



Leseprobe aus: Brand/Jungmann, Kinder schützen, Familien stärken, ISBN 978-3-7799-2083-0

© 2013 Beltz Juventa Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-2083-0>

1.1 Pro Kind – Ein Modellversuch Früher Hilfen

Tilman Brand und Tanja Jungmann

Die Bedeutung von Schwangerschaft, Geburt und den ersten Lebensjahren für die kindlichen Entwicklungschancen ist mit der Weiterentwicklung der Bindungstheorie vermehrt ins Bewusstsein getreten. Halt und Geborgenheit prägen bereits in der vorgeburtlichen Zeit das Grundgefühl eines Kindes. Ängste, traumatische Erfahrungen der werdenden Eltern, Unsicherheit in wirtschaftlicher und emotionaler Hinsicht belasten die seelische Entwicklung vor der Geburt und während der prägenden ersten Lebensjahre. Vielfache Belastungen, wie z. B. Armut, das Fehlen von unterstützenden Netzwerken oder ihre mangelnde Unterstützungsqualität, ungewollte Schwangerschaft, Sucht, eigene Deprivations- oder gar Missbrauchserfahrungen, anhaltende Paarkonflikte oder ein schwieriges Temperament des Kindes können Eltern überfordern. Sie alle stellen Risikofaktoren für Vernachlässigung und Misshandlung eines Kindes dar. Frühe Hilfen setzen an, bevor ungünstige Entwicklungsverläufe entstanden sind. Internationale Studien belegen, dass Frühe Hilfen erfolgreich zum Kinderschutz beitragen und einen positiven Einfluss auf die kindliche Entwicklung haben können (Howard/Brooks-Gunn 2009; Reynolds/Mathieson/Topitzes 2009; Sweet/Applebaum 2004). Darüber hinaus zeigen ökonomische Analysen, dass frühe Prävention im häuslichen Umfeld langfristig zu Einsparungen für die öffentlichen Haushalte führen kann, indem sich die Kosten für Fremdplatzierungen der Kinder, Transferleistungen und Kriminalität verringern (Aos/Lieb/Mayfield/Miller/Pennucci 2004; Karoly/Kilburn/Cannon 2005). Die Effektivität von Frühen Hilfen hängt allerdings maßgeblich von der Qualität der Umsetzung ab (Gomby 2007).

In Deutschland gibt es im Bereich der Frühen Hilfen eine Vielzahl von Angeboten, über deren Qualität und Wirksamkeit allerdings wenig bekannt ist (vgl. Cierpka/Stasch/Gross 2007; Helming/Sandmeir/Sann/Walter 2006). Im Jahr 2007 wurde deshalb das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“ vom Bundesfamilienministerium aufgelegt, in dessen Rahmen verschiedene Modellprojekte Früher Hilfen gestartet, wissenschaftlich begleitet und unter dem Dach des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) koordiniert wurden (NZFH 2010). Teil die-

ses Aktionsprogramms war auch das Modellprojekt Pro Kind, das in insgesamt 15 niedersächsischen, bremischen und sächsischen Kommunen umgesetzt wurde.

Im Folgenden wird zunächst eine Verortung der Frühen Hilfen im Bereich des Kinderschutzes vorgenommen. Anschließend werden die konzeptionellen Hintergründe des Modellprojektes Pro Kind dargestellt. Damit Prävention effektiv und effizient sein kann, muss neben einer begründeten Konzeptgestaltung sichergestellt werden, dass das Konzept auch wie intendiert und mit hoher Qualität in der Praxis umgesetzt wird. Die Umsetzungserfahrungen, die im Rahmen des Modellprojektes Pro Kind gemacht wurden, sind das zentrale Thema des vorliegenden Buches. Um die Strukturierung der nachfolgenden Ausführungen zu erleichtern, werden in Anlehnung an Ergebnisse der Präventions-, Organisations- und Diffusionsforschung die Kernkomponenten zur Sicherung der Durchführungsqualität als Grundgerüst präsentiert.

1.1.1 Wozu Frühe Hilfen?

Säuglinge und Kleinkinder sind in einem besonderen Ausmaß von der Fürsorge elterlicher Bezugspersonen abhängig. Vernachlässigungen und Misshandlungen können fatale Folgen für deren Leben haben. In Deutschland ist laut Todesursachenstatistik das Risiko, an einem Unfall oder durch Gewalteinwirkung zu sterben, vor dem ersten Geburtstag am höchsten: Im Jahr 2008 wurden 3,5 Todesfälle pro 100000 Kinder im Alter unter einem Jahr durch Gewalteinwirkungen bekannt. Dagegen lagen die Raten in den Altersbereichen von ein und bis unter fünf Jahre sowie von fünf bis unter zehn Jahren bei 0,4 bzw. 0,2 Todesfälle pro 100000 Kinder (Ellsäßer/Albrecht 2010; Statistisches Bundesamt 2011). Wenngleich Todesfälle infolge von Gewalteinwirkung zum Glück sehr selten vorkommen, geht aus der Kinder- und Jugendhilfestatistik hervor, dass vorläufige Schutzmaßnahmen als Krisenintervention bei akuter Kindeswohlgefährdung in Deutschland deutlich häufiger ergriffen wurden (im Jahr 2008: 32253 Fälle, Fendrich/Pothmann 2010). Die Dunkelziffer ist groß und für eine darüber hinaus gehende, genauere Schätzung der Zahl von Misshandlung und Vernachlässigung betroffener Kinder in Deutschland fehlt noch immer die geeignete Datenbasis.

In den letzten Jahren ist laut Kinder- und Jugendhilfestatistik die Zahl der Kriseninterventionen aber vor allem im Altersbereich unter sechs Jahren deutlich gestiegen: Während die Rate der Inobhutnahmen im Jahr 2005 noch bei sieben von 10000 Kindern unter sechs Jahren lag, verdoppelte sich diese bis zum Jahr 2008 fast (13 von 10000 Kindern mussten in Obhut genommen werden). Fälle von Erziehungsberatung ausgenommen, wurden im Jahr 2008 insgesamt 120 erzieherische Hilfen pro 10000 Kinder unter sechs

neu begonnen. Auch hier ist in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen (Fendrich/Pothmann 2010). Diese Anstiege sind allerdings weniger mit einem gesteigerten Bedarf als vielmehr mit einer geänderten Interventionspraxis zu begründen. Diese basiert auf der Erkenntnis, dass Vernachlässigung und Misshandlung im Kindesalter langfristig negative Auswirkungen auf die körperliche und seelische Gesundheit der Betroffenen sowie auf deren sozioökonomische Situation haben (z. B. Springer/Sheridan/Kuo/Carnes 2007; Zielinski 2009). Körperliche und seelische Vernachlässigung geht meist mit inadäquatem Erziehungsverhalten und maladaptivem Interaktionsverhalten der Bezugspersonen einher (Laucht/Esser/Schmidt 2001), wodurch es zu sozial-emotionalen Verhaltensauffälligkeiten bei den betroffenen Kindern kommen kann, die das Risiko für die Entstehung späterer psychischer Erkrankungen und delinquenten Verhaltens erhöhen (Conger/Conger/Martin 2010; Kotch/Lewis/Hussey/English/Thompson/Litrownik/Runyan/Bangdiwala/Margolis/Dubowitz 2008; Maikovich/Jaffee/Odgers/Gallop 2008). Fehlende Anregungen im familiären Bereich können zu deutlichen Rückständen in der Intelligenzentwicklung, der rezeptiven und produktiven Sprache sowie der Schulreife führen (z. B. Fergusson/Horwood/Boden 2008; Kiernan/Mensah 2009; McPhillips/Jordan-Black 2007; Schoon/Parsons/Rush/Law 2010).

Vielfältige Risikofaktoren für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung sind bekannt. Für Deutschland zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und dem Risiko einer Kindeswohlgefährdung. So sind ca. 75% der Familie, bei denen eine Hilfe zur Erziehung aufgrund einer Kindeswohlgefährdung gewährt wird, auf Transferzahlungen angewiesen (Fendrich/Pothmann 2010). Auch internationale Studien belegen einen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und dem Auftreten von Kindesmisshandlungen und Kindesvernachlässigungen (z. B. Chaffin/Kelleher/Hollenberg 1996; Kinard 1995). Neben der sozialen Lage sind auch Minderjährigkeit, eine ungewollte Schwangerschaft, Alleinerziehenden-Status, anhaltende Paarkonflikte, starke psychische Belastungen oder Erkrankungen, Substanzmissbrauch und eigene Missbrauchs- oder Vernachlässigungserfahrungen bekannte Risikofaktoren auf Seiten der Eltern (siehe zusammenfassend Stith/Lui/Davies/Boykin/Alder/Harris/Som/McPherson/Dees 2009). Es lassen sich jedoch auch Schutzfaktoren identifizieren, die das Risiko von Vernachlässigung und Misshandlung verringern.

Zu nennen sind hier insbesondere

- soziale Unterstützung,
- Selbstbewusstsein,
- und die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung (Stith u. a. 2009).

Die Kenntnis dieser Risiko- und Schutzfaktoren ist wichtig für eine zielgerichtete Gestaltung der Prävention von Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung, da Zielgruppen identifizierbar und Hinweise zur inhaltlichen Ausgestaltung der Hilfen – Stärkung der Schutzfaktoren – gewonnen werden.

Frühe Hilfen und deren Bedeutung – eine Begriffsbestimmung

Frühe Hilfen richten sich an (werdende) Eltern mit Kindern im Alter zwischen null und drei Jahren und zielen auf die Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenzen und die Prävention von Kindesvernachlässigung und -misshandlung ab (NZFH 2010). ‚Früh‘ bezieht sich dabei zum einen auf den Zeitpunkt im Leben der Kinder und zum anderen darauf, dass die Hilfen ansetzen, bevor es zu einer Zuspitzung von Problemen bei Eltern und Kindern kommt.

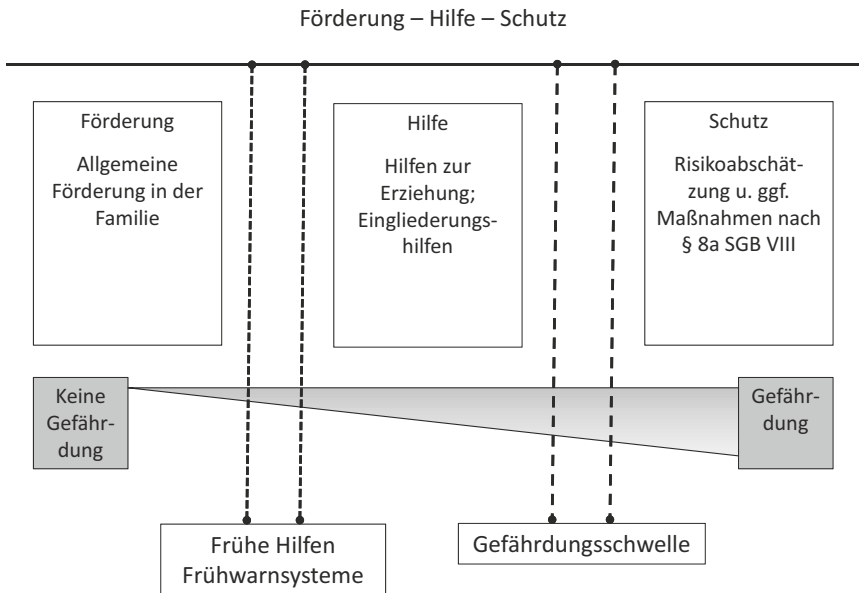
Frühe Hilfen setzen somit bezüglich der Gefährdung des Kindeswohl vor den im §§ 27 ff. SGB VIII definierten Hilfen zur Erziehung an. Die Hilfen zur Erziehung sehen eine Reihe von Unterstützungsmaßnahmen vor, wenn eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung nicht mehr gewährleistet ist. Das bedeutet nicht, dass diese Hilfen nur in Fällen von akuter Kindeswohlgefährdung gewährt werden, vielmehr sind die Gründe für die Gewährung einer Hilfe zur Erziehung breit gefächert und umfassen beispielsweise Probleme bei der Kindesversorgung, fehlende Erziehungskompetenz oder kindliche Entwicklungsauffälligkeiten (Fendrich/Pothmann 2010; Trenczek 2002). Dennoch sehen die Hilfen zur Erziehung eine Einzelfallprüfung vor und sind somit eine Form der indizierten Prävention. Frühe Hilfen befinden sich dagegen an der Schwelle zwischen universeller und selektiver Prävention, wie Abbildung 1 illustriert.

Entsprechend dieser Abstufung wurden die Frühen Hilfen im neuen Bundeskinderschutzgesetz im Bereich der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie (§ 16 Abs. 3 SGB VIII) verortet. Im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (§ 1 Abs. 4 KKG) wurde in diesem Zuge der Auftrag der staatlichen Gemeinschaft gestärkt, Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung zu unterstützen. Frühe Hilfen werden darin als koordiniertes, multiprofessionelles Angebot für werdende Mütter und Väter mit dem Fokus auf die kindliche Entwicklung definiert.

In der konkreten Ausgestaltung können sie sich, beispielsweise in Form von Elternkursen, an alle Bevölkerungsgruppen richten (universelle Prävention) oder aber an spezielle Bevölkerungsgruppen, bei denen ein erhöhtes Risiko für Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung angenommen wird (selektive Prävention).

Dabei sind Frühe Hilfen von der Komplexleistung Frühförderung abzugrenzen, die vor allem von Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren erbracht wird. Während Frühförderangebote Kindern vorbehalten bleiben, die im medizinischen Sinne behindert oder von einer Behinderung bedroht sind, richtet sich die Frühe Hilfe an Familien, in denen psychosoziale Belastungsfaktoren eine Bedrohung für das Kindeswohl und die gesunde Entwicklung der Kinder in den unterschiedlichen Bereichen darstellen.

Abbildung 1: Übergang der verschiedenen Gefährdungsstufen im Kinderschutz nach Schone (2008)



1.1.2 Das Modellprojekt Pro Kind als Angebot Früher Hilfen

Mit Pro Kind wurde ein Hausbesuchsprogramm als Angebot Früher Hilfen erprobt, das nach dem Vorbild des evidenzbasierten, US-amerikanischen Nurse-Family Partnership (NFP)-Programm arbeitet (s. Kasten).

Das Nurse-Family Partnership (NFP)-Programm

Das NFP-Programm ist international eines der bestevaluierten Frühpräventionsprogramme. Seit Ende der 1970er Jahre wurde das Programm unter Leitung von Prof. David Olds entwickelt und seine Wirksamkeit in drei randomisierten Kontrollgruppenstudien in den USA untersucht.

Kurzfristige positive Wirkungen konnten z.B. auf den Tabakkonsum der werdenden Mütter während der Schwangerschaft, Fälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung sowie Unfallraten im Kindesalter, die Familienplanung und den Bezug von sozialstaatlichen Transferleistungen bei den begleiteten Familien im Vergleich zur Kontrollgruppe nachgewiesen werden (Kitzman/Olds/Henderson/Hanks/Cole/Tatelbaum/McConnochie/Sidora/Luckey/Shaver/Engelhardt/James/Barnard 1997; Olds/Henderson/Chamberlin/Tatelbaum 1986; Olds/Henderson/Tatelbaum/Chamberlin 1988; Olds/Robinson/O'Brien/Luckey/Pettitt/Henderson/Ng/Sheff/Korfmacher/Hiatt/Talmi 2002).

Neben dem Nachweis dieser kurzfristigen Effekte ist das NFP-Programm vor allem durch seine Langzeiterfolge bekannt geworden: Im Grundschulalter waren die Kinder aus begleiteten Familien sprachlich und kognitiv besser entwickelt und zeigten ein positiveres Sozialverhalten (Olds/Kitzman/Cole/Robinson/Sidora/Luckey/Henderson/Hanks/Bondy/Holmberg 2004; Olds/Kitzman/Hanks/Cole/Anson/Sidora/Luckey/Henderson/Holmberg/Tutt/Stevenson/Bondy 2007). Diese positiven Effekte setzten sich bis ins Jugendalter fort und zeigten sich in geringeren Raten sozial-emotionaler Verhaltensauffälligkeiten, einem geringeren Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum sowie weniger Verhaftungen und Inhaftierungen (Eckenrode/Campa/Luckey/Henderson/Cole/Kitzman/Anson/Sidora/Powers/Olds 2010; Kitzman/Olds/Cole/Hanks/Anson/Arcoloe/Luckey/Knudtson/Henderson/Holmberg 2010; Olds/Henderson/Cole/Eckenrode/Kitzman/Luckey/Pettitt/Sidora/Morris/Powers 1998). Auch die Effizienz des Programms ist durch eine Kosten-Nutzen-Analyse gut belegt: Jeder in das zweieinhalbjährige Hausbesuchsprogramm investierte Dollar ersparte den öffentlichen Haushalten 2,88 US-Dollar (Aos u. a. 2004).

Aufgrund der großen Unterschiede zwischen dem US-amerikanischen und dem bundesdeutschen Gesundheits- und Sozialsystem sowie in der Zusammensetzung der Bevölkerung lassen sich diese positiven Befunde allerdings nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragen. Vielmehr war eine Anpassung des Programms und Überprüfung im bundesdeutschen Kontext notwendig.

Wie sein amerikanisches Vorbild richtet sich Pro Kind an sozial benachteiligte, erstgebärende Frauen und ihre Familien. Speziell qualifizierte Fachkräfte besuchen die Familien in der Regel alle zwei Wochen in ihrer häuslichen Umgebung. Die Begleitung beginnt frühestens in der 12. Schwangerschaftswoche und endet mit dem zweiten Geburtstag des Kindes.

Ihre Ziele sind

- die Verbesserung der mütterlichen und kindlichen Gesundheit bereits während der Schwangerschaft,
- die Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz,
- die Förderung einer bewussten Lebensplanung
- und die Vernetzung der Frauen mit geeigneten öffentlichen Unterstützungsangeboten.

Insbesondere durch die Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenzen sollen die Rate von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung reduziert

und die Kinder in ihrer gesunden Entwicklung langfristig gestärkt werden.

In Abwandlung des NFP-Programms, in dem die Hausbesuche durchgängig von Nurses (entspricht am ehesten dem Berufsbild der Gemeindegesundheitschwester, das in dieser Form in Deutschland nicht mehr existiert) durchgeführt werden, wurde in der deutschen Adaption des Programms die durchgängige Begleitung durch eine Hebamme und die Tandembegleitung durch eine Hebamme und eine Sozialpädagogin erprobt (s. Kap. 3.1). Auf die zentralen konzeptionellen Elemente des Hausbesuchsprogramms Pro Kind wird im Folgenden kurz eingegangen.

Die Zielgruppe

Das Hausbesuchsprogramm richtet sich gezielt an sozial benachteiligte Familien. Dabei wurde soziale Benachteiligung über das Vorliegen einer finanziellen Belastungssituation (Bezugsberechtigung von Arbeitslosengeld II oder Überschuldung) sowie mindestens eines sozialen oder persönlichen Belastungsfaktors (z. B. Minderjährigkeit, kein Schulabschluss, eigene Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrung) definiert. Somit ist Pro Kind als selektives Präventionsangebot einzuordnen.

Die Eingrenzung der Zielgruppe ist zum einen mit dem Befund zahlreicher Studien zu begründen, dass selektiv-präventive Programme im Vergleich zu universellen Programme eine höhere Wirksamkeit erzielen (Beelmann 2006). Zum anderen sind sozial benachteiligte Familien in universellen Präventionsangeboten häufig unterrepräsentiert, wengleich gerade bei ihnen ein hoher Bedarf besteht (Präventionsdilemma; Bauer 2006). Ein Hausbesuchsprogramm mit seiner zugehenden Struktur bietet insbesondere für diese Zielgruppe die Möglichkeit zum Abbau von Zugangsbarrieren (Snell-Johns/Mendez/Smith 2004).

Neben der Ausrichtung auf sozial benachteiligte Familien, wurde die Zielgruppe außerdem auf erstgebärende Frauen eingegrenzt. Dies ist damit zu begründen, dass im Sinne der Ökologischen Theorie (Bronfenbrenner 1992) der Übergang zur Elternschaft einen wichtigen Einschnitt im Lebenslauf darstellt. Dieser Übergang wird einerseits von großer Unsicherheit, andererseits von Offenheit gegenüber externen Hilfen und Veränderungsbereitschaft begleitet (Bronfenbrenner 1992; Olds/Sadler/Kitzman 2007). Die Frauen werden möglichst früh in der Schwangerschaft (zwischen der 12. und 28. Schwangerschaftswoche) in das Programm aufgenommen, um bereits pränatal z. B. über ein verbessertes Gesundheitsverhalten der Mutter einen positiven Einfluss auf die Entwicklung des Kindes zu nehmen und um gegebenenfalls die Lebensumstände der Eltern schon vor der Geburt stabilisieren zu können.

Strukturiertes Vorgehen

Ein weiteres Programmmerkmal ist seine klare Strukturierung. Bis auf wenige Ausnahmen ist eine zweiwöchige Hausbesuchsfrequenz vorgesehen. Die Inhalte bauen aufeinander auf, orientieren sich konsequent an den Entwicklungsphasen des Kindes und greifen die Herausforderungen auf, mit denen sich (werdende) Eltern in diesen kindlichen Entwicklungsphasen konfrontiert sehen. Für alle drei Interventionsphasen (Schwangerschaft, Säuglingsphase, Kleinkindphase) existieren Handbücher, die für jeden Hausbesuch einen Leitfaden mit Themenvorschlägen und Arbeitsmaterialien enthalten, wobei den Bedürfnissen und Interessen der Familien der Vorrang vor der Leitfadentreue eingeräumt wird. Auch der Ablauf der einzelnen Besuche folgt einer einheitlichen Struktur. Eine detaillierte, praxisnahe Beschreibung des strukturierten Vorgehens findet sich in Kapitel 1.2.

Theoretische Fundierung

Die theoretische Fundierung ist ein wichtiges Element effektiver Präventionsprogramme (McMillan/Wathen/Barlow/Fergusson/Leventhal/Taussig 2009; Nation/Crusto/Wandersman/Kumpfer/Seybolt/Morrissey-Kane/Davino 2003). Sie dient der Identifikation der wichtigsten Risiko- und Schutzfaktoren sowie der vermittelnden Mechanismen.

- Die *Ökologische Theorie* (Bronfenbrenner 1992) betont die Wichtigkeit des sozialen Umfeldes der Eltern und zielt somit auf den Schutzfaktor der sozialen Unterstützung ab. Sie hebt die Fähigkeit hervor, sich aktiv Zugang zu Informationen, Dienstleistungen und Unterstützungsressourcen zu eröffnen und diese zum eigenen Nutzen einzusetzen. Bei Pro Kind findet sich dies im erklärten Ziel wieder, informelle (z.B. Kinsvater oder Lebenspartner, Familie, Freunde und Bekannte) und formelle Netzwerke (z.B. Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialdiensten) besser für die Mutter bzw. die Eltern nutzbar zu machen. Eine verbesserte Nutzung der sozialen Netzwerke, so die Annahme, vermindert die Belastung der Eltern und wirkt sich dadurch auch positiv auf ihr Erziehungsverhalten und die Interaktion mit ihrem Kind aus.
- Nach der *Selbstwirksamkeitstheorie* Banduras (1977, 1982) spielen kognitive Bewertungsprozesse und individuelle Überzeugungen über den Zusammenhang zwischen eigenen Anstrengungen und erhofftem Ergebnis eine wichtige Rolle bei der Änderung bestehender maladaptiver Verhaltensweisen (wie z.B. dem Nikotin- oder Alkoholkonsum, aber auch einem strafenden Erziehungsverhalten) und beim Erwerb und der Beibehaltung neuer Verhaltensmuster (z.B. positives Erziehungsverhalten).

Die Fachkräfte von Pro Kind sind darin qualifiziert, den Familien in einem ersten Schritt Hilfestellungen beim Setzen kleiner, erreichbarer Ziele zu geben. Dies stärkt ihr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zur Verhaltensänderung. In einem zweiten Schritt werden dann die intendierten Gesundheits-, Pflege- und Erziehungsverhaltensweisen systematisch von den Familienbegleiterinnen verstärkt. Durch das Aufzeigen von bereits bestehenden Stärken wird ebenfalls sukzessive das Vertrauen der Eltern in ihre Fähigkeiten aufgebaut, was auch einen Anreiz für den Erwerb weiterer Fähigkeiten schafft.

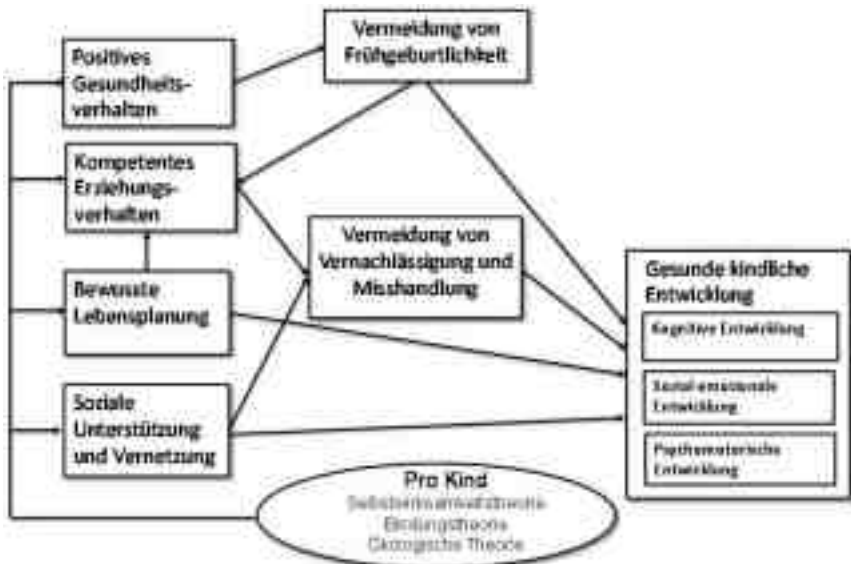
Die Fachkräfte unterstützen die Frauen zudem im Umgang mit alltäglichen Problemen sowie dem Finden von geeigneten Bewältigungsstrategien. Dadurch werden Angst und Unsicherheit bei den Frauen abgebaut und gleichzeitig die Bereitschaft sowie die Fähigkeit gestärkt, sich belastenden Lebensproblemen aktiv zu stellen und hilfreiche Ressourcen der Veränderung zu mobilisieren.

- Ein weiterer zentraler Schutzfaktor ist die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung, der in der *Bindungstheorie* Bowlbys (1969) eine wichtige Funktion für die spätere sozial-emotionale sowie kognitive Entwicklung der Kinder zugeschrieben wird. Eigene negative Bindungserfahrungen der werdenden Mutter oder auch des Vaters spiegeln sich in späterem ungünstigen Kommunikations- und Beziehungsverhalten wieder. Fundamental für eine Veränderung dysfunktionaler Bindungsschemata sind enge, nahezu therapeutische Bündnisse zwischen den Fachkräften und den Familien, die frühzeitig während der Schwangerschaft geknüpft werden. Der Aufbau einer durch Respekt und Empathie geprägten Beziehung soll helfen, sich selbst als jemanden zu sehen, der Unterstützung, Aufmerksamkeit und Liebe verdient. Darüber hinaus soll den Eltern geholfen werden, ihr Kind als Individuum mit eigenen Bedürfnissen zu betrachten, die sich von ihren eigenen unterscheiden. Die Wahrnehmung der kindlichen Motivation und Kommunikation soll entwickelt werden. Dabei wird sensibles, responsives und engagiertes Erziehungsverhalten in der frühen Kindheit von den Fachkräften unterstützt und gefördert.



Abbildung 2 veranschaulicht zusammenfassend das konzeptionelle Wirkmodell des Programms.

Abbildung 2: Konzeptionelles Modell der Programmwirkung (in Anlehnung an Olds 2007)



Breite thematische Orientierung

Im Rahmen des Pro Kind-Programms wird an sechs großen Themenbereichen oder Domänen gearbeitet, die im nachfolgenden Kasten zusammengefasst sind.

Domänen der inhaltlichen Arbeit im Modellprojekt Pro Kind

- *Persönliche Gesundheit der Mutter.* Dies ist die zentrale Domäne der Begleitung während der Schwangerschaft. Inhaltlich geht es um das Gesundheitsverhalten der (werdenden) Mutter, wie z. B. Ernährung und Bewegung in der Schwangerschaft, Schlaf- und Ruhevverhalten sowie Mundgesundheit. Auch Tabak- und Alkoholkonsum ist Thema in dieser Domäne. Darüber hinaus werden schwangerschaftsbedingte, körperliche Veränderungen und Vorbereitungen für die Geburt besprochen.
- *Gesundheitsförderliche Umgebung.* In dieser Domäne geht es um die Gestaltung der Wohnumgebung für Eltern und Kind. Zentrale Themen sind die Kindersicherheit der Wohnung und die Vermeidung von Kinderunfällen. Auch Belastungen des Wohnumfelds durch Schimmelbefall oder Rauchen in geschlossenen Räumen werden thematisiert.
- *Lebensplanung und -gestaltung.* Zeitpunkt und Gestaltung des (Wieder-)Einstiegs in Ausbildung oder Beruf sind Inhalt in dieser Domäne. In diesem Zusammenhang spielt auch die weitere Familienplanung eine wichtige Rolle. Die diesbezüglichen Wünsche und Bedürfnisse der Mütter sowie deren Stärken und Schwächen werden erkundet

und realistische Handlungsperspektiven entwickelt. Auch Fragen der Alltagsorganisation (Umgang mit Geld) werden in dieser Domäne behandelt.

- **Mutter-/Vater-/Elternrolle.** Dies ist die zentrale Domäne während der Begleitung im ersten und zweiten Lebensjahr. Aber auch schon während der Schwangerschaft werden die Eltern für die Bedürfnisse und die Entwicklung des ungeborenen Kindes sensibilisiert und es werden Ängste und Erwartungen an das Leben mit Kind thematisiert. Nach der Geburt zählen Säuglingsernährung und Säuglingspflege, die kindlichen Bedürfnisse und die kindliche Entwicklung, Erziehungsfragen (z. B. Medienkonsum) sowie die gezielte Förderung der Eltern-Kind-Interaktionen (s. Kap. 3.4) zu den wichtigsten Themen in dieser Domäne.
- **Familie und Freundeskreis.** Soziale Unterstützung durch den Partner, die eigenen Eltern oder durch Freunde und Bekannte ist das Thema dieser Domäne. Konkret geht es um eine förderliche Gestaltung der innerfamiliären Beziehungen und Freundschaften und die Nutzung dieser Beziehungen zur eigenen Unterstützung im Alltag. Aber auch der Umgang mit Konflikten und die angemessene, gewaltfreie Kommunikation zwischen den Eltern werden thematisiert.
- **Soziale Dienste und Gesundheitsversorgung.** Diese Domäne kommt immer dann zum Tragen, wenn es um die Vernetzung und Inanspruchnahme geht. Beispiele sind die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft, U-Untersuchungen oder Eltern-Kind-Angeboten. Aber auch die Unterstützungen bei Behörden-gängen oder die Vernetzung bei spezifischen Problemen wie psychischen Erkrankungen, kindlichen Entwicklungsverzögerungen oder häuslicher Gewalt.

In diesen Domänen werden die wichtigsten Risiko- und Schutzfaktoren zur Verhinderung von negativen Geburtsoutcomes, Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, Entwicklungsverzögerungen und eingeschränkter ökonomischer Selbstständigkeit angesprochen. Im Hinblick auf den Zuschnitt

der thematischen Orientierung besteht in der Forschung allerdings noch keine Einigkeit darüber, ob eine integrative, umfassende Orientierung (Nation u. a. 2003; Reynolds u. a. 2009) oder eine thematische Fokussierung (Bakermans-Kranenburg/van IJzendoorn/Juffer 2003) das erfolgreichere Konzept für präventive Interventionen darstellt.

