wenig aus. Es mangelt, wie die Tagung deutlich gezeigt hat, an einem aufbereiteten Transfer wichtiger Ergebnisse aus der Forschung in die Praxis.

In einer Diskussionsbemerkung hat Herr Werner dies am Beispiel der hier dokumentierten Forschungsergebnisse von Frau Prof. Dr. Rauh aufgezeigt. Solche Ergebnisse wären natürlich für die Praxis in der Betreuung gesunder und behinderter Kleinstkinder von großer Bedeutung. Es ist deshalb wichtig, ihre Rezeption durch einen verstärkten Forschungs-Praxis-Transfer sicherzustellen.

Zur Kooperation ist die Kenntnis der Möglichkeiten und Grenzen von Kooperationspartnern erforderlich. Will man Angebote vernetzen, braucht es vernetzte Weiterbildungen, an denen Professionelle aus unterschiedlichen Berufsgruppen teilnehmen und sich durch ihre unterschiedlichen Vorerfahrungen, die sie mitbringen, gegenseitig bereichern. Das Gleiche gilt für Bereiche der Fortbildung. Die Lehre an Universitäten und Fachhochschulen muss diese Thematik in ihren elementaren Curricula stärker aufgreifen. Für die Veränderungen der Praxis braucht es exemplarische Projekte, die zu regional unterschiedlichen Spielarten und einem Trägerpluralismus führen. Dies ist die Voraussetzung für eine Breitenwirkung der hier modellhaft entwickelten Beratungsansätze.

6. Anrempeln, gegen die Wand getanz oder die Problematik der „Vernetzung“

Vernetzung ist in den vergangenen Jahren von einem Modewort zu einem fast schon unerträglich abgegriffenen Begriff geworden, der immer dann bemüht wird, wenn unter dem Kostendruck an die Vernunft und das Engagement aller Beteiligten appelliert wird, doch einmal zusammenzuarbeiten. Dabei wird häufig verkannt, dass der hierarchische Aufbau von Ämtern eben diese Vernetzung radikal unterbindet, dass in der Regel – so durch Stellenbeschreibung – Zeit- und Finanzressourcen für Vernetzungsarbeit nicht geregelt sind, dass man sich allein auf den persönlichen Umgang der Fachpersonen verlässt, dass kein geregeltes Case-Management und keine geregelte Zuständigkeitsklärung erfolgt und dass – wenn es schon einmal Institutionen schaffen, sich zu vernetzen – dann die Vertretung von Betroffenen und die Berücksichtigung anderer partizipativer Elemente in der Regel zu kurz kommen. Deshalb prallen auch die vernetzungswilligsten „Tangotänzer“ immer wieder gegen Ressortwände.

Es gilt also, zu enge Wände einzureißen. Dies könnte durch klare Zieldefinition und Ressourcenbündelung, wie es Herr Werner an einigen Mannheimer Beispielen aufgezeigt hat, zu Kostenersparnissen und zu fundierten neuen Angeboten führen. Die Aufrechterhaltung der Ressourcengrenzen lassen wir uns zum Teil unglaublich viel Geld kosten. In der Regel sind heute Kostenträger lieber bereit, eine Maßnahme ganz oder gar nicht zu bezahlen, als sich mit einem anderen Träger zusammenzusetzen. Wenn in der Vergangenheit häufig über das Verhältnis zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe gestöhnt wurde und viele Leute zu unterschiedlichen Zeitpunkten den § 35 a SGB VIII am liebsten wieder loswerden wollten, so ist doch das Verhältnis dieser beider „Tanzpartner“ im Vergleich zum Verhältnis Schule und Jugendhilfe schon mit der Beweglichkeit des fortgeschrittenen Niveaus am besten beschrieben. Überall da, wo etablierte Bürokratien aufeinandertreffen, scheint kaum Bewegung mehr möglich zu sein. Jeder in der interdisziplinären Forschung Erfahrene weiß, dass es das Dümme wäre, ressortübergreifende Förderung zu beantragen. Dies führt derzeit nur zu einem unwürdigen Hase- und Igel-Spiel, auf dem schon mancher kreative Forschungsentwurf seine letzte Puste ausgehaucht hat.

Wann endlich werden – vielleicht auch auf Druck von oben – die Ministerien umdenken, werden die einzelnen Referate gezwungen werden, einen Anteil ihrer Forschungsmittel – zunächst vielleicht 25 Prozent, später ein Anstieg bis auf 50 Prozent – für ressortübergreifende oder sogar hausübergreifende Forschung auszugeben? Ein solcher Veränderungsvorschlag wäre, im Gegensatz zu den Behauptungen in vielen Gesetzesentwürfen, tatsächlich kostenneutral, würde aber sofort eine völlige Veränderung des Zusammenarbeitsklimas mit sich bringen.

Ein weiterer wichtiger Schritt für eine Verbesserung der Zusammenarbeit wäre eine Standardisierung der Instrumente in der Zusammenarbeit. Überall da, wo Expertinnen und Experten zur Begründung von Hilfen zur diagnostischen Einschätzung etc. notwendig sind, sind gerade dann, wenn es um kleine Kinder geht, sehr schnelle Bearbeitungswege zu fordern. Die im SGB IX angesprochenen Fristen sind hier absolut korrekt. Es darf nicht mehr als vier Wochen dauern, bis entsprechende Hilfen umgesetzt

werden; oft ist auch das noch zu lange. Ohne eine gewisse Standardisierung der Kooperation ist dies nicht möglich. Standards stellen auch einen wichtigen Schritt zur Implementation und Verbreitung von Hilfen dar. Standards sind immer ein fachliches Minimum, auf das sich eine Expertengruppe einigen konnte. Standards können und sollen in der Praxis übertroffen werden, dürfen aber nicht unterschritten werden. Sie sind gebunden an den jeweils gesicherten und von der Fachcommunity getragenen Wissensstand. Deshalb soll bei der Formulierung von Standards auch immer ein Verfallsdatum definiert werden, weil ihre permanente Revision in der fachlichen Diskussion nötig ist. Standards sollten leicht zugänglich publiziert werden, zum Beispiel im Internet. Sie dienen sowohl dazu, ethische Grundprinzipien zu formulieren, als auch dazu, Leitlinien und Handlungsanweisungen zu geben.

Natürlich ist auch die Überprüfung der Einhaltung von Standards erforderlich, das heißt, jede Standardformulierung ist Voraussetzung für eine Qualitätssicherung und sollte Qualitätsmanagement im Sinne der Erfassung der Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität nach sich ziehen. Im Elften Kinder- und Jugendbericht wird der eklatante Mangel an ergebnisbezogener Forschung in der Jugendhilfe angeprangert. Mehr Evidenz ist zu fordern; allerdings bedeutet auch dies das Ende von „anything goes“. Frau Prof. Crittenden hat in ihrem Vortrag darauf hingewiesen, dass nicht für jeden Zustand das gleiche empirisch abgesicherte manualisierte Vorgehen das richtige sein kann. Hier wird es in der Zukunft nötig sein, eine vernünftige Balance zwischen der Abstimmung auf den Einzelfall und der Anwendung gesicherter Methoden zu finden.

7. Schluss: „It Takes More Than Two to Tango.“

Zum Tanzen muss man wissen, wo die Musik spielt. Dies muss man zum Beispiel aus dem Radio oder leicht zugänglichen Medien erfahren. Wir brauchen Transparenz, Information und Beratung über frühe Beratung. Um beim Tangotanz weiterzukommen, muss man in der Lage sein, Verabredungen zu treffen und Termine einzuhalten, oder man muss dem Tanzpartner auf die Bude rücken. Ich glaube, dass die sehr offenen Worte von Prof. Häfeli über den „Mythos der Freiwilligkeit“ deutlich gemacht haben, dass nicht nur tanzbegeisterte Mittelschichteltern, die eine hohe Akzeptanz zeigen, sondern auch Nichttänzer schließlich in Tangokurse gelockt werden können, wenn man sie zu Hause abholt. Dies setzt natürlich auch bestimmte persönliche Voraussetzungen bei den Helfern, ein hohes Hintergrundwissen, Talent, Begabung voraus; das Umfeld muss stimmen, die Musik, die Stimmung, die anderen Tänzer. Wichtig ist hierfür eine Öffentlichkeitsarbeit.

Ist Tangotanz bei uns schon „in“? Es gibt Kulturen, in denen Tango ein identitätsstiftendes kulturelles Merkmal ist. Wäre es nicht schön, wenn in Deutschland frühkindliche Interventionen eingebettet wären in ein generelles familienfreundliches, unterstützendes Umfeld? Gerade die Ressourcenknappheit macht deutlich, dass man mehr als zwei zum Tango braucht. Allerdings vergeht vielen schon die Lust am Tanzen, wenn es so viel Streit ums Geld gibt.

Nun zum Abschluss noch zur konkreten Zukunft des Modellprojekts: Gerade diese Tagung hat uns unbedingt ermutigt weiterzumachen, die Ansätze des entwicklungspsychologischen Beratungsmodells noch breiter in die Praxis einzuführen. Andererseits bin ich der festen Überzeugung, dass Modellprojekte auslaufen sollen und man deren Weiterförderung nicht mit der Angst vor ihrem Aussterben erpressen sollte. Wenn ein Modellprojekt seine Zielsetzung erreicht hat – und dies hat dieses Projekt, das kann man jetzt schon feststellen –, lohnt es sich, in seine Verbreitung zu investieren. Ausbildungsangebote an Universitäten und Fachhochschulen sollten vielleicht auch mit dem Einsatz von öffentlichen Mitteln gefördert werden. Moderne Medien wie CD-ROM oder DVD müssen mit den hier entstandenen wertvollen Materialien erstellt werden.

Die Geldgeber können aber auch auf die Attraktivität des entwickelten Modells bei der Verbreitung vertrauen. Wie wäre es, wenn sich der Bund und die entwickelnden Forscher die Weitergabe dieses Ausbildungscurriculums an Weiterbildungsanbieter, die zum Teil auch aus dem Bundesjugendplan finanziert werden, oder an die Industrie durch Lizenzgebühren refinanzieren lassen würde und dadurch neue Maßnahmen ermöglichen würde? Modellprojekte sollten auch dazu dienen, aufgetretene Probleme und Fragestellungen zu bündeln und für neue Projektformulierungen vorzubereiten. Bei sehr vielen Projekten, die ich in jüngster Zeit durchführen oder begleiten durfte, ist dies das Dilemma von Ressort- und Leistungsgrenzen. Ein Modellprojekt zu einem „Schengen-Abkommen“, welches die Freizügigkeit zwischen den Systemen herstellt, wäre schon eine spannende Sache. Gerade die Auseinandersetzung mit der „Beziehung als Klient“ oder den „Klienten als Beziehung“, lässt sich am schlechtesten bestimmten Töpfen zuordnen. Aber altersgruppenspezifische Kompetenz lässt sich an geeigneten Orten durch Mischfinanzierung etablieren.

Die Praxis zeigt, dass unsere Bedenken bei der Vorbereitung des SGB IX nicht verfehlt waren, weil viele Regelungen Kindern bisher im Sinne von Komplexleistungen und Mischfinanzierungen keinen erkennbaren Fortschritt gebracht haben oder nur im Sinne der Einhaltung der gerade für Kinder wichtigen Fristen etwas weitergeholfen haben.¹

In einer Debatte hatte mir der sicher echauffierte Behindertenbeauftragte der Bundesregierung auf die Forderung nach spezifischen Regelungen für Kinder und Jugendliche einmal geantwortet, man könne doch nicht für jede Randgruppe ein neues Gesetz machen. Seit die Bundesregierung zunehmend merkt, dass Familien mit kleinen Kindern und kleine Kinder wirklich zur Randgruppe zu werden drohen, und seit man dies aktiv verhindern will, wäre es vielleicht auch eine spannende Frage, noch einmal die Voraussetzungen von Komplexleistungen zum Wohle von Kindern zu überprüfen. Dafür wäre es absolut wichtig, „health costs“ und „social costs“ gemeinsam zu analysieren. Es geht nicht, dass wir immer nur im Bereich einzelner Budgets versuchen, teilweise auch durch Taschenspielertricks der Verlagerung, Kosten einzusparen und damit zur generellen Kostenexplosion beitragen. Es ist sicher völlig unzeitgemäß, Neues zu

¹ vgl. UN-Kinderrechtskonvention sowie europäisches Übereinkommen zur Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention

fordern, ohne etwas aufzugeben. Soziales Niedergangsgejammer fördert nur noch den ohnehin schon stark verbreiteten Burn-Out in vielen psychosozialen Berufen. Weiterbildung und Kompetenzerweiterung im Bereich der frühen Kindheit ist gerade durch die erwiesene relativ schnelle Wirksamkeit und durch den Spaß an der frühen Interaktion am Tango zwischen Bezugsperson und Kind auch ein wichtiges Mittel gegen Burn-Out.

Literatur

Beckmann, O.: Patenschaften für Kinder junger und/oder psychisch kranker Mütter. Ein Hamburger Modellprojekt des PFIFF e. V. zur flexiblen und zur Vermeidung von Fremdplatzierung, In: Fegert, J. M.; Ziegenhain, U. (Hrsg.): Hilfen für Alleinerziehende. Die Lebenssituation von Einelternfamilien in Deutschland, Weinheim: Beltz (2003), S. 241-253

Fegert, J. M.: Kinder und Jugendliche bei der Einführung des SGB IX stärker im Blick behalten, In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand 39 (2001), Nr. 2, S. 94-101

Fegert, J. M.: Bessere Teilhabe durch Integration unter ein gemeinsames Dach – Ein Beitrag zur geplanten Verabschiedung eines SGB IX. Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Heymanns 87 (2000), S. 441-446

Heinrichs, N.; Saßmann, H.; Hahlweg, K.; Perrez, M.: Prävention kindlicher Verhaltensstörungen, In: Psychologische Rundschau, Göttingen: Hogrefe 53 (2002), Nr. 4, S. 170-183

Schneewind, K. A.: Freiheit in Grenzen. Eine interaktive CD-ROM zur Stärkung elterlicher Erziehungskompetenzen für Eltern mit Kindern zwischen 6 und 12 Jahren, München: Creative Communication Concepts (2003)

Wiesner, R. (Hrsg., Verf.); Mörsberger, T.; Oberloskamp, H.; Struck, J.: SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. München: Beck (2000), 2. völlig überarb. Aufl.

Abschlussdiskussion: Entwicklungspsychologische Potenziale nutzen – Wohin geht die Jugendhilfe in der Praxis?

MODERATION: PROF. DR. JÖRG M. FEGERT

*Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,
Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm*

Prof. Dr. Jörg M. Fegert: Ich möchte mich nicht bei langen Vorbemerkungen aufhalten, weil vieles schon gesagt wurde, sondern vorschlagen, sogleich mit der Debatte oder der Diskussion zu beginnen. Was meinen Sie, wie können künftig die entwicklungspsychologischen Potenziale in der Praxis der Jugendhilfe genutzt werden?

Jörn Frühauf, *geschäftsführender psychologischer Psychotherapeut im Sozialtherapeutischen Zentrum, Berlin; Vorstand im Berliner Arbeitskreis für psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung (BAPP):* Ich möchte noch vor der Diskussion einen kurzen ergänzenden Hinweis einbringen, da dieser gerade bei den derzeit nicht selten zu beobachtenden Tendenzen zur Leistungsverzögerung oder gar Leistungsverweigerung nicht ohne praktische Bedeutung sein dürfte.

Prof. Dr. Fegert hatte bereits erwähnt, dass man aus taktischen Gründen auch den Leistungsträger, den man *nicht* für geeignet hält, angehen kann. (Dessen negative Be-scheidung wirke – so habe ich das jedenfalls verstanden – dann im weiteren Verfahren beschleunigend.) Wenn man vermutet oder absehen kann, dass die Leistungsträgerschaft strittig sein könnte, sollte man nach meinen Erfahrungen ein anderes Verfahren wählen, nämlich nach § 43 Absatz 1 SGB I. Danach hat auf Antrag der „*zuerst ange-gangene Leistungsträger vorläufig Leistungen*“ zu erbringen, die „*spätestens nach Ablauf eines Kalendermonats*“ beginnen müssen.

Prof. Dr. Jörg. M. Fegert: Das stimmt so nicht. Im SGB IX steht, dass für genau diese Fragen das SGB IX vorrangig ist. Auf das Argument mit dem SGB I hatte ich in der Vergangenheit selbst immer wieder aufmerksam gemacht. Doch aktuell ist das anders.

Jörn Frühauf: Ja schon, aber ich merke, dass es hier im Plenum auch andere Interes-senten gibt, für die eben nicht nur das SGB IX, sondern zum Beispiel das SGB VIII von Bedeutung ist. Ich wollte nur ergänzend für die anderen Bereiche darauf hinwei-sen, dass taktisch das erwähnte Mittel durchaus nach wie vor von praktischer Bedeu-tung ist.

Bei der Gelegenheit noch ein zweiter Gedanke: Ich habe gemerkt, dass viele Kollegen die einschlägigen Gesetzestexte überhaupt nicht oder zumindest nicht ausreichend kennen. Von der wünschenswerten Kenntnis von Kommentaren zu zentralen Fragen will ich hier gar nicht sprechen. Ich möchte nur darauf hinweisen, dass beim Bundes-

presseamt oder bei der Pressestelle des Bundesministeriums¹ kostenlos Broschüren mit SGB-Gesetzestexten bestellt oder über das Internet heruntergeladen werden können. Die einschlägigen Gesetze wenigstens in den zentralen Punkten zu kennen, sollte eigentlich gerade in der heutigen Situation selbstverständlich sein. Leider haben viele Kolleginnen und Kollegen eine geradezu dramatische Unkenntnis dieser doch nicht unwichtigen Rahmenbedingungen, was wiederum dazu führt, dass da zwar viel lamentiert wird, aber gleichzeitig nur zu oft wenig kompetent und zielgerichtet um die Aufrechterhaltung wenigstens des Status quo gekämpft wird.

Heinz-Hermann Werner, *Leiter des Jugendamtes der Stadt Mannheim*: Ich möchte mich bei Prof. Dr. Fegert bedanken. Er hat in seinem Resümee zu der Fachtagung an den in Betracht kommenden Stellen sehr deutlich und eindrucksvoll aufgezeigt, wo in der Praxis angesetzt werden muss. Ich will aus meiner Perspektive noch auf das Kooperationsverhältnis von Jugendhilfe und Schule eingehen, wo die Verhältnisse noch viel schlechter waren und teilweise noch sind, wo aber zumindest in Mannheim erhebliche und spürbare Erfolge in der Zusammenarbeit erreicht werden konnten.

Ich möchte das unter zwei Gesichtspunkten kurz skizzieren. Erstens: Es war ein langer Weg zur Begründung einer guten Kooperation. Gelungen ist er nach einigen vergeblichen Versuchen erst mit einem neuen Leiter beim Staatlichen Schulamt, dem diese Kooperation ebenso wie mir ein persönliches Anliegen war. Wir beide waren uns schnell darüber einig, dass die Kooperationsbemühungen top-down angegangen werden müssen, sollten sie eine grundsätzliche und dauerhafte gemeinsame Arbeitsgrundlage darstellen. Ansonsten bleiben nämlich Versuche zur Zusammenarbeit nur auf Einzelgelegenheiten beschränkt und sie bekommen keine Struktur. Deshalb mein Hinweis: Man muss dieses Thema als Leitungsthema verstehen und im Vorgehen sehr nachhaltig sein und darf nicht locker lassen.

Zweitens: Wir sind in Mannheim bei den Strukturgestaltungen so weit gekommen, dass es in Präventionsprojekten gemeinsame Teams mit einer Sozialarbeiterin des Jugendamtes und einer Lehrerin der Schule gibt. Daraus entwickelt sich für die Zielgruppe natürlich auch das, was wir als notwendig beschrieben haben.

Ein dritter Aspekt kommt hinzu: Wir haben seit dem Jahr 2000 einen über fünfzehnprozentigen Anstieg der Fallzahlen in der Erziehungshilfe und mittlerweile im Bestand der Erziehungshilfefälle über 1.200 Einzelfälle. Bei der Erläuterung und Bewertung im Jugendhilfeausschuss zu dieser zahlenmäßigen Entwicklung habe ich unter anderem als Begründung für die Fallzahlsteigerung darauf hingewiesen, dass dies auch ein Ergebnis verbesserter Kooperation ist. Denn wenn man sehr intensiv mit dem Schulbereich zusammenarbeitet, wird man frühzeitiger auf Problemstellungen und Handlungsnotwendigkeiten aufmerksam gemacht, was fachpolitisch wünschenswert und richtig ist. Fachpolitisch ist das in Mannheim auch abgesichert und hat Akzeptanz gefunden. Schwieriger ist sicherlich der nächste Schritt, im Gemeinderat auch finanzpolitisch die Akzeptanz zu erfahren. Aber deswegen halte ich es für erforderlich, solche

¹ Kontakt unter www.bmfsfj.de beziehungsweise broschuerenstelle@bmfsfj.bund.de

Entwicklungen von vornherein als eine Zielsetzung mit zu formulieren und darauf hinzuweisen, dass Kooperation eben zwei Aspekte verfolgt: erstens die unterschiedlichen Kompetenzen und Ressourcen zu nutzen und damit auch Erziehungshilfe zu vermeiden sowie zweitens die Frühzeitigkeit notwendiger Hilfestellung zu verfolgen, die dann gegebenenfalls zu Fallzahlsteigerungen in der Einzelfallhilfe führt.

Was die unterschiedlichen Ressourcen und Kompetenzen anbelangt, so verweise ich auf das Resümee von Prof. Dr. Fegert. Gerade nach den jüngsten Schreckensmeldungen der Steuerschätzer ist doch völlig klar, dass in der nächsten Zeit auch auf kommunaler Ebene eine ganz andere Diskussion laufen wird als bisher und wir mit weiteren Einsparvorgaben auch im Bereich der Jugendhilfe einschließlich der Erziehungshilfe rechnen müssen. Es wird daher künftig noch wichtiger sein, positive, von uns gewollte Entwicklungen im Kooperationswege zu befördern. Dazu müssen sich die Kooperationspartner über gemeinsame Ziele und Wege verständigen und dann in den jeweiligen Bereichen die Ressourcen bereit stellen, indem man den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entsprechende Prioritäten vorgibt, um ihnen klar zu machen, was wichtig ist und unter welchen Bedingungen gewollte Entwicklungen nur zustande kommen können.

Da wir in Mannheim schon seit vielen Jahren mit Haushaltsproblemen zu kämpfen haben, ist uns auf diesem Kooperationsweg mit der Schule, beispielsweise auch mit der Polizei bei der Gewaltprävention und bei Maßnahmen zur Kinder- und Jugenddelinquenz oder mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie trotz knapper werdender Ressourcen in allen Bereichen doch noch einiges an positiver Entwicklung gelungen.

Dr. Ute Ziegenhain, *Pädagogische Leiterin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm*: Ich möchte das gern ergänzen und mich bei Herrn Werner für die anschauliche Verquickung von Jugendhilfe und einem entwicklungspsychologischen Herangehen bedanken. Was bei dem frühzeitigen Herangehen an Probleme und bei der Kooperation verschiedener Fachkräfte wichtig ist, lässt sich mit der Metapher umschreiben: „Wie bekommt man den Ball in die Hand“. Das bedeutet, Strukturen zu entwickeln, die präventiv greifen, und nicht erst, wenn Probleme bereits entstanden sind. Das Netz müsste vorhanden sein. Das ist etwas, was letztlich nicht nur förderlich, sondern durchaus auch kostensparend sein dürfte. Das heißt, man käme nicht dann zu den Familien, wenn Probleme auftreten, sondern man hätte sozusagen Zugänge bereits entwickelt. Das dürfte eine sehr ökonomische und hilfreiche Arbeitsweise sein.

Dr. Mauri Fries, *Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm, Weiterbildungsprojekt „Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“*: Mir ist während der Tagung in den Sinn gekommen, dass die Top-down-Strategie durch Informationen von unten nach oben zu ergänzen ist; ich meine vor allem die Fachkräfte, die sich vor Ort mit den Themen beschäftigen. Diese Fachkräfte können den Entscheidungsträgern das notwendige Wissen überhaupt erst vermitteln. Wir müssen daran denken, dass die Daten aus der Beratungsarbeit sowie aus der Forschung zur frühen Kindheit an die Entscheidungsebenen herangetragen werden. Ich halte es für eine

wichtige Ergänzung, sich auch diesen Weg als Ergänzung des von Herrn Werner beschriebenen Top-Down-Prozess anzuschauen.

Ich sage das auch deshalb, weil ich mit Genugtuung einen Prozess beobachte, den ich seit Mitte der Neunziger Jahre begleiten konnte, nämlich die Etablierung von Beratungsangeboten für die frühe Kindheit. Damit hatten zunächst Mitglieder der GAIMH, der deutschsprachigen Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit, 1996 mit den Kollegen aus Österreich und der Schweiz gegründet, angefangen. Diese Gesellschaft kam zunächst primär aus einem psychiatrischen Hintergrund. Für mich ist es nun ein ganz wichtiges Moment, dass wir bei dieser Tagung versuchen, die Verbindungsstellen von Jugendhilfe, Entwicklungspsychologie und Psychiatrie (sowohl Kinder-, Jugend als auch Erwachsenenpsychiatrie) unter dem Aspekt der frühen Kindheit genau zu beschreiben.

In der Vergangenheit haben wir die Notwendigkeit des Wissenstransfers aus der Forschung an die Fachleute unterschätzt und zu wenig vorangetrieben. Ich möchte darauf hinweisen, dass die Arbeitsgruppe „Präventive Interventionen bei Familien mit Risikokonstellationen“ der GAIMH in einem aktuellen Thesenpapier Argumente für die Notwendigkeit früher Hilfen zusammengetragen hat.

Rosemarie Daumüller, *Referentin für Frauen und Familie im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche Deutschlands, Stuttgart*: Ich möchte aus dem Blickwinkel einer Kollegin berichten, die hier die freien Träger vertritt. Die Wohlfahrtsverbände sind diejenigen, die in ihren Angeboten und Einrichtungen die Klientel vor Ort erleben und zwar in den unterschiedlichsten Angebotsformen: offene Angebote, ambulante Formen, Beratung und stationäre Angebote.

Die Diakonie ist dabei so etwas wie ein Seismograph für gesellschaftliche Entwicklungen. Ich sehe bei dem Thema „frühe Kindheit“ – bezogen auf die Verbesserung von Lebenslagen – ein ganzes Spektrum an Notwendigkeiten. Ich erwähne das zunächst, obwohl wir eigentlich bereits auf der Ebene von Kooperation diskutieren. Es muss aber ein grundlegendes Anliegen aller Akteure bleiben, Rahmenbedingungen zu verbessern und zwar sowohl in Bezug auf materielle, existenzielle Absicherung als auch auf die Ausgestaltung von sozialer Infrastruktur für Familien. Dazu gehört als dritte wichtige Säule auch die Eltern- und Familienbildung. In diesem dritten Bereich bewegen wir uns jetzt, wenn es darum geht, Eltern- und Erziehungskompetenz zu stärken und dabei die Potenziale der Jugendhilfe zu nutzen.

Wir hatten während dieser Tagung immer wieder über jugendliche Mütter und ihre Kinder in Mutter-Kind-Einrichtungen geredet, ebenso über Familien mit gewaltgeprägten Lebensumständen und Familien in Armutslagen. Zum Beispiel halte ich die Chance, in Mutter-Kind-Einrichtungen mit gezielten Interventionen bei den jungen Müttern und ihren Kindern wirklich etwas bewirken zu können, deswegen für so hoch, weil dort eine Verschränkung von lebenspraktischen Hilfen und ganz spezieller Beratung existiert. Diese Chancen sollten von den Einrichtungen und vom Jugendhilfeträger noch viel bewusster genutzt werden.

Dann ist auch noch einmal zu überlegen, wie es gelingen kann, Zugang zu Familien zu erhalten, die ein Hochrisikopotenzial haben. In diesem Zusammenhang hat mich der Vortrag von Prof. Dr. Chatoor beeindruckt. Es müsste noch einmal darüber nachgedacht werden, wie man vor dem Hintergrund von Freiwilligkeit verbindliche Angebote an prinzipiell mündige Eltern machen kann, bei denen es nicht egal sein kann, ob sie kommen oder nicht kommen. Wie ist es möglich, Zugang zu diesen häufig benachteiligten Eltern in deren Alltagssituation zu bekommen? Wie kann es gelingen, Lebensqualität zu verbessern und gleichzeitig diese sehr spezialisierte Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern anzubieten?

Donald Vogel, *Leiter der Koordinationsstelle der Kinder- und Jugendambulanzen/Sozialpädiatrischen Zentren in Berlin und Mitarbeiter des Weiterbildungsprojektes „Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“*: Aus der Perspektive des Projektes, bei dem ich von Anfang an dabei war, schwirrt mir bei der Vielzahl der Vorschläge, wie das Projekt weiterentwickelt werden sollte, etwas der Kopf. Ich fand die Anregungen von Prof. Dr. Fegert sehr beeindruckend, der – salopp formuliert – eine Art „Volksbewegung“ für die Sorge um frühkindliche Bindungsentwicklung initiieren möchte. Dagegen favorisiert Herr Werner eher die Verwaltungswege von oben nach unten in den Jugendbehörden. Beides muss sich nicht widersprechen, sondern kann sich auch ergänzen.

Im Projektverlauf waren die Wünsche, die an das Projekt herangetragen wurden, vielfältiger Natur. Zum einen wurde mehr Spezialisierung und Vertiefung der Ausbildungsinhalte gefordert – für ältere Kinder, für Kinder mit Behinderungen, für Kinder bei drohender Verwahrlosung usw. Zum anderen wurden Kurzversionen des Kurses verlangt, eine Bindungstheorie „light“ in Zwei-Tage-Kursen für Erzieher in Kindertagesstätten oder auch für Eltern – und das in einer Phase, in dem das Kurskonzept erst formiert wurde.

Wir haben uns für einen Mittelweg entschieden. Das Projekt ist nicht auf die ganz große Breitenwirkung hin angelegt. Nebenbei bemerkt, finden Breitenwirkungen auch auf anderen Ebenen statt; über Medien wie Fernsehen oder Internet. Das Weiterbildungsangebot hat lediglich eine mittlere Breitenwirkung. Es setzt auf Multiplikatoreffekte in der Fachwelt. Auch wenn das Modellprojekt jetzt ausläuft, wird es den in der Praxis erprobten Weiterbildungskurs weiterhin geben. Es hat auch eine gewisse Zeitlogik, dass Vertiefungen später folgen können. Das heißt: Andere Kursbausteine, speziellere Varianten, können noch entwickelt werden. Das kann aber erst nach einer gewissen Konsolidierung des Kurssystems geschehen. Sicherlich müssten wir noch darüber diskutieren, wie wir uns solche Perspektiven konkret vorstellen.

Natürlich muss das Angebot bekannt gemacht werden. Zwei Richtungen erscheinen mir dabei sehr konkret zu sein. Man sollte mehr Jugendhilfekonferenzen in anderen Bundesländern ansprechen, um es dort publik zu machen. Zweitens sollte man versuchen, die Erkenntnisse und Erfahrungen in Grundausbildungen zu verankern. Wir wünschen uns eine Möglichkeit, die Inhalte an Fachhochschulen herantragen zu können.

Prof. Dr. Jörg M. Fegert: Ich möchte erwähnen, dass mich gestern ein Anruf von einer Fachhochschule in Bayern erreicht hat, wo beschlossen wurde, sich an dem Weiterbildungsprojekt zu beteiligen. Das hat mich noch einmal in meiner Auffassung bestätigt, dass diese Dinge eine hohe Attraktivität haben, weshalb das vielleicht etwas hypermanische Bild, das ich der Finanztraurigkeit entgegenzusetzen versuchte, doch teilweise berechtigt ist. Wenn wir etwas von der Faszination dieser Tagung zu verbreiten in der Lage sind, können wir bestimmt Leute begeistern, die das auch probieren wollen.

Rosemarie Daumüller: Das möchte ich sehr stark unterstützen. Es ist nicht nur dieser Tagungseuphorie geschuldet, wenn ich dafür plädiere, den Tango zum Volkstanz zu machen. Ich bin davon überzeugt, dass das Konzept tragfähig und dringend notwendig ist. Ich möchte jedem Dämpfungsversuch widersprechen. Denn ich finde es beispielsweise wirklich außerordentlich wichtig, die Konzeptionierung sozialer Arbeit in verschiedenen Angebotsformen jetzt nach den neuesten Erfahrungen durchzugehen und zu schauen, wie die frühe Kindheit dort aufgenommen ist. Es ist zu fragen: Welche Möglichkeiten der Analyse und der Identifikation von Problemgruppen haben wir denn schon und nutzen sie nur nicht? Die Antworten auf diese Frage verstärken die Sensibilität und verdeutlichen vor allem die Dringlichkeit. Und das alles kostet zunächst kein zusätzliches Geld.

Ein anderer Aspekt: Natürlich steht die Frage von Fort- und Weiterbildung im Brennpunkt der Entwicklung, auch die Frage nach der grundständigen Ausbildung in den Fachschulen und Hochschulen. Die „Durchforstung“ der Curricula ist etwas, was wir im Grunde jetzt schon angehen können.

Für mich ist es auch eine Art Selbstverpflichtung, wenn ich sage, dass innerhalb der Diakonie die Weichen gestellt sind, auch innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Dort wurde das Modellprojekt bereits vorgestellt; es fand eine durchweg positive Resonanz. Es gibt sehr viele Möglichkeiten, dass diejenigen, die auch Tanzpartner sind, nämlich die freien Träger, und die einen wichtigen Teil der Jugendhilfe ausmachen, die Angebote wahrnehmen, weil das Konzept überzeugend ist. Sicherlich, Geld fällt nicht vom Himmel. Aber ich meine, dass wir noch über Möglichkeiten verfügen, durch Zusammenarbeit und Flexibilität und durch Veränderung und Ergänzung von bisher bestehenden Konzepten einiges zu bewegen.

Prof. Dr. Jörg M. Fegert: Vielen Dank. Das Thema der Diskussion ist die Frage nach der Nutzung der Potenziale und ein Potenzial stellen auch alle hier versammelten Fachkräfte dar. Deshalb möchte ich alle im Saal Versammelten nach Anregungen fragen.

Ich möchte noch einige Selbsterfahrungen mit einbringen. Ich habe auch im Fernsehen den Bericht über die aktuelle Steuerschätzung gesehen und meine, dass es sich dabei um ein derart düsteres Szenario handelt, dass man daraus schlussfolgern muss, dass strukturpolitische Entscheidungen notwendig sind. Es wird dabei um folgende Dinge gehen müssen: Will man endlos bestimmte Sachen subventionieren oder nicht? Oder will man – wie es andere Länder gemacht haben, so die Niederlande oder die skandinavischen Länder – gezielt in Forschung, gezielt in Kindheit, also gezielt in Zukunfts-

themen investieren? Denn in der Kindheit steckt Zukunft, ebenso in der Forschung. Und wenn wir nicht in Zukunft investieren, wird alles nur noch schwieriger werden. Diesen Aspekt müssen wir meiner Meinung nach auch in die politische Diskussion hineintragen. Auch in einer schwierigen Situation sollte es gelten, das Ruder herumzuwerfen und Neues zu tun und nicht im vorausseilenden Gehorsam zu verstummen.

Dr. Wilfried Kratzsch, *Oberarzt des Kinderneurologischen Zentrums des Krankenhauses Düsseldorf-Gerresheim, Ambulanz, Klinken und Seniorenzentrum der Landeshauptstadt Düsseldorf gGmbH*: Wenn es um Vernetzung geht und um die Teilnahme am Tango-Tanz, so sitzen die wichtigsten Teilnehmer hier auf dem Podium. Zu diesem Netz gehören aber auch die Pädiater, die Ärzte, die tagtäglich mit Kindern zu tun haben. Ich empfehle, bei der nächsten Podiumsdiskussion in einem ähnlichen Rahmen daran zu denken und einen Vertreter dieser Profession dazu einzuladen.

Sie wissen, dass Pädiater im präventiven Bereich tätig sind. Unter den Teilnehmern dieser Fachtagung sind nach meinen Informationen acht Kinderärzte. Die Kinderärzte entdecken zunehmend mehr die Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie. Das ist ein guter Anfang; zukünftig sollten wir uns gegenseitig noch mehr entdecken.

Prof. Dr. Jörg M. Fegert: Das machen wir jetzt symbolisch. Ich bitte Herrn Dr. Kratzsch auf das Podium, womit ich auch ausdrücken möchte, dass ich seine Anmerkungen voll respektiere.

Inken Seifert-Karb, *Leiterin der „Elternberatung Oberursel“, Beratungsstelle für Mütter und Väter mit Säuglingen und Kleinkindern der Stadt Oberursel, Hessen*: Ich möchte mit meinem Beitrag noch einmal die Bedeutung von niederschwelligen Beratungseinrichtungen für junge Familien hervorheben. Die Stadt Oberursel hatte bereits 1991 eine eigens für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern konzipierte Beratungsstelle eingerichtet. Dort finden Familien ein regelmäßiges und kostenfreies Angebot, das von offenen Sprechstunden und Elternseminaren bis zu Eltern-, Säuglings- und Kleinkindpsychotherapie reicht. In der Einrichtung trifft sich aber auch zweimal jährlich der regionale Arbeitskreis „Pädiatrie und Entwicklung“ zum interdisziplinären Austausch mit Hebammen, Physiotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Ergotherapeuten.

Außerdem hat sich eine Zusammenarbeit mit dem zuständigen Jugendamt entwickelt, wenn es beispielsweise um Fragen der seelischen Gesundheit bei Säuglingen und Kleinkindern mit hochgradig zerstrittenen Eltern geht, die jedoch beide das Sorgerecht haben. Eine direkte Kooperation mit dem Jugendamt gibt es auch im Falle von Pflegefamilien, in denen unbewusste Spaltungstendenzen („gute“ Pflegeeltern – „böse“ biologische Eltern) die seelische und körperliche Entwicklung des Pflegekindes stark belasten. Die Beratungsstelle kostet die Stadt Oberursel – sie hat 46.000 Einwohner – rund 150.000 Euro im Jahr. Meiner Meinung nach zeigt unsere Erfahrung, dass es nicht nur in Groß- und Universitätsstädten möglich ist, entwicklungspsychologische und diagnostische Kenntnisse in die Prävention im öffentlichen Gesundheitswesen einfließen zu lassen und Familien sowie andere Fachkräfte in und um die Jugendhilfe zum Tanz einzuladen.

Renate Blum-Maurice, *Fachleiterin des Kinderschutz-Zentrums des Deutschen Kinderschutzbundes Köln*: Zunächst möchte ich – in meiner Funktion als Moderatorin einer Arbeitsgruppe – im Anschluss an den Vorschlag von Dr. Kratzsch eine Bitte vortragen, die in der Arbeitsgruppe 2 als Wunsch formuliert wurde: Der Verein für Kommunalwissenschaften wird gebeten, künftig noch mehr Veranstaltungen zum Thema „Frühe Kindheit“ anzubieten, insbesondere zur Kooperation und Vernetzung der Jugendhilfe mit der Pädiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dazu gehören auch Überlegungen zur Zusammenarbeit in Richtung der Familiengerichte, der Kindergärten und Schulen.

Mein persönlicher Wortbeitrag bezieht sich auf einen anderen Aspekt: Prof. Dr. Fegert hat in seinem Resümee mit Hilfe einer aufschlussreichen Darstellung auf zwei unterschiedliche, ja gegenläufige Entwicklungen in der Jugendhilfe aufmerksam gemacht, die zur Zeit gleichzeitig und offensichtlich in wechselseitiger Abhängigkeit verlaufen: einerseits die Tendenz zu mehr Freizügigkeit und Rücknahme von Regelungen, aber auch von breiten (Hilfe-) Angeboten für alle Familien und andererseits die Tendenz zu mehr Spezialisierung und Früherkennung von „Problemfällen“ mit besonderer Aufmerksamkeit für Kindeswohlgefährdung in Risiko- und Hochrisikofamilien. Diese Tendenzen erscheinen mir wie ein Rückschritt von der Entwicklung, die wir einmal als modernen Kinderschutz bezeichnet haben, das heißt, möglichst diversifizierte Hilfen für alle zu öffnen, die Zugänge leichter zu machen und die Schwelle für Familien heruntersetzen.

Prof. Dr. Fegert hat selbst darauf hingewiesen, wie wichtig es natürlich immer noch ist, niederschwellige Angebote zur Verfügung zu haben, Angebote, zu denen Menschen gerne und angstfrei hingehen. Im Bereich der frühen Kindheit sind das zum Beispiel Orte, die Frauen das Gefühl geben, dass sie mit ihren Kindern willkommen sind, ohne die Erwartung, dass sie pünktlich und regelmäßig kommen und sich als „gute Mütter“ zeigen. Wie entlastend und ermutigend ein solcher Ort genutzt werden kann, erfahren wir tagtäglich in unserem Mütter-Café in Köln.

Auch während dieser Tagung habe ich beide Tendenzen gesehen und gehört: Da gibt es einerseits im Sinne eines offenen niederschweligen Zugangs das Argument, dass der Zugang zu Eltern am Anfang ihrer Elternschaft leichter ist, denn es gibt ganz viel Bedarf – viele Eltern seien unsicher und fühlten sich allein gelassen; sie freuten sich, wenn sie andere in verständnisvollem und nicht stigmatisierendem Rahmen treffen könnten; sie freuten sich, wenn sie auf jemanden von der entwicklungspsychologischen Beratung treffen, der ihnen zeige, wie schön das auch mit dem Kind sein könnte und was sie gut könnten – der Prozess eben, der bei allen Beteiligten ein Lächeln aufs Gesicht zaubert. Das relativ breit anzubieten und zu fördern, erscheint auch Betroffenen sinnvoll. Da braucht es keine Problemzuschreibung zu geben.

Andererseits gibt es die Tendenz, gerade die Zeit der frühen Kindheit vor allem für die Erfassung von Risikosituationen zu nutzen. Über Screening-Projekte und Checklisten in Zusammenarbeit mit Geburtskliniken oder Ärzten oder im Jugendamt kommen Risikosituationen sicher besser in den Blick, aber damit ist die Gefahr verbunden, dass

vor allem ein defizitorientierter Blick entwickelt wird und mehr über Risiken denn über Hilfen nachgedacht wird.

Natürlich muss beim Thema „Hilfen in der frühen Kindheit und Früherkennung“ beides eine Rolle spielen und natürlich kann es nicht darum gehen, ein Entweder-Oder zu postulieren. Aber aus der Kinderschutzpraxis möchte ich meiner Sorge Ausdruck geben, dass das Jugendamt bei knapperen Kassen vor allem auf eine Feuerwehr-Funktion reduziert wird und dass unter dem Eindruck strafrechtlicher Überprüfung der Hilfepraxis in Fällen von schwerer Beeinträchtigung des Kindeswohls – auf Osnabrück wurde während der Tagung mehrfach hingewiesen – neben oder statt der begrüßenswerten zusätzlichen Qualifizierung der Hilfe eher ein Absichern und eine Einschränkung eines breiten und risikobereiten Hilfezugangs zu Familien stattfinden.

In der Arbeitsgruppe 2 ist demgegenüber bei konkreten Fallüberlegungen deutlich geworden, was auch hier in der Diskussion als das Wichtigste erscheint und was durch das Angebot der entwicklungspsychologischen Beratung eine wunderbare Erweiterung erfährt: nämlich dass wir für ein ordentliches Angebot sorgen, dass wir gute diversifizierte Hilfen anbieten, dass wir mit Hilfe von qualifizierter Vernetzung für eine Verbesserung von Hilfen sorgen und dafür, dass nicht durch Missverständnisse und Unkenntnis der Bedingungen der Kooperationspartner Zugang und Hilfe verloren gehen. Wir müssen noch viel gründlicher als in der Vergangenheit darüber reden, ob die Angebote aktuell, zeitgemäß und qualitätsvoll sind. Vor und neben der Risikoerfassung müssen wir noch ganz viel für die Hilfen tun und ich bin überzeugt, das können wir auch, auch dank Tagungen wie dieser.

Prof. Dr. Jörg. M. Fegert: Weil ich direkt angesprochen wurde, möchte ich kurz antworten. Ich meine, dass sich beides nicht ausschließt. Wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass wir für drei Prozent der Familien 80 Prozent des Etats aufwenden und dass in der aktuellen Debatte unter der „schicken“ Formel der Deregulierung – und das stand in mehreren Gesetzesprojekten drin – uns auch eine Angebotsvielfalt verloren geht. Wenn es jetzt ans Streichen gehen wird, so wird man danach schauen, welches eher freiwillige Leistungen und was einklagbare einzelne Rechtsansprüche sind. Sozusagen vorbauend habe ich über die kommunizierenden Röhren gesprochen. Je mehr man in der Angebotsbreite verliert, desto mehr Spezialisierung wird man investieren müssen. Und das verursacht auch Kosten.

Wenn Prof. Häfeli sagt, dass die Angebote in der Schweiz 80 Prozent der Familien erreichen, ist dieses diagnostische Ziel zum großen Teil schon inkludiert. Nur, wenn man in Deutschland im Zusammenhang mit der Kindschaftsrechtsreform aus guten Gründen, aber generell auf die Kindesanhörung verzichtet, hat man die Kindesanhörung auch nicht mehr im Verfahren. Das heißt konkret: Wenn es eine gemeinsame Sorgeregelung gibt, hören die Richter die Kinder nicht mehr an. Wenn sich das Jugendamt nicht mehr äußert, erkennt man in diesen Verfahren standardmäßig die Problemfälle nicht mehr. Also muss man sich darüber Gedanken machen, wie man diese wahrnehmen kann.

Ich möchte damit sagen: Wenn man in einem Bereich „manipuliert“, weil man wenig Geld hat, fährt man sich automatisch im anderen Bereich Kosten ein. Dieses Verhältnis sollte man immer im Blick haben. Überall dort, wo der Gesetzgeber Entscheidungen getroffen hat, muss man immer die andere Seite im Blick behalten. Ich glaube nicht, dass man diesen Dualismus auflösen kann.

Prof. Dr. Reiner Frank, *Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Leiter der Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Klinikum der Ludwig-Maximilian-Universität München*: Ich möchte gern das Stichwort „Attraktivität von Projekten“ aufgreifen. Angeregt durch das Ulmer Projekt haben Frau Dr. Kopecky-Wenzel und ich in München ein Projekt entwickelt; es heißt „Fortbildung für Kinderärzte und Gesprächsführung“. Dieses Projekt entwickelte sich aus einer Umfrage über die Gewaltproblematik. Die acht am ersten Kurs teilnehmenden Ärzte waren so begeistert, dass wir den zweiten Kurs allein durch die Mundpropaganda vollbekommen hatten. Auch auf einem Kongress für Kinderärzte wurde über das Projekt informiert. Das Thema hat eine Eigendynamik. Es lässt sich sehr gut weiterentwickeln. Von den Rahmenbedingungen der Institution her ist es so: Die Universität München sieht den Wissenstransfer als ein neues, eigenes Feld an. Es ist erwünscht, Wissen, das durch Forschung erworben wurde, zu verkaufen und damit auch Geld einzunehmen.

Margita Dienemann, *Mitarbeiterin der Evangelischen Beratungsstelle Duisburg-Moers*: Ich möchte eine spontane Idee zu der Diskussion beitragen, die bei mir entstand, als ich mir während des Pre-Conference-Workshops die interessanten Filmbeiträge über das Essverhalten von Kleinkindern anschaute. Ich selbst stamme aus Finnland, bin dort zur Schule gegangen und habe auch in Finnland studiert. In der Schule gab es Psychologie, Ernährungs- und Gesundheitslehre als Unterrichtsfach, das gehörte einfach dazu.

Nun zu meiner Idee: Wenn ich an die Popularität der Kochsendungen im deutschen Fernsehen denke, so frage ich mich, ob es nicht möglich sein könnte, auch eine Sendereihe über den Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern zu präsentieren. Es könnte dort sowohl pädagogisch-psychologisches als auch ernährungswissenschaftliches Wissen vermittelt werden. Das würde bei relativ geringem Aufwand eine lohnende Investition mit großer Wirkung sein. Auch Großeltern könnten so beispielsweise mit neuesten Ergebnissen der wissenschaftlichen Forschung vertraut gemacht werden. Man müsste nur einen Fernsehsender von der Wichtigkeit überzeugen, eine solche Ratgebersendung zu präsentieren ...

Markus Wilken, *Diplom-Psychologe an der Kinderklinik der Universität Bonn*: Ich möchte auf einen anderen Aspekt hinweisen. Die Diskussion wird sehr oft aus der Perspektive eines Bittstellers geführt. Es geht darum, ob Leistungen gewährt, Genehmigungen erteilt, Therapien ermöglicht werden. Es ist die Frage, ob diese Perspektive nicht verzerrt ist, denn als Versicherter ist man Kunde, der eine Versicherung abgeschlossen hat, um versorgt zu werden. Deshalb frage ich, ob wir Eltern nicht darin unterstützen sollten, diesen Kundenaspekt viel stärker zu betonen.

Ich möchte dieses an einem Beispiel verdeutlichen. Ich begleite Eltern bei der Entwöhnung ihrer Kinder von der Nahrungssonde. Regelmäßig stelle ich daher mit Eltern zusammen Anträge bei der jeweils zuständigen Krankenkasse. Da diese Leistung nicht beziffert ist, handelt es sich um eine Sonderleistung, die gezahlt werden kann, aber nicht muss. Häufig wird diese Maßnahme zunächst ohne Angabe von Gründen abgelehnt, dabei wäre eine Sondenentwöhnung mittelfristig wesentlich günstiger als eine weitere Ernährung per Sonde. Diesen Argumenten der Effektivität einer Maßnahme scheinen manche Versicherungsunternehmen gegenüber „immun“ zu sein.

Um die Maßnahme doch genehmigt zu bekommen, empfehle ich Eltern deshalb, die Kundenhaltung einzunehmen und dieses auch dem Versicherer sehr deutlich in Wortwahl, Ausdruck und beim Umgang mit Genehmigungen zum Ausdruck zu bringen. Wenn man den Bogen etwas weiterspannt, kann man sich auch als Kunden des Staates fühlen. Wir bezahlen den Staat, wir bezahlen für Sachen, die wir haben wollten und auch für Sachen, die wir nicht haben wollen. Wir sollten darüber nachdenken, ob es nicht sinnvoller und gerechtfertigter wäre, darauf hinzuweisen, dass uns Geld für bestimmte Dinge zusteht. Dann kämen wir endlich aus dieser Bittstellerrolle heraus.

Prof. Dr. Jörg. M. Fegert: Es gibt keine Wortmeldungen mehr aus dem Saal. Deshalb möchte ich das Wort noch einmal zu einer Schlussrunde ins Podium geben ...

Dr. Wilfried Kratzsch: Ich möchte den Gesichtspunkt einer stärkeren Vernetzung ansprechen. Welche Möglichkeiten gibt es? Ich habe während dieser Fachtagung von Beispielen gehört, wie Nahtstellen enger geknüpft werden können. Eine Psychologin berichtete, dass eine Kontaktaufnahme zum Beispiel auch möglich sei, wenn sie dazu in die kinderärztliche Praxis geht. Da ist mehr Nähe möglich, auf der weiter aufgebaut werden kann.

Wie könnten Kontakte intensiviert werden? Wenn man einen Kinderarzt sprechen will, dann ist das nicht ganz einfach. Er ist oft zeitlich sehr stark beansprucht und überfordert. Dennoch meine ich, dass es auch von seiner Seite die Bereitschaft zu mehr Nähe und Austausch gibt.

Eine Möglichkeit zu einer stärkeren Vernetzung bieten Arbeitskreise vor Ort, wie sie bereits in mehreren Städten in der Bundesrepublik bestehen. In solchen Arbeitskreisen – in Düsseldorf ist es beispielsweise der Arbeitskreis „Kinderschutz“ – sind verschiedene Professionen vertreten. Das können Multiplikatoren sein. Wenn wir uns gegenseitig einladen, zum Beispiel auch zu Stammtischen der Kinderärzte, dann kann das manches beschleunigen. Erst wenn wir uns näher kennen und schätzen lernen, können wir auch besser als bisher miteinander kooperieren.

Dr. Ute Ziegenhain: Ich möchte auf den Aspekt der besonderen Rolle unseres universitären Forschungsbereiches als einer Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Forschung und den Transfer von Wissenschaft in die Praxis eingehen. Ich habe in meinem Vortrag die Idee des Wissenschafts-Praktikers eingebracht und habe auch in unserer Projektentwicklung erlebt, dass damit eine neue Aufgabenbeschreibung verbunden ist,

über die wir uns zuvor überhaupt nicht klar gewesen waren. Und es ist tatsächlich nicht so trivial, sich hinzusetzen und zu überlegen, was wie in die Praxis passt beziehungsweise wie man dieses implizite Wissen eigentlich umsetzen kann. In unserem Prozess ging es nicht nur darum, sich miteinander zu überlegen, wie man das Curriculum inhaltlich und didaktisch entwickelt. Es ging auch um die Frage, wie man den Beratungsbaustein zunehmend in die Praxis einbinden kann. Dabei hat der Aspekt von Vernetzung und Koordinierung auch noch einmal eine neue und wichtige Bedeutung gewonnen. Ich möchte dies auch mit einem Appell an die Adresse der Jugendhilfe verbinden, in solchen Prozessen die Federführung zu übernehmen. Bleiben wir beim Tango: Einer muss die Führung übernehmen und das kann bei den gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen nur die Jugendhilfe sein.

Was wir von unserem Forschungsbereich aus anbieten können, ist ein Stück weit mitzudenken und auch etwas anzubieten, was man in der Praxis normalerweise nicht hat, nämlich die Zeit und auch die Möglichkeit, Umsetzungswege und Umsetzungsmöglichkeiten zu durchdenken und auszuprobieren. Prof. Fegert hat den Aspekt der Zeit, Neues zu entwickeln und auszuprobieren, angedeutet, ebenso die Notwendigkeit von Aufgabenbeschreibungen, die die Möglichkeit enthalten, Kooperationen zu pflegen. Ich meine, wenn man weiter dächte – und das wollen wir natürlich tun – wäre es wichtig zu überlegen, wie man frühe und präventive Angebote implementieren, unter einer Federführung verschiedene Modelle regional ausprobieren und für einen begrenzten Zeitraum koordinieren kann. Das kostet nicht viel Geld. Unter solchen Bedingungen hätte man die Möglichkeit, tatsächlich auch Angebote nachhaltig zu implementieren. Ich halte das für eine spannende und praxisrelevante Weiterentwicklung.

Prof. Dr. Jörg M. Fegert: War das auch die Antwort auf die Frage von Herrn Vogel?

Dr. Ute Ziegenhain: Ja, mein Beitrag war auch Teil einer Antwort. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Projektes könnte es sehr interessant sein, auf der einen Seite die „Weiterbildung und Fortbildung“ so weiterzuführen, dass man verschiedene Module oder Bausteine hat. Frau Daumüller ist mir mit ihrem Vorschlag sehr entgegengekommen, dies auch zu diversifizieren und grundständig heranzugehen und mit der Praxis gemeinsam eine Weiterentwicklung voranzutreiben. Das ist ein Teil von Implementierung. Der andere ist tatsächlich aber der, den Beratungsansatz nachhaltig in die Praxis einzubinden. Das ist ein zweiter Schwerpunkt und darauf habe ich mich bezogen.

Rosemarie Daumüller: Mir geht es auch noch einmal genau um diesen Teil, weg von dem, was die freien Träger machen können, hin zum Thema der Vernetzung. Das liegt mir auch sehr am Herzen. Ich möchte kurz und prägnant die These formulieren: Die Jugendhilfe ist zuständig. Und Jugendhilfe hat ein ganz geeignetes Instrument dafür: die Jugendhilfeplanung. Dort müsste unsere Frage nach der Implementierung der Entwicklungspsychologischen Beratung zu einem zentralen Element werden. Ich habe auch das Angebot von Frau Dr. Ziegenhain gehört, dass sie durchaus bereit wäre, modellhaft vielleicht mit einem Jugendamt so etwas aufzubauen. Vielleicht könnte es

auch ein Ergebnis dieser Tagung sein, dass ein solches Modell in der Stadt Mannheim entwickelt wird. Ich sage das so direkt, weil Herr Werner neben mir sitzt.

Ich meine, dass das die geeignete Plattform ist, noch einmal darüber nachzudenken, welche Angebote und Angebotsträger es in der jeweiligen Region gibt, welche Spezialistinnen und Spezialisten dort existieren. Was kann wie an vorhandenen Ressourcen genutzt werden? Was ist noch zu schaffen?

Donald Vogel: Durch den Beitrag von Dr. Kratzsch bin ich nachdenklich geworden. Wir haben uns im Vorfeld der Tagung keine Gedanken über die Repräsentanz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Podiums gemacht. Ich finde es aber gut, dass von Dr. Kratzsch darauf hingewiesen wurde. Er spricht damit aus, was ich häufig in Gesprächen, die am Rande geführt wurden, gehört habe: Es gibt doch immer wieder diese misstrauische Skepsis zwischen den Berufsgruppen, neben aller Interdisziplinarität eben auch eine berufsständische Konkurrenz.

Wir haben die Evaluation der Kurse noch nicht abgeschlossen. Aber wir wissen natürlich schon jetzt, dass Mitarbeiter der Jugendhilfe bisher am stärksten an den Kursen beteiligt waren. Die Zahl der teilnehmenden Pädiater war gering. Es sollte natürlich in Zukunft ein stärkeres Augenmerk darauf gerichtet werden, künftig diejenigen stärker mit einzubeziehen, die neben der Jugendhilfe frühzeitig mit gefährdeten Kindern in Kontakt kommen. Ich denke dabei an Kinderärzte, vor allem auch an Hebammen.

Zusätzlich ist mir noch folgender Gedanke wichtig: Zwischen den Berufsgruppen gibt es manchmal Abstimmungsschwierigkeiten und kleine Irritationen. Aber das ist nicht wesentlich, sondern unvermeidlich. Das Wesentliche ist – und da bringe ich meine Erfahrung aus dem Bereich „Menschen mit Behinderungen“ ein – die betroffenen Gruppen einzubeziehen. Denn es dauert ziemlich lange, bis sich Betroffene artikulieren können und ihr Schweigen brechen; bis sie darüber sprechen, was ihnen gefehlt hat. Es gibt bei unserer Zielgruppe nicht die Mutter, die öffentlich formuliert, dass sie als Mutter eine Beratung gesucht hat. Das mag spezifisch auch an dem Bereich liegen, aber meistens ist es ein Zeichen für eine allgemeine Sprachlosigkeit, die bei den Betroffenen herrscht. In anderen Bereichen hat es auch ziemlich lange gedauert, bis diejenigen, die beraten wurden, zu einer eigenen Artikulation gefunden haben.

Dr. Mauri Fries: Ich möchte auf die Frage eingehen, wie es weitergeht, und meine Antwort gern verbinden mit dem Hinweis auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Kursen, die zum Teil auch hier anwesend sind. Frau Dr. Ziegenhain hatte angesprochen, dass wir auch Zeit hatten, etwas zu entwickeln. Wir sind angehalten, die Erfahrungen aus den Kursen mit einzuarbeiten, den Kurs sozusagen zu verbessern. Es ist absehbar, dass es berufsgruppenspezifische Modifizierungen geben muss sowie auch institutionsspezifische Modifizierungen. Ich meine, eine wichtige Schnittstelle bei dem Tango sind jetzt die Teilnehmer. Deshalb möchte ich Sie an dieser Stelle auffordern, das auch vehement in Ihren Arbeitsfeldern zu vertreten und den Schwung, den wir in den Kursen und während dieser Tagung wahrnehmen konnten, zu nutzen.

Da bin ich wieder bei der Wechselseitigkeit. Ich halte es für sehr wichtig, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch uns sagen, was notwendig ist, um das Kurssystem weiterzuentwickeln.

Heinz-Hermann Werner: Mit Verlaub, Frau Daumüller. Etwas flapsig formuliert, kommt mir Ihr Hinweis etwas unsittlich vor, da er nicht nur zum Tanz, sondern zum Fremdgehen auffordert, denn meine Partnerin ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Mannheim und nicht in Ulm.

Ich will aber doch ernsthaft noch einmal vermitteln, dass ich natürlich von dieser Tagung nicht nur den Hinweis auf die Federführung der Jugendhilfe, sondern auch viele Gedanken und Beschreibungen insbesondere zur Bedeutung der Entwicklungspsychologie und Bindungsforschung für unter dreijährige Kinder mitnehme. Das muss stärker vor Ort zum Thema gemacht werden.

Ich möchte noch einmal den Gedanken der Fernsehsendereihe aufgreifen. Warum gibt es Fernsehsendungen, die mehr den helfenden Ansatz vermitteln, mit allem Gestalterischen und Perspektivischen? Tatsächlich sind die Fernsehkanäle aber leider voll mit Gerichtsverhandlungen. Das gibt natürlich die momentane gesellschaftliche Stimmungslage wieder, die mehr von Sicherheit, Sauberkeit und Ordnung bestimmt ist. In diesem Bereich werden immer noch Geld und zusätzliche Stellen bewilligt. Daher ein abschließender Hinweis, den ich bereits in meinem Referat angesprochen hatte: auch die gemeinsamen gesellschaftspolitischen Forderungen zu artikulieren - vielleicht auf (bisher) zum Teil ungewohnten Wegen.

Als ich vor kurzem in Berlin war und in allen Berliner Zeitungen las, dass sich die Kinderärzte zur Entwicklung der Kinder in Berlin sehr besorgt geäußert haben, dachte ich, dass es auch in der Gesellschaft anders ankommt, wenn verschiedene Berufsgruppen zu ein und demselben Thema ihre Einschätzungen und Bedarfsanalysen formulieren und die Politik zum Handeln auffordern, als wenn das immer nur eine Gruppe von Fachkräften tut. Gemeinsamkeit ist daher für die örtliche Praxis wichtig, Gemeinsamkeit ist aber ebenso bedeutsam für die Forderungen an Gesellschaft und Politik in der Schwerpunktsetzung zukunftsorientierten Handelns und Entwickelns. Wenn es darum geht, in Zukunft zu investieren, dann muss es bei den Kindern sein, bei der Bildung und bei der Forschung.

Schließlich: Ich sehe derzeit schon eine hohe Qualität in der Arbeit der Jugendhilfe, gerade was die Kooperation mit anderen Bereichen angeht. Dafür haben wir uns immer stark eingesetzt. Immer wieder ist die Jugendhilfe dabei auf andere Bereiche zugegangen. Deswegen ist für mich als Resümee der Tagung festzuhalten, dass wir unser Thema der Tagung und die hier entwickelten Überlegungen zunächst noch stärker in die Arbeit und in das Bewusstsein der Jugendhilfe hineintragen müssen, damit eine entsprechende gute Grundlage für eine erfolgreiche Kooperation geschaffen wird.

Prof. Dr. Jörg M. Fegert: Vielen Dank. Die Tagung war in manchem wie bei einem Projektverlauf. Manchmal hatte ich Angst, ob wir pünktlich das Ende erreichen. Und

überall, wo Menschen zusammenkommen und an einem Ziel arbeiten, muss man sich mitunter etwas mehr Zeit geben, um ein Thema intensiver erörtern zu können. Manchmal geht es etwas schneller. Doch wir haben das Ziel erreicht.

Was mir bei der Zusammenarbeit wichtig ist, ist das Einhalten von Grenzen und das Respektieren von Planungen. Wenn ich in meinem Resümee zur Fachtagung ziemlich scharf gesagt habe, dass Modellprojekte aufhören müssen, bedeutet das nicht, dass ich Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des sehr erfolgreichen Projektes entmutigen wollte, sondern dass ich öffentlichen Geldgebern auch Mut machen möchte, Projekte noch zu finanzieren. Wir müssen von der Unsitte der achtziger und neunziger Jahre wegkommen, dass quasi halbfertige Projekte beziehungsweise Projektteams ihre Klientel in die „Haft“ nehmen, um eine Verlängerung zu erreichen. Wir haben ganz viel Reichtum in der sozialen Landschaft dadurch bekommen, dass aus Modellprojekten eine Verstetigung wurde. Aber die Verstetigung durch neue Finanzierung wird bei der angespannten Finanzlage nicht mehr möglich sein. Wir können jetzt etwas Neues ausdenken und müssen es dann dem Spielball der Implementierung vor Ort überlassen. Deshalb war es mir wichtig, dass wir nicht nur Forderungen stellen, sondern sagen, eigentlich war es absehbar, dass mit dem Projekt etwas erreicht worden ist. Und was jetzt daraus wird, ist eine Frage von neuen Aufträgen. Und dabei wollen wir niemanden zur Promiskuität verführen. Andererseits wissen wir natürlich, dass damit die „Ansteckungsgefahr“ steigt. Und wir wollen ja anstecken. Vielleicht lässt sich auch die Diakonie infizieren ... Wir sind da durchaus in jeder Hinsicht offen.

Was ich kritisch sagen möchte, ist Folgendes: Ich hoffe, dass Sie uns mache Planungsfehler verzeihen, weil manche Berufsgruppen nicht gebührend berücksichtigt wurden. Ich finde, am Beispiel der Kinderärzte ist das sehr deutlich geworden. Ich habe seit einiger Zeit Gelegenheit, zu einer Fachkommission unserer amerikanischen Fachgesellschaft zu gehören. Dort ist es seit Jahren gang und gäbe, dass Patientenvertreter und Elterngruppen in den Gremien mitarbeiten. Das bei uns stärker zu berücksichtigen wäre wichtig, in der Jugendhilfeplanung zum Beispiel oder auch hinsichtlich der Zusammensetzung der Jugendhilfeausschüsse. Auch dort sollten Familienrichter oder erfahrene Arzt mitwirken. Ich meine, diese Offenheit, in die einzelnen Gremien gerade auch die Betroffenen zu integrieren, über die man nachher entscheidet, das ist eine Voraussetzung, dass sich solche Themen, wie wir sie diskutiert haben, auch in der Breite durchsetzen. Das kostet eigentlich gar nichts, aber das ist eine Sache, die wir in Zukunft mehr bedenken sollten und vielleicht schon besser machen, wenn wir uns das nächste Mal zu einer Fachtagung des Vereins für Kommunalwissenschaften e. V. treffen.

Zum Abschluss möchte ich kurz und knapp noch etwas zu der Tagung sagen. Es war eine Veranstaltung, die von der Organisation und von der inhaltlichen Vorbereitung her sehr aufwändig war. Ich möchte dem Team des Vereins für Kommunalwissenschaften e. V. und der Ulmer Klinik sowie allen anderen, die im Vorfeld der Tagung mitgewirkt haben, ganz herzlich danken.

Literaturhinweise

Barth, Renate

„Baby-Lese-Stunden“. Hilfe für Eltern mit exzessiv schreienden Säuglingen.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 4 (2001); Nr. 1; S. 26-27

Bensel, Joachim

Vom Schrei zur Interaktion.

Die Entwicklung des frühkindlichen Schreiens.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 4 (2001); Nr. 1; S. 14-17

Beyersmann, Inge

Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern

in einem sozialen Brennpunkt im Rahmen von Netzwerkstrukturen.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Ernst Reinhardt; 19 (2000); Nr. 1, S. 10-22

Brisch, Karl-Heinz

Grundlagen der Bindungsforschung und ihre Anwendung in der psychotherapeutisch/pädagogischen Arbeit mit Kindern und Familien.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 2 (1999); Nr. 1; S. 14-17

Eggers, C.; Fegert, J. M.; Resch, F. (Hrsg.)

Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters.

Berlin/Heidelberg: Springer (2003); 750 S.; ISBN 3-540-42916-6

Fachhochschule Potsdam(Hrsg.)

Ludwig-Körner, Christiane; Derksen, Bärbel; Koch, Gabriele u. a.

Primäre Prävention und Intervention

im Bereich der frühen Eltern-Kind-Beziehung.

Potsdam (2001); ca. 220 S.

Frank, Reiner; Mangold, Burkart (Hrsg.)

Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen.

Kooperationsmodelle zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Stuttgart: Kohlhammer (2001); ISBN 3-17-016682-4

Fries, Mauri

Unser Baby schreit Tag und Nacht. Hilfen für erschöpfte Eltern.

München: Ernst Reinhardt (2002); 124 S.; ISBN 3-497-01599-7

Fries, Mauri

Schwierige Babys, erschöpfte Eltern. Möglichkeiten früher Intervention.

In: Informationen für Erziehungsberatungsstellen, Fürth: Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (2001); Nr. 3; S. 20-26

Fries, Mauri

Sparen am falschen Ende. Zur Notwendigkeit qualifizierter Beratung und Therapie von Eltern mit Babys und Kleinkindern.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 4 (2001); Nr. 1; S. 25

Grossmann, Klaus E.; Grossmann, Karin

Die Bedeutung der ersten Lebensjahre für die Persönlichkeitsentwicklung. Ergebnisse der Bindungsforschung.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 4 (2001); Nr. 4; S. 30-38

Grossmann, Klaus E. u. a.

Die Fähigkeit, liebevolle Bindungen einzugehen. Von früher Erfahrung feinfühligster Unterstützung zu späterer Partnerschaftsrepräsentation.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 4 (2001); Nr. 1; S. 11-13

Hartmann, Hans-Peter

Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern.

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 50 (2001); Nr. 7; S. 537-551

Hedervari-Heller, Eva

Eltern-Kleinkind-Therapie und Regulationsstörungen im frühen Kindesalter.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 4 (2001); Nr. 1; S. 20-24

Hühne, Claudia

Das FAST-Präventionsprogramm.

Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung im Kindes- und Jugendalter bezogen auf handlungsorientierte präventive Konzepte.

In: Kind, Jugend, Gesellschaft, Neuwied: Luchterhand; 47 (2002); Nr. 2; S. 54-59

Karlsruhe, Psychologische Beratungsstelle + Psychosozialer Dienst (Hrsg.)

Baby, Bindung und Beratung.

Dokumentation der Fachtagung vom 29. und 30. März 2001 in Karlsruhe.

Karlsruhe (2001).

Klein, Gerhard

Frühförderung für Kinder mit psychosozialen Risiken.

Stuttgart: Kohlhammer (2002); 192 S.; ISBN 3-17-016592-5

Lehmkuhl, Ulrike

Verhaltensauffälligkeiten in der frühen Kindheit. Prävention und Behandlung.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 2 (1999); Nr. 1; S. 20-23

Ludwig-Körner, Christiane

Therapie und Beratung mit Eltern und Säuglingen.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 2 (1999); Nr. 1; S. 24-27

Lüders, Bettina; Deneke, Christiane

Präventive Arbeit mit Müttern und ihren Babys im tagesklinischen Setting.

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen:
Vandenhoeck & Ruprecht; 50 (2001); Nr. 7; S. 552-559

Opp, Günther; Fingerle, Michael; Freytag, Andreas (Hrsg.)

Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz.

München: Ernst Reinhardt (1999); 375 Seiten; ISBN 3-497-01497-4

Papoušek, Mechthild

Intuitive elterliche Kompetenzen. Eine Ressource in der präventiven Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 4 (2001); Nr. 1; S. 4-10

Papoušek, Mechthild

Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit.

Klinische Befunde und präventive Strategien.

In: Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, Köln: Deutsche Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung e. V.; 2 (1999); Nr. 1; S. 2-12

Petermann, Franz; Niebank, Kay; Scheithauer, Herbert (Hrsg.)

Risiken in der frühkindlichen Entwicklung.

Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre.

Göttingen: Hogrefe (2000); 384 S.; ISBN: 3-8017-1351-2

Pommer-Irmisch; Sabine

Rauchen ist alles, was ich habe ... Fallbericht einer Mutter-Kind-Behandlung.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 4 (2001); Nr. 1; S. 28-29

Resch, Franz; Lehmkuhl, Ulrike

Was Kinder brauchen. Zur Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit:

Grundbedürfnisse und Forderungen an die soziale Umwelt.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 5 (2002); Nr. 4; S. 8-13

Sann, Alexandra; Thrum, Kathrin

Guter Start mit Ostapje.

Frühförderung für Kinder aus sozial benachteiligten Familien.

In: DJI-Bulletin, München: DJI Verlag (2002); Nr. 60/61; S. 3-5

Scheuerer-Englisch, Hermann; Suess, Gerhard J.; Pfeifer, Walter-Karl P. (Hrsg.)

Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention.

Gießen: Psychosozial (2003); 330 S.; ISBN 3-89806-254-6

Schlippe, Arist von; Lösche, Gisela; Hawellek, Christian (Hrsg)
**Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung.
Die Chancen des Anfangs.**
Münster: Votum (2001); 360 S.; ISBN 3-933158-54-0

Spangler, Gottfried; Zimmermann, Peter (Hrsg.)
Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. 4. Aufl.
Stuttgart: Klett-Cotta (2002); 482 S.; ISBN 3-608-91741-1

Suess, Gerhard J.; Scheuerer-Englisch, Hermann; Pfeifer, Walter-Karl P. (Hrsg.)
**Bindungstheorie und Familiendynamik.
Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie.**
Gießen: Psychosozial (2001); 366 S.; ISBN 3-89806-045-4

Suess, Gerhard J.; Pfeifer, Walter-Karl P. (Hrsg.)
**Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung
in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung.**
Gießen: Psychosozial (1999); 290 S.; ISBN 3-932133-88-9

Weiß, Hans (Hrsg.)
Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen.
München: Ernst Reinhardt (2000); 261 S.; ISBN 3-497-01539-3

Witzke, Katharina
Kinder- und Jugendhilfe – Eine Chance für „Schreibabys“?
In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Beltz; 9 (2003); Nr. 5; S. 301-309

Themen-Doppelheft: Bindung. Teil 1 und 2.
In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, München: Ernst Reinhardt; 47 (2000);
Nr. 2 und Nr. 3

Themenheft: Die ganz normalen Krisen in den ersten Lebensjahren.
In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 4 (2001); Nr. 1

**Themenheft: „Du bist doch selbst noch ein Kind ...“
Jugendliche Mütter zwischen Überforderung und positiver Bewältigung.**
In: pro Jugend, München: Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern, (1999);
Nr. 2; S. 1-25; Bezugsadresse: Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern ,
Fasaneriestraße 17, 80636 München

Verein für Kommunalwissenschaften e. V., Berlin (Hrsg.)
**Hilfen von Anfang an.
Unterstützung von Familien als interdisziplinäre Aufgabe. Dokumentation
der Fachtagung am 23. und 24. April 1999 in Bogensee bei Berlin.**
Berlin (1999); 163 S.; ISBN 3-931418-22-7

Verein für Kommunalwissenschaften e. V., Berlin (Hrsg.)
**Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter
und das angemessene Reagieren von Jugendhilfe und Medizin
unter besonderer Berücksichtigung von Datenschutz und Schweigepflicht.
Dokumentation des Workshops am 30. und 31. März 2000 in Berlin.**
Berlin (2000); 125 S.; ISBN 3-931418-27-8

Ziegenhain, Ute
Entwicklung des kindlichen Willens.
Emotionale und kognitive Faktoren in entwicklungspsychologischer Perspektive.
In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 5 (2002); Nr. 4; S. 20-23

In der Reihe „Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe“
bisher erschienene Titel:

- 1 „Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe“**
(Dokumentation der Fachtagung am 30. und 31. März 1995)
Berlin 1995, 203 S., DIN A5 kostenlos im Internet verfügbar
- 2 „Jugendhilfeplanung – ein wirksames Steuerungsinstrument der Jugendhilfe“**
(Dokumentation der Fachtagung am 18. und 19. Mai 1995)
Berlin 1995, 113 S., DIN A5 kostenlos im Internet verfügbar
- 3 „Anforderungen der Jugendhilfe an neue Steuerungsmodelle“**
(Dokumentation der Fachtagung am 28. und 29. August 1995)
Berlin 1996, 160 S., DIN A5 kostenlos im Internet verfügbar
- 4 „Aufgaben, Kompetenzen, Strukturen und Arbeitsweisen von Jugendhilfeausschüssen“**
(Dokumentation der Fachtagung am 24. und 25. November 1995)
Berlin 1996, 122 S., DIN A5 kostenlos im Internet verfügbar
- 5 „Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen im Wandel: Neue Anforderungen an Jugendhilfe und Schule“**
(Dokumentation der Fachtagung am 26. und 27. Januar 1996)
Berlin 1996, 230 S., DIN A5 kostenlos im Internet verfügbar
- 6 „Jugendhilfe und Familiengericht – Das Selbstverständnis der Jugendhilfe im gerichtlichen Verfahren“**
(Dokumentation der Fachtagung am 26. und 27. Oktober 1995)
Berlin 1996, 119 S., DIN A5 nicht mehr im Angebot
- 7 „Jugendarbeitslosigkeit – was tun ?! Jugendhilfe und Sozialamt, Arbeitsverwaltung und Wirtschaft als Partner bei der Sicherung beruflicher Perspektiven junger Menschen“**
(Dokumentation der Fachtagung am 21. und 22. Mai 1996)
Berlin 1997, 264 S., DIN A5 kostenlos im Internet verfügbar
- 8 „Verwaltungsmodernisierung – Standpunkte und Entwicklungen in der Jugendhilfe“**
(Dokumentation der Fachtagung am 25. und 26. November 1996)
Berlin 1997, 130 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar

- 9 „Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe. Erfahrungen – Probleme – Entwicklungen“**
(Dokumentation des Workshops vom 2. bis 4. September 1996)
Berlin 1997, 94 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 10 „Kinder-Leben in der Stadt: Herausforderungen an Jugendhilfe und Stadtplanung“**
(Dokumentation der Fachtagung am 22. und 23. Januar 1997)
Berlin 1997, 151 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 11 „Flexibilisierung und Steuerung im Bereich der Hilfen zur Erziehung“**
(Dokumentation der Fachtagung am 18. und 19. Oktober 1996)
Berlin 1997, 152 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 12 „Aufgaben und Möglichkeiten der Jugendhilfe bei der Auseinandersetzung mit sexueller Gewalt gegen Kinder“**
(Dokumentation der Fachtagung am 6. und 7. Juni 1997)
Berlin 1998, 142 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 13 „Jugendhilfeausschuß und kommunale Jugendpolitik“**
(Dokumentation der Fachtagung am 28. Februar und 1. März 1997)
Berlin 1998, 105 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 14 „Die Reform des Kindschaftsrechts – Auswirkungen auf die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe“**
(Beiträge der Fachtagung am 12. und 13. Dezember 1997)
Berlin 1998, 84 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 15 „Netzwerk Kriminalprävention – Was kann Jugendhilfe leisten?“**
(Dokumentation der Fachtagung am 19. und 20. September 1997)
Berlin 1998, 158 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 16 „Die Beratung im Kontext von Scheidungs-, Sorgerechts- und Umgangsrechtsverfahren – Anforderungen an Strukturen und Formen der Kooperation von Familiengericht, Jugendhilfe und Anwaltschaft“**
(Dokumentation der Fachtagung am 24. und 25. September 1998)
Berlin 1999, 163 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 17 „... und schuld ist im Ernstfall das Jugendamt‘ Probleme und Risiken sozialpädagogischer Entscheidungen bei Kindeswohlgefährdung zwischen fachlicher Notwendigkeit und strafrechtlicher Ahndung“**
(Dokumentation der Fachtagung am 16. und 17. November 1998)
Berlin 1999, 110 S., DIN A4, ISBN 3-931418-21-9 Preis: 7,00 Euro

- 18 1. Berliner Diskurs zur Jugendhilfe: „Partnerschaftliche Kooperation oder marktwirtschaftlicher Wettbewerb? – Zur Zukunft des Zusammenwirkens von öffentlicher und freier Jugendhilfe“**
(Dokumentation des Diskurses am 11. und 12. Dezember 1998)
Berlin 1999, 109 S., DIN A4, ISBN 3-931418-20-0 Preis: 7,00 Euro
- 19 „Hilfen von Anfang an – Unterstützung von Familien als interdisziplinäre Aufgabe“**
(Dokumentation der Fachtagung am 23. und 24. April 1999)
Berlin 1999, 163 S., DIN A4, ISBN 3-931418-22-7 Preis: 7,00 Euro
- 20 „Was tun mit den Schwierig(st)en?“**
(Dokumentation der Fachtagung am 21. und 22. Juni 1999)
Berlin 1999, 205 S., DIN A4, ISBN 3-931418-23-5 Preis: 7,00 Euro
- 21 „Lokale Agenda 21 – Gestaltungsmöglichkeiten für Jugendhilfe und Schule - eine Herausforderung für die Kommunalpolitik?!“**
(Dokumentation der Fachtagung am 1. und 2. Oktober 1999)
Berlin 2000, 182 S., DIN A4, ISBN 3-931418-24-3 Preis: 7,00 Euro
- 22 2. Berliner Diskurs zur Jugendhilfe: „Braucht flexible Jugendpolitik ein neues Jugendamt?“**
(Dokumentation des Diskurses am 15. November 1999)
Berlin 2000, 101 S., DIN A4, ISBN 3-931418-25-1 Preis: 7,00 Euro
- 23 „Verantwortung, Aufgaben und Möglichkeiten der Jugendhilfe zur Sicherung der Chancen junger Menschen auf Ausbildung und Arbeit“**
(Dokumentation des Workshops am 29. und 30. November 1999)
Berlin 2000, 168 S., DIN A4, ISBN 3-931418-26-X Preis: 7,00 Euro
- 24 „Mitwirkung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen: Hindernisse, Probleme, Erfolge“**
(Dokumentation des Seminars des Deutschen Institutes für Urbanistik in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe vom 20. bis 22. März 2000)
Berlin 2000, 127 S., DIN A4, ISBN 3-931418-28-6 Preis: 7,00 Euro
- 25 „Die Reform des Kindschaftsrechts – eine Reform für Kinder?“**
(Dokumentation der Fachtagung am 12. und 13. Mai 2000)
Berlin 2000, 208 S., DIN A4, ISBN 3-931418-29-4 Preis: 7,00 Euro
- 26 „Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter und das angemessene Reagieren von Jugendhilfe und Medizin unter besonderer Berücksichtigung von Datenschutz und Schweigepflicht“**
(Dokumentation des Workshops am 30. und 31. März 2000)
Berlin 2000, 125 S., DIN A4, ISBN 3-931418-27-8 Preis: 7,00 Euro

- 27 „Sozialarbeit im sozialen Raum“**
(Dokumentation der Fachtagung am 21. und 22. September 2000)
Berlin 2001, 198 S., DIN A4, ISBN 3-931418-30-8 Preis: 14,00 Euro
- 28 3. Berliner Diskurs zur Jugendhilfe:**
„Kindertagesbetreuung – eine Investition, die sich lohnt!“
(Dokumentation des Diskurses am 20. November 2000)
Berlin 2001, 103 S., DIN A4, ISBN 3-931418-31-6 Preis: 12,00 Euro
- 29 „Pädagogische Konzepte in der Jugendsozialarbeit mit rechten Jugendlichen“**
(Dokumentation des Workshops am 8. und 9. März 2001)
Berlin 2001, 95 S., DIN A4, ISBN 3-931418-32-4 Preis: 12,00 Euro
- 30 „Qualitätsmanagement in der Jugendhilfe“**
(Dokumentation der Fachtagung am 30. November und 1. Dezember 2000)
Berlin 2001, 191 S., DIN A4, ISBN 3-931418-33-2 Preis: 14,00 Euro
- 31 „Auf dem Weg zur solidarischen Stadt – Kooperation von Stadtentwicklung und Jugendhilfe“**
(Dokumentation der Fachtagung am 10. und 11. Mai 2001)
Berlin 2001, 227 S., DIN A4, ISBN 3-931418-34-0 Preis: 14,00 Euro
- 32 „Mit Kindern und Jugendlichen verhandeln?! Partizipation im Jugendhilfekontext“**
(Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. September 2001)
Berlin 2002, 202 S., DIN A4, ISBN 3-931418-35-9 Preis: 14,00 Euro
- 33 „Das Verhältnis zwischen den Sozialen Diensten und Amtsvormundschaft/Amtspflegschaft im Jugendamt“**
(Dokumentation der Fachtagung am 11. und 12. Oktober 2001)
Berlin 2002, 130 S., DIN A4, ISBN 3-931418-36-7 Preis: 13,00 Euro
- 34 „Die Verantwortung der Jugendhilfe zur Sicherung des Kindeswohls“**
(Dokumentation der Fachtagung am 29. und 30. November 2001)
Berlin 2002, 204 S., DIN A4, ISBN 3-931418-37-5 Preis: 14,00 Euro
- 35 „DAS ANDERE – Perspektiven der Jugendhilfe zum Umgang mit kultureller Vielfalt“**
(Dokumentation der Fachtagung am 6. und 7. Juni 2002)
Berlin 2003, 158 S., DIN A4, ISBN 3-931418-38-3 Preis: 14,00 Euro
- 36 „Erste Erfahrungen bei der Umsetzung der Regelungen nach §§ 78 a bis g SGB VIII und die wirkungsorientierte Gestaltung von Qualitätsentwicklungs-, Leistungs- und Entgeltvereinbarungen“**
(Dokumentation des Workshops am 17. und 18. Juni 2002 sowie eines Expertengesprächs am 8. und 9. April 2002)
Berlin 2003, 217 S., DIN A4, ISBN 3-931418-39-1 Preis: 14,00 Euro

- 37 **„Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“**
(Dokumentation der Fachtagung am 10. und 11. Oktober 2002)
Berlin 2003, 214 S., DIN A4, ISBN 3-931418-40-5 Preis: 14,00 Euro
- 38 **„Nicht nur gut aufgehoben.
Kindertagesbetreuung als zukunftsorientierte Dienstleistung“**
(Dokumentation der Fachtagung am 17. und 18. Oktober 2002)
Berlin 2003, 176 S., DIN A4, ISBN 3-931418-41-3 Preis: 14,00 Euro
- 39 **„Die Vereinbarungen nach §§ 78 a ff. SGB VIII
(Achstes Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe)
Bestandsaufnahme und Analyse der Leistungs-, Entgelt- und
Qualitätsentwicklungsvereinbarungen sowie der Rahmenverträge“**
(Studie zum Umsetzungsstand der gesetzlichen Neuregelungen
der §§ 78 a ff. SGB VIII im Auftrag des Bundesministeriums
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)
Berlin 2003, 158 S., DIN A4, ISBN 3-931418-42-1 Preis: 14,00 Euro
- 40 **5. Berliner Diskurs zur Jugendhilfe:
„Startchancen verbessern –
Für ein neues Verständnis von Bildung in der Jugendhilfe“**
(Dokumentation des Diskurses am 8. November 2002)
Berlin 2003, 118 S., DIN A4, ISBN 3-931418-43-X Preis: 14,00 Euro
- 41 **„Steuerungsmöglichkeiten der Jugendhilfe im Kontext
der demographischen Entwicklung in Deutschland“**
(Dokumentation der Fachtagung am 28. und 29. November 2002)
Berlin 2003, 169 S., DIN A4, ISBN 3-931418-44-8 Preis: 14,00 Euro
- 42 **„Freiheitsentziehende Maßnahmen als Voraussetzung für
pädagogische Einflussnahme – Indikationen, Settings, Verfahren“**
(Dokumentation des Workshops am 3. und 4. April 2003)
Berlin 2004, 96 S., DIN A4, ISBN 3-931418-45-6 Preis: 17,00 Euro
- 43/2 **„It Takes Two to Tango. Band 2
Konzepte und Modelle zur Früherkennung von
Entwicklungsgefährdungen bei Säuglingen und Kleinkindern“**
(Dokumentation des Pre-Conference-Workshops II am 14. Mai 2003)
Berlin 2004, 117 S., DIN A4, ISBN 3-931418-46-4 Preis: 13,00 Euro

Weitere Veröffentlichungen des Vereins für Kommunalwissenschaften e.V.:

**WS 1 „Soziale Arbeit in der Schule (Schulsozialarbeit) -
konzeptionelle Grundbedingungen“**
(Positionspapier eines Workshops von Leitungskräften aus
Jugendhilfe und Kultur sowie Wissenschaftlern am 13. und 14. Dezember 1996)
Berlin 1997, 18 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar

**WS 2 „Die Verantwortung der Jugendhilfe für den Schutz der Kinder
vor sexueller Gewalt – Was muß Jugendhilfe leisten, wie kann sie helfen?
Mit wem soll sie wie kooperieren?“**

(Thesen und Leitlinien des Workshops am 15. und 16. Juni 1998)

Berlin 1999, 32 S., DIN A4

kostenlos im Internet verfügbar

„Literaturauswahl Jugendhilfe 2000“

Berlin 2001, 134 S., DIN A4

kostenlos im Internet verfügbar

„Literaturauswahl Jugendhilfe 2001“

Berlin 2002, 102 S., DIN A4

kostenlos im Internet verfügbar

„Literaturauswahl Jugendhilfe 2002“

Berlin 2003, 107 S., DIN A4

Preis: 5,50 Euro

Demnächst werden folgende Titel erscheinen:

**„Zusammenhänge und Wirkungen: Umsetzungsstand
und Perspektiven der Regelungen nach §§ 78 a ff. SGB VIII“**

(Dokumentation der Fachtagung am 26. und 27. Juni 2003)

„Wenn das Jugendamt wüsste, was das Jugendamt weiß ...

Das Jugendamt auf dem Weg zu einer lernenden Organisation“

(Dokumentation der Fachtagung am 18. und 19. September 2003)

6. Berliner Diskurs zur Jugendhilfe:

„Kindererziehung zwischen elterlicher und staatlicher Verantwortung“

(Dokumentation des Diskurses am 14. November 2003)

Bezugsadresse:

Verein für Kommunalwissenschaften e.V.,

Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe, Postfach 12 03 21, 10593 Berlin

Telefon: 030 / 39001-136

E-Mail: agfj@vfk.de

Telefax: 030 / 39001-146

Internet: www.vfk.de/agfj