



Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Soziales und Familie

Schwanger – was nun?

Frühe Hilfe

für Schwangere,

Mütter und Kinder

Dokumentation
der Fachtagung
vom 6. November 2002

Impressum

Herausgeber

Behörde für Soziales und Familie
Amt für Familie, Jugend und Sozialordnung
Überregionale Förderung u. Beratung (Landesjugendamt)
Hamburger Straße 47, 22083 Hamburg

Redaktion: Dr. Herbert Wiedermann

www.bsf.hamburg.de

Layout, Satz und Druck

1. Auflage, 300 Stück
August 2004

Anmerkung zur Verteilung

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und Wahlwerbern oder Wahlhelferinnen und Wahlhelfern zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bürgerschafts-, Bundestags- und Europawahlen sowie die Wahl zur Bezirksversammlung.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Die genannten Beschränkungen gelten unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Druckschrift dem Empfänger oder der Empfängerin zugegangen ist. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

VORWORT

Junge Mütter und Väter möchten ihren Neugeborenen den bestmöglichen Start ins Leben geben und haben es doch so schwer. Manche Neugeborenen und ihre Mütter haben in der ersten Zeit Schwierigkeiten, miteinander eine feste Bindung aufzubauen. Daraus können Entwicklungsrisiken für das Kind entstehen.

Viele Mütter sind nach der Geburt mit ihren Kräften am Ende. Überlastete Mütter erreichen irgendwann einen Punkt, an dem sie nicht mehr fürsorglich und liebevoll sein können. Dann sind unbürokratische und nachhaltige Hilfen von Fachkräften der Gesundheits- und Jugendhilfe notwendig, damit die Mütter ihre Aufgabe wahrnehmen können glückliche und liebevolle Kinder aufzuziehen.

Die vorliegende Dokumentation der Fachtagung „Schwanger – und was nun?“ informiert Eltern und Fachkräfte erstmals in konzentrierter Form über die breiten und vielfältigen Hilfsangebote für Mutter und Kind in Hamburg.

Diese Dokumentation soll Müttern und Vätern Mut machen, die frühen Hilfen anzunehmen und Fachkräfte der Jugend- und Gesundheitshilfe anregen, ihren interdisziplinären Austausch und ihre Vernetzung voranzutreiben.

Dr. Herbert Wiedermann

Amt für Familie, Jugend und Sozialordnung

Abteilung „Überregionale Beratung und Förderung/Landesjugendamt“

Inhalt

Einleitung und Begrüßung.....	3
Martina Feistritzer	
Frühe Hilfen: Verhinderung von Gewalt und Vernachlässigung auf dem Hintergrund der Bindungstheorie.....	5
Dr. Gerhard J. Suess	
Beratung für Schwangere: Schwangerschaftskonflikt- und psychosoziale Beratung	11
Annette Rethemeier	
Bericht aus der Arbeitsgruppe:	14
Hilfeplanung vor und nach der Geburt: Aufgaben des Jugendamtes und des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD).....	15
Karla Röken	
Bericht aus der Arbeitsgruppe:	20
Beratungsangebote und ambulante Unterstützungsangebote für Mütter.....	22
Verena Zühlsdorf	
Bericht aus der Arbeitsgruppe:	26
Einzelfallhilfen für Mutter und Kind	30
Ute Dorczok / Martina Feistritzer	
Bericht aus der Arbeitsgruppe:	36
Krisenintervention und längerfristige psychotherapeutisch-psychiatrische Hilfe für Schwangere und Mütter in einer Tagesklinik.....	38
Dr. Cordula Gamm	
Bericht aus der Arbeitsgruppe:	40
Pflegefamilien – eine stationäre Hilfe für Mutter und Kind.....	42
Anna-Maria Eulenberger	
Adoption – eine Möglichkeit.....	43
Gabriele Flechner	
Bericht aus der Arbeitsgruppe:	47
Abschlussstatement und Ausblick	48
Cordula Stucke	
Namen und Adressen der Mitwirkenden	52

Einleitung und Begrüßung

Martina Feistritzer

Guten Tag,

mein Name ist Martina Feistritzer. Ich begrüße Sie ganz herzlich, auch im Namen der anderen Organisatorinnen. Ich möchte gleich zu Beginn die Gelegenheit wahrnehmen und mich bei allen bedanken, die mit großem und weitgehend ehrenamtlichem Arbeitsaufwand diesen Fachtag auf die Beine gestellt haben.

Unser Dank geht auch an das Amt für Familie, Jugend und Sozialordnung – Fortbildung für Sozialpädagogische Fach- und Führungskräfte für die organisatorische Unterstützung.

Bedanken möchte ich mich aber ganz besonders bei allen Referentinnen und Referenten, die so selbstverständlich, spontan und engagiert ihre Teilnahme ohne langes Überlegen oder Zögern zusagten.

Dadurch sahen wir uns in unserem Anliegen schon während der Vorbereitungszeit bestätigt. Die Zahl der Anmeldungen und erst recht die jetzt noch größere Anzahl der anwesenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer übertrifft aber dennoch unsere Erwartungen. Das freut uns natürlich sehr und unterstreicht die Notwendigkeit und den Bedarf für diese Fachtagung.

Zum Ablauf: Ich werde die erste Hälfte des Tagungsprogramm moderierend begleiten, heute Nachmittag übernimmt dann Annette Rethemeier diese Aufgabe.

Zu Beginn möchte ich Ihnen ganz kurz etwas zu Entstehungsgeschichte dieses Fachtages erzählen und dann einen Überblick über den Ablauf des Tages und einige organisatorische Hinweise geben.

Wir, die Organisatorinnen, treffen uns seit ca. 1 Jahr. Anlass der Treffen war zunächst die Auseinandersetzung um „Babyklappe und anonyme Geburt“. Wir stehen beiden Angeboten kritisch gegenüber, wollen dies aber nicht zum Thema dieses Tages machen.

Unsere Motivation zur Organisation dieser Veranstaltung war sehr klar die Absicht, den vorhandenen Angeboten für Schwangere und Mütter in Not eine Öffentlichkeit zu schaffen. Anders als für „Babyklappe“ und „anonyme Geburt“ war und ist hier leider ein Interesse schwer herzustellen. Daher wollen wir den Tag genau für diesen Zweck nutzen.

In unseren Sitzungen ist uns aber auch klar geworden, dass nicht einmal wir Fachfrauen einen vollständigen Überblick über die vorhandenen Angebote haben und auch wenig über die genauen Inhalte der Arbeit der Institutionen und Einrichtungen, in denen die jeweils anderen arbeiten, wissen.

Wir hoffen also, die inhaltlichen Schwerpunkte der vielen verschiedenen Angebote bekannt zu machen und Diskussionen an zu regen. Und darüber hinaus wünschen wir uns, durch diesen Tag zur Kooperation und Vernetzung untereinander anzustoßen und so dazu beizutragen,

- Überschneidungen in den Arbeitsgebieten abzubauen,
- die Qualität der Arbeit zu fördern,
- Lücken in der Angebotspalette zu schließen
- und die Zugänge für diejenigen, die Unterstützung benötigen, zu vereinfachen.

Vor dem inhaltlichen und organisatorischen Überblick über den Ablauf des Tages ist eine Korrektur des Programms vorzunehmen: und zwar ist im Arbeitsfeld 5 „Krisenintervention“ ein inhaltlicher Unterpunkt `Schreiambulanz` aufgeführt. Eine solche Schreiambulanz gibt es nicht, es gab einmal ein Projekt für Schreibaby`s, das hieß `Menschenskind`, dieses Projekt gibt es nicht mehr. Die Initiatorin praktiziert heute freiberuflich.

Nach dem Einführungsreferat wird zunächst einmal im Plenum nacheinander ein Überblick über drei Arbeitsfelder gegeben:

- Angebote für Schwangere,
- Hilfeplanung vor und nach der Geburt,
- Beratungs- und ambulante Unterstützungsangebote.

Zu diesen Arbeitsfeldern finden dann im Anschluss parallel Arbeitsgruppen statt. In diesen Arbeitsgruppen werden sich Träger vorstellen und es ist Raum, um besondere Probleme des Arbeitsfeldes zu diskutieren.

Nach der Mittagspause erfolgt dann die Vorstellung der nächsten drei Arbeitsfelder:

- Einzelfallhilfe,
- Krisenintervention,

Fremdunterbringung.

Anschließend finden wiederum parallel die dazu gehörigen Arbeitsgruppen statt. Die Einteilung der Arbeitsgruppen werden wir durch Akklamation im Anschluss an die Vorstellung der Arbeitsfelder vornehmen.

Soweit also der Überblick über den heutigen Tag.

Und nun möchte ich herzlich unseren ersten Referenten begrüßen:

Herr Dr. Suess ist Diplom – Psychologe und Psychotherapeut. Er ist der Leiter des Projektes „Frühintervention“ in Langenhorn Nord, über das er sicherlich auch etwas sagen wird. Herr Dr. Suess hat sich sehr intensiv mit Bindungs- und Kleinkindforschung auseinandergesetzt, mit der Notwendigkeit einer guten „Mutter-und-Kind-Beziehung“ und einer guten Kommunikation von Geburt an.

Und jetzt wünsche ich uns allen eine interessante und anregende Tagung!

Frühe Hilfen: Verhinderung von Gewalt und Vernachlässigung auf dem Hintergrund der Bindungstheorie

Dr. Gerhard J. Suess

Gewalt gegen Kinder kann vielerlei Formen annehmen: die direkte körperliche Gewalt sowie die subtileren Formen der psychischen Gewaltanwendung und schließlich die Vernachlässigung von Kindern. Und wiederum geht mit Gewalt gegen Kinder auch die Entwicklung von erhöhter Gewaltbereitschaft dieser Kinder selbst einher. Allen diesen unterschiedlichen Formen von Gewalt gemeinsam ist das Entgleisen von Beziehungen – beginnend schon lange vor dem ersten Auftreten der Gewalt. In meinem Vortrag will ich diesen langen Weg hin zur Gewalt auf dem Hintergrund der Bindungstheorie beschreiben, weil die Kenntnis darüber auch Interventionsmöglichkeiten eröffnet. Man könnte an dieser Stelle auch von Prävention – also der Verhinderung von Gewalt sprechen, doch will ich aufzeigen, dass es hier nicht nur um Verhinderung von etwas Schlimmem, sondern gleichzeitig auch um die Förderung von etwas Positivem geht: eine förderliche Eltern-Kind-Beziehung stellt einen Schutz für die Entwicklung dar. Der Vortrag gliedert sich in folgende drei Hauptbereiche:

- Das Modell von Risiko- und Schutzmechanismen
- Bindungsentwicklung als Folge komplexer Transaktionen
- Frühintervention: Das STEEP-Projekt

1. Das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung

Bei der Erklärung des Zustandekommens abweichenden Verhaltens sind retrospektive Herangehensweisen (bei Auftreten einer Abweichung die Entwicklung nach rückwärts gerichtet nach so genannten verursachenden Faktoren zu durchsuchen) zunehmend durch prospektive (vorwärts gerichtet) Langzeitstudien ergänzt worden. Eine inzwischen klassische Studie stammt von M. Rutter (1979) und zielte auf die Erklärung des Zustandekommens psychiatrischer Erkrankung. Dabei wurden so genannte Risikofaktoren identifiziert:

Schwere Ehekonflikte, räumliche Enge in der Familie, Kriminalität der Eltern, psychische Erkrankung der Mutter, Fremdplatzierung eines der Kinder. Es zeigte sich durchgehend eine enttäuschende Vorhersagekraft dieser als „Rutter’s 6 chronic family adversity variables“ bezeichneten Risikofaktoren (Rutter, 1979; Rutter & Quinton, 1987): bei Vorliegen von zwei bis drei dieser Risikofaktoren erhöhte sich gegenüber einer Kontrollgruppe das Erkrankungsrisiko lediglich um 6 % und bei Vorliegen von vier bis sechs Risikofaktoren auf lediglich 21 %. Da ließ sich in der Folgezeit auch nicht viel durch Nachbessern in der Liste der Risikofaktoren verändern. Auch zeigte sich immer wieder, dass das Risiko lediglich mit der Häufung von Risiken stieg, und es dabei nicht mit auf die besonderen Qualitäten einzelner Risiken ankam.

Für Gewaltentwicklung unter Kindern gelten derzeit als die herausstechenden Risiken auf der soziokulturellen Ebene

- das Aufwachsen in einer gewalttätigen Gegend
- Armut
- Häufige Umzüge

und auf der Elternebene

- Kindesmisshandlung.

Umgekehrt ließen sich natürlich auch Risikofaktoren für Kindesmisshandlung finden, jedoch stellte sich auch dann die vergleichsweise interessantere Frage:

Warum entwickeln sich Kinder unter hohen Risikokonstellationen normal? Oder: Wie entwickelt sich aus den Risiken ein Problem?

Und diese Entwicklung lässt sich – wie die geringe Vorhersage schon zeigt – nicht aus den Risiken alleine erklären.

Anstatt weiter Energie in die Isolierung von Risikofaktoren zu stecken, nahm man sich in der Erforschung abweichender Entwicklungsverläufe der Gruppe von Kindern an, die sich trotz enormer Risiken durchaus normal entwickelten. Man glaubte schon an Unverwundbarkeit von bestimmten Kindern, bevor man auf die Wirksamkeit von so genannten Schutzfaktoren stieß (Masten & Garmezy, 1985). So fiel Rutter (1979) die abmildernde Wirkung einer liebevollen und verlässlichen Bezugsperson auf – einem prominenten Schutzfaktor. Bei mehr als 3 Risikofaktoren lag die Wahrscheinlichkeit, ein Verhaltensproblem zu entwickeln, bei 75 %, wenn nicht gleichzeitig auch der o.g. Schutzfaktor gefunden werden konnte. Verfügten Kinder mit vergleichbarer Risikokonstellation jedoch über eine liebevolle und verlässliche Bezugsperson, so verringerte sich das Risiko auf 25 %. Dies führte zur Einsicht, dass Prognosen zum Entwicklungsverlauf der Berücksichtigung von Risiko- und Schutzfaktoren gleichermaßen bedürfen und führte von einer Orientierung an Defiziten in der kindlichen und familiären Entwicklung hin zu einer Würdigung von Stärken und Risiken. Dies kam auch dem sich zunehmend verbreitenden Unbehagen an einer Defizitorientierung im Interventionsbereich entgegen. Sowohl bei der Einschätzung des Hilfebedarfes - Diagnose - als auch für die Intervention selbst eignet sich deshalb besser ein Balance-Modell: Risiko- und Schutzfaktoren sind immer gegeneinander zu stellen und bei einem Überwiegen von Risiken gegenüber Schutzmechanismen wird eine Intervention das Ziel.

2. Bindungsentwicklung als Folge komplexer Transaktionen: organisierte und desorganisierte Formen der Bindung¹

Kinder entwickeln in der zweiten Hälfte ihres ersten Lebensjahres Strategien, um bei Unsicherheit Nähe zu ihren Eltern herzustellen bzw. genereller ausgedrückt, um den Zustand der Unsicherheit zu überwinden und wieder Sicherheit zu erlangen.

Es werden hier zunächst sichere (sichere Bindung) von unsicheren (unsicher-vermeidend; unsicher-ambivalent) bzw. kompetenteren und weniger kompetenten Strategien unterschieden. Eine sichere Eltern-Kind-Bindung stellt einen der besten Schutzfaktoren für die weitere Entwicklung der Kinder dar. Unsichere Bindungen liefern diesen Schutz dagegen nicht, stellen aber ihrerseits wahrscheinlich kein besonderes Risiko für die weitere Entwicklung der Kinder dar, obwohl bei diesen Kindern dann auch die Wahrscheinlichkeit für spätere Fehlentwicklungen erhöht ist – jedoch nicht aufgrund eines besonderen Risikos, sondern aufgrund eines fehlenden Schutzes bei im Leben immer wieder auftretenden anderen Risiken (z.B. Trennung und Scheidung der Eltern usw.). Im zweiten Lebensjahr lässt sich jedoch eine Gruppe von Kindern beobachten, bei denen bei Unsicherheit jegliche Strategie, Sicherheit unter Zuhilfenahme der Eltern wieder zu erlangen, völlig zusammenbricht. Es sind dies die Kinder mit so genannten „desorganisierten / desorientierten Bindungen“, und diese besondere Beziehungsform stellt nun in der Tat ein eigenes Risiko und nicht nur einen fehlenden Schutz für die weitere Entwicklung dar. So zeigten sich gerade bei dieser Gruppe von Kindern im Längsschnitt signifikant häufiger dissoziative Symptome im Grundschulalter, Jugendalter und dann später mit 19 Jahren (Carlson, 1998; Carlson & Sroufe, 1995).

¹ s. Jacobvitz et al., 2001 in Suess, Scheuerer-Englisch, Pfeifer: Bindungstheorie und Familiendynamik. Psychosozial Verlag.

In der so genannten „Fremde Situation“ (2 kurze Trennung von der jeweiligen Bindungsperson mit anschließender Wiedervereinigung) zeigen diese Kinder bei Verunsicherung eine der folgenden Verhaltensmuster im zweiten Lebensjahr, wenn der jeweilige Elternteil den Raum wieder betritt:

- **Ängstliches Verhalten**
Bsp. 1: Schreien, wenn M/V kommt, danach sich auf Boden werfen
Bsp. 2: Hände vor Mund und Schultern hochgezogen, bei M/V's Eintritt
- **Konfligierende Verhaltensweisen**
Bsp.: sich im Kreis drehen und dabei M/V annähern
- **Desorientierung / Dissoziation**
Bsp.: alle Bewegungen einfrieren und dabei tranceartigen Ausdruck zeigen.

Beim Versuch, verstehen zu wollen, warum sich diese Kinder in dieser Situation wie beschrieben verhalten, stieß man auf interessante empirische Zusammenhänge mit

- unverarbeitetem Verlust/Trauma des jeweiligen Elternteils,
- Kindesmisshandlung,
- Gewalt in der Ehe (Austragung vor dem Kind),
- Psychische Erkrankung des jeweiligen Elternteils,
- Suchterkrankung eines Elternteils.

In weiteren Untersuchungen wurde der konkrete Umgang dieser Eltern mit ihren Kindern in der häuslichen Umgebung untersucht und es ließ sich bei Eltern mit desorganisierten Bindungen zu ihren Kindern beobachten, dass sie sich ihren Kindern gegenüber beängstigend verhalten bzw. so als ob sie durch ihr Kind beängstigt werden. Es handelte sich dabei um folgende Formen beängstigenden/ängstlichen Verhaltens:

- Direkte Angstausslösung: erschrecken; schaurige Stimme; sich plötzlich drohend über K's Gesicht beugen;
- Dissoziative Zustände: Wegkippen; unbewegtes „totes“ Starren
- Kind wie unbelebtes Objekt oder Auslöser des Alarms behandeln (Hand vor K plötzlich zurückziehen; folg mir nicht)

Die derzeit wohl wahrscheinlichste Erklärung von Bindungsdesorganisation beim Kind lautet:

Die Bindungsfigur ist gleichzeitig Quelle und Auflösung der Angst, was für Kinder im zweiten Lebensjahr ein unauflösbares Dilemma darstellt und natürlich bei Vorliegen von Kindesmisshandlung besonders augenscheinlich ist.

Diese Kinder mit einer desorganisierten Bindung entwickeln sich über das zweite Jahr hinaus zu ausgesprochen kontrollierenden Kindern: kontrollierend fürsorglich und kontrollierend bestrafend ihren Eltern gegenüber, später dann auch anderen Erwachsenen und auch Kindern gegenüber. Dadurch werden sie dann auch nicht nur von ihren Eltern, sondern auch von ihrer sozialen Umgebung her als schwierig erlebt. Sie verhalten sich im Kindergarten nicht selten hoch aggressiv und werden als feindselig beschrieben. Doch der Weg dahin führt über eine sich zunehmend ins Extreme entwickelnde Spirale „koerziver“ (Pat Crittenden, 1999 in Suess & Pfeifer: Frühe Hilfen. Psychosozial Verlag) Prozesse: Die Eltern-Kind-Beziehung ist mehr und mehr geprägt davon, dem anderen den eigenen Willen aufzudrücken und Aushandlungsprozesse bzw. auch klare Grenzsetzungen fehlen. Schon in der so genannten ersten Trotzphase (18.-30. Lebensmonat), die ich hier lieber mit „Erprobung als Individuum“ be-

zeichnen möchte, wird bei den oben beschriebenen Eltern-Kind-Paaren nicht sofort deutlich, wer denn hier die Verantwortung für die Beziehung in schwierigen Phasen trägt. Die Eltern übernehmen dann nämlich nicht die Führung in der Beziehung, lassen sich dagegen oft lange vom eigenen Kind bestimmen und, wenn es ihnen dann zuviel wird, dann erschrickt nicht nur das Kind, sondern auch der Außenstehende von der Vehemenz, mit der diese Eltern ihr Kind dann zur Ordnung rufen. Die Kinder wiederum zeigen sich daraufhin urplötzlich lammfromm und so, als ob sie kein Wasserchen trüben können; dabei kochen sie allerdings innerlich und warten nur darauf, bis die Eltern wieder „besänftigt“ sind, um dann ihrerseits wieder aufzudrehen. Die Beziehung verläuft immer mehr in Extremen, und das Risiko von Miss-handlungen ist hier hoch – jedoch auch, dass weniger zur körperlichen Gewalt neigende Eltern sich mehr und mehr aus dem Beziehungsgeschehen mit ihrem Kind zurückziehen und gleichsam als Eltern ihrer Kinder abdanken. Dabei sind diese Eltern zu anderen Zeiten auf den ersten Blick liebevoll im Umgang mit ihren Kindern. Bei genauerem Hinschauen entpuppt sich dies jedoch als Zudringlichkeit und als Überstimulieren der Kinder: z.B. wollen diese Eltern oft auch mit ihren Kindern schmuse, wenn denen gerade nicht danach zu Mute ist.

Dies alles ist natürlich eine sehr ungünstige Vorbereitung auf den Umgang mit Gleichaltrigen, der eine emotionale Regulation voraussetzt, jedoch auch die Fähigkeit zu Mitgefühl und zu Aushandlungsprozessen. Und damit ist ein weiterer Abschnitt in einem insgesamt kumulativ verlaufendem Prozess der Gewaltentwicklung angesprochen (Egeland in Brisch, Grossmann, Grossmann & Köhler, 2002):

Irritierbarkeit als Säugling gepaart mit einer hochhängstlichen (desorganisierten) Bindung, zudringlichem Elternverhalten und evtl. körperlicher Gewalt gegenüber dem Kind führt zu

- Problemen mit Gleichaltrigen
- emotionaler Dysregulation im Kindergarten

und stellt dann schließlich einen ersten Schritt zur Verhaltensauffälligkeit dar.

Die oben aus Platz- und Zeitmangel nur sehr schemenhaft angesprochenen komplexen Transaktionen hin zu einer zunehmend entgleisenden Beziehungsform und von hier dann wieder zu Gewaltformen konnte in Längsschnittuntersuchungen inzwischen gut belegt werden.

Egeland, Weinfield, Bosquet, Cheng (2000) (In Osofsky & Fitzgerald: Handbook of Infant Mental Health (Vol.4)) leiten aus all diesen Erkenntnissen die folgenden Empfehlungen für die Praxis ab:

- Beginne frühzeitig
- Konzentriere dich auf Eltern-Kind-Beziehung
- Häufige Besuche über längere Zeit
- Umfassende Programme (transakt. E-modell)
- Förderung der elterlichen Feinfühligkeit bezogen auf jede Entw.-Phase
- Förderung der emotionalen Zugänglichkeit
- „Booster shots“ (Nachimpfungen) bis zum 6. LJ bereitstellen.

Bei der nun folgenden Darstellung eines möglichen Interventionsprojektes wird insbesondere auf das Projekt „**STEEP**“ (**Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting**) zurückgegriffen, da es nicht nur die oben genannten Empfehlungen erfüllt, sondern auch, weil es in den 80iger Jahren speziell zur Verhinderung von Gewaltentwicklung von Egeland und Erickson gestartet wurde. Mittlerweile ist es umfassend längsschnittlich evaluiert worden und erwies sich als effektiv.

3. Frühintervention auf der Basis der Bindungstheorie

Das STEEP-Projekt (Erickson in Brisch, Grossmann, Grossmann, Köhler, 2002: Bindung und seelische Entwicklungswege. Klett-Cotta; Egeland ebenda) ist durch folgende Attribute gekennzeichnet:

- Fokus auf Beziehung
- Ressourcenorientiert
- Basierend auf Bindungstheorie und –forschung
- sozial-ökologisch ausgerichtet

Was man sehen kann, das glaubt man auch

Video wird innerhalb der Frühintervention häufig und gerne angewandt. Erickson nennt als Begründung die folgenden Punkte, zu deren Förderung sich Video besonders gut eignet:

- Gemeinsames Entdecken
- Signale des Kindes lesen
- Perspektivenwechsel
- Fragen statt Belehrung
- Stärken hervorheben

Rückschau, um vorwärts zu kommen

Das Verhalten von Eltern gegenüber ihren Kindern wird von Modellen gesteuert, die sie sich während ihrer Entwicklung in bedeutsamen Beziehungen angeeignet haben. Die wohl wichtigsten waren dabei unter normalen Umständen die zu ihren Eltern; darum gilt ein Fokus der Intervention gerade diesen frühen Eltern-Kind-Beziehungen. Eltern sollten dabei lernen, ihr Verhalten gegenüber ihren Kindern auf dem Hintergrund dieser Beziehungen zu sehen. Ein Ergebnis der Bindungsforschung besteht ja gerade in der Erkenntnis, dass Eltern, die den Einfluss solch früher Beziehungserfahrungen auf ihre weitere Persönlichkeitsentwicklung und in der Folge auf die Gestaltung der Beziehung zu ihren eigenen Kindern leugnen, negative Beziehungserfahrungen auf ihre Kinder übertragen. Sie streiten nicht nur den Einfluss eigener Beziehungserfahrungen ab, sondern idealisieren diese und verbannen gerade negative Erfahrungen aus ihren Erinnerungen. Dagegen konnte bei einer anderen Gruppe von Eltern, die diese schmerzvollen Erfahrungen im Umgang mit ihren eigenen Eltern während ihrer Kindheit lernten, kritisch zu reflektieren und ihre mögliche Auswirkungen auf die eigene Beziehungsgestaltung und vor allem natürlich auf den Umgang mit dem eigenen Kind zu beachten, eine sichere Eltern-Kind-Beziehung gefunden werden. Diese Erkenntnis kann in der Frühintervention in die Praxis umgesetzt werden (s. auch Suess, Scheuerer-Englisch, Pfeifer, 2001. Bindungstheorie und Familiendynamik. Psychosozial Verlag).

4. Schluss: Warum sind frühkindliche Beziehungserfahrungen so wichtig?

- Kinder sind aktive Gestalter ihrer sozialen Umgebung (produktiv realitätsverarbeitend).
- Innerhalb frühkindlicher Bindungsbeziehungen vollzieht sich der Aufbau von Selbststrukturen und Beziehungsmodellen, die wieder das eigene Beziehungsverhalten steuern.
- Es sind vor allem die Erwartungshaltungen, die sich dabei entwickeln und die auf andere Beziehungskontexte übertragen werden, die für Kontinuitäten – gut oder schlecht – sorgen.
- Kinder, Jugendliche und Erwachsene wollen einmal gewonnene Erwartungshaltungen und Bindungsmodelle immer wieder in Beziehungen bestätigen – ob gut oder schlecht.
- Ermöglichen / Verbauen von Erfahrungen;
- Somit können sich Defizite verstärken und auf andere Bereiche ausdehnen mit der Folge einer sog. Teufelsspirale.

Und darum sollte mit der **Verhinderung von Gewalt und Vernachlässigung** möglichst schon im Säuglingsalter begonnen werden; die **Bindungstheorie** stellt hierzu einen guten Rahmen bereit.

Literatur: In folgenden Büchern finden Sie die im Text angeführte Literatur:

- Brisch, Grossmann, Grossmann, Köhler, 2002: Bindung und seelische Entwicklungswege. Klett-Cotta.
- Suess, G.J. & Pfeifer, K.-W.(1999). Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung. Psychosozial-Verlag
- Osowsky, J.D. & Fitzgerald, H.E.: Infant Mental Health in Groups at High Risk (Vol. 4). WAIMH Handbook of Infant Mental Health. N.Y.: J. Wiley & Sons, Inc.
- Erickson, M.F., Kurz-Riemer, K. (1999). Infants, Toddlers, and Families. A Framework for Support and Intervention. N.Y., London: the Guilford Press.
- Suess, Scheuerer-Englisch, Pfeifer (2001). Bindungstheorie und Familiendynamik. Psychosozial Verlag.

Beratung für Schwangere: Schwangerschaftskonflikt- und psychosoziale Beratung

Annette Rethemeier

Schwanger zu werden und ein oder mehrere Kinder zu bekommen, wünschen sich viele Frauen – irgendwann.

Der Zeitpunkt, zu dem die Schwangerschaft eintritt, ist allerdings in den meisten Fällen nicht geplant. Daran ändern auch Aufklärung von Kindesbeinen an und eine Palette von Verhütungsmitteln nichts.

Nicht jede ungeplante Schwangerschaft ist auch ungewollt. Gleichwohl beschert sie Frauen (und ihren Partnern) häufig eine Fülle zwiespältiger Gefühle: neben Staunen, Freude und Neugier auch Unsicherheiten, Zweifel, Sorgen, Ängste.

Letzteres besonders dann, wenn die Entscheidung für die Schwangerschaft schwer fällt – oder womöglich nicht mehr zur Debatte steht, weil der 12-Wochen-Zeitraum, in dem ein Schwangerschaftsabbruch noch möglich wäre, bereits verstrichen ist, da die Schwangerschaft beispielsweise erst spät wahrgenommen worden ist.

Im thematischen Zusammenhang dieses Fachtags geht es um die Beschäftigung mit den Frauen, die ihre Schwangerschaft austragen und damit eine Fülle von Entscheidungen zu treffen haben, sich oft vor einem Dschungel von Zuständigkeiten sehen und irgendwoher wissen müssen, wo sie wann welche Art von Frage oder Anliegen klären können.

Die *Themen*, mit denen sich Schwangere beschäftigen, beziehen sich schwerpunktmäßig auf *drei Bereiche*: auf den unmittelbar körperlich-gesundheitlichen, auf den Bereich der Partnerschaft und des sozialen Beziehungsnetzes der Schwangeren und auf existenzielle Fragen wie die finanzielle Absicherung, die Wohnsituation, auf Ausbildung bzw. Beruf. In allen drei Bereichen ergeben sich für Frauen u.U. gravierende Schwierigkeiten, deren Bewältigung eine Voraussetzung dafür ist, dass sich künftig für das Leben der Frau selbst, für das des Kindes, für die Familie und die Beziehung untereinander eine einigermaßen sichere, tragfähige Basis entwickeln kann.

Welche **Schwierigkeiten** das sind, **die Frauen dazu bewegen, professionelle Beratung in Anspruch zu nehmen**, möchte ich Ihnen kurz skizzieren:

Als Erstes hatte ich die **gesundheitliche Ebene** genannt:

- Besonders bei der ersten Schwangerschaft verunsichern manche *körperlichen Veränderungen bzw. Befindlichkeiten* einige Frauen erheblich. Das gilt vor allem beispielsweise für Frauen mit einer chronischen Grunderkrankung, die durch das Austragen der Schwangerschaft evtl. eine Verschlechterung zu befürchten haben, oder auch für Frauen, die sich bereits vor Eintritt der Schwangerschaft psychisch nicht sehr stabil fühlten und für die schon die Folgen der hormonellen Veränderungen eine enorme zusätzliche Belastung darstellen können. Diese Frauen beschreiben oft eine generalisierte Angst, weder Schwangerschaft noch Entbindung noch dem Leben mit dem Kind gewachsen zu sein.
- Auch Frauen, die Fehl- oder Totgeburten erlitten haben, die während *vorausgegangener Schwangerschaften* häufiger stationär behandelt werden mussten oder sehr schwere Geburtsverläufe erlebt haben, fühlen sich durch diese Erinnerungen bei einer erneuten Schwangerschaft oft sehr belastet.
- Nicht zuletzt belastet die Sorge um die Gesundheit des erwarteten Kindes und die damit verbundenen Informationen und Untersuchungen manche Frauen über Monate. Ein Beispiel dafür sind die Frauen, die erst verhältnismäßig spät (wieder) schwanger werden

und sich vom ersten Tag der Schwangerschaft an mit dem Stempel "Risiko" versehen fühlen. Die Art, wie sie über diese Risiken und die diagnostischen Möglichkeiten informiert werden, irritieren manche Frauen derartig, dass sie die Entscheidung darüber, welche Untersuchungen vorgenommen werden sollen, lieber an den Arzt / die Ärztin delegieren. Mit den dazu gehörigen Ängsten, bis Untersuchungsergebnisse vorliegen, und den möglichen Konsequenzen bleiben sie dennoch oft allein. In diesem Zeitraum ist es den Frauen manchmal kaum möglich, innerlich die Schwangerschaft anzunehmen oder sich womöglich schon auf das Kind zu freuen. Im Fall einer Fruchtwasseruntersuchung kann das bedeuten, dass für diesen Prozess der inneren Annahme durch die Frau nur noch knapp die Hälfte der Schwangerschaftszeit übrig bleibt.

Der zweite Bereich, den ich eingangs genannt hatte und der oft viel Energie bindet, ist die **Bilanzierung der partnerschaftlichen Situation und des verfügbaren sozialen Netzes** der Schwangeren.

Frauen werden häufig in Umbruchsituationen ungeplant schwanger: während Beziehungskrisen, in Trennungszeiten (beispielsweise der Trennung vom Partner und dem Verlust wichtiger Bezugspersonen), bei beruflicher Umorientierung oder in Phasen seelischer Instabilität. Dabei bräuchten sie gerade in der Zeit der Schwangerschaft und des Zusammenlebens mit kleinen Kindern besonders viel Selbstvertrauen, um mit der gesamten Lebenssituation und dem Einleben in die Rolle als Mutter zu Recht zu kommen.

Schwierigkeiten sehen sich hier vor allem die Frauen ausgesetzt, deren Partnerschaft während der Schwangerschaft in die Brüche geht und die sich plötzlich mit allem, was auf sie zukommt, völlig auf sich allein gestellt sehen. Die Angst vor bzw. das reale Erleben sozialer Isolation spüren sie besonders stark. Hier in Hamburg haben wir es oft auch mit Frauen zu tun, deren Partnerschaft zwar intakt ist, die aber aus Ausbildungs- oder Berufsgründen weit weg von ihren Herkunftsfamilien leben und von der Seite mit keiner praktischen, alltäglichen Unterstützung oder Entlastung rechnen können. Sie sehen zum Teil mit Schrecken (und nicht unbedingt zu Unrecht) eine überfordernde Kleinstfamiliensituation auf sich zukommen.

Als dritten Bereich hatte ich Ihnen die **materielle Seite** genannt, die oft wenig zu tun hat mit dem ersehnten wohlbereiteten "Nest": Die Sicherung des täglichen Lebensunterhalts, eine angemessene Wohnung, Aufnahme, Weiterführung oder Wiederaufnahme von Ausbildung bzw. Beruf, verlässliche Versorgung und Unterbringung des Kindes – in nicht wenigen Fällen ist all dies unklar und ungesichert.

Ein *Beispiel* dafür sind Frauen, die sich noch in der Ausbildung befinden, zu ihrer finanziellen Absicherung neben Ausbildung/Studium arbeiten müssen und wegen der Schwangerschaft und Versorgung des Kindes fürchten, unter Umständen beides aufgeben zu müssen.

Ich habe in dieser Skizze drei Bereiche herausgegriffen, die für viele Schwangere zum Problem werden. Leider ist aber häufig eben nicht nur einer dieser Bereiche belastend, sondern die Schwangeren haben sich im Ganzen mit einem **Bündel von Schwierigkeiten** auseinander zu setzen.

Ein alltägliches *Beispiel* dafür ist die eben schon genannte *Studentin*: Ihre Familie lebt nicht in der Nähe und steht daher praktisch nicht zur Verfügung. Die Partnerschaft dauert erst zu kurz, um sich schon als krisensicher bewährt haben zu können. Den Job in der Gastronomie, mit dem sie sich einen Großteil ihres Lebensunterhalts verdient, muss sie im Laufe der Schwangerschaft aus Gründen des Mutterschutzes aufgeben.

Einen Anspruch auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt seitens des Sozialamts hat sie während des Studiums trotzdem nicht. Und wenn das Kind erst da ist, möchte sie eigentlich auch nicht gleich wieder nebenbei arbeiten, um ihr Studium so schnell wie möglich zu Ende zu bringen und um wenigstens einen Teil des Alltags mit dem Kind verbringen zu können.

Ein etwas weniger alltägliches Beispiel, von dem zurzeit aber in den Medien häufig die Rede ist, sind *minderjährige Schwangere*. Sie gelten medizinisch als Risiko-Schwangere. Das so-

ziale Netz reißt manchmal völlig, wenn die Eltern sich vehement gegen das Austragen der Schwangerschaft stellen und die Partner sich selber in einer ähnlichen Lebenssituation befinden. Es ist keinerlei eigenständige materielle Absicherung vorhanden. Die Schwangere ist als Jugendliche in einer wichtigen und schwierigen Entwicklungsphase, muss zugleich Entscheidungen treffen oder nachvollziehen, die auch Erwachsene überfordern können.

Oder denken Sie an *Migrantinnen*, die sich in unserem Gesundheitssystem nicht auskennen und medizinische Vorsorgeleistungen wenig bzw. gar nicht beanspruchen, die bei Inanspruchnahme von Sozialleistungen die Verschlechterung ihres Aufenthaltsstatus befürchten und in dem Fall, dass sie *Asylsuchende* hier sind, auf keinerlei familiäre Unterstützung zählen können.

Das sind einige der *Ausgangssituationen und Fragestellungen*, mit denen es Frauenärztinnen und –ärzte, Hebammen, Schwangerenberatungsstellen und Soziale Dienste zu tun haben. *Alle* Frauen haben aber nach dem SchKG Anspruch auf Beratung und Hilfeleistung.

Wir haben es also mit einer sehr heterogenen "Zielgruppe" zu tun.

Das macht deutlich, wie notwendig ein sehr breit gefächertes Angebot und enge Kooperation zwischen den verschiedenen beteiligten Fachleuten ist.

Was brauchen Frauen in Krisensituationen?

Unabhängig von der Art und dem Ausmaß der Schwierigkeiten und auch unabhängig davon, wie diese Situation von Außenstehenden beurteilt wird, brauchen die Frauen Unterstützung, Ermutigung, vor allem aber Respekt für ihre Überlegungen.

Unterstützung kann Information, Beratung, Begleitung und konkrete Hilfeleistung bedeuten.

Informationen müssen vollständig und verständlich sein. Ihre Wertung sollte allein der Schwangeren vorbehalten sein. Wenn nötig, muss ihr aber auch Hilfestellung gegeben werden, um diese Beurteilung für sich vornehmen zu können. Jede Beraterin in diesem Raum kann Ihnen leider eine Reihe von Beispielen dafür nennen, wie wenig selbstverständlich das ist.

Eine *qualifizierte Beratung* durch Fachleute ist immer psychosoziale Beratung, die alle Facetten der aktuellen Situation einbezieht. Aufgabe der Beratung ist es, gemeinsam mit der Schwangeren alle zur Verfügung stehenden Alternativen, die aus der Krise herausführen könnten, in Erwägung zu ziehen, um dadurch möglicherweise vorschnelle Entscheidungen jeglicher Art zu verhindern. Der Umgang mit Ambivalenzen unterschiedlichster Art ist hier sicher ein Kernstück des Beratungsprozesses.

Manche Frauen brauchen in einer Schwangerschaftskrise für kürzere oder längere Zeit in unterschiedlicher Intensität *persönliche Begleitung*, wenn sie es sich nicht zutrauen, aus eigener Kraft ihre Entscheidungen zu realisieren. Auch solche Art der Begleitung in ihren unterschiedlichen Abstufungen versteht sich immer als Hilfe zur Selbsthilfe.

Konkrete *materielle / finanzielle Hilfeleistungen* müssen teilweise mühsam durchgesetzt werden. Manchmal werden sie Schwangeren zu Unrecht verweigert, teilweise sind sie zu wenig oder gar nicht vorhanden. Ohne eine gesicherte materielle Existenz wird aber die innere Annahme einer Schwangerschaft gerade unter krisenhaften Bedingungen und später der Aufbau einer tragfähigen Bindung zum Kind zusätzlich erschwert.

In der Kleingruppendiskussion, die vor der Mittagspause stattfindet, werde ich Ihnen besonders die verschiedenen Schwangerenberatungsstellen mit ihrem jeweiligen Profil vorstellen, wir wollen über die Zugangsmöglichkeiten und –schwierigkeiten für einzelne Klientinnengruppen reden, über unsere Zusammenarbeit und auch darüber, wo wir aus unseren unterschiedlichen fachlichen Perspektiven *Diskussions- und Verbesserungsbedarf* sehen.

Bericht aus der Arbeitsgruppe:

Schwangerschaftskonflikt- und psychosoziale Beratung

Moderation und Protokoll: Karen Schlie, Familienplanungszentrum

In einer Vorstellungsrunde stellen sich fünf Einrichtungen vor:

Pro Familia, Familienplanungszentrum, Sozialdienst katholischer Frauen Hamburg, SKF Altona und das Diakonische Werk.

Die fünf Einrichtungen haben den gesetzlichen Auftrag, Schwangerschaftskonfliktberatung durchzuführen und führen sozialrechtliche Beratung Schwangerer und Paare durch.

Pro Familia, das Familienplanungszentrum und das Diakonische Werk führen Schwangerschaftskonfliktberatung mit Scheinvergabe aus (gesetzlich vorgeschriebene Beratungsbescheinigung zum Schwangerschaftsabbruch gem. § 219 Abs. 2 StGB).

Pro Familie bietet seit mehreren Jahren und der SKF Altona seit kürzerer Zeit Online-Beratung an.

Die kirchlichen Einrichtungen haben auf ihren Umgang mit den Stiftungsmitteln aus der Bundesstiftung Mutter und Kind hingewiesen.

Der SKF-Mitte hat Kontaktpersonen eingearbeitet, die ehrenamtlich direkt zu den Frauen gehen, die in Not sind.

Es wird thematisiert, dass alle Vertreterinnen und Vertreter mit ihren Kapazitäten mehr als ausgelastet sind, dabei ist der Bedarf sehr groß, noch besser telefonisch und auch persönlich erreichbar zu sein.

Vernetzung und Kontakte untereinander sind schwer möglich, obwohl der Bedarf sehr groß ist.

Die Pluralität des Angebotes der unterschiedlichen Einrichtungen, mit etwas unterschiedlicher Schwerpunktsetzung wird für die Erreichbarkeit von Frauen mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Werten von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der AG als wichtig erachtet.

Diskussion über bestehende Zugangsmöglichkeiten und deren Beurteilung, z.B. telefonische Erreichbarkeit, Niedrigschwelligkeit von Sprechstunden, Benennung der Bedarfslücke, Krisentelefon für Schwangere.

Zielgruppenschwierigkeit (z.B. drogenabhängige Frauen) mit besonderer Zielgruppenorientierung ist problematisiert worden, konnte aus Zeitgründen nicht diskutiert werden.

Insgesamt hat sich gezeigt, wie groß der Informationsbedarf ist und wie wichtig professionelle Vernetzung ist, um die Möglichkeiten der verschiedenen Träger besser nutzen zu können (gezielte Weitervermittlung u.a.).

Hilfeplanung vor und nach der Geburt: Aufgaben des Jugendamtes und des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD)

Karla Röken

Grundlage: Kinder- und Jugend Hilfe Gesetz (KJHG)

A. Leistungen

B. Eingriff / Garantienpflicht

A. Leistungen

In dem hier relevanten Zusammenhang sind die §§ 19, 27, 41 u. 35 a KJHG Grundlage der Hilfe sowie die §§ 28-35 KJHG Grundlage für die Ausgestaltungsformen.

Jugendhilfe wird den **Personensorgeberechtigten** bewilligt für ihre Minderjährigen - oder im Falle von § 19 - den **Mütter/Vätern, auch selbst wenn sie noch nicht volljährig sind.**

Voraussetzungen:

- die Mutter (§ 19) / Eltern (§§ 27, 35a) wollen Hilfe. Sie melden ihren Wunsch bei dem für ihren Wohnort zuständigen ASD an, schriftlich oder mündlich,
- die Mutter / Eltern sind nicht oder zum Teil nicht in der Lage, den **erzieherischen Bedarf** ihrer Kinder so einzulösen, wie dieses in der heutigen Gesellschaft für die überwiegende Zahl der Minderjährigen zutrifft und diesem Mangel ist mit **Jugendhilfemitteln** zu begegnen.

ASD:

- muss sich, nachdem die Mutter / Eltern einen Antrag gestellt haben, ein möglichst umfassendes Bild der Situation machen. Hierzu gehört eine ausführliche Befragung aller Beteiligten, ggf. auch anderer Dienste, KiTa, Schule, KH etc. Dieses alles nur mit Zustimmung der Mutter / Eltern/Personensorgeberechtigten (Datenschutz). Besonders wichtig sind hier auch die Wünsche und Vorstellungen der Mutter / Personensorgeberechtigten, soweit sie nicht fachlichen Standards widersprechen. Diese Beteiligung ist in den §§ 36, 37 KJHG vorgeschrieben.
- Im Entstehungsprozess der Situations-, Problemanalyse muss sich die fallzuständige Fachkraft kollegial beraten. Dieses ist in § 36 KJHG - zusammenwirken der Fachkräfte - festgelegt.
- Am Ende der aus diesen Befragungen entstandenen Problemanalyse steht die Beurteilung der fallzuständigen Fachkraft über den erzieherischen Bedarf und, wenn dieser gegeben ist, ein Vorschlag für die geeignete Hilfe in diesem Einzelfall.
- Grundlage einer Hilfebewilligung ist die Entscheidung in einer Erziehungskonferenz. Auch dieses ist ein vorgeschriebenes Verfahren, von dem nicht abgewichen werden soll.
- Hier wird auch gemeinsam und einvernehmlich über die Hilfeform entschieden.
- Der ebenfalls vorgeschriebene **detaillierte Hilfeplan**, der operationalisiert sein soll, damit er in einem Intervall von regelhaft ½ Jahr überprüft werden kann, wird gemeinsam mit den Personen erarbeitet, die die Hilfe erhalten und umsetzen.

Die Mitarbeiter des ASDs müssen sich an diese Verfahren halten.

Mit der Annahme von Hilfe durch das Jugendamt gehen i.d.R. auch einschneidende Veränderungen im Leben aller Beteiligten einher.

Über diese festgelegten Verfahren soll einerseits die Entscheidung abgesichert und andererseits dem schutzlosen Ausgeliefertsein der Hilfesuchenden der Behörde gegenüber vorgebeugt werden.

Andererseits zieht jede Hilfebewilligung das Ausgeben von teilweise erheblichen Steuermitteln nach sich. Auch hierfür muss es überprüfbare Grundlagen geben.

B. Eingriff / Garantenpflicht

Obwohl das KJHG überwiegend ein Leistungsgesetz ist, enthält es auch Kontrollaspekte.

Diese zielen auf das Wohl der Minderjährigen, insbesondere wenn es Interessenkonflikte zwischen Mutter / Eltern und Kindern gibt.

Das Recht / die Pflicht der Mutter / Eltern, für ihre Kinder zu sorgen und sie zu erziehen, wird sehr hoch bewertet, da es sich aus **Art. 6 GG** ableitet. Das Kindeswohl ist hiernach grundsätzlich im Elternrecht mitgedacht.

Besteht aus der Sicht des Jugendamtes ein erheblicher Interessenkonflikt zwischen dem, was die Eltern wollen und dem, was für die Kinder gut ist, kann das Jugendamt nach **§ 1666 BGB** versuchen, über das Gericht die **elterliche Sorge einzuschränken** oder zu ersetzen.

Dieses ist eine sehr hohe Schwelle.

Handelt es sich um eine momentane Gefahr, die es abzuwenden gilt, kann das Jugendamt nach **§§ 42, 43 KJHG** tätig werden, **wenn es meint, dass eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes besteht oder der Minderjährige selbst um Hilfe bittet.**

Nach **§ 50 KJHG** unterstützt der ASD die Gerichte bei allen Maßnahmen, die die Sorge für die Person der Minderjährigen betreffen. In diesem Rahmen kann der ASD selbst das Gericht anrufen, wenn er es für erforderlich hält.

Das staatliche Wächteramt kann nur im Zusammenhang mit dem Elterngrundrecht, Art. 6, Abs. 3, GG betrachtet werden.

- Das Elterngrundrecht ist ein klassisches **Abwehrrecht gegen staatliche Interventionen**, ein „Freiheitsrecht im Verhältnis zum Staat“ für die Eltern,
- es ist **eine Entscheidung** mit Verfassungsrang **zu Gunsten der elterlichen Pflege und Erziehung der Kinder**,
- damit entsteht eine **Institutionsgarantie**, die die Kindererziehung **in der leiblichen Familie** unter verfassungsrechtlichen Schutz stellt.

Bei **fehlendem elterlichen Einverständnis** kann das Jugendamt außerhalb gerichtlich angeordneter Maßnahmen nur bei Fallkonstellationen der **§§ 8 Abs. 3, 42, 43 KJHG** oder nach **§ 50 KJHG** tätig werden.

Auf den § 50 KJHG soll in diesem Zusammenhang nicht eingegangen werden.

Die Grenzen des Wächteramtes liegen in der

- Verhältnismäßigkeit, Hilfe hat Vorrang vor Eingriff. Die grundsätzliche Vermutung ist hierbei, dass ein Kind am besten in der eigenen Familie aufgehoben ist. Maßnahmen zur Wiederherstellung des verantwortungsbewussten Verhaltens der Eltern haben Vorrang. Reicht das Angebot freiwilliger Maßnahmen nicht aus, geht die Ausübung des staatlichen Wächteramtes in sorgerechtsbeschränkende Maßnahmen über, wenn deren

- Erforderlichkeit, die sich am Wohl des Kindes ausrichten, feststeht. Hieraus ergibt sich kein Recht des Staates sondern eine Pflicht, die wiederum auf Verhältnismäßigkeit der Mittel zu achten hat. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der
- Geeignetheit der Maßnahmen zum Schutz des Kindeswohls.

Die Trennung des Kindes von den Eltern als Maßnahme des staatlichen Wächteramtes setzt die Vermutung des Vorhandenseins einer gesetzlichen Grundlage wie §§ 42, 43 KJHG,

§§ 1666, 1666a BGB voraus und das Versagen der Erziehungsberechtigten oder die Verwahrlosung des Kindes. Die Trennungsmaßnahmen selbst müssen kindeswohldienlich sein.

Der Staat, und damit das Jugendamt, muss nach sorgfältiger Abwägung aller Vor- und Nachteile der zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Zweifel immer die wählen, die eine Wahrung des Kindeswohls am effektivsten gewährleisten.

Inobhutnahme §§ 42, 43 KJHG

Trotz der Abkehr vom Bild der in das Elternrecht eingreifenden staatlichen Institution, kann ein Kind bei **dringender Gefahr für sein Wohl** in Obhut genommen werden, weil weiterhin die

- Pflicht zur Wahrnehmung des staatlichen Wächteramtes besteht,
- unter Wahrung der Verhältnismäßigkeit, um die
- verfassungsrechtliche Orientierung am Kindeswohl zu berücksichtigen.

Frage ist also:

ist die Inobhutnahme zur Wahrung des Wohls des Kindes dringend geboten?

Erwartungshaltungen

Der Sozialarbeit wird oft pauschal die Verantwortung für **Versorgungsdefizite** in der Gesellschaft zugeschrieben, die sie nicht hat und nicht tragen kann. Es wäre zu fragen:

- welches Bild von welchem gesellschaftlichen Alltag führt zu den umfassenden Kontrollerwartungen an den ASD?

Die Sozialarbeit verweist ihrerseits ebenfalls zu oft auf ihre Möglichkeiten und **zu wenig auf ihre Grenzen**. Erwartungen werden regelmäßig enttäuscht, wenn sie zu hoch gesteckt worden sind. Es wäre zu fragen:

- welche Allmachtsfantasien bestimmen die Erwartungen an diesen öffentlichen Dienst, dieses Wächteramt wahrnehmen zu können?

Es sollte verstärkt an einer Definition für „die Regeln der Kunst“ im Bereich der Jugendhilfe gearbeitet werden. Es wäre zu fragen:

sind Qualifizierung der Mitarbeiter, Bereitstellung der notwendigen Ressourcen und Verfahrensregeln erforderlich, damit das Wächteramt wahrgenommen werden kann?

Grundgesetz

<p>Art. 1, Abs. 3</p> <hr/> <p>↓</p> <p>Gewaltenteilung</p> <hr/> <p>↓</p> <p>Wächteramt nur bei der Exekutive !</p>	<p>Art. 6, Abs. 3</p> <hr/> <p>↓</p> <p>Freiheitsrecht d. Eltern gegenüber d. Staat</p> <hr/> <p>↓</p> <p>Kindeswohl im Elternrecht enthalten, § 1632, Abs. 4 BGB</p>	<p>Art. 1, Abs. 1 Art. 2, Abs. 1</p> <hr/> <p>↓</p> <p>Anspruch d. Kindes auf Schutz ggf. auch gegen d. Eltern</p> <hr/> <p>↓</p> <p>Definition des Kindeswohls interdisziplinär, überprüfbar</p>
---	--	---

- **Verhältnismäßigkeit** **der Maßnahme**
- **Erforderlichkeit** **der Maßnahme**
- **Geeignetheit** **der Maßnahme**



§§ 42, 43 KJHG

§§ 1666, 1666a BGB

KJHG

<p>Leistung</p> <p>Erstes und zweites Kapitel KJHG</p>	<p>Eingriff</p> <p>§§ 8, 42, 43, 50 KJHG § 1666 BGB</p> <p>dringende Gefahr für das Kindeswohl</p>
---	---



Kein Gegensatzpaar, unterschiedliche Bewältigungsstrategien

KJHG

<p>Leistungen, §§ 11-41</p> <p>4. Abschnitt, <u>1. Unterabschnitt:</u> Hilfen zur Erziehung §§ 27-§ 35</p> <p><u>2. Unterabschnitt:</u> Eingliederungshilfe § 35a</p> <p><u>3. Unterabschnitt:</u> Gemeinsame Vorschriften §§ 36-40</p> <p>4. Unterabschnitt: Hilfe f.j. Volljährige § 41</p>	<p>andere Aufgaben, §§ 42-60</p> <p><u>1. Abschnitt:</u> Vorläufige Maßnahmen zum Schutz von Kinder und Jugendlichen §§ 42-43</p>
<p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Freiwilligkeit • erzieherischer Bedarf vorhanden • mit Jugendhilfe zu begegnen <p>ASD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bild der Situation, Vorstellungen der Personensorgeberechtigten berücks. § 36 • kollegiale Beratung, § 36 • Beurteilung des Bedarfes, Vorschlag für geeignete Hilfe • Erziehungskonferenz, einvernehmlich wird Hilfeform entschieden • detaillierter Hilfeplan 	<p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn dringende Gefahr für Leib und Leben des Kindes/Jugendlichen • Minderjähriger bitte um Hilfe <p>weiteres Verfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information d. Personensorgeberechtigten unmittelbar, • dann Eintritt in Leistungsverfahren oder • Einschaltung des Gerichts, Entzug der elterlichen Sorge

Bericht aus der Arbeitsgruppe:

„Hilfepanung vor und nach der Geburt“. Aufgaben des Jugendamtes / ASD

Moderation und Protokoll: Ute Dorczok, Abendroth-Haus

Die knappe Zeit wurde genutzt, um Fragen zu sammeln, die Frau Röken aus Sicht des Jugendamtes beantwortete bzw. die auch kontrovers diskutiert wurden.

Dies kann hier nur stichwortartig wiedergegeben werden:

- **Welche Art der Hilfen gibt es?**

- Erziehungsberatung
- Ambulante Einzel- oder Familienhilfen
- Stationäre Hilfen für Mutter und Kind

Die Aufgaben des ASD bestehen eher in einem begrenztem Beratungs- und Klärungsprozess, zunehmend entspricht die Tätigkeit einer Management-Funktion. Die Durchführung der Hilfen wird dann Jugendhilfeträgern übertragen.

- **Wie kommen die jungen Frauen zum ASD?**

Die Zugangswege sind vielfältig. Bei minderjährigen Müttern bzw. Schwangeren wird der Kontakt zum ASD häufig über die Eltern, die Schule oder ProFamilia hergestellt. Diskutiert wurde, ob der ASD aktiver auf Schwangere zugehen sollte, früher wurde jede Geburt gemeldet und die Frauen bekamen eine Einladung in die Mütterberatung. Dies gibt die gesetzliche Grundlage nicht her.

- **Wie ist die Verknüpfung / Vernetzung von Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen?**

Für die Hilfen sind die Zusammenarbeit und das Wissen der Träger / Institutionen im Stadtteil voneinander sehr bedeutsam. Auch der ASD hat den Anspruch, vernetzt im Stadtteil zu arbeiten und ein umfassendes Wissen darüber zu haben, was andere Hilfesysteme bieten. Mit zunehmender Regionalisierung könnte es besser gelingen.

Die anerkannten Träger müssen Leistungsbeschreibungen und Qualitätsentwicklungskonzepte erstellen und vereinbaren, um die Hilfen anbieten zu können. Hierüber können die ASD MitarbeiterInnen einen Überblick über die verschiedenen Angebote gewinnen.

- **Wie ist es, wenn eine junge Frau mit der zuständigen ASD-Mitarbeiterin nicht klar kommt?**

- Zuerst sollte immer versucht werden zu kommunizieren und Veränderungsmöglichkeiten herbeizuführen.
- Es besteht die Möglichkeit, den Fall an eine andere ASD-KollegIn abzugeben, wenn einiges an Klärungs- und Verständigungsversuchen unternommen wurde.
- Wenn es ganz schwierig ist, gibt es die Möglichkeit, sich bei den Vorgesetzten zu beschweren.

- **Hochschwelligkeit des Zugangsverfahrens und der Hilfen:
Wie kann das Verfahren niedrigschwelliger werden?**

Das Jugendamt wird als behördliche Instanz wahrgenommen, gibt es Möglichkeiten oder Besterbungen mehr Kontakt / Vertrauen zu (jungen) Müttern in schwierigen Situationen aufzubauen?

Dies wurde besonders von einer Kollegin betont, die mit drogenkonsumierenden Eltern arbeitet.

Deutlich wurde zum einen, dass sich Bilder über Ämter und Institutionen nur sehr langsam verändern und zum anderen bei frühen Hilfen für Mutter und Kind immer ein Kontrollauftrag mitschwingt, der sich nicht „wegwischen“ lässt.

Daher sind auch die stationären Hilfen für Mutter-Kind relativ hochschwellig, immer muss das Kindeswohl des Säuglings im Blick behalten werden.

Als wünschenswert wurde es dennoch angesehen, die Hilfen früher und mit niedrigschwelligerem Zugang anzubieten, um möglicherweise die Zuspitzung von Problemlagen zu vermeiden.

Gut wäre es auch, die Wirksamkeit der Hilfen zu evaluieren.

Es wurde über den Aspekt der „Freiwilligkeit“ von Mutter-Kind-Hilfen diskutiert. Als problematisch wurde bei diesem Begriff / Anspruch benannt, dass viele Frauen keine oder nur schlechtere Alternativen haben und sich deshalb auf die Hilfen einlassen (müssen). Teilweise sind die Hilfen auch mit Auflagen verbunden oder sind selbst Bedingung, um gemeinsam mit dem Kind leben zu können.

Hierbei kann in vielen Fällen nicht von Freiwilligkeit gesprochen werden, dennoch entscheiden sich die Frauen meist dafür, um perspektivisch allein mit ihrem Kind leben zu können.

Kontrovers wurde diskutiert, ob für die Hilfebewilligung oder Art der Hilfe der Bedarf oder die Kosten die Entscheidungsgrundlage des Jugendamtes darstellt. Viele Träger sehen zunehmend den Kostenaspekt als handlungsleitende Größe im Jugendamt.

Von Jugendamtsseite wird zwar bestätigt, dass begrenzte Budgets berücksichtigt werden müssen, doch Hilfen sollen sich nach dem Bedarf richten. Die Träger wurden ermutigt, sich mit den Behörden auseinander zusetzen.

- **Was ist, wenn es trotz Hilfe keine gemeinsame Perspektive für Mutter und Kind gibt?**

Möglich ist hier zum einen eine Entscheidung der jungen Mutter, das Kind (vorübergehend) abzugeben. Im Rahmen der Hilfe wird eine Pflegestelle gesucht, die Trennung begleitet und, wenn möglich, werden auch weitere Kontakte und Besuche geklärt, um die Beziehung zwischen Mutter und Kind nicht abbrechen zu lassen.

Wenn die Situation bedrohlich für das Kind ist, die Mutter jedoch keinen Bedarf sieht, muss der Weg über das Gericht beschritten werden. Da es um eine Einschränkung der persönlichen Freiheitsrechte (hier Art. 6 GG) geht, muss ein Antrag auf Einschränkung der elterlichen Sorge gestellt werden.

Die Schwelle hierfür ist sehr hoch und es müssen die vorherigen Hilfeversuche belegt und die Kindeswohlgefährdung dokumentiert werden.

Besteht eine akute Gefährdung für das Kind, kann das Jugendamt sofort einschreiten und das Kind in Obhut nehmen, muss dann aber sofort das Gericht einschalten.

Beratungsangebote und ambulante Unterstützungsangebote für Mütter

Verena Zühlsdorf

Ich möchte Ihnen jetzt einen kurzen Abriss des Bedarfes von Seiten betroffener Mütter und Eltern vorstellen.

Die Einrichtungen werden sich dann selbst in den Kleingruppen präsentieren.

Oft wird auch heute noch vorausgesetzt, dass Frauen problemlos die Rolle der Mutter ausfüllen können und ein Paar selbstverständlich auch Elternpaar sein kann.

Sowohl die Mütter als auch die Eltern wie auch die Gesellschaft glauben, gehen davon aus oder hoffen, dass Mutter – bzw. Elternschaft etwas Schönes, Unproblematisches und Natürliches, also auch intuitiv und selbstverständlich zu bewältigen sei.

Sich für diese alltäglichen Sorgen und Probleme Hilfe und Unterstützung zu holen, bedeutet, dass die Frau oder das Paar etwas **Alltägliches** nicht schafft, diese Erwartungshaltung erhöht deshalb schon per se die Schwelle zur Institution.

Die Sozialsenatorin Frau Schnieber-Jastram stellte in ihrer Grundsatzrede zur „Zukunft der sozialen Arbeit in Hamburg“ im Januar 2002 an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg folgende These vor: „Bevor du fragst, was der Staat für dich tun kann, frage, was du selber für dich tun kannst!“

Gerade dieser Frage gehen meines Erachtens die Mütter viel zu lange nach. Sie zögern eher zu lange bis sie sich Unterstützung holen.

Mir scheint es im Gegenteil wichtig, ihnen die Erlaubnis zu geben, sich an die öffentlichen Einrichtungen wenden zu dürfen, damit die Hilfe frühzeitig die Familie erreicht. Dies gilt natürlich auch für die Väter, die sich noch zögerlicher verhalten.

Nun, mit welchen Problemen können Mütter und/oder Eltern konfrontiert werden? Mit welchen Problemen können sich Mütter und/oder Eltern an Beratungsstellen wenden und Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen?

Ein wesentliches Problem ist häufig die **Isolation**. Mutter und Kind sind allein zu Haus. Es fehlt den Frauen an Austausch mit anderen Frauen, sowohl über Fragen, die das Kind betreffen als auch über das, was sie selbst angeht. Die Ressourcen sind manchmal schneller verbraucht als gedacht und wenn ein familiäres Netzwerk nicht besteht, dann sollte ein soziales, stadtteilbezogenes Hilfsangebot vorhanden sein, wohin die Mütter sich wenden können.

Die ersten Jahre der Angebundenheit an Kind und Wohnung kann nicht nur den jungen Frauen Schwierigkeiten bereiten, sondern auch älteren Frauen, die ihre bisherige freie Lebensführung radikal ändern müssen. Hier sind Unterstützungsangebote gefragt, die Möglichkeiten zum Austausch bieten, gemeinsame Aktivitäten ermöglichen und die die Verfügbarkeit von Zeit schaffen.

Ein weiterer schwieriger Bereich ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, worauf ich hier nicht näher eingehen möchte

Ein immer wiederkehrendes Thema ist das schlechte Gewissen oder das Schuldgefühl dem Kind gegenüber, weil die Mutter arbeiten geht und meint, zu wenig Zeit, Kraft und Raum für das Kind zu haben.

Für sie selbst, ihre Hobbys oder eine Weiterqualifizierung bleibt noch weniger bis gar keine Zeit.

Ein Gedicht von Christa Wolf verdeutlicht diese Problematik.

Niemals kann man durch das / Was man tut
So müde werden / Wie durch das
Was man gern tun würde /...Und nicht tun kann.

Die Auswirkungen können chronische Unzufriedenheit oder depressive Phasen sein und ein Verkümmern von Fähigkeiten und Kompetenzgefühlen.

Darüber hinaus ist **Paarbeziehung**, wenn überhaupt eine besteht, durch die Geburt eines Kindes besonders gefordert. Nicht jedes Paar hat auch ein Konzept für die soeben entstandene Familie. Die Paarkonflikte werden für viele so belastend, dass sie sich nach dem ersten Kinderjahr trennen. Hier sehen wir einen großen Bedarf rechtzeitig Unterstützung und Beratung anzunehmen, um die Herausforderung vom Liebespaar zum Elternpaar zu schaffen.

Weiter stellt sich ziemlich schnell die **Erziehungsfrage**: Wie kann ich mein Kind richtig erziehen?

Spätestens nach dem ersten Jahr wird deutlich, dass das Kind einen eigenen Willen verfolgt und dieser nicht immer in Übereinstimmung mit dem Willen der Eltern steht.

Auch die vielen Erziehungsratschläge aus Büchern und Zeitschriften können oftmals nicht hilfreich sein, weil sie sich widersprechen oder nur verwirren, zu kompliziert oder zu einfach sind und weil das Leben eben erfahren sein will.

Die ursächlichen Probleme liegen häufig in der fehlenden eigenen positiven Beziehungserfahrung zur leiblichen Mutter und zum leiblichen Vater. Die gelernten Problembewältigungsstrategien sind nicht hilfreich für die neue Situation mit Kind. Und wie Erziehungskonflikte geklärt werden, sodass eine fürsorgliche und wertschätzende Erziehung und Beziehung gelebt werden kann, wurde vielen Eltern nicht vermittelt.

Dies müssen sich die Eltern selber aneignen.

Dafür Anleitung, Begleitung und Beratung oder auch Therapie zu bekommen ist notwendig und sollte selbstverständlich sein.

Die Mütter / Väter wissen manchmal gar nicht, dass es für **ihre Probleme** ein Hilfsangebot gibt. Viele glauben, sie ständen allein damit.

Und sie wissen nicht, an wen sie sich vertrauensvoll wenden können. Es besteht auch die Angst, dass ihnen das Kind schnell weggenommen wird, wenn heraus kommt, dass sie Probleme mit der Erziehung haben.

Schwierig und für das Kind bedrohlich wird es wirklich da, wo Destruktivität und Versagung im Vordergrund stehen. Bei aktiver und bewusster Gewalt wissen auch die Eltern, dass dies sich ungünstig auf ihr Kind auswirkt. Sie brauchen Beratung oder Therapie, um ihr Beziehung- und Erziehungsverhalten verändern zu können.

Und sollte es zu einer Trennung von ihrem Kind kommen, benötigt die Mutter bzw. das Elternpaar ebenfalls Unterstützung und Beratung.

Um die Gefahr von Kindesmisshandlung und/oder Kindesvernachlässigung abzuwenden, benötigen Mütter/ Väter, die wenig feinfühlig in der Interaktion mit ihrem Kind sind oder deren Kinder Regulationsprobleme haben (die so genannten Schreikinder, die schwer oder kaum zu beruhigen sind) dringend Beratung.

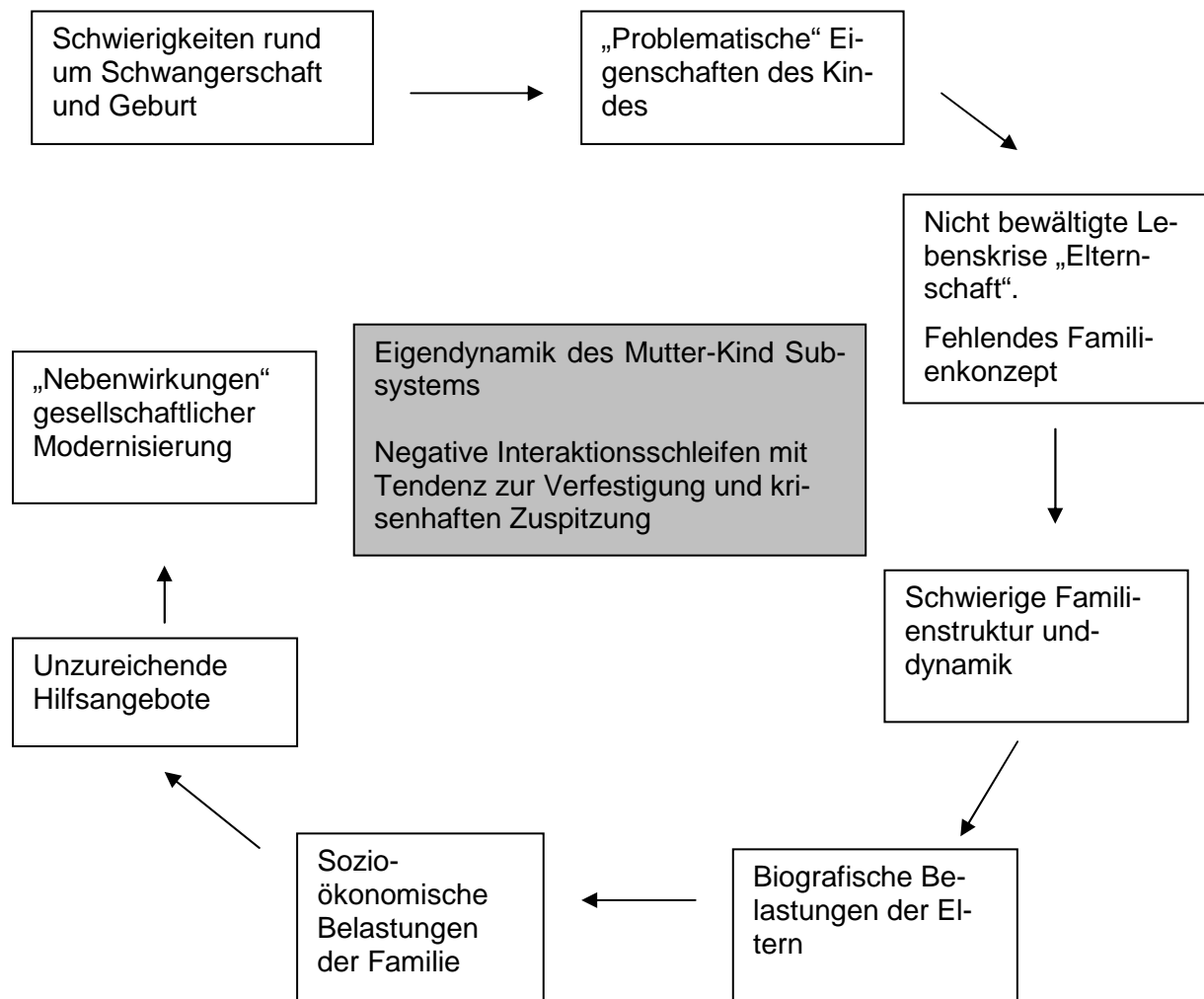
Diese Beratung dient dem Aufbau und der Stabilisierung von positiven Beziehungen zwischen Müttern oder auch Vätern und Kindern.

Hierfür stehen spezielle Beratungsstellen zur Verfügung. Wir hörten im Vortrag von Dr. Suess ausführlicher darüber.

Besonders schwierig ist das Leben in Beziehungen, die Erziehung von Kindern und die Aufrechterhaltung von Familie für Problemfamilien. Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot, Armut, Kinderreichtum, Alkohol- und Drogenabhängigkeit und häufig auch Gewalt zeichnen ihren Alltag.

Das folgende Modell macht die Multifaktorialität der Probleme deutlich.

Erklärungsmodell zur Vernachlässigung



Quelle: Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V.:

Modellprojekt Präventiver Kinderschutz – Günter Machann/Claus-Peter Rosemeier- Sep. 1995

Das „Erklärungsmodell zur Vernachlässigung“ macht deutlich:

ihre finanziellen und materiellen Ressourcen sind meist gering, ihr soziales Umfeld ist meistens schwierig, die Familiensituation ist häufig desorganisiert, die persönliche Situation erscheint nur belastend und defizitär und die Situation und das Verhalten des Kindes besonders herausfordernd.

Diese Familien weisen eine Massierung von Problemen auf (deshalb sagen wir auch Multi-problemfamilien) und sie selbst können keine angemessene Lösungsstrategie dazu entwickeln. Auch für uns Professionelle sind diese Familien eine besondere Herausforderung. Sie benötigen viele unterschiedliche Angebote und entsprechend Einrichtungen, die gut kooperieren. Gerade für diese Problemfamilien werden Schnittstellenprojekte, d.h. Kooperationsprojekte der flexiblen Krisenintervention, Kinder- und Familienhilfezentren, Mütterzentren, Mütterberatungsstellen, Elternschulen, Erziehungsberatungsstellen und Kinderschutzzentren benötigt.

Denn nur von einem **interdisziplinären Team** (dazu gehören Laien ebenso wie Diplom Sozialpädagogen/innen, Psychologen/innen, Lehrer/innen, Ärzte/innen, Kinderpsychologen/innen, etc.) **in guter Kooperation**, d.h. in Verbindlichkeit und mit Verlässlichkeit sowie mit Klarheit und durch Transparenz kann ganzheitlich Hilfe geleistet werden.

Unser Netzwerk dient den Familien stellvertretend als Modell für ein gut funktionierendes Netzwerk, an dem sie sich orientieren können, um sich dann selber ein gutes Netz und vielleicht Nest einzurichten.

Diese Fachtagung dient u.a. diesem Anliegen.

Bericht aus der Arbeitsgruppe:

Beratungs- und ambulante Unterstützungsangebote für Mütter

Moderation und Protokoll: Cordula Stucke

In dieser Arbeitsgruppe stellten unterschiedliche Institutionen ihren Arbeitsansatz bzw. ihre Angebote der Unterstützung von Müttern (Familien) vor. Von besonderem Interesse war dabei die Vorstellung spezifischer Angebote für sozial benachteiligte Mütter in schwierigen Lebenslagen mit besonderen Zugangsschwierigkeiten zu vorhandenen Hilfsmöglichkeiten.

D. Engels und C. Sander, **Mütterzentrum – Eimsbüttel:**

Insgesamt gibt es vier Mütterzentren in Hamburg (Burgwedel, Bergedorf, Hohenfelde und Eimsbüttel). Die Zentren dienen der Selbsthilfe und wurden von Müttern im jeweils eigenen Stadtteil gegründet. Sie sind jeden Tag geöffnet. Die Frauen können ohne Anmeldung ins Zentrum kommen und treffen dort auf andere Frauen, die sich gegenseitig unterstützen. Ein Motto lautet „Laien begegnen Laien“

Eine Leitidee ist, dass sich jede Mutter mit ihren Ressourcen und Fähigkeiten einbringen kann. Manche machen den Mittagstisch, andere übernehmen die Kinderbetreuung, wieder andere bieten eine Stillgruppe an. Hauptsächlich jedoch geht es um Zusammensein. Dort können Mütter sich treffen, sich austauschen, die Alltagsorgen besprechen und gemeinsame Aktivitäten planen.

Obwohl die Mütterzentren als sehr niedrigschwellig betrachtet werden, können auch sie nicht alle Frauen erreichen. Vor allem Mütter aus Multiproblemfamilien werden schwer erreicht, aber wenn eine kommt bringt diese eine andere mit.

Angegliedert an das Mütterzentrum Eimsbüttel ist das **Modellprojekt der flexiblen familiären Krisenintervention**. Das Krisenprojekt bietet einerseits schnelle, flexible und wohnortnahe professionelle Hilfe und Unterstützung. Andererseits können die gemeinwesenorientierten umfangreichen Entlastungsangebote der Mütterzentren genutzt werden. Das Mütterzentrum- Eimsbüttel hat eine Notwohnung für eine Mutter mit 3 Kindern. In Hamburg gibt es 5 Projekte der Flexiblen Krisenintervention, die bis Ende 2003 befristet sind.

C. Gutdeusch, **Kinder- und Familienzentrum (KiFAZ) Lurup:**

Die Hamburger Kinder- und Familienzentren (KiFaZ) und ihre Kooperationspartner haben eine große Bandbreite an Unterstützungsangeboten. Durch die Bündelung der unterschiedlichen Hilfen und Aktivitäten soll eine neue Qualität von „vernetzter Arbeit“ erreicht werden (Synergieeffekte). Es besteht ein Rahmenkonzept der KiFAZe, jedoch unterscheiden sich die Zentren der Bezirke hinsichtlich Trägerschaft der Einrichtung, Schwerpunktsetzung und Angebotsstruktur entsprechend des Bedarfs der Stadtteile.

Ziel des KiFaZ Lurup ist es, die sozial schwachen Familien im Stadtteil möglichst niedrigschwellig zu erreichen. Lurup selbst ist ein sozialer Brennpunkt, mit vielen Multiproblemfamilien. Das KiFAZ möchte über ein offenes Stadtteilcafe und viele Gruppenangebote Familien erreichen, insbesondere diejenigen, die viele negative Erfahrungen mit Behörden gemacht haben. Das KiFAZ hat viele Kooperationspartner (ASD, Kirche, psychosoziale Kontaktstelle, offener Schultreff, Schule, etc.)

Seit 1 ½ Jahren besteht der **Schwerpunkt: Frühe Hilfen - Schwanger „Ja“**. Es wird ein positives, ressourcenstärkendes und kein defizitorientiertes Herangehen verfolgt. Ziel ist insbesondere, den Frauen frühe Hilfestellungen zu geben. Es besteht ein Netzwerk „Rund ums Baby“ für Lurup. Dieses trifft sich alle sechs Wochen.

Im KiFAZ selbst gibt es zwei Säuglingsgruppen, eine offene Stillberatung und der Sozialdienst katholischer Frauen hält einmal im Monat Sprechzeiten vor Ort ab. Freie Hebammen kommen als Referentinnen ins KiFAZ. Zurzeit kommen viele jugendliche Mütter (14/15 jährige), die Unterstützung brauchen.

Eng kooperiert wird auch mit dem Albertinen Krankenhaus (Wöchnerinnenstation und Sozialdienst) sowie auch der Familienservicestation von BAFF. Wichtiges Anliegen ist die gute Abstimmung der Angebote aufeinander. Das erfordert kurze Drähte und bedeutet viel Aufwand.

G. Muras, **Gesundheitsamt Harburg: Mütterberatungsstelle / Schulärztlicher Dienst:**

Es besteht für die Mütterberatungsstellen in Hamburg keine hamburgweite einheitliche bindende fachliche Weisung. Jede Beratungsstelle füllt ihren gesetzlichen Auftrag so aus wie sie kann und will. Die Geburtsmeldungen werden in Harburg z.B. vom Standesamt aus an die Mütterberatung geschickt. (Das Recht auf Geburtsmeldung ist für die Mütterberatungsstelle rechtlich verankert, wird aber nicht mehr überall wahrgenommen). In Harburg arbeitet eine Kinderkrankenschwester mit der Kinderärztin zusammen, die viele Hausbesuche macht.

Bei der Mütterberatung wird vor allem erst einmal sortiert. Welches Problem wird zuerst angegangen? Auch in der Mütterberatung geht es neben dem „rituellem Messen und Wiegen“ vor allem um Kontakt. Die Mütterberatungsstelle ist ein sozialer Treffpunkt. Dort werden Informationen und Wissen weitergegeben und vermittelt und einmal im Jahr ein gemeinsames Fest gefeiert.

Kooperiert wird mit den Kinderpraxen. Die Elternschule liegt leider weit entfernt. Sie bietet aber vor Ort in der Mütterberatung eine Kindergruppe an. Neu ist die Kooperation mit dem Kinderschutzzentrum (Kinder- und Familienzentrum Harburg).

M. Fischer, **Kinderschutzzentrum Harburg (KiFAZ-Harburg):**

In diesem KiFAZ (das in Trägerschaft von LEB und Kinderschutzzentrum arbeitet) wurde ein gezieltes **Projekt „Schreibabyberatung“** zur Unterstützung von Müttern mit Säuglingen entwickelt, bei dem KiFAZ/Kinderschutzzentrum Harburg und Mütterberatung / Gesundheitsamt Harburg kooperieren.

Über den Kontakt der Mütterberatungsstelle werden Müttern/Familien bei Interaktionsstörungen zwischen Mutter und Kind und bei Regulationsproblemen des Säuglings Beratung angeboten und niedrigschwellig (z.T. im Rahmen von Hausbesuchen) durchgeführt, um den Aufbau und die Stabilisierung von positiven Beziehungen zwischen Mutter und Kind zu fördern und Bindungsstörungen vorzubeugen. Die Interaktionstherapie soll so früh wie möglich eingreifen, um die Gefahr von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung abzuwenden. Es ist eine Art „Mini-Ambulanz“, die eigentlich in jedem Stadtteil benötigt wird.

K. Erl-Hegel; H. Vieth / H. Cöllen, **Elternschule Am Grindel / Elternschule Eimsbüttel:**

22 Hamburger Elternschulen arbeiten als Einrichtungen in Trägerschaft der bezirklichen Jugendämter als Treffpunkte für Familien im Stadtteil. Sie richten sich an werdende Eltern, Mütter und Väter mit ihren Kindern in den ersten 3 Lebensjahren. Alle Veranstaltungen werden von Fachkräften begleitet und sind in der Regel kostenfrei.

Die Vielzahl der offenen Treffpunkte dient als Einstieg. Spezifische Angebote an Integrationshilfen und Beratung im Einzelfall wurden in den letzten Jahren verstärkt entwickelt. Angebote sind z.B. Hebammensprechstunde, Sprechstunde zur Früherkennung von Entwicklungs- und Regulations-Störungen; Beratungs- und Informationsangebote für spezielle Problemlagen in der Erziehung, Partnerschaft und Berufsrolle sowie bei familiären Krisen.

Angebote für spezielle Zielgruppen richten sich u.a. an Alleinerziehende, Migrantinnen und Väter sowie minderjährige Mütter.

U. Schliephack, **Erziehungsberatungsstelle /Jugendpsychiatrischer Dienst - Hohenfelde**

Seit 50 Jahren bestehen die Erziehungsberatungsstellen, ausgehend von den klassischen analytischen Therapiekonzepten mit dem Auftrag der Beratung und Präventionsarbeit. Von dort her haben sie sich weiterentwickelt und insofern steht jede Einrichtung vielleicht auch an einem anderen Punkt - je nach Standort und mitarbeitenden Personen. In den letzten 15 Jahren haben die EB's sich deutlich familientherapeutisch orientiert.

In Hohenfelde haben die MitarbeiterInnen der Erziehungsberatungsstelle gezielt Kindertagesheime und Krippen aufgesucht. Dort hielten sie Elternabende und Sprechstunden ab, sprachen Themen wie „Ängste bei Kindern“, „Tod“, „sexuelle Entwicklung“ u.a. an. In den Stadtteilen, in denen zu Eltern auf diese Weise Kontakt gesucht wurde, kommen deutlich mehr Klienten in die Einrichtung.

In Dulsberg wurde darüber hinaus vor 8 Jahren eine Zweigstelle der EB gegründet, die zu 50% den Auftrag hat, Eltern mit Kleinkindern zu erreichen. Die Kollegin (Frau Klessmann) arbeitet dort gezielt vor Ort mit Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern (und hat die spezielle Ausbildung in München bei Frau Papousek absolviert). Sie kooperiert eng mit entsprechenden Einrichtungen im Stadtteil.

Durch die Zusammenlegung von Erziehungsberatungsstelle und Jugendpsychiatrischem Dienst wurde in Hamburg Nord darüber hinaus insbesondere der Zugang zu den Familien mit behinderten Kindern, die als besondere Risikogruppe anzusehen sind, verbessert.

V. Zühlendorf, **Kinderschutzzentrum Hamburg:**

Das Kinderschutzzentrum bietet Beratung/Therapie und Begleitung bei Gewalt an Kindern in Form von Einzel - oder Paarberatung, Familientherapie oder Gruppenkursen/Therapien. Auch Eltern, bei denen Beziehungsstörungen und Anpassungsprobleme im Umgang mit ihren Säuglingen und Kleinkindern eine Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung befürchten lassen, können beim Kinderschutzzentrum Unterstützung finden. Die Familien kommen auf eigene Initiative, wenn sie in der Krise oder krisenhaften Situationen sind. Sie werden aber auch von den Krankenhäusern, Ärzten, anderen Einrichtungen oder Jugendämtern an das Kinderschutzzentrum verwiesen. Kontaktaufnahme erfolgt telefonisch und ist auch anonym möglich. Auch Mütter, die ihre Kinder weggeben (müssen) oder möchten finden im Kinderschutzzentrum Beratung und können begleitend unterstützt werden.

An die Vorstellung der verschiedenen Projekte schloss sich eine **Diskussion über Fragen der Zugangswege zu Hilfsangeboten** an bzw. was es Müttern in besonderen Problemlagen erschwert oder erleichtert, Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Zum einen geht es dabei um die Frage der **Niedrigschwelligkeit von Angeboten**. Was brauchen sozial benachteiligte Mütter in schwierigen Lebenslagen?

Über welche Art Angebote finden sie Zugänge zu Hilfen, Unterstützung und Entlastung? Unter welchen Umständen wird ein Angebot als niedrig oder als hochschwierig wahrgenommen? (So kann jemand mit Kontaktkompetenz ein offenes Angebot z.B. als niedrigschwierig empfinden während jemand mit Kontaktschwierigkeiten eher davor zurückschreckt und vielleicht eine Telefonberatung als niedrigschwelliger erlebt.)

Umso wichtiger ist, dass es eine Vielfalt an Angeboten gibt, unterschiedliche in den Stadtteilen gewachsene Strukturen und vielleicht auch unterschiedliche Themen der Einrichtungen.

Wesentlich sind Transparenz über die Angebote, ihre Bekanntheit und die Art ihrer Einbettung in Traditionen/ soziale Räume.

Zweitens wurde über **Kooperation und Vernetzung** gesprochen. Neben der Frage, wie die verschiedenen Angebote miteinander verzahnt sein können stand vor allem die Erkenntnis im Vordergrund, dass persönlicher Austausch, Kennen der Anderen und ihrer Arbeitsweise, d.h. Beziehungsnetze/ und – arbeit auch hier eine wesentliche Bedeutung haben.

Einzelfallhilfen für Mutter und Kind

Martina Feistritzer und Ute Dorczok

1. Einleitung

Wir möchten Ihnen vor unserem Erfahrungshintergrund (Leitung im Jugendhilfebereich u.a. mit dem Schwerpunkt Mutter-Kind-Hilfen) den Arbeitsbereich der intensiven Einzelhilfen für Schwangere bzw. Mutter und Kind vorstellen.

Dabei wollen wir sowohl auf die Zielgruppe und die Erfahrungshintergründe der von uns betreuten Frauen eingehen, als auch in die rechtlichen Grundlagen dieser Hilfeform einführen, sowie die strukturelle und inhaltliche Ausgestaltung der Hilfen erläutern. Am Schluss weisen wir noch stichwortartig auf einige Bereiche hin, bei denen wir noch Entwicklungsaufgaben sehen.

2. Zielgruppe

Schwangere und Frauen (bzw. Männer) mit ihren Säuglingen oder Kleinkindern, die

- aufgrund schwieriger, krisenhafter Lebensumstände,
- aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung
- oder aufgrund ihres jungen Alters

Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Mutterrolle, bei der Pflege und Erziehung ihres Kindes benötigen.

Dies sind überwiegend:

- so genannte Teenager Mütter,
- Mütter mit Psychiatrie- bzw. Drogenerfahrung,
- Mütter, denen schon Kinder „weggenommen“ worden sind,
- junge unbegleitete Flüchtlinge.

3. Erfahrungshintergründe:

- meist sehr belastender biografischer Hintergrund,
- häufig eigene Erfahrungen von Missbrauch, Gewalt, Ausbeutung und Ablehnung,
- Schul- und Ausbildungsabbrüche,
- in der aktuellen Situation kaum tragfähige Unterstützungsnetze (Eltern, Familie, Freunde...), Isolation und Einsamkeit.

Vor diesem Hintergrund ist die Entscheidung für ein Kind bzw. die Gründung einer eigenen Familie mit hohen Erwartungen, Hoffnungen und Wünschen verknüpft:

- der Wunsch nach eigener Familie, verbunden mit dem Vorsatz, es besser zu machen als die eigenen Eltern,
- die Hoffnung die Partnerschaft erhalten zu können,
- die Hoffnung über ein Kind die Beziehung zu den eigenen Eltern zu reaktivieren,

- die Lebensperspektive Muttersein bietet gesellschaftliche Anerkennung, relative finanzielle Sicherheit besonders bei individuell schlechten Chancen auf dem Ausbildungs- und Berufsmarkt,
- die Hoffnung, mit einem Kind der Einsamkeit oder den alten Bezügen (Drogen, Straßenleben) oder auch dem Elternhaus zu entfliehen.

4. Ziele der Hilfen

Individuelle Entwicklungsziele werden in den Hilfeplangesprächen entwickelt und vereinbart.

Generell sollen die Angebote für Mutter und Kind die

- alltagspraktische und soziale Kompetenz,
- Persönlichkeitsentwicklung,
- eigenverantwortliche Lebensführung,
- stabile und tragfähige Mutter-Kind-Beziehung,
- Entwicklung des Kindes

fördern.

Unterstützung bieten bei

- der Bewältigung von Partnerschaftsproblemen,
- Kontakten und Schwierigkeiten mit der Herkunftsfamilie,
- der Entwicklung einer schulischen / beruflichen Perspektive,
- dem Aufbau und Erhalt unterstützender Systeme.

Klärung der Mutter-Kind-Beziehung im Hinblick auf ein Zusammenleben oder eine Trennung, gegebenenfalls Entwickeln einer getrennten Perspektive für Mutter und Kind.

5. Rechtliche Grundlagen

Die rechtlichen Grundlagen für Mutter und Kind Betreuung sind für stationäre Betreuungen der § 19 SGB VIII (KJHG), für ambulante Betreuungen die §§ 27/31 SGB VIII (KJHG). Diese Regelung, dass der § 19 nur stationäre Betreuungen umfasst, wird nicht in allen Bundesländern so gehandhabt, entspricht aber der Intention des Gesetzgebers. Die Betreuung nach § 19 findet in Hamburg in Rund-um-die-Uhr betreuten Appartementhäusern oder im tragereigenen Wohnraum statt. Unterhalt ist Teil der Hilfe.

Wenn vorher eine Hilfe bestanden hat, kommen andere rechtliche Grundlagen zum tragen. (Es besteht die Möglichkeit in der Arbeitsgruppe über dieses Thema zu sprechen.)

Für beide Hilfeformen ist ein Hilfeplanverfahren notwendig.

Im Folgenden ein kurzer Überblick über den Gesetzestext, um die Inhalte klar zu machen; und um auf Unterschiede in den gesetzlich definierten Aufgaben der beiden Hilfeformen hinzuweisen. Bei der Darstellung der Praxis werden wir noch einmal auf Überschneidungen in der inhaltlichen Ausgestaltung zu sprechen kommen (orientiert am Kommentar von Dr. Wiesner).

für stationäre Betreuung § 19 SGB VIII (KJHG) Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder	für ambulante Betreuung §§ 27/31 SGB VIII (KJHG) Sozialpädagogische Familienhilfe
<ul style="list-style-type: none"> - alleinsorgender Elternteil - ein Kind unter 6 Jahren (schließt ältere Geschwister ein) - Persönlichkeitsentwicklung der Mutter/Vater - soll befähigen allein und eigenverantwortlich mit dem Kind zu leben - wenn und solange die Persönlichkeitsentwicklung der Mutter/des Vaters diese Form der Unterstützung bei der Pflege und Erziehung notwendig macht - Mutter/Vater ist Bezugssystem dyadisches System - fehlende Unterstützung der Herkunftsfamilie - beschützender Rahmen - individueller Zuschnitt - differenzierte Wohnformen sind vorzuhalten - Schwangere Frauen können vor der Geburt in der Wohnform betreut werden - auf eine Aufnahme/Weiterführung von schulischer und beruflicher Ausbildung soll hingewirkt werden Schulbesuch etc. um später selbstständig mit dem Kind leben zu können Motivation soll gestärkt werden auch durch tagesstrukturierende Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> - intensive Betreuung und Begleitung von Familien - Sicherung und Wiederherstellung der Erziehungsfähigkeit - Unterstützung bei der Bewältigung von Erziehungsaufgaben Alltagsproblemen Konflikten und Krisen Umgang mit Behörden - Unterstützung des gesamten Familienalltags - die Familie als Ganzes steht im Mittelpunkt und ist Bezugssystem - ambulante, intensive Hilfe - Aktivierung von persönlichen und sozialen Ressourcen – private und soziale Netzwerkarbeit - Hilfe zur Selbsthilfe

Unseres Erachtens ergeben sich aus dem Wortlaut der gesetzlichen Regelung und auch aus der Ansiedlung im Bereich der Förderung der Erziehung in der Familie Widersprüche/Probleme bezüglich der Zielgruppe und entsprechend der inhaltlichen Ausgestaltung und Zielsetzungen der Hilfe:

- Der § 19 gehört zum Abschnitt Förderung der Erziehung in der Familie, ist damit dem niedrigschwelligeren Bereich der Hilfen zugeordnet. (Es handelt sich um eine „Soll“ Vorschrift und nicht, wie „Hilfen zur Erziehung“ (HZE) um eine „Ist“ Vorschrift). Die Hilfe greift, wenn andere ambulante Formen sich als nicht ausreichend erweisen. Diese ambulanten Formen, wie Sozialpädagogische Familienhilfe, sind jedoch als Hilfe zur Erziehung von der Gesetzeslogik höher schwellig.

- Als stationäre Maßnahme ist eine Hilfe nach § 19 jedoch eher hoch-schwellig.
- Des Weiteren fragt man sich, welche Zielgruppe der Gesetzgeber gemeint hat, nach unserer Einschätzung die Mütter, die einer stationären Betreuung bedürfen, häufig weniger in der Lage sind eine schulische und berufliche Ausbildung aufzunehmen, als diejenigen, die ambulant betreut werden. Sie haben häufig ein Kind bekommen eben weil sie keine Chancen für sich bezogen auf Schul- und Berufsausbildung sehen.

Strukturelle Ausgestaltung der Hilfen

Wohn- und Betreuungsformen stationär		Wohn- und Betreuungsformen ambulant
§ 19 KJHG, §§ 27/41/34/34 KJHG § 39 BSHG/§ 34 KJHG	§ 19 KJHG	§§ 27/31 KJHG
In Appartementshäusern <ul style="list-style-type: none"> • mit Nachtbereitschaften • Selbstverpflegung • Kinderbetreuung in unterschiedlicher Intensität • i.d.R. Einzel-und Gruppengespräche 	im trügereignen Wohnraum <ul style="list-style-type: none"> • 1-4 Zimmer Wohnungen • mit und ohne Gruppenangebote • Krisenintervention • keine Nachtbereitschaft 	<ul style="list-style-type: none"> • im eigenen Wohnraum • manchmal in der Herkunftsfamilie

7. Inhalte der Betreuung

Mutter	Mutter-Kind	Kind
<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau einer Beziehung zur BezugsbetreuerIn • Begleitung zu <ul style="list-style-type: none"> - Geburtsvorbereitung, - ÄrztInnen, - Ämtern... • Unterstützung bei der Alltagsbewältigung <ul style="list-style-type: none"> - Haushaltsführung - Ernährung - Organisation des Zusammenlebens - Freizeit und Gruppenangebote • Unterstützung bei der <ul style="list-style-type: none"> - Identitäts- und Rollenfindung - Entwicklung einer schulischen/beruflichen Perspektive • Beratung in <ul style="list-style-type: none"> - finanziellen und rechtlichen Fragen - Problemsituationen (bezügl. Drogen, psychischer Probleme...) • Beziehungsklärung zu <ul style="list-style-type: none"> - Kindesvater - Partner - Eltern • Krisenintervention • Netzwerkarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der Mutter-Kind-Beziehung / - Kommunikation • Anleitung <ul style="list-style-type: none"> - im Umgang mit dem Kind, - bezüglich Pflege, Ernährung - Spiel, Beschäftigung • Entlastung der Mutter • Begleitung zu <ul style="list-style-type: none"> - kinderbetreuenden Einrichtungen - KinderärztInnen - KrankengymnastInnen... • Entwicklung einer Lebensperspektive mit dem Kind / ohne das Kind • Krisenintervention • Netzwerkarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • BezugsbetreuerIn • Förderung der physischen und psychischen Entwicklung • Achten auf: <ul style="list-style-type: none"> - Gesundheit - Ernährung - Entwicklung • Kontrolle des Kindeswohls • Krisenintervention • Netzwerkarbeit

8. Probleme bzw. Entwicklungsaufgaben

sehen wir in folgenden Bereichen:

- Drogenkonsumierende Mütter
- Psychisch erkrankte Mütter
- Schule und Ausbildung
- Wohnungsmarkt.

Bericht aus der Arbeitsgruppe: Einzelfallhilfen für Mutter und Kind

Moderation und Protokoll: Caroline Hübscher

Strukturelle Unterschiede der verschiedenen Mutter-Kind-Einrichtungen:

Theodor-Wenzel-Haus

Aufnahme ab 16 vier Wochen vor der Geburt, Rund-um-die-Uhr-Betreuung, Einzelappartements, Strukturvorgaben durch Aktivitäten im Haus, als da sind: tägliche Kinderbetreuung, zwei Mutter-Kind-Spielgruppen, Pekip, gemeinsames Frühstück (montags), Kaffee (donnerstags) und Mittag (freitags), Einzelgespräche, Hausversammlung wöchentlich. Bezugsbetreuersystem und Kinderfachfrau.

Alida-Schmidt-Stiftung

Abgestuftes System zwischen stationärer Aufnahme und Unterbringung im trügereigenen Wohnraum ab 14 Jahren. Vier mal wöchentlich gemeinsames Kochen und Werkstattangebot, individuelle Wochenpläne, getrennte Bezugspersonen für Mutter und Kind. Eine Mutter-Kind-Gruppe, viel Partnerarbeit bzw. mit der Herkunftsfamilie; ambulante Vor- und Nachbetreuung.

Abendroth-Haus

1. 7 Plätze in Wohngemeinschaft (1,5 Zimmer für Mutter und Kind bei gemeinsamer Badbenutzung), ein Spielzimmer, 1 Büro für Mitarbeiter und Gespräche; viele junge Mütter, von 14 bis 18 Jahren, abhängig von Situation, Alter der Kinder u.ä.), Strukturgestaltung bezogen aufs Kind; Schulbesuch der Mutter evtl., wenn Kind halbes Jahr alt ist. Gemeinsames freiwilliges Frühstück einmal in der Woche. 14-tägig Gruppe, verpflichtende Gespräche mit Betreuerinnen. Fünf Kollegen täglich im Dienst von 8 – 22 h, extra Kollegen für den Nachtdienst
2. Offener Treffpunkt: Café, angegliederte Büros, zehn angemietete Wohnungen im normalen Wohnumfeld. Unterbringung nach §§ 19, 30, 35 ab 16 Jahren, gewisse Selbstständigkeit vorausgesetzt. 9 – 18 h Bürozeiten. Rufbereitschaft für Krisen. Zusammenarbeit mit Hebammen für Mütter verpflichtend, zweimal wöchentlich offene Angebote (Basteln, Mittag). Treffpunkt zum Kennen lernen, um der Vereinsamung in den Wohnungen entgegenzuwirken. Einbeziehen von Freunden, Unterstützen von Beziehungen; Kontakt zu Herkunftsfamilie erfolgt oft erst später.

Sozialpädagogische Familienhilfe

arbeitet aufsuchend wo auch immer, flexibel. Hilfeauftrag wird mit jungen Frauen verhandelt, 1 bis 5 Termine pro Woche. Ziele identisch mit denen der anderen Einrichtungen. Für Frauen, die sehr auf Unabhängigkeit bestehen. Wichtig hier die Netzwerkarbeit, um der Isolation entgegenzuwirken.

Fragen:

Brit Lemke, Café Sperrgebiet, hat die Erfahrung gemacht, dass junge drogenabhängige Frauen oft keinen Platz in den stationären Einrichtungen bekommen. Woran liegt es?

Die nicht cleanen Frauen mit Kontakt zur Szene sind per se schon mal eine Zumutung für das Kind und für andere Frauen. Zusätzlich stellen sie oft eine Gefährdung für Frauen mit anderen/ähnlich gelagerten Problemen dar. Die Erfahrung zeigt, dass sich die drogenabhängigen Frauen früher oder später entscheiden müssen zwischen Drogen und Kind.

Wir stellen fest, dass es keine geeigneten Unterbringungsmöglichkeiten für drogenabhängige Mütter gibt.

Was müssen insbesondere junge Mütter an Fähigkeiten mitbringen? Oft bringen auch 15-jährige Fähigkeiten in der Grundversorgung und Haushaltsführung mit und wollen sogar unbedingt "selber machen". Ihnen wird in der Alida-Schmidt-Stiftung geholfen mit individuellen Plänen, Kochanleitung, Rundgang (Kontrolle und/oder Hilfe) etc. Oft herrscht schon auch das Chaos; die Frauen sind in einer Doppelbelastung, haben oft selbst Essstörungen.

Eine Hebamme von Adebar fragt: „Muss ich davon ausgehen, dass ich mich um die Unterbringung einer Frau kümmern muss oder kann ich davon ausgehen, dass sich das JA ausreichend kümmert?“

Eigentlich ist der ASD zuständig, sich auf Hinweis und Nachfrage zu kümmern. Frauen können sich Mutter-Kind-Häuser ansehen und Wunsch ans JA tragen. Freie Plätze müssen jeweils bei den Häusern erfragt werden. Keine zentrale Auskunftsstelle. Unterbringungsberatung müsste informiert sein.

Herr Fischer: § 19 ist hochschwierig. Alle Beteiligten wollen es zwar harmonisch, doch bei allen Vorstellungen zusammen kommt es dann oft zu Konflikten.

Es existieren in Hamburg mehrere traditionelle Einrichtungen; Heimaufsicht kontrolliert die Arrangements, unterstützt fachlich und schützt die Einrichtung. Entsendendes JA trifft Vereinbarung mit jeweiliger Einrichtung.

Können jugendliche Schwangere schon während der Schwangerschaft begleitet werden, insbesondere im Hinblick auf die Entscheidungsfindung? Berufliche Perspektiven? SPFH ist hier angesagt; Familienbeistandschaft, z.B., um Wohnformen auszuhandeln, zu Perspektiven: Es ist erfahrungsgemäß so, dass erst die Schule abgebrochen wurde, dann die Schwangerschaft zu Stande kam, nicht umgekehrt!! Die Interessen der Pubertierenden bleiben die gleichen, gleichzeitig sollen sie mit dem Neugeborenen Erwachsenenrollen übernehmen.

Berufliche Angebote für diese Zielgruppe schwierig bis gar nichts! 9 Stunden außer Haus seien zumutbar?

Heide Dantzer vom Projekt Frühintervention verweist auf ihre Möglichkeit der frühen Kontaktaufnahme auch bei Jugendlichen. Angebot zur Reflexion und Lösungsfindung.

Manuela Schiweck vom Abendroth-Haus weist darauf hin, dass es oft zu anstrengend für die ganz jungen Mütter ist, zur Schule zu gehen. Kind ist zum Teil vermeintliche Sinnstiftung, eben weil sie nicht zur Schule gehen (können). Dazu kommt dann der tägliche Inhalt mit Kind, Bemühen, Struktur hinzukriegen, Ansagen der Einrichtung und Entwöhnung von der Schule durch die lange Zeit und andere Rolle.

Inwieweit belastet die Schule gar die Mutter-Kind-Bindung? Dabei wird auch die Wichtigkeit der beruflichen Angebote als Alternative zum Kind und für die eigene Identifikation gesehen und betont! Eine Alternative, Bestätigung, die als Pause zum Kind oft auch gut tut.

Interessant und von Bedeutung auch der Aspekt, wo die Wurzeln der Betroffenen sind:

Sozialhilfe- oder Mittelstandsfamilie etc. Wurde Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit erlebt?

Möglichkeiten, Arbeitslosigkeit zu ändern oft begrenzt.

Insgesamt lässt sich sagen, sind die Angebote eher zu hochschwierig. Die Frauen selbst oft zu defizitär!

Es existieren rund 70 belegte Plätze in Hamburg.

Krisenintervention und längerfristige psychotherapeutisch- psychiatrische Hilfe für Schwangere und Mütter in einer Tagesklinik

Dr. Cordula Gamm

Im Herbst 1998 nahm unsere Mütter-Baby-Einheit in der Tagesklinik für Kinder und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ihre Arbeit auf. Dort ist es aktuell möglich, vier Mütter (im Ausnahmefall auch einen Vater) mit ihrem Kind zu behandeln. Das Alter des Kindes liegt i.d.R. zwischen wenigen Wochen und einem Jahr.

Gründe für die Aufnahme bei uns sind nach der Geburt auftretende psychische Probleme, am häufigsten Depressionen. Dabei liegen oft schwer beherrschbare Ängste, latente Suizidalität und mangelnde Impulskontrolle bei den Müttern vor. Dies macht eine ambulante Behandlung meist unmöglich.

Zu den Aufnahmeindikationen gehören außerdem: Interaktionsstörungen zwischen Mutter und Kind, problematisches Verhalten des Kindes im Sinne von Bindungs- und Regulationsstörungen und Entwicklungsverzögerungen. In vielen Fällen wird deutlich, dass ungünstige familiäre und soziale Umstände den Einfluss der mütterlichen Erkrankung auf die kindliche Entwicklung negativ verstärkt haben. In diesen Situationen ist das Risiko der Kinder besonders hoch, eine die elterliche Erkrankung überdauernde psychische Störung zu entwickeln.

Gründe, die gegen eine Aufnahme in die Tagesklinik sprechen:

Mangelnde Krankheitseinsicht der Mutter, akute Eigengefährdung (Suizidalität) und manifeste Gefährdung des Kindes durch Misshandlung oder Vernachlässigung. Die beiden letzt genannten Gründe lassen es unmöglich erscheinen, eine betroffene Mutter auch nur zeitweilig mit dem Kind allein zu lassen.

Die **Zugangswege** für die Mütter sind unterschiedlich: die Kontaktaufnahme erfolgt z.B. über die niedergelassenen Gynäkologen, Hebammen, psychiatrische Kliniken, Kinderärzte, Psychotherapeuten, gelegentlich auch durch die betroffenen Frauen selbst. Gute **Kooperation** besteht zwischen der Tagesklinik und dem Klinikum Nord (Ochsensoll), dort gibt es ein vollstationäres Angebot für zwei Mütter mit Kind auf einer ansonsten gemischten psychiatrischen Station. Gute Zusammenarbeit besteht auch mit der Klinik für Psychiatrie im UKE, dort ist die vollständige Aufnahme einer Mutter mit Kind allerdings nur in Ausnahmefällen möglich. Auch mit den Jugendämtern und Einrichtungen für betreutes Wohnen besteht im Bedarfsfall guter Austausch.

Die **Kosten** der mehrere Monate bis zu einem Jahr dauernden Behandlung von Mutter und Kind in der Tagesklinik tragen die Krankenkassen. Die Gründe für die lange Aufenthaltsdauer liegen darin, dass wir nach Abklingen der akuten Symptomatik bei über 60% der Mütter schwere Persönlichkeitsstörungen sehen, die wiederum die Beziehung zum Kind beeinträchtigen.

Die **Behandlung** in der Tagesklinik erfolgt nach einem **multimodalen, psychoanalytisch orientierten Konzept**.

Wichtigste Säulen in diesem Konzept sind:

1. das Schaffen einer haltenden, sorgenden und verstehenden Atmosphäre;
2. therapeutische und pädagogische Angebote, die sich an Mutter und Kind einzeln, aber auch gemeinsam richten;
3. Konfliktbearbeitung mit dem Fokus Mutterschaft;
4. Einbeziehung des sozialen Umfeldes.

Im Einzelnen besteht die Behandlung aus folgenden Teilen:

1. Die **Pflege** dient im Umgang mit der Mutter der Stärkung ihrer intuitiven mütterlichen Fähigkeiten, der Entlastung und der Befriedigung regressiver Bedürfnisse. Im Umgang mit dem Kind der Unterstützung und Anleitung der Mutter, dem Lernen am Modell und manchmal einem kompensatorischen Beziehungsangebot.
2. Die **Müttergruppe** bewirkt die Erfahrung von Gemeinschaft und stärkt Sicherheit und Vertrauen.
3. Die **Einzelpsychotherapie** der Mutter hilft bei Konfliktbearbeitung und Selbstreflexion.
4. Die **Mutter-Baby-Psychotherapie** dient der Verbesserung der mütterlichen Wahrnehmung, gemeinsamen Spiel, Stärkung der Sensitivität und Responsivität.
5. **Paargespräche und eine Vätergruppe** dienen dem grundsätzlichen Verständnis der Erkrankung, stärken die väterliche Position, bewirken eine Triangulierung.
6. Die **Bewegungstherapie** fördert Ausdruck und Wahrnehmung blockierter Gefühle und bewirkt damit die Integration unterschiedlicher Anteile des Selbst.
7. In der **Ergotherapie** werden Ausdrucks- und Symbolisierungsfähigkeit gefördert, sie dient der Erfahrung eigener Ressourcen.
8. Die **Sozialarbeit** versucht zu unterstützen und Wege zur Veränderung des täglichen Lebens aufzuzeigen.

Außer der Tagesklinik gibt es im selben Gebäude auch eine **Mütter-Baby-Ambulanz**, die Eltern in Krisen nach der Geburt und Schwangere mit psychischen Störungen berät. Hier gibt es auch die Möglichkeit, für eine längerfristige, meist niederfrequente Psychotherapie mit Fokus auf Eltern- und Partnerschaft. Außerdem bieten wir eine ambulante Mutter-Baby-Gruppe „Krise nach der Geburt“ an.

Stellt sich heraus, dass längerfristige Paartherapie oder höher frequentierte Einzeltherapie notwendig sind, versuchen wir die Eltern an niedergelassene Therapeuten weiter zu vermitteln.

Grundsätzlich gilt, dass bei einer postnatalen psychischen Erkrankung der Mutter eine gute psychiatrische Behandlung und umfassende soziale Unterstützung als Basis für alle weiteren therapeutischen Schritte dient. Neben der Überwindung der akuten Notlage der postnatalen Erkrankung besteht die Notwendigkeit, überdauernde Probleme der Mutter-Kind-Beziehung sowie Entwicklungsstörungen des Kindes festzustellen und zu behandeln. Aus der bisherigen Evaluation der tagesklinischen Behandlungen ergab sich, dass die ursprüngliche Hoffnung, die Auswirkungen der mütterlichen Störung auf das Kind könne durch frühe Intervention praktisch aufgehoben werden, nur in leichteren Fällen gerechtfertigt ist. Ermutigend ist aber die Erfahrung, dass auch in schwierigen Fällen Veränderungen möglich sind, wenn wir uns auf intensive und langfristige Behandlungen einstellen.

Bericht aus der Arbeitsgruppe:

„Krisenintervention und psychiatrische Hilfen“

Moderation und Protokoll: Verena Zühlsdorf

Frau Dr. Gamm, die sich und ihre Arbeit in der Tagesklinik bereits im Plenum vorgestellt hat, einigt sich mit den TeilnehmerInnen darauf, dass sie anhand eines Videos, auf dem Interaktionssequenzen zwischen Mutter und Kind aufgezeichnet sind, diese Arbeitsgruppe anleiten wird.

Im Vordergrund steht die Beziehung zwischen Mutter (19 Jahre) und Kind (1 ¼ Jahre), die von einem niedergelassenen Therapeuten ans UKE verwiesen wurde, weil in den Vorgesprächen mit der Mutter der Eindruck entstanden war, eine ambulante Therapie sei nicht ausreichend. Bei der Mutter bestanden eine Depression und eine Essstörung.

1. Sequenz: Spielsituation zwischen Mutter und Kind zu Beginn der mehrmonatigen Behandlung.

Mutter, Kind und Therapeutin sind im Raum. Die Mutter reagiert von sich aus kaum, sitzt weitgehend unbeweglich, wirkt dabei angespannt und hilflos. Wenn das Kind sie direkt auffordert, dann bietet sie ihm etwas an, z.B. stellt sie dann Bauklötze auf,

(2 ½ Minuten), das Kind meidet dabei Blick- und Körperkontakt mit der Mutter.

Der Gruppe fällt auf, dass die Mutter sitzen bleibt. Sie spielen aneinander vorbei. Das Kind wollte gar nichts von der Mutter. Sie wirken beziehungslos. Die Teilnehmer/innen haben den Eindruck, dass die Mutter zum Ende etwas bemühter wird, dies jedoch, weil sie sich beobachtet fühlt.

Frau Dr. Gamm berichtet diesbezüglich, ihre Erfahrungen seien, dass die Interaktionssequenzen, die auf Video aufgezeichnet werden, tatsächlich etwas bemühter ausfallen, doch auch im Behandlungsverlauf stellt sich ein positiver Eindruck der Beziehungsentwicklung von Mutter und Kind dar.

Die Mutter wird als ängstlich und unsicher erlebt. Sie bemüht sich wirklich, kann es aber nicht besser. Das Kind wirkt fit und lebendig, nimmt aber von sich aus mehr Kontakt zur Therapeutin als zur Mutter auf.

Kinder bemühen sich, der Mutter entgegenzukommen. Die Anpassungsfähigkeit ist groß und kann zu dysfunktionalen Ergebnissen für das Kind führen. Manche lernen früh laufen (ab 8 Monate), andere werden schnell „erwachsen“ und lernen früh sprechen. Die Hauptinteraktion zwischen Mutter und ihrem Kind ist, dass die Mutter „Nein“ sagt. Im Alltag in der Tagesklinik fiel auf, dass sie ihr Kind oft nicht schützen konnte, es häufig zurechtwies.

Das Kind eilte herum, lief weg, wirkte hyperaktiv, fokussierte schlecht, es biss andere Kinder und grenzte sich stark von der Mutter ab. Dies zeigt, wie dysfunktional diese Anpassung ist. Mit gleichaltrigen Kindern bekommen solche Kinder viele Schwierigkeiten.

Frau Dr. Gamm: „Wir sehen die Kinder oft erst, wenn das desorientierte Verhalten sichtbar ist“.

Die im Video gezeigte Mutter ist depressiv, hat Essstörungen und mehrere Suizidversuche unternommen. Bisher war sie nicht psychiatrisch versorgt. Die Aufnahme in die Tagesklinik erfolgte wegen der psychischen Erkrankung der Mutter und den Interaktionsproblemen mit dem Kind.

Diese Mutter bekam unterstützend Medikamente, wie ¾ der Frauen in der Tagesklinik. Die Frauen leiden häufig unter Schlaflosigkeit, Depressionen und Angstzuständen.

2. Sequenz: Die Mutter wirkt zugewandter, eher unterstützend und auf das Kind fokussiert. Sie freut sich an dem Kind

3. Sequenz: Mutter bestärkt. Kind spielt. Mutter beobachtet Kind.

Was haben die Teilnehmer/innen beobachten können?

Mutter unterstützt mehr. Sie hat einen Kosenamen für ihr Kind und lobt es. Das Kind blüht auf. Die Mutter hat sich auch äußerlich verändert. Ihre Mimik ist weicher. Das Kind konnte sich länger konzentrieren und blieb am Spiel dran. Es war der Mutter zugewandt. Das Kind guckte zwar zur Therapeutin, blieb bei der Mutter. Mutter tat etwas für den Kontakt.

Frau Dr. Gamm berichtet, dass die Behandlung, die über ein halbes Jahr ging, positiv verlief. Da die Mutter jedoch eine Ausbildung machen wollte, ging sie dann aus der Behandlung heraus und leider war in der Nachbetreuung zu sehen, dass die alten Interaktionsmuster wieder durchkommen. Die Mutter macht eine Volltagsausbildung und dies bedeutet, dass das Kind von sechs Uhr bis sechzehn Uhr von einer Tagesmutter betreut wird.

Wie hat die Mutter auf die Vorgehensweise der Videografie reagiert?

Frau Dr. Gamm berichtet, dass die Frauen bei den ersten Sitzungen erst mal nicht viel sagen. Die Therapeuten versuchen, gute Interaktionen zu bestärken. Bei negativen Rückmeldungen schrecken die Mütter stark zurück.

Die allgemeinen sozialen Dienste werden bei Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung, sexuellen Missbrauch oder wenn die Frauen das wünschen, mit einbezogen. Die Mütter können oftmals vor Erschöpfung den Kontakt zum Kind nicht halten. Sie kommen mit dem Bedürfnis Therapie mit Kind zu machen. Die Warteschlange ist lang. Es gibt eine Gruppe für Frauen („Krisen nach der Geburt“), die sich einmal wöchentlich trifft. Dort sind noch Plätze frei, weil dies Angebot nicht so bekannt ist.

Schwierig ist es, wenn die Krankheitseinsicht nicht vorhanden ist und es kein soziales Netz gibt. Die Psychiatrie ist ein sehr hochschwelliges Angebot. Es fehlen stationäre Plätze für Mutter und Kind. Andere Institutionen, wie das Werner-Otto-Institut, haben lange Wartezeiten. Die Krisen kommen nach der Geburt des Kindes.

Wenn die Mutter mehrere Kinder hat, kann sie mit dem Jüngsten in die Tagesklinik kommen und die anderen werden in anderen Tagespflegestellen untergebracht.

Bei einer ambulanten Beratung geht die Mutter anschließend zu einer niedergelassenen Therapeutin und bekommt z.B. eine Haushaltshilfe, damit sie eine Entlastung erfährt.

Sollte eine Drogenproblematik vorhanden sein, müsste die Mutter zur Zeit der Tagesklinik drogenfrei sein. Es werden regelmäßige Urinproben gemacht und sie würde entlassen werden, wenn eine Drogeneinnahme festgestellt wird.

Das UKE kann nur begrenzt eine Fachberatung geben oder bei der „Diagnosefindung“ fachlich beraten. Die Mutter-Baby-Ambulanz hat eine telefonische Anmeldung über den Anrufbeantworter, es wird dann zurückgerufen.

Jede Aufnahme wird im Einzelfall besprochen. Es gibt zurzeit nur 4 Plätze im UKE für eine teilstationäre Behandlung. Das Klinikum Nord bietet 2 vollstationäre Plätze für Mutter und Kind an. Der Bedarf liegt aber bei ca. 17 Plätzen (wenn man Studienergebnisse aus Großbritannien auf Deutschland überträgt).

Auch ganz junge Mütter können aufgenommen werden, allerdings kann es dann problematisch werden, wenn der Heimplatz in der Jugendhilfe wegfällt. Die Mütter sollten nach der Behandlung wieder in ihr vertrautes Umfeld zurückgehen können, dies ist oftmals nicht möglich.

Den Teilnehmer/innen ist die Arbeit sehr präsent geworden. Sie erhielten einen anschaulichen Eindruck von der Arbeit mit psychisch kranken Müttern und ihren Kindern im UKE.

Pflegefamilien – eine stationäre Hilfe für Mutter und Kind

Anna-Maria Eulenberger

Verschiedene Pflegeformen: (alle aufgeführten *Hilfen sind Hilfe zur Erziehung gem. §§ 27ff. SGB VIII* Zugang über den örtlich zuständigen ASD des Jugendamtes)

- Kurzpflge, wenn absehbar ist, dass die Hilfe nur für wenige Wochen benötigt wird. Verkürztes Verfahren bei der Anerkennung der Pflegefamilie. Familien im Nahbereich der Hilfe Suchenden kommen als Kurzpflgefamilien in Betracht.
- Bereitschaftspflege in speziell dafür ausgebildeten Bereitschaftspflegestellen, die bei PFIFF angebunden und durch PFIFF betreut werden. Offen für Kinder, die sehr schnell untergebracht werden müssen (dabei kommt auch die Rechtsgrundlage des § 42 KJHG, Inobhutnahme, in Frage), Kinder, die nur vorübergehend in dieser Familie leben sollen und bei denen es darum geht, die weitere Hilfeplanung zu klären.
- Wochenpflege: Das Kind befindet sich dann nur während der Woche in der Pflegefamilie, da die Mutter (die Eltern) es am Wochenende selbst betreut (betreuen).
- Erziehungsstellen sind Dauerpflegefamilien, in denen die Hauptbetreuungsperson eine pädagogische Ausbildung hat.
- Dauerpflegestellen: Familien, Paare oder auch Alleinerziehende, die sich beworben haben, ein Pflegekind aufzunehmen und von der örtlich zuständigen Pflegeelternberatung nach einem Vorbereitungsprozess für geeignet erklärt wurden. Zu Dauerpflegestellen werden oft durch nachträgliche Anerkennung Familien, die zunächst ohne Mitwirkung des Jugendamtes ein Kind aus der Verwandtschaft oder dem Nahbereich aufgenommen haben.
- Dauerpflegeeltern
 - bieten vor allem verbindliche Beziehung an und die Möglichkeit für ein Kind, in die Familie integriert zu werden;
 - sind in der Regel Laien, die durch Gespräche, Vorbereitungskurse und Fortbildungsseminare für ihre Rolle (weiter)qualifiziert werden;
 - werden durch die örtliche zuständige Pflegeelternberatung, durch PFIFF oder durch den LEB betreut;
 - sind oft ungewollt kinderlos, haben sich mit dem Thema Adoption auseinander gesetzt und sich dann dafür geöffnet, auch ein Pflegekind aufzunehmen;
 - haben oft auch eigene Kinder und sehen noch Kapazitäten in ihrer Familie;
 - wünschen sich meist ein Kind, das bei ihnen groß wird;
 - wissen aber, dass es die *Rückkehroption* zur Mutter gibt;
 - sind manchmal auch wirklich offen für ein Pflegeverhältnis auf Zeit
 - sollen offen sein für regelmäßige Kontakte zwischen Herkunftsfamilie und Kind und das auf unterschiedliche Weise.
 - **Grundherausforderung** dabei: ob diese *Notlösung* (Lösung aus der Not) eine wirklich gute Notlösung für das Kind wird, hängt von der Kooperation zwischen Herkunftsfamilie und Pflegefamilie ab. Es gilt, dem Kind den Spagat zwischen 2 Familien zu erleichtern und seine innere Not dabei zu respektieren.

<p>Pflegestellenberatung der Bezirksämter</p>	<p>Zentrale in Altona</p>	<p>Freie Träger</p>
<p>Altona</p>		
<p>Mitte</p>		
<p>Eimsbüttel</p>	<p>Zentrale Pflegestellenvermittlung (ZPV)</p>	<p>PFIFF</p>
<p>Nord</p>		
<p>Wandsbek</p>		<p>LEB</p>
<p>Bergedorf</p>		
<p>Harburg</p>		
<p>stellen geeignete Pflegestellen zur Verfügung und beraten sie nach Belegung</p>	<p>speichert offene Pflegestellen und meldet sie auf Nachfrage für ein Kind</p>	<p>stellen geeignete Pflegestellen zur Verfügung und beraten sie nach Belegung</p>
<p>Pflegestellen aus dem Bezirk und aus den auswärtigen Kreisen, die dem Bezirk zugeordnet sind</p>		<p>PFIFF: Pflegeeltern aus ganz Hamburg LEB: Pflegeeltern aus Billstedt</p>

Adoption – eine Möglichkeit

Gabriele Flechner

Die Adoptionsvermittlung der Behörde für Soziales und Familie ist für alle Adoptionsangelegenheiten zuständig, die in Hamburg durchgeführt werden und bei denen minderjährige Kinder im Mittelpunkt stehen.

Die Adoptionsvermittlungsstelle ist ein Team bestehend aus Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen und Verwaltungsfachkräften. Die Mitarbeiter/innen sind Ansprechpartner/innen rund um Fragen zum Thema Adoption und langjährig in diesem Bereich tätig. Die Beratung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist kostenlos und unverbindlich. Die Gesprächsinhalte werden vertraulich behandelt.

Zu uns kommen:

- Schwangere Frauen und Eltern, die sich mit dem Gedanken tragen, sich von ihrem Kind zu trennen.
- Menschen, die ein Kind adoptieren und als Adoptiveltern geprüft werden wollen.
- Eltern, die im Rahmen der Stiefelternadoption das Kind ihres Ehepartners/ihrer Ehepartnerin adoptieren wollen.
- Verwandte, die ein Kind aus der Familie adoptieren wollen.
- Adoptierte, die Informationen zur eigenen Adoptivgeschichte haben wollen.
- Leibliche Eltern, die sich nach dem Befinden ihrer adoptierten Kinder erkundigen.
- Adoptiveltern, die sich beraten lassen wollen, z.B. bei der Aufklärung ihrer Kinder zum Thema Adoption, bei Erziehungsproblemen usw.

Rechtliche Arbeitsgrundlage

Das Tätigwerden der Adoptionsvermittlungsstelle ergibt sich schwerpunktmäßig aus dem BGB (§§ 174 ff), dem Adoptionsvermittlungsgesetz bzw. Haager Übereinkommen über den Schutz von Kindern und die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der internationalen Adoption, dem SGB VIII sowie dem FGG (Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit).

Die Beratung von Schwangeren und Eltern

Im Folgenden beschreibe ich kurz die Beratung von schwangeren Frauen und Eltern, die sich mit dem Gedanken beschäftigen, ihr Kind zur Adoption freizugeben. Die anderen Arbeitsbereiche der Adoptionsvermittlung werden im folgenden Text nicht weiter beschrieben.

In der Mehrzahl beantragen die Mütter/Eltern selbst die Vermittlung ihres Kindes zu Adoptiveltern. Sobald eine schwangere Frau oder leibliche Eltern Kontakt mit unserer Dienststelle aufnehmen, wird schnellstmöglich ein erster persönlicher Termin zum Beratungsgespräch vereinbart. Die Gespräche finden in der Regel in der Dienststelle statt. Manchmal kommt es auch vor, dass das erste Gespräch im Krankenhaus nach der Geburt stattfindet.

Die Gespräche sind als Beratungs- und Unterstützungsgespräche zu verstehen. In den Gesprächen, meist sind mehrere Gespräche erforderlich, werden von unserer Seite die Aspekte der Adoption aufgezeigt, aber auch Alternativen benannt. Ziel der Gespräche ist es, mit der schwangeren Frau / den leiblichen Eltern zu erarbeiten, ob die Trennung vom Kind für sie und das Kind die richtige Entscheidung ist.

Der Schwangeren / den Eltern wird im Gespräch ein Überblick gegeben,

- über unsere Aufgaben und Möglichkeiten,

- über die Voraussetzungen und rechtliche Folgen einer Adoption,
- über den Ablauf der Vermittlung des Kindes.

Weitere Punkte in den Gesprächen oder dem Gespräch können sein bzw. sind:

- die Mitwirkungsmöglichkeiten der Mutter/den leiblichen Eltern beim Vermittlungsprozess,
- medizinische Probleme in der Familie, während der Schwangerschaft, ggf. beim Kind/bei anderen leiblichen Kindern;
- Zukunftsvisionen für das Kind, auch für die leiblich Mutter / Eltern,
- Ein ganz wichtiger Punkt: Mögliche Hilfen und Voraussetzungen, die geschaffen werden müssten, um der Mutter/den Eltern ein Zusammenleben mit dem Kind zu ermöglichen oder zu erhalten.

Was können Gründe für eine Adoptionsfreigabe sein?

- Ein Grund ist oft die Tatsache, ungewollt schwanger geworden zu sein.
- Die fehlende Unterstützung durch den Vater des Kindes / das Umfeld.
- Viele der Frauen kommen aus belasteten, unvollständigen Familienverhältnissen und erhalten wenig oder gar keine Unterstützung durch die eigene Familie.
- Die eigene, ungesicherte Existenz.
- Angst vor der Überforderung – Angst vor der Verantwortung.
- Dann kommen evtl. noch Faktoren dazu wie Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit, psychische Erkrankungen, Behinderungen, schwere körperliche Erkrankungen, unsicherer Status/Aufenthaltsrecht in Deutschland.

Mütter/Eltern, die ihr Kind zur Vermittlung freigeben, erhoffen sich für ihr Kind positive Entwicklungsbedingungen und dass es dem Kind besser geht als es ihnen im Moment ergeht oder bisher erging. Sie wünschen sich für das Kind herzliche und einfühlsame Eltern, welche in einer stabilen Partnerschaft leben, gesicherte wirtschaftliche Verhältnisse haben und über ausreichenden Wohnraum verfügen.

Die Formen der Adoption

Generell ist eine Adoption ein so genanntes Inkognito-Verfahren mit besonderem Datenschutz. Das bedeutet, die leibliche Mutter/Eltern bekommen eine Beschreibung der Adoptiveltern, aber keine Namen und Adresse. Die Adoptiveltern kennen den Geburtsnamen und – soweit bekannt – die Hintergrundgeschichte des Kindes und der Abgabe. Eine Inkognito-Adoption schließt einen brieflichen Kontakt zwischen Adoptiveltern und leiblichen Eltern nicht aus. Der Kontakt läuft dann über unsere Dienststelle, wir treten sozusagen als Boten auf.

Immer häufiger werden Adoptionsvermittlungen im Einvernehmen mit den Beteiligten als halboffene Adoption geplant. Hierbei lernen sich die leibliche Mutter / die Eltern und Adoptiveltern in der Adoptionsvermittlungsstelle ohne Namensnennung kennen. Die leibliche Mutter/Eltern bekommen eine Vorstellung, in welcher Familie ihr Kind aufwachsen wird. Die Adoptiveltern haben einen persönlichen Eindruck von der Mutter/den Eltern und können damit dem Kind authentisch berichten. Dieses persönliche Kennenlernen wird von allen Beteiligten überwiegend positiv erlebt und erleichtert weitere, meist schriftliche Kontakte, die ebenfalls über unsere Dienststelle laufen.

Eine offene Adoption ist die Adoptionsform, bei der sich beide Seiten mit Namen und Adresse kennen. Diese Form ist eher selten. Sie kann sich im Laufe der Zeit aus einer halboffenen Adoption heraus entwickeln.

Die Suche nach den Wurzeln

Über den ganzen Vermittlungsprozess erfolgt eine Aktenführung. Durch Gesetz sind wir seit 2002 verpflichtet, die Akten vom Geburtsdatum des Kindes an gerechnet 60 Jahre aufzubewahren. Bisher wurden die Akten 40 Jahre aufbewahrt. Dies ermöglicht allen am Adoptionsverfahren beteiligten Personen auch noch zu einem späteren Zeitpunkt Hintergrundinformationen zu erhalten. Dies kann schon im Rahmen der Aufklärung des Kindes in der Adoptivfamilie wichtig sein, aber auch zu einem späteren Zeitpunkt, wenn der Adoptierte selbst nach seinen Wurzeln forscht oder auch die leiblichen Eltern wissen wollen, ob es dem Kind gut geht. Manchmal melden sich auch Geschwister oder sonstige Angehörige bei uns.

Generell haben Adoptierte ab dem 16. Lebensjahr das Recht, bei der Adoptionsstelle Hintergrundinformationen zu ihrer Adoptivgeschichte zu erfragen. Einsicht in die Akten kann genommen werden. Eine persönliche Kontaktaufnahme kann auf Wunsch in der Vermittlungsstelle erfolgen. Gegen den Willen der Beteiligten kann keine Verbindung hergestellt werden. Auch ist die Akteneinsicht ggf. nur bedingt möglich, da Daten Dritter geschützt werden müssen.

Bericht aus der Arbeitsgruppe:

Pflegefamilien – eine stationäre Hilfe für Mutter und Kind / Adoption – eine Möglichkeit

Moderation und Protokoll: Regula Bott / Gisela Rust

Zunächst wurde intensiv nachgefragt und diskutiert über die als zu negativ empfundene Formulierung, dass die Fremdunterbringung immer eine Notlösung, weil Lösung aus einer Not, sei. Die Tatsache, dass ein Kind in einer anderen als in der Herkunftsfamilie besser aufwache und günstigere Sozialisationschancen habe, sei doch positiv zu bewerten und dürfe nicht so negativ dargestellt werden. Mit der Schilderung über die in der Regel unfreiwillige Kindesabgabe aufgrund unterschiedlichster Defizite und Unzulänglichkeiten bei eigentlich anderen Bedürfnissen und Wünschen auf Seiten der Herkunftsfamilie sowie der die betroffenen Eltern und Kinder oft lebenslang begleitenden negativen Gefühle (Verlust, Trauer, Scham, Wut) wurde die Berechtigung der Darstellung von Fremdunterbringung als Notlösung ausführlich begründet und noch einmal bekräftigt. Auch wenn es gelingt, dass die Fremdunterbringung zu einer guten Notlösung für das Kind wird, bleibt die Trennung von der Ursprungsfamilie für das Kind eine erhebliche Verletzung. Es ist wichtig, die dadurch hervorgerufene innere Not des Kindes wahrzunehmen, sie zu respektieren und, so weit es geht, zu lindern durch die Erlaubnis, im Wissen um die zwei zu ihm gehörenden Familien zu leben. Das Wohl des Kindes hängt daher ganz entschieden von der Kooperation der Pflege- bzw. Adoptiv- und Herkunftsfamilie ab.

Diese Erkenntnis hat sich auch auf die Adoptionsvermittlung ausgewirkt dergestalt, dass Informationsaustausch, und vereinzelt auch Kontakte, angeboten und genutzt werden (halb-offene und offene Adoptionen).

Am Beispiel der Adoptivtochter einer Teilnehmerin, die sich ihren Wurzeln „näher“ durch die Wahl ihres Studienortes in dem europäischen Land, in dem sie geboren wurde, wurde die Einschätzung über die Bedeutung der Kenntnis der Herkunft eindrucksvoll bestätigt.

Weitere Fragen bzw. Diskussionen befassten sich konkret mit dem Ablauf der Adoptionsberatung (Hausbesuche; Begleitung auf Wunsch in die Klinik und bei der Geburt, etc.) sowie mit der Praxis und den rechtlichen Grundlagen bei der „Suche von und nach Adoptierten“. Wichtig war hier die Information, dass beim Einverständnis aller Beteiligten – was meistens der Fall ist - keinerlei Probleme bestehen, von amtlicher Seite den Informationsaustausch und die Kontaktaufnahme zu ermöglichen. Das gilt für Adoptierte, ihre leiblichen Eltern, (Halb-)Geschwister, Großeltern und andere anfragende Verwandte aus der Herkunftsfamilie.

In diesem Zusammenhang wurde auf den § 9 b AdVermiG verwiesen: danach müssen Adoptionsakten 60 Jahre lang aufgehoben werden und Adoptierte haben ab dem 16. Lebensjahr das Recht - auch ohne Einwilligung ihrer Adoptiveltern -, Einsicht in ihre Adoptionsakte zu nehmen.

Abschlussstatement und Ausblick

Cordula Stucke

Die Idee zu dieser Veranstaltung entstand, als sich Kolleginnen verschiedener Einrichtungen im Rahmen der fachlichen Diskussionen um anonyme Geburt und Babyklappen fragten: „Würden wir derartige Maßnahmen einer in Not stehenden Mutter, als Lösung ihres Problems empfehlen?“ Unsere Antwort: Es gibt in Hamburg deutlich bessere Hilfsangebote und Unterstützungsmöglichkeiten für Frauen in Notsituationen um Schwangerschaft und Geburt – spezialisiert, hochqualifiziert und mit jahrzehntelanger Erfahrung. Das dies so ist, denke ich, ist heute eindrucksvoll deutlich geworden.

Der heutige Fachtag sollte ein Kennenlernen unterschiedlicher Einrichtungen und ihrer Angebote ermöglichen und den fachlichen Austausch voranbringen, um eine Vernetzung/Kooperation verbessern zu können.

Denn es stellt sich durchaus die Frage, warum – auch bei Fachleuten - die vorhandenen Hilfsangebote nicht allen bekannt sind. Drei Dinge spielen hier, denke ich, eine Rolle:

Sozialarbeit vermarktet sich nicht öffentlichkeitswirksam

1. In der Sozialarbeit wird in Öffentlichkeitsarbeit so gut wie nicht investiert. Die Öffentlichkeitsarbeit ist nicht Gegenstand von Zuwendungen und das Einwerben sonstiger Mittel geht zu Lasten der KlientInnenarbeit. Gerade in Zeiten zunehmender Not und Problemdrucks bei Familien sowie Mittelkürzungen in der Sozialen Versorgung – und mit beidem sind wir konfrontiert - werden die Kräfte auf den Versorgungsauftrag konzentriert und nicht auf PR-Arbeit.
2. Wir haben es mit komplexen Problemlagen zu tun, die eine differenzierte Problemsicht verlangen und sich kaum kurz und bündig bzw. plakativ und medienwirksam darstellen lassen.
3. Wir haben es mit einer Heterogenität an Angeboten, Berufsgruppen und Institutionen zu tun – auch die lässt sich schwer kurz und bündig darstellen.

Um wen geht es?

Wir haben heute eindrücklich geschildert bekommen, mit wie viel Konflikten und Krisen Frauen bei ungeplanter/ungewollter Schwangerschaft oder bei der Bewältigung ihres Alltags mit Kind(ern) bereits „im Normalfall“ häufig konfrontiert sein können. Sie sind angewiesen auf viel Ermutigung, Information, Entlastung und Hilfen in körperlich/medizinischer Hinsicht, in psychischer und beziehungsmaßiger Hinsicht und in sozialer und ökonomischer Hinsicht. Sie benötigen diese Unterstützung im familiären und/oder sozialen Umfeld und - wo hier stützende Netze nicht vorhanden sind oder nicht ausreichen - ergänzend durch verschiedene Hilfsinstitutionen. Es stellt immer eine Schwierigkeit dar, angesichts von Problemen und Sorgen auf fremde Hilfe angewiesen zu sein und professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, gerade wenn oder weil die Erwartung – sowohl die eigene als auch die von außen gestellte - groß ist, alles alleine zu schaffen zu müssen.

Frauen mit besonders schwierigen Lebensbedingungen trifft all dies viel härter. Für sie kann die Überforderung zu groß sein, das Gefühl von Ausweglosigkeit niederschmetternd. Mit besonders schwierigen Bedingungen konfrontiert sind Frauen, die

- sozial und ökonomisch sehr schlecht gestellt
- jugendlich / minderjährig sind
- in großer Abhängigkeit leben (aufgrund von Alter, familiärer, ökonomischer oder sozialer Situation, ausländerrechtlichem Status, etc.)

- Überforderungen im Alltag schwer bewältigen (z.B. Anforderungen der Kinder, Vereinbarkeit Arbeit/Familie, etc.)
- psychische/gesundheitliche Probleme haben (z.B. psychische/psychosomatische Krankheiten, Sucht, Traumatisierungen)
- keine "sicheren Häfen" haben (Beziehungschaos, keine vertrauensvollen Bindungen)
- in Isolation ohne stützendes soziales Umfeld bzw. Netze leben.

Frauen, deren Leben von einer (oder meist mehrerer) dieser Überforderungssituationen geprägt sind, finden besonders schwer Zugang zu vorhandenen Hilfsangeboten. Je auswegloser jemand die eigene Situation erlebt, und je weiter jemand von der Vorstellung entfernt ist, sich allein helfen zu können, desto weniger Zutrauen und Mut ist i.d.R. vorhanden, sich jemandem anzuvertrauen, die Scham über die Angewiesenheit zu überwinden und Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Angenommen nun, eine Frau findet in einer solchen Situation den Mut, Hilfe in Anspruch nehmen zu wollen. - Sie sieht sich einem vielgestaltigen differenzierten Hilfesystem möglicher AnsprechpartnerInnen gegenüber mit

- völlig unterschiedlichen Institutionen: Beratungsstellen, Jugendämter, Arztpraxen, Krankenhäuser, Stadtteilzentren, Mutter-Kindereinrichtungen..., die sich hinsichtlich Organisationsform, Arbeitsweise und gesetzlichem Auftrag unterscheiden..., als freie Träger, staatliche Einrichtungen, kleine Projekte, große Institutionen, stadtteilbezogen oder hamburgweit..., arbeiten
- einem breiten professionellen Spektrum: MedizinerInnen (Haus-, Kinderärzte, GynäkologInnen, PsychiaterInnen), SozialarbeiterInnen, PsychotherapeutInnen, ErzieherInnen, LaienexpertInnen...
- jeweils unterschiedlicher Arbeitsweise: Beratung, Betreuung, Selbsthilfe, Wahrnehmung staatlichen Wächteramts, medizinische Versorgung, etc.
- vielfältigen und spezialisierten Angeboten.

Damit sind wir bei der wesentlichen Frage unserer heutigen Veranstaltung:

Erreichen die Einrichtungen /Hilfsangebote Frauen in Notsituationen um Schwangerschaft und Geburt bzw. können die Frauen die vorhandenen Angebote nutzen?

Die Antwort dieses Fachtags, würde ich sagen, lautet: Ja! Aber...

Wir haben ein differenziertes und spezialisiertes Hilfenetz mit hohen fachlichen Standards. Der Preis ist eine gewisse Unübersichtlichkeit, was es allen, für die die Schwelle zur Inanspruchnahme von Hilfen aus unterschiedlichen (o.g.) Gründen besonders hoch ist, schwer macht, Zugang zu finden. Das ist allen bewusst. Wir haben heute viele Beispiele präsentiert bekommen, welche Bemühungen es bei einer Vielzahl an Trägern gibt, die Zugänge zu den Hilfsangeboten zu verbessern, durch z.B.:

- Schnittstellenprojekte
- Verknüpfung von offenen Angeboten und Einzelfallhilfen
- niedrigschwellige Erreichbarkeit (die unterschiedlich aussehen kann).

Wir haben in Hamburg, wie wir hier heute eindrucksvoll gesehen haben, eine „lebendige Hilfelandschaft“. Diese Differenziertheit ist auch gut so. Ich möchte das in aller Deutlichkeit sagen: es ist gut, dass es so unterschiedliche Institutionen und Angebote gibt: Frauen mit unterschiedlichen Problemlagen und Bedürfnissen brauchen eine Pluralität an spezialisierten

Angeboten und Zugängen zu Hilfen. Insbesondere Frauen in besonderen Problemlagen brauchen eine Vielzahl an unterschiedlichen Hilfen. Wichtig ist für sie dabei Übersichtlichkeit und Verlässlichkeit. Wir können festhalten:

- Keine einzelne Einrichtung kann allein das abdecken, was eine Vielzahl an spezialisierten Einrichtungen an Fachlichkeit und Sachverstand zu bieten hat.
- Je komplexer die Hilfebedarfe und Multiproblemmkonstellationen sind, desto eher sind einzelne Einrichtungen/Angebote bzw. Segmente des Hilfenetzes überfordert.
- Nur durch gute Kooperation unterschiedlicher Einrichtungen können wir ein umfassendes Hilfsangebot bieten, wobei wir uns damit auseinandersetzen müssen, wie unsere Hilfsangebote aufeinander bezogen sind.
- Gute Kooperation heißt, dass Vertrauen, Sicherheit und Selbstbestimmung der Frauen gestärkt werden durch Verbindlichkeit, Verlässlichkeit und Klarheit von (Kooperations-)Beziehungen.
- Sichere Bindungen sind der Grundstock für positive Entwicklungschancen, wie wir heute Morgen von Herrn Dr. Süß gehört haben. Wenn die Frauen in ihren Notlagen durch uns kein zusätzliches Beziehungschaos erfahren, sondern verlässliche Kooperationsbeziehungen, können sie auch Ressourcen erleben und entwickeln und dies ihren Kindern vermitteln.

Deutlich geworden - insbesondere heute Nachmittag - ist, wie schwierig der Weg zu einer guten Hilfe und Unterstützung für Mutter und Kind häufig ist. Gerade Mütter in besonderen Notlagen mit ausgeprägten biografischen Belastungen sehnen sich häufig inständig danach, dass die Geburt ihres Kindes alles verändern wird. Ihr Kind ist Anlass zu neuer Hoffnung auf ein neues Leben, in dem sie vieles besser machen wollen. Gleichzeitig hindern eine Vielzahl von Umständen sie daran, dies so realisieren zu können. Hier setzt Hilfe an, die die Mutter darin unterstützt, Verantwortung und Sorge für sich und das Kind tragen zu können, Hilfe, die (mit Seitenblick auf den Vater und das stützende Umfeld) das Wohl und die Förderung der Mutter und des Kindes im Blick hat. Nicht immer kann diese Balance gehalten und der Weg gemeinsam gegangen werden: Das Wohl des Kindes kann manchmal nur unter (vorübergehender oder langfristiger) Trennung von der Mutter zu gewährleisten sein. Aber die Bindung bleibt immer, auch bei einer solchen Not-Lösung von großer Bedeutung – auch wenn (oder gerade weil) sie schwierig ist. Mütter und Kinder verständnisvoll auf diesem Weg zu begleiten, ist eine besondere Herausforderung, die viel Klarheit, Geduld und bewussten Umgang mit Ambivalenzen erfordert. Hier wird deutlich, weshalb gute Hilfe besonders in schwierigen Fällen einen Begriff von verlässlicher Beziehung und guter Kooperation braucht.

Abschließend möchte ich zusammenfassen, was meiner Meinung nach mit der heutigen Veranstaltung an Handlungsbedarfen deutlich geworden ist.

Was wir brauchen:

- Ein besseres Kennenlernen von Ansprech- und Kooperationspartnern der verschiedenen Institutionen, deren Arbeitsweise und Selbstverständnis. Adressdateien reichen da nicht. Persönliche Bekanntschaft und das Wissen um die konkrete Arbeitsweise und die Angebote (Möglichkeiten und Grenzen) der verschiedenen Einrichtungen sind wesentlich.
- Austausch und Dialog über fachliche Standards.
- Austausch über positive Beispiele ressourcenorientierten Arbeitens und Schaffung von Zugängen zu den Hilfsangeboten (wen erreichen wir /nicht / wie/...).
- Tragfähige Netze der Kooperation, die sicherstellen, dass wir uns gegenseitig einbeziehen und verbindliche Kooperationsstrukturen im Einzelfall mit klaren Zuständigkeiten entwickeln können, so dass die KlientInnen sich getragen fühlen können.

- Zeit (und Geld) für Kooperation im Einzelfall. Gute Kooperation über Institutionsgrenzen hinweg erfordert Ressourcen, d.h. Zeit und Geld. Leicht wird Kooperation als „überher“ angesehen und steht als erster Streichposten zur Disposition, wenn Ressourcenkürzungen ins Haus stehen. Wir brauchen das (Selbst-) Bewusstsein, dass die Qualität unserer Arbeit von der guten Kooperation abhängt.
- Offensiven Umgang mit Versorgungslücken, Mittelkürzungen, Konkurrenzsituation der Einrichtungen und Träger.
- Einen Blick über den Tellerrand, Initiative, Experimentierfreudigkeit, Mut zu Neuem – auch wenn nicht alles immer klappt.
- Eine stützende Struktur durch öffentlichen Austausch, Fortbildung und Koordination von Zusammentreffen wie dem heutigen.

In diesem Sinne möchte ich schließen mit ausdrücklichem Dank an alle, die diesen Fachtag ermöglicht haben, insbesondere an die Vorbereitungsgruppe. Wir sind ein Stück vorangekommen mit dem gegenseitigen Austausch und eingestiegen in eine wichtige Fachdiskussion. All dies sollten wir unbedingt fortsetzen und ich hoffe, wir werden dabei die Unterstützung der Behörde für Soziales und Familie finden.

Namen und Adressen der Mitwirkenden:

- Bott, Regula:** Gemeinsame Zentrale Adoptionsstelle (GZA)
Feuerbergstr. 43 B, 22337 Hamburg,
Tel.: 42849 286 / Fax: 42849-270
E-mail: regula.bott@bsf.hamburg.de
- Dorczok, Ute:** Abendroth-Haus, Maimoorweg 8, 22179 Hamburg,
Tel.: 6408 720 / Fax; 6408 7222
E-mail: abendroth-haus@t-online.de
- Eulenberger, Anna-Maria:** Bezirksamt Mitte, Schoppenstehl 24, 20095 Hamburg,
Tel.: 42854-2846 / Fax: 42845-2042
E-mail: Anna-Maria.Eulenberger@hamburg-mitte.de
- Feistritzer, Martina:** Alida-Schmidt-Stiftung,
Bürgerweide 19, 20253 Hamburg,
Tel.: 251 9680 / Fax. 251 968 20
E-mail: INFO.B10@ALIDA.DE
- Flechner, Gabriele:** BSF, Adoptionsangelegenheiten,
Feuerbergstr. 43, 22337 Hamburg
Tel.: 42849-300 / Fax; 42849-290
E-mail: Gabriele.flechner@bsf.hamburg.de
- Dr. Gamm, Cordula:** UKE, Martinistr. 52, 20246 Hamburg,
Tel.: 42803-0 / Fax: 42803-0
E-mail: cgamm@uke.uni-hamburg.de
- Hübscher, Caroline:** Theodor-Wenzel-Haus,
Hummelsbütteler Weg 82, 22339 Hamburg,
Tel.: 539 005 0 / Fax: 539 005 99
E-mail: theodor-wenzel-hs@t-online.de
- Rethemeier, Annette:** Pro Familia, Kohlhöfen 21, 20355 Hamburg,
Tel.: 34 11 10 / Fax: 34 33 63
E-mail: PROFAMILIA.HH@t-online.de
- Röken, Karla:** Bezirksamt Wandsbek,
Am Alten Posthaus 7, 22041 Hamburg,
Tel.: 42841-3175 / Fax: 42841-2908
- Rust, Gisela:** Gemeinsame Zentrale Adoptionsstelle (GZA)
Feuerbergstr.43 B, 22337 Hamburg,
Tel.: 42849-286 / Fax: 42849-270
E-mail: gisela.rust@bsf.hamburg.de

-
- Schlie, Karin:** Familienplanungszentrum,
Bei der Johanniskirche 20, 22767 Hamburg,
Tel.: 439 27 22 / Fax: 437 491
E-mail: schlie@familienplanungszentrum.de
- Dr. Suess, Gerhard J.:** nullbisdrei, Holitzberg 139a, 22417 Hamburg,
Tel.: 53 77 92 84 / Fax: 53 77 92 87
E-mail: info@nullbisdrei.de
- Stucke, Cordula:** Kinderschutzzentrum, Emilienstr. 78, 20257 Hamburg,
Tel.: 491 00 07 / Fax: 491 16 91
E-mail: Kinderschutz-Zentrum@hamburg.de
- Zühlsdorf, Verena:** Kinderschutzzentrum, Emilienstr. 78, 20257 Hamburg,
Tel.: 491 00 07 / Fax: 491 16 91
E-mail: Kinderschutz-Zentrum@hamburg.de