

**FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG**

# **EXPERTISE ZUM STAND DER PRÄVENTION/FRÜH- INTERVENTION IN DER FRÜHEN KINDHEIT IN DEUTSCHLAND**

**BAND 34**

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

**BZgA**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden z.B. Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der BZgA. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.

**FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG**  
**BAND 34**

# **EXPERTISE ZUM STAND DER PRÄVENTION/FRÜHINTERVENTION IN DER FRÜHEN KINDHEIT IN DEUTSCHLAND**

Manfred Cierpka, Michael Stasch, Sarah Groß

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 34  
Expertise zum Stand der Prävention/Frühintervention in der frühen Kindheit in Deutschland  
Köln: BZgA, 2007

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel.: 02 21/89 92-0

Fax: 02 21/89 92-300

Projektleitung: Dr. Monika von dem Knesebeck

E-Mail: [monika.knesebeck@bzga.de](mailto:monika.knesebeck@bzga.de)

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen

Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen

Druck: Schiffmann, Bergisch Gladbach

ISBN 3-937707-46-8

Band 34 der Fachheftreihe ist erhältlich  
unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,  
und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben.  
Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/  
den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60634000

# Vorwort

In den ersten Monaten nach der Geburt werden entscheidende Weichen gestellt für die Eltern-Kind-Beziehung und damit auch für das gesunde Aufwachsen eines Kindes. Bereits das Neugeborene verfügt über die Fähigkeit, eine Beziehung zu den Menschen aufzubauen, die es umsorgen, denn die Bindung an Mutter und Vater ist seine wichtigste und einzige Sicherheit. In den ersten Monaten „lernt“ der Säugling, sich selbst zu regulieren: die Temperatur, den Stoffwechsel, den Schlaf-Wach-Rhythmus, das Hunger-Sättigungs-Gefühl. Mit seiner Mimik, seinem Körperverhalten und zunehmend durch Schreien drückt der Säugling seine Bedürfnisse und Befindlichkeiten aus.

Aber nicht immer können Eltern die Äußerungen ihres Babys ausreichend interpretieren und auf seine Bedürfnisse angemessen reagieren – oftmals, weil sie selbst diese Erfahrungen in ihrer eigenen Kindheit nicht haben machen können. In der Folge können sich sogenannte frühe Regulationsstörungen und eine Störung der Eltern-Kind-Bindung entwickeln. Häufig werden so schon die Grundlagen für spätere Verhaltensauffälligkeiten gelegt. Dabei ist Hilfe relativ einfach bzw. erfolgreich. Wie Studien belegt haben, versprechen vor allem Kurzinterventionen schnelle Hilfe. Da offensichtlich der Bedarf nach solchen Hilfen bei Eltern sehr groß ist, sind in den letzten Jahren viele Schrei-Sprechstunden, Babyambulanzen etc. entstanden.

Im Arbeitsschwerpunkt „Kindergesundheit“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird schon seit einiger Zeit ein besonderes Augenmerk auf die frühe Kindheit gerichtet. Das Präventionspotenzial für später zutage tretende Störungen ist in dieser frühen Zeit besonders groß, und Eltern sind für Information und Beratung besonders empfänglich.

Um genauere Informationen zu erhalten, wie viele Beratungs- und Behandlungsangebote in Deutschland sich an Eltern mit ganz jungen Säuglingen wenden, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Herrn Prof. Dr. Manfred Cierpka und seine Mitarbeiterin und seinen Mitarbeiter, Frau Dipl.-Psych. Sarah Groß und Herrn Dipl.-Psych. Michael Stasch vom Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie des Universitätsklinikums Heidelberg, mit einer Recherche und ersten Bestandsaufnahme beauftragt. Die Ergebnisse dieser Recherche möchte ich Ihnen mit diesem Fachheft vorstellen.

Zentrale Fragen waren, auf welchen theoretischen Grundlagen die Leistungsangebote der Frühinterventionen basieren, mit welchen Qualifikationen und Weiterbildungen die Anbieter ausgestattet sind, in welchem organisatorischen Rahmen beziehungsweise in wessen Trägerschaft die Einrichtungen arbeiten und wie die Finanzierung geregelt ist.

Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme sollen als Grundlage für einen gemeinsamen Diskussionsprozess dienen zu Fragen der Ausweitung, Vereinheitlichung, Standardisierung und Vernetzung der Angebote, um dem Bedarf von Eltern mit Säuglingen künftig differenziert und angemessen begegnen zu können.

Ich hoffe, dass wir mit dieser Veröffentlichung einen weiteren Beitrag dazu leisten können, die Prävention, die Gesundheit und die Hilfe für Kinder zu stärken sowie Fachkräfte, die in diesem Bereich beruflich tätig sind, zu unterstützen.

Köln, im September 2007

Prof. Dr. Elisabeth Pott  
Direktorin der Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung

# Steckbrief des Projekts

Projekttitel:	Expertise zum Stand der Prävention/Frühintervention in der frühen Kindheit in Deutschland
Ziel:	Empirische Bestandsaufnahme der Versorgungslage und der Versorgungsqualität im Bereich der Prävention und Frühintervention in der frühen Kindheit.
Durchführungszeitraum:	Oktober 2005 bis März 2007
Methoden:	Schriftliche Befragung aller Leistungserbringer in der Bundesrepublik, die eine persönliche Beratung bzw. Behandlung mit Einbeziehung der Familie anbieten und psychosoziale Aspekte systematisch berücksichtigen.
Projektdurchführung:	Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie Universitätsklinikum Heidelberg Bergheimer Str. 54 69115 Heidelberg
Autoren:	Prof. Dr. Manfred Cierpka, Dipl.-Psych. Michael Stasch, Dipl.-Psych. Sarah Groß
Finanzierung:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Ostmerheimer Str. 220 51109 Köln
Projektleitung in der BZgA:	Dr. Monika von dem Knesebeck





# Inhaltsverzeichnis

<b>1. HINTERGRUND</b>	9
1.1 Prävalenz frühkindlicher Regulationsstörungen	11
1.2 Soziale Brennpunkte und Hoch-Risiko-Familien	12
1.3 Möglichkeiten der Prävention	14
1.3.1 Frühe familienzentrierte Ansätze in der Primärprävention	14
1.3.2 Spezifische Präventionsmaßnahmen bei Risikokonstellationen	15
1.3.3 Frühinterventionsprogramme in den USA	15
1.3.4 Projekte in Deutschland	17
<b>2. ZIELE DER EXPERTISE</b>	21
2.1 Erfassung der Versorgungslage	22
2.2 Einschätzung der Versorgungsqualität	22
<b>3. AUFBAU DER STUDIE</b>	25
3.1 Stufe A: Bundesweite Bestandsaufnahme mittels einer Fragebogenerhebung	26
3.1.1 Das Fragebogeninstrument	26
3.1.2 Die Datenerhebung	28
3.2 Stufe B: Qualitätsanalyse der Versorgungsangebote	30
3.2.1 Strukturqualität	30
3.2.1.1 Organisatorische/systemische Merkmale	30
3.2.1.2 Planungsqualität	38
3.2.1.3 Mitwirkende	41
3.2.2 Prozessqualität	47
3.2.3 Ergebnisqualität	54
3.3 Stufe C: Bewertung der Qualitätsanalyse und Implikationen	58
3.3.1 Regionale Verteilung der Frühinterventionseinrichtungen	59
3.3.2 Versorgungslage in den Bundesländern	61
3.3.3 Versorgung benachteiligter Regionen	62
3.3.4 Bewertung der Zielgruppenerreichbarkeit	63
3.3.5 Implikationen für die Praxis	65
3.3.5.1 Implikationen für die Gesundheitsaufklärung	66
3.3.5.2 Implikationen für die Aus- und Weiterbildung	66
3.3.5.3 Implikationen für die Versorgungslage	68
3.3.5.4 Implikationen für die Finanzierung	69

3.3.5.5 Implikationen für die Forschung	70
3.3.5.6 Implikationen für die Qualitätssicherung	70
<b>4. ZUSAMMENFASSUNG</b>	71
<b>5. LITERATUR</b>	73
<b>6. ANHANG</b>	77
6.1 Grundmodul 1	78
6.2 Grundmodul 2	83
6.3 Grundmodul 3	86
6.4 Grundmodul 4	91

**HINTERGRUND**



Viele führende Autoren und Wissenschaftler haben in den letzten Jahren eindeutige Nachweise für den Zusammenhang zwischen widrigen Kindheitserfahrungen und psychischen sowie physischen Erkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter erbracht. Fonagy (1996) tritt aufgrund der hohen Persistenz von Störungen in der frühkindlichen Verhaltensregulation ebenso wie die „Münchener Sprechstunde für Schreibabys“ (Papoušek 2001) für Ansätze früher Prävention und Intervention ein. Ihre Forderungen werden durch die neuesten Hypothesen und Befunde aus der neurobiologischen Forschung gestützt (Hüther et al. 1999; Perry et al. 1998; Schore 2001). Das erste Ziel ist die Früherkennung und Vermeidung von Störungen der Verhaltensregulation und Störungen der Eltern-Kind-Beziehung. Studien über die Arbeit sogenannter „Babyambulanzen“ und frühkindlicher psychotherapeutischer Interventionen weisen deren Wirksamkeit eindeutig nach (Fonagy 1998; Papoušek, Schieche et al. 2004; Papoušek, von Hofacker et al. 1994; Robert-Tissot et al. 1996; van Ijzendoorn et al. 1995; von Klitzing 1998). Neuere Studien konnten zeigen, dass frühkindliche Regulationsprobleme Vorläufer für Verhaltensauffälligkeiten der späteren Kindheit darstellen (siehe zum Beispiel Laucht et al. 2004). Die Mannheimer Risikokinderstudie (Längsschnitt) zeigt einen bedeutenden Zusammenhang der Qualität der frühen Mutter-Kind-Interaktion mit späteren Verhaltensproblemen. Der deutliche Einfluss psychosozialer Risiken (niedriges Bildungsniveau, Herkunft aus zerrütteten familiären Verhältnissen, chronische familiäre Schwierigkeiten, psychische Auffälligkeiten der Eltern) wird entscheidend über das Erziehungsverhalten moderiert, das seinerseits durch Verhaltensprobleme des Säuglings negativ beeinflusst wird (Esser et al. 1995; Laucht et al. 1992). Auffälligkeiten in der frühen Mutter-Kind-Interaktion (im Kindesalter von drei Monaten) kam eine bedeutsame Rolle im Vorfeld externalisierender und internalisierender Störungen im Grundschulalter zu. So erwies sich eine verminderte mütterliche Variabilität im Umgang mit dem Säugling vor allem dann als prognostisch bedeutsam, wenn sie zusammen mit einer negativen Stimmung des Säuglings auftrat (Laucht et al. 2000).

Diesen Forschungsergebnissen steht die bislang viel zu kleine Zahl tatsächlicher Frühförderungs- und Beratungsstellen bzw. -programme gegenüber, die sich mit dem Übergang zur Elternschaft und der neu entstandenen Familie in den ersten Lebensjahren des Kindes beschäftigen. Dabei hat sich gezeigt, dass der frühe Einsatz von Hilfe nicht sehr groß sein muss, da die „Selbstheilungskräfte“ in diesen ersten Lebensmonaten enorm sind. Sobald der Teufelskreis negativer Gegenseitigkeit unterbrochen wurde, stabilisierte sich die Eltern-Kind-Beziehung erstaunlich schnell.

Das Hauptproblem besteht nicht nur darin, dass das Angebot an Frühintervention und -beratung in Deutschland noch ungenügend ausgebaut ist – es ist zudem nirgends systematisch untersucht bzw. in ein umfassendes Verzeichnis gebracht worden. Zudem ist der Bekanntheitsgrad sämtlicher Frühinterventionsangebote bei Jugendämtern, Gesundheitsministerien, (Kinder-)Ärztinnen bzw. -Ärzten sowie niedergelassenen Psychologinnen bzw. Psychologen und Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten erschreckend gering.

Was ebenfalls erschwerend hinzukommt, ist, dass die bereits bestehenden Angebote auf unterschiedlichen Erklärungsmodellen basieren und die Ausbildung der „Frühberater“ bzw. „Frühberaterinnen“ nirgends überprüft wird. Bislang kann sich jeder in diesem Versorgungsbereich niederlassen, der von sich annimmt, erfahren genug dafür zu sein.

## 1.1 Prävalenz frühkindlicher Regulationsstörungen

Die Häufigkeit frühkindlicher Störungen (Regulationsstörungen) in den ersten drei Lebensjahren wird auf etwa 20 % geschätzt (Remschmidt 1998). Nur die Hälfte davon kann als „vorübergehend“ angesehen werden (Ihle und Esser 2002). Diese Prävalenz ist vergleichbar mit der Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen und Erwachsenen (Remschmidt 1998).

### Exzessives Schreien

Eine erste, repräsentative, retrospektive epidemiologische Erhebung in Deutschland in repräsentativen Haushalten mit Kindern unter drei Jahren (Wurmser et al. 2001) ergab eine Prävalenz von 21 % in Bezug auf exzessives Schreien in den ersten Lebensmonaten (Schreien und Quengeln mehr als drei Stunden am Tag – gemäß der „Dreier-Regel“ [Wessel et al. 1954]). Bei fast 40 % dieser Kinder bestand die Schreiproblematik über den dritten Lebensmonat hinaus (Wurmser et al. 2001).

### Fütterstörungen

Vorübergehende Fütterprobleme sind im Säuglingsalter häufig und werden von jedem dritten Elternpaar gesunder Säuglinge im ersten Lebensjahr berichtet (Forsyth und Canny 1991; Martin und White 1988). In den ersten beiden Lebensjahren wurden in einer unausgelesenen Stichprobe mittels Fragebogen in 15 bis 25 % leichtere bis mittelschwere Fütterprobleme erhoben (Fergusson et al. 1985). Schwere, persistierende Fütterprobleme im klinischen Sinne (Fütterstörung) wurden in unausgelesenen Stichproben dagegen in 3 bis 10 % der Fälle gefunden (Dahl und Sundelin 1992; Lindberg et al. 1991).

### Schlafstörungen

Je nach verwendeten Kriterien zur Diagnose von Schlafstörungen im Kleinkindalter schwanken die Prävalenzraten. Bei Kriterien für eine ausgeprägte Schlafstörung (mindestens dreimal Aufwachen in mindestens vier Nächten die Woche über mindestens drei Monate) ergeben sich Prävalenzzahlen zwischen 15 % und 20 % in den ersten zwei Lebensjahren (Anders und Keener 1985; Minde et al. 1993; Richman 1981). Werden weniger strenge Kriterien eingesetzt, finden sich 20 % bis 25 % Durchschlafstörungen in der Gesamtpopulation (Wolke 1994). Anders et al. (1992) zeigen, dass 30 % bis 40 % der

Säuglinge mit acht Monaten nach nächtlichem Aufwachen nicht allein wieder einschlafen können.

Ebenfalls in den ersten drei Lebensjahren häufig auftretende Regulationsprobleme sind Dysphorie, Spielunlust und motorische Unruhe, exzessives Trotzen, aggressiv-oppositionelles Verhalten, Impulsivität, gehemmte Explorationsbereitschaft, exzessives Klammern, übermäßige Fremdenangst und Trennungsangst.

## 1.2 Soziale Brennpunkte und Hoch-Risiko-Familien

Leider sind immer noch viele Familien in Deutschland nicht in der Lage, ihren Kindern eine angemessen gute Kindheit zu gewährleisten (BMFSFJ 1998). Studien belegen, dass circa jedes fünfte Kind erheblichen psychosozialen Belastungen wie schwierigste soziale Umgebung, schwere Erkrankungen in der Familie, psychisch kranke Eltern oder Verlustsituationen (Trennung, Tod) ausgesetzt ist. Diese Stressoren wirken sich umso dramatischer aus, je weniger Schutzfaktoren (zum Beispiel eine dauerhafte Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson) für das Kind vorhanden sind (Egle et al. 2005).

Eine zentrale Rolle für das Ausmaß des Stresserlebens scheint die Eltern-Kind-Beziehung und insbesondere die Bindungsqualität der Kinder zu ihren Bezugspersonen zu spielen (Papoušek, Schieche et al. 2004). Ein nicht adäquat erwidertes Bindungsbedürfnis kann neben verhaltensbezogenen Konsequenzen auch zu psychobiologischen Folgen führen und dabei die individuelle Ausreifung des Stressverarbeitungssystems beeinträchtigen. Die experimentellen Untersuchungen belegen eine enge Verknüpfung zwischen frühen Bindungsstörungen einerseits und endokrinen Reaktionen auf Stressverarbeitungssystem und körperliches Wachstum andererseits (Meaney et al. 1993). In den wenigen vorhandenen Langzeituntersuchungen zeigte sich, dass den frühkindlichen Bindungsbeziehungen eine hohe Bedeutung für den weiteren Entwicklungsverlauf der Kinder zukommt (Übersicht bei Dornes 1999; Grossmann 2000).

Auf der Ebene des psychischen Erlebens und des Verhaltens der Kinder kommt es infolge früher Stressoren zu emotionalen und kognitiven Beeinträchtigungen. Die Unfähigkeit, Emotionen zu modulieren, trägt zu einer Reihe von dysfunktionalen Verhaltensweisen bei, die als Versuche der Selbstregulation verstanden werden können (van der Kolk und Fisler 1994). Oft fehlt den Individuen die Fähigkeit, spezifische Affekte differenziert auszudrücken und sich empathisch in andere einzufühlen („reflective functioning“ nach Fonagy und Target 1997). Die eingeschränkte Flexibilität von Reaktionsmöglichkeiten führt dazu, dass Affekte häufig externalisiert bzw. ausagiert statt zunächst reflektiert werden.

Diese belasteten Kinder haben mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit Eltern, die ebenfalls unter schwierigen Lebensbedingungen aufgewachsen sind. Die generationenübergreifende Instabilität der Familien scheint durch die Häufigkeit von abrupten Wechseln in der Familienstruktur gekennzeichnet zu sein (Rutter und Giller 1983). So sind zum Beispiel Scheidungen ein elementares Verlusterlebnis für das Kind – aber auch für die Eltern. Der Wechsel zur Stieffelternfamilie oder zur Einelternfamilie bedeutet eine erneute Umstellung, die das Kind und die Eltern in ihren Bindungs- und Beziehungsmustern verunsichern. Erhebliche Partnerschaftskonflikte, schwierige Umgebungsbedingungen und ökonomische Schwierigkeiten labilisieren diese Familien weiter. Häufig besteht eine Neigung zum sozialen Rückzug; Wohnortwechsel können die soziale Desorganisation verstärken. Arbeitslosigkeit und fehlende Einbindung in die soziale Umgebung tragen dazu bei, dass keine neuen Ressourcen aus dem sozialen Unterstützungssystem geschöpft werden können.

Bei den betroffenen Eltern und Familien führen diese Stressfaktoren häufig dazu, dass sie in ihren Erziehungsfertigkeiten überfordert sind. Die mangelnde Erziehungskompetenz erhöht ihrerseits wiederum das Konfliktpotenzial in der Familie mit entsprechenden negativen Konsequenzen für die Kinder. Den Zusammenhang zwischen der Qualität der frühen Mutter-Kind-Interaktion mit späteren Verhaltensproblemen bei Kindern zeigt die Mannheimer Risikokinderstudie. Der deutliche Einfluss psychosozialer Risiken (niedriges Bildungsniveau, Herkunft aus zerrütteten familiären Verhältnissen, chronische familiäre Schwierigkeiten, psychische Auffälligkeiten der Eltern) wird entscheidend über das Erziehungsverhalten moderiert, das seinerseits durch Verhaltensprobleme des Säuglings negativ beeinflusst wird (Esser et al. 1995; Laucht et al. 1992).

Besonders diejenigen Familien, die zahlreichen psychosozialen Risikobelastungen ausgesetzt sind, gelangen oft erst sehr spät oder gar nicht in die sogenannten Eltern-Säuglings-Sprechstunden. Das liegt auch daran, dass sie große Angst vor „Institutionen“ aller Art besitzen und den Kontakt zu ihnen lieber meiden.

Familien mit multiplen Risiken sind auf eine erreichbare Informations- und Beratungsroutine angewiesen. Dies kann durch folgende Angebote gewährleistet werden:

- niedrigschwellige und/oder aufsuchende Beratungsangebote,
- Verknüpfung und Ergänzung unterschiedlicher Hilfen mit „Bausteincharakter“,
- spezifische Angebote für spezielle Lebenslagen.

Die Anbindung an bestehende Netzwerke und die gute Kooperation mit anderen Disziplinen ist eine realistischere und qualitativ bessere Hilfe für psychosozial belastete Familien mit Säuglingen als ein vorgeblicher „Allroundpraktiker“ (Ziegenhain 2004).

# 1.3

## Möglichkeiten der Prävention

Die Ergebnisse der Studien zu den Langzeitfolgen von psychosozialen Belastungen weisen eindrucksvoll darauf hin, dass vorbeugende Maßnahmen zum Schutz der Kindheit indiziert sind, wenn man den Problemen nicht hinterherlaufen will. Als Ansatzpunkte für die Prävention legen die Forschungsergebnisse nahe, die Risikofaktoren zu reduzieren und die Schutzfaktoren zu stärken. Einige Faktoren sind im Hinblick auf ihre Relevanz besonders hervorzuheben. Insbesondere die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung, die Bindungssicherheit und die psychosozialen Umgebungsbedingungen sind Risikofaktoren, die im Rahmen von Präventionsmaßnahmen zentrale Beachtung finden müssen. Die nachfolgend beschriebenen systematischen Ansätze zielen überwiegend auf diese Risikofaktoren.

### 1.3.1 Frühe familienzentrierte Ansätze in der Primärprävention

In der frühkindlichen familienzentrierten Prävention steht die Entwicklungsförderung der Kinder im Mittelpunkt. Dabei wird von der Annahme ausgegangen, dass Veränderungen bei den Eltern und in den Familien entsprechend zu Veränderungen bei den Kindern führen. In den ersten drei Lebensjahren kann die Bindung des Kindes zur primären Bezugsperson gefördert werden, indem Eltern lernen auf die Signale des Kindes feinfühlig, prompt und angemessen zu reagieren. Durch Programme, die die Eltern-Kind-Interaktion positiv beeinflussen und so zu wechselseitig guten Beziehungen zwischen Kind und Eltern beitragen, werden die elterlichen Kompetenzen und gleichermaßen auch die sozial-emotionalen Kompetenzen der Kinder gefördert.

Für alle Familien, das heißt nicht nur für besonders belastete, sind sogenannte Elternschulen entwickelt worden, in denen es um den zusätzlichen Erwerb von Beziehungskompetenzen und die Stärkung der elterlichen Sicherheit geht, um dem Baby adäquate Beziehungsantworten anbieten zu können, die es für sein seelisches Wachstum braucht. Videografierte Mutter-Kind-Interaktionen können als effektive Interventionen aufbereitet werden, um Eltern für die Signale ihres Kindes zu sensibilisieren (Gregor und Cierpka 2005). Diese Methode wird beispielsweise im Heidelberger Elternkurs „*Das Baby verstehen*“ (Cierpka 2004) zur Förderung der Eltern-Kind-Beziehung angewandt.

Die fünf Themenschwerpunkte dieses Elternkurses lauten: „Ich Sorge für mich selbst“, „Wie können Partner zusammenarbeiten?“, „Das Baby sendet Signale aus“, „Warum weint das Baby?“ und „Vertrauen in die eigene Kompetenz“.



### 1.3.2 Spezifische Präventionsmaßnahmen bei Risikokonstellationen

Die bisherigen Erfahrungen zeigen jedoch, dass mit dieser allgemeinen Primärprävention Risikofamilien oder Multiproblemfamilien kaum erreicht werden können. Statt Kommstrukturen – das heißt, dass die Eltern in einen Kurs oder eine Beratungsstelle kommen müssen – sind Gehstrukturen notwendig, bei denen die Hilfspersonen die Familien zu Hause aufsuchen. So können sozial stark belastete, Hilfe suchende Familien die Schwelle zur Hilfeleistung leichter überspringen. Insgesamt mangelt es an ausgearbeiteten Konzepten, die einen Zugang zu den Risikofamilien ermöglichen, um diese fördern zu können. Gerade für die erste Phase mit dem Kind wurden in den meisten Regionen Deutschlands bislang keine Hilfestrukturen zur Abwendung von Risiken entwickelt und implementiert. Ziel ist, dass bestehende Hilfestellungen in der frühen Kindheit bei belasteten Familien ankommen, noch bevor es zu einer Gefährdung des Kindeswohls kommt.

Ramey und Ramey (1993) haben nach der Durchsicht der amerikanischen Interventionsansätze ein Rahmenprogramm für die Prävention im psychosozial schwierigen Umfeld vorgelegt. Sie definieren acht Bereiche, in denen sie versuchen, die Gesundheit zu fördern und negativen Auswirkungen vorzubeugen, die durch schwierige Familienbedingungen entstehen können:

1. Unterstützung bezüglich des für das Überleben wichtigen Bereichs, der Unterkunft, Essen, Einkünfte, Sicherheit und Transportmöglichkeiten betrifft.
2. Vermittlung von Werten und Zielen für die Familie auch im Hinblick auf Schulbesuch und Arbeitsplatz.
3. Schaffung eines Gefühls für die physische, sozial-emotionale und finanzielle Sicherheit für Eltern und Kind.
4. Sicherstellung physischer und seelischer Gesundheit.
5. Verbesserung der sozialen Interaktionen zwischen den Familienmitgliedern, den Peers und den Nachbarn.
6. Steigerung des Selbstwertgefühls.
7. Förderung der Motivation für Schulerfolg, soziale Kompetenzen und Kommunikationsfertigkeiten.
8. Training basaler intellektueller Fähigkeiten.

Die Autoren fordern, dass Hausbesuchsprogramme dieses Spektrum durch entsprechende Maßnahmen umfassen sollten, wenn sie wirklich effektiv sein wollen.

### 1.3.3 Frühinterventionsprogramme in den USA

Die Programme für Risikofamilien stammen überwiegend aus dem angloamerikanischen Raum. Eine eindrucksvolle Zusammenstellung der „Family Support Programs“ in

den Vereinigten Staaten liefert der Schlussbericht der bundesweiten Evaluation von Layzer et al. (2001). Die Autoren fanden insgesamt 665 Evaluationsstudien, die 260 dieser Programme repräsentierten. In einer Meta-Analyse über die kontrollierten Studien (randomisiert und quasi-experimentell) fanden sich zwar kleine, aber signifikante und bedeutsame Effekte im Hinblick auf das Ergebnis für Eltern und Kinder. Insbesondere konnte die emotionale und die kognitive Entwicklung der Kinder gefördert werden. Nach Drummond et al. (2002) stimmen viele Programme weitgehend inhaltlich in ihren Zielsetzungen und in ihren Strategien überein: Verbesserung der mütterlichen Gesundheit, der Lebensbewältigung, der elterlichen Kompetenzen, der Eltern-Kind-Interaktion und der Fürsorge für das Kind. Alle unterstützen die Gesundheit und das soziale Funktionieren der Familienmitglieder.

Weitverbreitet ist beispielsweise das „Nurse-Family Partnership Model“ der Arbeitsgruppe um Olds (Olds et al. 1998 und 1999), das hier stellvertretend für die anderen angloamerikanischen Programme näher erläutert werden soll. Eine aktuelle Arbeit (Olds 2006) fasst das 27-jährige Forschungsprogramm zusammen. In diesem Projekt werden Frauen aus schwierigen sozialen Verhältnissen, die mit dem ersten Kind schwanger sind, von Krankenschwestern (mit einer speziellen Ausbildung für „home visitations“) im Rahmen von Hausbesuchen betreut. Ergebnisse dieser Studien weisen darauf hin, dass das Programm erfolgreich ist: Es konnte eine Verbesserung der elterlichen Fürsorge, eine Reduktion von Misshandlung und Vernachlässigung sowie eine bessere Sprachentwicklung und emotionale Kompetenz des Kindes erreicht werden. Die Mütter haben nachfolgend weniger Schwangerschaften, sie sind häufiger berufstätig und sie benötigen weniger öffentliche Hilfestellung (Olds et al. 2004), sie weisen auch seltener Drogen- und Alkoholprobleme auf (Olds et al. 1999). Eckenrode und Kollegen (2001) konnten 15 Jahre nach der Frühintervention bei Risikofamilien, die vor und nach der Geburt durch dieses Hausbesuchsprogramm unterstützt wurden, gegenüber „Kontrollkindern“ immer noch signifikant weniger Misshandlungen gegenüber den Kindern feststellen. In den Kosten-Nutzen-Analysen zeigte sich, dass das Programm langfristig Folgekosten spart (Olds et al. 1999).

Olds und Kitzman (1993) konnten beobachten, dass Programme, die von professionell trainierten Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeitern oder Erzieherinnen bzw. Erziehern durchgeführt wurden, im Gegensatz zu Programmen, die von paraprofessionellen Hilfeanbieterinnen und -anbietern (Laien) angeboten wurden, zu besseren Effekten führten. Gleiche Ergebnisse belegten Layzer et al. (2001) in ihrer Meta-Analyse, die ebenfalls bei von Laien durchgeführten Interventionen geringere Erfolge fanden. Sie wiesen außerdem größere Effekte nach, wenn das Programm spezifisch für Familien mit einem besonderen Risiko zugeschnitten war. Es ergaben sich fast doppelt so hohe Effektstärken, wenn die Präventionsprogramme früh ansetzten. Brooks-Gunn et al. (2000) stellen in ihrer Übersicht über die Effekte der amerikanischen Programme fest, dass intensivere Programme mit einer längeren Teilnahme zu positiveren Effekten führen.

### 1.3.4 Projekte in Deutschland

Es gibt in Deutschland viele Stadtteilprojekte, die versuchen, einen Zugang zu Risikofamilien zu schaffen. Diese Projekte sind bislang nur an einzelnen Modellstandorten angesiedelt. Mit dem Deutschen Präventionspreis 2006 wurde etwa das Hamburger Projekt *Adebar* in St. Pauli-Süd ausgezeichnet. Bemerkenswert an diesem Projekt sind das breite Angebot gesundheitsfördernder Maßnahmen und sozialpädagogischer Arbeit, der integrative und flexible Ansatz zwischen aufsuchender Hilfe, Gruppenarbeit und offenem Angebot sowie die Verbindung aus Professionalität und ehrenamtlichem Engagement.

Programmatisch bewährt hat sich eine videogestützte Kleingruppenarbeit, um die Interaktion und Bindung zwischen Mutter und Kind zu fördern (nach dem Konzept „*Kreis der Sicherheit*“ von Marvin et al. [2003]). Beispielsweise können jugendliche Mütter und ihre Säuglinge von einem Videofeedback profitieren (Ziegenhain et al. 1999). Bei den durch Fachkräfte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten geleiteten Gruppen ist die Teilnahmeschwelle für die Mütter allerdings relativ hoch. Nach einer Weiterentwicklung versetzt „*Die entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern*“ nach Ziegenhain et al. (2004) nun auch trainierte Familienhelferinnen und -helfer sowie andere Beraterinnen und Berater in die Lage, die frühe Eltern-Kind-Beziehung bei risikobelasteten Familien im aufsuchenden Setting positiv zu beeinflussen.

Bei dem *Ulmer Modell* (Brisch et al. 2000) handelt es sich um eine selektive Präventionsmaßnahme, die sich nicht an die oben beschriebenen sozial stark belasteten Risikofamilien richtet, sondern nur auf einen ganz spezifischen Risikofaktor zugeschnitten ist: Es ist ein präventives psychotherapeutisches Interventionsprogramm für Eltern nach der Geburt eines sehr kleinen Frühgeborenen (weniger als 1500 g). Das Programm besteht aus einer Kombination der folgenden Elemente: die Teilnahme an einer psychotherapeutisch geleiteten Elterngruppe, einsichtsorientierte Einzelgespräche, ein Hausbesuch unmittelbar nach der Entlassung aus der Klinik sowie ein videogestütztes Feinfühligkeitstraining, wenn das Kind drei Monate auf der Welt ist. Die Eltern werden auch nach der Entlassung aus der Klinik in ihrem häuslichen Umfeld unterstützend begleitet.

Ein bewährtes Programm zur Verbesserung der Feinfühligkeit der Eltern ist auch *STEEP* (Egeland et al. 2000; Erickson und Kurz-Rierner 1999), das von Suess und Kißken (2005) auch in Deutschland eingeführt wird. In seinem Titel „Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting“ kommt der Aspekt des Genießens des eigenen Kindes durch die Eltern zum Ausdruck. Die STEEP-Beraterinnen sollen möglichst schon während der Schwangerschaft Kontakt zu den Frauen aufnehmen und diese bis zum Alter des Kindes von zwei Jahren durch Hausbesuche und Gruppentreffen begleiten. Erickson und Egeland (2006) beschreiben in ihrem Handbuch die Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung.

Das niederländische Programm „*Opstapje – Schrit für Schritt*“ wurde vom Deutschen Jugendinstitut in München übersetzt und im Nürnberger Raum implementiert und eva-

liefert. Auch in diesem Programm werden sozial schwächere Familien in den ersten beiden Jahren durch regelmäßige Hausbesuche und Gruppentreffen begleitet. Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass die Eltern-Kind-Beziehung gestärkt wird und die Eltern an Selbstsicherheit in Bezug auf ihr Erziehungsverhalten gewinnen. Die kinderpsychologischen Tests bestätigen diese Aussagen: Die teilnehmenden Kinder, die sich zu Beginn des Programms zu beinahe 50 % in ihrer Entwicklung unterhalb des Normbereichs befanden, bewegen sich positiv in Richtung eines altersgerechten Entwicklungsstandes (Sann und Thrum 2005).

Aktuell werden Konzepte erarbeitet, die versuchen, den Zugang auch über Hebammen mit einer Fortbildung zur Familienhebamme zu sozial stark belasteten Familien zu finden. So wurde in Niedersachsen von 2002 bis 2005 das von der Stiftung „Eine Chance für Kinder“ konzipierte und vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit geförderte Projekt *„Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter – Netzwerk Familienhebamme“* durchgeführt. Familienhebammen begleiteten Schwangere und junge Frauen mit Kindern in schwierigen psychosozialen Lebenssituationen bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes. Im Hintergrund wurden die Familienhebammen von Sozialarbeiterinnen beraten, die bei Bedarf auch zur direkten Unterstützung der Familien mit herangezogen werden konnten. Der Modellversuch wurde wissenschaftlich vom Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung (IES) begleitet; inzwischen liegen deskriptive Befunde vor, vgl. Zierau und Gonzáles (2005). Sie zeigen einen hohen Unterstützungsbedarf der Schwangeren und jungen Mütter und weisen darauf hin, dass Hebammen mit einer fundierten Zusatzausbildung ein Hausbesuchsprogramm durchführen können.

In einer Kooperation zwischen der städtischen Jugendhilfe, dem Gesundheitsamt, der Kinderklinik und einer Reihe von Hebammen konnte ein vernetztes Projekt in der Stadt Düsseldorf *„Zukunft für Kinder in Düsseldorf“* entwickelt werden, um Mütter schon während der Schwangerschaft oder während ihres Aufenthalts auf den geburtshilflichen Stationen als „hoch-Risiko-belastet“ zu identifizieren. Eine gemeinsam getragene Clearingstelle vermittelt die Mütter bzw. Eltern an eine Hebamme weiter, die dann einen bzw. mehrere Hausbesuche mit der Mutter vereinbart. So wird ein Zugangsweg zur frühen Hilfestellung geschaffen, der nach den Erfahrungen des Projekts nur von ca. 15 % der Eltern abgelehnt wird.

Im Rahmen des Projekts *„Keiner fällt durchs Netz“* in Hessen soll in einem dreischrittigen Vorgehen sehr früh ein Zugang zu den Familien gefunden und ausgebaut werden. Von den Teams auf den Geburtsstationen werden diejenigen Eltern Hebammen vermittelt, die sich nicht bereits aus eigener Initiative um Unterstützung durch eine Hebamme bemüht haben (Schritt 1). Allen Eltern wird die Elternschule „Das Baby verstehen“ (siehe oben) zur Stärkung der elterlichen Sicherheit angeboten. Besonders belastete Familien erhalten Hausbesuche durch eine Familienhebamme über das gesamte erste Lebensjahr, um die Eltern ab der Geburt des Kindes in basalen elterlichen Kompetenzen

zu fördern (Schritt 2). Wenn alle Familien im Rahmen der Regelversorgung Unterstützung durch eine Hebamme bei der Pflege des Kindes und beim Stillen bekommen, werden die Hausbesuche von den Risikofamilien nicht als Diskriminierung oder Übergriff wahrgenommen. So können die Hebammen zur zentralen Bezugs- und Unterstützungsperson für die Mütter werden. In Fällen, wo die Hebammen im Laufe dieses Jahres mithilfe eines Screenings Risikokonstellationen identifizieren, werden die Familien in einem weiteren Schritt 3 an die bestehenden, vom Gesetzgeber vorgehaltenen Hilfe-einrichtungen vermittelt. Gesteuert wird das Projekt von einer Koordinationsstelle, dem Herzstück des „Netzwerks für Eltern“, das aus den Fachkräften aller an der Prävention und Intervention in der frühen Kindheit beteiligten Institutionen und Berufsgruppen an den Modellstandorten besteht. In der Koordinationsstelle steht eine Sozialpädagogin oder Sozialarbeiterin den Hebammen beratend zur Seite und tritt bei Bedarf auch direkt mit den Eltern in Kontakt.

Einen guten Überblick der in der Bundesrepublik durchgeführten Projekte zu frühen Hilfen für Eltern und Kindern und sozialen Frühwarnsystemen bietet ein entsprechender Evaluationsbericht (Helming et al. 2006), der im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts (DJI) erstellt wurde.

Die dargestellten Modelle der Frühintervention sind in der Regel Modellprojekte, deren Implementierung in ein psychosoziales Versorgungssystem noch aussteht. Im Gegensatz dazu beschäftigt sich die vorliegende Expertise ausschließlich mit Angeboten der Frühintervention bzw. Prävention, die bereits innerhalb der Versorgungsstruktur zur Verfügung stehen.



## **ZIELE DER EXPERTISE**



Ziel der Expertise ist die Erfassung und Dokumentation aller Angebote im Bereich der „frühen Intervention“, die die unter Kapitel 3.1 angegebenen Einschlusskriterien erfüllen (also zum Beispiel aufsuchende Familienhilfe, ambulante Versorgung in freien Praxen oder Institutionen, stationäre Angebote, Eltern-Kind-Programme, Interventionsprojekte), und die Einschätzung der Qualität dieser Versorgungsangebote. Dabei ist die Situation in sozialen Brennpunkten in Deutschland von besonderem Interesse.

Es soll ermittelt werden, ob die Versorgung (pro Einwohnerzahl; gemessen an dem sehr hohen Beratungsbedarf einerseits und „Berührungängsten“ andererseits) im Bereich der Frühberatung ausreichend ist bzw. in welchen Gebieten der Aufbau entsprechender Versorgungsangebote indiziert ist.

## 2.1 Erfassung der Versorgungslage

Zur differenzierten Erfassung der Versorgungslage werden die folgenden Einzelaspekte in unserem Dokumentationssystem berücksichtigt:

- Organisationstyp und Trägerschaft,
- Einzugsgebiet und Region,
- Struktur der Inanspruchnahme-Klientel,
- Zugangsvoraussetzungen, Indikationsbereiche,
- Abrechnungsmodus,
- personelle Ausstattung,
- Durchlauf.

## 2.2 Einschätzung der Versorgungsqualität

Die Einschätzung der Versorgungsqualität wird anhand der folgenden Versorgungsmerkmale vorgenommen:

- Kooperationsstrukturen,
- Berufserfahrung und Qualifikation der Leistungserbringer,
- Beraterische/therapeutische Grundorientierung,
- formale Aspekte des Versorgungsangebotes (Setting, Dauer, Frequenz ...),
- inhaltliche Aspekte des Versorgungsangebotes (Was wird wann in welchem Ausmaß angeboten?),
- Zufriedenheit der Leistungserbringer,



- Falldokumentation, Diagnostik,
- Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement.

Die demografische und soziokulturelle Einschätzung der Versorgungslage erfolgt durch Indexbildung anhand von eingeholten Daten des Statistischen Bundesamtes. Als klinische Bewertungsgrundlage dienen neben der eigenen Expertise die Empfehlungen und Richtlinien der Gesellschaft zur Förderung der seelischen Gesundheit in der frühen Kindheit (GAIMH).

2



# 3

## **AUFBAU DER STUDIE**

# 3.1

## Stufe A: Bundesweite Bestandsaufnahme mittels einer Fragebogenerhebung

Die Daten wurden mittels Selbstauskunft der Fachkräfte erhoben. Den Institutionen und privaten Praxen wurde der Fragebogen mit einem die Studie erläuternden Anschreiben und einem frankierten Rückumschlag zugeschickt. Da sich verschiedene Anlaufstellen, vor allem Niedergelassene, noch in der Aufbauphase ihrer Praxis befinden und sehr an einer positiven Beurteilung interessiert sind, können berufspolitisch motivierte Antworttendenzen nicht ausgeschlossen werden. Dazu könnte auch die Befürchtung einzelner Berufsgruppen beitragen, aus diesem Versorgungsbereich ausgeschlossen zu werden. Die Versorgungsstrukturen und involvierte Berufsfelder sind vielfältig und das Vorgehen ist zum Teil sehr unterschiedlich. Die Erstellung eines generellen Fragebogens für alle Ansprechpartnerinnen und -partner muss daher eine Kompromisslösung darstellen und trägt in Einzelfällen zu einer unscharfen Erfassung spezieller Versorgungsstrukturen bei.

### Ein- und Ausschlusskriterien

Angeschrieben wurden alle Einrichtungen, die nach unserem Informationsstand (vgl. Kapitel 3.1.2) folgende Kriterien erfüllen:

- Die Institutionen sind im Bereich der Beratung bzw. Behandlung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern tätig.
- Ziel ist die Früherkennung und Vermeidung von Störungen der Verhaltensregulation und Störungen der Eltern-Kind-Beziehung.
- Häufige Problembereiche sind Schreien, Schlafen, Füttern, Trotzen, Angst oder Unruhe beim Kind, ferner Unsicherheit, Überforderung und psychische Schwierigkeiten der Eltern.
- Die Angebote können ambulant oder stationär sein.

Ausschlusskriterien waren ein rein edukativer Ansatz ohne persönliche Beratung, Angebote ausschließlich für behinderte oder körperlich kranke Kinder und eine rein medizinische Versorgung ohne Behandlungsansatz für psychosoziale Aspekte.

### 3.1.1 Das Fragebogeninstrument

Das Fragebogeninstrument (nachfolgend Dokumentationssystem genannt) ermöglicht eine differenzierte Beschreibung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der unterschiedlichsten Leistungserbringer. Bei der inhaltlichen Auswahl der relevanten Merkmalsbereiche wurde ein besonderes Augenmerk auf die Compliance der Leistungserbringer und damit auf die zu erwartende Rücklaufquote gelegt. Insbesondere bei der Erfassung der Ergebnisqualität wurden kontrollierend oder bewertend zu verstehende Fragen vermieden. Das Dokumentationssystem (siehe Anhang) hat einen Umfang von 15 DIN-

A4-Seiten, was entsprechend den Ergebnissen der Nachbefragung als zumutbar empfunden wurde. Um die nötige Vielzahl der Variablen und die unterschiedlichen Befragungsebenen möglichst benutzerfreundlich anzuordnen, wurde das Instrument in einzelne Module aufgeteilt:

### **Grundmodul 1: Institution**

- 1.1 Art der Institution
- 1.2 Gesamteinrichtung
- 1.3 Trägerschaft
- 1.4 Einwohner im Einzugsgebiet
- 1.5 Bundesland
- 1.6 Struktur der Inanspruchnahme-Klientel und des Settings
- 1.7 Konfession der sich vorstellenden Familien
- 1.8 Gesetzliche Auflagen
- 1.9 Abrechnungsmodus
- 1.10 Internetpräsenz
- 1.11 Wie lange besteht das Angebot?
- 1.12 Geschlecht, Berufsgruppen der Beraterinnen und Berater/Therapeutinnen und Therapeuten
- 1.13 Grundorientierung
- 1.14 Kooperationsstrukturen

3

### **Grundmodul 2: Beraterin/Berater bzw. Therapeutin/Therapeut**

- 2.1 Berufserfahrung
- 2.2 Art der Beschäftigung
- 2.3 Soziodemografische Daten, Ausbildungsstand, Zusatzqualifikation

### **Grundmodul 3: Beratung/Therapie**

- 3.1 Anmeldungs-/Überweisungskontext
- 3.2 Anmeldegrund
- 3.3 Arbeitsweise
- 3.4 Sitzungsdauer
- 3.5 Anzahl der Kontakte
- 3.6 Frequenz
- 3.7 Wer ist anwesend?
- 3.8 Jahresdurchlauf
- 3.9 Zufriedenheit mit der Tätigkeit
- 3.10 Detaillierte Vorgehensweise

### **Grundmodul 4: Dokumentation/Qualitätsmanagement**

- 4.1 Falldokumentation/Diagnostik
- 4.2 Beurteilung der Ergebnisqualität

Im Instruktionsteil wird festgelegt, dass insbesondere die Angaben zur beruflichen Qualifikation von demjenigen gemacht werden sollen, der für den Eltern-Säuglings-/Kind-Bereich beraterisch/therapeutisch verantwortlich ist (falls es überhaupt mehrere Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter gibt).

### 3.1.2 Die Datenerhebung

Es wurde eine Internetrecherche nach Frühinterventionseinrichtungen durchgeführt. Dazu wurde mit der Suchmaschine „Google“ unter folgenden Begriffen gesucht: postpartale Erkrankungen, Behandlung postpartaler Depression, Eltern-Säuglings-Beratung, Eltern-Säuglings-Sprechstunde, Säuglingsambulanz, Eltern-Säuglings-Ambulanz, Babysprechstunde, Schreisprechstunde, Schreiambulanz, Schreibabys-Beratung, Regulationsstörung und Fütterstörung. Es wurden darüber hinaus folgende Adressenlisten verwendet:

- Liste der Beratungsmöglichkeiten in Deutschland (der deutschsprachigen Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit – GAIMH),
- Liste aller Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland,
- Frühförderstellen nach einer Suche mit den Begriffen Regulationsstörung und/oder Säugling, bei denen es in der Kurzbeschreibung nicht ausschließlich um behinderte Kinder ging, über die Internetseite <http://www.familienratgeber.de/adressdatenbank/index.php>,
- Liste des Interaktiven Netzwerks für Schreibabys „Trostreich“ ([www.trostreich.de](http://www.trostreich.de)),
- Listen unter den Internetseiten [www.rund-ums-baby.de](http://www.rund-ums-baby.de), [www.schreibbabyambulanz.de](http://www.schreibbabyambulanz.de) und [www.schreibbaby.de](http://www.schreibbaby.de),
- Mutter-Kind-Aufnahmestellen bei postpartalen psychischen Erkrankungen auf den Seiten [www.online-kompetenz.de](http://www.online-kompetenz.de) und [www.schatten-und-licht.de](http://www.schatten-und-licht.de), einer Selbsthilfegruppe für Frauen mit postpartalen psychischen Erkrankungen.

Des Weiteren erfolgte eine mündliche Befragung nach bekannten Anlaufstellen im Kollegenkreis. Die angeschriebenen Einrichtungen wurden gebeten, weitere Anlaufstellen aus ihrem Umkreis zu nennen.

Rücklaufergebnisse, telefonische Nachbefragung, Nacherhebung

Die Rücklaufquote lag am 10. August 2005 bei 34,7 %. Bis zu diesem Zeitpunkt waren 531 Fragebogen verschickt worden, von denen 184 ausgefüllt an uns zurückkamen.

Um valide Ergebnisse zu erhalten, hielten wir es für notwendig, die Rücklaufquote zu erhöhen. Dies geschah durch eine zeitintensive Rückrufaktion der Nonresponder. Durch diese Maßnahme konnte der Rücklauf auf 49,7 % gesteigert werden, wodurch die Aussagekraft der Ergebnisse deutlich repräsentativer wird. Es waren mittlerweile insgesamt 580 Fragebogen verschickt worden und 288 ausgefüllte Fragebogen lagen vor. Von 56 Einrichtungen erhielten wir die Auskunft, dass sie nicht in der Frühintervention tätig sind,

was einem Anteil von 9,7 % der angeschriebenen Einrichtungen entspricht. Weitere elf Anlaufstellen (1,9 %) waren Zweigstellen einer anderen Einrichtung, die den Fragebogen bereits ausgefüllt hatte. Damit haben wir insgesamt von 355 angeschriebenen Einrichtungen eine Antwort erhalten. Dies entspricht einer Quote von 61,21 %.

Die 580 verschickten Bogen verteilen sich folgendermaßen auf die Postleitzahlengebiete, woraus ersichtlich wird, dass flächendeckend Einrichtungen angeschrieben wurden.

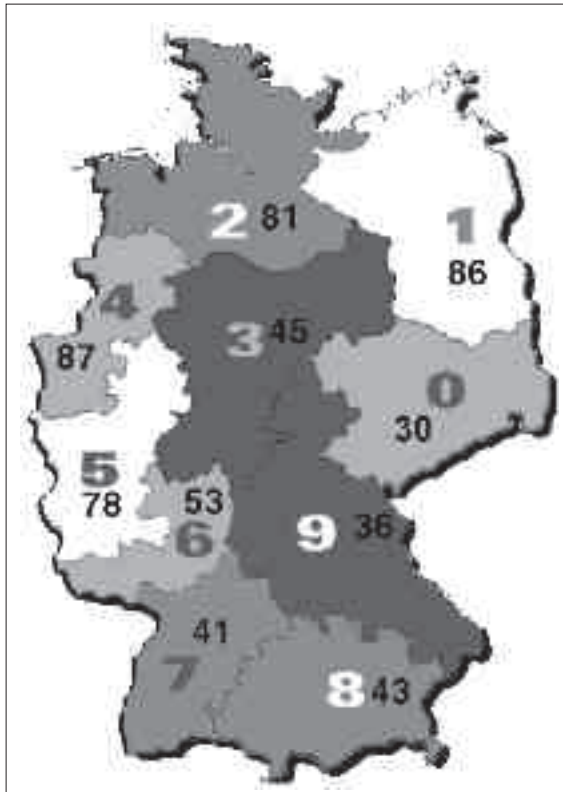


Abb. 1: Verschickte Fragebogen nach Postleitzahlengebieten (grobe Differenzierung)

Im Rahmen der Recherche wurden also 580 Einrichtungen ermittelt, die angaben, ein psychosoziales Beratungsangebot für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern bereitzuhalten. An alle diese Anlaufstellen wurden Fragebogen verschickt. Über das Angebot von 288 Einrichtungen können wir Auskunft erteilen. Dies übersteigt deutlich die bisher vorhandenen Listen, beispielsweise der GAIMH, die 133 Adressen umfasst, und bei der keine Informationen über die Einrichtungen vorliegen, da sich jeder auf diese Liste setzen lassen kann.

## 3.2

## Stufe B: Qualitätsanalyse der Versorgungsangebote

### 3.2.1 Strukturqualität

Die Strukturqualität bezieht sich gemäß Herzog und Stein (2000) auf die im Zeitablauf relativ konstanten Charakteristika eines Leistungserbringers (in unserem Falle private Praxen, Beratungsstellen, Kliniken u.Ä.), der ihm zur Verfügung stehenden Mittel und Ressourcen und der physischen und organisatorischen Arbeitsumgebung. Dazu zählen persönliche, materielle, organisatorische und systemische Elemente, die wir im Folgenden – auf die Versorgungsangebote der Expertise bezogen – differenziert beschreiben werden.

#### 3.2.1.1 Organisatorische/systemische Merkmale

Zu den organisatorischen und systemischen Merkmalen gehören die institutionellen Merkmale der Leistungserbringer, der Abrechnungsmodus, der Rahmen, in dem die Frühintervention stattfindet, und die Merkmale der Zielgruppe.

#### Art der Einrichtung

Es wird im Folgenden unterschieden, ob es sich bei den Leistungserbringern um institutionelle Einrichtungen (zum Beispiel ein Sozialpädiatrisches Zentrum [SPZ]) oder eine private Praxis (zum Beispiel eine niedergelassene Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin bzw. ein niedergelassener Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut) handelt. Von den 288 ausgewerteten Fragebogen stammen 90 von Niedergelassenen, während die restlichen Frühinterventionserbringer in einen institutionellen Rahmen eingebettet sind.

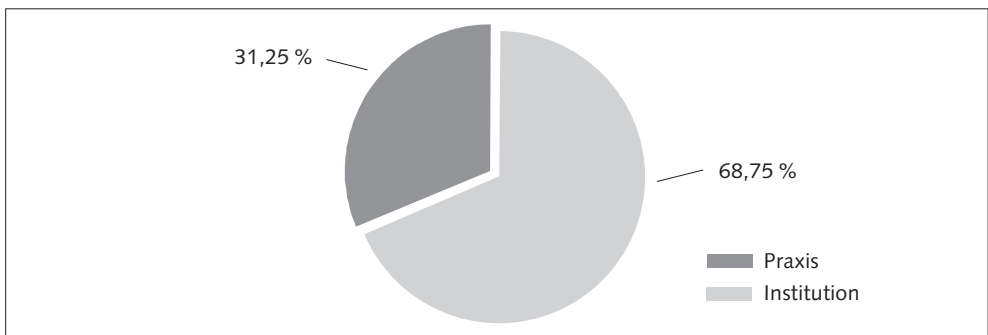


Abb. 2: Art der Einrichtung



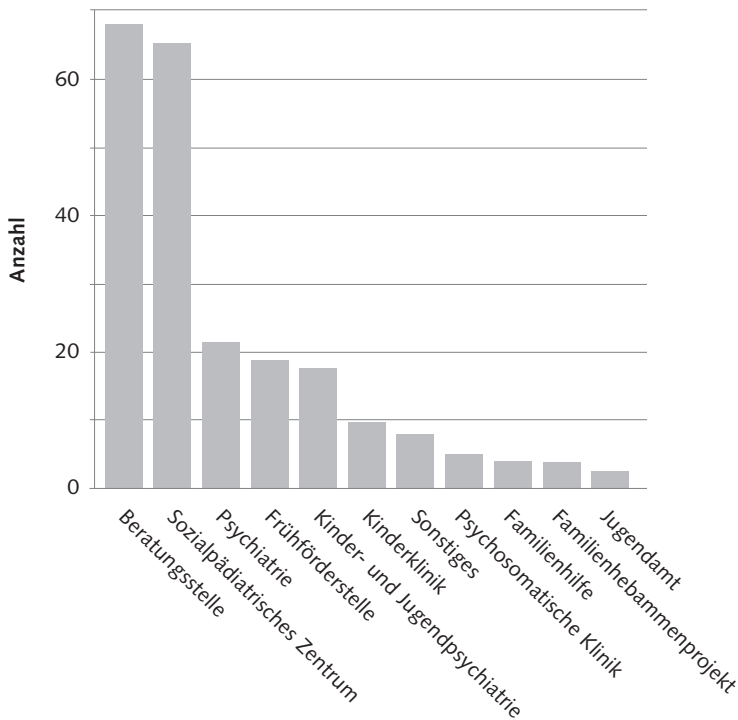


Abb. 3: Vorkommen verschiedener ambulant arbeitender Gesamteinrichtungen

### Gesamteinrichtung

Bei denjenigen Leistungserbringern, die in Institutionen eingebettet sind, wurde erfragt, um welche Art von Gesamteinrichtung es sich handelt. Dabei kann eine Gesamteinrichtung gleichzeitig ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung anbieten, sodass die Zahl der Nennungen diejenige der Leistungserbringer übersteigt. Ein Beispiel hierfür wäre eine Eltern-Säuglings-Sprechstunde, die eines unter mehreren Angeboten eines Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) darstellt (ambulant), das wiederum Teil einer Kinderklinik (stationär) ist.

Am häufigsten sind im ambulanten Setting Beratungsstellen (35 %) und Sozialpädiatrische Zentren (33 %). Unter die Kategorie „Sonstiges“ fallen beispielsweise Nachbarschaftsheimen, Elternschulen und Stadtteilzentren, die eine individuelle Beratung anbieten.

Im teilstationären Bereich machen die psychiatrischen Einrichtungen mit 43 % den größten Anteil aus. Hier werden Mütter mit postpartalen psychischen Störungen gemein-

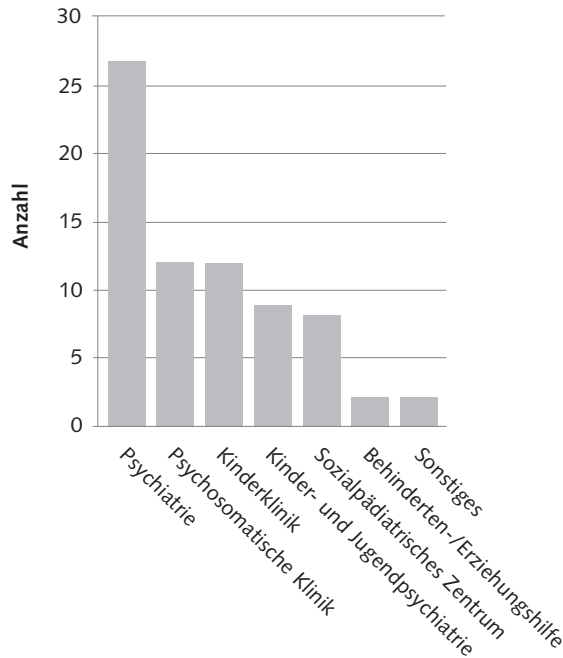


Abb. 4: Vorkommen verschiedener stationär arbeitender Gesamteinrichtungen

sam mit ihren Kindern behandelt, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf die Interaktion von Mutter und Säugling/Kleinkind gelegt wird, da die Regulation häufig ebenfalls gestört ist. Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken (26 %) und Kinderkliniken (21 %), an denen ein Frühinterventionsangebot angesiedelt ist, haben ebenfalls häufig einen teilstationären Bereich.

Auch im stationären Bereich sind psychiatrische Einrichtungen deutlich vorherrschend. Dies liegt vermutlich daran, dass es bisher kaum teilstationäre und stationäre Behandlungsmöglichkeiten bei frühkindlichen Regulationsstörungen für den Säugling als Indexpatienten gibt. Daher sind sowohl teilstationäre als auch stationäre Angebote meist Behandlungen der Mütter mit psychischen Erkrankungen und im Bereich der Psychiatrie angesiedelt. Psychiatrische Einrichtungen machen im stationären Bereich einen Anteil von 46 % aus, psychosomatische Kliniken 21 %, Kinderkliniken 20 %. Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken bilden 16 % der stationären Gesamteinrichtungen, an denen es ein Frühinterventionsangebot gibt.

## Einwohner im Einzugsgebiet

Eine weitere Frage zur Erfassung der Strukturqualität zielte auf die Anzahl der Einwohner im Einzugsgebiet.

Hier zeigte sich, dass Institutionen tendenziell größere Einzugsgebiete haben beziehungsweise mehr Einwohner erreichen. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass ein Leistungserbringer sehr viele Personen versorgen muss, da das Netz im Frühinterventionsbereich noch nicht besonders dicht ist, worauf in Kapitel 3.3.1 näher eingegangen werden wird.

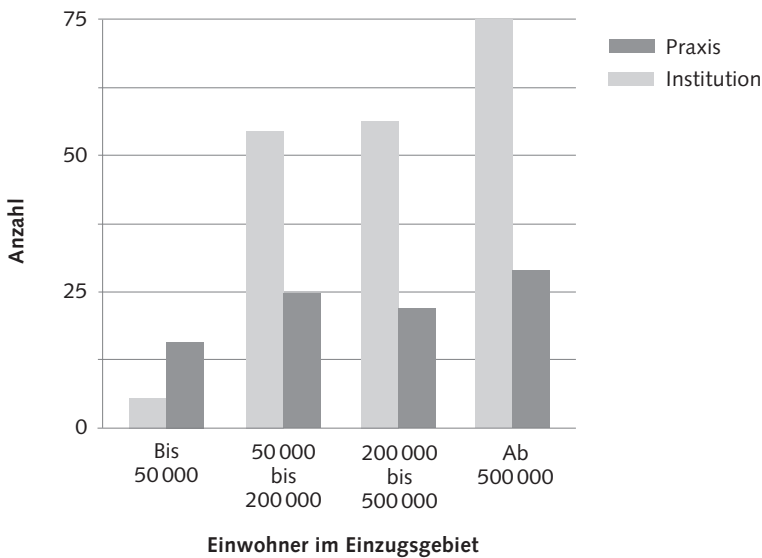


Abb. 5: Häufigkeit verschieden großer Einzugsgebiete bei Institutionen und Praxen

## Struktur der Inanspruchnahme-Klientel und des Settings

An wen richten sich die Frühinterventionsangebote? 30 Leistungserbringer richten sich an die Mutter als Indexpatienten. Hierbei handelt es sich wie oben bereits erwähnt vor allem um Mutter-Kind-Einheiten für Mütter mit psychischen Erkrankungen, wobei Bedingung für die Aufnahme in die vorliegende Erhebung war, dass auch die Beziehung zum Säugling/Kleinkind Gegenstand der Behandlung ist. Bei den restlichen 258 Behandlungsangeboten ist der Säugling oder das Kleinkind der Indexpatient, wobei auch hier Bedingung war, dass die Eltern-Kind-Beziehung und die Interaktion berücksichtigt werden.

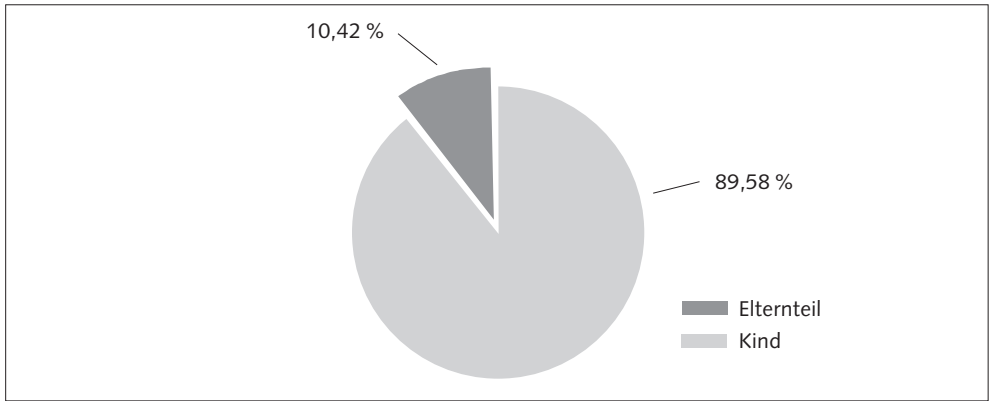


Abb. 6: Indexpatientinnen und -patienten

Auch wenn es immer einen Indexpatienten gibt, unterscheiden sich die Leistungserbringer darin, inwieweit die ganze Familie in die Behandlung einbezogen wird.

Sowohl in Institutionen als auch in Praxen wird bei der überwiegenden Mehrheit der Beratungen die Familie als Ganzes angesprochen. Betrachtet man das Verhältnis von

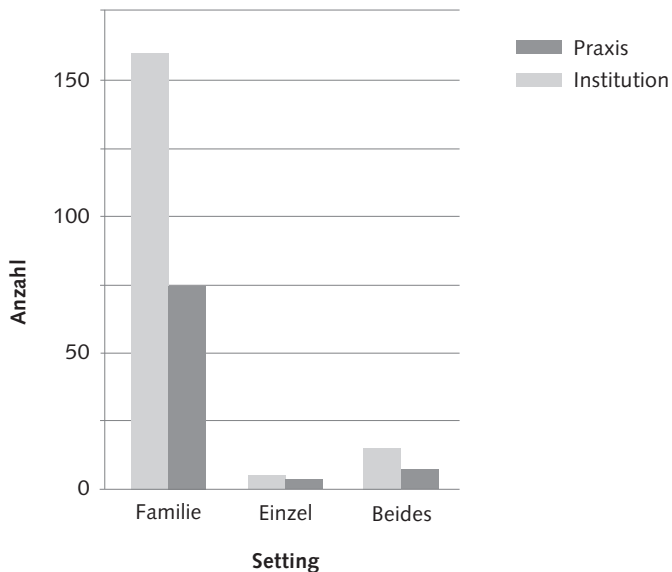


Abb. 7: Einbeziehung der Familie in die Behandlung

Institutionen und Praxen getrennt für die einzelnen Settings, wird deutlich, dass Niedergelassene häufiger den Säugling/das Kleinkind einzeln behandeln beziehungsweise die Eltern nur minimal in die Behandlung mit einbeziehen.

### Gesetzliche Auflagen

Im Unterschied zu anderen Therapie- und Beratungsformen sind gesetzliche Auflagen für die Durchführung einer Therapie im Bereich der frühen Kindheit äußerst selten. Bei der Mehrheit der Leistungserbringer kommen solche Auflagen „nie“ vor, bei knapp 20 % „manchmal“ und nur bei sehr wenigen Institutionen „meistens“. Wenn gesetzliche Auflagen vorliegen, findet die Behandlung so gut wie immer in einer institutionellen Einrichtung statt.

Die gesetzlichen Auflagen beziehen sich zu 81 % auf Kindeswohlfragen. In 6 % der Fälle führt die Einrichtung neben der Frühintervention auch die gesetzlich verankerte Schwangerschaftskonfliktberatung durch. Das Psych KG (7 %) trifft vermutlich vor allem auf stationäre psychiatrische Behandlungen zu, wo beispielsweise Mütter mit postpartalen Psychosen zum eigenen Schutz und dem ihres Kindes gesetzlich zu einer Maßnahme verpflichtet werden. Strafrechtliche Auflagen bilden 6 % der gesetzlichen Auflagen und kommen im Frühinterventionsbereich extrem selten vor.

### Abrechnungsmodus

Der Abrechnungsmodus für Frühinterventionen unterscheidet sich deutlich in institutionellen Einrichtungen und privaten Praxen.

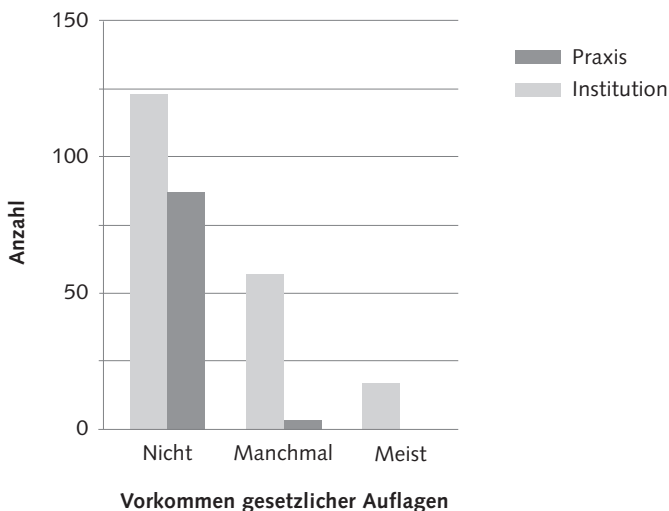


Abb. 8: Behandlung/Beratung aufgrund gesetzlicher Auflagen

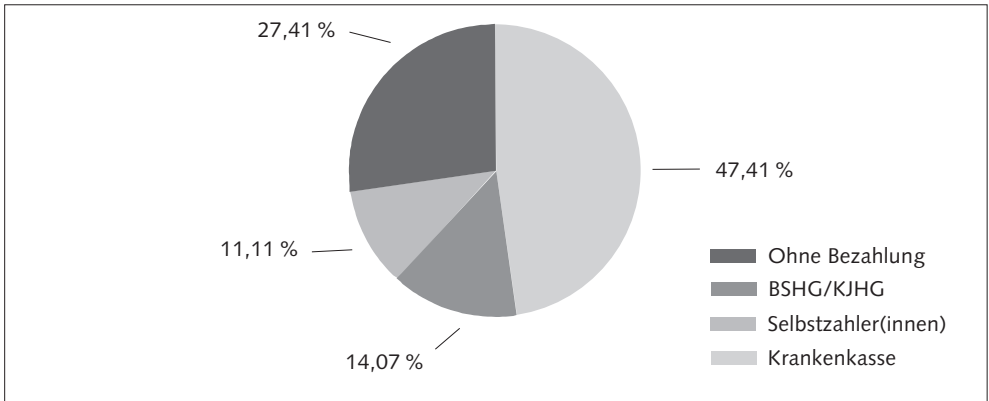


Abb. 9: Abrechnungsmodi in Institutionen

Nahezu die Hälfte aller Eltern-Säuglings-Beratungen oder anderer Arten der Frühintervention, die in eine institutionelle Einrichtung eingebettet sind, erfolgen mit der finanziellen Unterstützung der Krankenkassen. 14 % werden über das Bundessozialhilfegesetz oder das Kinder- und Jugendhilfegesetz abgerechnet. Mehr als ein Viertel der Einrichtungen können ohne eine Abrechnung pro Klientin bzw. Klient arbeiten, da sie beispielsweise über Projektgelder von Stiftungen finanziert werden. Und nur in 11 % der Fälle müssen die Eltern die Behandlungskosten selbst tragen. Dies ist ausschließlich in Beratungsstellen der Fall.

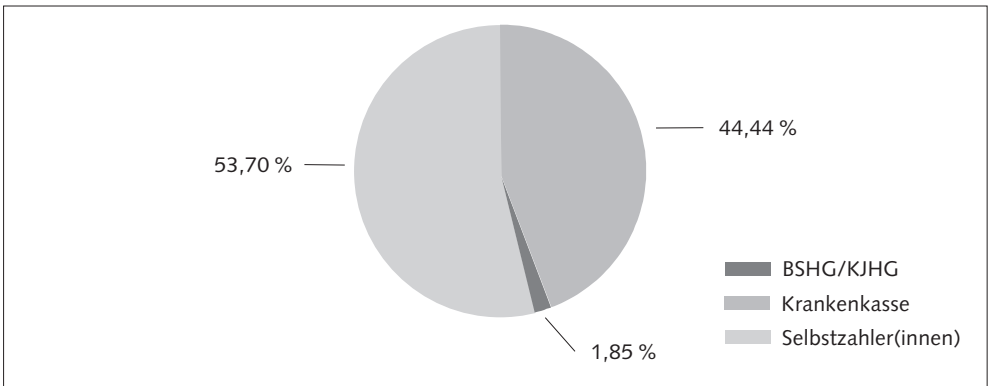


Abb. 10: Abrechnungsmodi in Praxen

Ähnlich wie im institutionellen Bereich können auch nahezu die Hälfte der Niedergelassenen Frühinterventionsmaßnahmen auf Krankenkasse abrechnen. Anders sieht es jedoch mit der finanziellen Unterstützung aufgrund von Gesetzesgrundlagen und durch Stiftungsgelder aus: Hier erhalten die freien Praxen so gut wie keine finanzielle Unterstützung. Daher müssen bei über der Hälfte aller Niedergelassenen die Eltern selbst für die Behandlung aufkommen.

### Internetpräsenz

158 der Institutionen sind mit ihrem Frühinterventionsangebot im Internet vertreten, was einem Anteil von 80 % entspricht. Bei den freien Praxen verfügen immerhin 44 (50 %) über eine Internetpräsenz.

### Wie lange besteht das Frühinterventionsangebot?

Auf diese Frage sind vor allem die Antworten institutioneller Einrichtungen nicht ganz eindeutig. Einige bezogen sich wie intendiert tatsächlich auf das psychosoziale Angebot im Bereich der frühen Kindheit, andere vermutlich eher auf das Bestehen ihrer Einrichtung insgesamt. So mag beispielsweise ein Sozialpädiatrisches Zentrum bereits seit 1980 bestehen, die Eltern-Säuglings-Sprechstunde jedoch erst 2002 eingerichtet worden sein.

Ein Großteil der Frühinterventionsangebote ist nach 1995 entstanden. Die privaten Praxen bestehen mehrheitlich erst seit maximal sechs Jahren. Die meisten institutionellen

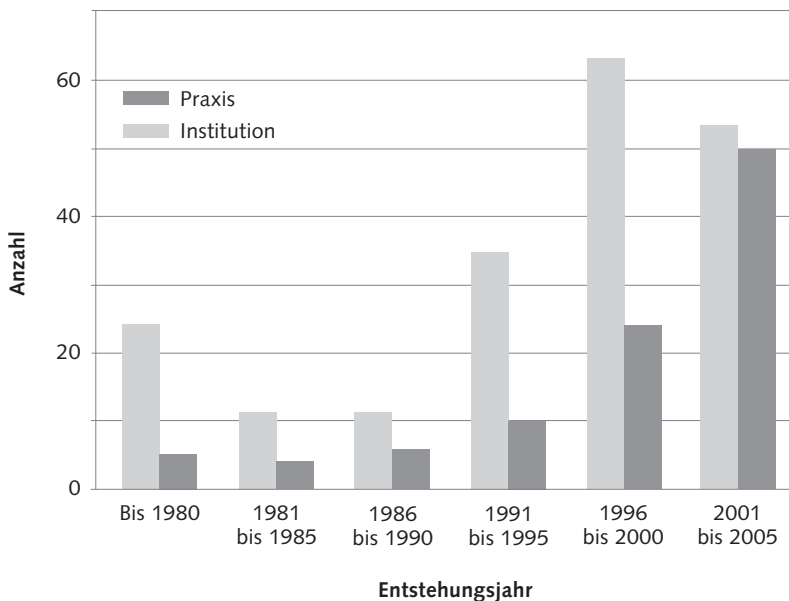


Abb. 11: Entstehung von Frühinterventionsangeboten

		Einrichtung			
		Institution		Praxis	
		Häufigkeit	in %	Häufigkeit	in %
<b>Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter</b>	1	22	11,4	60	71,4
	2 bis 5	72	37,3	16	19,0
	6 bis 10	52	26,9	7	8,3
	11 bis 20	31	16,1	1	1,2
	über 20	16	8,3	–	–

Tab. 1: Prozentuale Anteile der Kategorien für die Anzahl an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Leistungserbringer sind im Zeitraum von 1996 bis 2000 entstanden. Einen deutlichen Anstieg in der Gründung institutioneller Frühinterventionseinrichtungen gibt es seit 1991, während die Gründung privater Praxen im Frühinterventionsbereich erst ab 1996 deutlich zunahm.

### Anzahl an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

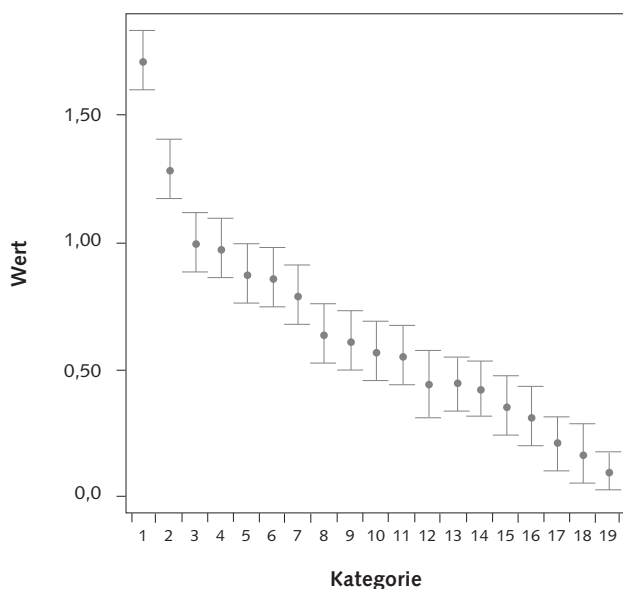
Einen Großteil der Niedergelassenen machen Praxen von einer Person aus, während in institutionellen Frühinterventionseinrichtungen am häufigsten zwischen zwei und fünf, in immerhin 27 % der Fälle sogar sechs bis zehn Personen tätig sind.

## 3.2.1.2 Planungsqualität

### Vernetzung

Das Fehlerbalkendiagramm zeigt die Häufigkeit (Mittelwert, 95 %-CI) und Verteilung der Empfehlungen/Überweisungen an die jeweiligen Leistungserbringer der Gesamtgruppe. Insgesamt erfolgen die Zuweisungen breit gestreut über die verschiedensten Stellen. Deutlich am häufigsten und auch erwartungsgemäß erfolgt die Überweisung durch den niedergelassenen Kinderarzt bzw. die niedergelassene Kinderärztin, interessanterweise gefolgt von Empfehlungen durch Familie, Freunde/Freundinnen und Bekannte. Seltener (Wertebereich „1“) werden die Familien zum Beispiel vom Hausarzt bzw. einer Hausärztin, einer Beratungsstelle, Hebamme, der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Kinderklinik an die Leistungserbringer vermittelt. Die übrigen Überweisungswege sind sehr spezifisch und entsprechend selten vorzufinden. Abbildung 12 unterscheidet nicht zwischen privaten Praxen und institutionellen Einrichtungen. Generell ergibt sich ein ähnliches differenziertes Befundmuster mit leicht geringeren Häufigkeiten bei den Praxen. Die Ausnahmen bilden dabei die Empfehlung durch Hebammen und durch Freunde/Freundinnen bzw. Bekannte, die daher nochmals in separaten Abbildungen illustriert werden sollen.





- 1 Empfehlung/Überweisung durch Kinderarzt/-ärztin
- 2 Empfehlung durch Familie, Freunde/Freundinnen, Bekannte
- 3 Empfehlung durch Hebamme
- 4 Empfehlung durch anderen Arzt/andere Ärztin
- 5 Empfehlung durch Beratungsstelle
- 6 Empfehlung durch Jugendamt
- 7 Empfehlung durch Kinderklinik
- 8 Empfehlung durch Physio-/Ergotherapeut(in)/Logopäde/Logopädin
- 9 Empfehlung durch Frühförderstelle
- 10 Empfehlung durch Sozialpädiatrisches Zentrum
- 11 Empfehlung durch Familienhilfe
- 12 Empfehlung durch Sonstige
- 13 Empfehlung durch stationäre Erziehungshilfe
- 14 Empfehlung durch Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 15 Empfehlung durch Allgemeinkrankenhaus
- 16 Empfehlung durch psychiatrisches Krankenhaus
- 17 Empfehlung durch Psychosomatik
- 18 Empfehlung durch Behindertenhilfe
- 19 Empfehlung durch Arbeitgeber/Arbeitgeberinnen

Abb. 12: Empfehlungs- und Überweisungswege. Die Fehlerbalken zeigen das 95%-Konfidenzintervall des Mittelwertes. Wertebereich: 0 = nie; 1 = selten; 2 = oft; 3 = fast nur

In der Zeit unmittelbar vor und nach der Geburt sind es die Hebammen, die Gynäkologen und Gynäkologinnen, das Team auf der Entbindungsstation und die Kinderärzte bzw. -ärztinnen, die im Kontakt mit (werdenden) Eltern stehen und zum Beispiel auto-regulatorische Schwierigkeiten beim Kind frühzeitig erkennen und entsprechende Hilfsmaßnahmen anbieten oder vermitteln können. Interessanterweise empfehlen die Heb-

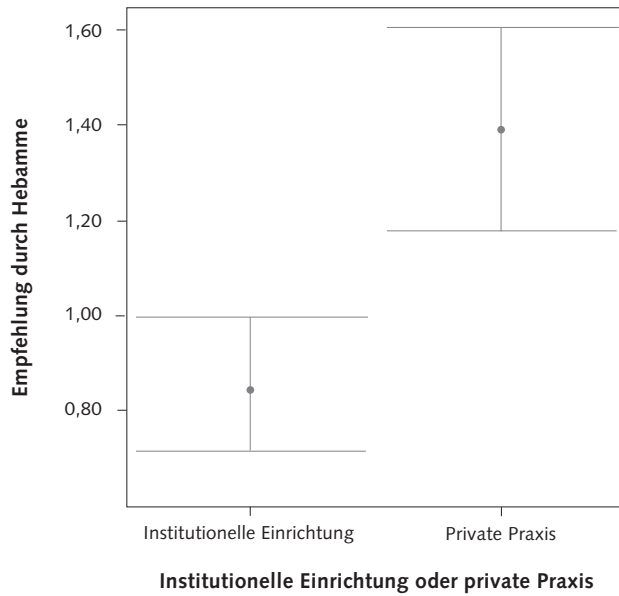


Abb. 13: Empfehlung durch Hebamme an Institution oder Praxis. Die Fehlerbalken zeigen das 95%-Konfidenzintervall des Mittelwertes. Wertebereich: 0 = nie; 1 = selten; 2 = oft; 3 = fast nur

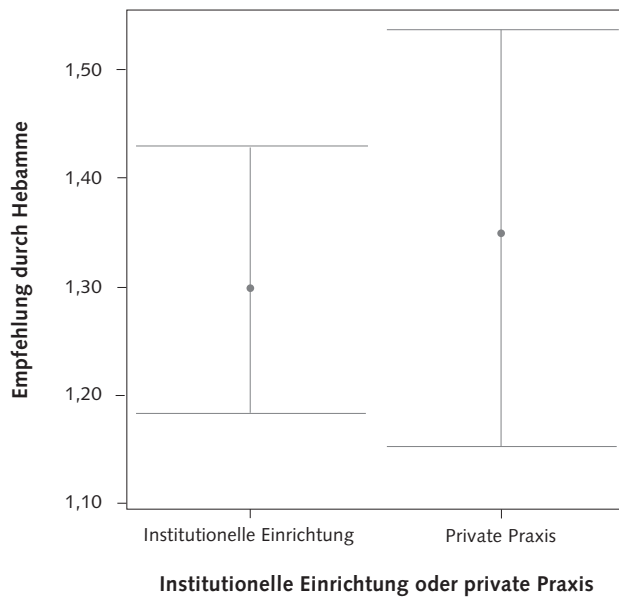


Abb. 14: Empfehlung durch Freunde bzw. Freundinnen/Bekannte an Institution oder Praxis. Die Fehlerbalken zeigen das 95%-Konfidenzintervall des Mittelwertes. Wertebereich: 0 = nie; 1 = selten; 2 = oft; 3 = fast nur

ammen eher die Konsultation einer privaten Praxis und sehr viel seltener die einer institutionellen Einrichtung. Dieser Befund könnte für eine differenzielle Indikationsstellung seitens der Hebammen sprechen und illustriert darüber hinaus, dass die freien Praxen über eine tragfähige Vernetzungsstruktur verfügen.

Interessanterweise finden sich in der Häufigkeit der Empfehlungen durch Familie, Freunde/Freundinnen und Bekannte keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen institutionellen Einrichtungen und privaten Praxen, allerdings findet sich bei den Praxen eine ausgeprägtere Varianz (vgl. Abbildung 14). Nach der kinderärztlichen Überweisung ist dieser Zugangsweg sehr wichtig, obwohl er in der Gesamtstichprobe zwischen „selten“ und „oft“ vorkommt. Institutionen und Praxen scheinen also einen ähnlichen Bekanntheitsgrad im nichtprofessionellen Umfeld aufzuweisen.

### Kooperation

Die Kooperation beschreibt das Ausmaß der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit anderen Institutionen oder Einzelpersonen. Das Fehlerbalkendiagramm in Abbildung 15 (siehe Seite 42) zeigt die Häufigkeit (Mittelwert, 95 %-CI) und Verteilung der Kooperation der befragten Leistungserbringer.

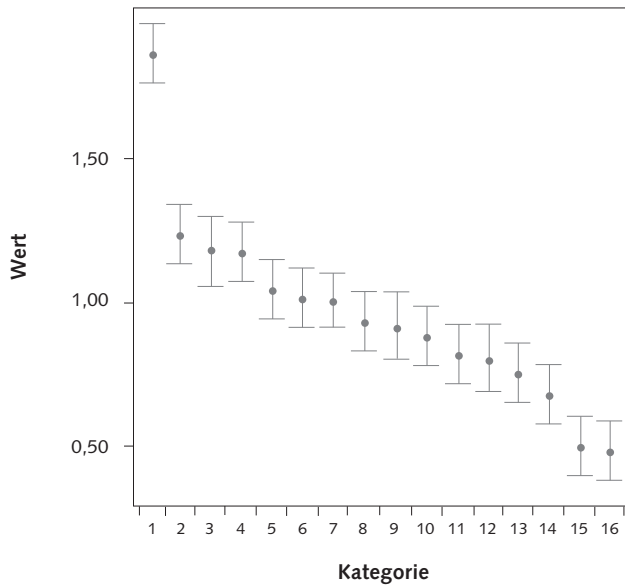
Erwartungsgemäß weisen die niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzte die stärkste Zusammenarbeit über die Gesamtgruppe hinweg auf. Auch Hebammen/Stillberaterinnen, das Jugendamt sowie die Kinderklinik sind häufiger in die Behandlung/Beratung involviert. Darüber hinaus verdeutlicht die Verteilung, dass sämtliche im Dokumentationssystem vorkommenden Kooperationskontexte (wenn auch nur „selten“ und sicherlich einzelfallabhängig) genutzt werden. Die Zusammenarbeit mit der Erwachsenenpsychiatrie und leider auch mit den aus präventiver Sicht sicherlich sehr wichtigen Elternschulen findet hingegen fast nie statt. Wie auch beim Zuweisungskontext findet sich eine ähnliche Verteilung der Kooperation von befragten Institutionen und privaten Praxen. Die Häufigkeit der Zusammenarbeit mit anderen ist bei den Institutionen allerdings etwas stärker ausgeprägt. Wieder sind es die Hebammen, bei denen dieser Befund sich für die freien Praxen gegenläufig darstellt: die Praxen kooperieren häufiger mit den Hebammen als die Institutionen.

#### 3.2.1.3 Mitwirkende

Dieser Aspekt der Strukturqualität beschäftigt sich mit der Ausbildung, der fachlichen Qualifikation und einigen soziodemografischen Daten des Personals.

#### Berufsgruppen der Beraterinnen/Berater bzw. Therapeutinnen/Therapeuten

Den größten Anteil an Beschäftigten in institutionellen Frühinterventionseinrichtungen machen Ärzte und Ärztinnen, Psychologen und Psychologinnen bzw. Krankenpfleger und -schwestern aus. Mit jeweils knapp 10 % sind die Berufsgruppen Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie Physiotherapeutinnen und -therapeuten vertreten. Bei den Niederge-



- 1 Kooperation niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
- 2 Kooperation Jugendamt
- 3 Kooperation Hebammen/Stillberaterinnen
- 4 Kooperation Kinderklinik
- 5 Kooperation Physiotherapeutinnen und -therapeuten
- 6 Kooperation Frühförderstellen
- 7 Kooperation Erziehungsberatungsstellen
- 8 Kooperation Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- 9 Kooperation Ergotherapeutinnen und -therapeuten
- 10 Kooperation Sozialpädiatrisches Zentrum
- 11 Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 12 Kooperation Logopädinnen und Logopäden
- 13 Kooperation Erwachsenen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- 14 Kooperation Peking-Gruppen
- 15 Kooperation Elternschulen
- 16 Kooperation Erwachsenenpsychiatrie

Abb. 15: Kooperationsstrukturen. Die Fehlerbalken zeigen das 95%-Konfidenzintervall des Mittelwertes. Wertebereich: 0 = nie; 1 = selten; 2 = oft; 3 = fast nur

lassen sind die häufigsten Berufsgruppen Psychologen und Psychologinnen, Sozialpädagogen und -pädagoginnen sowie Physiotherapeuten und -therapeutinnen, die jeweils ca. 15 % ausmachen. Entgegen den Erwartungen sind Hebammen in der psychosozialen Frühintervention in freien Praxen mit nur 7 % vertreten und in Institutionen beläuft sich ihr Anteil sogar nur auf 3 %.

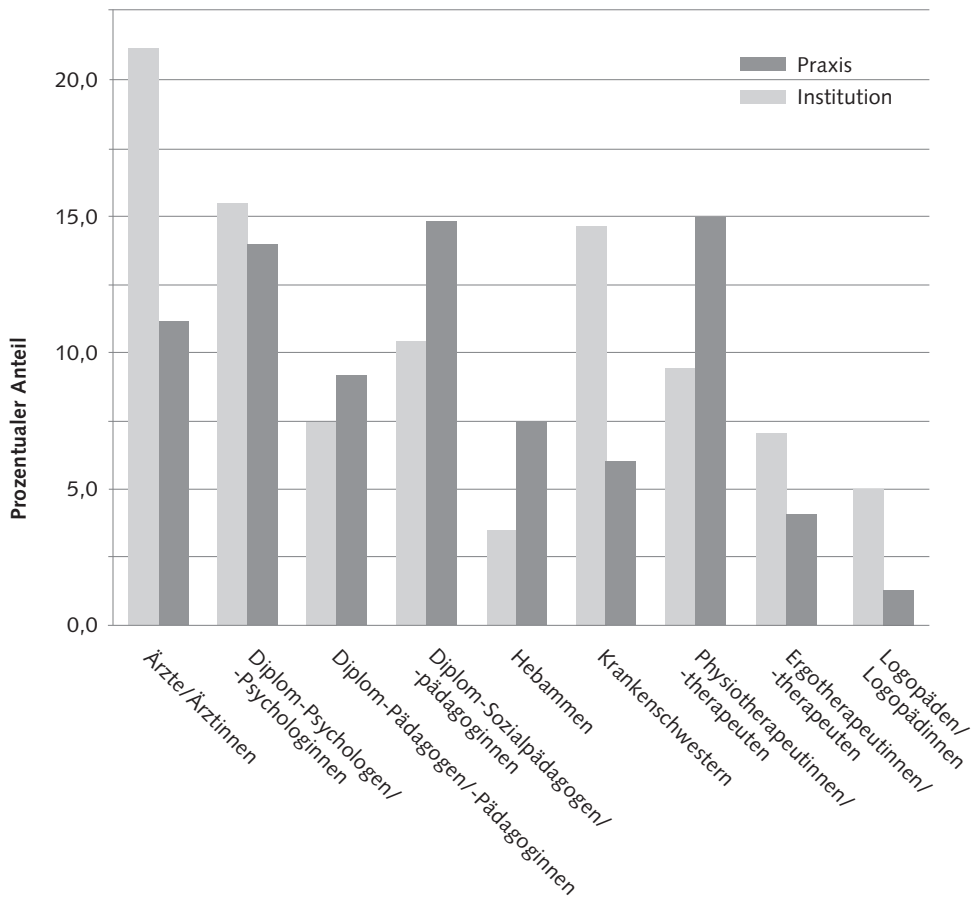


Abb. 16: Prozentuale Anteile verschiedener Berufsgruppen der Leistungserbringer

Ergänzend zu den Berufsgruppen aller Behandelnden wurde detaillierter nach dem Beruf und den Zusatzqualifikationen der Person gefragt, die für das Frühinterventionsangebot verantwortlich ist bzw. eine Leitungsfunktion innehat. Hier wurden Mehrfachnennungen zugelassen, sodass dieselbe Person beispielsweise angegeben hat, sie sei Arzt/Ärztin, Facharzt bzw. Fachärztin für Psychiatrie und ärztliche Psychotherapeutin bzw. ärztlicher Psychotherapeut. Dies hat vermutlich dazu beigetragen, dass von den Niedergelassenen die Kategorie Sonstige von 26 % angekreuzt wurde, da diese häufig neben den genannten Berufen noch eine weitere Berufsbezeichnung tragen. In manchen Fällen war jedoch auch der Grundberuf nicht von uns als Option aufgeführt. Häufiger genannt wurden unter der Kategorie „Sonstige Berufe“ beispielsweise: Erzieher/Erzieherin, Heilpädagoge/-pädagogin, Heilpraktiker/-praktikerin, Physiotherapeut/-therapeutin sowie (Kinder-)Krankenschwester/-pfleger.

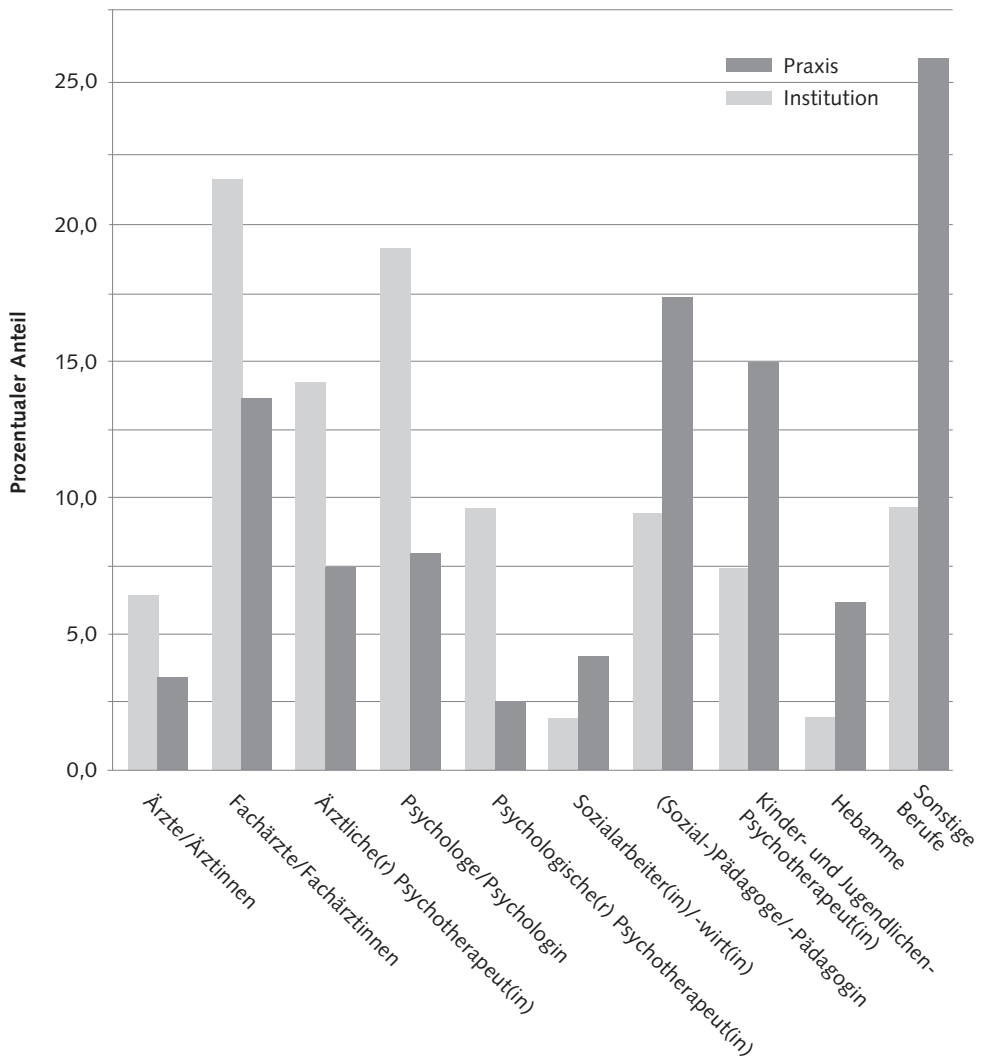


Abb. 17: Prozentuale Anteile verschiedener Berufsgruppen der Leitungspersonen

Institutionelle Leistungserbringer haben am häufigsten Ärzte bzw. Ärztinnen, Fachärzte bzw. -ärztinnen, ärztliche Psychotherapeuten bzw. -therapeutinnen, Psychologen bzw. Psychologinnen und psychologische Psychotherapeuten bzw. -therapeutinnen als Verantwortliche für den Frühinterventionsbereich. In privaten Praxen sind demgegenüber am häufigsten Sozialpädagogen bzw. -pädagoginnen und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten bzw. -therapeutinnen vertreten.

## Zusatzqualifikationen

Die Verantwortlichen für den Frühinterventionsbereich wurden neben allgemeinen therapeutischen Ausbildungen auch nach ihren Zusatzqualifikationen im Bereich frühe Kindheit befragt. 45 Personen haben sich ein bis drei Jahre lang in Eltern-Säuglings-Beratung oder ähnlichen Frühinterventionsmaßnahmen weiterbilden lassen. Weitere 37 Behandelnde waren vier bis sechs Jahre in Weiterbildungen. Bei den restlichen 40 % der Leitungspersonen von Frühinterventionseinrichtungen betrug die Gesamtdauer der Zusatzqualifikationen sogar mehr als sieben Jahre.

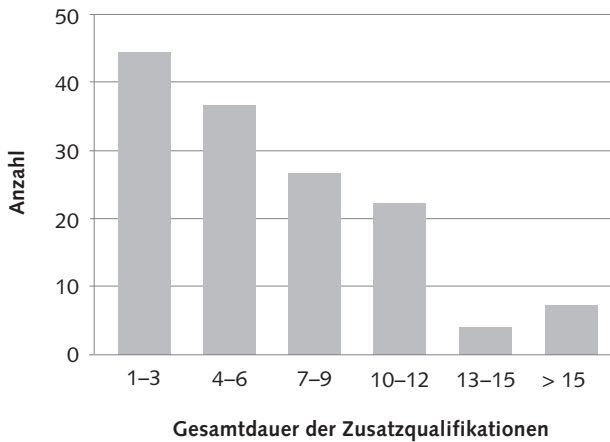


Abb. 18: Dauer der Zusatzqualifikationen in Jahren

Des Weiteren wurde gefragt, welche Art von Zusatzqualifikationen die Fachkräfte belegt haben, von denen sie annehmen, dass sie sie für die Behandlung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern besonders qualifizieren.

Betrachtet man die verschiedenen Arten von Zusatzqualifikationen, so wird deutlich, dass den größten Anteil mit 39 % die Münchner Weiterbildung zur Qualifikation in der Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie unter der Leitung von Prof. Dr. Mechthild Papoušek ausmacht. Den zweitgrößten Anteil bilden paar- und familientherapeutische Weiterbildungen, dicht gefolgt von körperpsychotherapeutischen Verfahren mit 14 %. Zu dieser Gruppe gehört beispielsweise die Weiterbildung in ressourcenorientierter körpertherapeutischer Krisenbegleitung für Schwangerschaft, Baby- und Kleinkindzeit unter der Leitung von Paula Diederichs. Aus der Reihe der anderen Qualifikationen fällt die Angabe heraus, im Bereich frühe Kindheit forschend tätig (gewe-

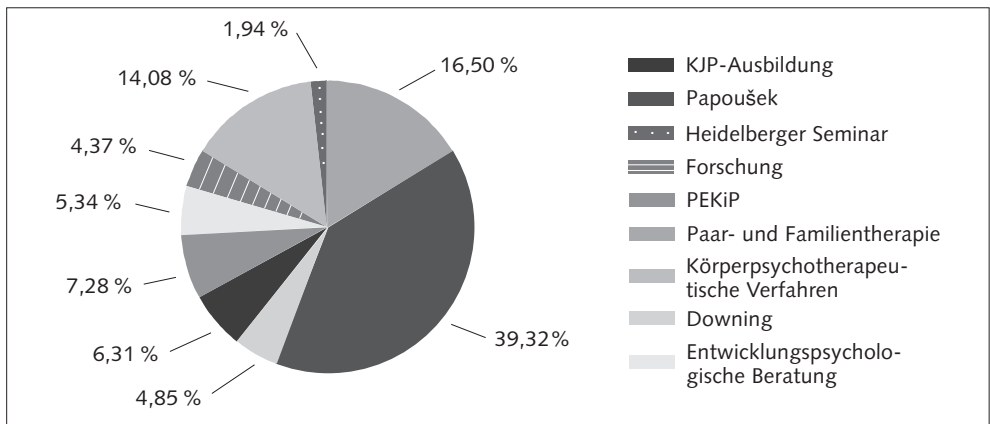


Abb. 19: Prozentuale Anteile verschiedener Zusatzqualifikationen

sen) zu sein, die von 4 % der Befragten gemacht wurde. Weitere genannte Zusatzausbildungen, die jeweils zwischen 2 und 7 % ausmachen, sind:

- Videomikroanalysetherapie nach George Downing,
- Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie,
- Ausbildung zur Gruppenleiterin bzw. zum Gruppenleiter nach dem Prager-Eltern-Kind-Programm PEKiP,
- entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern, eine Weiterbildung durch freie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm,

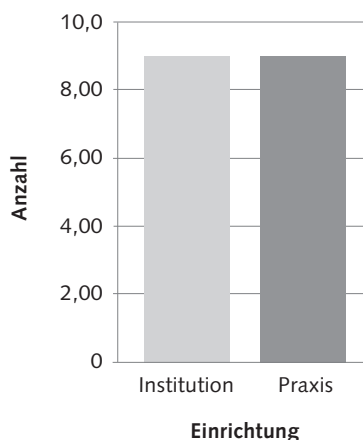


Abb. 20: Berufserfahrung der Leitungspersonen



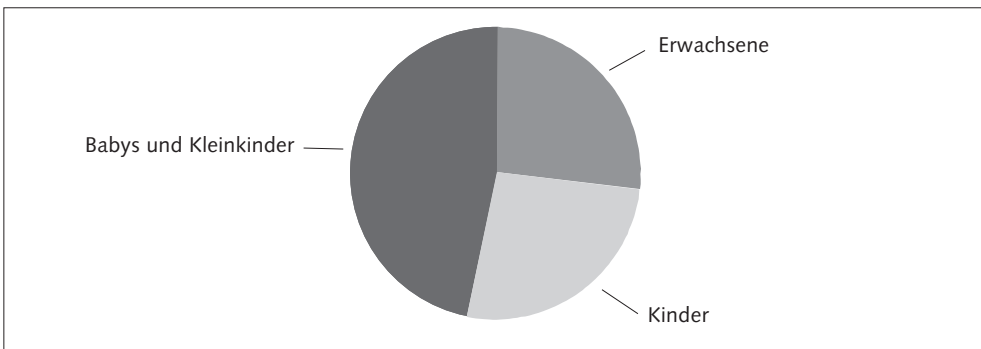


Abb. 21: Zusammensetzung der bisher behandelten Klientinnen und Klienten

- psychodynamisch-interaktionelle Beratung und Psychotherapie für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern unter der Leitung von Manfred Cierpka und Consolata Thiel-Bonney.

### Berufserfahrung

Nach ihrer Berufserfahrung befragt, gaben die Leitungspersonen durchschnittlich an, seit etwa zehn Jahren in Beratung und/oder Psychotherapie tätig zu sein. Hier bestehen keine bedeutenden Unterschiede zwischen Institutionen und Praxen.

Um zu erfahren, welche Vorerfahrungen die Behandelnden mitbringen, wurde erfragt, welchen Anteil jeweils Erwachsene, Kinder und Eltern mit Säuglingen bzw. Kleinkindern an den Klienten und Klientinnen ausmachen, die sie bisher während ihres Berufslebens behandelt haben. Durchschnittlich beschäftigen sich die Behandelnden bereits die Hälfte ihrer beraterischen und therapeutischen Tätigkeitsdauer mit Eltern und Säuglingen. Erwachsene und Kinder machen jeweils etwa ein Viertel der bisher behandelten Patienten und Patientinnen aus, woraus sich schließen lässt, dass sich sowohl Fachkräfte aus dem Erwachsenenbereich als auch aus dem Kinder- und Jugendbereich der frühen Kindheit zuwenden.

## 3.2.2 Prozessqualität

Die Prozessqualität umfasst alle Maßnahmen, die im Laufe des Versorgungsangebots unter Berücksichtigung der jeweils spezifischen Situation ergriffen oder nicht ergriffen worden sind (Herzog und Stein 2000).

## Anmeldegründe

Die Anmeldegründe im Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Bereich sind sehr breit gefächert und reichen von sehr spezifischen Problemlagen beim Kind und/oder bei den Eltern bis hin zu allgemeinen Fragen zum konkreten Umgang mit dem Kind. Abbildung 22 illustriert die Vielzahl der im Dokumentationssystem vorgegebenen Anmeldegründe, die mit der Möglichkeit für Mehrfachnennungen ausgefüllt werden konnten. Dabei kann die Häufigkeit der Gründe mit 0 = „nicht“, 1 = „selten“, 2 = „oft“ und 3 = „(fast) nur“ gewichtet werden. Die in der Abbildung abgetragenen Balken beziehen sich auf die Mittelwerte der Nennungen aller Leistungserbringer.

In der Regel finden sich zwei oder mehr individuelle Anmeldegründe, von denen das häufig zusammen auftretende Schreien und die Ein- und Durchschlafprobleme relativ „oft“ vorkommen, gefolgt von der Überforderung der Eltern und eher allgemeinen Fra-

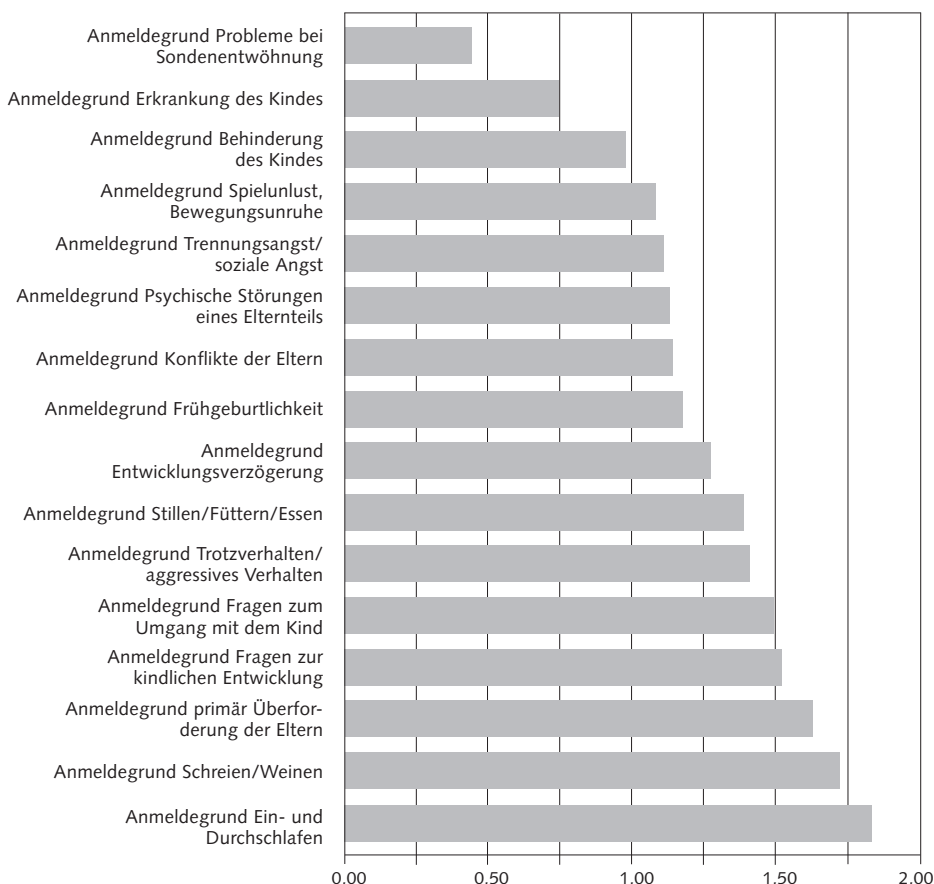


Abb. 22: Anmeldegründe

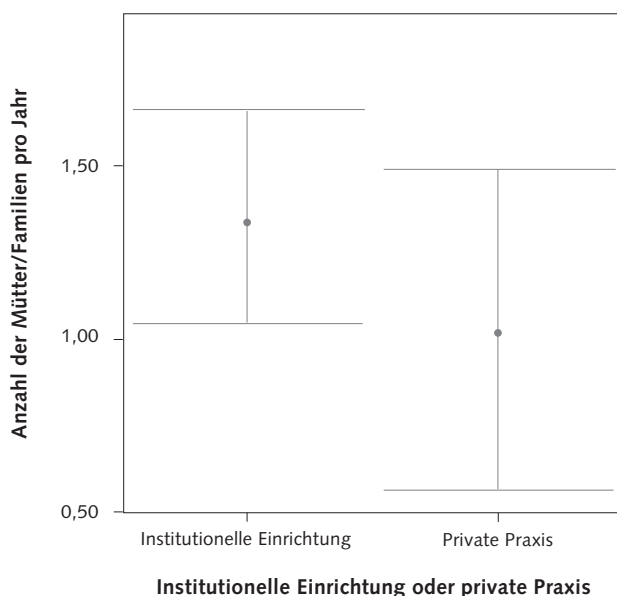


Abb. 23: Anzahl der Behandlungen/Beratungen pro Jahr. Die Fehlerbalken zeigen das 95%-Konfidenzintervall des Mittelwertes. Wertebereich: 0 = nie; 1 = selten; 2 = oft; 3 = fast nur

gen zur kindlichen Entwicklung oder zum konkreten Umgang mit dem Kind. Je spezifischer die Problemstellungen werden, desto seltener werden sie als primärer Anmeldegrund genannt. Es können aber auch recht spezifische Schwierigkeiten (zum Beispiel bei der Sondenentwöhnung) mit Problemen der kindlichen Selbstregulation gekoppelt auftreten.

Entsprechend der größeren Kapazität ist der Jahresdurchlauf in den Institutionen höher als bei den Niedergelassenen. Im Mittel kommt es in den Institutionen zu etwa 140 Behandlungen, in den Praxen zu etwa 100, wobei die Streubreite im privaten Bereich deutlich stärker variiert. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Verläufe in den Institutionen tendenziell länger sind.

In fast der Hälfte der Fälle ist die Behandlung/Beratung innerhalb von fünf Sitzungen abgeschlossen! Etwa 30 % noch in der doppelten Anzahl von bis zu zehn Sitzungen. Längere Verläufe von über 25 Kontakten bzw. Behandlungstagen finden sich vor allem im stationären Bereich oder bei der aufsuchenden Familienarbeit.

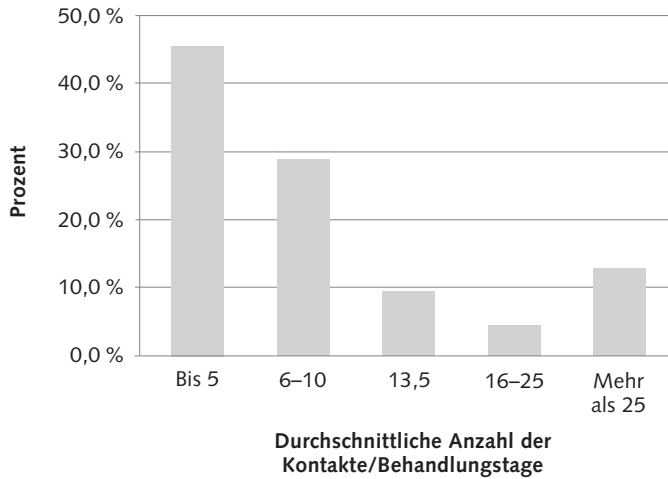


Abb. 24: Anzahl der Kontakte/Behandlungstage pro Fall

### Arbeitsweise

Die Gespräche mit den Eltern und Säuglingen/Kleinkindern werden in 57 % aller Fälle allein, in 17 % zusammen mit einem Co-Therapeuten/Berater bzw. einer Co-Therapeutin/Beraterin, in 15 % mit mehreren Kollegen einer Arbeitsgruppe und in 10% im Rah-

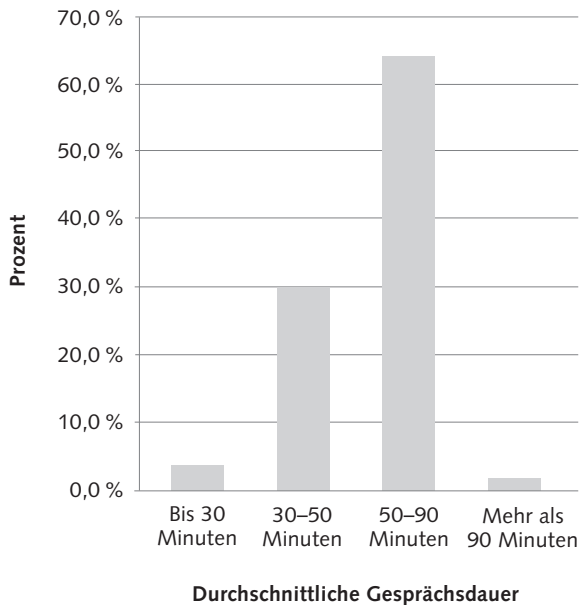


Abb. 25: Durchschnittliche Gesprächsdauer

men aufsuchender Familienarbeit durchgeführt. Inter- bzw. Supervision findet in 81 % der Beratungen/Therapien statt. Die Gespräche werden immerhin in 40 % aller Fälle per Videoaufnahme dokumentiert.

In mehr als 60 % der Fälle dauert ein Gespräch mit der Familie zwischen 50 und 90 Minuten. Nur selten wird mehr Zeit veranschlagt und auch kürzere Kontakte bis zu 30 Minuten finden nur zu etwa 5 % statt. Ein Drittel der Konsultationen dauert zwischen 30 und 50 Minuten (wobei 50 Minuten die Regelzeit beispielsweise im Bereich der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist).

Die täglichen Konsultationen (vor allem stationär) machen nur 10 % der Fälle aus. Mehr als die Hälfte der Konsultationen findet in wöchentlicher Frequenz statt, fast ein Viertel vierzehntägig. Monatliche Abstände bilden eher die Ausnahme, allerdings sind auch mehr als 4 Wochen im Einzelfall mit etwa 13 % keine Seltenheit.

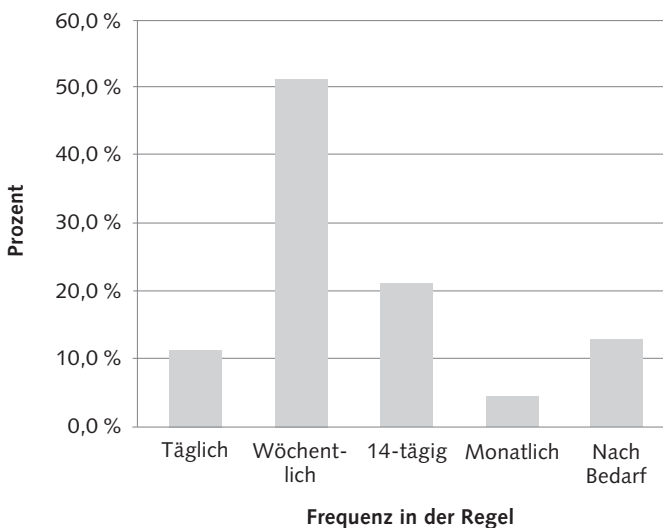


Abb. 26: Konsultationsfrequenz

## Interventionen

Die detaillierte Erfassung der im Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Bereich vorgenommenen Interventionen macht einen erheblichen Teil des Moduls 3 des Dokumentationssystems aus. Auf einer Likert-Skala von 0 = „nicht“, 1 = „selten“, 2 = „oft“ und 3 = „(fast) nur“ konnten insgesamt 56 Items in neun verschiedenen Interventionsbereichen eingeschätzt werden:

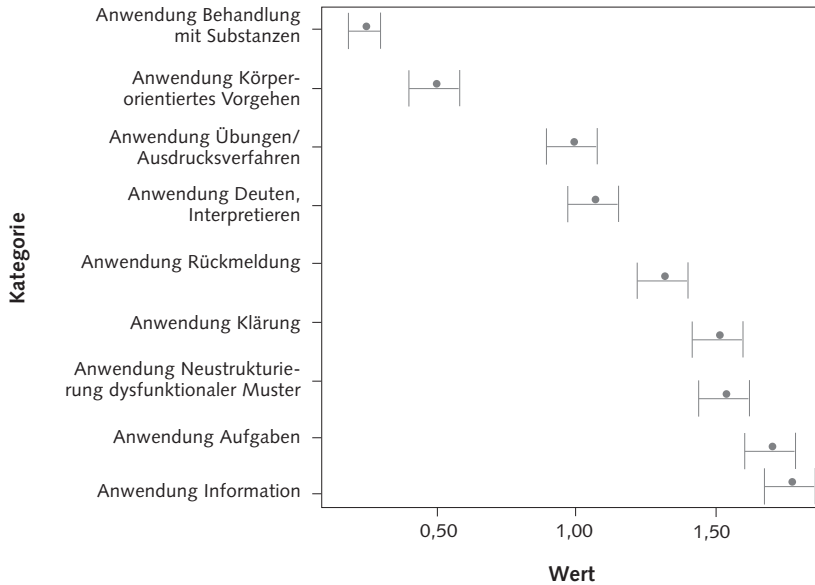


Abb. 27: Häufigkeit der Interventionen in den verschiedenen Anwendungsbereichen

- Bereich 1: Information (3 Items),
- Bereich 2: Klärung (6 Items),
- Bereich 3: Rückmeldung (12 Items),
- Bereich 4: Neustrukturierung dysfunktionaler Handlungs- und Gedankenmuster (5 Items),
- Bereich 5: Deuten, Interpretieren (6 Items),
- Bereich 6: Aufgaben (6 Items),
- Bereich 7: Übungen, Ausdrucksverfahren (5 Items),
- Bereich 8: Körperorientiertes Vorgehen (9 Items),
- Bereich 9: Behandlung mit Substanzen (4 Items).

Die Fehlerbalken zeigen das 95 %-Konfidenzintervall des Mittelwertes. Die medikamentöse Behandlung (des Kindes und/oder der Eltern) spielt insgesamt eine untergeordnete Rolle und findet sich vor allem im psychiatrischen Bereich und entsprechender psychopharmakologischer Medikation eines Elternteils. Körperorientiertes Vorgehen wie Baby-massage, Physiotherapie (Bobath, Vojta u. a.) oder sensorische Integration wird in der Grundgesamtheit weniger als „selten“ angewendet. Auch Musik-, Spiel- oder kreativ-the-rapeutische Ausdrucksformen kommen selten zum Einsatz. Der eindeutige Schwerpunkt liegt bei verbalen Interventionen bei den Eltern und konkreten Handlungsvorschlägen. Durchweg ist die Vermittlung von eher allgemeinen entwicklungsbezogenen Informa-tionen anzutreffen, und zwar unabhängig von der potenziell doch sehr unterschied-

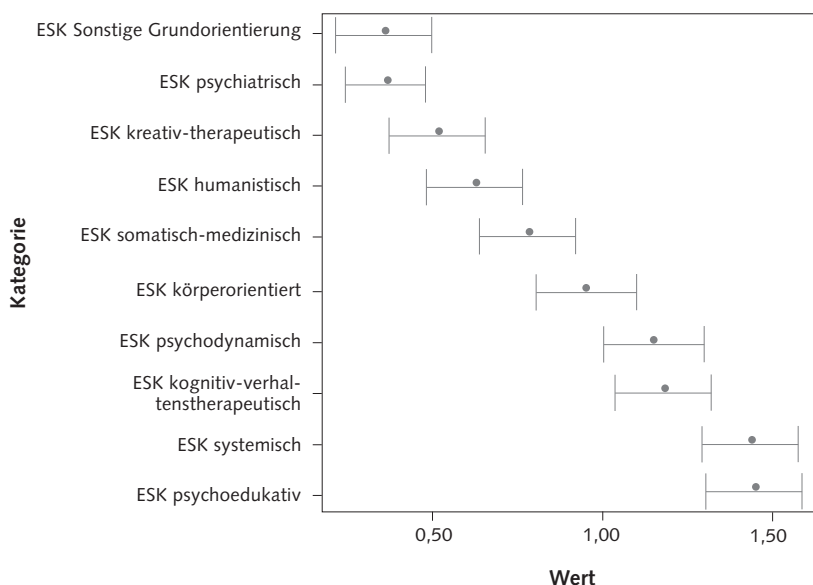


Abb. 28: Therapeutische/beraterische Grundorientierung im Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Bereich (ESK)

lichen Grundorientierung der Leistungserbringer. Auch die Kombination unterschiedlicher Interventionselemente aus verschiedenen Bereichen ist fast durchweg anzutreffen. So geben beispielsweise körperorientierte Behandelnde auch entwicklungsbezogene Informationen, oder psychodynamisch orientierte Behandlerinnen und Behandler führen (auch) Einschlafrituale ein.

Abbildung 28 zeigt die Verteilung der therapeutischen/beraterischen Grundorientierung im Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Bereich (ESK). Die Fehlerbalken zeigen das 95 %-Konfidenzintervall der jeweiligen Mittelwerte, entsprechend der bekannten Ausprägung von null bis drei bei Mehrfachnennungsmöglichkeiten. Es überwiegt in der Regel eine Mischung aus verschiedenen therapeutischen/beraterischen Konzeptionen mit Schwerpunkten im systemischen und psychoedukativen Bereich. Etwa in gleichem Maße finden sich kognitiv-verhaltenstherapeutische, psychodynamische, körper- und somatisch orientierte Konzepte.

Dieses Ergebnis illustriert nicht nur die Diversivität der Herangehensweisen, sondern auch die multiplen Veränderungskonzepte, die im Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Bereich einzelfallbezogen zum Einsatz kommen und ein hohes Maß an spezifischen Qualifikationen benötigen. Betrachtet man die Grundorientierungen jenseits der Mittelwerte und bezieht sich ausschließlich auf die Nennungen „(fast) nur“, so ergibt sich folgende Verteilung: 1. systemisch (16 %), 2. psychoedukativ (12 %), 3. psychodynamisch (11 %),

4. körperorientiert (9 %), 5. Sonstige (8 %), 6. kognitiv-verhaltenstherapeutisch (6 %), 7. humanistisch (6 %), 8. somatisch-medizinisch (4 %), 9. kreativ-therapeutisch (3 %), 10. psychiatrisch (2 %).

### 3.2.3 Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität umfasst verschiedene Aspekte – von der rein medizinischen Behandlung über die Beeinflussung der sozialen und psychologischen Funktionen bis hin zu gesundheitsbezogenen Bewusstseins-, Wissens- und Verhaltensänderungen und Zu-

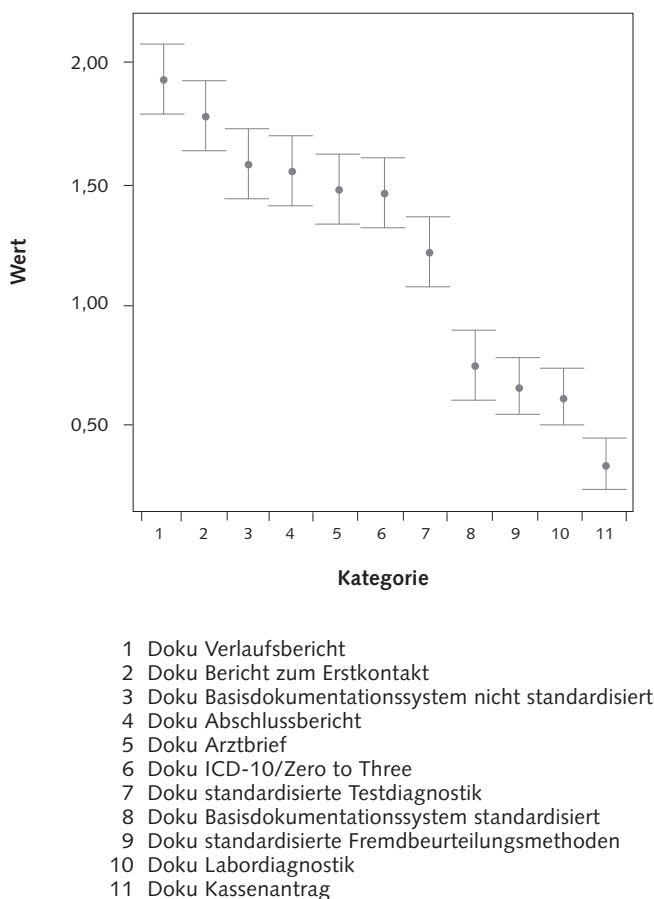


Abb. 29: Häufigkeit der Verwendung von Falldokumentation/Diagnostik. Die Fehlerbalken zeigen das 95 %-Konfidenzintervall des Mittelwertes. Wertebereich: 0 = nie; 1 = selten; 2 = oft; 3 = (fast) immer



friedenheit der Hilfesuchenden (Herzog und Stein 2000). Wir erfragten die Ergebnisqualität aus der Perspektive der Leistungserbringer sowie die Maßnahmen zur Falldokumentation und zum Qualitätsmanagement.

### Falldokumentation

„Oft“ wird ein Verlaufsbericht bzw. ein Bericht zum Erstkontakt erstellt. Nichtstandardisierte Basisdokumentationssysteme, standardisierte Testdiagnostik und Diagnosestellung gemäß ICD-10 bzw. „Zero-to-Three“ werden insgesamt eher selten genutzt bzw. erstellt und finden sich deutlich häufiger in Institutionen als in Praxen (vgl. Abbildung 28). Fast nie kommen standardisierte Dokumentationssysteme oder Fremdbeurteilungsmethoden sowie Labordiagnostik zum Einsatz. Kassenanträge (für Psychotherapie) werden ebenfalls wenig gestellt (vgl. Abbildung 10, „Selbstzahlerstatus“).

### Einschätzung der Ergebnisqualität

Maßnahmen zur Ergebnisqualität fokussieren meistens die Ergebnisse nach Beendigung der Behandlung/Beratung. Oft wird das Ergebnis auf Einzelfallebene auf wenig systematische und aufgrund der Heterogenität des Feldes auf wenig vergleichbare Art und Weise geprüft. Um die Fragen nach dem klinischen Ergebnis nicht allzu „kritisch“ und „nachprüfend“ erscheinen zu lassen, haben wir drei Möglichkeiten der Einschätzung der Ergebnisqualität zur Auswahl gestellt:

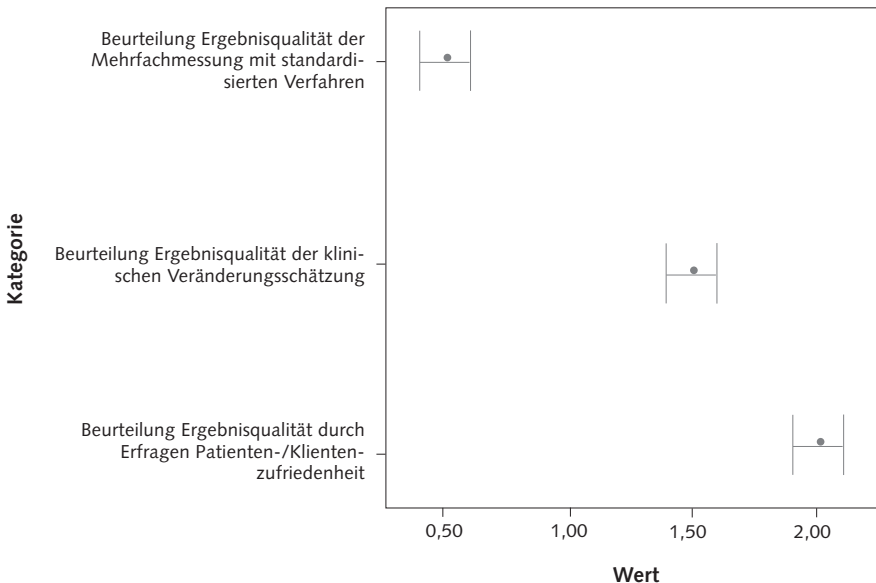


Abb. 30: Einschätzung der Ergebnisqualität

- Mehrfachmessung mittels standardisierter Verfahren,
- klinische (nichtstandardisierte und eher subjektive) Veränderungsschätzung),
- Erfragen der Patienten- bzw. Klientenzufriedenheit.

Die Fehlerbalken zeigen das 95 %-Konfidenzintervall der jeweiligen Mittelwerte, entsprechend der bekannten Ausprägung von null bis drei bei Mehrfachnennungsmöglichkeiten. Erwartungsgemäß kommen standardisierte Mehrfachmessungen fast nie vor; allerdings gibt es eine regelmäßige klinische Einschätzung der Ergebnisqualität und „oft“ ein direktes Erfragen der Patienten-/Klientenzufriedenheit.

### Zufriedenheit der Leistungserbringer

Die Zufriedenheit der Beraterinnen und Berater sowie Therapeutinnen und Therapeuten mit ihrer Arbeit im Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Bereich wurde für unterschiedliche Aspekte erfragt: die Tätigkeit allgemein, das Ergebnis der Arbeit, die Kontextbedingungen und die Vergütung. Die Leistungserbringer konnten die Zufriedenheit auf einer 5-stufigen Likert-Skala mit den Werten 0 = „gar nicht“, 1 = „geringfügig“, 2 = „teilweise“, 3 = „überwiegend“ und 4 = „sehr“ einschätzen. In der Abbildung 31 sind die jeweiligen Mittelwerte als Balken abgetragen.

Insgesamt sind die Leistungserbringer zwischen „teilweise“ und „überwiegend“ mit ihrer Arbeit zufrieden. Die Kategorie „Zufriedenheit mit der Tätigkeit“ hat den höchsten Wert, gefolgt von der Kategorie „Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Tätigkeit“. Kontextbedingungen fallen schlechter aus und die geringste Zufriedenheit besteht über die Gesamtgruppe hinweg mit der Vergütung.

Die Zufriedenheit mit der Vergütung unterscheidet sich signifikant (2-seitiges  $p = .001$ ) zwischen der Gruppe der in der Regel angestellten Leistungserbringerinnen und -erbringer in Institutionen und den Freiberuflerinnen und Freiberuflern. Die selbstständigen

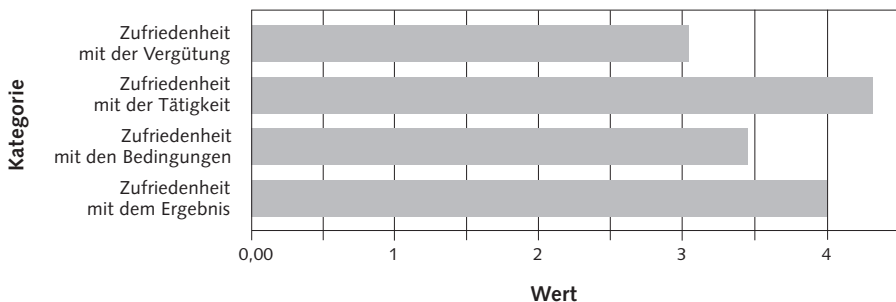


Abb. 31: Zufriedenheit der Leistungserbringer

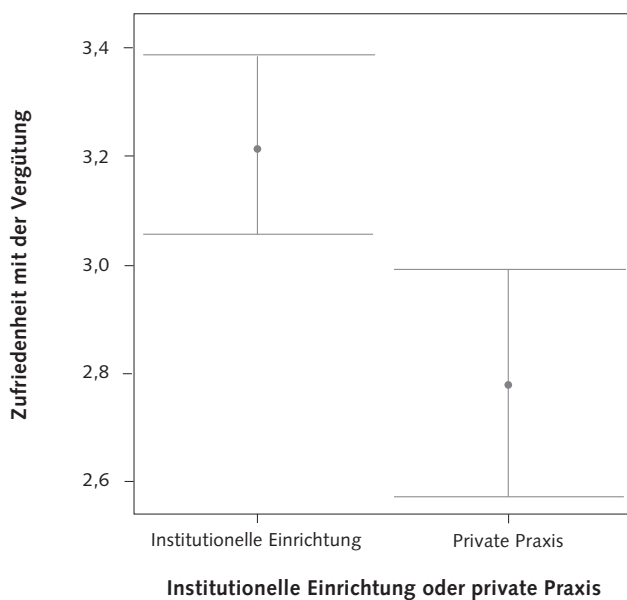


Abb. 32: Zufriedenheit mit der Vergütung Institution versus Praxis

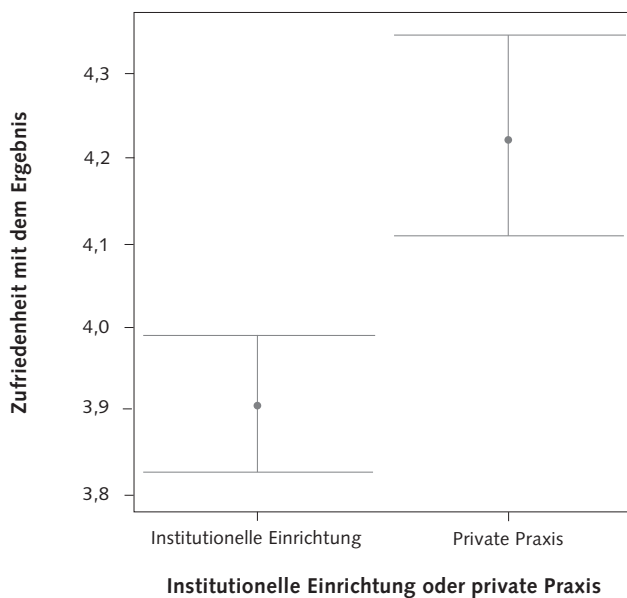


Abb. 33: Zufriedenheit mit dem Ergebnis Institution versus Praxis

Leistungserbringerinnen und -erbringer sind unzufriedener mit der Vergütung ihrer Arbeit – diese Tatsache scheint sich allerdings nicht negativ auf die inhaltliche Zufriedenheit auszuwirken (vgl. Abb. 33 auf Seite 57).

Die Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Arbeit unterscheidet sich ebenfalls signifikant (2-seitiges  $p < .000$ ) zwischen den Leistungserbringerinnen und -erbringern in Institutionen und den Selbstständigen. Obwohl in beiden Gruppen relativ hoch ausgeprägt, erleben sich die Behandlerinnen und Behandler bzw. Beraterinnen und Berater in privater Praxis noch erfolgreicher. Dies dürfte aber auch mit der wahrscheinlich schwierigen Problematik (zum Beispiel Therapie unter Auflagen) im institutionellen Kontext zusammenhängen.

## 3.3 Stufe C: Bewertung der Qualitätsanalyse und Implikationen



Abb. 34: Erhobene Einrichtungen nach Postleitzahlengebieten (feine Differenzierung)

### 3.3.1 Regionale Verteilung der Frühinterventions-einrichtungen

Abbildung 34 auf Seite 58 zeigt in einer ziemlich feinkörnigen Aufschlüsselung, wie viele Frühinterventionseinrichtungen in den verschiedenen Regionen Deutschlands den Fragebogen zurückgesandt haben. Die beiden schwarzen Umkreisungen markieren Regionen, in denen die Versorgungsdichte vergleichsweise niedrig ist, wobei Berlin ausgeschlossen wird. Die kleineren weiß markierten Regionen sind ebenfalls Gebiete mit nur wenigen Anlaufstellen.

Anhand von Abbildung 35 kann überprüft werden, ob das Bild der Versorgungsdichte in verschiedenen Regionen Deutschlands in etwa der geografischen Verteilung der im Rahmen der Recherche ausgemachten Einrichtungen entspricht.

Es wird deutlich, dass die geografische Verteilung der angeschriebenen Einrichtungen in etwa derjenigen der erhobenen Leistungserbringer entspricht. Daraus lässt sich bei-



Abb. 35: Angeschriebene Einrichtungen nach Postleitzahlengebieten (feine Differenzierung)

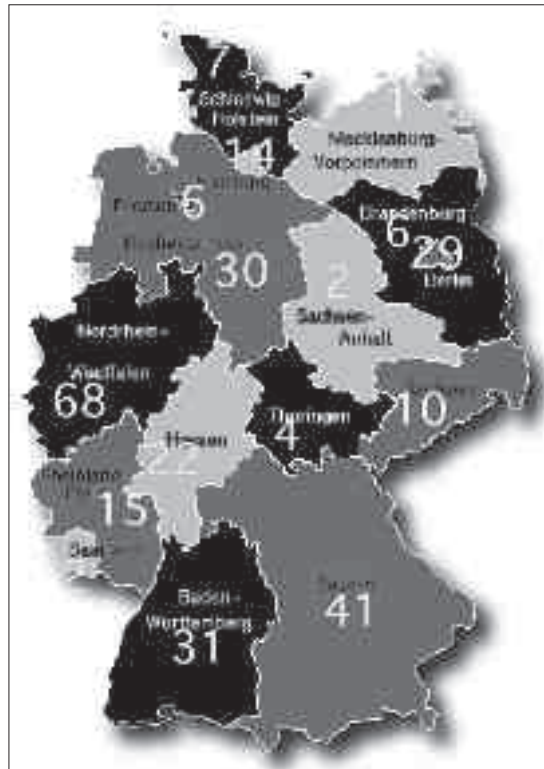


Abb. 36: Anzahl der Einrichtungen pro Bundesland

spielsweise schließen, dass etwa im Nordosten von Deutschland nicht einfach kein Interesse bestand, an unserer Befragung teilzunehmen, sondern dass hier tatsächlich kaum Frühinterventionsangebote vorhanden sind.

Zur Interpretation der regionalen Verteilung wurde die Anzahl an Leistungserbringern im Bereich frühe Kindheit je Bundesland zusammengefasst. Die meisten Leistungserbringer befinden sich in Nordrhein-Westfalen. Mitinigem Abstand auf Platz zwei befindet sich Bayern, gefolgt von Baden-Württemberg, Niedersachsen und Berlin. Am deutlichsten weisen die Zahlen in den neuen Bundesländern auf eine Unterversorgung hin.

Es bestehen große Unterschiede zwischen den Bundesländern bezüglich der Anzahl an Leistungserbringern im Bereich frühe Kindheit.

Unterscheidet man zwischen institutionellen Einrichtungen und Niedergelassenen, so wird deutlich, dass der prozentuale Anteil an privaten Praxen von Bundesland zu Bun-

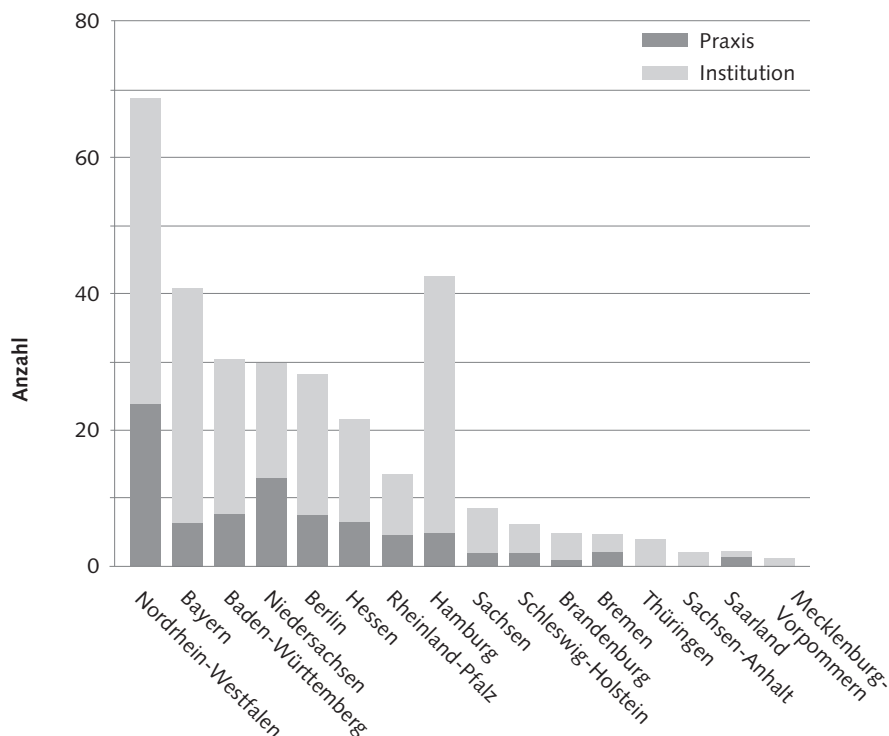


Abb. 37: Anzahl der Institutionen/Praxen im Frühinterventionsbereich pro Bundesland

desland variiert. In folgenden Bundesländern machen Niedergelassene über ein Drittel der Leistungserbringer aus: Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Berlin, Hessen, Hamburg und Bremen.

### 3.3.2 Versorgungslage in den Bundesländern

Unter Kenntnis der Anzahl an Null- bis Dreijährigen für jedes Bundesland (Statistisches Bundesamt, Stand 2004) lassen sich zwei verschiedene Indikatoren für die Versorgungslage berechnen. Teilt man die Anzahl der Null- bis Dreijährigen durch die Anzahl der Einrichtungen, so erfährt man, für wie viele Kinder ein Leistungserbringer zuständig ist. Je kleiner diese Zahl ist, desto günstiger ist die **Versorgungsdichte**.

Die **Versorgungsrate** als zweiter Indikator ist der Anteil der Null- bis Dreijährigen, die jährlich behandelt werden. Bei ihrer Berechnung wird wie folgt vorgegangen: Die Anzahl an Fällen, die in einem Bundesland pro Jahr behandelt werden, erhält man, indem man

die Summe der Fallzahlen aller Leistungserbringer in einem Bundesland bildet. Diese beträgt beispielsweise für Baden-Württemberg 2387. Teilt man diese Zahl durch die Anzahl der Null- bis Dreijährigen, erhält man die Information, welcher Prozentsatz aller Kinder zwischen null und drei Jahren pro Jahr in einer Frühinterventionseinrichtung behandelt wird.

Ausgehend von der Versorgungsdichte ist die Situation in den Städten mit Bundeslandstatus am besten. Vergleicht man die durchschnittliche Versorgungsrate über alle Bundesländer von 1,2 % mit der Prävalenz frühkindlicher Regulationsstörungen in den ersten drei Lebensjahren von etwa 20 % (Remschmidt 1998), so wird deutlich, dass nur für einen Bruchteil der Kinder ein spezifisches, auf die Problemsituation dieser Kinder ausgerichtetes Behandlungsangebot zur Verfügung steht. Auch wenn man berücksichtigt, dass die Hälfte der Fälle als „vorübergehend“ angesehen werden müssen (Ihle und Esser 2002), bekommt ein Großteil der persistierenden Fälle kein spezifisches Behandlungsangebot. Wie in Kapitel 3.2.2 beschrieben, besteht diese spezifische Behandlung häufig nur aus wenigen Beratungen der Eltern.

Die Versorgungsdichte (Anzahl der Null- bis Dreijährigen pro Einrichtung) ist zwar weniger leicht zu interpretieren als die Versorgungsrate, scheint uns aber zuverlässiger, da in die Versorgungsrate die Fallzahlen eingehen und diese durch die Fragebogen erfragt werden und somit auf einer Selbstauskunft basieren. Das heißt, dass in die Versorgungsrate im Gegensatz zur Versorgungsdichte ein Wert eingeht, der nicht objektiv überprüft wurde, sondern bei dem auf die wahrheitsgemäße und der Frage entsprechenden Auskunft der Einrichtungen vertraut wird. Dabei kann es zu Verzerrungen kommen, da einige wenige Einrichtungen – nach den enorm großen Fallzahlen mit bis zu 500 Fällen pro Jahr zu schließen – nicht nur die Kinder angegeben haben, deren Eltern eine psychosoziale Beratung mit Schwerpunkt auf der Eltern-Kind-Beziehung bekommen haben, sondern alle beispielsweise in einem Sozialpädiatrischen Zentrum behandelten Fälle. Die Anzahl der Fälle pro Einrichtung beträgt im Mittel 85 mit einer sehr großen Streuung (Standardabweichung von 110).

### 3.3.3 Versorgung benachteiligter Regionen

Um annäherungsweise die Versorgung strukturschwacher Regionen beurteilen zu können, orientieren wir uns beispielhaft an der Arbeitslosenquote der einzelnen Bundesländer (basierend auf den Daten des Statistischen Bundesamtes des Jahres 2004). Die jeweilige Arbeitslosenquote (in Prozent), multipliziert mit der unter 3.3.2 eingeführten Versorgungsdichte, bildet dann einen Kennwert, der einen Hinweis zur Versorgung wirtschaftlich benachteiligter Regionen gibt.

Niedrige Werte sprechen für eine relativ gute Versorgungslage und/oder geringe wirtschaftliche Probleme. Hohe Werte bedeuten: viele wirtschaftliche Probleme und/oder



viele junge Patienten pro Frühinterventionseinrichtung. Insgesamt weisen die neuen Bundesländer ein hohes Maß wirtschaftlicher Probleme auf; gleichzeitig sind weniger Frühinterventionseinrichtungen für verhältnismäßig viele junge Patienten zuständig.

### 3.3.4 Bewertung der Zielgruppenerreichbarkeit

Bei allen Leistungserbringern wird bei einem Viertel aller Anmeldungen neben weiteren Anmeldegründen der Wunsch nach Informationen zur Entwicklung und zum Umgang mit dem Kind angegeben. Schlüsselt man die weiteren Anliegen nach verschiedenen Leistungserbringern auf, so wird deutlich, dass sich die heterogene Nachfrage im Hinblick auf Schwierigkeiten von Eltern mit ihren Kindern in der frühen Kindheit entsprechend den Angeboten von verschiedenen Anlaufstellen kanalisiert.

In den sozialpädiatrischen Zentren (SPZs) liegt eine enge Anbindung an die somatische Versorgung vor, sodass hier ein spezialisiertes psychosoziales Angebot für Schwierigkeiten in Folgen von Frühgeburtlichkeit, Sondenentwöhnung, Erkrankungen des Säuglings, Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen des Kindes vorgehalten werden kann. Zu den anderen institutionellen Einrichtungen gehören auch die Mutter-Kind-Einheiten zur Behandlung postpartal psychisch erkrankter Mütter und vorwiegend psychotherapeutisch arbeitende Institutionen, sodass sich an diese – häufiger als an SPZs

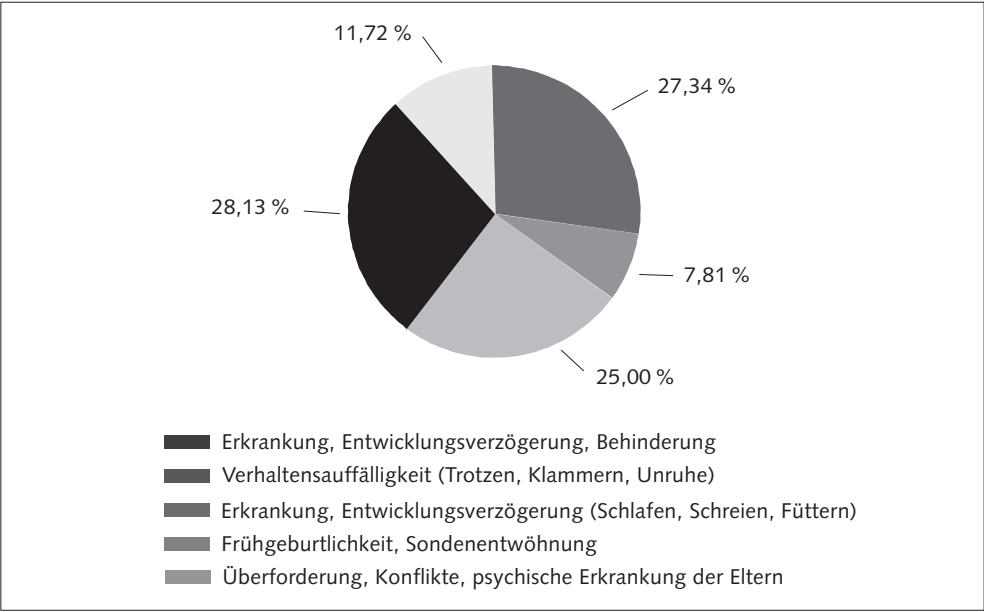


Abb. 38: Anmeldegründe bei verschiedenen Leistungserbringern (Sozialpädiatrische Zentren)

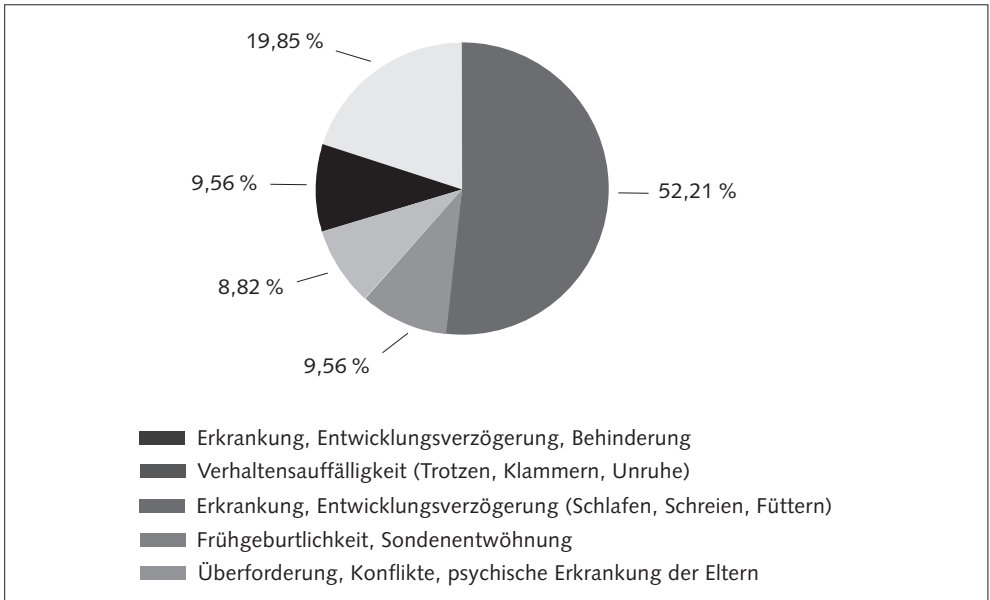


Abb. 39: Anmeldegründe bei verschiedenen Leistungserbringern (Praxen)

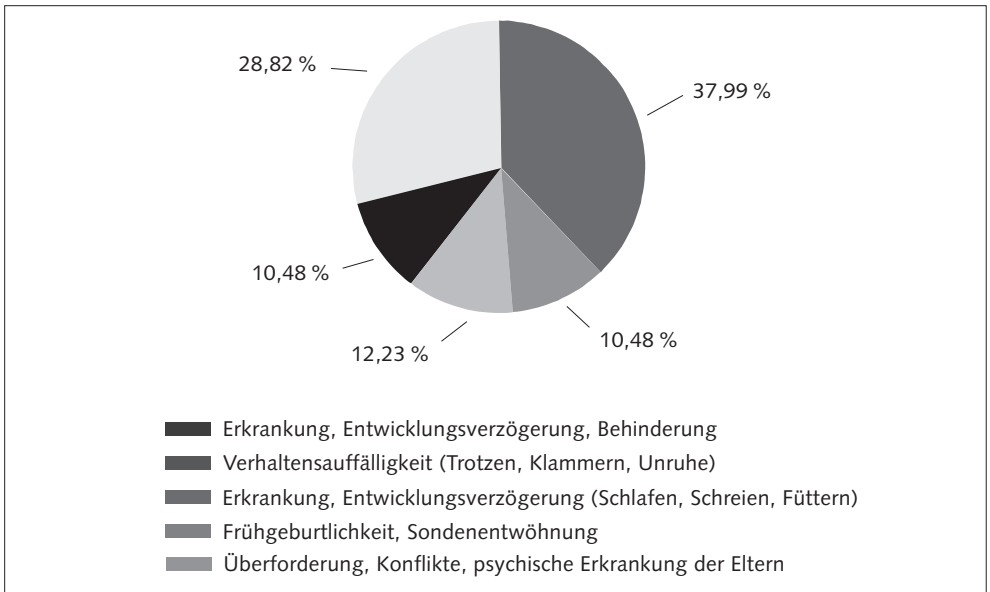


Abb. 40: Anmeldegründe bei verschiedenen Leistungserbringern (andere Institutionen)

und Niedergelassene – Eltern mit psychischen Erkrankungen, Konflikten und in Überforderungssituationen befindliche Familien wenden.

In den freien Praxen liegt der Schwerpunkt auf der Beratung bei frühkindlichen Regulationsstörungen, das heißt bei Schwierigkeiten bezüglich des Schlafens und Fütterns und bei exzessivem Schreien. In Kapitel 3.2.2 wurde deutlich, dass die individuell zugeschnittene Informationsweitergabe einen wichtigen Anteil der Interventionen darstellt. Daneben bestehen viele verschiedene, auf die individuelle Situation von Eltern mit Säugling oder Kleinkind zugeschnittene Angebote, die den sehr verschiedenen Bedürfnissen und Problemlagen entsprechen. Neben der Indikation spielen die Empfehlungs- und Überweisungswege eine große Rolle bei der Frage, an welche Art der Einrichtung sich Hilfe suchende Eltern wenden. Diese sind wie in Kapitel 3.2.1.2 beschrieben bei den verschiedenen Leistungserbringern unterschiedlich. Im Hinblick auf die Erreichbarkeit von psychosozial stark belasteten Familien und Multiproblemfamilien ist positiv zu bemerken, dass 54 Einrichtungen (18,75 %) angaben, auch aufsuchend zu arbeiten. Dies ist, Erfahrungen in verschiedenen Frühinterventionsprojekten und in der klinischen Praxis zufolge, häufig die einzige Möglichkeit, dieser Gruppe Unterstützung zukommen zu lassen, da sie von sich aus die Schwelle zur Inanspruchnahme von Kommstrukturen häufig nicht zu überspringen in der Lage ist.

Negativ ist hingegen festzuhalten, dass vor allem bei den niedergelassenen Praxen der Anteil an Selbstzahlern mit 53,7 % sehr hoch ist. Dies ist für Eltern mit niedrigem sozioökonomischem Status eine unüberwindbare Hürde. Gründe dafür, dass die Eltern die Behandlung selbst finanzieren müssen, sind folgende: Niedergelassene Psychologinnen bzw. Psychologen und Sozialpädagoginnen bzw. -pädagogen können die Behandlung nicht mit der Krankenkasse abrechnen, wenn sie nicht über eine dafür notwendige Approbation als Psychotherapeut bzw. Psychotherapeutin verfügen. Für Physiotherapeuten bzw. -therapeutinnen und Hebammen gibt es keine adäquate Ziffer zur Abrechnung über die Krankenkassen. Auch bei vorhandener Approbation als Psychotherapeut bzw. -therapeutin oder Kinder- und Jugendpsychotherapeut bzw. -therapeutin ist die Abrechnung dadurch erschwert, dass in dem Diagnosesystem ICD 10 keine Ziffer für die frühkindlichen Regulationsstörungen vorgesehen ist. Lediglich für die Fütterstörung (F98.2) ist eine für die Abrechnung notwendige Diagnose vorhanden, ansonsten wird häufig auf eine ursprünglich nicht für diese Symptomatik vorgesehene Anpassungsstörung (F43.2) zurückgegriffen. Daher besteht vorwiegend im Bereich der Niedergelassenen ein Klärungs- und Regulierungsbedarf hinsichtlich der Kostenübernahme.

### 3.3.5 Implikationen für die Praxis

Die Expertise gibt Auskunft über die bisherigen Strukturen in der Versorgung frühkindlicher Regulationsstörungen. Im Folgenden wird erläutert, in welchen Bereichen nach Ansicht der Autoren auf der Basis dieser Ergebnisse ein weiterer Klärungsbedarf besteht.

### 3.3.5.1 Implikationen für die Gesundheitsaufklärung

Die Vermittlung von Informationen zur frühkindlichen Entwicklung und zum Umgang mit dem Kind ist unabhängig von der sehr unterschiedlichen Grundorientierung der Leistungserbringer die am häufigsten angewandte Intervention. Bei der Anmeldung äußert ein Viertel der Eltern explizit den Wunsch nach Informationen zur Entwicklung und zum Umgang mit dem Kind. Diese Befunde unterstreichen die Relevanz von Informationsvermittlung/Eduktion bei der angestrebten Verbesserung des Kompetenzerlebens der Eltern/Bezugspersonen. In einer Zeit, in der viele junge Eltern nicht mehr unmittelbar auf Erziehungswissen älterer Generationen oder die Unterstützung eines größeren Familiensystems zurückgreifen können, ist eine entsprechende aufklärerische Arbeit dringend notwendig.

### 3.3.5.2 Implikationen für die Aus- und Weiterbildung

Die Arbeit im Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Bereich findet insgesamt auf einem hohen Qualifikationsniveau statt. Die Behandlerinnen und Behandler bilden sich im Durchschnitt 3,1 Jahre im Bereich frühe Kindheit fort (Standardabweichung 4,5 Jahre).

Dennoch erscheint aufgrund

- der sehr unterschiedlichen Herangehensweisen und Konzepte in der Frühintervention,
  - der Vielfalt der individuellen Problemkonstellationen, die in den Anlaufstellen vorgestellt werden,
  - der unterschiedlichen Organisationsstruktur/Trägerschaft,
  - der unterschiedlichen Grundberufe und Kernkompetenzen der Leistungserbringer
- die Einführung von Standards für Aus- und Weiterbildung in diesem Bereich zwar als schwierig, aber dringend notwendig.

Eine Annäherung an eine Lösung dieses Problems könnte zunächst eine mehrstufige Aufteilung von Aus- und Weiterbildungsinhalten je nach Art des Kontaktes mit den Familien sein, wie er typischerweise in bestimmten professionellen Kontexten stattfindet. Die Deutschsprachige Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit (GAIMH) hat als Ergebnis einer interdisziplinären Projektgruppe Empfehlungen für Standards unterschiedlicher Curricula ausgearbeitet, die auch im Licht der vorliegenden Ergebnisse den „state-of-the-art“ darstellen.

Die GAIMH unterscheidet demnach Formen früher Hilfen in den drei Bereichen *Begleitung*, *Beratung* und *Psychotherapie*. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die entsprechenden Definitionen für Begleitung, Beratung und Psychotherapie, die unter [www.gaimh.de/images/stories/Dokumente/wbst1105.pdf](http://www.gaimh.de/images/stories/Dokumente/wbst1105.pdf) abrufbar sind.

- **Begleitung:** Begleitung soll von den Eltern freiwillig in Anspruch genommen werden, niedrigschwellig und auf die Alltagsbewältigung ausgerichtet sein, ohne dass ein spezifisches Problem vorliegen muss. Begleitung kann bereits pränatal zum Beispiel in

Form von Geburtsvorbereitungskursen beginnen und nach der Geburt beispielsweise Elternschulen, Betreuungsangebote und heilpädagogische Früherziehung abdecken. Begleitung soll präventiv wirken, indem sie hilfreiche Informationen gibt, vorhandene Ressourcen aktiviert, bestehende Netzwerke nutzt und neue Netzwerke schafft. Sie muss nicht zwingend durch öffentliche Mittel finanziert werden.

- **Beratung:** Die GAIMH definiert Beratung als einen Prozess der gemeinsamen Erarbeitung von entwicklungs- und beziehungsförderlichen Lösungen bei unterschiedlichsten Belastungs- oder Krisensituationen. Beratung sollte auftrags-, lösungs- und ressourcenorientiert sein. Wie an der geringen mittleren Anzahl an Kontakten deutlich wird, reicht bei vielen Familien eine zeitlich sehr begrenzte symptombezogene Beratung aus.
- **Psychotherapie:** Die psychotherapeutische Behandlung von Kindern bis zu drei Jahren und deren Eltern/Bezugspersonen dient sowohl der Besserung von psychischen und/oder somatisch-funktionellen Störungen der Kinder als auch der Verbesserung der Beziehungsqualität zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen.

Tabelle 2 illustriert das dreistufige Versorgungskonzept nochmals zusammenfassend.

	<b>Begleitung</b>	<b>Beratung</b>	<b>Behandlung</b>
<b>Definition</b>	Primäre und sekundäre Prävention	Entwicklungsfördernde Intervention	Behandlung von Regulationsstörungen nach ICD-10 Zero-to-Three
<b>Format des Angebots</b>	Komm- und Gehstrukturen, Elternkurse	Beratungssetting als Kommstruktur (bisher)	Psychotherapeutische Praxen
<b>Art der Intervention</b>	Information, Psychoedukation	Information, Psychoedukation, interaktionale Intervention	Information, Psychoedukation, interaktionale Intervention, Arbeit an den Repräsentanzen
<b>Berufsgruppen</b>	Kinderärztinnen und -ärzte, Hebammen, Krankenschwestern etc.	Psychologinnen und Psychologen, Ärztinnen und Ärzte, Pädagogeninnen und Pädagogen, Sozialpädagoginnen und -pädagogen	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten
<b>Finanzierung</b>	Im Rahmen ihrer Tätigkeit Sponsoren, Krankenkassen	KJHG, selbst	Krankenkassen

Tab. 2: Merkmale von „Begleitung“, „Beratung“ und „Psychotherapie“

Für alle drei Fort- bzw. Weiterbildungsrichtungen liegen Standards und inhaltliche Empfehlungen vor, die in spezifischer Weise für die Arbeit mit Eltern und Säuglingen oder Kleinkindern qualifizieren. Die gesonderte Formulierung von Standards für die drei Bereiche trägt dem Umstand Rechnung, dass die Aufgaben für die unterschiedlichen Gruppen der Inanspruchnahme-Klientel ebenfalls sehr unterschiedlich sein können. Auch die Kernkompetenzen der verschiedenen involvierten Berufsgruppen unterscheiden sich in dem Ausmaß, in dem pädagogische, psychosoziale, beziehungs-dynamisch-inter-aktionelle und somatische Aspekte im Vordergrund stehen.

### 3.3.5.3 Implikationen für die Versorgungslage

Die mit dem momentanen Versorgungsangebot realisierbaren Versorgungsraten liegen in allen Bundesländern weit unter den Prävalenzzahlen für frühkindliche Regulationsstörungen. In diesem Zusammenhang sind noch einige Fragen zu klären, zum Beispiel:

1. Die genaue Art der Inanspruchnahme von Begleitung, Beratung und Psychotherapie für den frühkindlichen Bereich bei Kinderärztinnen und -ärzten, Hebammen, Beratungsstellen, spezialisierten Eltern-Säuglings-Beratungsstellen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten etc.
2. Welche Formen und/oder welcher Schweregrad der Regulationsstörungen müsste am besten von welchem Leistungserbringer angeboten werden? Was kann zum Beispiel von den Pädiatern/Pädiaterinnen als präventive Maßnahme abgefangen werden und wann sollten sie an spezialisierte Einrichtungen weiterüberweisen?
3. Muss das spezialisierte Angebot für die psychosoziale Beratung/Therapie von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern insgesamt erhöht werden oder müsste das Spektrum der Leistungserbringer sich besser vernetzen und klarere Richtlinien erarbeiten, wer was wann an Hilfe vorhält?
4. Kann das Angebot verbessert werden durch eine stärkere Einbindung und Weiterqualifikation der Gynäkologinnen und Gynäkologen, der Hebammen, des Teams auf den geburtshilflichen Stationen und der Kinderärztinnen und -ärzte? (Diese Berufsgruppen verfügen über einen unmittelbaren Zugang zu Mutter/Vater und Kind zum Zeitpunkt der Geburt.)
5. Kann eine Verbesserung des Angebots im ambulanten Bereich durch eine Weiterqualifizierung der Berater und Beraterinnen an Erziehungsberatungsstellen (Beratung) und durch eine entsprechende Integration von Ausbildungsinhalten bei den Kinder und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Psychotherapie) erreicht werden?
6. Wie ist mit dem starken Nord-Süd- und West-Ost-Gefälle in Deutschland umzugehen?

Obwohl Kooperationsstrukturen zwischen den Anbietern offenbar bereits bestehen, sollten diese unter folgenden Aspekten weiter ausgebaut werden:

- Die Verbindung von Komm- und Gehstrukturen sind insbesondere zur Versorgung von sozial stark belasteten Familien notwendig.

- Verschiedene Ansätze und Methoden, wie zum Beispiel körperorientierte Methoden, wie sie von Physiotherapeutinnen und -therapeuten vorgehalten werden, sollten verstärkt in einen Gesamtbehandlungsplan integriert werden.
- Die Nutzung bereits gut etablierter Instrumente, wie zum Beispiel die Früherkennungsuntersuchungen bei den Kinderärztinnen und -ärzten sollten verstärkt die Diagnostik und Intervention von Regulationsstörungen in den ersten drei Lebensjahren im Blickfeld haben.

### 3.3.5.4 Implikationen für die Finanzierung

Um eine verbesserte Versorgung zu gewährleisten, ist die Frage der Finanzierung der Angebote bei den verschiedenen Leistungserbringern zu klären. Die Rezeption wissenschaftlicher Erkenntnisse und die Etablierung von Standards für die Praxis ist sicherlich ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu qualitätsgesichertem Handeln im Bereich von Begleitung, Beratung und Therapie von Säuglingen und Kleinkindern und ihren Bezugspersonen.

Die Klärung der Verantwortlichkeiten an der Schnittstelle von primärpräventivem und kurativem Handeln ist in der nahen Zukunft ebenfalls unumgänglich, um die für die Hilfe suchenden Familien wichtige Frage der Finanzierung zu beantworten.

Es wäre wünschenswert, dass die genannten Hilfen allen Bevölkerungsgruppen unentgeltlich zur Verfügung stehen, wenn es sich um eine diagnostizierte Regulationsstörung handelt.

Auch hier sind noch einige Fragen offen, zum Beispiel:

- Sollten primärpräventive universelle Maßnahmen, wie zum Beispiel Elternkurse zur Stärkung der elterlichen Kompetenzen, von den Kassen oder aus Steuermitteln oder von finanzstarken Eltern selbst bezahlt werden? Diese Leistungen sind bislang weder im Katalog der präventiven Maßnahmen, wie er von den Spitzenverbänden verabschiedet wurde, noch im Entwurf des Präventionsgesetzes enthalten.
- Können Abrechnungsziffern für die Beratungsleistung zum Beispiel durch Hebammen – insbesondere bei Hausbesuchen – geschaffen werden? Diese Frage wird auch für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu klären sein. Für Fachkräfte aus den Bereichen Sozialpädagogik und Psychologie in der Jugendhilfe oder an Erziehungsberatungsstellen sollte eine angemessene Finanzierung über das KJHG erfolgen.
- Kann für die Psychotherapie ein eigener Anwendungsbereich „Regulationsstörungen“ formuliert werden, der adäquate diagnostische Klassifikationen im nächsten ICD enthält?
- Nachdem die gesetzlichen Krankenkassen inzwischen die Psychotherapie von Kindern zwischen null und drei Jahren bezahlen, sollte auch bei den privaten Krankenkassen auf eine Gleichbehandlung hingewirkt werden.

### 3.3.5.5 Implikationen für die Forschung

Es gibt zwar bereits Studien, die die Wirksamkeit psychosozialer Frühintervention belegen (siehe Kapitel 1.1), jedoch liegen kaum Forschungsergebnisse zu den Wirkfaktoren und der differenziellen Wirkung verschiedener Behandlungsansätze vor. Insofern besteht weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich der Ergebnisqualität.

- Die vorliegende Erhebung beruht ausschließlich auf Eigenaussagen. Um den Behandlungserfolg verschiedener Ansätze in der Frühintervention beurteilen zu können, sind objektive Evaluationsstudien zur Ergebnisqualität notwendig. Nur wenn empirisch erforscht wird, welche Eigenschaften ein Leistungserbringer erfüllen muss, um eine gute Behandlung zu gewährleisten, können Qualitätsstandards festgelegt werden. An die Erfüllung dieser Standards könnte wiederum die Finanzierung durch öffentliche Mittel gekoppelt werden.
- Indikationsbezogene Forschung ist notwendig, um mehr Sicherheit zu bekommen, welche Kinder mit spezifischen Problemen oder Störungen welche Form der Intervention benötigen. Begleitung, Beratung oder Psychotherapie und falls ja, welche Form von Psychotherapie mit welcher Dosis?
- Für den gesamten Bereich der frühkindlichen psychosozialen Interventionen sind prospektiv angelegte Längsschnittstudien erforderlich, die die Effizienz der Maßnahmen belegen. Kriterien für den Erfolg sind dabei nicht nur die psychische Gesundheit der Kinder, sondern auch ihre Lebensqualität und zum Beispiel der Schulerfolg. Auch die Stabilität von Familien muss vor und nach den Interventionen untersucht werden.

### 3.3.5.6 Implikationen für die Qualitätssicherung

- Zu klären ist die Inanspruchnahme bei verschiedenen Leistungsanbietern.
- Welche Maßnahme kann am besten von welchem Leistungserbringer angeboten werden?
- Erarbeitung von Leitlinien (soweit noch nicht vorhanden).
- Erarbeitung von Qualitätsstandards für jedes Anwendungsgebiet.



# 4

## **ZUSAMMENFASSUNG**

Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist die Erfassung und Dokumentation aller bundesweiten Angebote im Bereich der „frühen psychosozialen Intervention“ sowie die Beschreibung von Merkmalen dieser Versorgungsangebote, aus denen Rückschlüsse auf ihre Qualität gezogen werden können wie zum Beispiel der Ausbildungsstand der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese Angebote sollten im Bereich der Begleitung, Beratung bzw. Behandlung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern angesiedelt sein und zum Ziel haben, Störungen der Verhaltensregulation und Störungen der Eltern-Kind-Beziehung frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Die Expertise beruht auf den Daten von insgesamt 288 Anlaufstellen in Deutschland, die Angaben im Verlauf einer postalischen Fragebogenerhebung gemacht haben. Unterschiedliche Merkmale der *Strukturqualität* (zum Beispiel institutionelle Merkmale der Leistungserbringer, Abrechnungsmodus, Angebotsrahmen, Kooperationsstrukturen, Merkmale der Zielgruppe), der *Prozessqualität* (zum Beispiel Anmeldegründe, Jahresdurchlauf, Behandlungsmodi, Interventionen) und der *Ergebnisqualität* (zum Beispiel Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Leistungsanbieter) werden differenziert beschrieben und abschließend bewertet.

Anzahl und Merkmale der Frühinterventionsangebote unterscheiden sich regional zum Teil recht stark. Insgesamt ist die Versorgungslage an psychosozialer Eltern-Säuglings-Beratung im Vergleich zu den Prävalenzzahlen nicht ausreichend. In den neuen Bundesländern und in strukturell benachteiligten Regionen ist die Diskrepanz zwischen der Versorgungsrate und den Prävalenzzahlen besonders hoch. Die ungeklärte Frage der Finanzierung geht mit der Tatsache einher, dass die Eltern bei vielen Leistungserbringern die Behandlung selbst finanzieren müssen. Dies stellt gerade für sozial schwache Familien eine unüberwindbare Hürde dar.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse werden abschließend unterschiedliche Implikationen für die Verbesserung der Strukturqualität und weitere Forschungsdesiderata für den Bereich der frühkindlichen psychosozialen Interventionen diskutiert. Positiv lässt sich festhalten, dass die befragten Expertinnen und Experten viele Fortbildungen wahrnehmen, um sich im Bereich der Frühinterventionsangebote zu qualifizieren. Trotzdem ist die Einführung von Standards für die Fort- und Weiterbildung dringend notwendig und könnte in Form mehrstufiger Curricula erfolgen, die sich an der Art des professionellen Kontaktes (Begleitung, Beratung, Psychotherapie) mit den Familien orientieren.

# 5

## LITERATUR

- Anders, T. F., Halpern, L., Hua, J. (1992): Sleeping through the night: A developmental perspective. *Pediatrics*, 90, 554–560.
- Anders, T. F., Keener, M. A. (1985): Developmental course of nighttime sleep-wake patterns in full-term and premature infants during the first year of life: I. Sleep: *Journal of Sleep Research & Sleep Medicine*, 8 (3), 173–192.
- BMFSFJ (1998): 10. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation von Kindern und die Leistungen der Kinderhilfe in Deutschland.
- Brisch, K.-H., Schmücker, G., Buchheim, A., Betzler, S., Köhntop, B., Kächele, H. (2000): Präventives psychotherapeutisches Interventionsprogramm für Eltern nach der Geburt eines sehr kleinen Frühgeborenen – Ulmer Modell. In: Petermann, F., Niebank, K., Scheithauer, H. (Hrsg.): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre, 362–365. Göttingen: Hogrefe.
- Brooks-Gunn, J., Berlin, L. J., Leventhal, T., Fuligni, A. S. (2000): Depending on the kindness of strangers: Current national data initiatives and development research. *Child Development* (71), 257–268.
- Cierpka, M. (Hrsg.) (2004): Das Baby verstehen – eine Elternschule. <[www.focus-familie.de](http://www.focus-familie.de)>
- Dahl, M., Sundelin, C. (1992): Feeding problems in an affluent society. Follow-up at four years of age in children with early refusal to eat. *Acta Paediatrica*, 81, 575–579.
- Dornes, M. (1999): Die Entstehung seelischer Erkrankungen: Risiko- und Schutzfaktoren. In: Suess, G. J., Pfeifer, K.-W. (Hrsg.): Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Drummond, J. E., Weir, A. E., Kysela, G. M. (2002): Home visitation programs for at-risk families. *Canadian Journal of Public Health*, 93, 153–158.
- Eckenrode, J., Zielinski, D., Smith, E., Marcynyszyn, L. A., Henderson, C. R., Kitzam, H. et al. (2001): Child maltreatment and the early onset of problem behaviors: Can a program of nurse home visitation break the link? *Development and Psychopathology*, 13 (4), 873–890.
- Egeland, B., Weinfield, N. S., Bosquet, M., Cheng, V. K. (2000): Remembering, repeating, and working through: lessons from attachment-based interventions. In: Osowsky, J. D., Fitzgerald, H. E. (Hrsg.): Infant mental health in groups at high risk New York: Wiley & Sons.
- Egle, U. T., Hoffmann, S. O., Joraschky, P. (2005): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Langzeitfolgen früher Stresserfahrungen (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Erickson, M. F., Egeland, B. (2006): Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Erickson, M. F., Kurz-Riemer, K. (1999): Infants, toddlers and their families. New York: Guilford Press.
- Esser, G., Laucht, M., Schmidt, M. H. (1995): Der Einfluss von Risikofaktoren und der Mutter-Kind-Interaktion im Säuglingsalter auf die seelische Gesundheit des Vorschulkindes. *Kindheit und Entwicklung* (4), 33–42.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Shannon, F. T. (1985): Relationship between family life events, maternal depression and child rearing problems. *Pediatrics*, 73, 773–788.
- Fonagy, P. (1996): Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19, 124–150.
- Fonagy, P. (1998): Die Bedeutung der Entwicklung metakognitiver Kontrolle der mentalen Repräsentanzen für die Betreuung und das Wachstum des Kindes. *Psyche*, 52, 349–368.
- Fonagy, P., Target, M. (1997): Attachment and reflective function: the role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679–700.
- Forsyth, B. W., Canny, P. F. (1991): Perceptions of vulnerability 3 1/2 years after problems of feeding and crying behavior in early infancy. *Pediatrics*, 88, 757–763.
- Gregor, A., Cierpka, M. (2005): Frühe Hilfen für Eltern – Elternschule „Das Baby verstehen“. *Psychotherapeut* (50), 144–147.
- Grossmann, K. E. (2000): Bindungsforschung im deutschsprachigen Raum und der Stand des bindungstheoretischen Denkens. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 47, 221–237.

- Helming, E., Sandmeier, G., Sann, A., Walter, M. (2006): Kurzevaluation von Projekten zu frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. München: Deutsches Jugendinstitut.
- Herzog, T., Stein, B. (2000): Qualitätsmanagement – Konzepte und Methoden. In: Herzog, T., Stein, B., Wirsching, M. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik, 1–32. Stuttgart: Thieme.
- Hüther, G., Adler, L., Rüther, E. (1999): Die neurobiologische Verankerung psychosozialer Erfahrungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (45), 2–17.
- Ihle, W., Esser, G. (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159–169.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H. (2000): Entwicklung von Risikokindern im Schulalter: die langfristigen Folgen frühkindlicher Belastungen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 32, 59–69.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H., Ihle, W., Löffler, W., Stöhr, R.-M. et al. (1992): „Risikokinder“: Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 41, 274–285.
- Laucht, M., Schmidt, M. H., Esser, G. (2004): Frühkindliche Regulationsprobleme: Vorläufer von Verhaltensauffälligkeiten des späteren Kindesalters? In: Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Hrsg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit, 339–356. Bern: Huber.
- Layzer, J. I., Goodson, B. B., Bernstein, L., Price, C. (2001): National evaluation of family support programs. Volume A: The meta-analysis. Cambridge, MA: Abt Associates.
- Lindberg, L., Bohlin, B., Hagekull, B. (1991): Early feeding problems in a normal population. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 395–405.
- Martin, J., White, A. (1988): Infant feeding 1985. London: Her Majesty's Stationary Office.
- Marvin, R. S., Cooper, G., Hoffmann, K., Powell, B. (2003): Das Projekt „Kreis der Sicherheit“: Bindungsgeleitete Intervention bei Eltern-Kind-Dyaden im Vorschulalter. In: Scheuerer-Engelisch, H., Suess, G., Pfeifer, W.-K. (Hrsg.): Wege zur Sicherheit, 25–49. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Meaney, M. J., Bhatnagar, S., Larocque, S., McCormick, C., Shanks, N., Sharma, S. et al. (1993): Individual differences in the hypothalamic-pituitary-adrenal stress response and the hypothalamic CRF system. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 697, 70–85.
- Minde, K., Popiel, K., Leos, N., Falkner, S., Parker, K., Handley-Derry, M. (1993): The evaluation and treatment of sleep disturbances in young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 521–533.
- Olds, D. L. (2006): The nurse-family partnership: an evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27, 5–25.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D. et al. (1998): Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1238–1244.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Kitzman, H. J., Eckenrode, J. J., Cole, R. E., Tatelbaum, R. C. (1999): Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. *The Future of Children*, 9, 44–63.
- Olds, D. L., Kitzman, H. (1993): Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The Future of Children*, 3, 53–92.
- Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W. et al. (2004): Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114, 1550–1559.
- Papoušek, M. (2001): Intuitive elterliche Kompetenzen: Eine Ressource in der präventiven Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie. *Frühe Kindheit*, 4, 4–10.
- Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Hrsg.) (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern: Huber.
- Papoušek, M., von Hofacker, N., Malinowski, M., Jacubeit, T., Cosmovici, B. (1994): Münchner Sprechstunde für Schreibabys. Erste Ergebnisse zur Früherkennung und Prävention von Störungen der Verhaltensregulation und der Eltern-Kind-Beziehungen. *Sozialpädiatrie in der Pädiatrie*, 16, 680–686.

- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. A., Baker, W. L., Vigilante, D. (1998): Kindheitstrauma, Neurobiologie der Anpassung und „gebrauchabhängige“ Entwicklung des Gehirns: Wie „Zustände“ zu „Eigenschaften“ werden. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, 99, 277–307.
- Ramey, C. T., Ramey, S. L. (1993): Home visiting programs and the health and development of young children. *The Future of Children*, 3, 129–139.
- Remschmidt, H. (1998): Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Rost, D. H. (Hrsg.): *Handwörterbuch Pädagogische Psychologie*, 226–232. Weinheim: Beltz.
- Richman, N. (1981): A community survey of characteristics of one- to two-year with sleep disruptions. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 281–291.
- Robert-Tissot, C., Cramer, B., Stern, D. S., Rusconi Serpa, S., Bachmann, J.-P., Palacio-Espasa, F. et al. (1996): Outcome evaluation in brief mother infant psychotherapies: report on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*, 17 (2), 97–114.
- Rutter, M., Giller, H. (1983): *Juvenile delinquency. Trends and perspectives*. Middlesex: Penguin.
- Schore, A. N. (2001): The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201–269.
- Suess, G. J., Kißken, R. (2005): Frühe Hilfen zur Förderung der Resilienz auf dem Hintergrund der Bindungstheorie: Das STEEP-Modell. In: Cierpka, M. (Hrsg.): *Möglichkeiten der Gewaltprävention*, 135–152. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- van der Kolk, B. A., Fisler, R. E. (1994): Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 145–168.
- van Ijzendoorn, M. H., Juffer, F., Duyvesteyn, M. (1995): Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: a review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 225–248.
- von Klitzing, K. (1998): Die Wirksamkeit psychotherapeutischer und pädagogischer Interventionen im frühen Kindesalter. Ein Forschungsausblick. In: von Klitzing, K. (Hrsg.): *Psychotherapie in der frühen Kindheit*, 164–172. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wessel, M. A., Cobb, J. C., Jackson, E. B., Harris, G. S., Detwiler, A. C. (1954): Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called „colic“. *Pediatrics*, 14, 421–434.
- Wolke, D. (1994): Feeding and sleeping across the lifespan. In: Rutter, M., Hay, D. (Hrsg.): *Development through life: A handbook for clinicians*, 517–557. Oxford: Blackwell.
- Wurmser, H., Laubereau, B., Herman, M., Papoušek, M., von Kries, R. (2001): Excessive infant crying: often not confined to the first 3 months of life. *Early Human Development*, 64 (1), 1–6.
- Ziegenhain, U. (2004): Beziehungsorientierte Prävention und Intervention in der frühen Kindheit. *Psychotherapeut*, 49 (4), 243–251.
- Ziegenhain, U., Dreisörner, R., Derksen, B. (1999): Intervention bei jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen. In: Suess, G. J., Pfeifer, W.-K. (Hrsg.): *Frühe Hilfen*, 222–245. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Ziegenhain, U., Fries, M., Bütow, B., Derksen, B. (2004): *Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern – Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.
- Zierau, J., Gonzáles, I.-M. (2005): *Modellprojekt Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter – Netzwerk Familienhebammen. Ergebnisse der Evaluation, Bericht 104.05*. Universität Hannover.



**ANHANG**

# 6.1

## Grundmodul 1





Grundmodul 1: Institution

Bezeichnung Ihrer Institution: \_\_\_\_\_  
(Andere Bezeichnung, falls nicht mit Gesamteinrichtung identisch)

Address:

## 1. Organisation und Träger

### 1.1 Fire Institution list:

[illegible]

## 1.2 Gesamteinrichtung

- ☐ Eine halbierte, offene Zelle (Kern und Zelle, Plasmalemma) mit einer Teil einer Gesamtelektrolyse
- ☐ Eine Zelle, einer Kern und einer Zelle in einer Zelle
- ☐ Eine halbierte Zelle
- ☐ Eine halbierte Zelle (Kern und Zelle) in einer Zelle
- ☐ Eine halbierte Zelle

2.3 Träver:

- ☐ left hand finger (index) nail
- ☐ tooth/knee / week or more time
- ☐ hair/nail/skin - age:
- ☐ contact finger finger:
- ☐ nail, hair/finger
- ☐ sensitive and pain

## 1.4 Einwohner(er)innen in Ihrem Einzugsgebiet

[illegible]

### 1.5 Bundesland





1.10: Hat Ihre Institution/Praxis eine Internet-Präsenz, über die man sich über das Angebot für Eltern und Säuglinge/Kleinkinder informieren kann? ☐ ja ☐ nein

1.11: Wie lange besteht Ihr Angebot für Eltern und Säuglinge/Kleinkinder bereits?  
Jahr: \_\_\_\_\_

### 1.12: Berater(Innen)/Therapeut(Inn)en in Ihrer Institution/Praxis

(Bitte für Institutionen mit mehreren Einrichtungen beachten: Sie sind bitte auf der nachfolgenden Seite einzeln anzugeben!)

BeraterIn, Alter der Berater(inen) / Therapeut(inen)		Anzahl in Ihrer Einrichtung/Praxis	
Alter:	welches:	männlich:	
0-10 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-20 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21-30 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 30 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Berufszugehörigkeit der Berater(Innen)/Therapeut(Inn)en	Berufsjahre Erfahrung				
	0-1	1-3	4-6	7-9	10 Jahre
Wissenschaftler(in) / Pädagoge(in) / Lehrer(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pädagoge(in) / Pädagoge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztin/Ärzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologe(in) / Psychologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztin/Ärzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kindern- und Jugendärztin/Kindern-Ärzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeut(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopäde(in) / Logopäde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erzieher(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coaching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### 1.13 Beratende/Therapeutische Grundorientierung in Ihrer Institution/Praxis

Beratende/Therapeutische Grundorientierung		
Wählen Sie an die in der folgenden Tabelle angegebenen Grundorientierung an:		
	Grundorientierung	
	in der Institution	in Ihrer Beratungsstelle/Praxis
psychodynamisch	( )	( )
systemisch	( )	( )
humanistisch	( )	( )
kognitive verhaltenstherapeutisch	( )	( )
postmoderne/sozialkonstruktivistisch	( )	( )
transformativ	( )	( )
existenziell	( )	( )
sozialökologisch	( )	( )
sonstiges, nennen Sie:	( )	( )

### 1.14 Bestehende Kooperationsstrukturen an Ihrer Institution/Praxis

Kooperationsstrukturen	
Wählen Sie an die in der folgenden Tabelle angegebenen Kooperationsstrukturen an:	
	in Ihrer Beratungsstelle/Praxis
sozialpsychiatrische Dienststelle	( )
Kindertagesstätte	( )
Sozialpädagogische Zentren	( )
Psychiatrische Dienste	( )
Tragvereine	( )
Opfervereine	( )
Religionsgemeinschaften	( )
Tagelohn	( )
Wohnungsberatungsstellen	( )
Polizei	( )
Justiz	( )
Polizei	( )
Kinder- und Jugendpsychiatrie	( )
Erwachsenenpsychiatrie	( )
Kinder- und Jugendpsychiatrie	( )
Erwachsenenpsychiatrie	( )

## 6.2 Grundmodul 2

6





### 2.3.3 Ausbildungsstand

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diplompsychologin/psychologe              | <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin                               | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/Heilpraktikerin             |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/Heilpraktikerin             | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/Heilpraktikerin             | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/Heilpraktikerin             |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater/psychiaterin | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater/psychiaterin | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater/psychiaterin |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeut                           | <input type="checkbox"/> Psychotherapeut                           | <input type="checkbox"/> Psychotherapeut                           |

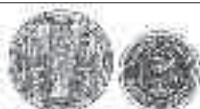
### 2.3.4 Zusatzqualifikationen im Hinblick auf den Eltern-Säuglings-/ Kleinkind-Bereich

Bitte ergänzen Sie:

Art der Qualifikation	Beginn	Abschluss, wann erreicht, noch nicht

## 6.3 Grundmodul 3





### 3.1 Anmeldung/Überweisung

#### 3.1.1 Anmeldung durch:

Welcher Service ist häufigst die Anmeldung in Ihre Einrichtung? (maximal 3 Punkte)

von Mütter: ☐ der Vater: ☐ andere Person: ☐

#### 3.1.2 Empfehlung/Überweisung durch:

Welcher Service ist häufigst die Empfehlung/Überweisung in Ihre Einrichtung? (maximal 3 Punkte)

- Kinderarzt ☐ ☐
- Jugendamt (Jugendhilfe) ☐ ☐
- Beratungsstelle ☐ ☐
- Lebenshilfe/Selbsthilfe ☐ ☐
- Fachklinik ☐ ☐
- Sozialpädagogisches Zentrum ☐ ☐
- Arbeitsagentur ☐ ☐
- Kindertages ☐ ☐
- Jugendamt oder Jugendhilfe ☐ ☐
- Kinder- und Jugendpsychiatrie ☐ ☐
- Psychiatrie/psychologische Medizin ☐ ☐
- Behindertenhilfe ☐ ☐
- Sozialwissenschaftliche (Wissenschaftler, Berater, etc.) ☐ ☐
- Psychotherapeutische Dienste ☐ ☐
- Jugendamt ☐ ☐
- Familienhilfe ☐ ☐
- Jugendamt ☐ ☐
- Familienhilfe, Jugendamt ☐ ☐
- Sozialhilfe, Jugendamt ☐ ☐

### 3.2 Anmeldegrund

Welcher Service ist häufigst der Anmeldegrund? (maximal 3 Punkte)

- |   |  |
|---|--|
| → Verhalten oder emotionales Schicksal des Kindes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | → Aufmerksamkeits <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                          |
| → Ein- und Überforderung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                          | → emotionale Entwicklungsstörung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>           |
| → Probleme mit der Familie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                        | → Entwicklungsverzögerung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                  |
| → Entwicklungsverzögerung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                         | → Trennung von Eltern <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                      |
| → Eltern-Kind-Beziehung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                           | → Behinderung des Kindes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                   |
| → psych. Auffassung des Eltern <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                    | → Körperliche Störung (z.B. Bluthochdruck) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| → Eltern-Kind-Beziehung mit dem Kind <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>              | → Nachbarnprobleme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                         |
| → Verhaltensprobleme des Kindes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                   |  |
| → Schulisch, Bewegungsmangel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                      |  |



### 3.3 Ihre überwiegende Arbeitsweise im Eltern-Säuglings-Setting

Zusätzliche Angaben (Name, Wohnort, Ansprechpartner):

sehen Sie Eltern und/oder Kind in der Regel:

- ☐ allein, z.B. Einzel-/Seminarformel und Therapiestunde  
☐ zusammen mit einer Begleitperson (Therapeutin, Mutter)  
☐ mit Angehörigen/erzieherischen Helfern  
☐ in einer Gruppe, z.B. in einer Eltern-Kind-Gruppe  
☐ in einer Einzel- und einer Gruppenform

Arbeiten Sie in der Regel:

- ☐ auf Eltern- und/oder Kindersicht  
☐ auf Eltern- und/oder Kindersicht  
☐ mit Eltern und/oder Kind  
☐ mit Eltern und/oder Kind

### 3.4 Durchschnittliche Sitzungsdauer:

- ☐ 15-30 Minuten ☐ 30-45 Minuten ☐ 45-60 Minuten ☐ mehr als 60 Minuten

### 3.5 Durchschnittliche Anzahl der Kontakte (ambulant)/Behandlungstage (stationär):

- ☐ 1-3 Sitzungen/Tag ☐ 4-6 Sitzungen/Tag ☐ 7-9 Sitzungen/Tag ☐ 10-15 Sitzungen/Tag  
☐ mehr als 15 Sitzungen/Tag

### 3.6 Frequenz in der Regel

- ☐ 1-2 Mal ☐ 3-4 Mal ☐ 5-6 Mal ☐ 7-8 Mal  
☐ mehr als 8 Mal

### 3.7 Wer ist bei der Eltern-Säuglings-Beratung/Therapie anwesend?

- ☐ Einzelgespräch Eltern/Kind ☐ Einzelgespräch mit Eltern/Kind ☐ Einzelgespräch mit Eltern/Kind

### 3.8 Wieviele Mütter bzw. Familien mit Kind sehen Sie durchschnittlich pro Jahr?

ca. \_\_\_\_\_

### 3.9 Wie zufrieden sind Sie als Berater(in)/Therapeut(in) mit Ihrer Arbeit im Eltern-Säuglings-Bereich?

- 3.9.1 Mit der Tätigkeit allgemein ☐ gar nicht ☐ gar nicht ☐ schlecht ☐ unzufrieden ☐ sehr  
 3.9.2 Mit dem Ergebnis Ihrer Arbeit ☐ gar nicht ☐ gar nicht ☐ schlecht ☐ unzufrieden ☐ sehr  
 3.9.3 Mit den Kontaktbedingungen ☐ gar nicht ☐ gar nicht ☐ schlecht ☐ unzufrieden ☐ sehr  
 3.9.4 Mit der Vergütung ☐ gar nicht ☐ gar nicht ☐ schlecht ☐ unzufrieden ☐ sehr



### 3.10 Vorgehensweisen in der Eltern-Säuglings-Beratung/-Therapie

Kreuzen Sie an, wie häufig die unten genannten Punkte auftreten: 0 = nicht, 1 = selten, 2 = oft, 3 = fast nur

<b>1. Information</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
- Informationen zum Umgang mit dem Säugling (Hilfeschritte, Hilfestellungen, Bedürfnisse...)	0	0	0	0
- Entwicklungsbezogene Informationen (Hörk-Verarbeitung, Schlaf/Wach-Rhythmus, Hunger/Sättigung, Furcheln, Baden...)	0	0	0	0
- Sonstiges, mind. zwei _____	0	0	0	0
<b>2. Klärung</b>				
- Klärung des Problems/Problembereichs	0	0	0	0
- Exploration vongegründeten oder widersprüchlichen Informationen	0	0	0	0
- Klärung von Schwierigkeiten/Ängsten, Beschwerden etc.	0	0	0	0
- Entdecken von Problemen/Problemen	0	0	0	0
- Befragung von Fachleuten/Verwandten etc.	0	0	0	0
- Sonstiges, mind. zwei _____	0	0	0	0
<b>3. Rückmeldung</b>				
- Aufklärung, Zuhören von Vorurteilen aus selbst- oder fremdbestimmter	0	0	0	0
- Sich selbst einbringen (Einsparung/-einschub)	0	0	0	0
- Rückmeldung von anderen Beteiligten	0	0	0	0
- Rückmeldung von Verwandten/Verwandten etc.	0	0	0	0
- Rückmeldung von anderen Beteiligten, gezielte Interventionen	0	0	0	0
- Anklage/Kommunikation	0	0	0	0
- Verschleierung	0	0	0	0
- Indirekte Intervention	0	0	0	0
- Kommunikation	0	0	0	0
- Aufzeigen von Konflikten, dyssynchronen Interaktionen	0	0	0	0
- Anklage/Ansprüche von Verhaltensverhalten, Abwehrmechanismen	0	0	0	0
- Sonstiges, mind. zwei _____	0	0	0	0
<b>4. Neustrukturierung dysfunktionaler Handlungs- und Gedankenmuster</b>				
- Anklage/Intervention durch fürwahrhaftiges Eingreifen, z.B. am Beispiel zu zeigen	0	0	0	0
- Anklage/Intervention bestimmter Aspekte/Verhalten (durch Fokussierung von Einstellungen, Gefühlen etc.)	0	0	0	0
- Wahrnehmung von Überforderungen, Rückmeldung von Fehlern oder Fördern	0	0	0	0
- Anklage/Intervention von Einstellungen, dyssynchronen Interaktionen	0	0	0	0
- Sonstiges, mind. zwei _____	0	0	0	0



5. Deuten, Interpretieren	01	2	3	
Interpretieren von Wahrnehmungen, Gefühlen, Wünschen, Erwartungen,				
Phantasien, Ängsten	0	0	0	0
Beurteilung von Eltern-schädlichen Ängsten oder unkonventionellem Verhalten	0	0	0	0
Übertragungsstörung	0	0	0	0
Bekanntes Kind vorbringen oder vorgelesen, Schluss aus Schreien	0	0	0	0
Ansprechen / Eltern transparenz anderer Dammern	0	0	0	0
Sonstiges, und zwar _____	0	0	0	0
6. Aufgaben				
Verständnis von einfachen "Aufgaben" (Bspw. Beziehungsaufbau)	0	0	0	0
Einführen von Identifikations- und Stützpunkten	0	0	0	0
Einzelkinder (z.B. Geschwister) (z.B. Schilddrüse) (z.B. Schilddrüse)	0	0	0	0
Handlungsanweisungen geben (z.B. "Schilddrüse", "Schilddrüse")	0	0	0	0
Blind, blind	0	0	0	0
Sonstiges, und zwar _____	0	0	0	0
7. Übungen/Ausdrucksverfahren				
Übungen zur Verleibungsstellung mit dem Säugling	0	0	0	0
Übungen zum Spiel	0	0	0	0
Ästhetische Ausdrucksformen	0	0	0	0
Ästhetische Ausdrucksformen	0	0	0	0
Sonstiges, und zwar _____	0	0	0	0
8. Körperorientiertes Vorgehen				
Palpation	0	0	0	0
Übungen zur Förderung von sensorischer Phänomen	0	0	0	0
Ästhetische Ausdrucksformen	0	0	0	0
Fluss-Therapie	0	0	0	0
Fluss-Therapie (Blut, Blut)	0	0	0	0
Sensorische Integration	0	0	0	0
Therapie nach dem Prinzip der Gestalttherapie	0	0	0	0
KISS-Therapie	0	0	0	0
Sonstiges, und zwar _____	0	0	0	0
9. Behandlung mit Substanzen (Eltern oder Kind)				
Hormontherapie	0	0	0	0
Psychiatrie	0	0	0	0
andere Medikation, aber nicht aufgrund abnormer	0	0	0	0
Grundkrankung, Indikatoren	0	0	0	0
Sonstiges, und zwar _____	0	0	0	0

# 6.4 Grundmodul 4





Grundmodul 4: Dokumentation/Qualitätsmanagement

#### A.1 Falldokumentation / Diagnostik

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

[illegible]

### 6.3 Beurteilung der Ergebnismessung

Downloaded At: 11:53 11 September 2009

Stärke: Vernetzungsmöglichkeit	1	7
Wertstoffwirtschaft: auf identischer Verfahren	1	2
Erzeugung: Reduktion, Überproduktion	1	3

Zum Abschluss:

Können Sie uns Einrichtungen und Personen nennen, die Interventionen wie die oben genannten für Eltern und Säuglinge anbieten und mit denen Sie kooperieren bzw. die sich in Ihrer Nähe befinden. Falls Sie uns Adressen nennen, schicken wir an diese ebenfalls diesen Fragebogen. Dadurch würde Sie unsere Recherche sehr unterstützen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



**Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung**

**ISBN 3-937707-46-8  
ISSN 1439-7951**