

Pilotprojekt

**Evaluation der Frühberatungsstelle
Bremen Hemelingen**

Zielgruppen, Angebote, Leistungen

**Marianne Friese
Michael Walter**

Pilotprojekt

**Evaluation der Frühberatungsstelle
Bremen Hemelingen**

Zielgruppen, Angebote, Leistungen

Abschlussbericht, 30.09.2005

Forschungsgruppe Dienstleistungsberufe

Projektleitung

Prof. Dr. Marianne Friese

Mitarbeiter

Dipl.-Sozialpäd. (Univ.) Michael Walter

Kontakt

mfriese@uni-bremen.de
walter@uni-bremen.de
www.dlb.uni-bremen.de

Universität Bremen, FB 11
Postfach 330 440
28334 Bremen

Gefördert durch

Amt für Soziale Dienste, Bremen

Frühberatungsstelle im Familienzentrum Mobile
des Amtes für Soziale Dienste Bremen

Projektleitung

Dipl.-Psy. Inge Beyersmann

Mitarbeiterin

Dipl.-Sozialpäd. (FH) Christina Fiebig

Kontakt

inge.beyersmann@t-nwn.de

Hinter den Ellern 1a
28309 Bremen

Inhalt

1	Anlage des Projektes und methodisches Vorgehen	1
1.1	Einleitung	1
1.2	Erhebungsmethode	2
2	Die Frühberatungsstelle	3
2.1	Entstehung der Frühberatungsstelle.....	3
2.2	Räume und Ausstattung	3
2.3	Mitarbeiterinnen.....	4
2.4	Präventions- und Interventionsangebote	4
3	Die Familien	5
3.1	Familienstruktur	5
3.2	Partnerschaften	6
3.3	Soziale Netze	6
3.4	Schulische und berufliche Qualifikation	7
3.5	Finanzen und Wohnraum	7
3.6	Erziehungs- und Entwicklungsgeschichte.....	7
4	Risiken und Probleme	9
4.1	Risiken und Probleme der Mütter und ihrer Lebenspartner im Interventionszeitraum	9
4.1.1	Drogenmissbrauch.....	9
4.1.2	Psychische Störungen	10
4.1.3	Sonstige Probleme.....	10
4.2	Risiken im Zusammenspiel zwischen Mutter und Kind	11
4.2.1	Verhalten der Mutter.....	12
4.2.2	Verhalten des Kindes	14
4.3	Weitere Risiken	15
4.3.1	Einstellung zum Kind	15
4.3.2	Akute Kindeswohlgefährdungen	15
4.3.3	Selbstregulation	16
4.3.4	Kindliche Stimmungslage/Verhaltensbereitschaft und weitere Störungen	16
4.4	Entwicklungsstörungen, Beeinträchtigungen der Kinder	17
5	Beratungen	18
5.1	Beratungsleistungen 2004	18
5.2	Vermittelnde Kooperationspartner und Anlässe der Beratung	22
5.3	Dauer der Beratungsprozesse	22
5.4	Vereinbarte Ziele	24
5.5	Selbstbewertung der Wirksamkeit	25
6	Zusammenfassung der Ergebnisse	26
6.1	Zielgruppen, Problemlagen und Beratungsleistungen.....	26
6.2	Konzeptionelle Merkmale der Frühberatungsstelle	27
6.3	Position der Frühberatung im Hilfesystem	29
7	Empfehlung und Entwicklungsperspektiven der Frühberatung in Bremen	31
8	Literatur	32
9	Anhang – Fragebogen	33

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tab. 1	Alter der Kinder	5
Tab. 2	Probleme in der Partnerschaft	6
Tab. 3	Belastungen in der Kindheit der Eltern.....	8
Tab. 4	Drogenprobleme.....	9
Tab. 5	Psychische Störungen.....	10
Tab. 6	Sonstige Probleme	11
Tab. 7	Zusammenspiel zwischen Mutter und Kind – Verhalten der Mutter.....	13
Tab. 8	Korrelationen der Komponenten des Zusammenspiels von Mutter-Kind.....	14
Tab. 9	Zusammenspiel Mutter und Kind – Verhalten des Kindes.....	15
Tab. 10	Akute Kindeswohlgefährdung	16
Tab. 11	Verhaltensbereitschaft/Stimmung des Kindes.....	17
Tab. 12	Weitere Störungen im Kindesverhalten.....	17
Tab. 13	Entwicklungsstörungen, Beeinträchtigungen	18
Tab. 14	In Anspruch genommene Leistungen	21
Abb. 1	Dauer des Beratungsprozesses.....	23
Tab. 15	Dauer des Beratungsprozesses.....	23
Tab. 16	Beratungshäufigkeit.....	24
Abb. 2	Beratungshäufigkeit.....	24
Tab. 17	Zielerreichung.....	25

1 Anlage des Projektes und methodisches Vorgehen

1.1 Einleitung

Die frühe Förderung von Kindern wird oft gefordert – Hilfen, die sich auf die Förderung von Familien mit sehr kleinen Kindern spezialisiert haben, sind dennoch selten. Mit Ausnahme der medizinischen Versorgung durch Ärzte und Hebammen gibt es keine flächendeckenden Angebote, sondern nur einzelne Projekte¹, die mit unterschiedlichen Ansätzen experimentieren. In der Regel werden diese Ansätze aus dem englischsprachigen Ausland importiert und basieren auf Erkenntnissen der Bindungs- und Kleinkindforschung.

Korrespondierend zu der im internationalen Vergleich strukturschwachen Frühförderlandschaft ist auch die Forschung und Evaluation dieser Programme in der BRD wenig ausgebaut. Es liegen wenige Erkenntnisse über die Wirkungen der Angebote, die erreichten und die nicht-erreichten Familien und über die strukturellen Voraussetzungen für ein wirksames Angebot vor. Mit dem hier vorgestellten Pilot-Projekt soll ein Beitrag zur Erforschung der zwar anerkanntermaßen wichtigen, aber dennoch vernachlässigten Frühförderung geleistet werden.

In der Frühberatungsstelle Bremen Hemelingen werden Familien beraten, die ihre kleinen, null- bis dreijährigen Kinder nicht angemessen versorgen und betreuen können. Schwerpunkt der Beratungen ist es, das Gelingen der Interaktionen zwischen Eltern und Kindern zu unterstützen. Das niedrigschwellige Angebot richtet sich insbesondere an (Hoch-)Risiko-Familien aus dem umliegenden Wohngebiet. Die Frühberatungsstelle bietet damit für Bremen eine neuartige und auch bundesweit innovative Präventionsform an. Aus diesem Grund haben die Senatorische Behörde für Arbeit, Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales, das Amt für Soziale Dienste und die Frühberatungsstelle vereinbart, die Arbeit der Frühberatungsstelle zu evaluieren.

Zur Vorbereitung der Evaluation hat das Amt für Soziale Dienste Bremen ein Pilotprojekt in Auftrag gegeben. Die Ziele dieses Pilotprojektes sind:

1. Basisdaten über die Zielgruppe der Frühberatungsstelle, die Beratungsformen und die geleisteten Beratungen im Jahre 2004 zu erheben, auf denen die Hauptevaluation aufbauen kann
2. Erhebungsinstrumente und -Methoden für die Hauptevaluation zu erproben
3. Die Akquise der finanziellen Mittel vorzubereiten

Durchgeführt wird das Pilotprojekt von der Forschungsgruppe Dienstleistungsberufe an der Universität Bremen unter der Leitung von Prof. Dr. Marianne Friese.

Der vorliegende Abschlussbericht des Pilotprojektes informiert über die Leistungen der Frühberatungsstelle und über die beratenen Familien im Jahr 2004. Die Daten über die Familien und die Beratungen wurden im Pilotprojekt mit einem selbst entwickelten Fragebogen erhoben (s. Abs. 1.2). Nach einer kurzen Beschreibung der Frühberatungsstelle sowie ihrer Entstehung und ihrer Ziele im zweiten Kapitel berichten die folgenden Kapitel über die Ergebnisse der Fragebogenerhebung: Einen ersten Einblick in die Lebenssituation der Familien – in die Haushaltsstruktur, die berufliche und finanzielle Lage und in die Sozialen Netze – wird im dritten Kapitel gegeben. Im vierten Kapitel werden die vielfältigen Risiken und Probleme geschildert, denen die Familien ausgesetzt sind. Dies sind beispielsweise Drogenabhängigkeit, psychische Erkrankungen und andere Probleme der Eltern (s. Abs. 4.1), Probleme in der Interaktion zwischen Eltern und Kind, im Umgang der Eltern mit ihrem Kind (s. Abs. 4.2 u. 4.3) und Entwicklungsstörungen der Kinder (s. Abs. 4.4). Im folgenden fünften Kapitel werden die verschiedenen Beratungsformen beschrieben und ihr quantitativer Umfang im Jahr 2004 dokumentiert. Abschließend (Abs. 6) werden die jugendhilfepolitischen Konsequenzen für Bremen diskutiert.

¹ Beispielsweise: Opstapje (Bremen, Nürnberg), Steep (Hamburg, Berlin), Münchner Sprechstunde für Schreibabys, Kinderzentrum München, Schutzengel – Prävention im Sozialen Brennpunkt (Flensburg), Vom Säugling zum Kleinkind – Elternberatung (Berlin), Kinder- und Familienzentrum im Pestalozzi-Fröbel-Haus (Berlin), Modellversuch zur Frühförderung (Hannover, Kriminologisches Forschungsinstitut, in Planung) u. a.

Wir danken den beiden Beraterinnen der Frühberatungsstelle Bremen Hemelingen dafür, dass sie weit über ihre Arbeitszeit hinaus Zeit und Energie in die (Vor-)Evaluation und die Bearbeitung der Fragebögen gesteckt haben. Ebenfalls danken wir dem Senator für Arbeit, Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales und dem Amt für Soziale Dienste, die mit ihrer Unterstützung das Projekt ermöglicht haben. Und schließlich danken wir den Familien, die uns freiwillig ohne eigenen Nutzen Einblick in ihre Privatsphäre und ihre häufig schwierige Lebenssituation gewährt haben.

1.2 Erhebungsmethode

Mit dem Pilotprojekt soll die Arbeit der Frühberatungsstelle dokumentiert werden und so eine Planungsgrundlage für ein umfassendes Evaluationsprojekt geschaffen werden. Dazu wurden Daten über die Arbeit der Frühberatungsstelle mit drei verschiedenen Methoden erhoben: mit einer explorativen teilnehmenden Beobachtung, mit wöchentlichen Expertinnengesprächen und mit einer Fragebogenerhebung¹.

Ziel der dreitägigen teilnehmenden Beobachtung war es, die Möglichkeiten und Grenzen der Datenerhebung für das Pilotprojekt zu bestimmen. Ergebnis dieser Erkundung war, dass sich unter den Rahmenbedingungen der Frühberatungsstelle (Zeitplanung, Arbeitsabläufe, Mitarbeitsbereitschaft der Familien, Dokumentationssystem etc.) die Leistungen der Frühberatungsstelle am sinnvollsten durch eine retrospektive Fragebogenerhebung bei den Beraterinnen erheben lassen.

In den wöchentlichen Expertinnengesprächen wurde zusammen mit den Beraterinnen der Fragebogen für die Haupterhebung entwickelt. Weiterhin wurden in den Expertinnengesprächen detailliertere Informationen über die Beratungsprozesse, die Kooperationsarbeit und über einzelne Fallverläufe gewonnen, die sich nicht im einfachen Raster der Fragebogenerhebung abbilden lassen.

Mit dem so entwickelten Fragebogen (s. Anhang) wurden Daten über die Probleme der Familien und die Beratungsverläufe des Jahres 2004 erhoben. Den Fragebogen haben die beiden Beraterinnen für die laufenden und abgeschlossenen Fälle des Jahres ausgefüllt. Berücksichtigt wurden alle Familien, die 2004 im persönlichen Kontakt und an mehreren Terminen beraten wurden. Familien, die nur telefonische Beratung in Anspruch nahmen oder die die Einrichtung nur einmal besucht haben, wurden nicht in die Stichprobe aufgenommen. Die Beratung von Fachkollegen wurde bei der Erhebung ebenfalls nicht berücksichtigt. Die Stichprobe umfasst so insgesamt 36 Familien mit 48 Zielkindern.

Der Fragebogen baut auf dem speziellen Fachwissen der Beraterinnen auf und erfasst die Familien, ihre Probleme und die Beratungen in den Kategorien, die von den Beraterinnen selbst in ihrer Arbeit benutzt werden. Um zu gewährleisten, dass die beiden Beraterinnen die Fragebögen übereinstimmend ausfüllen, haben sie die ersten Fragebögen gemeinsam bearbeitet.

Die Beraterinnen haben die Fragen auf der Grundlage der ihnen vorliegenden Informationen beantwortet, ohne weitere Daten nachzurecherchieren. Da die aktuellen Belastungen im Vordergrund der Beratung stehen, sind insbesondere Informationen über die Erziehungsgeschichte der Eltern oder ihre Wohnungssituation häufig unbekannt. Sehr häufig fehlen auch die Informationen über die Lebenspartner der Mütter. Die Textteile der meisten Abschnitte beziehen sich aus diesem Grund nur auf die Mütter – auch wenn die Daten über die Partner in den Tabellen ausgewiesen sind.

Die Angaben aus den Fragebögen wurden von einer studentischen Hilfskraft in das Statistikprogramm SPSS eingegeben. Mit diesem Programm wurden auch die vorliegenden Auswertungen berechnet.

¹ Zusätzlich zu diesen Erhebungen in der Frühberatungsstelle wurden im Pilotprojekt die theoretischen, empirischen und praxisorientierten Fachdiskurse zur frühen Intervention aufgearbeitet, Kontakt zur German Association of Infant Mental Health und zu Frühinterventionsprojekten aufgenommen (Opstapje, Steep, Vom Säugling zum Kleinkind) und ein Mitarbeiter in der Anwendung des Care-Index ausgebildet.

2 Die Frühberatungsstelle

2.1 Entstehung der Frühberatungsstelle

Das Projekt Frühberatungsstelle Bremen Hemelingen wurde 1999 auf Initiative des Hauses der Familie Hemelingen und einer Fachberaterin für die Kindertagesstätten vom Amt für Soziale Dienste Region Ost eingerichtet. Anlass für diese Initiative war die Beobachtung von Entwicklungsrisiken und von motorischen, sprachlichen, kognitiven und sozialen Entwicklungsdefiziten bei einigen Kindern im Haus der Familie Hemelingen. Die Eltern dieser Kinder waren nicht dazu in der Lage, ihre Säuglinge und Kleinkinder ausreichend und angemessen zu versorgen, zu betreuen und zu fördern:

- Sie haben ihr Kind nicht bzw. unangemessen ernährt, gepflegt und gekleidet,
- ihr Kind überstimuliert oder es überfordert,
- ihr Kind zu wenig stimuliert – nicht (ausreichend) mit ihm gesprochen und gespielt und ihm keine anregende Umwelt geboten.
- Sie hatten Kinder mit Schlaf-, Schrei- und Fütterstörungen
- und sie hatten Probleme angemessen mit einem trotzigen Kind umzugehen.

Die Eltern bedurften einer Hilfe, die sie anleitet im angemessenen Umgang mit ihrem Kind, die mit ihnen an der Eltern-Kind-Beziehung arbeitet und die sie über die Bedürfnisse und Entwicklung ihrer Kinder aufklärt. Gleichzeitig verfügen sie über wenig soziale, finanzielle, emotionale und intellektuelle Ressourcen, um sich solche Hilfe zu erschließen. Hilfeangebote wie Kinderärzte, Hebammen, Erziehungsberatungsstellen, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Frühe Hilfen oder Sozialpädagogische Familienhilfe wurden von den Familien nicht im genügenden Maße genutzt und diese Hilfen sind nicht darauf spezialisiert, die zeitaufwendige Förderung und Unterstützung der Eltern-Kind-Beziehung zu leisten.

Diese Versorgungslücke sollte mit einem niedrighwelligen Angebot geschlossen werden, dass sich gezielt an diese Familien richtet, die höherschwellige Angebote nicht wahrnehmen. Die Entwicklungsrisiken für die Kinder sollten so verringert und der Kinderschutz im Stadtteil erhöht werden. Die Frühberatungsstelle wurde daher 1999 in direkter Nachbarschaft zum im Stadtteil gut angenommenen Haus der Familie eingerichtet (s. a. Beyersmann 2000).

2.2 Räume und Ausstattung

Die Beratungsstelle befindet sich in einer kleinen Zwei-Zimmer-Wohnung im Erdgeschoss eines Wohnblocks in Hemelingen – in einem Wohngebiet mit einem hohen Anteil psychosozial besonders belasteter Familien. Eine Ärztin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes und die Frühberatungsstelle teilen sich die beiden Räume. Die kleine Küche wird als Warteraum und Garderobe, als Abstellraum für die Kinderwagen und als Teeküche für die Mitarbeiterinnen genutzt. Die Wohnung wird von der Bremischen Gesellschaft für Stadterneuerung, Stadtentwicklung und Wohnungsbau mbH zur Verfügung gestellt.

Der Raum der Frühberatungsstelle ist zweckentsprechend sparsam möbliert, so dass eine etwa 10 m² große Spielfläche zur Verfügung steht, wenn Tisch und Stühle zur Seite gestellt werden. Technisch ist die Frühberatungsstelle mit einer VHS-C Videokamera, Videorekorder, einem Fernseher und einem Telefon ausgestattet. Ein Wickeltisch steht bereit und für das therapeutische Sandspiel ist ein Sandkastentisch vorhanden. Die Beraterinnen erledigen die Büroarbeiten an einem Arbeitsplatz im Beratungsraum. Besucherinnen und Mitarbeiterinnen teilen sich eine Toilette.

2.3 Mitarbeiterinnen

In der Frühberatungsstelle werden die Eltern von einer Psychologin und einer Sozialpädagogin beraten. Die beiden Beraterinnen haben sich umfassend für die Beratung von Familien mit Kleinkindern fort- und weitergebildet. Es handelt sich dabei um: systemische Familientherapie; emotionelle Erste Hilfe; Bindungsenergetik/Körperpsychotherapie (noch lfd.); sozialpsychiatrische Zusatzausbildung; Psychodrama; analytische Paar- und Familientherapie; Sandspieltherapie; systemisch-analytische Team- und Institutionsberatung; Fortbildungen zur Interaktions- und Kommunikationsdiagnostik, zu Regulationsstörungen in der frühen Kindheit sowie zur Bindungsentwicklung ("Care-Index") und zur Beratung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern.

Die Psychologin ist zusätzlich als Krankenschwester und Sozialarbeiterin ausgebildet und sie leitet bei der German Association of Infant Mental Health (GAIMH) die Arbeitsgruppe "Präventive Interventionen bei Familien mit Risikokonstellationen". Neben der Frühberatung ist sie mit einem Stellenanteil von 8,9 Stunden als Fachberaterin für den ambulanten Sozialdienst tätig.

Die Sozialpädagogin arbeitet neben der Frühberatung mit einem Stellenanteil von 15 Stunden im Haus der Familie Hemelingen.

Das Stundenvolumen für die Frühberatungsstelle wurde im Laufe der Projektzeit mehrmals erhöht. Zurzeit arbeiten die beiden Mitarbeiterinnen insgesamt 30 (20+10) Stunden wöchentlich in der Frühberatungsstelle; bis September 2004 betrug das Stundenvolumen 20 Stunden; begonnen hat die Arbeit in der Beratungsstelle 1999 mit 10 Arbeitsstunden wöchentlich.

2.4 Präventions- und Interventionsangebote

Die Beraterinnen der Frühberatungsstelle bieten eine breite Palette von Hilfen für Familien mit Problemen bei der Versorgung und Betreuung ihrer null- bis dreijährigen Kinder. Verschiedene Hilfeformen gehen dabei im Beratungsprozess über mehrere Sitzungen oder manchmal auch innerhalb einer Sitzung ineinander über oder sie werden parallel eingesetzt. Elternzentrierte Angebote sind:

- Mütter- und Familienberatung
- Information über psychosoziale Unterstützung
- Vermittlung weiterführender psychosozialer Unterstützung (Psychotherapie, Paartherapie, Eltern-Kind-Therapie etc.)
- Krisenintervention und Vernetzung
- Therapeutisches Sandspiel
- Kooperation mit anderen Diensten und gemeinsame Hilfeplanung

Auf die Interaktion von Eltern und Kind zentriert sind die Angebote:

- Entwicklungsbezogene Beratung
- Interaktionsberatung und -anleitung (teilweise videogestützt)
- Interaktionsdiagnostik
- Körperorientierte Krisenintervention
- Schmetterlingsmassage

Die entwicklungsbezogene Beratung und die Schmetterlingsmassage finden sowohl einzeln als auch in Gruppen statt. Die breite Palette dieser Angebote reagiert auf das breite Problemspektrum, mit dem die Familien in die Frühberatungsstelle kommen (s. u.).

Die Leistungen der Frühberatungsstelle werden sehr niedrigschwellig und unbürokratisch angeboten: Es ist nicht notwendig einen Antrag zu stellen; gewöhnlich vereinbaren die Eltern telefonisch oder persönlich einen Termin, der normalerweise innerhalb von 14 Tagen zu Stande kommt. In Krisenfällen oder wenn der Terminplan es zulässt, werden Ratsuchende auch umgehend beraten. Den Eltern wird Stillschweigen über ihre

Angaben zugesichert – es sei denn, der Schutz des Kindes erfordert es, das Jugendamt zu informieren. Der Standort in einer Wohnung in einem Wohnblock verringert die psychologische Hürde des Besuches. Die Familien des Wohngebietes können die Frühberatungsstelle zu Fuß aufsuchen.

Zusätzlich zur direkten Hilfe für Familien beraten die Mitarbeiterinnen der Frühberatungsstelle Fachkolleginnen aus Betreuungs- oder Hilfeeinrichtungen in Bremen; beispielsweise Erzieherinnen aus Kindertagesstätten oder Sozialpädagogische Familienhelferinnen.

3 Die Familien

3.1 Familienstruktur

Die 36 Familien, die 2004 in der Frühberatungsstelle beraten wurden, wohnen bis auf zwei Ausnahmen im Stadtteil Hemelingen¹. Insgesamt leben in den Familien 66 Kinder, von denen 47 Zielkinder der Beratungen sind. 24 der Zielkinder sind männlich und 23 weiblich. Mit der Ausnahme von drei Pflegekindern handelt es sich bei allen anderen Kindern um leibliche Kinder.

Die Geschwister der Zielkinder leben zum Erhebungszeitpunkt alle im Haushalt ihrer Mutter bzw. ihrer Eltern, mit Ausnahme eines jungen Erwachsenen, der bereits in einem eigenen Haushalt lebt sowie eines Kindes, das bei seinen Großeltern aufwächst. Nur ein anderes Geschwisterkind hat früher einmal in einem Heim gelebt, zwei weitere lebten bei ihrem Vater.

Die 36 Mütter – darunter eine werdende Mutter – sind zum Stichtag am 31.1.2004 zwischen 20 und 50 Jahre alt. 7 der Mütter sind unter 25 Jahre und 6 über 40 Jahre alt, wobei die beiden ältesten Mütter ein Pflegekind aufgenommen haben. Der Altersdurchschnitt liegt bei 32 Jahren.

Die Zielkinder der Intervention sind zu 83 % zwischen null und drei Jahren alt – wie dies der Zielgruppe der Frühberatungsstelle entspricht (s. Tab. 1). Die Hälfte dieser Kinder ist zum Erhebungstichtag ein Jahr alt. Die älteren Kinder, bis zum Alter von 9 Jahren, sind bis auf zwei Ausnahmen Geschwister eines jüngeren Kindes aus der Alterszielgruppe.

Die meisten Mütter (27) leben mit einem Partner zusammen. In 15 Fällen sind sie mit ihm verheiratet. Vier Mütter haben einen Partner, mit dem sie nicht in einem Haushalt leben. In der Regel haben Geschwisterkinder denselben Vater, nur vereinzelt (3) haben sie verschiedene Väter. In 11 Fällen nimmt auch der Partner an den Beratungen teil. Zweimal ist der Vater des Kindes stärker als die Mutter in den Beratungsprozess eingebunden.

Sieben Mütter haben einen Migrationshintergrund (Ukraine, Türkei, Iran, Sri Lanka, Kroatien).

Tab. 1 Alter der Kinder

Jahre	n	%
0	6	12
1	13	27
2	11	23
3	9	19
4 bis 6	6	13
7 bis 9	2	4

N: 47 Kinder; %: gültige %

¹ Anfragen aus anderen Stadtteilen werden in der Regel an andere Einrichtungen vermittelt oder es wird telefonisch beraten.

3.2 Partnerschaften

Partnerschaften sind für viele der Mütter eine wichtige Ressource. Die Daten zeigen allerdings, dass die Partnerschaften auch mit schwerwiegenden Belastungen für die Mütter verbunden sind und dass nur ein Teil der Partner seine Lebensgefährtin unterstützt.

Die bisherige Stabilität der 31 Partnerschaften ist sehr unterschiedlich: Ihre Dauer reichte von einem halben Jahr bis zu über 10 Jahren. Zwei Partnerschaften dauerten bisher weniger als 1 Jahr, weitere zwei weniger als 2 Jahre. Vier Partnerschaften bestehen bereits seit 2 bis 5 Jahren, weitere neun Partnerschaften seit bis zu 10 Jahren und drei seit mehr als 10 Jahren (unbekannt: 5).

21 Lebenspartner im gemeinsamen Haushalt beteiligen sich an der Kinderbetreuung, während ein gutes Fünftel keine Aufgaben der Kinderbetreuung übernimmt. Aufgaben bei der Haushaltsführung übernehmen 14 Lebenspartner, die übrigen arbeiten nicht im Haushalt mit. Die meisten Lebenspartner (21) unterstützen die Mütter finanziell.

Die Partnerschaften der Mütter sind in der Mehrzahl von Problemen geprägt (s. Tab. 2). Nur bei einem Drittel der Partnerschaften ist den Frühberaterinnen keines der in Tabelle 2 genannten Probleme bekannt. Wenn es Probleme in der Partnerschaft gibt, ist dies in jedem Fall (21) mit dem emotionalen Rückzug eines der Partner verbunden. In jeweils über der Hälfte der Fälle sind die Partner unsicher hinsichtlich der Fortdauer der Partnerschaft oder sie streiten sich. In 12 Fällen werten sich die Partner gegenseitig ab; in 10 Fällen ist es zu Gewalt zwischen den Partnern gekommen; und in 4 Fällen werden Mütter durch ihren Lebensgefährten finanziell ausgebeutet.

Tab. 2 Probleme in der Partnerschaft

	N	%	unb.
Streit zwischen den Partnern	17	57	1
Unsicherheit über Fortdauer der Beziehung	18	58	0
Emotionaler Rückzug eines Partners	21	68	0
Gegenseitige Abwertung	12	40	1
Gewalt zwischen den Partnern	10	32	0
Finanzielle Ausbeutung der Mutter	4	14	3
Eines dieser Probleme	21	68	0

N: 31 Partnerschaften; %: gültige %

Obwohl in der Mehrzahl der Partnerschaften Probleme auftreten, sind die Partner nach der Auskunft der Frühberaterinnen in 58 % der Fälle für die Mütter eine emotionale Stütze – sowohl in den 10 Fällen, in denen keine Probleme benannt werden als auch in 8 Fällen, mit zwei bis fünf Problemnennungen in der Partnerschaft.

3.3 Soziale Netze

Bis auf eine Ausnahme werden alle Mütter durch Personen aus dem sozialen Netz der Familien unterstützt (unbekannt: 1). Meistens sind es die Eltern (13) oder Großeltern (12) der Mütter oder ihrer Partner, die die Familien unterstützen – seltener eigene, ältere Kinder oder andere Verwandte. In 6 Fällen bekommen die Mütter Unterstützung durch das Hilfesystem; davon in 2 Fällen durch die Frühförderinnen aus dem Opstapje-Programm. In 3 Fällen ist die Unterstützung aus dem Hilfesystem die einzige Unterstützung, die den Beraterinnen bekannt ist.

Fast ausnahmslos stützen die helfenden Personen aus dem sozialen Netz die Mutter emotional und kümmern sich um das Zielkind. Seltener (10) unterstützen sie die Mutter auch finanziell und nur noch vereinzelt (5) helfen sie auch bei der Haushaltsführung mit.

Inwieweit die genannte Unterstützung durch Verwandte, Freunde oder Professionelle ausreichend ist und wie zuverlässig und stabil die sozialen Netze sind, konnte in dem Pilotprojekt nicht vertieft untersucht werden.

3.4 Schulische und berufliche Qualifikation

24 Mütter aus der Stichprobe sind nicht erwerbstätig, 2 sind in Ausbildung, 3 teilzeitbeschäftigt und ebenfalls 3 vollzeitbeschäftigt. Von den Lebenspartnern sind 11 nicht erwerbstätig, 16 vollzeit- und einer teilzeitbeschäftigt.

3 Mütter haben einen Sonderschulabschluss, 7 einen Hauptschulabschluss, 13 einen Realschulabschluss und 8 Abitur. 5 Mütter haben keinen Schulabschluss. Je weniger qualifizierend der Schulabschluss der Mütter ist, um so seltener ist es ihnen gelungen eine Ausbildung abzuschließen: Während noch 6 der Abiturientinnen und 9 der Realschülerinnen eine Ausbildung absolviert haben, trifft dies nur noch auf 4 der Hauptschülerinnen, eine Sonderschülerin und keine Mutter ohne Schulabschluss zu.

8 Mütter geben an, dass sie eine berufliche Ausbildung bzw. ein Studium abgebrochen haben, weil sie ihr Kind betreuen mussten.

Informationen über den Schulabschluss oder die Berufsausbildung der Lebenspartner sind den Beraterinnen in der Frühberatungsstelle seltener bekannt: Ihre Bildungssituation ist aber etwas besser als die der Mütter: Zumindest 22 der 31 Lebenspartner haben eine Berufsausbildung abgeschlossen.

Die Daten zeigen, dass die Frühberatungsstelle mit ihrem Angebot nicht ausschließlich bildungsferne Familien anspricht. Probleme in der Beziehung und im Interaktionsverhalten zwischen Eltern und Kindern treten auch in gebildeten Familien auf. Aufgrund der geringen Fallzahlen werden die Risiken und Problemkonstellationen im Abschnitt 4 nicht nach Bildungsgrad aufgeschlüsselt – tendenziell liegen die Probleme 'gebildeterer' Familien allerdings eher im Bereich der Regulationsstörungen (Schlaf-, Schrei- und Fütterstörungen), während bei bildungsfernen Familien gravierendere Entwicklungsstörungen auftreten.

3.5 Finanzen und Wohnraum

Korrespondierend mit der schlechten beruflichen Situation sind die finanziellen Verhältnisse eines großen Teiles der Mütter in der Frühberatungsstelle sehr eingeschränkt: 18 Familien bezogen Sozialhilfe (unbekannt: 7) und 14 Haushalte (unbekannt: 5) sind verschuldet.

Die Familien haben bis auf drei Ausnahmen ein eigenes Zimmer für die Kinder. Für drei Familien haben die Beraterinnen den Wohnraum – aufgrund von Schimmel, Zerstörungen, Lärm oder Ähnlichem – als mangelhaft eingeschätzt (unbekannt: 1).

3.6 Erziehungs- und Entwicklungsgeschichte

Ein Teil der Mütter und ihrer Lebenspartner, die Unterstützung in der Frühberatungsstelle suchen, wurden selbst in der Kindheit vernachlässigt, misshandelt oder anderen gravierenden Belastungen ausgesetzt (s. Tab. 3). Bei der Interpretation der vorliegenden Angaben muss beachtet werden, dass die Beraterinnen nur dann über die Kindheit der beratenen Eltern informiert sind, wenn die Kindheit der Eltern im Laufe des Beratungsprozesses thematisiert wurde. Zudem basieren die Informationen ausschließlich auf der Auskunft der Eltern; eine Kontrolle der Informationen durch andere Quellen konnte nicht durchgeführt werden. Insbesondere über die

Lebenspartner lagen den Beraterinnen nur wenige Informationen vor. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Eltern in der Kindheit mehr Belastungen erlebt haben als hier angegeben werden.

Tab. 3 Belastungen in der Kindheit der Eltern

	Mutter			Lebenspartner		
	n	%	unb.	n	%	unb.
Vernachlässigung	11	33	3	8	44	13
Gewalt/Misshandlung	13	39	3	6	38	15
Sexueller Missbrauch	6	19	4	0	0	16
Drogenabhängiger Elternteil	11	34	4	1	7	16
Psychisch kranker Elternteil	4	14	7	0	0	18
Wechselnde Stiefelerteile	5	17	7	4	19	14
Verstorbene/r Eltern/teil in Kindheit (< 12 Jahre)	5	17	7	1	7	16
Trennung der Eltern in Kindheit (< 12 Jahre)	2	7	6	5	33	16
Alleinerziehender Elternteil in Kindheit (< 12 Jahre)	6	21	7	2	18	16
Fremdplatzierungen	7	19	13	5	50	21

N: 36 Mütter, 31 Lebenspartner, %: gültige %

Ein Drittel der Mütter wurde in der Kindheit vernachlässigt; etwas mehr erlebten Misshandlungen; ein Fünftel wurde sexuell missbraucht; ein Drittel hatte mindestens einen drogenabhängigen Elternteil; fast ein Sechstel der Mütter hatte einen psychisch kranken Elternteil, wechselnde Stiefelerteile oder einen früh verstorbenen Elternteil. Seltener haben sich die Eltern in der Kindheit der Mütter getrennt, allerdings war jede fünfte Mutter alleinerziehend.

Ein besonders aussagekräftiger Risikofaktor in der Kindheit ist die Fremdplatzierung. Zum einen, weil die Fremdplatzierung dokumentiert, dass die Eltern nicht mehr ihr Kind versorgen konnten oder wollten und zum anderen, weil die Fremdplatzierung ein Lebensereignis ist, das zuverlässiger von den Beraterinnen eingeschätzt werden kann als beispielsweise Auskünfte der Eltern über Vernachlässigungen: 7 von 23 Müttern (19 %, unbekannt: 13) und 5 der Väter (18 %, unbekannt: 21) haben mindestens einen Teil ihrer Kindheit außerhalb ihres Elternhauses verbracht – bei Verwandten, in fremden Pflegefamilien oder in Heimen.

Insgesamt hat die Hälfte der Mütter in der Frühberatungsstelle (53 %) eine der genannten besonderen Belastungen¹ in der Kindheit erlebt. Die Mütter sind damit schon in der Kindheit besonderen Risiken ausgesetzt gewesen; Risiken, die dazu beitragen, dass sie Hilfe in der Frühberatungsstelle suchen.

Auch die Väter haben in ihrer Kindheit, soweit dies bekannt ist, gravierende Belastungen erlebt (s. Tab. 3).

Die Eltern waren in ihrer Kindheit aber nicht nur Risiken ausgesetzt, sondern auch schützenden Faktoren. Ein bedeutsamer Schutzfaktor ist eine fürsorgende Bezugsperson: 86 % der Mütter (unbekannt: 0) und 92 % der Lebenspartner (unbekannt: 6) hatten zumindest zeitweise eine fürsorgende Bezugsperson in der Kindheit. Jene 5 Mütter, die in ihrer Kindheit keine fürsorgende Bezugsperson hatten, weisen auch bei ihren eigenen Risiken und Problemen und bei den Risiken ihrer Kinder besonders gravierende Belastungen aus.

Obwohl der größte Teil der Mütter in der Kindheit sehr belastende Erfahrungen mit ihren Eltern hatte, haben die meisten Mütter (26 von 36) noch gelegentlich Kontakt zu ihren Eltern.

¹ Ohne das im Vergleich weniger gravierende Risiko alleinerziehender Eltern.

4 Risiken und Probleme¹

4.1 Risiken und Probleme der Mütter und ihrer Lebenspartner im Interventionszeitraum

Die Mütter und ihre Lebenspartner haben in sehr unterschiedlichen Bereichen teils sehr gravierende Probleme. Das Ausmaß der Belastungen reicht dabei von 'leichteren' psychosomatischen Problemen bis zu stark beeinträchtigenden klinisch behandlungsbedürftigen Erkrankungen. Für diese Pilotstudie wurde das schlichte Vorkommen oder Nicht-Vorkommen typischer Probleme erhoben, ohne vertieft in die Analyse der Probleme – ihre Intensität, ihren Einfluss auf die Lebensqualität oder auf die Versorgung der Kinder – einzugehen. Die Auswahl der Probleme beruht auf den Erfahrungen der Beraterinnen. Neben Drogenmissbrauch und psychischen Krankheiten/Störungen wurden eine Reihe weiterer erfahrungsgemäß relevanter Probleme abgefragt.

Alle im Jahr 2004 beratenen Mütter haben mindestens eines der in den nachfolgenden Abschnitten (s. Tab. 4, 5, u. 6) aufgezählten Probleme. Im Durchschnitt haben sie 6,7 Probleme (Standardabweichung: 3,7) und maximal 14.

4.1.1 Drogenmissbrauch

Im Jahr 2004 wurden nur wenige drogenmissbrauchende Mütter in der Frühberatungsstelle beraten (s. Tab. 4). Alkoholmissbrauch spielte bei den Müttern keine Rolle und lediglich vier Mütter missbrauchten Tabletten. Von diesen nahm eine auch Heroin, eine andere konsumierte exzessiv Cannabis und eine weitere wurde medikamentös wegen ihrer Opiatabhängigkeit behandelt.

Fast ein Drittel der Frauen raucht stark. Die Beraterinnen wissen allerdings nur von vier Müttern, dass sie während der Schwangerschaft geraucht haben (3 weitere unbekannt).

Tab. 4 Drogenprobleme

	Mutter			Lebenspartner		
	N	%	unb.	n	%	unb.
Alkoholmissbrauch	0	0	0	2	13	15
Tablettenmissbrauch	4	11	0	2	13	15
Heroinmissbrauch	1	3	0	1	6	14
Kokainmissbrauch	0	0	0	1	8	18
Cannabissmissbrauch	1	3	1	2	14	17
> 5 Zigaretten	10	29	1	8	53	16
Missbrauch anderer Drogen	0	0	3	0	0	19
Medikamentös behandelte Opiatabhängigkeit	1	3	1	0	0	17
Substanzabhängig zur Zeit clean	1	3	2	1	7	16

N: 36 Mütter, 31 Lebenspartner, %: gültige %

¹ Die folgenden Auswertungen beziehen sich nur noch auf die Mütter, da die Angaben für die Lebenspartner zu oft unbekannt sind.

4.1.2 Psychische Störungen

Mütter mit psychischen Störungen spielen in der Frühberatungsstelle eine wesentlich größere Rolle als drogenmissbrauchende Mütter (s. Tab. 5). Neurotische oder psychosomatische Störungen treten bei mehr als der Hälfte der Frauen auf. Bei einem Viertel der Frauen liegt nach Einschätzung der Beraterinnen eine Persönlichkeitsstörung vor, bei drei Frauen eine affektive Störung. Für einige Mütter werden diese Einschätzungen durch psychiatrische Diagnosen bestätigt: für 6 Mütter mit neurotischen oder psychosomatischen Störungen, für 3 Mütter mit Persönlichkeitsstörungen und für 2 Mütter mit affektiven Störungen.

Relativ häufig (9) werden in der Frühberatungsstelle Mütter mit prenatalen oder postpartalen Depressionen beraten. Dreimal liegt auch hierzu eine externe Diagnose vor und sechsmal beruht die Einschätzung der Beraterinnen auf der Postpartale Depression Scale¹.

Tab. 5 Psychische Störungen

	Mutter			Lebenspartner		
	n	%	unb.	n	%	unb.
Neurotische/Psychosomatische Störungen	18	56	4	3	27	20
Persönlichkeitsstörungen	8	24	2	3	27	20
Schizophrenien/wahnhaftige Störungen	0	0	1	0	0	20
Affektive Störungen	3	9	2	2	18	20
Prenatale Depression	5	14	1			
Postpartale Depression	8	24	2			
Suizidversuch	3	8	0	1	8	18

N: 36 Mütter, 31 Lebenspartner, %: gültige %

4.1.3 Sonstige Probleme

Neben psychischen Störungen (im engeren Sinne) und Suchtproblemen haben die Beraterinnen noch einige weitere Probleme wahrgenommen (s. Tab. 6): Fast ausnahmslos fielen die Mütter durch ein schwaches Selbstwertgefühl auf. Drei Viertel der Mütter lassen eine ängstliche Stimmung erkennen und gut die Hälfte eine negative, resignative Stimmung. Häufig, in etwas mehr als der Hälfte der Fälle, sind die Mütter sozial isoliert, obwohl sie in der Regel zumindest über einige soziale Ressourcen verfügen (vgl. Abschnitt 3.3). Trennungsprobleme und akute, behandlungsbedürftige Erkrankungen spielen ebenfalls bei rund der Hälfte der Mütter eine Rolle. Etwas seltener kam Unzufriedenheit mit der Mutterrolle vor und noch seltener zwanghaftes Verhalten. Jeweils rund ein Fünftel der Mütter vernachlässigt sich selbst durch mangelnde Gesundheitsfürsorge oder durch ein verwaorlostes Äußeres. Unzureichende Deutschkenntnisse, chronische körperliche Erkrankungen, körperliche oder geistige Behinderungen treten bei den Müttern jeweils einmal auf. Inhaftiert ist keine der Mütter im Beratungszeitraum.

¹ In einer Übersetzung von Mechthild Papoušek.

Tab. 6 Sonstige Probleme

	Mutter			Lebenspartner		
	n	%	unb.	n	%	unb.
Schwaches/unsicheres Selbstwertgefühl	31	89	1	9	82	20
Ängstliche Stimmung	26	74	1	3	27	20
Soziale Isolierung	21	58	0	7	54	18
Trennungsprobleme	19	53	0	11	73	16
Negative, resignative Stimmung	18	51	1	4	36	20
Akute körperl. oder psych. Erkrank. mit Behandlungsbedarf	18	50	0	2	17	19
Unzufrieden mit der Mutter/Vaterrolle	15	42	0	6	55	20
Rigide/zwanghaftes Verhalten	11	31	1	3	30	21
Mangelnde Gesundheitsfürsorge	8	22	0	4	31	18
Verwahrlostes Äußeres	6	17	0	1	8	19
Unzureichende Deutschkenntnisse	1	10	26	2	50	27
Chronische/längerfristige körperliche Erkrankung	1	3	2	1	7	17
Geistige Behinderung	1	3	0	1	7	17
Körperliche Behinderung	1	3	0	0	0	18
Inhaftierung	0	0	0	4	27	16

N: 36 Mütter, 31 Lebenspartner, %: gültige %

4.2 Risiken im Zusammenspiel zwischen Mutter und Kind

Kinder entwickeln sich nur dann förderlich, wenn sie sich mit einer zuverlässigen, liebevollen Bezugsperson kommunikativ austauschen können (Bowlby 1951, Spitz 1965). Wenn sie keine Gelegenheit dazu haben, fallen sie in ihrer emotionalen, kognitiven und körperlichen Entwicklung zurück: Sie lernen beispielsweise spät und unzureichend sprechen, sie lernen nicht Beziehungen einzugehen und sie lernen nicht, die soziale Bedeutung von Handlungen zu verstehen. Die ersten Beobachtungen von schwer entwicklungsgeschädigten Kindern hat Spitz an Kindern gemacht, die in Heimen lediglich versorgt wurden, aber keine emotionale Ansprache erhielten. Aber auch Kinder, die in Familien aufwachsen, können Entwicklungsschäden erleiden, wenn ihre Bezugspersonen keinen zuverlässigen emotionalen Kontakt zu ihnen aufnehmen können oder wollen.

Bei fast allen Familien in der Frühberatungsstelle ist der Austausch zwischen Eltern/Mutter und Kind gestört, in einigen Fällen so stark, dass beim Kind schon gravierende Entwicklungsschäden zu beobachten sind. Zumeist handelt es sich allerdings um eher moderate Interaktionsstörungen, beispielsweise um solche, die dazu führen, dass ein Kind sich schwierig verhält, es Probleme beim Füttern gibt oder das Kind untröstlich schreit. Hier überschneiden sich Prävention und Intervention.

Schwerpunkt der Frühberatung ist es, Entwicklungsrisiken, die durch eine Störung des Zusammenspiels zwischen Eltern und Kind entstehen, zu verringern. Die Beraterinnen orientieren sich bei ihrer Beobachtung und Anleitung des Verhaltens der Eltern und Kinder im Zusammenspiel an Konzepten aus der Bindungsforschung, der Kommunikationsforschung und der Kleinkindforschung (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall 1978; Crittenden 2004, Papoušek 1994, Papoušek, 2004; Stern 2001). Insbesondere auf das von Ainsworth eingeführte Konzept der Feinfühligkeit wird in der Frühberatungsstelle zurückgegriffen. Nach Ainsworths Forschungen basiert eine sichere Bindung zwischen Eltern(teil) und Kind auf der feinfühlig – das heißt angemessenen, prompten und zuverlässigen – Reaktion des Elternteils auf die Signale des Kindes.

In der Kommunikationsforschung wurden diese Konzepte aufgegriffen und das Zusammenspiel zwischen Eltern und Kleinkindern untersucht. Mit Mikroanalysen videographierter Interaktionssequenzen wurde herausgefunden, wie in gelingenden Beziehungen Kleinkinder Kommunikationssignale aussenden und Eltern darauf reagieren und wie in gestörten Kommunikationen diese Interaktion beeinträchtigt sein kann (Papoušek 1994).

Die Beraterinnen sind mit diesen Konzepten vertraut (s. Abs. 2.3) und wenden sie in ihrer Arbeit an. In der Erhebung der vorliegenden Pilotstudie wird zur Beschreibung der Eltern-Kind-Beziehung auf die Verhaltenskategorien aus diesen Forschungstraditionen zurückgegriffen. Die Zuverlässigkeit und Differenziertheit der Zuordnungen kann dabei allerdings nicht mit standardisierten Erhebungsmethoden verglichen werden, wie beispielsweise der Fremden Situation (Ainsworth 1978) oder des Care-Index (Crittenden 2004).

Einige Kategorien, mit denen die Verhaltensstrategien der Eltern im Zusammenspiel mit ihrem Kind erfasst wurden, erklären sich nicht selbst und sollen daher etwas genauer beschrieben werden:

Das Elternverhalten ist *feinfühlig*, wenn die Eltern die Bedürfnisse und Signale ihres Kindes wahrnehmen, richtig interpretieren und angemessen, zuverlässig und prompt reagieren. Feinfühlige Eltern gewähren ihrem Kind beispielsweise Ruhe und sie verhalten sich beruhigend, wenn sie erkennen, dass das Kind müde ist. Mit 'prompt' ist nicht gemeint, dass die Eltern ohne Verzögerung auf jeden Laut reagieren. Prompt ist eine Reaktion vielmehr, wenn die Eltern – beispielsweise einem unruhig Kind – einen angemessenen Zeitraum geben, sich selbst zu beruhigen, und erst wenn dies misslingt, selbst aktiv werden.

Die Eltern sind *responsiv*, wenn sie die Signale des Kindes wahrnehmen und darauf in angemessener *oder* unangemessener Form reagieren.

Kontrollierend verhalten sich Eltern, wenn sie das Verhalten des Kindes steuern und eigene Initiativen des Kindes hemmen oder unterdrücken.

Eine Steigerung des kontrollierenden Verhaltens ist das *intrusive* Verhalten: Intrusive Eltern ignorieren die kindlichen Bedürfnisse und zwingen ihm ihren Willen auf; beispielsweise spielen sie mit ihm, wenn es müde ist oder sie füttern es, wenn es satt ist.

Zurückweisend verhalten sich Eltern, wenn sie die kindlichen Signale ignorieren und sich abwenden.

Passives Verhalten zeigen Eltern, die keine Eigeninitiative in der Interaktion mit dem Kind entwickeln. Eine stark passive Mutter überlässt beispielsweise ihr Kind stundenlang sich selbst oder spricht (fast) nicht mit ihm oder reagiert nicht auf seine Versuche der Kontaktaufnahme. Das Kind unterlässt dann bald diese Versuche, zieht sich zurück und fällt zurück in seiner sozialen und sprachlichen Entwicklung. Wenn es die Möglichkeit hat, sucht es Kontakt zu anderen Bezugspersonen – im fortgeschrittenen Verlauf wahllos zu jeder Person.

Eltern verhalten sich *überregulierend*, wenn sie ihrem Kind keine Gelegenheit geben sich selbst zu regulieren, z. B. sich selbst zu beruhigen, wenn ihm unwohl ist. Sie stimulieren ihr Kind ständig, so dass es keine Gelegenheit findet, selbst aktiv zu sein. *Unterregulierend* sind die Eltern, die ihr Kind nicht unterstützen, wenn es ihm nicht gelingt, sich selbst zu stabilisieren. Sie geben zu wenig Führung und Orientierung; sie bereiten es z. B. nicht durch Sprache oder ritualisierte Bewegungen vor, bevor sie es aufnehmen, windeln oder füttern.

Die Beraterinnen haben für jeden Elternteil das Verhalten auf einer dreistufigen Scala – nicht/wenig, mittelmäßig, stark – bewertet; auch wenn es ihnen manchmal schwerfiel, die vielschichtige Realität in dieses einfache Raster zu zwingen. Bei ihrer Einschätzung des elterlichen Verhaltens haben die Beraterinnen versucht, das typische, vorherrschende Verhalten zu erfassen – auch ein Elternteil, der nicht/wenig feinfühlig eingeschätzt wurde, kann manchmal die Signale seines Kindes richtig deuten und angemessen reagieren.

Die jeweils "extreme" Ausprägung der Kategorien in der jeweils ungünstigeren Richtung ist als Indikator für einen Interventionsbedarf zu werten.

Die Verhaltensweisen sind keine Eigenschaften der Mütter „an sich“. Es sind Verhaltensweisen, die sie (typischerweise) im Umgang mit einem bestimmten Kind zeigen. Mit anderen Kindern können sie sich anders verhalten. Das Verhalten kann also nicht einer bestimmten Mutter zugeordnet werden, sondern nur einer Mutter-Kind-Dyade.

4.2.1 Verhalten der Mutter

Erwartungsgemäß sind die Mütter, die in der Frühberatungsstelle länger beraten werden, nur sehr selten (3) ausgeprägt feinfühlig. Jeweils etwa die Hälfte der Mütter ist mittelmäßig oder wenig feinfühlig. Dennoch sind sie meistens mittelmäßig oder sehr responsiv. Stark kontrollierend sind 15 Mütter und 16 Mütter sind ausge-

sprochen intrusiv im Umgang mit ihrem Kind. Sehr passive oder sehr zurückweisende Mütter sind etwas seltener – jeweils 26 %. Stark überregulierend bzw. stark unterregulierend sind 12 bzw. 13 der Mütter. 40 % der Mütter haben nur wenig körperlichen kommunikativen Kontakt mit ihren Kindern, 44 % sprechen sehr wenig mit ihren Kindern und etwas mehr als die Hälfte sucht wenig spielerischen Austausch mit ihrem Kind. Insgesamt belegen diese Zahlen durchweg Störungen im Austausch zwischen Eltern und Kindern – wenn auch in unterschiedlicher Intensität und in unterschiedlicher Art und Weise.

Tab. 7 Zusammenspiel zwischen Mutter und Kind – Verhalten der Mutter

	Ausprägung bei der Mutter					
	nicht/wenig		mittelmäßig		stark	
	n	%	n	%	n	%
Feinfühlig	15	43	17	49	3	9
Responsiv	12	34	6	17	17	49
Kontrollierend	16	46	4	11	15	43
Intrusiv	12	34	7	20	16	46
Zurückweisend	21	60	5	14	9	26
Passiv	20	57	6	17	9	26
Überregulierend	16	46	7	20	12	34
Unterregulierend	17	50	4	12	13	38
körperl. Kontakt Kommunikation	14	40	7	20	14	40
(Vor-)sprachliche Kommunikation	15	44	9	26	10	29
Spielerische Ansprache	19	56	8	24	7	21

N: 35 Mütter (Mutter-Kind-Dyaden)

Einige der Kategorien zur Beschreibung der Interaktionen zwischen Müttern und Kindern beziehen sich auf ähnliche Phänomene. Das heißt, sie treten in der Regel gemeinsam auf. Das Verhalten der Mütter lässt sich daher zu drei verschiedenen Typen zusammenfassen:

1. Mütter, die eher kontrollierend, intrusiv, überregulierend und zurückweisend sind und die weniger feinfühlig und responsiv sind sowie weniger körperlichen, sprachlichen oder spielerischen Kontakt suchen,
2. Mütter, die eher passiv, zurückweisend und unterregulierend sind und ebenfalls weniger feinfühlig und responsiv sind sowie weniger körperlichen, sprachlichen oder spielerischen Kontakt suchen und
3. Mütter, die feinfühligere und responsivere sind und mehr körperlichen, sprachlichen oder spielerischen Kontakt suchen.

Die Verteilung der Spearman'schen Korrelationskoeffizienten in Tabelle 8 bildet diesen Zusammenhang ab.

Es lassen sich jeweils 8 Frauen dem eher überregulierenden, eingreifenden Verhaltensmuster und dem unterregulierenden, passiven Verhaltensmuster zuordnen und 12 Frauen dem feinfühligere, Kontakt suchenden Verhaltensmuster. Die Übergänge zwischen den Gruppen sind dabei fließend.

Tab. 8 Korrelationen der Komponenten des Zusammenspiels von Mutter-Kind

	Korrelationskoeffizient (Spearman-Rho)										
	Feinfühlig	Körp. Kontakt	Sprachl. Kommun.	Spiel	Responsiv	Kontrollierend	Überregulierend	Intrusiv	Zurückweisend	Passiv	Unterregulierend
Feinfühlig	1	0,8	0,7	0,7	0,6	0,0	0,2	-0,6	-0,9	-0,6	-0,7
Körperl. Kontakt/Kommunikation		1	0,7	0,7	0,5	0,1	0,4	-0,3	-0,8	-0,5	-0,8
(Vor-)sprachliche Kommunikation			1	0,9	0,7	0,2	0,3	-0,3	-0,7	-0,7	-0,8
Spielerische Ansprache				1	0,7	0,3	0,3	-0,3	-0,7	-0,6	-0,7
Responsiv					1	0,1	0,3	-0,2	-0,5	-0,7	-0,7
Kontrollierend						1	0,6	0,4	0,0	-0,4	-0,3
Überregulierend							1	0,2	-0,2	-0,5	-0,7
Intrusiv								1	0,5	0,1	0,3
Zurückweisend									1	0,5	0,7
Passiv										1	0,6
Unterregulierend											1

N: 35 Mütter

4.2.2 Verhalten des Kindes

Ebenso wie die Mütter Verhaltensstrategien im Umgang mit ihrem Kind entwickeln, bilden die Kinder Strategien im Umgang mit ihren Müttern heraus. Diese Strategien des Kindes werden in der Befragung des Pilotprojektes mit den Kategorien kooperativ, angepasst, schwierig, passiv¹ und übersteigertes Trotzen erfasst, sowie mit den drei Bindungskategorien: sicher, unsicher/ambivalent und unsicher/vermeidend².

Die Kinder entwickeln diese Strategien komplementär zu dem Verhalten der Mutter. Dabei existiert keine eins zu eins Passung zwischen den Vorgehensweisen der Kinder und der Mütter. In der Tendenz haben jedoch feinfühligere Mütter kooperative und sicher gebundene Kinder und passive Mütter passive, unsicher vermeidend gebundene Kinder. Moderat intrusive, kontrollierende und überstimulierende Mütter haben schwierige, unsicher ambivalent gebundene Kinder und stark intrusive, bedrohliche Mütter angepasste Kinder.

In der Befragung ist jeweils rund ein Viertel der Kinder stark ausgeprägt kooperativ, angepasst oder schwierig und 15 % der Kinder sind besonders passiv (s. Tab 9).

Nur ein Kind wird in der Interaktion mit seiner Mutter von den Beraterinnen als ausgeprägt sicher gebunden eingeschätzt, 8 weitere als zumindest teilweise sicher und mehr als zwei Drittel zeigen (fast) gar kein sicheres Bindungsverhalten. Das heißt, diese Kinder können sich nicht von ihrer Mutter trösten lassen, wenn sie in Not sind – beispielsweise wenn sie sich wehgetan haben. Wenn sie sich eher unsicher/vermeidend verhalten, zeigen sie diese Not nicht³, wenn sie eher unsicher/ambivalent sind, zeigen sie ihre Qual zwar deutlich, sind dabei aber kaum zu trösten.

Die beiden unsicheren Bindungskategorien werden in der Bindungsforschung nicht (an sich) als pathologisch eingestuft. Auch in nicht klinischen Populationen ist ca. die Hälfte der Kinder unsicher. Dennoch wurde gezeigt, dass unsicher gebundene Kinder in ihrer Entwicklung geringfügig benachteiligt sind. Bei den Kindern in der Frühberatungsstelle tritt unsicher vermeidendes und ambivalentes Verhalten allerdings in extremen Ausprägungen auf, so dass die "starke" Ausprägung der Kategorien als Indikator für einen Interventionsbedarf gewertet

¹ Angelehnt an die Kategorien des Care-Index (Crittenden 2004)

² Angelehnt an die Ainsworthsche Typologie (1978)

³ Physiologische Untersuchungen haben allerdings gezeigt, dass auch vermeidende Kinder in Stresssituationen angespannt waren, auch wenn sie dies nicht zum Ausdruck bringen.

werden muss – ebenso wie die starken Ausprägungen der Kategorien angepasst, schwierig, passiv, übersteigert trotzend.

Die Verhaltensweisen der Kinder korrelieren in der Befragung nicht so stark (positiv) miteinander wie die Verhaltensweisen der Mütter. Sie beschreiben eher voneinander abgegrenzte Phänomene. Nur "schwieriges" Verhalten korreliert erwartungsgemäß sehr stark mit übersteigertem Trotzen (Spearman Rho: 0,8) und die drei Bindungskategorien korrelieren jeweils mittelmäßig bis stark mit einer der Verhaltenskategorien: Sicher gebundene Kinder sind kooperativer (Spearman Rho: 0,6), unsicher ambivalent gebundene Kinder sind schwieriger (Spearman Rho: 0,4) und unsicher vermeidende Kinder verhalten sich häufiger passiv (Spearman Rho: 0,4).

Tab. 9 Zusammenspiel Mutter und Kind – Verhalten des Kindes

Kindesverhalten	Ausprägung im Verhältnis zur Mutter					
	nicht/wenig		mittelmäßig		stark	
	n	%	n	%	n	%
Kooperativ	18	51	8	23	9	26
Angepasst	19	58	6	18	8	24
Schwierig	17	50	7	21	10	29
Passiv	18	53	11	32	5	15
Übersteigertes Trotzen	21	64	4	12	8	24
<i>Kindliches Bindungsverhalten</i>						
Sicher	20	69	8	28	1	3
Unsicher/ambivalent	11	35	9	29	11	35
Unsicher/vermeidend	22	73	3	10	5	17

N: 35 Kinder (Mutter-Kind-Dyaden)

4.3 Weitere Risiken

4.3.1 Einstellung zum Kind

Die Einstellung zum Kind wird in den drei Kategorien "Freude am Kind", "Ablehnend" und "Wechselhaft" erhoben: Stark ausgeprägte Freude am Kind haben die Beraterinnen bei einem Drittel der Mütter festgestellt, bei 43 % ein mittleres Maß an Freude und bei 23 % wenig oder keine Freude. Damit korrespondierend lehnen nur sehr wenige (3) Mütter ihr Kind ausdrücklich ab. Ein Fünftel der Mütter lehnt ihr Kind allerdings teilweise ab, während bei 71 % dies nicht oder kaum festzustellen war. Eine stark ausgeprägt wechselhafte Einstellung bzw. eine teilweise wechselhafte Einstellung zum Kind haben die Beraterinnen bei jeweils einem Viertel der Mütter angegeben, bei der verbleibenden Hälfte haben sie dieses nicht beobachtet.

4.3.2 Akute Kindeswohlgefährdungen

Die Störungen in der emotionalen Beziehung und im Zusammenspiel zwischen Müttern und Kindern gefährden *langfristig* ihr kognitives, emotionales und leibliches Wohl. Einige Kinder sind zusätzlich auch *akut* bedrohlichen Situationen ausgesetzt: 5 Kinder wurden über mehrere Stunden alleine, ohne Aufsicht sich selbst überlassen. 7 Kinder wurden von ihren Eltern unterschiedlich schwer misshandelt. Sexueller Missbrauch oder Anzeichen für sexuellen Missbrauch des Kindes sind den Beraterinnen in keinem Fall bekannt.

Tab. 10 Akute Kindeswohlgefährdung

Gefährdungen	n	%
Mehrstündiges alleine lassen	5	14
Misshandlung des Kindes	7	21
Sexueller Missbrauch	0	0
Anzeichen für sexuellen Missbrauch	0	0

N: 35 Kinder, %: gültige %

4.3.3 Selbstregulation

Anlass für den Besuch der Beratungsstelle sind häufig Probleme der Eltern mit der Selbstregulation des Kindes. Das Kind kann nur schlecht in einen Rhythmus von Schlaf-Wach-Phasen finden, es schreit untröstlich über längere Perioden oder zeigt Ess- und Fütterstörungen. Die Beraterinnen haben angegeben, dass etwas mehr als die Hälfte der Kinder Probleme mit dem Schlaf-Wach-Rhythmus hat; 66 % der Kinder wacht häufig nachts auf. Fünf Kinder schreien mehr als drei Stunden am Tag. In 6 Fällen sind diese Probleme ein Anlass für die Beratung. Essverhaltensprobleme treten in 13 Fällen; Nahrungsverweigerungen in 3 Fällen auf.

4.3.4 Kindliche Stimmungslage/Verhaltensbereitschaft und weitere Störungen

Die Kinder in der Frühberatungsstelle wurden von den Beraterinnen fast ausnahmslos als grundsätzlich wach und aufnahmebereit eingeschätzt (s. Tab. 11). Nur vier Kinder fallen dadurch auf, dass sie häufig oder typischerweise sehr passiv oder schläfrig sind. Dieses Verhalten entwickeln Kinder, wenn sie in sehr anregungsarmen Umgebungen aufwachsen.

Die meisten Kinder (79 %) sind nach der Beobachtung der Beraterinnen grundsätzlich sprachbereit – sie lautieren, produzieren erste Worte und erwarten, dass man auf ihre Lautäußerungen reagiert. 7 Kinder fallen den Beraterinnen allerdings durch besondere (vorsprachliche oder sprachliche) Schweigsamkeit auf. Eine Verhaltensweise, die Kinder zeigen, wenn sehr wenig oder gar nicht mit ihnen gesprochen wird.

Weiterhin stellen die Beraterinnen fest, dass: 10 Kinder besonders unruhig sind; 14 Kinder einen auffällig traurigen Eindruck machen; 17 Kinder sehr ängstlich erscheinen und ebenfalls 17 Kinder übermäßig aggressiv wirken.

Erfreulicherweise konnten die Frühberaterinnen bei keinem der Kinder im Jahr 2004 beobachten, dass es in seinem Verhalten erstarrt (Freezing). Diese Verhaltensreaktion von Kleinkindern kann auftreten, wenn Kinder Misshandlungen und massiven Bedrohungen ausgesetzt sind.

Tab. 11 Verhaltensbereitschaft/Stimmung des Kindes

Kindesverhalten	n	%
Wach	32	94
Sprachbereitschaft	27	79
Schweigsamkeit	7	21
Schläfrig, passiv	4	12
Übererregt/stark unruhig	10	29
Traurig	14	41
Ängstlich	17	50
Aggressiv	17	50
Starrheit (Freezing)	0	0

N: 35 Kinder, %: gültige %

Ein Anzeichen für schwere Vernachlässigungen können selbstverletzendes Verhalten, exzessive Schaukelbewegungen oder exzessives Kopf-Hin-und-Herschlagen sein. Bei zwei bzw. drei Kindern konnten die Beraterinnen dieses Verhalten beobachten (s. Tab. 12).

Ausgeprägte motorische Unruhe haben die Beraterinnen bei 6 Kindern angegeben.

Bei 11 Kindern haben die Beraterinnen Vorformen von parentifiziertem Verhalten bemerkt. Kinder mit diesem Verhalten übernehmen gegenüber den Eltern eine fürsorgende Rolle. Ältere parentifizierte Kinder entwickeln dieses Verhalten als Reaktion auf die Not der Eltern oder gegenüber traurigen, depressiven, passiven, zurückgezogenen Eltern. Als Vorform eines solchen Verhaltens lässt sich bei sehr kleinen Kindern beobachten, dass sie sich an das Verhalten des Elternteils anpassen und darüber versuchen, auch von einem sehr zurückgezogenen Elternteil eine emotionale Reaktion zu erhalten.

Tab. 12 Weitere Störungen im Kindesverhalten

Kindesverhalten	n	%
Selbstverletzendes Verhalten	2	6
Exzessive Schaukelbeweg.	3	9
Exzessives Kopf Hinundherschlagen	2	6
Motorische Unruhe	6	17
Parentifizierung	11	31

N: 35 Kinder, %: gültige %

4.4 Entwicklungsstörungen, Beeinträchtigungen der Kinder

Die beschriebenen Risiken, denen die Kinder ausgesetzt sind, manifestieren sich in verschiedenen Entwicklungsstörungen¹ (s. Tab 13). Die Hälfte der Kinder (17) ist in der sprachlichen Entwicklung verzögert. Ein Fünftel ist nicht altersgemäß kognitiv entwickelt. Fast ein Drittel hat in der Ausbildung des Sozialverhaltens Probleme. Ein Viertel der Kinder ist motorisch auffällig und 39 Kinder weisen emotionale Störungen auf.

¹ Bei Bedarf führt die ebenfalls in den Räumen der Frühberatungsstelle praktizierende Ärztin des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes eine Entwicklungsdiagnostik durch. In einigen Fällen verwendet auch eine der Beraterinnen Bestandteile aus der Münchener funktionellen Entwicklungsdiagnostik.

Kinder mit chronischen oder psychosomatischen Erkrankungen oder mit körperlichen oder geistigen Behinderungen sind in der Frühberatungsstelle sehr selten.

Tab. 13 Entwicklungsstörungen, Beeinträchtigungen

Beeinträchtigungen	Kinder	
	n	%
Entwicklungsverzögerung sprachlich	17	48
Entwicklungsverzögerung kognitiv	7	20
Entwicklungsverzögerung sozial	10	29
Entwicklungsverzögerung motorisch	8	24
Emotionale Störungen	13	39
Chronische o. psychosomatische Erkrankungen	1	3
Körperl. Behinderung	1	3
Geistige Behinderung	0	0

N: 35 Kinder, %: gültige %

5 Beratungen

Die Beraterinnen haben im Jahre 2004 die 36 Familien¹ an insgesamt 369 Terminen beraten. Davon handelte es sich bei 299 Terminen um Einzelberatungen und bei 70 Terminen um Entwicklungsbeobachtungen und -beratungen in zwei Eltern-Kind-Gruppen.

Die Beraterinnen dokumentieren ihre Arbeit handschriftlich, da ihnen kein Büro und kein PC zur Verfügung stehen. Aufgrund von Dokumentationslücken insbesondere von spontan angesetzten Terminen und Telefonberatungen ist die Gesamtzahl der Beratungen, die für die Erhebung im Nachhinein rekonstruiert werden konnte, geringer als die Anzahl der tatsächlich geleisteten.

5.1 Beratungsleistungen 2004

Die verschiedenen Beratungsangebote der Frühberatungsstelle gehen oft ineinander über. Auch wenn für einen bestimmten Termin mit der Familie ein bestimmtes Vorgehen vereinbart wurde, offenbaren die Familien häufig erst im Laufe eines Beratungstermins weitere und andere Bedarfe. Die Beraterinnen müssen mit den unplanbaren, häufig sehr dringlichen Anliegen flexibel umgehen und ihr Angebot im Gesamtprozess und während einer Sitzung immer wieder den Bedürfnissen der Familie anpassen. So kann beispielsweise eine eigentlich für die Interaktionsdiagnostik vereinbarte Sitzung unvermittelt zu einer Krisenintervention werden, weil die Konflikte in der Partnerschaft der Mutter eskaliert sind.

Auch wenn es immer wieder fließende Übergänge zwischen den verschiedenen Angeboten der Beraterinnen gibt, lassen sich 14 verschiedene Angebote voneinander unterscheiden (s. Tab. 14). Die 36 beratenen Familien haben im Jahr 2004 insgesamt 722 Leistungen in Anspruch genommen.

¹ In den Jahren 2000 bis 2003 wurden 37, 45, 50 und 44 Familien in der Frühberatungsstelle beraten (Beyersmann 2005). Die Anzahl der beratenen Familien wurde im Jahr 2004 reduziert, da Anfang des Jahres unklar war, ob das Projekt noch weiter fortgesetzt wird.

Interaktionsanleitung

Die Förderung des Gelingens von Interaktionen zwischen Eltern und Kindern ist das zentrale Angebot der Frühberatungsstelle. Die Fähigkeit, mit einem kleinen Kind angemessen zu kommunizieren und seine Bedürfnisse zu erkennen, ist eine universelle Fähigkeit, die Menschen kulturübergreifend überall auf der Welt beherrschen, da sie das Überleben und Aufwachsen des Nachwuchses sichert. Im aktuellen pädagogischen Diskurs wird sie daher auch als intuitive Fähigkeit oder Kompetenz bezeichnet. Es handelt sich bei dieser intuitiven Kompetenz allerdings nicht um 'angeborene' Verhaltensprogramme. Menschen erwerben diese Kompetenz nur, wenn sie selbst auch von kompetenten Personen großgezogen werden und sie dieses Verhalten erleben und nachahmen können. Die Verhaltensnormen in unserer Kultur hemmen aber die Entwicklung und das Ausüben intuitiver Kompetenz im Umgang mit Kleinkindern: Kinder werden bei uns viel alleine gelassen. Nach unserem kulturellen Konsens brauchen Kleinkinder vor allem viel Ruhe; sie müssen satt und sauber sein und sie müssen beruhigt werden, wenn sie schreien. Für 'sinnloses' Spiel mit dem Kind ist wenig Platz – es sei denn im Sinne eines Förderangebotes. Dieser kulturelle Rahmen ist weit von dem Setting entfernt, indem sich unsere Verhaltensdispositionen entwickelt haben: vom Leben in Kleingruppen, in denen Säuglinge und Kleinkinder mitten im Geschehen sind. Mit dem Angebot der Frühberatungsstelle zur Interaktionsanleitung soll dem Mangel an Kompetenz im Umgang mit Kleinkindern begegnet werden. Ein Mangel dieser Art ist besonders ausgeprägt in solchen 'sozialschwachen' Familien zu finden, in denen die Vernachlässigung und Nichtbeachtung der Kinder über Generationen hinweg entwickelt wurde.

An 129 Beratungsterminen haben die Beraterinnen die Eltern bei ihren Interaktionen mit ihrem Kind angeleitet. Sie haben die Eltern darin geschult, die Signale ihres Kindes zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. Die Eltern werden bei der Interaktionsanleitung dazu aufgefordert, kurz mit ihrem Kind zu spielen oder eine andere Aktion mit ihm auszuführen. Während der Interaktion oder im Anschluss daran zeigen und erklären die Beraterinnen den Eltern, wie sie ihr Handeln verändern können, damit das Zusammenspiel mit dem Kind besser gelingt. Beispielsweise erklären sie den Eltern, wie ihr Kind zeigt, dass es überfordert ist und etwas mehr Ruhe oder Beruhigung braucht, oder sie erklären, wie sie ihr Kind ansprechen können, damit es sich ihnen zuwendet: z. B. mit einem Lächeln, Augenkontakt und sprachlicher Begleitung. Besonders effektiv können die Beraterinnen mit den Eltern an der Verbesserung des Zusammenspiels mit dem Kind arbeiten, wenn sie die Interaktionen videographieren und die Aufzeichnung mit den Eltern im Detail besprechen. So kann den Eltern sehr anschaulich vermittelt werden, wie sie und ihr Kind sich verhalten und aufeinander reagieren und wie sich dies verbessern lässt.

Die Interaktionsanleitung wird sowohl einzelnen als auch in Gruppen (in den Entwicklungsberatungsgruppen) durchgeführt (in Tab. 15 nicht extra ausgewiesen).

Entwicklungsbezogene Beratung

Am häufigsten (171) wird das Angebot der entwicklungsbezogenen Beratung genutzt. Die Eltern werden hier über die Entwicklungsaufgaben des Kindes und der Eltern informiert. Es wird ihnen anschaulich gezeigt, wie ihr Kind Entwicklungsschritte bewältigt und welche Schritte als nächstes vor ihm liegen. Sie erfahren, wie sie diese Entwicklung fördern können, ohne ihr Kind zu überfordern; welche Bedürfnisse ihr Kind hat und wie sie sich mit seiner Entwicklung verändern. Mit diesem Angebot reagiert die Frühberatungsstelle darauf, dass viele insbesondere bildungsferne Eltern, die selbst in einer vernachlässigenden Umwelt aufgewachsen sind, nur sehr lückenhaft über die Entwicklung und die Bedürfnisse kleiner Kinder Bescheid wissen. Diese Eltern hatten nie die Gelegenheit, am Vorbild einen angemessenen Umgang mit Kleinkindern zu erlernen und sie sind auch nicht dazu in der Lage, sich diesen auf anderem Wege, beispielsweise über Printmedien oder über höherschwelligere Eltern-Kind-Angebote, anzueignen.

Die Entwicklungsberatung wird auch für Eltern-Kind-Gruppen angeboten. In den Eltern-Kind-Gruppen treffen sich bis zu 5 Eltern/Elternteile mit ihren bis zu 15-monatigen Kindern ein Jahr lang einmal wöchentlich für 1 ½ Stunden. Das Gruppenangebot bietet gegenüber der Einzelberatung den Vorteil, dass Eltern auch voneinander lernen können und dass die Beraterin weniger dirigierend vorgehen kann. Andererseits kommt es auch vor, dass einzelne Eltern den Gruppenprozess stören, indem sie beispielsweise versuchen, die Beraterin in

Einzelgespräche über 'persönliche' Probleme zu ziehen. Dieses Gruppenangebot haben die Eltern im Jahre 2004 103-mal genutzt.

Interaktionsdiagnostik

Die Qualität der Interaktionen zwischen Eltern und Kindern, ihr Gelingen und ihre Risiken, wird von den Beraterinnen systematisch erfasst. Diese Diagnose dient den Beraterinnen als Basis für die Interaktionsanleitung und zur Einschätzung der Risiken in der Eltern-Kind-Beziehung, des Risikos der Entwicklungsgefährdung und der Kindeswohlgefährdung. Da Kinder sich nur dann normal entwickeln können, wenn sie Gelegenheit haben mit Bezugspersonen zu kommunizieren, ist diese Diagnose ein aussagekräftiger Indikator der Kindeswohlgefährdung bzw. des Interventionsbedarfes. Zum Teil wird in der Frühberatungsstelle die Interaktionsdiagnostik mit einem standardisierten Verfahren, dem von Crittenden entwickelten "Care-Index" durchgeführt.

Kooperation, Hilfeplanung

An 59 Terminen ist bei den Familien im Jahr 2004 die Vernetzung und Kooperation ein Schwerpunkt der Beratung gewesen. Obwohl die Organisation dieses Kooperationsprozesses bei der Case-Managerin des Amtes für Soziale Dienste liegt, übernimmt die Frühberatungsstelle oft große Teile der Kooperationsarbeit. Die Beraterinnen haben häufig die größere Vertrautheit mit dem Fall und initiieren daher weitere Hilfen, gewährleisten den Informationsaustausch und koordinieren die Hilfen.

Familienberatung

An 51 Terminen nutzten die Familien das Angebot der Familienberatung. In der Regel finden diese Beratungen in der Frühberatungsstelle statt, in einigen Fällen wurden die Beratungen aber auch als aufsuchendes Angebot genutzt, und die Beraterinnen haben die Familien in ihrer eigenen Wohnung beraten. Bei der Familienberatung wird das Funktionieren der Familie in den Blick genommen. Die Familien werden vor allem zu den häufig problematischen Partnerschaften (s. Abs. 3.2) und zu psychischen Problemen (s. Abs. 4.1) beraten. Ein Beratungsschwerpunkt liegt auch auf der Verarbeitung und der Bedeutung der eigenen belastenden Kindheit für die jetzige Elternrolle und die aktuelle Beziehung zu ihrem Kind. Es ist dabei nicht der Auftrag der Beraterinnen eine Psychotherapie oder eine Paartherapie anzubieten. Bei Bedarf nach einer therapeutischen Hilfe, dient das niedrigschwellige Angebot der Frühberatung allerdings oft der Vorbereitung und Vermittlung. Hier kann die Einsicht und die Motivation geschaffen werden, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, und die Angst davor kann abgebaut werden. Nicht zuletzt ist es eine wichtige Aufgabe der Familienberatung, die Eltern durch das gemeinsame Gespräch zu entlasten.

Information

Häufig (52) haben die Eltern einfach einen Bedarf nach Informationen über weitere Hilfen und Angebote. Die Beraterinnen informieren über die Leistungen und Aufgaben anderer Hilfen, verteilen Informationsmaterial und bieten ggf. die Gelegenheit, die Probleme sofort telefonisch zu klären.

Telefonberatung

In 26 Fällen haben die Beraterinnen die Eltern telefonisch beraten. Als Telefonberatung wurden hier nur Gespräche berücksichtigt, die länger als 10 Minuten gedauert haben. Bei der Zählung der Telefonberatungen ist es zu einer deutlichen Untererfassung gekommen (s. o.).

Schmetterlingsmassage

22-mal wurden die Eltern dazu angeleitet, die Schmetterlingsmassage mit ihren Kindern durchzuführen. Bei der Schmetterlingsmassage nach Eva Reich 'massieren' die Eltern ihr Baby mit leichten, zarten, behutsamen Berührungen. Die leichten Berührungen können die Babys beruhigen. Die Eltern werden darin geschult, die Reaktionen des Babys wahrzunehmen, verstehen zu lernen und adäquat darauf zu reagieren. Die Eltern können so mit ihrem Kind eine sehr harmonische, befriedigende Situation erfahren. Die Schmetterlingsmassage wird auch in den Entwicklungsberatungsgruppen durchgeführt.

Krisenintervention

Die Beraterinnen mussten in 19 Beratungen in akuten Krisen zum Schutz des Kindes und der Mutter intervenieren. Dabei handelt es sich um sehr unterschiedliche Krisen: akute Erschöpfungszustände der Mutter; Gewalt des Partners gegen die Mutter; eine leere Haushaltskasse; akute Angst- und Panikzustände; Krisen im Zusammenhang mit drohender Herausnahme des Kindes bei Vernachlässigung; impulsive Durchbrüche mit Angst vor Kontrollverlust; Krisen im Zusammenhang mit einer Suchtbehandlung oder mit psychischen Erkrankungen. Die Frühberatungsstelle bietet in diesen Krisen eine erste Entlastung durch einen kompetenten Gesprächspartner und sie informiert über Hilfemöglichkeiten und vermittelt gegebenenfalls weiter.

Erstgespräch

Ein ausführliches Erstgespräch wurde in 17 Fällen geführt. In diesem Gespräch wird die aktuelle Situation und der Anlass der Hilfesuche erfasst und der weitere Beratungsprozess geplant und verabredet. In 5 Fällen fand kein ausdrückliches Erstgespräch statt, da die Familien sind den Beraterinnen schon vorher bekannt waren.

Körperorientierte Krisenintervention

Fünf Familien haben an 11 Terminen das Angebot der körperorientierten Krisenintervention nach Harms (2000) wahrgenommen. Die körperorientierte Krisenintervention richtet sich an Eltern, die ihr schreiendes Kind nicht beruhigen können. Die Eltern werden dazu angeleitet, sich selbst im Kontakt mit ihrem Kind bewusst wahrzunehmen, und sie lernen, wie sie ihr Kind im Körperkontakt wieder beruhigen können. In der Regel wird diese Intervention mit der Schmetterlingsmassage kombiniert.

Gutachterliche Empfehlung

Die Frühberatungsstelle hat sechs gutachterliche Empfehlungen zur Einleitung weiterer Maßnahmen abgegeben; beispielsweise zur Fremdplatzierung oder zum Verbleib eines Kindes in einer Familie oder zur Bewilligung einer Kur.

Tab. 14 In Anspruch genommene Leistungen

Beratungen	n	%
Entwicklungsberatung einzeln	171	24
Interaktionsanleitung	129	18
Entwicklungsberatung Gruppe	103	14
Kooperation, Hilfeplanung	59	8
Familienberatung	51	7
Vermittlung, Information	52	7
Interaktionsdiagnostik	43	6
Telefonberatung	26	4
Schmetterlingsmassage einzeln	22	3
Krisenintervention	19	3
Erstgespräch	17	2
Schmetterlingsmassage (Gruppe)	13	2
Körperorientierte Krisenintervention	11	2
Gutachterliche Empfehlung	6	1
Gesamt	722	

N: 702 Leistungen, die von 36 Familien in Anspruch genommen wurden.

Die aufgezählten Leistungen beziehen sich nur auf die Familien, die in die Stichprobe aufgenommen wurden (s. Abs. 1.2). Weitere Leistungen wurden für Familien erbracht, die sich nur ein oder zweimal beraten lassen haben. Welchen Umfang diese Leistungen hatten, ist nicht bekannt.

5.2 Vermittelnde Kooperationspartner und Anlässe der Beratung

Das Angebot der Frühberatungsstelle ist neu und noch nicht etabliert. Die meisten Menschen wissen nicht, dass es dieses Angebot gibt und in welchen Fällen man es in Anspruch nimmt – anders als etwa die Leistung eines Kinderarztes oder eines Logopäden. Die Frühberatungsstelle muss daher, um die hilfebedürftigen Familien zu erreichen, für ihr Angebot werben und mit anderen Institutionen, die ebenfalls mit der Zielgruppe arbeiten, kooperieren. Nur in fünf Fällen haben sich Familien von sich aus an die Frühberatungsstelle gewandt. Die meisten Familien wurden von anderen Einrichtungen an die Frühberatungsstelle verwiesen: Am häufigsten war dies das Haus der Familie (10), sechsmal das Amt für soziale Dienste, fünfmal waren es Kinderärzte und dreimal Familienhebammen. Weitere Einrichtungen, die Familien an die Frühberatungsstelle vermittelt haben, waren: eine Kindertagesstätte, eine Kinderkrippe, das Bremer Elternnetz, eine Familienhelferin, der Familientreff, die Frühen Hilfen, das Gesundheitsamt und eine Pflegemutter.

Durch die räumliche Nähe und die personelle Überschneidung spielt das Haus der Familie bei der Vermittlung eine besondere Rolle. Aufgrund der Vertrauensbasis, die im Haus der Familie gebildet wird, können so auch Familien an die Frühberatungsstelle herangeführt werden, die die Beratungsstelle sonst nicht aufsuchen würden.

Folgende Anlässe für die Beratungen wurden benannt:

In 11 Fällen (31 %) ist der Verdacht auf Gefährdung des Kindeswohles der Beratungsanlass. In 6 Fällen (17 %) spielen akute Verletzungen des Kindeswohles eine Rolle. In der Regel wurden die Familien in diesen Fällen von Dritten in die Erziehungsberatungsstelle geschickt oder dazu angeregt – vom Jugendamt, einer Kinderkrippe, dem Haus der Familie oder Nachbarn. Sechsmal wurden die Familien ausdrücklich dazu verpflichtet, die Frühberatungsstelle aufzusuchen.

In 9 Fällen wurde die Beratungsstelle von Eltern mit unterschiedlichen Erziehungsproblemen aufgesucht. In diesen Fällen ging es um den Umgang mit besonders unruhigen Kindern, mit trotzkenden Kindern, mit Kindern, die Unterstützung benötigen, ihren Schlaf-Wach-Rhythmus zu finden, oder die Fütterstörungen und Essverhaltensprobleme zeigen.

In 8 Fällen spielen die eigene Erschöpfung, Probleme, die ganze Situation zu bewältigen, oder andere psychische Probleme der Eltern eine dominante Rolle.

In 7 Fällen kamen die Eltern mit dem ausdrücklichen Wunsch nach Informationen über die Entwicklung ihres Kindes. Ebenso oft suchten sie vor allem Kontakt zu anderen Eltern mit kleinen Kindern.

Die Kooperation mit den oben erwähnten vermittelnden Institutionen laufen allerdings nicht nur in eine Richtung. Die Frühberatungsstelle hat ihrerseits in 19 Fällen die Eltern dazu angeregt, weitere Hilfen zu suchen. Bei diesen Hilfen handelt es sich um an das Kind oder auf die Eltern-Kindbeziehung gerichtete Angebote wie Kinderbetreuungseinrichtungen, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Frühe Hilfen, Opstapje und die Elternschule im Haus der Familie. Auf die Eltern zielen Angebote wie psychiatrische und psychotherapeutische Hilfen, Paarberatungen, Suchtberatungen, Rechtsberatungen, Leistungen des Amtes für Soziale Dienste oder medizinische Hilfen.

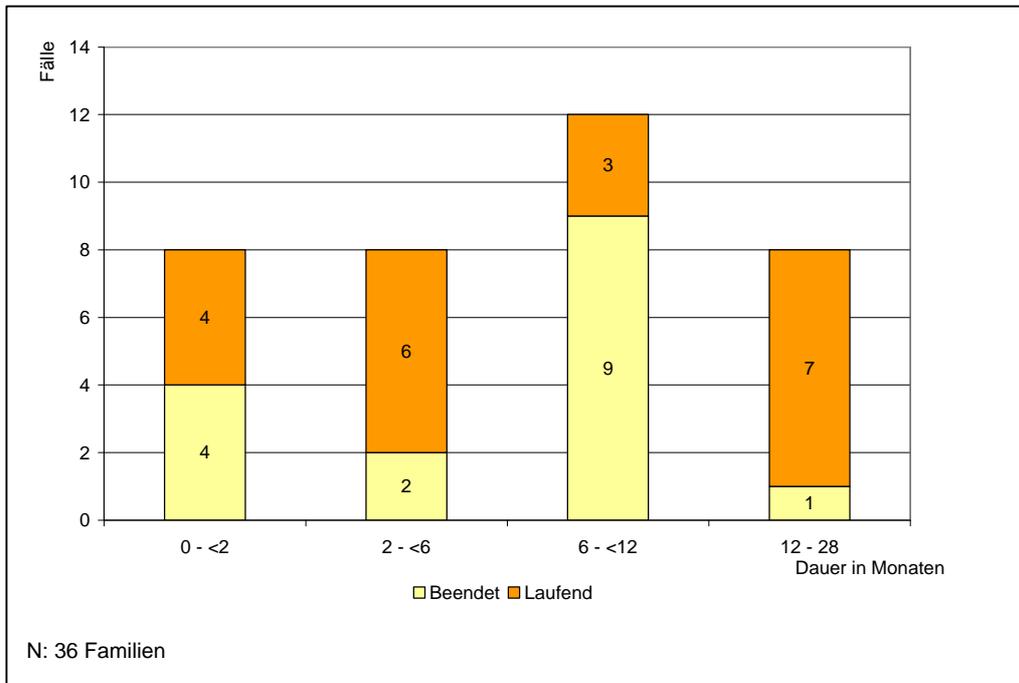
Darüber hinaus wurde in den meisten Fällen (25) im Beratungsprozess mit anderen Institutionen (55) kooperieren. An den Beratungsgesprächen hat in 23 Fällen eine Case-Managerin, in 8 Fällen eine Familienhelferin und in 59 Fällen eine weitere Fachkraft (Hebamme, Frühe Hilfen, Erzieherin etc.) teilgenommen.

5.3 Dauer der Beratungsprozesse

Die Dauer des gesamten Beratungsprozesses und die Anzahl der Beratungen pro Familie streut sehr breit (s. Abb. 1). Einige Beratungsprozesse für Familien mit Kindern mit deutlichen Entwicklungsauffälligkeiten erfolgen in einem langen Zeitraum: 8 Beratungen dauern bis zum Erhebungszeitpunkt länger als ein Jahr, davon zwei

bereits länger als zwei Jahre. Ebenfalls 8 Beratungen dauern weniger als 2 Monate; davon die Hälfte weniger als einen Monat. Im Durchschnitt umfassen die laufenden und beendeten Beratungen des Jahres 2004 bisher 8,5 Monate (s. Tab. 15) mit einer hohen Standardabweichung von 7,6. Die am Ende des Jahres 2004 noch laufenden Beratungen dauern länger als die im Jahr 2004 beendeten. Im Mittel umfassen die laufenden Beratungen bisher 9,8 Monate.

Abb. 1 Dauer des Beratungsprozesses



Tab. 15 Dauer des Beratungsprozesses

	Dauer in Monaten				
	n	Mittelwert	Standardabweichung	Maximum	Minimum
Laufende Beratungen	20	9,8	9,0	28,4	0,9
Beendete Beratungen	16	6,9	5,3	21,5	0,3
Insgesamt	36	8,5	7,6	28,4	0,3

N: 36 Familien

Die Anzahl der Beratungen pro Familie bewegt sich zwischen einem Minimum von 2 und einem Höchstwert von bisher 97 Beratungen (s. Tab. 16). Sieben Familien haben 2 bis 3 Beratungen in Anspruch genommen, zehn Familien wurden 4- bis 9-mal beraten, weitere vierzehn Familien wurden bis zu 20-mal beraten und fünf Familien haben sich bereits mehr als 20-mal beraten lassen (s. Abb. 2).

Diese große Spannweite der Beratungsdauer und der Beratungshäufigkeit spiegelt wider, dass Familien aus sehr unterschiedlichen Gründen in die Frühberatungsstelle kommen. Manchmal handelt es sich um kurzfristig lösbare Probleme, beispielsweise kann einer Mutter mit einem sogenannten Schreibaby manchmal schon nach wenigen Sitzungen geholfen werden. Andere kurze Beratungen enden vorzeitig dadurch, dass die Eltern den Prozess abbrechen oder sie enden mit der zügigen Vermittlung einer anderen Hilfe. Etwas mehr als die Hälfte der Familien wird jedoch länger als ein halbes Jahr und öfter als 10-mal beraten. Hier handelt es sich um schwierigere Probleme in der Eltern-Kind-Beziehung, in der Regel in Verbindung mit erheblichen persönlichen

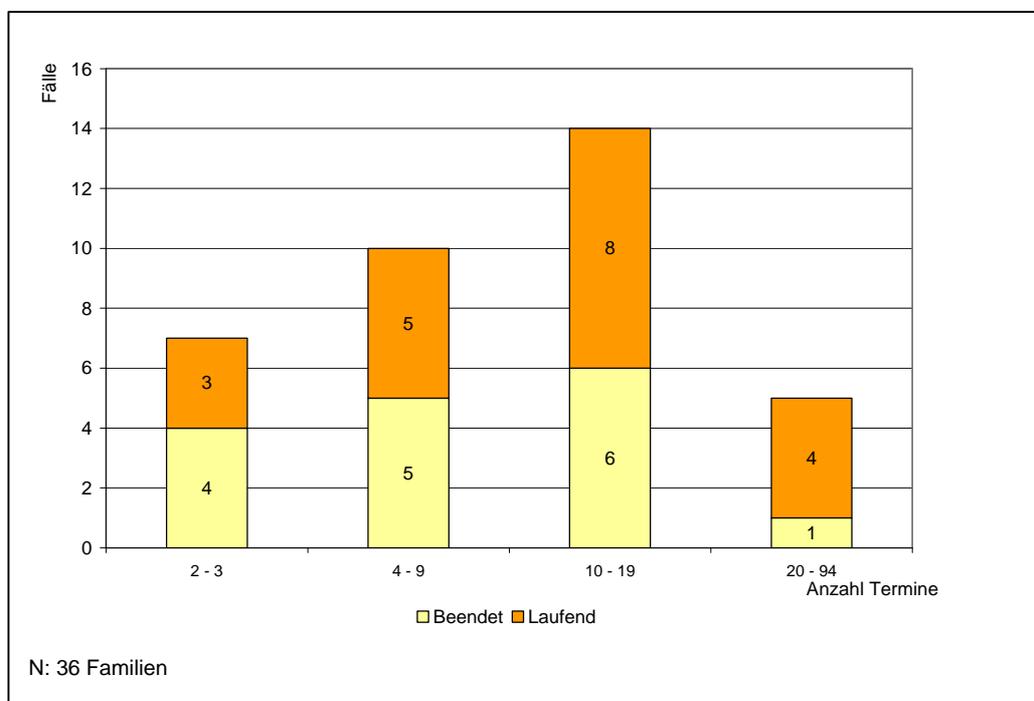
Problemen der Eltern. Hinter den oft geäußerten Bedürfnissen nach Kontakt zu anderen Eltern und nach Kontakt ihres Kindes zu anderen Kindern sowie nach konkreten Entwicklungsinformationen offenbaren sich oftmals erst im Laufe des Prozesses schwerwiegende Probleme, beispielsweise in den Paar- und Familienbeziehungen oder im Umgang mit Suchterkrankungen (s. Abs. 4.1).

Tab. 16 Beratungshäufigkeit

	Anzahl Beratungen				
	n	Mittelwert	Standardabweichung	Maximum	Minimum
Laufende Beratungen	20	20,0	24,6	94,0	3,0
Beendete Beratungen	16	9,6	6,5	24,0	2,0
Insgesamt	36	15,4	19,3	94,0	2,0

N: 36 Familien

Abb. 2 Beratungshäufigkeit



5.4 Vereinbarte Ziele

Die Eltern vereinbaren mit den Beraterinnen konkrete Ziele, die sie durch die Frühberatung erreichen möchten. Entsprechend dem Schwerpunkt des Frühberatungsangebotes beziehen sich diese Vereinbarungen oft darauf, die Signale und Bedürfnisse des Kindes besser zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. Häufig wird auch vereinbart, Erziehungsstrategien zu lernen – beispielsweise zum Umgang mit Problemen beim Essen oder mit trotzenden Kindern.

Weiterhin beabsichtigen einige Eltern zusätzliche Hilfeangebote zu nutzen. Andere verfolgten das Ziel, Strategien zu entwickeln, mit denen sie den Alltag besser bewältigen können oder mit denen sie partnerschaftliche Probleme lösen können.

Über die konkret mit den Eltern vereinbarten Ziele hinaus sind nach Auffassung der Beraterinnen in vielen Fällen weitere Entwicklungsschritte erforderlich. In diesen Fällen geht es vor allem darum, dass die Eltern Hilfen für ihre Persönlichkeitsentwicklung in Anspruch nehmen sollten.

5.5 Selbstbewertung der Wirksamkeit

Für das Pilotprojekt haben die Beraterinnen eingeschätzt, in welchem Ausmaß bei den Beratungen des Jahres 2004 (bisher) die angestrebten Ziele erreicht werden (s. Tab. 17).

Tab. 17 Zielerreichung

Zielerreichung	Beratungsfälle	
	n	%
Vollständig	2	6
Zum größten Teil	17	49
Zum kleineren Teil	13	37
Gar nicht	3	9

N: 36 Fälle, %: gültige %

In 2 Fällen wurden nach Einschätzung der Beraterinnen die *Ziele vollständig erreicht*. Die beiden Fälle werden 2004 nach 3 und 8 Beratungen abgeschlossen. Bei den Eltern lagen keine gravierenden bzw. nur wenige persönliche Risiken vor. Die Eltern wurden zum feinfühligem und sicheren Umgang mit den Kindern angeleitet, zu Entwicklungsaufgaben beraten und in weitere Hilfen vermittelt.

In 17 Fällen wurden die *Ziele zum größten Teil erreicht*. Es handelt sich um eine sehr heterogene Gruppe: 9 dieser Familien besuchen auch weiterhin die Beratungsstelle, während 8 Beratungen abgeschlossen sind; die Beratungsprozesse sind bei einigen Familien sehr lang, während andere Beratungen (bisher) nur kurze Zeit dauern (Mittelwert: 10 Monate, Standardabweichung: 7,5). Bei 9 Müttern lagen keine gravierenden biographischen Verletzungen in der Kindheit vor, während 7 Mütter eine 'schwere' Kindheit hatten; davon in 5 Fällen mit Vernachlässigungs- und Misshandlungserfahrungen. Diese Mütter hatten keine Drogenprobleme, 3 von ihnen wiesen aber Persönlichkeitsstörungen oder affektive Störungen auf. In 2 Fällen wurden die Kinder über längere Zeiträume alleine gelassen und in 3 Fällen wurden die Kinder körperlich misshandelt.

Im Detail berichten die Beraterinnen über eine Reihe von Veränderungsprozessen bei den Eltern und bei den Kindern: Einige Eltern gehen jetzt angemessener mit ihrem Kind um: Sie lernten beispielsweise die Bedürfnisse ihres Kindes besser wahrzunehmen, abzuwarten, nicht sofort einzugreifen oder weniger Forderungen zu stellen. Andere Eltern holten sich Hilfe bei weiteren Einrichtungen, wieder andere klärten die Paarbeziehung und die Rollenverteilung. Einige Kinder schrienen weniger, holten Entwicklungsrückstände auf oder verhielten sich weniger trotzig.

Die 13 Familien, bei denen nach Einschätzung der Beraterinnen die *Ziele bisher nur zum kleineren Teil erreicht* wurden, tragen insgesamt etwas größere Risiken – aber auch diese Gruppe ist keinesfalls einheitlich. Bei 7 Müttern dieser Gruppe sind den Beraterinnen keine schwerwiegenden biographischen Verletzungen in der Kindheit bekannt. 6 Mütter haben u. a. Vernachlässigungen, Misshandlungen, Drogensucht oder Trennungen der Eltern oder sexuellen Missbrauch erfahren. 2 Mütter haben Suchtprobleme, in 5 Fällen traten Persönlichkeitsstörungen und 2 Fällen affektive Störungen auf; 2 Mütter sind suizidgefährdet. Die Kinder werden in 2 Familien alleingelassen und in 3 Fällen misshandelt. Von den 13 Fällen wird in 5 Fällen der Beratungsprozess beendet und in 8 Fällen werden noch weitere Beratungen geplant. Auch hier handelt es sich um eine Mischung von kurzen und langen Beratungsprozessen: Im Mittel sind die Prozesse allerdings mit 6 Monaten bisher deutlich kürzer als bei den Fällen, bei denen die Ziele im größeren Umfang erreicht wurden. Mit weiterer Dauer der Beratungen sind daher noch Erfolge zu erwarten.

Bei den 3 Fällen, bei denen die *Ziele bisher gar nicht erreicht* werden, handelt es sich um einen beendeten Fall und zwei laufende Beratungsprozesse. In dem beendeten Fall blieben die Eltern nach zwei Terminen den Beratungen fern, ohne dafür Gründe anzugeben. Das Kind hatte in diesem Fall ein geringes Entwicklungsrisiko. Die beiden laufenden Fälle dauern beide bereits über ein Jahr; die Mütter haben gravierende Verletzungen in der Kindheit erfahren; Suchtprobleme spielen eine Rolle und in einem Fall ist das Kindeswohl stark gefährdet.

6 Zusammenfassung der Ergebnisse

6.1 Zielgruppen, Problemlagen und Beratungsleistungen

Der vorliegende Bericht dokumentiert die mittel- und langfristigen Beratungen von Familien in der Frühberatungsstelle im Jahr 2004. Die Arbeit der Frühberatungsstelle zielt auf ein niedrigschwelliges Angebot für (Hoch-)Risikofamilien mit dem Ziel der Förderung von Interaktionen zwischen Eltern und ihren Kindern. Zugleich steht die Sicherung des Kindeswohles im Mittelpunkt. Dieser Ansatz stellt hohe Ansprüche an die Frage der Qualität: Als Arbeit von „Menschen mit Menschen“ besteht die Anforderung an ein hohes Maß an interpersonaler Qualität, die eine ständige Rückkopplung mit den an der Beratung Beteiligten, den Eltern und ihren Kindern voraussetzt. Dabei sollen Fachlichkeit, Methoden und soziale Kompetenzen im Medium von Interaktion und Kommunikation umgesetzt werden. Von Bedeutung sind reflexions- und verständigungsorientierte Kommunikationsprozesse, die auf Verständigungshandeln und prozessorientierte Kooperation zwischen allen Beteiligten zielen.

Mit dem Angebot der Frühberatungsstelle wurden im Jahr 2004 36 Familien (überwiegend Mütter) mit sehr heterogenen Problemlagen erreicht. Bei einem Teil der Familien war eine normale Entwicklung der Kinder durch eine Häufung psychosozialer Risiken stark gefährdet. Die Eltern hatten selbst biographische Verletzungen in der eigenen Kindheit erlitten, sie lebten von Sozialhilfe, waren arbeitslos und hatten niedrige Bildungsabschlüsse, sie waren drogenabhängig, suizidgefährdet oder litten an psychischen Störungen und Krankheiten. Auffällige Risikofaktoren sind darüber hinaus unzureichende Vernetzung und Unterstützung im sozialen Umfeld der Familie sowie fehlende Lebensführungskompetenzen. Diese Eltern konnten nur eingeschränkt die Bedürfnisse des Kindes wahrnehmen und ihnen gerecht werden. In einigen Fällen (6) waren die Kinder akut gefährdet und in 11 Fällen war der Verdacht auf Gefährdung des Kindeswohles ein Anlass für die Frühberatung. Andere Eltern kamen ohne gravierende eigene Nöte aber mit Problemen bei der Versorgung und Erziehung ihres Säuglings oder Kleinkindes in die Frühberatungsstelle. Ihre Kinder hatten Schlaf-, Schrei- und Fütterstörungen, oder sie kamen mit der Erziehung ihres ungewöhnlich trotzigen Kindes nicht mehr zurecht.

Gemeinsam ist sowohl den Risikofamilien als auch den Familien ohne besondere Belastungen, dass die Kommunikation zwischen Eltern und Kind gestört ist: Die Eltern verhalten sich zu passiv oder zu wenig anregend; sie sind zu intrusiv oder kontrollierend und hemmen so die Autonomie des Kindes; oder sie erkennen nicht die Bedürfnisse des Kindes bzw. reagieren nicht altersangemessen auf diese Bedürfnisse.

Mit dem Präventions- und Interventionsangebot fördert die Beratung gelingende Interaktionen zwischen Eltern und Kindern und verbessert damit die Kommunikation und die emotionale Qualität in den Eltern-Kind-Beziehungen. Der gelingende Austausch zwischen Eltern und Kindern und die gestiegene Beziehungsqualität bieten die Basis für eine bessere Versorgung der Kinder durch ihre Eltern, reduzieren Kindeswohlgefährdungen und drohende oder vorhandene Entwicklungsrückstände der Kinder.

Die Beratungen fanden an 369 Terminen in sehr unterschiedlichen Formen statt. Es wurden 722 unterschiedliche Beratungsleistungen in Anspruch genommen, die im Beratungsprozess teilweise fließend ineinander übergehen und den Bedürfnissen der Familie flexibel angepasst werden. Am häufigsten wurden entwicklungsbezogene Beratungen und Interaktionsanleitungen durchgeführt. Darüber hinaus wurden Familien zur Bewältigung von Alltagsproblemen, zu Paarproblemen oder bei psychischen Problemen beraten bzw. an andere Dienste vermittelt oder in Kooperation mit anderen Diensten beraten. In diesem Prozess der

Hilfeplanung übernimmt die Frühberatung Informations-, Kooperations- und Koordinationsaufgaben. Neben weiteren Formen der Beratung wie Telefonberatung, Krisenintervention und körperorientierter Arbeit wurden von den Beraterinnen gutachterliche Empfehlungen zur Einleitung weiterer Maßnahmen erstellt. Die Beratungspraxis spiegelt die heterogenen Problemlagen der Familien wider wie auch die Notwendigkeit eines differenzierten Angebotes.

Nach Einschätzung der Beraterinnen haben die Familien in der Hälfte der Fälle zum größten Teil die Beratungsziele erreicht. In zwei Fällen wurden sie vollständig erreicht; in 13 Fällen wurden die Beratungsziele bisher nur zum kleineren Teil erreicht und in drei Fällen wurden sie bisher gar nicht erreicht. Unter Zielerreichung wird dabei nicht die vollständige Lösung der komplexen Problemlagen verstanden. Erfolge im Sinn der Frühberatung sind z.B. auch die Vermittlung in eine Anschlusshilfe, Fortschritte beim Wahrnehmen der Bedürfnisse des Kindes oder der Erwerb von Fähigkeiten, sich in der nächsten Krise umgehend Hilfe zu holen. Der Erfolg in der Zielerfüllung lässt auf ein hohes Maß an subjektiver Elternzufriedenheit mit den Inhalten und Formen, der Intensität und dem Umfang des Leistungsangebots der Frühberatung schließen.

6.2 Konzeptionelle Merkmale der Frühberatungsstelle

Der besondere Beitrag der Frühberatungsstelle im Bremer Hilfesystem liegt darin, dass mit dem Präventions- und Interventionsangebot Risikofamilien mit Säuglingen und Kleinkindern erreicht werden können und dass mit diesen Familien direkt und intensiv an der Eltern-Kind-Beziehung gearbeitet wird. Möglich wird dieser besondere Beitrag durch die Kombination von drei konzeptionellen Merkmalen:

- Niedrigschwelligkeit
- Spezialisierung auf die Zielgruppe: Risikofamilien mit Null- bis Dreijährigen
- Beziehungszentrierte Intervention

Niedrigschwelligkeit

Ein nachhaltiger Kontakt mit Risikofamilien lässt sich mit einem freiwilligen Angebot nur durch einen besonders niedrigschwelligen Ansatz gewährleisten:

- Den ersten Zugang zu den Familien kann die Frühberatungsstelle häufig durch ihre *Vernetzung und Kooperation* mit anderen Diensten für Familien bspw. mit Ärzten oder Hebammen herstellen. Insbesondere die enge Zusammenarbeit mit dem Haus der Familie ermöglicht es der Frühberatungsstelle Risikofamilien anzusprechen. Durch die zukünftige Integration der Frühberatungsstelle in das Familienzentrum "Mobile" soll die Vernetzung und Kooperation noch weiter gefördert werden.
- Wenn Eltern sich nach einer oder mehreren Beratungen unangekündigt nicht mehr melden, versuchen die Beraterinnen dem nachzugehen und *von sich aus den Kontakt wieder aufzubauen*.
- Die Räume und das Gebäude der Frühberatungsstelle haben *keinen Amts-Charakter*, sondern die Frühberatungsstelle ist in einer ganz normalen Wohnung untergebracht.
- Die Frühberatungsstelle liegt mitten in ihrem Einzugsgebiet und ist von den Eltern zu Fuß und mit dem Kinderwagen *problemlos zu erreichen*.
- Bei Bedarf werden die Familien auch *aufsuchend* in der eigenen Wohnung beraten.
- Die Familien können die Frühberatungsstelle *kostenlos* nutzen.
- Die Eltern müssen *keinen Antrag stellen* und benötigen *keine „Überweisung“*, um sich in beraten zu lassen.
- In der Regel kann *kurzfristig* innerhalb von 14 Tagen ein Termin vereinbart werden. In akuten Krisen ist gewöhnlich auch eine sofortige Hilfe möglich.
- Die Beratungen sind *vertraulich*. Ohne Einverständnis der Eltern werden keine Informationen weitergegeben¹.
- Die Frühberatungsstelle spricht mit ihren Informationsmaterialien Eltern an, deren Kind „nicht aufhören will zu schreien“ oder „nicht schlafen will“ oder die „sich Sorgen um die Gesundheit und

¹ Es sei denn das Kindeswohl wäre andernfalls gefährdet.

Entwicklung ihres Babys oder Kleinkindes“ machen. Mit dieser allgemein gehaltenen Ansprache von Eltern ermöglicht sie einen *nicht stigmatisierenden* Kontakt zur Frühberatungsstelle.

Spezialisierung auf die Zielgruppe: Risikofamilien mit Null- bis Dreijährigen

Die Beratung der Zielgruppe Risikofamilien mit Säuglingen und Kleinkindern unterscheidet sich erheblich von Beratungen für andere Altersgruppen oder von Beratungen für Familien ohne besondere Belastungen. Besondere Merkmale der Spezialisierung auf diese Zielgruppe sind:

- *Zeitlich und inhaltlich offener Beratungsprozess:* Risikofamilien leben definitionsgemäß mit gravierenden Belastungen. Diese Belastungen lassen sich nicht aus dem Beratungsgeschehen ausblenden. Obwohl die Eltern-Kind-Beziehung als Basis der Kindesentwicklung im Fokus der Frühberatung steht, spielen die Drogenabhängigkeit, eine psychische Erkrankung, Schulden, der gewalttätige Partner oder Ähnliches immer wieder eine Rolle und der Beratungsprozess muss flexibel auf die Vielfalt der Problemlagen der Risikofamilien reagieren. In gewissem Umfang können die Beraterinnen selbst Unterstützung anbieten, wenn diese nicht ausreicht, arbeiten sie mit anderen Hilfen zusammen bzw. vermitteln weiter. Der Beratungsprozess ist so sowohl inhaltlich als auch zeitlich sehr flexibel und unterscheidet sich deutlich von 'programmorientierten' Interventionen.
- *Verbindlichkeit schaffen:* Ein zentrales Problem ist bei Risikofamilien häufig die geringe Verbindlichkeit von Zeitstrukturen oder Beziehungen, wie sie sich beispielsweise in schwach strukturierten Tagesabläufen niederschlägt. Diese geringe Verbindlichkeit von Verabredungen, von Terminen oder Aufgaben, die zu erledigen sind, erfordert bei Risikofamilien ein angepasstes Vorgehen. Ebenso strukturlos, wenig verbindlich und wechselhaft leben Risikofamilien häufig ihre Beziehungen. Besondere Aufmerksamkeit muss in der Frühberatung daher auf die Klarheit der Beratungsbeziehung gelegt werden.
- *Empowerment:* Kennzeichnend für Risikofamilien ist, dass sie es nicht schaffen, ihre Probleme zu lösen. Das heißt, bisher ist es ihnen nicht gelungen, angemessene Problemlösungsstrategien zu entwickeln. Hilfeleistungen für diese Familien dürfen daher keine (vorwiegende) Versorgungshaltung einnehmen, bzw. sich in eine Versorgungsposition drängen lassen, sondern sie müssen gezielt die Familien zur eigenen Problemlösung ermächtigen.
- *Zentriert auf die frühe Entwicklung:* Die Beratung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern erfordert ein detailliertes Fachwissen über die Entwicklung kleiner Kinder, über die frühe Kommunikation zwischen Eltern und Kindern und über die Versorgung und Pflege kleiner Kinder. Die Beraterinnen müssen Entwicklungsstörungen der Kinder erkennen, und Störungen in der Kommunikation zwischen Eltern und Kind wahrnehmen. Sie müssen methodisch dazu in der Lage sein, Eltern zur Lösung von Problemen anzuleiten, die diese selbst (bisher) gar nicht wahrgenommen haben.
- *Kindeswohlsicherung:* Besonders hohe Ansprüche werden an fachliche Qualifikation der Beraterinnen gestellt, da sie Kindeswohlgefährdungen einzuschätzen müssen und ggf. darauf reagieren müssen.

Durch die Spezialisierung auf die Zielgruppe Risikofamilien mit Säuglingen und Kleinkindern können die Beraterinnen das nötige Fachwissen und die Erfahrung für die Intervention und Prävention bei Risikofamilien mit Null- bis Dreijährige akkumulieren. In Diensten ohne diese Spezialisierung besteht die Gefahr, dass sich die Risikofamilien selbst ausselektieren, da sie nicht angemessen angesprochen werden können, und dass die Fachkräfte an ihre Grenzen stoßen.

Beziehungszentrierte Prävention und Intervention

Das dritte besondere Merkmal der Konzeption der Frühberatungsstelle ist die Fokussierung auf die Beziehung zwischen Eltern und ihren Kindern. Mit diesem Focus wenden sich die Beraterinnen direkt dem zentralen Faktor für eine gesunde Entwicklung des Kindes zu. Die Beraterinnen erklären den Eltern, welche Bedeutung die Beziehung und die Kommunikation für die Entwicklung ihres Kindes hat, sie verdeutlichen wie die Eltern diese Beziehung durch die Interaktion mit dem Kind formen, und sie leiten die Eltern sehr konkret dazu an, diese Interaktion in gewünschter Weise zu gestalten. In Gruppen- und Einzelberatungen mit und ohne

Videounterstützung werden den Eltern ihr eigenes und das Interaktionsverhalten des Kindes gespiegelt damit sie gezielt daran arbeiten können.

6.3 Position der Frühberatung im Hilfesystem

Die Frühberatungsstelle hat mit der beschriebenen konzeptionellen Ausrichtung eine Schlüsselstelle im Bremer Hilfesystem inne: Sie berät Familien in einer Form, wie dies zurzeit nicht von anderen Diensten in Bremen geleistet wird, und schließt damit eine Versorgungslücke – wenn auch nicht bedarfsdeckend. Sie ist mit ihrem niedrigschwelligem Ansatz und ihrem intensiven Kontakt zu den Familien eine Schaltstelle bei der Kooperation der verschiedenen Hilfen. Weiterhin fragen andere Dienste intensiv das Spezialwissen nach, welches die Beraterinnen der Frühberatungsstelle angesammelt haben, – insbesondere zu Kindeswohlgefährdungen und zu Interventionsmöglichkeiten in der frühen Kindheit. Die Frühberatungsstelle übernimmt so Fachberatungsaufgaben für Kindertagesstätten, Häuser der Familie, erzieherische Hilfen etc. – sowohl in Einzelfallberatungen als auch mit allgemeinen Informationen für die Fachkollegen.

Obwohl es in Bremen eine Reihe von Hilfen für Familien – zum Teil auch für Kleinkinder und zum Teil auch für Risikofamilien – gibt, können diese Hilfen (die zukünftigen Frühförderstellen, Opstapje, Hebammen, Häuser der Familie, Kindertagesbetreuung, Erziehungsberatung, Familienkrisendienste, Sozialpädagogische Familienhilfe, Heimerziehung, Vollzeitpflege, Babymassage, Prager Eltern-Kind-Programm PEKiP, ELBA etc.) den beschriebenen Bedarf nicht decken und sind strukturell auch nicht so angelegt.

Auf die Abgrenzung zu einigen Angeboten soll kurz eingegangen werden:

Das Angebot der einzurichtenden Frühförderstellen nach § 26 Abs. 2 i. v. m. § 30 SGB IX richtet sich zwar auch an Familien mit Säuglingen und Kleinkindern – Risikofamilien wird diese Hilfe aufgrund des hochschwelligem Zugangs¹ voraussichtlich nur selten erreichen. Zudem kann die für die Frühförderung notwendige Diagnose nach ICD-10 nur für einen Teil der Kinder in der Frühberatungsstelle erstellt werden, da die Störungen im Interaktionsverhalten, auf die sich die Frühberatungsstelle richtet, im ICD-10 nicht erfasst werden. Die Frühförderstellen werden vor allem 'medizinisch/therapeutisch' orientierte Maßnahmen anbieten. Nach der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung - FrühV) umfasst zwar die Früherkennung und Frühförderung auch den "Austausch über den Entwicklungs- und Förderprozess des Kindes einschließlich Verhaltens- und Beziehungsfragen" und die "Anleitung und Hilfe bei der Gestaltung des Alltags" § 5 Abs. 2 FrühV, aber ein Angebot, wie es die Frühberatung leistet, bspw. mit gezielter videogestützter Anleitung von Eltern-Kind-Interaktionen und der Analyse einzelner Interaktionssequenzen, ist von den Frühförderstellen nicht zu erwarten.

Die Familienkrisenhilfe richtet sich an Familien in akuten Krisen und bietet eine kurzfristige intensive Hilfe. Das Alter der Kinder streut breit: ca. 1/3 der Kinder sind unter drei; der Schwerpunkt liegt aber bei Kindern über 10 Jahre (27 % über 15 Jahre) (Erzberger 2004). Die Zielgruppe und die Art der Hilfeleistung unterscheiden sich so deutlich vom Angebot der Frühberatung.

Die Erziehungsberatung ist in Bremen zurzeit eher höherschwelliger und auf ältere Kinder ausgerichtet.

Das Angebot des "Laienbesuchsprogramms" Opstapje überschneidet sich sowohl in der Zielgruppe (wenn auch erst für Kinder ab zwei Jahren) als auch in der Ausrichtung auf die Eltern-Kind-Beziehung mit dem Angebot der Frühberatungsstelle. Allerdings sind der Hilfe durch den Einsatz geschulter Laien engere Grenzen gesetzt als mit dem professionellen Angebot der Frühberatungsstelle. Zudem ist eine flexible Anpassung an die Problemlagen nicht möglich, da die vorgegebenen Programminhalte die Struktur des Interventionsprozesses bestimmen. In schwierigen Fällen vermittelt Opstapje daher in die Frühberatung bzw. nutzt dort die Fachberatung.

¹ Für die Zielgruppe der Frühberatungsstelle ist bereits die Schwelle, ihr Kind durch einen Arzt des Sozialpädiatrischen Zentrums diagnostizieren zu lassen und einen Förder- und Behandlungsplan aufstellen zu lassen, zu hoch

Eine bedeutsame Rolle spielt die Frühberatung als überweisende Institution und als Kooperationspartner für die Tagesbetreuung, insbesondere im Hinblick auf den geplanten Ausbau für unter Dreijährige im Zuge des Tagesbetreuungsausbaugesetzes. Zum einen da gerade Risikofamilien Betreuungsangebote nur im geringen Maße nutzen: Sie erkennen den Bedarf nicht; sie haben Angst, dass ihre Probleme öffentlich werden; sie scheuen den Aufwand oder die Kosten sind ihnen zu hoch. Dadurch dass die Frühberatung Eltern anleitet, die Bedürfnisse ihrer Kinder zu erkennen und für sie verantwortlich zu sorgen, und dies heißt eben häufig auch, ein Tagesbetreuungsangebot zu nutzen, trägt die Frühberatung dazu bei, dass die Ressourcen, die in die Tagesbetreuung gesteckt werden, auch besonders bedürftigen Familien zu Gute kommen. Zum anderen entsteht mit einem Ausbau der Tagesbetreuung für unter Dreijährige ein erhöhter Bedarf nach Fachberatung.

Die jüngste Reform des SGB VIII durch das KICK (Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe) betont mit dem § 8a die Verantwortung des Jugendamtes für die Kindeswohlsicherung und die Bedeutung von Fachkompetenz hierzu. Mit ihrem Ziel Kindeswohlgefährdungen zu reduzieren und mit der Fachberatung zur Kindeswohlgefährdung ist die Frühberatung ein Baustein im Hilfesystem, um diesen Auftrag nachzukommen.

Gesamtperspektive

In der Gesamtperspektive stellt die Frühberatungsstelle einen grundlegenden Baustein und eine Schlüsselposition im Hilfesystem für Familien dar.

- Das Angebot der Frühberatung beinhaltet Prävention und Intervention.
- Das Angebot der Frühberatung schließt eine Versorgungslücke bei der Kindeswohlsicherung und Förderung von sozial- und bildungsbenachteiligten Familien mit Säuglingen und Kleinkindern.
- Die Frühberatungsstelle erreicht mit ihrem niedrighwelligen Angebot Familien mit multi-komplexen Problemlagen, die höherschwellige Angebote und Beratung durch Ämter nicht nutzen. Hilfe und Beratung kann flexibel und kurzfristig sowie unbürokratisch und wohnortnah erreicht werden.
- Die Breite des Angebotes entspricht der Heterogenität der Förderbedürfnisse von Familien in sozialen Brennpunkten.
- Die prozess- und verständigungsorientierte Beratung fördert die notwendige interpersonale Qualität und subjektive Nutzerzufriedenheit.
- Die Spezialisierung auf die gelungene Interaktion zwischen Eltern und ihren Kindern fördert nachhaltige Entwicklungsmöglichkeiten, Elternkompetenz und Familienbildung.
- Die enge Vernetzung mit dem Haus der Familie sichert den Zugang zu den Familien mit Problemen bei der Versorgung, Betreuung und Förderung ihrer Kinder.
- Die Informations-, Kooperations- und Koordinationstätigkeit bildet eine wichtige Schnittstelle im Prozess der Hilfeplanung und interdisziplinären Vernetzung zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Familienhilfe und Elementarbildung.
- Der ökonomische Effekt liegt in der Minderung von Folgekosten und sozialen Transferleistungen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystems.

7 Empfehlung und Entwicklungsperspektiven der Frühberatung in Bremen

Die Evaluation dokumentiert die Bedeutung und wachsenden Bedarfe der Frühberatungsstelle im Bremer Hilfesystem. Sie gibt Einblick in die multikomplexen Problemlagen der Zielgruppe, dokumentiert die heterogenen Beratungsansätze und gibt erste Aufschlüsse zur Wirkungsanalyse. Es konnte gezeigt werden, dass die Frühberatungsstelle in Familien mit besonderen psychosozialen Risiken in einer Form interveniert, wie dies in Bremen zurzeit nicht von anderen Hilfen geleistet wird. Damit nimmt die Frühberatung eine bedeutende Stellung ein, die vor dem Hintergrund der wachsenden gesellschaftlichen Probleme auszubauen ist. Hierzu werden folgende Empfehlungen gegeben:

1. Das Angebot der Frühberatungsstelle sollte fortgesetzt und für Bremen konzeptionell und bedarfsdeckend ausgebaut werden.
2. Empfohlen wird die Modellentwicklung und Etablierung eines flächendeckenden und stadtteilbezogenen Frühberatungskonzeptes, dass auf frühe Prävention und Intervention zielt sowie biographieorientierte Berufs- und Lebenswegeplanung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern anbietet. Zu berücksichtigen ist eine Standortwahl, die ein niedrigschwelliges Angebot ermöglicht und sozialräumliche Problemlagen einbezieht.
3. Zur Nutzung von Synergien und zur Intensivierung von fachübergreifenden Kooperationen sollte die Konzeptentwicklung auf eine strukturelle Verankerung der Frühberatung im Gesamthilfesystem zielen und Schnittstellen zu den Fachdiensten herstellen.
4. Diese Konzeptentwicklung zielt auf den qualitativen und quantitativen Ausbau der Frühberatung mit einer Integration in ein umfassendes Early Excellence Centre. Damit werden Vernetzungen im Rahmen der bestehenden Angebote der Kinder- und Jugendhilfe sowie des Gesundheitswesens hergestellt und für den Bereich der frühkindlichen Bildung und Familienbildung ausgebaut.
5. Der strukturelle Ausbau der Fachberatung ist mit der Entwicklung von fachlichen Standards für Qualitätsentwicklung zu verbinden:
 - a. Differenzierung des Tätigkeitsprofils und Aufgabenspektrums des Beratungspersonals.
 - b. Fort- und Weiterbildungsangebote¹ sowie Supervision.
 - c. Selbst- und Fremdevaluation sowie Falldokumentation.
6. Die Modellentwicklung und der qualitative Ausbau der Leistungserbringung erfordert eine konzeptionelle Fundierung, die sowohl internationale Entwicklungen wie auch regionale Spezifika berücksichtigt. Für die Umsetzung, Wirksamkeitsanalyse und Sicherung des Transfers ist eine Evaluation erforderlich.

¹ Für die Schulung der MitarbeiterInnen gibt es inzwischen eine Reihe von Programmen, die sich ausdrücklich auf die entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern richten. Bspw. das Fortbildungsprogramm „Analytische Eltern-Säuglings-/Kleinkindpsychotherapie“ am Institut für Fortbildung, Forschung und Entwicklung in Potsdam, die Fortbildung zum Steep-Berater am Zentrum für Praxisentwicklung Hamburg oder das Weiterbildungsprogramm „Entwicklungspsychologische Beratung“ (Universitätsklinikum Ulm) (s. a. Ziegenhain, Fried, Bütow 2004).

8 Literatur

- Ainsworth, Mary D. Salter; Blehar, Mary C.; Waters, Everett; Wall, Sally (1978): Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Bowlby, John (1951/1973): Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit. Maternal Care and Mental Health. München: Kindler
- Beyersmann, Inge (2000): Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern in einem sozialen Brennpunkt im Rahmen von Netzwerkstrukturen. In: Frühförderung interdisziplinär, 19, S. 10-22
- Beyersmann (2005): Interne Dokumentation der Beratungen in der Frühberatungsstelle Bremen Hemelingen. Arbeitspapier.
- Bremische Bürgerschaft (2005): "Zukunft der Elternbildung in Bremen" (Große Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen vom 14.7.2005). Mitteilung des Senats vom 30. August 2005. Drucksache 16/734 (zu Drs. 16/697)
- Crittenden, Patricia M. (2004): Care-Index Infants (birth - 15 months) Coding Manual.
- Erzberger, Christian (2004): Evaluation der Bremer Familienkrisenhilfe. Bremen: GISS (Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e.V., www.giss-ev.de)
- Harms, Thomas (Hrsg.) (2000): Auf die Welt gekommen. Die neuen Baby-Therapien. Berlin: Ulrich Leutner Verlag
- Spitz, René A. (1965/1996): Vom Säugling zum Kleinkind: Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Papoušek, Mechthild (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In Papoušek, Mechthild; Schieche, Michael; Wurmser, Harald (Hrsg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit : frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Berlin u. a.: Springer, S. 77-110
- Papoušek, Mechthild (1994/2001): Vom ersten Schrei zum ersten Wort: Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation. Bern u. a.: Huber
- Stern, Daniel N. (2001, 9. Aufl.): Tagebuch eines Babys: was ein Kind sieht, spürt, fühlt und denkt. München u. a.: Piper.
- Ziegenhain, Ute; Fried, Mauri; Bütow, Barbara (2004): Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Weinheim, München: Juventa