JUSTUS – LIEBIG – UNIVERSITÄT GIESSEN

WISSENSCHAFTLICHE ARBEIT ZUR ERLANGUNG DES AKADEMISCHEN GRADES
MASTER OF ARTS "INKLUSIVE PÄDAGOGIK UND ELEMENTARBILDUNG"
EINGEREICHT BEI HERRN PROF. DR. HERMANN ABS
FACHBEREICH 03 SOZIAL- UND KULTURWISSENSCHAFEN

Evaluation einer körperpsychotherapeutischen Kriseninterventionam Beispiel der SchreiBabyAmbulanz Hamburg und Stormarn

Evaluation of a bodypsychotherapeutical crisis intervention based on the example of the cry baby ambulance Hamburg and Stormarn

Kristin Zippe
Eichendorffring 54
35394 Giessen
5. Fachsemester „Inklusive Pädagogik und Elementarbildung"
Matrikelnummer: 1048573
E-Mail: kristin.zippe@gmx.de
WS 2012/2013
11.03.2013

Abstract/ Zusammenfassung

Wie wirksam sind intervenierende Angebote für Eltern, die aufgrund vorliegender kindlicher Regulationsstörungen Hilfe suchen? Als Hauptgegenstand der vorliegenden Evaluation wird diese Fragestellung am Beispiel der SchreiBabyAmbulanz Hamburg und Stormarn untersucht. Methodisch handelt es sich um eine Fragebogenerhebung. In dieser sind sowohl institutionsspezifische Items formuliert wie auch der „Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung" (Mattejat et al. 1998) hinzugefügt, mit dem Ziel Daten hinsichtlich der Effektivität zu messen. Die Stichprobe umfasst im Gesamten 36 ehemalige Klienten der Einrichtung, welche seit August 2011 mindestens einen persönlichen Termin wahrgenommen haben.

Die Ergebnisse zeigen Bestätigungen zu fachliterarischen Angaben. So lässt sich sowohl eine Gewichtung auf Familien mit Erstgeborenen als auch auf Schlafstörung in Verbindung mit exzessivem Schreien als Anlassproblematik festhalten. Wenngleich die Beziehungen zu den Fachkräften positivere Werte als der Behandlungserfolg ergeben, kann die Zufriedenheit mit der SchreiBabyAmbulanz Hamburg und Stormarn im Ganzen als gut beurteilt werden.

Inhaltsverzeichnis

Abstract/ Zusammenfassung I

Inhaltsverzeichnis II

Abkürzungsverzeichnis V

Tabellenverzeichnis VI

Abbildungsverzeichnis VIII

1. Einleitende Gedanken 1

2. Beratung im Säuglings- und Kleinkindalter 5

2.1. Die "neue klinische Population" 6

2.2. Fits und Misfits in der Co-Regulation 9

2.3. Regulationsstörungen 14

2.3.1. Exzessives Schreien 17

2.3.2. Schlafstörungen 22

2.3.3. Fütter- und Gedeihstörungen 28

2.4. Anforderungen an Beratungskonzepte 33

3. Die SchreiBabyAmbulanz Hamburg und Stormarn 36

3.1. Entstehung und Geschichte 36

3.2. Konzeptionelle Grundlagen und Arbeitsprinzipien 37

3.2.1. Körperpsychotherapie 39

3.2.2. Ziele der Krisenintervention 45

3.3. Daten aus der Einrichtung 45

4. Evaluation von Beratungsinstitutionen 48

4.1. Evaluationsforschung 50

4.2. Qualitätssicherung und Dimensionen von Qualität 52

4.3. Einordnung des geplanten Evaluationsvorhabens 54

4.3.1. Zieldefinition 55

5. Fragebogenkonstruktion 57

5.1. Fragebogenauswahl 57

5.1.1. Der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung 57

5.1.2. Mitarbeiterbefragung 59

5.1.3. Konstruktion des Evaluationsinstruments 60

5.2. Weitere Fragestellungen 64

6. Datenerhebung 65

6.1. Stichprobe 65

6.2. Verschickung der Fragebögen und Rücklauf 65

7. Datenauswertung 66

8. Ergebnisdarstellung 67

8.1. Statistische Daten der Klientenstichprobe 67

8.2. Statistische Daten hinsichtlich der Krisenintervention 73

8.3. Beziehungsgestaltung 78

8.4. Symptomveränderung 80

8.5. Positive Elternschaft 86

8.6. Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung 90

8.6.1. Verlauf der Behandlung 90

8.6.2. Erfolg der Behandlung 92

8.7. Wünsche, Anregungen und Kritik 93

8.8. Explorative Zusammenhänge 95

9. Reflexion des methodischen Vorgehens 99

10. Schlussbemerkung und Ausblick 102

Literarturverzeichnis 106

Internetquellen 116

Anhang 117

A 1 Tabellen 117

A 2 Abbildungen 131

A 3 Rechtsgrundlagenverzeichnis 134

A 4 Dokumentenanhang 139

Eidesstattliche Erklärung 149

Abkürzungsverzeichnis

DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
FBB	Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (Mattejat et al. 1998)
GAIHM	German Speaking Association for Mental Health („Gesellschaft für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit“)
GÖR	Gastroösophagealer Reflux
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Issues - Revision
KB	KrisenbegleiterIn
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KPT	Körperpsychotherapie
KW	Kalenderwoche
LM	Lebensmonat
M	Mittelwert
Max	Maximum (statistische Werte betreffend)
Min	Minimum (statistische Werte betreffend)
PPD	Postpartale Depression
REM	Rapid Eye Movement
SBA	SchreiBabyAmbulanz
SD	Standardabweichung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSW	Schwangerschaftswoche
WB	Wertebereich
ZTT-DC 0-3R	Zero to Three – Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised edition

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kernbereiche der Fragebogenerhebung 64

Tabelle 2: Lebensjahr des Kindes 68

Tabelle 3: Geburtsrang des Kindes 68

Tabelle 4: Häufigkeiten des Beratungsanlasses 69

Tabelle 5: Gründe für Einzeltermin 75

Tabelle 6: Offene Antworten 94

Tabelle 7: Zusammenhang zwischen Terminanzahl und FBB-Gesamtwert 95

Tabelle 8: Zusammenhang zur Behandlungszeit 96

Tabelle 9: Intuitive Verhaltensweisen gegenüber Kleinkindern (n. Papousek) .. 117

Tabelle 10: Adaptive Entwicklungsaufgaben der frühen Kindheit 117

Tabelle 11: Entwicklungsverlauf im Fütterkontext 119

Tabelle 12: Indikationsliste 120

Tabelle 13: Massageformen 122

Tabelle 14: Skalen der Elternversion 122

Tabelle 15: Übersicht zur Interpretation der FBB-Ergebnisse 123

Tabelle 16: Altersverteilung der Mütter 123

Tabelle 17: Altersverteilung der Väter 124

Tabelle 18: Geschlechterverteilung der Kinder 124

Tabelle 19: Inanspruchnahme einer zusätzlichen Telefonberatung 124

Tabelle 20: Behandlungszeitraum 125

Tabelle 21: Korrelation Geschlecht - Anlassproblematik 125

Tabelle 22: Reliabilitätsanalyse Skala Beziehungsgestaltung 126

Tabelle 23: Veränderung der Anlassproblematik während Behandlung 126

Tabelle 24: Wiederauftreten der Anlassproblematik 127

Tabelle 25: Korrelation Item 17 und Item 35 127

Tabelle 26: Beziehungsgestaltung 128

Tabelle 27: T-Test – Belastungsempfinden vor und nach der Behandlung..... 128

Tabelle 28: Klärung aller Fragen 129

Tabelle 29: Verlauf der Behandlung..... 129

Tabelle 30: Erfolg der Behandlung..... 130

Tabelle 31: Korrelationsberechnung Behandlungszeit – FBB-Gesamtwert 130

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Befindlichkeit während der Schwangerschaft 70

Abbildung 2: Erleben der Geburt 71

Abbildung 3: Häufigkeitsverteilung der Terminanzahl 74

Abbildung 4: Beendigung der Krisenintervention 76

Abbildung 5: Aufmerksamkeit durch 77

Abbildung 6: Beziehungsgestaltung zwischen Klient und Krisenbegleiterin 79

Abbildung 7: Gründe für die Veränderung der Symptomatik 81

Abbildung 8: Umgang mit Wiederauftreten der Symptomatik 82

Abbildung 9: Symptomverbesserung 83

Abbildung 10: Zusammenhang Symptomveränderung und -verbesserung 85

Abbildung 11: Mehr Umgangssicherheit nach Behandlung 87

Abbildung 12: Zustimmung Eskalation ohne SBA 88

Abbildung 13: Skala Verlauf der Behandlung 91

Abbildung 14: Erfolg der Behandlung 92

Abbildung 15: Zusammenhang Behandlungszufriedenheit - Anlassproblem 97

Abbildung 16: Übergangsmodell nach Gloger-Trippelt (1988) 131

Abbildung 17: Das System der adaptiven Verhaltensregulation 132

Abbildung 18: Schreiverhalten einer Normstichprobe 132

Abbildung 19: Gewichtsentwicklung im ersten Lebensjahr 133

1. Einleitende Gedanken

> *"Zukünftige Autofahrer erhalten eine Fahrschulausbildung, Berufsanfänger werden in ihr Wirkungsfeld eingewiesen. Junge Eltern dagegen fühlen sich oft mit Erziehungsfragen hinsichtlich ihres Kindes allein gelassen" (Grabbe 2008, 122).*

Mit diesen Worten beschreibt der Psychologe Michael Grabbe ein Empfinden, welches vielen jungen Eltern[1] nicht gänzlich unbekannt ist. Eine von der Bertelsmann Stiftung in Auftrag gegebene Untersuchung[2] kommt zu einem ähnlichen Schluss: 52 Prozent der Mütter fühlen sich demnach in der Kindeserziehung *manchmal* bis *häufig* unsicher, was mit daran anteiligen 77 Prozent vorrangig Erstgebärende betrifft (vgl. Stierle 2006, 10). Die Angaben unterstreichen die Ansicht, präventive Maßnahmen in Form von Beratungsangeboten als Unterstützungsquellen für eine positive Entwicklung des Kindes wie auch der Familienmitglieder insgesamt anzusetzen.

Die Familien, deren Kinder sich in einem Alter von null bis drei Jahren befinden, sind nicht selten von Schlafschwierigkeiten, exzessivem Schreien oder auch Fütter- und Gedeihstörungen belastet. Diese sogenannten Regulationsstörungen knüpfen aktuellen Untersuchungen zufolge häufig an spätere Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Groß et al. 2007, 823). Doch was können junge Eltern tun, um ihre Probleme zu bewältigen? An wen können sie sich mit ihren Fragen wenden?

Sicher, in der heutigen Zeit gibt es reichliche Möglichkeiten sich über Schwangerschaft, Mutter- oder Vaterfreuden und allgemeine Erziehungsfragen zu informieren. In Buchhandlungen sind hierfür eigens Abteilungen geschaffen, das Internet bietet mit zahlreichen Foren Antworten und auch eine Zunahme an Fa-

---

1 Die Bezeichnung "junge Eltern" meint Eltern mit Kindern im Alter von bis zu drei Jahren.

2 Die Bertelsmann-Stiftung gab im Jahre 2006 die Befragung von 495 Schwangeren und Müttern mit Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren in Auftrag. Im Fokus der Untersuchung stand das Empfinden der Frauen bezüglich ihrer Mutterrolle (vgl. Stierle 2006, 8).

milien- und Erziehungsberatungsstellen kann als schlüssige Folge auf den durchaus progressiven Bedarf gesehen werden (vgl. Borke et al. 2008, 15). Immerhin hat sich die Inanspruchnahme von Beratungen für Familien mit Kindern der Altersklasse null bis drei Jahre in der Zeit von 1991 bis 2002 mehr als verdoppelt. Waren es Anfang der 1990er Jahre noch 6.341 Fälle, zählt man elf Jahre später bereits 13.091 (vgl. Lindner 2004, 45). Hinzu kommt die rechtliche Verankerung im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG), bestimmt insbesondere durch § 16 *allgemeine Förderungen der Erziehung in der Familie* und § 28 *Erziehungsberatung* SGH VIII[3]. Ungeachtet dieser Daten ist auf der anderen Seite innerhalb Deutschlands eine dennoch zu geringe Quote an Anlaufstellen speziell für den frühkindlichen Bereich vorzufinden. Groß et al. befassten sich in einer Erhebung mit der bundesweiten Versorgungslandschaft frühkindlicher Beratungseinrichtungen und kamen dabei zu dem Ergebnis, dass "nur für einen Bruchteil der Kinder eine ausreichende Behandlungskapazität zur Verfügung steht" (Groß et al. 2007, 827). In Zahlen formuliert zeichnet sich folgendes ab: Die durchschnittliche Versorgungsrate der Bundesrepublik beträgt 1,2 Prozent (Anteil der behandelten Kleinkinder innerhalb eines Jahres). Demgegenüber weisen Prävalenzstudien allerdings Werte zwischen 15 bis 33 Prozent nach (vgl. ebd.). Ein Ungleichgewicht, welches nicht von der Hand zu weisen ist. Entgegengetreten wird diesem Beratungsbedarf mit dem Aufbau verschiedenster spezialisierter Einrichtungen, die mit Bezeichnungen wie "SchreiBabyAmbulanz" (SBA), "Babysprechstunde", "Entwicklungspsychologische Beratung", und andere tituliert werden[4]. Die SBA Hamburg – Stormarn ist eine dieser auf den frühkindlichen Bereich spezialisierten Beratungsinstanzen. Sie wird im späteren Verlauf der vor-

---

3 Gesetzlichen Bestimmungen werden im Rechtsgrundlagenverzeichnis aufgeführt.

4 Eine Auflistung verschiedenster Institutionen ist auf der Internetseite www.gaihm.de zu finden. Die "German speaking Association for Mental Health" fungiert als eine Art Dachverband. Im Folgenden wird die Bezeichnung SBA als Synonym sämtlicher Interventionsangebote verwendet.

liegenden Masterthesis nicht nur näher analysiert, sondern stellt zudem die Grundlage des Evaluationsvorhabens dar, welches Hauptgegenstand der Arbeit ist.

Lässt sich die Arbeit solcher SBA als wirksam bezeichnen (was Studien wie die Katamneseuntersuchung von Papoušek (1994) belegen), offenbart sich der Fakt einer geringen Publizität jedoch als problematisch. So wissen zu wenige Ärzte, Jugendämter oder auch Psychologen um die Existenz spezifischer frühkindlicher Interventionsangebote (vgl. Groß 2007, 823f.).

Deren Kerninhalte, Arbeitsweisen und Besonderheiten werden in *Kapitel 2* der vorliegenden Arbeit als Grundstein für das Evaluationsvorhaben näher erläutert. Im Anschluss widmen sich die darauffolgenden Unterkapitel den Fragen, worin dieser hohe Unterstützungsbedarf liegt. Was ist anders als zu früheren Zeiten? Sind die Kinder heutzutage schwieriger oder die Eltern unsicherer, um nicht zu sagen schlicht mehr überfordert? Als Basis hierfür werden sowohl "die [neue] klinische Population" (Stern 1989) als auch das Modell der Co-Regulation expliziert, um sich darauf aufbauend detailliert mit den Regulationsstörungen – exzessives Schreien, Schlafproblemen und Fütter- und Gedeihstörungen – sowie den sich daraus ableitenden Anforderungen an die Beratungs- und Interventionsarbeit zu befassen.

Das *dritte Kapitel* greift als Beispiel die "SBA Hamburg – Stormarn" heraus und beschreibt, neben allgemeinen Daten, Hintergründen und Zielen, das Grundprinzip ihrer Arbeit: die körperpsychotherapeutische Krisenintervention.

Im *vierten Kapitel* nähern sich die Ausführungen der empirischen Fragebogenerhebung in theoretischer Weise an. Demnach werden Evaluationen und Qualitätskriterien im beratend-therapeutischen Setting betrachtet, die auch in das eigene Evaluationsvorhaben einfließen. Die Idee zu dieser Masterarbeit entwickelte sich während der Anfertigung eines Forschungsberichtes, welcher die Effektivität frühkindlicher Beratungseinrichtungen metaanalytisch untersuchte.

Inwieweit lässt sich die Arbeit intervenierender Institutionen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern als effektiv bezeichnen? An welchen Kriterien kann man eine "erfolgreiche" Behandlung messen? Und als wie "erfolgreich" lässt sich letztlich die Arbeit der "SBA Hamburg – Stormarn" einstufen?

Diesen Fragen wird im *fünften*, *sechsten* und *siebten* Kapitel nachgegangen, in denen es um die Auswahl und Konstruktion eines geeigneten Messinstrumentes, die Skizzierung des Vorgehens sowie um die Auswertung der erhaltenen Ergebnisse selbst geht.

Kapitel 8 expliziert im Anschluss die Resultate der Fragebogenuntersuchung. Deren Darstellung ist in einzelne Kernbereiche unterteilt, in welchen die Erhebungen zusammengetragen wie auch inhaltlich diskutiert werden.

Das *neunte Kapitel* umfasst eine reflexive Auseinandersetzung mit dem eigenen Forschungsvorgehen, um abschließend in *Kapitel 10* zu einem Gesamtfazit wie auch Ausblick auf weitere Forschungsaspekte zu gelangen.

2. Beratung im Säuglings- und Kleinkindalter

Gerade einmal 20 Jahre ist es her, seit dem in Deutschland die ersten Beratungsstellen für Säuglinge und Kleinkinder entstanden sind.

> *"Lange Zeit wurden frühkindliche Regulationsstörungen (z.B. exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen, dysphorische Unruhe, exzessives Klammern und Trotzen) ignoriert und als passagere Verhaltensauffälligkeiten in ihrer Bedeutung verharmlost, so dass ein professionelles Beratungs- und Therapieangebot für betroffene Eltern fehlte" (Wurmser et al. 2010, 50).*

Mit anderen Worten: Störungsbilder "gab" es im Altersbereich von null bis drei Jahre nicht und dementsprechend waren auch keine Behandlungskonzepte von Nöten.

Ein Wandel dieser Ansicht folgte erst mit den gewonnenen Erkenntnissen aus der Säuglingsforschung[5], wodurch sich auch mehr und mehr Interventionsüberlegungen auf der Seite der Berater herausbildeten (vgl. Polster 2005, 8). Aus diesen Gedankengängen ging die erste deutsche frühkindliche Beratungsinstitution hervor: die "Münchner Sprechstunde für Schreibabys", gegründet im Jahre 1991 von Mechthild Papoušek. Ursprünglich suchte man nach einem Ansatzpunkt für die Behandlung von gestörten Eltern-Kind-Beziehungen und fokussierte dabei zunächst den Bereich des exzessiven Schreiens innerhalb des ersten Trimenon[6]. Es zeigte sich jedoch eine unerwartete Heterogenität an Störungsbildern, die bis zum dritten Lebensjahr reichten. Um diesem gerecht zu werden, bildete sich ein

---

5 So verfügen Säuglinge beispielsweise neben einer Fülle von Reflexen, wie dem Saug-, Schluck- oder auch Greifreflex, bereits von Geburt an über visuelle und auditive Wahrnehmungsfähigkeiten, weisen eine Gesichtspräferenz auf, sind in der Lage süße und saure Geschmacksrichtungen zu unterscheiden, schmerzhafte Impulse auszublenden oder sich durch das Daumenlutschen selbst zu beruhigen (vgl. Lindner 2004, 67).

6 *Trimenon* leitet sich von der Einteilung der ersten Lebensjahre in Dreimonatsschritte ab (vgl. Polster 2005, 83).

interdisziplinäres, entwicklungsdynamisches Beratungsmodell heraus (vgl. Wollwerth de Chuquisengo et al. 2010, 282). Doch was heißt Beratung überhaupt?

Der Definition von Diederichs (1983) folgend, ist Beratung "jene Form einer interventiven und präventiven helfenden Beziehung, in der ein Berater mittels sprachlicher Kommunikation und auf der Grundlage anregender und stützender Methoden innerhalb eines vergleichsweise kurzen Zeitraumes versucht, bei einem desorientierten, inadäquat belasteten oder entlasteten Klienten einen auf kognitiv-emotionale Einsicht fundierten aktiven Lernprozeß in Gang zu bringen, in dessen Verlauf seine Selbsthilfebereitschaft, seine Selbststeuerungsfähigkeit und seine Handlungskompetenz verbessert werden können" (Diedrichs 1983, 2 zit. n. Rausch et al. 2008, 19). Da sich die vorliegende Arbeit jedoch in dem spezifischen Bereich der Säuglings- und Kleinkindberatung bewegt, seien einige zusätzliche Grundgedanken aufgeführt.

Diese beruhen auf einem *tranksaktionalen Entwicklungsmodell* (Sameroff 1983), das besagt: Zwischen dem Kind und seiner Umwelt besteht eine stetig andauernde dynamische Interaktion, deren Ergebnis sich als Entwicklung darstellt. Die Beteiligten beeinflussen sich dabei fortwährend aktiv in Form eines Anpassungsprozesses. Zudem wirken vorangegangene Interaktionserfahrungen auf gegenwärtige, wie auch diese wiederum auf die zukünftigen einen Einfluss ausüben. In der Folge kann dies sowohl eine Fortentwicklung als auch eine Einschränkung anstoßen. Interventionsangebote sind demnach sowohl systemisch auszurichten als auch die Klientel in ihrer Individualität zu betrachten (vgl. Ziegenhain 2006, 17f.). Im Folgenden soll nun jene Klientel genauer beleuchtet werden.

2.1. Die "neue klinische Population"

Die eingangs erwähnte Steigerung hinsichtlich der Nachfrage nach frühkindlichen Säuglingsberatungsstellen, veranlasste den Psychoanalytiker Daniel Stern

zu der Bezeichnung der "neue[n] klinischen Population" (Stern 1989, 10 zit. n. Beermann 2010, 26). In der Fachliteratur finden in diesem Zusammenhang Ausführungen zu einem gesellschaftlichen Wandel statt. Gegenwärtig sind Paare in Deutschland bei der Geburt ihres ersten Kindes nicht nur älter, sie konnten zudem weniger Erfahrungen mit Kleinkindern sammeln, als es früher der Fall war[7]. Schließlich nimmt die Geburtenrate seit etwa Mitte der 1960er Jahre ab (vgl. Statistisches Bundesamt 2012, 6). Die Anzahl der Einzelkinder ist seit jener Zeit steigend (vgl. ebd., 26). In der heutigen Elterngeneration sind demnach nicht nur weniger Kinder, sondern auch weniger Neffen und Nichten – ergo weniger Möglichkeiten für erzieherische Austauschmöglichkeiten und private Hilfestellungen zu finden. Ebenso haben Vorstellungen über Kindheit und das Elternsein einen Wandel erfahren. Durch Liberalisierung des mütterlichen und väterlichen Rollenbildes, lässt sich dieses wesentlich freier gestalten. Gleichzeitig beinhaltet diese Freiheit jedoch ebenso die Gefahren zunehmender Verunsicherungen (vgl. Beermann 2010, 28).

> *"Eltern sehen sich so vielen unterschiedlichen Einflüssen gegenüber, was >>> richtige Erziehung <<< ist, dass die Gefahr besteht, dass sie unsicher werden, sich zunehmend hilflos fühlen und langsam >>> an den Rand der Familien <<< geraten" (Hawellek et al. 2005, 17).*

Die Fähigkeit zum Erziehen muss erworben, überprüft und konfiguriert werden. Den jungen Eltern steht eine Vielzahl an Expertenwissen, Ratgeberbüchern und eine immense Medienflut gegenüber, was das intuitive elterliche Verhalten noch mehr behindern kann (vgl. Polster 2005, 9f.). Dabei stellen Übergänge an sich schon eine große Herausforderung dar. Nach dem Transitionsmodell von Cowen (1991) gestalten sich diese mit dem Beginn der Elternschaft in Form eines Rol-

---

7 Zum Vergleich: im Jahre 1970 betrug das durchschnittliche Alter Erstgebärender 24,3 (innerhalb der BRD) bzw. 21,9 Jahre (innerhalb der DDR). Heutzutage ist das Durchschnittsalter bei 28,9 Jahren angesiedelt (vgl. Peters 2010, 2; vgl. Statistisches Bundesamt 2012).

lenwandels, einer Aneignung zahlreicher neuer Kompetenzen (gemeint sind Fähigkeiten in Bezug auf die Pflege, Versorgung und Haushaltsführung) wie auch eine Neuorganisation der Beziehungsstruktur[8]. Das Spektrum an vorbereitenden Maßnahmen ist immens – angefangen bei Geburtsvorbereitungskursen über die Anschaffung einer kindgerechten Ausstattung bis hin zum Lesen und Studieren unterschiedlichster Publikationen von Erziehungsratgebern (vgl. Reichle 2008, 274f.).

Mit der Geburt des Kindes wandelt sich die Zweier-Beziehung zu einer Dreier-Beziehung. In der Regel übernimmt die Mutter die Versorgung des Neugeborenen, die sich schwerpunktmäßig an dessen Grundbedürfnissen orientiert. Auf körperlicher Ebene sind Nahrung, Schlaf, Hygiene, Schutz und Gesundheitsfürsorge wesentliche Eckpfeiler. Auf der psychischen reihen sich Zärtlichkeit, Responsivität, Geborgenheit, die Gewährleistung von Bindungserfahrungen aber auch die Achtung der Individualität und entwicklungsgerechten Autonomie ein. Um dieser Vielfalt gerecht zu werden, investieren Mütter im Mittel 53 Wochenstunden (vgl. ebd., 276). In wissenschaftlichen Untersuchungen konnte das Ehepaar Papoušek die Existenz kulturell unabhängige Sprachkompetenzen bei Eltern und Nicht-Eltern in Verbindung zu Kleinkindern nachweisen (Papoušek 1994; Papoušek & Papoušek 1987, 1995). Diese intuitiv vorhandenen Fähigkeiten sind bereits ab dem vierten Lebensjahr zu beobachten (vgl. Ziegenhain et al. 2006, 37)[9]. Demnach entsteht die Beziehung zum Säugling in Folge eines Anpassungsprozesses. Dieser wird auf Seiten des Kindes durch Rückkopplungssignale gestützt. Gemeint sind Blickkontakt, Lächeln und nicht zuletzt das Kind-

---

8 Auch Gloger-Trippelt (1988) entwarf ein Übergangsmodell, welches das Elternwerden in acht Verarbeitungsphasen unterteilt. Das Modell ist der Abbildung 16, Seite 131 zu entnehmen.

9 Eine Übersicht in Hinblick auf intuitives elterliches Verhalten findet sich in Tabelle 9, Seite 117 wieder.

chenschema[10] als äußerlicher Auslösefaktor. In den Müttern und Vätern wird hierdurch Selbstvertrauen und positive Bestärkung erzeugt. Durch die kindlichen Signale sind sie motiviert, sich ihrem Kind emotional zuzuwenden (vgl. Fries 1999, 70). Unter belastenden Umständen wird dieser Zirkel positiver Gegenseitigkeit dagegen behindert und das intuitive elterliche Verhalten strapaziert (vgl. Ziegenhain et al. 2006, 42). Versagensgefühle, Wut, Ohnmacht und zusätzliche körperliche Erschöpfung können Folge und zugleich Beginn einer beeinträchtigten Eltern-Kind-Interaktion oder auch Regulationsstörung sein (vgl. Fries 1999, 71). Diese Gedanken im Hinblick auf ätiologische Faktoren aufgreifend, wird im nachstehenden Unterkapitel das Konzept der Co-Regulation sowie mögliche Fits und Misfits beschrieben.

2.2. Fits und Misfits in der Co-Regulation

In welcher Weise vollziehen sich nun die Anpassungsbemühungen zwischen Eltern und ihren Neugeborenen? Warum ist überhaupt die Rede von einer "Anpassung"? Was ist darunter zu verstehen?

Hierfür sei zu Beginn ein Blick auf die frühkindliche Entwicklung gerichtet. Bis in die 70er Jahre des letzten Jahrhunderts hinein, galt der Säugling als passives Wesen mit geringen Fähigkeiten. So ging man davon aus, dass ein Zufriedenstellen der primären Grundbedürfnisse ausreichend sei. Mit zunehmenden Erkenntnissen aus dem Bereich der Säuglings- und Kleinkindforschung sollte sich diese Sicht jedoch ändern. Der Psychologe Martin Dornes prägte hierzu den Begriff des "kompetenten Säugling[s]" (1998).

---

10 Unter dem Kindchenschema ist das Aussehen eines Neugeborenen zu verstehen, das durch eine hohe Stirn und der großen, runden Form des Kopfes gekennzeichnet ist. Dieses löst in der Regel jene universellen, fürsorglichen Verhaltensweisen aus (vgl. Keller 2011, 34).

Schon in den ersten Lebensmonaten besteht bei dem Neugeborenen der Wunsch nach Exploration. Diese richtet sich sowohl nach seiner sachlichen als auch sozialen Umwelt aus. Die Suche nach Kontakten, Anregungen, Selbstwirksamkeitserfahrung und die Einbeziehung aller Punkte in den vorhandenen Erfahrungsschatz fügt sich in die Folge der Bedürfnisse ein (vgl. Polster 2005, 14). Mit Hilfe der Aussendung protosozialer Signale strebt der Säugling Reaktionen an. Darunter sind Anzeichen zu verstehen, die einen gesteigerten Aufforderungscharakter beinhalten, wie die Nachahmung, Aufnahme von Blickkontakt, Zulächeln, aber auch das bereits erwähnte Kindchenschema. In gleicher Weise zählt das Schreien zu den protosozialen Ausdrücken, da es eine Möglichkeit für das Kind darstellt, mit seiner Umwelt in Interaktion zu treten (vgl. ebd.).

Hinzu kommen die Entwicklungsschritte des Neugeborenen. Durch ein hohes Tempo gekennzeichnet, treten massive Veränderungen auf. Diese Modifikationen auf der Verhaltensebene können auf der Interaktionsebene zwischen Eltern und Kind zu Desorientierung führen (vgl. Ziegenhain et al. 2006, 134). Das *Touchpoint-Konzept* von Brazelton (1999) beschreibt die spezifischen Entwicklungsaufgaben, deren Bewältigung dem Säugling während der ersten beiden Lebensjahre obliegt. Es sind Phasen vorzufinden, in welchen Entwicklungsschübe in Verbindung mit der Aneignung körperlicher, sozialer, emotionaler, kognitiver und motorischer Fertigkeiten auszumachen sind (vgl. Polster 2005, 13)[11]. Insgesamt ist die kindliche Entwicklung folglich von einem Zusammenspiel stabiler wie auch instabiler Zeiten geprägt. Das heißt, in diesem Verlauf sind Perioden mit relativen konstanten Verhaltensweisen (diese werden mit dem Begriff „Attraktor“ beschrieben) und unstete Phasen vorzufinden. Letztere markieren dabei einen Übergang, in dem die Adaption an gegenwärtig bestehende Herausforderungen gefordert ist. Der Wechsel von Beständigkeit zu Unbeständigkeit ist

11 Tabelle 10, Seite 117 zeigt die wesentlichen Entwicklungsaufgaben der ersten Lebensmonate wie auch eventuell auftretende Verhaltensauffälligkeiten auf.

notwendig, um die Entstehung neuer Attraktoren wiederum zu gewährleisten (vgl. Schiepek et al. 1994, 105ff.). Werdende Eltern stehen somit vor der Aufgabe, alte, stabile Gewohnheiten und Bedürfnisse an die neuen, durch die Geburt eines Kindes hervorgerufenen, anzupassen. Ebenso stimmt sich das Kind auf seine Eltern, seine Umwelt und die damit verbundenen Bedingungen ab. Am Rande sei hierzu die wohl komplexeste Adaption erwähnt: die Sprachentwicklung (vgl. Kriz 2008, 37).

Auch Ziegenhain führt an, dass sich die frühkindlichen Regulationsbestrebungen auf unterschiedlichen Verhaltensdimensionen abbilden lassen (vgl. Ziegenhain et al. 2006, 20). Sowohl deren Organisation als auch die Festigung jener richtet sich nach einer bestimmten Abfolge. Zu Beginn sind physiologische Regulationsprozesse disponiert, die körperliche Systeme wie Atmung oder Temperaturhaushalt ausgleichen (vgl. ebd.). Das Immunsystem sowie Aufnahme und Verdauung von Nahrung stellen ebenso in den ersten drei Lebensmonaten des Säuglings Adaptionsbemühungen dar. Innerhalb des zweiten und beginnenden dritten Trimenon zentrieren sich die Regulationsbestrebungen auf die Festigung des Nachtschlafes, affektive Impulse, Aufmerksamkeitssteuerung, Erfahrungsintegration sowie abermals, mit Beginn des Zufütterns, auf die Nahrungsaufnahme (vgl. Heymans 2009, 12). Sobald die motorische Entwicklung es dem Kind ermöglicht seine Umgebung näher zu erkunden, wirken intersubjektive Anpassungsvorgänge. Gemeint ist die Balance zwischen dem Fremden und dem Wunsch nach Sicherheit (vgl. Ziegenhain et al. 2006, 20). Autonomie und Abhängigkeit müssen in ein Gleichgewicht gebracht werden, wie auch in deren Verbindung die Systeme der kognitiven und sozialen Aufmerksamkeit. Die Selbstregulation spiegelt sich dabei auf allen Ebenen wider (vgl. ebd., f.).

Betrachtet man diese Prozesse systematisch, stellt sich deren Ablauf folgendermaßen dar: Der Säugling wird mit einem unbekannten Ereignis oder einer unbekannten Erfahrung konfrontiert. Er verfügt innerhalb seiner Verarbeitungs- und Reaktionsfähigkeiten über einen Toleranzbereich, in dem er angemessen agie-

ren kann. Wird dieser jedoch überschritten, ergeben sich zweierlei Reaktionsweisen. Der Säugling antwortet entweder in Form von übersteigerter Aktivität oder in Form von übersteigerter Hemmung. Beide Möglichkeiten sind jedoch als Fehlanpassung zu deuten (vgl. Papoušek 2010, 81)[12].

Um diesen Entwicklungsprozessen und Adaptionsbemühungen gerecht zu werden, benötigt er "zur Entfaltung und Nutzung seiner zunächst noch begrenzten regulatorischen Fähigkeiten Interaktionspartner [...], die ebenfalls über ein Repertoire von Verhaltensbereitschaften verfügen, welche die kindlichen Prozesse der Verhaltensregulation und der Entwicklung begleiten, stimulieren und kompensatorisch unterstützen" (Fries 2001, 8). Die Aufgabe der Eltern ist demzufolge im Sinne der sogenannten *Co-Regulation* zu handeln (vgl. Polster 2005, 16). Da das Kind in den ersten Lebensjahren abhängig von der Unterstützung von "außen" ist, leisten seine Erziehenden diese auch in dem Bereich der Anpassung. Die elterlichen intuitiven Verhaltensbereitschaften, die komplementär zu den Prädispositionen des Säuglings passen, bilden hierfür das Fundament (vgl. Papoušek 2010, 88f.). Sie kompensieren das, was ihrem Kind noch nicht gelingt – durch Trösten, Animieren, Zusprechen, Beruhigen.

> *"Voraussetzung für die Auslösung und erfolgreiche Abstimmung der intuitiven elterlichen Kompetenzen sind Bereitschaft und Fähigkeiten der Eltern, sich mit ungeteilter Aufmerksamkeit auf die Erfahrungsebene der präverbalen Kommunikation mit dem Baby* ***einzulassen****, sich emotional verfügbar und schwingungsfähig von seinen Signalen* ***leiten zu lassen*** *und sich dabei auf ihre genuinen Kompetenzen zu* ***verlassen****" (Papoušek 2010, 90; Hervorhebung i.O.).*

Das Vorkommen von möglichen Krisen ist dabei durchaus "normal". Auf dem Punkt gebracht, treten exemplarisch innerhalb der ersten sechs Lebensjahre folgende Verhaltensauffälligkeiten auf: Schreien, Schlagen des Kopfes, Trinkstörungen, Aufwachen in der Nacht, Trotzverhalten, Beißen/Kratzen/Schlagen, Pa-

12 Abbildung 17, Seite 132 illustriert das System der adaptiven Verhaltensregulation ausführlicher.

vor nocturnus[13], hyperaktives Verhalten und Enuresis. Eine Liste, die weiter fortgesetzt werden kann ohne sogleich als pathologisch und demzufolge behandlungsbedürftig tituliert zu werden. Oftmals lässt sich als Ursache eine mangelnde Übereinstimmung zwischen dem Kind und seiner Umwelt identifizieren (vgl. Largo et al. 2010, 18). Stella Chess und Alexander Thomas (1984), zwei amerikanische Kinderpsychiater, prägten diesbezüglich den Termini "goodness of fit". Dieser verleiht dem Reichtum an Passung zwischen kindlichen Temperamentseigenschaften wie auch den sozialen Einstellungen und Erwartungen Ausdruck. Mit anderen Worten: Je mehr Übereinstimmung zwischen beiden Positionen herrscht, desto günstiger kann sich ein Kind entwickeln (vgl. Beermann 2010, 44). Demgegenüber stellt ein Misfit eine fehlende Passung dar, wobei jener, psychoreaktive oder organische Ursachen bei dem Vorhandensein einer Störung nicht ausschließt. Es ist auch eine Kombination von beiden denkbar (vgl. Largo et al. 2010, 19). Durch die beschriebene dynamische Weiterentwicklung des Kindes entsteht der Anspruch, immer wieder eine Übereinstimmung bzw. einen Fit herzustellen. Dieses Postulat ist bidirektional, wobei die Vorstellungen seitens der Eltern, wie sich ihr Kind entwickeln oder verhalten sollte, erschwerend hinzu kommen können (vgl. ebd., f.). Insofern kann eine Abwärtsspirale entstehen, die durch reziprok verstärkende negative Rückkopplungssignale gefestigt wird (vgl. Beck et al. 2008, 151). Gemeint ist ein sich stabilisierender Misfit oder auch ein möglicher Beginn einer Regulationsstörung.

Im folgenden Unterkapitel wird nunmehr dieser Aspekt näher betrachtet.

---

13 Beim Pavor nocturnus handelt es sich um das Aufschrecken des Kindes aus der Tiefschlafphase, vorrangig in der ersten Hälfte der Nacht. Es schreit, wehrt sich womöglich ohne die Eltern tatsächlich wahrzunehmen. Dieser Zustand klingt ebenso abrupt, wie er begonnen hat, wieder ab (vgl. Heymans 2009, 30).

2.3. Regulationsstörungen

Eines vorab: Bei der Verwendung eines Störtermini im frühkindlichen Altersbereich ist stets die individuelle Entwicklungsdynamik zu berücksichtigen. Jene ist in spezifische Beziehungen und Kontexte eingebunden, die wiederum über Fortbestehen oder Überstehen entscheiden (vgl. Ziegenhain et al. 2006, 64). Dysregulative Zustände finden sich bei allen Neugeborenen als Zeichen von Adaptionsbestrebungen. Gleichzeitig können hierin jedoch Ursprünge für Regulationsstörungen liegen (vgl. ebd., f.).

Ist von diesem Störungskonzept die Rede, steht dem auch ein psychobiologisches Selbstregulationskonzept gegenüber. Jenes integriert eine Selbststeuerung auf der Verhaltensebene im Zusammenhang mit der Anpassung und Auseinandersetzung des Umfeldes. Das Bewahren eines psycho-physiologischen Gleichgewichts ist dabei vordergründig (vgl. Papoušek 2010, 80).

Neugeborene verfügen hierfür über notwendige biologisch dispositionierte Fähigkeiten, sich selbst zu regulieren, wie beispielsweise das Daumenlutschen. Damit sich diese im Verlauf der Entwicklung weiter ausdifferenzieren, benötigen sie, wie im Vorherigem beschrieben, elterliche Unterstützung im Sinne der Co-Regulation (vgl. Berger et al. 2007, 53). Beide Elemente – sowohl die selbstregulativen Kompetenzen als auch die Fähigkeiten zur Co-Regulation – können eingeschränkt sein. Ursachen liegen neben den genannten beispielsweise in prä-, peri- oder postnatalen Komplikationen. Auf diese soll jedoch im weiteren Verlauf nochmals detaillierter eingegangen werden.

Allgemein gesprochen sind Regulationsstörungen als von der Geburt an vorliegende leichte Irritierbarkeit und Probleme bei der Reizverarbeitung einzugrenzen (vgl. Borke 2008, 23). Als diagnostischer Oberbegriff deutet der Terminus auf den gemeinsamen Kontext verschiedener Störungsbilder im frühkindlichen Bereich – nämlich den Bezug zu altersgemäßen Adaptions- und Entwicklungsaufgaben (vgl. Heymans 2009, 9). Greenspann und Weider (1993) konkretisieren

die Diagnosekriterien, indem sie einen Merkmalskatalog aufstellten, von welchem mindestens ein Punkt zutreffend sein muss. Darunter zählen beispielsweise Über- oder Unterreaktionen bezüglich auditiver, visueller, taktiler wie auch geruchsspezifischer Reize, Beeinträchtigungen des Muskeltonus (mit eventuell dadurch bedingten Koordinationsproblemen) oder oral-motorische Schwierigkeiten (vgl. Borke 2008, 23). Ein Blick in die gängigen Klassifikationsmanuale, wie das ICD – 10 oder das DSM IV, verrät hingegen, dass diese einer differenzierten Diagnostik nicht gerecht werden. Für Störungen im frühkindlichen Altersbereich sind keine adäquaten diagnostischen Kriterien festgelegt (vgl. Polster 2005, 22). Demgegenüber bietet das Manual "ZERO TO THREE" (ZTT-DC: 0-3), welches im Jahre 1994 von dem amerikanischen "National Center for Clinical Infants Programm" herausgegeben wurde, eindeutigere Hinweise. Regulationsstörungen werden dort beschrieben als:

> *"Regulation Disorders of Sensory Processing are constitutionally based responses to sensory stimuli. The diagnosis [...] refers to a child´s difficulties in regulating emotions and behaviors as well as motor abilities in response to sensory stimulation that lead to impairment in development and functioning" (ZTT-DC: 0-3R 2005, 28)"*[14].

Ein Achsensystem ermöglicht spezifischere Aussagen über das Störungsbild. Achse I beschreibt die "Clinical Disorders", Achse II die "Relationship Classification" und Achse III "Medical and Developmental Disorders and Conditions". "Psychosocial Stressors" wie auch "Emotional and Social Functioning" werden mit den Achsen IV und V erfasst (vgl. ZTT-DC: 0-3R 2005, 9). Hieraus lassen sich vier Typen ableiten: Typ I "Hypersensitive" (differenziert in "Fearful/Cautious" oder "Negative/Defiant"), Typ II "Hyposensitive/Underresponsive" und Typ III "Sensory Stimulation-Seeking/Impulsive" (vgl. ebd., 29-34). Eine Unterscheidung

---

14 In der Revision des Manuals fand zudem eine Umbenennung der Störtermini statt. Vormals als "Regulatory Disorders" bezeichnet, verwenden die Autoren nunmehr die Begrifflichkeit "Regulatory Disorders of Sensory Processing", um auf den sensorischen Schwerpunkt der Störungen hinzuweisen (vgl. ZTT-DC: 0-3R 2005, 9).

zwischen den jeweiligen Subgruppen zu treffen, gestaltet sich in der Praxis jedoch als diffizil (vgl. Borke 2008, 24).

In dem Manual wird durchaus auf einen verstärkten sensorischen Zusammenhang hinsichtlich Regulationsstörungen verwiesen (wie es auch der Bezeichnung zu entnehmen ist), wenngleich die Autoren in Ihren Ausführungen betonen, dass alle Kinder in Interaktionen eingebunden sind (vgl. ZTT: DC 0-3R 2005, 7). Aus diesem Grunde wie auch in Bezug auf die vorherigen Ausführungen zum Konzept der Co-Regulation, sei zusätzlich die Definition der "Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie" aufgeführt. So heißt es:

> *"Unter **Regulationsstörung** wird eine für das Alter bzw. den Entwicklungsstand des Säuglings bzw. Kleinkindes außergewöhnliche Schwierigkeit verstanden, sein Verhalten in einem, häufig aber in mehreren Interaktions- und regulativen Kontexten [...] angemessen zu regulieren. [Sie] bestehen typischerweise aus einer Kombination von gestörter Regulation des kindlichen Verhaltens, assoziierten elterlichen physischen und psychischen Belastungen sowie belasteten oder gestörten Interaktionen [...]" (v. Hofacker et al. 2007, 358, Hervorhebung i. O.).*

Die aufgegriffene Symptomtrias[15] zwischen Kind, Eltern und ihrer Beziehung zueinander fasst im Sinne der vorliegenden Arbeit das Erscheinungsbild am treffendsten zusammen.

Mit der Zeit kristallisierten sich *drei Kernpunkte* heraus, die ins Zentrum der Betrachtung rücken und sowohl als Merkmal als auch Manifestation einer sich dahinter verbergenden Regulationsstörung gesehen werden: das *exzessive Schreien, Schlafstörungen* sowie *Fütter- und Gedeihstörungen* (vgl. Borke 2008, 24). Diesen drei Verhaltensauffälligkeiten gemein ist, dass sie die häufigste Ursache für hausärztliche Besuche darstellen, nämlich bei jedem vierten bis fünften Kind.

---

15 Die Bezeichnung Symptomtrias lehnt sich an die dreidimensionalen Auswirkungen frühkindlicher Regulationsstörungen an. So lassen sich sowohl Verhaltensauffälligkeiten auf kindlicher Seite, Belastungserscheinungen auf elterlicher Seite als auch dysfunktionale Beziehungsmuster zwischen beiden vernehmen (vgl. Heymans 2009, 22).

Zum anderen werden sie alle drei oftmalig bagatellisiert, da sie als normale Entwicklungshürden sich früher oder später selbst aufzulösen vermögen[16] (vgl. Papoušek 2010, 79). Doch um differenzierter auf die drei Hauptformen der Regulationsstörung einzugehen, werden diese in den folgenden Unterkapiteln betrachtet.

2.3.1. Exzessives Schreien

> *"Schreien ist das Telegramm des Babys, das abgeschickt wird, nachdem uns andere Signale nicht erreicht haben" (Fries 1999, 71).*

In diesem Sinne zählen Verhaltensweisen wie Schreien, Weinen und Quengeln auf der vorsprachlichen Entwicklungsstufe zu durchaus bedeutsamen Ausdrucksformen. Sie geben Rückschlüsse auf die Befindlichkeit des Säuglings und können überlebensnotwendig sein (vgl. Ziegler et al. 2010, 115). Kinder nutzen dieses Medium der Äußerung, um intensiv Aufmerksamkeit für ihre Bedürfnisse zu erregen. Allen voran stehen physiologische Anliegen, wie Hunger oder Durst. Aber ebenso Erschöpfung, Schmerzen, Langeweile und Nähebedürfnis werden mittels Schreien verdeutlicht (vgl. Ziegenhain et al. 2006, 71f.). Säuglinge präferieren, ungeachtet dessen ob sie gering oder viel schreien, die Zeit von den späten Nachmittags- bis zu den frühen Abendstunden. Die Dynamik des Schreiens kann dabei zu einem anhaltenden Signalton werden (vgl. ebd.). Sich diesem zu entziehen, scheint nahezu unmöglich, denn evolutionär gesehen, besitzt das Schreien einen unweigerlichen Aufforderungscharakter (vgl. Beck et al. 2008, 147).

Trotz interindividueller Unterschiede gestaltet sich die Schreientwicklung wie folgt: Im Mittel schreien Neugeborene 1,75 Stunden am Tag. Das Maximum der Schreidauer ist in der sechsten Lebenswoche bei 2,5 Stunden angesiedelt, bevor

---

16 Im Übrigen steht diesem Fakt gegenüber, dass frühkindliches Schreien beispielsweise das primäre Auslösesignal für Misshandlungen ist (vgl. Fries 1999, 71)

es sich ab dem dritten Lebensmonat wieder reduziert[17]. Bei exzessiv schreienden Kindern trifft dies wiederum nicht zu (vgl. ebd.). Zur Differenzierung zwischen beiden Polen findet die Wessel-Regel (1954) ihren Gebrauch. Diese besagt, dass mit einer Häufigkeit von mehr als drei Tagesstunden, an mehr als drei Wochentagen, über mehr als drei Wochen hinweg von exzessivem Schreien gesprochen werden kann (vgl. Tro Y Baumann 2010, 6). Zudem lassen sich als konkretere Beschreibung anfallsartige, nicht stillbare Schrei- und Unruhephasen innerhalb der ersten beiden Trimenons ergänzen. Für eine klinische Diagnostik sind diese Eckpfeiler zwar unzureichend, dennoch hat die Wessel-Regel bis heute Einzug in die Definition der "Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie" gehalten (vgl. Ziegenhain et al. 2006, 73).

Auf der Grundlage heutiger Forschungserkenntnisse wird das Syndrom als *Regulationsstörungen mit exzessivem Schreien im frühkindlichen Altersbereich* eingestuft oder bei über den dritten Lebensmonat hinaus andauernder Symptomatik, als *persistierendes exzessives Schreien* (vgl. Ziegler et al. 2010, 118). Umgangssprachlich ist die Rede von einem "Schreibaby" oder "Schreikind" – was allerdings nicht den Anschein erwecken sollte, die Problematik wäre dem Kind determiniert. Denn "[zur] Trias der frühkindlichen Regulationsstörung gehören sowohl die kindliche Seite mit unstillbarem Schreien und Problemen der Schlaf-Wach-Regulation als auch die elterliche Seite mit Erschöpfung und psychosozialen Belastungen und das häufige Versagen und Eskalieren der Interaktion" (ebd.). Neben der Schreisymptomatik haben die Kinder auch Schwierigkeiten in Bezug auf die Schlaf-Wach-Rhythmik (vgl. Ziegenhain et al. 2006, 74). Untersuchungen (Schaumann 2003) belegen die enge Verbindung zwischen beiden Störungen. Etwa drei Viertel der Kinder, deren Eltern mit dieser Problematik Bera-

17 Abbildung 18, Seite 132 veranschaulicht das Schreiverhalten in den ersten Lebensmonaten.

tungseinrichtungen aufsuchen, hatten in ihrer Vorgeschichte ein exzessives Schreiverhalten (vgl. Ziegler et al. 2010, 126, 128).

Studien, die sich mit der Prävalenz des exzessiven Schreiens befassten[18], kamen zu einer Rate von 4,5 bis 18,6 Prozent nach den Wessel-Kriterien (vgl. Tro Y Baumann 2010, 14ff.). Wurmser et al., die im Jahre 2001 eine Erhebung innerhalb der Bundesrepublik durchführten, konnten Prävalenzen von 21,1 exzessiven und 8,3 Prozent persistierend exzessiven Schreikindern eruieren (vgl. Ziegler et al. 2010, 119). Die weit verbreitete Annahme, Jungen und Erstgeborene wären häufiger betroffen, lässt sich jedoch nicht wissenschaftlich bestätigen. Demgegenüber liegt eine Häufung unter Geschwistern, insbesondere unter Zwillingen, vor (vgl. Wollwerth de Chuquisengo et al. 2005, 40f.). Doch auf welche möglichen ätiologischen Ursachen ist das Störungsbild zurückzuführen?

Abdominelle Koliken galten lange Zeit als Wurzel für das Syndrom. Der frühkindliche Magen-Darm-Trakt ist noch nicht ausgebildet, was für den Säugling schmerzhaft sei. Klinische Untersuchungen konnten indessen nachweisen, dass lediglich von einer 11 prozentigen Häufigkeit auszugehen ist, bei der diese Ursache zutrifft (vgl. Ziegler et al. 2010, 115f.). Zumal ein gesteigertes Schreiverhalten nach Mahlzeiten zu vernehmen sein müsste, was jedoch nicht der Fall ist (vgl. Borke 2008, 27). Als weiterer modulierender Faktor wird eine Lactoseintoleranz diskutiert. Aber auch hierfür findet sich kein signifikanter Zusammenhang. Bei einem Teil der betroffenen Kinder wird eine Kuhmilchproteinintoleranz in Erwägung gezogen. Wogegen in diesen Fällen eine weitere Symptomatik wie Erbrechen zu beobachten wäre. Eine evozierende Verbindung kann hier ebenso nicht ermittelt werden (vgl. Ziegler et al. 2010, 121f.). Häufig erschließt sich aus der Diagnostik ein Gastroösophagealer Reflux[19] (GÖR) als Begleiterscheinung,

---

18 Genannt seien beispielsweise Lothe et al. 1990.

19 Bei dem GÖR handelt es sich um ein Zurücklaufen des Verdauungssaftes in die Speiseröhre. Da dies im frühkindlichen Alter im Allgemeinen vorkommt, besteht erst ein Krankheitswert, wenn der Säugling unter den Folgen leidet. Der GÖR äußert sich durch

bei fünf Prozent sogar als Ursache. Beim Vorliegen des KISS-Syndroms, der "Kopfgelenk-induzierten Symmetriestörung" (Biedermann 1991), mit entsprechender manualtherapeutischer Behandlung ist eine umgehende Verbesserung des Schreiens zu vernehmen. Eine generelle Therapie dieser Art wirkt demgegenüber nicht positiv auf das Syndrom (vgl. ebd.). Darüber hinaus taucht in der Fachliteratur die Hypothese eines Geburtstraumatas auf, woraus körperorientierte Behandlungen in der Folge Anwendung finden. Da diesem Punkt indes keine empirische Bestätigung zugrunde liegt und das Schreien vorrangig in der zweiten Lebenswoche und nicht unmittelbar postpartal eintritt, stehen ebenso diese Verfahren weiteren Diskussionen gegenüber (vgl. ebd., 135). Allerdings sei vorab darauf hingewiesen, dass im Besonderen in körperorientierten Ansätzen durchaus sowohl Schwangerschaft als auch Geburt einen elementaren Platz einnehmen. Im weiteren Verlauf wird hierzu näher Bezug genommen.

Neben den angeführten Ursachen weisen 58,3 Prozent der exzessiv schreienden Kinder neurologische Auffälligkeiten auf. Diese äußern sich in Asymmetrien, Regulationsstörungen des Muskeltonus, mäßige Störungen in der Koordination wie auch zeitweiliger hypomobiler Funktionsbeeinträchtigungen der Wirbelsäule[20] (vgl. ebd., 123f.).

Nichtsdestotrotz liefern all jene Fakten keine befriedigende Erklärung, was exzessives Schreien in pädiatrischen Nachschlagewerken letztlich nicht restlos aufklärt (vgl. ebd., 115). Dies führt dazu, dass ergänzend postpartale Kriterien in den Fokus rücken. Wie bereits erwähnt und die Abbildung 18, Seite 132 verdeutlicht, ist das Schreiverhalten generell in den ersten drei Monaten recht stark ausgeprägt. Das Maximum ist bei circa zwei Stunden täglich zu lokalisieren. Der

---

Erbrechen, Sodbrennen und demzufolge Schlafstörungen und Schreien (vgl. Barthlen o.J.)

20 Hypomobile Dysfunktion bedeutet eine geringere Beweglichkeit der Wirbelsäule als es der Norm entspricht.

Verlauf bei exzessiv schreienden Säuglingen unterscheidet sich nicht von einer normalen Schreientwicklung. Jedoch liegt das Schreien in Form einer Extremausprägung vor (vgl. ebd., 124). Abseits der physiologischen Annahmen, die allesamt keine hinreichenden Belege bieten, lassen sich Parallelen zu psychosozialen Belastungsempfindungen auf Seiten der Eltern wie auch konstitutionellen kindlichen Faktoren ziehen. Gemeint sind sowohl Temperamenteigenschaften oder selbstregulatorische Fähigkeiten des Kindes als auch soziale Isolation der Familie und Partnerschaftskonflikte der Eltern, die eine interaktionale Beziehungsstörung bewirken können (vgl. Ziegenhain et al. 2006, 75f.; vgl. Polster 2005, 26).

> *"Wenn Säuglinge vermehrt schreien und sich nicht beruhigen lassen, scheint dies also oft einen Ursprung in einer besonderen Sensibilität des Kindes und einem vermehrten Unterstützungsbedürfnis bezüglich des Aufbaus selbstregulatorischer Fähigkeiten zu haben. Eine Manifestierung dieser Problematik geschieht dann häufig durch eine nicht gut abgestimmte Interaktion, die (aus unterschiedlichen Gründen) nicht ausreichend ist, um die für den Säugling notwendige Unterstützung bereitzustellen" (Borke 2008, 29).*

In diesem Sinne besteht die Gefahr einer sich entwickelten Abwärtsspirale, da sich die Rückkopplungssignale zwischen Eltern und Kind stets negativ verstärken (vgl. Beck et al. 2008, 151). Kulturelle Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz könnten somit auf interaktionale Faktoren zurückzuführen sein. In nichtwestlichen Kulturen, in denen ein recht enger Körperkontakt zwischen Kind und Mutter präferiert wird, äußert sich das Syndrom deutlich geringer (vgl. ebd., 153). In der Tat beeinflusst vermehrtes Tragen das Schreiverhalten positiv. Auch auditive Reize oder Bewegungsstimulation wirken sich günstig auf das Schreien aus, allerdings nur während der Stimulus ausgelöst wird (vgl. Ziegler et al. 2010, 136).

Bei der Entwicklung von Interventionsansätzen ist ab dem sechsten Lebensmonat ein differenziertes Vorgehen zu beachten. Mit zunehmender kognitiver Entwicklung des Kindes und der Entstehung eines Ursache-Wirkungs-Verständnisses nimmt das Schreien einen zielgerichteten Charakter an. Das

vormalig den Eltern empfohlene unmittelbare Reagieren ist demzufolge nicht mehr angebracht (vgl. Polster 2005, 26). Sowohl Kind als auch Elternpaar lernen, dass stets etwas Neues angeboten wird bzw. werden muss. Ob sich dies in Form von Herumtragen, Wiegen oder ähnlichem äußert, ist dabei zweitrangig. Setzen jene Stimuli aus, beginnen die Schreiattacken erneut (vgl. Ziegler et al. 2010, 117). Der vielfache Wechsel an Beruhigungsstrategien verringert die Möglichkeiten des Kindes, selbstregulative Verhaltensweisen zu erproben. Das heißt: Im Hinblick auf intervenierende Maßnahmen bleibt zu beachten, ob es sich bei dem Schreien um eine Ursache oder Folge bestimmter Interaktionsmuster handelt (vgl. Polster 2005, 26; vgl. Beck et al. 2008, 159).

2.3.2. Schlafstörungen

Störungen des Schlafverhalten lassen sich den häufigsten Anlässen pädiatrischer Beratungen zuordnen (vgl. Dunitz-Scheer et al. 2000, 4). Bevor jedoch der Fokus auf das nähere Erscheinungsbild gerichtet wird, folgen zunächst einige physiologische Grundlagen bezüglich des menschlichen Schlafverhaltens und welche Mechanismen darauf einen Einfluss ausüben[21]. Diese sind es in erster Linie, die eine Einteilung in Schlafstadien bewirken.

In den ersten beiden Trimenons findet das Neugeborene seine Ruhe im *aktiven* und im *ruhigen Schlaf*. Beide Stadien symbolisieren Vorstufen für den *REM*- wie auch den *Non-REM-Schlaf*[22], welchen Erwachsene halten (vgl. Heymans 2009, 24). Charakteristisch für erstere Schlafform sind unter anderem eine rasche Augenbewegung bei geschlossenem Lid sowie ein geringer Muskeltonus mit zeit-

---

21 Da auch dieser Thematik ein sehr komplexes Zusammenspiel von unterschiedlichen Aspekten zugrunde liegt, kann die Darstellung der Schlaftheorie nur in Grundzügen erfolgen.

22 Der Begriff REM-Schlaf leitet sich aus dem englischen Rapid-Eye-Movement ab (vgl. Heymans 2009, 24).

weiligen Zuckungen. Demgegenüber zeigen Säuglinge im aktiven Schlaf häufige Muskelzuckungen im Gesichtsbereich, die sich bis zu motorischen Unruhen wie das Strecken der Gliedmaßen ausdehnen (vgl. ebd.). Im ruhigen Schlafstadium bzw. im späteren Non-REM-Schlaf ist diese Unruhe nicht der Fall. Während Erwachsene zwischen 20-25 Prozent im REM-Schlaf schlafen, ist der Anteil bei Säuglingen in der äquivalenten aktiven Schlafphase allerdings deutlich höher. Etwa die Hälfte ihrer Schlafperioden verbringen sie in den ersten zwei bis drei Lebensjahren in diesem Modus (vgl. ebd., f.).

Beide Zyklen stellen einen Bestandteil der nächtlichen Ruhe dar, welche bei Erwachsenen für gewöhnlich im Wechsel auftreten, beginnend mit der Non-REM-Phase und jeweils zwischen 90 bis 110 Minuten andauern. Neugeborene erleben diesen Turnus etwa jede Stunde und überspringen oftmals das Stadium des ruhigen Schlafs. Demnach gehören Aufwachsituationen durchaus zum natürlichen Schlafverhalten, werden aber in der Regel nicht realisiert. Anders (1994) zieht aus diesem Sachverhalt die Differenzierung zwischen "signalers" und "self-soothers" (Anders 1994, 15).

> *"From a parent`s perspective, when the children self-soothes, she has "slept through the night". When the infant signals beyond an appropriate age, he is a problem sleeper" (ebd.).*

So kann bereits an dieser Stelle verdeutlicht werden, dass das Störungsbild im hohen Maße von dem Empfinden der Eltern und der Interaktion mit dem Neugeborenen abhängt, was im weiteren Verlauf nochmalig genauer eruiert wird. Greift man die Ausführungen zum Schlafverhalten "während des Schlafens" wieder auf, schließt sich die Frage an, welche Mechanismen überhaupt Schlafen und Wachen regulieren.

Die Schlafforscher Dale Edgar und William Dement haben das sogenannte Gegenprozess-Modell (1992) erstellt. Dieses geht von zwei Vorgängen aus, die darüber entscheiden, ob und wann Menschen zu bestimmten Zeitpunkten wach oder schlafend sind: der homöostatische Schlaftrieb sowie der tageszeitabhängige Aktivierungsprozess (zirkadianer Prozess). Ersterer dient dazu, dass der

Mensch so viel Schlaf erhält, wie für die Wachzeit am Tage notwendig ist (vgl. Smith et al. 2007, 262). Es handelt sich demnach um einen schlafabhängigen Prozess, bei dem das Schlafbedürfnis zunimmt und während der Nachtruhe wieder abgebaut wird. Umso größer der Schlafdruck ist, desto länger wird auch die Schlafphase sein (vgl. Jenni et al. 2008, 167). Im Gegensatz zum homöostatischen Schlaftrieb wird der zikadiane Prozess von der Tageszeit beeinflusst. Umgangssprachlich ist die Bezeichnung *innere* oder *biologische Uhr* bekannt. Durch den 24-Stunden-Zyklus von Tag und Nacht pendelt sich die Gewohnheit ein, in der Nacht zu schlafen und am Tage wach zu sein (vgl. ebd. 165). Beide Vorgänge kooperieren miteinander und regulieren den Schlaf: „Die Schlafentwicklung unterliegt in den ersten Lebensmonaten einer Reifung der beiden Regulationsprozesse" (Jenni et al. 2008, 167). Während der zikadiane Vorgang schon bei Neugeborenen arbeitet, ist dies beim homöostatischen meist erst nach zwei bis drei Monaten der Fall (vgl. ebd., f.). Demzufolge ist der Versuch, den Säugling länger wach zu halten, um eine ausgedehntere Schlafdauer zu erzeugen, in der ersten Zeit nach der Geburt ergebnislos (vgl. Heymans 2009, 28).

Ein Neugeborenes steht vor einer doppelten Herausforderung – die *innere* Selbstregulation mit der *äußeren* Fremdregulation abzustimmen (vgl. Ziegenhain et al. 2006, 79).

> *"Im günstigen Fall wirken jetzt die beiden Prozesse der Schlafregulation zusammen [...] Durch seine innere Uhr erfährt der Säugling ein tagsüber ansteigendes und am späteren Abend abklingendes Signal zur Wachheit. Parallel dazu steigt der Schlafdruck im Verlauf des Tages an" (Heymans 2009, 28).*

Innerhalb des ersten Lebensjahres treten dabei häufig Komplikationen in Form von Einschlafproblemen, wiederholtem Aufwachen in der Nacht wie auch infolgedessen Probleme beim Wiedereinschlafen auf (vgl. Ziegenhain et al. 2006, 79). Als Störung wird das Verhalten allerdings erst ab einem Alter von etwa sechs Monaten tituliert (vgl. ebd., 81). Andere Klassifikationsmanuale wie ZTT-DC machen sogar erst ab einem Alter von einem Jahr von dem Störbegriff Gebrauch

(vgl. ZTT-DC: 0-3R 2005, 34). Eben jenes differenziert zwischen *Disorder of initiating sleep* und *Disorder of maintaining sleep*. Beide Formen werden bei fünf- bis siebenmaligem Aufkommen innerhalb einer Woche für mindestens einen Monat diagnostiziert (vgl. ebd., 35).

Auch Anders et al. (1992, 2000) treffen die Unterscheidung zwischen Ein- und Durchschlafproblemen, legen allerdings andere Kriterien fest. So liegt eine Durchschlafstörung vor, wenn das ein- bis zweijährige Kind mehr als zweimal in der Nacht aufwacht und/oder für einen längeren Zeitraum als zehn Minuten. Einschlafschwierigkeiten hingegen sind mit Merkmalen gekennzeichnet, die mit einer Dauer von mehr als einer halben Stunde oder aber einer Abhängigkeit von der elterlichen Präsenz beschrieben werden (vgl. Schieche et al. 2010, 153). Gemeint ist das Unvermögen des Kindes, eigenständig einzuschlafen oder bei Müdigkeit dem biologisch determinierten Schlafbedürfnis – also dem homöostatischen Schlaftrieb – nachzugehen. Durch Schreien, Rufen, aktives Nähesuchen signalisieren die Kinder je nach Alter den Eltern ihre Schwierigkeiten (vgl. Schieche et al. 2010, 148). Zieht sich dieser Zustand über die ersten sechs Monate und länger hin, ist oftmals eine Verbindung zu dysfunktionalen elterlichen Einschlafhilfen zu vernehmen[23]. Hinzu kommen in dieser Zeit entwicklungsbezogene Veränderung wie das Zahnen oder die Stabilisierung des Bindungsverhaltens und daraus resultierende Trennungsängste. All diese Aspekte können als Störung auf das Schlafverhalten wirken (vgl. ebd., f.). Davon ausgeschlossen ist der Pavor nocturnus, der "Nachtschreck" (Schieche et al. 2010, 157). Bei etwa 30 bis 50 Prozent der Kinder im zweiten bis fünften Lebensjahr tritt dieses Phänomen auf und steht daher nicht in Verbindung zu dem Störungsbild, da sein Vorkommen zum kindlichen Entwicklungsverlauf gehört (vgl. ebd.).

---

23 Aus diesem Grunde ist das elterliche Verhalten in das Störungsbild integriert, da dieses häufig mit bizarren Einschlafritualen einhergeht (vgl. Schieche et al. 2010, 151).

Die Prävalenz bei Einschlafschwierigkeiten ist bei etwa neun bis zwölf Prozent im Alter von ein bis zwei Jahren angesiedelt. Durchschlafprobleme treten in dieser Altersspanne bei 20 bis 25 Prozent auf (vgl. Paditz 2007, 1). Nichtsdestotrotz ist es wichtig zu erwähnen, dass nächtliches Aufwachen in der frühen Kindheit eine reguläre Erscheinung ist. Im Durchschnitt tritt dies einmal pro Nacht für bis zu fünf Minuten auf. Auch die Schlafdauer ist sehr verschieden. Das Spektrum zwischen Wenig- und Langschläfern reicht in den ersten beiden Trimenons von 12,5 bis 17,5 Stunden (vgl. Schieche et al. 2010, 149). Eine Störung drückt sich dagegen in einer hohen Tagesdivergenz aus.

> *"Die hohe individuelle Variabilität und die raschen altersabhängigen Veränderungen des Schlafes und des Schlafverhaltens erschweren eine allgemeine Definition von Schlafstörungen der frühen Kindheit und eine Abgrenzung von ganz normalen Krisen im Kontext entwicklungsbedingter Veränderungen und Anpassungsleistungen auf der einen und pathologischen Abweichungen und Störungen in Schlafverhalten auf der anderen Seite" (ebd., 153).*

Neben den genannten Kriterien, die das Kind in seinen Regulationsbemühen beeinflussen, spielen ebenso bestimmte Vorstellungen der Eltern eine Rolle. Auf dysfunktionale elterliche Einschlafhilfen wurde bereits verwiesen. Jene sind sogar primäre Ursache nicht-organischer Schlafstörungen. So essentiell und hilfreich es war, dass die Eltern ihr Kind als Neugeborenes unterstützten, so verfänglich ist es, wenn Rituale trotz kindlicher Weiterentwicklung beibehalten werden. Für das Kleinkind werden die Traditionen und Bräuche zur Gewohnheit. Auf Änderungen wird mit Schreien und "nicht-schlafen-wollen" reagiert (vgl. Schieche et al. 2010, 161). Ebenso finden sich oftmals kulturell verankerte Erwartungen wieder. In einer Studie von Abels & Passon (2005) wird beispielsweise von deutschen Kindern angenommen, sie könnten ab 2,8 Monaten allein- und ab 4,4 Monaten durchschlafen. In Mexico erwartet man dies von einem Kind, das über ein Jahr alt ist. Im indischen Gujarat geht man von sieben Jahren für das alleine Schlafen und etwa acht Jahre und drei Monate für das Durchschlafen aus (vgl. Abels 2008, 48f.). Auch in Hinblick auf die Schlafdauer bestehen be-

stimmte Vorstellungen. Da diese allerdings nicht nur altersspezifisch sondern auch von Kind zu Kind variabel sind, lässt sich keine universelle Regelung definieren. Als Richtlinie gilt: „Ein Kind kann nur so viel schlafen, wie es seinem Schlafbedarf entspricht" (Jenni et al. 2008, 171). Aufgrund der subjektiven Vorstellung der Eltern (ob kulturell beeinflusst oder durch Erfahrungen von anderen Personen vermittelt), werden Zeiten und Dauer des kindlichen Schlafs bestimmt. Der Säugling jedoch hat seinen eigenen Rhythmus, muss diesen selbst erst finden, um sich im Anschluss an den äußerlichen Faktoren zu orientieren. Die anfängliche Differenz kann zu Schwierigkeiten führen. Das entstehende (belastende) Interaktionsmuster droht sich zu konsolidieren. Häufig versuchen Eltern ihr Kind in seinem Schlafbedürfnis zu leiten, ohne sich dessen bewusst zu sein. Sie lassen es längere Zeit im Bettchen, variieren die Schlafzeiten, reagieren unterschiedlich auf das nächtliche Aufwachen – mal mit sofortigen Beruhigungsversuchen, dann wieder mit Schreien lassen. Sie sind verunsichert und hoffen durch das „Ausprobieren" verschiedener Methoden, ihrem Kind zu helfen. Gelingt dies nicht, werden weitere Versuche unternommen. Daraus ergibt sich ein Kreislauf, der für beide Seiten leidvoll sein kann.

> *„Bezogen auf die Entwicklung der ersten Lebensjahre bedeutet dies, dass hier anstehende universelle Entwicklungsaufgaben von den Säuglingen und Kleinkindern einmal im Rahmen ihrer angeborenen Möglichkeiten, aber zum anderen auch auf der Grundlage kulturell variierender Überzeugungsmuster und elterlichen Verhaltensweisen mit zum Teil sehr unterschiedlichen Abläufen und damit in Zusammenhang stehenden variierenden Entwicklungskonsequenzen erworben werden" (Borke 2008, 93).*

Demzufolge stellt das triadische Interaktionsmuster einen wesentlichen Bestandteil für Behandlungen von frühkindlichen Schlafstörungen dar (vgl. Schieche et al. 2010, 164).

2.3.3. Fütter- und Gedeihstörungen

Die Erwartung, dass Kinder Hunger haben, ist vollkommen unbewusst verankert. Dass sie ihre Nahrung mit Appetit zu sich nehmen ebenso (vgl. Wilken et al 2008, 189). Doch was passiert, wenn dies nicht der Fall ist?

> *"In dem Versuch, den Säugling/das Kleinkind zum Essen zu bringen, greifen nicht wenige Eltern recht kontrollierend in die Füttersituation ein und lassen eine kindliche Selbststeuerung der Nahrungsaufnahme kaum noch zu" (von Hofacker et al. 2010, 175).*

Folgt man der These Sterns (1998), die er in seiner Mutterschaftskonstellation aufstellte, so besteht zwischen Füttern und (Über-)Leben eine engmaschige emotionale Verknüpfung. Diesen Gedankengang weiter gehend, birgt eine Fütterstörung Existenzangst in zweifacher Weise in sich: zum einen um das Wohl des eigenen Kindes, zum anderen um das Dasein als Mutter (vgl. Wilken et al. 2008, 189).

Tatsächlich verbringen Säuglinge etwa die Hälfte ihrer wachsamen Phasen beim Gefüttertwerden. Eine Zeit, die für die Eltern und ihren Neugeborenen die Möglichkeit einer intensiven emotionalen wie auch sozialen Erfahrung schafft (vgl. Thiel-Bonney et al. 2012, 220). Die Ergebnisse einer von der *Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V.* (DGE) in Auftrag gegebenen Studie belegen, dass etwa 80 Prozent der Mütter in der Bundesrepublik stillen (vgl. DGEInfo 2007)[24]. Die süßliche Muttermilch fördert beim Säugling die Verhaltensregulation. Sie minimiert die Aktivität durch eine beruhigende Wirkung, steigert die Augenöffnung wie auch Hand-Mund-Bewegungen. Zudem reguliert das Kind die Nahrungs- und Trinkmenge selbst (vgl. Thiel-Bonney et al. 2012, 220). In der Regel sind Kleinkinder ab einem Alter von etwa einem halben Jahr in der Lage, breiige Mahlzeiten zu sich zu nehmen. Sowohl die Muskulatur im Mund- als auch im

---

24 Die DGE untersuchte im Rahmen einer Kinder- und Jugendgesundheitssurvey unter anderem die Verbreitung des Stillens. Diese ist bei einem prozentualen Anteil von 81,5 im Jahre 2005 zu lokalisieren (vgl. DGEInfo 2007).

Zungen- und Schlundbereich können ausreichend koordiniert werden. Mit dem Ende des ersten Lebensjahres folgt die Aufnahme von stückiger Nahrung. Eine mahlende Kaubewegung festigt sich mit etwa 18 bis 24 Monaten. Allerdings bleibt das Kind innerhalb der ersten drei Jahre von der praktischen und emotionalen Unterstützung seitens seiner Eltern anhängig[25]. Diese Abhängigkeit spiegelt sich auch in der Bezeichnung "*Fütter*störung" wider (vgl. Bindt 2011, 135). Die Anpassung auf Hunger- und Sättigungsanzeichen seitens des Kindes erfolgt intuitiv. Ein adaptives Fütterverhalten beruht dabei auf einem vielschichtigen Wechselspiel, auf welches sowohl somatopsychische als auch interaktionelle Komponenten wirken (vgl. Thiel-Bonney 2012, 220). Zeitweilige Schwierigkeiten sind demnach nicht ungewöhnlich. Jedes dritte Elternpaar berichtet darüber (vgl. von Hofacker 2010, 176). Das Erscheinungsbild einer Fütterstörung hingegen äußert sich durch eine beständige Verweigerung der Nahrung oder in umfassender Essunlust. Konkreter formuliert bedeutet dies, das Kind reagiert mit Spucken, Erbrechen, widerstrebender Mimik, wendet den Kopf ab oder stößt den Löffel weg. Auch die Nahrungsangebote finden wenig regulär statt. Sie sind von großen Pausen unterbrochen und hinsichtlich der Menge sehr variabel (vgl. von Hofacker et al. 2010, 174). Anzeichen, die auf Hunger und Sättigung hindeuten, werden von Seiten der Eltern nicht erkannt. Ebenso äußern sich Essverhalten und die kindlichen Handhabungen zur Nahrungsaufnahme wenig entsprechend dem Alter (vgl. ebd.). Zeigt das Kind hingegen positive Signale beim Essen werden jene lediglich gering registriert.

Der Verlauf einer Fütterstörung lehnt sich an den altersbedingten Entwicklungsschritten an. So lassen sich Abstillen, der Wechsel zur festen Nahrung oder auch der Beginn der aktiven Nahrungsaufnahme durch das Kind als kritische Punkte ausmachen (vgl. ebd., f.).

---

25 Tabelle 11, Seite 119 fasst die Entwicklung des Fütterns zusammen.

Ab einer Dauer von einem Monat erhält das Erscheinungsbild klinische Relevanz. Zur Definition kommen eine im Durchschnitt länger als 45 Minuten andauernde Esssituation wie auch eine geringere Pause als zwei Stunden zwischen den Mahlzeiten hinzu (vgl. ebd., 176).

Unter Umständen treten beim Vorliegen einer Fütterstörung zudem Gedeihstörungen auf. Zwar werden beide Formen oftmals sinngleich verwendet, sie erscheinen allerdings nicht durchweg geschlossen (vgl. Bindt 2011, 135). Während leichte und mittelschwere Störungen im Fütterkontext mit einer Prävalenz von 15 bis 25 Prozent innerhalb des ersten Lebensjahres vorkommen, sind schwerwiegend-persistierende Formen der Fütterstörung mit drei bis zehn Prozent vorherrschend. Kindliche Gedeihstörungen sind bei drei bis vier Prozent wahrzunehmen (vgl. von Hofacker et al. 2010, 177). Als diagnostischen Anhaltspunkt für jene gilt: Das Gewicht fällt, obwohl es postnatal gegeben war, unter die dritte Perzentile oder es verringert sich um mehr als zwei Perzentile bedingt durch eine Gewichtsabnahme bzw. eine Gewichtsstagnation (innerhalb der ersten beiden Trimenons setzt eine Zunahme zwei Monate aus, ab dem dritten Trimenon setzt die Zunahme drei Monate aus). Ist das Geburtsgewicht von Beginn an unter der dritten Perzentile angesiedelt, wird bei jeglicher Gewichtsstagnation, die länger als vier Wochen anhält, eine Gedeihstörung diagnostiziert (vgl. von Hofacker et al. 2010, 176). Zum Vergleich: In der Regel verdreifacht sich das Geburtsgewicht eines Kindes innerhalb seines ersten Lebensjahres (vgl. Bindt 2011, 134)[26].

Zwischen organisch und nicht-organisch bedingten Fütter- und Gedeihstörungen zu differenzieren ist dabei weder wissenschaftlich fundiert noch klinisch angemessen. So trägt jeglicher Typus in unterschiedlichen Schweregraden körperliche und interaktionelle Elemente in sich (vgl. von Hofacker et al. 2010, 176).

26 Abbildung 19, Seite 133 veranschaulicht die Gewichtsentwicklung innerhalb des ersten Lebensjahres.

Klarer formuliert lässt sich festhalten, dass eine Trennung zwischen beiden Komponenten nicht möglich ist (vgl. Thiel-Bonney et al. 2012, 222).

Isst das Kind schlecht, kann es zu einer Manifestierung dysfunktionale Muster in der Interaktion kommen. Eltern erleben die aktive oder passive Form der Essverweigerung als äußerst beängstigend. Meist versuchen sie ihr Kind bereits nach kurzer Zeit abermals zum Essen zu bringen - dies aus einsichtigen Gründen unter enormer Anspannung, teilweise sogar Zwang. Anderenfalls gebrauchen sie womöglich Ablenkungsmanöver. Jedoch kann auch diese Methodik dazu führen, dass die Essverweigerung für das Kind noch "attraktiver" wird (vgl. ebd., 224). Derartige Situationen schränken letztlich die Selbstregulationsfertigkeiten des Kindes ein. Sie forcieren vielmehr eine Abwehrhaltung, da "ängstlich-überfürsorgliche Zuwendung der Eltern mit Ablenkungsstrategien oder verstärkt kontrollierende Verhaltensweisen mit Ausübung von Druck und Zwang" sich etablieren (ebd.).

Angesichts ätiologischer Faktoren sind organische Aspekte selten auszumachen. Weitaus häufiger treten weitere regulatorische Schwierigkeiten auf, welche der Entstehung eines regelmäßigen Mahlzeitenrhythmus zusätzlich entgegenwirken (vgl. ebd., 223). Es findet sich indes ein gesteigertes Maß an neurologischen Auffälligkeiten bei füttergestörten Säuglingen wieder. So leiden einige Kinder an einer Hypotonie im Lippen- und Kaumuskelbereich. Diese knüpft meist an eine Hypersensibilität im Mundbereich, teilweise ebenso an funktionelle Beeinträchtigungen der Zunge. Liegen angeborene Fehlbildungen vor, die unter Umständen operativ behandelt wurden, kann eine posttraumatische Fütterstörung als Sonderform die Folge sein. Oftmals empfindet der Säugling in diesem Fall jede Art an Stimulation im Mund- und Rachenbereich als Furcht einflößend (vgl. von Hofacker et al. 2010, 179f.). Frühgeburten repräsentieren einen weiteren Risikofaktor. Hintergründe liegen in ungenügend ausgebildeten Muskulaturstrukturen und Fettdepots, die notwendig sind, um den Schluckakt auszuführen. Das Neu-

geborenen ist schnell überanstrengt und bricht die Nahrungsaufnahme vor ausreichender Zufuhr ab (vgl. Ziegenhain et al. 2006, 90).

Neben den genannten potentiellen Ursachen weisen Fütterstörungen eine hohe Korrelation zu somatischen und psychosozialen elterlichen Belastungen auf. Darunter zählen nicht nur vorzeitige Wehen, auch familiäre Probleme oder Depressionen sind bei Eltern füttergestörter Kinder häufiger vertreten (vgl. von Hofacker 2010, 181f.). Im Gegensatz dazu spielen soziodemografische Merkmale eine scheinbar äußerst geringe Rolle. So ist eine Fütterstörung in gut situierten Familien etwas häufiger vorzufinden, Gedeihstörungen ebenfalls in wohlhabenden jedoch auch sozial benachteiligten Familien (vgl. ebd., 177). Erkenntnisse aus der Praxis der Münchner Schreibabyambulanz deuten zudem auf eine enge Verbindung zu schwierigen kindlichen Temperamentsmerkmalen[27].

Letztlich steht der Verlauf dieser Form der Regulationsstörung in Abhängigkeit des Gedeihens und in welchem Maße dieses dauerhaft und ausreichend erreicht werden kann. Oftmals weisen Gedeihstörungen eine hohe Persistenz auf, was auf die körperliche, kognitive wie auch sozial-emotionale Entwicklung nachtteilig wirken kann. Doch auch ohne einhergehende Gedeihstörung können Schwierigkeiten im Fütterkontext bis in das Grundschulalter hin bestehen (vgl. ebd., 177).

Im Rahmen der Behandlung findet daher prinzipiell die Beobachtung der Fütter- und der allgemeinen Interaktionssituation Anwendung, um eine generelle Beziehungsstörung ausschließen zu können (vgl. ebd., 187).

---

27 Hierunter lassen sich exemplarisch trotzendes, unruhiges Verhalten, Irritabilität und geringe Anpassungsfähigkeit verstehen (vgl. von Hofacker et al. 2010, 178f.).

2.4. Anforderungen an Beratungskonzepte

Nachdem sich die vorherigen Kapitel mit den verschiedenen Indikationen befasst haben, die Eltern vorrangig dazu veranlassen eine Beratungseinrichtung aufzusuchen, folgt in diesem Abschnitt die Auseinandersetzung mit der Frage: Was braucht ein Beratungskonzept, um den Ansprüchen und Erwartungen der hilfesuchenden Eltern gerecht zu werden?

Die Notwendigkeit, neue Konzepte zu entwerfen, wurde bereits erwähnt. Zwar konnte anhand von Untersuchungen (Cramer et al. 1990) belegt werden, dass verschiedene Ansätze äquivalente positive Ergebnisse erzielten. Allerdings handelte es sich um eine neue Patientengruppe, auf die es sich einzustellen galt. Therapeutisch-beratende Einrichtungen werden nicht mehr von einem Klienten aufgesucht (vgl. Polster 2005, 34). Nicht mehr die Einzelperson ist Ziel der Beratung, nunmehr steht innerhalb des beratenden Settings ein Familiensystem im Fokus. Diese triadisch unterschiedlichen Perspektiven nehmen in den interpersonellen Interaktionen einen hohen Stellenwert ein (vgl. Beermann 2010, 64). Es gilt, die individuellen Lebenssituationen und Anliegen der einzelnen Familienmitglieder funktionell aufeinander abzustimmen, um die kindliche Entwicklung zu unterstützen (vgl. Ziegenhain et al. 2006, 143). Erkenntnisse aus der bindungstheoretische Forschung belegen die hohe Relevanz angemessener Reaktionsweisen gegenüber dem Neugeborenen, welche nicht mehr beinhalten, als das, was vom Säugling benötigt wird und in Anlehnung zu seinen Entwicklungsprozessen steht (vgl. Hensen et al. 2008, 40). Somit nimmt die Verhaltensbeobachtung des Neugeborenen, der sich verbal noch nicht äußern kann, eine spezifische Bedeutung ein (vgl. Beermann 2010, 64). Ebenso sind Eltern aktiv mit einzubeziehen (vgl. Hensen et al. 2008, 43).

Für gewöhnlich haben jene Mütter und Väter gemein, dass sie bereits alles im Rahmen ihrer Möglichkeiten versucht haben. Sie glauben es müsse zweifellos einen ihnen unbekannten Weg geben und suchen deshalb einen "Fachmann"

auf (vgl. Hawallek et al. 2008, 110). Dabei fällt der Weg zu etwaigen Institutionen oft nicht leicht.

> *"Die Frage, warum ein Kind soviel schreit, nicht isst oder so trotzig ist, wird von Schuldgefühlen und der Überzeugung, eine schlechte Mutter oder ein schlechter Vater zu sein, begleitet" (Ziegenhain 2006, 141).*

An dieser Stelle sei nochmals auf Daniel Stern Bezug genommen. Seine Überlegungen (2002) führten ihn zu der Frage, was Müttern nach der Geburt ihres Kindes bedeutsam sei (vgl. Hawallek et al. 2008, 110). Stern merkt an, dass nicht vordergründig die Spezialisten als hilfreich erachtet werden, sondern vielmehr Personen, die den Frauen mit Wertschätzung, Wärme und Gelassenheit entgegentreten. Offensichtlich ist bei Beratern folglich nicht nur Fachwissen relevant, sondern ebenso die Fähigkeit, eine spürbare Sicherheit zu übermitteln (vgl. ebd., f.). Dieser Fakt soll den Stellenwert entwicklungspsychologischer Kenntnisse nicht abmildern. Auch er hat durchaus eine essenzielle Berechtigung innerhalb beratender Tätigkeit. Möchte man beraterische Hilfe anbieten und den Eltern für ihre Kinder entwicklungsangemessene Unterstützung bieten, ist es selbstredend notwendig, sich auf die rasch aufeinander folgenden Entwicklungsphasen und entwicklungsspezifischen Besonderheiten des Säuglings einzustellen (vgl. Ziegenhain 2004, 60). Tschöpe-Scheffler (2005) erhebt innerhalb einer Studie zur "Elterlichen Erziehungskompetenz" vier Komponenten, in welchen sich junge Familien Unterstützung wünschen. Darunter sind *Wissen* über kindliche Entwicklungsphasen, konkrete *Handlungsoptionen* für einen sichereren erzieherischen Umgang, der *Transfer* jener in den Alltag wie auch der Aufbau eines *sozialen Netzwerkes* vertreten (vgl. Tschöpe-Scheffler 2008, 60ff.). Als Fundament der Beratungsarbeit dient eine Atmosphäre, in der die Erwartungen der Eltern besondere Beachtung finden, sie sich akzeptiert fühlen sowie Halt und Orientierung erfahren (vgl. Hawallek et al. 2008, 116). Beyersmann (2004), die Projektleiterin einer Frühberatungsstelle in Bremen-Hemelingen, beschreibt diesen Fakt mit den Worten:

> *"Wir machen die Erfahrung, dass unsere Gespräche zur Entlastung [der Eltern] beitragen und ihr Vertrauen wächst, ihre Sorgen, ihre Konflikte und Risiken des Kindes anzusprechen, wenn sie erleben, dass sie nicht entwertet werden" (Beyersmann 2004, 139).*

Heutzutage sind in der Praxis zahlreiche differenzielle Beratungsansätze vorzufinden. Im Groben lässt sich die Mehrheit jener in eine interaktionistische und psychoanalytische Orientierung aufteilen (vgl. Polster 2005, 34). Aber auch Mischformen sind vertreten. So fließen beispielsweise in die SBA Hamburg und Stormarn ebenfalls unterschiedliche Therapieansätze ein. Diese wird im Folgenden genauer dargestellt.

3. Die SchreiBabyAmbulanz Hamburg und Stormarn[28]

Im vorangegangenen Kapitel wurde der Bereich der Beratung im Säuglings- und Kleinkindalter anhand ätiologischer, indikatorischer und charakteristischer Merkmale erläutert. Nunmehr soll ein Blick in die Praxis erfolgen. Demnach zentrieren sich die folgenden Ausführungen auf die SBA Hamburg und Stormarn.

3.1. Entstehung und Geschichte

Mit der im Jahre 1993 gegründeten SBA im Nachbarschafts- und Selbsthilfezentrum der Ufa-Fabrik Berlin war der Grundstein gelegt. Die Nachfrage nach weiteren Einrichtungen stieg, welche in den darauffolgenden Jahren auch entstehen sollten (vgl. Rückhalt e.V. 2012, 3)[29]. Eine von ihnen ist die SBA Hamburg und Stormarn[30], die wie viele andere auch nach ihrem Berliner Vorbild arbeitet. Als Träger der Institutionen fungiert der Verein Rückhalt e.V. Der „Verein für körperpsychotherapeutische Krisenbegleitung e.V." wurde 2003 von Paula Diederichs gegründet. In enger Kooperation mit den verantwortlichen Jugendämtern agiert jener auf Basis der §§ 8a, 16, 27, 35a, 62 – 66 wie auch § 78 SGB VIII[31].

---

28 Die folgenden Ausführungen innerhalb dieses Kapitels basieren auf der internen, unveröffentlichten Konzeption (2012). Andere literarische Grundlagen sind entsprechend gekennzeichnet.

29 Unter www.rueckhalt.de ist eine genaue Auflistung der mittlerweile 16 SBA einsehbar (Stand November 2012).

30 Ist im Folgenden die Rede von einer SBA, wird vorrangig die SBA Hamburg und Stormarn angesprochen. Jedoch impliziert dies nicht zwangsläufig, dass andere „Ambulanzen" von den aufgeführten Angaben ausgeschlossen sind.

31 Die Indikationsliste ist für eine detaillierte Betrachtung in Tabelle 12, Seite 120 beigefügt.

Die Umsetzung der mit der öffentlichen Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen festgelegten Leistungen obliegt dabei den einzelnen SBA. Prinzipiell sind die SBA als Bestandteil der öffentlichen psychosozialen Grundversorgung und Krisenhilfe tätig, wobei auf die spezifischen Zielsetzungen im Verlauf noch Bezug genommen wird (vgl. ebd., ff.).

Die Hamburger Einrichtung wird von zwei Schreibabytherapeutinnen geleitet. Beide Fachkräfte absolvierten zudem eine ressourcenorientierte Weiterbildung zur körperpsychotherapeutischen Krisenintervention bei Frau Diederichs. Seit 2011 leisten die beiden Krisenbegleiterinnen nun in der Einrichtung belasteten Eltern Hilfe. Die genauere Ausgestaltung ihrer Arbeit wird im Folgenden näher erläutert.

3.2. Konzeptionelle Grundlagen und Arbeitsprinzipien

Auf die rechtlichen Grundlagen wurde bereits im vorhergehenden Abschnitt hingewiesen. Neben diesen basiert die Arbeit der SBA Hamburg und Stormarn auf einem humanistischen Menschenbild[32] (vgl. Rückhalt e.V. 2012, 4). Weitere Leitgedanken stellen Ressourcenorientierung, klientenzentriertes Arbeiten, Niederschwelligkeit, Transparenz sowie Vernetzung und Kooperation innerhalb des Stadtteils dar. Aufgrund eines somit geschaffenen breiten Spektrums unterschiedlicher Berufsgruppen soll ein hohes Maß an Interdisziplinarität gewährleistet werden. Demnach ist innerhalb der Kooperationsgemeinschaft grundlegend Fachpersonal wiederzufinden, welches sich inhaltlich mit den Schwerpunkten Schwangerschaft, Geburt und Kleinkindzeit befasst (vgl. ebd., 7f.). Gleichzeitig kann eine zusätzliche Weitervermittlung zur Schuldenberatung, gegebenenfalls

32 Nach dem humanistischen Menschenbild konstruiert jede Person ihre eigene Existenz aktiv. Die zur Selbstverwirklichung notwendigen Potenziale sind ihm eigen. Nutzt er diese nicht vollständig, treten Probleme auf (vgl. Bamberger 2005, 38).

Selbsthilfegruppen oder sozialpädagogischen Familienhilfe erfolgen (vgl. Dräger 2007, 4).

Im Mittelpunkt steht der Aufbau einer stabilen Familientriade. Grundsätzlich sind alle Eltern mit Kindern im Alter von bis zu drei Jahren angesprochen. In diese Zielgruppe gehören im Besonderen Risikoschwangere[33], Mütter mit postpartaler Depression (PPD) oder vorbelastete Eltern mit Kinderwunsch[34] (vgl. Rückhalt e.V. 2012, 7). Für jene bietet die SBA eine Krisenintervention sowie emotionale Hilfestellung in äußerst belastenden Lebenssituationen. Als Grundhaltung ihrer Arbeit lässt sich ein wertfreies, empathisches Verständnis definieren. In diesem Punkt werden beispielsweise Elemente aus dem klientenzentrierten Ansatz bzw. der Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers deutlich. Eltern werden in ihren Selbstreflexionskompetenzen wie auch in der Herleitung möglicher Problemlösestrategien bestärkt. Gewaltphantasien und das elterliche Aggressionspotential stellen explizite Themen dar, die aus einsichtigen Gründen besonders relevant sind. Aber auch Partnerschaftskonflikte oder das Erkennen und Aufgreifen von Ressourcen sind innerhalb der Sitzungen weitere Schwerpunkte. Dies weist auf einen Einfluss aus der systemischen Familientherapie hin. Es gilt eine positive Mutter- bzw. Vateridentität zu fördern, Gefühle der Entspannung und Ruhe zu wecken (vgl. Dräger 2007, 4). Hierfür findet die integrative Körperpsychotherapie (KPT) methodische Anwendung (vgl. ebd., 5). Daher wird auf jene im Folgenden detaillierter Bezug genommen.

---

33 Hierzu zählen unter anderem Frauen, die chronisch krank oder älter als 35 Jahre sind, eine Mehrlingsschwangerschaft oder Rhesusunverträglichkeit vorliegt.

34 Darunter zu verstehen sind Eltern, die sehr lange Zeit vergebens versuchten Kinder zu bekommen oder mindestens eine Fehl- oder Totgeburt erlitten.

3.2.1. Körperpsychotherapie

Körperpsychotherapeutische Ansätze lassen sich allgemein gesprochen in verhaltenstherapeutisch oder psychodynamisch orientiert unterscheiden (vgl. Diederichs et al. 2007, 1). Bisweilen existieren zahlreiche unterschiedliche KPT-Strömungen, die jeweils verschiedene Prägungen und Einflüsse aufweisen. Greuter (1996) differenziert drei Grundrichtungen: neoreichianische, bewegungsorientierte sowie psychoanalytische KPT[35]. An dieser Stelle wird aufgrund des Umfangs ausschließlich auf die integrative KPT nach Paula Diederichs eingegangen, welche vordergründig neoreichianischer Natur ist. Jene weicht explizit von rein körpertherapeutischen Techniken (Craniosacral, Osteopathie, o.ä.) ab, da sowohl bindungstheoretische als auch psychoanalytische Grundsätze einbezogen werden (vgl. Jungclaussen 2011, 2)[36]. In gleicher Weise ist auch eine Grenze zu anderen Psychotherapieformen im frühkindlichen Altersbereich (nach Cierpka oder Ludwig-Körner) zu ziehen, da ein körperlicher Kontakt zwischen Therapeut und Klient besteht (vgl. ebd.). Diesen Besonderheiten folgend handelt es sich somit um eine integrative Körperpsychotherapie.

Als Grundelemente fungieren die Annahme eines Körpergedächtnisses, welches sämtliche auch pränatale Erfahrungen abspeichert, eine Einheit zwischen Körper und Psyche und die Annahme von der Existenz innerorganismischer Blockierungen (vgl. ebd.; vgl. Röseler 2000, 11). So symbolisiert das Kind ein biologisch-

---

35 Neoreichianische KPT findet ihren Ursprung durch Wilhelm Reich und dessen Tochter Eva Reich. Schwerpunkt dieser Prägung bildet die Vorstellung eines energetischen Körpers, infolgedessen bioenergetische und biodynamische Verfahren zur Anwendung kommen. Die bewegungsorientierte Strömung verfolgt hingegen Verfahren wie konzentrative Bewegungs- und Tanztherapie. Die psychoanalytischen KPT gründet in der Vorstellung eines sich selbst inszenierenden, in Interaktion stehenden Körpers (vgl. Diederichs et al. 2007, 2).

36 Gemeint ist, dass rein körpertherapeutische Verfahren auf einem monokausalen Verständnis beruhen, welches sich rein körperlich äußert. Eine bestehende Blockade beim Kind gilt es zu lösen, im Ergebnis sei das Kind gesund.

organismisches Ganzes. Es entwickelt eigene intraorganismische, vegetative Funktionsrhythmen, die eigenen Schemata folgen. Betrachtet man daran anknüpfend das Regulationsmodell aus körperpsychotherapeutischer Sicht (Harms 1999), so versteht sich jenes als Wechselspiel (Pulsation) zwischen dem sich ausruhendem (Instroke) und explorierenden (Outstroke) Energiefluss. Ist diese Pulsation gestört, ist das Kind in seiner Selbstregulationskompetenz beeinträchtigt (vgl. Jungclaussen 2011, 5). Doch wie kommt es zu einer Hinderung der Pulsation?

Hierzu liefert die Vorstellung des Körpergedächtnisses Antworten. Bis auf zelluläre Ebene werden positive und negative Erfahrungen bewahrt, was gleichzeitig der Ursprung einer Blockade des energetischen Flusses darstellen kann[37] (vgl. ebd.). Demnach nehmen prä-, peri- wie auch postnatale Faktoren eine elementare Bedeutung ein (vgl. Diederichs et al. 2007, 2). Es besteht die Möglichkeit, dass auch scheinbar unwesentliche Einflüsse auf zellulärer Dimension als traumatisch empfunden und gespeichert werden (vgl. ebd., 3). Unter vorgeburtlichen Risiken werden beispielsweise Stress, Drogen-, Nikotin- und Alkoholkonsum der Mutter oder auch eine ablehnende Einstellung gegenüber dem Ungeborenen gefasst. Perinatale Umstände stellen jedwede Geburtskomplikationen dar und postnatal zählen somatische Schwierigkeiten nach der Geburt, postpartale Depression, unzureichender Mutter-Kind-Kontakt bzw. eine Trennung beider voneinander zu risikohaften Bedingungen (vgl. ebd., 3f.). Sehr häufig taucht im Zusammenhang zur KPT die Hypothese eines Geburtstraumas auf. Die kontroverse Einstellung zu diesem Thema wurde bereits erwähnt. Allerdings kennzeichnen aus körperpsychotherapeutischer Perspektive differenzierte Aspekte ein Trauma, welches wiederum eine Regulationsstörung bedingen kann, aber nicht muss. Die Weiteren oben genannten Risikofaktoren sind gleichfalls bedeu-

37 Befunde aus der Hirnforschung bestätigen die neuronale Speicherung von affektiven Erlebnissen in Verbindung zu körperlichen Zuständen (vgl. Geuter 2010, 74).

tend (vgl. Jungclaussen 2011, 6). Unabhängig von dem genauen ätiologischen Ursprung führen schließlich negativ gespeicherte Erfahrungen im Körpergedächtnis zu innerorganismischen Entspannungsbehinderungen bei der Mutter und/oder dem Kind. In der Folge können sich daraus Kontaktstörungen zwischen beiden ergeben, welche letztlich zu energetischen Blockierungen führen können (vgl. Diederichs et al. 2007, 4). Der körperliche Energiefluss ist in ein Ungleichgewicht geraten, bedingt durch ein Defizit an Entspannung, Schlaf und Ruhe. Die entstandenen Blockaden schränken das psychische und physische Wohlbefinden ein und stören die selbstregulatorischen Fähigkeiten (vgl. Röseler 2000, 11). Das körperpsychotherapeutische Verständnis umfasst demnach als Ausgangspunkt für Regulationsstörungen eine Entgleisung des Gleichgewichts zwischen Körper und Seele. Neurobiologisch betrachtet bedeutet dies, dass durch Stress der Sympathikus (tagsüber aktiv) den Parasympathikus (nachts aktiv) dominiert. Ein hohes Maß an Unruhe und letztlich gestörter Selbstregulation ist die Folge (vgl. Jungclaussen 2011, 9). Doch wo und wie setzt die therapeutische Hilfe an?

Die intervenierende Arbeit der KPT bezieht sich zunächst auf die körperliche Ebene bevor die verbale fokussiert wird, um „durch körperbezogene Interventionen […] in die Regulation des gestressten Organismus korrigierend einzugreifen […] und zum Aufbau einer neuen Selbstregulationsfähigkeit zu verhelfen" (Jungclaussen 2011, 7). Daran anknüpfend strukturiert sich die Behandlung nach einem dreigliedrigen Säulen-Prinzip (vgl. ebd., f.). Die beziehungsorientierte Körperarbeit mit dem Kind nimmt dabei den ersten Schwerpunkt ein. Im Beisein der Mutter finden verschiedenste Massagen, Halte- und Beruhigungsübungen Anwendung[38]. An sekundäre Stelle rückt das beratend-therapeutische Gespräch. Angestrebt wird der Aufbau einer Helferbeziehung, die Halt und Verständnis

38 Hierunter lassen sich beispielsweise Occiput-, Rückenstrecker- oder Kaiserschnittmassagen fassen. Eine Kurzdarstellung einzelner ausgewählter Massageformen wie auch Techniken findet sich in Tabelle 13, Seite 122.

vermittelt. Die Kindesmutter selbst steht innerhalb dieser Phase im Vordergrund. Auf tiefenpsychologische Art und Weise nähert man sich der Auseinandersetzung mit dem mütterlichen Rollenbild, mit dem Ziel eine womöglich ambivalente Beziehung zum Kind in eine sichere zu modifizieren. Im Übergang von dieser Bewältigungs- und Klärungsstufe hin zur Körperarbeit umfasst die dritte Säule abermals Atem-, Halte- und Massagetechniken. Hier jedoch nicht auf das Kind, sondern auf die Mutter bezogen. Da die Ansicht vertreten wird, dass nicht ausschließlich kognitive Verarbeitungsprozesse relevant sind, wird die Körpererfahrung als Schwerpunkt definiert. In gleicher Weise besteht das Ansinnen darin, Entspannung zu ermöglichen, die Selbstkörperwahrnehmung und -bindung zu stärken sowie die Mutter in ihrem Autonomieempfinden zu unterstützen (vgl. ebd., f.). Die überwiegend als bottom-up-formatierte Arbeitsweise bezieht sich auf das Postulat, dass jedwede Maßnahme im Einklang mit der mütterlichen Grundhaltung steht.

> *„Ziel der Krisenintervention ist nicht das kopfgesteuerte Erarbeiten eines Bindungsstils oder Schlafprogramms, sondern die Wiederherstellung und Stärkung der mütterlichen Intuition als Grund-Voraussetzung, von der weitere Maßnahmen aus erfolgen können, mit dem Ziel einer sicheren Bindung" (ebd., 10).*

Insofern handelt es sich um ein zu bindungstheoretischen Ansätzen kongruentes Anliegen, was lediglich unterschiedlich verfolgt wird. Die Prämisse lautet: Erst muss die Mutter zu sich selbst eine Bindung herstellen, um im Anschluss auch eine Bindung zu ihrem Kind knüpfen zu können (vgl. ebd., 10f.). Denn oftmals ist die Schere zwischen Erwartungen und Realität sehr weit, wodurch die Mütter in eine Situation von innerer und äußerer Haltlosigkeit geraten (vgl. Diederichs 1999, 8).

An diesem Punkt stellt sich die Frage nach den Techniken. Wie werden die Erkenntnisse in der Praxis der KPT umgesetzt?

Zunächst zu den körperorientierten Verfahren: Neben den genannten und in Tabelle 13, Seite 122 aufgeführten wie auch beschriebenen Massageübungen, lauten die Schlagwörter Erden, Zentrieren und Halten.

Unter der Erdung ist das persönlich affektiv-verinnerlichte Bild im Hinblick auf den Grund zu verstehen. Ziel ist es, der Mutter die „Kopflastigkeit" zu nehmen und ihr so zu einem besseren Bezug zu sich selbst zu verhelfen (vgl. Diederichs et al. 2007, 7). Das Zentrieren strebt eine Herstellung der Balance zwischen Sympathikus und Parasympathikus an, wodurch der energetische Stoffwechselkreislauf einen funktionalen Charakter aufbaut. Im Grunde handelt es sich um die verlernte Kompetenz, Kontakt zu sich selbst herzustellen. Nach dem Prinzip „Mothering the Mother" schafft der Therapeut ein Refugium der Ruhe, denn nur wenn es der Kindesmutter gut geht, kann sie dies weitergeben (vgl. Diederichs 1999, 12; vgl. Jungclaussen 2011, 11). Beide Methoden kommen also bei der Mutter zur Anwendung, wohingegen es beim Halten bzw. Re-Bonding zu einer Interaktion zwischen Mutter und Kind kommt. Durch das Anlegen des Kindes nimmt die Mutter sich in ihrer Kompetenz positiv wahr (vgl. Diederichs et al. 2007, 7). Verfahren, welche sich auf das Kind selbst beziehen, dienen vordergründig einer Aktivierung des Parasympathikus. Da im kindlichen Körpergedächtnis eine traumatische Erfahrung abgespeichert ist (sei es bedingt durch eine schwierige Geburt, Trennung von seiner Mutter oder ähnlichen), hat sich im Organismus die Angewohnheit Spannung zu halten etabliert. Diese äußern sich durch Muskelverkrampfungen oder Atemhemmungen (vgl. Eckert 2010, 67). Denn Entspannung bedeutet Angst sowie die Möglichkeit, traumatische Erfahrungen wiederholt zu erleben (vgl. Diederichs et al. 2007, 9f.). In diesem Sinne zielt die Geburtsstimulationsmassage auf das Lösen des intraorganismischen Stresses ab, um ein Ruhen im eigenen Körper herzustellen und angestaute Energieblockaden auszustreichen (vgl. ebd., 7). Um das Kind Geborgenheit, Halt und Sicherheit wie zuvor im Mutterleib erleben zu lassen, bringen Körperpsychotherapeuten es zudem in die Embryonalstellung (vgl. ebd., 6).

Nun zu dem verstehend-therapeutischen Gesprächen innerhalb der Intervention: Zu charakteristischen Merkmalen gehört eine wertfreie, empathische wie auch authentische Beziehungsgestaltung. Diese wurde bereits als Arbeitsprämisse definiert. Es gilt der dichotomen Denkweise, entweder gute oder schlechte Mutter zu sein, entgegenzuwirken und dysfunktionale Persönlichkeitsmuster[39] aufzudecken (vgl. Diederichs 1999, 11). Explizite Lösungsstrategien werden erarbeitet, jedoch immer vor dem Hintergrund, die gleiche Aufmerksamkeit sowohl Mutter als auch Kind entgegenzubringen. Eine alleinige Konzentration auf die Symptomatik des Kindes, verringert im hohem Maße die Möglichkeit, die gewünschte Veränderung in der Beziehung zu erzielen (vgl. ebd., 20). Ferner ist die Achtsamkeit auf Seiten des Therapeuten gefragt, sich nicht von den Unruhezuständen anstecken zu lassen und somit ebenfalls in den „Teufelskreis negativer Gegenseitigkeit" (Papoušek 2010, 97) zu geraten.

Zusammengefasst lässt sich festhalten: Integrative Körperpsychotherapie bedeutet im Kern Körperarbeit auf Grundlage von spezifischen Massage-, Halt- und Atemtechniken. Die angewandten Übungen streben dabei beim Klienten einen Zustand der Entspannung und das Lösen von Blockaden an, um letztlich die Regulationskompetenzen bei Mutter und Kind (und Vater) wieder herzustellen (vgl. Rückhalt e.V. 2012a, 3). Insofern kann allen Beteiligten zu einem entspannten Zustand verholfen werden.

> *„Dies ist ein Prozess in kleinen Schritten: Stunde für Stunde bleibt das Baby ein Stück tiefer und länger in der noch vorher bedrohlich erlebten Entspannung, die es jetzt immer mehr zulassen kann. Durch diese neu erworbene Fähigkeit der Entspannung wird das Baby in seiner natürlichen Fähigkeit und in seinem Willen zur Selbstregulation unterstützt" (Diederichs 2007, 10).*

---

39 Darunter ist beispielsweise ein negatives Selbstbild zu verstehen, ein ungesundes Maß an Perfektionismus oder auch ein fundamentaler Attributionsstil (vgl. Oerter et al. 2002, 342).

3.2.2. Ziele der Krisenintervention

Innerhalb der Ausführungen des vorherigen Unterkapitels fanden bereits einige Therapieziele Erwähnung. Diese werden nun expliziert, um der Wirksamkeitsüberprüfung innerhalb der Erhebung spezifische Kriterien zuzuschreiben.

Zu den konzeptionell festgelegten Zielformulierungen zählen:

- Stressabbau innerhalb der Familie und Krisenbewältigung,
- Aufbau der Selbstregulationskompetenzen auf Seiten der Mutter und des Kindes (symptomatische Verbesserung),
- Prävention von gewaltsamen Übergriffen,
- Prävention von späteren Verhaltensauffälligkeiten und/oder psychosozialen Erkrankungen,
- Entwicklung einer positiven Elternschaft,
- Steigerung der elterlichen Handlungskompetenzen,
- Ermöglichen individueller Unterstützungsangebote (vgl. Rückhalt e.V. 2012, 6).

Bisweilen existieren zwei Evaluationsstudien (Dräger et al. 2000; Röseler 2000), in deren Ergebnissen eine effektive Wirkweise der SBA nachgewiesen werden konnte (vgl. Jungclaussen 2011, 3). Zudem werden stets weitere in Kooperation mit Universitäten und Hochschulen angestrebt (vgl. Rückhalt e.V. 2012, 9).

Inwieweit die Hamburger SBA die genannten Zielsetzungen realisieren konnte, wird im Kapitel 8 ausführlich erläutert. Vorerst seien im Folgenden einige Daten aus der Institution dargestellt.

3.3. Daten aus der Einrichtung[40]

Die Krisenbegleiterinnen der SBA Hamburg und Stormarn stehen jeden Wochentag hilfesuchenden Eltern zur Verfügung. Da diese sich oftmals in einer

40 Die folgenden Angaben stützen sich auf persönlich erhaltene Information von den internen Mitarbeiterinnen der SBA Hamburg und Stormarn.

akuten Notsituation befinden, gewährleisten die beiden Fachkräfte eine Terminvergabe binnen 48 Stunden. Eine Sitzung umfasst eine Dauer von 60 bis 90 Minuten und kann von den Eltern bis zu 10 Mal in Anspruch genommen werden. Zwar wird die SBA vorrangig durch Spendengelder finanziert, dennoch ist ein Eigenanteil von den Müttern und Vätern zu bezahlen. Jener variiert jedoch zwischen 60 Euro und gegebenenfalls 0 Euro, je nach finanziellen Möglichkeiten der Familien. Neben dem persönlichen Kontakt innerhalb der Einrichtung besteht zudem die Option, Hausbesuche oder telefonische Beratung wahrzunehmen.

Betrachtet man die Entwicklung der Klientenanzahl in den Jahren 2009 bis 2011 ist eine Steigerung zu vernehmen[41]. Suchten 2009 insgesamt 53 Familien die SBA auf, waren es im darauffolgenden Jahr bereits 66. Für 2011 ist eine Anzahl von 79 Klienten festzuhalten. Das Maximum der Behandlungszahl lokalisiert sich bei zwei bis vier Terminen (mit 45 Prozent), die Menge der einmaligen Kontakte siedelt sich mit 37 Prozent an zweiter Stelle an.

Die statistische Erhebung ergab weiter, dass vorrangig Eltern mit Säuglingen im ersten Trimenon die Einrichtung aufsuchten, wobei generell eine höhere Gewichtung auf Klientenkinder im ersten Lebensjahr vorzufinden ist. Bei den Eltern ist die am häufigsten vertretene Altersgruppe jene der 31 bis 40 Jährigen. An sekundäre Stelle treten die Mütter und Väter im Alter von 21 bis 30 Jahren. Eine höhere Gewichtung liegt auf dem männlichen Geschlecht. Mit etwa 10 Prozent sind Familien mit Jungen mehr vertreten.

Als indikatorischen Schwerpunkt tritt mit etwa 52 Prozent eine Schlafstörung als Anliegen auf. Aufgrund von exzessivem Schreien nehmen 19 Prozent der Eltern die Hilfe der Krisenbegleiterinnen wahr. Bei lediglich drei Prozent handelt es sich

41 Sämtliche genannten Daten beziehen sich auf die intern erhobene unveröffentlichte Statistik aus dem Jahr 2011. Aus jener sind einige Daten, die für die Evaluation als Vergleich herangezogen werden sollen, in dieser Arbeit aufgeführt.

um eine vorliegende Fütterstörung. Der übrige prozentuale Anteil ergibt sich aus einem Zusammenschluss anderer Anliegen, wie Geburtstraumata oder PPD.

Die Daten der vorliegenden Erhebung erlauben mögliche statistische Veränderungen gegenüber den Jahren 2010 und 2011 zu eruieren. Demzufolge wird die interne Statistik im Kapitel 8 nochmals aufgegriffen und auf eventuelle Abweichungen verwiesen.

4. Evaluation von Beratungsinstitutionen

In den bisherigen Ausführungen war der Fokus auf den Bereich der institutionellen Arbeit mit Eltern und Kindern gerichtet, um einen theoretischen Rahmen für eine Effektivitätsbeurteilung zu schaffen. Nun wird der Bereich der Evaluation als Grundlage, auf welcher Wirksamkeitsstudien basieren, näher erläutert. Daran anknüpfend explizieren die Ausführungen einige auf die Qualitätssicherung bezogene Überlegungen. Ziel ist es, die durchgeführte Evaluation darauf aufbauend einzuordnen.

Evaluation – ein Begriff, den zahlreiche Definitionsansätze versuchen näher zu bestimmen. Dennoch haben sich Bemühungen, dieser Vielfalt an Erläuterungen methodisch entgegenzutreten, bislang nicht etabliert (vgl. Wottawa et al. 1998, 13)[42].

> *„Evaluieren heißt ganz allgemein auswerten, bewerten und damit zugleich auch empfehlen, beraten und bei der Entscheidungsfindung unterstützen" (Heiner 1996, 20).*

Der sich aus dem Französischen *évaluer* („bewerten") und dem Lateinischen *valere* („wert sein") abgeleitete Begriff umschreibt die Absicht, systematische Aussagen zu sammeln, die wiederum zur Qualifizierung einer Arbeit dienen (vgl. Kalter et al. 2004, 91). Wottawa et al. (1998) fassen in ihrem Lehrbuch einige charakteristische Merkmale zusammen. Nach ihnen sind Evaluationen immer eine Bewertungsmethode, die sowohl für die Planung als auch für eine Entscheidungsfindung anwendbar ist. Zeitgleich werden Handlungsoptionen beurteilt. Sie sind zweck- und zielgerichtet und beabsichtigen in erster Linie das Analysieren, Verbessern oder Entscheiden über geeignete Vorhaben (vgl. Wottawa et al. 1998, 14).

---

42 Genannt sei exemplarisch die Unterscheidung von Evaluation und Evaluationsforschung nach Suchman (1967) oder die Aufgliederung in Evaluation, Programmevaluation und Evaluationsforschung nach Abramson (1979).

Innerhalb des Humandienstleistungssektors ist Evaluation zu einem bedeutsamen Element der effektiven Arbeit geworden (vgl. Polster 2008, 297). Der steigende Druck auf gesellschaftspolitischer Seite im Hinblick auf die öffentlich finanzierten Sozialleistungen insistiert immer mehr zu Kosten-Nutzen-Überlegungen. Sowohl die Effekte von Hilfeleistungen als auch deren Vergleichbarkeit nehmen in ihrer Gewichtung zu (vgl. Kalter et al. 2004, 92f.).

Empirie im Bereich der Beratung zu betreiben, heißt, dass der theoretische Hintergrund einer Beratungsform auch wissenschaftlichen Elementen entspricht. Für das Klientel ist die Wirksamkeitsüberprüfung besonders essenziell (vgl. Wagner 2008, 77). In der Bundesrepublik sind Evaluationen mit dieser Absicht jedoch bisweilen nicht etabliert (vgl. Ziegenhain et al. 2010, 1)[43]. Das Kinder- und Jugendhilfegesetz hebt dabei explizit hervor, sich an den jeweiligen Bedürfnissen des Kunden zu orientieren, bestimmt durch den § 28, SGB VIII (vgl. Meyle 2000, 389).

> *„[Soziale] und pädagogische Professionen stehen unter dem öffentlichen Druck, ihr Handeln nicht nur zu begründen und legitimieren, sondern auch leistungsbezogene Auskünfte über ihre Angebote und Maßnahmen zu geben" (Bastian, et al. 2008, 85).*

Das bedeutet: Sowohl der Anspruch nach einer Definition der jeweiligen Leistungen, als auch nach einer empirischen Methodik, die das Erreichen jener überprüfbar macht, werden nachdrücklich betont (vgl. ebd.). Denn Evaluationsvorhaben sollten gleichfalls dem zeitgemäßen wissenschaftlichen Forschungsstand und Forschungsmethodik entsprechen (vgl. Wottawa et al. 1998, 14). Im nachstehenden Unterkapitel werden daher Aspekte der Evaluationsforschung erläutert.

---

43 Im 11. Kinder- und Jugendbericht heißt es: "Der gestiegenen Bedeutung der Kinder- und Jugendhilfe als notwendiges Funktionselement im gesellschaftlichen Wandlungsprozess stehen nach Feststellung der Kommission Defizite in der Fachpraxis gegenüber. [Diese] bedürfen einer differenzierten Analyse der Fachpraxis auf der örtlichen Ebene" (BMFSFJ 2001, 7).

4.1. Evaluationsforschung

Von Evaluationsforschung kann die Rede sein, wenn eine wissenschaftliche Methodik für das Bewertungsvorhaben angewandt wird. Nicht die Behauptung hinsichtlich des Wertes oder Nutzens sozialer Arbeit reicht aus, sondern ein Beweis kann angebracht werden (vgl. Wottawa et al. 1998, 13). Evaluationsforschung bezieht innerhalb der traditionellen Forschungsgeschichte die Position eines Sonderfalls. Sie integriert nicht im Voraus spezifische Methoden. Vielmehr bedient sie sich qualitativer als auch quantitativer Instrumente im Hinblick eines maßgeschneiderten Evaluationsdesigns (vgl. Vossler 2003, 93). Sie ist nicht zweck- oder wertungsunabhängig. Im Allgemeinen werden durch einen Auftraggeber explizite Ansprüche und Absichten auferlegt (vgl. ebd.). Evaluationen richten sich funktionell in fünf übergeordnete Bereiche aus: der Beurteilung, Legitimation, Entscheidung, Optimierung und Kontrolle (vgl. Lindner 2004, 109f.). Demnach fokussiert der erste Schwerpunkt die Beschreibung und Einordnung von Ergebnissen einer Maßnahme mittels Qualitätsmerkmalen. Die Legitimation zielt einerseits auf wirtschaftlicher Ebene zur Begründung finanzieller Mittel, wie auch andererseits auf pädagogische Ebene zur Vergegenständlichung von Lernerfolgen. Ein dritter Funktionsbereich wird mit der Entscheidungsfindung erfüllt. Diese knüpft an den Bewertungsauftrag an, welcher bereits Feststellungen über „Erfolg“ oder „nicht-Erfolg“ trifft und in diesem Sinne zudem über Weiterführung oder Neugestaltung urteilt. Die Optimierung symbolisiert den vierten Zweck. Sie kann bei Vorliegen von Zwischenergebnissen bereits im Verlauf der Evaluation stattfinden, andernfalls nach Beendigung. Die Kontrollfunktion prüft dabei letztlich die Kompatibilität zwischen Vorhaben und Realität (vgl. ebd., 110).

In der Umsetzung eines evaluativen Vorhabens ist es unerlässlich, Ziele und Kennzeichen der zu untersuchenden Einrichtung zu präzisieren und messbar zu machen (vgl. Bortz et al. 2006, 97). Im Hinblick auf spezifische Vorgehensweisen

lassen sich weitere Einteilungen treffen. Je nach Erhebungszeitpunkt handelt es sich um eine summative oder formative Evaluationsstudie.

> *„Die summative Evaluation beurteilt zusammenfassend die Wirksamkeit einer vorgegebenen Intervention, während die formative Evaluation regelmäßig Zwischenergebnisse erstellt mit dem Ziel, die laufende Intervention zu modifizieren oder zu verbessern" (Bortz et al. 2006, 110).*

Folglich finden die Untersuchungen entweder nach Beendigung (summativ) bzw. begleitend (formativ) statt und bieten demnach unterschiedliche Anknüpfungspunkte – als Hypothesenüberprüfung oder Sammeln von Prozesswissen (vgl. Lindner 2004, 111f.; vgl. Bortz et al. 2006, 110). Als zweite Einteilung kann eine Differenzierung zwischen externer und interner Evaluation vorgenommen werden. Während bei ersterer, auch Fremdevaluation genannt, ein außenstehender Evaluator Durchführer der Untersuchung ist, handelt es sich bei einer internen, auch als Selbstevaluation bezeichnet, um einen innerbetrieblichen Evaluator (vgl. Lindner 2004, 111). Beide Formen sind kombinierbar und bieten sowohl Vor- als auch Nachteile. Externe Erheber sind zwar objektiver in Bezug auf ihre Vorgehensweise und Interpretationen, können aber auch auf Ablehnung seitens der Fachkräfte der Institution stoßen. Demgegenüber sind sicherlich sowohl die Motivation als auch die Kenntnisse über Prozessabläufe bei einem internen Evaluator höher, jedoch besteht neben der Subjektivität, die Gefahr einer sogenannten Betriebsblindheit oder auch Schönfärberei (vgl. Lindner 2004, 111; Bortz et al. 2006, 99).

Letztendlich werden durch Evaluationsprojekte zweierlei Aspekte offeriert. Lehnen jene sich an wissenschaftlichen Vorgehensweisen und Instrumenten an, ist ihre Akzeptanz daran gebunden, ob Anwendbarkeit und Praxisnähe gewährleistet ist (vgl. Vossler 2003, 94). Gerade im Bereich der Qualitätssicherung sind Evaluationen mit hoher Relevanz angesiedelt. Mit analogen Intentionen, nämlich „auf Basis von empirisch feststellbaren Sachverhalten einen Vorgang zu bewerten (summativ) oder optimaler zu gestalten (formativ)", finden sich Strukturele-

mente des Qualitätsmanagements in Evaluationsvorhaben wieder (Wottawa et al. 1998, 44). Diese Gedankengänge werden im nachstehenden Kapitel näher erläutert.

4.2. Qualitätssicherung und Dimensionen von Qualität

Die vorherigen Ausführungen beschrieben bereits den steigenden Stellenwert der Evaluation im Sinne einer Qualitätssicherung im sozialen Bereich. Gemeint sind jene „methodisch angeleiteten Verfahrensweisen, in denen Akteure in einer Organisation versuchen, Maßstäbe für die „Güte" ihres Handelns zu entwickeln, […] zu bewerten, daraus Schlussfolgerungen für eine Verbesserung [zu] entwerfen sowie Vorkehrungen zu treffen, um diese Schlussfolgerungen in ihr praktisches Handeln einfließen zu lassen" (Böttcher et al. 2010, 136). Qualität wird dabei in drei Elemente aufgeschlüsselt: die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (vgl. Heekerens 1998, 590). Die strukturelle Ebene umfasst personale, räumliche und materielle Rahmenbedingungen. Kurzum: Merkmale, welche eine Leistungserbringung überhaupt voraussetzen (vgl. Polster, 2005, 54). Auf der Prozessdimension werden die Existenz wie auch Form von Aktivitäten zentriert, die eine Zielerreichung ermöglichen. Darunter fallen demnach sämtliche Interaktionen zwischen Anbieter und Adressat bzw. innerbetriebliche Interaktionen und Handlungen (vgl. Böttcher et al. 2010, 137). An dritter Position tritt die Ergebnisqualität hinzu, welche über Erfolg oder Misserfolg bestimmt. Wesentlich ist das Maß der Zielerreichung, also der Effektivität, und die Gewichtung zwischen Aufwand und Ergebnis, folglich die Effizienz. Neben weiteren repräsentieren die beiden Schlagwörter unumgängliche Elemente im Zusammenhang mit der Ergebnisqualität (vgl. Heekerens 1998, 590). Ein Aspekt ist nur in Verbindung zum anderen in den Blick zu nehmen (vgl. Lindner 2004, 103f.). Die Differenzierung zwischen *efficacy* und *effectiveness* hat sich im Hinblick auf Wirkungsuntersuchungen in den vergangen Jahren etabliert. Während Erstere potentielle Chancen einer Maßnahme eruiert, dient Zweite einer Feststellung der Wirksamkeit

unter Praxisbedingungen (vgl. Rauer 2009, 23). Das heißt, die Frage „Wird das Richtige getan?“ ist an die Frage „Wie kann das Richtige getan werden?“ geknüpft (vgl. Lindner 2004, 104).

In der Öffentlichkeit nimmt die Ergebnisqualität mittlerweile eine primäre Position ein, obwohl alle drei Dimensionen aufeinander aufbauen und sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Böttcher et al. 2010, 137).

Zur Feststellung der Qualität kann dabei je nach Intention unterschiedlich vorgegangen werden. So kann das Ziel sein die Ökonomie der Arbeit zu überprüfen, die Klientenzufriedenheit zu betrachten oder aber die Effektivität eines Angebotes zu ermitteln. Entsprechend der jeweiligen Zielvorgaben orientiert sich die Wahl an den empirischen Methoden der Sozialwissenschaften (vgl. Polster 2008, 298). Gewöhnlich beruht die Prüfung auf einem Ist-Soll-Vergleich. Das bedeutet, es werden Standards erhoben, welche einen Erfolg abbilden sollen (Soll-Wert), die wiederum dem tatsächlichen Zustand (Ist-Wert) entgegengesetzt werden (vgl. Polster 2005, 54f.). Sicherlich ist in Bereichen der Technik oder Wirtschaft dieser Ist-Soll-Vergleich realisierbar. Doch wie ist menschliches Handeln zu standardisieren? Wie kann die Wirksamkeit einer Beratungsinstitution fassbar gemacht werden?

Um diese Fragen zu beantworten, können zwei Wege beschritten werden. Zum einen handelt es sich um eine subjektive Bewertung durch den Patienten und das Fachpersonal, zum anderen um objektive Indikatoren wie beispielsweise Kosten-Nutzen-Bilanzierungen (vgl. Mattejat et al. 1998, 2). Während objektive Beurteilungsverfahren bereits Anwendung finden, rückt die Erfassung der subjektiven Perspektive aktuell immer mehr in den Fokus.

> *„Therapie ist nicht als einseitige Einflussnahme, sondern als eine Tätigkeit im Auftrag des Patienten und seiner Angehörigen aufzufassen“ (Mattejat et al. 1998, 2).*

Sich von einem paternalistischen Behandlungskonzept abgrenzend, gewinnt das subjektive Erleben von therapeutischen Maßnahmen an Bedeutung (vgl. ebd.).

Beratungen oder Therapien werden als wirksam eingeschätzt, wenn sie ihren Klienten eine Ressourcenerweiterung und Problembewältigung ermöglichen bzw. Strategien für jene vermitteln (vgl. Meyle 2000, 389). Die Relevanz der Adressatensicht bei der Qualitätsbewertung sorgt jedoch für Diskussionen. Denn zu erwägen ist, dass mit der Klientenbefragung ein Kriterium gemessen wird, welches objektive Veränderungen unter Umständen ignoriert (vgl. Lindner 2004, 31). Mattejat et al. (1998) geben zu bedenken, dass oft sehr hohe Diskrepanzen zwischen den Beurteilungen der Klienten und der Fachkräfte auszumachen sind. Hintergrund hierzu besteht in unterschiedlich angewandten Kriterien, die als Erfolgsmaßstäbe gesetzt werden wie beispielsweise Symptomverbesserung einerseits und Beziehung oder Vertrauen zum Berater andererseits (vgl. Mattejat et al. 1998, 14). Dies ist jedoch nicht mit einer unangemessenen Methodik gleichzusetzen. Im Gegenteil: Objektive und subjektive Einschätzungen müssen nicht korrelieren. Beide Formen stellen einen essentiellen Bestandteil einer empirischen Bewertung dar und sind demnach zu kombinieren (vgl. ebd., 5).

4.3. Einordnung des geplanten Evaluationsvorhabens

Inwieweit ist nun die vorliegende Evaluation anhand der theoretischen Ausführungen einzuordnen? Der Auftrag ergab sich im Rahmen einer vorherig anzufertigenden Studienarbeit. Der Wunsch, der in der „SBA Hamburg und Stormarn" tätigen Beraterinnen, bestand darin, zu überprüfen, ob ihre Arbeit als effektiv gesehen werden kann. In der Folge schien die Konzeption eines Fragebogens für ehemalige Klienten zur Erhebung der Behandlungswirksamkeit am geeignetsten. Durch die zuvor fertiggestellte Studienarbeit war bereits ein Einblick in Evaluationsdesigns gegeben. Bei der Auseinandersetzung mit einem adäquaten Erhebungsinstrument fiel die Entscheidung letztlich auf den von Mattejat & Remschmidt entwickelten „Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung" (FBB; 1998). Der große Vorteil dieses Evaluationsinstrumentes ergibt sich aus der allgemeinen Anwendbarkeit. Ebenso begünstigt die Verwendung eines standardi-

sierten Fragebogens wie auch die Auswertung mit Hilfe statistischer Verfahren zur Datenanalyse das Maß an Wissenschaftlichkeit.

Die Erhebung ist als externe, summative Evaluation einzuordnen, da ausschließlich beendete Klientenfamilien angeschrieben wurden und die Auswertung und Datenanalyse durch mich als externe Erheberin durchgeführt wurde.

So offeriert der FBB die Möglichkeit, qualitative Elemente auf unterschiedlichen Dimensionen zu eruieren. Gemeint ist der Erfolg in Bezug auf den Patienten (und somit das Kind selbst), der Familie wie auch der Prozessqualität (vgl. Mattejat et al. 1998, 5). Auf eine detailliertere Darstellung des FBB wird in Kapitel 5 nochmals eingegangen. Vielmehr sei darauf hingewiesen, dass es sich um eine Beurteilung durch den Klienten handelt. Folglich bietet sich die Chance, das Erleben der Behandlung aus „Kundensicht" zu betrachten, um mögliche Aussagen über die Prozess- wie auch Ergebnisqualität zu erhalten. Da dies jedoch nur eine grobe Aussage darstellt, werden im Folgenden die Zielformulierungen expliziert.

4.3.1. Zieldefinition

An diesem Punkt richtet sich das Augenmerk auf die nachdrücklich erhobenen Ansprüche eines Evaluationsvorhabens: die Definition der Leistungen. Welche Ziele werden durch die SBA verfolgt und welche sich daraus ergebenen Kennzeichen gilt es zu überprüfen? Wie bereits mehrmals angedeutet, handelt es sich um eine Wirksamkeitsuntersuchung sowie eine Erhebung der Klientenbeurteilung. Jedoch war vorab klar zu präzisieren, an welchen Kriterien jene gemessen wird und inwieweit diese als Wirksamkeitsmerkmale tituliert werden können.

Im Teil 2.4. der vorliegenden Arbeit fand eine Darstellung der Beratungsanforderungen statt. Fünf Elemente seien aus daraus herausgegriffen: das Wissen über kindliche Entwicklungsphasen, erzieherische Handlungsoptionen, der Alltagstransfer, der Aufbau eines sozialen Netzwerkes wie auch als Basis eine ent-

sprechend empathisch, wertschätzende Beziehung zwischen Krisenbegleiter und Klient.

Kapitel 3.2.2. fasst die von konzeptioneller Seite der SBA gesetzten Ziele ihrer Arbeit zusammen. Sieben Punkte lassen sich entnehmen: der Stressabbau und die Krisenbewältigung innerhalb der Familie, die Symptomverbesserung, Gewaltprophylaxe, Prävention von möglichen Spätfolgen, Entwicklung einer positiven Elternschaft mit adaptiven Handlungskompetenzen und Unterstützungsangeboten. Die beiden letztgenannten Komponenten finden sich sowohl im Kapitel 2.4. als auch 3.2.2. wieder. Kapitel 5.3.1. expliziert die Konstruktion des Fragebogens und gewährleistet einen Einblick in die getroffenen Formulierungen, mit denen das Zielerreichen geprüft wird.

5. Fragebogenkonstruktion

In diesem Kapitel findet eine Darstellung des Evaluationsprozesses statt. Wie bereits mehrfach erwähnt, bestand von Seiten der SBA-Mitarbeiterinnen der Wunsch ein Feedback über ihre Arbeit zu erhalten. Demnach stellte sich die Frage nach einem geeigneten Instrument, mit dem eben jenes Bestreben realisiert werden könne. Recht schnell fiel die Entscheidung zugunsten eines Fragebogens als geeignetes Erhebungsinstrument. Als Begründung ist zum einen die geplante Stichprobengröße (Ausgangsüberlegungen grenzten eine Größe von 70-100 Klienten ein) und zum anderen die Absicht, den Beteiligungsaufwand so gering wie möglich zu halten, um den Rücklauf zu maximieren.

Daher werden Auswahl und Konzeption des Fragebogens wie auch Erhebungszeitraum nunmehr näher erläutert.

5.1. Fragebogenauswahl

Sicher, die Messung einer Behandlungsbeurteilung und eine Wirksamkeitsüberprüfung stellen sich als diffizil dar. Je nach Therapieschule finden unterschiedliche Messmethoden Anwendung (vgl. Nitsch 1999, 203). Der „Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung“ von Mattejat & Remschmidt (1998) wurde als geeignetes Instrument bestimmt. Sowohl die Länge von 21 Items als auch die allgemeingültige, ansatzunabhängige Anwendbarkeit stützen die Wahl. Aufbau und Inhalt werden nachstehend dargestellt.

5.1.1. Der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung

Als Evaluationsinstrument fungiert der „Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung“ zur Erhebung der subjektiv wahrgenommen Qualität und ist innerhalb der Bundesrepublik das erste Messinstrument dieser Art (vgl. Mattejat et al.

1998, 4). Doch so essentiell die Frage nach dem Erleben bestimmter Behandlungsaspekte sein mag, ist es dennoch ein Anliegen der Autoren, objektive Indikatoren in die Erhebung mit einfließen zu lassen, um die Beurteilung empirisch zu stützen (vgl. ebd., 2; 5). Da der Bogen in drei Versionen ausgearbeitet ist (für den Patienten, dessen Eltern und den behandelnden Therapeuten), offeriert er zudem die Möglichkeit des perspektivischen Vergleichs[44] (vgl. ebd., 5).

Die Items der Elternversion sind auf einer fünfstufigen Skala einordbar, angefangen bei dem Wert null für *stimmt überhaupt nicht* bis hin zu dem Wert vier für *stimmt ganz genau*. Die Beantwortung der Fragen ergibt sich durch Ankreuzen der einzelnen Antwortmöglichkeiten. Hierdurch soll der Grad der Zustimmung bzw. die Zufriedenheit mit dem jeweiligen Behandlungsaspekt verdeutlicht werden. Eine Faktorenanalyse identifizierte unterschiedliche Skalen, welche einen Bezug zu qualitativen Aspekten des Prozesses und des Ergebnisses innehaben (vgl. ebd., 6). Skala 1 gibt demnach Auskunft über den *Erfolg der Behandlung*, wohingegen Skala 2 den *Verlauf der Behandlung* einstuft. Eine Übersicht, in der die Items „ihrer" Skala zugeordnet werden, ist in Tabelle 14, Seite 122 vorzufinden. Überdies lässt sich durch Aufsummierung der einzelnen Skalenwerte ein Gesamtwert der Zufriedenheit errechnen. Umso höher jener angesiedelt ist, desto positiver wird die Behandlung bewertet[45] (vgl. ebd., f.).

> *„Da der FBB möglichst breit anwendbar sein soll, wird in ihm nur auf solche Aspekte eingegangen, die in unterschiedlichen Settings und Modalitäten von Bedeutung sind" (ebd., 13).*

---

44 Die Patientenversion ist für Kinder ab dem 12. Lebensjahr ausgelegt und entfällt somit als Einbezug in das vorliegende Evaluationsvorhaben. In gleicher Weise wird von der Therapeutenversion kein Gebrauch gemacht, da die Mitarbeiterinnen der SBA nicht gewährleisten können, einzelne abgeschlossene Fälle reliabel zu evaluieren. Die Elternversion wurde demgegenüber in die Fragebogenerhebung integriert.

45 Tabelle 15, Seite 123 verweist auf eine Interpretationshilfe je nach Wertebereich.

Folglich wird von spezifischen Kriterien innerhalb der standardisierten Evaluation abgesehen, wonach eine Erweiterung des FBB durch zusätzliche Aspekte sinnvoll erscheint. Mögliche interessante Fragestellungen, die in der vorliegenden Erhebung auftauchen sollten, wurden in einer Mitarbeiterbefragung zusammengetragen. Deren Ergebnisse sind im Folgenden dargelegt.

5.1.2. Mitarbeiterbefragung

Nachdem bereits im Vorfeld ein anregender Austausch bezüglich relevanter und interessanter Fragestellungen zwischen den Mitarbeiterinnen der SBA Hamburg und Stormarn und meiner Person stattfand, kamen wir Mitte Oktober 2012 nochmalig zu einem abschließenden Kolloquium zusammen. Das Ziel dieses Treffens bestand darin, den standardisierten FBB mit spezifischen, auf die SBA zutreffenden Kriterien zu ergänzen. Zu den anwesenden Personen zählte zudem eine derzeitige Hochschulpraktikantin, welche weitere Ideen mit einbrachte. Relativ schnell wurde deutlich, dass Angaben zur Familie als Basis in die Fragebogenerhebung mit einfließen sollten. Dahingehend wurden sozio-demografische Merkmale formuliert. Es war notwendig, einige Ausdrucksweisen an die Gegebenheiten der SBA anzupassen, wie die Einführung des Wortes „Krisenbegleiterin“ (KB). Weiterhin orientierten sich die Antwortmöglichkeiten an den Angebotsoptionen, die die Einrichtung zur Verfügung stellt. Die Punkte Telefonberatung, Stillhilfe wie auch die Option der Nutzung weiterer Unterstützungsmöglichkeiten wurden mit einbezogen. Fragen im Hinblick auf das Erleben der Schwangerschaft und Geburt wurden ebenso als Wünsche der KB geäußert.

Zudem reflektierten wir über die einzelnen Zielvorstellungen der Krisenbegleitung und der Erhebung. Die zentrale Frage lautete demzufolge: Bezüglich welcher Aspekte ist Feedback erwünscht? Die Überlegungen seitens der SBA-Mitarbeiterinnen deckten sich mit den konzeptionell festgehaltenen Zielformulierungen. Anders formuliert: Das primäre Anliegen besteht in einer Überprü-

fung des Zielerreichens. Demnach greift das folgende Unterkapitel auf, mit welchem Item das Erreichen welchen Zieles anstrebt wird.

5.1.3. Konstruktion des Evaluationsinstruments

Die Konstruktion des Fragebogens gestaltete sich als mehrstufiger Prozess, der von mir durchgeführt wurde. Die endgültige Fassung ist im Anhang beigefügt. Bis auf kleinere sprachliche Umformulierungen wurde in jene die Elternversion des FBB vollständig übernommen. Unter der Prämisse, den Entstehungsprozess möglichst transparent darzustellen, werden innerhalb dieses Unterkapitels Überlegungen zu einzelnen Items erläutert.

Um grundlegende Daten über die Klientenfamilie zu erhalten, jedoch gleichzeitig deren Anonymität zu wahren, entschloss ich mich, nach dem Alter der Eltern, des Kindes, dessen Geburtsrang und Geschlecht zu fragen. Die Daten liegen (bis auf die Angabe des Geburtsranges, welche aufgenommen wurde, um die fachliterarische Hypothese der vorrangig Erstgebärenden als Betroffene zu prüfen) bereits in Form einer seit 2009 durchgeführten internen Statistik vor, wodurch ein Vergleich zu Vorjahren möglich ist. Dies bedeutet, dass Bildungsniveau oder auch Migrationshintergründe nicht abgefragt wurden, da beide Aspekte letztlich in dieser Evaluation als nicht relevant angesehen werden. Mein persönlicher Wunsch bestand in der Frage nach der Terminanzahl wie auch des Zeitraumes (siehe Item 1 und 4), damit auch eventuelle Abhängigkeiten jener zur Beurteilung der Behandlung eruiert werden können. Zwar lagen auch hinsichtlich der Häufigkeit einmaliger Termine Daten vor, jedoch ohne Begründung oder weiteren Ausführungen.

Hieran anknüpfend beziehen sich die Items 3 und 5, welche den Therapieabschluss fokussieren. Letzteres offeriert neben vorgegebenen Alternativen zur Beantwortung zudem eine offene Antwortmöglichkeit, wodurch gegebenenfalls nicht bedachte Gründe mit erfasst werden sollen.

Um Erkenntnisse über den allgemeinen Bekanntheitsgrad der Einrichtung zu erlangen, spricht Item 6 Informationsquellen an, durch die die Familien auf die SBA aufmerksam geworden sein können. Auch hier werden Antwortkategorien vorgegeben, sodass sich die Vergleichbarkeit optimaler gestaltet.

Item 7 symbolisiert selbstredend eine grundlegende Information. Sowohl für die einrichtungsinterne Statistik als auch für eine Gegenüberstellung zur Fachliteratur stellt die Indikation einen wichtigen Punkt dar. Allerdings belaufen sich die vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten ausschließlich auf die Regulationsstörungen wie auch etwas allgemeiner auf *Unsicherheiten im Umgang mit dem Kind*, da keine zu hohe Anzahl an „Störungen" Irrtümer oder Mehrdeutigkeiten verursachen sollen. Hingegen schien die Option zur Mehrfachnennung als auch eine zusätzliche offene Antwortmöglichkeit durchaus sinnvoll.

Mit den Worten *„Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen und Aussagen immer einen Wert auf der Skala 0 bis 4 an."* erfolgte eine Überleitung zum anschließenden Fragebogenteil. Je nach dem Ausmaß an Zustimmung kreuzten die Eltern einen Wert an. Je höher dieser angesiedelt ist, desto mehr bestätigen sie das Item. Hohe Werte repräsentieren zudem in der Regel einen positiven Zustand.

Ferner bestand der Wunsch der KB darin, Informationen über die Schwangerschaft und Geburt zu erhalten. Die Items 8 bis 11 kommen diesem nach. Hierin wurde die Unterscheidung zwischen physischen und psychischen Empfinden bewusst gewählt, um ein differenzierteres Bild zu erhalten. Für den Fall, dass Väter oder Pflegeeltern den Bogen ausfüllen, ist die Anmerkung „nicht zutreffend" vorgesehen.

Die Fragen 12 und 13 bezüglich des wahrgenommenen Belastungsempfindens veranlassen zu einer ersten Einschätzung der Behandlungsentwicklung. Zum einen liefern sie Erkenntnisse über das Ausmaß der Belastung *vor* der Intervention, zum anderen zeigen sie Einsichten in das Ausmaß der Fortentwicklung. Mit

anderen Worten: Hat sich viel verändert oder ist der Veränderungsgrad eher gering? Weisen die Tendenzen in eine positive oder eher negative Richtung?

Auch mit den sich anschließenden Fragen 14, 17 und 18 werden Effektivitätsaussagen angedeutet. Jedoch wird kein Vergleich zur Ausgangslage erfasst, sondern wie bei Item 14 nach einer sichereren Umgangsweise mit dem Kind nach Behandlungsabschluss gefragt. Dies setzt zweifellos voraus, dass der Umgang ursprünglich unsicher bzw. weniger sicher war, wovon an dieser Stelle jedoch ausgegangen wird. Die Items 17 und 18 nehmen Bezug zur Symptomatik. Persönlich war es mir sehr wichtig darauf einzugehen, worauf die Eltern mögliche Veränderungen zurückführen. Für den Fall eines Wiederauftretens der Problematik, geben die Antwortmöglichkeiten mehrere Optionen zum Umgang damit vor. Schließlich stellt ein „Misserfolg" bezogen auf die kindlichen Symptome nicht zwangsläufig einen „Misserfolg" der Behandlung dar.

Da ein essentielles Ziel der Krisenintervention die Gewaltprophylaxe darstellt, wurde der Versuch unternommen, ein entsprechendes Item zu formulieren, welches das Erreichen überprüfbar macht (siehe Item 15). Empfehlungen aus der Fachliteratur geben an, schwierige Items eher im Mittelfeld einer Befragung aufzuführen. Hieran orientierte ich mich bei der Positionierung dieser Frage und wählte den Wortlaut: *„Ohne die Unterstützung in der SchreiBabyAmbulanz wäre die Situation vermutlich eskaliert."* Die Beantwortung erfordert durch die negative Formulierung eine Umpolung der Werte.

Wie im Kapitel 2.4 beschrieben, repräsentiert nach Tschöpe-Scheffler (2005) das Wissen über die kindliche Entwicklung einen Bereich, in dem von elterlicher Seite Informationsbedarf besteht. Item 16 nimmt diesen Gedankengang auf und fragt nach dem Grad der Klärung relevanter Fragen.

Die Fragen 19 bis 39 beinhalten die Items der Elternversion aus dem FBB. Somit sind neben den 21 FBB-Fragen 18 spezifische, auf die SBA Hamburg und Stormarn zugeschnittene Items hinzugefügt. Aufgrund der darin bereits vorgenom-

menen fünfstufigen Skalierung wurden die eigens konstruierten Items entsprechend analog angepasst.

Als Abschluss folgt eine offene Frage im Hinblick auf freie Äußerungen seitens der Eltern.

Letzte Abänderungen des Fragebogens ergaben sich aus nochmaligen Rücksprachen. Mögliche Doppeldeutigkeiten oder irreführende Formulierungen sollten behoben, Hervorhebungen einzelner Wortlaute eingebaut und ein Anschreiben wie auch ein Einleitungstext an die Eltern verfasst werden, welches im Anhang A 4 beigefügt ist. Bezüglich des Anschreibens wurde insbesondere darauf Wert gelegt, die Eltern über Sinn und Zweck der Befragung aufzuklären. Die Angabe der zeitlichen Bearbeitungsdauer, die Zusicherung der vertraulichen Behandlung der gewonnen Daten wie auch ein positiv, motivierender Abschlusssatz symbolisierten ebenso belangvolle Aspekte.

In der nachstehende Tabelle 1, Seite 64 wurden den Erhebungsschwerpunkten die jeweiligen Items zugeordnet. Hierin spiegeln sich gleichzeitig die Behandlungsziele und Prämissen wider, wie sie aus den Kapiteln 2.4. und 3.2.2. hervorgehen. Deren wiederholte Aufführung dient somit einer möglichst transparenten Darstellung. Die Skalen *Verlauf* und *Erfolg der Behandlung* repräsentieren die nach Mattejat et al. (1998) faktorenanalytisch gewonnenen Dimensionen (vgl. Mattejat et al. 1998, 6). Daher sind die Skalen *statistische Daten der Klientenstichprobe, statistische Daten hinsichtlich der Krisenintervention, Beziehungsgestaltung*, *Symptomverbesserung* wie auch *positive Elternschaft* als Subskalen anzusehen.

Tabelle 1: Kernbereiche der Fragebogenerhebung

Kernbereiche des Fragebogens	**Itemnummer (s. Fragebogen)**
Statistische Daten der Klientenstichprobe	s. „Angaben zur Familie“, 7, 8, 9, 10, 11
Statistische Daten hinsichtlich der Krisenintervention	1, 2, 3, 4, 5, 6
Beziehungsgestaltung zwischen KB und Klient	20, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31
Symptomverbesserung	17, 18, 19, 35
positive Elternschaft	12/13, 15, 16, 14
Erfolg der Behandlung (nach FBB)	19, 23, 30, 35, 36, 37, 38
Verlauf der Behandlung (nach FBB)	20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 39

Quelle: Eigene Darstellung

5.2. Weitere Fragestellungen

Zusätzliche Fragestellungen ergaben sich im Verlauf der Fragebogenkonstruktion. Durch die gemeinsame Sammlung interessanter Erhebungsaspekte und der daran anknüpfenden Itemformulierung kristallisierten sich gleichzeitig Thesen heraus. Gemeint sind offene Mutmaßungen im Hinblick auf Zusammenhänge zwischen dem Maß der Behandlungszufriedenheit und

- der Anzahl der Termine,
- dem Zeitraum, in welchem die Behandlung stattfand, sowie
- der indikativen Symptomatik.

Wenngleich die Liste an explorativen Zusammenhängen fortgeführt werden kann und weitere auch durchaus von hohem Interesse sind, beschränkt sich deren Untersuchung aufgrund des Umfangs und der Realisierbarkeit auf die drei genannten.

6. Datenerhebung

Die Datenerhebung wurde für die 44. und 45. KW des Jahres 2012 geplant und durch die KB durchgeführt. Die Absicht war, die Erhebung aufgrund der anstehenden Festtage nicht zu weit ans Jahresende zu legen. Im Folgenden wird der Prozess der Datenerhebung näher erläutert.

6.1. Stichprobe

Bei den angeschriebenen Klienten handelt es sich um alle Familien, die ab August 2011 die SBA mindestens einmalig aufsuchten. Insgesamt ergab sich daraus eine Stichprobengröße von 85 Familien, die diese Voraussetzungen erfüllten und deren Kontaktdaten vorlagen. Bei der Versendung der Fragebögen war ein frankierter sowie adressierter Briefumschlag mit enthalten, um die Rücklaufquote möglichst hoch zu halten.

Wie aus dem Anschreiben an die Eltern zu vernehmen ist, wurden jene gebeten, innerhalb von zwei Wochen den Bogen zurückzusenden. Die eingeplante Wartezeit für den Rücklauf belief sich allerdings auf drei Wochen, um auch verspätete Antworten in die Datenauswertung mit einbeziehen zu können.

6.2. Verschickung der Fragebögen und Rücklauf

Wie bereits erwähnt erfolgte bis Ende der 45. KW die Verschickung aller 85 Fragebögen an die Familien. Diese ging aus Gründen des Datenschutzes von den Mitarbeiterinnen der SBA aus. Als Rücksendeadresse war meine persönliche angegeben, was in dem Anschreiben an die Eltern jedoch erläutert ist.

Von jenen konnten 36 Antworten in die Untersuchung einfließen. Ein Brief war unzustellbar. Somit handelt es sich um eine Rücklaufquote von 42 Prozent. Die Datenaufnahme endete am 03. Dezember 2012.

7. Datenauswertung

Die Auswertung aller erhaltenen Fragebögen erfolgte mit Hilfe des Statistikprogrammes SPSS 16.0 (2008). Bei der Konstruktion der Tabellen und Diagramme orientierte ich mich an den Darstellungen der SPSS-Ausgabe. Lediglich die Analyse der offenen Antworten erfolge unter Anwendung des Excel-Programmes.

Die Items für die statistische Datenerfassung hinsichtlich der Stichprobe wie auch Behandlung setzen nominale Skalenniveaus voraus. Der integrierte Fragebogenteil des FBB und die übrigen Skalierungsfragen stellen demgegenüber ordinale Messniveaus dar. Die Analyse umfasste Aspekte der deskriptiven Statistik. Jedes Item wurde hinsichtlich seiner Häufigkeitsverteilung, des Mittelwertes (M) und der Standardabweichung (SD) untersucht. Weitere angewandte Berechnungsverfahren sind: Reliabilitätsuntersuchungen, Rangkorrelations- und Korrelationsberechnung nach Spearman und Pearson und der T-Test für gepaarte Stichproben. Je nach Item wurden diese Aspekte analysiert und sind im Folgenden vermerkt. Die Auswertung der FBB-Daten ergibt sich in Anlehnung an den im Manual vorgegebenen Leitfaden, fand allerdings ebenfalls unter Zuziehen von SPSS statt, um eine einheitliche Arbeitsweise zu gewährleisten (vgl. Mattejat et al., 1998).

8. Ergebnisdarstellung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Erhebung näher expliziert. Deren Darstellung orientiert sich an der im Kapitel 5.1.3. aufgeführten Tabelle 1, Seite 64 und wird nach kurzem Zusammentragen resümiert und darauf folgend inhaltlich diskutiert. Die Analyse bezüglich der explorativen Zusammenhänge erfolgt im Anschluss. Ausgewählt sind Aspekte, die innerhalb Kapitel 5.2. erwähnt werden.

8.1. Statistische Daten der Klientenstichprobe

Zunächst ist die Untersuchungsgruppe näher zu beschreiben. Die Angaben sind aus dem ersten Abschnitt des Fragebogens (Angaben zur Familie) wie auch Item 7 (Beratungsanlass) und 8 bis 11 (Fragen zu Schwangerschaft und Geburt) zu entnehmen.

Alter der Eltern

Die Altersverteilung der Mütter variiert zwischen einem Minimum von 23 Jahren und einem Maximum von 44 Jahren. Das Durchschnittsalter beträgt dabei 33 Jahre (Mittelwert M=33,42; Standardabweichung SD=5,14; vgl. Tabelle 16, Seite 123). Dieses ist mit 37 Jahren auf väterlicher Seite höher angesiedelt, wobei die Spannweite von 26 Jahren bis 61 Jahren deutlich größer ist (M=37,11; SD=6,95; vgl. Tabelle 17, Seite 124).

Angaben zum Kind

Die Klassifikation des Kindesalters gliedert sich in die Bereiche erstes (0 bis 12 Monate), zweites (13 bis 24 Monate) und drittes Lebensjahr (25 bis 36 Monate) auf. Tabelle 2, Seite 68 verdeutlicht die Altersverteilung der angemeldeten Kinder (M=1,36; SD=.59).

Tabelle 2: Lebensjahr des Kindes

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	erstes Lebensjahr	25	69,4	69,4	69,4
	zweites Lebensjahr	9	25,0	25,0	94,4
	drittes Lebensjahr	2	5,6	5,6	100,0
	Gesamt	36	100,0	100,0	

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Betrachtet man die Geschlechterverteilung (n=35), lässt sich eine Mehrzahl an Jungen feststellen. Diese sind innerhalb der Stichprobe mit 71,4 Prozent gegenüber den Mädchen mit 28,6 Prozent öfter vertreten (vgl. Tabelle 18, Seite 124).

Eine weitere Gewichtung ist ebenso im Hinblick auf den Geburtsrang zu beobachten. In der aufgeführten Tabelle 3 sind die Daten ersichtlich. Mit 58 Prozent haben demnach Familien mit Erstgeborenen die SBA aufgesucht.

Tabelle 3: Geburtsrang des Kindes

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	21	58,3	58,3	58,3
	2	13	36,1	36,1	94,4
	3	2	5,6	5,6	100,0
	Gesamt	36	100,0	100,0	

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Anlass der Beratung

Das Item 7 fokussiert den Anlass, mit welchem die Eltern die SBA aufsuchten. Zur Auswahl standen vier vorgegebene Antwortmöglichkeiten sowie eine offene Nennung. Das Item war mit dem Hinweis *Mehrfachnennung möglich* versehen.

Eine isolierte Einzelproblematik wurde in 17 Fällen benannt. Davon handelt es sich elfmalig um Schlafprobleme, fünfmalig um exzessives Schreien und einmalig um Unsicherheiten im Umgang mit dem Kind. Insgesamt 14 Familien kreuzten zwei Problematiken an. Davon beliefen sich 13 Fälle auf das Auftreten von Schlafschwierigkeiten und exzessivem Schreien, eine Familie gab exzessives Schreien und Fütter-/ Essprobleme an. Hinzukommen vier Bögen, in denen drei Beratungsanlässe vermerkt wurden (ein Fall mit Schreien, Schlafproblemen wie auch Fütter-/ Essschwierigkeiten, zwei Fälle mit Schreien, Schlafproblemen und Unsicherheiten im Umgang mit dem Kind).

Wie aus der unten stehenden Tabelle 4 kenntlich wird, symbolisieren Schlafstörungen auch unter den Nennungen im Gesamten die häufigste Indikation (die Anzahl der Antwortgaben beläuft sich auf n=35). An sekundäre Stelle tritt das exzessive Schreien. Deutlich seltener nehmen Unsicherheiten im Umgang mit dem Kind die dritte Position ein. Fütter- und Essprobleme wurden lediglich in einem Fall geäußert. Als offene Antwort ist einmalig der Anlass „extreme Verlustängste“ benannt.

Tabelle 4: Häufigkeiten des Beratungsanlasses

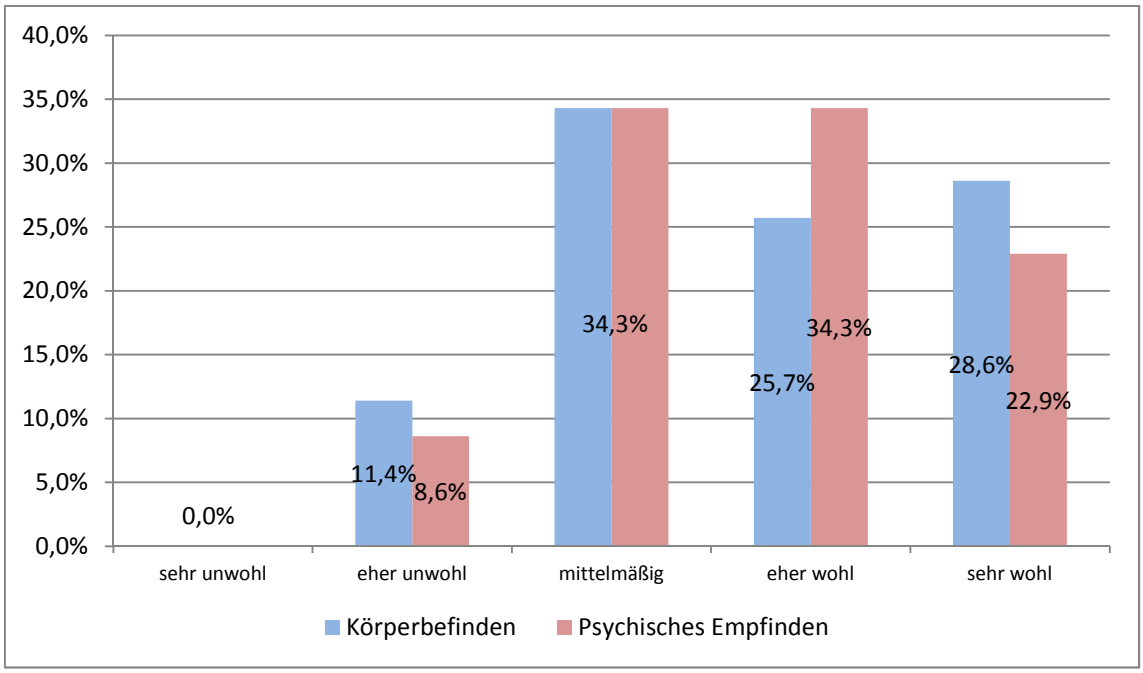
		Antworten		
		N	Prozent	Prozent der Fälle
Anlass	Schreien	23	40,4	65,7
	Schlafprobleme	28	49,1	80,0
	Fütter-/ Essproblem	1	1,8	2,9
	Unsicherheiten im Umgang	4	7,0	11,4
	Anderes	1	1,8	2,9
	Gesamt	57	100,0	162,9

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Schwangerschaft und Geburt des Indexkindes

Die Items 8 bis 11 fokussierten die Themenbereiche Schwangerschaft und Geburt. Auf einer fünfstufigen Skala sollten die Klienten den Grad zwischen Unwohl/Unangenehm und Wohlsein/Angenehm einordnen. Für Väter oder nicht leibliche Erziehungsberechtigte bestand die Möglichkeit das Feld *„nicht zutreffend"* anzukreuzen. Die Abbildung 1 und Abbildung 2, Seite 71 veranschaulichen die Ergebnisse.

Abbildung 1: Befindlichkeit während der Schwangerschaft

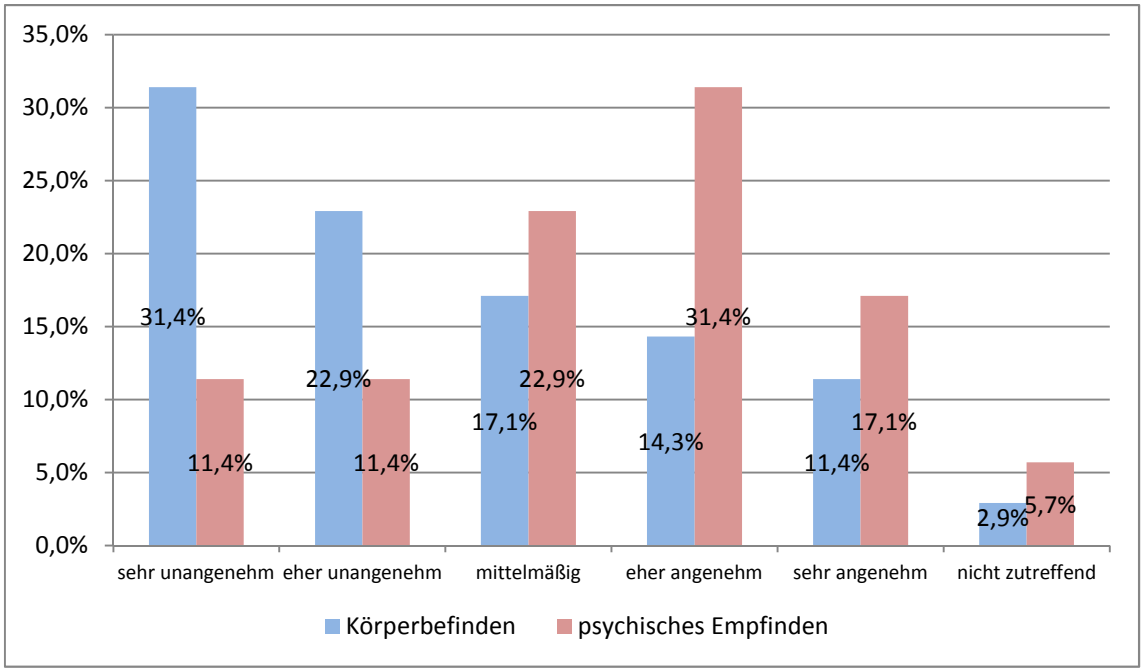


Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Zusammengefasst tendieren die Antworten vorrangig in Richtung eines „mittelmäßigen" Empfindens der Schwangerschaft (n=35; M=2,71; $SD_{körp}$ =1,02; SD_{psych}=.93). Wenn auch unter den Skalenwerten die Antwortanzahl leicht variiert, weist der gleichbleibende Mittelwert auf ein annähernd übereinstimmendes physisches und psychisches Befinden hin. Keine der Mütter fühlte sich während der Schwangerschaft sehr unwohl.

Betrachtet man demgegenüber jedoch die Geburt selbst, wird deutlich, dass sich körperliches und emotionales Empfinden durchaus unterscheiden. Tendenziell neigen die Antworten bezogen auf die physische Ebene in den „unangenehmen"-Skalenbereich ($M_{körp}$=1,7; $SD_{körp}$=1,9). Die Werte hinsichtlich der psychischen Ebene lassen ein eher angenehmes Empfinden während der Geburt vermuten (M_{psych}=2,7; SD_{psych}=2). Ebenso wurden merklich mehr Randskalenwerte angekreuzt. Zwei der elf Frauen, die die Kategorie „sehr unangenehmes körperliches Befinden" wählten, gaben die zusätzliches Information an, dass es sich um Zwillinge handelte sowie einen Not-Kaiserschnitt. Eine Frau befand sich während des Ausfüllens noch in der Schwangerschaft, wodurch die Items für sie *nicht zutreffend* waren.

Abbildung 2: Erleben der Geburt



Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Zusammenfassend ist festzuhalten: Die Mütter sind im Durchschnitt 33 Jahre alt. Bei den Vätern ist das Durchschnittsalter bei 37 Jahren lokalisiert. Am häufigsten wurden Kinder innerhalb ihres ersten Lebensjahres vorgestellt. Zudem ist eine

Mehrheit bei den Jungen zu vernehmen. In mehr als der Hälfte der Fälle kamen die Familien mit ihrem Erstgeborenen in die SBA.

Vergleicht man die Ergebnisse der Erhebung mit der Fachliteratur, belegen diese tatsächlich eine Gewichtung auf Familien mit Erstgeborenen. Wenngleich die Annahme, Jungen wären häufiger betroffen, wissenschaftlich unbestätigt ist, ist hier eine Häufung seitens des männlichen Geschlechts zu vernehmen (vgl. Wollwerth de Chuquisengo et al. 2005, 40f.). Die Resultate bezüglich des Alters und Geschlechts des Kindes sind mit den Daten der internen SBA-Statistik vergleichbar, wobei die Geschlechterverteilung bei dieser Stichprobe deutlicher vorzufinden ist. Auch bezogen auf das Alter der Eltern lokalisiert sich jenes primär in der gleichen Altersklasse wie in den Vorjahren, nämlich zwischen 31 bis 40 Jahren.

Hinsichtlich des Beratungsanlasses tritt die Schlafstörung als häufigste Indikation, sowohl einzeln als auch in Verbindung mit einem weiteren Problem (insbesondere Schreien), auf. An sekundärer Stelle nennen die Klienten das Schreien des Kindes. Dritthäufigsten Anlass symbolisieren Unsicherheiten im Umgang mit dem Kind. Die Verteilung der Anlassproblematik in Abhängigkeit des Geschlechts weist keine Korrelation auf (Tabelle 21, Seite 125). Demzufolge ist die Schlafstörung nicht nur zu den häufigsten Anlässen pädiatrischer Beratungen zu zählen als auch seit 2009 am meisten in der SBA vertreten. Die Erhebungsdaten bestätigen zudem die vielfache Kombination zwischen Schlafschwierigkeiten und exzessivem Schreien, wie sie fachliterarisch dargestellt wird (vgl. Ziegler et al. 2010, 126, 128). Oftmals berichtete Gefahren der Verunsicherungen finden sich ebenfalls in den Empfindungen der SBA-Klienten wieder. Von Fütterschwierigkeiten ist jedoch lediglich ein Fall vertreten. Demzufolge kann innerhalb der Stichprobe die Aussage von Hofackers, jedes dritte Elternpaar nehme dies wahr, nicht bestätigt werden (vgl. von Hofacker 2010, 176).

Das Schwangerschaftserleben wird sowohl körperlich als auch psychisch als tendenziell eher angenehm empfunden. Demgegenüber deuten die Ergebnisse be-

zogen auf die Geburt auf ein sehr unangenehmes körperliches Erlebnis hin. Inwieweit dieses als traumatisch oder auch statistisch relevant gesehen werden kann, kann an dieser Stelle allerdings nicht beurteilt werden. Es ist aber sehr interessant, dass knapp ein Drittel der Mütter den „negativsten" Skalenwert ankreuzten. Insofern sei dieser Punkt zumindest nicht als unwesentlich zu bewerten, da prä- wie auch perinatale Schwierigkeiten Selbst- und Co-Regulationskompetenzen einschränken können.

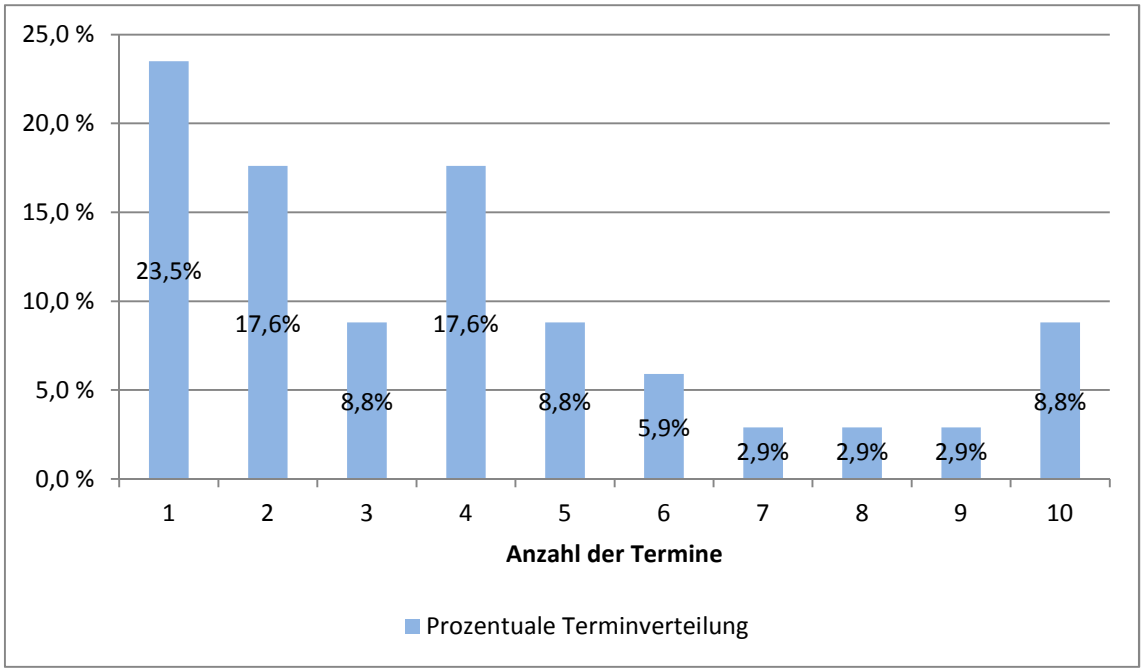
8.2. Statistische Daten hinsichtlich der Krisenintervention

Als zweiten Kernbereich der Erhebung sind Angaben im Hinblick auf die erfolgte Behandlung zu nennen.

Terminanzahl und Zeitraum der Krisenintervention

Die ermittelte Anzahl an persönlichen Gesprächen zwischen Eltern und den KB ergibt sich aus einer Stichprobengröße von n=34 (M=3,94, SD=2,85). In zwei Fällen wurde dieser Punkt nicht beantwortet. Wie aus Abbildung 3, Seite 74 ersichtlich wird, haben die Familien am häufigsten einen persönlichen Beratungstermin, im Durchschnitt allerdings vier Termine wahrgenommen. Die Inanspruchnahme der Telefonberatung liegt mit etwa 70 Prozent deutlich über der Hälfte der 36 Klienten, die sich zu dieser Frage äußerten (vgl. Tabelle 19, Seite 124).

Abbildung 3: Häufigkeitsverteilung der Terminanzahl



Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Weiterhin konnte in 25 Fällen der Zeitpunkt der Intervention eruiert werden. Die offenen Beantwortungen zu diesem Item sind in drei Bereiche klassifiziert. Danach ist ermittelbar, ob die Krisenintervention im Jahr 2011 stattfand, im ersten Halbjahr 2012 oder aber im zweiten Halbjahr 2012. Die Ergebnisse zeigen eine Verteilung in nahezu gleiche Teile (vgl. Tabelle 20, Seite 125).

Gründe für Einzeltermin

Wie bereits erwähnt, nahmen 23,5 Prozent der Familien einen einzigen Termin in der SBA wahr. Dies betrifft folglich acht Klienten. Für jene ergab sich im Fragebogen die Möglichkeit, auf den Grund des Einzeltermins einzugehen. Vier Antwortkategorien waren vorgegeben. Aus der nachstehenden Tabelle 5, Seite 75 wird die Verteilung sichtbar.

Tabelle 5: Gründe für Einzeltermin

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Problem bereits gelöst	2	25,0	28,6	28,6
	Behandlungsangebot nicht gefallen	1	12,5	14,3	42,9
	Weitervermittlung	4	50,0	57,1	100,0
	Gesamt	7	82,5	100,0	
Fehlend	999	1	12,5		
Gesamt		8	100,0		

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

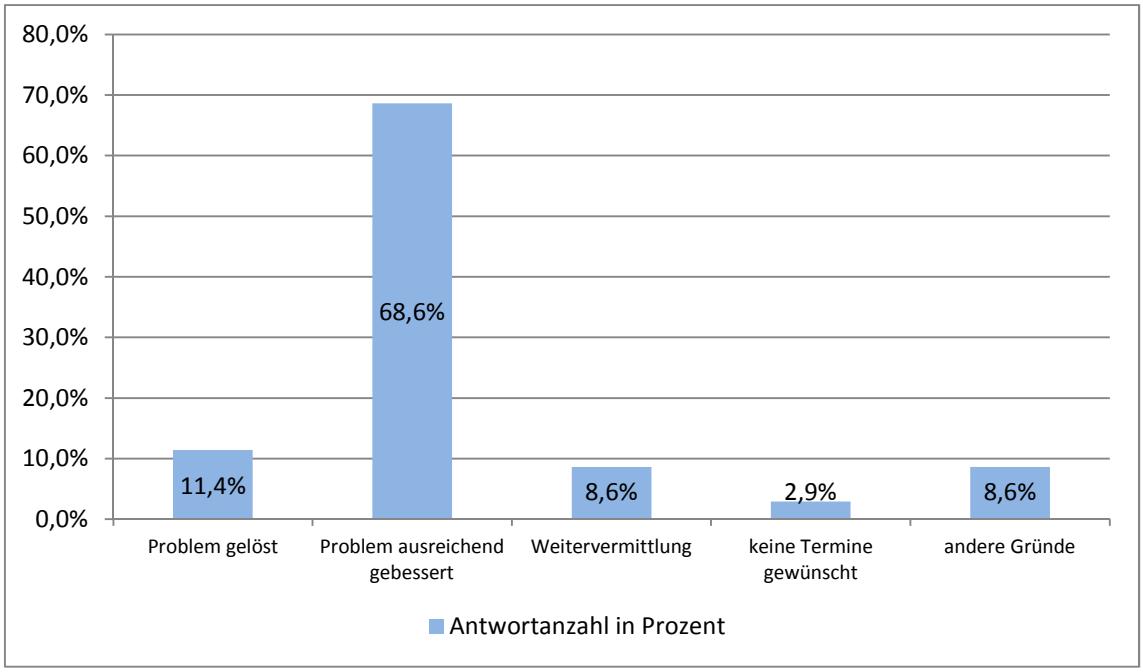
Demnach ist bei der Hälfte der Familien der Grund in einer Weitervermittlung zu finden. Ein Nichtgefallen des Angebotes ist in einem Fall gegeben. In einem Fragebogen wurde zwar keine Antwortvorgabe angekreuzt (daher ist ein Wert fehlend), jedoch die Begründung eines zu weiten Anfahrtsweges genannt, infolgedessen zu einer telefonischen Beratung gewechselt worden sei.

Beendigung der Krisenintervention

An den Beweggründen für die Wahrnehmung eines Einzeltermins anknüpfend, behandelt Item 5 die Beendigung der Krisenintervention. In gleicher Weise waren den Befragten fünf Ankreuzmöglichkeiten vorgegeben, worunter zweimalig Freiraum für eine offene Beantwortung gegeben war. Wie Abbildung 4, Seite 76 verdeutlicht, wurde die Intervention in hohem Maße aufgrund einer zureichenden Besserung der Anlassproblematik beendet. Dies wurde von den Eltern in n=24 Fällen angegeben. Eine Lösung des Beratungsanlasses wurde von vier Klienten geäußert. Drei Familien gaben eine Weitervermittlung an. Die Nennungen der offenen Antwortmöglichkeiten (betreffend n=3) beinhalteten zum einen eine positive Problementwicklung, wobei die Symptomatik abermals zu einem späteren Zeitpunkt auftauchte, zum anderen eine Deckung des Bedarfs, wie auch eine psychische Entlastung durch die Gespräche. Die Antwortkategorie

„keine weiteren Termine gewünscht", bei der Zusatzbemerkungen getroffen werden konnten, fand einmalig Anwendung. Es wurde vermerkt, dass wegen einer unzureichend empfundenen Kompetenz der KB die Krisenintervention beendet wurde.

Abbildung 4: Beendigung der Krisenintervention



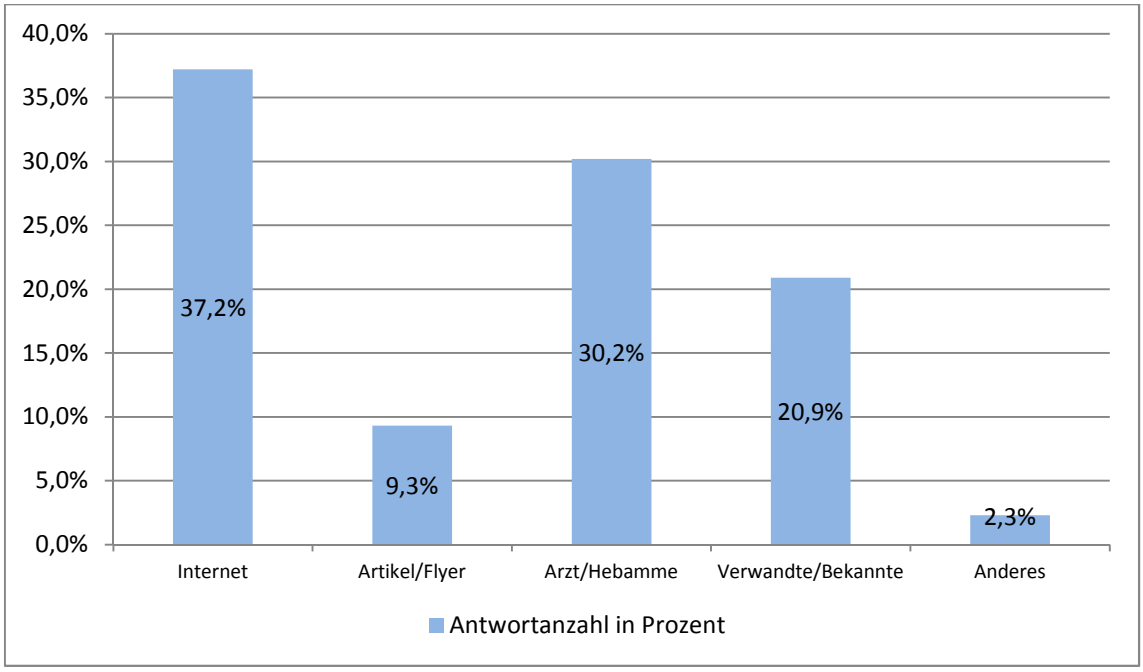
Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Wegweiser zur SBA Hamburg und Stormarn

Abschließend zum Kernbereich *Statistische Daten hinsichtlich der Krisenintervention* widmete sich das Item 6 der Frage, wodurch die Familien auf die Institution aufmerksam geworden sind. Unter der Möglichkeit, mehrere Antworten zu tätigen, waren fünf Kategorien vorgegeben. Von n=35 kreuzten sechs Klienten zwei „Wegweiser" an, eine Familie sogar drei. Abbildung 5, Seite 77 veranschaulicht, dass im Gesamten das Internet mit 37 Prozent am häufigsten bei der befragten Stichprobe die Aufmerksamkeit auf die SBA gelenkt hat. An zweiter Stelle mit 30

Prozent fanden die Eltern durch einen Arzt oder eine Hebamme den Weg in die Einrichtung. Bei neun Familien kam der Hinweis aus dem Bekannten- bzw. Verwandtenkreis, bei vier weiteren durch einen Artikel oder Werbeflyer.

Abbildung 5: Aufmerksamkeit durch



Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Es ist festzuhalten, dass die Klienten mehrheitlich durch das Internet und/oder einen Arzt/eine Hebamme auf die SBA aufmerksam geworden sind. Die durchschnittliche Terminanzahl ist bei vier Sitzungen einzuordnen. Am häufigsten wurde allerdings ein Einzeltermin wahrgenommen, meist aufgrund einer anschließenden Weitervermittlung. Eine Problemlösung bzw. Besserung der Problematik trifft auf etwa drei Viertel der Fälle zu.

Obwohl Groß et al. (2007) berichten, nur wenigen Ärzten wäre die Existenz von SBA bekannt, bestätigt sich dieser Punkt in dieser Erhebung nicht. Zum einen kann dies auf eine effektive Öffentlichkeitsarbeit und Stadtteilvernetzung der SBA hindeuten, zum anderen auf eine Steigerung des Bekanntheitsgrades früh-

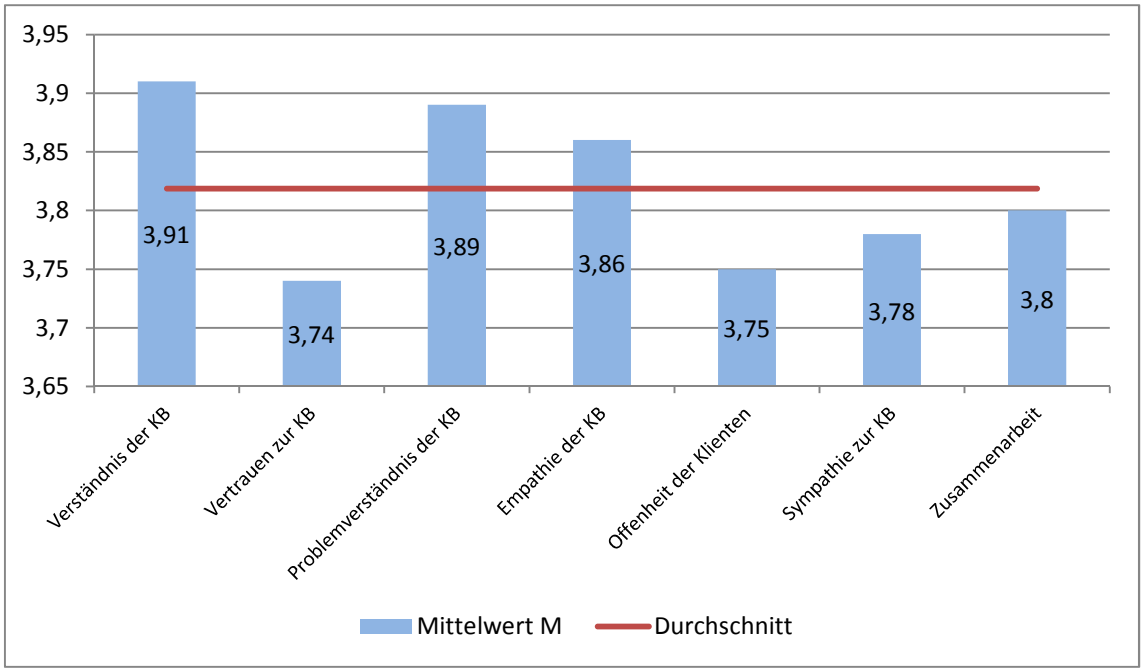
kindlicher Beratungsinstanzen an sich. Unabhängig davon scheinen die Kooperation der SBA bzw. die Schaffung individueller Unterstützungsangebote für die Familien, wie es innerhalb der Konzeption formuliert ist, realisiert worden zu sein. Vier von sieben Eltern gaben eine Weitervermittlung an, was prozentual gesehen die These untermauert.

Der hohe Anteil an Angaben der Problembesserung und Problemlösung als Gründe für das Beratungsende, welcher zusammen etwa 80 Prozent ergibt, lässt die Wirksamkeit der Krisenintervention aus Klientensicht gemeinhin als erfüllt ansehen. Augenscheinlich nehmen die Klientenfamilien die Intervention als effektiv wahr. Lediglich ein Fall wünschte keine weiteren Termine, aufgrund unzureichend wahrgenommener Fachkompetenz.

8.3. Beziehungsgestaltung

Die Skala Beziehungsgestaltung ergibt sich aus den Items 20, 24 bis 29 sowie Item 31. Die Reliabilitätsanalyse ergab eine Steigerung von Cronbachs Alpha α=.776 auf α=.810, wenn Item 24 ausgelassen wird (vgl. Tabelle 22, Seite 126). In der weiteren Analyse wird daher die Beziehungsgestaltung ohne Item 24 beschrieben. Abbildung 6, Seite 79 illustriert die Ergebnisse der Fragebogenerhebung (detaillierte Angaben sind der Tabelle 26, Seite 128 zu entnehmen).

Abbildung 6: Beziehungsgestaltung zwischen Klient und Krisenbegleiterin



Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Die höchsten Werte ergeben sich in den Bereichen *Verständnis* der KB bezogen auf die *Situation*, auf das *Problem* und die *Klientensicht* (hier Empathie der KB). Als niedrigste Werte sind die Items Vertrauen zur KB, Offenheit ihr gegenüber wie auch Sympathie zu identifizieren. Die Differenzen sind allerdings allesamt als minimal einzustufen.

Der Gesamtmittelwert der Skala Beziehungsgestaltung ist bei $M_{BezGesamt}$=3,82 zu lokalisieren. Demnach ist die Beziehungsgestaltung zur KB als *äußerst zufriedenstellend* zu werten (vgl. Mattejat et al. 1998, 12).

Wie in den Arbeitsprinzipien der SBA verankert, streben die KB mit ihren Klienten ein klientenzentriertes Arbeiten an. Wertschätzung und empathisches Verständnis zählen in gleicher Weise zu den Prämissen der Einrichtung. Betrachtet man diese Aspekte in Verbindung mit den einzelnen Skalenwerten, sind diese als gänzlich erfüllt einzustufen. Die Werte der Items *Verständnis für die Situation,*

Verständnis für das Problem sowie *Empathie* und *Zusammenarbeit*, welche als klientenzentrierte Kriterien verstanden werden können, siedeln allesamt in einem Bereich, der von Mattejat et al. mit den Worten *vollständig zufrieden* beschrieben wird (vgl. Tabelle 15, Seite 123). Etwas weniger, aber dennoch als sehr positiv, gestaltete sich die Vertrauensbeziehung, die Offenheit seitens der Klienten und die Sympathie zur KB. Eine Vermutung wäre, dass bestimmte Empfindungen von den Eltern nicht geäußert werden, womöglich aus Angst vor Ablehnung oder negativen Bewertung durch ihr Gegenüber.

8.4. Symptomveränderung

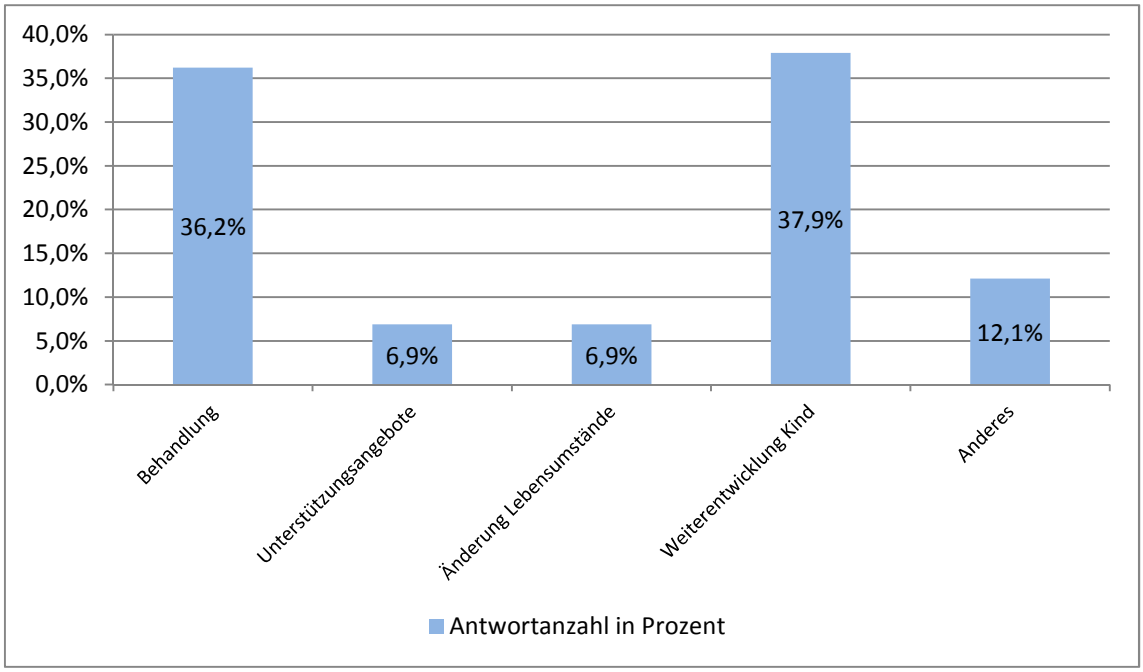
Mit vier Items (Nummer 17, 18, 19 und 35) ermittelt der Fragebogen gezielt das Ausmaß der Veränderung der indikativen Symptomatik.

Symptomveränderung

„Hat sich das Problem, welches Anlass für die Behandlung war, während der Behandlungszeit geändert?“. Der Frage wurde im Verhältnis 80,6 zu 19,4 Prozent positiv zugestimmt (n=36, M=1,19; SD=.401; vgl. Tabelle 23, Seite 126).

Der zweite Itemteil spezifizierte den Aspekt durch die Angabe von Hintergründen, auf die die Klienten selbst mögliche Veränderungen zurückführen. Vier vorgegebene wie auch eine offene Antwortmöglichkeit standen zur Wahl. Mehrfachnennungen waren ebenso möglich. Abbildung 7, Seite 81 illustriert deren Verteilung beruhend auf insgesamt 58 getätigte Antworten. Sieben Fälle gelten als nicht zutreffend, da bereits die Frage nach einer Änderung verneint wurde.

Abbildung 7: Gründe für die Veränderung der Symptomatik



Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Wie aus der Abbildung hervorgeht, führen die Familien eine Veränderung vorrangig auf die kindliche Weiterentwicklung wie auch die Behandlung in der SBA zurück. Eine alleinige Nennung, die Änderung sei auf die KB zurückzuführen, ist zweimal auszumachen. Zusätzliche Unterstützungsangebote und die Änderung der Lebensumstände wurden mit jeweils vier Stimmen zu gleichen Teilen angekreuzt. Unter den sieben offenen Antworten gaben die Klienten viermalig die Gespräche und Atmosphäre in der Einrichtung an. Die drei übrigen Bögen enthielten die Anmerkungen: Osteopathie, homöopathische Mittel (durch die KB empfohlen) und Fachliteratur.

Wiederauftreten der Symptomatik

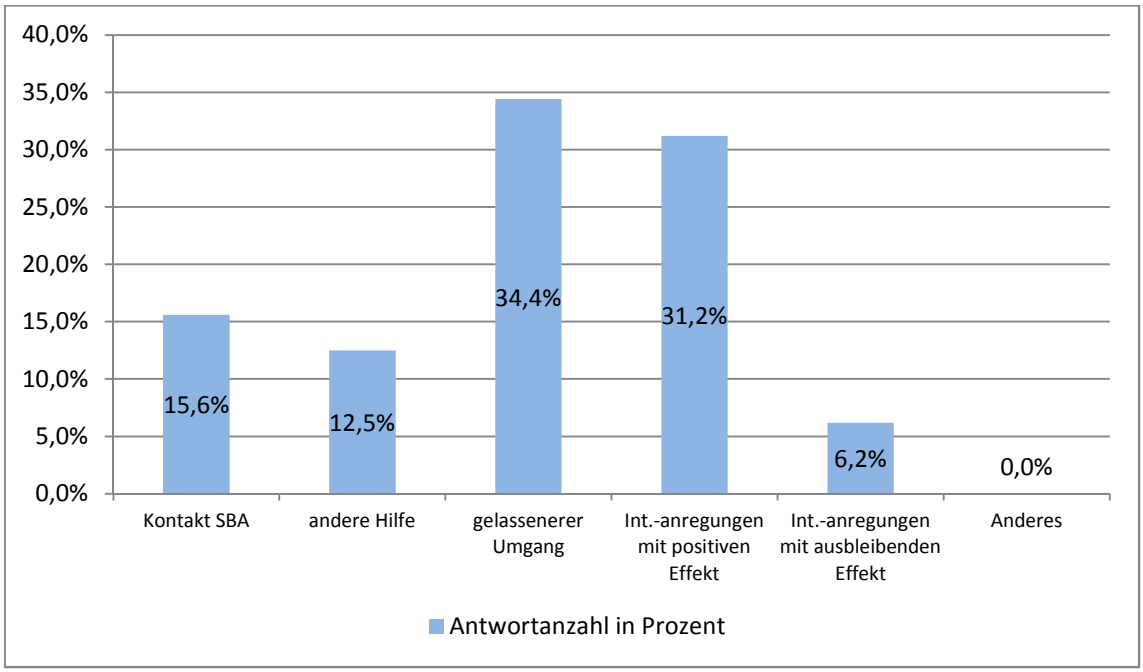
Nachdem die Veränderung der Problematik im Vordergrund stand, fokussierte die darauffolgende Frage das Wiederauftreten jener. Im Aufbau gleicht Item 18

seinem Vorgänger. Nach dichotomer Antwortmöglichkeit (entweder bejahend oder verneinend), sind den Familien bei vorheriger Zustimmung sechs Kategorien vorgegeben. Eine offene Beantwortung war vorhanden, wurde jedoch nicht genutzt.

Von insgesamt n=35 Stimmen kreuzten 19 Befragte ihre positive Zustimmung zum Wiederauftreten der Symptomatik an. Dies ergibt einen prozentualen Anteil von 54,3 Prozent gegenüber 45,7 Prozent, bei denen das Problem nicht wieder vorgekommen ist (M=1,46; SD=.505, vgl. Tabelle 24, Seite 127).

Jene 19 Personen äußerten sich zudem mit 32 Angaben (Mehrfachnennung möglich) hinsichtlich ihrer Umgangsweise mit der erneuten Situation. Abbildung 8 verdeutlicht die Ergebnisse.

Abbildung 8: Umgang mit Wiederauftreten der Symptomatik



Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

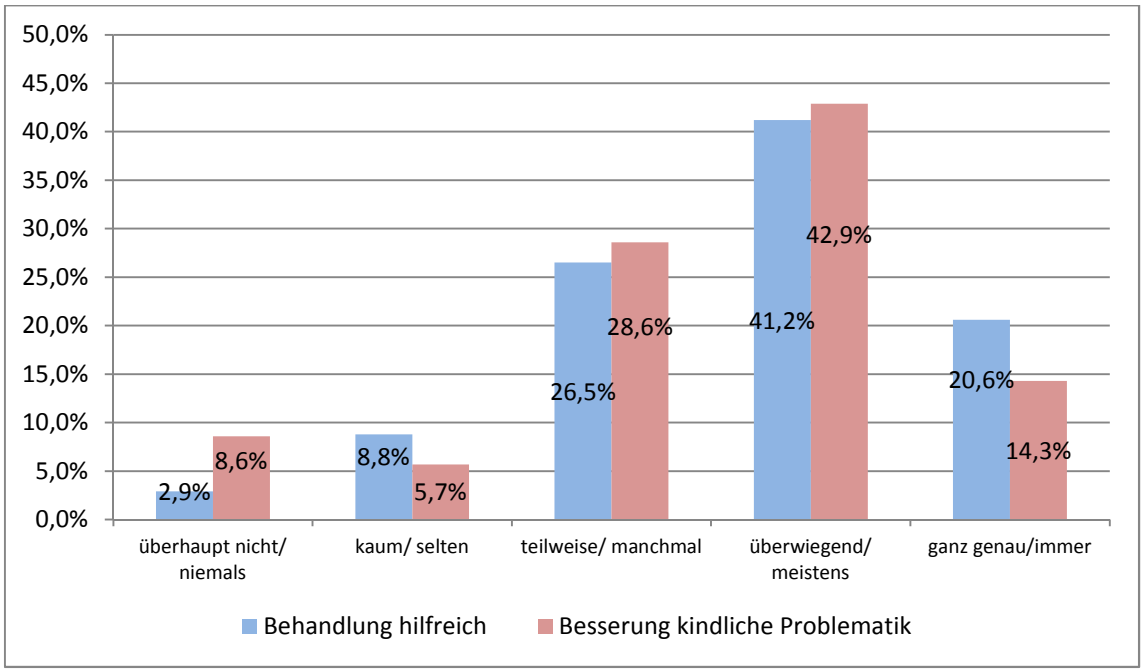
Ein gelassenerer Umgang tritt als häufigste Antwort an primäre Stelle. Etwa ein Drittel der Angaben weisen darauf hin, dass Anregungen aus der Beratung an-

gewandt wurden und jene zugleich einen hilfreichen Effekt zur Folge hatten. Bei 6,2 Prozent blieb diese Wirkung trotz des Nutzens aus. Fünf Familien suchten hingegen abermals den Kontakt zur SBA, wohingegen vier weitere andere Hilfsangebote wahrnahmen.

Symptomverbesserung

Wie hilfreich empfinden die Eltern die Krisenintervention für ihr Kind? Item 19 diente dazu, diesen Punkt zu reflektieren. Ebenso stellt Item 35 „Problemverbesserung" ein essentielles Kriterium des Kernbereiches „Symptomveränderung" dar. Die Befragten gaben ihre Bestätigung zu den Aussagen, indem sie einen Wert auf einer fünfstufigen Skala ankreuzten. Die Abbildung 9 gibt die Verteilung der Aussagen beider Items wider.

Abbildung 9: Symptomverbesserung



Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

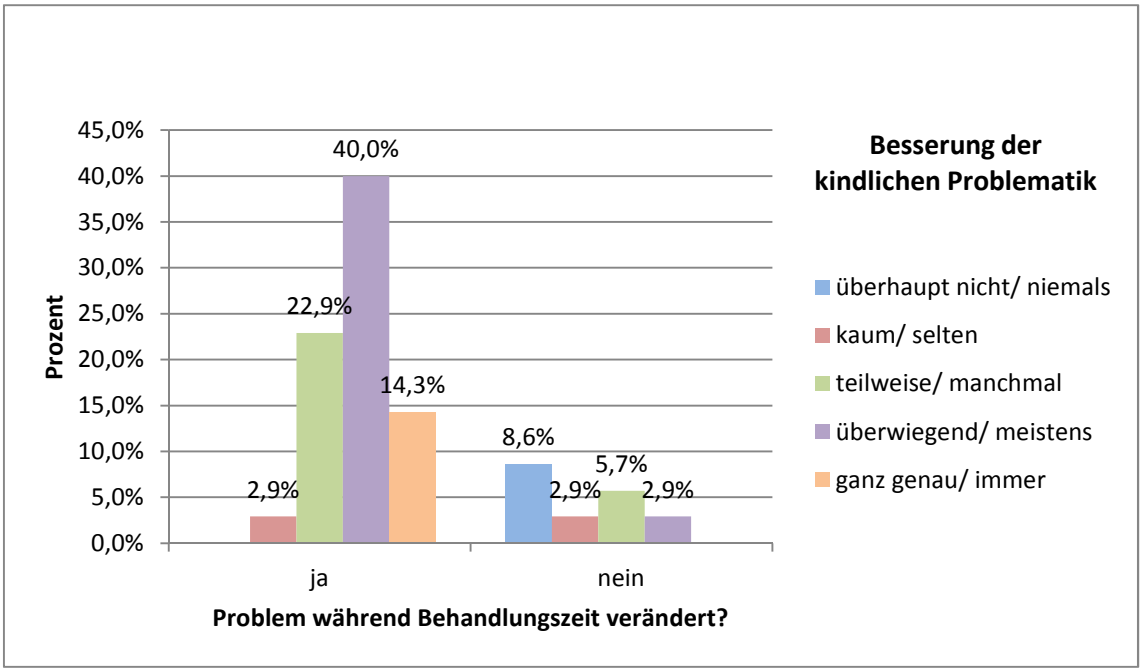
Die 34 Familien, welche ihre Einschätzung zu Item 19 (in Abbildung 9, Seite 83 als blauer Balken markiert) abgaben, stimmten mit 14 Stimmen einer als *überwiegend* hilfreich empfunden Behandlung zu (n=34; M=2,68; SD=1,007). Sieben Klienten wählten die positivste Skalierung *immer*, neun Klienten schätzten den Grad bei *teilweise* ein. Insgesamt vier Fälle gaben jedoch an die Behandlung *niemals* bzw. *selten* als hilfreich zu sehen.

Bezüglich Item 35 „Problemverbesserung" sieht die Verteilung (in Abbildung 9, Seite 83 als roter Balken vernehmbar) wie folgt aus (n=35; M=2,49; SD=1,095): in 15 Fällen tritt eine „*überwiegende*" Besserung der Symptomatik auf. Dieser Fall nimmt gleichzeitig die häufigste Antwortgabe ein. An zweiter Position geben die Eltern an, die Problematik habe sich *teilweise* gebessert. *Keine* bzw. *kaum* positive Entwicklung wurde in insgesamt fünf Bögen angegeben. Demgegenüber äußerten ebenfalls fünf Klienten ihre höchste Zustimmung. In einem Bogen bleibt das Item unbeantwortet. Aus den Anmerkungen ist jedoch zu entnehmen, dass die Mutter sich noch in der Schwangerschaft befand.

Die Korrelation beider Items nach Pearson weist einen Wert von r=.820 auf. Daraus ist zu entnehmen: Je positiver der Grad der Symptomverbesserung geschätzt wird, desto günstiger ordnen die Klienten die Krisenintervention als hilfreich ein.

Eine weitere Korrelationsprüfung bestand darin, die Symptomverbesserung (Item 35) mit der Problemveränderung (Item 17) auf Signifikanz zu testen (vgl. Tabelle 25, Seite 127). Folglich wurde für beide Items der Korrelationswert nach Spearman berechnet, was einen Wert von α=.001 ergab. Demnach knüpft die Angabe einer Problemveränderung an eine Symptomverbesserung. Die Abbildung 10, Seite 85 veranschaulicht den Zusammenhang.

Abbildung 10: Zusammenhang Symptomveränderung und -verbesserung



Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Stimmten die Familien einer Entwicklung der Symptomatik zu, geben 40 Prozent eine *überwiegende* Besserung an. Kein Klient wählte in diesem Fall den Skalenwert *überhaupt* keine Besserung. Im Gegensatz dazu hat sich das Problem, wenn vorherig eine Veränderung verneint wurde, in keinem Fall *ganz genau* verbessert. Vielmehr trat in diesem Fall mit 8,6 Prozent am häufigsten *überhaupt keine* Besserung ein.

Es ist festzuhalten, dass in 80 Prozent der Fälle eine Veränderung der Anlassproblematik vorzufinden ist. Diese wird seitens der Klienten vorrangig auf eine Kombination aus der Weiterentwicklung des Kindes wie auch der Behandlung in der SBA zurückgeführt. Dennoch trat in etwas mehr als der Hälfte der Fälle die Symptomatik erneut auf. Es gelang den meisten Familien jedoch, überwiegend gelassener mit der Situation umzugehen oder die Anregungen aus der Krisenintervention erfolgreich anzuwenden.

Der Signifikanztest der Items 17 und 35 deutet darauf hin, dass die vormalige Zustimmung zur Problemveränderung als eine Veränderung der Anlassproblematik in positive Richtung ausgelegt wird. Bei angegebener Problemveränderung wurde signifikant mehr Zustimmung zur Problemverbesserung vermerkt. Die Symptomverbesserung scheinen die Familien jedoch weniger auf die Krisenintervention allein zu beziehen. Zumindest die kindliche Weiterentwicklung spielt für die Eltern ebenfalls eine wohl entscheidende Rolle. Auch in reflexiven Auseinandersetzungen mit Effektivitätsstudien im Beratungs-/Therapiebereich ist der kindliche Reifungsprozess als externe Einflussgröße benannt, welcher allerdings differenzierte Aussagen bezüglich der Effektivität erschwert (vgl. Vosseler 2006, 209).

Die symptomatische „Lösung" kann bedingt als erfüllt angesehen werden. Mehrheitlich tauchte die Indikation abermals auf. In welchem Ausmaß ist anhand der Daten nicht ersichtlich. Eine symptomatische Verbesserung ist dennoch in mehr als der Hälfte der Fälle gegeben. Der Umgang mit der kindlichen Problematik gestaltet sich zudem überwiegend gelassener. Die Eltern haben in der Krisenintervention Handlungsoptionen entwickelt, die sie in ihren Alltag integrieren können. Das heißt, sowohl die Punkte Stressabbau als auch Steigerung der elterlichen Handlungskompetenzen können überwiegend umgesetzt werden. Anders formuliert: Die KB können nicht (immer) zu einer „Heilung" verhelfen, allerdings gelingt es ihnen Methoden zu vermitteln, die Eltern selbst gelassener werden lassen, situativ Abhilfe verschaffen können und das Problem selbst abmildern.

8.5. Positive Elternschaft

Den nächstfolgenden Kernbereich des Fragebogens stellt die Entwicklung bzw. Wiederherstellung einer positiven Elternschaft dar. Hierfür sind 5 Items formuliert, die verschiedene zugehörige Aspekte fassen. Alle Itemaussagen sind mit Hilfe einer Ratingskala (0 = *stimmt überhaupt nicht* bis 4 = *stimmt voll und ganz*)

bezüglich des Grades an Zustimmung einzuordnen. Je geringer der Wert dabei ist, desto niedriger ist auch die Bestätigung des Items.

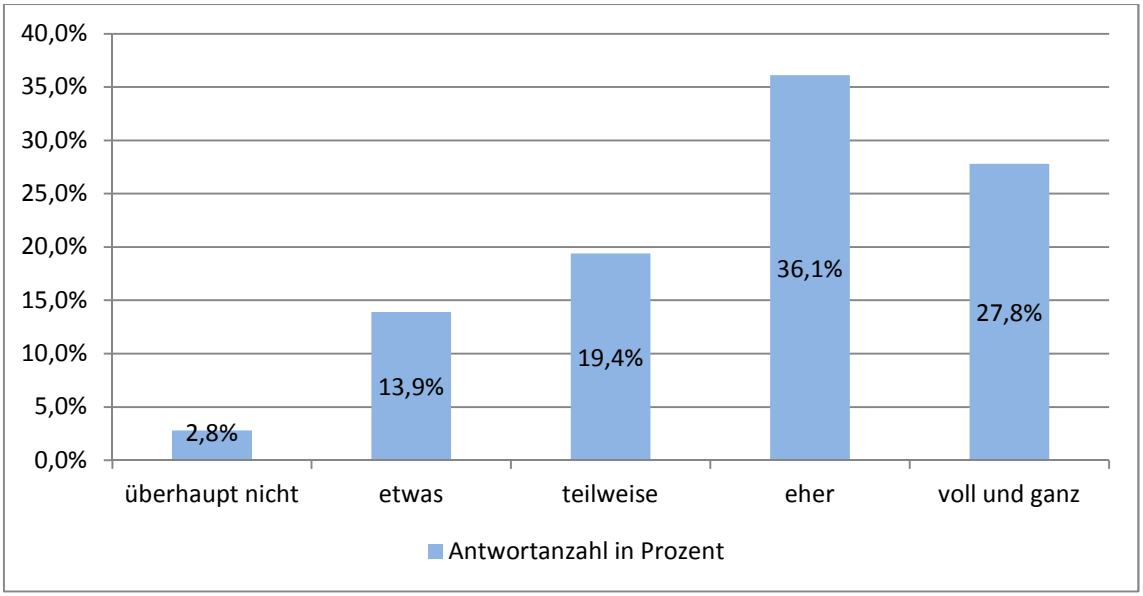
Belastungsempfinden der Eltern

Die Items 12 und 13 fokussieren die Entwicklung des Belastungsempfindens der Eltern *vor* wie auch *nach* der Krisenintervention. Zur Berechnung eines signifikanten Unterschiedes wurde ein t-Test für gepaarte Stichproben gewählt. Das Ergebnis gestaltet sich wie folgt: Vor der Behandlung schätzen die Klienten ihr Belastungsempfinden durchschnittlich bei einem Wert von M=1,5 ein (SD=1,348). Nach der Behandlung beträgt M=1,86 (SD=.833). Ein signifikanter Unterschied ist nicht gegeben (vgl. Tabelle 27, Seite 128).

Sicherheit im erzieherischen Umgang

Fühlen sich die Eltern nach der Krisenintervention sicherer im Umgang mit ihrem Kind? Dies ist der Kern von Item 14. Abbildung 11 veranschaulicht die Ergebnisse (M=2,72; SD=1,111).

Abbildung 11: Mehr Umgangssicherheit nach Behandlung



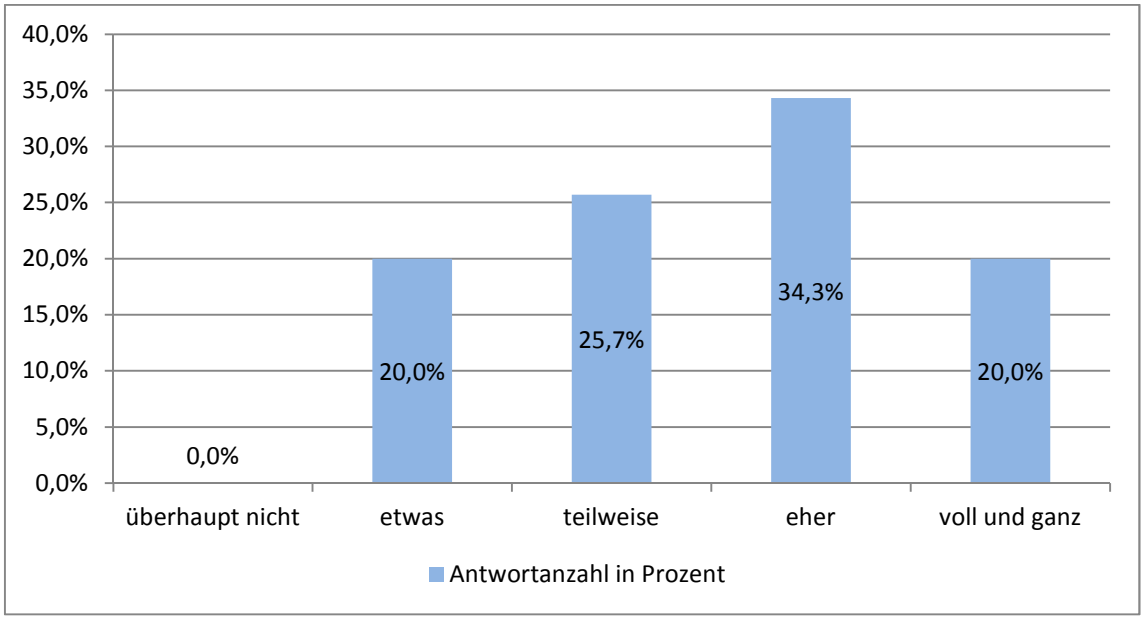
Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Demnach empfindet eine Familie *überhaupt kein* höheres Maß an Sicherheit im Hinblick auf dem Umgang mit dem Kind. *Etwas* bzw. *teilweise* sicherer fühlen sich fünf und sieben Klienten. Die überwiegende Mehrheit jedoch, welche im Gesamten einen Prozentsatz von 63,9 Prozent beträgt, nimmt hingegen *eher* bzw. *voll und ganz* eine Steigerung an Sicherheit wahr.

Gewaltprophylaxe

Wie in Kapitel 3.2.2. beschrieben, stellt das Verhindern von gewaltsamen Übergriffen an Kindern ein wesentliches Interventionsziel der SBA dar. Eine Überprüfung im Hinblick auf ein Erreichen dieses Ziels wird mit Item 15 unternommen. Die Formulierung lautet: *„Ohne die Unterstützung in der SchreiBabyAmbulanz wäre die Situation vermutlich eskaliert."* Analog zu den vorherigen Fragestellungen konnten die Eltern den Grad der Zustimmung zu der Aussage auf einer Ratingskala einordnen. Da ein niedriger Skalenwert allerdings einen positiven Effekt repräsentiert, wurde das Item umcodiert. Abbildung 12, bildet die Antworten der Befragten ab.

Abbildung 12: Zustimmung Eskalation ohne SBA



Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Eine Person äußerte sich nicht zu diesem Punkt (n=35, M=2.54, SD=1,039). Sieben Klienten befürworten die Aussage *etwas* sowie neun weitere *teilweise*. Mit 34,3 Prozent hält die Mehrheit eine Eskalation ohne Krisenintervention für *eher* möglich. 20 Prozent stimmen *voll und ganz* zu. Eine gänzliche Ablehnung dieser Aussage ist nicht vorzufinden.

Wissenserwerb

Ist es den KB gelungen, die Fragen der Eltern zu klären? Hierzu gaben alle angeschriebenen Familien ihr Feedback. Als Resultat ist bei mehr als der Hälfte der Klienten (52,8 Prozent) der Klärungsbedarf *voll und ganz* erfüllt worden (M=3,22; SD=1,045). Zehn Familien stimmten diesem Punkt *eher*, vier weitere *teilweise* zu. Demgegenüber äußerten sich drei Befragte, ihre Fragen seien *kaum* oder *überhaupt nicht* beantwortet worden (vgl. Tabelle 28, Seite 129).

Abschließend ist der Punkt „positive Elternschaft" wie folgt zu resümieren: Der Kernbereich der Entwicklung bzw. des Wiederaufbaus einer positiven Elternschaft ist im Gesamten als *überwiegend erfolgreich* zu beurteilen. Die drei Items mehr Sicherheit im erzieherischen Umgang, Gewaltprophylaxe wie auch Wissenserwerb sind diesem Ergebnisbereich zuzuordnen.

Das Belastungsempfinden vor der Intervention sank im Vergleich zu dem Zustand nach der Intervention etwas, es ist jedoch kein signifikanter Unterschied zu eruieren. Gleichwohl scheinen sich deutlichere Tendenzen im Hinblick auf den Umgang mit dem Kind abzuzeichnen. Mehr als 60 Prozent der Eltern geben an, sich nach der Behandlung *voll und ganz* bzw. *eher* sicher zu fühlen. Die generell gering wahrgenommene Belastung der Eltern symbolisiert ein unerwartetes Ergebnis. Aufgrund meiner persönlichen Hypothese, Eltern, die eine SBA aufsuchen, befinden sich in einem hohen erschöpften Zustand, wurden auch deutlich höhere Anfangswerte vermutet. Leider ist an dieser Stelle nicht aufklärbar, welche Hintergründe die Ergebnisse haben.

Über die Hälfte der Befragten vermutet laut den Ergebnissen eine durch die Krisenbegleitung *eher* bzw. *voll und ganz* abgewandte Eskalation des Zustandes. In gleicher Weise deuten die Umfrageresultate darauf hin, dass mehr als 50 Prozent der Eltern ihre Fragen *voll und ganz* klären konnten und ist als *überwiegend erfolgreich* einzustufen.

Somit kann als Resultat der Krisenbegleitung eine Vermittlung von Handlungsoptionen festgehalten werden. Der nahezu zwei Drittel umfassende Anteil an Eltern, die über mehr erzieherische Sicherheit berichten, stützt abermals die Schlussfolgerung des vorherigen Ergebnisabschnittes. Das Ziel der SBA gewaltsame Übergriffe vorzubeugen, scheint auf den ersten Blick als realisiert. Die Frage ist zwar hypothetischer Natur, jedoch wurde kein Mal der Punkt *überhaupt nicht* angegeben. Demnach ist der Krisenintervention eine präventive Wirkung nachzusagen. Anzumerken ist jedoch, dass sich die Formulierung eines Items zur „Prävention von Übergriffen" als recht diffizil herauskristallisierte. Inwiefern der gewählte Wortlaut „Eskalation" valide die Gewaltprophylaxe misst oder aber mit anderen Assoziationen verknüpft wurde, bleibt ungeklärt.

8.6. Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung

Die Ergebnisse der Skalen Behandlungsverlauf und Behandlungserfolg beruhen auf der Auswertung der FBB-Elternversion. Diese wurde wie bereits erwähnt bis auf kleinere sprachliche Anpassungen, vollständig in den vorliegenden Fragebogen integriert. Um die Analyse einheitlich zu gestalten, fand jene ebenso mit SPSS statt. Es sei jedoch erwähnt, dass die Rechenoperationen analog zu den Angaben des Testmanuals sind.

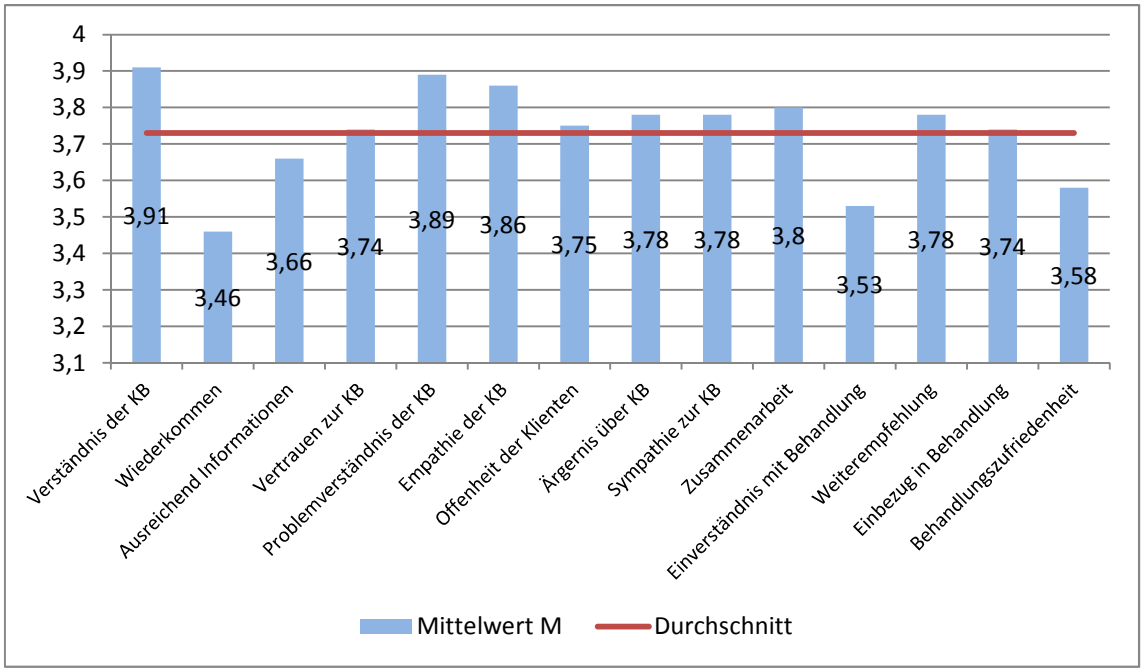
8.6.1. Verlauf der Behandlung

Mit 14 Items, welche Bestandteile des FBB kennzeichnen, lässt sich die Skala *Verlauf der Behandlung* wiedergeben (vgl. Mattejat et al 1998, 8). Die Auflistung

der dazugehörigen Fragen ist der Tabelle 14, Seite 122 zu entnehmen. Die Reliabilitätsanalyse ergab den äußerst positiven Wert von α=.922.

Die nachstehende Abbildung 13 veranschaulicht den Mittelwert jedes Items. Dieser liegt, zur Erinnerung, zwischen 0 und 4, wobei ein höherer Wert mit einer günstigeren Beurteilung assoziiert wird (vgl. Tabelle 29, Seite 129).

Abbildung 13: Skala Verlauf der Behandlung



Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

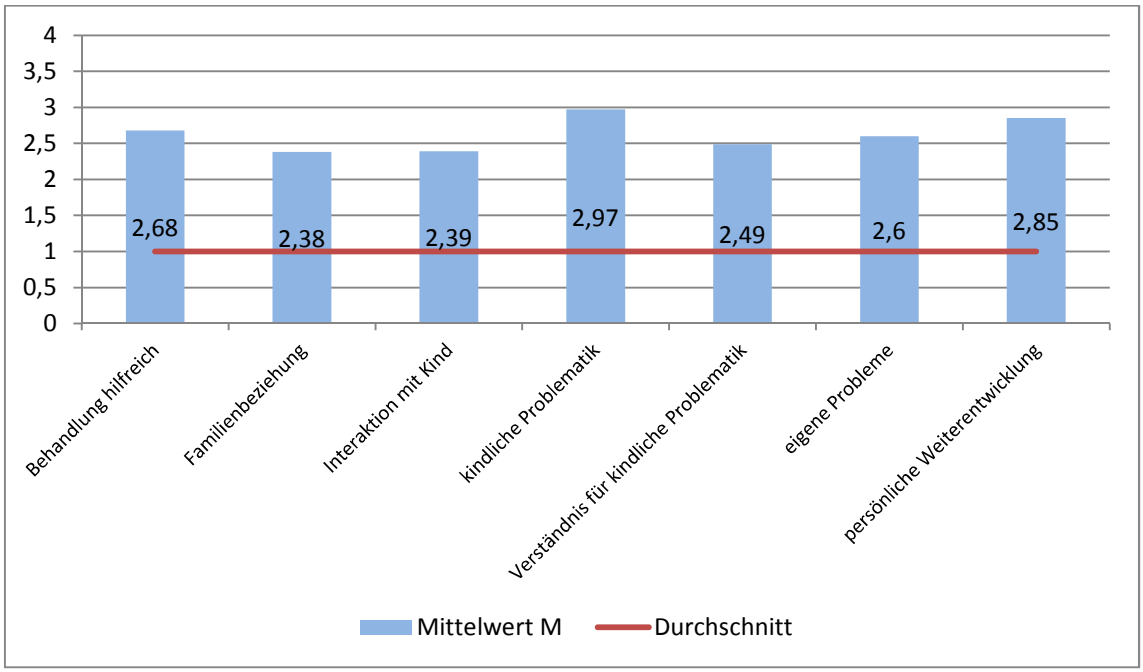
Mit einem durchschnittlichen M_{Gesamt}=3,73 ist die Beurteilung über den Verlauf der Behandlung als *vollständig zufriedenstellend* zu werten (vgl. Mattejat 1998, 12). Die positivste Einschätzung bezieht sich auf die Bereiche: Verständnis der KB, Problemverständnis der KB sowie deren Maß an Empathie. Dabei handelt es sich um Items, die mit Eigenschaften der KB in Verbindung stehen. Das hohe Maß an Zustimmung wurde bereits in der Skala „Beziehungsgestaltung" deutlich und findet sich ebenso in den offenen Antwortformulierungen wieder. Die negativsten Bewertungen treten bei den Punkten Wiedervorstellung mit einem ande-

ren Problem, Einverständnis mit den Maßnahmen der Behandlung und der Behandlungszufriedenheit auf. Es ist zudem anzumerken, dass die Klienten bei lediglich vier Items den Wert 0 ankreuzten (Item 21, 32, 33 und 39). Ebenso sind vier Fragen auszumachen, in denen ausschließlich die Skalenwerte 3 und 4 vermerkt sind (Item 19 wie auch 25 bis einschließlich 27; vgl. Tabelle 29, Seite 129).

8.6.2. Erfolg der Behandlung

Nach Mattejat et al. (1998) fassen die sieben Items den Behandlungserfolg (vgl. Mattejat et al. 1998, 8). Abbildung 14 hebt die Ergebnisse hervor (vgl. Tabelle 30, Seite 130). In der Reliabilitätsanalyse konnte ein Wert von α=.914 ermittelt werden.

Abbildung 14: Erfolg der Behandlung



Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Der durchschnittliche Skalenmittelwert beträgt M_{Gesamt}=2,62 und lässt sich demnach als *überwiegend zufriedenstellend* betiteln (vgl. Mattejat et al. 1998, 12). Bei

jedem Item wurden alle möglichen Skalenwerte mindestens einmal gewählt. Das Höchstmaß an Zustimmung betrifft den Punkt *„Besserung der kindlichen Problematik“*. An zweiter Stelle ist die persönliche Weiterentwicklung, an dritter das Maß an Hilfestellung durch die Behandlung genannt. Den Angaben folgend, stimmen die Befragten am wenigstens einer Wirkung auf die Familienbeziehung und dem Umgang mit ihrem Kind zu.

8.7. Wünsche, Anregungen und Kritik

Im letzten Teil des Fragebogens konnten die Eltern zusätzliche Anmerkungen treffen. Eine offene Frage sollte dazu anregen, sowohl Wünsche als auch Kritik zu äußern. Die Antwortgaben werden zur Analyse kategorisiert. Das heißt, orientiert an der Auswertungsmethodik der qualitativen Inhaltsanalyse finden sich inhaltlich ähnliche Antworten in Kategorien wieder (vgl. Bortz et al. 2006, 147). Da sehr spezifische Aspekte enthalten sind, ist eine detaillierte Auflistung bzw. Kurzwiedergabe der Antworten innerhalb der jeweiligen Kategorie in Tabelle 6, Seite 94 enthalten. In einigen Bögen wurde die behandelnde KB namentlich vermerkt, was in der Liste durch die allgemeine Abkürzung „KB“ ersetzt wurde. Ebenso sind die Danksagungen in Zahlenform angegeben, denn die Formulierung beinhalten lediglich minimale sprachliche Differenzen.

Hervorzuheben ist, dass von n=21 Personen, die den Textbereich nutzen, elfmalig eine Danksagung verbunden mit positivem Feedback geäußert wurde. In fünf Fällen betonten die Klienten explizit die Haltung und Art der KB als sehr anerkennend. Zustimmende Resonanz erhielt ebenso die Einrichtung im Allgemeinen wie auch die dort wahrgenommene Atmosphäre.

Vier Personen übten kritische Anmerkungen aus. Darunter ist zweimalig eine nicht eintreffende Symptomverbesserung zu vernehmen. Eine Person sprach sich über eine zu „forsche“ Art der Beraterin aus. Eine weitere äußerte, die Information bezüglich der Behandlungskosten sei unklar gewesen.

Tabelle 6: Offene Antworten

Positives Feedback
• wertvolle, wohltuende Wirkung der Zuwendung durch KB ("wertvolle Einrichtung") • "Gut, dass es diese Einrichtung gibt!" • KB: einfühlsam, ruhig, sympathisch, verständnisvoll, vertrauenserweckend; viel Verständnis für Kind erhalten • KB viel Einfühlungsvermögen • sehr zufrieden; angenehme, entspannte, vertrauensvolle Atmosphäre • KB gab gutes und unterstützendes Gefühl, Einfühlungsvermögen, sehr fachkompetent ("rettender Engel") • ernst und aufgenommen gefühlt; nicht allein gelassen, wenn geringe finanzielle Mittel • SBA wichtige Einrichtung zur Unterstützung; jederzeit Weiterempfehlung ("haben sie gerade erneut wegen Schlafproblemen aufgesucht") • KB "Engel auf Erden" • "Weiter so! Perfect!" • Behandlung positiv und aufklärend; Verhalten an Sohn angepasst; "nichts zu beanstanden" • "100% zufrieden" • nicht Verunsicherung durch unzählige Anleitungen, Tipps ("dass da einfach jemand war, der implizit vermittelt dass ich alles richtig mache") • psychische Unterstützung und Verständnis; Verarbeitung der Geburt (Not-Kaiserschnitt) • Tipps und Anregungen hilfreich, um Zeit psychisch und körperlich etwas erträglicher zu machen
Kritik
• Hinweis bei Ersttermin über Kosten der Behandlung fehlte • KB etwas zu "forsch" • keine Besserung der Symptomatik (2mal)
Wünsche/Anregungen
• parallel psychologische/therapeutische Hilfe
Danksagung
• "Danke für die Hilfe" (11mal)
Besonders erwähnte Aspekte
• "schwer als Betroffene die richtige Dosierung zu finden...Ich hatte zu viele Termine insgesamt aber das habe ich erst hinterher gemerkt! Da muss man selber schauen was geht und was nicht aber genau dafür hat man keine Energie!" • SBA "immer weiterempfehlen, jedoch nur mit dem Hinweis, daß jede Mutter ihren eigenen Weg + Intensionen nachgehen muß + sich voll + ganz auf ihr Gefühl verlassen soll, denn den einen, richtigen Weg gibt es nicht, sonst ist auch die Erwartungshaltung an die Schreiambulanz zu hoch"

Quelle: Eigene Darstellung

8.8. Explorative Zusammenhänge

Die im Kapitel 5.2. angeführten Fragestellungen, sollen nunmehr mit Hilfe der gewonnen Daten überprüft werden. Besteht eine Abhängigkeit zwischen der Behandlungszufriedenheit und

- der Terminanzahl,
- dem Behandlungszeitraum oder
- der Anlassproblematik?

Zum Operationalisieren des Wertes „Behandlungszufriedenheit" wurde in jedem Test der durchschnittliche FBB-Gesamtskalenwert verwendet. Dieser ist bei einem Betrag von M_{FBB_Ges}=3,36 zu lokalisieren.

Zusammenhang zur Terminanzahl

Die erste Korrelationsprüfung bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen der Anzahl an wahrgenommenen Terminen und dem FBB-Gesamtwert (vgl. Tabelle 7). Als Grundlage wurde zwischen beiden Variablen die Korrelation nach Spearman berechnet.

Tabelle 7: Zusammenhang zwischen Terminanzahl und FBB-Gesamtwert

			Gesamtskala
Spearman-Rho	Terminanzahl	Korrelationskoeffizient	,098
		Sig. (2-seitig)	,582
		N	34

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Wie zu ersehen ist, besteht *kein signifikanter Zusammenhang* zwischen der Anzahl an Terminen und der Gesamtbeurteilung, da α=.582 beträgt.

Die Fragen zu den Hintergründen eines Einzeltermins und zu der Beendigung der Krisenintervention deuteten schwerpunktmäßig auf eine Weitervermittlung der Familien oder eine ausreichende Besserung der Anlassproblematik. Insofern könnte das Ergebnis als logische Schlussfolgerung zu sehen sein. Die Anzahl der Termine hat auf die Beurteilung der Krisenintervention keinen Einfluss.

Zusammenhang zum Behandlungszeitraum

Eine weitere Überprüfung bezieht sich auf eine Verbindung zwischen dem Zeitraum der Krisenintervention und der Gesamtbewertung. Sowohl der Korrelationskoeffizient nach Pearson als auch ein Vergleich der Gesamtskalenmittelwerte, klassifiziert in die jeweiligen Zeitperioden, wurden hierfür hinzugezogen. Tabelle 8 veranschaulicht die Ergebnisse der zweitgenannten Berechnung (die Ergebnisse der Korrelationsberechnung sind der Tabelle 31, Seite 130 zu entnehmen).

Tabelle 8: Zusammenhang zur Behandlungszeit

Deskriptive Statistik				
	Behandlungszeitraum		Statistik	Standardfehler
Gesamtskala	2011	M	3,0664	,29038
	erstes Halbjahr 2012	M	3,5235	,11314
	zweites Halbjahr 2012	M	3,5344	,09006

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

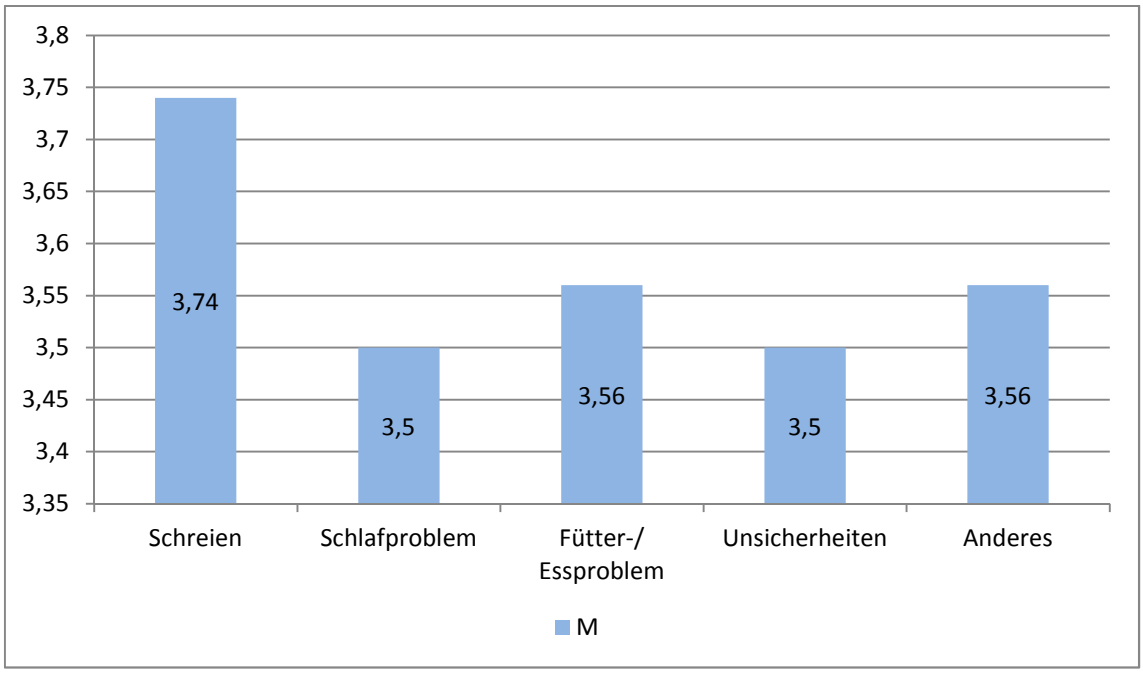
Zu sehen ist, dass die im Jahre 2011 stattgefundenen Kriseninterventionen mit einem Wert von M=3,1 beurteilt wurden. Im ersten wie auch zweiten Halbjahr 2012 ist dieser bei M=3,5 zu lokalisieren. Demnach ist, wenngleich eher geringfügig, eine *leichte, positivere Beurteilung* zu vernehmen, obwohl diese statistisch gesehen nicht signifikant ist (α=.084; vgl. Tabelle 31, Seite 130).

Eine nähere Analyse bezüglich der Hintergründe ist an dieser Stelle leider nicht möglich. So könnte eine höhere Qualifikation der KB oder auch eine strengere Bewertung der Familien aufgrund des zeitlichen Abstandes zutreffend sein.

Zusammenhang zur indikativen Symptomatik

Ebenso interessant ist der folgende Punkt: Besteht eine Beziehung zwischen der jeweiligen Anlassproblematik und der Behandlungszufriedenheit. Die erhobenen Daten ermöglichen es, diesem nachzugehen.

Abbildung 15: Zusammenhang Behandlungszufriedenheit - Anlassproblem



Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Zur Analyse wurden die Mittelwerte der Behandlungszufriedenheit in Abhängigkeit des Beratungsanlasses ermittelt. Die Abbildung 15 illustriert das Ergebnis dieser Berechnung. Es sei darauf hingewiesen, dass in den beiden Fällen *Fütter-/ Essproblematik* und *Anderes* jeweils lediglich einzelne Fälle als *zutreffend* vorliegen. Daher kann zu diesen Punkten kein aussagekräftiges Fazit gezogen werden.

Es lässt sich jedoch erkennen, dass bei der Indikation Schreien der höchste Mittelwert gegeben ist und somit die größte Zufriedenheit von Seiten der Eltern geäußert wird. Schlafprobleme und Unsicherheiten im erzieherischen Umgang stellen die Familien etwas weniger, aber dennoch verhältnismäßig im hohen Maß zufrieden.

Ein erwähnenswerter *Unterschied* zwischen der Zufriedenheit und der Anlasssymptomatik ist allerdings *nicht zu verzeichnen*.

Somit ist das Resümee zu ziehen, dass sich weder die Anzahl an wahrgenommenen Terminen, noch die vorliegende indikative Problematik auf die Behandlungszufriedenheit auswirken. Allerdings zeigt sich eine leichte Steigerung der Zufriedenheit je kürzer das Behandlungsende zurückliegt. Nun ist es möglich, dass entweder die Klienten strenger werden, je länger die Behandlung zurückliegt, oder auch die KB schlicht weniger zufriedenstellende Arbeit leisteten. Wahrscheinlicher sind aber bei jenen Klienten, die die Intervention erst vor kurzen wahrnahmen, die Erinnerungen noch besonders präsent. Die KB konnten innerhalb des vorgegebenen Zeitraums ihre Arbeitsweisen sicherlich optimieren, was eine Zunahme an Klientenzufriedenheit nach sich ziehen kann. Untermauern lässt sich die These mit Hilfe der offenen Antwortgaben in den Fragebögen. Auch bei deutlicher Zeitspanne zwischen Interventionsende und Fragebogenerhebung finden sich dennoch sechs von insgesamt elf positiven Feedbacks und Danksagungen wider.

Eine Verbindung zwischen der Indikation und der Behandlungszufriedenheit ist statistisch nicht zu ziehen. Die positivsten Effekte der Intervention vernehmen Eltern, die die SBA aufgrund einer Schreiproblematik aufsuchen. Dies bedeutet gleichzeitig, dass es sich nicht um die größte Klientengruppe handelt. Diese stellt die Gruppe der „Schlafproblematik“ dar. Folglich könnte eine spezifische Reflexion des Interventionsprozesses bei Schlafschwierigkeiten empfohlen werden.

9. Reflexion des methodischen Vorgehens

Innerhalb dieses Kapitels findet eine selbstreflexive Auseinandersetzung hinsichtlich des Forschungsvorhabens und dessen Durchführung statt. Im Zuge der Datenanalyse wurden einige Punkte deutlich, die bei einer erneuten Fragebogenkonstruktion überdacht bzw. optimiert werden können.

Darunter zählt das Alter des Kindes. Bei der Sichtung der Daten erwies sich eine Erweiterung der Frage zu *„Alter des Kindes zu Behandlungsbeginn"* günstiger für die Datenanalyse. In fünf Fällen konnte dieses nicht eindeutig bestimmt werden, wodurch die detailliertere Auswertung des Alters wie beabsichtigt in Trimenonschritten nicht mehr möglich war. Dahingehend wurde die Klassifizierung auf die Bereiche erstes, zweites und drittes Lebensjahr beschränkt.

Ebenso handelte es sich in zwei Fällen um Zwillinge. Die Angabe des Geburtsranges wäre fehlend gewesen, wenn die Eltern nicht die Zusatzbemerkung erst- oder zweitgeborener Zwilling getätigt hätten.

Im Zuge der Datenauswertung stellte es sich als bedauerlich heraus, dass bei Item 3 (Gründe für das Wahrnehmen eines Einzeltermins) keine offene Antwortkategorie integriert war. Somit ist ungewiss, ob dadurch Hinweise oder Anregungen unausgesprochen blieben. Ebenso sei eine Erweiterung des Punktes „Weitervermittlung" um die Angabe der Institution interessant. Hieraus könnten sich zusätzliche Rückschlüsse für die Stadtteilvernetzung ergeben.

Offensichtlich ist Item 4 unklar formuliert. Das Ziel bestand darin den Behandlungszeitraum zu erheben. Jedoch tätigten elf Fälle unverwertbare Aussagen. Die übrigen 25 Fragebögen ließen zumindest eine Klassifizierung in die Zeiträume 2011, das erste Halbjahr 2012 und das zweite Halbjahr 2012 zu.

Das Item 18 (Umgang mit einem Wiederauftreten der Symptomatik) enthielt keine Möglichkeit anzugeben, an wen sich die Familien gegebenenfalls wende-

ten. Dies wäre im Fortlauf durch Hinzufügen dieses Punktes optimaler zu gestalten.

Zudem existieren weitere Fragestellungen, die innerhalb zukünftiger Evaluationen relevante Resultate liefern und daher Einzug in eine Erweiterung des vorliegenden Fragebogens halten könnten. Exemplarisch seien Items im Hinblick auf die Erfüllung der Klientenerwartungen, eine Beurteilung einzelner Methoden oder auch ein persönliches Ranking bezüglich einzelner Behandlungsaspekte genannt.

Betrachtet man das Vorhaben, eine bestimmte Maßnahme in ihrer Effektivität zu beurteilen (wie es in der vorliegenden Arbeit der Fall ist), sind weitere Aspekte zu reflektieren. Einer davon stellt die Repräsentativität der Ergebnisse dar. Wenngleich alle Eltern, die die Kriterien der Erhebung erfüllten, angeschrieben wurden, ist es fraglich: Haben die Eltern, welche besonders zufrieden waren, auf den Fragebogen geantwortet oder eben gerade jene, die nicht zufrieden waren? Inwieweit die Stichprobe einem Selektionseffekt unterliegt bzw. die Klientel der Einrichtung repräsentiert, bleibt offen. In der Regel minimiert sich die Antwortbereitschaft, je höher der Grad an Unzufriedenheit ist, was eine positive Verzerrung der Daten zur Folge hat (vgl. Nitsch 1999, 208). Unter Vorbehalt wird dennoch angenommen, dass die Ergebnisse repräsentativ sind.

Ebenso sei die Möglichkeit von bestimmten Antworttendenzen angemerkt. Gemeint sind Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit, der Tendenz zur Mitte oder der Tendenz zur Zustimmung (vgl. Bortz et al. 2006, 236). Als Hintergründe sind irreführende Formulierungen oder auch eine zu lange, monotone Gestaltung des Fragebogens genannt. Diese möglichen Ursachen für Antwortverzerrungen wurden bei der Konstruktion des Instruments bedacht, um ihr Auftreten zu minimieren

In der Fachliteratur werden weitere Fehlerquellen besprochen. So gestaltet sich der Fakt, dass ein Effekt auf die jeweilige Intervention zurückzuführen ist, als

schwierig nachweisbar (vgl. Lindner 2004, 120). Zwar liegen Veränderungen vor, diese könnten jedoch durch andere Kriterien wie die Weiterentwicklung des Kindes bewirkt worden sein. Folglich ist die interne Validität gefährdet (vgl. ebd., f.). Ein Vergleich zu einer Kontrollgruppe wäre in diesem Zusammenhang wünschenswert, aber nicht realisierbar. Dahingehend fand die Formulierung *„worauf führen Sie die Veränderung zurück"* Einzug in die Fragestellung. Dennoch muss einschränkend angemerkt werden: Die Konstatierung des absoluten Behandlungserfolgs ist nicht möglich. Es wirken immer zusätzliche Faktoren mit, welche zwar nicht von der Intervention ausgehen, aber mit erfasst werden (vgl. Meyle 2000, 390).

10. Schlussbemerkung und Ausblick

Abschließend widmet sich dieses Kapitel einer Zusammenfassung und Diskussion wesentlicher Ergebnisse. Daraus abzuleiten werden Empfehlungen für die Arbeitsweise formuliert wie auch ein Blick auf weiterführende Forschungsaspekte gerichtet.

Betrachtet man die Ergebnisse der Fragebogenerhebung, scheint es für die Praxis empfehlenswert, insbesondere auf Schlafschwierigkeiten, exzessives Schreien und eben deren mögliche Koppelung ein besonderes Augenmerk zu richten. Ebenso deuten die Angaben der Klienten auf ein sehr unangenehmes Erleben der Geburt hin. Es bleibt zwar fraglich, inwieweit Mütter bei diesem Item überhaupt dazu geneigt sind, positivere Angaben zu tätigen. Dennoch ist der hohe prozentuale Anteil an Antworten der Kategorie *sehr/eher unangenehm* als Hinweis auf die Geburt innerhalb der Krisenintervention einzugehen, nicht von der Hand zu weisen.

Da die Inanspruchnahme der telefonischen Beratung mit mehr als 70 Prozent hoch angesiedelt ist, ist eine Weiterführung dieser durchaus naheliegend.

Aufgrund der erhaltenen Daten kann zudem eine Anregung sein, die Klienten in der Äußerung ihrer eigenen Gedanken (egal welcher Art) zu bestärken, um letztlich Punkte wie *Offenheit* und *Vertrauen* gegenüber der KB positiv zu steigern.

Die FBB-Skala „Verlauf der Behandlung" ergibt einen *vollständigen Erfolg*[46]. Kein Klient würde mit einem anderen Problem die SBA auf keinem Fall wieder aufsuchen. Dies untermauert die Schlussfolgerung eines anerkennenden Urteils sei-

46 Im Übrigen ist dieses Ergebnis mit dem zahlreicher Studien vergleichbar. So führt Vosseler an, „durch die Bank in allen [erfassten] Studien außerordentlich hohe Zufriedenheitswerte ermittelt zu haben" (Vosseler 2006, 213). Dies soll als Indiz gewertet werden, dass die vorliegenden Daten keine Zufallsergebnisse darstellen.

tens der Familien. Als Empfehlung kann anhand der gewonnenen Daten abgeleitet werden, die Klienten gezielt zu jedem Termin nach ihrem Einverständnis bezüglich der Maßnahmen zu fragen.

Die Skala „Erfolg der Behandlung" liefert hingegen ein leicht abweichendes Ergebnis. Der Gesamtdurchschnitt liegt annähernd einen Punktwert unter dem des Verlaufs. Nichtsdestotrotz ist die Skala als *überwiegend erfolgreich* zu beurteilen. Hinsichtlich der Problemverbesserung ist der Vermerk zu ergänzen, dass sich positive Entwicklungen am deutlichsten auf das Kind und die Mutter (unter dem Vorbehalt, dass die Mütter vorrangig den Fragebogen ausfüllten) selbst beziehen. Und zwar mehr oder weniger in isolierter Art und Weise. Denn sowohl für die Items „Besserung der Familienbeziehung" als auch „Interkation mit dem Kind" sind weniger zustimmende Werte zu notieren. Dahingehend könnte festgehalten werden, dass sich die Wirkungen vor allem auf Symptomatik und Mutter selbst beziehen und das weitere Familiensystem oder interpersonelle Interaktionen folglich weniger erreicht werden.

Weitere interessante Untersuchungsaspekte symbolisieren objektive Messungen wie beispielsweise durch eine Einführung von Verhaltensprotokollen, welche ein differenzierteres Bild über die Entwicklung der kindlichen Symptomatik ermöglichen. Diese ließen sich durch prä- und post-Untersuchungen ergänzen. Ebenso wäre eine Befragung der KB von Vorteil, um einen mehrperspektivischen Vergleich herzustellen.

Alles in allem gestaltet sich das Ergebnis der Fragebogenerhebung als sehr anerkennend. Die Werte liegen allesamt innerhalb der mehrheitlich zustimmenden Skalenbereiche. Das Maß an Erfolg, welches von den Klienten wahrgenommen wurde, kann aus einer differenzierten Perspektive aber völlig anders aussehen. Das Befinden hinsichtlich der Symptomverbesserung ist in diesem Rahmen nur unter wissenschaftlicher Vorsicht zu sehen.

> *„Möglicherweise wissen die Klient(inn)en gar nicht, was ihnen letztlich guttut, was längerfristig hilfreich wäre, was über das von ihnen Erfahrene hinaus an effektiver Hilfe möglich wäre (Nitsch 1999, 205)."*

Das getroffene Urteil bleibt subjektiv und durch die Erfüllung der klientenbezogenen Erwartungen bedingt. Für gewöhnlich wird ein höheres Maß an Klientenzufriedenheit als an Symptomverbesserung in Untersuchungen eruiert (vgl. ebd., 213). Eben dieser Fall trifft auch auf die vorliegende Erhebung zu. Einer Besserung der Problematik wurde im Mittel M=2,49 zugestimmt, der Zufriedenheit mit M=3,58. Vermutet werden kann, dass die Veränderung der Symptomatik aus Sicht der Eltern eben nur einen Bestandteil der Krisenintervention symbolisiert und Effekte bzw. Wirkungen auch auf anderen Dimensionen spürbar waren. Zieht man die Aussagen aus dem offenen Fragebogenteil hinzu, lassen sich Hinweise auf den Kern erkennen, mit welchem die Klienten die Effektivität assoziieren. Formulierungen wie „Zuwendung", „unterstützendes Gefühl", „entspannte Atmosphäre" und „Verständnis" seien exemplarisch benannt. Auch innerhalb anderer Evaluationsforschungen aus dem Bereich der Erziehungsberatung beziehen sich positive Feedbackangaben deutlich auf den Berater und die Gesprächsatmosphäre (vgl. ebd., 214). Dies führt zurück zu den Ausführungen Sterns, Mütter bräuchten vor allem Personen, die Wärme, Wertschätzung und Gelassenheit vermittelt (vgl. Hawallek et al. 2008, 110f.). Ein Bedürfnis, das offensichtlich durch die KB der SBA verwirklicht wurde.

Sicherlich ist es mit einer gewissen Skepsis zu betrachten, dass Beratungen bereits als durchaus annehmbar gelten, wenn es den Klienten im Nachhinein gut geht. Insofern ist wohl Abstand zu nehmen von der dichotomen Unterteilung in Erfolg und Nichterfolg. Jenen Interventionen werden dadurch Eigenschaften suggeriert, die ihnen gar nicht eigen sind. Vielmehr besitzen sie die Fähigkeit zu wirken. Ob als Kompensation, als Ersatz einer Bezugsperson oder als sicherer Raum ist wohl zweitrangig. Solange die Wirkungen positiver Natur für das Erle-

ben ihrer Klienten sind. Letztlich ist dies genau der Punkt, den das KJHG hervorhebt: die Subjektstellung des Hilfesuchenden (vgl. ebd., 205).

Literarturverzeichnis

Abels, M. (2008): Kulturvergleichende Grundlagen frühkindlicher Regulationsprozesse. In: Borke, J.; Eickhorst, A. (2008): *Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit.* Wien. S. 44 - 59

Anders, T. F. (1994): Infant slept, nighttime relationship, and attachement. In: *Psychiatry*, 57 (1994), S. 11 - 21

Bamberger, G. (2005): *Bamberger Lösungsorientierte Beratung*. Weinheim

Bastian, P. et al. (2008): Frühe Hilfen und die Verbesserung elterlicher Erziehungskompetenzen. Ein Konzept zur wirkungsorientierten Programmevaluation. In: Bastian, P. et al. (2008): *Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme.* Münster, New York, München, Berlin. S. 83 – 101

Beck, A. et al. (2008): Exzessives Schreien im Säuglingsalter. In: Borke et al. (2008): *Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit.* Wien, S. 147 - 163

Beermann, J. (2010): *Veränderungen des kindlichen Schrei- und Schlafverhaltens und der elterlichen Befindlichkeit in Beratungsprozessen der Babysprechstunde Osnabrück.* Evaluative Einzelfallanalysen

Berger, M. et al. (2007): Leitlinien Regulationsstörungen, psychische und psychosomatische Störungen im Säuglings- und frühen Kleinkindalter. In: Cierpka, M. et al. (2007): *Psychoanalytische Säugling-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie*. Konzepte – Leitlinien – Manual. Frankfurt a. M., S. 51 – 85

Beyersmann, I. (2004): Beratung für psychosozial belastete Familien mit Säuglingen und Kleinkindern – Chancen und Grenzen interdisziplinärer Zusammenarbeit. In: Verein für Kommunalwissenschaften e. V. (2004): *It Takes Two to Tango*. Frühe Kindheit an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie. Berlin. S. 136 – 152

Bindt, C. (2011): Diagnostik und Therapie von Fütter- und Gedeihstörungen aus psychosomatischer Perspektive. In: Kißgen, R. et al. (2011): *Familiäre Belastungen in früher Kindheit:* Früherkennung, Verlauf, Begleitung, Intervention. Stuttgart. S. 133 – 152

Böttcher, W. et al. (2010): *Einführung in das Bildungs- und Sozialmanagement*. Leverkusen, Stuttgart, Regensburg

Borke, J. et al. (2008): Grundsätze einer systemisch-entwicklungspsychologischen Beratungsarbeit. In: Borke, J. et al. (2008): *Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit*. Wien. S. 15 - 19

Bortz, J. et al. (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2001): *Elfter Kinder- und Jugendbericht*. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin

Cramer, B. et al. (1990): Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: A preliminary report. In: *Infant Mental Health Journal* 11 (1990), Michigan, S. 278 - 300

Diederichs, P. (1999): *Der friedvolle Weg*. Von der Anspannung in die Entspannung. Erfahrungen aus der Schreibaby-Ambulanz und ihre Bedeutung. o.O.

Diederichs, P. et al. (2007): *Schlaf und Halt*. Der Beitrag körperpsychotherapeutischer Techniken zur Behandlung von frühkindlichen Schlafstörungen unter besonderer Berücksichtigung prä-, peri- und postnataler Stressoren.

Dräger, J. (2007): *Konzept für das Projekt SchreiBabyAmbulanz ® - Hamburg*. (unveröffentlichtes Material)

Dunitz-Scheer, M. et al. (2000): *Schlafstörungen in der frühen Kindheit*: Entstehung, Diagnostik, Therapie. In: Wiener klinische Wochenschrift (2000). Wien. S. 1 - 20

Eckert, A. R. (2010): *Körperpsychotherapie und Psychomotorik*. In: Motorik 33 (2010), S. 65 – 70

Fries, M. (1999): Babys, die sich nicht beruhigen lassen – Auswege für Eltern und Babys in der lösungsorientierten Kurzzeittherapie. In: Kühl, J. et al. (1999): *Autonomie und Dialog*. Kleine Kinder in der Frühförderung. München. S. 70 - 79

Fries, M. (2001): Schwierige Babys – Erschöpfte Eltern. Möglichkeiten früher Intervention. In: Schlippe, A.v. et al.: *Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung*. Die Chancen des Anfangs. Münster. S. 79 - 90

Geuter, U. (2010): Körperpsychotherapie 50 Jahre nach Gindler und Reich. In: *Motorik* 33 (2010), S. 71 - 75

Grabbe, M. (2008): Elternkompetenz – Vom Leitfaden zum Leitfaden. In: Borke, J.; Eickhorst, A. (Hrsg.): *Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit*. Wien. S. 122 - 143

Groß, S. et al. (2007): Zur Lage der Beratung und Therapie von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland. Ergebnisse einer Expertise. In: Cierpka, M. et al.: *Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56 (2007) 10, S. 822 – 835

Hawellek, C. et al (2005): *Entwicklung unterstützen - Unterstützung entwickeln*. Systemisches Coaching nach dem Marte-Meo-Modell. Göttingen

Hawallek, C. et al. (2008): "Good Enough"-Couseling. Familienberaterinnen und Familienberater in der Babysprechstunde Osnabrück und ihre Supervision. In: Borke, J. et al. (2008): *Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit*. Köln, Weimar, Wien. S. 109 - 121

Heekerens, H.-P. (1998): Evaluation von Erziehungsberatung: Forschungsstand und Hinweise zukünftiger Forschung. In: Cierpka, M. et al.: *Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 47 (1998) 8, S. 589 - 606

Heiner, M. (1996): Evaluation zwischen Qualifizierung, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. In: Heiner, M. (1996): *Qualitätsentwicklung durch Evaluation*. Freiburg. S. 20 - 47

Hensen, S. et al. (2008): Systematische Gestaltung früher Hilfezugänge. Entwicklungspsychologische und organisationstheoretische Grundlagen. In: Bastian, P. et al. (2008): *Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme*. Münster, New York, München, Berlin. S. 35 - 58

Heymans, A. (2009): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*: Ein- und Durchschlafstörungen aus bindungstheoretischer Perspektive. Köln

v. Hofacker, N. et al. (2007): Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter (0-3). In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2007): *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln. S. 357 - 378

v. Hofacker, N. et al. (2010): Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Papoušek, M. et al. (2010): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Frühen Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung. Bern. S. 171 - 199

Jenni, O. G. et al. (2008): Schlafstörungen in den ersten Lebensjahren. In: Borke, J. et al. (2008): *Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit*. Wien. S. 164 - 188

Jungclaussen, I. (2011): *Der integrative körperorientierte Ansatz nach Paula Diederichs als gemeinsame methodische Grundlage des Rückhalt-Vereins im Bereich Babytherapie, Krisenintervention und früher Hilfen*.

Kalter, B. et al. (2004): Praxisüberprüfung und Theoriebildung. Evaluation als anwendungsorientierte Sozialforschung. In: Schrapper, C. et al. (2004): *Sozialpädagogische Forschungspraxis*. Positionen, Projekte, Perspektiven. Weinheim, München. S. 91 - 100

Keller, H. (2011): *Kinderalltag*. Kulturen der Kindheit und ihre Bedeutung für Bindung, Bildung und Erziehung. Heidelberg.

Kriz, J. (2008): Systemische Grundlagen der Eltern-Kind-Beratung. In: Borke, J. et al. (2008.): *Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit*. Wien. S. 23 - 43

Lindner, E. (2004): *Evaluation präventiver Beratungsarbeit am Beispiel des Modellprojekts "Aufbau von beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen für Familien, deren Säuglinge und Kleinkinder von Vernachlässigung, Misshandlung und Gewalt bedroht oder betroffen sind" des deutschen Kinderschutzbundes, Kreisverband Schaumburg e. V*. Eine empirische Analyse

Lothe, L. et al. (1990): Motilin and infantile colic. A prospective study. In: *Acta Paediatr Scand* 79 (1990), 4. S. 6 -410

Mattejat, F. et al. (1998): *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

Meyle, S. (2000): Erziehungsberatung auf dem „Prüfstand" – Die Effektivität der Beratungsarbeit aus der Perspektive der Klienten. In: Körner, W. et al. (2000): *Handbuch der Erziehungsberatung*. Band 2. Göttingen. S. 389 - 399

Nitsch, R. (1999): Eltern und Kinder geben ihr Feedback. In: Hundsalz, A. et al. (1999): *Jahrbuch für Erziehungsberatung,* Band 3. Weinheim. S. 203 - 221

Oerter, L. et al. (2002): *Entwicklungspsychologie*. Weinheim, Basel, München

Paditz, E. (2007): *Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter*. Prävention des plötzlichen Kindstodes (Protokoll der Tagung der Arbeitsgruppe Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM), der interdisziplinären Arbeitsgruppe Schlafmedizin Sachsen e.V. und der Babyhilfe Deutschland e.V. vom 30.3.-01.04.2007 in Görlitz)

Papoušek, M. (2010): Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In: Papoušek, M. et al. (2010): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Frühen Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung. Bern. S. 77 – 110

Peters, F. (2010): *Späte Mutterschaft als medizinischer Risikofaktor?* Der Einfluss des Alters der Mutter auf das Risiko der Frühgeburt. Berlin

Polster, K. (2005): *Frühkindliche Beratung in der "Babysprechstunde Osnabrück"*. Eine explorative Evaluationsstudie

Polster, K. (2008): Effektivität von Interaktionsberatung. In: Borke, J. et al. (2008): *Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit*. Wien. S. 297 – 310

Rauer, W. (2009): Untersuchungen zu Wirkungen eines prävantiven universellen Elternkurses auf die Erziehungskompetenz der Eltern – ein Bericht aus der Forschungspraxis im Feld. In: Iwers-Stelljes, T. (2009): *Prävention – Intervention – Konfliktlösung*. Pädagogisch-psychologische Förderung und Evaluation. Heidelberg. S. 18 - 40

Rausch, A. (2008): Modul 1: Zur Charakteristik des Beratungsbegriffes In: Rausch, A. et al. (2008): *Modul Beratungspsychologie*. Bad Heilbrunn. S. 17 - 29

Reichle et al. (2008): Auch positive Ereignisse erfordern Bewältigung. Prävention von Partnerschaftsproblemen nach dem Übergang zur Elternschaft. In: Borke et al. (2008): *Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit*. Köln, Weimar, Wien. S. 273 - 293

Röseler, D. (2000): *Evaluation einer Krisenintervention der Schreibabyambulanz im Nachbarschafts- und Selbsthilfezentrum der UFA-Fabrik in Berlin*.

Rückhalt e.V. (2012): *Konzeption der SchreiBabyAmbulanzen von Rückhalt – Verein für körperpsychotherapeutische Krisenbegleitung e.V*. (unveröffentlichtes Material)

Schieche, M. et al. (2010): Schlafstörungen. Aktuelle Ergebnisse und klinische Erfahrungen. In: Papoušek, M. et al. (2010): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit.* Frühen Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung. Bern. S. 145 – 170

Smith, E. E. et al. (2007): *Atkinsons und Hilgards Einführung in die Psychologie*. Berlin/Heidelberg.

Sozialgesetzbuch – Achtes Buch (2006): *Kinder- und Jugendhilfegesetz.* Berlin

Statistisches Bundesamt (2012): *Geburten in Deutschland.* Ausgabe 2012. Wiesbaden

Stierle, M. (Hrsg.) (2006): *Deutscher Präventionspreis 2006*. Stärkung der Elternkompetenz in Schwangerschaft und früher Kindheit. Die Preisträger und Nominierten. Oelde.

Thiel-Bonney, C. et al. (2012): Fütterstörungen in der frühen Kindheit. In: Cierpka, M. et al. (2012): *Frühe Kindheit 0 – 3 Jahre:* Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Heidelberg. S. 220 - 248

Tro y Baumann, B. (2010): *Exzessives Schreien beim gesunden Säugling* – Ein Vergleich der Schreikindprävalenz in fünf europäischen Ländern. München

Tschöpe-Scheffler, S. (2008): Unterstützungsangebote zur Stärkung der elterlichen Erziehungsverantwortung oder: Starke Eltern haben starke Kinder. In: Bastian, P. et al. (2008): *Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme.* Münster, New York, München, Berlin. S. 59 - 82

Vossler, A. (2003): *Perspektiven der Erziehungsberatung*. Kompetenzförderung aus der Sicht von Jugendlichen, Eltern und Beratern. Tübingen

Vosseler, A. (2006): Evaluation von Erziehungs- und Familienberatung in Deutschland. Ergebnisse und Anregungen für die künftige Praxis. In: Menne, K. et al. (2006): *Jahrbuch für Erziehungsberatung*. Band 6. Weinheim, München. S. 207 – 224

Wagner, R. F. (2008): Modul 3: Beratungsansätze im Überblick. In: Rausch, A. et al. (2008): *Modul Beratungspsychologie*. Bad Heilbrunn. S. 65 - 85

Wilken,M. et al. (2008): Therapie frühkindlicher Fütterstörungen. In: Borke et al. (2008): *Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit*. Köln, Weimar, Wien, S. 189 – 208

Wollwerth de Chuquisengo, R. et al. (2005): Exzessives Schreien in den ersten Lebensmonaten und seine Behandlung in der "Münchner Sprechstunde für Schreibabys". In: IKK (Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung) DJI e.V. (2005): *Gewalt gegen Kinder:* Früh erkennen – früh helfen. München, S. 40 – 45

Wollwerth de Chuquisengo, R. et al. (2010): Das Münchner Konzept einer kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie. In: Papoušek, M. et al. (2010): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Frühen Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung. Bern. S. 281 - 309

Wottawa, H. et al. (1998): *Lehrbuch Evaluation*. Zweite, vollständig überarbeitete Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

Wurmser, H. et al. (2010) Zahlen und Fakten zu frühkindlichen Regulationsstörungen: Datenbasis aus der Münchner Spezialambulanz. In: Papoušek, M. et al. (2010): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Frühen Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung. Bern. S. 49 - 76

Ziegenhain, U. (2004): Liaison Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie in der frühen Kindheit? Interdisziplinäre Kooperation am Beispiel eines Weiterbildungsprojektes. In: Verein für Kommunalwissenschaften e. V. (2004): *It Takes Two to Tango*. Frühe Kindheit an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie. Berlin. S. 58 - 70

Ziegenhain, U. et al. (2006): *Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern*. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Weinheim, München

Ziegler, M. et al. (2010): Exzessives Schreien im frühen Säuglingsalter. In: Papoušek, M. et al. (2010): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Frühen Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung. Bern. S. 111 - 143

Internetquellen

Barthlen, Prof. Dr. med. W. (o.J.): Gastroösophagealer Reflux

Zugriff am 14.08.2012 unter *http://www.medizin.uni-greifswald.de/ki_chir/index.php?id=538*

DGEInfo (2007): KiGGS. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesungheitssurveys

Zugriff am 30.08.2012 unter *http://www.dge.de/modules.php?name=News&file= article&sid=763*

Rückhalt e.V. (2012a): Die Gründerin Paula Diederichs

Zugriff am 04.11.2012 unter http://www.rueckhalt.de/media/Dankesschreiben/*Interview%20Paula_3b.pdf*

Schiepeck, Strunk (1994): Attraktor

Zugriff am 06.03.2012 unter *http://www.kinderpsychiatrie-systemisch.de/attraktor.htm*

Anhang

A 1 Tabellen

Tabelle 9: Intuitive Verhaltensweisen gegenüber Kleinkindern (n. Papousek)

Mimik	Stimme	Gestik	Sprache
Augenbrauengruß	Höhere Stimmlage	Regulation Nähe – Distanz	Baby- oder Ammensprache
Bemühungen um Blickkontakt	Melodische Stimmführung (Singsang)	Zeigegesten zur Aufmerksamkeitslenkung	Nachahmung kindlicher Vokalisation
Übertrieben wirkender Ausdruck von Freude, Überraschung, Erstaunen	Anregende Stimmführung zur Erlangung von Aufmerksamkeit		Verwendung rhythmischer Silben
Rhythmische Wiederholung mimischen Ausdrucks	Variation der Lautstärke entsprechend kindlichem Verhaltenszustand		Kurze Sätze, häufige Wiederholungen und Verkleinerungen

Quelle: Ziegenhain et al. 2006, 38

Tabelle 10: Adaptive Entwicklungsaufgaben der frühen Kindheit

Alter	Adaptive Entwicklungsaufgabe	Phasentypische Probleme
0 – 3 Monate	Nahrungsaufnahme/Verdauung	Exzessives Schreien mit Problemen der Schlaf-Wach-Organisation
	- Zyklus der Nahrungsaufnahme (Hunger-Sättigung)	Fütterstörungen
	- Koordinierte Saugaktivität beim Stillen/Fläschchen geben	
	Immunologische Anpassung	
	Energiehaushalt/Temperaturregulation	
	Regulation der Verhaltenszustände	
	- Schlaf-Wach-Organisation	

Alter	Adaptive Entwicklungsaufgabe	Phasentypische Probleme
	- Ruhig-aufmerksamer Wachzustand	
3 – 7 Monate	Nahrungsaufnahme: Zufüttern	Motorische Unruhe
	- Anpassung an neuen Modus, Geschmack, Konsistenz	Spielunlust
	Konsolidierung des Nachtschlafes	Dysphorie
	Regulation von Aufmerksamkeit, Selbstwirksamkeit, Affekt und Erfahrungsintegration	
	- Im Zwiegespräch	
	- Im Spiel	
Ab 7 – 9 Monate	Beginn der eigenständigen Fortbewegung	Exzessives Klammern
	Beginn der personenspezifischen Bindung	Übermäßige Fremdenangst
	- Balance zwischen Bindungssicherheit und Exploration	Trennungsangst
	- Umgang mit dem Fremden (fremde Umgebung, fremde Personen)	Ängstlichkeit
	Nahrungsaufnahme: Abstillen	Sozialer Rückzug
	Schlaf: Reorganisation des Nachtschlafes	Gehemmte Explorationsbereitschaft
Ab 15 – 18 Monate	Unbegrenzte Fortbewegung, Wortschatzspurt	Exzessives Trotzen
	Schlaf: Angstträume	Aggressiv-oppositionelles Verhalten
	Nahrungsaufnahme: Selberessen	
	Selbsterkennen im Spiegel, Empathie, Symbolspiel	
	Balance zwischen Verbundenheit und Autonomie	
	Umgang mit sozialen Regeln und Grenzen („nein)	
	Reifung präfrontaler inhibitorischer Systeme	
	- Emotionale Regulation (Frustrationstoleranz, Impulskontrolle)	
	- Zielgesteuerte Handlungsorganisation	

Quelle: Papoušek et al. 2010, 84

Tabelle 11: Entwicklungsverlauf im Fütterkontext

Alter	**Nahrung**	**Entwicklungs- und Anpassungs-aufgabe**
1. Trimenon	Muttermilch/Flaschennahrung	Saugen (Brust/Flasche), Rhythmus von Hunger und Sättigung
2. Trimenon	Flaschennahrung, Beginn mit pürierter, breiiger Nahrung	Übergang zur Flaschennahrung, erhöhte Intensität des Saugens, Anpassung an die Löffelkost
2. Halbjahr	Löffelkost, zunehmend stückig, grob und handlich	Neue Geschmacksrichtungen, Konsistenzen und Texturen, zunehmend sitzende Position
2. Jahr	Grob gehackte und klein geschnittene Nahrung, rohes Obst und Gemüse, später regelmäßige Mahlzeiten am Tisch, Trinken aus der Tasse	Selbstständiges Essen und Trinken
3. Jahr	Tischkost	Zunehmende Übernahme familiärer und kultureller Konventionen

Quelle: Thiel-Bonney et al. 2012, 221

Tabelle 12: Indikationsliste

Gesetzliche Grundlage §§ Prämisse	Wem helfen wir bzw. wann wird Hilfe notwendig? > Indikation	Wodurch helfen wir? Intervention	Ziele
„Helfen" SGB VIII, § 27 „Hilfe zur Erziehung"	Säuglinge und Kleinkinder mit frühkindlichen Regulationsstörungen (exzessives Schreiverhalten, Schlaf- und Fütterstörungen) sowie Stillproblematiken, Koliken, Entwicklungsverzögerung, Interaktions- und Bindungsstörung Situationen fehlender Ausübung des Erziehungsrechtes und der Erziehungsverantwortung Situationen mangelnder familiärer Unterstützung bei Belastungssituationen durch Schlaf, Schrei und Essprobleme, sowie Wut und Trotzattacken und Unruhezuständen ihrer Kinder	ressourcenorientierte Unterstützung der Eltern durch Beratung und Information Schaffen einer vertrauensvollen Atmosphäre und wertschätzenden Haltung körperpsychotherapeutische Arbeit ,um das Erregungspotenzial bei Mutter, Kind und Vater abzuschwächen (Atemübungen, Massagen, Halteübungen) Aktivierung von Ressourcen, sowie Ressourcen im weiteren Familiennetzwerk Hilfe bei Aktivierung weiterer Netzwerke und Helfersysteme Psychoedukation Analyse der Entstehung der Krisensituation	*Auf elterlicher Ebene:* Hilfe zur Wahrnehmung und Stärkung der elterlichen Kompetenzen und Entwicklung eines positiven Mutter- und Vaterbildes *Auf Mutter-Kind-Ebene:* Hilfe zur Stärkung der Mutter-Kind- Bindung / Beziehung *Auf körperlicher Ebene:* Hilfe zur Entspannung und Harmonisierung von Sympathikus und Parasympathikus (gesundheitliches Gleichgewicht) *Auf Entwicklungs-Ebene*: Hilfe bei der Wiederaufnahme eines gesunden Entwicklungsweges *Auf sozialer Ebene:* Hilfe zur Vernetzung und Entlastung
„Schützen" SGB VIII, §8 a „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung"	Körperlicher und psychischer Schutz des Kindes: Mütter und Väter, die (aufgrund von exzessivem Schreien, Wut oder Trotzverhalten) einem extremen Überlastungskreislauf mit dauerhaftem Schlafentzug und hoher emotionaler und psychischer Belastung unterliegen, sind gefährdet, ihrem Kind körperlichen Schaden zuzufügen, oder sind bereits schon leicht übergriffig geworden. (s.Schädelhirntrauma-	Deeskalationsübungen und Techniken zum Aggressions- und Stressabbau Impulskontrolle erlernen Grenzen setzen üben Entwicklung von Coping-Strategien Erlernen von Entspannungstechniken Atemübungen, Massagen, Halteübungen Einbinden in ein psycho-soziales Netzwerk	Kontrollierteres, bewussteres Erziehungsverhalten Schutz des Kindeswohles vor elterlichen Übergriffen Erziehungsverhalten verändern und Erziehungskompetenz fördern Ressourcenstärkung

	Schütteln von Schreibabys als häufigste Ursache)		
„Fördern" SGB VIII, § 16 Abs.3 „Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie"	Fördern der Erziehung in der Familie ist indiziert, wenn Mutter und/oder Vater aus folgenden Gründen ihrer erzieherischen Verantwortung nicht nachkommen können: -Schwangere in akuten emotionalen Belastungs- und Notsituationen (wie Risiko- oder Folgeschwangerschaft, drohende PPD) - Mütter mit psychosomatischen Risiken -Mütter mit PPD; -bei Müttern und Kind in Stresssituationen -wenn der Vater/ der väterliche Rückhalt aufgrund von beruflicher Belastung oder sonstigen Gründen häuslich fehlt - wenn durch ein fehlendes soziales Netzwerk akute Entlastungsstrukturen fehlen und Krisensituationen drohen.	Krise der Schwangerschaft und/oder die Angst vor der Geburt verstehen und bewältigen lernen Stressabbau durch Entspannungstechniken Förderung von kindlichen Entwicklungsphasen- und Zusammenhänge erkennen lernen (Psychoedukation) Beratung und Begleitung (Ängste und Sorgen benennen, verstehen und Umgang finden) Durch die Stärkung der Mutter-Vater-Kind-Beziehung/Bindung werden erzieherische mütterliche und väterliche Kompetenzen gefördert / Mutter- Kind-Vater-Triade	Förderung: Mutter-Kind-Bindung bereits in der Schwangerschaft Angstreduktion im Bezug auf die Schwangerschaft und Geburt Förderung der mütterlichen und väterlichen Identität Stärkung der Partnerbeziehung als Basis für eine gute Erziehungskompetenz
§ 35 SGB V III **Eingliederungshilfe** für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche	*Säuglinge und Kinder deren seelische Gesundheit mit dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht, oder die von einer seelischen Behinderung bedroht sind, so dass eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.* Eingliederungshilfe ist indiziert bei z.B. exzessivem früh/kleinkindlichen Trotzverhalten, Beißen, Trennungskonflikten, selbstverletzendem Verhalten, wodurch z.B. der Besuch der Kita, der Pekip-Gruppen, der Mutter-Kind-Treffen (s. Teilhabe) sowie alltägliche Verrichtungen gefährdet sind.	Über gezielte körperpsychotherapeutische Interventionen, wie Massagen, Halteübungen und Bindungsarbeit wird die emotionale und körperbezogene Wahrnehmung dahingehend gefördert, dass die links genannten Störungen verringert werden und eine Wiedereingliederung ins gesellschaftliche Leben erfolgen kann. Ebenso unterstützend wirkt sich die Netzwerkarbeit (Vernetzung mit anderen Einrichtungen) aus. (s. Wiederherstellung von Teilhabefähigkeit)	Förderung der Eltern-Kind-Beziehung Folgen einer drohenden seelischen oder körperlichen Beeinträchtigung mildern oder vermeiden Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen

Quelle: unveröffentlichtes Material SBA Hamburg und Stormarn

Tabelle 13: Massageformen

Technik	**Erläuterung**
Embryonalstellung	Arme und Beine des Kindes fest an den Körper drücken (vgl. Diederichs et al. 2007, 6)
Erden/Erdung	Fussmassage bei der Mutter (vgl. Diederichs et al. 2007, 7)
Geburtsstimulations-/Kaiserschnittmassage	Durchkneten des gesamten kindlichen Körpers von Kopf bis Fuss auf jeder Körperseite mit anschließenden Ausstreichen (vgl. Diederichs et al. 2007, 7)
Halten/Re-Bonding	Anlegen des Kindes an die Mutterbrust (vgl. Diederichs et al. 2007, 7)
Occiputmassage	aus dem Lateinischen *Os occipitale,* meint den hinteren Bereich des Schädels am Halsübergang (vgl. Jungclaussen 2011, 8)
Rückenstreckermassage	umfasst eine Massage über den gesamten Rücken
Zentrieren	Konzentration auf die Atmung, insbesondere Ausatmung (vgl. Diederichs et al. 2007, 6)

Tabelle 14: Skalen der Elternversion

Skala	Bezeichnung	Berechnung
Skala 1	Erfolg der Behandlung	$\frac{(19+23+30+35+36+37+38)}{n}$
Skala 2	Verlauf der Behandlung	$\frac{(20+21+22+24+25+26+27+28+29+31+32+33+34+39)}{n}$

Quelle: Mattejat et al. 1998, 8 (Umnummerierung der Items nach vorliegenden Fragebogen)

Tabelle 15: Übersicht zur Interpretation der FBB-Ergebnisse

FBB-Items		**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
		Überhaupt nicht/niemals	Kaum/selten	Teilweise/ manchmal	Überwiegend/ meistens	Ganz genau/immer
FBB-Skalen	**WB**	0≤ x ≥0,5	0,5≤ x ≥1,5	1.5≤ x ≥2,5	2,5≤ x ≥3,5	3,5≤ x ≥4,0
	Erg.-qualität	Völlig erfolglose Behandlung (keine Fortschritte)	Überwiegend erfolglos (geringe Fortschritte)	Teilweise erfolgreich (mäßige Fortschritte)	Überwiegend erfolgreich (deutliche Fortschritte)	Vollständig erfolgreich (sehr gute Fortschritte)
	Prozessqualität	Völlig unzufrieden mit Behandlungsverlauf	Überwiegend unzufrieden	Teilweise unzufrieden	Überwiegend zufrieden	Vollständig zufrieden
	Ges.-beurteilung	Schlecht	Unzureichend	Mäßig	Gut	Sehr gut

Quelle: Mattejat et al. 1998, 12

Tabelle 16: Altersverteilung der Mütter

	N	**Spannweite**	**Min**	**Max**	**M**	**SD**	**Varianz**
Alter der Mutter	36	21	23	44	33,42	5,140	26,421
Gültige Werte (Listenweise)	36						

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Tabelle 17: Altersverteilung der Väter

	N	Spannweite	Min	Max	M	SD	Varianz
Alter des Vaters	36	35	26	61	37,11	6,952	48,330
Gültige Werte (Listenweise)	36						

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Tabelle 18: Geschlechterverteilung der Kinder

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	männlich	25	69,4	71,4	71,4
	weiblich	10	27,8	28,6	100,0
	Gesamt	35	97,2	100,0	
Fehlend	keine Angabe	1	2,8		
Gesamt		36	100,0		

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Tabelle 19: Inanspruchnahme einer zusätzlichen Telefonberatung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	25	69,4	69,4	69,4
	nein	11	30,6	30,6	100,0
	Gesamt	36	100,0	100,0	

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Tabelle 20: Behandlungszeitraum

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	2011	8	22,2	32,0	32,0
	erstes Halbjahr 2012	8	22,2	32,0	64,0
	zweites Halbjahr 2012	9	25,0	36,0	100,0
	Gesamt	25	69,4	100,0	
Fehlend	999	11	30,6		
Gesamt		36	100,0		

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Tabelle 21: Korrelation Geschlecht - Anlassproblematik

		Ge-schlecht	Schreien	Schlaf-problem	Fütter-/Essproblem	Unsi-cherhei-ten im Umgang	Anderes
Geschlecht	Korrelation n. Pearson	1	,199	,310	,112	,035	,112
	Signifikanz (2-seitig)		,260	,074	,527	,843	,527
	Quadrat-summen u. Kreuzpro-dukte	7,143	1,471	1,941	,294	,176	,294
	Kovarianz	,210	,045	,059	,009	,005	,009
	N	35	34	34	34	34	34

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Tabelle 22: Reliabilitätsanalyse Skala Beziehungsgestaltung

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
KB Verständnis für Situation	26,68	5,983	,302	.	,777
Vertrauen zur KB	26,82	4,271	,740	.	,698
Problemverständnis der KB	26,71	5,790	,378	.	,769
KB verstand mich und meine Sicht	26,71	5,790	,378	.	,769
Möglich offen über Probleme zu reden	26,79	5,502	,427	.	,761
Ärgernis über KB	26,82	4,816	,311	.	,810
KB war sympathisch	26,79	4,168	,731	.	,699
gutes Auskommen mit KB	26,79	4,714	,745	.	,708

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Tabelle 23: Veränderung der Anlassproblematik während Behandlung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	28	77,8	77,8	77,8
	nein	8	22,2	22,2	100,0
	Gesamt	36	100,0	100,0	

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Tabelle 24: Wiederauftreten der Anlassproblematik

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	19	52,8	54,3	54,3
	nein	16	44,4	45,7	100,0
	Gesamt	35	97,2	100,0	
Fehlend	999	1	2,8		
Gesamt		36	100,0		

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Tabelle 25: Korrelation Item 17 und Item 35

	Wert	Asymptotischer Standardfehler[a]	Näherungsweises T[b]	Näherungsweise Signifikanz
Pearson-R	-,622	,122	-4,567	,000
Korrelation nach Spearman	-,535	,128	-3,633	,001
Anzahl gültiger Fälle	35			

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Tabelle 26: Beziehungsgestaltung

	N	Mini	Max	M	SD	Varianz
KB Verständnis für Situation	35	3	4	3,91	,284	,081
Vertrauen zur KB	35	1	4	3,74	,611	,373
Problemverständnis der KB	35	3	4	3,89	,323	,104
KB verstand mich und meine Sicht	35	3	4	3,86	,355	,126
Möglich offen über Probleme zu reden	36	3	4	3,75	,439	,193
KB war sympathisch	36	1	4	3,78	,637	,406
gutes Auskommen mit KB	35	2	4	3,80	,473	,224
Gültige Werte (Listenweise)	34					

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Tabelle 27: T-Test – Belastungsempfinden vor und nach der Behandlung

	M	SD	Standardfehler d. M	95% Konfidenzintervall d. Diff.		T	df	Sig. (2-seitig)
				Untere	Obere			
Belastung vor Beh. - Belastung nach Beh.	-,361	1,533	,256	-,880	,158	-1,413	35	,167

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Tabelle 28: Klärung aller Fragen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt überhaupt nicht	1	2,8	2,8	2,8
	stimmt etwas	2	5,6	5,6	8,3
	stimmt teilweise	4	11,1	11,1	19,4
	stimmt eher	10	27,8	27,8	47,2
	stimmt voll und ganz	19	52,8	52,8	100,0
	Gesamt	36	100,0	100,0	

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Tabelle 29: Verlauf der Behandlung

	N	Min	Max	M	SD
KB Verständnis für Situation	35	3	4	3,91	,284
Wieder hierher kommen	35	0	4	3,46	,919
Ausreichende Info über Sinn, Zweck und Verlauf	35	1	4	3,66	,725
Vertrauen zur KB	35	1	4	3,74	,611
Problemverständnis der KB	35	3	4	3,89	,323
KB verstand mich und meine Sicht	35	3	4	3,86	,355
Möglich offen über Probleme zu reden	36	3	4	3,75	,439
Ärgernis über KB	36	0	4	3,78	,760
KB war sympathisch	36	1	4	3,78	,637
gutes Auskommen mit KB	35	2	4	3,80	,473
Einverständnis mit allen Maßnahmen	36	0	4	3,53	,845
Weiterempfehlung	36	0	4	3,78	,722
Ausreichend Einbezogen in Behandlung	35	1	4	3,74	,611
Behandlungszufriedenheit	36	0	4	3,58	,770
Gültige Werte (Listenweise)	33				

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

Tabelle 30: Erfolg der Behandlung

	N	Min	Max	M	SD
Behandlung für Kind hilfreich	34	0	4	2,68	1,007
Besseres Auskommen in Familie	34	0	4	2,38	1,155
Eigene Probleme auch gebessert	36	0	4	2,39	,903
Besseres Verständnis über kindliche Probleme durch Gespräche	35	0	4	2,97	,891
Besserung der kindlichen Probleme	35	0	4	2,49	1,095
Persönlich ein Stück weiter	35	0	4	2,60	,847
Positive Veränderung meines Verhaltens gegenüber Kind	33	0	4	2,85	,870
Gültige Werte (Listenweise)	30				

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

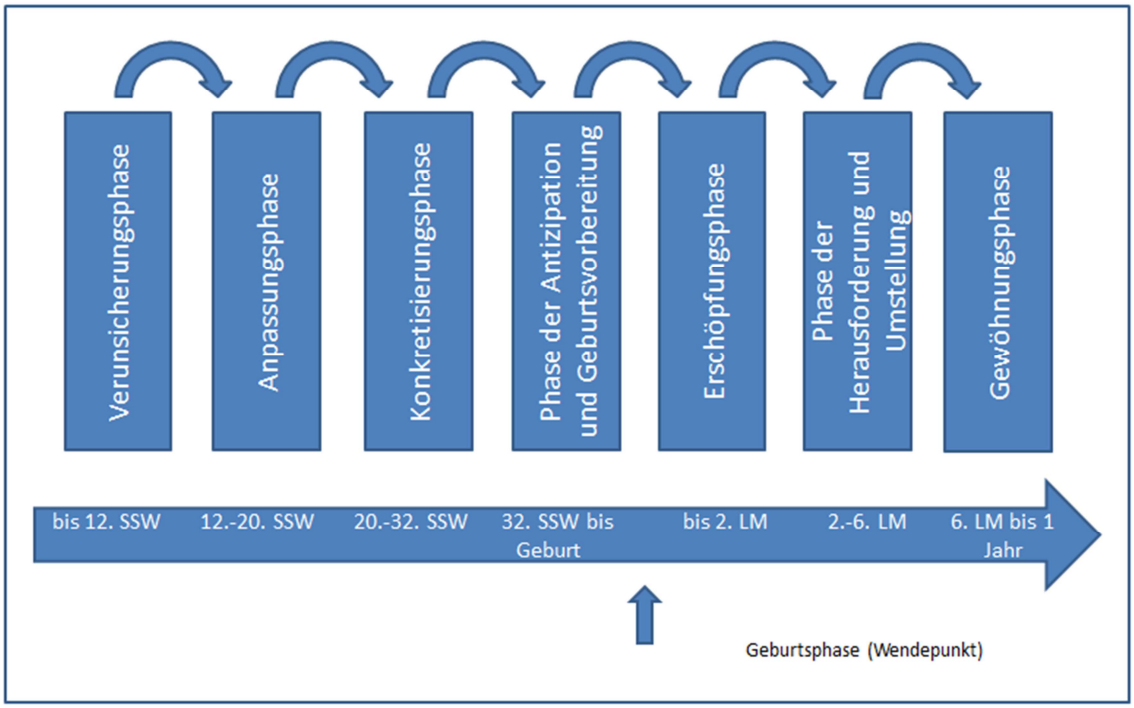
Tabelle 31: Korrelationsberechnung Behandlungszeit – FBB-Gesamtwert

		Gesamtskala
Behandlungszeitraum	Korrelation nach Pearson	,353
	Signifikanz (2-seitig)	,084
	N	25

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnung SPSS

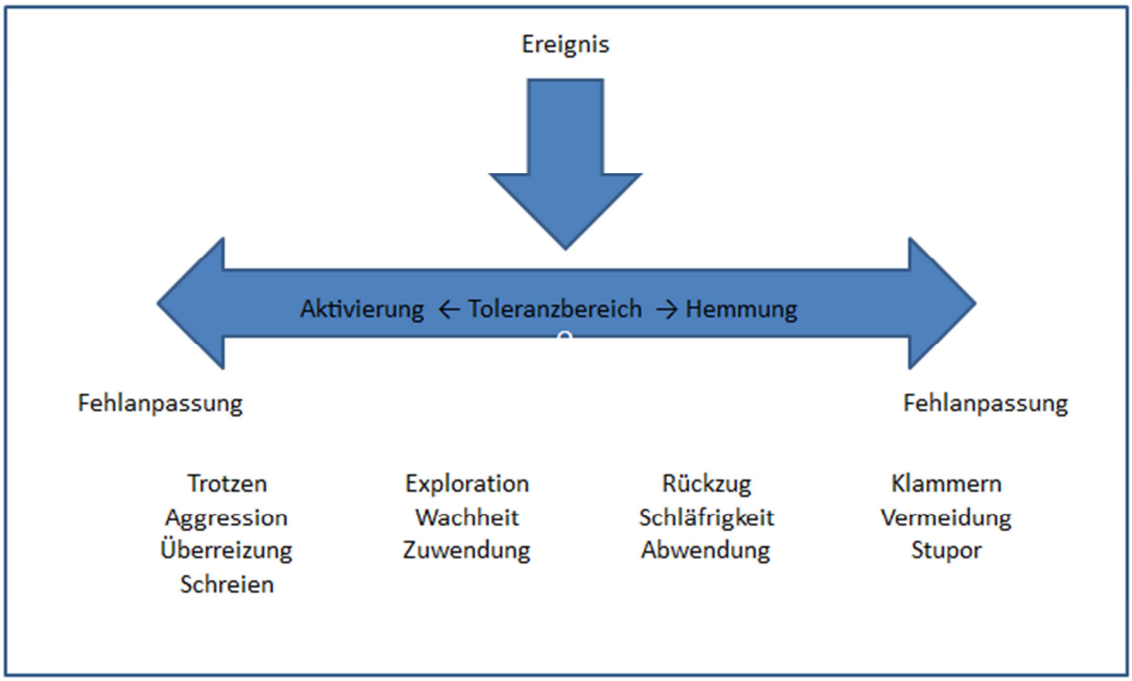
A 2 Abbildungen

Abbildung 16: Übergangsmodell nach Gloger-Trippelt (1988)



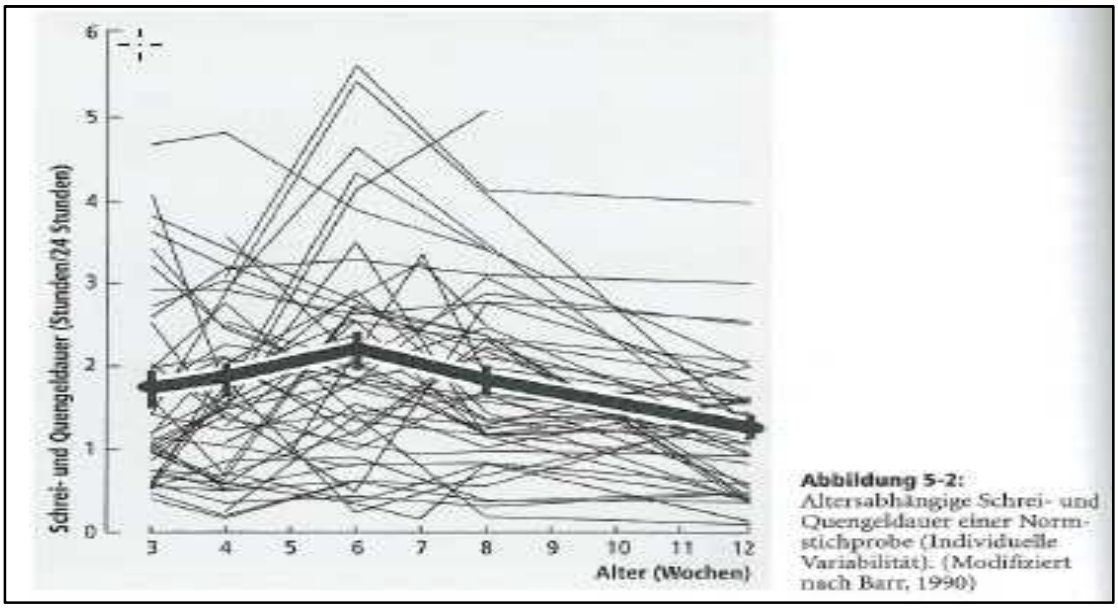
Quelle: Eigene Darstellung, vgl. Beermann 2010, 30

Abbildung 17: Das System der adaptiven Verhaltensregulation



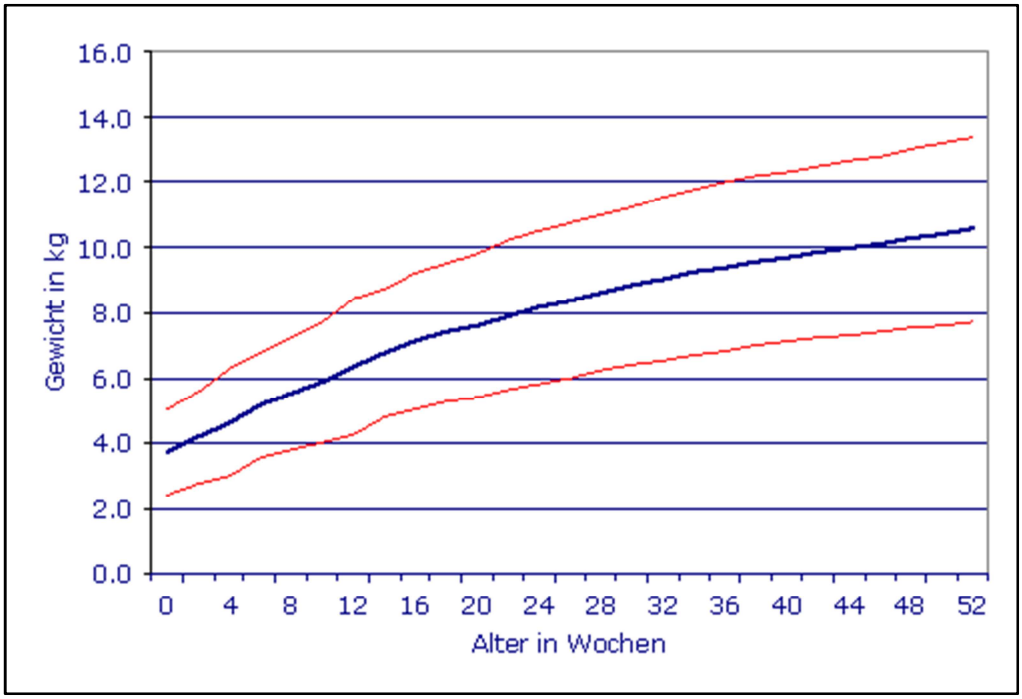
Quelle: Eigene Darstellung, vgl. Papoušek 2010, 81

Abbildung 18: Schreiverhalten einer Normstichprobe



Quelle: Papoušek 2010, 124

Abbildung 19: Gewichtsentwicklung im ersten Lebensjahr



Quelle: http://www.g-i-o.ch/pics/tab_gewicht.gif

A 3 Rechtsgrundlagenverzeichnis

SGB VIII § 8a Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

(1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abzuschätzen. Dabei sind die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche einzubeziehen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten anzubieten.

(2) In Vereinbarung mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass deren Fachkräfte den Schutzauftrag nach Absatz 1 in entsprechender Weise wahrnehmen und bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzuziehen. Insbesondere ist die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte bei den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die angenommenen Hilfen nicht ausreichend erscheinen, um die Gefährdung abzuwenden.

(3) Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.

(4) Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.

SGB VIII § 16 Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie

(1) Müttern, Vätern, anderen Erziehungsberechtigten und jungen Menschen sollen Leistungen der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie angeboten werden. Sie sollen dazu beitragen, daß Mütter, Väter und andere Erziehungsberechtigte ihre Erziehungsverantwortung besser wahrnehmen können. Sie sollen auch Wege aufzeigen, wie Konfliktsituationen in der Familie gewaltfrei gelöst werden können.

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

1. Angebote der Familienbildung, die auf die Bedürfnisse und Interessen sowie auf

die Erfahrungen von Familien in unterschiedlichen Lebenslagen und Erziehungssituationen eingehen, die Familie zur Mitarbeit in Erziehungseinrichtungen und in Formen der Selbst- und Nachbarschaftshilfe besser befähigen sowie junge Menschen auf Ehe, Partnerschaft und das Zusammenleben mit Kindern vorbereiten,

2. Angebote der Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung junger Menschen,

3. Angebote der Familienfreizeit und der Familienerholung, insbesondere in belastenden Familiensituationen, die bei Bedarf die erzieherische Betreuung der Kinder einschließen.

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

SGB VIII § 27 Hilfe zur Erziehung

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

(2) Hilfe zur Erziehung wird insbesondere nach Maßgabe der §§ 28 bis 35 gewährt. Art und Umfang der Hilfe richten sich nach dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall; dabei soll das engere soziale Umfeld des Kindes oder des Jugendlichen einbezogen werden. Die Hilfe ist in der Regel im Inland zu erbringen; sie darf nur dann im Ausland erbracht werden, wenn dies nach Maßgabe der Hilfeplanung zur Erreichung des Hilfezieles im Einzelfall erforderlich ist.

(2a) Ist eine Erziehung des Kindes oder des Jugendlichen außerhalb des Elternhauses erforderlich, so entfällt der Anspruch auf Hilfe zur Erziehung nicht dadurch, dass eine andere unterhaltspflichtige Person bereit ist, diese Aufgabe zu übernehmen; die Gewährung von Hilfe zur Erziehung setzt in diesem Fall voraus, dass diese Person bereit und geeignet ist, den Hilfebedarf in Zusammenarbeit mit dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe nach Maßgabe der §§ 36 und 37 zu decken.

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

(4) Wird ein Kind oder eine Jugendliche während ihres Aufenthaltes in einer Einrichtung oder einer Pflegefamilie selbst Mutter eines Kindes, so umfasst die Hilfe zur Erziehung auch die Unterstützung bei der Pflege und Erziehung dieses Kindes.

SGB VIII § 28 Erziehungsberatung

Erziehungsberatungsstellen und andere Beratungsdienste und -einrichtungen sollen Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Klärung und Bewältigung indivi-

dueller und familienbezogener Probleme und der zugrunde liegenden Faktoren, bei der Lösung von Erziehungsfragen sowie bei Trennung und Scheidung unterstützen.

SGB VIII § 35a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

(1) Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und
2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

(2) Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

1. in ambulanter Form,
2. in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,
3. durch geeignete Pflegepersonen und
4. in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet.

(3) Aufgaben und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Leistungen richten sich nach § 53 Abs. 3 und 4 Satz 1, den §§ 54, 56 und 57 des Zwölften Buches soweit diese Bestimmungen auch auf seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden.

(4) Ist gleichzeitig Hilfe zur Erziehung zu leisten, so sollen Einrichtungen, Dienste und Personen in Anspruch genommen werden, die geeignet sind, sowohl die Aufgaben der Eingliederungshilfe zu erfüllen als auch den erzieherischen Bedarf zu decken. Sind heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind, in Tageseinrichtungen für Kinder zu gewähren und läßt der Hilfebedarf es zu, so sollen Einrichtungen in Anspruch genommen werden, in denen behinderte und nichtbehinderte Kinder gemeinsam betreut werden.

SGB VIII § 62 Datenerhebung

(1) Sozialdaten dürfen nur erhoben werden, soweit ihre Kenntnis zur Erfüllung der jeweiligen Aufgabe erforderlich ist.

(2) Sozialdaten sind beim Betroffenen zu erheben. Er ist über die Rechtsgrundlage der Erhebung, den Erhebungszweck und Zweck der Verarbeitung oder Nutzung aufzuklären, soweit diese nicht offenkundig sind.

(3) Ohne Mitwirkung des Betroffenen dürfen Sozialdaten nur erhoben werden, wenn

1. eine gesetzliche Bestimmung dies vorschreibt oder erlaubt oder
2. ihre Erhebung beim Betroffenen nicht möglich ist oder die jeweilige Aufgabe ihrer Art nach eine Erhebung bei anderen erfordert, die Kenntnis der Daten aber erforderlich ist für

a) die Feststellung der Voraussetzungen oder für die Erfüllung einer Leistung nach diesem Buch oder

b) die Feststellung der Voraussetzungen für die Erstattung einer Leistung nach § 50 des Zehnten Buches oder

c) die Wahrnehmung einer Aufgabe nach den §§ 42 bis 48a oder

d) eine gerichtliche Entscheidung, die Voraussetzung für die Gewährung einer Leistung nach diesem Buch ist, oder

3. die Erhebung beim Betroffenen einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde und keine Anhaltspunkte dafür bestehen, daß schutzwürdige Interessen des Betroffenen beeinträchtigt werden.

(4) Ist der Betroffene nicht zugleich Leistungsberechtigter oder sonst an der Leistung beteiligt, so dürfen die Daten auch beim Leistungsberechtigten oder einer anderen Person, die sonst an der Leistung beteiligt ist, erhoben werden, wenn die Kenntnis der Daten für die Gewährung einer Leistung nach diesem Buch notwendig ist. Satz 1 gilt bei der Erfüllung anderer Aufgaben im Sinne des § 2 Abs. 3 entsprechend.

SGB VIII §63 Datenspeicherung

(1) Sozialdaten dürfen in Akten und auf sonstigen Datenträgern gespeichert werden, soweit dies für die Erfüllung der jeweiligen Aufgabe erforderlich ist.

(2) Daten, die zur Erfüllung unterschiedlicher Aufgaben der öffentlichen Jugendhilfe erhoben worden sind, dürfen in Akten oder auf sonstigen Datenträgern nur zusammengeführt werden, wenn und solange dies wegen eines unmittelbaren Sachzusammenhangs erforderlich ist. Daten, die zu Leistungszwecken im Sinne des § 2 Abs. 2 und Daten, die für andere Aufgaben im Sinne des § 2 Abs. 3 erhoben worden sind, dürfen nur zusammengeführt werden, soweit dies zur Erfüllung der jeweiligen Aufgabe erforderlich ist.

SGB VIII §64 Datenübermittlung und –nutzung

(1) Sozialdaten dürfen zu dem Zweck übermittelt oder genutzt werden, zu dem sie erhoben worden sind.

(2) Eine Übermittlung für die Erfüllung von Aufgaben nach § 69 des Zehnten Buches ist abweichend von Absatz 1 nur zulässig, soweit dadurch der Erfolg einer zu gewährenden Leistung nicht in Frage gestellt wird.

(3) Sozialdaten dürfen beim Träger der öffentlichen Jugendhilfe zum Zwecke der Planung im Sinne des § 80 gespeichert oder genutzt werden; sie sind unverzüglich zu anonymisieren.

SGB VIII §65 Besonderer Vertrauensschutz in der persönlichen und erzieherischen Hilfe

(1) Sozialdaten, die dem Mitarbeiter eines Trägers der öffentlichen Jugendhilfe zum Zweck persönlicher und erzieherischer Hilfe anvertraut worden sind, dürfen von diesem nur weitergegeben werden
   1. mit der Einwilligung dessen, der die Daten anvertraut hat, oder
   2. dem Vormundschafts- oder dem Familiengericht zur Erfüllung der Aufgaben nach § 50 Abs. 3, wenn angesichts einer Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen ohne diese Mitteilung eine für die Gewährung von Leistungen notwendige gerichtliche Entscheidung nicht ermöglicht werden könnte, oder
   3. unter den Voraussetzungen, unter denen eine der in § 203 Abs. 1 oder 3 des Strafgesetzbuches genannten Personen dazu befugt wäre.

(1) Gibt der Mitarbeiter anvertraute Sozialdaten weiter, so dürfen sie vom Empfänger nur zu dem Zweck weitergegeben werden, zu dem er diese befugt erhalten hat.

(2) § 35 Abs. 3 des Ersten Buches gilt auch, soweit ein behördeninternes Weitergabeverbot nach Absatz 1 besteht.

SGB VIII §66 (aufgehoben)

SGB VIII § 78 Arbeitsgemeinschaften

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen die Bildung von Arbeitsgemeinschaften anstreben, in denen neben ihnen die anerkannten Träger der freien Jugendhilfe sowie die Träger geförderter Maßnahmen vertreten sind. In den Arbeitsgemeinschaften soll darauf hingewirkt werden, daß die geplanten Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden und sich gegenseitig ergänzen.

A 4 Dokumentenanhang

Anschreiben an die Eltern und Fragebogen

SchreiBabyAmbulanz Hamburg und Stormarn

Weizenkamp 16a

22081 Hamburg

Telefon Monika Wiborny: 040/459248

Telefon Mareike Kachel: 04102/203667

e-mail: info@schreibabyambulanz-hamburg.de

Hamburg, 30.10.2012

Liebe Mütter, liebe Väter,

ihre Behandlung in der SchreiBabyAmbulanz Hamburg und Stormarn ist nun abgeschlossen. Um unsere Arbeit zu verbessern, interessiert es uns sehr, wie Sie die Behandlung beurteilen. Daher ist uns Ihre Meinung wichtig. Durch vollständige, offene und ehrliche Antworten auf die folgenden Fragen können Sie uns sehr helfen. Die Beantwortung dauert in etwa 10 Minuten. Die Auswertung Ihrer Angaben erfolgt anonym durch die Studentin Kristin Zippe. Zusammen mit der angehenden Pädagogin haben wir den Fragebogen entwickelt, der gleichzeitig das Thema für Frau Zippes Abschlussarbeit darstellt.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden Rückumschlag innerhalb von zwei Wochen Frau Zippe wieder zu. Ihre Adresse lautet:

Kristin Zippe

Fetscherstr. 38

01307 Dresden

Telefon: 0173/5818372

E-Mail: kristin.zippe@gmx.de

Für Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich telefonisch oder per E-Mail zur Verfügung.

Wir freuen uns, dass Sie uns mit der Beantwortung des Fragebogens helfen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Ihre SchreiBabyAmbulanz Hamburg und Stormarn zusammen mit Kristin Zippe

Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung in der "SchreiBabyAmbulanz Hamburg und Stormarn"

Liebe Eltern!

Lesen Sie bitte die folgenden Fragen und gegebenenfalls aufgeführten Antwortmöglichkeiten in Ruhe durch. Überlegen Sie bei den Aussagen, inwieweit sie Ihrer Meinung nach beispielweise stimmen oder nicht stimmen. Denken Sie dabei an den **gesamten** Behandlungszeitraum.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Angaben zur Familie

Alter der Mutter: _____ Alter des Vaters: _____

Alter des Kindes: _____

Geschlecht des Kindes: m / w

Geburtsrang des Kindes:

□ Erstes

□ Zweites

□ Drittes

□ Viertes

Allgemeine Angaben

1. Wieviele Termine haben Sie in der SchreiBabyAmbulanz wahrgenommen? _____

2. Haben Sie zusätzlich eine Telefonberatung in Anspruch genommen? □ Ja □ Nein

3. Wenn Sie nur einmal einen Termin hatten, lag das daran, dass

□ sich das Problem bereits gelöst hatte.

□ die Behandlungskosten zu hoch waren.

□ das Behandlungsangebot mir/uns nicht gefiel.

□ wir weitervermittelt wurden.

4. In welchem Zeitraum hatten Sie in etwa bei uns Termine? von _____ bis _____

5. Wie wurde Ihre Krisenbegleitung beendet?

□ Das Problem war gelöst.

□ Das Problem hatte sich ausreichend gebessert.

□ Wir wurden weitervermittelt.

□ Wir wollten keine weiteren Termine (, weil _____).

□ Andere Gründe: _____

6. Wie sind Sie auf die SchreiBabyAmbulanz Hamburg und Stormarn aufmerksam geworden? *(Mehrfachnennung möglich)*

□ Internet

□ Artikel/Flyer

□ Arzt/Hebamme

□ Verwandte/Bekannte/Freunde

□ Anderes

7. Aufgrund welchen Problems haben Sie die SchreiBabyAmbulanz Hamburg und Stormarn aufgesucht? *(Mehrfachnennung möglich)*

□ Schreien des Kindes

□ Schlafprobleme des Kindes

□ Fütter-/ Essprobleme des Kindes

□ Unsicherheiten im Umgang mit dem Kind

□ Andere Problematik, nämlich: _____

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen und Aussagen immer einen Wert auf der Skala 0 bis 4 an. Achten Sie bitte auf die jeweilige Bedeutung jedes Skalenwertes.

8. Wie fühlten Sie sich körperlich während der Schwangerschaft? Nicht zutreffend □

sehr unwohl	*eher unwohl*	*mittelmäßig*	*eher wohl*	*sehr wohl*
0	1	2	3	4

9. Wie fühlten Sie sich psychisch während der Schwangerschaft? Nicht zutreffend □

sehr unwohl	*eher unwohl*	*mittelmäßig*	*eher wohl*	*sehr wohl*
0	1	2	3	4

10. Wie erlebten Sie körperlich die Geburt Ihres Kindes? Nicht zutreffend □

sehr unangenehm	*eher unangenehm*	*mittelmäßig*	*eher angenehm*	*sehr angenehm*
0	1	2	3	4

11. Wie erlebten Sie psychisch die Geburt Ihres Kindes? Nicht zutreffend □

sehr unangenehm	*eher unangenehm*	*mittelmäßig*	*eher angenehm*	*sehr angenehm*
0	1	2	3	4

12. Wie schätzen Sie Ihr Belastungsempfinden <u>vor</u> der Behandlung in der SchreiBabyAmbulanz ein?

sehr hoch	*eher hoch*	*mittelmäßig*	*eher gering*	*sehr gering*
0	1	2	3	4

13. Wie schätzen Sie Ihr Belastungsempfinden <u>nach</u> der Behandlung in der SchreiBabyAmbulanz ein?

sehr hoch	*eher hoch*	*mittelmäßig*	*eher gering*	*sehr gering*
0	1	2	3	4

14. Ich fühle mich nach der Behandlung in der SchreiBabyAmbulanz sicherer im Umgang mit meinem Kind.

stimmt überhaupt nicht	*stimmt etwas*	*stimmt teilweise*	*stimmt eher*	*stimmt voll und ganz*
0	1	2	3	4

15. Ohne die Unterstützung in der SchreiBabyAmbulanz wäre die Situation vermutlich eskaliert.

stimmt überhaupt nicht	*stimmt etwas*	*stimmt teilweise*	*stimmt eher*	*stimmt voll und ganz*
0	1	2	3	4

16. Ich konnte während der Behandlung die Fragen, die mich beschäftigten, klären.

stimmt überhaupt nicht	*stimmt etwas*	*stimmt teilweise*	*stimmt eher*	*stimmt voll und ganz*
0	1	2	3	4

17. Hat sich das Problem, welches Anlass für die Behandlung war, während der Behandlungszeit verändert?

□ Ja □ Nein

Wenn Ja, worauf führen Sie die Veränderung zurück? *(Mehrfachnennung möglich)*

□ Auf die Behandlung durch die Krisenbegleiterinnen.

□ Auf die Unterstützungsangebote (Haushaltshilfe, Wellcome, Stillberatung, etc.).

□ Auf eine Änderung meiner/unserer Lebensumstände.

□ Auf eine Weiterentwicklung meines Kindes.

□ Andere Dinge: _____

18. Ist das Problem, welches Anlass für die Beratung war, nach Abschluss wieder (vermehrt) aufgetreten?

    □ Ja □ Nein

    Wenn Ja, wie sind Sie damit umgegangen? *(Mehrfachnennung möglich)*

    □ Ich habe mich wieder bei der SchreiBabyAmbulanz gemeldet.

    □ Ich habe mir andere Hilfe gesucht.

    □ Ich konnte gelassener damit umgehen.

    □ Ich habe die Anregungen aus der Beratung genutzt, was geholfen hat.

    □ Ich habe die Anregungen aus der Beratung genutzt, was aber nicht geholfen hat.

    □ Anderes: _____

19. Die Behandlung in der SchreiBabyAmbulanz war für mein Kind hilfreich.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

20. Die Krisenbegleiterin hatte Verständnis für meine/unsere Situation.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

21. Ich würde bei einem anderen Problem wieder hierher kommen.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

22. Ich wurde über den Sinn und Zweck der Behandlung und über ihren Verlauf ausreichend informiert.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

23. Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Behandlung.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

24. Ich hatte Vertrauen zu der verantwortlichen Krisenbegleiterin.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

25. Die Krisenbegleiterin verstand die Probleme, die uns hierher gebracht haben.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

26. Die Krisenbegleiterin hat mich und meine Sicht vollkommen verstanden.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

27. Ich konnte mit der Krisenbegleiterin offen über die Probleme reden, die uns hierher gebracht haben.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

28. Ich habe mich über die Krisenbegleiterin geärgert.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

29. Die Krisenbegleiterin war mir sympathisch.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

30. Im Laufe der Behandlung konnte ich mein Verhalten gegenüber meinem Kind positiv verändern.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

31. Die Krisenbegleiterin und ich kamen gut miteinander aus.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

32. Ich war mit allen Maßnahmen im Verlauf der Behandlung völlig einverstanden.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

33. Ich würde die SchreiBabyAmbulanz Freunden und Bekannten empfehlen.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

34. Ich fühlte mich ausreichend in die Behandlung einbezogen.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

35. Die Probleme meines Kindes haben sich im Verlaufe der Behandlung gebessert.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

36. Durch die Gespräche mit der Krisenbegleiterin bekam ich ein besseres Verständnis für die Probleme meines Kindes.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

37. Im Verlaufe der Behandlung haben sich auch meine eigenen Probleme gebessert.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

38. Im Verlaufe der Behandlung bin ich auch für mich persönlich ein Stück weiter gekommen.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

39. Ich bin mit der Behandlung zufrieden.

überhaupt nicht/ niemals	*kaum/ selten*	*teilweise/ manchmal*	*überwiegend/ meistens*	*ganz genau/ immer*
0	1	2	3	4

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen? Wir freuen uns über Ihre Anregungen und Kommentare. Hier ist Platz, um Ihre Wünsche oder Ihre Kritik zu äußern.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Masterthesis selbstständig ohne Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe. Alle den benutzten Quellen wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen sind als solche einzeln kenntlich gemacht.

Diese Arbeit ist bislang keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden und auch nicht veröffentlicht worden.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

_____

Ort, Datum, Unterschrift