

AUFWACHSEN IN ALKOHOLSUCHTBELASTETER FAMILIE

**Unterstützungsmöglichkeiten aus fachlicher Sicht zur gesunden
Entwicklung vorschulpflichtiger Kinder**



Abbildung 1
www.jesus.ch/lebenshilfe/krankheitsbilder/sucht/188520

Bachelorarbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Götz Marianne, Vergara Juarez-Gerster Violette, Zbinden-Haari Ursula

Januar 2015

Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel¹ die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid
Rektor

¹ Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

empfiehlt diese Bachelor-Arbeit

besonders zur Lektüre!

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**
Kurs **TZ 2010-2015**

Götz Marianne
Vergara Juarez-Gerster Violette
Zbinden-Haari Ursula

Aufwachsen in alkoholsuchtbelasteter Familie

Unterstützungsmöglichkeiten aus fachlicher Sicht zur gesunden Entwicklung vorschulpflichtiger Kinder

Diese Bachelor-Arbeit wurde im Januar 2015 in 4 Exemplaren eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2015

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Kinder, welche in alkoholsuchtbelasteten Familien aufwachsen, sind erhöhten Risiken ausgesetzt und in ihrer gesunden kindlichen Entwicklung gefährdet. Um sich trotz der besonderen Herausforderungen gesund entwickeln zu können, benötigen sie Hilfe und Unterstützung von aussen.

Mittels ausgewählter theoretischer Aufarbeitung wird erklärt, welche Entwicklungsschritte und Aufgaben Kinder zu bewältigen haben. Dies wird in einem ersten Fazit in Zusammenhang gebracht mit den Herausforderungen, mit denen Kinder aus alkoholsuchtbelasteten Familien konfrontiert werden. Es wird Bezug genommen zur Frühen Förderung, ihren präventiven Aspekten, ihrer Angebotslandschaft und ihrer Bedeutung im Kinderschutz. Damit zeigen die Autorinnen auf, welche umfangreichen Unterstützungsmöglichkeiten die Frühe Förderung für Eltern sowie Kinder bietet, um ein förderliches und gesundes Aufwachsen zu ermöglichen.

Im Rahmen einer qualitativen Forschung gingen die Autorinnen der Frage nach, welche Möglichkeiten Fachpersonen sehen, alkoholsuchtbelastete Familien und deren Kinder im Alter von 0-4 Jahren zu stärken. Dazu wurden elf Interviews mit Expertinnen und Experten aus dem Gesundheits- und Sozialbereich durchgeführt.

Die Datenauswertung zeigt auf, dass Fachpersonen Mühe bekunden, Alkoholsucht in Familien zu erkennen. Dadurch besteht die Gefahr, dass betroffene Kinder vergessen gehen.

Entlang der Forschungsergebnisse wird Optimierungsbedarf abgeleitet und aufgezeigt, wie mittels Sensibilisierungs- und Netzwerkarbeit sichergestellt werden kann, dass alkoholsuchtbelastete Familien erkannt werden, damit betroffene Kinder in ihrer Entwicklung durch Angebote der Frühen Förderung unterstützt werden können.

Danksagung

Die Autorinnen bedanken sich bei den interviewten Fachpersonen für das erbrachte Interesse an der vorliegenden Bachelorarbeit und für die Bereitschaft, an der Datenerhebung teilzunehmen. Weiter möchten die Autorinnen allen Dozierenden der Hochschule Luzern danken, die ihnen mit Rat zur Seite gestanden sind. Ein ganz besonderer Dank gilt auch den externen Lektoren, die ihre Zeit zur Verfügung gestellt und die Arbeit mit kritischem Blick und Wohlwollen gegengelesen haben.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Ausgangslage	1
1.2	Motivation	7
1.3	Ziele der Bachelorarbeit und Fragestellungen	8
1.4	Eingrenzung	8
1.5	Adressatenschaft	9
1.6	Aufbau der Arbeit	9
2	Kindliche Entwicklung	11
2.1	Die psychosoziale Entwicklungstheorie nach Erik. H. Erikson	12
2.1.1	Vertrauen versus Misstrauen (1. Lebensjahr)	13
2.1.2	Autonomie versus Scham und Zweifel (2. und 3. Lebensjahr)	13
2.1.3	Initiative versus Schuldgefühle (4. und 5. Lebensjahr)	14
2.2	Bindung	15
2.3	Resilienz	19
2.4	Kindliche Grundbedürfnisse und elterliche Erziehungskompetenzen	21
2.5	Fazit	25
3	Frühe Förderung	30
3.1	Definition von Früher Förderung	30
3.2	Der präventive Aspekt Früher Förderung	31
3.3	Legitimation der Frühen Förderung	33
3.4	Angebotslandschaft der Frühen Förderung	33
3.5	Frühe Förderung im Kinderschutz	34
4	Methode	37
4.1	Forschungsfrage	37
4.2	Datenerhebung	37
4.3	Stichprobenziehung	38
4.4	Datenaufbereitung und Datenauswertung	39
5	Forschungsergebnisse	42
5.1	Erkennen von Alkoholsucht im Gesundheits- und Sozialbereich	42
5.1.1	Unterstützende und ergänzende Betreuungsangebote für Familien	42
5.1.2	Erschwertes Erkennen der Alkoholsucht bei Kurzkontakten	43
5.1.3	Betreuung über längeren Zeitraum	43

5.1.4	Verleugnung und Verstecken der Alkoholproblematik	43
5.2	Kooperation	44
5.2.1	Offenheit der Klientel	44
5.2.2	Beratungsbeziehung	44
5.2.3	Transparenz und Risiko Kontaktabbruch	44
5.3	Kindeswohlgefährdung	45
5.3.1	Dringlichkeit von Massnahmen	45
5.3.2	Standardisiertes Erfassen der Situation	46
5.3.3	Hinweise einer Gefährdung	47
5.3.4	Externe Vorabklärung der Gefährdungsmeldung	47
5.3.5	Klare Hinweise zur Handlung	47
5.3.6	Verantwortungsübernahme bei der Beurteilung der Gefährdung durch Fachpersonen	48
5.3.7	Datenschutz	48
5.4	Ressourcenerschliessung	48
5.4.1	Ressourcen der betroffenen Person	49
5.4.2	Familiäres und erweitertes Umfeld	49
5.4.3	Unterstützung in der Erziehungsaufgabe	50
5.4.4	Triage an Suchtberatungsstellen	50
5.4.5	Ressourcen zur Förderung der kindlichen Entwicklung	51
5.5	Fachliche Vernetzung	51
5.5.1	Institutionsinterne Vernetzung	51
5.5.2	Interdisziplinäre Vernetzung	52
5.5.3	Mehrwert aus interner und externer Vernetzung	54
5.5.4	Schwierigkeiten bei der fachlichen Vernetzung	55
5.6	Optimierungsbedarf	56
5.6.1	Sensibilisierung	56
5.6.2	Verbesserungen zu Gunsten Klientel	57
5.6.3	Möglichkeiten für Fachpersonen	57
5.6.4	Strukturelle Veränderungen	58
6	Diskussion und Interpretation der Forschungsergebnisse	60
6.1	Erkennen von Alkoholsucht im Gesundheits- und Sozialbereich	60
6.1.1	Erschwerende Faktoren	60
6.1.2	Erleichternde Faktoren	61
6.2	Kooperation	63

6.2.1	Beziehungsaufbau und angepasste Vorgehensweise	63
6.3	Kindeswohlgefährdung	65
6.3.1	Dringlichkeit von Massnahmen	65
6.3.2	Entzug der elterlichen Obhut vs. Verbleib in der Familie	66
6.3.3	Votum für häufigere Gefährdungsmeldungen	69
6.4	Ressourcenerschliessung	70
6.4.1	Ressourcen der betroffenen Person	70
6.4.2	Familiäres und erweitertes Umfeld	71
6.4.3	Professionelle Unterstützungsangebote	72
6.5	Fachliche Vernetzung	75
6.5.1	Positive Aspekte der Vernetzung	75
6.5.2	Schwierigkeiten bei der fachlichen Vernetzung	78
6.6	Optimierungsbedarf	81
6.6.1	Sensibilisierung von Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich	81
6.6.2	Standardisierte Verfahren zur Erfassung von Familiensituationen	82
6.6.3	Informationsmaterial zu wichtigen Fachstellen und Angeboten der Frühen Förderung	82
6.6.4	Initiierung und Institutionalisierung von Netzwerken	83
6.6.5	Hausarztmodell als Standard	83
6.6.6	Zugang zu familienergänzender Betreuung	84
7	Schlussfolgerungen und Ausblick	85
7.1	Überprüfung der Fragestellung	85
7.2	Auftrag und Rollen der Sozialen Arbeit	87
7.3	Ausblick	90
7.4	Reflexion Forschungsprozess	90
8	Literaturverzeichnis	92
9	Anhang	97

Hinweis: Sämtliche Texte wurden von den Autorinnen gemeinsam verfasst.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Titelbild	
Abbildung 2	Risiko-und Schutzfaktoren	S. 27
Abbildung 3	Darstellung Frühe Förderung	S. 34
Abbildung 4	Kriterienraster Stichprobenziehung	S. 39
Abbildung 5	Darstellung des Auswertungsverfahrens	S. 40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Die 5 Grundbedürfnisse eines Kindes	S. 22-23
Tabelle 2	Komponenten der Erziehungskompetenz	S. 24-25
Tabelle 3	Merkmale einer intakten und einer alkoholbelasteten Familie im Vergleich	S. 68

1 Einleitung

Die Einleitung der vorliegenden Bachelor-Arbeit beginnt mit der Schilderung der Ausgangslage. In dieser befassen sich die Autorinnen mit der Situation von bis vierjährigen Kindern, die bei Eltern oder einem Elternteil mit einem problematischem Trinkverhalten aufwachsen. Dazu werden allgemeine Informationen zu Alkoholkonsum und insbesondere zu problematischem Trinkverhalten vermittelt. Weiter werden die Herausforderungen beschrieben, die durch problematisches Trinkverhalten der Eltern das Familienleben und speziell mitbetroffene Kinder beeinflussen.

Im Anschluss nehmen die Autorinnen Bezug zu ihrer Motivation, sich mit dem vorliegenden Thema vertieft zu beschäftigen. Die leitenden Fragestellungen und Ziele dieser Bachelor-Arbeit werden aufgeführt, Eingrenzungen und Adressatenschaft erläutert. Weiter vermittelt die Autorenschaft einen Einblick in den Aufbau der Arbeit.

1.1 Ausgangslage

Alkohol gilt seit Menschengedenken als Genuss-, Heil- und Rauschmittel, welches auch in der Schweiz von vielen Menschen konsumiert wird. Rund 85% der Bevölkerung ab 15 Jahren trinken laut Sucht Schweiz (2014) mehr oder weniger häufig Alkohol. Allerdings ist der Alkohol kein gewöhnliches Konsumgut. Er zählt zu den psychoaktiven Substanzen, die viele Schäden verursachen können (S.1). Ob es sich um eine risikoarme, eine problematische oder eine abhängige Konsumform handelt, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Als risikoarm gilt, wenn massvoll und an die jeweilige Situation angepasst getrunken wird. Der problematische Alkoholkonsum wird in der Suchtforschung nach drei Konsummustern unterschieden (S.2-3):

- Risikoreicher Konsum: Täglich ab 20g Alkohol für Frauen (2 Standardgläser*), ab 40g Alkohol für Männer (4 Standardgläser*)
- Episodisch risikoreicher Konsum: Gelegentlicher Konsum Frauen ab 40g (4 Standardgläser*) und Männer ab 50g Alkohol (5 Standardgläser*)
- Situationsunangepasster Konsum: Dieser liegt vor, wenn der Alkoholkonsum in bestimmten Situationen unangebracht, beziehungsweise mit Risiken verbunden ist wie am Arbeitsplatz, im Strassenverkehr, während der Schwangerschaft oder bei gleichzeitiger Einnahme von Medikamenten (Sucht Schweiz, 2014).

*(1 Standardglas ist: 1 Glas à 2,5 dl Bier, 1 dl Wein oder 2 cl Schnaps)

Gemäss Sucht Schweiz (2014) ist der Übergang von einem problemlosen zu einem problematischen Alkoholkonsum fliegend. Eine Abhängigkeit wird nicht nur über die Menge des konsumierten Alkohols definiert. Sie wird auch nach international festgelegten Kriterien diagnostiziert. Dazu hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) folgende Kriterien festgelegt (S.3.):

- Ein starkes Verlangen, Alkohol zu konsumieren
- Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren
- Anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen
- Vorrang des Substanzgebrauchs vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen
- Entwicklung einer Toleranzerhöhung
- Körperliche Entzugssymptome

Von einer Alkoholabhängigkeit wird dann gesprochen, wenn im letzten Jahr drei oder mehr dieser Kriterien gleichzeitig erfüllt werden (Sucht Schweiz, 2014, S.3). Das Konsumverhalten der Schweizer Bevölkerung im Alter von 15-74 Jahren ist bei 80% risikoarm. Die Zahl der Menschen mit einem problematischen Alkoholkonsum liegt bei einer Million. Die Zahl der alkoholabhängigen Menschen wird von Sucht Schweiz (2014) auf 250'000 Personen geschätzt (S.2).

Dass der Alkoholkonsum ein grosses Gefährdungspotential mit sich bringt (Sucht Schweiz, 2014), ist unbestritten. Die Risiken liegen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich. Die Folgen des akuten oder chronischen Konsums werden unterschieden zwischen solchen für das Individuum und solchen für das nähere Umfeld (S.4). Besonders grossen Risiken ausgesetzt sind Kinder (S.5). Nach Angaben von Sucht Schweiz (2014) leben mehrere Zehntausend Kinder in Familien mit einem von Alkoholproblemen betroffenen Elternteil (S.5). Diese Zahl beruht auf Schätzungen, genauere Angaben liegen nicht vor.

Die Autorinnen werden in der Folge das Thema aus historischer Sicht und in wissenschaftlichen Zusammenhängen beschreiben. Anschliessend wird Bezug genommen auf die Auswirkungen, welche die elterliche Alkoholsucht auf das Familiensystem hat. Die damit einhergehenden Schwierigkeiten für Kinder und mögliche Spätfolgen werden dazu erläutert.

Für Wissenschaft und klinische Praxis ist das Thema „Kinder aus alkoholbelasteten Familien“ noch recht jung, wie Martin Zobel (2006) aufzeigt. Zwar wiesen bereits im 18. Jahrhundert verschiedene wissenschaftliche Fachrichtungen auf die Schädlichkeit des übermässigen elterlichen Alkoholkonsums für die Entwicklung von Kindern hin. Und obwohl sich ausgangs des 19. Jahrhunderts die Abstinenzbewegung wiederholt explizit mit der Situation von Kindern übermässig trinkender Männer und Frauen beschäftigt hat, gerieten die betroffenen Kinder in den darauffolgenden Jahrzehnten immer wieder in Vergessenheit. Zu Beginn der 1980er Jahre sind sie wieder in den Fokus wissenschaftlicher psychologischer Forschung und klinischer Tätigkeit gerückt (S.13). Laut Martin Zobel (2006) sind unter anderen Claudia Black und Janet G. Woititz massgeblich an der Forschung beteiligt. Sie haben die Umgebungsbedingungen der Kinder, welche in alkoholbelasteten Familien aufwachsen, systematisch strukturiert und in einen theoretischen Zusammenhang gebracht (S.13). Gemäss Janet G. Woititz (1990) wurde der Alkoholismus in den vergangenen Jahren zwar in der Gesellschaft zunehmend erforscht, das öffentliche Interesse konzentrierte sich jedoch auf die Trinkenden und den Alkoholmissbrauch. Der Familie und vor allem den Kindern, die in alkoholbelasteten Familien leben, wurde wenig Aufmerksamkeit geschenkt (S.9-10). Es ist schwierig herauszufinden (Woititz, 1990), wie viele Kinder von der Alkoholsucht ihrer Eltern betroffen sind. Mehrere Gründe führen dazu, dass die Dunkelziffer vermutlich gross ist. Woititz (1990) nennt als eine wesentliche Rolle spielende Faktoren Scham, Nichtanerkennung des Alkoholismus als Krankheit und Verleugnung (S.10).

Es gibt kein Verhaltensmuster, das als typisch für einen Alkoholiker oder eine Alkoholikerin bezeichnet werden kann, so Claudia Black (1988). Es gibt unterschiedliches Trinkverhalten mit ganz verschiedenen Folgen. Einige trinken täglich, andere in bestimmten Abständen und bei manchen vergeht eine lange Zeit, bis zum nächsten Rausch. AlkoholikerInnen verspüren ein unbändiges Verlangen nach Alkohol, welcher in ihrem Leben immer mehr an Bedeutung gewinnt. Ob und wieviel sie

trinken, ist für sie mit der Zeit kein freier Entscheid mehr, sondern wird zum Zwang. Auch Partner oder Partnerinnen sind vom Trinkverhalten betroffen. Sie richten ihr Verhalten mehr und mehr nach der abhängigen Person aus. Dieses co-abhängige Verhalten hat auch Folgen für die Kinder, denn neben dem süchtigen Elternteil ist auch der co-abhängige keine verlässliche Person, die auf sie eingeht und immer für sie da ist (S.13-14). Die ganze Familie ist nach Martin Zobel (2006) demnach von der Alkoholabhängigkeit eines Elternteils betroffen, der Alkohol dominiert das Familienleben. Die Stimmung in der Familie ist ständigen Schwankungen unterworfen und hängt davon ab, ob die alkoholabhängige Person getrunken hat oder nicht. Die eben noch nüchterne, fürsorgliche Mutter ist auf einmal in betrunkenem Zustand rasch gereizt und verliert jegliche Beherrschung (S.22). Im Grunde interessiert sich der trinkende Elternteil kaum für seine Kinder. Sie stören nur und machen Ärger und Arbeit. Auf ihre Gefühle wird keine Rücksicht genommen. Je nach Alkoholspiegel werden sie für gleiches Verhalten gelobt oder getadelt. Der trinkende Elternteil verhält sich also sehr gegensätzlich, so dass die Situation für Kinder unberechenbar wird. Weiter werden den Kindern keine Grenzen gesetzt, und sie werden weder unterstützt noch in ihrer Entwicklung gefördert (S.22). Durch die mangelnde elterliche Aufsicht und das geringe Interesse am Wohlergehen der Kinder werden sie körperlich und emotional vernachlässigt (S.42). Zobel (2006) sagt, dass der nicht trinkende Elternteil anfänglich versucht, mit einer Schonhaltung auf das Trinkverhalten des Partners zu reagieren, um das Familienleben möglichst aufrecht zu erhalten. Die nicht eingehaltenen Versprechen des Alkoholabhängigen, mit dem Trinken aufzuhören, führen jedoch mit der Zeit zu grosser Frustration des nicht trinkenden Elternteils. Gefühle von Wut und Hass auf den Abhängigen kommen auf. Die zunehmenden Spannungen, ehelichen Streitigkeiten und die ganze familiäre Atmosphäre belasten in der Regel die Kinder sehr (S.22-23).

Es zeigt sich bereits hier, dass die Herausforderungen einer Alkoholsuchtproblematik für die gesamte Familie gross sind. Das Trinkverhalten hat weitgreifende Auswirkungen auf die Familie und besonders auf die Kinder.

Gemäss Michael Klein (2008) weisen internationale Untersuchungen zum Thema „Kindeswohl und Entwicklungspathologie“ darauf hin, dass elterliche Alkoholabhängigkeit als ein ernstzunehmender Risikofaktor für eine gesunde körperliche und psychische Entwicklung des Kindes gilt, vor allem bezogen auf die Entwicklung eigener

substanzbezogener Störungen (S.114-127). Die Autorinnen weisen für die hier vorliegende Altersgruppe insbesondere auf folgende Aspekte hin, die als wegweisend problematisch eingestuft werden.

1. Klaus Sarimski (2013) erklärt, dass Eltern in der bereits beschriebenen Situation oftmals nicht in der Lage sind, die kindlichen Grundbedürfnisse zu befriedigen. Der nicht trinkende Elternteil setzt seine ganze Kraft für das grundlegende Funktionieren der Familie ein und für die Wahrung einer intakten Fassade nach aussen. Häufig führt dies zu sozialer Isolation der betroffenen Familie (S.40). Auch Janet G. Woititz (1990) beschreibt, dass der nichttrinkende Elternteil durch seine Reaktionen auf den trinkenden das Familienleben beeinflusst. Der mitbetroffenen elterlichen Person bleibt oft nur wenig emotionale Kraft übrig, die Bedürfnisse der Kinder auf einer beständigen Basis zu stillen. Die Kinder werden zu Opfern der Familienkrankheit Alkohol (S.10). Das Leben einer alkoholbelasteten Familie beschreibt Woititz (1990) als sehr spannungsgeladen und mit ständigen Ängsten in der Luft. Der Alltag ist unbeständig, das Kind weiss nie, was es erwartet (S.20).

2. Kinder lernen (Klaus Sarimski, 2013), dass sich als Problembewältigungsstrategien Schweigen, Verleugnen und Isolation eignen. Weiter führt die belastende Situation bei Kindern aus mit Alkoholsucht belasteten Familien häufiger zu Verhaltensauffälligkeiten (S.40). Laut Leon I. Puttler, Robert A. Zucker, Hiram E. Fitzgerald und Raymond C. Bingham (1998) zeigen Mädchen internalisierende Störungen wie Ängste, Depressionen, auffälliges Essverhalten und Selbstverletzungen (zit. in Klaus Sarimski, 2013, S.42). Gemäss René Carbonneau, Richard E. Trembley, Frank Vitaro, Patricia L. Dobkin, Jean-François Saucier und Robert O. Pihl (1998) neigen Knaben hingegen eher zu externalisierenden Störungen wie Aggressivität, Gewalt, Dissozialität und früher Devianz (zit. in Klaus Sarimski, 2013, S.42). Die Entwicklung emotionaler und sozialer Störungen kann, Sarimski (2013) folgend, auf die negative Familienatmosphäre und den vorherrschenden innerfamiliären Stress zurückgeführt werden. Wesentliche Einflussfaktoren für den Schweregrad der kindlichen Psychopathologie sind der Zeitpunkt des Beginns der elterlichen Alkoholsucht, das konkrete elterliche Erziehungsverhalten, das Ausmass der familiären Desorganisation, die Häufigkeit und Intensität von Trennungserfahrungen und die Beziehungsqualität zum nicht abhängigen Elternteil (S.43).

4. Auch sind Kinder einem erhöhten Risiko für psychische und physische Kindsmishandlung ausgesetzt, wie Klaus Sarimski (2013, S.42) festhält. Gemäss einer Studie von Klein und Zobel (1997) berichteten 32,5% der Kinder von Alkoholikern, dass sie täglich oder zumindest gehäuft Gewalt ausgesetzt waren. 69% der Kinder gaben an, dass sie seelische Gewalterfahrungen gemacht haben und 13,5% äusserten Suizidgedanken (zit. in Klaus Sarimski, 2013, S.42).

5. Wie in der Ausgangslage bereits aufgeführt wurde, versucht innerhalb der Familie der gesunde Elternteil die Schwierigkeiten des anderen Elternteils auszugleichen. Die Kinder konzentrieren sich, vor allem bis sie in die Regelstrukturen eintreten, auf die Primärfamilie und haben wenig Möglichkeiten zum Vergleich. Für sie sind die familiäre Atmosphäre und die Verhaltensmuster der Eltern „normal“. Sie können nicht nachvollziehen, dass diese auf eine Krankheit zurückzuführen sind. Weiter versucht der gesunde Elternteil gegen aussen hin, eine intakte Familie vorzuzeigen. Gemäss Martin Zobel (2006) lernen Kinder, dass der Alkohol ein Tabuthema ist. Sie können daher nicht über ihre Gefühle sprechen und sind gezwungen, sich den Verhältnissen anzupassen. Dadurch, dass sie meist in ihren Wahrnehmungen durch die Eltern nicht unterstützt und bestärkt werden, misstrauen sie mit der Zeit ihren eigenen Gefühlen und Empfindungen. Dies kann zu Angst, Wut und Trauer führen (S.22-23).

Die Kinder erleben nicht nur erschwerende Bedingungen in der Kindheit, sondern sind auch gefährdet, später noch an den Folgen der familiären Alkoholbelastung zu leiden. Die Spätfolgen solcher familiären Situation untersuchte Janet G. Woititz (1990) während Jahren. Sie hat mit erwachsenen Kindern von Alkoholikern gearbeitet und dabei einen gründlichen Einblick in den tiefgreifenden Einfluss erhalten, den die Alkoholsucht der Eltern auf das Leben der Kinder hat (S.10). Die Auswirkungen dieser Familiensituation auf die kindliche Entwicklung bis ins Erwachsenenalter beschreibt Woititz (1990) in dreizehn charakteristischen Merkmalen:

Erwachsene/n Kinder/n von alkoholabhängigen Eltern...

1. ... haben keine klare Vorstellung davon, was normal ist.
2. ... fällt es schwer, ein Vorhaben von Anfang bis Ende durchzuführen.
3. ... lügen, wo es ebenso leicht wäre, die Wahrheit zu sagen.
4. ... verurteilen sich gnadenlos.

5. ... fällt es schwer, Spass zu haben.
6. ... nehmen sich sehr ernst.
7. ... haben Schwierigkeiten mit intimen Beziehungen.
8. ... zeigen eine Überreaktion bei Veränderungen, auf die sie keinen Einfluss haben.
9. ... suchen ständig Anerkennung und Bestätigung.
10. ... haben meist das Gefühl, anders zu sein als andere Menschen.
11. ... sind entweder übertrieben verantwortlich oder total verantwortungslos.
12. ... sind extrem zuverlässig, auch wenn offensichtlich ist, dass etwas oder jemand diese Zuverlässigkeit gar nicht verdient.
13. ... sind impulsiv. Sie neigen dazu, sich mit Verhaltensweisen festzurennen, ohne alternative Handlungsmöglichkeiten oder eventuelle Konsequenzen ernsthaft zu bedenken. Diese Impulsivität führt zu Verwirrung, Selbstverachtung und Kontrollverlust über ihre Umgebung. Das Resultat ist, dass sie enorm viel Energie aufbringen müssen, um das angerichtete Durcheinander wieder zu beheben (S.14-15).

Zobel (2006) weist darauf hin, dass diese Merkmale bis heute feste Bestandteile der klinischen Literatur und der therapeutischen Arbeit mit Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien sind (S. 82).

1.2 Motivation

In der Praxisausbildung, dem Praxisprojekt, aber auch bei der Teilnahme an den Modulen „Soziale Arbeit und Gesundheit“, „Sucht und institutionelle Vernetzung“, „Psychische Gesundheit“ und „Kinderschutz“ wurden die Autorinnen auf vielfältige Weise mit der Suchtproblematik konfrontiert und für diese Thematik sensibilisiert. Insbesondere die Tabuisierung der Folgen des missbräuchlichen elterlichen Alkoholkonsums auf deren Kleinkinder, die Abwesenheit des Bewusstseins dieser Problematik in der Praxis und die nicht geklärte Zusammenarbeit der Fachpersonen, welche damit konfrontiert werden, weckten den Wunsch, die Situation näher zu beleuchten. Mögliche Lücken im Betreuungssystem der Eltern und jenem der Kinder sollen aufgezeigt werden. Lösungswege sollen entworfen und die Fachpersonen, die im Alltag mit Familien und Kindern arbeiten, für die Thematik Alkoholsucht und kindliche Entwicklung sensibilisiert werden.

1.3 Ziele der Bachelorarbeit und Fragestellungen

Die vorliegende Bachelorarbeit zeigt den Einfluss von problematischem Trinkverhalten eines oder beider Elternteile auf die Entwicklung von Kindern auf. Unter der theoretischen Aufarbeitung wichtiger Faktoren für eine gesunde kindliche Entwicklung zeigen die Autorinnen, welchem Risiko mitbetroffene Kinder ausgesetzt sind und wie diesem mittels Stärkung der Schutzfaktoren, insbesondere durch den Einsatz von Angeboten der Frühen Förderung, entgegengewirkt werden kann. Im Rahmen der qualitativen Forschung werden Daten von Fachpersonen erhoben, die mit alkoholsuchtbelasteten Familien und ihren Kindern in Kontakt stehen. Sie geben darüber Auskunft, welche Möglichkeiten Fachpersonen sehen, die gesunde Entwicklung der betroffenen Kinder zu unterstützen und zu fördern. Dabei werden unterschiedliche Schwerpunkte beleuchtet, z.B. Ressourcenerschließung, Kindeswohlgefährdung und fachliche Vernetzung. In der Diskussion stellen sich die Autorinnen dann dem Thema, vor dem Hintergrund der theoretischen Aufarbeitung und der Angaben der Fachpersonen, und beurteilen so die aktuelle Situation. Zum Schluss formulieren sie den entsprechenden Optimierungsbedarf.

Um die Arbeit zu strukturieren, behelfen sich die Autorinnen der folgenden vier Leitfragen:

- Welche Herausforderungen stellen sich für 0-4 jährige Kinder, die in Familien mit einer Alkoholproblematik aufwachsen?
- Wie gelingt die gesunde Entwicklung von Kindern zwischen 0 – 4 Jahren?
- Welche Möglichkeiten sehen Fachpersonen, alkoholsuchtbelastete Familien und deren Kinder zwischen 0-4 Jahren zu stärken?
- Wie kann Soziale Arbeit das Erkennen und Unterstützen von Kindern in suchbelasteten Familien sicherstellen?

Zu beachten ist, dass die erste Leitfrage direkt in der Ausgangslage eingeschlossen und beantwortet wurde. Die vierte Frage wird basierend auf der Diskussion und Interpretation der Datenauswertung in Kapitel 7 beantwortet.

1.4 Eingrenzung

Die Arbeit befasst sich, wie erwähnt, mit Kindern von 0-4 Jahren. Es handelt sich also um vorschulpflichtige Kinder, die noch nicht in eine Regelstruktur eingebunden sind. In der Arbeit werden die Begriffe Kleinkinder, Kinder, vorschulpflichtige Kinder

oder 0-4-jährige Kinder synonym verwendet. Sie beziehen sich immer auf die erwähnte Altersgruppe. Die Autorinnen grenzen bewusst die Zeit während der Schwangerschaft aus, obwohl diese bei einer Alkoholsuchtbelastung, insbesondere der Mutter, erhebliche Folgen für den Fötus haben kann. Weiter stützt sich diese Forschungsarbeit hauptsächlich auf Literatur- und Datenquellen des deutschen Sprachraums ab und setzt den Fokus auf die Situation in der Schweiz.

1.5 Adressatenschaft

In erster Linie richtet sich diese Bachelorarbeit an alle Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, die in ihrer beruflichen Tätigkeit alkoholranke Eltern und/oder deren Kinder begleiten oder mit ihnen in Berührung kommen. Sie soll jedoch allen Interessierten zur Verfügung stehen, die sich mit der Thematik vertieft auseinandersetzen und sich für die Herausforderungen in der Praxis sensibilisieren möchten.

1.6 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich neben dem vorliegenden Kapitel 1 in weitere 6 Kapitel.

In Kapitel 2 wird die kindliche Entwicklung theoretisch aufgearbeitet. Dabei entscheiden sich die Autorinnen für die psychosoziale Entwicklungstheorie von Erik H. Erikson und für die Themen Bindung und Resilienz und erläutern Grundbedürfnisse von Kindern und Erziehungskompetenzen, die Eltern mitbringen sollten, um die kindlichen Bedürfnisse befriedigen zu können.

Im darauf folgenden Kapitel 3 wird Frühe Förderung definiert, ihr präventiver Aspekt aufgeführt und ihre Legitimation erläutert. Es wird Bezug genommen zur Angebotslandschaft und der Bedeutung von Früher Förderung im Allgemeinen und im Kinderschutz.

In Kapitel 4 wird die Forschungsmethode erläutert. Weiter werden Eckdaten zur Forschungsfrage, zur Datenerhebung, zur Stichprobenziehung und zur Datenaufbereitung und -auswertung aufgeführt.

Die Forschungsergebnisse werden in Kapitel 5 entlang von sechs Hauptkategorien erläutert.

Im 6. Kapitel diskutieren und interpretieren die Autorinnen die Datenergebnisse unter Einbezug der Inhalte der Ausgangslage und der theoretischen Aufarbeitung aus den Kapiteln 2 und 3. Zudem fließen neue Erkenntnisse und Aussagen aus einem Fachgespräch in die Diskussion ein.

Im 7. Kapitel erfolgen die Schlussfolgerung und der Ausblick der Autorinnen. Dabei wird die Beantwortung der Fragestellungen überprüft und daraus mögliche Rollen und Aufträge an die Professionellen der Sozialen Arbeit definiert. Daraufhin werden weiterführende Fragen und Themen, die sich aus der vorliegenden Arbeit ergeben, im Ausblick zusammengefasst. Anschliessend erfolgt die Reflexion des Forschungsprozesses.

2 Kindliche Entwicklung

Im vorliegenden Kapitel klären die Autorinnen kurz zum einheitlichen Grundverständnis den Begriff *Entwicklung*. Danach führen sie Erklärungen aus wissenschaftlicher Sicht auf, welche für die kindliche Entwicklung relevant sind. Hierzu bedienen sie sich folgender Leitfrage:

Wie gelingt die gesunde Entwicklung von Kindern zwischen 0 – 4 Jahren?

Im Duden (2014, Bedeutungen) wird „sich entwickeln“ durch „allmählich entstehen“, „sich stufenweise herausbilden“ definiert. Bezieht man diesen Wortstamm auf die Entwicklungspsychologie, so wird gemäss Brockhaus Enzyklopädie (2014, Entwicklung) „Entwicklung“ wie folgt definiert: „die gerichtete, zeitlich geordnete und in sich zusammenhängende Abfolge von nachhaltigen Veränderungen im Verhalten und Erleben des Menschen.“

In der Entwicklung spielen sowohl die genetische Veranlagung als auch die Umwelt eine Rolle, so Hartmut Kasten (2013). Ob Entwicklungsaufgaben im Kleinkindalter erfolgreich bewältigt werden können, hängt davon ab, ob die inneren Voraussetzungen bereits vorliegen, das Kind also reif ist, aber auch davon, welche Unterstützung es bei seinen Bewältigungsbemühungen erhält (S.19-25). Sophia Altenthan, Sylvia Betscher-Ott, Werner Dirrigl, Wilfried Gotthardt, Hermann Hobmair, Reiner Höhle, Wilhelm Ott, Rosemarie Pöll und Karl-Heinz Schneider (2005) beschreiben, dass die inneren Voraussetzungen und die genetischen Faktoren, also die Erbanlage eines Menschen, sein Entwicklungspotential festlegen. Die Erbsubstanz gibt gewisse Entwicklungsmöglichkeiten vor und bildet das Fundament für die Entwicklung (S.17). Unterstützung bei den Bewältigungsbemühungen erhält das Kind durch seine Umwelt. Diese mitbestimmende Umwelt unterteilen Altenthan et al. (2005) in natürliche, kulturelle, ökonomische und soziale Faktoren. Die natürliche Umwelt bezieht sich auf die Natur und auf die klimatischen Bedingungen, den Tages- und Nachtrhythmus sowie den Jahreszeitenrhythmus, die Ernährungsmodalitäten usw. Die kulturelle Umwelt umfasst Norm- und Wertvorstellungen, Sitten und Bräuche, Sprache, Spielzeug, Freizeitbeschäftigung usw. Die wirtschaftliche Situation definiert die ökonomische Umwelt und beinhaltet neben dem Einkommen und Vermögen Faktoren wie Wohnort und individuelle Wohnverhältnisse. Abschliessender Be-

reich ist die soziale Umwelt mit der Ausgestaltung der Beziehungen eines Individuums. Hier werden Aspekte beleuchtet wie die Familienkonstellation, der Freundeskreis und die Einbettung in soziale Einrichtungen wie Vereine, Verbände, Schule, Quartier usw. (S.17-18). Hartmut Kasten (2013) weist darauf hin, dass die Umwelt besonders in den ersten drei Lebensjahren wichtig ist, damit das Kind seine Anlagen und Begabungen entfalten kann. Vor allem die Eltern, aber auch weitere Erziehungsbeteiligte sind gefordert, die Bedürfnisse der Kinder zu erkennen und sie in ihrer Entwicklung angemessen zu fördern. Bleibt die Förderung im Kompetenzerwerb aus, können sich Begabungen und Talente des Kindes nicht entfalten und schlimmstenfalls verkümmern (S.10). Demgegenüber stehen Eltern und Erziehende, die Blicke und Hinweise des Kindes wahrnehmen und als Interessensbekundung deuten können. Durch adäquates Reagieren ermöglichen sie ihren Kindern, die angelegten Begabungen zu entfalten (S.13-14). Hier wird die grosse Verantwortung deutlich, die Eltern und pädagogische Fachkräfte bei der Förderung der gesunden Entwicklung von Kindern haben (S. 10).

Die zu Beginn dieses Kapitels aufgeführte Definition von Entwicklung gemäss Duden (2014, Bedeutungen) erwähnt die stufenweise Herausbildung von Fähigkeiten und Fertigkeiten. Die Autorinnen möchten nun genauer auf die Stufen eingehen und halten sich dabei an den Entwicklungspsychologen Erik H. Erikson. Der Entscheid für diesen Theoretiker beruht darauf, dass Erikson gemäss August Flammer (2008) den zwischenmenschlichen Beziehungen einen grossen Einfluss auf die menschliche Entwicklung zugestand und neben dem Körper und der Psyche auch soziale Einflüsse in seine Entwicklungstheorie aufnahm (S.96). Ausserdem erscheint die psychosoziale Entwicklungstheorie von Erikson für die in dieser Arbeit fokussierte Altersgruppe passend. Erikson, so Eva Neumann (2002), unterteilt die Entwicklung des Menschen in acht Stufen und führt gerade in den ersten Lebensjahren von Kindern kleine Abstufungen auf (S.7). Das Modell von Erikson gibt die Autorenschaft hier verkürzt wieder. Sie bezieht sich aufgrund der Altersgruppe vorschulpflichtiger Kinder auf die ersten drei Entwicklungsstufen.

2.1 Die psychosoziale Entwicklungstheorie nach Erik. H.

Erikson

Laut Rolf Oerter und Leo Montada (2008) ist Erik H. Erikson einer der bedeutsamsten Entwicklungspsychologen. Er hat das Modell der Phasenlehre von Sigmund

Freud zu einem Stufenmodell erweitert. Darin erklärt er die Entwicklungsaufgaben über den gesamten Lebenslauf eines Menschen. Gemäss seiner Theorie hat ein Mensch im Leben verschiedene Krisen zu bewältigen, die auf biologischen, sozialen und individuellen Faktoren beruhen (S.38-39). Sophia Altenthan et al. (2005) erklären, dass laut Erikson der Mensch in jeder Stufe Krisen bzw. Konflikte bewältigen muss (S.23). Laut Erikson (1982) gilt es die Spannungen zwischen syntonischen (positiven) und dystonischen (negativen) Tendenzen zu lösen. Die Art der Bewältigung der Krisen hat dann Einfluss auf den weiteren Entwicklungsverlauf (zit. in August Flammer, 2008, S.96).

2.1.1 Vertrauen versus Misstrauen (1. Lebensjahr)

Die erste Stufe der menschlichen Entwicklung wird im ersten Lebensjahr bewältigt (Erikson, 1968). Hier besteht die Hauptaufgabe darin, Urvertrauen aufzubauen. Das Urvertrauen entsteht, indem das Kind die Deckung seiner persönlichen Bedürfnisse durch die Welt erfährt. Unter günstigen Voraussetzungen entsteht eine Übereinstimmung von Umwelt und kindlichem Bedürfnis. Urvertrauen festigt sich, in dem die Mutter das hungrige Kind sättigt, das weinende Kind tröstet oder das ängstliche Kind nicht alleine lässt. Urvertrauen ist nicht von Geburt auf mitgegeben, sondern entwickelt sich in Interaktion zwischen Mutter und Kind und ist elementar für die weitere Entwicklung (zit. in Flammer, 2008, S.96). Es ermöglicht dem Kind ein grundlegendes Vertrauen in sich selbst, in seine Mitmenschen und in die Umwelt aufzubauen (Altenthan et al., 2005, S.24). Kann das Urvertrauen im ersten Lebensjahr nicht aufgebaut werden, können Entfremdung, Rückzug auf sich selbst oder Depressionen entstehen (zit. in Flammer, 2008, S.96). Hingegen verweisen Altenthan et al. (2005) auf die positiven Effekte beim Erlangen von Urvertrauen, welches dem Kind die Möglichkeit eröffnet, sich auf Unbekanntes einzulassen, sowie sich mit sich selbst auseinanderzusetzen (S.24). Bei der ersten Stufe können unangenehme Erfahrungen nicht vollständig vermieden werden. Wichtig ist aber, dass die positiven überwiegen (zit. in Flammer, 2008, S.96).

2.1.2 Autonomie versus Scham und Zweifel (2. und 3. Lebensjahr)

Im zweiten und dritten Lebensjahr geht es darum, Selbstkontrolle zu erlernen (Erikson, 1968). Die neuen Fähigkeiten wie Sprechen, Gehen und die Stuhlkontrolle unterstützen die Emanzipation von der Mutter, resp. von der Bezugsperson (zit. in

Flammer, 2008, S.98). Das Kind (Altenhan et al., 2005) möchte unabhängiger werden und eine dem Alter angepasste Autonomie erlangen und seine Umwelt erforschen (S.25). Erikson (1968) erklärt, dass das Kind in den Boden versinken möchte und Scham einsetzt, wenn es in seinen Autonomiebestrebungen nicht unterstützt wird, wenn die Loslösung zu früh geschieht und es plötzlich schutzlos dasteht oder Fehler macht (zit. in Flammer, 2008, S. 98). Es entstehen Zweifel am eigenen Können und Machen, wenn das Kind beim Ausprobieren und bei allfälligem Scheitern bei neuen Tätigkeiten zu wenig ermutigt wird. Das Kind schwankt in dieser Stufe stets zwischen selber machen und helfen lassen. Gelingt die positive Krisenbewältigung nicht, kann dies zu Gewinnsucht, Rechthaberei, Konsumverfallenheit, Geiz, Reinlichkeitsfimmel und zu Unsicherheit und Zweifel an sich selbst führen (zit. in Flammer, 2008, S.98).

2.1.3 Initiative versus Schuldgefühle (4. und 5. Lebensjahr)

In der dritten Stufe geht es darum, Vertrauen in die eigene Initiative und Kreativität aufzubauen (Erikson, 1959). Das Kind weiss jetzt sicher, dass es ein Ich ist, und möchte herausfinden, wer es einmal sein wird (zit. in Flammer, 2008, S.99). Altenhan et al. (2005) beschreiben diese Stufe auch als konkretere und selbstsicherere Weiterführung der zweiten Stufe. Das Kind vergisst Misserfolge schnell wieder und kann mit erweiterten kognitiven und geistigen Fähigkeiten seine Umwelt systematisch erkunden. Dies wird als Initiative bezeichnet (S.26). Erikson (1959) fügt dem an, dass das Kind lernt, sich an Vorbildern zu orientieren, zum Beispiel an den Eltern, den Geschwistern oder den Lehrpersonen. Sich mit andern zu vergleichen und mit ihnen zu konkurrenzieren, wird immer wichtiger (zit. in Flammer, 2008, S.99). Übertritt das Kind Grenzen, können Schuldgefühle entstehen (Erikson, 1968). Auch lernt es, mit der Angst vor Strafen umzugehen. Ungenügend gelöste Konflikte auf dieser Stufe können zu Übergewissenhaftigkeit, Schuldkomplexen sowie zu psychosomatischen Krankheiten führen (zit. in Flammer, 2008, S.99).

Die Autorinnen gehen mit der Betrachtung von Eva Neumann (2002) einig, welche die Theorie von Erikson als bedeutsam bewertet, da sie ein umfassendes Bild des Menschen entwirft und die Entwicklungsaufgaben in acht Stufen über den gesamten Lebenslauf beschreibt. Auch Neumann (2002) erwähnt die Bedeutung der Beziehungsqualitäten, welche nach Ansicht von Erikson das konstruktive Lösen der Entwicklungskrisen unterstützen (S.7). Neumann (2002) folgend ist gemäss Erikson

die erfolgreiche Bewältigung einer Lebenskrise eine gute Ausgangsbedingung für die jeweils nächste Entwicklungsstufe. Auf die ersten zwei Stufen bezogen bedeutet dies, dass gelingender Aufbau von Urvertrauen beim Säugling förderlich ist für den Aufbau von Autonomie in der zweiten Stufe. Überwiegt jedoch das Misstrauen in der ersten Stufe, führt dies mit grosser Wahrscheinlichkeit dazu, dass in der zweiten Stufe das Gefühl der Scham dominiert. Weiter erwähnt Neumann (2002) Erikson als Vordenker der Bindungstheorie (S.7).

Da Bindung ein zentraler Faktor für die gesunde kindliche Entwicklung darstellt, wird im nachfolgenden Unterkapitel näher darauf eingegangen. Begonnen wird mit einem kurzen historischen Abriss.

2.2 Bindung

Die Bindungstheorie gehört gemäss Karl Heinz Brisch (2009) zu den am besten fundierten Theorien über die psychische Entwicklung des Menschen (S.35). Kann Erikson als Vordenker bezeichnet werden (Eva Neumann, 2002, S.7), so gilt als eigentlicher Begründer der Bindungstheorie der Psychoanalytiker John Bowlby (Karin Grossmann und Klaus E. Grossmann, 2012, S.31). Laut Manfred Cierpka (2012) leitete Bowlby zu Beginn der 1950-er Jahre sein theoretisches Konzept aus der Psychoanalyse, der Systemtheorie und vor allem aus der Ethologie (Verhaltensforschung) ab und fasste seine ethologische Bindungstheorie in einem dreibändigen Werk zusammen. Der erste Band mit dem Titel „Bindung“ erschien 1969 (S.59).

Gemäss Karin Grossmann und Klaus E. Grossmann (2012) trägt die Bindungstheorie zur Erklärung bei, weshalb elterliche Zurückweisung und der Verlust von Bindungspersonen viele Formen emotionaler Schmerzen wie Angst, Wut und Hass und auch spätere Persönlichkeitsstörungen wie Depressionen und emotionale Entfremdung verursachen können (S.67). Darauf, dass Bindung ein wesentlicher Faktor für eine gesunde frühkindliche Entwicklung ist, weist auch die epigenetische Forschung hin. Der Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Jürgen Wettig (2012) erklärt, dass lange Zeit darüber diskutiert wurde, ob die Entwicklung des Menschen mehr durch Anlage oder durch Umwelt bestimmt wird. Heute wird von einer Multiplikation der beiden Faktoren ausgegangen. Nach neurobiologischen Erkenntnissen folgt die Gehirnarhitektur einem genetisch angelegten Bauplan. Durch frühe Erfahrungen und Lerneffekte wird die erwähnte Gehirnstruktur stark modifizierbar, so-

dass jeder Mensch, aufgrund seiner individuellen Biographie, über ein ganz persönliches neuronales Netzwerk verfügt (S.20). Die epigenetische Forschung beschäftigt sich mit der Frage, welche Umgebungsfaktoren sich auf welche Weise auf die genetische Struktur auswirken. Laut Jürgen Wettig (2012) deuten Ergebnisse darauf hin, dass frühkindliche Bindungserfahrungen bleibende Spuren hinterlassen (S.21). In seiner Definition von Bindung und Bindungstheorie sieht John Bowlby (1975) Mutter und Säugling als Teilnehmende eines Systems, welche sich wechselseitig bedingen und selbst regulieren. Innerhalb des Systems unterscheiden sich Beziehung und Bindung dadurch, dass die Bindung zwischen Mutter und Kind als Teil des komplexen Systems der Beziehung verstanden wird. Die Bindungstheorie, welche ethologisches, entwicklungspsychologisches, systemisches und psychoanalytisches Denken miteinander verbindet, befasst sich mit den grundlegenden frühen Einflüssen auf die emotionale Entwicklung des Kindes. Sie versucht, die Entstehung und Veränderung von starken, gefühlsmässigen Bindungen zwischen Individuen während des gesamten Lebenslaufes zu erklären (zit. in Karl Heinz Brisch, 2009, S.35).

John Bowlby (1975) nennt Bindung ein emotionales Band zwischen der primären Bezugsperson und dem Säugling, welches sich im ersten Lebensjahr entwickelt und primär das Überleben sicherstellt. Der Säugling sucht besonders in Stresssituationen, wie zum Beispiel wenn er sich von seiner Mutter getrennt fühlt, in unbekanntem Situationen, wenn die Anwesenheit von fremden Menschen als bedrohlich erlebt wird, bei körperlichen Schmerzen, Hunger oder Müdigkeit, die Nähe seiner Mutter. Dadurch erhofft er sich Schutz, Sicherheit und Geborgenheit. Bei der Herstellung des Kontaktes zur Mutter ist das Kind ein aktiver Interaktionspartner. Durch Blickkontakt oder durch Nachgehen und Herstellen von Körperkontakt signalisiert es seine Bedürfnisse, die befriedigt werden sollen. Um die Signale des Kindes wahrnehmen zu können, benötigt die Bezugsperson ein feinfühliges Verhalten. Nur so kann sie das Weinen des Kindes richtig interpretieren und angemessen darauf reagieren. Die Entwicklung einer sicheren Bindung hängt also davon ab, wie feinfühlig die Bezugsperson auf die Bedürfnisse des Kindes reagiert. Wenn sie die Signale des Kindes richtig interpretieren kann und zuverlässig, prompt und angemessen darauf reagiert, fördert dies eine sichere Bindung (zit. in Karl Heinz Brisch, 2009, S.34-36).

Während dem ersten Lebensjahr bildet das Kind eine Hierarchie von verschiedenen

Bezugspersonen, damit es bei drohender Gefahr und Abwesenheit der Hauptbezugsperson auf eine sekundäre Bezugsperson zurückgreifen kann. Je grösser jedoch die Angst oder der Schmerz ist, desto eindringlicher und kompromissloser wird das Kind nach seiner primären Bezugsperson verlangen (zit. in Karl Heinz Brisch, 2009, S.36-37). Ausserdem entwickelt es in den ersten zwölf Monaten aufgrund der vielen Interaktionserlebnisse mit der Bezugsperson innere Modelle des Verhaltens, sogenannte innere Arbeitsmodelle. Diese dienen ihm dazu, das Verhalten der Bezugsperson zu interpretieren und voraussehbar zu machen. Für jede Bezugsperson, Mutter, Vater, Gotte, Tante etc., werden eigenständige und unterschiedliche Arbeitsmodelle entwickelt. Mit der Zeit werden diese Arbeitsmodelle immer stabiler und es entwickeln sich daraus sogenannte Bindungsrepräsentationen, welche zu einem Teil der psychischen Struktur werden und damit zur psychischen Stabilität beitragen. Bindung und Bindungsrepräsentationen können sich im Verlaufe des Lebens durch bedeutungsvolle Bindungserfahrungen mit anderen Bezugspersonen oder durch einschneidende Erlebnisse wie Verluste und andere traumatische Erfahrungen verändern und sich in eine unsichere oder sichere Richtung der Bindung modifizieren. Mit zunehmendem Alter wird dies allerdings immer schwieriger. Deshalb sind die ersten Bindungserfahrungen der Kinder von so grosser Bedeutung und beeinflussen Beziehungen im gesamten folgenden Lebensverlauf (zit. in Karl Heinz Brisch, 1999, S.34-38).

Um die Qualität der Bindung zwischen dem Kind und der primären Bezugsperson, meist der Mutter, zu untersuchen, entwickelte Mary Ainsworth (1978) einen Fremde-Situation-Test (zit. in Hartmut Kasten, 2013, S.145). Der Test durchläuft verschiedene Phasen während denen das Kind beobachtet wird. Zuerst ist es mit der Mutter allein in einem Raum, dann kommt eine fremde Frau dazu. Später verlässt die Mutter ohne sich zu verabschieden den Raum, und das Kind ist mit der fremden Frau alleine. Anschliessend kommt die Mutter zurück und die fremde Frau verlässt den Raum. Danach verabschiedet sich die Mutter vom Kind und verlässt den Raum wieder, wobei das Kind alleine zurück bleibt. Später tritt die fremde Frau ein und versucht das Kind zu trösten, bis schlussendlich die Mutter wieder herein kommt und die fremde Frau den Raum verlässt. Anhand der Reaktionen der Kinder hat Ainsworth (1978) die Unterscheidung in folgende vier Bindungstypen gemacht:

Typ A: Vermeidende - unsichere Bindung

Das Kind ist bei der Trennung von der Mutter wenig betroffen und beschäftigt sich weiter mit den Spielsachen. Bei der Rückkehr wird die Mutter ignoriert oder nur kurz und distanziert begrüsst. Sie wird wie eine Fremde behandelt (zit. in Hartmut Kasten, 2013, S.147-148).

Typ B: Sichere Bindung

Das Kind zeigt gefühlsmässig grosse Betroffenheit und sucht die Nähe der Mutter. Es lässt sich von der Mutter rasch beruhigen und trösten, jedoch nicht von der fremden Frau. Ist die Mutter anwesend erkundet es die fremde Situation neugierig und explorativ (zit. in Hartmut Kasten, 2013, S.147-148).

Typ C: Ambivalente - unsichere Bindung

Das Kind zeigt ebenfalls eine starke gefühlsmässige Betroffenheit. Zeitgleich ist es dabei auch oft wütend. Es ist in dieser fremden Situation meist passiv und zeigt wenig Interesse an der neuen Umgebung und an den Spielsachen. Das Kind lässt sich von der Mutter nur schwer beruhigen (zit. in Hartmut Kasten, 2013, S.147-148).

Typ D: Desorganisierte - desorientierte Bindung

Das Verhalten des Kindes ist seltsam, es macht beispielsweise Grimassen oder der Körper wirkt wie erstarrt. Es verhält sich widersprüchlich, da es zwischen Nähe- und Kontaktsuche und erneutem Kontaktabbruch hin und her schwankt (zit. in Hartmut Kasten, 2013, S.147-148).

Gemäss Hartmut Kasten (2013) lassen sich anhand der Bindungsqualität Aussagen über das spätere Sozialverhalten des Kindes machen. So weisen Kinder, die als Ein- oder Zweijährige eine unsichere Bindung zeigten, in der Regel Anpassungs- und Verhaltensprobleme auf (z.B. in Kindertageseinrichtungen). Kinder die eine sichere Bindung zeigten, erweisen sich hingegen als sozial kompetent. Sie kommen mit Gleichaltrigen besser zurecht und können besser mit Konflikten und Streitigkeiten umgehen. Zudem meistern sie schwierige Situationen sicherer (S.149).

Dem Bedürfnis nach Bindung steht gemäss Bowlby (1975) das Explorationsbedürfnis des Säuglings gegenüber. Weist das Kleinkind eine sichere Bindung auf, kann

die Umwelt erkundet und die Angst während der Entfernung von der Mutter ausgehalten werden (zit. in Karl Heinz Brisch, 1999, S.38). Auch Karin Grossmann und Klaus E. Grossmann (2012) bestätigen, dass eine sichere Bindung eine wichtige Voraussetzung für das Auskundschaften der Umwelt darstellt. Unter Zuwendung, Schutz und Fürsorge erhält das Kind die Möglichkeit seine Umgebung zu entdecken (S.191). Erlebt das Kleinkind seine Bindungsperson als unterstützend, ermutigend und kooperativ, bekommt es zudem das Gefühl, etwas wert zu sein, es glaubt an die Hilfsbereitschaft der anderen und bekommt so ein positives Modell vermittelt, nach dem es künftige Beziehungen gestalten kann (S.189).

Für die kindliche Entwicklung ist nicht nur die Bindung ein zentraler Faktor, sondern auch die Resilienz. Was unter Resilienz verstanden wird und warum sie ein weiterer zentraler Faktor für die gesunde kindliche Entwicklung darstellt, wird im folgenden Unterkapitel erklärt.

2.3 Resilienz

Mit dem Begriff Resilienz bezeichnet Corina Wustmann (2004) die Fähigkeit einer Person oder eines Systems, mit schwierigen Lebenssituationen umgehen zu können, nicht unterzugehen und nicht an ihnen zu zerbrechen. Sie definiert den Begriff folgendermassen: „Resilienz meint eine psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“ (S.18). Die Resilienzforschung fragt danach, welche Fähigkeiten und Eigenschaften dazu führen, dass sich Kinder und Jugendliche trotz vorliegenden Risikofaktoren erstaunlich positiv und gesund entwickeln (Wustmann, 2004, S.26). Wustmann (2009) weist darauf hin, dass die Entwicklung von Resilienz nicht trainierbar, sondern vielmehr auf verlässliche Beziehungsangebote und Erfahrung von Selbstwirksamkeit im Lebensalltag aufbaut. Für eine gesunde Entwicklung in widrigen Lebensumständen benötigt das Kind in erster Linie Erwachsene, die sich für seine Bedürfnisse, Fragen und Wünsche interessieren (S.71).

Nach Wustmann (2009) wurde die Widerstandskraft in der kindlichen Entwicklung lange Zeit praktisch ausgeblendet. Erst in den 1980er Jahren führte die Erkenntnis, dass einige Kinder die schwierigen Lebensumstände gut meistern, zu einem verstärkten Forschungsinteresse. Insbesondere lag dieses darin, die individuell verschiedenen Entwicklungsverläufe von Kindern detailliert zu ergründen und vor allem

die personalen und sozialen Ressourcen zu untersuchen (S.71). Alle Studien zeigen bisher eindrücklich, dass das Vorhandensein mindestens einer stabilen, zugewandten und verlässlichen Bezugsperson, welche Sicherheit und Vertrauen fördert, für die Entwicklung der psychischen Widerstandskraft wesentlich ist. Kein Kind ist demnach von Geburt an resilient. Vielmehr sind Beziehungserfahrungen für die Entwicklung von Resilienz wesentlich (S.71).

Emmy Werner (2011) konnte dies in ihrer Kauai Längsschnittstudie nachweisen. Sie erforschte über Jahre den Einfluss einer Vielzahl von biologischen und psychosozialen Risikofaktoren, von belastenden Lebensereignissen, aber auch von protektiven Faktoren auf die Entwicklung von 698 Kindern, welche auf der Insel Kauai des Hawaii-Archipels im Jahre 1955 geboren wurden (S.33). Die Studie zeigt auf, dass das Phänomen der Resilienz auf reziproken Faktoren des Kindes, seiner Familie und auch seines weiteren sozialen Umfelds beruht. Die schützenden Faktoren liegen also im Kind selber, in seinen Temperamenteigenschaften, jedoch auch in der Familie und im erweiterten sozialen Umfeld. Kann das Kind eine stabile Beziehung zu einer Person entwickeln, hat dies eine schützende Wirkung. Die Studie belegt, dass diese Person der Familie entstammen oder sich auch im weiteren sozialen Umfeld (fürsorgliche Nachbarn, Eltern von Freunden, Lieblingslehrer etc.) finden kann (S.37-42). Auch Suniya S. Luthar und Dante Cicchetti (2000) legen den Fokus auf die Bewältigung von Risikobedingungen und -situationen. Sie sehen in den schwerwiegenden Lebensbedingungen und -ereignissen nicht nur Anpassungs- und Bewältigungsprobleme, sondern durch Zuwachs an Fähigkeiten und Fertigkeiten auch Chancen auf eine neue Lebensgestaltung und persönliche Weiterentwicklung. Damit ist das Konzept der Resilienz nicht defizitorientiert, sondern richtet sich hin zu den Fähigkeiten, Potentialen und Ressourcen des einzelnen Kindes. Probleme werden dabei nicht ignoriert oder unterschätzt. Vielmehr wird danach gefragt, was das Kind grundsätzlich stärkt, welchen individuellen Umgang das Kind mit Stress beziehungsweise mit Stressbewältigung hat und wie seine Bewältigungskapazitäten aufgebaut und gefördert werden können (zit. in Corina Wustmann, 2009, S.68). Luthar und Cicchetti (2000) betonen dabei, dass Kinder hierzu auf massgebliche Hilfe und Unterstützung durch andere angewiesen sind, da sie viel stärker von ihrer Lebensumwelt abhängig sind als Erwachsene (zit. in Wustmann, 2009, S.69). Durch die Erkenntnisse der Resilienzforschung, die aufzeigt, dass eine gesunde Entwicklung

trotz hohen Risikobelastungen möglich ist, werden Perspektiven weg vom Defizit-Ansatz hin zum ressourcenorientierten Ansatz eröffnet (Wustmann, 2009, S.71).

Für die Autorenschaft stellen die in Kapitel 2 erwähnten Entwicklungsstufen, sowie Bindung und Resilienz, wichtige Faktoren für eine gesunde Entwicklung des Kindes dar. Wie sich gezeigt hat, beeinflusst die Interaktion des Kindes mit dem nahen sozialen Umfeld, normalerweise den Eltern, die Entwicklung stark mit. Urs Fuhrer (2009) fügt dem an, dass weder die Anlage noch die Umwelt für sich alleine genommen Ursache für die Entwicklung eines Menschen sind (S.67-68). Das familiäre Umfeld, insbesondere das elterliche Erziehungsverhalten, hat gemäss Fuhrer (2009) einen grossen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes (S.199-200).

Die vorangegangenen Hinweise auf den Zusammenhang zwischen dem elterlichen Erziehungsverhalten und der kindlichen Entwicklung, nehmen die Autorinnen zum Anlass, nun näher auf die kindlichen Bedürfnisse einzugehen und die elterlichen Erziehungskompetenzen näher zu erläutern.

2.4 Kindliche Grundbedürfnisse und elterliche Erziehungskompetenzen

Die elementaren Grundbedürfnisse von Kindern für eine gesunde psychische Entwicklung betreffen gemäss Urs Fuhrer (2009) sowohl Erfahrungen als auch bestimmte Formen der Fürsorge und Betreuung. Fuhrer (2009) definiert fünf Grundbedürfnisse (S.191-207):

- Das Bedürfnis nach Geborgenheit und beständigen liebevollen Beziehungen
- Das Bedürfnis nach Unversehrtheit, Sicherheit und Regulation
- Das Bedürfnis nach individuell zugeschnittenen Erfahrungen
- Das Bedürfnis nach entwicklungsgerechten Erfahrungen
- Das Bedürfnis nach Grenzen und Strukturen

In der folgenden Tabelle werden die 5 Grundbedürfnisse erläutert, und es wird aufgezeigt, welche Folgen entstehen, wenn diese nicht oder ungenügend befriedigt werden.

Das Bedürfnis nach Geborgenheit und beständigen liebevollen Beziehungen

Körperkontakt, Streicheln, Körperwärme und Körpergeruch geben dem Kind ein Gefühl von Geborgenheit und Zuwendung. Dazu benötigt es eine verlässliche Bezugsperson, welche seine Bedürfnisse angemessen befriedigt, wenn es Schutz und Zuwendung braucht. Weitere zentrale Faktoren, die zur Geborgenheit beitragen, sind die Nähe vertrauter Personen und die Beständigkeit liebevoller Beziehungen. Soziale Beziehungen sind das Fundament für die kognitive, emotionale und moralische Entwicklung. Das Kind lernt durch die reziproken Interaktionen mit den Bezugspersonen, dass es etwas bewirken kann und dass daraufhin etwas passiert. Es beginnt von sich aus aktiv zu werden. Dies fördert das zielgerichtete und kausale Denken.

Die nachteilige Wirkung eines Mangels an Zuwendung und Geborgenheit beeinflusst die gesamte kindliche Entwicklung. Das Wohlbefinden des Kindes ist gestört, und es zeigen sich negative Auswirkungen auf das Erkundungs-, Sozial-, und Lernverhalten. Erlebt das Kind keine verlässlichen, liebevollen Beziehungen, vermag es später kaum Gefühle zu empfinden, da es selber diese nie erfahren hat.

Das Bedürfnis nach Unversehrtheit, Sicherheit und Regulation

Für die körperliche Unversehrtheit und Sicherheit des sehr kleinen Kindes sind alleine die Eltern verantwortlich. Bereits in der Schwangerschaft können verschiedenen Faktoren zu einer Beeinträchtigung der gesunden Entwicklung des Fötus führen: Alkohol, Tabak, Drogen und andere Giftstoffe sind Risikofaktoren, welche sich auf die gesunde Entwicklung des zentralen Nervensystems auswirken. Aber auch belastende Lebenssituationen der werdenden Mutter wirken auf den Fötus ein. Der durch den Stress bedingte erhöhte Cortisolspiegel wirkt negativ auf das sich entwickelnde Zentralnervensystem. Davon betroffene Kinder kommen mit Untergewicht zur Welt, weisen körperliche Beeinträchtigungen, Lernschwierigkeiten und emotionale sowie soziale Probleme auf. Studien belegen, dass Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter bei familiären Problemen wie chronischen Konflikten oder Gewalt entweder einen erhöhten Cortisolspiegel aufweisen oder aber einen ungewöhnlich niedrigen mit zeitweilig erhöhten Spitzenwerten. Die Auswirkungen des dauerhaft erhöhten Cortisolspiegels können Angst und Rückzug sein, während der zu tiefe Cortisolspiegel eher mit dissozialem und delinquentem Verhalten in Zusammenhang steht. Dante Cicchetti und Tyrone D. Cannon (1999) weisen da-

rauf hin, dass frühe negative Erfahrungen wie Misshandlungen und Vernachlässigungen die Struktur, die Funktion und die Organisation des Gehirns beeinflussen (zit. in Urs Fuhrer, 2009, S.197).

Das Bedürfnis nach individuell zugeschnittenen Erfahrungen

Jedes Kind hat seine individuellen Besonderheiten. Seine Verhaltensweisen sind unterschiedlich und erfordern von den Eltern individuelle, den kindlichen Bedürfnissen angepasste Zuwendungen. Folgt man den Forschungsergebnissen, wonach Anlage und Umwelt die Entwicklung des Individuums gleichermaßen beeinflussen, wird davon ausgegangen, dass je besser es den Eltern gelingt, den Kindern Erfahrungen zu vermitteln, die ihren spezifischen Eigenschaften entgegenkommen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich positiv entwickeln. Orientiert sich die Erziehungsform an den spezifischen Neigungen und Verhaltensweisen des Kindes, kann dieses seine individuellen Stärken entwickeln.

Das Bedürfnis nach entwicklungsgerechten Erfahrungen

Im Verlaufe ihrer Entwicklung haben Kinder eine Vielzahl von Entwicklungsaufgaben zu bewältigen (vgl. Kapitel 2.1). Die Zeit, welche Kinder zur Bewältigung wichtiger Entwicklungsschritte benötigen ist individuell sehr unterschiedlich. Viele Eltern spüren intuitiv, auf welche grundlegenden Erfahrungen es ankommt, welche Erfahrungen das Kind bewältigt hat und wo es Unterstützung und Förderung braucht. Allerdings ist es erforderlich, ihm die individuell benötigte Zeit zu lassen. Wird es angetrieben, die Entwicklungsaufgaben schneller zu schaffen, kann die Entwicklung gehemmt werden und die Grundlagen bleiben instabil.

Das Bedürfnis nach Grenzen und Strukturen

Kinder brauchen Grenzen, Struktur und Anleitung, darüber sind sich die Fachleute einig. Doch beantworten sie die Frage, wie diesem Bedürfnis am besten nachzukommen sei, unterschiedlich. Die Methoden reichen von "dem Kind immer alles ganz genau erklären" bis "von aller frühester Kindheit an sich an unverrückbaren Normen und Regeln halten und Disziplin, Struktur und Respekt muss immer im Vordergrund stehen". Unbestritten ist, dass Kinder lernen müssen, Grenzen zu respektieren, denn die zu Hause erlernten Regeln müssen auch in der Schule, im Freundeskreis und in sozialen Gruppen befolgt werden. Das Kind lernt durch die gesetzten Grenzen, woran es ist, was von ihm erwartet wird. Dadurch bekommt es einen sicheren Orientierungsrahmen für sein eigenes Verhalten. Eltern, die klare Grenzen setzen, sind berechenbar, das Kind kann sich auf sie verlassen. Kinder, die zu früh zu viele Freiheiten erhalten, sind oftmals orientierungslos.

Tabelle 1: Die 5 Grundbedürfnisse eines Kinders für die gesunde psychische Entwicklung, (eigene Darstellung, in Anlehnung an Urs Fuhrer, 2009, S.191-207).

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, über welche konkreten Erziehungskompetenzen die Eltern verfügen sollten, um die positive kindliche Entwicklung zu begünstigen.

Aus unterschiedlichen Studien und Konzepten zur Erziehungskompetenz haben Ulrike Petermann und Franz Petermann (2006) sechs Komponenten der Erziehungskompetenz abgeleitet. Diese reichen von konkreten Fertigkeiten im Alltag und in verschiedenen Erziehungssituationen bis hin zu emotionalen Fähigkeiten. Ausserdem wurden den Komponenten bestimmte Merkmale zugeordnet (S.1-8), die nun nachfolgend tabellarisch dargestellt werden:

Komponenten der Erziehungskompetenz	Merkmale
Beziehungsfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Empathie und Perspektivenübernahme • Positive Gefühle zeigen • Ausdrücken von Zuneigung und Liebe • Geborgenheit und Schutz vermitteln • Fürsorglich sein • Zuverlässig sein
Kommunikationsfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Zuhören • Miteinander reden und erzählen • Beobachten • Angemessen auffordern • Angemessen verbal und nonverbal reagieren
Fähigkeiten der Grenzsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Absprachen treffen • Eindeutige Regeln setzen • Konsequenzen realisieren und konsequent sein • Positive und negative Verstärkung bei unangemessenem Kindsverhalten meiden
Förderfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung und Ermutigung • Bekräftigung und positive Verstärkung • Anforderungen setzen • Aufgaben und Verantwortung übertragen

Vorbildfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstdisziplin zeigen • Eigenes Handeln reflektieren • Selbstkontrolle bei negativen Emotionen zeigen • Impulskontrolle zeigen
Fähigkeit zum Alltagsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgung und Pflege • Organisation des Haushalts, des Familienlebens und des Alltags • Struktur im Alltag und familiäre Rituale

Tabelle 2: Komponenten der Erziehungskompetenz, (veränderte Darstellung nach Petermann und Petermann, 2006, S.1-8).

Als Risikofaktor bei den Erziehungskompetenzen und der Erfüllung der Grundbedürfnisse von Kindern zählt ein ungünstiger Erziehungsstil. Albert Lenz, Ulla Riesberg, Birgit Rothenberg und Christiane Sprung (2010) nennen als ungünstige Erziehungsverhalten strenge und strafende Massnahmen, unberechenbares Belohnungs- und Bestrafungsverhalten, widersprüchliche oder nicht nachvollziehbare Anweisungen und Regeln, elterliche Uneinigkeit im alltäglichen Erziehungsverhalten und mangelnde Wärme und mangelndes Einfühlungsvermögen der Eltern gegenüber dem Kind (S.100-101). Die Folgen von falschem Erziehungsverhalten können nach Gerhard Krause (2007) sein: Verhaltensauffälligkeiten, soziale Anpassungsprobleme, mangelnde Konzentrationsfähigkeit und Lernbereitschaft, seelische Probleme und delinquentes Verhalten (zit. in Lenz et al., 2010, S.101).

2.5 Fazit

Mit Hilfe des Risiko- und Schutzfaktorenmodells fügen die Autorinnen hier ein Fazit ein. Zum Verständnis wird dieses Modell zuerst erläutert. Aus Autorinnensicht zeigt das Modell auf, welche Entwicklungsrisiken für Kinder aus alkoholsuchtbelasteten Familien bestehen, in welchen Bereichen also die gesunde Entwicklung gefährdet ist. Weiter werden die Autorinnen erörtern, welche Schutzfaktoren vorhanden sein oder wie diese gestärkt werden können.

Wie bereits im Kapitel Bindung gesagt wurde, zeigt nach Martin Zobel (2006) auch das Modell der Risiko- und Schutzfaktoren auf, dass die kindliche Entwicklung von der Interaktion zwischen biologischen Bedingungen, Persönlichkeitsmerkmalen des Kindes und Umwelteinflüssen (S.7) abhängt. Dies bestätigen Ulrike Petermann und

Franz Petermann (2005). Sie erklären, dass bei diesem Modell auf drei Ebenen gewisse Faktoren auf das Kind einwirken, nämlich auf der kind-, der familien- und der umgebungsbezogenen Ebene (S.39).

Gemäss Petermann und Petermann (2005) können Risikofaktoren eines Kindes als kindliche Vulnerabilität (Verletzlichkeit) bezeichnet werden. Die Vulnerabilität beschreibt die Empfindlichkeit eines Kindes für Risikofaktoren aus der Umwelt. Sie setzt sich zusammen aus den kindbezogenen Faktoren wie der genetischen Veranlagung und Merkmalen wie Aktivitätsniveau, Aufmerksamkeit und Intelligenz. Risikofaktoren aus der Umgebung hingegen werden als Stressoren bezeichnet. Hierbei handelt es sich grösstenteils um sozioökonomische Faktoren sowie familiäre Belastungen. Auch die Schutzfaktoren lassen sich unterteilen in kindbezogene und familiäre/soziale Faktoren. So beeinflussen ein günstiges Temperament, eine enge Beziehung zu einer Bezugsperson, eine gesunde Beziehung zwischen den Eltern, Selbstwirksamkeit beim Bewältigen von Belastungen, Problemlösungsfähigkeit oder die Stresstoleranz als allgemeine Schutzfaktoren die Entwicklung positiv. Schutzfaktoren, die im Kind angelegt sind, also personelle Faktoren können, so Petermann und Petermann (2005), auch als Resilienz bezeichnet werden (S.39). Auch sie (vgl. Kp. 2.3) beschreiben Resilienz als die Widerstandskraft gegen Risikofaktoren. Allgemein gilt, dass je mehr Schutzfaktoren bei einem Kind vorhanden sind, desto eher werden Risikofaktoren gemildert und haben damit eine weniger gravierende Einwirkung auf die Entwicklung (S.39-40).

Zum besseren Verständnis werden die Risiko- und Schutzfaktoren der kindlichen Entwicklung auf der folgenden Seite bildlich dargestellt. Danach werden die Risikofaktoren für Kinder aus alkoholsuchtbetroffenen Familien erläutert und Schutzfaktoren aufgeführt, welche für eine gesunde Entwicklung förderlich sind.

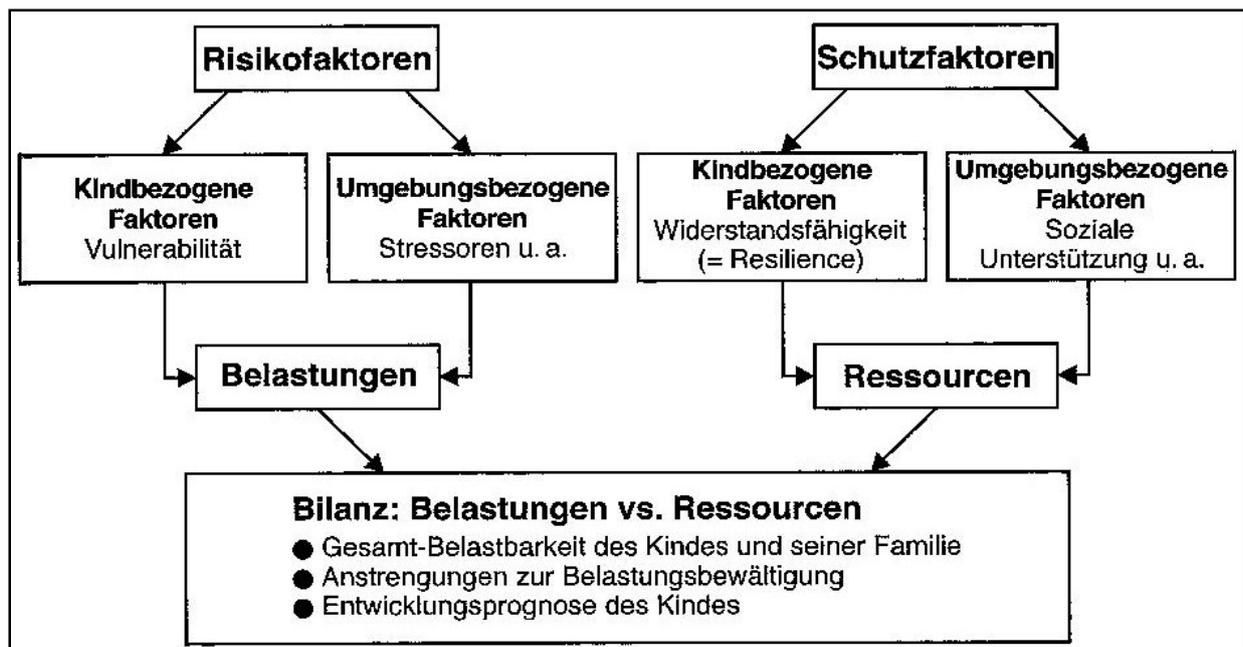


Abbildung 2 Risiko- und Schutzfaktoren nach Franz Petermann (2000, S. 15)

Susanne Jordan (2010) beschreibt die Schwierigkeiten in suchtkranken Familien mit Desorganisation, Unberechenbarkeit, Willkür, Instabilität, Konflikten, Disharmonie, emotionaler Widersprüchlichkeit und Tabus (S.340). Nach Jordan (2010) haben Kinder mit substanzabhängigen Eltern bereits in der Kindheit ein erhöhtes Risiko, externalisierende oder internalisierende Störungen zu entwickeln. Hierzu erwähnt sie dissoziales Verhalten, emotionale Probleme, Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörungen, mangelnde Schulleistungen und soziale Isolation. Sie weist auch darauf hin, dass Kinder aus Familien mit einer Alkoholsuchtproblematik ein dreifach erhöhtes Risiko haben, später selbst eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln. Ein zweites Drittel weist Symptome einer externalistischen oder internalistischen Störung auf. Entscheidend hierfür ist das Ausmaß, inwieweit die Kinder dem Alkoholmissbrauch der Eltern ausgesetzt sind (S.340-341).

Susanne Jordan (2010) weist auf das Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren hin. Sie betont die Heterogenität der Kinder aus suchtblasteten Elternhäusern. Demnach sind es auch unterschiedliche Risiko- und Schutzfaktoren, die jeweils zum Tragen kommen oder negativ auf das Kind einwirken. Kindbezogene Faktoren können hier vor allem die genetische Disposition sein, die mehr oder weniger geschädigt ist durch den Alkoholeinfluss im Mutterleib und schwieriges oder impulsives Temperament des Kindes. Gerade bei den umgebungsbezogenen Faktoren sind Kin-

der mit problematisch trinkenden Eltern weit mehr gefährdet. So gelten Auswirkungen des Alkoholkonsums wie z.B. Stimmungsschwankungen des trinkenden Elternteils sowie familiäre Auswirkungen des Konsums, der sich oft in Ehekonflikten und ökonomischen Schwierigkeiten äussert, als Standard. Weiter zählen zu den Risikofaktoren der Modellerneffekt, eine instabile oder unzuverlässige Familienatmosphäre, wenig emotionale Bindung, ungenügende Unterstützung und Kontrolle, elterliche Co-Abhängigkeit, sowie Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Übergriff. Die Schutzfaktoren von Kindern aus alkoholsuchtbelasteten Familien hingegen finden sich im Kind selber. Eine positive Lebenseinstellung, angemessene Bewältigungsstrategien, die geringe Erwartung von positiven Auswirkungen des Alkoholkonsums, soziale Kompetenzen und die Entwicklung von Resilienz sind Schutzfaktoren, die eine gesunde kindliche Entwicklung fördern. Innerhalb des sozialen Umfeldes können umgebungsbezogene Schutzfaktoren förderlich sein: Die Einhaltung familiärer Rituale, eine solide emotionale Beziehung zum nicht abhängigen Elternteil oder zu anderen Erwachsenen, ein kleines Ausmass der Aussetzung des Alkoholkonsums und wenig Exposition gegenüber elterlichen Konflikten (S.342).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die kindbezogenen Risikofaktoren individuell vorhanden sind. Die genetische Disposition kann geschädigt sein oder aber praktisch intakt. Anderweitige Faktoren im Kind, wie zum Beispiel eine Hyperaktivität oder eine Aufmerksamkeitsstörung, beruhen auf vorgegebenen Auffälligkeiten und können durch die Erziehung und die Kompetenzen der Eltern/Erziehungsberechtigten beeinflusst werden. Ob diese Erziehungsfähigkeit vorhanden ist, hängt stark von den Eltern ab, dem Bildungsstand, der eigenen Lebensgeschichte und eigenen Erziehungserfahrungen, dem Grad der Alkoholabhängigkeit usw. Die Autorinnen gehen aber davon aus, dass die umgebungsbezogenen Stressoren in alkoholbelasteten Familiensystem relativ hoch sind und diese die Kind bezogenen Faktoren negativ beeinflussen. Es geht in diesen Familien deshalb darum, möglichst den Fokus auf die Schutzfaktoren zu legen. Resilienz und umgebungsbezogene Schutzfaktoren zu stärken gelingt aus Sicht der Autorinnen dann, wenn ein tragendes Umfeld vorhanden ist, das bereit ist, Unterstützung zu bieten, und wenn die Familie als System professionelle familienergänzende und familienunterstützende Angebote nutzen kann. Diese können aus der Stärkung der Erziehungskompetenzen, aus einer geregelten Tagesstruktur durch ausserfamiliäre Betreuung, aus Ent-

lastungsangeboten für den nichtabhängigen Elternteil und aus Information und Aufklärung der Kinder über das Krankheitsbild des abhängigen Elternteils bestehen. Alle diese Angebote sind Teil der Frühen Förderung, die gemäss Martin Hafen (2012) zur Aufgabe hat, Massnahmen im Sozial- und Gesundheitsbereich bereitzustellen, die Kinder und deren Familien ressourcenorientiert und ermächtigend zu unterstützen und befähigen (S.10).

Auf die Frühe Förderung wird nun im nachfolgenden Kapitel vertieft eingegangen, um aufzuzeigen, welche Möglichkeiten sie nutzt um Eltern und Kinder zu stärken.

3 Frühe Förderung

Die theoretische Aufarbeitung dieser Arbeit befasste sich bisher mit der kindlichen Entwicklung, Bindung, Resilienz, den kindlichen Grundbedürfnissen und den Erziehungsaufgaben und -kompetenzen, die Eltern mitbringen sollten. Im Fazit wurden dann die Theoriebezüge auf die Situation von Kindern aus alkoholsuchtbelasteten Familien adaptiert und zusammenfassend im Modell der Risiko- und Schutzfaktoren aufgezeigt, welche Risiken sich für diese Kinder in der Entwicklung bergen. Da es darum geht, Risikofaktoren abzuschwächen und Schutzfaktoren zu stärken, betrachten die Autorinnen es als Möglichkeit, dies in Form von Angeboten der Frühen Förderung zur Verfügung zu stellen. Im folgenden Kapitel wird nun erklärt, was die Frühe Förderung ist, welche Massnahmen und welches Potential sie beinhaltet.

3.1 Definition von Früher Förderung

Der Begriff Frühe Förderung ist in der Schweiz nicht allgemein gültig definiert. Viele Begriffe wie Frühe Förderung, Frühe Hilfen, Frühförderung und frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung werden zum Teil unterschiedlich verwendet (Eliane Fischer, Stefanie Knocks und Miriam Wetter, 2012, S.3). Martin Hafen (2012) definiert die Frühe Förderung in seinem Bericht „Better together – Prävention durch Frühe Förderung“ so, dass sie alle Massnahmen im Sozial- und Gesundheitsbereich umfasst, die Kinder und deren Familien ressourcenorientiert und ermächtigend unterstützen und befähigen. Dies können Massnahmen auf individueller, sozialer und struktureller Ebene sein. Martin Hafen (2010) erklärt folgendermassen, worum es in der Frühen Förderung geht:

Bei diesen und anderen Angeboten geht es zusammengefasst um vier Themenbereiche: Erstens um infrastrukturelle Rahmenbedingungen (Finanzen, Wohnen, Arbeiten etc.), zweitens um Unterstützung beim Aufziehen der Kinder (formelle, nicht formelle und informelle Bildung, Beratung, Förderangebote, medizinische Betreuung etc.), drittens um die Entlastung der Familie bei der Kinderbetreuung durch familienexterne (private und professionelle) Kinderbetreuung und viertens um Vernetzungsmöglichkeiten, welche die

Isolation der Familien aufbrechen und diesen Kontakt- und Austauschmöglichkeiten bieten. (S.10)

Weiter erklärt Hafén (2011), dass die Angebote der Frühen Förderung Kinder aus allen Schichten, aber vor allem Kinder und Familien aus benachteiligten sozio-ökonomischen Verhältnissen, von Geburt an bei der Verwirklichung der Chancengleichheit unterstützt. Auch aus präventiver Perspektive hat die Frühe Förderung grosse Bedeutung, da sie Risikofaktoren verkleinert und Schutzfaktoren stärkt (S.16-17).

Frühe Förderung beginnt bereits während der Schwangerschaft und endet mit dem Eintritt des Kindes in die schulischen Regelstrukturen, so Hafén (2011). Sie grenzt sich insofern von Frühförderung ab, da diese bei Kindern im Vorschulalter eingesetzt wird, um bereits erkannten Entwicklungsrückständen oder problematischen Auffälligkeiten zu begegnen. Demnach gehören zur Frühförderung alle Massnahmen, die sprachliche oder motorische Defizite bei Kindern durch heilpädagogisches oder sonderpädagogisches Fachpersonal verkleinern helfen. Ebenfalls gehören auch alle Angebote der Hochbegabtenförderung dazu (S.9-11).

3.2 Der präventive Aspekt Früher Förderung

Die Verortung von Früher Förderung, so Hafén (2012), passt zur Interventionsform der Prävention. Diese benennt Entlastungs- und Risikofaktoren, die relevant sind für das Entstehen von späteren Problemen, wie z.B. einer Suchterkrankung oder Arbeitslosigkeit. Risikogruppen oder Personen mit entsprechendem Risikoverhalten werden definiert. Mit gezielten Interventionen versucht die Prävention dann, die Schutzfaktoren zu stärken oder die Belastungsfaktoren zu senken, um damit die Entstehung des vordefinierten Phänomens zu verhindern. Frühe Förderung ist nicht eine spezifische präventive Massnahme, wirkt aber dennoch präventiv auf diverse spätere unerwünschte Probleme wie z.B. gesundheitliche und psychische Erkrankungen. Die meisten Massnahmen der Frühen Förderung können gemäss dieser Beschreibung der Prävention zugerechnet werden, da sie gleichermassen versuchen, Belastungsfaktoren zu verkleinern und Schutzfaktoren zu verstärken, um einem Kind eine gesunde Entwicklung auf physischer, psychischer und sozialer Ebene zu ermöglichen (S.12-14).

Hafen (2007) unterscheidet in seiner Präventionstheorie Verhaltens- und Verhältnisprävention, auch Individuums- und settingorientierte Prävention genannt. Bei der Verhaltensprävention wird versucht, mit einer Intervention das Verhalten eines Individuums zu verändern und so die vordefinierte Gefährdung abzuwenden. Bei der Verhältnisprävention dagegen handelt es sich um die Umwelt, die mittels Intervention verändert werden soll. Dabei soll die Veränderung Belastungsfaktoren reduzieren und das prognostizierte Problem verhindert werden (S.161–166). Im Konzept „Frühe Förderung im Kanton Bern“ (2012) steht, dass sich die ressourcenorientierte und präventive Fokussierung der Frühen Förderung ausserdem an drei Unterteilungen der Prävention, an die primäre, sekundäre und tertiäre anlehnt. Diese werden wie folgt beschrieben:

- Die primäre Prävention will strukturell bedingte Ursachen einer sozialen Gefährdung beseitigen, beispielsweise in Form der Förderung der sozialen Integration in Kindertagesstätten.
- Die sekundäre Prävention möchte kritische Lebenssituationen und damit verbundene Risiken frühzeitig erkennen und behandeln und eine Senkung von negativen Entwicklungen bewirken. Dies kann zum Beispiel im Rahmen des Hausbesuchsprogramms schrittweise (ein Spiel- und Lernprogramm für sozial benachteiligte und bildungsferne Familien mit eineinhalb bis vierjährigen Kindern) geschehen.
- Die tertiäre Prävention will erkannte Risiken reduzieren, beispielsweise indem der heilpädagogische Früherziehungsdienst ein Kind über eine längere Zeit im privaten Umfeld begleitet und gezielt mit ihm arbeitet.

(zit. in Konzept Frühe Förderung im Kanton Bern, 2012, S. 15)

In Bezug auf die Frühe Förderung beziehen sich die Massnahmen der Primärprävention generell auf Ressourcenstärkung. Sie zielen darauf ab, strukturelle Rahmenbedingungen zu verbessern und so eine Gefährdung von Vorschulkindern zu reduzieren. Sekundärprävention in der Frühen Förderung geschieht dort, wo Problemlagen und –situationen bei Kindern frühzeitig erkannt und erfasst werden. Es geht also darum, Risikosignale zu erkennen und zu beachten. Zuletzt wird in der tertiären Prävention versucht, mit spezifischen Massnahmen Unterstützung in kritischen Situationen zu leisten und Hilfen zu bieten, um Überforderungen zu überstehen und eine Schädigung so gering wie möglich zu halten (S.8-9).

3.3 Legitimation der Frühen Förderung

Beide präventiven Ansätze, sowohl die Verhaltens- als auch die Verhältnisprävention, richten sich laut Hafén (2007) an soziale Systeme. Gemäss Hafén (2007) ist ein soziales System eine Familie, eine Einzelperson, eine Unternehmung mit seinen Mitarbeitenden und vieles mehr. Das soziale System zieht zwischen sich und seiner Umwelt eine individuelle Grenze und lässt sich an eigenständig funktionierenden Strukturen erkennen. Jedes System ist auf seine Umwelt angewiesen und lebt mit dieser in einer Wechselwirkung. Um sich am Leben zu erhalten reproduziert sich das System jeweils selbst und verhilft dem anderen System dadurch auch zum Überleben. Systeme helfen einander in dieser Form gegenseitig. Gerade bei präventiven Interventionen in sozialen Systemen ist diese Autopoiese zu berücksichtigen, da je nach System auf angestrebte Veränderung anders reagiert wird. Es ist also möglich, dass in einem System präventive Massnahmen greifen und ein Lernprozess stattfindet, in einem anderen aber die gleichen Interventionen nichts bewirken und abgewiesen werden (S.19-22). Niklas Luhmann (1997) beschreibt das System Familie weiter als Funktionssystem, in dem jedes Familienmitglied ein Subsystem darstellt und für präventive Interventionen separat adressierbar ist. Heutige Familiensysteme zeichnen sich dadurch aus, dass sie auf einer Liebesbeziehung basieren und weniger die finanziellen Verhältnisse für die Familiengründung entscheidend sind (zit. in Hafén, 2007, S.47-48). Dies bewirkt, dass familiäre Zugehörigkeit nicht mehr wie früher über Inklusion und Exklusion in der Gesellschaft (Hafén, 2007) entscheidet. Heutzutage sind die Strukturen aufgeweicht und Beziehungen sowie die Netzwerkzugehörigkeit offener. Neben psychosozialer Verbesserung und Entwicklungsmöglichkeiten ermöglicht die Prävention den Familien eine Inklusionsmöglichkeit. Dadurch, dass vor allem für Kinder die Familie die erste unmittelbare Umwelt darstellt und diese für die kindliche Entwicklung von grosser Bedeutung ist, werden unterstützende Interventionen durch Fachpersonen im präventiven Bereich der Frühen Förderung legitimiert. Dies vor allem bei Familien, die über einen niedrigeren sozioökonomischen Status verfügen, so dass deren Kinder durch fachliche Interventionen in der Verwirklichung der Chancengleichheit unterstützt werden (Hafén, 2007, S.47-49).

3.4 Angebotslandschaft der Frühen Förderung

Es wurde aufgezeigt, dass Frühe Förderung Familien und Kinder im Allgemeinen und im Besonderen solche aus belastenden Verhältnissen, unterstützen soll, damit sie

sich gesund entwickeln. Die folgende Darstellung zeigt, mit welchen Massnahmen und Angeboten die Frühe Förderung handelt. Dabei wird unterschieden, welche Massnahmen für alle Kinder und Familien beansprucht werden können und welche Unterstützungsleistungen im Besonderen für eine Zielgruppe mit vorbestimmten Risikomerkmale gedacht sind.

	In der Kernfamilie	Familienunterstützend	Familienergänzend	Familienextern
Allgemeine Frühe Förderung	Frühe Förderung, die innerhalb der Kernfamilie stattfindet	Hebammen, Kinderärzte, Mütter- und Väterberatung, Erziehungsberatung, Elternbildungskurse, usw.	Familienergänzende Kinderbetreuung, z.B. Kindertagesstätte, Tagesfamilien, Spielgruppen	Familienexterne Betreuung (z.B. in Kinderheimen), wenn sie in der Familie, insbesondere aus gesundheitlichen Gründen des Kindes (z.B. Behinderung), nicht innerhalb der Familie möglich ist.
Besondere Frühe Förderung (für Zielgruppen mit bestimmten Risiken)		Heilpädagogische Früherziehung, Logopädie im Vorschulalter, Low-Vision-Früherziehung, Deutsch als Zweitsprache (DaZ), div. Pilotprojekte: z.B, Hausbesuchsprogramm schrittweise, usw.	Sprachspielgruppen usw.	

Abbildung 3 Schematische Darstellung der Definition Frühe Förderung (http://www.gef.be.ch/gef/de/index/familie/familie/fruehe_foerderung)

3.5 Frühe Förderung im Kinderschutz

Die oben aufgeführte graphische Darstellung wird im Konzept „Frühe Förderung im Kanton Bern“ (2012) mit Massnahmen des Kinderschutzes ergänzt. Kinderschutz stellt mit Hilfe von Massnahmen die physische, psychische und sexuelle Integrität

und Gesundheit von Kindern sicher. Er unterscheidet sich von der Frühen Förderung darin, dass die Massnahmen zum Schutz des Kindes und nicht zur Förderung der gesunden Entwicklung beigezogen werden, sie aber identisch sein können (z.B. familienergänzende Betreuung in einer Kindertagesstätte) (S.6). Bestätigt wird die Verbindung von Früher Förderung und Massnahmen im Bereich Kinderschutz auch von Vreny Schaller-Peter (2008). Sie sagt, dass Familien grosse Belastungen über eine gewisse Zeit aushalten, ohne dass die Kinder gefährdet sind. Gibt es dann aber Veränderungen, wie das Wegfallen von finanziellen Sicherheiten, wie Krankheiten oder auch Veränderungen im sozialen Netzwerk, kann das Familiensystem dadurch geschädigt werden und eine Kindeswohlgefährdung durch Überforderung der Eltern auftreten. Vernachlässigung und Kindesmisshandlungen sind dabei die Auswirkungen einer belastenden und lang bestehenden Abwärtsspirale und enden oft in einem Obhutsentzug. Bei Kindsvernachlässigung ist bei über der Hälfte der betroffenen Familien die Ursache eine Suchtproblematik, eine psychische Erkrankung der Eltern oder eine Armutssituation. Eltern in solchen erschwerten Lebenssituationen sind nicht generell bei der Erziehung überfordert. Es bedarf aber in gewissen Zeiten unterstützende, ergänzende und ersetzende Massnahmen, um einem Obhutsentzug entgegenzuwirken und die Kindeswohlgefährdung zu verhindern. Es ist keine Frage, dass in akuter Gefährdungssituation zuerst das Schutzbedürfnis des Kindes sichergestellt wird und eine gesunde Entwicklung in körperlicher, geistiger, seelischer und sozialer Hinsicht möglich sein muss. Deswegen sollten gerade im Bereich der Früherkennung Massnahmen eingesetzt werden, um Familien mit multiplen Belastungen zu unterstützen und schlussendlich gesetzlichen Kinderschutzmassnahmen vorzubeugen. Erwähnt werden dabei ausserfamiliäre Betreuungsunterstützung, Elternbildung und Unterstützung im Aufbau von Erziehungsgrundlagen, Hilfestellungen bei der Bearbeitung der Primärproblematiken und Erschaffung eines Notfallnetzes in Krisenzeiten. Diese Hilfen ermöglichen eine Unterstützung der Familien ausserhalb gesetzlicher Massnahmen (S.45–47).

Für die Autorinnen zeigt sich hier deutlich, dass ein grosser Teil der Sicherstellung einer gesunden Entwicklung auch ausserhalb der Familie geschehen kann, so dass die Kinder weniger unter der schwierigen Situation im Elternhaus leiden. Frühe Förderung kann Elternkompetenzen fördern und Eltern in der Erziehung unterstützen und begleiten. Kinder erleben durch familienergänzende Betreuung eine Konstanz

in der Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse (z.B. Bedürfnis nach Regeln und Ordnung, nach Nahrung, nach sozialen Kontakten etc.). Weiter ermöglicht Frühe Förderung eine Kontrolle der kindlichen Entwicklung und kann bei spezifischen Problemlagen mit spezialisierten Angeboten die Kinder und ihre Familien begleiten. Der Nutzen der Frühen Förderung bei gefährdeten Kindern kann so weit gehen, dass bei frühzeitigem Einsetzen der Unterstützung einer späteren Gefährdung des Kindeswohles entgegengewirkt und diese verhindert werden kann.

Diese Aspekte in der Fachwelt zu erfragen, herauszufinden, welche Unterstützungsmöglichkeiten diese sieht, um Kinder aus alkoholsuchtbelasteten Familien zu unterstützen, bewogen die Autorinnen zur Forschungsfrage. Ein wesentlicher Aspekt für die Autorenschaft war mittels Datenerhebung im Gesundheits- und Sozialbereich zu erfahren, ob Fachpersonen Angebote der Frühen Förderung kennen und wie sie diese für die betroffenen Familien und ihre Kinder nutzen.

Im nachfolgenden Kapitel erläutern die Autorinnen ihre Vorgehensweise bei der entsprechenden Datenerhebung.

4 Methode

Die Autorinnen haben sich für eine qualitative Forschung mittels Fallvignetten und Leitfadeninterviews entschieden. In den folgenden Unterkapiteln wird die Forschungsfrage erläutert, die Datenerhebung vorgestellt, die Stichprobenziehung beschrieben und auf die Auswertungsschritte der Daten Bezug genommen.

4.1 Forschungsfrage

Im Rahmen der empirischen Datenerhebung soll die Forschungsfrage, welche in Kapitel 1.4 erläutert wurde, beantwortet werden:

Welche Möglichkeiten sehen Fachpersonen, alkoholsuchtbelastete Familien und deren Kinder zwischen 0-4 Jahren zu stärken?

Es geht also darum, aus fachlicher Sicht die Unterstützungsmöglichkeiten für vorschulpflichtige Kinder und für ihre alkoholsuchtbelastete Familien aufzuzeigen. Antworten geben den Autorinnen dabei Fachpersonen aus dem Sozial- und Gesundheitssystem, die entweder mit dem Elternsystem oder den Kindern in Kontakt stehen. Die Ergebnisse sollen eine Diskussionsgrundlage für die Auseinandersetzung mit dem Thema geben und mögliche Handlungsoptionen für die Soziale Arbeit aufzeigen.

4.2 Datenerhebung

Die Forscherinnen entschieden sich, die Datenerhebung mittels schriftlichen Fallvignetten (Anhang A) und mündlichen Leitfadeninterviews (Anhang B) durchzuführen. Ersteres sind inszenierte Fallbeispiele (Atria Moira, Dagmar Strohmeier & Christiane Spiel, 2006) aus dem beruflichen Alltag. Sie dienen dazu, bei den Befragten Erkenntnisprozesse auszulösen. Erwartet wird, dass sich die Teilnehmenden in die beschriebene Fallsituation hineinversetzen und diesbezüglich ihre möglichen Reaktionen erläutern. Basierend auf theoretischen Vorannahmen können so Informationen aus den formulierten hypothetischen Reaktionen der Interviewten gewonnen werden (S.233). Daneben bieten sich gemäss Uwe Flick (1999) in der qualitativen Forschung Leitfadeninterviews an. Anhand von offen formulierten Fragen erhalten die Forschenden konkrete verbale Aussagen über einen Gegenstand. Weitere Vor-

teile liegen in der erhöhten Vergleichbarkeit der Daten und in der Datenstrukturierung durch die Leitfragen (zit. in Horst O. Mayer, 2004, S.36). Eine spezielle Ausprägung des Leitfadeninterviews liegt mit dem Experten- und Expertinneninterview (Flick, 1999) vor. Die befragte Person ist als Expertin für bestimmte Handlungsgebiete interessant und wird als Repräsentantin einer Gruppe in die Recherche einbezogen, wobei sich das Interview an einem klar definierten Ausschnitt aus der Wirklichkeit orientiert. Es ist dabei von zentraler Bedeutung, die befragte Person auf die relevante Expertenmeinung zu reduzieren (zit. in Mayer, 2004, S.37).

Basierend auf diesen Grundlagen und unter Berücksichtigung der wesentlichen Aspekte der Forschungsfrage entwarfen die Autorinnen einen entsprechenden Leitfaden (Anhang 2). Mittels vier Leitfragen mit je 2-4 Unterfragen, diente der Leitfaden als Orientierung und für die Strukturierung der Gespräche. Die Fallvignetten wurden erst nach der Stichprobenziehung entworfen und dem Tätigkeitsfeld der Experten und Expertinnen angepasst. Die Befragungen wurden jeweils von zwei Mitgliedern des Forschungsteams in den Büroräumen der Befragten durchgeführt. Eine Expertin empfing die Interviewerinnen bei sich zu Hause. Die Interviewdauer lag zwischen 30 und 60 Minuten und wurde, nach Absprache mit den Fachpersonen und mit Zusage der Anonymisierung der Daten, auf einem Tonträger aufgezeichnet.

4.3 Stichprobenziehung

Bei der deduktiven Stichprobenziehung (Marius Metzger, 2012) werden bereits vor der Studie bestimmte Kriterien für die Stichprobe festgelegt (S.1). Analog dieser Vorgehensweise definierten die Autorinnen anhand der Forschungsfrage und unter Berücksichtigung von theoretischen Aspekten folgende Kriterien bei der Auswahl von Interviewpartner/-innen:

1. Fachpersonen aus dem Gesundheits- oder Sozialbereich
2. Fachpersonen, welche die Möglichkeit haben, mit alkoholsuchtbelasteten Eltern und/oder deren Kinder (0-4j.) in Kontakt zu sein
3. Fachpersonen mit Tätigkeit in einem spezifisch gewählten Quartier der Stadt Bern

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurden bewusst Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialsystem gewählt. Die Autorinnen sind davon ausgegangen,

dass Familien mit ihren Kleinkindern in regelmässigem Kontakt mit dem Gesundheitssystem stehen, sei es mit Hebammen, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinderärztinnen und Kinderärzte etc. Die Berührungspunkte mit dem Sozialsystem finden sich in Kindertagesstätten, Spielgruppen und allenfalls auf Sozialämter, bei Familienberatungsstellen etc. Die Befragung der Fachpersonen fand in einem Quartier Berns statt, in welchem ein vielfältiges Angebot im Bereich der Frühen Förderung besteht.

Die Autorinnen haben durch Internetrecherche Adressen von Fachpersonen erschlossen und diese mittels einem Telefonat oder einer Email kontaktiert. Das Anliegen der Datenerhebung wurde so ein erstes Mal vermittelt. Erfolgte eine schriftliche Kontaktaufnahme und blieb eine Rückmeldung aus, wurde die Fachperson telefonisch kontaktiert und das Anliegen detailliert erläutert. Das Begehren der Autorinnen stiess auf grosses Interesse, so dass innert kurzer Zeit elf Expertinnen und Experten zur Befragung zur Verfügung standen.

Die folgende Übersicht beschreibt, welche Fachpersonen aus dem Gesundheits-, resp. dem Sozialbereich für die Befragung ausgewählt wurden:

		Fachpersonen Gesundheitsbereich	Fachpersonen Sozialbereich	
Familien mit 0-4j. Kindern	Eltern	Hausarzt	Beraterin einer Suchtfachstelle	
		Hebamme	Sozialpädagogische Familienbegleiterin	
		Gynäkologe	Sozialarbeiterin eines Sozialdienstes	
	vorschulpflichtige Kinder			Fachperson primano schritt:weise
		Kinderarzt	Leiterin einer Kindertagesstätte	
		Neonatologe	Fachperson Kinderschutzgruppe	
	Mütter- und Väterberaterin			

Abbildung 4 Kriterienraster zur deduktiven Stichprobenziehung (eigene Darstellung)

4.4 Datenaufbereitung und Datenauswertung

Die elektronischen Daten wurden durch zwei Personen des Forschungsteams ab Tonband paraphrasiert, ohne eine umfangreiche Transkription anzuwenden. Die

Auswertung erfolgte darauf nach dem sechsstufigen Verfahren, welches Claus Mühlefeld (1981) als pragmatische Vorgehensweise vorschlägt (zit. in Horst O. Mayer, 2004, S.47). Das angepasste Auswertungsverfahren, wie es in dieser Arbeit zum Einsatz kam, kann der folgenden Übersicht entnommen werden:

Stufe	Konkrete Schritte
1. Markieren relevanter Textstellen	<ul style="list-style-type: none"> • Durcharbeiten aller Interviews • Markieren aller Textstellen mit Antworten auf die Fragestellung • Bildung provisorischer Kategorien
2. Definitive Kategorienbildung / Codierung des Datenmaterials	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleichen der Textpassagen aller Interviews • Selektion der Textstellen, die Auskunft über Kategorien geben • Auseinandersetzung der relevanten Textstellen mit Theorien
3. Herstellung einer inneren Logik zwischen den verschiedenen Interviews	<ul style="list-style-type: none"> • Zergliederung der Interviews • Herstellung der inneren Logik zwischen den einzelnen Informationen • Erkennen von Textstellen mit ähnlichen Bedeutungen oder widersprüchlichen Aussagen
4. Verschriftlichung der inneren Logik	<ul style="list-style-type: none"> • Zusätzliche Detaillierung, Differenzierung und Präzisierung der Textstellen bei der Zuordnung • Auswertung in Form von Tabelle (Anhang C)
5. Vergleichen der Textpassagen	<ul style="list-style-type: none"> • Textliche Auswertung erstellen • Einbezug der gewählten Gesprächsausschnitte • Vergleichen der Auswertung mit den Paraphrasen der Interviews
6. Verfassen des Berichts	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Fragen werden beantwortet

Abbildung 5 Abfolge des Auswertungsverfahrens Forschungsergebnisse, (eigene Darstellung, in Anlehnung an Claus Mühlefeld, 1981, zit.in Horst O. Mayer, 2004, S.47)

Die Daten werden dann den folgenden Kategorien zugeordnet:

- Erkennen von Alkoholsucht im Gesundheits- und Sozialbereich
- Kooperation
- Kindeswohlgefährdung
- Ressourcenerschließung
- Fachliche Vernetzung
- Optimierungsbedarf

Für eine klare Übersicht und ein besseres Verständnis werden den Kategorien Unterkategorien beigefügt.

5 Forschungsergebnisse

Die relevanten Daten aus den 11 Experten- und Expertinnen-Interviews werden entlang der im Auswertungsverfahren gebildeten Kategorien erläutert und zum Teil in weitere Themenschwerpunkte aufgegliedert. Die Ergebnisse werden mit relevanten Aussagen untermauert, die vorab anonymisiert wurden. Dabei wird unterschieden zwischen Fachpersonen aus dem Sozialbereich (FS + Nr.) und dem Gesundheitsbereich (FG + Nr.). Rückschlüsse auf die Berufsgruppe oder die Institution, in der die jeweilige Fachperson arbeitet, können nicht vollkommen ausgeschlossen werden. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die zitierten Gesprächsausschnitte authentisch aufgeführt und deshalb gendergerechte Formulierungen nicht gewährleistet sind.

5.1 Erkennen von Alkoholsucht im Gesundheits- und Sozialbereich

Die Datenerhebung hat ergeben, dass Fachleute aus dem Gesundheits- und Sozialbereich in ihrem Berufsalltag auf unterschiedliche Erfahrungen mit betroffenen Familien zurückgreifen können. Ob eine Alkoholsucht auffällt und erkannt wird, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, nämlich vom Auftrag oder Angebot der Fachpersonen und der Institutionen, von der Häufigkeit, mit der sie mit möglichen Betroffenen in Kontakt stehen, von Vor- und Fachwissen und dem Erfahrungsschatz der Professionellen zum Thema Alkoholsucht.

5.1.1 Unterstützende und ergänzende Betreuungsangebote für Familien

Befragte mit einem familienaufsuchenden Auftrag oder solche, die familienergänzende Betreuungsangebote zur Verfügung stellen, erhalten eher Hinweise, die auf Missstände und eine mögliche Suchtproblematik hinweisen.

FS8: „Alkoholflaschen wären sicher ein Thema, das ist eine Gefährdung, auf das würden wir aufmerksam machen. Bei uns sind das realistische Situationen.“

FS10: „Manchmal merkt man ja dann auch dem Kind etwas an, wenn diese noch kleiner sind und nicht sprechen können. Sachen, die immer fehlen oder Windeln immer am Morgen schon voll, es kommt immer schmutziger oder so. Bei den Grösseren ist es dann schon einfach so, dass sie selber Sachen erzählen.“

5.1.2 Erschwertes Erkennen der Alkoholsucht bei Kurzkontakten

Professionelle, die in ihrer Tätigkeit nur über eine kurze Zeit oder nur sehr punktuell mit Betroffenen zu tun haben, erwähnen, dass Alkoholsucht kaum wahrgenommen wird und gerade fehlende Auffälligkeiten bei der Klientel oder Patientenschaft das Erkennen der Problematik erschweren.

FG11: „Wir haben viele Fälle mit Suchtmitteln, nicht aber Alkohol. Weiter kommt hinzu, wenn aus der Alkoholsucht kein dissoziales Verhalten erwächst, fällt die Mutter bei uns kaum auf. Eltern bleiben in letzter Zeit kaum länger als drei Tage da mit dem Kind.“

FS4: „Ich erlebe es in unserer Institution wenig, dass die Sucht transparent wird.“

5.1.3 Betreuung über längeren Zeitraum

Zwei Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich erläutern, dass die Begleitung und Betreuung von Familien über einen längeren Zeitabschnitt oder sogar über Generationen stattfindet und problematische Entwicklungen einfacher wahrzunehmen sind.

FG5: „Ich erlebe selten Überraschungen im Wochenbett, weil ich die Familien ja während der Betreuung in der Schwangerschaft schon kennengelernt habe.“

FG7: „Man hat länger Zeit mit den Patienten, kennt sich länger, eine solche Situation bahnt sich an.“

5.1.4 Verleugnung und Verstecken der Alkoholproblematik

Als häufiger Grund, dass die Suchtproblematik im Beratungs- oder Betreuungskontext verborgen bleibt, liegt gemäss sieben Fachleuten im Verhalten der betroffenen Personen.

FS4: „Es ist selten, dass die Betroffenen um Hilfe fragen und ihre Überforderung selbst auch so wahrnehmen.“

FG11: „Vielmehr als Männer verstehen es Frauen diese Alkoholsucht geheim zu halten. Es ist oft auch den nächsten Familienangehörigen nicht bekannt, dass die an Alkoholsucht leiden.“

FS3: „Drogensüchtige lügen oft, das darf man ihnen nicht übel nehmen, das gehört zu ihrer Überlebensstrategie. Menschen mit Angst vor Obhutsentzug der Kinder lügen stärker. Beschönigen Klienten ihre Situation, dann muss man das klar als Ausdruck ihrer Angst sehen.“

5.2 Kooperation

Den erhobenen Daten kann entnommen werden, dass alle Fachpersonen eine gute Zusammenarbeit mit den betroffenen Familien anstreben, dies jedoch nicht in allen Fällen gleich einfach zu erreichen ist.

5.2.1 Offenheit der Klientel

Informieren die alkoholbelasteten Eltern die Fachperson über ihre Schwierigkeiten, dann eröffnet dies günstige Voraussetzungen für eine freiwillige Zusammenarbeit.

FG2: „Was ich auch gut finde, dass sie selber die Schwierigkeiten äussert, die sie hat. Es ist schon mal gut, dass sie sagt, es sei nicht alles in Ordnung.“

FG5: „Dann kann ich mit der Mutter offen reden. Sie fragen, wie es ihr geht, wie sie mit dem Stress umgeht. Die Ausgangslage ist dann eine andere und ich kann auf die Offenheit der Mutter zählen.“

5.2.2 Beratungsbeziehung

Auch um Kooperation zu erreichen, erwähnt eine Mehrheit der Interviewten, dass sie in den Beziehungsaufbau zur Klientel investieren. Dabei wird Wert gelegt auf eine achtungsvolle und wertschätzende Beratungshaltung, die entlastend auf die betroffene Person wirkt.

FS1: „Wichtig ist immer zuerst, im Erstgespräch das Join-in. Die Wertschätzung, dass diese Frau den ersten Schritt zu uns macht. Es würdigen. Die Angst ist ja gross, dass man ihr das Kind wegnimmt, wenn sie mir erzählt, wie es ihr geht.“

FG2: „Entlasten durch honorieren, dass die Mutter gekommen ist. Ein Kind alleine aufziehen ist ganz schwierig. Ich würde die Mutter bestätigen darin und aufzeigen, dass ihr Kommen gut ist. Der erste Punkt ist sicher zu schauen, dass die Mutter bei uns drin bleibt.“

5.2.3 Transparenz und Risiko Kontaktabbruch

Eine Mehrheit der Befragten befürchtet, dass sich die Eltern durch zu direktives Ansprechen der Suchtproblematik der Zusammenarbeit entziehen könnten, so dass das Kindeswohl unter Umständen nicht mehr beobachtet, begleitet und gesichert ist. Deshalb sehen diese Fachpersonen vor, mittels Vertrauensaufbau und vorsichtig geplantem Ansprechen der Schwierigkeiten, die Chance auf eine gelingende Zusammenarbeit zu erhöhen.

FS9: „Wenn wir da zu schnell rein gehen, dann ist die Chance gross, dass die Familie aufhört. Wenn das Vertrauen noch nicht da ist, muss sorgfältig geschaut werden, wieviel angesprochen wird.“

FS10: „Man muss sich überlegen, ob man die Eltern anspricht mit dem Risiko, dass sie das Kind nehmen und gehen. Es ist immer ein Abwägen, es geht ja immer um das Kind, dass es ihm gut geht.“

Eine Expertin zieht es vor, die schwierige Situation trotzdem transparent anzusprechen. Es geht ihr in erster Linie darum, das Kindeswohl zu wahren.

FS8: „Wir sind transparent und sprechen das Thema an. Auch wenn es nicht zum Auftrag gehört, sprechen wir das Auffallen der Sucht relativ schnell an. Transparenz ist uns wichtig unter dem Aspekt des Kindeswohls.“

Zwei Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich sehen keine Möglichkeit zu intervenieren, wenn der Kontakt zur Familie abbricht.

FG6: „Wenn die Frau einfach nicht mehr kommt und sich nicht mehr meldet, dann habe ich keine Zeit, ihr hinterher zu telefonieren. Das kann ich nicht leisten, eine Arztpraxis ist keine Gesundheitspolizei.“

FG9: „Ich kann die Mutter nicht herzitieren, wenn sie sich entscheidet nicht mehr zu kommen. Ich habe da gar keine Möglichkeiten.“

5.3 Kindeswohlgefährdung

Alle befragten Fachpersonen gehen davon aus, dass eine Kindeswohlgefährdung durch übermässigen Alkoholkonsum der Eltern vorliegen kann und gründlich geprüft werden muss. Die Herangehensweise der Professionellen gestaltet sich unterschiedlich.

5.3.1 Dringlichkeit von Massnahmen

Die Befragten versuchen, die Situation bezüglich Dringlichkeit eines nötigen Eingreifens in das Familienleben einzuschätzen. Eine Befragte aus dem Arbeitsbereich der familienergänzenden Kinderbetreuung würde sich Zeit lassen, um adäquates Vorgehen zu planen. Eine Fachperson aus dem Gesundheitsbereich und eine aus dem Sozialbereich geben zu bedenken, dass kleinen Kindern wenig Zeit zur gesunden Entwicklung zur Verfügung steht und diese nur mittels rascher Lösungen gewährleistet werden kann.

FS10: „Es ist halt schon so, dass diese Situationen nicht von einem Tag auf den anderen entstehen. Man hat auch eine gewisse Zeit das weitere Vorgehen zu planen und sich mal intern abzusprechen.“

FG2: „Es braucht sofort Lösungen, ein kleines Kind hat nicht so viel Zeit, wenn in der Entwicklung etwas klemmt!“

FS3: „Je jünger die Kinder der Betroffenen sind, desto früher sollten Entscheide getroffen werden.“

Eine Fachperson aus dem Gesundheitsbereich erwägt sogar den Obhutsentzug zu Gunsten der gesunden Entwicklung des Kindes.

FG11: „Langfristig nimmt die Kinderentwicklung schweren Schaden. Dass es für die langfristig besser ist, nicht bei den Eltern zu sein, ist nicht im Bewusstsein.“

Dies steht jedoch im Widerspruch zu der Aussage einer Expertin aus dem Gesundheitsbereich, die sich klar für den Verbleib des Kindes bei der Mutter ausspricht und den Obhutsentzug nur im äussersten Notfall in Erwägung zieht.

FG5: „Ich möchte die Mutter und das Kind nicht trennen. Eine Trennung kommt nur in Frage, wenn das Kind gefährdet ist. Ansonsten ist das Kind eine Ressource für die Mutter. Es kann bewirken, dass ein totaler Absturz verhindert wird. Deshalb würde ich auf die Bindung achten, dass die intakt ist.“

5.3.2 Standardisiertes Erfassen der Situation

Nur eine interviewte Person beschreibt, dass in ihrer Institution jede Familiensituation anhand eines Früherfassungsbogens gründlich analysiert wird. Es geht dabei darum, eigene Unsicherheiten mit den Tatsachen aus den Beratungsgesprächen zu vergleichen und nötige Handlungsschritte darauf abzustützen.

FG2: „Ich würde die Situation mittels dem Früherfassungsbogen erörtern. Ich kann dabei verschiedene Themenbereiche ankreuzen. Wie geht es der Mutter? Wie geht es dem Kind? Wie sind die Risikofaktoren, besteht soziale Isolation? Ist eine hohe Stressbelastung vorhanden? Wie ist die medizinische Versorgung? So kann ich die Fakten mit den eigenen Unsicherheiten vergleichen und sehen, in welchem Bereich sich die Situation bewegt und welches Handeln nötig ist.“

5.3.3 Hinweise einer Gefährdung

Wichtige Indizien, die auf eine Gefährdung hinweisen, sehen Fachpersonen im Verhalten der Eltern. Durch ihr Verhalten können erhebliche Nachteile für das mitbetroffene Kind entstehen.

FG11: „Das Problem ist häufig bei Menschen, die von Alkohol oder Betäubungsmitteln abhängig sind, dass sie nicht in der Lage sind die Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen. Das heisst, sie nehmen die eigenen Bedürfnisse wahr und befriedigen dann die. Aber sie können mit Problemen nicht umgehen und erkennen dann oft nicht, dass das Kind Hunger hat, das Kind Liebe braucht, das Kind Schlaf braucht oder ähnliches. Dazu sind sie nicht fähig.“

FG6: „Wenn ich den Eindruck hätte, dass das Kind wirklich schlecht versorgt ist, dann würde ich der Mutter sagen, dass ich das Kind hospitalisieren muss.“

5.3.4 Externe Vorabklärung der Gefährdungsmeldung

Die Meldung einer Kindeswohlgefährdung bei der Behörde wird von der Mehrheit der Befragten im Kontakt mit anderen Fachpersonen und Fachstellen vorbesprochen.

FG11: „Wir sind auch Anwalt des Kindes, und wenn die Alkoholsucht der Mutter ein deutliches Thema wäre, gäbe es auch soziale Zusammenhänge und wir würden den Sozialdienst bitten, mit uns, wenn das pathologische Umfeld besteht, beim Gericht eine Gefährdungsmeldung zu machen.“

FG2: „Ich würde mich mit meiner Chefin austauschen, mit dem Jugendamt Kontakt aufnehmen, allenfalls ohne Schweigepflichtentbindung, zum Wohle des Kindes, mit dem Arzt in Kontakt treten und dann halt eine Gefährdungsmeldung machen.“

5.3.5 Klare Hinweise zur Handlung

Die Gefährdungsmeldung wird oftmals erst nach längeren Beratungsbemühungen in Erwägung gezogen und steht in direktem Zusammenhang mit der Kooperation der Mutter.

FS9: „Wenn die Mutter nicht will, sich weigert und das Kind vernachlässigt wird und eine Gefährdung besteht, würde es zu einer Gefährdungsmeldung kommen.“

FS8: „Wenn ich eine Mutter oder einen Vater betrunken antreffe, dann habe ich Grund zu reagieren.“

FS1: „Dann irgendwann, also wenn die Mutter immer alkoholisiert ist, der Vater, da verändert sich auch nichts, weil ein Kind da ist, den Druck erhöhen und allenfalls

sagen, wenn wir jetzt keine Lösung finden. Oder wenn sie abhängen würde und nicht einverstanden wäre mit einem Entzug und so, dann hätte ich schon die Möglichkeit eine Gefährdungsmeldung zu machen.“

5.3.6 Verantwortungsübernahme bei der Beurteilung der Gefährdung durch Fachpersonen

Eine Fachperson spricht sich für ein unkompliziertes Vorgehen betreffend Einreichen einer Gefährdungsmeldung und dem darauffolgenden Abklärungsverfahren aus.

FS3: „Es ist wichtig, dass sich die Fachleute nicht den schwarzen Peter zuschieben und jeder findet, es läuft ja gut. Jeder ist froh, wenn er nicht selber die Gefährdungsmeldung (GFM) machen muss. Hier wäre mehr unkompliziertes Vorgehen nötig. Der Ausdruck *Gefährdungsmeldung* ist hemmend, vielleicht wäre es hilfreich, man würde von *Abklärung* sprechen, dies wäre nicht so hemmend. Jeder hat Angst, dass infolge einer GFM die Beziehung zur Klientel geschädigt wird, dabei geht es um das Kind! Wichtig ist, dass die Fachleute die Eltern gut informieren über die geplante GFM und erklären, dass es nicht unbedingt um eine Fremdplatzierung geht, sondern um Optimierung der schwierigen Situation. Man muss die Klientel gut informieren und erklären!“

5.3.7 Datenschutz

Grundsätzlich wird auf den Fach- und Beratungsstellen von einer Auskunftserteilung abgesehen oder auf das Einholen von Informationen ohne Rücksprache und Einwilligung der betroffenen Eltern verzichtet. Sind die Fachleute jedoch in einen Fall mit Kindeswohlgefährdung involviert, wird zum Schutze des Kindes auf die Einhaltung dieser gesetzlichen Regelungen verzichtet (FS3). Die Klientel wird bei wenigen Fachstellen über diese Handhabung bereits beim Erstkontakt informiert (FS1, FS8).

5.4 Ressourcenerschliessung

Die Datenerhebung zeigt auf, dass alle Fachleute nach Möglichkeiten suchen, welche die betroffenen Eltern und Kinder entlasten und fördern. Dabei interessieren sie sich ebenso für den Rückgriff auf Ressourcen, die in der betroffenen Person liegen, wie auch für die Erschliessung von Informationen und Ressourcen aus dem erweiterten Umfeld der Klientel oder der Patientenschaft. Auch gesetzliche Massnahmen werden als wichtige Ressourcen zu Gunsten der betroffenen Familien erwähnt.

5.4.1 Ressourcen der betroffenen Person

Wichtig scheint den Fachpersonen zu sein, die betroffene Person zu aktivieren, sie in ihrem Prozess der Gesundung zu begleiten und für Krisensituationen auszurüsten.

FS8: „Wir versuchen immer zu schauen, wo die Ressourcen der Mütter und Väter sind. Was können sie, was möchten sie anders haben.“

FS4: „Die Sozialarbeiterin könnte mit der Mutter „schwarze Szenarien“ erfinden, Kriseninterventionen schon vor besprechen.“

Hier soll auch erwähnt werden, dass eine Fachperson aus dem Sozialbereich (FS1) ihren Auftrag so versteht, dass sie auch praktische Hilfe anbietet, indem sie die Infrastruktur (Telefon) ihres Betriebes zur Verfügung stellt, so dass sich die betroffene Person mit möglichen Helfersystemen in Verbindung setzen kann. Weiter fügt sie an, dass sie je nach zeitlichen Ressourcen und Wunsch der Klientel, diese auch an wichtige Termine begleitet.

5.4.2 Familiäres und erweitertes Umfeld

Acht der interviewten Fachpersonen stellen die primäre Frage nach unterstützenden Ressourcen aus dem nahen familiären Umfeld der Betroffenen.

FS1: „Also Entlastung wäre für mich ein wichtiges Thema. Hat die Frau die Möglichkeit, das Kind mal abzugeben, sind Grosseltern da.“

FG5: „Auch der Mann muss ins Boot geholt werden. Je nachdem ob er da ist und welche Situation vorherrscht.“

Demgegenüber gibt eine Person aus dem Gesundheitsbereich zu bedenken, dass Personen aus dem persönlichen Umfeld der Betroffenen nicht per se unterstützend wirken und zur schwierigen Situation des Kindes beitragen können.

FG11: „Wichtig ist das Umfeld des Alkoholikers abzuklären, weil er oft nicht alleine ist. Der Partner ist dabei oder hat eine Co-Abhängigkeit. Sie haben oft Partner, die nicht alkoholabhängig sind, aber von der Beziehung abhängig sind. Und die sind nicht minder schwierig für das Kind!“

Im erweiterten sozialen Umfeld betroffener Familien werden die nachbarschaftliche Hilfe (FS3), Entlastungsfamilien (FG2) und das Babysitten (FS3) als mögliche Res-

sources erwähnt. Eine Fachperson jedoch sagt, dass Suchtkranke oft unter Beziehungsarmut leiden und Bezugspersonen für die betroffenen Kinder kaum vorhanden sind.

FS3: „Suchtkranke haben oft kaum mehr Kontakt zur Familie und haben selten nachbarschaftliche Beziehungen. Dies ist ein extremes Problem. Kinder haben keine natürlichen Bezugspersonen im Umfeld, die Vergangenheit der Eltern hat keine gesunden Beziehungen ermöglicht. Ich ermutige solche Menschen, ihr Kind zum Beispiel durch ältere Nachbarskinder hüten zu lassen. Diese Möglichkeiten sind den Betroffenen häufig nicht bewusst und müssen aufgezeigt werden.“

5.4.3 Unterstützung in der Erziehungsaufgabe

Betroffene Eltern benötigen nicht nur Entlastung, so das Ergebnis aus der Datenerhebung, sondern auch erhöhten Unterstützungsbedarf in ihrer Erziehungsaufgabe. Acht der befragten Fachpersonen verweisen diesbezüglich auf die Mütter- und Väterberatung (MVB) als wertvolle Ressource. Hervorgehoben wird dabei die Möglichkeit der MVB, die Familien in ihrem gewohnten Umfeld aufzusuchen und über längere Zeit zu begleiten. Sollte die Betreuung durch die MVB nicht ausreichen, wird über sozialpädagogische Familienbegleitung oder Früherziehung nachgedacht. Genannt wird ausserdem das Angebot *schritt:weise* von *primano*, welches besonders Menschen mit Migrationshintergrund wertvolle Begleitung in der Kindererziehung anbieten kann.

FG5: „Ich würde die Mutter übergeben, bspw. an die Mütter- und Väterberaterin. Diese könnte vielleicht einen Besuch pro Woche garantieren. Wenn das nicht reicht, denke ich an Familienbegleitung. Wenn es um eine Familie mit Migrationshintergrund geht oder eine aus defavorisiertem Milieu, kann über *primano schritt:weise* nachgedacht werden. Die Frau muss eingebunden sein, Leute müssen reinschauen.“

FG7: „Primär würde ich versuchen, ob man der Mutter Unterstützung bieten könnte in der Erziehung und mit dem Kind. Da ginge Früherziehung, wenn es weniger arg wäre, könnte man die Mütter- und Väterberatung (MVB) einsetzen.“

FG11: „Für Erziehungsfragen wäre die MVB angezeigt.“

5.4.4 Triage an Suchtberatungsstellen

In Bezug auf die Suchtproblematik nennen vier der befragten Personen Fachstellen, an die sie die betroffene Person vermitteln würden.

FG2: „Dann muss man auch schauen, was die Mutter braucht, wie sie aus ihrer Alkoholsucht kommt. Wohin man sie triagieren kann, z.B. Berner Gesundheit oder das Contact. Hilfreich ist, wenn die Mutter ihre Hilfsbedürftigkeit einsieht und Hilfe annimmt.“

FG7: „Als zweiter Punkt würde ich mit der Patientin über den Alkohol reden. Schauen, ist die Mutter bereit, selbst Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Erfahrung zeigt, dass alkoholabhängige Menschen sich nicht alleine helfen können. Es braucht dazu Fachhilfe.“

FS10: „Ich hab da mal gelesen, beim Südhang könnte man auch Beratungen haben. Ich könnte mir vorstellen, dort mal anzufragen, was denken sie“

5.4.5 Ressourcen zur Förderung der kindlichen Entwicklung

Einen hohen Stellenwert legt eine Mehrheit der Befragten auf die Angebote der familienergänzenden Kinderbetreuung. Fünf Personen nennen dabei Kindertagesstätten als Ort der professionellen Förderung von Kindern.

FS8: „Wir versuchen immer ganz fest die Vernetzung gegen aussen sicherzustellen, das ist etwas ganz wichtiges. In diesem Fall würde ich mit der Mutter schauen, ob es ein Kita-Angebot gibt, damit die Kinder möglichst viel auch von aussen gefördert werden.“

FG2: „Tagesmütter gingen auch. Kitas empfinde ich geeigneter, da mehrere Leute da sind. Wenn die Tagesmutter ausfällt, kann das Kind nicht hin. Kitas sind professioneller. Je nach Entwicklung braucht es Früherziehung, dies wird bei allen Kindern geprüft.“

FS9: „Wenn es Richtung Vernachlässigung geht, braucht das Kind ganz klar eine Tagesstruktur. Deshalb ist es meistens gut, wenn das Kind parallel betreut wird und die Mutter Zeit hat, den Prozess selber zu machen.“

5.5 Fachliche Vernetzung

Alle elf Experten und Expertinnen sehen bezüglich der geschilderten Problemsituation Gründe für die fachliche Vernetzung in der eigenen Institution und darüber hinaus mit Fachleuten anderer Institutionen und Beratungsstellen.

5.5.1 Institutionsinterne Vernetzung

Die institutionsinterne Vernetzung dient einerseits der Informationsbeschaffung bei ernannten Themenhüter und Themenhüterinnen bspw. im Bereich Sucht und Kind

(FS1). Weiter ermöglicht sie auch durch gemeinsame Weiterbildungen eine Erweiterung der Fachkenntnisse (FS1) oder dient Führungspersonen neueste Erkenntnisse zu vermitteln (FS8). Der regelmässigen Fallbesprechung wird in Form von Supervision oder Intervision eine wichtige Rolle beigemessen. Es geht hierbei um den Zugewinn von Handlungssicherheit und dem Einholen der kollegialen Sicht (FS8). Grosses Gewicht wird dem Erkennen der kindlichen Situation beigemessen.

FG2: „Intern wird dann Unterstützung geholt und Fälle können besprochen werden. Wir können beurteilen, ob sich die Entwicklung des Kindes im gesunden oder kranken Bereich bewegt.“

Mittels regelmässiger Sitzungsgefässe können Rollen geklärt und verteilt, Aufträge klar zugeteilt und zeitliche Abläufe festgehalten werden (FS10). Eine Person beschreibt den intensiven wöchentlichen Austausch mit den Mitarbeitenden.

FS9: „Es gibt wöchentliche Treffen zwischen den Mitarbeiterinnen und mir. Es geht dabei um Vor- und Nachbereitung der Hausbesuche. Die sind sehr eng betreut und es wird sehr detailliert und über jede Familie, die sie besucht haben, gesprochen.“

Innerhalb von grösseren institutionellen Strukturen findet der Fachaustausch professionsübergreifend statt.

FG11: „Wir haben in der Frauen- und Kinderklinik Sozialarbeiterinnen, die jeweils mit uns sozialpädiatrische Fälle aufarbeiten. Die sind mit drin, wenn es um psychische Störungen oder Abhängigkeiten mit Suchtmitteln geht. Sie sind immer stark involviert.“

FG5: „Ich habe im Familienhaus meine Praxis. Dort befindet sich auch die Mütter- und Väterberatung und der Früherziehungsdienst. Die Frühe Förderung ist auch dort, auch der Gesundheitsdienst. Dort habe ich sicher Ansprechpersonen. Im Familienhaus ist die Vernetzung institutionalisiert, zweimal im Jahr finden Vernetzungstreffen statt.“

5.5.2 Interdisziplinäre Vernetzung

Mittels externer Vernetzung erhoffen sich Fachpersonen, für die betroffenen Familien Ressourcen zu erschliessen, wie dies bereits in Kapitel 5.4 beschrieben wurde.

Besonders erwähnt werden soll an dieser Stelle die externe Vernetzung mit dem Ziel, die nahtlos weiterführende Betreuung durch andere Fachstellen sicher zu stellen.

FG2: „Bei Säuglingen ist es eher so, dass die ambulante Jugendhilfe anruft und die Familie bei der Mütter- und Väterberatung (MVB) vorankündigt. Hebammen melden sich ganz klar bei der MVB, wir sind ja die Ablösung von der Hebamme.“

FG11: „Auf ärztliche Anweisung sollte die Hebamme die Nachbetreuung zuhause übernehmen. Das wird von der Krankenkasse oder der Invalidenversicherung finanziert. Für Erziehungsfragen ist die MVB angezeigt und in Entwicklungsfragen der Kinderarzt.“

Als wichtigen Aspekt der externen Vernetzung nennen die Befragten die Ressourcenerschliessung für das Helfersystem selbst (FS8). Es geht dabei um das Weitergeben und die Beschaffung von wichtigen Informationen, das Einholen einer Zweitmeinung oder um die Einschätzung des Gefährdungsgrades des Kindes.

FG5: „Ich schreibe bei Abschluss der Betreuung dem Gynäkologen einen Bericht oder der Mütter- und Väterberatung; je nachdem, wer involviert ist.“

FG7: „Mit Hebammen habe ich schon Kontakt. Wenn die Hebamme ein Problem sieht, dann nimmt sie Kontakt auf oder sie schickt die Klientin.“

FG5: „Bei einem ernsthaften Verdacht würde ich mich zum Beispiel mit einer Fachperson vom Blauen Kreuz besprechen und mich selber beraten lassen, ob ich etwas anders machen müsste, ob jemand anderes involviert werden müsste.“

FG2: „Wenn die Mutter nicht kooperativ ist, muss ich selber beim Jugendamt vorstellig werden und nachfragen, ob sich allenfalls eine Gefährdungsmeldung abzeichnet.“

In regelmässigen Austauschsitzen mit allen involvierten Fachstellen können fallspezifische Begebenheiten besprochen werden. Die runden Tische dienen ausserdem dazu, das professionelle Handeln gezielt zu klären und Aufgaben entsprechend Auftrag und Kompetenzen zu verteilen.

FS8: „Regelmässigen Austausch haben wir mit den Zuweisenden der Fälle, alle drei Monate finden Austauschsitzen statt, das ist immer sehr fallspezifisch.“

FS1: „Einen runden Tisch haben wir auch schon gemacht zum Austauschen und zum Schauen, wer macht was.“

Eine Fachstelle aus dem Sozialsystem weist einen sehr vielfältigen Vernetzungssinn auf und tätigt ihre Arbeit mit verschiedenen Fachpersonen des Gesundheits- und Sozialbereichs.

FS9: „Dann sind wir vernetzt mit dem Gesundheitsdienst, der Schulsozialarbeit, den Schulärzten mehr oder weniger. Dann im Quartier, d.h. mit der Mütter- und Väterberatung, Kinderärzten, der Kita, Spielgruppen, dem Mütterzentrum, Kindertreffs, eigentlich mit dem ganzen Umfeld, in dem sich die Leute bewegen.“

Weitere, bisher nicht aufgeführte, jedoch bei den Befragten bekannte Fachstellen sind die ambulante Jugendhilfe, die Muschle (Mutter-Kind-Institution), das KODA (Kontrollierte Drogenabgabestelle), die Erziehungsberatung, die Spitex, der Kinderhütedienst des Schweizerischen Roten Kreuzes und die Gesprächsgruppen für Kinder ab 6 Jahren des Blauen Kreuzes. Auch aus diesen Bereichen wird der Beizug von Fachkräften in die Fallarbeit erwägt.

5.5.3 Mehrwert aus interner und externer Vernetzung

Neben den bereits genannten Gründen für eine Vernetzung mit anderen Fachpersonen besteht das grundsätzliche Bedürfnis der Experten und Expertinnen darin, dass die Klientel sich der fachlichen Kontrolle nicht entziehen kann und mittels professioneller Zusammenarbeit gemeinsam ein tragfähiges Helfernetz gesponnen wird.

FG2: „Ziel ist immer die Vernetzung, dass man nicht alleine in einem solchen Fall ist. Sinn ist, dass man die Frau an eine Person binden kann, so dass man eine solche Situation im Auge behalten kann.“

FG11: „Wir können relativ schnell ein Netz spinnen aus Behörden, Sozialdiensten, psychiatrischen Diensten, der Geburtshilfe und Neonatologie. Manchmal gibt's auch andere Dinge. Muss man ein Kind platzieren, dann kommt's dann auch zum Kontakt mit Vormündern, Beiständen. Das gibt relativ schnell ein Netz, wenn wir's sehen und wir intervenieren müssen, weil die Mama schon heim will, weil es angesprochen wurde. Dann sind da die KESB (Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde) und der Kindeschutz schon drin.“

Eine Expertin schätzt die interdisziplinäre Fallarbeit, weil sie in diesem Setting Zusammenarbeit von Fachpersonen unterschiedlicher Berufsfelder erlebt, was ihre Sichtweise auf einen Fall erweitert und neue Aspekte eröffnet.

FS4: „Das Fachgremium von *Fil rouge* ist eine Ressource, weil die Fachpersonen aus ihren jeweiligen Berufsrollen (Anmerkung der Autorinnen: Gerichtspräsidentin, Polizistin, Psychologin, Kinder- und Jugendpsychiaterin, Opferhilfeberaterin, KESB-Mitarbeiterin) entsprechende Fragen aufwerfen und die Situation von verschiedenen Richtungen beleuchtet werden kann.“

5.5.4 Schwierigkeiten bei der fachlichen Vernetzung

Als besonders schwierig wird von Fachpersonen im Berufsalltag die Situation bezeichnet, wenn die Fallsituation von anderen Experten oder Expertinnen unterschiedlich eingeschätzt wird.

FG2: „Wenn der Kinderarzt nicht die gleiche Einschätzung hat wie ich und er findet, das hat noch Zeit. Das gibt dann Reibungspunkte.“

FG11: „Schwieriger wäre, wenn wir den Fall als wesentlich gravierender beurteilen und man sich schon eine Meinung gebildet hat. Wenn gesagt würde, jetzt wird mal nicht graviert, das probieren wir mal so und so. Und wir, die wir eine jahrelange Erfahrung haben, sehen, dass es so zuhause nicht funktioniert. Das wäre dann schwierig.“

Weiter wird die Überlastung von Fachpersonen hinsichtlich einer gelingenden Zusammenarbeit aufgeführt. Als erschwerend werden auch Rollenzuweisungen empfunden, die mit dem eigenen Auftrag divergieren.

FG5: „Kinderärzte sind so überarbeitet, dass nicht viele Ressourcen vorhanden sind. Sie hören zu, aber es ist nicht viel zu holen. Die sind wirklich sehr unter Druck.“

FS8: „Schwierig ist auch, wenn ich nicht weiss, ob der Zuweiser die Situation einfach nicht so prioritär einschätzt. Es ist schwierig, wenn ein Beistand nicht vorwärts macht, das hängt halt zusammen mit der hohen Fallbelastung, der grossen zeitlichen Belastung. Die versuchen mich dann mit etwas zu beauftragen, für das ich gar nicht zuständig bin, da muss ich mich klar abgrenzen.“

Einer der Experten gab unumwunden zu, dass seine Haltung einer besseren Vernetzung im Weg steht.

FG7: „Die Vernetzung ist wahrscheinlich zu spärlich, da ich zu viel selber will und es selber versuche zu lösen. Es liegt halt schon an meiner Haltung. Es ist ziemlich mühsam, heisst konkret Berichte schreiben und Rücksprache nehmen.“

Der fehlende Einbezug an Helferkonferenzen wird von einer Expertin stark bedauert.

FS10: „Wir haben den Auftrag familienergänzend zu arbeiten. Wie soll ich sagen, wir sind oft die, welche gar nicht an einen runden Tisch kommen dürfen. Man sagt dann, nicht noch eine Instanz mehr. Dabei haben wir vielleicht das Kind zu 100% bei uns und das ist dann ok. Wir können gerade mal das Protokoll lesen, ab und zu eine Rückmeldung geben. Ja, da sind wir schon ein wenig abgesägt.“

5.6 Optimierungsbedarf

Im Laufe der Datenerhebung haben die befragten Experten und Expertinnen verschiedentlich auf Optimierungsbedarf aufmerksam gemacht. Es geht dabei um Sensibilisierungsthemen, Verbesserungen zu Gunsten der Klientel, Veränderungsmöglichkeiten in den Fachbereichen, aber auch um strukturelle Veränderungen. Ziel dabei ist immer eine Optimierung der Situation der betroffenen Eltern und ihrer Kinder.

5.6.1 Sensibilisierung

Auf die Frage, wie das Vergessen von Kindern alkoholkranker Eltern verhindert werden könne, finden die befragten Fachpersonen unterschiedliche Antworten. Einige weisen jedoch darauf hin, dass immer wieder auf die Problematik aufmerksam gemacht werden muss. Sie betonen, dass Alkoholismus und Elternschaft in der Öffentlichkeit nur wenig thematisiert und immer noch tabuisiert wird.

FS1: „Wir haben Veranstaltungen gemacht in diesen Sprachen, auch türkisch. Wir haben mit verschiedenen Leuten von der Prävention zusammengearbeitet, die das dann auch ihrer Gemeinschaft empfehlen. Und da auch bei anderen Stellen, bei den Sozialdiensten, überall einfach immer wieder sensibilisieren. Immer wieder darauf hinweisen, Veranstaltungen machen und sagen, wir schauen da hin.“

Es wird auch darauf hingewiesen, dass eine betriebsinterne Sensibilisierung unumgänglich ist. Dies bemerken zwei Expertinnen.

FS10: „Vielleicht mal zuerst intern, dass man schaut, was läuft da so. Dass man immer wieder darauf aufmerksam macht, dass da was läuft und da ein Kind ist, das in der Entwicklung steht, dass man das nicht vergisst.“

FG8: „Häufig liegt es an mir als Leiterin, Wissen zu generieren und das dann den Mitarbeiterinnen weiterzugeben.“

5.6.2 Verbesserungen zu Gunsten Klientel

Damit die Bedürfnisse der betroffenen Kinder besser wahrgenommen werden und eine gesunde Entwicklung sichergestellt werden kann, sprechen sich weitere Fachpersonen für Kinderschutzmassnahmen aus. Von der Errichtung einer Beistandschaft erhoffen sich zwei Befragte eine bessere Koordination der Unterstützungsangebote und eine stetere Kontrolle einer schwierigen Situation.

FG2: „Wenn ein Alkoholproblem da ist, braucht es eine Vernetzung, ganz klar. Es kann nicht sein, dass solche Eltern keine Unterstützung erhalten. Dann braucht es wirklich jemand, der da ist für das Kind. Es braucht eine Beistandschaft, welche die Bedürfnisse der Kinder wahrnimmt.“

FS3: „Es wäre einfacher jedes Kind hätte eine Beistandschaft. Der Beistand könnte im Auftrag kontrollieren und Unterstützungsangebote koordinieren.“

Zwei Fachpersonen ziehen sogar eine Fremdplatzierung des Kindes in Erwägung. Eine erläutert dies folgendermassen:

FS10: „Manchmal sind da x Leute drin, da fragt man sich manchmal schon, wenn man das Kind anschaut. Wenn man so um das Kind rumschustert und eigentlich weiss, das kommt nicht gut oder. Da sind so viele Leute involviert und man versucht die Mutter aufzubauen und so. Da frag ich mich manchmal, man würde das Kind lieber irgendwie stationär geben, fremdplatzieren.“

5.6.3 Möglichkeiten für Fachpersonen

Durch den steten Wandel und den Gewinn von neuen Erkenntnissen ist laut Datenerhebung die fortlaufende Weiterbildung der Fachpersonen wichtig, so dass auf einem übereinstimmenden Wissensstand aufgebaut werden kann.

FG2: „Die fortlaufende Weiterbildung ist wichtig, da sich alles im Wandel befindet, damit alle den gleichen Boden haben.“

Die interviewten Personen sehen auch Möglichkeiten in Austauschplattformen zwecks Förderung des Austausches und der Vernetzung untereinander.

FG5: „Im Familienhaus gibt es einen Tag der offenen Tür, alle zwei Jahre. Da werden Fachpersonen eingeladen, damit dann die Ärzte und Familienberaterinnen kommen, damit man sich kennenlernt. Da hat man ein Gesicht, dann fällt es leichter Kontakt aufzunehmen, wenn man sich kennt. Dieser Tag ist natürlich freiwillig, anders geht es gar nicht. Einige kommen andere nicht. Bei der Eröffnung sind

viele gekommen, beim nächsten Mal nicht mehr so viele. Ärzte kommen selten, Familienbegleiterinnen sind sehr präsent.“

FS8: „Wir nehmen momentan an keiner Austauschplattform mit anderen Institutionen teil, das ist aber durchaus ausbaufähig.“

Eine Expertin bemängelt (FG5), dass die angebotenen Themen bei der bestehenden Austauschplattform ihr Berufsfeld nicht ansprechen.

Eine Fachperson, die sich vorwiegend um die gesundheitliche Situation ihrer Patientenschaft kümmert, verbindet ihre mangelnde Vernetzung mit Gründen, die in ihrer eigenen Person liegen.

FG7: „Ich bin nicht bereit, im Vorfeld zig verschiedene Möglichkeiten zu bedenken und mich dann zu vernetzen, das liegt mir nicht. Wenn ich an ein Problem gelange, denke ich, dass ich jemanden zur Hilfe bräuchte, der steht mir aber nicht zur Verfügung. Ich habe keine Adressensammlung zur Verfügung, die mir aufzeigt, wer sich für was anbietet.“

5.6.4 Strukturelle Veränderungen

Es wird der Wunsch geäußert, durch Veränderungen bei den Krankenversicherungen, einen längeren Verbleib in der Frauen- oder Kinderklinik finanziell zu ermöglichen und zu gewährleisten. So würde die Chance, eine Alkoholsuchtproblematik wahrzunehmen steigen, und es könnte adäquat darauf reagiert werden (FG11).

Bemängelt werden die fehlenden Kenntnisse über die Angebote der freischaffenden Hebammen (FG5), so dass die klientennahe und kontinuierliche Betreuung schon während der Schwangerschaft bis einige Woche nach Niederkunft zu wenig genutzt wird. Erhöhter Handlungsbedarf wird bezüglich der Vernetzung der Erwachsenen-Psychiatrie mit den Betreuenden von Kindern benannt (FS8). Eine Expertin (FS9) wünscht sich ein Hausarztssystem, damit sich ihre Klientel bei gesundheitlichen Problemen nicht auf einer Notfallstation eines Spitals in einem eher anonymen Rahmen melden muss, sondern die kontinuierliche Begleitung über eine lange Zeit durch den Haus- oder Kinderarzt möglich ist. Gewünscht wird auch die Schaffung von mehr Betreuungsplätzen in Kindertagesstätten, insbesondere für Familien in schwierigen Situationen.

FG2: „Ein kleines Kind hat nicht so viel Zeit, wenn in der Entwicklung etwas klemmt. Da ist es gut, wenn man sofort einen Kitaplatz zur Verfügung hat. Die

Betreuungsgutscheine für Kitaplätze berücksichtigen nur arbeitstätige Eltern. Andere Indikationen für die Betreuung in der Kita werden nicht geklärt. Die müssen leider klar, ganz klar bewiesen werden. Das ist schade. Die Kita, die sollte einfach da sein, so wie der Kindergarten und alles andere auch.“

6 Diskussion und Interpretation der Forschungsergebnisse

Im vorliegenden Kapitel diskutieren und interpretieren die Autorinnen die Forschungsergebnisse. Sie unterteilen diese in sechs Unterkapitel. Jeweils am Ende eines Kapitels werden positive und negative Fakten tabellarisch zusammengestellt. Im sechsten Unterkapitel wird anhand der negativen Fakten der Optimierungsbedarf hergeleitet. Die wesentlichen Daten werden mit Inhalten aus der Ausgangslage (vgl. Kp. 1.1) und den Theoriebezügen aus den Kapiteln 2 und 3 sowie auch mit neuen Erkenntnissen der Autorinnen in Zusammenhang gebracht.

6.1 Erkennen von Alkoholsucht im Gesundheits- und Sozialbereich

Die interviewten Experten und Expertinnen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich berichten unterschiedlich über das Vorkommen von Alkoholsuchtproblematiken im Kreis ihrer Klientel oder Patientenschaft. Es bestehen Faktoren, die ein frühes Erkennen der problematischen Situation erschweren und solche, die es erleichtern.

6.1.1 Erschwerende Faktoren

Fachpersonen, welche nur über kurze Zeit in Kontakt mit möglichen Betroffenen stehen oder diese nur punktuell betreuen, bekunden Mühe eine Alkoholsucht bei ihrem Klientel oder ihrer Patientenschaft zu erkennen. Begründet wird dies aus fachlicher Sicht mit fehlendem auffälligem Verhalten der Betroffenen oder dem heute üblichen kurzen nachgeburtlichen Spitalaufenthalt. Als weitere Gründe werden Scham der suchtkranken Person genannt und Ängste, insbesondere die Befürchtung, dass bei Bekanntwerden der Alkoholsucht, die Obhut über die Kinder durch die Behörde entzogen werden könnte. Dies entspricht auch den Aussagen von Janet G. Woititz (1990), die bereits in der Ausgangslage in Kapitel 1.1 beschrieben wurden. Sie führt auf, dass Alkoholismus kaum als Krankheit anerkannt und deshalb mit viel Scham verbunden ist und oft verleugnet wird (S.10).

Während der Befragung wird aus dem Gesundheitsbereich mehrfach darauf hingewiesen, dass die Alkoholproblematik trotz langjähriger Praxiserfahrung in entsprechenden Institutionen (Spital, Arztpraxis, Mütter- und Väterberatung) nicht vor-

kommt, sondern mehrheitlich Familien mit einer Abhängigkeit von illegalen Substanzen betreut werden. Statistische Zahlen aus Deutschland belegen jedoch, dass deutlich mehr Familien von Alkoholsucht betroffen sind als von illegalen Suchtmitteln. Michael Klein (2008) folgend liegt in Deutschland die Zahl der Kinder, welche in einer alkoholsuchtbelasteten Familie aufwachsen, bei 2,65 Millionen, während 40'000 bis 50'000 Kinder in einer Familie mit einer Suchtproblematik mit illegalen Drogen leben (S.114-117). Die Autorinnen konnten für die Schweiz diesbezüglich keine genauen Zahlen erhalten. Gemäss Kapitel 1.1 leben in der Schweiz jedoch mehrere zehntausend Kinder in Familien, die von einer Alkoholsucht betroffen sind. Weiter erfuhren die Autorinnen im fachlichen Austausch mit Michael Sigrist, Psychologe lic. phil. und Fachstellenleiter des Blauen Kreuzes Oberaargau (Michael Sigrist und Marianne Götz, 23.10.2014, Fachpoolgespräch), dass die Mehrheit der Personen mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen, auch eine Alkoholabhängigkeit aufweist. Oftmals bietet bei fehlendem Zugriff auf illegale Drogen oder bei Substitution des Suchtmittels der Alkohol willkommener Ersatz. Die Zahlen aus Deutschland, jene von Sucht Schweiz (vgl. Kp. 1.1) und die Aussage der Fachperson vom Blauen Kreuz Oberaargau weisen darauf hin, dass es sich bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien keineswegs um eine kleine gesellschaftliche Randgruppe handelt. Die Autorinnen sind der Meinung, dass das Ausblenden der vielfach vorkommenden elterlichen Alkoholabhängigkeit ermächtigende, unterstützende und befähigende Massnahmen für betroffene Familien verhindert. Dadurch kommt die in Kapitel 3 beschriebene Prävention durch Angebote der Frühen Förderung nicht zum Tragen, so dass Belastungsfaktoren weiterhin bestehen bleiben und nicht durch Stärkung der Schutzfaktoren vermindert werden. Dies bewirkt, dass mitbetroffene Kinder in ihrer gesunden physischen, psychischen und sozialen Entwicklung ungenügend unterstützt und gefördert werden.

6.1.2 Erleichternde Faktoren

Positiv kann bewertet werden, dass Fachpersonen, welche familienergänzende und familienunterstützende Betreuungsangebote für Kinder zur Verfügung stellen, eher Einblick erhalten in eine Alkoholproblematik der Eltern. Durch den Zugang zur Familienwohnung werden Merkmale wie herumstehende Alkoholflaschen ersichtlich, so dass eine mögliche Problematik erkannt wird. Oder Fachpersonen einer Institution mit familienergänzendem Betreuungsangebot bemerken eine zunehmende Verwahrlosung bei Kindern. Es kommt nur selten vor, dass ältere Kinder sich gegenüber

der betreuenden Fachperson über die Situation zuhause äussern (vgl. Kp. 5.1.1). Auch bei regelmässigen Hausbesuchen (familienaufsuchende Fachpersonen) oder bei der Begleitung über einen längeren Zeitraum, wie dies durch einen Hausarzt beschrieben wird, besteht eine erhöhte Chance, das problematische Trinkverhalten der Eltern zu erkennen (vgl. Kp. 5.1.3). Diese Ergebnisse schliessen an die Aussage von Hartmut Kasten (2013) an, wonach mitbetroffene Kinder von Personen ausserhalb der Familie erkannt werden müssen, damit sie hinsichtlich einer gesunden Entwicklung Unterstützung und Förderung erhalten. Gemäss Kasten (2013) sind vergleichsweise wenige Institutionen in schwierige Situationen von Vorschulkindern involviert. Kleinkinder sind jedoch aufgrund ihrer noch mangelnden Sprachentwicklung darauf angewiesen, dass ihre unmittelbaren Bedürfnisse von aussen her erkannt und erfüllt werden (S.10). Dem ist anzufügen, dass, wie in Kapitel 3.1.3 aufgezeigt wurde, unterstützende fachliche Interventionen im präventiven Bereich der Frühen Förderung eine wichtige Ressource bezüglich der gesunden Entwicklung von Kindern in belasteten Familiensituationen darstellen. Die bei den befragten Fachpersonen bekannten Angebote und Massnahmen decken sich mit den in Abbildung 3 (vgl. Kp. 3) aufgeführten familienunterstützenden und -ergänzenden Angeboten der Frühen Förderung.

Positive Fakten:

- Fachpersonen erkennen Hintergründe für die Tabuisierung einer Alkoholsucht.
- Eine Alkoholproblematik wird eher erkannt durch Begleitung von Familien über einen längeren Zeitraum.
- Begleitung über einen längeren Zeitraum kann durch Hausärzte und Hausärztinnen, Kinderärzte und Kinderärztinnen, freischaffende GeburtshelferInnen, Mütter- und VäterberaterInnen, Sozialpädagogische Familienbegleitung und Kindertagesstätten geleistet werden.

Negative Fakten:

- Punktueller oder kurzer Kontakt mit möglichen Betroffenen erschwert Erkennen einer Alkoholproblematik.
- Wegen fehlender Konfrontation in der Berufspraxis gehen Fachleute davon aus, dass sie nicht in Kontakt kommen mit Alkoholsuchtbetroffenen.
- Anerkennung fehlt, dass bei illegalem Drogenkonsum oft Alkohol zusätzlich konsumiert wird.

6.2 Kooperation

Gemäss Sucht Schweiz (2011) sind Fachpersonen bei der Behandlung, Begleitung oder Beratung gefordert, einerseits das Vertrauen der suchtbetroffenen Person zu gewinnen und andererseits das Kindeswohl im Auge zu behalten (S.8). Diese Aussage spiegelt sich auch in den Ergebnissen aus der Befragung wieder.

6.2.1 Beziehungsaufbau und angepasste Vorgehensweise

Experten und Expertinnen betonen, dass die Zusammenarbeit mit alkoholbelasteten Familien einfacher ist, wenn diese bereits zu Beginn der Zusammenarbeit transparent über ihre Situation sprechen. Verschweigt die Klientel oder Patientenschaft ihre Suchtprobleme, ist eine gelingende Kooperation gefährdet. Im Verdachtsfall legt die Mehrheit der Fachpersonen Wert darauf, dass sie sich mittels bewusster Beratungshaltung (wertschätzend, respektvoll etc.), um einen erfolgreichen Beziehungsaufbau und gelingende Kooperation bemüht. Fehlt das Vertrauen der suchtkranken Person in die Fachperson, wird eine vorsichtige Vorgehensweise gewählt. Die Befragten befürchten, dass durch zu direktives Ansprechen der Suchtproblematik, die Betroffenen den Kontakt abbrechen und sich einer weiteren Begleitung entziehen, so dass das Wohlergehen des Kindes nicht mehr sichergestellt werden kann. Dies äussern vor allem Fachpersonen, die im nicht medizinischen Bereich tätig sind. Aus den Befragungsdaten (vgl. Kp. 5.2.3) geht hervor, dass eine Expertin es vorzieht, mit ihrer Institution die Weiterbetreuung des betroffenen Kindes sicherzustellen und deshalb eher auf eine zu direktive Vorgehensweise verzichtet. Aus Sicht der Autorinnen reicht es jedoch nicht, dem Kind ausserhalb der Familie Stabilität in der Betreuung zu gewähren. Durch Ansprechen und Aufzeigen des Risikos für die kindliche Entwicklung könnten Eltern in die Pflicht genommen werden, müssten sich ihrer Problematik stellen und sich ihrer Genesung widmen. Die Autorinnen vermuten, dass hinter „Nichterkennen“ und „Nichtansprechen“ auch Ängste und Unsicherheiten bei der Fachpersonen verborgen sein könnten, die nicht direkt mit der Klientel in Verbindung stehen. Verzichten Betroffene plötzlich auf ein Betreuungs- oder Beratungsangebot wird möglicherweise damit die Legitimation der involvierten Fachperson und ihrer Institution hinterfragt. Gerade Fachstellen, die darauf angewiesen sind, dass die Klientel ihre Institution wählt und deren Dienstleistungen freiwillig in Anspruch nimmt, fühlen sich möglicherweise durch den Auftragsverlust in ihrer Existenz bedroht. Die Autorenschaft befürchtet, dass Fachpersonen, welche sich von ihren Ängsten und Unsicherheiten leiten lassen, das in der Entwicklung stehende

Kleinkind aus dem Fokus verlieren. Gehen die betroffenen Kinder vergessen, geschieht das, worauf Hartmut Kasten (2013) hinweist. Er erläutert, dass Kinder bei ihrer Entwicklung besonders während der ersten drei Lebensjahre auf Unterstützung aus ihrer Umwelt angewiesen sind (S.10). Eltern mit einer Alkoholabhängigkeit, so Klaus Sarimski (2013) sind jedoch oft kaum in der Lage die kindlichen Grundbedürfnisse zu befriedigen (S.40). Als Folge davon (Kasten, 2013) können Kinder ihre Anlagen und Begabungen nicht genügend entfalten, verkümmern schlimmstenfalls (S.10) oder weisen im weiteren Entwicklungsverlauf Spätfolgen in Form charakteristischer Merkmale auf (Janet G. Woititz, 1990, S.14-15), wie in dieser Arbeit in Kapitel 1.1 aufgeführt wurde.

Ähnliche Befürchtungen haben die Autorinnen aufgrund der Aussage eines Experten aus dem medizinischen Bereich (vgl. Kp. 5.2.3). Wegen fehlenden zeitlichen Ressourcen sieht dieser keine Möglichkeit, nach einem Kontaktabbruch durch die Patientenschaft, zu intervenieren. Diese Haltung birgt aus Sicht der Autorinnen ein enormes Risiko, dass betroffene Kinder in Vergessenheit geraten und dadurch ihre gesunde Entwicklung gefährdet ist.

Positive Fakten:

- Ängste der Klientel werden erkannt (Entzug der Obhut).
- Fachpersonen investieren in den Beziehungsaufbau zur Klientel.
- Es wird das Ziel verfolgt, die betroffene Person an sich zu binden und dadurch eine längere zeitliche Betreuung/Begleitung zu ermöglichen und ihr Vertrauen zu gewinnen.

Negative Fakten:

- Fachpersonen zeigen wenig Mut einen Verdacht anzusprechen.
- Die Befragten äussern Befürchtungen hinsichtlich eines möglichen Kontaktabbruches.
- Expertenpersonen haben möglicherweise Ängste vor dem Verlust ihres Auftrages.
- Eine eingeschränkte Bereitschaft, sich zu Gunsten des Kindeswohls nach einem Kontaktabbruch weiter um die Familie zu bemühen oder weitere Schritte in Erwägung zu ziehen, ist nur teilweise vorhanden.

6.3 Kindeswohlgefährdung

Die Mehrheit der befragten Fachpersonen geht davon aus, dass auf Grund der elterlichen Alkoholsucht, das Kindeswohl gefährdet sein kann und deshalb die Situation der betroffenen Familie abgeklärt werden muss. Es besteht jedoch Uneinigkeit über die Dringlichkeit und das Ausmass der Massnahmen, die nötig sind.

6.3.1 Dringlichkeit von Massnahmen

Mit der Datenerhebung werden unterschiedliche Meinungen in Bezug zur Dringlichkeit von fachlichen Interventionen aufgezeigt. Eine Fachperson aus dem Sozialbereich geht davon aus, dass eine elterliche Alkoholsucht und die daraus resultierenden Probleme über längere Zeit entstanden sind, und dass dadurch auch eine gewisse Zeit zur Verfügung steht, das weitere Vorgehen zu planen. Auf der anderen Seite findet je eine Fachperson aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, dass je jünger das Kind ist, desto früher Entscheide getroffen werden sollten und sofort Lösungen angebracht sind. Aus Sicht der Autorinnen erkennen die zuletzt genannten Expertenpersonen, wie wichtig die Aussage von Martin Hafén (2012) ist. Hafén (2012) sagt, dass die ersten Lebensjahre für die Entwicklung eines Kindes von grosser Bedeutung sind. Es besteht das Risiko, dass bei ungünstigen Bedingungen die Grundlage für schwerwiegende Folgen bereits in den ersten zwölf Monaten gelegt wird (S.27). Weitere Hinweise, die aus Sicht der Autorinnen auf die Dringlichkeit von schnellen Lösungen schliessen lassen, finden sich in Kapitel 2. Dort wird Bezug genommen auf die drei ersten Stufen der Entwicklung von Kindern im Alter zwischen 0-5 Jahre (vgl. Kp. 2.1.1-2.1.3). Erik H. Erikson (1968) beschreibt, dass bei günstiger Unterstützung des Kindes durch seine nächste Umwelt in diesen drei Stufen die Grundlagen für Urvertrauen, Autonomie und Initiative gelegt werden (zit. in August Flammer, 2008, S.96-99). Durch mehrheitlich positive Erfahrungen des Kindes (Sophia Altenthan et al., 2005) in den genannten Grundlagen, lernt das Kind in der ersten Entwicklungsstufe (1. Lebensjahr), sich auf Unbekanntes vertrauensvoll einzulassen und sich mit sich selbst auseinanderzusetzen (S.24). Weiter strebt das Kind in der zweiten Entwicklungsstufe (2. + 3. Lebensjahr) nach mehr Unabhängigkeit. Es möchte seinem Alter entsprechend autonomer werden und seine Umwelt unabhängiger entdecken. Diese Selbständigkeit wird in der dritten Stufe (4.-5. Lebensjahr) bestenfalls konkret und selbstsicher vom Kind weiterverfolgt (S.25-26). Wie bereits in Kapitel 1.1 erwähnt, konzentrieren sich suchtkranke Menschen stark auf die Befriedigung der eigenen Bedürfnisse, und der Partner oder die Partnerin ist

oft damit beschäftigt, die daraus entstehenden Schwierigkeiten aufzufangen und gegen aussen hin die intakte Familie zu präsentieren. Die kindlichen Bedürfnisse werden dadurch nur ungenügend wahrgenommen. Beizufügen ist der Hinweis von Erik H. Erikson (1968), der besagt, dass ein nicht verlässliches Umfeld die kindliche Entwicklung erheblich stören kann. Das Kind baut dann eher Misstrauen auf, steht schutzlos da und wird in seinem Explorationsverhalten zu wenig ermutigt. Dies kann beim Kind zu Gefühlen von Unsicherheit, Selbstzweifel, Übergewissenhaftigkeit, Schuldkomplexen und auch zu psychosomatischen Störungen führen (zit. in August Flammer, 2008, S.96-99).

Auf der Grundlage dieser theoretischen Erkenntnisse sprechen sich die Autorinnen für eine rasche Überprüfung der jeweiligen Fallsituation und nötigenfalls für schnell erfolgende Interventionen von Seite Fachpersonen und Fachstellen aus.

6.3.2 Entzug der elterlichen Obhut vs. Verbleib in der Familie

Ebenfalls gegensätzlicher Meinung sind zwei Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich hinsichtlich eines möglichen Entzugs der elterlichen Obhut. Ein Experte aus dem medizinischen Bereich spricht sich für den Obhutsentzug aus. Er geht davon aus, dass das Kind in einer alkoholsuchtbelasteten Familie langfristig Schaden nimmt und es für das Kind besser ist, nicht in seiner Herkunftsfamilie aufzuwachsen. Er bezieht sich explizit darauf, dass wie in Kapitel 1.1 beschrieben, der Substanzgebrauch für den suchtkranken Menschen Vorrang hat vor anderen Verpflichtungen, wie zum Beispiel der Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse. Derselbe Experte fügt grundlegende Bedürfnisse von Kleinkindern auf, wie Hunger stillen, Schlaf gewähren und liebevolle Zuwendung und schliesst damit an Kapitel 2.4 an. In diesem Abschnitt erläutert Urs Fuhrer (2009) den Zusammenhang zwischen einer gesunden psychischen Entwicklung eines Kindes und dessen kindlichen Erfahrungen wie beispielsweise bestimmte Fürsorge und Betreuung. Demnach stört das Fehlen von Zuwendung und Geborgenheit das Kind in seiner gesunden Entwicklung (S.191-207).

Die andere Expertin aus dem Gesundheitsbereich (vgl. Kp. 5.3.1) spricht sich klar für den Verbleib des Kindes bei der kranken Mutter aus. Sie erhofft sich dadurch eine Stabilisierung der mütterlichen Situation und würde auf eine intakte Bindungsbeziehung zwischen Mutter und Kind achten. Dieser Aussage entnehmen die Autorinnen, dass die erwähnte Fachperson über erweiterte Kenntnisse in Bezug auf die

Wichtigkeit von sicheren frühkindlichen Bindungserfahrungen verfügt. Sie gehen davon aus, dass die Expertin das Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind wird überprüfen wollen, damit sie sicherstellen kann, ob die Mutter die Signale ihres Kindes feinfühlig wahrnimmt, richtig interpretieren kann, und ob sie prompt, angemessen und zuverlässig darauf reagiert (vgl. John Bowlby, 1975, zit. in Karl Heinz Brisch, 2009, S.23).

Die Autorinnen können beide Haltungen der interviewten Fachpersonen nachvollziehen, begrüßen jedoch eine gründliche und standardisierte Erfassung einer Fallsituation, wie dies leider nur von *einer* Fachperson als übliche Praxis beschrieben wird. In der besagten Fachstelle werden alle Familiensituationen mittels Früherfassungsbogen erörtert, womit Wahrnehmungen der Fachperson mit Aussagen der betroffenen Person verglichen, Unsicherheiten geklärt und nötige Handlungsschritte sorgfältig geprüft und geplant werden können (vgl. Kp. 5.3.2). Immerhin holt sich eine Mehrheit der Fachpersonen Beratung bei anderen Fachstellen ein, wenn sie eine Kindeswohlgefährdung vermuten. Die Autorinnen möchten hier festhalten, dass neben dem fachlichen Rat und dem Fachwissen aus den Bereichen Sucht (vgl. Kp. 1.1) und Entwicklungspsychologie (vgl. Kp. 2.1-2.5) auch folgende Hinweise von Claudia Black (1988) bei der Einschätzung von Schwierigkeiten in genannten Familien hilfreich sein können. Black (1988) hat dazu Unterschiede, resp. Merkmale einer alkoholbelasteten Familie im Vergleich mit einer intakten Familie herausgearbeitet (S.21):

Merkmale <i>Intakte Familie</i>	Merkmale <i>Alkoholbelastete Familie</i>
Stabilität	Widersprüchlichkeit und Unberechenbarkeit aufgrund des Zustandes und der sich ständig verändernden Stimmung des trinkenden Elternteils. Das Verhalten der Familienmitglieder passt sich ständig der Situation an, mit dem Ziel, das Familiensystem zu stabilisieren und das Leben leichter und erträglicher zu machen.
Gefühle offen zeigen, Anteilnahme an den Gefühlen des anderen	Gefühle unterdrücken, verzerren, gegenseitige Schuldzuweisungen
Konstruktive Bündnisse der Eltern	Destruktive Bündnisse; meist zwischen dem Kind und einem Elternteil, richtet sich gegen den anderen Elternteil
Regeln verbalisieren, gerecht und flexibel	Regeln gründen auf Scham, Schuldgefühlen oder Angst, sind meist unausgesprochen, es soll nichts nach aussen getragen werden
Meist klare Rollenverteilungen der Eltern, Kinder sind in der Lage, je nach Situation, in verschiedene Rollen zu schlüpfen. Sie lernen dabei Verantwortungsgefühl zu entwickeln, zu organisieren, Ziele anzustreben, zu spielen, zu lachen, sich zu freuen. Sie lernen auf die Gefühle der anderen einzugehen, flexibel und spontan zu sein und sich in einer Gruppe einfügen zu können.	Kinder müssen sich ständig der Situation resp. am Zustand der alkoholsüchtigen Person anpassen. Sie werden in Rollen gedrängt und gefangen, die ihrem Empfinden nach geeignet sind, um ihr Überleben zu sichern und ihr Leben ein bisschen stabil zu halten

Tabelle 3 Vergleich der Merkmale einer intakten und einer alkoholbelasteten Familie, (eigene Darstellung, nach Claudia Black, 1988, S. 21-24).

Die gut verständlichen Inhalte dieser Darstellung können hilfreich sein, als Fachperson im konkreten Fall Merkmale einer alkoholsuchtbelasteten Familie früher wahrzunehmen.

6.3.3 Votum für häufigere Gefährdungsmeldungen

Bemerkenswert ist das Votum einer einzigen Sozialarbeiterin, welche sich klar für einen unkomplizierten Umgang in Bezug auf Gefährdungsmeldungen ausspricht. Sie wünscht sich, dass Eltern bei einer Meldung an die Behörde gut informiert und in Kenntnis über deren Zweck gesetzt werden, so dass die Betroffenen besser mit der Situationsabklärung umgehen können. Sie empfindet das lange Abwägen von Fachpersonen, ob denn nun eine Gefährdungsmeldung zu erfolgen habe oder nicht, als Versuch oder Hoffnung, die Verantwortung auf andere Fachstellen abschieben zu können. Damit spricht sie auch die Angst der Professionellen an, die um die Beratungsbeziehung zur Klientel besorgt sind. Bezüglich dieser Aussagen, entnehmen die Autorinnen dem Fachgespräch mit Michael Sigrist, Psychologe lic.phil. und Fachstellenleiter des Blauen Kreuzes Oberaargau (Michael Sigrist und Marianne Götz, 23.10.2014, Fachpoolgespräch), dass jede Meldung an die Behörden für Eltern sehr wohl einen grossen Eingriff bedeutet und diesbezügliche Ängste der Erziehungsberechtigten auch mit vielen Erklärungen von fachlicher Seite nicht verhindert werden können. Entscheidet sich eine Fachperson für eine Gefährdungsmeldung, wirkt sich dies immer auf die Beratungsbeziehung aus (vgl. Kapitel 6.2.1).

Die Autorinnen teilen hier die Meinung der Sozialarbeiterin und stützen sich auch hier wieder auf die Aussage von Hartmut Kasten (2013, S.10), wonach Kinder insbesondere in den drei ersten Lebensjahren zur Entfaltung ihrer Anlagen und Begabungen auf die Unterstützung ihrer Umwelt angewiesen sind (vgl. Kp. 2). Es braucht gewisse elterliche Erziehungskompetenzen (Ulrike Petermann und Franz Petermann, 2006) in den Bereichen Beziehungsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Fähigkeit der Grenzsetzung, Förderfähigkeit, Vorbildfähigkeit oder Fähigkeit zu Alltagsmanagement, um die Bedürfnisse des Kindes zu befriedigen (S.1-8). Der thematischen Aufarbeitung aus Kapitel 1.1 entnehmen die Autorinnen, dass sich der trinkende Elternteil wenig für seine Kinder interessiert, sich unstedet und unberechenbar verhält und nicht von stabilen Erziehungskompetenzen ausgegangen werden kann, wie diese vorgängig ausgeführt wurden. Da der nicht suchtkranke Elternteil diese Voraussetzungen oftmals auch nicht erfüllt und weiter zu einem ungünstigen Familienklima beiträgt, wird die negative Auswirkung auf die kindliche Entwicklung verstärkt (Martin Zobel, 2006, S.22-23). Aus Sicht der Autorinnen empfehlen sich

deshalb eine gründliche Abklärung der Familiensituation zu Gunsten der Sicherstellung des Kindeswohls und ein nicht zu langes Zuwarten in Bezug auf eine einzureichende Gefährdungsmeldung.

Positive Fakten:

- Dringlicher Unterstützungsbedarf des mitbetroffenen Kindes wird teilweise erkannt und entsprechende Interventionen in Betracht gezogen.
- Eine Fachperson scheut sich nicht eine Gefährdungsmeldung bei der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) einzureichen. Sie legt bewusst und frühzeitig den Fokus auf das betroffene Kind.
- Bedeutung der Wichtigkeit der ersten Bindungserfahrungen für Mutter und Kind wird von einer Fachperson erkannt und besonders beobachtet.

Negative Fakten:

- Heikler Schluss einer Fachperson, dass sofortige Interventionen zu Gunsten des Kindes nicht nötig sind und genügend Zeit für die Interventionsplanung bleibt, da sich die elterliche Alkoholsucht auch über längeren Zeitraum entwickelt hat.
- Fachpersonen scheuen sich eine Gefährdungsmeldung bei der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde einzureichen.
- Es findet kaum standardisierte Erfassung von Familiensituationen in der Berufspraxis der Befragten statt.

6.4 Ressourcenerschliessung

Es ist zu honorieren, dass Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, welche mit suchtbetroffenen Familien in Kontakt stehen, nach Entlastungsmöglichkeiten für betroffene Eltern suchen und die besondere Verletzlichkeit der mitbetroffenen Kinder erkennen. Sie interessieren sich für Ressourcen, die in der abhängigen Person liegen, die sich im erweiterten Umfeld der Klientel oder Patientenschaft anbieten oder auch für unterstützende Angebote mit professionellem Charakter.

6.4.1 Ressourcen der betroffenen Person

Eine Fachperson der Suchtberatungsstelle erwähnt, dass sie systemisch arbeitet und deshalb gerne das ganze Familiensystem in den Beratungsprozess miteinbezieht, resp. vor allem den Partner oder die Partnerin der betroffenen Person zu Gesprächen miteinlädt. Gemäss dieser interviewten Person ist der Einbezug hilfreich,

da Angehörige Hinweise und Informationen bezüglich der kindlichen Situation geben können. Sie erhofft sich dadurch, einen umfassenden Einblick in die Familiensituation zu erhalten. Mit der suchtkranken Person klärt sie gründlich und einfühlsam ab, was die Gründe für das problematische Trinkverhalten sind, und fragt, was sie an der Situation verändern möchte und welche Beiträge sie zu einer Situationsveränderung beitragen könnte. Eine weitere Fachperson führt aus, dass sie mit der Mutter „schwarze Szenarien“ erfindet und eine mögliche Krisenintervention bereits vorbeispricht.

Die Autorinnen würdigen den empathischen Umgang der zwei Expertinnen mit den alkoholsuchtkranken Personen. Auch der Einbezug des Partners oder der Partnerin ist verständlich. Nur fehlt hier der eindeutige Hinweis, dass gerade alkoholsuchtkranke Menschen häufig über keine realistische Wahrnehmung ihrer Situation verfügen, sich oft überschätzen und nicht erkennen, welchen Risiken ihre Kinder ausgesetzt sind (vgl. Kapitel 1.1). Partner und Partnerinnen sind oft co-abhängig und vermögen die Situation auch nicht realistisch einzuschätzen (vgl. Kp. 6.4.2). Es stellt sich die Frage, ob die Gefährdungslage des Kindes damit frühzeitig genug zur Abklärung kommt und entsprechende Interventionen zum richtigen Zeitpunkt möglich sind.

6.4.2 Familiäres und erweitertes Umfeld

Eine Mehrheit der Fachpersonen sucht wie erwähnt die Entlastung vorerst im nahen Umfeld der Suchtbetroffenen und danach in der erweiterten Verwandtschaft, in der Nachbarschaft oder in professionellen Angeboten der Bereiche Sucht und Betreuung. Sie bestätigen damit Erkenntnisse aus der Bindungs- und Resilienztheorie (vgl. Kapitel 2.2/2.3), welche bezeugen, dass wenn die primäre Bindungsperson aus Krankheitsgründen ihre elterliche Aufgabe nicht stetig wahrnehmen kann, auch andere, dem Kind nahestehende Personen diese wichtige Rolle übernehmen und das betroffene Kind in seiner schwierigen Situation entlasten können. Auf diese Weise festigen sich in einem stabilen erweiterten Familiensystem entwicklungsfördernde Faktoren, so dass die kindliche Entwicklung, mit Hilfe dieser schützenden Wirkung weiter voranschreiten kann (vgl. Kp. 2.4.1.).

Die Aussage eines befragten Experten muss hier besonders angemerkt werden. Er verweist auf die häufige Co-Abhängigkeit der Angehörigen und darauf, dass dies die

Situation des mitbetroffenen Kindes zusätzlich erschwert. Er spricht sich deshalb für eine gründliche Abklärung des familiären Umfeldes aus. Dies deckt sich mit dem Beitrag in Kapitel 1.1, welcher beschreibt, dass der co-abhängige Elternteil eine ebenso wenig verlässliche Bezugsperson und oft auch nicht in der Lage ist, den Bedürfnissen des mitbetroffenen Kindes entgegen zu kommen. Klaus Sarimski (2013) führt dazu aus, dass der nicht trinkende Elternteil oft erheblichen Aufwand betreibt, um die Bewältigung des schwierigen Familienalltages zu ermöglichen und die Suchtproblematik gegen aussen hin zu verbergen (S.40). Janet G. Woititz (1990) schliesst sich dem an und sagt, dass dadurch wenig emotionale Kraft zur beständigen Erfüllung der kindlichen Bedürfnisse übrig bleibt (S.10).

Die Autorinnen empfehlen, gerade wegen der häufigen Tabuisierung der Problematik (vgl. Kapitel 5.1.4) und aus oben genannten Gründen, bei der Wahl unterstützender Quellen aus dem familiennahen Umfeld, ein besonderes Augenmerk auf co-abhängige Personen zu legen. Ressourcen im professionellen Kontext zu erschliessen, erweist sich dann bei solch komplexen Familiensituationen als gute Alternative und Ergänzung zum Familiensystem, so dass sich die Chance auf eine adäquate Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse erhöht.

6.4.3 Professionelle Unterstützungsangebote

Fehlen unterstützende Personen im näheren Umfeld der suchtbetroffenen Familien, sieht die Mehrheit der Fachpersonen die Unterstützung der Familie und die Betreuung der Kinder in professionellen Settings vor. Acht Personen erachten die Vermittlung der Mutter an die Mütter- und Väterberatung als wertvoll, weil diese Hilfestellung bei erzieherischen Fragen gibt und die Kinder regelmässig auf ihren Entwicklungsstand hin kontrolliert. Weiter werden Früherziehung und sozialpädagogische Familienbegleitung als Möglichkeiten genannt, ebenfalls um die Familien bei erzieherischen Fragen zu unterstützen. Um die gesunde Entwicklung des Kindes und eine altersgemässe Förderung der Kompetenzen zu sichern, meldet die Hälfte der interviewten Personen das Kind in einer Kindertagesstätte an oder vertraut es einer Tagesmutter an. Die Frage, wie hoch die Fremdbetreuung installiert werden sollte, wird unterschiedlich beantwortet. Es gilt hier, gemäss Aussagen der Fachpersonen, abzuwägen, ob die Mutter während der Woche vollständig von ihrer Verantwortung befreit werden soll oder ob eine geringere Fremdbetreuung die Entwicklung und Stabilität des Kindes genügend fördert. Eine Fachperson aus dem Sozialbereich

spricht sich explizit für erweiterte Fremdbetreuungszeiten für das Kind aus. Dies ermöglicht der Mutter den nötigen Freiraum, sich mit ihrer Suchtproblematik auseinanderzusetzen, ihre Alltagsfertigkeiten zu verbessern und in den Erziehungskompetenzen gefördert zu werden.

An dieser Stelle wird die Verbindung zur Frühen Förderung und Inhalten aus Kapitel 3 ersichtlich. Die genannten professionellen Unterstützungsangebote stellen Massnahmen im Sozial- und Gesundheitsbereich dar, welche Kinder und ihre Eltern in der Lebensbewältigung führen und befähigen sollen. Sie dienen dazu, dass sich Eltern in ihrer neuen Rolle zurechtfinden und Sicherheit in der Betreuung und Erziehung ihrer Kinder gewinnen. Damit soll erreicht werden, dass die Kinder altersgerechte Entwicklungsschritte gelingend machen können. Die Legitimation der genannten Angebote definiert sich darüber, dass für Kinder die Familie die erste unmittelbare Umwelt darstellt. Generell, und vor allem wenn die Umwelt des Kindes besonderen Belastungen unterliegt, sind unterstützende Interventionen im präventiven Bereich der Frühen Förderung für die kindliche Entwicklung von grosser Bedeutung. (vgl. Kapitel 3).

Die Autorenschaft merkt hier an, dass sich nur fünf der befragten Personen im Zusammenhang mit der Fallvignette explizit zu Angeboten der Frühen Förderung geäussert haben. Aus Expertensicht ist die Installation einer externen Kinderbetreuung oder die Begleitung der Familie durch andere Angebote wünschenswert. Bei diesen Fachpersonen besteht die Erkenntnis, wie in Kapitel 2 beschrieben (John Bowlby, 1975), dass Kinder bedeutungsvolle Bindungserfahrungen nicht nur mit ihren Eltern machen, sondern auch in anderen Bezugspersonen verlässliche Partner und Partnerinnen finden. So können Kinder sichere Bindungen aufbauen und sich psychisch stabil entwickeln (zit. in Karl Heinz Brisch, 1999, S.34-38). Dies wiederum dient der Entwicklung von Resilienz (Corina Wustmann, 2009 / vgl. Kp. 2.3), welche nur aufgebaut werden kann, wenn dem Kind verlässliche Beziehungsangebote unterbreitet und positive Erfahrungen bezüglich der Selbstwirksamkeit im Lebensalltag ermöglicht werden. Gemäss Wustmann (2009) braucht das Kind gerade in widrigen Lebensumständen zuverlässige Erwachsene, die seine Bedürfnisse wahrnehmen und sich gegenüber seinen Wünschen und Fragen offen zeigen (S.71). Die Autorinnen sehen aus diesen Gründen in der Betreuung durch Kindertagesstätte, Tagesmütter oder verlässliche Verwandte ein grosses Potenzial. Betroffene Kinder können

in einer geordneten Tagesstruktur verlässliche Erwachsene erleben, welche ihren Bedürfnissen begegnen und ein stabiles Umfeld bieten.

Fachpersonen des Gesundheitsbereichs liessen diese Möglichkeiten ausser Acht. Die Autorinnen schliessen daraus, dass die Angebote der Frühen Förderung für sie noch zu wenig bekannt sind oder ihre Wirkung verkannt wird. Ein weiteres Hindernis, betroffene Kinder durch die Angebote der Frühen Förderung zu unterstützen und zu begleiten, sehen die Autorinnen in der Schwierigkeit von Fachpersonen, eine Alkoholproblematik zu erkennen (vgl. Kp. 6.1). Können Stressoren, wie familiäre Belastungen oder unangemessenes Interaktionsverhalten der Eltern erkannt werden, ist ein zeitiges Intervenieren im Sinne der Frühen Förderung möglich. Bestenfalls bietet dies die Chance, dass Kinder in einem starken und unterstützenden Umfeld sichere Bindungserfahrungen machen, und trotz der schwierigen Situation zuhause ihre Bewältigungskapazität erweitern (vgl. Kapitel 1.1/3).

Etwa ein Drittel der Fachpersonen zieht es in Betracht, ihre Klientel aufgrund des Substanzmissbrauchs an eine spezialisierte Fachstelle im Bereich Sucht weiterzuvermitteln. Dazu kennen die Experten und Expertinnen die Angebote der Berner Gesundheit, des Blauen Kreuzes, des Contact, wie auch jene der Klinik Südhang.

Positive Fakten:

- Entlastungsbedarf der Eltern ist bewusst.
- Verletzlichkeit der Kinder ist erkannt und erhält prioritäre Aufmerksamkeit beim Planen unterstützender und fördernder Interventionen.
- Mögliche Ressourcen im nahen familiären Umfeld, der Nachbarschaft und in professionellen Angeboten zur Entlastung und Unterstützung der Eltern werden erkannt.
- Ressourcen zur Sicherstellung der gesunden kindlichen Entwicklung werden gesucht.
- Fachstellen im Bereich Sucht sind bei einem Drittel der Befragten bekannt.

Negative Fakten:

- Mögliche Co-Abhängigkeit wird nur von einer Fachperson explizit erwähnt.
- Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich geben kaum Hinweise über Bekanntheit von Angeboten der Frühen Förderung.

6.5 Fachliche Vernetzung

Die Datenerhebung zeigt auf, dass bei einer Mehrheit der befragten Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich das Bewusstsein für punktuell vernetztes Arbeiten vorhanden ist und dieses als wertvoll eingestuft wird. Die Autorinnen generieren jedoch auch Daten, welche Optimierungsbedarf bezüglich der innerbetrieblichen und überbetrieblichen Zusammenarbeit Professioneller ersichtlich machen.

6.5.1 Positive Aspekte der Vernetzung

Die interviewten Personen beschreiben das vernetzte Arbeiten innerhalb der Institution, aber auch die Kontaktaufnahme, der Austausch und die Zusammenarbeit mit Professionellen anderer Fachstellen oder Behörden.

Erläutert werden folgende Faktoren, die innerinstitutionell zu einem Mehrwert in der Berufspraxis, und insbesondere in der Arbeit mit Fallsituationen analog der Fallvignette führen:

- Wöchentliche Sitzungsgefässe zur Fallbesprechung
- Regelmässige Intervision und Supervision zur kollegialen und fachlichen Beratung
- Sensibilisierung des Beratungsteams durch betriebsintern einberufene Themenhüterinnen und Themenhüter
- Interne Weiterbildungen zur Vertiefung und Erweiterung von Fachwissen
- Zentrieren von verschiedenen Fachstellen und Fachpersonen im Familienhaus und damit verbunden zweimal jährlich Vernetzungstreffen und fachlicher Austausch nach Bedarf
- Interdisziplinäre Zusammensetzung des Fachgremiums (Beratung für Professionelle in der Fallbeurteilung und Interventionsplanung)

Die Autorinnen begrüßen die vorgefundene hochstandardisiert stattfindende betriebs- oder institutionsinterne Vernetzung in den sozialberatenden Fachstellen. Mittels wöchentlicher Fachsitzungen, regelmässiger Intervision und Supervision wird über Fälle ausgetauscht und kollegialer und fachlicher Rat eingeholt. Zwei Expertinnen erwähnen, dass in ihrem Praxisumfeld unter den Mitarbeitenden Themenhüterinnen einberufen werden, welche für ihr Fachgebiet immer wieder sensibilisieren und auch auf mögliche Weiterbildungen hinweisen. So erwähnt eine Expertin, dass

sie für das Thema Kind zuständig sei und diesbezüglich ihr Team immer wieder darauf hinweise, Kinder nicht zu vergessen, sie wahr zu nehmen und ihre Bedürfnisse in die Beratung mit einzubeziehen.

Gute Ansätze sehen die Autorinnen auch in der Ansiedlung von unterschiedlichen Fachpersonen und Fachstellen in einem Familienhaus oder, wie eine andere Expertin erwähnt, im interdisziplinär zusammengesetzten Team, welches Beratung für Fachleute mit komplexen Fallsituationen und einer möglichen Kindeswohlgefährdung beratend zur Seite steht. In Ersterem finden zweimal jährlich Vernetzungstreffen statt, und der fachliche Austausch kann nach Bedarf eingefordert werden. Das interdisziplinäre Team setzt sich aus einer Gerichtspräsidentin, einer Polizistin, einer Psychologin, einer Kinder- und Jugendpsychiaterin, einer Beraterin der Opferhilfe und einer Sozialarbeiterin der Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde zusammen. Die befragte Person, welche diesem Team angehört, betont die wertvollen unterschiedlichen Sichtweisen für die Fallbeurteilung. Ihr Blickwinkel erweitere sich dadurch und eröffne ihr neue Aspekte, wie dies bei alleiniger Fallbeurteilung nicht möglich wäre.

Hervorzuheben ist im Weiteren die gut funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit im Spital, wie der Aussage eines Arztes der Neugeborenenabteilung entnommen werden kann. Demnach werden sozialpädiatrische Fälle, die unter anderem in Zusammenhang mit Suchterkrankungen stehen, durch intensiven Einbezug der institutionsinternen Sozialarbeiterinnen aufgearbeitet.

Betreffend externe Vernetzung von Fachpersonen wie Kontaktaufnahme, Austausch und Zusammenarbeit mit Professionellen anderer Fachstellen oder Behörden fällt den Autorinnen auf, dass mögliche KooperationspartnerInnen weitgehend bekannt sind. Weiter zeigen die zusammengetragenen Daten aus der Befragung, dass Fachpersonen in der Fallbearbeitung hauptsächlich aus folgenden Gründen Vernetzungsbemühungen tätigen:

- Einholen einer Zweitmeinung oder Einschätzung bezüglich der Fallsituation
- Rollenklärung unter den involvierten Fachpersonen und gemeinsame Zieldefinition und Interventionsplanung
- Sicherstellung der Einbindung von Familien in ein tragfähiges Helfernetz, resp. sichern der weiterführenden Begleitung betroffener Familien

- Entlastung der Eltern in der Erziehungsaufgabe durch Ressourcenerschließung
- Unterstützung und Förderung des Kindes in seinen Entwicklungsaufgaben und damit Sicherung des Kindeswohls

Insbesondere Berufsleute aus dem Sozialbereich verfügen über einen grossen Vernetzungssinn und sind sich gewohnt, über die eigene Institution hinaus mit anderen Fachpersonen Kontakt aufzunehmen, sich beraten zu lassen und auf die Erreichung gemeinsamer Ziele hinzuarbeiten. Regelmässige Treffen finden in Form von „runden Tischen“ statt und dienen dem Austausch über einen einzelnen Fall, der Zieldefinition und der Auftragsklärung und Aufgabenverteilung. Fachpersonen aus dem medizinischen Bereich bemühen sich vor allem beim Wechsel der betreuten Familie von ihrer Institution in die nachfolgende um Vernetzung. Die Weiterbehandlung soll sichergestellt werden. Dazu dienen in erster Linie Berichte für die nachkommende fallführende Fachperson. Ihre Kooperationspartnerinnen und -partner finden sich hauptsächlich in der Mütter- und Väterberatung, in freischaffenden Hebammen oder in der Ärzteschaft. Allgemein äusserten sich Ärzte nur begrenzt zu familienbegleitenden und -ergänzenden Angeboten der Frühen Förderung. Weiter fällt auf, dass die Zusammenarbeit und der Austausch mit Ärzten selten auf deren Anregung hin stattfinden und stattdessen von Interessierten eingefordert werden müssen. Hausärzte (Ärztinnen standen für die Befragung keine zur Verfügung) erwähnen bei Unsicherheiten betreffend einer Kindeswohlgefährdung hauptsächlich das Kinderspital als Vernetzungspartner. Sie bekunden Mühe mit der richtigen Benennung der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde oder anderen Fachstellen. Aus Sicht der Autorinnen ist die Ankoppelung der Ärzteschaft an das Kinderspital nachvollziehbar, da dieses für die Aufnahme akut gefährdeter Kinder zuständig ist und über eine Kinderschutzgruppe verfügt. Diese bietet interdisziplinäre Beratung bei der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung, und das Kinderspital meldet bei einer allfälligen Gefährdung an die zuständige Behörde. Die Autorinnen beurteilen jedoch kritisch, dass sich einer der befragten Ärzte erst an das Kinderspital wendet, wenn ein dringender Verdacht der Kindeswohlgefährdung besteht, und das Kind bereits Merkmale von Gewalt oder Entwicklungsrückständen aufweist. Aus Sicht der Autorinnen sollten sich Fachpersonen jedoch bereits bei einem Verdacht mit einer Beratungsstelle vernetzen und den Fokus aufs Kindeswohl legen.

6.5.2 Schwierigkeiten bei der fachlichen Vernetzung

Als häufigste Gründe für Schwierigkeiten in der interdisziplinären Zusammenarbeit werden von den Befragten folgende Gründe angeführt:

- Fehlende Einigkeit über Einschätzung der Fallsituation
- Rollenzuweisungen und damit verbunden überhöhte Erwartungen
- Fehlende Kenntnisse über Auftrag und Angebot anderer Fachstellen
- Schlechte Erreichbarkeit und fehlende zeitliche Ressourcen von Ärzteschaft und mandatsführenden Sozialarbeitenden infolge hoher Fallbelastung und Teilzeitarbeit
- Fehlender Einbezug der involvierten Fachperson Betreuung an Austauschsituationen, resp. Helferkonferenzen
- Negative Haltung gegenüber vernetzter Arbeit, fehlende Nutzung moderner Informationstechniken

Besonders augenfällig ist, dass gewisse Angebote, unter anderem durch mangelnde Information und Vernetzung, nicht bekannt sind. So kritisiert die befragte Geburtshelferin die fehlenden Kenntnisse von Sozialarbeitenden über die Möglichkeiten und das Angebot der Hebammen, Familien über einen längeren Zeitraum zu betreuen. Diese können Familien ab der Schwangerschaft bis hin zur Geburt und darüber hinaus begleiten. Sie gehen aufgrund ihres Auftrages auch mehrheitlich auf Hausbesuch, haben Einblick in das Familienleben und unterstützen die Eltern mit ihren Neugeborenen. Durch die fortwährende Betreuung ist in den ersten Lebensmonaten eines Kindes die kontinuierliche Beobachtung von Mutter und Kind garantiert. Schwierigkeiten, welche die kindliche Entwicklung beeinträchtigen, würden frühzeitig erkannt und die nötigen Massnahmen initiiert. Das Bewusstsein fehlt, dass die daraus entstehenden Kosten von Krankenkassen getragen werden, so dass diesbezüglich auch keine Mehrkosten für sozioökonomisch schlechter gestellte Familien entstehen.

Weiter bemängeln die Autorinnen die Tatsache, dass sich Fachpersonen meist Dossier spezifisch vernetzen und ein regelmässiger, Dossier unabhängiger Austausch oder professions- und institutionsübergreifende Weiterbildungen sehr selten sind. Generell hängt der interdisziplinäre Fachaustausch sehr stark von der einzelnen Fachperson ab, vernetztes Arbeiten wird nicht von allen beteiligten Professionellen

gewählt. Aus Sicht der Autorinnen besteht diesbezüglich vor allem Veränderungsbedarf im Gesundheitssystem. Es kann davon ausgegangen werden, dass Kinder und Familien vor, während und nach der Geburt fast gezwungenermaßen mit dem Gesundheitssystem in Kontakt treten, nicht aber mit den Institutionen aus dem Sozialbereich. Dies beauftragt Fachpersonen des Gesundheitsbereichs aktiv zu werden, so die Autorinnen, da besonders die befragten Ärzte wenig Wissen über mögliche entwicklungsunterstützende Angebote haben, mit welchen gefährdete Kinder gefördert werden könnten. Die Angebote aus dem Sozialbereich der Frühen Förderung, welche Entlastung für Eltern und Unterstützung für Kinder bieten, wurden kaum genannt.

Die Autorinnen weisen darauf hin, dass diese Schwierigkeiten durch bewusst initiierte Netzwerke im Kinderschutz vermindert werden könnten. Sie stützen sich dabei ab auf Literaturhinweise von Jörg M. Fegert, Ute Ziegenhain und Heiner Fangerau (2010), welche sagen, dass durch die kooperative Teilnahme an Netzwerken die Chance besteht, ein umfassendes Hilffsystem zu erstellen, das unter anderem Sicherheit in der Fallarbeit und im professionellen Handeln bietet (zit. in Christiane Meiner & Jörg Fischer, 2013, S.349). Jörg Maywald (2009) fügt dem an, dass die verschiedenen Angebote optimaler miteinander verzahnt werden können (zit. in Meiner & Fischer, 2013, S.349). Gerne berufen sich die Autorinnen hier auch auf Ausführungen von Sigrid Bathke (2011), einer Professorin für das Lehrgebiet „Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendhilfe“ der Hochschule Landshut. Sie hat unter anderem folgende beispielhaften Komponenten einer interinstitutionellen Zusammenarbeit benannt, welche aus Sicht der Autorinnen auch auf die Kooperation der unterschiedlichen Fachpersonen mit ihren Angeboten angewendet werden könnten:

- Klärung von Merkmalen und signifikanten Hinweisen einer Kindeswohlgefährdung
- Bezeichnung von Grenzwerten als Basis für den Beginn von unterstützenden Interventionen
- Festlegen von institutionellen Reaktionsketten
- Einführung gemeinsamer Fortbildungen für alle beteiligten Fachleute und Institutionen
- Ernennung von Ansprechpersonen in den einzelnen Institutionen, sowie die Sammlung der Kontaktdaten und deren Veröffentlichung (zit. in Christiane Meiner & Jörg Fischer, 2013, S.352).

Die Autorinnen sprechen sich aus für professionelle Netzwerkarbeit und interdisziplinäre Kooperation. Sie erhoffen sich, dass dadurch personelle, zeitliche und nicht zuletzt finanzielle Ressourcen einzelner Fachpersonen und Institutionen effizienter genutzt werden. Familien und betroffene Kinder können dadurch in ihrer Situation rascher adäquat unterstützt werden.

Bezüglich der fachlichen Vernetzung kann eine Vielzahl an positiven Fakten herausgearbeitet werden. Die negativen Fakten zeigen jedoch auf, dass noch Optimierungsbedarf im Gesundheits- wie auch im Sozialbereich besteht.

Positive Fakten:

- Einzelne Fachpersonen weisen einen hohen Vernetzungssinn nach, sie arbeiten vorwiegend im Sozialbereich.
- Es finden vorwiegend im Sozialbereich erhebliche betriebsinterne Bemühungen um Austausch, Informationsweitergabe, Weiterbildung und kollegiale Beratung statt.
- Themenhüterinnen und Themenhüter sensibilisieren innerbetrieblich.
- Institutionalisierte Vernetzungstreffen im Familienhaus finden zweimal jährlich statt, punktueller fachlicher Austausch ist möglich.
- Regelmässige Sitzungen fallbeteiligter Fachpersonen dienen dem fachlichen Austausch und der Rollenklärung.
- Im Spital findet punktuell fallspezifisch interdisziplinäre Zusammenarbeit statt.
- Es bestehen, wenn auch nur vereinzelt, interdisziplinäre Fachgremien, welche Professionelle in der Fallarbeit beraten.
- Im Gesundheitsbereich wird die weiterführende Betreuung der Patienten und Patientinnen an die übernehmende Fachstelle mittels Übergabeberichte sichergestellt.

Negative Fakten:

- Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich tauschen sich in erster Linie innerhalb ihrer Profession aus. Kontakt, Zusammenarbeit und Austausch mit Hausärzten wird hauptsächlich von aussen initiiert.
- Hausärzte weisen kaum Kenntnisse über Vernetzungsmöglichkeiten mit Angeboten und Fachpersonen aus dem Bereich der Frühen Förderung auf.
- Einigkeit in der Einschätzung von Fallsituationen fehlt teilweise.
- Rollenzuweisungen und falsche Erwartungen erschweren die Zusammenarbeit.
- Infolge fehlender Kenntnisse über Angebote und Auftrag anderer Fachstellen und Fachpersonen, findet Kooperation nicht statt (z.B. Sozialarbeitende bei Sozialdiensten kennen Angebote der Hebammen kaum).
- Schlechte Erreichbarkeit von Ärzten und mandatsführenden Sozialarbeitenden und Überlastung dieser Fachpersonen erschwert gelingende Zusammenarbeit und Fortschritt bei der Fallarbeit.
- Fachpersonen von Kindertagesstätten werden zu Helferkonferenzen nicht eingeladen und können ihr Fachwissen sowie ihre Einschätzung der Fallsituationen nicht einbringen.
- Negative Haltung eines Hausarztes bezüglich Vernetzung mit anderen Fachpersonen verhindert gelingende Kooperation zu Gunsten betroffener Familien.

6.6 Optimierungsbedarf

Die Diskussion und Interpretation der Datenauswertung zeigt, dass doch ein beachtlicher Optimierungsbedarf bei allen befragten Vertretern und Vertreterinnen der unterschiedlichen Berufsgruppen in der Betreuung und Begleitung von alkoholsuchtbetroffenen Familien und deren Kindern besteht. Entlang relevanter Themen führen die Autorinnen nun den Bedarf begründet auf.

6.6.1 Sensibilisierung von Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich

Die Datenerhebung ergibt, dass das Bewusstsein über die beachtliche Verbreitung von Alkoholsucht in Familien in der Berufspraxis von Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich immer noch zu wenig präsent ist. Die mitbetroffenen

Kinder geraten noch zu oft in Vergessenheit. Es bedarf an Aufklärung über die Alkoholproblematik allgemein, über deren Auswirkungen auf die direkt betroffene Person und ihr Verhalten, wie auch über die häufige Co-Abhängigkeit von Partnerinnen und Partnern. Die möglichen Folgen für die Entwicklung der Kinder dieser Familien und deren erhöhtes Risiko dadurch langfristig in ihrer Lebensführung eingeschränkt zu sein, muss Fachkreisen bewusst gemacht werden. Professionelle aus dem Gesundheits- und Sozialsystem müssen unter anderem über Kenntnisse zu Themen wie *Entwicklungspsychologie, Entwicklung von Resilienz, Wichtigkeit erster Bindungserfahrungen* und *förderliches Erziehungsverhalten* verfügen und sich deren Relevanz für die gesunde kindliche Entwicklung bewusst sein. Damit erhalten sie die Möglichkeit zu erkennen, dass Kinder wenig Zeit haben für positive frühkindliche Erfahrungen, die ihre Entwicklung günstig beeinflussen. Die erhebliche Dringlichkeit hinsichtlich der nötigen Interventionen zur Entlastung und Unterstützung der Familien muss klar werden.

Benötigt werden Informationsanlässe, Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote an Ausbildungsstätten für zukünftige und jetzige Fachleute der Bereiche Gesundheit und Soziales. Berufsverbände, insbesondere jene der medizinischen Berufe, müssen für die Problematik sensibilisiert und in die Verantwortung gezogen werden.

6.6.2 Standardisierte Verfahren zur Erfassung von Familiensituationen

Fachstellen im Bereich Gesundheit und Soziales sollten über standardisierte Verfahren zur Erfassung von Familiensituationen verfügen und diese anwenden, damit kritische Entwicklungen früh wahrgenommen werden und bestenfalls präventiv das einzelne Familienmitglied unterstützt werden kann. Unsicherheiten in Bezug auf das berufliche Handeln, der Gleichbehandlung, dem Erfassen von Gefährdungslagen und dem Erkennen der Dringlichkeit von Interventionen sollen damit gewährleistet werden.

6.6.3 Informationsmaterial zu wichtigen Fachstellen und Angeboten der Frühen Förderung

Es müssen Adress- und Datensammlungen bereitgestellt werden, die auch in materieller Form vorliegen, damit jede Fachperson jederzeit darauf zurückgreifen kann

und sich über mögliche VernetzungspartnerInnen in besagten Fallsituationen informieren kann. Beinhalten sollten diese Sammlungen die wichtigsten Zugangsdaten zu Fachstellen, Behörden und Angeboten der Frühen Förderung. Klar ersichtlich müssen aber auch deren Zuständigkeiten, Aufträge und Dienstleistungen, sowie die Kosten und Kostenbeteiligung sein. Bestehende Netzwerke sollen damit besser zugänglich gemacht werden. Dadurch wird die Vernetzung mit den richtigen Partnern und Partnerinnen zu Gunsten der Betroffenen vereinfacht.

6.6.4 Initiierung und Institutionalisierung von Netzwerken

Erkannt wird der Wert von institutionalisierten Netzwerken im Kinderschutz, weil gemäss Eike Quilling, Hans J. Nicolini, Christine Graf und Dagmar Starke (2013) Netzwerke über die Fähigkeit verfügen, das oftmals auf den eigenen Arbeitsbereich begrenzte Denken von Fachpersonen, aufzuweichen und unterschiedliche Professionen zur Zusammenarbeit zu bewegen. Weiter verhilft die interdisziplinäre Kooperation zu verbesserter und wirkungsvollerer Lösungsfindung für Problemsituationen. Angebotsstrukturen werden transparenter wahrgenommen. Die dadurch verkürzten Wege ermöglichen, die vorhandenen Ressourcen optimaler zu nutzen und Geldmittel wirkungsvoller einzusetzen (S.29). Der Datenauswertung kann entnommen werden, dass vernetztes Arbeiten unter Fachpersonen einen Mehrwert für die Eltern sowie das mitbetroffene Kind darstellt. Mögliche Unsicherheiten könnten zukünftig in der institutionalisierten Zusammenarbeit ausgeräumt, Handlungsschritte gemeinsam geplant und aufeinander abgestimmt werden, so dass ein stabiles Helfernetz den kindlichen Bedürfnissen zudient.

6.6.5 Hausarztmodell als Standard

Eine Expertin kritisiert die Entwicklung hin zum relativ anonymen Aufsuchen eines Arztes in einem Behandlungszentrum oder einer Notfallklinik. Sie spricht sich ausdrücklich für die Standardisierung des Hausarztmodells aus und betont, dass damit über längere Zeit eine konstante Begleitung möglicher Betroffener gewährleistet ist. Eine Abhängigkeit fällt daher eher auf, so dass entsprechend interveniert werden kann. Einer der befragten Ärzte bestätigt dies und erklärt, dass er Familien über mehrere Generationen betreut und deshalb Auffälligkeiten eher bemerkt. Aus Sicht der Autorinnen ergibt sich aus dieser Entwicklung der sozialpolitische Anspruch an veränderte Strukturen. Personen, insbesondere aber Familien, sollten grundsätzlich

im Hausarztmodell krankenversichert sein, so dass deren Begleitung in Gesundheitsbelangen über lange Zeit von der gleichen Fachperson erfolgt. Einige Kinder in prekären Situationen würden damit mit höherer Wahrscheinlichkeit erkannt und könnten entsprechend versorgt und unterstützt werden. Die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in der Hausarztpraxis müsste natürlich an Attraktivität gewinnen und entsprechend gefördert werden.

6.6.6 Zugang zu familienergänzender Betreuung

Aus Sicht einer Expertin aus dem Sozialbereich wird der Zugang zur professionellen familienergänzenden Betreuung durch Sparmassnahmen des Kantons erschwert. Im Kanton Bern wird das Berechnungssystem für Kindertagesstätten neu über Betreuungsgutscheine geregelt. Diese Änderung hat zur Folge, dass neu nur dann der Betreuungsplatz subventioniert wird, wenn ein Ehepaar oder Konkubinatspaar mehr als 100% arbeitet, eine Rahmenfrist in der gleichen Höhe bei der Arbeitslosenkasse aufweist oder an ein Studium gebunden ist. Dann werden die Kosten, welche die einhundert Prozent übersteigen, subventioniert. Für Alleinerziehende gilt die Subvention für den gleichen Umfang wie die Anstellungsprozente, die Rahmenfrist oder das Studium. Wollen Eltern oder Alleinerziehende ihr Kind zur Entlastung in eine Kita bringen, müssen sie dafür den vollen Betreuungsbetrag bezahlen. Diese hohen Kosten stellen für die meisten ein Problem dar, so dass von dieser Möglichkeit vielfach abgesehen wird. Der Zugang zu einem subventionierten Betreuungsplatz ist dann nur noch gewährleistet, wenn von einer professionellen Beratungsstelle aufgrund gesundheitlicher, psychischer oder sozialer Gründe eine Bestätigung vorgelesen werden kann, welche die Notwendigkeit der Entlastung bestätigt. Aus Sicht der Autorinnen ist dieser erschwerte Zugang problematisch. Wie bereits beschrieben, leiden alkoholranke Menschen oft unter grossen Schamgefühlen und Ängsten und tabuisieren ihre Sucht. Um Zugang zu einer familienergänzenden Betreuung der Kinder in einer Kindertagesstätte zu erhalten, müssten diese ihren Bedarf offen darlegen, so dass ihnen von fachlicher Seite die Subvention vermittelt werden kann. Dies stellt eine zu grosse Hürde dar. Deshalb sind die Zugangsbedingungen zu genannten Institutionen zu überdenken und für alle Interessierten gleichermassen zu gestalten, resp. für bedürftige Menschen niederschwelliger anzusetzen.

7 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Autorinnen überprüfen in diesem letzten Kapitel die Beantwortung der Fragestellungen, welche in der Einleitung formuliert wurden (vgl. Kapitel 1.3). Im Anschluss daran erfolgen eine Ableitung von möglichen Rollen und Aufträgen für die Soziale Arbeit und ein Ausblick auf weitere Forschungsansätze. Den Abschluss dieser Bachelorarbeit bildet eine kritische Reflexion des Forschungsprozesses.

7.1 Überprüfung der Fragestellung

In der Folge werden die Fragestellungen auf deren Beantwortung hin überprüft, und die relevanten Inhalte dazu zusammenfassend dargestellt.

Welche Herausforderungen stellen sich für 0-4 jährige Kinder, die in Familien mit einer Alkoholproblematik aufwachsen?

Dass die elterliche Alkoholsucht erhebliche Auswirkungen auf die betroffene Person und ihr Umfeld hat, wurde in Kapitel 1.1 aufgezeigt. Die suchtkranke Person ist in erster Linie mit sich und ihrer Sucht beschäftigt und der Partner oder die Partnerin versucht oftmals, die schwierigen Verhaltensweisen der abhängigen Person in der Familie und gegen aussen hin aufzufangen. Die Erziehungskompetenz der Eltern ist durch die Sucht nicht selten eingeschränkt. Das Kind steht in Gefahr, in seinen Entwicklungsaufgaben nicht ausreichend unterstützt zu werden und kann nicht auf sichere und stabile Interaktionsbemühungen von Seiten der Eltern zählen.

Wie gelingt die gesunde Entwicklung von Kindern zwischen 0 – 4 Jahren?

Wachsen Kinder bei ihren Eltern auf, tragen diese im besten Fall mit ausgeglichen ausgebildeten Elternkompetenzen zur gesunden kindlichen Entwicklung bei. Die Elternkompetenzen zeigen sich in der elterlichen Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit und der Fähigkeit dem Kind Grenzen zu setzen. Sind die Eltern bereit, das Kind zu fördern und den Alltag auch entsprechend seinen Bedürfnissen zu gestalten, dient dies seiner gesunden Entwicklung. Die Fähigkeit von Eltern, ein gutes Vorbild

bei der Lebensbewältigung zu sein, fördert diesbezüglich wiederum die Entwicklung kindlicher Kompetenzen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, welcher die kindliche Entwicklung beeinflusst, ist die frühe Bindungserfahrung des Kindes. Die primäre Bindungsperson, in der Regel die Mutter, begünstigt die zukünftige Bindungsfähigkeit ihres Kindes dadurch, dass sie feinfühlig und adäquat auf die kindlichen Bedürfnisse reagiert. Erlebt das Kind besonders in der frühen Kindheit genügend Schutz, Sicherheit und Geborgenheit, wird es in seinen Entwicklungsbemühungen gestärkt und kann sich in seiner Umwelt in der Regel besser zurechtfinden. Tendenziell weist es dann wenig auffälliges Verhalten auf.

Das Kind entwickelt sich resilient, wenn es schon in früher Kindheit zuverlässige Beziehungen erlebt, und es den Alltag selbstwirksam seinem Alter entsprechend gestalten kann. Wächst es in widrigen Lebensumständen auf, braucht es hauptsächlich die Zuwendung von Erwachsenen, welche seinen Bedürfnissen, Fragen und Wünschen offen begegnen. Die Chance, dass das Kind eine psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Entwicklungsrisiken aufbaut, wird dadurch grösser.

Die Angebote der Frühen Förderung unterstützen Kinder, die in Familien mit Mehrfachbelastung aufwachsen, in ihrer gesunden körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Entwicklung. Die ausserfamiliäre Betreuung, Elternbildung und Unterstützung in der Erziehungsaufgabe und Alltagsbewältigung bieten mögliche stützende Massnahmen, die Kindern und ihren Eltern helfen, Krisenzeiten zu bewältigen.

Vertiefte Ausführungen zu diesen Themen können den Kapiteln 2 und 3 dieser Arbeit entnommen werden.

Welche Möglichkeiten sehen Fachpersonen, alkoholsuchtbelastete Familien und deren Kinder zwischen 0-4 Jahren zu stärken?

Die Datenerhebung hat ergeben, dass Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich die Situation hinsichtlich einer Gefährdung des Kindeswohls überprüfen, wenn sie eine Alkoholsucht bei ihrer Klientel oder Patientenschaft erkennen. Sollten sich die Hinweise einer Gefährdung erhärten, erwägen die Fachpersonen eine Meldung an eine weitere Fachstelle oder die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde. Ein Hauptaugenmerk liegt auf der Ressourcenerschliessung für die betroffenen Familien. Dabei geht es darum, die Eltern und Kinder zu entlasten und zu unterstützen. Erschlossen werden Ressourcen im familiären und familiennahen Umfeld oder in professionellen Angeboten. Der suchtkranke Elternteil wird an spezifische Fachstellen vermittelt oder durch die Fachperson begleitet. Es wird erkannt, dass Kinder in ihrer Entwicklungsaufgaben unterstützt und gefördert werden müssen, damit sich Risikofaktoren vermindern und Schutzfaktoren stärken. Vernetzung mit anderen Fachstellen wählen Fachpersonen zum Gewinn von mehr Sicherheit im professionellen Handeln, aber auch zur optimierten Zusammenarbeit zu Gunsten der betroffenen Familien. Die Datenerhebung konnte Optimierungsbedarf hinsichtlich verschiedener Aspekte der fachlichen Begleitung von Familien mit Alkoholproblematik nachweisen und wurde im Kapitel 6.6 eingehend diskutiert.

Die vierte Fragestellung wird im folgenden Kapitel ausführlich beantwortet.

7.2 Auftrag und Rollen der Sozialen Arbeit

Hinsichtlich der diskutierten und interpretierten Inhalte aus der Datenerhebung wird nun der mögliche Auftrag an Fachpersonen der Sozialen Arbeit aufgeführt. Damit wird die vierte Fragestellung beantwortet.

Wie kann Soziale Arbeit das Erkennen und Unterstützen von Kindern in suchbelasteten Familien sicherstellen?

Die Soziale Arbeit definiert ihren Auftrag aus berufsethischer Sicht. Dieser Auftrag kann auf den thematischen Kontext dieser Arbeit übertragen werden. Gemäss dem Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz (2010) hat die Soziale Arbeit soziale Notlagen von Menschen und Gruppen zu beseitigen oder zu lindern (BK II 5.5, S.6). Sie setzt dort an, wo sie Menschen in ihrer Entwicklung fördern, sichern und stabilisieren kann (BK II 5.6, S.6). Unter anderem setzt sie sich ein für menschen- und bedürfnisgerechte Sozialstrukturen und Solidarsysteme (BK III 9.2, S.9). Die Professionellen der Sozialen Arbeit engagieren und vernetzen sich. Ihre Netzwerke setzen sie für gesellschaftliche und sozialpolitische Verbesserungen ein und begründen so die Verlässlichkeit der Sozialen Arbeit der Gesellschaft gegenüber (BK IV 14.1, S.13).

Aus Sicht der Autorinnen können mögliche Rollen der Sozialen Arbeit folglich berufsethisch begründet und entlang dem in Kapitel 6.6 aufgezeigten Optimierungsbedarfs abgeleitet werden:

Sensibilisierung von Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialbereich

- Organisieren und Durchführen von Informationsanlässen zur Thematik
- Ausbildungs- und Weiterbildungslehrgänge initiieren, organisieren und durchführen an Ausbildungsstätten für Sozial- und Gesundheitsberufe
- Berufsverbände sensibilisieren hinsichtlich der beschriebenen Problematik und des benötigten Informationsbedarfs von Fachleuten
- Hinweis der Wichtigkeit, den Fokus auf das schwächste Mitglied, in besagten Fällen auf das Kind, zu legen

Standardisierte Verfahren zur Erfassung von Familiensituationen

- Fachpersonen und Fachstellen, aber auch Ausbildungsstätten informieren und schulen bezüglich bestehender standardisierter Verfahren zur Erfassung von Familiensituationen
- Standardisierte Erfassungsmethoden bereitstellen, die spezifisch das Erkennen von Alkoholproblematik in Familien erleichtern, Gefährdungslagen von Kindern und die Dringlichkeit von nötigen Interventionen ersichtlich machen

Informationsmaterial bereitstellen für Fachpersonen aus dem Gesundheits- und dem Sozialbereich

- Zugangsdaten aller am Kinderschutz beteiligten Fachstellen, Behörden und der Angebote der Frühen Förderung übersichtlich in unterschiedlicher Form bereitstellen (Internet, Papier)
- Zuständigkeiten, Aufträge und Dienstleistungen ersichtlich machen

Initiierung und Institutionalisierung von Netzwerken

- Professionell aufgebaute Netzwerke initiieren
- Interprofessionelle Zusammenarbeit fördern

Sozialpolitische Veränderungen initiieren

- Strukturelle Veränderungen in den Bereichen Familie, Gesundheit und fachliche Vernetzung auf politischer Ebene und in der Öffentlichkeit anregen, wie beispielsweise standardisierte Versicherung von Familien im Hausarztmodell, Errichtung von Familienzentren fördern, Zugang zu professionellen familienergänzenden Betreuungsstrukturen anregen, gerechte Entlohnung von Kinderbetreuung durch Angehörige oder Personen aus dem Familienumfeld erwirken, niederschwellige Angebote für Familien mit Mehrfachproblematiken fördern und fordern.

Präventive Tätigkeiten durchführen

- Mittels Öffentlichkeitsarbeit auf Problematiken im Zusammenhang mit Alkoholkonsum hinweisen (Foren, Schulen, Firmen etc.), den Fokus auf soziale Probleme legen
- Elternbildung: Elternkurse anbieten, Elternkompetenzen fördern, gemeinsam mit Eltern Helfernetze ausspannen für den Notfall, niederschwellige Beratungsangebote zur Verfügung stellen

7.3 Ausblick

Weiterführender Forschungsbedarf sehen die Autorinnen darin, der Frage nachzugehen, wie der Zugang zu Angeboten der Frühen Förderung aus Sicht betroffener Eltern und ihren Kindern vereinfacht werden könnte. Dies beinhaltet ebenfalls die Frage danach, was betroffene Eltern benötigen, damit Scham und Tabuisierung der Problematik nicht verhindern, dass sie sich an Fachstellen wenden. Weiter wäre interessant und wichtig zu klären, wie betroffene Kinder retrospektiv die Unterstützung durch Angebote der Frühen Förderung für ihre gesunde Entwicklung erlebt haben und was aus ihrer Sicht besonders unterstützend und hilfreich war.

7.4 Reflexion Forschungsprozess

Die rasche Zusage der verschiedenen Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich hat die Datenerhebung erleichtert und es konnten innerhalb kurzer Zeit alle Interviews geführt werden. Die Bereitschaft der Expertenpersonen, an der Befragung teilzunehmen, und ihre Ehrlichkeit und Offenheit haben einen beachtlichen Datengewinn ermöglicht.

Forschungsmethode und Forschungsfrage

Die qualitative Forschungsmethode hat sich für die Befragung im begrenzten Quartier der Stadt Bern bewährt und entspricht dem Umfang dieser Arbeit.

Die Forschungsfrage half den Autorinnen beim Verfassen der Fallvignetten und diente zur Orientierung beim Erstellen des Leitfadens.

Datenerhebung

Die Fallvignetten haben ihre Wirkung nicht verfehlt und entsprechend kognitive Leistungen von den Befragten hinsichtlich der geschilderten Fallsituationen stimuliert. Von Seite der Fachpersonen wurde vereinzelt darauf hingewiesen, dass nicht nur Mütter von Alkoholsucht betroffen sind, sondern sehr oft auch die Väter oder Partner der Mütter problematisches Trinkverhalten aufweisen. Um die Fallvignetten zu vereinheitlichen, wurden ausschliesslich Mütter als alkoholsuchtbelastet beschrieben. Dadurch wurde dem Aspekt, dass auch Väter oder Partner von Alkoholsucht betroffen sein können, von den Autorinnen zu wenig Beachtung geschenkt.

Der Leitfaden bot mit seinen Fragen hilfreiche Unterstützung für eine gut strukturierte Gesprächsführung. Die Autorinnen konnten sich während den Interviews stets wieder daran orientieren.

Das Setting der Interviewführung am Arbeitsplatz der Befragten hat sich bewährt und wurde von diesen verdankt. Nur eine Expertin hat die Autorinnen in ihrer privaten Wohnung empfangen. Dieses Setting haben die Interviewerinnen suboptimal erlebt, da die Befragung durch die Kinder der Befragten immer wieder unterbrochen wurde.

Die Aufnahme der Gespräche mittels Diktaphone hat sich bewährt und die weitere Verarbeitung der Daten erleichtert.

Stichprobenziehung

Die Recherche nach Fachpersonen hat ergeben, dass im gewählten Quartier eine hohe Dichte an unterschiedlichen Fachpersonen zur Verfügung steht. Leider gelang es den Autorinnen trotzdem nicht, einen Gynäkologen oder eine Gynäkologin für die Befragung zu gewinnen. Sie erteilten eine Absage mit der Begründung, nicht an der Datenerhebung interessiert zu sein. Dies wird von den Autorinnen sehr bedauert, da Gynäkologinnen und Gynäkologen werdende Eltern in der Regel während der ganzen Schwangerschaft regelmässig betreuen und so die Wahrscheinlichkeit besteht, dass eine Alkoholsucht durch diese Fachperson erkannt wird.

Datenaufbereitung und Datenauswertung

Die gewählten Methoden zur Datenaufbereitung haben sich bewährt. Die paraphrasierten Gesprächsinhalte konnten dem sechsstufigen Verfahren zugeführt werden und wesentliche Inhalte so herausgearbeitet und schlussendlich diskutiert und interpretiert werden.

8 Literaturverzeichnis

Altenhan, Sophia; Betscher-Ott, Sylvia; Dirrigl, Werner; Gotthardt, Wilfried; Hobmair, Hermann; Höhle, Reiner; Ott, Wilhelm; Pöll, Rosemarie; Schneider, Karl-Heinz (2005). *Pädagogik/Psychologie. Band 2*. (Hrsg. Hobmair, Hermann). Troisdorf: Bildungsverlag EINS GmbH.

AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: AvenirSocial

Black, Claudia (1988). *Mir kann das nicht passieren (ohne Angabe Übers.)*. Verlag Mona Bögner-Kaufmann: Wildberg. (engl. *It will never happen to me. Denver 1981*).

Brisch, Karl Heinz (2009). *Bindungsstörungen Von der Bindungstheorie zur Therapie* (9. Aufl.). Stuttgart: Klett- Cotta.

Brockhaus Enzyklopädie. *Entwicklung*. Gefunden am 2. Dezember 2014, unter <https://hs-luz.brockhaus-wissensservice.com/brockhaus/entwicklung-psychologie>

Cierpka, Manfred (Hrsg.). (2012). *Frühe Kindheit 0-3 Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Duden. *Entwickeln*. Gefunden am 2. Dezember 2014, unter <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/entwickeln>

Fischer, Eliane; Knocks, Stefanie & Wetter, Miriam (2012). *Netzwerk Kinderbetreuung Schweiz. Frühe Förderung – was ist das?* Gefunden am 21. Oktober 2014, unter

Flammer, August (2008). *Entwicklungstheorien: psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung* (4. Aufl.). Bern: Hans Huber .

Fuhrer, Urs (2009). *Lehrbuch Erziehungspsychologie* (2. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Grossmann , Karin & Grossmann, Klaus E. (2012). *Bindungen- das Gefüge psychischer Sicherheit* (5. Aufl.). Stuttgart: J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH.

Hafen, Martin (2007). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis.* (2. Aufl.). Heidelberg: Carl Auer Verlag.

Hafen, Martin (2010). Frühe Förderung als Prävention – eine theoretische Verortung. *SuchtMagazin, 2010* (4), 4-13.

Hafen, Martin (2011). Prävention im Frühbereich. Frühe Förderung aus präventions-soziologischer Perspektive. *BVF-Forum, 2011* (76), 16-17. Gefunden am 3. November 2014, unter www.fen.ch/texte/mh_praevention-im-fruehbereich.pdf

Hafen, Martin (2012). *Better Together - Prävention durch Frühe Förderung. Präventionstheroretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren.* Hochschule Luzern - Soziale Arbeit.

Jordan, Susanne (2010). Die Förderung von Resilienz und Schutzfaktoren bei Kindern suchtkranker Eltern. *Bundesgesundheitsblatt, 2010* (53), 340-346.

Kasten, Hartmut (2013). *0-3 Jahre Entwicklungspsychologische Grundlagen* (4. Aufl.). Berlin: Cornelsen Schulverlag GmbH.

Klein, Michael (2008). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. In Michael Klein (Hrsg.) *Kinder und Suchtgefahren Risiken-Prävention-Hilfen* (S. 114-139). Stuttgart: Schattauer Verlag.

Konzept Frühe Förderung im Kanton Bern. Bericht des Regierungsrates. Juni 2012, gefunden am 30.4.2014 unter http://www.gef.be.ch/gef/de/index/familie/familie/fruehe_foerderung.assetref/content/dam/documents/GEF/SOA/de/Familie/FF/Konzept_FF_Vollversion_d.pdf

Lenz, Albert; Riesberg, Ulla; Rothenberg, Birgit & Sprung, Christiane (2010). *Familien leben trotz intellektueller Beeinträchtigung*. Göttingen: Hogrefe.

Mayer, Horst O. (2004). *Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung und Auswertung*. München: Oldenburg

Meiner, Christiane & Fischer, Jörg (2013). Gelingender Kinderschutz durch Netzwerkbildung? - Implementierungsstrategien auf kommunaler Ebene. In Jörg Fischer & Tobias Kosellek (Hrsg.), *Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen*. (S.349-352) Weinheim: Beltz Juventa

Metzger, Marius (2012). *Sampling: Wie kommt man zur Stichprobe?* Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Moira, Atria; Strohmeier, Dagmar & Spiel, Christiane (2006). Der Einsatz von Vignetten in der Programmevaluation – Beispiele aus dem Anwendungsfeld «Gewalt in der Schule». In Uwe Flick (Hrsg.), *Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte – Methoden – Umsetzung* (S. 233-249). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Neumann, Eva (2002). *Von der Eltern-Kind-Bindung zur Paarbindung Erwachsener. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie in der Fakultät für Psycho der Ruhr- Universität Bochum*. Gefunden am 11. August 2014 unter <http://www.brs.ub.ruhr-uni-bochum.de/netahtml/HSS/Diss/NeumannEva/diss.pdf>

Oerter, Rolf & Montada, Leo (Hrsg.). (2008). *Entwicklungspsychologie* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Petermann, Franz (2000). Klinische Kinderpsychologie – Begriffsbestimmungen und Grundlagen. In Franz Petermann (Hrsg.), *Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (S. 15). Göttingen: Hogrefe.

Petermann, Ulrike; Petermann, Franz (2005). Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung. In Jörg Althammer (Hrsg.), *Familienpolitik und soziale Sicherung* (S. 39-55). Heidelberg: Springer Berlin.

Petermann, Ulrike & Petermann Franz (2006). Erziehungskompetenz. *Kindheit und Entwicklung*, 15 (1), 1-8.

Quilling, Eike; Nicolini, Hans J.; Graf, Christine & Starke, Dagmar (2013). *Praxiswissen Netzwerkarbeit. Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Sarimski, Klaus (2013). *Soziale Risiken im frühen Kindesalter Grundlagen und frühe Interventionen*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Schaller-Peter, Vreny (2008). Voll, Peter; Jud, Andreas; Mey, Eva; Häfeli, Christoph; Stettler, Martin (Hrsg.). *Zivilrechtlicher Kinderschutz: Akteure, Prozesse, Strukturen. Eine empirische Studie mit Kommentaren aus der Praxis*. Luzern: Interact Verlag.

Sucht Schweiz (2014). *Im Fokus- Alkohol*. Gefunden am 2. Juli 2014, unter http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Fokus_Alkohol.pdf

Sucht Schweiz (2011). *Angebote für Kinder aus alkoholbelasteten Familien in der Schweiz Bestandesaufnahme 2011*. Gefunden am 9. Juni 2014, unter http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Bestandesaufnahme_COA_2011.pdf

Werner, Emmy (2011). Risiko und Resilienz im Leben von Kindern aus multiethnischen Familie. In Margherita Zander (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S. 33-42). VS Verlag.

Wettig Jürgen (2012). Neurobiologie der frühkindlichen Traumatisierung. In Silke Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit- Risiko, Resilienz und Hilfen* (2. Auflage, S. 20, 23). Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH.

Woititz, Janet G. (1990). *Um die Kindheit betrogen*. München: Kösel-Verlag GmbH & Co.

Wustmann, Corina (2004). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern* (Wassilios E. Fthenakis, Hrsg.). (2. Aufl.). Berlin: Cornelsen Verlag Scriptor GmbH & Co. KG.

Wustmann, Corina (2009). Die Erkenntnisse der Resilienzforschung – Beziehungserfahrungen und Ressourcenaufbau. *Psychotherapie Forum*, 17 (2) 71-72

Zobel, Martin (2006). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

9 Anhang

Anhang A: Beispiel Fallvignette - Hausarzt

Anhang B: Leitfaden - Interviewfragen

Anhang C: Auswertungstabelle

Anhang A

Beispiel Fallvignette - Hausarzt

Ihre Patientin, 38-jährig, hat Sie vor drei Wochen aufgesucht und sich über starkes Sodbrennen beklagt. Sie erscheint heute eine Viertelstunde verspätet, um 10h00, zur Nachkontrolle. Die Frau entschuldigt sich wortreich und gibt sich betont aufgestellt.

Ihnen fällt auf, dass die Patientin eine Alkoholfahne ins Untersuchungszimmer trägt und eher ungepflegt wirkt. Ihr Verdacht erhärtet sich, dass die gesundheitlichen Probleme in Zusammenhang mit einer Alkoholproblematik stehen könnten.

Sie sprechen die Patientin betreffend ihres Eindruckes an. Zuerst verteidigt sie sich noch, doch schlussendlich gesteht sie ein, dass sie seit der Geburt ihres Kindes, vor 2.5 Monaten, wieder vermehrt zur Flasche greife. Sie sei einfach überfordert mit dem Baby, ihr Partner arbeite vor allem abends und so hätte sie kaum Unterstützung in den Stunden, in denen das Töchterchen oft weine. Sie ertrage diese Situationen kaum mehr. Überhaupt sei das Kind sehr anspruchsvoll und oft unruhig. Sie selber habe kaum mehr Ruhe, könne schlecht schlafen und sei oft bedrückt.

Anhang B

Leitfaden - Interviewfragen

Wie reagieren Sie in diesem Fall?

- Gibt es weitere Schritte, die in einem solchen Fall angezeigt sind?
- Was denken Sie, würde diesem Kind und seiner Mutter helfen?

Welche Möglichkeiten haben Sie, sich fachlich auszutauschen?

- Wie würden Sie sich mit anderen Fachpersonen vernetzen?
- Welche Fachpersonen stehen Ihnen zum Austausch zur Verfügung in einer solchen Situation?
- Wie läuft der Austausch mit diesen Fachpersonen? Was läuft gut?
- Wo bestehen Schwierigkeiten im fachlichen Austausch?

Die Winterthurer Studie „die vergessenen Kinder“ beschreibt, dass Kinder von psychisch kranken Eltern oftmals vergessen gehen. Das Betreuungssystem der Erwachsenen ist schlecht vernetzt mit jenem der betroffenen Kinder, so dass diese vergessen gehen.

Welche Möglichkeiten sehen Sie sicherzustellen, dass Kinder von Alkoholsucht belasteten Eltern nicht vergessen gehen?

Gibt es noch etwas, das Sie anfügen möchten?

Anhang C

Auswertungstabelle

	Beraterin einer Suchtfachstelle	Mütter- und Väterberaterin	Sozialarbeiterin eines Sozialdienstes	Fachperson einer Kinder- schutzgruppe	Hebamme	Kinderarzt	Hausarzt	Sozialpädagogische Familien- enbegleiterin	Fachperson primano- schritt:weise	Leiterin Kin- dertagesstätte	Neonatologe
Beratungsbeziehung											
Ressourcenerschliessung											
Vorgehen											
Vorgehen bei Verdacht											
Vorgehen bei Kontaktab- bruch											
Gefährdung des Kinds- wohls											
Bekannte Institutionen											
Vernetzung intern											
Vernetzung extern											
Positive Aspekte der Ver- netzung											
Negative Aspekte der Ver- netzung											
Datenschutz											
Erkennungsmerkmal zur Handlung											
Sensibilisierung											
Angebote für Kleinkinder											
Optimierung für Fachleute											
Optimierung für Klienten											
Zuständigkeit											
Vorkommen											