

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3680>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

Autor(en): Eickhorst, Andreas; Borchardt, Silke; Cierpka, Manfred

Titel: Differenzielle Angebotsstrukturen in der Betreuung belasteter Familien am Beispiel des Frühe-Hilfen-Projektes "Keiner fällt durchs Netz"

Erscheinungsjahr: 2012

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2012, 61 (10), 781-790

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)
Universitätsring 15
54296 Trier
Telefon: +49 (0)651 201-2877
Fax: +49 (0)651 201-2071
info@zpid.de

AUS KLINIK UND PRAXIS

Differenzielle Angebotsstrukturen in der Betreuung belasteter Familien am Beispiel des Frühe-Hilfen-Projektes „Keiner fällt durchs Netz“

Andreas Eickhorst, Silke Borchardt und Manfred Cierpka

Summary

Differentiated Structures of Early Prevention Measures for Families at Risk Using the Example of the Project „Nobody Slips Through the Net“

Against the background of practical experiences from the Early Prevention model project „Nobody slips through the net“ (in three counties of Germany) the necessity of differentiated structures of preventive measures for different groups of families will be discussed. Therefore a distribution in three types of families the visiting qualified person could be confronted with during their work in the families' homes is proposed, especially with respect to the degree of risk and available resources. We conclude by illustrating the implications of this approach by means of a case vignette.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61/2012, 781-790

Keywords

early prevention measures – structures of the help – risk factors – qualified persons

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund praktischer Erfahrungen der Prozessevaluation aus dem Modellprojekt „Keiner fällt durchs Netz“ (Saarland, Hessen, Teile von Baden-Württemberg) wird die Notwendigkeit differenzieller Angebotsstrukturen für verschiedene Gruppen von Familien als Klientel der Frühen Hilfen erörtert. Dazu wird eine Aufteilung von Typen von Familien, wie sie den aufsuchenden Helferinnen in ihrer Arbeit begegnen können, in drei Gruppen – vor allem hinsichtlich ihres Belastungsgrades und der vorhandenen Ressourcen – vorgeschlagen. Ein Fallbeispiel illustriert abschließend die Implikationen dieser Herangehensweise.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61: 781 – 790 (2012), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2012

Schlagwörter

Frühe Hilfen – Angebotsstrukturen – Prävention – Belastungsfaktoren – Fachkräfte

1 Hintergrund: Aufsuchende Präventionsmaßnahmen in „Keiner fällt durchs Netz“

Im Kontext des Präventionsprojekts „Keiner fällt durchs Netz“ (KfdN) ist insbesondere die Koordination verschiedener Fachkräfte von Bedeutung, welche auch im zum 01.07.2012 in Kraft getretenen neuen Bundeskinderschutzgesetz eine wichtige Rolle spielt. Neben dem Bezug auf fachliche Anforderungen an die Fachkräfte der Frühen Hilfen,¹ z. B. die bei KfdN eine wichtige Rolle innehabenden Familienhebammen,² ergibt sich aus diesem Gesetz auch eine besondere Verpflichtung für alle Fachkräfte, interdisziplinär in lokalen Netzwerken zusammenzuarbeiten, was im Projektalltag von KfdN ebenfalls immer wieder eine Herausforderung für alle beteiligten Berufsgruppen ist.

Das Präventionsprojekt KfdN soll mit seinen Projektlandkreisen in Hessen und im Saarland sowie der Stadt Heidelberg die frühe Lebenssituation von Kindern durch Angebote für alle Eltern verbessern. Belastungen der Familien sollen früh genug identifiziert werden, um rechtzeitig präventive Angebote planen zu können, die zur Verhinderung ungünstiger Entwicklungsverläufe, Missbrauch und Vernachlässigung beitragen (Egle u. Cierpka, 2005). Gleichzeitig sollen die Zugangswege zu Hilfsangeboten so beschaffen sein, dass stark belastete Familien diese annehmen und für sich nutzen können. Das Projekt sieht drei Schritte vor, um die Familien zu erreichen:

1. Herstellen eines Zugangs zur Familie,
2. Identifizierung einer Risikokonstellation und
3. Vermittlung zu einer angemessenen Intervention.

Zur Umsetzung dieser Schritte umfasst das Projekt die drei Bausteine Elternkurs (Kommstruktur), aufsuchende Arbeit durch Familienhebammen (Gehstruktur) und den Arbeitskreis „Netzwerk für Eltern“.

Der Elternkurs „Das Baby verstehen“ bietet Begleitung und Unterstützung vom Ende der Schwangerschaft und während der ersten Zeit danach an, um werdende Eltern für die kindlichen Signale zu sensibilisieren (Cierpka, 2004; Gregor u. Cierpka, 2005). Die ursprüngliche Vorgehensweise ist ein Seminarangebot über fünf Abende. Da mit sol-

¹ So wird etwa zurzeit (2012) durch eine Arbeitsgruppe unter Leitung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, in welcher der Erstautor des vorliegenden Beitrages beteiligt ist, ein ausführliches Kompetenzprofil für Familienhebammen im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes entwickelt.

² Hierzu sei auch auf die Ende 2011 erschienene Expertise zu Zieldefinitionen des beruflichen Handelns von Familienhebammen verwiesen (Mattern, Ayerle, Behrens, 2011), welche sich ebenfalls um eine Positionierung zum hier relevanten Themenbereich bemüht.

chen Kommstrukturen zwar eine gewisse Anzahl motivierter Familien, überwiegend aus der Mittelschicht, erreicht werden kann, stark belastete Familien derartige Angebote aber kaum bis gar nicht annehmen, ist es notwendig, zusätzliche Gehstrukturen in der Hilfevermittlung einzurichten. So kann Eltern ermöglicht werden, die Schwelle zur Hilfeleistung leichter zu überwinden. Das Projekt KfdN hat hier den Einsatz von speziell ausgebildeten Familienhebammen vorgesehen.

In der Zeit unmittelbar vor und nach der Geburt sind es die Hebammen, die Gynäkologen, das Pflegepersonal auf der Entbindungsstation und die Kinderärzte, die im Kontakt mit (werdenden) Eltern stehen und Risiken erkennen können. Aufgrund des engen Kontakts haben diese Personen die Chance, eine Risikokonstellation in der Familie in einem frühen Stadium zu identifizieren. Im Rahmen des Projektes wird ein Screening-Instrument eingesetzt, die „Heidelberger Belastungsskala“ (Stasch, 2007), um einen ersten Eindruck vom Belastungsgrad der Familie zu gewinnen. Erweisen sich Familien in diesem Screening als hilfebedürftig, wird ihnen das (kostenlose und freiwillige) Angebot einer Familienhebamme gemacht, die die Familie über das gesamte erste Lebensjahr des Kindes aufsuchen kann.

Die Familienhebammen nehmen Aufgaben wahr, die über die üblichen Leistungen von Hebammen hinausgehen. Dies sind etwa die Förderung des Selbsthilfepotenzials der Familien, die Sensibilisierung der Eltern für die Signale des und den Umgang mit dem Säugling sowie Aufklärung und (bei Zustimmung der Familie) Vermittlung zu weiterführenden Diensten wie z. B. Sozialamt, Jugendamt oder medizinischer Versorgung (vgl. Nakhla, Eickhorst, Cierpka, 2009). Die teilnehmenden Hebammen werden im Rahmen eines Curriculum auf ihre Tätigkeit als Familienhebammen vorbereitet.

Alle an der Prävention und der Intervention in der frühen Kindheit beteiligten Institutionen und Berufsgruppen treffen sich regelmäßig auf Landkreisebene in dem Arbeitskreis „Netzwerk für Eltern“. Ziel des Arbeitskreises ist die Lenkung der primären Präventionsmaßnahmen, d. h. die Optimierung der Identifikation belasteter Familien und die Hilfevermittlung. Dreh- und Angelpunkt der Netzwerke sind lokale, vom Jugendamt weitgehend unabhängige Koordinatoren, die den Informationsaustausch regeln sowie geeignete Schritte in die Wege leiten. Die Vermittlung an dieser Schnittstelle ist ein entscheidender Prozess, für dessen Gelingen Kenntnisse über die Institutionen vor Ort ebenso wie basale Gesprächsfertigkeiten vorhanden sein müssen (ausführlichere Informationen über das Projekt z. B. bei Cierpka, 2009 oder Eickhorst, Sidor, Frey, Cierpka, 2012).

2 Situationsbeschreibung

Das Projekt KfdN ist strukturell so angelegt, dass für verschiedene Gruppen von Familien auch verschiedene Angebote bereitgehalten werden. Die wesentliche Aufteilung dabei ist jene zwischen dem Elternkurs als Angebot primärer Prävention für alle Familien und den Familienhebammen als Angebot sekundärer Prävention für

jene Familien, die bereits Belastungsmerkmale aufweisen (zur differenziellen Prävention vgl. Cierpka, 2005).

Um diese zweite Gruppe der sekundären Prävention soll im Folgenden gehen. Es handelt sich hierbei keinesfalls um eine homogene Gruppe. Die Gemeinsamkeit besteht in einer versorgenden Institution (z. B. Geburtsklinik, Beratungsstelle) oder Person (z. B. Gynäkologe), die die Familie an die Koordinierungsstelle weitervermittelt, welche sich ein Bild von der Lage macht und dann entscheidet, ob eine Familienhebamme eingesetzt werden oder eine andere Hilfe aus dem regionalen Netzwerk angefragt werden soll. Nun stellt sich aber der jeweilige Schweregrad der Belastung dieser Familien als sehr unterschiedlich dar und wird im gesamten Ausmaß oft auch erst im Laufe der Betreuung erkannt. Die mögliche Breite kann von der „nur“ unsicher oder überfordert mit dem Säugling interagierenden Mutter bis hin zu einer Familie mit finanzieller, Drogen- und Gewaltproblematik reichen. Es gibt Familien, die bereits (z. B. durch ältere Kinder) vor dem Projekteinsatz dem Jugendamt bekannt sind und es gibt jene, bei denen im Laufe des Einsatzes das Jugendamt hinzugezogen werden muss, falls nötig, in Ausnahmen auch gegen den Willen der Familie.

In beiden Fällen ergeben sich Herausforderungen, die die notwendige Zusammenarbeit von Projekt- und Jugendamtsmaßnahme mit sich bringt. Neben der immer wieder eingeforderten Transparenz von Zielen und Maßnahmen stellt sich auch die Frage, welche Stelle die Hilfen kombiniert (und z. B. dann eine Helferkonferenz einberuft) und ob einer der Partner dem anderen übergeordnet ist. Das führt zu weiteren Fragen wie etwa Datenschutz und -weitergabe, gegenseitige Information bei besonderen Vorkommnissen sowie Entscheidungskompetenz bei sich widersprechenden Zielen in den Maßnahmen beider Seiten.

Diese Fragen und die damit manchmal verbundenen Probleme können auf der Ebene der Leitungspersonen beginnen und sich dann unter Umständen im aufsuchenden Personal fortpflanzen, wenn etwa die betreuende Familienhebamme und die möglicherweise ebenfalls in derselben Familie eingesetzte Sozialpädagogische Familienhilfe unterschiedliche Ziele verfolgen (persönlich-fachlich oder in Fortführung ihres Auftrags). Dies kann bis zu einem Konkurrieren vor der Familie führen. Auch Verstrickungen dergestalt, dass Koalitionsbildungen oder Instrumentalisierungen der Situation durch die Familie stattfinden, sind zu befürchten und im Projekt KdfN in Einzelfällen auch schon aufgetreten.

3 Ein Vorschlag zur Differenzierung der Angebote

Um vor dem geschilderten Hintergrund eine möglichst effiziente, reibungslose und auch passgenaue Hilfe anbieten zu können, scheint uns hilfreich zu ermitteln, ob es bestimmte Subgruppen von Familien in dieser Gruppe der sekundären Prävention – die teilweise bis in den ausschließlichen Interventionsbereich hineinreichen kann – gibt, denen sich unterschiedliche Verfahrensweisen zuordnen lassen. Dabei bietet

es sich unserer Ansicht nach an, diese Aufteilung hinsichtlich der Stärke der Belastung vorzunehmen. Deshalb schlagen wir die folgende, drei Gruppen umfassende Differenzierung vor.

3.1 Erste Gruppe: Wenig bis mäßig belastete Familien

Hier handelt es sich um die Gruppe mit Familien „klassischer“ sekundärer Prävention. Sie umfasst Familien, die zwar eine gewisse Belastung aufweisen (z. B. pflegebedürftiges Kind; deutliche Unsicherheit oder Überforderung im Umgang mit dem Säugling; Faktoren wie allein erziehend, finanzielle Schwierigkeiten etc.), bei denen aber keine Gefahr in Richtung einer Kindeswohlgefährdung vorliegt. Hier ist davon auszugehen, dass die Unterstützung durch eine Familienhebamme ausreichend und eine Informierung oder Hinzuziehung des Jugendamtes im Laufe der Betreuung höchstwahrscheinlich nicht notwendig ist. Als Konsequenz des bisher Gesagten sollte die Bestimmung der Hilfen (z. B. notwendige Hinzuziehung weiterer Hilfen, etwa aus dem medizinischen Bereich) in dieser Gruppe allein bei der KoordinatorIn des Projektes KdfN liegen.

3.2 Zweite Gruppe: Stark bis sehr stark belastete Familien

Zu dieser Gruppe gehören Familien, deren Bedürfnisse die Möglichkeiten eines Präventionsprojekts überfordern; es liegen kombinierte und oder besonders heftig ausgeprägte Belastungsfaktoren vor, eine Gefährdung des Kindeswohls ist nicht ausgeschlossen oder sogar wahrscheinlich (z. B. Vorkommen von Gewalt oder Drogen, Gefahr mangelnder Versorgung oder gar Vernachlässigung des Säuglings). Sollten die Familien nicht ohnehin schon vom Jugendamt betreut werden, ist es unerlässlich, dass die KdfN-Koordinator/in den Fall abgibt und die Familie – nötigenfalls auch gegen ihren Willen – an das Jugendamt vermittelt. Der Einsatz einer Familienhebamme, auch wenn er parallel zu weiteren Personen und Maßnahmen stattfindet, scheint in diesen Fällen nicht sinnvoll. Die nötigen Maßnahmen sollten wesentlich intensiver und hochfrequenter sein. Die Verantwortung liegt also allein beim Jugendamt.

3.3 Dritte Gruppe: Zwischenstufe mit unklarer Entwicklungsrichtung

Diese Gruppe ist – sowohl hinsichtlich des Schweregrades der vorliegenden Belastungen als auch in der Folge in Bezug auf die erforderlichen Hilfsmaßnahmen – zwischen den anderen beiden vorgestellten Gruppen positioniert. Während jene klar einer der beiden Angebotsstrukturen (Projekt KdfN oder Jugendamt) zuzuordnen sind, verhält es sich hier anders. Prinzipiell kämen beide Strukturen infrage, alternativ oder auch simultan. In Abhängigkeit vom Anfangsschweregrad der Belastung und der weiteren Entwicklung kann also eine Kombination der beiden Systeme durch bzw. ein Hinzuziehen des zweiten während des laufenden Falles ange-

raten sein. Dies ist damit die Gruppe, in welcher die Fragen nach Zusammenarbeit, Austausch und Leitung des Falles auftreten werden.

Eine zumindest zeitweise enge Zusammenarbeit im Sinne einer Doppelbetreuung in dieser Gruppe ist sehr sinnvoll. So kann beispielsweise die Qualifikation einer Sozialpädagogischen Familienhilfe bei der Betreuung von Eltern mit Säuglingen an ihre Grenzen stoßen, da die Konzepte zur Förderung der Eltern-Säuglings-Interaktion nicht Teil ihrer Ausbildung sind. Die Hinzunahme einer Familienhebamme, die ein spezifisches Augenmerk genau auf diesen Bereich hat, wäre hier also eine sehr sinnvolle Ergänzung. Umgekehrt ist es in dieser Gruppe am ehesten zu erwarten, dass eine im Laufe der Hebammenbetreuung auftretende bzw. auffällende Verschlimmerung der Situation in der Familie die Hinzunahme des Jugendamtes erfordert, die dann von der ProjektkoordinatorIn vorgenommen würde. Oft geht das belastete Familienleben mit Partnerschafts- und Familienkonflikten einher, die bei dem Versuch der Problemlösung familienberaterische Kompetenzen erfordern. Diese werden eher von den Sozialpädagog/innen vorgehalten.

Das nachfolgende Fallbeispiel aus dem Projekt KdfN soll verdeutlichen, wie eine gemeinsame abgestimmte Hilfe in dieser dritten Gruppe aussehen kann. Wir haben bewusst ein gelungenes Beispiel ausgewählt, um das Potenzial dieser Herangehensweise zu verdeutlichen.

4 Fallbeispiel Frau S.

Frau S. ist 40 Jahre alt, alleinerziehend und lebt von Sozialhilfe. Sie hat einen 14-jährigen Sohn, bei welchem zurzeit ein so genanntes „Clearing“-Verfahren mit dem Jugendamt läuft, eine zweijährige Tochter sowie einen kleinen Sohn im Alter von zwei Monaten. Dieser erlebte eine Frühgeburt mit angeborenem Herzfehler und einem Verdacht auf eine Hörschädigung. Frau S. ist dem Jugendamt bereits aus der Vergangenheit bekannt, da sie früher eine Mutter-Kind-Gruppe mit dem heute zweijährigen Mädchen besuchte; Frau S. hat diese Unterstützung für sich damals als sehr entlastend erlebt und hierdurch bereits Kontakt zu Institutionen der Jugendhilfe gehabt.

Eine Kontaktaufnahme zur Familienhebamme kommt nun über den für das Frühgeborene weiter zuständigen Kinderarzt zustande, der Frau S. in der medizinischen Betreuung des Frühgeborenen als wenig strukturiert und sehr unsicher erlebt. Nachdem dieser Kinderarzt die KdfN-Koordinatorin in seinem Landkreis kontaktierte, vermittelt diese einen ersten Kontakt zwischen Mutter und Familienhebamme.

Da Frau S. damit einverstanden ist und die ihr angebotene Hilfe gern annimmt, kommt es zu weiteren, regelmäßigen Besuchen in der Wohnung von Frau S. Dabei erfährt bzw. erlebt die Familienhebamme, dass Frau S. den Rückhalt und das aufgehobensein durch die ehemalige Mutter-Kind-Gruppe stark vermisst und sich mit der medizinischen Betreuung ihres Babys und den Anforderungen, die ein Alltag als Alleinerziehende mit drei Kindern mit sich bringt, allein und deutlich überfordert

fühlt. Dies zeigt sich unter anderem auch daran, dass sie oftmals dem 14-jährigen Sohn, bei welchem ein Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie angedacht ist, die alleinige Betreuung des Frühgeborenen überlässt. Auch in der Wahrnehmung der notwendigen Arzttermine ist die Mutter unzuverlässig.

Die Position und der Auftrag der Familienhebamme ist am Anfang noch unklar. Vordergründig scheint es zunächst geboten, der Mutter zu helfen, sich besser zu strukturieren und den Medikamentenplan des Neugeborenen einzuhalten. Die Familienhebamme sieht jedoch rasch, dass die Mutter auch große Schwierigkeiten hat, sich sensitiv auf die Bedürfnisse und Kommunikationsangebote ihres Babys einzulassen. Besonders wird dies in Szenen deutlich, in welchen die Mutter das Baby anhand der Beatmungshilfe in seiner noch unterentwickelten Atemfunktion unterstützen muss und hierbei teilweise sehr hilflos und grob vorgeht. Zu ihrer eigenen Sicherheit und Unterstützung hätte die Familienhebamme gerne mehr Kontakt und Austausch mit dem behandelnden Kinderarzt, was sich jedoch zeitlich und organisatorisch schwierig gestaltet. In den regelmäßigen im Projekt stattfindenden Organisationsbesprechungen zwischen Familienhebamme, Jugendamts- und Gesundheitsamtskoordinatorinnen wird deutlich, dass es zwischen allen im Helfersystem involvierten bzw. noch einzubindenden Parteien (Jugendamt, Familienhebamme, Kinderarzt etc.) zu einer Helferkonferenz kommen muss.

Diese findet statt und hat das folgende Ergebnis: Es wird zunächst verabredet, dass die übergreifende Koordinierung der verschiedenen Hilfen beim zuständigen Sachbearbeiter des Jugendamtes/ASD liegen soll. Dieser stellt im Einvernehmen mit der Koordinatorin im Projekt folgende Hilfsangebote zusammen: Eine Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) kommt als zusätzliche Hilfe zur Strukturierung des Familienalltags in die Familie. Hierzu gehören auch eine Unterstützung der Mutter in der medizinischen Versorgung ihres Babys anhand des durch den Kinderarzt vorgegebenen Planes und eine regelmäßige Begleitung zu den Arztterminen. Dieses Angebot entlastet die Familienhebammen, denn ihr Arbeitsauftrag besteht nun primär in der Vermittlung der Inhalte des Angebotes „Das Baby verstehen“, um die Mutter besser für den Umgang mit ihrem Neugeborenen in verschiedenen Bereichen zu stärken und als mittelfristiges Ziel durch ein „besseres Verstehen und Beantworten der Signale“ des Babys auch die Mutter-Kind-Bindung zu fördern. Zusätzlich gibt es eine Begleitung durch das Jugendamt, da der 14-jährige Sohn nach wie vor untergebracht werden soll. Schlussendlich wird ein Termin für einen Hörtest des Babys beschlossen; bei entsprechender Indikation soll eine weitere Begleitung durch eine Einrichtung der Frühförderung stattfinden.

5 Einordnung des Beispiels

An diesem Fall werden unserer Meinung nach die differenziellen Kompetenzen verschiedener Helfer/innen zu unterschiedlichen Zeitpunkten besonders deutlich. Die Familienhebamme bekommt durch die Niedrigschwelligkeit ihres Angebots einen schnellen und recht guten Zugang zur Mutter. Durch sie können zusätzliche Beo-

bachtungen und Informationen ins Helfersystem eingebracht werden. Nach einer dadurch notwendig gewordenen erweiterten Auftragsklärung sind weitere Hilfen involviert; die Familienhebamme kann sich auf einen Kernbereich des Projektes KdfN konzentrieren: die Vermittlung basaler Elternkompetenzen bei gleichzeitiger aufmerksamer Begleitung der Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung. Die SPFH mit ihrem klar davon abgegrenzten Aufgabenbereich kümmert sich um die pflegerische und sozialpädagogische Begleitung der Familie zur Entlastung des Familienlebens. Weitere Hilfen besetzen darüber hinaus zusätzliche Bereiche, die von SPFH und Familienhebamme nicht ohne weiteres wahrgenommen werden können.

Durch die klare Definierung und Trennung der Aufgaben werden alle Personen entlastet und es droht keine Konkurrenzsituation. Auch für Frau S. ist klar ersichtlich, mit welcher Fragestellung sie sich an welche Helferin wenden kann. Es sollte gewährleistet sein, dass durch weiterhin regelmäßig stattfindende Helferkonferenzen alle Informationen geteilt und die Hilfen aufeinander abgestimmt werden. Nötigenfalls können Korrekturen am Hilfeangebot und dessen Arbeitsaufteilung vorgenommen werden.

6 Fazit

Doppelbetreuungen in einer Familie und damit ein zu koordinierendes Miteinander der Helfer dürften in vielen Projekten der Frühen Hilfen und auch darüber hinaus auftreten. Ein differenzielles Angebot zu den Frühen Hilfen erleichtert eine bessere Abstimmung zwischen den Bedürfnissen der Familie und den Möglichkeiten des Helfersystems. Durch unsere bisherigen Erfahrungen mit einer Vielzahl von Fällen im Projekt „Keiner fällt durchs Netz“ mit ihrem sehr heterogenen Belastungsgrad schlagen wir eine Differenzierung von drei Gruppen vor, die sich zunächst anhand des Belastungsgrads unterscheiden lassen.

- In der Gruppe von eher wenig belasteten Familien berücksichtigt die ressourcenorientierte Vorgehensweise, dass die Familie mit ihren Lebens- und Beziehungsproblemen mit relativ wenig Unterstützung weitgehend allein zurechtkommt und sich die Familienhebamme bei den Hausbesuchen deshalb auf die Förderung der Eltern-Kind-Bindung konzentrieren kann. Eine verbesserte Gegenseitigkeit in den Beziehungen führt dann zur weiteren Entlastung des Systems. Der primäre Fokus der Intervention bleibt die Eltern-Kind-Beziehung.
- In der Gruppe der stark belasteten Familien, in denen die Beziehungen durch wenig Kontinuität und Stabilität gekennzeichnet sind, ist primär die Arbeit an den Beziehungen in der Partnerschaft und in der Familie zur Bewältigung des Alltags und des Familienlebens gefragt. Eine Begleitung durch eine Familienhebamme ist zur Bearbeitung der Beziehungsprobleme, die manchmal auch mit Gewalt einhergehen, nicht ausreichend und auch nicht angezeigt. Die Ausbildung zur Familienhebamme qualifiziert für diese Familieninterventionen nur unzureichend, sodass mit Überforderungsreaktionen bis hin zu Burn-Out-Phänomenen bei andauernder

Überlastung zu rechnen ist. Eine sozialpädagogische Familienhilfe ist unerlässlich, um zunächst einmal die Basis für ein Familienleben zu schaffen. Die sozialpädagogischen Familienhelfer/innen sind für diese Aufgaben auch ausgebildet.

- Die dritte Gruppe von Familien ist nicht allein durch das Ausmaß der Belastungen in der Familie gekennzeichnet, sondern auch durch das Ausmaß der Ressourcen, die möglicherweise eine rasche Stabilisierung im System erwarten lassen. Die kombinierte Hilfe durch die Begleitung der Familienhebamme und die Betreuung durch die SPFH ist dann angezeigt, wenn durch die Familienhilfe eine Stabilisierung des familiären Beziehungssystems in einem überschaubaren Zeitfenster erreicht werden kann, damit die spezifische Förderung der Eltern-Säuglings-Beziehung durch eine Familienhebamme ermöglicht wird. Um sich den Lektionen des Programms „Das Baby verstehen in der aufsuchenden Arbeit“ (Cierpka, Scholtes, Wölfer, 2009) und dem Baby mit ungeteilter Aufmerksamkeit widmen zu können, müssen die primären Bezugspersonen über ausreichend freie Valenzen verfügen. Dazu wird eine Kontinuität im Arbeitsbündnis zwischen Familienhebamme und den Eltern bzw. der Mutter über einen bestimmten Zeitraum benötigt, die nicht ständig durch familiäre Konflikte unterbrochen wird.

Eine klarere Angebotsstruktur mit definierten Interventionen, basierend auf einer Differenzierung unterschiedlicher Gruppen von Familien, ermöglicht eine verbesserte Passung im System der Frühen Hilfen. Wir nehmen an, dass eine verbesserte Passung auch zu verbesserten Effekten in der Begleitung der belasteten Familien durch unterschiedliche Helfersysteme und deren Kombination führt. Diese Annahme muss freilich durch die Ergebnisse einer empirischen Studie untermauert werden.

Literatur

- Cierpka, M. (2004). Das Baby verstehen. Focus-Familie gGmbH.
- Cierpka, M. (2005). Besser vorsorgen als nachsorgen. Möglichkeiten der psychosozialen Prävention. In M. Cierpka (Hrsg.), *Möglichkeiten der Gewaltprävention*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Cierpka, M. (2009). „Keiner fällt durchs Netz“. Wie hoch belastete Familien unterstützt werden können. *Familiendynamik*, 34, 36-47.
- Cierpka, M., Scholtes, K., Wölfer, C. (2009). Das Baby verstehen in der aufsuchenden Arbeit. Focus-Familie gGmbH.
- Egle, U. T., Cierpka, M. (2005). Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. In A. Lohaus, M. Jerusalem, J. Klein-Heßling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Eickhorst, A., Sidor, A., Frey, B., Cierpka, M. (2012). Frühe Hilfen durch „Keiner fällt durchs Netz“. Ein Modellprojekt zur psychosozialen Prävention für Familien mit Kindern im ersten Lebensjahr. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 59, 290-302.
- Gregor, A., Cierpka, M. (2005). Frühe Hilfen für Eltern – Elternschule „Das Baby verstehen“. *Psychotherapeut*, 50, 144-147.

- Nakhla, D., Eickhorst, A., Cierpka, M. (2009). Praxishandbuch für Familienhebammen. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Mattern, E., Ayerle, G., Behrens, J. (2011). Expertise über Zieldefinitionen für das berufliche Handeln von Familienhebammen. Expertise, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Stasch, M. (2007). Heidelberger Belastungs-Skala (HBS). Unveröffentlichtes Manuskript, Universitätsklinikum Heidelberg.

Korrespondenzanschrift: Dr. Andreas Eickhorst, Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Universitätsklinikum Heidelberg, Bergheimer Str. 54, 69115 Heidelberg; E-Mail: Andreas.eickhorst@med.uni-heidelberg.de

Andreas Eickhorst, Silke Borchardt und Manfred Cierpka, Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Universitätsklinikum Heidelberg