



kindergesundheit-info.de

EXPERTISE
GESUNDHEITSFÖRDERNDE
ELTERNKOMPETENZEN

für das frühe Kindesalter

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

BZgA

Gesundheitsfördernde Elternkompetenzen

Expertise zu wissenschaftlichen Grundlagen und evaluierten Programmen für die Förderung elterlicher Kompetenzen bei Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren

Die vorliegende Publikation dokumentiert die Ergebnisse einer zweiteiligen wissenschaftlichen Expertise, die im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erstellt wurde:

Modul 1:

Elternkompetenz: Verständnis und Operationalisierung in multidisziplinärer Perspektive. Kompetenzen und Kriterien zur Bestimmung bzw. Messung von elterlichen Kompetenzen bei Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren.

Prof. Dr. Ulla Walter, Stephanie Minne und Birgit Borutta, Medizinische Hochschule Hannover

Modul 2:

Systematischer Überblick über evaluierte und wirkungsvolle Ansätze zur Förderung von Kompetenzen junger Eltern mit Kindern von 0 bis 6 Jahren im internationalen Vergleich: ein Fokus auf die Gesundheitsförderung von Kindern.

Prof. Dr. Sabine Walper und Dr. Carolin Thönnissen, Ludwig-Maximilians-Universität München

Stand der Expertisen: November 2011

Impressum:

Herausgeberin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

BZgA, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln

Redaktion: Ute Fillinger, Christiane Liebold

Alle Rechte vorbehalten.

Titelbild: © Anatoliy Samara, Thinkstock

INHALT

Vorwort	6
Zusammenfassung	7
Einleitung	10
A Konzeptualisierung von Elternkompetenzen	13
1 Wissenschaftliche Zugänge und Grundlagen zur Elternkompetenz	13
1.1 Salutogenetische Perspektive und Resilienzforschung	13
1.2 Eltern-Kind-Beziehung	14
1.3 Erziehungsfähigkeit und Erziehungsverhalten	18
1.4 Individuelle, familiäre und externe Einflüsse auf Elternkompetenzen	23
1.5 Bedeutung der Eltern für die kognitive Entwicklung des Kindes	26
1.6 Bedeutung der Eltern für die körperliche und seelische Gesundheit des Kindes	28
2 Wissenschaftliche Modelle zur Beschreibung von Elternkompetenzen	37
2.1 Hoghughy (2004): Conceptual framework of parenting	37
2.2 Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen (2005): vier Klassen elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen	40
2.3 Petermann & Petermann (2006): Komponenten von Erziehungskompetenz und ihre Merkmale	43
2.4 Fuhrer (2007): Integratives Konzept der Elternbildung zur Stärkung der elterlichen Erziehungsverantwortung	45
2.5 Ostler & Ziegenhain (2008): Elternkompetenzen als Gegenstand der Einschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung	46
2.6 Eltern in besonderen Lebenslagen	48
3 Wissenschaftliche Instrumente zur Operationalisierung und Erhebung von Elternkompetenzen	56
3.1 Methodisches Vorgehen und Datenbasis	56
3.2 Instrumente zur Erhebung von Elternkompetenz	59
3.3 Instrumente zur Erhebung einzelner Aspekte von Elternkompetenz	62
3.4 Instrumente zur Erhebung der Eltern-Kind-Beziehung	73
3.5 Zusammenfassung und Ausblick	75

B Angebote zur Förderung der Elternkompetenz	77
4 Recherche über Angebote und Programme zur Förderung von Elternkompetenzen im internationalen Vergleich	77
4.1 Methodisches Vorgehen und Datenbasis	77
4.2 Kriterien zur Beschreibung der Programme	79
5 Systematische Übersicht zu einschlägigen Programmen	86
5.1 Zielgruppe, Durchführungsmodalitäten, Methodik und Evaluation der Programme in Deutschland	86
5.2 Zielgruppen, Durchführungsmodalitäten, Methodik und Evaluation internationaler Programme	118
5.3 Programm-Inhalte: Zieldimensionen gesundheitsrelevanter Elternkompetenzen	131
5.4 Exemplarische Evaluationen	138
6 Kurzcharakterisierung der Programme	149
6.1 Programme in Deutschland	149
6.2 Internationale Programme	202
7 Bewertung und Ausblick	222
7.1 Zusammenfassung der Angebote	222
7.2 Fazit und Bewertung	230
8 Literaturverzeichnis	232
9 Tabellenverzeichnis	248
10 Abbildungsverzeichnis	248

Vorwort

Eltern haben einen maßgeblichen Einfluss auf die Entwicklung und Gesundheit ihrer Kinder. Gerade Säuglinge und Kleinkinder sind besonders vulnerabel und existenziell darauf angewiesen, dass ihre körperlichen und emotionalen Grundbedürfnisse nach Körperpflege, Ernährung, Nähe, Zuwendung und altersgerechter Anregung erfüllt werden.

Welche Fähigkeiten und Ressourcen benötigen Eltern, damit sie kompetent die Entwicklungsförderung, Gesundheitserziehung und Gesundheitsfürsorge ihrer Kinder wahrnehmen können? Und welche Unterstützung benötigen Eltern und Familien, um die für ein gesundes Aufwachsen von Kindern erforderlichen Ressourcen nutzen zu können?

Diese Fragestellungen sind Teil eines intensiven und engagierten Dialogs zwischen verschiedenen Fachdisziplinen einerseits und zwischen Wissenschaft und Praxis andererseits. Im Zuge der Diskussion um das Kindeswohl und um Frühe Hilfen für Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf sind diese Fragen auch verstärkt in das öffentliche Bewusstsein gerückt.

Einigkeit besteht weitgehend darin, gesundheitliche Entwicklungschancen von Kindern ganzheitlich, d. h. aus salutogenetischer Perspektive zu betrachten. Diese schließt neben der Prävention von Gesundheitsrisiken die Förderung der körperlichen und geistigen Entwicklung sowie die der seelischen Gesundheit im familiären und sozialen Umfeld ein. Dadurch erweitert sich das Spektrum an Fachdisziplinen, die bei der Betrachtung gesundheitsfördernder Elternkompetenzen heranzuziehen sind. Dabei fällt auf, dass je nach Disziplin und Erkenntnisinteresse der Begriff „Elternkompetenz“ verschieden definiert wird und ein wissenschaftlich basiertes Instrument zur Beschreibung kompetenter Elternschaft bisher nicht vorliegt. Gleichwohl existieren vielfältige Unterstützungsangebote, Programme und Trainings in unterschiedlichen Praxisfeldern, beispielsweise in der Gesundheitsförderung, in der Familienbildung, in den Frühen Hilfen und in der Kinder- und Jugendhilfe. Alle Angebote zielen im Wesentlichen darauf ab, Eltern in ihrer Beziehungsfähigkeit, in ihrer Interaktion mit Kindern und in ihren gesundheitsbezogenen Förderungsaufgaben zu stärken.

Mit der vorliegenden Expertise wird ein fundierter Überblick über die Theorien, Konzepte und Programme zur Elternkompetenz geschaffen. Mit dieser Bestandsaufnahme verbindet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung das Anliegen, Fachkräften in der Gesundheitsförderung und im Feld Früher Hilfen eine Orientierungs- und Bewertungshilfe für die Auswahl geeigneter Elternprogramme zu geben sowie den Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis zu unterstützen.

Köln, im November 2013

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

Zusammenfassung

Was trägt zu einer positiven gesundheitlichen Entwicklung von Kindern in den ersten Lebensjahren bei und welche Rolle spielen dabei die Eltern?¹ Wie können unter dieser Themenstellung Elternkompetenzen inhaltlich definiert werden und was können Eltern im Einzelnen tun, damit ihre Kinder möglichst gesund aufwachsen?

Ausgehend von diesen Leitfragen liegen der Expertise zwei Ziele zugrunde:

- a) Zusammenführung von wissenschaftlichen Grundlagen, Modellen und Messinstrumenten zur Beschreibung von Elternkompetenzen, die für eine ganzheitliche gesunde Entwicklung von Kindern im Vorschulalter (0 – 6 Jahre) relevant sind.
- b) Zusammenstellung und Bewertung von Angeboten und Programmen aus dem nationalen und internationalen Kontext zur Stärkung von Elternkompetenzen in Fragen der Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung.

Zu a) wissenschaftliche Grundlagen, Modelle und Messinstrumente

Der Aufbau einer liebevollen Eltern-Kind-Beziehung ist entscheidend für eine gesunde kindliche Entwicklung in den ersten Lebensjahren. Dazu gehören die Grundversorgung und Pflege, eine verlässliche und einfühlsame Interaktion sowie die altersgerechte Unterstützung der körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklungsprozesse entsprechend der individuellen Möglichkeiten des Kindes. Die Vorbeugung von Gesundheitsrisiken und Unfällen sowie die Hilfe bei Krankheiten und Verletzungen sind weitere Aspekte elterlicher Gesundheitsfürsorge.

Allgemein liegt der im Folgenden beschriebenen Auffassung gesundheitsfördernder Elternkompetenzen ein ganzheitlich orientiertes, salutogenetisches Gesundheitsverständnis (Antonovsky 1982, 1997) zugrunde, wie es beispielsweise die Weltgesundheitsorganisation in ihrer Charta zur Gesundheitsförderung beschreibt (Ottawa-Charta der WHO 1986). Demnach wirkt sich neben den bio-medizinischen Voraussetzungen wesentlich die persönliche, familiäre und sozio-ökonomische Lebenslage auf die Gesundheit von Kindern aus. Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung sind somit als gesellschaftliche Querschnittsaufgabe zu verstehen.

Ausgehend von diesem salutogenetischen Gesundheitsverständnis, stellt die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit gesundheitsfördernden Elternkompetenzen eine interdisziplinäre Aufgabe verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen dar. Neben der Entwicklungspsychologie und Bindungsforschung findet sich das Thema auch in der Pädagogik, der pädagogischen Psychologie, der Familienpsychologie sowie in den Gesundheitswissenschaften und der Medizin wieder. Teilweise liegen in-

¹ Wenn in der Expertise von Eltern bzw. Elternkompetenzen die Rede ist, dann sind nicht nur die leiblichen Eltern sondern auch andere primäre Bezugspersonen (z. B. Pflegeeltern) angesprochen.

nerhalb dieser Fachbereiche auch spezifische Modelle zur Konzeptualisierung von Elternkompetenz vor.

Da Elternkompetenzen in den Wissenschaften unterschiedlich definiert werden, ist des Weiteren festzuhalten, dass ein allgemein anerkanntes, wissenschaftlich fundiertes Messinstrument zur Bewertung kompetenter Elternschaft nicht existiert.

Gesundheitsfördernde Elternkompetenzen sind eng mit allgemeinen Erziehungskompetenzen verbunden. Fächerübergreifend wird dabei die wechselseitige Bedeutung der zwei Faktoren **Beziehung** und **Erziehung** hervorgehoben: Eine tragfähige Eltern-Kind-Beziehung fördert eine sichere Bindung zwischen Kind und Eltern und erleichtert das entwicklungsförderliche Erziehungsverhalten der Eltern, auch im Bereich der Gesundheitserziehung. Außerdem benötigen Eltern Kenntnisse über die Entwicklungsphasen des Kindes, um ihm für das jeweilige Alter angemessene Anregungen zu geben. Darüber hinaus sollten Eltern auch wissen, welche Erziehungsziele ihnen wichtig sind und wie sie diese erreichen können.

Da diese Aufgaben viel Zeit und Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen, ist es wichtig, dass Eltern mit Stressoren umgehen können, die von außen in die Familie getragen werden oder die durch das Zusammenleben entstehen (Stressmanagement). Wichtig ist es in diesem Zusammenhang, dass Eltern miteinander eine gute Form der Elternallianz finden und in der Erziehung ihres Kindes an einem Strang ziehen. Um ihre Ziele, Vorstellungen und Erziehungsstile umsetzen zu können, benötigen Eltern nicht zuletzt Vertrauen in ihre eigene Kompetenz (Selbstwirksamkeit).

Zu b) Angebote und Programme

Es gibt zahlreiche in Deutschland entwickelte und aus dem Ausland adaptierte Konzepte und Programme zur Förderung von Elternkompetenzen. Generell verfolgen diese Angebote das Ziel, die Eltern in ihren Kompetenzen zu stärken und sie darin zu ermutigen, bei Bedarf weitere, externe Unterstützungsangebote anzunehmen. Ansätze im Sinne der universellen Prävention fungieren dabei als Orientierungshilfen, während Unterstützungsmaßnahmen der selektiven und indizierten Prävention eine passgenaue Hilfe bei Risiken und Problemen anbieten sollen. Insgesamt spielt die emotionale Zuwendung gegenüber den Kindern und eine tragfähige Bindung zwischen Eltern und Kindern in nahezu allen Programmen eine große Rolle. Eine positive Eltern-Kind-Beziehung wird, gerade auch für die Altersgruppe der 0 – 6-jährigen, als wichtiger Bestandteil von Elternkompetenzen gesehen und vermittelt. Ebenso wird von vielen Anbietern das Stressmanagement der Eltern, die Schaffung von adäquaten Lerngelegenheiten für Kinder sowie das Gewähren von Freiräumen für Exploration und Autonomie als wichtig erachtet.

Die deutschen Programme zur Stärkung von Elternkompetenzen profitieren in vielfacher Hinsicht von international etablierten Programmen, die unterschiedliche Bedarfslagen abdecken: Sie sind standardisiert, verfügen über ein Curriculum und verwenden besondere Methoden wie beispielsweise das Video-Feedback. Dies setzt auch bei den Programmen in Deutschland neue Standards.

Als wesentliche Schlussfolgerung aus der Sichtung einschlägiger Programme aus dem nationalen und internationalen Bereich kann festgehalten werden: Um möglichst viele Elterngruppen anzusprechen,

müssen die Angebote eine große Reichweite haben und sich an unterschiedliche Personengruppen richten. Die Forschung zeigt jedoch gleichzeitig, dass zielgruppenspezifische Angebote und Programme erfolgversprechender sind, nicht zuletzt hinsichtlich der Erreichung der angestrebten Zielgruppen.

Eine besondere Herausforderung stellt generell der Zugang zu den Zielgruppen dar, die einen besonderen Unterstützungsbedarf zur Stärkung von Elternkompetenzen haben. Möglichst niedrighschwellige Programme, die an den Bedürfnissen und Interessen der Teilnehmer/-innen ansetzen, sind notwendig, was wiederum meist einer Standardisierung (und damit auch der Evaluation) entgegensteht. Eine entsprechende thematische Flexibilität ist am ehesten durch modularisierte Angebots-Konzepte zu verwirklichen.

Noch ist das Angebot in Deutschland nicht sonderlich transparent und die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure/Akteurinnen nicht optimal. Um die Qualität von Angeboten zur Stärkung gesundheitsfördernder Elternkompetenzen zu sichern, ist es jedoch wichtig zu erfahren, ob die Ziele der Angebote auch erreicht werden. Dafür ist wiederum eine Überprüfung der Wirksamkeit essentiell. Eine Vergleichbarkeit könnte jedoch nur mit gemeinsamen Standards bei der Evaluation erreicht werden.

Einleitung

„Parenting is probably the most important public health issue facing our society“ (Hoghugh, 1998, S. 1545). Die hohe Bedeutung von Elternkompetenzen wurde in den letzten Jahrzehnten in den Gesundheitswissenschaften zunehmend anerkannt. Auch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung insbesondere für das frühe Kindesalter richten sich zuallererst an Eltern. Gesundheit meint hierbei nicht nur das Fehlen von Krankheit, sondern einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ (Antonovsky, 1997) also eine positive Entwicklung der Kinder sowohl hinsichtlich ihrer physischen und psychischen Gesundheit als auch in ihren sozialen Beziehungen. Diese breit gefasste salutogenetische Sichtweise liegt auch dem Gesundheitsverständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zugrunde. Danach gehören zur Gesundheit neben dem körperlichen auch das seelische und soziale Wohlbefinden von Menschen in ihrem alltäglichen Lebensvollzug.

Bezogen auf das gesunde Aufwachsen von Kindern lenkt dieses umfassende Gesundheitsverständnis den Blick über die medizinische Perspektive hinaus auf weiterführende Familien- und Erziehungsfragen. Die Anerkennung des kindlichen Rechts auf eine gewaltfreie Erziehung, das seit dem Jahr 2000 im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert ist (§ 1631 Absatz 2 BGB), war ein wesentlicher Schritt, um bei der Umsetzung dieses Rechts Eltern verstärkt in der Erziehung ihrer Kinder zu unterstützen. Ein zentrales Ziel ist der Verzicht auf körperliche Strafen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen, indem gewaltfreie und ressourcenstärkende Erziehungsstrategien und entsprechende Elternkompetenzen gestärkt werden (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005).

Diese Bemühungen richten sich jedoch nicht nur darauf, Gewalt und Vernachlässigung in der Erziehung vorzubeugen und abzubauen, sondern sie wollen gute Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen der Kinder und die Entfaltung ihrer Entwicklungspotenziale schaffen. Für immerhin 10 bis 20 Prozent der Kinder und Jugendliche in Deutschland wird geschätzt, dass sie im Verlauf ihrer Entwicklung klinisch relevante psychische Störungen entwickeln (wie etwa Essstörungen, Hyperaktivität, Depressionen) (Petermann, F., Döpfner, Lehmkuhl & Scheithauer, 2000). Gesundheitsförderung in dem hier beschriebenen Verständnis sieht Familien nicht vorrangig als Kristallisationspunkt möglicher Belastungsfaktoren, welche die körperliche und seelische Gesundheit von Kindern sowie deren Verhaltensentwicklung beeinträchtigen können, sondern vorrangig als einen sozialen Ort, der über Unterstützungsleistungen, Vorsorgemaßnahmen und Kompensationsbemühungen zur Resilienz von Kindern beitragen kann.

Vor diesem Hintergrund ist es das vorrangige Ziel der vorliegenden Expertise, die unterschiedlichen wissenschaftlichen Sichtweisen und Modelle zu Elternkompetenzen zu beleuchten sowie deren praktische Umsetzung in Elternkursen und ähnlichen Angeboten zu ergründen. Es sollen unter anderem Antworten auf folgende Fragen gefunden werden:

- Welche Kenntnisse, Fähig- und Fertigkeiten benötigen Eltern, um die Entwicklung und Gesundheit von Kindern in den ersten Lebensjahren (0 – 6) angemessen fördern zu können?
- Was sagen dazu verschiedene wissenschaftliche Erklärungsmodelle aus und wie können speziell „gesundheitsbezogene“ Kompetenzen definiert werden?

- Inwieweit wird bei der praktischen Umsetzung von Programmen und Angeboten zur Förderung der Elternkompetenz auf dieses theoretische Wissen aufgebaut und welche Differenzierung nach verschiedenen Zielgruppen ist anzutreffen?
- Was kann über die Qualität der Programme sowie deren Wirksamkeit gesagt werden und stehen Programmevaluationen zur Verfügung?

Mit der Beantwortung dieser Fragen verbindet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) das Anliegen, Elternkompetenzen begrifflich und fachlich im Hinblick auf ihre Aufgaben in der Gesundheitsförderung und im Feld Früher Hilfen zu bestimmen und für die Planung zukünftiger Interventionen zu konkretisieren.

Der besondere Fokus wird dabei auf die Altersspanne von 0 bis 6 Jahren gelegt. Diese Zeit vor dem Schuleintritt, die frühe Kindheit, zeichnet sich als eine Lebensphase aus, die einer Entwicklungsdynamik mit rasch ablaufenden Reifungs-, Lern-, und Anpassungsprozessen unterliegt. Gleichzeitig sind Säuglinge und Kleinkinder in hohem Maße auf körperliche und psychologische Fürsorge und Betreuung durch die Eltern angewiesen, da sie noch wenig eigene Fähigkeiten besitzen, um alleine mit unterschiedlichen Situationen zurechtzukommen. Nahezu alle Erfahrungen, die Säuglinge und Kleinkinder machen, werden direkt – über das elterliche Verhalten – oder indirekt – über die Gestaltung und Beschaffenheit der Umwelt – von ihren Eltern vermittelt und gesteuert. Die Entwicklung der Kinder wird also wesentlich durch die Eltern bestimmt und gefördert (Ziegenhain, 2008). Zahlreiche Forschungsarbeiten stellen dies heraus (vgl. Bornstein & Bradley, 2003; Rauh, 2008; Reichle & Gloger-Tippelt, 2007).

Wie der Wissenschaftliche Beirat für Familienfragen (2005) betont, kommt den Erziehungskompetenzen gerade in Bezug auf die Gesundheit der Kinder, also in der Prävention kindlicher Entwicklungsprobleme und gesundheitlicher Belastungen, eine hohe Relevanz zu. Neben der Vermeidung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf körperlicher Ebene ist für ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit auch der Einbezug psycho-sozialer und kognitiver Faktoren als Merkmale seelischer Gesundheit bedeutsam. Aus salutogenetischer Perspektive stellt sich die Frage, welche Faktoren ein gesundes Aufwachsen von Kindern auf entsprechend breiter Ebene fördern und welche Einstellungen, Fertigkeiten und Handlungen von Eltern darauf einen positiven Einfluss nehmen.

Gezielte und unbeabsichtigte, bewusste und unbewusste sowie regelmäßige und auch gelegentliche Handlungen von Eltern, die sowohl förderlich als auch schädigend hinsichtlich der körperlichen, psychischen, kognitiven und sozial-emotionalen kindlichen Entwicklung sind, werden unter dem Begriff „Elternkompetenzen“ zusammengefasst (Petermann, U. & Petermann, 2006). Dabei können vier Funktionsbereiche unterschieden werden, in denen das Kind auf die Fürsorge und Betreuung durch seine Eltern angewiesen ist (Hoghughi, 2004; Petermann, U. & Petermann, 2006): die körperliche Gesundheit und Entwicklung, die psychische, kognitive und die sozial-emotionale Entwicklung.

In den ersten Lebensmonaten spielen die Befriedigung zentraler körperlicher Bedürfnisse sowie das Bedürfnis nach emotionalem und sozialem Aufgehobensein die bedeutende Rolle in der Fürsorge der Eltern für ihr Kind (Grossmann, K. & Grossmann, 2004; Soliday, 2004). Mit zunehmendem Alter des Kindes gewinnen Erziehungs- und Bildungsaspekte für die elterliche Unterstützung an Bedeutung (Schneewind & Berkic, 2007). Grundlegende Anforderungen an das elterliche Verhalten sind somit (siehe Maccoby, 1999, 2002; Ziegenhain, 2008):

- die körperliche Versorgung sicherzustellen
- eine stabile und vertrauensvolle Bezugsperson zu sein
- Regeln und Werte zu vermitteln
- Lernmöglichkeiten bereitzustellen und/oder Lernangebote zu unterbreiten

Das elterliche Verhalten wird jedoch durch eine Vielzahl verschiedener Determinanten beeinflusst (Belsky, 1984). Die drei Hauptbereiche, die einen Einfluss auf das elterliche Verhalten haben, sind die elterliche Persönlichkeit, der soziale Kontext und die Merkmale des Kindes. Die einzelnen Faktoren wirken dabei in einer komplexen Weise zusammen und bedingen sich wechselseitig. Je nach Ausprägung und Zusammenspiel können diese Faktoren die Kompetenz der Eltern beeinträchtigen oder aber unterstützen.

Will man sich den verschiedenen Facetten von Elternkompetenz aus wissenschaftlicher Sicht nähern, müssen mehrere Forschungsrichtungen in den Blick genommen werden:

- Entwicklungspsychologie und Bindungsforschung
- Pädagogische Psychologie und Familienpsychologie
- Pädagogik und insbesondere Erziehungsstilforschung
- Medizin und Gesundheitswissenschaften

All diese Forschungszweige beschäftigen sich mit dem gesunden Aufwachsen von Kindern und den dazugehörigen Elternkompetenzen. Teil A (Konzeptualisierung von Elternkompetenzen) bezieht sich auf die wesentlichen Beiträge dieser Forschungsrichtungen sowie auf Modelle zur Beschreibung von Elternkompetenzen. Teil B (Angebote zur Förderung der Elternkompetenz) thematisiert die methodische Recherche über Angebote und Programme, die diese Elternkompetenzen fördern. Dabei wird zunächst auf die Datenbasis nationaler und internationaler Programme eingegangen (siehe Kapitel 3.1), und anschließend werden Kriterien für die Beschreibung der Angebote zur Stärkung von Elternkompetenzen benannt (siehe Kapitel 4.2). In Kapitel 5 werden die Programme anhand von Überblickstabellen systematisiert und exemplarische Evaluationen ausgewählter Einzelmaßnahmen dargestellt. Alle recherchierten Angebote werden in Kapitel 6 kurz charakterisiert, während das Kapitel 7 ein bewertendes Fazit über die Vielfalt und Qualität der Programme zur Stärkung von gesundheitlichen Elternkompetenzen in Deutschland beinhaltet. Im Anhang (Teil C) befinden sich schließlich Instrumente zur Untersuchung verschiedener Aspekte von Elternkompetenzen.

A Konzeptualisierung von Elternkompetenzen

1 Wissenschaftliche Zugänge und Grundlagen zur Elternkompetenz

1.1 Salutogenetische Perspektive und Resilienzforschung

Das Konzept der Salutogenese geht auf Aaron Antonovsky, Medizinsoziologe an der Ben-Gurion-Universität in Beer-Sheva, Israel, zurück. Antonovsky sah Gesundheit und Krankheit als Gegensatzpole eines Kontinuums (health – ease – dis-ease – kontinuum), auf dem sich der Mensch Zeit seines Lebens bewegt (Antonovsky, 1982, 1997). Gesundheit ist somit kein Zustand, sondern ein Prozess, denn ein Mensch ist niemals vollständig gesund oder nur krank. Die entscheidende Frage ist, welche Faktoren dazu beitragen, dass ein Mensch sich mehr in die Richtung des Pols der Gesundheit bewegt.

Im Mittelpunkt der salutogenetischen Theorie steht der „Sense of Coherence“ (SOC, deutsch **Kohärenzsinn** oder Kohärenzgefühl), der Antonovsky zufolge eine wichtige Ressource des Menschen darstellt, um gesund zu bleiben. Er definiert den Kohärenzsinn als globale Orientierung dafür, inwiefern ein Mensch das Gefühl entwickeln kann, Stimuli aus sich selbst oder der Umwelt heraus zu strukturieren, vorherzusehen und erklären zu können. Das Konzept des Kohärenzsinns fragt weiter danach, ob Menschen überzeugt sind, diesen Stimuli mit persönlichen Ressourcen begegnen zu können (Antonovsky, 1997). Das Kohärenzgefühl beschreibt also das Gefühl, über genug Kapazitäten zu verfügen, um das Leben zu meistern. Wenn Personen sich in der Lage fühlen, mit Anforderungen umzugehen, wird das als Sense of Manageability bezeichnet. Wenn sie das Gefühl haben, die Anforderungen zu verstehen, wird dies Sense of Comprehensibility genannt. Der Sense of Meaningfulness beschreibt das Gefühl, das Leben als sinnvoll zu erachten und daher Energien aufzuwenden, um Probleme zu lösen.

Die Kernfragen aus salutogenetischer Sicht sind also: Wer bleibt gesund, warum und wie, auch angesichts kritischer Lebensereignisse und zahlreicher Stressoren im Alltagsleben? Sie führen weiter zu der Frage, welche Faktoren ein gesundes Aufwachsen von Kindern fördern und welche elternteiligen Einstellungen, Fertigkeiten und Handlungen einen positiven Einfluss ausüben. In diesem Kontext ist der Faktor **Resilienz** von besonderer Bedeutung. Er beschreibt eine psychische Robustheit oder auch Widerstandsfähigkeit und kann als „positive Entwicklung unter ungünstigen Lebensumständen“ (Bengel, Meinders-Lücking & Rottmann, 2009, S. 19) definiert werden. Resilienz bedeutet im jüngeren Lebensalter, dass personale und kontextuell-soziale Risiken die Kinder und Jugendliche psychisch nicht „aus der Bahn“ werfen, sondern diese relativ unbeschadet mit Belastungen (Krisen, Krankheiten, u. Ä.) umgehen können (Petermann, F., 2002, S. 181). Merkmale, wie u.a. ein positives Selbstwertgefühl, eine gute Problemlösefähigkeit, realistische Zukunftspläne, regelmäßiges Erledigen von Aufgaben und Übernahme von Verantwortung, eine emotional sichere Bindung zu mindestens einer Bezugsperson (siehe 1.2), soziale Unterstützung in der Familie, ein anregendes Erziehungsklima und eine eindeutige Wertorientierung zeichnen diese besonders widerstandsfähigen Kinder aus (Niebank & Petermann, 2002, S. 82). Petermann (2002) betont dabei, dass Resilienz nicht angeboren sei, sondern sich im Lauf der Zeit im Rahmen der Kind-Umwelt-Interaktion entwickelt. In Langzeitstudien kristallisierte sich ein einfühlsamer Erziehungsstil der Mutter, eine positive Mutter-Kind-Beziehung, ein positives Familienklima sowie eine positive familiäre Umwelt in Form von psychisch gesunden Eltern, einem entsprechenden Bildungsniveau, Bewältigungskompetenzen und Partnerschaftsqualität

der Eltern, einer emotionalen Bindung zum Kind und ihm angebotene soziale Unterstützung als familiäre Faktoren mit positiven Einfluss auf die Resilienz der Kinder heraus (Bengel 2009). Querschnittstudien und Studien mit Follow-up-Untersuchungen, die nur kurz nach dem Erhebungszeitpunkt erfolgten, zeigen, dass Kinder mit Risikoprofilen stärker vom Vorliegen von Schutzfaktoren, wie z. B. der positiven Zuwendung in der Familie profitierten als weniger exponierte Kinder und belegten darüber hinaus die Bedeutung der Strukturen in der Familie. Stabile Strukturen, Routinen und regelmäßige Abläufe, wie gemeinsame Mahlzeiten, Unternehmungen und tägliche Erledigungen, ermöglichen es Kindern, ein Gefühl von Kontrolle und Vorhersehbarkeit zu entwickeln. Sie zeigen weniger Anpassungsschwierigkeiten und seltener klinisch relevante depressive Symptome. Eine konsistente Erziehung, die klare Grenzsetzung und Disziplin beinhaltet, erwies sich als Schutzfaktor gegenüber einem späteren Drogenkonsum im Jugendalter. Auch das elterliche Wissen um die aktuellen Handlungen und Aufenthaltsorte des Kindes erwiesen sich als protektiver Faktor hinsichtlich eines späteren Drogenkonsums. Darüber hinaus verringerte es die Wahrscheinlichkeit externalisierender Verhaltensstörungen, der Verwicklung in gewalttätige Auseinandersetzungen und erhöhten Alkoholkonsums im jugendlichen Alter (Bengel 2009).

Responsives, sensitives Elternverhalten, Disziplin und eine enge Eltern-Kind-Beziehung spielen für die Ausbildung und Aufrechterhaltung von Resilienz eine wichtige Rolle. Eltern mit hoher Elternkompetenz bewahren das Kind nicht nur vor der Exposition gegenüber bestimmter Stressoren, sondern fungieren darüber hinaus auch als Co-Regulatoren der Erfahrungen von (Klein-)Kindern, bis diese ausreichend selbstregulative Fähigkeiten entwickelt haben (Sapienza & Masten, 2011). Resilienz wirkt sich besonders positiv auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit aus. Kobau et al. (2011) betonen die Wirksamkeit von Interventionen hinsichtlich der Kindererziehung und vorschulischer Maßnahmen sowohl für Eltern als auch deren Kinder und stellen dar, dass die Förderung von Resilienz sowohl seitens einer Person (z. B. durch Optimismus und Coping), zwischen Personen (z. B. durch soziale Unterstützung) als auch über soziale Instanzen hinweg (Gesundheits- oder Bildungswesen) stattfinden kann.

1.2 Eltern-Kind-Beziehung

Die Eltern-Kind-Beziehung als zentraler Aspekt ist jedoch nicht nur für die Resilienz der Kinder ausschlaggebend, sondern sie spielt auch bei einer Veranschaulichung von Elternkompetenzen eine Rolle.

Die Bedeutung von Bindung und elterlicher Feinfühligkeit für die kindliche Entwicklung

Eine nähere Konkretisierung von Elternkompetenzen vor allem (aber nicht nur) in der frühen Kindheit liefert zunächst die *Bindungsforschung*, die die zentrale Bedeutung *elterlicher Feinfühligkeit* für die Entwicklung einer sicheren Bindung herausgestellt hat (Grossmann, K. & Grossmann, 2004). Dem kommt insofern besondere Bedeutung zu, als eine sichere Bindung eine starke Ressource der Kinder für deren soziale und emotionale Entwicklung darstellt. Die so vermittelte emotionale Sicherheit in der Eltern-Kind-Beziehung fördert die Bewältigungskompetenzen der Kinder auch in Situationen außerhalb der Familie und liefert so eine günstige Basis für die weitere Entwicklung in zahlreichen Bereichen.

Die Bindungstheorie geht auf Arbeiten des britischen Psychiaters John Bowlby (1969) und der kanadischen Psychologin Mary Ainsworth (1973) zurück (Ainsworth, 1973; Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Bowlby, 1987/2003). Jeder Mensch hat, nach Bowlby, ein Bindungsverhaltenssystem, das angeboren ist. Dieses ‚behavioral system‘ schützt ein kleines Kind vor Gefahren, kümmert sich um dessen Versorgung und ermöglicht dessen sichere Exploration der Umwelt. Gemeinsam mit anderen Verhaltenssystemen dient es dem übergeordneten Ziel, das Überleben zu sichern und die Fortpflanzung des Menschen zu gewährleisten (Cassidy & Shaver, 1999). Bei Belastungen oder Trennungen zeigen Kinder und Erwachsene ein typisches Verhalten, das der Bindung zugeschrieben wird – sie suchen Nähe und protestieren gegen eine Trennung. Die Bindungsperson fungiert bei einer Bedrohung als sicherer Hafen und kann als sichere Basis der Ausgangspunkt für Exploration sein (Ainsworth, Bell & Stayton, 1974/2003; von Sydow, 2002).

Es kann zwischen einem *Bindungssystem* auf Seiten des Säuglings und einem *Fürsorgesystem* auf Seiten der Bezugsperson unterschieden werden. Das Bindungsverhalten der Kinder wird in etwa ab einem Alter von sieben Monaten aktiviert und richtet sich auf spezifische Bindungspersonen, die primären Bezugspersonen des Kindes. Sobald das Sicherheitsbedürfnis des Kindes bedroht wird, also bei Schmerzen oder Krankheit, aber auch bei Angst, Müdigkeit oder Kummer, wird durch das Bindungsverhalten, z. B. Weinen, Quengeln oder Lächeln eine räumliche Nähe zur Bezugsperson hergestellt um emotionale Sicherheit zu erreichen. Das Fürsorgesystem der Bezugsperson ist darauf ausgerichtet, durch geeignete Fürsorgeverhaltensweisen wie Aufnehmen, Streicheln, Wiegen oder Singen die Bedürfnisse des Kindes nach Nähe und Sicherheit zu befriedigen. Sind die Bedürfnisse erfüllt, beruhigt sich das Bindungssystem und andere Verhaltenssysteme, wie die Exploration, können gegebenenfalls aktiviert werden. Sich an mindestens eine Person zu binden, ist eine biologische Vorgabe in der kindlichen Entwicklung und läuft somit als biologisches Programm automatisch ab.

Diese entstandenen Bindungsbeziehungen sind in der Regel überdauernd und personenspezifisch. Zu unterschiedlichen Bezugspersonen kann ein unterschiedliches Bindungsverhalten aufgebaut werden.

Kinder unterscheiden sich qualitativ hinsichtlich ihrer Bindungsstrategien und diese Unterschiede sind hauptsächlich dadurch zu erklären, dass die Bezugspersonen mehr oder weniger feinfühlig auf die Bedürfnisse des Kindes eingehen (Ainsworth et al., 1978). Es können vier qualitativ unterschiedliche Bindungsstrategien beobachtet werden: sichere, unsicher-vermeidende, unsicher-verstrickte sowie desorganisierte Bindung (Ainsworth et al., 1978; Main, 1990; Main & Solomon, 1986). Ein sicher gebundenes Kind erlebt, dass seine Bezugsperson feinfühlig, d. h. prompt und angemessen auf seine Signale reagiert. Eine unsichere Bindung entsteht dadurch, dass die Bezugsperson wenig Feinfühligkeit zeigt und unvorhersehbar oder aber sogar ablehnend auf die Signale des Kindes reagiert. Kinder die eine solche aversive Reaktion auf ihr Verhalten erleben, werden ihr Bindungsbedürfnis zunehmend weniger ausdrücken. Dieser Bindungsstil wird als unsicher-vermeidend bezeichnet. Der unsicher-ambivalente Bindungsstil entsteht durch die unvorhersehbare Reaktion der Bindungsperson – diese Kinder drücken ihr Bindungsverhalten mit zunehmend dramatischen Gefühlsausbrüchen aus. Der erst später festgestellte, desorganisierte Bindungstyp lässt sich denjenigen Kindern zuordnen, die keine einheitliche Bindungsstrategie entwickeln konnten, da die Bezugsperson sehr auf sich selbst fokussiert ist und ihr Bindungsverhalten abbricht. Teilweise ist die Bezugsperson traumatisiert und das Kind erlebt dann durch die Bezugsperson die Welt als bedrohlich oder aber das Kind erlebt ängstigende Interaktionserfahrungen mit der Bezugsperson und fürchtet sich vor ihr.

Feinfühligkeit gegenüber allen Äußerungen des Fühlens, Wollens und Handelns des Säuglings gilt also als eine Voraussetzung für die sichere Bindung des Kindes an seine Bezugsperson. Dieses feinfühliges Verhalten gegenüber den kindlichen Bedürfnissen umfasst vier Aspekte: eine *niedrige Wahrnehmungsschwelle* für Signale des Kindes, die *richtige Deutung* dieser Signale (als Hinweis auf Hunger, Durst, Müdigkeit, Überstimulation etc.) und die *prompte* sowie *angemessene Reaktion* auf diese Signale (vgl. Ainsworth et al., 1974/2003).

Eine feinfühligkeit ist bedeutsam für die Regulation von Emotionen und Erregung des Säuglings, denn sie führt bei Leid, Angst und Unsicherheit des Kindes zur Beruhigung und Stressreduktion. Erhält das Kind angemessene Hilfe und Beruhigung durch seine Bezugsperson, fällt es ihm leicht, auch zukünftig negative Emotionen offen zu zeigen und sich zuversichtlich an andere zu wenden. Es lernt, darauf zu vertrauen, dass die Bezugsperson da sein wird, um seine Bedürfnisse zu erfüllen. Parallel dazu erlebt das Kind sich selbst als kompetent im Umgang mit Angst und Unsicherheit und entwickelt Zutrauen in seine eigene Fähigkeit, die Zuwendung der Bezugsperson auszulösen (Erickson, Martha Farrell & Egeland, 2009; Grossmann, K. & Grossmann, 2004). Neben dem Bindungssystem des Säuglings, das vorwiegend dem Sicherheits- und Schutzbedürfnis dient, ist dem Kind ein *Explorations-Verhaltenssystem* angeboren, das ihm hilft, seine Umwelt zu erkunden und kennenzulernen. Mit Beginn des Krabbelalters exploriert das Kind in zunehmendem Maße seine Umwelt, wobei der Bindungsperson eine Vermittlerrolle zukommt: Mit ihr als sichere Basis kann das Kind die Umwelt neugierig und unbefangen erkunden, denn es hat bei Verunsicherung die Möglichkeit, unterstützt und getröstet zu werden. Die sichere Bindung an die Bezugsperson erleichtert dem Kind auf diese Weise, eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erwerben (Grossmann, K., 2005; Grossmann, K. & Grossmann, 2004).

In zahlreichen Studien konnte die Auswirkung unterschiedlicher Grade von Feinfühligkeit auf Verhaltensweisen des Säuglings nachgewiesen werden: Babys feinfühligere Mütter weinen seltener, zeigen eine Ausgewogenheit zwischen selbständigem Spiel und Kontakt mit der Mutter, suchen Nähe bei Leid, aber lösen sich von der Bezugsperson, wenn sie getröstet sind. In ihren Interaktionen mit der Mutter äußern sie weniger Ärger, Aggressionen und Ängstlichkeit und sie sind eher bereit, auf Ge- und Verbote der Mutter einzugehen. Feinfühligkeit scheint zudem positive Auswirkungen auf die vorsprachliche Kommunikation des Säuglings zu haben (Grossmann, K. E., 2004). In der Interaktion mit dem Kind hat sich Feinfühligkeit also in zahlreichen Studien als wichtiger Prädiktor für die Entwicklung einer sicheren Bindung erwiesen (De Wolff & van Ijzendoorn, 1997) und lässt sich – wie eine entsprechende Interventionsstudie mit Eltern leicht irritierbarer Säuglinge zeigt – auch erfolgreich und mit nachhaltiger Wirkung trainieren (van den Boom, 1994, 1995).

Neben der Feinfühligkeit spezifiziert Ainsworth zwei weitere hiermit stark korrelierende Verhaltenskonzepte, die dem Kind psychische Sicherheit vermitteln: Die *Annahme des Kindes* mit seiner individuellen Eigenart sowie die *Kooperationsbereitschaft* mit dem Baby, d. h. die Fähigkeit, eigene Pläne mit den Bedürfnissen des Babys in Einklang zu bringen (Ainsworth et al., 1978).

De Wolff und van Ijzendoorn (1997) identifizieren in ihrer Meta-Analyse sechs Kategorien elterlichen Interaktionsverhaltens, die zu engen affektiven Bindungen zwischen Elternperson und Kind führen:

- *Sensitivität*: promptes und angemessenes Reagieren auf kindliche Signale
- *Verhaltenssynchronie*: reziproke Beziehung zwischen Kind und Bezugsperson, d. h. Abstimmung von Interaktionsabläufen im Zusammensein mit dem Kind

- *Gegenseitigkeit*: positive Interaktionen mit gemeinsamer Ausrichtung und positivem Affekt, d. h. Elternperson und Kind beziehen sich auf den gleichen Gegenstand
- *Unterstützung*: verfügbares und aufmerksames Auftreten, aufmerksame Zuwendung und unterstützende Handlungen, emotionale Hilfestellung
- *Positive Einstellung zum Kind*: Ausmaß des positiven und negativen Ausdrucks, Äußerung von positiven Gefühlen und Zuneigung
- *Stimulationsausmaß*: Ausmaß und Anzahl aller Interaktionen, häufige Interaktionsaufnahme mit dem Kind.

Der Aufbau der primären Bindung beginnt in den ersten Lebensmonaten und dauert etwa bis zum Ende des zweiten Lebensjahres. In dieser Zeit bildet sich ein relativ stabiles internes Arbeitsmodell der Bindung heraus, das die bisherigen Bindungserfahrungen des Säuglings mit seinen Bezugspersonen zusammenfasst. In internen Repräsentationen des Kindes ist organisiert, wie das Kind sich selbst und die Bezugsperson(en) sieht und welche Erwartungen es an Beziehungen hat. Es wird davon ausgegangen, dass die internen Repräsentationen vom Selbst und der Bezugsperson(en) in einer lebenslangen Perspektive die Selbst- und Beziehungsentwicklung einer Person beeinflussen (Grossmann, K. & Grossmann, 2004). Eine sichere Bindung beinhaltet die Repräsentation von anderen Menschen als zugewandt, empfänglich und vertrauenswürdig und die Repräsentation eines Selbst, das es wert ist, Liebe, Respekt und Unterstützung zu bekommen. In verschiedenen Studien konnten Zusammenhänge zwischen frühkindlicher Bindungssicherheit und späterer positiver sozialer Entwicklung und sozialer Kompetenz nachgewiesen werden: Sicher gebundene Kinder begegnen anderen eher vertrauensvoll, tendieren eher dazu, in sozialen Interaktionen ein angemessenes Selbstbewusstsein zu zeigen, Freundschaften zu schließen und soziale Unterstützung zu erfahren. Unsichere Bindungen stehen dagegen in Zusammenhang mit Verhaltensproblemen in der Kindheit und der Adoleszenz (z. B. Allen et al., 2002; Bartholomew, 1990; Becker-Stoll, 2002; Collins, N. L., 1996; Davila, Steinberg, Kachadourian, Cobb & Fincham, 2004; Engels, Finkenauer, Dekovic & Meeus, 2001; Grossmann, K., 1997, u. a.; zusammenfassend bei Juffer, Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2008).

Intuitives Elternverhalten und intuitive kommunikative Kompetenzen

Durch intuitive Verhaltensweisen können Eltern ihr Baby adäquat beruhigen, Anregungen angemessen dosieren und sich durch Sprache, Mimik und Gestik verständlich machen. Sie lassen sich dabei von den kindlichen Signalen, wie Aufnahmebereitschaft und Belastbarkeit, leiten. Ihr Repertoire von Verhaltensweisen ist durch vereinfachte Formen (u. a. Sprechen in Babysprache, Übertreibungen der Mimik) komplementär zu den kindlichen Reifungs- und Entwicklungsdefiziten. Mit Hilfe der intuitiven Verhaltensweisen werden die folgenden Entwicklungsaufgaben des Säuglings unterstützt: Nahrungsaufnahme, Schlaf-Wach-Organisation, affektive Verhaltensorganisation, Aufmerksamkeitsregulation, Aufbau einer gemeinsamen Erfahrungswelt und Aufbau von Sprache, Lernen sowie Abhängigkeit und Autonomie (Gregor & Cierpka, 2005). Der Begriff der *intuitiven kommunikativen Kompetenzen* von Eltern wurde von Hanus und Mechthild Papoušek (1987) geprägt. Die intuitiven elterlichen Kompetenzen gelten als notwendige und sinnvolle Form einer bestmöglichen Unterstützung der frühen Entwicklung des Kindes und erfüllen zwei wesentliche Funktionen. In der Interaktion mit dem Kind unterstützen sie zum einen die Fähigkeiten zur Selbstregulation in unterschiedlichen Alltagskontexten (siehe Tabelle 1), zum anderen die Strukturierung früher Erfahrungen und die Anregung der sich entwickelnden Fähigkeiten.

Tabelle 1: Regulationsbereiche und Alltagssituationen der intuitiven Kompetenzen (Papoušek, M., 1994, zit. n. Ziegenhain et al., 2004, S. 39)

Regulationsbereiche	Alltagssituation
Regulation der Nahrungsaufnahme	Trink- und Essverhalten
Schlaf-Wach-Regulation	Wechsel der Schlaf- und Wachzustände, Wachqualität. Einschlafhilfen, Durchschlafen, Schlafrhythmus
Affektive Verhaltensregulation	Besonders in Belastungs- und Anpassungssituationen
Regulation der Aufmerksamkeit Integration von Erfahrungen	Speziell im entspannten Zwiegespräch und Spiel
Regulation von Bindungssicherheit und Exploration	Speziell in Trennungs-, Anpassungs-, fremden Situationen
Regulation von Abhängigkeit und Autonomie	Speziell in Bezug auf Grenzen, Kontrolle, Selbstständigkeit

Diese Strukturierung der frühen Erfahrungen wird z. B. durch vereinfachte Sprechweisen, Mimik und Gestik, sich wiederholende Reaktionen, Routinen oder Spielchen sowie vorsprachliche Botschaften mit situationsspezifischer Sprechmelodik erreicht.

Gemeinsames Agieren und Kooperieren, Blickzuwendung, Kommunikation mit Lauten, Nachahmungsfähigkeit, Greifen, kontextbezogenes Benennen von Gegenständen, sind u. a. Fähigkeiten des Kindes, die wiederum durch die genannten Verhaltensweisen erreicht werden (Papoušek, M., 1994, zit. n. Ziegenhain et al., 2004, S. 40). Mit der Entdeckung der Spiegelneurone durch Rizzolatti (z. B. Rizzolatti, Fadiga, Galese & Fogassi, 1996) kann die intuitive Interaktion zwischen Eltern und Kind neuerdings auch auf neurobiologischer Ebene erklärt werden. Indem Handlungen oder Gefühlsregungen des Gegenübers beobachtet werden, kommt es im Beobachter selbst zu einer Aktivierung eigener entsprechender Nervenzellen, den Spiegelneuronen. Auf diese Weise befähigen Spiegelneurone Menschen zur Empathie: Durch sie kann ein Mensch das Erleben oder Verhalten seines Gegenübers verstehen. Außerdem lassen darüber hinaus die Spiegelneurone im Beobachter das wirksam werden, was er sieht. Spiegelneurone sind an der frühen und basalen Form der Kommunikation zwischen Säugling und Bezugsperson beteiligt und ermöglichen deren wechselseitige soziale Einstimmung. Um das eigene Spiegelsystem und ein intuitives Gefühl der zwischenmenschlichen Verbundenheit auszubilden, muss ein Säugling empathische Anteilnahme und Zuwendung durch seine Bezugsperson erleben. Zudem haben die Stimulationen, die das Kind durch seine Bezugsperson erhält, Einfluss auf dessen Selbst- und Identitätsbildung (Bauer, 2005).

1.3 Erziehungsfähigkeit und Erziehungsverhalten

Angeborene kindliche Eigenschaften prägen die Entwicklung eines Kindes, aber auch vielfältige Faktoren aus dem Kontext, in dem das Kind aufwächst beeinflussen die kindlichen Erfahrungen. Auf Grundlage einer Reihe wissenschaftlicher Studien wird davon ausgegangen, dass elterliche Verhaltensweisen gegenüber dem Kind einen bedeutenden Einfluss auf die kindliche Entwicklung haben (Collins, W. A., Maccoby, Steinberg, Hetherington & Bornstein, 2000). Die Erziehungsfähigkeit der Eltern stellt demzufolge einen zentralen Aspekt der gesundheitsrelevanten Elternkompetenzen dar.

Fuhrer (2007, S. 273) versteht unter elterlicher *Erziehungsfähigkeit*, „dass Erziehungsziele und -einstellungen auf der Grundlage angemessener Erziehungskenntnisse und unter Anwendung ausreichender persönlicher Kompetenzen der Eltern im Umgang mit dem Kind in entwicklungsförderliches und dem Kindeswohl dienliches Erziehungsverhalten umgesetzt werden“.

Dettenborn und Walter (2002, S. 98 – 108) beschreiben die Bestimmungsgrößen der elterlichen Erziehungsfähigkeit, nämlich Erziehungsziele, Erziehungseinstellungen, Erziehungskenntnisse, Kompetenzen des Erziehenden und Erziehungsverhalten wie folgt:

Die *Erziehungsziele* sollten kindorientiert sein, d. h. sie sollten die alters-, entwicklungs- und geschlechtsspezifischen psychischen und physischen Bedürfnisse und Fähigkeiten des Kindes angemessen berücksichtigen. Gleichzeitig sollten sie sich an den gesellschaftlich akzeptierten Werten orientieren, um dem Kind die Integration in die Gesellschaft zu ermöglichen.

Zu den *Erziehungseinstellungen* gehören im Wesentlichen die Akzeptanz der kindlichen Individualität, sowie das Interesse am Kind und damit die Bereitschaft, Prioritäten zugunsten des Kindes und seiner Erziehung zu setzen. Das beinhaltet, konkurrierende Interessen zurückzustellen und ausreichend Zeit sowie mentale und materielle Ressourcen für das Kind aufzubringen.

Die *Erziehungskenntnisse* bestehen aus einem allgemeinen und einem spezifischen Wissen über das Kind. Zum *Allgemeinen Erziehungswissen* gehören entwicklungspsychologische Kenntnisse, d. h. das Wissen, welche Entwicklungsschritte ein Kind in welchem Alter macht und welche Rahmenbedingungen diese fördern. Erziehungswissen erleichtert die Orientierung an angemessenen Erziehungszielen und -einstellungen und erweitert das Repertoire an Erziehungspraktiken. Das *spezifische Wissen über das Kind* beinhaltet Kenntnisse über die individuellen Dispositionen des Kindes wie Persönlichkeit, Bedürfnisse und Beweggründe seines Handelns. Es dient dazu, das Verhalten des Kindes richtig interpretieren und bewerten zu können und das Erziehungsverhalten angemessen auf das Kind abzustimmen.

Des Weiteren sind die *Kompetenzen des Erziehenden* entscheidend. Diese beinhalten zum einen die *Fähigkeit zur willentlichen Stabilität*. Sie bewirkt, dass das elterliche Erziehungsverhalten vom Kind als vorhersagbar und zuverlässig erlebt wird und das Kind eigenes Verhalten klaren erzieherischen Konsequenzen zuordnen kann. Stabilität meint dabei jedoch nicht Rigidität. Kindliche Entwicklungsveränderungen müssen stets berücksichtigt werden, indem Handlungsspielräume für das Kind nach und nach erweitert werden. Mit der willentlichen Stabilität eng verbunden ist die *Ich-Stärke des Erziehenden*, die sich durch Gelassenheit, Souveränität und Autonomie auszeichnet und eine notwendige pädagogische Distanz erlaubt, durch die sich der Erziehende an den Bedürfnissen des Kindes statt an den eigenen Bedürfnissen orientieren kann. Eine weitere persönliche Kompetenz des Erziehenden ist seine *Fähigkeit zu feinfühligem Fürsorgeverhalten*, das Voraussetzung für eine sichere Bindung des Kindes (siehe 1.2) ist.

Zum *Erziehungsverhalten* zählen alle Handlungen sowie Unterlassungen des Erziehenden, die eine Wirkung auf die Entwicklung des Kindes haben. Ein *kindeswohldienliches Erziehungsverhalten* orientiert sich am Entwicklungsstand des Kindes. Es befriedigt die sich aus dem Entwicklungsstand ergebenden kindlichen Grundbedürfnisse und fördert die kindlichen Fähigkeiten. Kindeswohldienlich kann ein Erziehungsverhalten mit hoher Wahrscheinlichkeit dann sein, wenn es sich durch folgende Kriterien auszeichnet:

- die Orientierung am Kind, d. h. dem Kind Zeit und Aufmerksamkeit schenken sowie seine Sicht respektieren
- Zuneigung und emotionale Wärme geben
- klare und erklärbare Regeln setzen und gleichzeitig Autonomie fördernde Handlungsspielräume schaffen
- entwicklungsgerechte Anregungen bereitstellen

Die Forschung beschäftigt sich bereits seit längerem mit den *zentralen Dimensionen elterlichen Erziehungsverhaltens*. Vor allem zwei Dimensionen wurden als maßgeblich herausgestellt: (a) Zuwendung und Wärme versus Zurückweisung und Kälte und (b) das Ausmaß an Lenkung und Kontrolle (Maccoby & Martin, 1983). Je nach Ausprägung des Elternverhaltens hinsichtlich jeder dieser Dimensionen lassen sich unterschiedliche Erziehungsstile bestimmen, die eine Typisierung von aufeinander bezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen darstellen. Abbildung 1 verdeutlicht dies. Im Sinne dieser Typologie differenziert Diana Baumrind (1996) zwischen einem autoritären, permissiven, zurückweisend-vernachlässigenden und autoritativen Erziehungsstil. Der autoritative Erziehungsstil zeichnet sich durch hohe Involviertheit und Wärme der Eltern und gleichzeitig klare, altersangemessene Erwartungen und Richtlinien für erwünschtes Verhalten der Kinder aus.

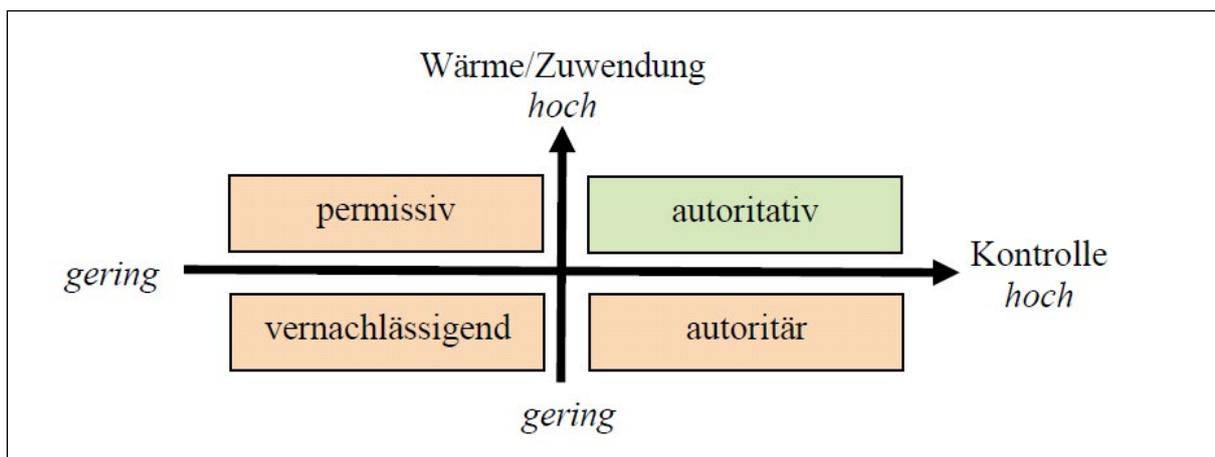


Abbildung 1: Erziehungsstile nach Baumrind (Baumrind, 1991)

Im Folgenden werden das elterliche Beziehungs- und Erziehungsverhalten sowie konkrete elterliche Verhaltensweisen beschrieben, durch die sich der autoritative Erziehungsstil charakterisieren lässt. Übergeordnet lassen sich drei Kerndimensionen darstellen (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005, S. 56f):

1. **Emotionale Wärme, Zuneigung und Wertschätzung**

- Eltern sind sich der Einmaligkeit und Besonderheit des Kindes bewusst

- Sie sind dem Kind zugewandt und schenken ihm Aufmerksamkeit
- Ihr Umgang mit dem Kind ist respektvoll in allen Situationen
- Sie bieten dem Kind Unterstützung an, wann immer es sie benötigt
- Eltern genießen gemeinsame Aktivitäten mit dem Kind

2. Fordern und Grenzen setzen

- Eltern haben Vertrauen in die Fähigkeit ihrer Kinder und stellen entsprechende Forderungen, die deren Entwicklung voranbringen
- Sie scheuen die Konflikte mit ihren Kindern nicht, tragen sie aber konstruktiv aus
- Sie haben gegenüber ihren Kindern eine eigene Meinung und vertreten diese überzeugend
- Sie setzen klare, dem Entwicklungsstand ihrer Kinder angemessene Grenzen und bestehen auf deren Einhaltung. Dies beinhaltet, ggf. Wut und Ärger des Kindes auszuhalten

3. Gewähren und Fördern von Eigenständigkeit

- Eltern nehmen ihre Kinder in ihren Bedürfnissen und Absichten ernst
- Sie sind prinzipiell gesprächs- und kompromissbereit
- Sie ermöglichen ihren Kindern ein Optimum an eigenen Entscheidungen und stärken dadurch ihre Entscheidungsfähigkeit und Selbstverantwortung
- Sie eröffnen den Kindern Möglichkeiten, eigene Erfahrungen zu sammeln. Die kindliche Neugier, der Wissensdurst und der Bewegungsdrang werden nicht durch übervorsichtige Überwachung gehemmt

Schneewind (2002) unterscheidet – wie auch Baumrind in ihren frühen Arbeiten – drei Erziehungsstile: „Freiheit in Grenzen“ im Sinne autoritativer Erziehung, „Grenzen ohne Freiheit“ als autoritären Erziehungsstil und „Freiheit ohne Grenzen“ als durch wenig Lenkung und Kontrolle charakterisierten Erziehungsstil, wobei allerdings auf die durchaus relevante Unterscheidung zwischen permissiv-verwöhnender und vernachlässigender Erziehung verzichtet wird. „Freiheit in Grenzen“ bzw. der autoritative Erziehungsstil zeichnet sich, wie eben beschrieben, durch ein hohes Maß an elterlicher Zuwendung und Wärme sowie durch ein mittleres bis hohes Maß an Kontrolle aus, wobei den Kindern klare Verhaltenserwartungen kommuniziert und Grenzen gesetzt werden, auf deren Einhaltung die Eltern mit angemessenen Sanktionen achten.

Hierbei ist allerdings auch maßgeblich, wie elterliche Kontrolle ausgeübt wird. Für die Prävention von Problemverhalten hat sich vor allem eine konsistente Verhaltenskontrolle als förderlich erwiesen sowie der erklärende Verweis auf die Folgen unerwünschten Verhaltens (Induction), während psychologische Kontrolle als intrusiv-manipulative, erpresserische Strategie negative Folgen zeigt (Barber, 2002; Hove et al., 2009; Koglin & Petermann, 2008). Auch übermäßig strenge und willkürliche Kontrolle begünstigt eher Ängste, mangelndes Selbstwertgefühl und Problemverhalten, als dass sie dem entgegen wirken würde. So gehen ein stark kontrollierendes Verhalten der Eltern, ein strenger und restriktiver Erziehungsstil sowie körperliche Bestrafungen mit vermehrten externalisierenden und internalisierendem Problemverhalten der Kinder einher (Cowan, C. P., Cowan & Heming, 2005; Schneewind, Walper & Graf, 2000). Demgegenüber scheint im Jugendalter vor allem das elterliche Monitoring (elterliches Wissen um die Belange und Aktivitäten ihrer Kinder) förderlich für die Prävention von Problemverhalten zu sein. Allerdings basiert dieses elterliche Wissen vorrangig auf der Selbst-

stöffnungsbereitschaft der Kinder und wird in seiner Rolle als Erziehungsverhalten kontrovers diskutiert (Stattin & Kerr, 2000).

Baumrinds Arbeiten haben vor allem dazu beigetragen, die entwicklungsförderliche Bedeutung der autoritativen (liebvoll-konsequenten) Erziehung herauszustellen, die sich bis ins Jugendalter hinein als positive Ressource für die Förderung eines positiven Selbstwertgefühls, hoher sozialer Kompetenzen, geringen Problemverhaltens und einer günstigen Entwicklung schulischer Leistungen erwiesen hat (Steinberg, 2001; Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts & Dornbusch, 1994; Walper, 2008). Es konnten zudem ein besseres, kooperatives Verhalten mit den Eltern, ein freundliches Verhalten mit Gleichaltrigen, größere Selbstkontrolle, Eigenständigkeit, Leistungsstreben und intellektuelle Leistungsfähigkeit sowie fortgeschrittene emotionale Reife bei autoritativ erzogenen Kindern festgestellt werden (Peterander, Franz, 2009; Ziegenhain, 2008). Autoritativ erzogene Mädchen zeigten beispielsweise eine größere Zielstrebigkeit, Unabhängigkeit und Leistungsorientierung, und autoritative Erziehungspraktiken der Eltern gingen bei den Jungen mit freundlichem und kooperativem Verhalten einher (Wild & Lorenz, 2009). Ein autoritativer Erziehungsstil fördert bereits im frühen Kindesalter die Ausbildung einer vertrauensvollen und positiven emotionalen Beziehung zu den Eltern und führt zu einer größeren Gehorsamsbereitschaft und Kooperation dieser Kinder mit ihren Eltern (Ziegenhain, 2008).

Verschieden Studien belegen, dass neben mangelnder Involviertheit der Eltern und unzureichender Beaufsichtigung durch sie vor allem ein Mangel an Wärme und positiver Beziehung zwischen Eltern und Kind sowie raue, unflexible und inkonsistente Erziehungsmethoden mit einem erhöhten Risiko an kindlichen Verhaltensstörungen und emotionalen Problemen einhergehen (Sanders & Prinz, 2008). Kinder von Eltern, deren Erziehungsverhalten durch mangelnde Wärme und geringes Einfühlungsvermögen gekennzeichnet ist, erleben sich von ihren Eltern wenig beachtet und besitzen ein niedriges Selbstbewusstsein. Durch aggressiv-oppositionelles Verhalten versuchen sie, die Aufmerksamkeit der Eltern zu erlangen, selbst wenn diese aus negativer Zuwendung besteht. Auch strenge und strafende Erziehungspraktiken hängen zum Teil mit aggressiv-oppositionellem Verhalten im Kindergartenalter zusammen (Frick, P. J., Christian & Wootton, 1999). Inkonsistentes Belohnungs- und Bestrafungsverhalten erschweren es dem Kind, die von den Eltern beabsichtigten Forderungen zu verstehen und umzusetzen, wodurch negatives Verhalten des Kindes zusätzlich verstärkt wird (Dodge, 2002; Stormshak, Bierman, McMahon, Lengua & Conduct Problems Prevention Research Group, 2000).

Insgesamt sprechen also diese Befunde dafür, dass eine positiv-emotionale Beziehung mit hoher elterlicher Zuwendung und Aufmerksamkeit gegenüber den kindlichen Bedürfnissen sowie ein konsistent-lenkendes Erziehungsverhalten, das auf übermäßig strenge und körperliche Bestrafung sowie manipulative Kontrollstrategien verzichtet, der kindlichen Entwicklung besonders zuträglich ist (Gabriel & Bodenmann, 2006; Petermann, U. & Petermann, 2006; Reichle & Gloger-Tippelt, 2007). Ein solcher Erziehungsstil hat sich als wichtiger Schutzfaktor im Kontext anderer Risikofaktoren erwiesen. Allerdings ist es keineswegs einfach, einen solchen durchaus anspruchsvollen Erziehungsstil angesichts der vielfältigen Anforderungen im Familienleben und insbesondere in Belastungssituationen aufrecht zu erhalten. Ökonomische Probleme, psychische oder körperliche Erkrankungen, allgemeine Lebensumstände und Stressbelastung sind u. a. Aspekte, die die Erziehungskompetenzen negativ beeinflussen (Petermann, U. & Petermann, 2006). Insofern mag es nicht verwundern, dass ne-

ben dem Erziehungsstil auch die elterliche Kompetenzen zur Stressbewältigung einen Schutzfaktor gegenüber kindlichem Problemverhalten darstellen (Gabriel & Bodenmann, 2006).

1.4 Individuelle, familiäre und externe Einflüsse auf Elternkompetenzen

Die meisten Eltern erkennen und begreifen die Signale und Bedürfnisse ihres Säuglings und reagieren intuitiv richtig auf die Bedürfnisse des Kindes (Papoušek, H. & Papoušek, 1987). Neben dem Temperament des Kindes können die Lebensumstände oder personale Faktoren der Eltern jedoch für einen Mangel an Sensitivität oder Störungen des intuitiven Elternverhaltens verantwortlich sein. Genannt werden in der Literatur folgende Einflussfaktoren auf das elterliche Interaktionsverhalten (vgl. Gregor & Cierpka, 2005; Lohaus, Ball & Lißmann, 2004; Pauli-Pott & Schneider, 2006; Suess, G. J. & Hantel-Quitmann, 2004):

- Belastungen innerhalb des engeren sozial-emotionalen Umfelds des Elternteils, insbesondere Partnerschaftskonflikte
- weitere in der Lebenssituation begründete Stressfaktoren, die einen Teil der elterlichen Aufmerksamkeitskapazitäten beanspruchen und schließlich bei der Interaktion mit dem Baby fehlen
- mit den Bedürfnissen des Säuglings konkurrierende Ziele aus anderen Lebensbereichen
- Einflüsse, die vom Temperament des Kindes abhängen: Häufiges Schreien und die angeborene Neigung zur Unruhe können die elterlichen Ressourcen absorbieren und einen Kreislauf negativer Gegenseitigkeit in Gang setzen
- Wissen und Ansichten über Entwicklung und Erziehung
- eigene Bindungserfahrungen
- Verhaltensrepertoire der Bezugsperson
- Depressivität der Bezugsperson
- Integration der Eltern in ein soziales Netzwerk

Auf Grundlage der ökologischen Theorie von Bronfenbrenner (1977) geht Belsky (1984) davon aus, dass das elterliche Verhalten durch eine Vielzahl verschiedener Determinanten beeinflusst wird und analysiert drei Hauptbereiche, die einen Einfluss auf das elterliche Verhalten haben:

1. die *elterliche Persönlichkeit*, die unter anderem durch die eigene Entwicklungsgeschichte in der Herkunftsfamilie geprägt ist
2. der *soziale Kontext*, insbesondere die Partnerbeziehung, soziale Unterstützung und Erfahrungen am Arbeitsplatz
3. *Merkmale des Kindes*, wie z. B. Temperament, Persönlichkeit oder Verhaltensauffälligkeiten

Diese Einflussgrößen sind nicht als voneinander unabhängige Determinanten zu verstehen. Belsky integriert sie in ein systemisches Prozessmodell elterlichen Verhaltens (siehe Abbildung 2), welches deutlich macht, wie die einzelnen Faktoren in einer komplexen Weise zusammenwirken und miteinander in Wechselbeziehung stehen.

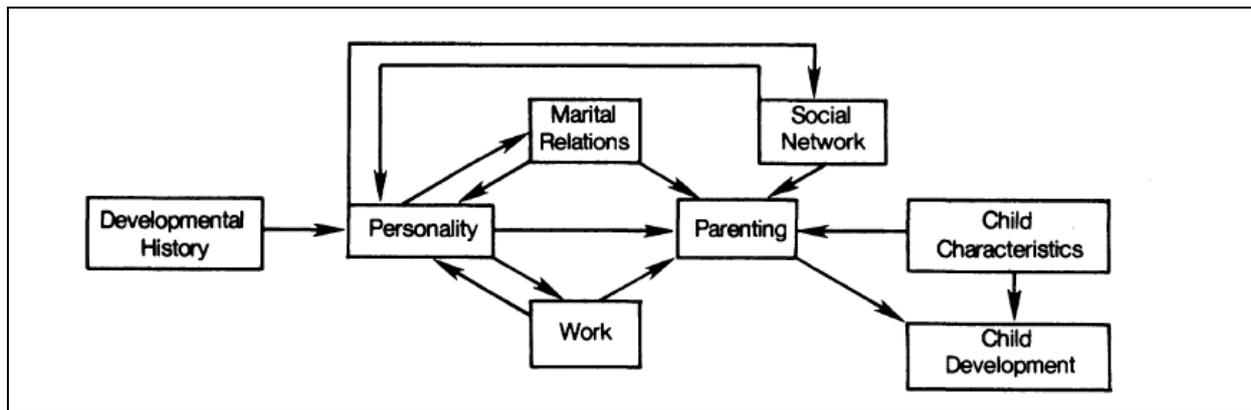


Abbildung 2: Prozessmodell elterlichen Verhaltens (Belsky, 1984, S. 84)

Ergänzt wurde dieses Modell durch den gesonderten Fokus auf die ökonomischen Ressourcen der Familie (Kruse, 2001).

Die Einflussfaktoren können einerseits Quellen von Stress oder andererseits Quellen von Unterstützung sein und dementsprechend in ihrem Zusammenwirken zur kumulativen Beeinträchtigung oder zur wechselseitigen Kompensation der elterlichen Kompetenzen im Verhalten gegenüber dem Kind führen. Wie Eltern ihre Kompetenzen in der Interaktion mit den Kindern ausspielen können, hängt nicht zuletzt von den Kontextbedingungen im Familiensystem ab. Insbesondere die Qualität der elterlichen Paarbeziehung wurde als wichtiger Einflussfaktor auf das Erziehungsverhalten herausgestellt (Buehler & Gerard, 2002; Erel & Burman, 1995; Graf, 2002).

Paarbeziehung der Eltern

Die Effekte von chronischen elterlichen Konflikten auf die kindliche Entwicklung gelten als empirisch bewiesen. Häufige Partnerschaftskonflikte der Eltern stehen in Zusammenhang mit internalisierenden und externalisierenden Verhaltensstörungen von Kindern und haben Effekte auf die kognitive, soziale und psychische Entwicklung der Kinder.

Elterliche Konflikte können zum einen direkte Wirkung auf die Entwicklung des Kindes haben: Häufige Beobachtungen intensiver und ungelöster Konflikte und Streitereien zwischen den Eltern können die Emotionsregulation der Kinder beeinträchtigen, wodurch sich Angststörungen, Depression, aggressives Verhalten, sowie weitere Verhaltensprobleme und emotionale Belastungen der Kinder entwickeln können (Davies et al., 2002; Hetherington, 2006; Walper & Beckh, 2006). Konflikte in der Partnerschaft beeinträchtigen zudem die elterlichen Kompetenzen im Umgang mit dem Kind und haben so einen indirekten Effekt auf die kindliche Entwicklung (Cummings & Davies, 2002).

Der Prozess, dass sich die elterliche Paarbeziehung auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirkt, wird als „Spill-over“-Effekt bezeichnet. Zum einen kann Negativität und Aggression zwischen den Eltern als „Spill-over-Prozess“ zu *harschem und aggressivem Verhalten* gegenüber dem Kind führen. Außerdem ist möglich, dass partnerschaftliche Konflikte und Differenzen in den Erziehungsvorstellungen der Eltern zu *inkonsistentem und unstrukturiertem Erziehungsverhalten* führen. Schließlich kann die Unzufriedenheit mit der Partnerbeziehung auch die emotionalen Kompetenzen der Eltern und die *Fähigkeit, dem Kind Unterstützung und Wärme zukommen zu lassen*, beeinträchtigen (Krishnakumar & Buehler, 2000).

Konflikte zwischen den Eltern beeinflussen also das Erziehungsverhalten negativ, indem sie die Aufmerksamkeit der Eltern binden und zu einer geringeren Zuwendung gegenüber den Kindern beitragen. Außerdem wird dadurch inkonsistent-straftendes Erziehungsverhalten begünstigt.

Der Begriff „Elternallianz“ oder „Coparenting“ verbindet die beiden Konstrukte „elterliche Erziehung“ und „elterliche Partnerschaft“ miteinander und beschreibt die Kooperation in der Erziehung. „Coparenting“ bzw. „Elternallianz“ gilt als *„die Fähigkeit eines Elternteils, im Sinne eines wechselseitigen Unterstützungssystems die Elternrolle und -aufgabe des anderen zu kennen, zu respektieren und wertzuschätzen“* (Cohen, R. & Weissman, 1984; zit. n. Gabriel & Bodenmann, 2006, S. 10). Es wird davon ausgegangen, dass sich eine elterliche Erziehungspartnerschaft, die auf dem Fundament einer autoritativen Haltung gegenüber dem Kind steht, positiv auf die kindliche Entwicklung auswirkt (Schneewind, 2010). Wenig unterstützendes, konflikthafte Coparenting steht im Zusammenhang mit Verhaltensauffälligkeiten und Selbstregulierungsproblemen der Kinder (Feinberg, Kan & Hetherington, 2007). Coparenting ist erst in jüngerer Zeit in den Fokus der Forschung getreten.

Als die vier wichtigsten, miteinander interagierenden Komponenten einer günstigen Elternallianz gelten (Gabriel & Bodenmann, 2006, S. 10):

- die Unterstützung des Partners in seiner Elternrolle
- die Übereinstimmung in der Erziehung
- eine zufriedenstellende Verteilung der Erziehungsaufgaben
- ein angemessenes partnerschaftliches Interaktionsmuster

Mögliche Basis für eine funktionale Elternallianz ist das sogenannte „dyadische Coping“, (oder auch „partnerschaftliche Unterstützung“). Es bezeichnet den gemeinsamen Umgang der Partner zur Bewältigung von partnerschaftsexternem Stress durch Kommunikation und Unterstützungshandeln. Als einzelne Faktoren, welche eine günstige Elternallianz fördern, führen Gabriel und Bodenmann (2006) neben dem kindlichen Temperament die individuellen Eigenschaften der Eltern auf der affektiven (Befinden, Depression), kognitiven (Überzeugungen, Einstellungen) und behavioralen Ebene (Erziehung, Stressbewältigung), die Partnerschaftsqualität einschließlich Intimität und Kommunikationsstil sowie die elterliche Stress- und Belastungsbewältigung auf.

Persönlichkeit und Wohlbefinden der Eltern

Auch die Persönlichkeit und das Wohlbefinden der Eltern haben einen Einfluss auf das Erziehungsverhalten und die kindliche Entwicklung. So zeigen Studien, dass eine erhöhte Depression der Mütter ein Risikofaktor für problematisches Erziehungsverhalten ist und eine weniger positive kindliche Entwicklung begünstigt (Foster, Garber & Durlak, 2008; Wachs, Black & Engle, 2009).

Familienklima

Ebenfalls Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes hat das Familienklima. Probleme innerhalb der Familie haben Auswirkungen auf physiologische Prozesse des Kindes. Ein zu hohes Maß an Schutz des Kindes durch die Eltern, zu viel Strenge oder ein schlechter Umgang mit innerfamiliären Konflikten kann sich körperlich negativ beim Kind niederschlagen. Umgekehrt kann ein positives Familienklima als Puffer bei gesundheitlichen Belastungen, besonders bei chronischen Krankheiten wirken. Die Forschung hierzu befindet sich allerdings noch im Anfang (Soliday, 2004).

Mangelnde ökonomische Ressourcen

Der Fokus der Forschung ist in den letzten Jahren zunehmend auf den Einfluss von mangelnden ökonomischen Ressourcen auf die Familie gerichtet worden, die sowohl die Eltern-Kind-Beziehungen als auch die kindliche Entwicklung belasten (Butterwegge et al., 2003; Walper, 2008; Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005). Ökonomische Risikofaktoren können schon früh die kindliche Entwicklung belasten, da Mütter unterer Sozialschichten oft schon während der Schwangerschaft ein ungünstiges Gesundheitsverhalten zeigen, Vorsorgeuntersuchungen weniger oft wahrnehmen und häufiger von Frühgeburten betroffen sind. Hierbei kommen nicht nur mangelnde Bildungs- und finanzielle Ressourcen der Eltern zum Tragen, sondern auch Einstellungen und der Lebensstil, wie er in der Milieuforschung einbezogen wird (Liebenwein, 2008). Die Einflüsse von Nachbarschaften auf die physische und seelische Gesundheit von Kindern wurden zwar in der amerikanischen Forschung vermehrt in den Blick genommen (Leventhal & Brooks-Gunn, 2000), in Deutschland fehlt hierzu jedoch noch die einschlägige Forschung.

Netzwerke und soziale Ressourcen

Mehrfach belastete Familien sind meist nicht nur finanziell benachteiligt, sondern verfügen auch über kleinere Netzwerke, geringere soziale Ressourcen (Röhrle, 1994) und erhalten weniger außerfamiliäre Unterstützung (Argyle, 1998; Mayr-Kleffel, 1991). Gesundheitliche und soziale Entwicklungschancen von Kindern aus sozial benachteiligten Familien können durch die Förderung des sozialen Netzwerks der Eltern verbessert werden (z. B. Hashima & Amato, 1994; Hermanns & Leu, 1998). Auch profitieren Kinder von erwachsenen Bezugspersonen und machen neue Lernerfahrungen (Schneewind, Beckmann & Engfer, 1983). Verwandtschaftliche Unterstützungsleistungen werden v.a. bei andauernden und sehr großen Belastungen in Anspruch genommen (Bubert, Franzkowiak, Stößel, von Troschke & Wnuck, 1987), während Bekannte und Nachbarn entweder in Notsituationen oder bei kleinen Problemen um Hilfe gebeten werden (Bubert et al., 1987). Nachbarschaftliche Unterstützungsgesuche sind dabei halb-öffentlich, können auf eine Notlage deuten und sind somit ambivalent zu betrachten, da sie mit einer sozialen Stigmatisierung einhergehen können (Mayr-Kleffel, 1991). Dies mag die Ursache dafür sein, dass nachbarschaftliche Beziehungen in Untersuchungen nachrangig als Ressource genannt werden (Klusmann, 1986).

1.5 Bedeutung der Eltern für die kognitive Entwicklung des Kindes

Als primärer Bildungsort für die frühe Förderung basaler kognitiver und emotional-motivationaler Persönlichkeitsmerkmale gilt die Familie. Aus Sicht der Pädagogischen Psychologie werden die grundlegenden Lern- und Bildungsvoraussetzungen in der Familie durch eine durch Feinfühligkeit vermittelte sichere Bindung gelegt. Der autoritative Erziehungsstil wirkt sich positiv auf das Explorationsverhalten aus, denn die Unterstützung der kindlichen Autonomie spielt eine besondere Rolle für die Förderung motivationaler Bildungsvoraussetzungen. Sie trägt zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung einer auf Selbstbestimmung beruhenden (intrinsic) Lernmotivation bei (Minsel, 2007). Auch in der Pädagogik wird betont, dass vor allem in der frühen Kindheit die emotionale Zuwendung und Bindung in der Familie von zentraler Bedeutung für eine optimale Hirnentwicklung und Grundlage für Sicherheit und Selbstwertgefühl ist (Rauschenbach et al., 2004).

Neben der körperlichen Versorgung, der Vermittlung von Regeln und Werten sowie der Begegnung des kindlichen Bedürfnisses nach Wärme und Sicherheit, gilt die Unterbreitung basaler Lernangebote an das Kind als grundlegende Aufgabe der Eltern (Maccoby, 1999, 2002). Eltern müssen ihrem Kind Lernangebote und -möglichkeiten bereitstellen und organisieren und damit Erkundung und Lernen ermöglichen und fördern (Ziegenhain, 2008). Nach Jean Piagets konstruktivistischer Sichtweise von Lernen (zit. n. Kammermeyer, 2006; Piaget, Jean, 1978; Piaget, J. & Aebli, 1974) eignen sich Kinder ihre kognitiven Kompetenzen nicht durch die passive Übernahme von Wissen an, sondern sie konstruieren ihr Wissen aktiv, indem sie ihre Umwelt entdecken und verarbeiten. Mit der frühzeitigen Bereitstellung einer intellektuell anregenden Umgebung und der Förderung des kindlichen Explorationsverhaltens können Eltern deshalb dazu beitragen, die kindlichen Entwicklungspotenziale auszuschöpfen. Piaget ging jedoch außerdem davon aus, dass das soziale Umfeld des Kindes keinen entscheidenden Einfluss auf die kindliche Entwicklung hat, was zu kontroversen wissenschaftlichen Diskussionen geführt hat. Einen wichtigen Beitrag in dieser Debatte lieferte Wygotski (1987), der mit seiner Theorie der kognitiven Entwicklung im Gegensatz zu Piaget davon ausgeht, dass kognitive Entwicklung zusätzlich auch ein sozial vermittelter Prozess ist, der von der Unterstützung durch die Eltern abhängt. Wygotski führte den Begriff „Zone der nächsten Entwicklung“ ein. Der Begriff bezeichnet den Unterschied zwischen dem Entwicklungsniveau, auf dem ein Kind eine Aufgabe unter Anleitung von kompetenten Anderen bewältigt, und dem Niveau, auf dem das Kind eine Aufgabe selbstständig löst. Wenn ein Kind eine neue Aufgabe lernt, muss z. B. ein kompetenter Anderer zunächst eine Struktur vorgeben, die dem Kind das Lösen der Aufgabe ermöglicht, bis das Kind nach und nach die Aufgabe immer selbstständiger lösen kann. Eltern können also eine wichtige Rolle in der kognitiven Entwicklung ihrer Kinder einnehmen, indem sie ihnen in sozialen Interaktionen Unterstützung beim Erlernen neuer Fähigkeiten bieten (Kammermeyer, 2006; Wade, S. M., 2004). Die anspruchsvolle pädagogische Aufgabe der Eltern besteht darin, ihren Kindern „vorausseilende“ Entwicklungsangebote zu schaffen, von denen optimale Lern- und Wachstumsanreize ausgehen, indem die Entwicklungsangebote den Entwicklungsvoraussetzungen des Kindes angemessen und zugleich für die Entwicklungsfortschritte förderlich sind (Fuhrer, 2007).

Wade (2004) führt vier elterliche Verhaltensweisen auf, die auf einer empirischen Basis in einen Zusammenhang mit der kognitiven Entwicklung von Kindern gebracht werden:

1. Emotionale und verbale Ansprache (Eltern-Kind-Interaktionen)

Die emotionale und verbale Ansprache durch die Bezugsperson beeinflusst nachgewiesenermaßen die kognitive und die sprachliche Entwicklung des Kindes. Emotionale und verbale Ansprache umfasst dabei eine weite Spanne von elterlichen Kommunikationsweisen mit dem Kind, die von Liebkosungen über Ermutigungen bis hin zu Erklärungen reichen. Sie kann entweder spontan oder auf die Signale des Kindes hin erfolgen. Neben der Art der Interaktion spielt auch der zeitliche Umfang, den die Bezugsperson mit emotionaler und verbaler Ansprache an das Kind verbringt, eine Rolle für die kognitive Entwicklung des Kindes.

2. Kognitive Stimulation in der häuslichen Umgebung

Wie oben erwähnt hat der Umfang der kognitiven Stimulationen, die von den Eltern in der häuslichen Umgebung bereitgestellt werden, ebenfalls einen nachgewiesenen Effekt auf die intellektuelle Entwicklung des Kindes. Im Säuglingsalter umfassen kognitive Stimulationen alle Aktivitäten, die zwischen Elternteil und Kind stattfinden: Berührung, Lächeln, Blickkontakt, das Zeigen von Spielzeugen

oder das Äußern von Lauten und Geräuschen. Sobald das Kind älter wird und es die Umwelt stärker wahrnimmt, gewinnen Spielzeuge, Lesematerialien, visuelle und auditive Anregungen, Ermunterungen und das gemeinsame Spiel mit dem Kind an Bedeutung. Eine wichtige Rolle spielt die Verschiedenartigkeit der Stimulationen, die z. B. gegeben ist, wenn das Kind mehrere Bezugspersonen hat, die jeweils Zeit mit ihm verbringen.

3. Elterliche Ausübung von „Kontrolle“ und Möglichkeiten der Unabhängigkeit (autoritativer Erziehungsstil)

Kinder, deren Eltern einen autoritativen Erziehungsstil anwenden, erfahren Führung und Struktur, aber ebenso wird ihre Autonomie gefördert. Es konnte gezeigt werden, dass diese Kinder hinsichtlich Intelligenz und kognitiver Fähigkeiten besser abschneiden als andere Kinder. Vermutlich hilft ein autoritativer Erziehungsstil den Kindern, logisches Denken und eine Vorstellung von „Ursache und Wirkung“ zu entwickeln.

4. Gebrauch von Disziplinierungsmaßnahmen

Wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass bestimmte Stile positiver Disziplin und Bestrafung die kognitive Entwicklung in der frühen Kindheit fördern können. Unter positiver Disziplin wird in diesem Zusammenhang verstanden, dass die Erziehungsperson einen strengen Ton anschlägt, aber gleichzeitig dem Kind den Grund für die Bestrafungsmaßnahme erklärt. Disziplinierungsmaßnahmen in Form von Anschreien, körperlicher Bestrafung, Schelten und Beschimpfen des Kindes, oder der Ausdruck von Ärger und Feindschaft gegenüber dem Kind hemmen jedoch dessen kognitive Entwicklung. Es wird vermutet, dass ein Kind in diesem Fall Ängstlichkeit entwickelt, die das kognitive Lernen und die Wissbegierde hemmt. Auch wenn einige Disziplinierungsmaßnahmen angewendet werden sollten, sollte dies vorsichtig, moderat und auf keinen Fall in unangemessener Häufigkeit und Art und Weise erfolgen.

1.6 Bedeutung der Eltern für die körperliche und seelische Gesundheit des Kindes

Vor allem im Säuglings- und Kleinkindalter sind Kinder fast vollständig von ihren Eltern abhängig, die ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu sichern haben. Auch die Medizin bzw. die Gesundheitswissenschaften zählen die Eltern zu den primär Verantwortlichen für die körperliche Gesundheit und Entwicklung ihrer Kinder. Kinder sind darauf angewiesen, dass ihre existenziellen körperlichen Grundbedürfnisse gestillt werden und sind essentiell abhängig von ihren Eltern hinsichtlich körperlicher Pflege und Hygiene, Ernährung und der Pflege bei Krankheiten. Des Weiteren spielen Eltern eine wichtige Rolle für das frühzeitige Erkennen von möglichen Entwicklungsstörungen des Kindes und für die Prävention von einer Reihe von Gesundheitsrisiken. Auf indirektem Wege können Eltern zudem durch die Gestaltung des Familienklimas die körperliche Gesundheit ihres Kindes beeinflussen. Darüber hinaus können Eltern in der frühen Phase der Kindheit in besonderer Weise zur Gesundheitsförderung ihres Kindes beitragen, weil sie in dieser Phase einen großen Einfluss auf die Etablierung einer gesunden Lebensweise des Kindes ausüben können. Bevor auf diese Themenfelder im Einzelnen eingegangen wird, soll ein Überblick darüber gegeben werden, welche generellen Kompetenzen Eltern innerhalb dieser Bereiche benötigen. Die grundlegenden Kompetenzen, die Eltern für die Unterstützung der körperlichen Gesundheit ihres Kindes benötigen, sind gesundheitsbezogenes Wissen und Kenntnisse im Bereich der nachfolgend aufgezeigten Themenfelder. Wenn ein gewisser Grad an Wis-

sen erreicht ist, sind jedoch weitere Kompetenzen der Eltern entscheidend: Neben dem Wissen haben Kompetenzen wie Problemlösefähigkeit, Selbstwirksamkeit, gesundheitsbezogene Überzeugungen und Alltagskompetenzen einen entscheidenden Einfluss auf das tatsächliche Handeln der Eltern (Soliday, 2004). Darüber hinaus beeinflussen Kompetenzen für das eigene Gesundheitsverhalten und familiäre Kompetenzen die Gesundheit des Kindes auf indirektem Wege. Zudem haben bindungsförderliche Kompetenzen sowie Erziehungskompetenzen der Eltern innerhalb mehrerer der genannten Themenfelder einen erheblichen Einfluss auch auf die körperliche Gesundheit des Kindes.

Die Gesundheit des Kindes kann nicht losgelöst von der Eltern-Kind-Beziehung bzw. losgelöst von Eltern-Kind-Interaktionen betrachtet werden. Um die nachfolgenden Aufgaben zur Förderung der körperlichen Gesundheit ihrer Kinder erfüllen zu können, benötigen Eltern in jedem Falle auch Erziehungskompetenzen (siehe 1.3) sowie bindungsförderliche Kompetenzen (siehe 1.2). In nahezu jedem der genannten Themenfeldern spielen Erziehungskompetenzen eine Rolle. So sind Erziehungskompetenzen beispielsweise wichtig in der Eltern-Kind-Interaktion während der Mahlzeiten, in der Motivation des Kindes zu körperlicher Aktivität, in der Prävention von Gesundheitsrisiken wie Unfällen, in der Gestaltung des Familienklimas u. v. m. Auch die sichere Bindung zwischen Eltern und Kind hat eine hohe Bedeutung für die körperliche Gesundheit des Kindes (Soliday, 2004). So hat die Qualität der Bindungsbeziehung beispielsweise einen Einfluss darauf, wie das Kind sein Unwohlsein äußert und seine Suche nach Hilfe ausdrückt und wie die Bezugsperson hierauf reagiert. Kinder mit sicherer Bindung äußern ihr Unwohlsein und ihr Hilfebedürfnis eher als Kinder die unsicher gebunden sind. Auch nehmen Eltern mit hoher Feinfühligkeit die Signale und Bedürfnisse des Kindes eher wahr. So kann auf die Bedürfnisse des Kindes wie Müdigkeit, Schmerzen, Krankheit oder Hunger früher und besser eingegangen werden. In einigen Studien konnte ein Zusammenhang zwischen der Bindungsqualität eines Kindes und seinem gesundheitlichen Zustand festgestellt werden (Bock, Helmeke, Ovtcharoff, Gruss & Braun, 2003; Ciechanowski, Sullivan, Jensen, Romano & Summers, 2003; Feeney, J., 2000; Feeney, J. A. & Ryan, 1994; Soliday, 2004). Programme zur Förderung der körperlichen Gesundheit von Kleinkindern, die an der Förderung elterlicher Kompetenzen ansetzen, sollten also in jedem Falle auch Erziehungskompetenzen sowie die Förderung der Feinfühligkeit berücksichtigen.

Es wird allgemein angenommen, dass kognitive Faktoren einen entscheidenden Einfluss auf das Gesundheitsverhalten eines Menschen haben. Ausgehend von der Tatsache, dass Kinder hinsichtlich ihrer Gesundheit vom elterlichen Verhalten abhängig sind, sollten als elterliche Kompetenzen neben dem gesundheitsbezogenen Wissen folgende kognitiv-verhaltensbezogene Variablen der Eltern Berücksichtigung finden (Soliday, 2004):

- gesundheitsbezogene Überzeugungen (Health Beliefs)
- gesundheitliche Kontrollüberzeugungen (Health Locus of control)
- Selbstwirksamkeit

Individuelle Überzeugungen und Wahrnehmungen beeinflussen das Verhalten eines Menschen, so lautet die zentrale Annahme des Health Belief Model von Rosenstock (1974; zit. n. Soliday, 2004). Gemeinsam mit den individuellen Überzeugungen eines Menschen führen nach diesem Modell Handlungsanstöße, wie beispielsweise körperliche Symptome, zu einer Handlung des Menschen. Im Falle der Kindergesundheit können die durch die Eltern wahrnehmbaren Symptome beispielsweise häufiges Weinen oder Unregelmäßigkeiten im Schlafverhalten, sowie deutlichere körperliche Symptome wie Husten oder Fieber sein. Ausgehend von den wahrgenommenen Symptomen wählen und

ergreifen anschließend Eltern Maßnahmen. Dabei wird ihre Handlung davon beeinflusst, wie groß die Eltern die Bedrohung einschätzen, welchen Nutzen sie von der Behandlung erwarten und welche Barrieren sie sehen (Janz & Becker, 1984; zit. n. Soliday, 2004).

Nach dem Konzept der gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen (Health Locus of control) beeinflusst die Überzeugung, dass eigenes Handeln etwas bewirken kann, die Handlung einer Person. Menschen mit einer hohen internalen gesundheitlichen Kontrollüberzeugung gehen davon aus, dass Ereignisse in hohem Maße auf ihr eigenes Handeln zurückzuführen sind (Soliday, 2004).

Gemäß Bandura beeinflusst die Kombination von Wissen und dem Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit die Fähigkeit eines Menschen, eine Aufgabe bzw. eine Handlung gut auszuführen (Bandura, 1997). Nach der sozial-kognitiven Theorie werden kognitive, motivationale, emotionale und aktionale Prozesse durch subjektive Überzeugungen gesteuert. Dabei spielen insbesondere die Handlungs-Ergebnis-Erwartung bzw. Konsequenzerwartung und die Selbstwirksamkeitserwartung bzw. Kompetenzüberzeugung eine wichtige Rolle. Im Mittelpunkt der sozial-kognitiven Theorie steht die „Selbstwirksamkeitserwartung“, also die Überzeugung, persönlich die Fähigkeit zu besitzen, ein bestimmtes Verhalten ausführen zu können. Nehmen Menschen wahr, dass sie erfolgreich agieren können, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sie dieses Verhalten übernehmen. Für eine dauerhafte Verhaltensänderung ist neben der Kompetenzerwartung die „Ergebniserwartung“, also der Nutzen, der mit der Handlung verbunden wird, relevant (Schwarzer, 2004).

Dass die Gesundheitsförderung von Kindern auch bei den Eltern ansetzen sollte, zeigt zudem eine Studie von Coneus und Spiess (2008). Sie untersuchten den Zusammenhang zwischen der Gesundheit von Kindern innerhalb ihrer ersten drei Lebensjahre und der Gesundheit ihrer Eltern. Ziel war es, herauszufinden, ob eine Weitergabe von Gesundheitsrisiken von Eltern auf ihre Kinder existiert. Als Datenbasis fungierten Ergebnisse des Sozioökonomischen Panels der Jahre 2002 bis 2006. Es konnten signifikante Korrelationen zwischen der Gesundheit der Eltern mit der Gesundheit ihrer Kinder festgestellt werden. Eltern mit schlechter Gesundheit haben auch Kinder mit schlechter Gesundheit. Die „Weitergabe“ von Gesundheit der Eltern an ihre Kinder ließ sich am deutlichsten für die Gesundheitsmaße feststellen, die auf Einschätzungen der Mütter basieren. Mütter, die ihre eigene Gesundheit als gut einschätzen, haben auch gesündere Kinder. Diese Ergebnisse verdeutlichen die Bedeutung von mütterlichem Wohlbefinden für die Gesundheit ihrer Kinder. Neben den gezeigten Ansätzen kann ein Weg zur Förderung der Gesundheit von Kindern demnach auch in der Stärkung der körperlichen und psychischen Gesundheit der Mütter liegen.

Körperliche Pflege und Hygiene

Schon vom ersten Lebenstag an sollten Eltern in der Lage sein, für die angemessene körperliche Pflege und Hygiene ihres Kindes zu sorgen (WHO, 2010). Sie sollten wissen, worauf beim Baden des Säuglings, beim Einsatz von Windeln sowie der Nutzung von Pflegeprodukten zu achten ist. Hautentzündungen oder Allergien kann auf diese Weise vorgebeugt werden. Darüber hinaus sollten Eltern Kenntnisse über einen angemessenen Sonnenschutz ihres Kindes besitzen (Bergmann & Bergmann, 2007; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2010). Neben dem bloßen Wissen benötigen Eltern jedoch Alltagskompetenzen sowie Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit (Selbstwirksamkeit), um für die körperliche Pflege und Hygiene ihres Kindes zu sorgen.

Ernährung

Ebenfalls vom ersten Lebenstag an sollten Eltern für eine angemessene Ernährung ihres Säuglings sorgen können. Dabei ist Stillen die beste Ernährungsform, da die Muttermilch optimal den Bedürfnissen des Säuglings angepasst ist und das Kind so mit allen nötigen Nährstoffen versorgt wird. Muttermilch trägt zum Infektionsschutz des Säuglings, zur Allergieprophylaxe sowie zur Prävention von Adipositas bei. Voraussetzung ist dabei die gute Ernährung der stillenden Mutter (Bergmann & Bergmann, 2007; Lindsay, Sussner, Kim & Gortmaker, 2006). Von der WHO wird ein Aufrechterhalten des Stillens als alleinige Ernährung des Säuglings über einen Zeitraum von 4 bis 6 Monaten empfohlen. Während zu Beginn die Stillbereitschaft der Mütter relativ hoch ist, sinkt sie innerhalb der ersten Lebensmonate des Säuglings stark ab. Gründe für ein Einstellen des Stillens sind beispielsweise Probleme mit der Brust, Probleme mit dem Baby oder die Überbeanspruchung der Mutter. Um ein Aufrechterhalten des Stillens trotz Probleme zu erreichen, benötigt eine Mutter neben dem Wissen um die Bedeutung des Stillens Kompetenzen im Umgang mit den auftretenden Problemen. Da die Probleme sehr individuell sein können, ist hier am ehesten eine persönliche Stillberatung angezeigt, d. h. die Mutter sollte in der Lage sein, Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen. Im Rahmen einer Beratung können Mütter beispielsweise persönliche Ermutigung, Hinweise zur Haltung oder Stimulation des Kindes sowie Tipps zum Stillen trotz zeitlicher Belastung erhalten (Robert-Koch-Institut, 2004; WHO, 2010). Ab einem Alter von 4 bis 6 Monaten kann das Baby zusätzlich zur Muttermilch Breikost erhalten und mit den ersten Zähnen ab etwa 10 Monaten kann es bereits von der Familienkost essen. Eltern müssen wissen, welche Nahrungsmittel in welchen Mengen für das Kind in seiner jeweiligen Entwicklungsphase geeignet sind (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2010). Neben Kenntnissen über angemessene Nahrungsmittel für das Baby sollten Eltern jedoch genauso Kompetenzen im Umgang mit dem Kind in Fütter-Situationen besitzen. Mütter, die Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit dahingehend besitzen, ihr Kind angemessen füttern zu können und während der Mahlzeiten adäquat auf die Bedürfnisse ihres Kindes reagieren zu können, zeigen erhöhte Kompetenzen in Fütter-Situationen (Horodyski & Stommel, 2005). Darüber hinaus können Eltern bereits sehr früh Einfluss auf das Ernährungsverhalten ihrer Kinder einfluss nehmen (Horodyski & Stommel, 2005).

Pflege bei Krankheiten

Kinder sind, wenn sie erkrankt sind, essentiell auf die Pflege durch die Eltern angewiesen. Um ihren Kindern die notwendige Unterstützung bei Krankheiten zu geben, müssen Eltern die Hinweise des Kindes auf sein körperliches Missbefinden wahrnehmen, Krankheitssymptome erkennen und auf die gesundheitlichen Bedürfnisse adäquat reagieren, z. B. Maßnahmen zur Linderung der Symptome ergreifen oder einen Arzt aufsuchen. Außerdem müssen sie nötige Behandlungen durchführen und aufrechterhalten (Soliday, 2004). Hierfür benötigen Eltern Wissen im Umgang mit häufigen Kinderkrankheiten wie Bauchschmerzen, Durchfall, Erbrechen, Fieber oder grippale Infekte (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2010; Pott, Fillinger & Paul, 2010).

Ähnlich wie im Falle der alltäglichen körperlichen Pflege und Hygiene des Kindes benötigen Eltern auch für die Pflege ihres kranken Kindes Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit. Darüber hinaus spielen Problemlösefähigkeit sowie gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen eine wichtige Rolle. Eltern von Kindern mit Allergien, Asthma oder schwerwiegenderen Erkrankungen sind in besonderer Weise herausgefordert (Steiß & Lindemann, 2009). Eine Untersuchung von Wade et al. (zit. n.

Soliday, 2004; 2000) konnte zeigen, dass die bessere Problemlösefähigkeit sowie die bessere Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Mutter mit einem positiveren Verlauf der Asthma-Erkrankung des Kindes zusammenhängen. Umfangreicheres Wissen war hingegen nicht mit dem Verlauf der Erkrankung assoziiert.

Erkennen von Entwicklungsstörungen

Damit Entwicklungsdefizite eines Kindes möglichst frühzeitig erkannt werden, benötigen Eltern zum einen Wissen über den normalen Entwicklungsverlauf, die Entwicklungsphasen und Entwicklungsaufgaben eines Kindes, zum anderen Wissen über mögliche Entwicklungsstörungen. Dadurch können Eltern eine aktive Rolle in der Krankheitsfrüherkennung übernehmen. Zudem sind Eltern dafür verantwortlich, dass ihre Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen (Straßburg, 2009). Auch hierzu benötigen Eltern entsprechendes Wissen und die bereits genannten handlungsbezogenen Kompetenzen. Unter anderem spielt dabei die Überzeugung vom Nutzen der Früherkennungsuntersuchungen eine Rolle.

Prävention von Gesundheitsrisiken

Eine Reihe von physischen Gesundheitsproblemen, die bereits im frühen Kindesalter auftreten können, ist mit geeigneten primärpräventiven Maßnahmen durch die Eltern beeinflussbar. Außerdem können geeignete präventive Maßnahmen in der Kindheit auch die spätere Entwicklung einiger Gesundheitsstörungen und Erkrankungen beeinflussen. Die nachfolgende **Tabelle 2** zeigt eine Übersicht zu Gesundheitsproblemen die früh auftreten können, sowie Gesundheitsproblemen die sich später entwickeln können und die entsprechenden von den Eltern wahrzunehmenden präventiven Maßnahmen (Bergmann & Bergmann, 2007). Die Aufstellung verdeutlicht, dass Eltern zur Prävention von Gesundheitsrisiken ihres Kindes neben dem Wissen über die potentiellen Gesundheitsprobleme auch die entsprechenden Handlungskompetenzen zur Durchführung der präventiven Maßnahmen benötigen. Eine entscheidende Rolle spielen an dieser Stelle zudem die gesundheitsbezogenen Überzeugungen der Eltern (Health Beliefs, s. o.). Studien konnten zeigen, dass gesundheitsbezogene Überzeugungen der Eltern beispielsweise mit dem Inanspruchnahmeverhalten gesundheitlicher Versorgung sowie der Risikovorbeugung von Unfällen zusammenhängen. Auch das Inanspruchnahmeverhalten von Vorsorgemaßnahmen und Impfungen ist höher bei Müttern, die ein hohes Maß an inter-nalen gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen haben (Soliday, 2004).

Tabelle 2: Auswahl: Präventive Maßnahmen von Eltern zur Vermeidung von Gesundheitsproblemen ihrer Kinder (Bergmann & Bergmann, 2007; Bitzer, Walter, Lingner & Schwartz, 2009)

Gesundheitsproblem	Präventive Maßnahme der Eltern
Erkrankungen, die früh im Kindesalter auftreten können	
Durch Impfungen vermeidbare Infektionskrankheiten	Impfungen durchführen lassen
Verletzungen und Sterblichkeit durch Unfälle, Vergiftungen und Aspirationen	Passiver Schutz, z. B. Rückhaltesysteme in Auto, Kinderwagen, Hochsitz. Förderung der motorischen Kompetenz und frühe Ausbildung in umsichtigem Verhalten
Plötzlicher Säuglingstod	Säuglinge zum Schlafen nur auf den Rücken legen, Nichtrauchen, Stillen
Schütteltrauma	Säuglinge und Kleinkinder nicht schütteln
Krankheiten durch Nährstoffmangel	Gute Ernährung der stillenden Mutter, altersangepasste Säuglingsflaschenernährung verwenden
Milchzahnkaries	Dem Kind keine Flasche zur Beruhigung geben, Dauernuckeln vermeiden, Zähneputzen sobald die Kinder Zahnpasta ausspucken können
Infektionen wie Durchfall oder Hautinfektionen durch mangelnde Hygiene	Körperliche Hygiene und Nahrungshygiene
Mittelohrentzündung	Oberkörper und Kopf leicht erhöhen bei Flaschenernährung
Atemwegserkrankungen durch Passivrauchen	Auf Rauchen verzichten
Sonnenbrand	Vermeidung von zu langer und starker Sonnenexposition, passiver Sonnenschutz
Erkrankungen, die sich erst später entwickeln	
Übergewicht und Adipositas, Diabetes mellitus Typ II	Um eine epigenetische Prägung des Stoffwechsels des Kindes zu vermeiden, sollte die Mutter vor und während der Schwangerschaft ihr eigenes Körpergewicht beachten. Sie sollte auf Zigarettenkonsum verzichten, das Kind stillen, sowie ihm gute Ess- und Bewegungsgewohnheiten vermitteln
Karies der bleibenden Zähne	Prävention der Milchzahnkaries
Unfallträchtiges Risikoverhalten	Risikovorbeugung wie Fahrradhelm oder Anschnallen zur Gewohnheit machen, Umsicht im Straßenverkehr beibringen
Krebsarten, die mit Passivrauchen in Zusammenhang stehen	Rauchen vermeiden
Vorzeitiges Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Vermeidung von Übergewicht und Adipositas, Etablierung guter Ess- und Bewegungsgewohnheiten. Nicht rauchen

Gesundheitsförderung über die Prägung des Gesundheitsverhaltens

Im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention ist die Kindheit die wohl wichtigste Phase für die Vermeidung von Krankheiten und die Entwicklung von Kompetenzen zur Erhaltung der eigenen Gesundheit, denn die meisten Kinder kommen gesund auf die Welt, ihr Gesundheitsverhalten ist

noch nicht festgelegt, sie haben eine große Lernbereitschaft und -fähigkeit, und Stoffwechsel und Immunologie werden im Kindesalter nachhaltig „epigenetisch“ geprägt (Bergmann & Bergmann, 2007). Im Folgenden wird der Einfluss von Eltern auf das Gesundheitsverhalten ihrer Kinder näher dargestellt. Im frühen Kindesalter können Eltern vor allem das Ess- sowie das Bewegungsverhalten ihrer Kinder nachhaltig prägen.

Die Ess- und Bewegungsgewohnheiten eines Menschen beginnen sich im Krabbel- und Kleinkindalter auszubilden und Eltern können hierauf Einfluss nehmen (Lindsay et al., 2006). Ess- und Bewegungsgewohnheiten, die in der frühen Kindheit erlernt und unterstützt wurden, können sich als Lebensstil-Gewohnheiten etablieren und sich durch das gesamte Leben ziehen. Demnach stellt die frühe Kindheit eine einzigartige Phase dar, in der solche Lebensstil-Gewohnheiten etabliert werden können, die der Gesundheitsförderung und beispielsweise der Minimierung des Gesundheitsrisikos Adipositas dienen (Campbell et al., 2008; Horodyski & Stommel, 2005).

Das Essverhalten eines Menschen etabliert sich schon im Kindesalter und wird stark beeinflusst von den Eltern. Schon das Kleinkindalter ist eine entscheidende Phase, um gesunde Essgewohnheiten zu prägen und Übergewicht und Adipositas vorzubeugen. Das kindliche Essverhalten wird neben der genetischen Disposition eines Menschen vor allem durch die Einflüsse der Eltern geprägt. Es ist vor allem das Alter zwischen 0 und 6 Jahren, in dem Eltern nahezu vollständig verantwortlich sind für (Kröller & Warschburger, 2009):

- die Auswahl der Nahrungsmittel
- die Festlegung der Mahlzeiten
- die Gestaltung der Mahlzeiten

Des Weiteren wirken Eltern über bestimmte Steuerungsmechanismen auf die Ernährung und das Essverhalten ihrer Kinder ein. Explizit können die Eltern z. B. durch Aufforderungen oder Verbote auf das Essverhalten einwirken, und implizit steuern sie z. B. durch ihr eigenes Essverhalten die Ernährung ihres Kindes (Kröller & Warschburger, 2009).

Kinder entwickeln den Großteil ihrer Essgewohnheiten über das Nahrungsangebot sowie wiederkehrende Erfahrungen. Aufgrund verschiedener Forschungsergebnisse wird angenommen, dass die individuellen Unterschiede in der physiologischen Regulierung der Energiezufuhr sich bereits im Vorschulalter ausbilden. Eltern haben dabei einen enormen Einfluss auf die Ausbildung dieser Unterschiede. In der frühen Kindheit entwickelt sich die Selbstregulation des Kindes. Bereits kleine Kinder lernen, ihr Essverhalten selbst zu regulieren, wobei sie auf die Unterstützung ihrer Eltern angewiesen sind. In Kindern ist es angelegt, dass sie auf den Energiegehalt von Essen reagieren und somit ihre Nahrungsaufnahme kontrollieren. Auf der anderen Seite reagieren Kinder jedoch auch auf die Versuche ihrer Eltern, ihr Essverhalten zu beeinflussen. Verschiedene Forschungsarbeiten haben gezeigt, dass solche Maßnahmen der Eltern das Kind daran hindern können, seine körpereigenen inneren Hinweise von Hunger und Sättigung wahrzunehmen (Lindsay et al., 2006). Deshalb ist in Ess- bzw. Fütter-Situationen die Trennung der Zuständigkeiten von besonderer Wichtigkeit: Die Rolle der Eltern besteht darin, ihren Kindern eine gesunde Auswahl an Essen anzubieten, während die Kinder entscheiden dürfen, was und wie viel sie von diesem Angebot essen wollen. Die Eltern sollten sich danach ausrichten, wann und wie viel ihr Kind essen möchte. Entscheidend ist dabei, dass Eltern die Bedürfnisse des Kindes erkennen und angemessen hierauf reagieren können (Horodyski & Stommel, 2005). Eltern sollten die verbalen und nonverbalen Äußerungen des Kindes deuten können.

Zudem sollten Eltern das Kind früh dazu ermutigen, ohne die Mithilfe der Eltern essen zu können. Auf diese Weise wird das Kind darin gefördert, seine Nahrungsaufnahme selbst regulieren zu können.

Am besten können Eltern Einfluss auf das Essverhalten ihrer Kinder über das Angebot der Nahrungsmittel machen (Campbell et al., 2008; Horodynski & Stommel, 2005). Insbesondere im Vorschulalter essen Kinder ungern für sie unbekannte Nahrungsmittel. Hier können Eltern auf die Essgewohnheiten ihrer Kinder einwirken, indem sie ihnen eine Vielfalt gesunder Lebensmittel anbieten. Wenn Eltern ihre Kinder frühzeitig mit gesunden Lebensmitteln in Kontakt bringen, essen und mögen Kinder mehr von diesen Lebensmitteln. In eine Studie von Cooke et al. (2004) konnte gezeigt werden, dass ein frühes Angebot von Obst und Gemüse durch die Eltern zu einem höheren Konsum von Obst und Gemüse der Kinder führt. Auch die Ablehnung von bestimmten Nahrungsmitteln durch die Kinder lässt sich durch das wiederholte Anbieten dieser Nahrungsmittel positiv verändern.

Eltern können zudem Einfluss auf das Essverhalten ihres Kindes nehmen, indem sie für eine positive soziale Umgebung während der Mahlzeiten sorgen. Die soziale Umgebung, in der die Kinder essen, hat Einflüsse auf die Nahrungsmittelpräferenzen des Kindes. Forschungsergebnisse zeigen, dass Kinder Vorlieben für das Essen entwickeln, was ihnen in positiven Kontexten angeboten wird und eher das Essen nicht mögen, was ihnen in negativen Zusammenhängen angeboten wird. Gesundes Essen, das Kindern in positiven Kontexten angeboten wird, bestärkt Kinder darin, dies Essen zu mögen (Campbell et al., 2008).

Des Weiteren haben die Ernährungsgewohnheiten der Eltern Einfluss auf die Art der Nahrungsmittel, die ein Kind zu sich nimmt. Im frühen Kindesalter essen Kinder, was ihre Eltern, insbesondere ihre Mütter, essen. Wenn Eltern zu viel essen, essen möglicherweise auch ihre Kinder zu viel. Auf diese Weise beeinflussen die eigenen Essgewohnheiten der Eltern die Entwicklung von Übergewicht bei ihren Kindern (Campbell et al., 2008).

Es konnte gezeigt werden, dass elterlicher Konsum von Obst und Gemüse in Zusammenhang mit kindlichem Konsum von Obst und Gemüse steht (Cooke et al., 2004). Als theoretische Grundlage hierfür kann das Konzept des Beobachtungslernens aus der sozial-kognitiven Lerntheorie von Bandura (Bandura, 1997) herangezogen werden. Nach dieser Theorie resultieren kognitive und emotionale Veränderungen sowie das Verhalten eines Menschen aus Beobachtungen von Modellen. Modelle sind Personen, deren Verhalten sowie verbale und non-verbale Ausdrücke vom Beobachter wahrgenommen werden und als Resultat bei diesem zur Aneignung neuer Überzeugungen oder Verhaltensweisen führt. Kinder wählen ihre Modelle danach aus, welche Relevanz diese Personen für sie haben, sodass vor allem in der frühen Kindheit die Eltern über ihre Elternrolle mit ihrem eigenen Verhalten einen großen Einfluss auf das kindliche Verhalten haben. Das Prinzip des sozialen Lernens gilt nicht nur für das Ernährungsverhalten, sondern ebenso für das Bewegungsverhalten (s. u.) (Soliday, 2004).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Eltern für die Förderung gesunder Essgewohnheiten ihrer Kinder die folgenden Kompetenzen benötigen:

- Wissen in Bezug auf:
 - die Auswahl gesunder Nahrungsmittel
 - die Zubereitung gesunder Nahrungsmittel
 - die Menge an Nahrungsmitteln, die ein Kind benötigt und die Anzahl der Mahlzeiten
 - den Einfluss, den Eltern auf das Essverhalten des Kindes ausüben können

- eine förderliche Ausgestaltung der Mahlzeiten
- elterliche Steuerungsmöglichkeiten während der Mahlzeiten
- den Einfluss des eigenen Essverhaltens auf das Essverhalten des Kindes
- die Bedeutung der Selbstregulation des Essverhaltens für das Kind
- Handlungskompetenzen:
 - die Fähigkeit, die verbalen und nonverbalen Signale des Kindes wahrzunehmen und angemessen hierauf reagieren zu können
 - Erziehungskompetenzen während der Mahlzeiten und in der Eltern-Kind-Interaktion, z. B. beim Einführen neuer Nahrungsmittel
 - Steuerung des eigenen Essverhaltens
 - Zubereitung von Nahrungsmitteln

Auch das Bewegungsverhalten eines Menschen wird bereits in der frühen Kindheit geprägt und eingeübt. Studien zum Einfluss der Eltern auf die körperliche Aktivität von Kindern beziehen sich in der Regel auf Kinder ab einem Alter von 4 Jahren. Aus den Ergebnissen dieser Studien lassen sich einige Schlussfolgerungen für die Bedeutung der Rolle der Eltern im Blick auf die körperliche Aktivität ihrer Kinder machen. Eltern können die körperliche Aktivität ihrer Kinder fördern, indem sie (Gustafson & Rhodes, 2006; Pugliese & Tinsley, 2007; Sallis, Prochaska & Taylor, 2000; van der Horst, Paw, Twisk & van Mechelen, 2007):

- die Selbstwirksamkeit des Kindes hinsichtlich körperlicher Aktivität stärken, z. B. durch Loben und Ermutigen
- dem Kind emotionale Unterstützung bieten durch Ermutigung, Förderung, Zuschauen
- dem Kind ermöglichen, im Freien zu spielen
- körperliche Aktivitäten des Kindes ermöglichen und erleichtern, z. B. durch Transport zu verschiedenen Sportstätten, Bezahlung von Gebühren, Bereitstellen von Ausstattung oder Zubehör
- sich an der Aktivität des Kindes beteiligen, z. B. durch gemeinsames Spielen
- häufiges Fernsehen des Kindes verhindern
- dem Kind – entsprechend der sozial-kognitiven Lerntheorie von Bandura (s. o.) – durch eigene körperliche Aktivität ein Vorbild sind

Hierzu benötigen Eltern die Überzeugung, dass körperliche Aktivitäten bedeutsam für die Gesundheit ihrer Kinder sind sowie Wissen und Handlungskompetenzen hinsichtlich ihrer Möglichkeiten, die Bewegung ihrer Kinder fördern zu können.

Es konnte gezeigt werden, wie wichtig es ist, dass Eltern verstehen, welche Rolle sie in der Prägung des Gesundheitsverhaltens ihres Kindes einnehmen und wie entscheidend es ist, dass Eltern entsprechende Handlungskompetenzen besitzen bzw. erlernen. Ansätze zur Gesundheitsförderung über das Gesundheitsverhalten der Kinder sollten deshalb nicht nur bei den Kindern, sondern auch direkt bei den Eltern ansetzen. Der Beginn dieser Interventionen empfiehlt sich bereits im frühesten Kindesalter, um einen frühzeitigen Einfluss auf die Entwicklung des Gesundheitsverhaltens des Kindes nehmen zu können.

2 Wissenschaftliche Modelle zur Beschreibung von Elternkompetenzen

2.1 Hoghughi (2004): Conceptual framework of parenting

Der klinische Psychologe Masud Hoghughi² (2004, S. 6) weist darauf hin, dass innerhalb der Literatur zu „Parenting“ die Betonung der ausgedehnten Vielfältigkeit elterlicher Praktiken, der komplexen und veränderlichen Kontexte und der Notwendigkeit, Eltern und Kinder individuell zu behandeln wesentlich ist. Dennoch könne sich diese Fachrichtung nur dann stimmig entwickeln, wenn die Hauptelemente der Struktur von „parenting“ identifiziert und kommuniziert werden. Basierend auf Arbeiten verschiedener Autoren zur Identifikation der theoretischen Bestandteile von „parenting“, schlägt Hoghughi (2004, S.6ff) ein konzeptuelles Rahmenmodell zu Elternschaft (orig.: „Conceptual framework of parenting“) vor. Sein Modell soll zum einen die Evaluation von elterlichem Verhalten innerhalb individueller Familien und zum anderen die Strukturierung elternunterstützender Interventionen ermöglichen. Das Modell ist vor dem Hintergrund elterlicher Kompetenzen sehr breit angelegt und bildet einen hilfreichen theoretischen Rahmen, aus dem heraus sich zum einen benötigte elterliche Kompetenzen für die Versorgung des Kindes ableiten lassen und in das sich zum anderen die Vielfalt elterlicher Kompetenzen einordnen lässt.

Im Zusammenhang mit seinem Modell definiert Hoghughi „parenting processes“ als Aktivitäten, die insbesondere darauf abzielen, das kindliche Wohlergehen zu fördern. Sein Rahmenmodell ist unterteilt in

1. Kern-Elemente *elterlicher Aktivitäten* (orig.: „Parenting Activities“) = die Kernelemente von notwendigem und ausreichendem elterlichem Verhalten („Parenting“)
2. Bereiche *kindlicher Funktionen* (orig.: „Functional areas“) = die Hauptaspekte kindlicher Funktionen, auf welche die elterlichen Aktivitäten abzielen
3. *Voraussetzungen* (orig.: „Prerequisites“) = das, was die Eltern benötigen, um ihre Aufgabe zu erfüllen

1. Kern-Elemente elterlicher Aktivitäten

Hoghughi identifiziert drei Kern-Aktivitäten, die im Hinblick auf die Vielfalt elterlicher Aktivitäten nötig und ausreichend sind, um ein „good enough parenting“ sicherzustellen. Diese sind CARE, CONTROL und DEVELOPMENT. Jede dieser drei Kern-Aktivitäten hat zwei Facetten: die Prävention bezüglich allem, was dem Kind schaden könnte sowie die Förderung von allem, was dem Kind helfen könnte. Die elterlichen Kern-Aktivitäten sind in der Regel alters- und kulturabhängig, d. h. was beispielsweise einem Kleinkind hilft, muss nicht auch einem älteren Kind helfen und was in einer Kultur akzeptiert wird, wird nicht notwendigerweise in einer anderen Kultur anerkannt.

² Professor am Department of Clinical Psychology, University of Hull und Professor in Parenting and Child Development, University of Northumbria, Newcastle

CARE

Der Begriff CARE umschließt alle Aktivitäten, welche die lebensnotwendigen Bedürfnisse des Kindes stillen. Hoghughi sieht die Aufgabe von CARE (Fürsorge) in erster Linie darin, Kinder vor Leid und Schaden zu schützen, sei es im körperlichen, emotionalen oder sozialen Bereich. Innerhalb anlagebedingter Begrenzungen beeinflussen die Aspekte von CARE die Gesundheit und das Gedeihen des Kindes, die Bindung des Kindes an die Elternfigur, emotionale Resilienz und soziale Kompetenz des Kindes, sowie die Entwicklung eines beständigen und positiven Selbstbildes. Entsprechend umfasst dieser Bereich drei Aspekte: körperlich-physische Fürsorge (physical care), emotionale Fürsorge (emotional care) und soziale Fürsorge (social care). Zu PHYSICAL CARE zählen alle Aktivitäten, die das Überleben des Kindes sichern, beispielsweise die Bereitstellung von Essen, Wärme und Sauberkeit, das Sorgen für Schlaf und Körperhygiene, die Prävention von Unfällen und Krankheiten, sowie die Abhilfe bei Verletzungen. EMOTIONAL CARE beschreibt die Zuwendung, die dem Kind entgegengebracht wird, Respekt und positive Interaktionen, in denen emotionale Sicherheit, Akzeptanz und Anerkennung vermittelt wird. Ein besonders relevantes Beispiel für emotionale Fürsorge ist der elterliche Beitrag zur Förderung einer sicheren Bindung des Kindes durch Feinfühligkeit gegenüber den kindlichen Bedürfnissen (siehe 1.2). Emotionale Fürsorge umschließt, das Kind als Individuum zu respektieren, ihm das Gefühl zu geben, bedingungslos geliebt zu sein und ihm Möglichkeiten des Ausprobierens und eigener Entscheidungen zu geben. SOCIAL CARE hingegen bezieht sich auf das soziale Netz, das den Kindern zur Verfügung gestellt wird, mithin die Gewährleistung sozialer Kontakte und Beziehungen auch außerhalb der Familie. Soziale Beziehungen haben große Bedeutung, da sie die Sicht des Kindes von sich selbst formen, seine Gefühlslage beeinflussen und zudem Kinder darin unterstützen, den Wert anderer Menschen zu erkennen.

CONTROL

CONTROL beinhaltet das altersmäßig und kulturell angemessene Setzen und Geltendmachen von Grenzen, um das Verhalten zu kontrollieren und die Sicherheit des Kindes und anderer zu gewährleisten. In der Literatur wird in diesem Zusammenhang häufig die Bezeichnung „Monitoring“ gebraucht, womit die Beobachtung der Aktivitäten des Kindes und das Sicherstellen, dass es sich innerhalb vernünftiger Grenzen bewegt, gemeint ist (siehe 1.3).

DEVELOPMENT

Während CARE essentiell für das Überleben des Kindes ist und CONTROL ein angemessenes Verhalten innerhalb der Gesellschaft sicherstellt, zielen Aktivitäten innerhalb von DEVELOPMENT darauf ab, dass das Kind sein Potential in allen Funktionsbereichen ausfüllt. DEVELOPMENT bezieht sich auf die Förderung kindlicher Potentiale und die Maximierung von Möglichkeiten der Kinder, diese zu nutzen und wird gewährleistet durch Ermutigungen oder die Ermöglichung neuer Erfahrungen seitens der Eltern (Hoghughi, 1998).

2. Bereiche kindlicher Funktionen

Hoghughi nennt vier Bereiche kindlicher Funktionen, welche die elterliche Aufmerksamkeit benötigen: (1) Körperliche Gesundheit, (2) kognitive Fähigkeiten (original: intellectual and educational functioning and problem-solving skills), (3) Sozialverhalten und (4) Psychische Gesundheit.

3. Voraussetzungen zur Ausübung der elterlichen Aktivitäten

Eltern benötigen umfassende und vielgestaltige Ressourcen, um ihre komplexen Aufgaben zu erfüllen, die abhängig vom Kontext variieren. Es ist deshalb laut Hoghughi nicht möglich, eine vollständige Auflistung der Voraussetzungen anzugeben. Dennoch formuliert er vier übergeordnete unabdingbare Voraussetzungen die Eltern benötigen, um ihre Aufgaben zu erfüllen: (I.) Wissen und Verstehen, (II.) Motivation, (III.) Ressourcen und (IV.) Zeit und Gelegenheit zur Interaktion.

- I. *Wissen und Verstehen*: Um angemessen auf die Bedürfnisse des Kindes reagieren zu können, benötigen Eltern die Fähigkeit, Verfassung und Verhalten des Kindes zu bemerken und richtig zu interpretieren. Viele vorhandene Annahmen und Kompetenzen der Eltern sind Ergebnisse ihrer eigenen Sozialisation. Wissen und Verstehen sind nur wirksam in Verbindung mit der angemessenen Handlung.
- II. *Motivation*: Damit aus Wissen Handlung wird, ist Motivation notwendig. Motivation betrifft den Wunsch und die innere Haltung der Eltern das zu tun, was immer nötig ist um den Zustand des Kindes zu bewahren oder zu verbessern. In der Praxis müssen allerdings Kompromisse geschlossen werden zwischen den eigenen Bedürfnissen und den Bedürfnissen des Kindes.
- III. *Ressourcen*: Sie umfassen die elterlichen Eigenschaften, die Fähig- und Fertigkeiten sowie das soziale Netzwerk und die materiellen Ressourcen.

Eigenschaften

Als Eigenschaften (orig.: qualities) bezeichnet Hoghughi elterliche Verhaltenstendenzen oder Herangehensweisen an Aufgaben, die auf grundlegenden Persönlichkeitsmerkmalen beruhen. In der Literatur wird die Bedeutung folgender elterlicher Persönlichkeitsmerkmale für die kindliche Entwicklung betont: Wärme, Intelligenz, Ausgeglichenheit, Kommunikationsfähigkeit sowie Fehlen von ernsthaften körperlichen oder psychischen Gesundheitsproblemen.

Fähigkeiten und Fertigkeiten (orig.: „skills“)

Fähigkeiten und Fertigkeiten sind nicht angeboren, sondern erlernbar. Sie werden zum einen auf formalem Weg erlernt, beispielsweise durch Elternprogramme, zum anderen auf informalem Weg, z. B. durch die eigenen Erfahrungen der Eltern mit ihren Kindern. Fähigkeiten und Fertigkeiten werden benötigt, um die körperlichen, emotionalen und sozialen Bedürfnisse des Kindes zu stillen, um Grenzen zu setzen und durchzusetzen und um mit dem Kind zu kommunizieren. Je komplexer eine Gesellschaft ist und je spezieller die Bedürfnisse eines Kindes sind (z. B. im Falle eines chronisch kranken Kindes), umso komplexere und spezialisiertere elterliche Fähigkeiten sind nötig.

Soziales Netzwerk

Die persönlichen Eigenschaften sowie die Fähigkeiten und Fertigkeiten von Eltern werden häufig verbessert durch die Gegenwart, Einbeziehung und Verantwortlichkeit von anderen, in Form ei-

nes Netzwerks aus Verwandten und Freunden, erweitert durch andere soziale Gruppierungen. Unterstützende Menschen in der Umgebung sind eine entscheidende Quelle für Empowerment.

Materielle Ressourcen

Als materielle Ressourcen gelten allgemein Geld, Güter und Dienstleistungen, die für die Versorgung von Kindern notwendig sind. Sie beinhalten Essen, Kleidung, Unterkunft, Medikamente, Spielzeug, Bildungsmaterial und eine Reihe von Dienstleistungen, die durch die Gesellschaft bereitgestellt werden.

- IV. *Zeit und Gelegenheit zur Interaktion*: Obwohl es eine offensichtliche Voraussetzung ist, betont Hoghughi schließlich, dass Eltern für die Ausübung der elterlichen Aktivitäten Zeit benötigen. Vor allem in den westlichen Industrieländern werde dies verstärkt zu einem Thema und zu einer Voraussetzung, die nicht immer einfach zu realisieren sei (Hoghughi, 2004).

Auf der Basis der Komponenten CARE, CONTROL und DEVELOPMENT beschreibt Hoghughi (2004) „good enough parenting“, das den verschiedenen Bedürfnissen von Kindern und entsprechenden Anforderungen an entwicklungsförderliches Erziehungsverhalten gerecht wird, ohne überhöhte Ansprüche an die Leistungen von Eltern zu stellen und ängstlich-perfektionistisches Verhalten der Mütter und Väter zu befördern. Hierbei bezieht sich Hoghughi auf die Arbeit von Donald Winnicott (Winnicott, 1965), der anerkannte, dass es nicht hilfreich und zudem unrealistisch sei, von Eltern Perfektion zu verlangen. Dies würde die Mühe, die sich der Großteil der Eltern bei der Erfüllung der kindlichen Bedürfnisse gibt, nicht wertschätzen und respektieren.

2.2 Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen (2005):

vier Klassen elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen

Der wissenschaftliche Beirat für Familienfragen (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005, S. 41ff) unterteilt die Gesamtheit aller Elternkompetenzen zunächst in die zwei zentralen Kompetenzklassen *Erziehung* und *Beziehung*. „Erziehung“ umfasst alle absichtsvollen erzieherischen Aktivitäten im engeren Sinne. Mit erzieherischen Aktivitäten wollen Eltern ihre Kinder zu etwas veranlassen oder ihnen etwas beibringen. Dies kann auch indirekt erfolgen, indem Eltern Situationen für ihre Kinder arrangieren. „Beziehung“ schließt hingegen alle Eltern-Kind-Interaktionen ein, die ohne ausdrückliche erzieherische Absicht der Eltern stattfinden. Grundlage für diese nicht-erzieherischen Tätigkeiten sind die elterlichen Beziehungskompetenzen, welche die Autoren als Fundament des Eltern-Kind-Verhältnisses bezeichnen und deren Bedeutung sie besonders hervorheben. Sie verweisen in diesem Zusammenhang auf das Konzept der sicheren Bindung des Kindes an die Elternperson (siehe 1.2), wodurch nachgewiesenermaßen die Akzeptanz elterlicher Erziehungsprozesse erleichtert wird (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005, S. 48ff).

Bestimmte Bedingungsfaktoren sind in konkreten Erziehungssituationen wirksam und beeinflussen das Handeln der Eltern. Zum einen sind dies Bedingungen, die im Erziehenden selbst liegen, zum anderen Bedingungen, die der Individualität des Kindes Rechnung tragen, und drittens situationsspezifische Bedingungen, die an den jeweiligen Handlungskontext gebunden sind (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005). Entsprechend lassen sich selbst-, kind- und kontextbezogene Kompetenzen unterscheiden (siehe Abbildung 3):

<p>1. SELBSTBEZOGENE KOMPETENZEN</p> <p><input type="checkbox"/> sich Wissen über Entwicklung und Umgang mit Kindern aneignen</p> <p><input type="checkbox"/> Wertvorstellungen, eigene Bedürfnisse, eigene Lebensziele sowie Entwicklungsziele für die Kinder klären und zu Standards des Verhaltens machen</p> <p><input type="checkbox"/> Eigene Emotionen kontrollieren und überlegt handeln können</p> <p><input type="checkbox"/> Flexibel, kreativ und veränderungsoffen sein</p> <p><input type="checkbox"/> Von dem Einfluss und der Wirksamkeit des eigenen Handelns überzeugt sein (Selbstwirksamkeit)</p> <p><input type="checkbox"/> Eigene Fehler eingestehen, ohne sich davon entmutigen zu lassen (Selbstreflexivität)</p> <p>2. KINDBEZOGENE KOMPETENZEN</p> <p><input type="checkbox"/> auf physischem und psychischen Wege Zuneigung zeigen</p> <p><input type="checkbox"/> im Sinne von Empathiefähigkeit empfänglich für offene oder verdeckte kindliche Bedürfnisse und Nöte sein</p> <p><input type="checkbox"/> Kindliche Entwicklungspotentiale erkennen und zu ihrer Verwirklichung beitragen</p> <p><input type="checkbox"/> Kindliche Eigenständigkeit anerkennen und durch Gewährung von Freiräumen für eigenes Handeln fördern</p> <p><input type="checkbox"/> Kindliche Kompetenzentwicklung fordern und fördern und unangemessenes Verhalten verhindern</p> <p>3. KONTEXTBEZOGENE KOMPETENZEN</p> <p><input type="checkbox"/> Gemeinsam mit den Kindern Situationen aufsuchen oder gestalten, die entwicklungsförderlich sind</p> <p><input type="checkbox"/> Präventive Maßnahmen im Zusammenhang mit erwartbaren Schwierigkeiten ergreifen</p> <p><input type="checkbox"/> Positive kindliche Entwicklungsgelegenheiten ohne Beisein der Eltern arrangieren bzw. negative Entwicklungskontexte vermeiden oder entschärfen</p> <p><input type="checkbox"/> Beziehungs- und Erziehungspartnerschaften gründen, die mit den eigenen Vorstellungen kompatibel sind</p> <p>4. HANDLUNGSBEZOGENE KOMPETENZEN</p> <p><input type="checkbox"/> Vertrauen in die eigenen Handlungsfähigkeit haben</p> <p><input type="checkbox"/> In Übereinstimmung mit den eigenen Überzeugungen entschlossen, sicher, konsistent handeln</p> <p><input type="checkbox"/> Eigenes Handeln situationsgerecht dosieren, um dem Kind Erfahrungen der Eigenverantwortlichkeit zu ermöglichen</p> <p><input type="checkbox"/> Angekündigtes Handeln tatsächlich umsetzen</p> <p><input type="checkbox"/> Mutig und kreativ handeln</p> <p><input type="checkbox"/> Handeln erfahrungsgeleitet ändern und an neue Gegebenheiten anpassen</p>

Abbildung 3: Vier Klassen elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005, S. 51ff)

- *Selbstbezogene Kompetenzen* der Eltern beinhalten persönlichkeitsnahe Eigenschaften sowie Erziehungs- und Beziehungswissen. Konkret gehören zu den selbstbezogenen Kompetenzen u. a. das Wissen über die Entwicklung der Kinder, klare Wertvorstellungen und Ziele, Emotionskontrolle und Selbstwirksamkeit.
- *Kindbezogene Kompetenzen* ermöglichen es Eltern, in entwicklungsgerechter Anpassung auf die individuellen Besonderheiten und Entwicklungserfordernisse der Kinder einzugehen. Diese kindbezogenen Kompetenzen beziehen sich darauf, Zuneigung zu zeigen, Bedürfnisse und Entwicklungspotentiale zu erkennen, Freiräume zu gewähren, unangemessenes Verhalten zu begrenzen und Kompetenzentwicklung zu fördern.
- *Kontextbezogene Kompetenzen* beziehen sich auf die Auswahl und Gestaltung von Situationen durch die Eltern in einer Weise, dass von der kindlichen Umwelt zum einen positive Entwicklungsanreize ausgehen, zum anderen aber schädliche Einflüsse ferngehalten werden. Zu den kontextbezogenen Kompetenzen von Eltern gehört es, Erfahrungsmöglichkeiten und Entwicklungsgelegenheiten der Kinder auch außerhalb der Familie bzw. ohne eige-

nes Beisein zu arrangieren, eine sichere Umgebung zu schaffen und schwierigen Situationen in der Eltern-Kind-Interaktion vorzubeugen.

- Die *konkrete Umsetzung* der bisher genannten Kompetenzen hängt allerdings von den handlungsbezogenen Kompetenzen ab. Diese bilden die Schnittstelle zur tatsächlichen Umsetzung konkreter Handlungen von Eltern in den einzelnen Beziehungs- und Erziehungssituationen. Die Basis hierfür bilden die selbst-, kind-, und kontextbezogenen Kompetenzen. Handlungsbezogene Kompetenzen beinhalten ein Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit, das Umsetzen von angekündigtem Handeln, die situationsangemessene Dosierung eigenen Handelns, das sicher und konsistente Handeln entsprechend der Überzeugung sowie die Einbeziehung von Erfahrungen und neuen Gelegenheiten in das Handeln.

Die vier Kompetenzklassen ordnen die Autoren in ihr „Prozessmodell elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen“ (siehe Abbildung 4) ein, dem eine systemtheoretische Sicht zugrunde liegt. Elternkompetenzen setzen sich demnach aus einem Repertoire von *Selbstorganisationsdispositionen* zusammen, die sich Eltern im Laufe ihres Lebens innerhalb eines *Selbstorganisationsprozesses* angeeignet haben. Hintergrund des Modells ist die Vorstellung, dass die Optimierung von Elternkompetenzen ein von der Elternperson selbst in Gang zu setzender oder gesetzter Selbstorganisationsprozess der Erfahrungsbildung ist. In konkreten beziehungs- und erziehungsthematischen Situationen werden die elterlichen Kompetenzen aktiviert und beeinflussen das elterliche Handeln. Je nach Erfolg der situationsspezifischen elterlichen Handlung kommt es entweder zu einer Stabilisierung bestehender elterlicher Kompetenzen oder zu einer veränderten Aktivierung der Kompetenzen (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005). Durch die Betonung von selbst-, kontext-, und handlungsbezogenen Kompetenzen neben den kindbezogenen Kompetenzen verdeutlicht die Einteilung des wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen die verschiedenartigen Bereiche elterlicher Kompetenzen. Die Einordnung dieser vier Kompetenzklassen in das systemtheoretische Prozessmodell macht darüber hinaus das Zusammenspiel der elterlichen Kompetenzen innerhalb der beziehungs- und erziehungsthematischen Situation deutlich.

In Programmen zur Stärkung von Elternkompetenzen (siehe Kapitel 5) werden diese unterschiedlichen Aspekte elterlicher Kompetenzen insofern angesprochen, als vielfach Wissen vermittelt, Einstellungen reflektiert, und Handlungsoptionen diskutiert, vielleicht auch erprobt werden. Die Gewichte können unterschiedlich verteilt sein, insbesondere in Bezug auf die Vermittlung handlungsbezogener Kompetenzen, die den Transfer von erweiterten Handlungsoptionen in den Alltag betreffen. Diese stehen im Mittelpunkt verhaltensnaher Trainingsprogramme.

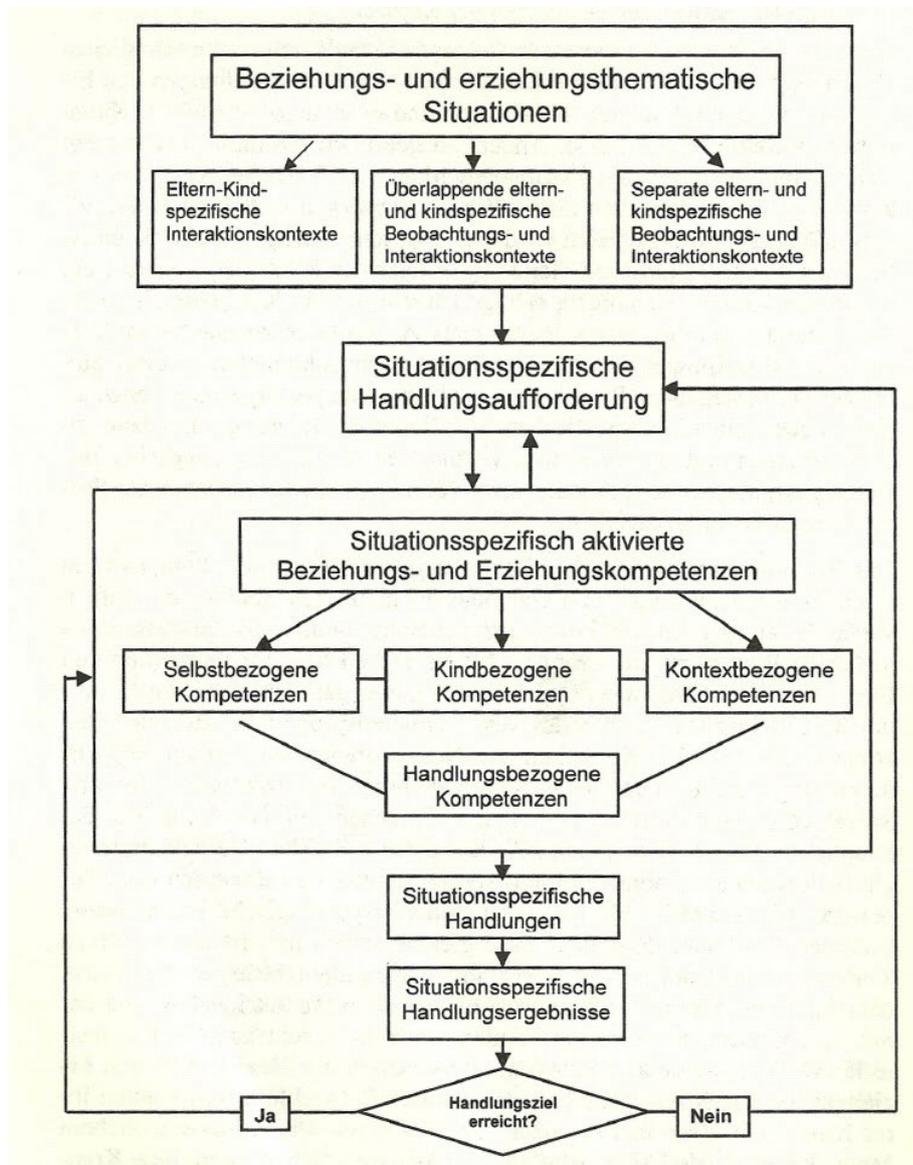


Abbildung 4: Prozessmodell elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005, S.54)

2.3 Petermann & Petermann (2006): Komponenten von Erziehungskompetenz und ihre Merkmale

Das Modell von Ulrike und Franz Petermann (2006) bezieht sich auf konkrete Fähigkeiten mit Blick auf deren Funktionalität. Die Autoren verwenden statt des Begriffs „Elternkompetenzen“ den Begriff „Erziehungskompetenz“. Sie beschreiben damit ein breites Spektrum elterlicher Fähigkeiten, die sie auf Grundlage verschiedener Studien und Konzepte identifiziert haben. Diese fassen sie unter sechs übergeordneten elterlichen Fähigkeiten zusammen, nämlich (1.) Beziehungs-, (2.) Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit, (3.) Grenzsetzungsfähigkeit, (4.) Förderfähigkeit, (5.) Vorbildfähigkeit und (6.) Alltagsmanagementfähigkeit (siehe Abbildung 5).

<p>1. BEZIEHUNGSFÄHIGKEIT</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Empathie, Perspektivenübernahme <input type="checkbox"/> Emotionalität <input type="checkbox"/> Ausdrücken von Zuneigung und Liebe <input type="checkbox"/> Geborgenheit und Schutz vermitteln <input type="checkbox"/> fürsorglich sein <input type="checkbox"/> zuverlässig sein <p>2. INTERAKTIONS- UND KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zuhören <input type="checkbox"/> Miteinander reden <input type="checkbox"/> Erzählen <input type="checkbox"/> Beobachten <input type="checkbox"/> angemessen auffordern <input type="checkbox"/> angemessen verbal und nonverbal reagieren <p>3. GRENZSETZUNGSFÄHIGKEIT</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Absprachen treffen <input type="checkbox"/> Eindeutige Regeln setzen <input type="checkbox"/> Konsequenzen realisieren <input type="checkbox"/> Konsequenz sein <input type="checkbox"/> Positive und negative Verstärkung bei unangemessenem Kindverhalten vermeiden <p>4. FÖRDERFÄHIGKEIT</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Unterstützung <input type="checkbox"/> Ermutigung <input type="checkbox"/> Bekräftigung und positive Verstärkung <input type="checkbox"/> Anforderungen setzen <input type="checkbox"/> Aufgaben und Verantwortung übertragen <p>5. VORBILDFÄHIGKEIT</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Selbstdisziplin <input type="checkbox"/> Reflexion eigenen Handelns und Verhaltens <input type="checkbox"/> Selbstkontrolle, v. a. bei negativen Emotionen <input type="checkbox"/> Impulskontrolle <p>6. ALLTAGSMANAGEMENTFÄHIGKEIT</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Versorgung (Ernährung, Hygiene, Kleidung) <input type="checkbox"/> Pflege (Krankheit) <input type="checkbox"/> Organisation (Einkaufen, Essen, Haushalt, Freizeit) <input type="checkbox"/> Struktur und Rituale

Abbildung 5: Komponenten von Erziehungskompetenz und ihre Merkmale (Petermann, U. & Petermann, 2006)

Das Spektrum der Fähigkeiten reicht von konkreten Fertigkeiten im Alltag und in Erziehungssituationen, über Beziehungs- und emotionale Aspekte, bis zu selbstbezogenen Fähigkeiten des Erziehenden. Zentrales Kriterium für die berücksichtigten Fähigkeiten ist ihre Funktionalität, die körperliche, psychische, sozial-emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes in positiver Weise zu unterstützen. Erziehungskompetenz ist nach Petermann und Petermann immer auf ein zu erziehendes Kind fokussiert und dient dazu, „eine optimale Passform zwischen den altersgemäßen Bedürfnissen des Kindes und der Gestaltung der Umwelt durch die Eltern herzustellen“ (Petermann, U. & Petermann, 2006, S. 1, im Original hervorgehoben). Sie umfasst erzieherische Handlungen, die intentional oder nicht-intentional, sowie bewusst oder nicht-bewusst sein können.

2.4 Fuhrer (2007): Integratives Konzept der Elternbildung zur Stärkung der elterlichen

Erziehungsverantwortung

In Anlehnung an Sigrid Tschöpe-Scheffler (2005b) stellt Urs Fuhrer (Fuhrer, 2007, S. 274ff) ein integratives Konzept zur Elternbildung vor, das auf die Förderung mehrerer elterlicher Kompetenzen in ihrem Zusammenwirken abzielt. Der Fokus des Konzepts liegt in der Stärkung der elterlichen Erziehungsverantwortung. Die verschiedenen Kompetenzbereiche, die in Maßnahmen der Elternbildung gefördert werden sollten, sind nach Fuhrer: *Entwicklungskompetenzen*, d. h. Wissen um entwicklungsabhängige Bedürfnisse des Kindes, *Erziehungskompetenzen*, d. h. Fähigkeiten zu angemessenem Umgang und angemessener Gestaltung von Beziehung und Interaktion mit dem Kind, sowie *Selbst-, Beziehungs- und Familienkompetenzen*. Die einzelnen Kompetenzbereiche beschreibt Fuhrer wie folgt:

1. Entwicklungskompetenzen
 - Wissen um Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsphasen
 - Wissen, was Kinder brauchen, d. h. welche elterlichen Unterstützungsmaßnahmen welche Entwicklungsziele unterstützen
 - Wissen um Risiko- und Schutzfaktoren
2. Erziehungskompetenzen
 - Fähigkeit zu einem entwicklungsfördernden Umgang mit dem Kind
 - Fähigkeit zur Optimierung der Eltern-Kind-Beziehung und Eltern-Kind-Interaktion
3. Selbst-, Beziehungs- und Familienkompetenzen
 - Persönlichkeitsstärke
 - Kompetenzen der Interaktion, Kommunikation und des Konfliktmanagements in der elterlichen Partnerschaft
 - Fähigkeiten der Selbsterfahrung und Selbstreflexion

Darüber hinaus enthält das Konzept die „**Soziale-Netzwerk-Komponenten**“, womit nicht elterliche Kompetenzen im engeren Sinne, sondern der Aufbau und die Nutzung von sozialen Netzwerken in Nachbarschaft und Kommune, sowie die Vernetzung von Familien, Schulen, Institutionen innerhalb von Interventionsmaßnahmen gemeint sind. Die Selbst-, Beziehungs-, und Familienkompetenzen beschreibt Fuhrer im Einzelnen wie folgt (Fuhrer, 2007, S.281):

Elterliche Selbstkompetenzen

Selbstkompetenz bedeutet zum einen, die eigenen Fähigkeiten und Stärken zu kennen und situationsgerecht einsetzen zu können, zum anderen ist Selbstkompetenz verbunden mit Selbstständigkeit, Ich-Stärke, Moralität und Selbstverantwortlichkeit. Im Einzelnen gehören folgende Merkmale zur Selbstkompetenz:

- Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstkritik
- Selbstständigkeit
- Optimismus
- Lernbereitschaft
- Emotionale Kompetenz
- Lernfähigkeit

- Initiative
- Ich-Stärke
- Moralische Integrität, Gerechtigkeit
- Flexibilität
- Offenheit für Neues
- Selbstbewusstsein
- Selbstverantwortlichkeit

Elterliche Beziehungskompetenzen

Hierunter versteht Fuhrer die Fähigkeit der Eltern zur positiven Gestaltung ihrer Paarbeziehung. Neben einer funktionierenden Sexualität und gegenseitiger Liebe gehören hierzu die positive Kommunikation, Vertrauen und Verbundenheit sowie ein dyadisches Coping (siehe Kapitel 1.4).

Familienkompetenzen

Vor allem Eltern mit jungen Kindern stehen vor der Aufgabe, in ihrer Partnerschaftsbeziehung Raum für die Kinder sowie innerhalb der Kindererziehung Raum für sich als Paar zu schaffen und die elterlichen Aufgaben zu koordinieren. Im Rahmen dieser erhöhten Belastungen und Anforderungen gelten Familienkompetenzen als Schutzfaktoren für das gesamtfamiliäre Funktionieren. Familienkompetenzen beziehen sich dabei auf alle Familienmitglieder und schließen auch die Kompetenzen der Kinder mit ein. Bodenmann (2000) unterscheidet Familienkompetenzen auf der individuellen, dyadischen sowie familiären Ebene. Kompetenzen auf der individuellen Ebene sind Problemlösefähigkeiten, Sozialkompetenz und individuelles Coping. Auf der dyadischen Ebene gehören Kommunikationsfertigkeiten, dyadisches Problemlösen sowie dyadisches Coping zu den Familienkompetenzen. Kompetenzen auf der familiären Ebene sind Kommunikation, Organisation, familiäre Problemlösung, Rollenteilung, Kohäsion sowie die Fähigkeit Grenzen zu setzen.

2.5 Ostler & Ziegenhain (2008): Elternkompetenzen als Gegenstand der Einschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung

Elternkompetenzen sind auch Gegenstand in der Einschätzung des Risikos einer möglichen Kindeswohlgefährdung. Laut Ostler und Ziegenhain (2008) ist die Qualität elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen eine zentrale Informationsquelle für die Einschätzung von Risiken bei (drohender) Kindeswohlgefährdung. Die Autorinnen stellen ein Diagnoseinventar zur Einschätzung elterlicher *Beziehungs-* und *Erziehungskompetenzen* bei (drohender) Kindeswohlgefährdung vor, das in den 1990er Jahren an der University of Illinois at Chicago entwickelt wurde. Zu den Dimensionen der Qualität aktueller Kompetenzen einer Mutter oder eines Vaters gehören in diesem Inventar:

1. Die Fähigkeit, für sich selbst und für andere zu sorgen

Für sich selbst sorgen zu können ist die unabdingbare Voraussetzung, um auf die kindlichen Basisbedürfnisse eingehen zu können. Zur Fähigkeit, für sich selbst und das Kind zu sorgen, gehören eine adäquate Wohnsituation, die selbstständige Lebensführung, ein regelmäßiges Einkommen, regelmäßige Mahlzeiten, die Fähigkeit für die eigene Sicherheit zu sorgen, das Sicherstellen des kindlichen

Bedürfnisses nach Nahrung, Unterkunft, Kleidung und Sicherheit, sowie das Sicherstellen kindlicher Gesundheit.

2. Kriterien elterlichen Verhaltens im Umgang mit dem Kind

Aus dem Verhalten von Eltern im Umgang mit ihrem Kind lassen sich direkte Informationen über die Fähigkeit von Eltern ableiten, das Kind zu schützen, seine Bedürfnisse wahrzunehmen und angemessen darauf zu reagieren. Folgende Aspekte elterlichen Verhaltens sind von Bedeutung:

- die Fähigkeit, das Kind zu trösten wenn es krank, verletzt, ängstlich ist
- das Ausmaß von Wissen um Aufenthaltsorte und Kontakte des Kindes
- das Ausmaß feinfühligere Wahrnehmung kindlicher Signale und Bedürfnisse
- die Vermeidung übermäßiger harscher / aggressiver oder bestrafender Disziplinierungsmaßnahmen
- die Fähigkeit, kindliche Bedürfnisse in den Vordergrund zu stellen
- die Fähigkeit, sich über einen längeren Zeitraum adäquat zu verhalten („good enough parenting“)

3. Wissen über die Entwicklung und Erziehungseinstellungen

Das Verständnis und Wissen hinsichtlich der kindlichen Entwicklung sowie entsprechende Erziehungseinstellungen sind wesentliche Aspekte, die elterliches Verhalten beeinflussen. Verständnis und Wissen sind abhängig von den verwendeten Erziehungsmethoden, der Fähigkeit, Disziplinierungsmaßnahmen flexibel an Alter und Bedürfnisse des Kindes anzupassen, dem Konzept der Elternrolle sowie den Gefühlen über sich selbst als Elternteil.

4. Verständnis für und Einfühlung in die Perspektive des Kindes

Die inneren Vorstellungen und Repräsentationen von Eltern über das Kind beeinflussen ebenfalls das Verhalten gegenüber dem Kind. Besonders relevant sind in diesem Zusammenhang:

- das Gespür für die Beziehung zum Kind
- das Verständnis für das Kind als Individuum
- die Empathie gegenüber den Bedürfnissen des Kindes
- die Vermeidung übermäßiger kritischer Vorstellungen gegenüber dem Kind oder übermäßiger Auseinandersetzungen mit der eigenen inneren Befindlichkeit

5. Persönlichkeitsmerkmale und Bindungsvorerfahrungen und -einflüsse

- Persönlichkeitsmerkmale, die im Zusammenhang mit dem Risiko, das eigene Kind zu misshandeln oder zu vernachlässigen stehen, sind: mangelnde Impulskontrolle, Schwierigkeiten, Beziehungen einzugehen oder zu vertrauen, Schwierigkeiten, eigene Gefühle gegenüber dem Kind zu verbalisieren, chronische Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung, Gefühl von Hoffnungslosigkeit, mangelnde Bewältigungs- und Problemlösestrategien
- diese Persönlichkeitsmerkmale sind in Teilen begründet in eigenen schwierigen Bindungsvorerfahrungen
- die gegenwärtige Repräsentation von Bindungsbeziehungen ist ein wichtiger Prädiktor für den Umgang von Eltern mit Stress und für ihre Fähigkeit, aktiv sozial unterstützende Beziehungen einzugehen

Aus dem Diagnoseinventar zur Einschätzung elterlicher *Beziehungs-* und *Erziehungskompetenzen* bei (drohender) Kindeswohlgefährdung von Oster und Ziegenhain lassen sich minimale Elternkompetenzen ableiten.

2.6 Eltern in besonderen Lebenslagen

Ungünstige Lebensbedingungen sowie andere Stressoren beeinflussen das Erziehungsverhalten der Eltern und die Eltern-Kind-Beziehungen. Je mehr externe Stressoren auf das Familiensystem einwirken, desto schwieriger wird es für die Eltern, ihre Kompetenzen aufrechtzuerhalten bzw. zu entfalten. Im Folgenden sind vier zentrale Zielgruppen für Elterntrainings und andere Unterstützungsangebote dargestellt, die von spezifischen Programmen profitieren können.

Sozial benachteiligte und bildungsferne Eltern

Laut Ergebnissen der AWO-ISS-Studie geht Einkommensarmut in der Familie in Deutschland mit Einschränkungen nicht nur in der materiellen, sondern auch in der kulturellen, gesundheitlichen und sozialen Lebenslage von Sechsjährigen einher: Kinder aus Familien mit Einkommensarmut haben ein erhöhtes Risiko für Beeinträchtigungen in

- der Grundversorgung, d. h. Wohnen, Nahrung, Kleidung
- der kognitiven Entwicklung und der Bildung, der Entwicklung von sprachlichen und kulturellen Kompetenzen
- der Förderung von sozialen Kompetenzen und sozialen Kontakten
- dem Gesundheitszustand und der körperlichen Entwicklung (Holz, 2010)

Zahlreiche weitere Studien zeigen, dass Armut die Entwicklung von Kindern hinsichtlich körperlicher Gesundheit, Selbstbild, internalisierenden und externalisierenden Störungen, sozialer Beziehungen, sowie kognitiver und sprachlicher Entwicklung beeinträchtigt. Ursachen für Einschränkungen der körperlichen Gesundheit werden beispielsweise im schlechten Gesundheitsverhalten der Mutter während der Schwangerschaft, einer geringen Nutzung der Vorsorgeuntersuchungen oder schlechter Ernährung gesehen. Es besteht die Annahme, dass der finanzielle Druck bei sozio-ökonomisch belasteten Familien die psychischen Ressourcen der Eltern schwächt und zu vermehrten Ehekonflikten führt, die sich wiederum auf das Erziehungsverhalten und die Feinfühligkeit der Eltern auswirken. Diese stärkeren Belastungen der familiären Beziehungen und Interaktionen beeinträchtigen das Selbstbild des Kindes, können zu externalisierenden und internalisierenden Störungen führen, sowie die soziale Kompetenz und in der Folge die sozialen Kontakte des Kindes beeinträchtigen. Als entscheidend für Verzögerungen in der sprachlichen und kognitiven Entwicklung wird der geringe Anreizegehalt familialer Interaktionen in benachteiligten Familien gesehen (Walper, 2008).

Auch wenn die ökonomische Armutssituation einen sehr großen Einfluss auf die Häufigkeit der Entwicklung von Auffälligkeiten bei Kindern hat, wurde in der AWO-ISS-Studie als der am stärksten wirksame Faktor das Ausmaß regelmäßiger Aktivitäten in der Familie identifiziert. Gemeinsam gestaltete Zeit kann ein Anzeichen für den Fokus auf Kind bzw. Familie darstellen und kann eine schlechte materielle Ausstattung der Familie teilweise kompensieren. Dies gilt insbesondere für Kinder im Vorschulalter (Hock, Holz, Simmedinger & Wüstendorfer, 2000). Ein gutes Familienklima kann demnach trotz materieller Einschränkungen den Kindern positive Entwicklungsbedingungen ermöglichen. Die

Belastungen aus der sozioökonomischen Lage können durch die Eltern-Kind-Beziehung oder eine kompetente Erziehung – zumindest zeitweise – ausgeglichen werden (Mengel, 2007). Mengel (2007) betont, dass Familienbildung Armut und Benachteiligung zwar nicht beheben, aber zur Erschließung von inneren sowie äußeren Ressourcen und Bewältigungspotentialen beitragen könne, und so unterstützend auf die familiäre Interaktion und das Zusammenleben als Familie wirken kann. Neben Kompetenzen in der Eltern-Kind-Beziehung spielen dafür Alltagskompetenzen und Bewältigungsstrategien eine Rolle. Diese können dazu beitragen, dass das Unterschreiten einzelner Unterversorgungsschwellen nicht zu defizitären Lebenssituationen führt. Für eine gelungene Alltagsbewältigung sind haushälterisches Wissen und Fertigkeiten sowie zunehmend „Managementqualifikationen“ notwendig (Meier, Preuße & Sunnus, 2003, S. 44). Des Weiteren ist die Förderung der Einbindung in private und institutionelle Unterstützungsnetze von Bedeutung, da diese Entlastung und Hilfestellungen leisten können durch konkrete praktische Hilfe, gegenseitige Information und Beratung, Geselligkeit oder auch kognitiver und emotionaler Hilfe (Mengel, 2007).

Armbruster (2010) geht auf Grundlage des bedürfnispsychologischen Theorienmodells von Grawe (2004) davon aus, dass sozial benachteiligte und bildungsferne Eltern an der Befriedigung ihrer eigenen essentiellen Bedürfnisse gehindert werden, so dass sie nicht in der Lage sind, die Grundbedürfnisse ihrer Kinder angemessen wahrzunehmen und zu befriedigen. Zum einen liegt dies in der eigenen Kindheit vieler sozial benachteiligter und bildungsferner Eltern begründet, die durch ungünstige Entwicklungs- und Bildungsbedingungen wie Armut, unzureichende Förderung und soziale Ausgrenzung bestimmt war. Durch chronifizierte Verletzungen sind diese Eltern in emotionalen, kognitiven und sozialen Persönlichkeitsbereichen beeinträchtigt, was sich negativ auf die Entwicklung der eigenen Kinder auswirkt. Zum anderen sind es Lebensverläufe, die von Dauerarbeitslosigkeit oder chronischer Erkrankung geprägt sind, die Eltern an ihren eigenen Fähigkeiten und ihrer Bedeutung für die Gesellschaft zweifeln lassen. Mangelndes Selbstwertgefühl, schwaches Durchsetzungsvermögen, wahrgenommene Vergeblichkeit eigener Anstrengungen und Perspektivlosigkeit werden an die Kinder weitergegeben (Armbruster, 2010; Sodtke & Armbruster, 2007). Den Ansatz zur Förderung der Kompetenzen bei sozial benachteiligten und bildungsfernen Eltern sieht Armbruster in der Schulung der Früherziehungskompetenzen und der gleichzeitigen Stärkung der Selbsthilfepotentiale durch Empowerment. Dabei betont er die Wichtigkeit der persönlichen Aufwertung und Verstärkung der Eltern. Sie sollen lernen, ihr Tun zu reflektieren, vorhandene Kompetenzen wahrzunehmen, zu nutzen und auszuweiten. Nach Armbruster (2010) brauchen sozial benachteiligte Eltern Hilfe zur Selbsthilfe um

- die eigenen Erziehungskompetenzen zu verbessern
- die sozio-emotionalen und kognitiven Fähigkeiten ihrer Kinder zu stimulieren
- für gesunde Ernährung, Bewegung und förderliche Konsumgewohnheiten ihrer Kinder zu sorgen
- nachbarschaftliche Netzwerke zur gegenseitigen Hilfe aufzubauen
- die Kooperationsfähigkeit mit Einrichtungen im frühpädagogischen Bereich zu steigern

Jugendliche Mütter als Risikogruppe

Wie bereits mehrfach dargestellt, beeinträchtigen ungünstige Lebensbedingungen das Erziehungsverhalten und die Beziehungskompetenzen von Eltern. Dabei ist es vor allem die Addition mehrerer Risiken und deren Interaktionen, die ein Hochrisikomilieu für Kindesvernachlässigung entstehen las-

sen und die spätere Entwicklung von Verhaltensproblemen oder Entwicklungsstörungen des Kindes stark begünstigen (Petermann, U. & Petermann, 2005; Ziegenhain, 2007).

In der Gruppe der jugendlichen Mütter findet sich eine Kumulation verschiedenster die elterliche Kompetenz beeinträchtigender Faktoren. Minderjährige Mütter stehen mit den Entwicklungsanforderungen des Jugendalters und den Anforderungen an Schwangerschaft und Mutterschaft zwei großen und teilweise gegensätzlichen Herausforderungen gegenüber. Dies kann ihre gesunde Persönlichkeitsentwicklung sowie die Fähigkeit, Verantwortung und Sorge für das Baby zu übernehmen, beeinträchtigen (Sadler, Swartz & Ryan-Krause, 2003). Daneben ist jugendliche Mutterschaft überdurchschnittlich mit Risikofaktoren wie kritischen Beziehungserfahrungen in der Herkunftsfamilie, Armut, fehlendem Schulabschluss, gehäufte depressiver Symptomatik oder Substanzmissbrauch verknüpft. Darüber hinaus lassen sich Zusammenhänge von aggressiven und antisozialen Verhaltens-tendenzen mit früher Schwangerschaft nachweisen. Jugendliche Mütter sind zudem häufig allein erziehend oder leben in wechselnden Partnerschaften (zusammenfassend bei Lehmann, Hiermann & von Klizing, 2010; Ziegenhain, 2007).

Es konnte gezeigt werden, dass jugendliche Mütter gehäuft eingeschränkte intuitive Elternkompetenzen und mangelnde oder fehlende Feinfühligkeit aufweisen (Papoušek, H. & Papoušek, 1987). Das eingeschränkte Interaktionsverhalten äußert sich beispielsweise in durchgängigem Schweigen oder fehlenden Angeboten, aber auch in harschem oder ruppigem Pflegeverhalten (Lehmann et al., 2010). Sich nicht flexibel auf die sich verändernden Bedürfnisse des Kindes einstellen zu können, die eigenen Bedürfnisse von denen des Kindes nicht getrennt wahrnehmen zu können sowie verzerrte Wahrnehmungen der kindlichen Signale sind Verhaltensweisen, die gehäuft bei Eltern in Hochrisikosituationen, unter ihnen jugendliche Mütter, beobachtet werden. Aggressive und antisoziale Verhaltens-tendenzen stellen zusätzlich ein hohes Risiko für kritisches Elternverhalten dar (Ziegenhain, 2007). Beeinträchtigungen der Entwicklung der Kinder minderjähriger Mütter spiegeln sich in einem erhöhten Risiko für Frühgeburten, plötzlichem Säuglingstod sowie chronischen Atemwegserkrankungen wider. Zudem ernähren jugendliche Mütter ihre Kinder häufiger inadäquat und nehmen Vorsorgeuntersuchungen weniger in Anspruch. In der frühen Kindheit treten bei Kindern jugendlicher Mütter häufiger kognitive und sprachliche Entwicklungsverzögerungen sowie unsicheres Bindungsverhalten auf, und im Vorschul- und Schulalter zeigen sie häufiger aggressives Verhalten oder geringere Impulskontrolle (zusammenfassend bei Ziegenhain, 2007).

Die aufgeführten Befunde verdeutlichen die Notwendigkeit von Interventionen zur Unterstützung jugendlicher Mütter. Interventionsangebote für junge Mütter sowie für andere Familien in Hochrisikokonstellationen sollten dabei in einen breiten interdisziplinären Unterstützungskontext eingebunden sein, der auf die jeweilige individuelle Problemlage abgestimmt ist. Innerhalb der verschiedenen Unterstützungsmaßnahmen wird der Förderung der Eltern-Kind-Bindung bei jugendlichen Müttern eine bedeutende Rolle zugeschrieben (Ziegenhain, 2007). Im Blick auf spezifische elterliche Kompetenzen in Hochrisikofamilien sei in diesem Zusammenhang auf Ergebnisse des bindungstheoretisch ausgerichteten „Minnesota Parent Child Project“ (Kissgen & Suess, 2005) verwiesen, in dem Schutzfaktoren in Hochrisikofamilien untersucht wurden. Die teilnehmenden Mütter im Alter zwischen 12 bis 34 Jahren waren mit verschiedensten Risikofaktoren wie Armut, fehlendem Schulabschluss, Vernachlässigungserfahrungen und / oder Substanzmissbrauch belastet. Auf Grundlage von längsschnittlich identifizierten Variablen, die nachweislich die Entwicklung eines Kindes fördern, wurden

(Erickson, Martha Farrell, Egeland, Simon & Rose, 2002) folgende Ziele für Interventionen in Hochrisikofamilien formuliert:

- 1. Förderung gesunder sowie realistischer Einstellungen und Erwartungen bezüglich Schwangerschaft, Geburt, Erziehung und Eltern-Kind-Beziehung:** Schwangerschaft und Elternschaft sollte nicht idealisiert werden, damit es nicht zu einer großen Ernüchterung und in der Folge zu einem schwierigen Zugang zum Kind kommt.
- 2. Grundlagenwissen zur kindlichen Entwicklung und Förderung realistischer Erwartungen bezüglich kindlichen Verhaltens:** Dies umfasst entwicklungspsychologisches und entwicklungspathologisches Wissen, z. B. das Wissen darüber, ab welcher Entwicklungsstufe Kinder Verbote verstehen, Regeln erinnern oder Impulse stoppen können.
- 3. Förderung feinfühligere und vorhersagbarer Reaktionen der Eltern auf die Signale des Kindes**
- 4. Befähigung der Eltern zur Perspektivenübernahme:** Die Fähigkeit, die Umwelt aus der Sicht des Kindes wahrzunehmen, ist eng verbunden mit dem Grundlagenwissen zur kindlichen Entwicklung und der Feinfühligkeit und ist entscheidend für das Erkennen der Bedürfnisse des Kindes.
- 5. Bereitstellung einer Sicherheit vermittelnden und entwicklungsförderlichen häuslichen Umgebung:** Dies bedeutet ein gut organisiertes, strukturiertes und stimulierendes häusliches Umfeld, das die kognitive, motorische und sprachliche Entwicklung des Kindes begünstigt, indem es zum Spiel und zur Exploration anregt.
- 6. Hilfestellung für Eltern bei der Etablierung sozialer Hilfen für sich und ihr Kind:** Das Vorhandensein sozialer Unterstützung ist ein entscheidendes Kriterium dafür, ob sich ein Kind trotz hoher Risikobelastung eher normal entwickeln kann.
- 7. Hilfestellung für Eltern bei der Etablierung angemessener Handlungsstrategien im Alltag:** Dies umfasst eine strukturierte und vorausschauende Alltagsplanung der familiären Belange, z. B. durch die Bereitschaft und Fähigkeit zur Nutzung von Leistungen der städtischen und kommunalen Hilfsangebote bzgl. Arbeitssuche, Schuldnerberatung, Wohnungssuche, Gesundheitsvorsorge.
- 8. Aufbau und Stärkung der Kompetenzen und des Selbstbewusstseins der Eltern:** Eltern sollen ein Bewusstsein für die eigenen Stärken und Fähigkeiten entwickeln.

Eltern mit Migrationshintergrund

Migranten stellen in Deutschland keine homogene Gruppe dar. Familien ausländischer Herkunft unterscheiden sich beispielsweise in ihrer Herkunftskultur, ihren Migrationserfahrungen, ihrem Aufenthaltsstatus, ihrer Schichtzugehörigkeit bzw. ihrem Bildungsniveau sowie dem Grad ihrer Integration (Robert-Koch-Institut, 2008). Der Prozess der familiären Akkulturation, d. h. das Hineinwachsen der Familie in die Kultur der Aufnahmegesellschaft sowie die Erziehungs- und Beziehungsrealitäten in den Familien können deshalb sehr vielschichtig ausfallen (Fuhrer & Mayer, 2005). Leyendecker und Schölmerich (2005) betonen in ihrer Untersuchung zu Schutz- und Risikofaktoren von zugewanderten Familien die große Heterogenität von Familienstrukturen und familiären Kontexten, in denen Kinder mit Migrationshintergrund aufwachsen. Die Diversität sowohl zwischen als auch innerhalb der einzelnen Zuwanderergruppen macht eine sehr differenzierte Betrachtung von Elternkompetenzen

notwendig, die im Rahmen der vorliegenden Übersicht nicht geleistet werden kann. Zudem bestehen Forschungsdefizite über die Einflussfaktoren und ihre Wirkmechanismen auf die Entwicklung von Kindern mit Migrationshintergrund (Leyendecker, Birgit & Schölmerich, 2005). Feststellen lässt sich jedoch, dass Eltern mit Migrationshintergrund zur Unterstützung der Entwicklung ihrer Kinder zualterer Kompetenzen benötigen, die ihnen und ihren Kindern die Integration in die Gesellschaft erleichtern.

Gemeinsames Kennzeichen von Familien mit Migrationshintergrund ist die Herausforderung, sich in der Einwanderungsgesellschaft zu orientieren und eine Balance zwischen ihrer Herkunftskultur und der Kultur der Aufnahmegesellschaft zu finden (Fuhrer & Mayer, 2005). Eltern aus zugewanderten Familien stehen damit vor wesentlich größeren Herausforderungen als einheimische Eltern. Die Aufgabe, ihre Kinder so zu erziehen, dass sie den Kontakt zur Herkunftskultur nicht verlieren und gleichzeitig in der neuen Kultur zurechtkommen, verlangt von ihnen ein hohes Maß an kognitiver Flexibilität. Der Kontakt mit der neuen Kultur kann Eltern in ihrem Erziehungsverhalten verunsichern und in inkonsequentem Elternverhalten resultieren. Auf der anderen Seite erschweren Eltern, die die Kultur der neuen Umgebung ignorieren, ihren Kindern den Zugang zum Aufnahmeland (Leyendecker, Birgit & Sümer, 2010). Eltern, denen es gelingt, bei ihren Kindern einerseits die Wertschätzung der Herkunftskultur zu erhalten und sie gleichzeitig zu ermutigen, der Aufnahmegesellschaft offen gegenüberzustehen, geben nach Suarez-Orocco, C. & Suarez-Orocco, M. M. (2001, zit. n. Leyendecker & Schölmerich, 2005, S. 26) ihren Kindern die besten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Integration mit. Bildung und deutsche Sprachkenntnisse der Eltern stellen dabei einen entscheidenden Schlüsselfaktor für die Integration und für die Bildung ihrer Kinder dar. Bildung und Sprachkenntnisse spielen eine wichtige Rolle bei der Bereitstellung von Entwicklungsanreizen und der Ermöglichung außerfamiliärer Kontakte für die Kinder (Leyendecker, Birgit & Schölmerich, 2005).

Trotz ihrer Heterogenität sind Migranten überproportional in Bevölkerungsschichten mit der geringsten Bildung und dem niedrigsten Einkommen vertreten, was mit den in diesem Kapitel unter dem Punkt „Sozial benachteiligte und bildungsferne Eltern“ beschriebenen Problemen einhergeht. Aufgrund ihres Migrationshintergrunds erleben viele Eltern psychosoziale Stressbelastungen durch Diskriminierungen, Anpassungs- oder Verständigungsschwierigkeiten, wodurch zusätzlich das Beziehungs- und Erziehungsverhalten gegenüber dem Kind beeinträchtigt werden kann (Jäkel & Leyendecker, 2008; Leyendecker, Birgit & Schölmerich, 2005). In einer Untersuchung von türkischstämmigen Müttern zeigte sich, dass der individuelle Zugang zu Kultur und Sprache ein Schutzfaktor gegen psychosoziale Belastung der Mütter ist (Jäkel & Leyendecker, 2008).

Untersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (Robert-Koch-Institut, 2008) weisen auf eine geringere Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen und Impfungen, sowie auf ein schlechteres Mundgesundheitsverhalten bei Kindern aus Familien verschiedener Herkunftsländer hin. Als mögliche Ursachen hierfür werden Sprachbarrieren oder mangelnde Information über die Angebote genannt. Auch die Defizite in der gesundheitlichen Versorgung der Kinder mit Migrationshintergrund stehen demnach in engem Zusammenhang mit dem Integrationsgrad der Familie.

Zweiverdiener-Familien

Traditionell steht die Erwerbstätigkeit der Mutter im Mittelpunkt des Interesses, wenn die Frage nach der Bedeutung von Erwerbstätigkeit der Eltern für die Entwicklung der Kinder gestellt wird

(Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005). Es konnte gezeigt werden, dass die parallele Berufstätigkeit der Mutter eine Reihe von Vorteilen mit sich bringt. So ist die Berufstätigkeit von Müttern verbunden mit erhöhtem Selbstbewusstsein, vermehrten sozialen Kontakten, einem erhöhten Lebensstandard und seltenerem Auftreten von Depressionen. Die Berufstätigkeit von Müttern mit Kindern im Vorschulalter ist allerdings mit vermehrtem psychologischen Stress der Mütter verbunden und birgt Potential für Familienkonflikte (zusammenfassend bei Hart & Kelley, 2006). Eine Reihe von Untersuchungen belegen, dass beruflicher Stress und berufsbedingte Konflikte sowohl von Müttern als auch von Vätern in die Familie hineinreichen und das Familienleben beeinflussen können. Zeitdruck und starke körperliche sowie psychische Belastungen im Beruf können die Fähigkeiten der Eltern hinsichtlich Zuwendung oder angemessenem Erziehungsverhalten beeinträchtigen (zusammenfassend bei Hartung, D. & Hahlweg, 2010; Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005).

Hartung und Hahlweg (2010) stellen das Elterntaining „Workplace Triple P“ (WPTP) vor, das speziell auf die Bedürfnisse berufstätiger Eltern zugeschnitten ist und auf die Reduktion von Stress an der Schnittstelle von Arbeit und Elternschaft abzielt. Neben der Vermittlung eines Verständnisses für Gefühle wie Stress, Angst, Depression und Ärger und deren Einflüsse auf Verhalten in der Familie und im Beruf setzt diese Intervention an bestimmten Coping-Strategien an. Es handelt sich dabei um:

- Strategien zum Zeitmanagement
- Stressmanagement-Fertigkeiten auf physiologischer, kognitiver und verhaltens-bezogener Ebene
- Strategien der Partnerunterstützung
- Problemlösestrategien
- Anwendung bestimmter Routinen, damit beruflicher Stress nicht das Familienleben beeinflusst

Der Begriff „adaptive Strategien“ bezieht sich generell auf „personen- und beziehungs-spezifische Handlungsvoraussetzungen und Handlungsinitiativen (...), die Familien entwickeln, um sich an die Herausforderungen des Lebens anzupassen und trotz bestehender Hindernisse angestrebte Ziele erreichen zu können“ (Kupsch, Schneewind & Reeb, 2009, S. 184f). Adaptive Strategien, wie z. B. eine klare Trennung zwischen Berufs- und Familienleben, eine positive Haltung zum Lebenskonzept der Zweiverdiener-Familie oder ein gelassener Umgang mit vereinbarkeitskritischen Situationen, können zu einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf beitragen (Kupsch et al., 2009). Sie können verstanden werden als Kompetenzen, die Eltern aus Zweiverdiener-Familien in besonderer Weise benötigen. Der Fragebogen zur Erfassung adaptiver Strategien in der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (FASIV) von Kupsch, Schneewind und Reeb (2009) umfasst die folgenden sechs Kategorien:

Dyadisches Coping

Empfinden einer Zufriedenheit mit der Unterstützung durch den Partner bzw. die Partnerin. Dabei stehen die gemeinsame Problembewältigung, das „miteinander reden“ und das gegenseitige „sich den Rücken Freihalten“ im Vordergrund.

Hedonistisches Repertoire

Hierbei geht es darum, sich Zeit für eigene Interessen zu nehmen sowie zusammen mit dem Partner bzw. der Partnerin etwas Angenehmes ohne Kind bzw. Kinder zu unternehmen.

Familienorientierung

Dieser Faktor repräsentiert, inwieweit Familie als Bereicherung gesehen wird und Stolz vorherrscht, in der gewählten Familienform zu leben. Dabei wird betont, dass ein Bewusstsein über das im Leben wirklich Wichtige durch die Familie erreicht wurde.

Trennung zwischen Beruf und Familie

Die Trennung der beiden Lebensbereiche betrifft vor allem negativen Spillover, d. h. Stress, der in einem Lebensbereich erfahren wird, wird bewusst vom anderen Bereich ferngehalten, so dass keine negativen Effekte übertragen werden.

Gelassenheit und Flexibilität

Hierbei handelt es sich um allgemeine und spezifisch auf den familialen und beruflichen Kontext bezogene Verhaltensdispositionen. Bei hoher Ausprägung ist die Person in der Lage, in Alltagssituationen gelassen zu bleiben, flexibel auf Abweichungen vom ursprünglichen Plan zu reagieren, auf Perfektionismus zu verzichten sowie Aufgaben an andere zu delegieren.

Planung und Zeitmanagement

Zentral ist die vorausschauende Planung des Alltags in Absprache mit dem Partner. Hilfreich ist die Fähigkeit, den Zeitaufwand für Erledigungen richtig einschätzen zu können und als eingespieltes Team zu agieren.

Eltern nach einer Trennung: Alleinerziehende und Stieffamilien

Obwohl die Befundlage nicht völlig einheitlich ist, weisen zahlreiche Studien auf Beeinträchtigungen der psychosozialen Entwicklung von Scheidungskindern hin. Ein erhöhtes Maß an Verhaltensauffälligkeiten zeigt sich vor allem bei Kindern, die in der frühen Kindheit die Trennung ihrer Eltern erlebten. Stiefkinder zeigen im Vergleich zu allein erzogenen Kindern eine günstigere Entwicklung (zusammenfassend bei Wild & Lorenz, 2009). Für Kinder aus Einelternfamilien gibt es Evidenz für eine beeinträchtigte soziale Entwicklung, einen geringeren Schulerfolg sowie vermehrte psychische Belastungen bis ins Erwachsenenalter (zusammenfassend bei Franz et al., 2010).

Von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung der Kinder sind die Erziehungskompetenzen des Elternteils, mit dem sie zusammenleben. Vor allem in der direkten Folgezeit der Trennung stehen Eltern jedoch vermehrten Belastungen gegenüber, die sie in ihren elterlichen Kompetenzen beeinträchtigen können: Auseinandersetzungen mit dem ehemaligen Partner, rechtliche Fragen, Umstrukturierungen des Freundeskreises, psychische Probleme sowie finanzielle Unsicherheiten und Belastungen können bewirken, dass für Erziehungsaufgaben und emotionale Unterstützung der Kinder zu wenig Ressourcen vorhanden sind (Kaslow, 2004; Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005). Gleichzeitig sind die Kinder von der emotionalen Anspannung und den möglicherweise anhaltenden Auseinandersetzungen der Eltern mitbetroffen und müssen zudem lernen, mit der veränder-

ten Beziehung ihrer Eltern und daraus resultierenden Loyalitätskonflikten umzugehen. Die akuten Belastungen hinsichtlich der elterlichen Kompetenzen gehen durchschnittlich am Ende des ersten Trennungsjahres deutlich zurück und etwa 2 bis 3 Jahre nach der Trennung hat sich der Umgang zwischen Eltern und Kindern in der Mehrzahl der Fälle normalisiert (Wild & Lorenz, 2009).

Bei einem Teil der Alleinerziehenden können sich Erziehungsprobleme jedoch chronifizieren. Mögliche Gründe hierfür liegen zum einen im Fortbestehen äußerer Problemlagen wie anhaltenden Spannungen mit dem ehemaligen Partner oder finanziellen Schwierigkeiten. Zum anderen können sich Teufelskreise in der Eltern-Kind-Interaktion entwickeln, die durch mangelnde Kooperationsbereitschaft und Widerstand des Kindes sowie negativer Erwartungshaltung eines Elternteils geprägt sind (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005). Gegenüber Frauen, die in Partnerschaft leben, haben alleinerziehende Frauen ein höheres Armutsrisiko sowie ein erhöhtes Risiko für Depressionen. Konflikte mit dem ehemaligen Partner, eingeschränkte Präsenz des Vaters, Alleinverantwortung im Alltag und Erziehungsprobleme bilden hiermit eine Risikokonstellation, die zu einer massiven Überforderung der Mutter führen kann (Franz et al., 2010).

Verbesserte Voraussetzungen für die Erziehung der Kinder sind dann gegeben, wenn es getrennten Paaren gelingt, die gemeinsame Sorge für das Kind im Sinne eines „Coparenting“ (siehe Kapitel 1.4) fortzusetzen. Vor allem Alleinerziehende mit intensiv betreuungsbedürftigen Kleinkindern würden dadurch Unterstützung in ihrer Erziehungssituation erfahren. Bei fortbestehenden Konflikten zwischen den Eltern ist das Erziehungsverhalten jedoch eher durch mangelnde wechselseitige Unterstützung geprägt (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005). Als eine wichtige Ressource für die Unterstützung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen des alleinerziehenden Elternteils gilt die Einbindung in ein soziales Netzwerk (Wild & Lorenz, 2009).

Im Zuge einer Wiederheirat steht der leibliche Elternteil vor der Herausforderung, sensibel mit den kindlichen Bedürfnissen auf der einen Seite und den Anforderungen der neuen Partnerschaft auf der anderen Seite umzugehen. Der neue Partner steht seinerseits vor der Herausforderung, erst noch eine Beziehung zum Kind aufbauen zu müssen. Wichtig sind dabei eine abwartend-geduldige Haltung und die Orientierung an den Bedürfnissen des Stiefkinds. Versuche, frühzeitig auf die Erziehung des Kindes einzuwirken, münden häufig in Spannungen zwischen Stiefkindern und Stiefeltern (Wild & Lorenz, 2009; Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005).

3 Wissenschaftliche Instrumente zur Operationalisierung und Erhebung von Elternkompetenzen

3.1 Methodisches Vorgehen und Datenbasis

Im Rahmen der Expertise wurde der Frage nachgegangen, inwiefern Elternkompetenzen Gegenstand empirischer Forschung sind und welche Messinstrumente es gibt. Um eine möglichst umfassende Übersicht der bestehenden deutsch- und englischsprachigen Instrumente und Kriterien zur Definition bzw. Messung von Elternkompetenz zu erhalten, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt.

Die Recherche über die DIMDI Smart Search erfolgte am 21.12.2010 in folgenden 17 elektronischen Datenbanken: Biosys Previews, Cochrane Library (CDSR), DAHTA, EMBASE, Global Health, Hogrefe, ISTEPB, Karger, Medikat, Medline, PsycINFO, PSYNDEX, SciSearch, Social SciSearch, SOMED, Thieme. Der Suchzeitraum umfasste die Literatur ab dem Jahr 1990.

Neben dem Titelfeld wurden je nach Möglichkeiten der verschiedenen Datenbanken auch Schlagwörter wie MeSH und EMTREE verwendet. Die Suchbegriffe bestanden aus Synonymen der Bereiche „Eltern“, „Kompetenzen“ und „Messung“, die kombiniert und um den Bereich „Eltern-Kind-Beziehung“ erweitert wurden. Die vollständigen Suchstrategien sind in Tabelle 3 für Datenbanken mit systematischem Schlagwortsystem und in Tabelle 4 für Datenbanken ohne systematisches Schlagwortsystem abgebildet.

Tabelle 3: Suchstrategie in Datenbanken mit systematischem Schlagwortsystem

1	AZ72 BA70 CDSR93 DAHTA EM74 HN69 ME83 MK77 PI67 PY81 SM78
2	(((((TI=Eltern* OR TI=va#ter) OR TI=mu#tter) OR TI=pregnan##) OR TI=schwanger*) OR (CT D „pregnant women“ OR UT=„pregnant women“ OR IT=„pregnant women“ OR SH=„pregnant women“)) OR (CT D „parenting“ OR UT=„parenting“ OR IT=„parenting“ OR SH=„parenting“)) OR (CT D „fathers“ OR UT=„fathers“ OR IT=„fathers“ OR SH=„fathers“)) OR (CT D „mothers“ OR UT=„mothers“ OR IT=„mothers“ OR SH=„mothers“))
3	(((((TI=criteria OR TI=instrument) OR TI=assessing) OR TI=assessment) OR TI=measurement) OR TI=measuring) OR TI=appraisal) OR TI=scale) OR TI=inventory
4	((TI=competence OR TI=knowledge) OR TI=skills) OR TI=ability) OR TI=discipline
5	((CT D „parenting“ OR UT=„parenting“ OR IT=„parenting“ OR SH=„parenting“) OR (CT D „parent-child relations“ OR UT=„parent-child relations“ OR IT=„parent-child relations“ OR SH=„parent-child relations“) OR (CT D „mother-child relations“ OR UT=„mother-child relations“ OR IT=„mother-child relations“ OR SH=„mother-child relations“))
6	(((((TI=Elternkompetenz OR TI=beziehungskompetenz) OR TI=Erziehung*) OR TI=parenting) OR TI=parental) OR TI=coparenting
7	(((((FT=chinese* OR FT=asia*) OR FT=afro*) OR FT=latin*) OR FT=mexican*) OR FT=african*
8	(((((FT=trial OR FT=vaccine) OR FT=infection) OR FT=mortality) OR FT=prevalence) OR FT=incidence) OR FT=intervention) OR FT=RCT

- 9 7 OR 8
- 10 2 AND 4
- 11 3 AND 10
- 12 (((TI=parent-child* OR TI=Eltern-Kind*) OR TI=Mutter-Kind*) OR TI=mother-child*) OR TI=father-child*)
OR TI=Vater-Kind*
- 13 5 OR 6 OR 12
- 14 3 AND 11
- 15 11 OR 14
- 16 15 NOT 9
- 17 16 AND PY>=1990 AND LA=(ENGLISH; GERMAN)

Tabelle 4: Suchstrategie in Datenbanken ohne systematisches Schlagwortsystem

1	HG05 II78 IN73 IS90 KR03 TV01
2	(((((TI=criteria* OR TI=instrument) OR TI=assess*) OR TI=measur*) OR TI=appraisal) OR TI=scale) OR TI=inventory
3	((((TI=competence OR TI=ability) OR TI=skills) OR TI=relation) OR TI=knowledge) OR TI=discipline
4	(((((TI=eltern* OR TI=va#ter*) OR TI=mu#tter*) OR TI=pregnan##) OR TI=schwangere*) OR TI=parent#) OR TI=father#) OR TI=mother#
5	((((TI=Elternkompetenz## OR TI=beziehungskompetenz##) OR TI=Erziehung*) OR TI=parenting) OR TI=parental) OR TI=coparenting
6	((((TI=parent-child* OR TI=Eltern-Kind*) OR TI=mother-child*) OR TI=Mutter-Kind*) OR TI=father-child*) OR TI=Vater-Kind*
7	5 OR 6
8	2 AND 7
9	2 AND 3 AND 4
10	8 OR 9
11	10 AND PY>=1990 AND LA=(ENGLISH; GERMAN) AND pps=Mensch
12	((((((((FT=asia* OR FT=african*) OR FT=mexican*) OR FT=latin*) OR FT=hispan*) OR FT=vaccine) OR FT=infection) OR FT=mortality) OR FT=prevalence) OR FT=incidence
13	11 NOT 12

Nach Ausschluss von Duplikaten verblieben 1.952 Referenzen, die schrittweise auf Ebene von Titel, Abstract und Volltext gesichtet wurden. Ergänzend wurde in pädagogischen und sozialwissenschaftlichen Datenbanken über die Fachportale SOWIPORT und ERIC sowie in den Zeitschriften „Diagnostica“ und „Kindheit und Entwicklung“ recherchiert.

Nach Diskussion erster Ergebnisse bei einem Arbeitsgespräch mit der BZgA wurden die recherchierten Themenfelder erweitert, die Ein- und Ausschlusskriterien modifiziert und die Trefferliste erneut schrittweise gesichtet. Bislang nicht identifizierte Instrumente, die über die Informationen aus den Elternprogrammen (Modul 2) gefunden wurden, den Einschlusskriterien entsprachen und vollständig einsehbar waren, wurden ergänzt und in die Auflistung übernommen.

Ein- und Ausschlusskriterien

Für die Recherche wurden vorab Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Zu den Einschlusskriterien zählen:

Zielgruppen:

- Kinder im Alter von 0 – 6 Jahren und/oder deren Eltern
- auch spezifische Zielgruppen wie junge Eltern, Personen aus sozio-ökonomisch schwächeren Schichten, Alleinerziehende, Personen mit Migrationshintergrund

Zielgrößen:

- Kriterien zur Begriffsbestimmung bzw. Instrumente zur Messung von Elternkompetenz
- Eltern-Kind-Beziehung
- Wahrnehmung/Einstellungen hinsichtlich Erziehungsstil/-kompetenz inkl. Selbstwirksamkeit, Stress
- Häufigkeit von problematischen/belastenden Situationen bzw. dem elterlichen Umgang damit
- gesundheitsbezogenes Verhalten, z. B. Stillen, Ernährung, Bewegung, Schlaf
- selbstberichtete Angaben der Kinder und/oder Eltern oder Einschätzung durch Fachkräfte (z. B. Beobachtung, Videoanalyse)

Publikation/Formalia:

- Publikationszeitraum ab 1990
- Sprache: Deutsch, Englisch

Ausgeschlossen wurden Publikationen, die folgende Kriterien erfüllten:

Zielgruppen:

- Kinder oder Eltern mit speziellen Erkrankungen (Arthritis, Diabetes, ADHS, Depression, Suchterkrankungen, Neurodermitis, Asthma etc.), Behinderungen, Schmerzen oder Missbrauchshistorie

Zielgrößen:

- elterliches Engagement bzgl. schulischer Aktivitäten oder Leistungen
- Stressniveau von Kindern
- kindseitiges Verhalten ohne Fokus auf elterliche Kompetenzen
- Lebensqualität von Eltern/Kindern
- Zufriedenheit von Eltern mit medizinischen Versorgungsangeboten
- Kindesmissbrauch, -vernachlässigung, mögliche Kindeswohlgefährdung im gerichtlichen Kontext (Sorgerecht)
- Unterschiede in der Wahrnehmung/Bewertung von Eltern und Kindern hinsichtlich der Beziehung oder Erziehung
- erinnertes Erziehungsverhalten als retrospektive Erhebung

Publikation/Formalia:

- unzureichende/fehlende Darstellung des Instruments
- Sekundärpublikationen von Instrumenten (Primärpublikation wird recherchiert)
- Publikation untersucht die Qualität bestehender Instrumente (Instrument wird recherchiert)
- Publikation ist die ältere Version eines Instruments, für das eine aktuellere Version verfügbar ist
- Interventionsstudien (Modul 2)
- Poster, Kongressabstracts, Editorials, Briefe etc.
- Volltext liegt nicht vor, graue Literatur etc.

3.2 Instrumente zur Erhebung von Elternkompetenz

Die Recherche ergab sieben Instrumente zur Erhebung von Elternkompetenz als Gesamtkonstrukt. Zahlreiche weitere Instrumente eignen sich zur Erfassung einzelner Aspekte elterlicher Kompetenzen.

Die identifizierten Instrumente thematisieren mehrheitlich Aspekte der körperlichen Gesundheit des Kindes, insbesondere in den Bereichen Stillen/Ernährung und Schlaf. Die Förderung der psychischen und sozialen Gesundheit wird in der Regel eher indirekt erhoben. So werden Faktoren der psychosozialen und kognitiven Gesundheit insbesondere über die Bedingungen zur Herstellung einer sicheren Bindung und die Merkmale der autoritativen Erziehung erfasst. Der autoritative Erziehungsstil fördert unter Anderem die soziale Entwicklung des Kindes, seine Lernmotivation und seine Selbstständigkeit. Eine sichere Bindung fördert insbesondere das Urvertrauen und somit auch das explorative Verhalten des Kindes, infolgedessen auch seine kognitive Entwicklung und durch die emotionale Zuwendung der Eltern ebenso die Gehirnentwicklung. Daneben haben jedoch auch einzelne Verhaltensweisen, die auf den ersten Blick der körperlichen Versorgung zugeordnet werden, eine psychosoziale Komponente. Das Stillen beispielsweise zielt nicht nur auf die Versorgung des Säuglings mit elementaren Nährstoffen ab, sondern wirkt über die Nähe zur Mutter und den Austausch von Wärme und emotionaler Nähe auch emotionsregulierend. Die Förderung der kognitiven Entwicklung durch Entwicklungsangebote (siehe Kapitel 1.5) ist in den Instrumenten teilweise enthalten.

Die Mehrheit der Instrumente zielt auf Handlungsweisen bzw. die Häufigkeit von Handlungen ab. Es wurde kein Instrument gefunden, das Elternkompetenz (ausschließlich) in Form von elterlichem Wissen erhebt. Die identifizierten Instrumente zum Gesamtkonstrukt „Elternkompetenz“ sind in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Instrumente zur Erhebung von Elternkompetenz

Erstautor, Jahr	Name des Instruments	Abkürzung	Sprache	Anzahl Items	Perspektive	Alter Kind#
Reichle 2007	Deutsche erweiterte Version des Alabama Parenting Questionnaire für Grundschul Kinder	DEAPQ-EL-GS	DE	40	Eltern	G spätes Vor-, frühes Grundschulalter, D 5 – 9 J
Peterander 1993	Entwicklungs-förderliches Elternverhalten	EFE	DE	53	Eltern	D im Mittel 8,2 J
Robinson 1995	Parenting Practices Questionnaire	-	EN	62	Eltern	Vorschule
Miyahara 1997	Simple inventory of maternal rearing attitudes	SMRA	EN	10	Mutter	D 2 J
Lovejoy 1999	Parent Behavior Inventory	PBI	EN	20	Eltern, Fachkraft	G 2 – 5 Jahre, im Mittel 3,7 J
Meunier 2009	Evaluation des Pratiques Educatives Parentales – Pre-school and Primary School Form	EPEP-PPSF	EN	40	Eltern	D 2 – 7 J
Fleming 1993	-	-	EN	13	Fachkraft	-

G= geeignet für das Alter; D= Studie durchgeführt mit Kindern des Alters; J= Jahre

Von Reichle und Franiek (2007) stammt eine *deutsche, erweiterte Version (DEAPQ-EL-GS) des Alabama Parenting Questionnaire* (Frick, P. J., 1991). Der Fragebogen zum Erziehungsstil für Eltern von Grundschulkindern umfasst 7 Faktoren mit insgesamt 40 Items. Die Originalversion wurde ergänzt durch Items zum „verantwortungsbewussten Elternverhalten“ und der „machtvollen Durchsetzung“. Anhand der 5-stufigen Antwortskala von 1 („fast nie“) bis 5 („fast immer“) geben die Eltern an, wie häufig die dargestellten Situationen vorkommen.

Die *Skalen zur Messung entwicklungsförderlichen Elternverhaltens (EFE)* von Peterander (1993) fokussieren auf Aspekte der Eltern-Kind-Interaktion und erfragen diesbezügliches Wissen, Einstellungen und Handlungen. Mütter und Väter werden getrennt voneinander befragt, inwieweit bestimmte Verhaltensweisen auf sie zutreffen. Der Fragebogen umfasst 53 Items, die 6 „Primärfaktoren“ zugeordnet sind und anhand einer 4-stufigen Likert-Skala von 1 („trifft gar nicht zu“) bis 4 („trifft vollkommen zu“) erhoben werden.

Der *Parenting Practices Questionnaire* (Robinson, Mandlco, Olsen & Hart, 1995) erlaubt eine Zuordnung in die von Baumrind erstellte Typologie von autoritativem, autoritärem und permissivem Erziehungsstil. Das Instrument ist für Eltern von Kindern im (Vor-)Schulalter geeignet. Es umfasst 62 Items

mit Verhaltensweisen, deren Häufigkeit anhand einer 5-stufigen Skala von 1 („never“) bis 5 („always“) getrennt für Mutter und Vater erhoben wird. Das Instrument sieht dabei vor, dass jedes Elternteil Angaben für sich selbst, aber auch für das andere Elternteil vornimmt.

Das *simple inventory of maternal rearing attitudes* (Miyahara, 1997) stellt ein Instrument zur Erfassung mütterlicher Erziehungseinstellungen dar. Zielgruppe sind Mütter von Kindern im Vorschulalter. Antworten erfolgen auf einer 5-stufigen Likert-Skala von „always“ bis „never“.

Von Lovejoy et al. (1999) stammt das *Parent Behavior Inventory* (PBI), das mit 20 Items auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 0 („not at all true; I do not do this“) bis 5 („very true; I often do this“) Verhaltensweisen der Eltern anhand der „Hostile/Coercive Scale“ sowie der „Supportive/Engaged Scale“ erhebt.

Ein weiteres Instrument ist das *Evaluation des Pratiques Educatives Parentales – Preschool and Primary School Form* (EPEP-PPSF) (Meunier & Roskam, 2009). Die neun Bereiche des Fragebogens beinhalten insgesamt 40 sowohl positiv als auch negativ formulierte Aussagen, deren Beantwortung anhand einer 5-stufigen Likert-Skala von 1 („never“) bis 5 („always“) erfolgt. Die Originalversion des Instruments (EPEP) eignet sich nur für ältere Kinder.

Zur Gruppe der jugendlichen Mütter wurde eine Publikation gefunden (Fleming et al., 1993). Die Autorin plädiert dafür, den Fokus nicht auf vorhandene Probleme sondern auf die konstruktive Stärkung des Potentials der jugendlichen Mütter zu legen, insbesondere da diese oftmals über ein geringes Selbstwertgefühl verfügen. Die Erhebung von Unterstützungsbedarf erfolgt nicht über Fragebögen oder Selbstauskünfte der Mutter, sondern anhand von Beobachtung und Zuhören. Pflegekräfte sollten nach Fleming (1993) auf Folgendes achten:

- Does the mother express positive feelings?
- Does the mother have the ability to recognize and interpret the child’s changing developmental needs and behaviors?
- Does the mother respond appropriately to her child’s cues?
- Does the mother show an ability and willingness to consider the child’s needs before her own?

Für die dargestellten Hauptfragen umfasst das Instrument jeweils mehrere Unterfragen.

3.3 Instrumente zur Erhebung einzelner Aspekte von Elternkompetenz

Die Mehrheit der identifizierten Instrumente erhebt einzelne Aspekte aus dem Bereich Elternkompetenz. Hierzu zählen beispielsweise Schlaf, Ernährung, Disziplin, Verletzungsrisiko. In Tabelle 6 sind die Instrumente thematisch geordnet dargestellt.

Tabelle 6: Instrumente zur Erhebung einzelner Aspekte von Elternkompetenz

Erstautor, Jahr	Name des Instruments	Abkürzung	Sprache	Anzahl Items	Perspektive	Alter Kind#
Versorgung, Vernachlässigung, Verletzungsrisiko						
Bolen 2002	Needs-Based Assessment of Parental (Guardian) Support	NAPS	EN	22+26	Fachkraft, Erziehender	k. A.
Secco 2002	Infant Care Questionnaire	ICQ	EN	22 final	Mutter	D Tag 1 – 3; 3./5. Woche
Trocmé 1996	Child Neglect Index	CNI	EN	6	Fachkraft	G 0 – 16 J
Petrass 2009	Review mit 10 Primärstudien	-	EN	-	-	-
Schlaf						
Morrell 1999a	Maternal Cognitions about Infant Sleep Questionnaire	MCISQ	EN	20	Eltern	G 13 Mon.
Morrell 1999b	Infant Sleep Questionnaire	ISQ	EN	10	Eltern	D 12 – 18 Mon.
Morell 2002	Parental Interactive Bedtime Behaviour Scale	PIBBS	EN	19	Eltern	G 13 Mon.
Sadeh 2007	Infant Sleep Vignettes Interpretations Scale	ISVIS	EN	42	Eltern	
Stillen, Ernährung						
de la Mora 1999	Iowa Infant Feeding Attitude Scale	IIFAS	EN	17	Mutter	postnatal im KH
Janke 1994	Revised Breast-Feeding Attrition Prediction Tool	BAPT	EN	51	Mutter	postpartal
Nommsen-Rivers 2009	Infant Feeding Intentions Scale	IFI	EN	5	Schwangere	pränatal
Leff 1994	Maternal Breastfeeding Evaluation Scale	MBFES	EN	30 final	Mutter	< 1 J
Mulder 2010	Beginning Breastfeeding Survey	BBS	EN	26	Mutter	prä-/postnatal
Dennis 2003	Revised Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short Form	BSES-SF	EN	14	Mutter	< 7 Tage

Erstautor, Jahr	Name des Instruments	Abkürzung	Sprache	Anzahl Items	Perspektive	Alter Kind#
Cleveland 2005	Breastfeeding Personal Efficacy Beliefs Inventory	BPEBI	EN	25	Mutter	-
Chatoor 1997	Feeding Scale	-	EN	46	Fachkraft	G 1 Mon.- 3J
Becker & Becker 1994	Maternal Behavior Inventory	MBI	EN	5	Fachkraft	G 3 Tage
McCurdy 2010	Family Food Behavior Survey	FFBS	EN	20	Eltern	D 2 – 11; MW 4,1 J
Birch 2001	Child Feeding Questionnaire	CFQ	EN	31	Eltern (Mutter)	G 2 – 11 J; D 5-11 J
Polat 2010	Child Feeding Scale, Türkisch	CFS	TR	31	Eltern (Mutter)	G 2 – 11 J; 5,8+ 4,2 J
Hendy 2009	Parent Mealtime Action Scale	PMAS	EN	31 final	Eltern	D MW 8,3; 4,5; 8,1 J
Gattshall 2008	Home Environment Survey	HES	EN	126	Eltern	D 8 – 12 J; MW 10,5 J
Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugung						
Prasopkittikun 2006	Self-efficacy in Infant Care Scale	SICS	EN	40 final	Eltern	D < 12 Mon.
Crncec 2008	Karitane Parenting Confidence Scale	KPCS	EN	15	Eltern	D 0 – 12 Mon.
Koeske 1992	Parenting Locus of Control	PLOC	EN	14	Eltern	D 9 Mon. – 14 J
Johnston 2004	Parenting Sense of Competence	PSOC	EN, DE unveröff.	15	Eltern	D 4 – 9 J
Stress, Coping, Inkonsistenz, Erziehungskonflikte						
Hofecker-Fallahpour 2009	Parenting Stress Index, deutsche Version	PSI (deutsch)	DE	120	Eltern	G, D 0 – 12 J
Tröster 2010	Eltern- Belastungs-Inventar(dt. Version des PSI)	EBI	DE	48	Eltern	k. A.
Berry 1995	Parental Stress Scale	PSS	EN	18 final	Eltern	D MW 6,7 J; 7,8 J
Hamilton 2008	Revised Prenatal Coping Inventory	NuPCI	EN	32	Schwangere	pränatal
Socular 2004	Discipline Survey	-	EN	45	Eltern	D 12 – 19 Mon.
Yoshizumi 2006	Parenting Scale of Inconsistency	-	EN	12	Kind	D MW 19,8 J
Gabriel 2006	Erziehungskonfliktskala	EKS	DE	16	Eltern	D MW 4,7 J
Naumann 2010	Erziehungsfragebogen	EFB	DE	35	Eltern	D 2,5 – 6,5 J

Erstautor, Jahr	Name des Instruments	Abkürzung	Sprache	Anzahl Items	Perspektive	Alter Kind#
Partnerschaft						
Schneewind 2002	Paarklimaskalen		PKS	DE 25	Eltern	-
Wilhelm 1988	Intimate Bond Measure		IBM	EN 24	Partner	-
Hall 1992	Autonomy and Relatedness Inventory		-	EN 30	Partner/ Familie	-
Reichle 2005	Partnerschaftskonfliktverhalten		PKV	DE 65	Partner	-
Mutter- bzw. Eltern-Kind-Beziehung						
Niederhofer 2001	Fragebogen zur vorgeburtlichen Eltern-Kind-Bindung		-	DE 24	Eltern	-
Tsujino 2002	Prenatal Attachment Inventory		PAI	EN 21	Mutter	-
Tsujino 2002	Maternal Attachment Inventory		MAI	EN 26	Mutter	-
Medeiros 2004	Bindungsscreening für Vorschulkinder		-	DE 16	Kind	-
Anne 2010	Interaction Rating Scale		IRS	EN 70	Eltern	-
Bhakoo 1994	Mother Infant Attachment Scale		-	EN 15	Mutter	-
Condon 1998	ohne Titel		-	EN 18	Mutter	-
Fiese 2001	Pediatric Infant Parent Exam		PIPE	EN 3	Fachkraft	-
Caldwell 1984	Home Observation for the Measurement of the Environment, Infant-Toddler version		IT-HOME	EN 45	Fachkraft	-
McKinsey Crittenden 2005	CARE-Index (Feinfühligkeit)		-	DE k. A.	Fachkraft	G 0 – 30 Mon.

G= geeignet für das Alter; D= Studie durchgeführt mit Kindern des Alters; J= Jahr(e); KH= Krankenhaus; Mon. = Monate; MW = Mittelwert

Versorgung/ Vernachlässigung/Verletzungsrisiko

Im Bereich Versorgung, Vernachlässigung und Verletzungsrisiko wurden ein Review sowie drei Primärstudien identifiziert. Der systematische Review von Petrass, Finch & Blitvich (2009) zum Zusammenhang von elterlicher Aufsicht und kindlichem Verletzungsrisiko beinhaltet 10 Instrumente für Kinder im Alter von 0 bis 14 Jahren. Viele der 30 einbezogenen Studien basieren ausschließlich auf Selbstauskünften und enthalten keine Angaben zur Reliabilität und Validität. Darüber hinaus ist die Auswahl der Studienpopulation meist nicht repräsentativ, so dass die Ergebnisse nicht auf die Ge-

samtbevölkerung übertragen werden können. Die Autoren äußern daher weiteren Forschungsbedarf unter Einsatz höherwertiger Methoden, um verlässliche Aussagen zum Zusammenhang von elterlicher Aufsicht und kindlichem Verletzungsrisiko treffen zu können – auch vor dem Hintergrund, dass unbeabsichtigte Verletzungen bei Kindern in Industrieländern die häufigste Ursache für Krankenhausaufenthalte darstellen).

Das *Needs-Based Assessment of Parental (Guardian) Support* (NAPS) von Bolen et al. (2002) erlaubt eine generelle Einschätzung der Qualität der Versorgung des Kindes. Das Besondere dieses Instruments ist, dass neben der klinischen Einschätzung durch eine Fachkraft (26 Items) auch eine Selbsteinschätzung eines Elternteils oder Betreuenden (22 Items) erfolgt. Während die Fachkraft auf einer 5-stufigen Skala von 1 („never“) bis 5 („always“) bewertet, wie häufig eine gute Versorgung stattfindet, geben Eltern den Grad ihrer Besorgnis hinsichtlich dieser Aspekte auf einer 4-stufigen Skala von „very concerned“ bis „not at all concerned“ bzw. „not at all true“ bis „very true“ an.

Der Child Neglect Index (CNI) von Trocmé (1996) ermöglicht die Erfassung von Versorgung bzw. Vernachlässigung auf den folgenden Subskalen:

- Supervision
- Physical care (food/nutrition, clothing & hygiene)
- Provision of health care (physical health care, mental health care, developmental and educational care).

Auf einer 4- bis 5-stufigen Skala kann das Verhalten von „adequate“ bis „seriously inadequate“ angegeben werden. Das Instrument erhebt insgesamt weniger die elterlichen Verhaltensweisen als solche sondern vielmehr den Zustand und die Versorgung des Kindes. Gegenüber anderen Instrumenten geht die Skala von Trocmé in den Bereich von konkreter Vernachlässigung, z. B. klinische Symptome aufgrund Mangelernährung, behandlungsbedürftige Erkrankung aufgrund unzureichender Kleidung/Hygiene oder häufige Exposition gegenüber gefährlichen Situationen.

Der *Infant Care Questionnaire* von Secco (2002) erfasst die mütterliche Wahrnehmung ihrer Fähigkeiten hinsichtlich der Versorgung des Kindes anhand von 22 Items in den Bereichen „Mom & Baby“, „Emotionality“ und „Responsive“.

Schlaf

Gemäß den sogenannten Richman-Kriterien (Richman, 1981) wird von einer Schlafstörung ausgegangen, wenn bestimmte Probleme seit 2 Monaten anhalten, mindestens 5-mal pro Woche auftreten und mindestens eines der folgenden Kriterien ebenfalls zutrifft:

- Das Kind benötigt länger als 30 Minuten zum Einschlafen.
- Das Kind erwacht 3-mal oder häufiger pro Nacht.
- Das Kind ist länger als 20 Minuten in der Nacht wach.
- Das Kind schläft aufgrund von Schlafproblemen 3-mal oder häufiger im elterlichen Bett.

Zum Aspekt „Schlaf“ wurden drei Instrumente gefunden. Der *Maternal Cognitions about Infant Sleep Questionnaire* (MCISQ) (Morrell, J. M. B., 1999b) beinhaltet Aussagen über Gedanken und Gefühle hinsichtlich kindlicher Schlafprobleme. Das Ausmaß der Zustimmung wird anhand einer 5-stufigen

Likert-Skala von „strongly agree“ bis „strongly disagree“ erhoben. Der Fragebogen besteht aus den Subskalen „Grenzen setzen“, „Ärger“, „Zweifel“, „Füttern“ und „Sicherheit“. Die Auswertung der einzelnen Subskalen erfolgt, indem die in den Klammern hinterlegten Werte für die Antwort „strongly agree“ addiert werden. Hohe Werte stehen für ein höheres Ausmaß an Bedenken und Zweifel.

Das *Infant Sleep Questionnaire (ISQ)* von Morell (1999a) erhebt zum einen Häufigkeit und Dauer von Zubettbringen und nächtlichem Aufwachen des Kindes sowie das Schlafen im elterlichen Bett. Zum anderen werden Eltern direkt um eine Einschätzung gebeten, ob ihrer Ansicht nach eine Schlafstörung beim Kind vorliegt. Die Antwortmöglichkeiten befinden sich je nach Item auf einer 4- bis 8-stufigen Likert-Skala. Mit dem ISQ können die elterliche Einschätzung über das Vorliegen einer Schlafstörung sowie das Ergebnis diagnostischen Kriterien gegenübergestellt werden.

Anhand der *Parental Interactive Bedtime Behaviour Scale (PIBBS)* (Morrell, J. & Cortina-Borja, 2002) kann das aktuelle, auf den kindlichen Schlaf bezogene Elternverhalten erhoben werden. Die Beantwortung der folgenden Subskalen erfolgt auf Basis von Items mit einer 5-stufigen Likert-Skala von 0 („never“) bis 4 („very often“): „Active physical comforting“, „Encourage autonomy“, „Settle by movement“, „Passive physical comforting“, „Social comforting“. Verhaltensweisen aus dem Bereich „active physical comforting“ wie Streicheln, Tragen, Umlagern sowie die Verabreichung von Getränken oder Nahrung waren mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für kindliche Schlafprobleme verbunden. Die unter der Domain „social comforting“ zusammengefassten Verhaltensweisen wie sanftes Sprechen, Singen von Kinderliedern und Vorlesen standen nicht in Verbindung mit Schlafproblemen. Kinder, deren Autonomie durch Musik, Anbieten eines besonderen Spielzeugs/Kleidungsstückes sowie Schreien lassen gefördert wurde, wiesen eine geringere Wahrscheinlichkeit für Schlafprobleme auf. Eine verzögerte Förderung der kindlichen Autonomie war in der Studienpopulation mit einer größeren Wahrscheinlichkeit für anhaltende Schlafprobleme assoziiert.

Eine andere Möglichkeit bietet die *Infant Sleep Vignettes Interpretations Scale (ISVIS)* (Sadeh, Flint-Ofir, Tirosh & Tikotzy, 2007). In Form von 14 hypothetischen Fällen werden kindliche Schlafprobleme beschrieben, denen jeweils 3 Aussagen zur Interpretation der Situation zugeordnet sind. Diese Aussagen repräsentieren drei Kategorien:

- Distress:** das Kind ist ängstlich und gestresst und das Elternteil sollte direkt helfen oder beruhigen
- Grenzen:** übermäßige Forderungen des Kindes sollten mit Grenzsetzungen beantwortet werden
- Temperament:** die – unabhängig von den Eltern – bestehende Rolle des kindlichen Charakters und Temperaments in der Entstehung des Schlafproblems werden betont

Das Ausmaß der Zustimmung zu den einzelnen Aussagen kann auf einer 6-stufigen Likert-Skala („strongly disagree bis strongly agree“) angegeben werden. Während mit der PCISC reale Situationen erfasst werden, handelt es sich bei diesem Instrument um Einschätzungen, die auf sowohl hypothetischen Situationen als auch ebensolchen kindlichen Verhaltensweisen basieren (Sadeh et al., 2007).

Stillen

Im Bereich „Stillen“ wurden 7 Instrumente gefunden. Basierend auf der Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1991) entwickelte Janke (1994) das *Revised Breast-Feeding Attrition Prediction Tool (BAPT)*. Das Instrument erhebt postpartal die Absicht der Mütter, mindestens 8 Wochen lang zu stillen mittels einer 6-stufigen Antwortskala. Anhand von vier Subskalen und 51 Items werden negative und positive Gefühle gegenüber dem Stillen, soziale und professionelle Unterstützung sowie das Ausmaß wahrgenommener Kontrolle erfasst.

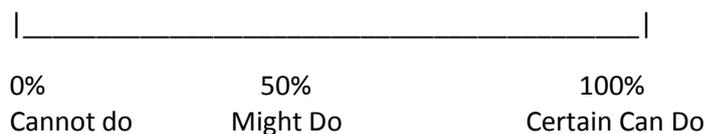
Die *Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES)* von Leff et al. (1994) erhebt die für Mütter relevanten Aspekte des Stillens auf den vier Subskalen „Maternal enjoyment/Role Attainment“, „Infant Satisfaction/Growth“ sowie „Lifestyle/Maternal Body Image“. Insgesamt 30 Items werden anhand einer 5-stufigen Likert-Skala von „strongly disagree“ bis „strongly agree“ abgefragt.

Die *Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS)* von de la Mora et al. (1999) erhebt zum einen mütterliche Einstellungen zu verschiedenen Aspekten des Stillens und zum anderen die anvisierte Ernährungsweise nach der Krankenhausentlassung. Der Fragenbogen enthält 17 Items und eine 5-stufige Likert-Skala von 1 („strong disagreement“) bis 5 („strong agreement“).

Die Selbstwirksamkeit beim Stillen kann mit der *Revised Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form (BSES-SF)* von Dennis (2003) erfasst werden. Mütter können die 43 finalen Items anhand einer 5-stufigen Likert Skala von 1 („not at all confident“) bis 5 („always confident“) beantworten. Signifikante Unterschiede in der stillbezogenen Selbstwirksamkeit in der 1. Lebenswoche des Kindes zeigten sich zwischen Müttern, die nach 4 (und 8) Monaten noch stillten sowie den Müttern die nicht stillten. Je höher der BSES Score ausfiel, desto höher war die Wahrscheinlichkeit für exklusives Stillen ohne andere Formen der Zufütterung im Alter von 4 und 8 Monaten.

Ein weiteres Instrument zur Selbstwirksamkeit in Bezug auf das Stillen stammt von Cleveland & McCrone (2005). Das *Breastfeeding Personal Efficacy Beliefs Inventory (BPEBI)* besteht aus 5 visuellen Analogskalen mit insgesamt 27 Items, die wie folgt dargestellt werden:

„I can breastfeed my baby at the mall“



Nommsen-Rivers und Dewey (2009) entwickelten die *Infant Feeding Intentions Scale (IFI)*, mit der ebenfalls erhoben werden kann, wie stark die mütterliche Intention ist, ihr Baby ausschließlich zu stillen und dies für mindestens 6 Monate beizubehalten. Das sehr übersichtliche Instrument besteht aus 5 Items und einer jeweils 5-stufigen Likert-Skala von „very much agree“ bis „very much disagree“. Hohe IFI Werte zeigten eine starke Assoziation mit der intendierten und der später tatsächlich eingetretenen Stilldauer. Frauen, die mindestens 6 Monate stillen wollten, stillten im Median jedoch nur 1

Monat lang, nur 37% stillten nach 2 Monaten noch. Ein großer Anteil der Frauen realisierte somit nicht die zuvor angestrebte Stilldauer.

Der *Beginning Breastfeeding Survey* (BBS) (Mulder & Johnson, 2010) fokussiert die mütterliche Wahrnehmung des Stillens. In Abgrenzung zum MBFES werden auch Aspekte erhoben, die insbesondere in den ersten Wochen nach der Geburt relevant für die Mütter sind (Brustschmerzen, Sorge um Milchfluss etc.). Insgesamt 26 Items werden mit einer 6-stufigen Likert-Skala von „strongly disagree“ bis „strongly agree“ abgefragt.

Ernährung

Zum Thema der Elternkompetenzen im Bereich Ernährung wurden 7 Instrumente identifiziert. Die Fütterungsskala („Feeding Scale“) von Chatoor et al. (1997) ist ein Instrument zur externen Einschätzung einer Interaktion von Mutter und Kleinkind in einer 20-minütigen Fütterungssituation. Die 46 Items fokussieren primär auf Aspekte der Mutter-Kind-Bindung und erheben die Häufigkeit und die Intensität der einzelnen Verhaltensweisen anhand einer 5-stufigen Likert-Skala.

Der *Family Food Behavior Survey* (FFBS) von McCurdy und Gorman (McCurdy & Gorman, 2010) erhebt, auf welche Weise Mütter das kindliche Essverhalten überwachen und positiv bzw. negativ beeinflussen. Die Subskalen „Maternal control“, „Maternal presence“, „Child choice“, sowie „Organization“ umfassen insgesamt 20 Items, die mit einer 5-stufigen Likert-Skala von 0 („never true“) bis 4 („always true“) beantwortet werden.

Ein weiteres Instrument zur Beobachtung des mütterlichen Verhaltens bei der Fütterung ist das *Maternal Behavior Inventory* (MBI) von Becker und Becker (Becker & Becker, 1994). Während einer 10-minütigen Fütterung schätzt eine Fachkraft das Verhalten der Mutter in 4 Domänen/Fragen mit 5 ausformulierten Antwortoptionen ein. Angewandt wird das Instrument im Alter von ca. 3 Tagen.

Der *Child Feeding Questionnaire* (CFQ) von Birch et al. (Birch et al., 2001) geht über diesen Ansatz hinaus. Neben Verhaltensweisen werden auch elterliche Überzeugungen und Einstellungen sowie die von den Eltern eingeschätzte Adipositas-Neigung ihrer Kinder erhoben. Dies geschieht über die Abfrage des elterlichen und kindlichen Gewichts in unterschiedlichen Altersstufen, Bedenken bzgl. des kindlichen Körpergewichts, Restriktionen und Monitoring. Die 31 Items werden anhand einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet. In beiden Stichproben der Studie waren das wahrgenommene Gewicht der Eltern, das Körpergewicht der Kinder und die Sorgen darum positiv mit dem Körpergewicht des Kindes assoziiert, der Druck zu essen war negativ assoziiert. In jeweils einer Stichprobe war die wahrgenommene Verantwortung sowie Restriktion beim Essen positiv mit dem Körpergewicht des Kindes assoziiert. Zwischen dem Monitoring des Essverhaltens und dem Körpergewicht bestand kein Zusammenhang.

Polat & Erci (2010) adaptierten das Instrument von Birch et al. (2001) an die türkische Bevölkerung. Die resultierende *Child Feeding Scale* (CFS) unterscheidet sich nur sprachlich vom ursprünglichen Instrument, ein Bedarf einer kulturellen Adaption lag nicht vor.

Der *Home Environment Survey* (HES) von Gattshall et al. (2008) ist ähnlich angelegt, bezieht jedoch neben dem Bereich Ernährung auch den Faktor Bewegung ein. Neben der Verfügbarkeit und dem Zugang zu Nahrung und Sport werden auch Aspekte der sozialen Umwelt (Rollenverhalten der Eltern,

elterliche Regeln) erhoben. Der Fragebogen enthält 126 Items in 10 Subskalen. Obgleich der Fragebogen an Eltern 8 – 12-jähriger Kinder getestet wurde, soll er hier dargestellt werden, um den mehrdimensionalen Ansatz des Erhebungsinstruments zu veranschaulichen.

Hendy et al. (2009) entwickelten mit der *Parent Mealtime Action Scale (PMAS)* ein Instrument, das neben dem elterlichen Verhalten in Zusammenhang mit den Mahlzeiten auch die Verfügbarkeit von dezidiert aufgeführten Obst- und Gemüsesorten sowie Zwischenmahlzeiten, sogenannten „Snacks“, erhebt. Damit stellt es eine Weiterentwicklung älterer Instrumente da, die vorrangig Einstellungen der Eltern im Fokus hatten. Die 31 Items sind den folgenden 9 Subskalen zugeordnet:

Qualität der Paarbeziehung

Die Vermeidung anhaltender elterlicher Konflikte trägt zur Prävention von Verhaltensstörungen und negativen Folgen für die psychische und soziale Gesundheit des Kindes bei. Elterliches Verhalten ist relevant hinsichtlich der Vorbildfunktion, z. B. durch das Vorleben eines respektvollen und liebevollen Umgangs, einer adäquaten Konfliktbewältigung etc. Zudem wirken sich eventuelle Konflikte zwischen den Eltern auch auf das Verhalten gegenüber dem Kind aus.

Ein Instrument zur Qualität von Beziehungen ist das von Wilhelm und Parker (1988) entwickelte *Intimate Bond Measure (IBM)*. Beide Partner bewerten einzeln die Dimensionen „Care“ und „Control“ anhand von 24 Items und einer 4-stufigen Skala von „very true“ bis „not at all true“.

Hall et al. (1992) entwickelten mit dem *Autonomy and Relatedness Inventory* ein weiteres Instrument zur Erfassung der Qualität intimer Beziehungen. Die Besonderheit dieses Instruments besteht darin, neben partnerschaftlichen Beziehungen auch die Qualität der Beziehung zu Eltern- oder Geschwisterpartnern erfassen zu können. Im häuslichen Umfeld werden 30 Items in einem persönlichen Interview erhoben und die Antworten der 5-stufigen Likert-Skala den folgenden acht Subskalen zugeordnet:

- **Autonomy**
- **Listening**
- **Acceptance**
- **Support**
- **Relatedness**
- **Detachment/Rejection**
- **Control**
- **Hostile Control**

Schneewind und Kruse (2002) erfassen mit den *Paarklimaskalen (PKS)* die drei Globalskalen Verbundenheit, Unabhängigkeit und Anregung/Aktivität. Außerdem wird die Zufriedenheit mit der Sexualität erfasst. Die Bewertung erfolgt auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 1 („sehr unzufrieden“) bis 5 („sehr zufrieden“).

Das Bewältigungsverhalten in Partnerschaftskonflikten kann mithilfe des Instrumentes zum *Partnerschaftskonfliktverhalten (PKV)* von Reichle und Maurus (2005) erfasst werden. Die Häufigkeit vorgegebener Verhaltensweisen wird auf einer 5-stufigen Skala von 1 („fast nie oder nie“) bis 5 („sehr oft“) erhoben.

Einstellungen, Wahrnehmungen, Überzeugungen

Die *Self-efficacy in Infant Care Scale (SICS)* wurde von Prasopkittikun et al. (2006) entwickelt, um die Selbstwirksamkeit von Müttern in Bezug auf die Säuglingspflege im ersten Lebensjahr zu erheben. Zu jedem der 40 Statements konnten die Mütter das Ausmaß der Selbstwirksamkeit auf einer Skala von 0 („definitely cannot do“) bis 100 („definitely can do“) angeben.

Ein kürzeres Instrument zur Ermittlung stellt die *Karitane Parenting Confidence Scale (KPCS)* von Črnčec et al. (2008) dar. Die wahrgenommene Selbstwirksamkeit von Eltern im ersten Lebensjahr ihres Kindes wird anhand von 15 Items und einer 4-stufigen Likert-Skala von „No, hardly ever“ bis „Yes, most of the time“ erhoben.

Kontrollüberzeugungen bezüglich des kindlichen Verhaltens und seiner Entwicklung können anhand des *Parenting Locus of Control (PLOC)* von Koeske und Koeske (1992) erhoben werden. Das Instrument besteht aus 14 Items und einer 5-stufigen Likert-Skala von „strongly agree“ bis „strongly disagree“.

Ein Instrument zur Erhebung der Kompetenzüberzeugung stellt die *Parenting Sense of Competence Scale (PSOC)* von Johnston und Mash (Johnston & Mash, 1989) dar. Die PSOC erhebt die Kontrollüberzeugung hinsichtlich der Fähigkeit, schwierige Erziehungssituationen zu bewältigen. Dabei wird sowohl die Zufriedenheit mit der Elternrolle (Frustration, Versagensgefühle, Motivation) als auch die Selbstwirksamkeit bei der Erziehung (Kompetenz, Problemlösefähigkeiten, Erfolg) anhand von 15 Items erfasst. Die Antwortskala reicht von 1 („stimme überhaupt nicht zu“) bis 6 („stimme völlig zu“). Der Fragebogen wurde bereits ins Deutsche übersetzt, allerdings in einer unveröffentlichten Version (Lösel, Friedrich et al., 2003)

Elternseitiger Stress

Eine hohe elterliche Belastung gilt als Risikofaktor für dysfunktionales Erziehungsverhalten (Tröster, 2010). Das wohl bekannteste Instrument zur Erhebung elterlichen Stresses ist der *Parenting Stress Index (PSI)* (Abidin, 1995). Der umfangreiche Fragebogen zielt auf die subjektiv wahrgenommenen Belastungen ab und eignet sich für Eltern von Kindern im Alter von 0 – 12 Jahren. Das englische Original ist nicht frei zugänglich, daher wird im Folgenden näher auf deutsche Übersetzungen des PSI eingegangen.

Eine erste *deutsche Version des PSI* stammt von Hofecker-Fallahpour (2009). Die insgesamt 120 Items beziehen sich auf das Kind, die Elternrolle, die Beziehung zum Partner sowie das Befinden. Außerdem werden besondere Lebensereignisse des vergangenen Jahres abgefragt, die eine Belastung darstellen können. Die überwiegend 5-stufige Likert-Skala reicht von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft sehr zu“. Der vollständige Fragebogen sowie das dazugehörige Manual sind über die Autoren erhältlich. Nachfolgend sind die Subskalen der deutschen Version des PSI dargestellt.

Tabelle 7: Kind- und Elterndomäne des deutschsprachigen PSI (Hofecker Fallahpour et al., 2009)

<u>Kinddomäne</u>	<u>Elterndomäne</u>
Faktoren kindlichen Temperaments:	Persönlichkeit und Pathologie des Elternteils
Anpassungsfähigkeit	Depression
Beanspruchung	Kompetenz
Stimmung	Bindung zum Kind
Ablenkbarkeit/Hyperaktivität	
	situationsabhängige Subskalen
elterliche Erwartungen an das Kind	
Annehmbarkeit	
Positive Verstärkung	

Nach Hofecker-Fallahpour (2009) sind bereits 1995 über 300 Studien publiziert, in denen der PSI zur Erhebung des elterlichen Stress' eingesetzt wurde.

Eine weitere deutsche Version des PSI erarbeitete im letzten Jahr Tröster (2010) unter der Bezeichnung *Eltern- Belastungs-Inventar (EBI)*. Zwei Hauptquellen für elterliche Belastungen werden unterschieden: Charakteristika und Handlungen des Kindes, die in Anforderungen an die Eltern resultieren sowie Einschränkungen der elterlichen Funktionsfähigkeit. Das EBI enthält insgesamt 48 Items und kann Bereiche aufzeigen, in denen Eltern stärker belastet sind und Unterstützungsbedarf besteht. Das vollständige Item samt Kontextdokumenten ist über die Testzentrale erhältlich. Das Instrument in dieser Form besteht aus folgenden Subskalen:

Tabelle 8: Subskalen des Eltern- Belastungs-Inventar (Tröster 2010)

<u>auf Seite des Kindes</u>	<u>auf Seite der Eltern</u>
Anpassungsfähigkeit	Depression
Anforderung	Zweifel an der elterlichen Kompetenz
Stimmung	Bindung
Ablenkbarkeit bzw. Hyperaktivität	Partnerbeziehung
Akzeptierbarkeit	Soziale Isolation
	Gesundheit
	Persönliche Einschränkung

Damit weist das Instrument im Vergleich zu der Version von Hofecker-Fallahpour (2009) eine Subskala weniger und leicht abweichender Formulierungen auf.

Berry und Jones (1995) äußerten Limitationen des PSI, indem sie anmerkten, dass sich das Instrument vorrangig auf klinische Populationen beziehe und die Eignung für Kinder ohne spezielle Bedürfnisse fraglich wäre. Zudem kritisierten sie einen Gender-Effekt, da Väter im Durchschnitt einen signifikant niedrigeren Stresslevel als Mütter angaben. Sie äußerten daher den Bedarf nach einem In-

strument, mit welchem der Stress aufgrund der Elternschaft – unabhängig von besonderen Belastungen – erhoben werden kann. Daraufhin wurde ein 18 Items umfassendes Instrument entwickelt, die *Parental Stress Scale*, deren 5-stufige Likert-Skala von „strongly disagree“ bis „strongly agree“ reicht.

Das von Hamilton und Lobel (2008) entwickelte *Revised Prenatal Coping Inventory* (NuPCI) fokussiert Gedanken und Planungen hinsichtlich der Geburt und der Mutterschaft und unterscheidet zwischen aktiven Herangehensweisen und Vermeidungstaktiken. Das Instrument wird in Form eines Interviews angewandt. Die Einschätzungen der schwangeren Frauen beziehen sich auf insgesamt 32 Items und eine 5-stufige Bewertung von „never“ bis „very often“.

Disziplin und Inkonsistenz

Der *Discipline Survey* von Socolar et al. (2004) erhebt die Häufigkeit von bestimmten Disziplinierungsarten sowie die Bedingungen unter denen diese in den vergangenen 3 Monaten stattfanden in einem persönlichen Interview mit den Eltern. Insgesamt 45 Items werden anhand einer 6-stufigen Likert-Skala von „never“ bis „always“ bewertet.

Inkonsistenz in der Erziehung kann mit der *Parenting Scale of Inconsistency* von Yoshizumi und Takai (2006) erfasst werden. Mit dem Instrument wurde von japanischen Studenten das Elternverhalten bis zum Alter von 16 Jahren erhoben. Es wird in dieser Ausarbeitung dennoch aufgeführt, um erste Anhaltspunkte zu möglichen Kriterien der Erhebung elterlicher Inkonsistenz zu erhalten. Das Instrument erfragt retrospektiv Einstellungen, Stimmung und Verhalten gegenüber dem Kind und besteht aus 12 Items mit 4-stufiger Likert-Skala (0 – 3), bei der höhere Werte für ein größeres Ausmaß an Inkonsistenz stehen.

Umgang mit Problemsituationen

Die *Erziehungskonfliktskala (EKS)* von Gabriel und Bodenmann (2006) erfasst Konflikte in der Kindererziehung, die sich aus dem Miteinander der Eltern (Co-Parenting) sowie unzureichender Kooperation ergeben. Das Instrument basiert auf der australischen *Parent Problem Checklist (PPC; Dadds & Powell, 1991)* und erfragt Häufigkeit und Intensität der Verhaltensweisen in den vergangenen vier Wochen. In der deutschen Version wurde eine 4-stufigen Antwortskala von 1 („trifft nicht zu“) bis 4 („trifft zu“) verwendet, wohingegen dem Original eine stufenweise Abfrage zugrunde lag.

Der Erziehungsfragebogen (EFB) von Naumann et al. (2010) ist ein Instrument zu Erhebung von elterlichem Verhalten in schwierigen Erziehungssituationen. Er basiert auf der *Parenting Scale (PS)* von Arnold et al. (1993) und wurde durch leichte Modifikation an den deutschen Sprachraum angepasst. Das Instrument besteht aus den Subskalen „Überreagieren“, „Nachsichtigkeit“ sowie „Weitschweifigkeit“. Elterliche Handlungstendenzen der vergangenen zwei Monate werden mit 35 Items auf einer zweipoligen (effektives vs. nicht effektives Verhalten), 7-stufigen Antwortskala abgebildet.

Alkohol- und Tabakkonsum

Im Rahmen der Evaluation des Eltern-Ordners der BZgA „Gesund groß werden“ wurden ebenfalls Faktoren erhoben, welche die kindliche Gesundheit beeinflussen können. Dazu zählen der Konsum von Alkohol und Tabak während der Schwangerschaft sowie der Tabakkonsum in Gegenwart des

Kindes. Als weitere mögliche Determinante kindlicher Gesundheit wird die geplante Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen in Schwangerschaft und (Klein-)Kindalter abgefragt.

3.4 Instrumente zur Erhebung der Eltern-Kind-Beziehung

Eine gute Eltern-Kind-Beziehung fördert maßgeblich die Ausbildung einer sicheren Bindung, die psycho-soziale Gesundheit sowie die kognitive Entwicklung des Kindes. Als Surrogatparameter für eine hohe Elternkompetenz im Sinne eines autoritativen Erziehungsstils, der zu günstigen Eltern-Kind-Interaktionen beiträgt, werden daher nachfolgend auch Instrumente zur Erhebung der Beziehung von Eltern und Kind(ern) dargestellt.

Ein häufig zitiertes Instrument stellt das *Parental Bonding Instrument* (PBI) von Parker et al. (1979) dar. Da das Instrument retrospektiv eingesetzt wird und die erinnerte Beziehung zu den Eltern bis zum Alter von 16 Jahren erhebt, erfüllt es nicht die Kriterien dieser Ausarbeitung.

Der *Fragebogen zur vorgeburtlichen Eltern-Kind-Bindung* von Niederhofer (Niederhofer, 2001) stellt die deutsche Version der Maternal/Fetal Attachment Scale (MFAS) (Cranley 1981) dar. Beide Elternteile beantworten separat die jeweils 24 Items auf einer 5-stufigen Skala. Auf Basis dieser Angaben wird eine Einstufung in eine der Bindungskategorien „sicher“, „vermeidend“ bzw. „ambivalent“ vorgenommen.

Tsujino et al. (2002) entwickelten zwei weitere Instrumente, mit deren Hilfe die Stärke der Eltern-Kind-Bindung im Zeitverlauf von Schwangerschaft bis zum Alter von 3 Jahren erhoben werden kann. Dazu verwendeten und modifizierten die Autoren das Prenatal Attachment Inventory (PAI) von Müller (1993) sowie ebenfalls das Maternal Attachment Inventory (MAI) von Müller (1994). Insgesamt wurden 5 Instrumente entwickelt, die am jeweiligen Alter des Kindes ausgerichtet sind.

- PAI für die Zeit der Schwangerschaft (21 Items)
- MAI für 1 Monat pränatal bis 1 Monat postnatal (26 Items)
- MAI-I für 1-Jährige (mit MAI identisch bis auf den Begriff „child“ anstelle von „baby“)
- MAI-II für 2-Jährige (teilweise überarbeitete Version des MAI-I)
- MAI-II für 3-Jährige (18 altersadaptierte Items des MAI-II)

Die Fragebögen enthalten je nach Version 18 – 26 Aussagen zu Gedanken, Gefühlen und Verfassungen aus der Perspektive der Mütter, deren Zustimmung anhand einer 4-stufigen Skala angegeben werden kann.

Die *Interaction Rating Scale* (IRS) von Anme et al. (2010) ermöglicht die Bewertung kindlicher sozialer Kompetenzen sowie der Erziehungskompetenz der Eltern anhand einer 5-minütigen Beobachtung einer Eltern-Kind-Interaktion. Zehn Subskalen umfassen 25 Items zu Verhaltensweisen des Kindes und 45 Items zum Verhalten des Elternteils. Das Vorhandensein der einzelnen Verhaltensweisen wird mit „vorhanden“/„nicht vorhanden“ bewertet. Anschließend erfolgt eine Bewertung auf Ebene der Subskalen sowie eine Gesamteinschätzung anhand einer 5-stufigen Likert-Skala, auf der eine synchrone Beziehung zwischen 1 („not evident at all“) 5 („evident at high level“) eingestuft wird.

Medeiros und Reichle (2004) entwickelten ein Bindungsscreening für Vorschulkinder, um zwischen einer sicheren Bindung und einer unsicheren Bindung trennen zu können. Die 16 Items werden an-

hand einer 4-stufigen Likert-Skala von 0 („fast nie“) bis 3 („fast immer“) bewertet. Da es sich um Informationen einer Sekundärquelle zu einem unveröffentlichten Manuskript handelt, liegen keine weiter gehenden Informationen zum Instrument vor.

Die *Mother Infant Attachment Scale* von Bhakoo et al. (1994) besteht aus 15 Items mit einer 5-stufigen Likert-Skala von „strongly agree“ bis „strongly disagree“. Die ursprünglich auf Hindi entwickelte Skala liegt mittlerweile als englische Übersetzung vor.

Ein weiteres Instrument zur Erhebung der Mutter-Kind-Bindung stammt von Condon und Corkindale (1998). Das Instrument erfasst die Häufigkeiten und/oder Intensität von Erfahrungen der Mütter in den vergangenen 2 Wochen anhand einer 5-stufigen Skala und stuft so die Stärke der Mutter-Kind-Bindung ein.

Von Fiese et al. (2001) stammt das *Pediatric Infant Parent Exam* (PIPE) zur Erfassung problematischer Interaktionen zwischen Kleinkindern und Eltern. Im Rahmen von kinderärztlichen Untersuchungen werden Mütter und ihre Kleinkinder während einer Spielsituation beobachtet und vor, während und nach Abschluss des Spiels auf einer 6-stufigen Skala nach dem Ausmaß der interaktionellen Reziprozität und der positiven Zuwendung bewertet. Der Gesamteindruck wird auf einer 7-stufigen Skala zwischen „Adaptive“ und „Maladaptive“ erfasst. Darüber hinaus wird erfragt, für wie typisch der Beobachter diese Interaktion für Eltern und Kind hält.

Die *Home Observation for the Measurement of the Environment*, Infant-Toddler version (IT-HOME) von (Caldwell, Bradley & University of Arkansas at Little Rock. Center for Child Development Education, 1984; zit. n. Gunning et al., 2004) basiert auf einer Beobachtungssituation sowie einem Interview. Es wurde bereits in vielen US-amerikanischen Studien verwendet sowie in Südamerika, Europa, Asien, Afrika und Australien. Ziel ist die qualitative sowie quantitative Erhebung von Stimulation und Support, die dem Kind in der häuslichen Umgebung zur Verfügung stehen. Einen standardisierten Fragebogen gibt es nicht, über die konkrete Frageführung entscheidet der jeweilige Interviewer. Insgesamt 45 Items erlauben eine binäre Ja-Nein-Beantwortung durch den Beobachter/Interviewer und sind folgenden 6 Subskalen zugeordnet: Parental responsiveness, Acceptance, Organisation, Involvement, Variety, Individual items, Two items together.

In Anlehnung an das Konzept der Feinfühligkeit von M. Ainsworth (s. Kapitel 1.2) erstellte McKinsey-Crittenden (2005) mit dem *CARE-Index* ein Instrument zur Beurteilung der Interaktionsqualität zwischen einem Kind und einem Erwachsenen, der nicht zwingend Elternteil sein muss. Dabei erfolgt die Bewertung auf Grundlage einer Videoaufnahme einer spielerischen Interaktion von 3-minütiger Dauer. Feinfühligkeit ist nach Crittenden ein Verhalten, „das dem Kind gefällt, sein Wohlbefinden und seine Aufmerksamkeit erhöht, und Belastetheit und Desinteresse verringert“ (McKinsey-Crittenden, 2005, S. 100). Es entspricht somit keiner starren Eigenschaft oder (gesundheitsrelevanten) Kompetenz, sondern beschreibt eine Beziehung zu einem bestimmten Kind in einer dyadischen Situation. Gegenpole zur Feinfühligkeit sind zum einen das zu intensive, zum anderen auch das zu geringe Eingehen auf das Kind. Als Hauptvorteil des Instruments nennt McKinsey-Crittenden, dass Fachkräfte mit wenig Zeitaufwand eine Einschätzung der Beziehungsqualität vornehmen können und dabei kritische Aspekte erkennen, die bei einer üblichen Beobachtung auch durch Fachpersonal häufig übersehen werde.

Als Ergebnis werden Eltern bzw. Kind in jeweils eine der folgenden Kategorien eingestuft:

Erwachsener: einfühlig, kontrollierend, nicht-responsiv

Säugling (0 – 15 Monate): kooperativ, überangepasst, schwierig, passiv

Kleinkind (15 – 30 Monate): kooperativ, überangepasst, drohend-manipulativ, entwaffnend-manipulativ

3.5 Zusammenfassung und Ausblick

Die systematische Literaturrecherche zu Instrumenten zur Erhebung von Elternkompetenz(en) ergab eine Vielzahl von Publikationen. Wesentliche Komponenten der Elternkompetenz werden beschrieben, allerdings erfolgt dies primär im Sinne einer Begriffsbestimmung und konzeptuellen Darstellung. Eine Operationalisierung, die es erlaubt Elternkompetenz zu messen, findet sich eher bei Instrumenten, die auf einzelne Aspekte von Elternkompetenz fokussieren (z. B. Ernährung, Schlaf, Umgang mit belastenden Situationen).

Es wurden keine Instrumente identifiziert, die sich speziell an sozial benachteiligte Personen wie Alleinerziehende oder Personen mit Migrationshintergrund richten bzw. ihre besonderen Lebenslage berücksichtigen. Instrumente, die spezifisch gesundheits- bzw. krankheitsbezogenes Wissen oder Verhalten abfragen (z. B. zum plötzlichen Kindstod, Schütteltrauma, Hygiene, Impfschutz, Sonnenschutz) wurden nicht identifiziert. Für die Zielgruppe „Junge Mütter“ wurde nur eine Publikation identifiziert (Fleming, Munton, Clarke & Strauss, 1993). Hans (1991) weist darauf hin, dass jugendliche Mütter dieselben Kompetenzen benötigten wie Mütter höheren Alters. Der spezielle Bedarf junger Mütter bestehe in der Unterstützungsleistung zum Erwerb dieser Kompetenzen.

Ein allgemein anerkanntes, wissenschaftlich fundiertes Messinstrument zur Bewertung kompetenter Elternschaft existiert zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht. Als Grundlage einer entwicklungsförderlichen Erziehung gilt in den Modellen und Instrumenten zur Elternkompetenz der autoritative Erziehungsstil, bei dem Eltern

- a) liebevolle Zuwendung und Unterstützung bieten,
- b) klare Grenzen setzen und Konflikte konstruktiv lösen und
- c) die Autonomie und Entwicklung des Kindes aktiv fördern.

In Hinblick auf Kernbereiche von Elternkompetenz sollten zur Förderung der kindlichen bio-psycho-sozialen und kognitiven Entwicklung des Kindes folgende Voraussetzungen gegeben sein bzw. Unterstützungsangebote bereitgestellt werden:

- Kenntnis und Verständnis der grundsätzlichen Erfordernisse, Besonderheiten und Bedürfnisse von Kindern im jeweiligen Alter bzw. Entwicklungsschritt
- spezifische gesundheitsbezogene Kenntnisse (z. B. zu Krankheitssymptomen, Verletzungsprävention, Hygiene, medizinisch-psycho-soziale Versorgungs- und Unterstützungsangeboten)

- entwicklungsförderliche Einstellungen und Überzeugungen (z. B. Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit in der Elternrolle, Berücksichtigung der Interessen des Kindes)
- Feinfühligkeit im Umgang mit dem Kind
- Motivation, die vorhandenen Kenntnisse und Einstellungen entwicklungs- und gesundheitsförderlich anzuwenden
- daraus resultierende Handlungsweisen auf Ebene des Kindes (z. B. Förderung einer gesunden Ernährung, regelmäßigen Bewegung, Ausgestaltung sozialer Beziehungen, Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen) sowie auf Seiten der Elternteile und innerhalb ihrer Paarbeziehung (konsistent handeln, Vorbild sein, entwicklungsförderliches Familienklima schaffen, Alltag bewältigen)
- relevante Ressourcen (z. B. Zeit für Interaktion mit dem Kind, soziales Netzwerk, materielle Ressourcen wie Wohnung, Kleidung, Spielzeug und Sportutensilien)

Die dargestellten Modelle und Instrumente eignen sich für unterschiedliche Anwendungsbereiche. Im wissenschaftlichen Kontext finden sie Anwendung zur Begriffsbestimmung des Konstruktes Elternkompetenz, zur Untersuchung von entwicklungsförderlichen bis abträglichen Faktoren und deren Folgen wie z.B. den Effekten einer sicheren Bindung. Daneben ermöglicht es die Betrachtung von Faktoren, die ihrerseits elterliche Kompetenzen beeinflussen.

Die Testgüte der Instrumente war nicht expliziter Bestandteil der Suchstrategie und konnte anhand der Recherche daher nicht systematisch erfasst werden. Somit kann keine zuverlässige Aussage getroffen werden, für welche Instrumente Daten zur Validität bzw. Reliabilität und ggf. Änderungssensitivität existieren. Der Großteil der Instrumente stammt aus dem englischsprachigen Raum. Von einer Äquivalenz für den deutschsprachigen Raum kann nicht per se ausgegangen werden. Um belastbare Daten zur Testgüte der einzelnen Instrumente zu erhalten, müssten die relevanten Instrumente zunächst ins Deutsche übersetzt und anschließend an der deutschen Bevölkerung bzw. einer relevanten Teilpopulation Deutschlands getestet werden.

Erstrebenswert wäre die Entwicklung und konkrete Operationalisierung eines umfassenden Modells und des daraus abgeleiteten Instrumentes zur Definition und Messung von Elternkompetenz, das neben den Aspekten des autoritativen Erziehungsstils auch konkrete Aspekte der bio-psycho-sozialen Gesundheit einbezieht. Dieses Modell könnte auch Eltern eine Orientierung bieten, um förderliche von weniger förderlichen Rahmenbedingungen, persönlichen Einstellungen und Verhaltensweisen unterscheiden und stärker beachten zu können.

Im Rahmen der Evaluationsforschung werden Instrumente zum Thema Elternkompetenz bereits genutzt, um die Wirksamkeit von Elternprogrammen zu erheben. Auf Bevölkerungsebene könnten Instrumente in Form eines Screenings den Unterstützungsbedarf (auch in speziellen Zielgruppen) systematisch erfassen. Bei fortlaufender Anwendung kann damit auch ein Monitoring erfolgen und Veränderungen im Zeitverlauf auf Bevölkerungsebene abgebildet werden.

B Angebote zur Förderung der Elternkompetenz

4 Recherche über Angebote und Programme zur Förderung von Elternkompetenzen im internationalen Vergleich

4.1 Methodisches Vorgehen und Datenbasis

Die Eltern fördern wesentlich die Entwicklung ihrer Kinder. Insbesondere die frühen Jahre haben dabei eine zentrale Bedeutung (vgl. Bornstein & Bradley, 2003; Rauh, 2008; Reichle & Gloger-Tippelt, 2007). So liegt es auch mehr als nahe, Eltern zu den zentralen Adressaten von Angeboten und Programmen zu machen, die der Entwicklung von Kindern zugutekommen sollen. Hierbei kann durchaus an eine längere Tradition angeknüpft werden. Bereits Rousseau forderte Selbsterkenntnis und Selbsterfahrung der Eltern, und schon lange gibt es Ansätze zur Unterstützung elterlicher Erziehungskompetenzen. 1840 gründete Friedrich Fröbel Kindergärten, in denen nicht nur Kinder gefördert, sondern auch den Müttern Kenntnisse, Wissen und Handlungsoptionen vermittelt wurden. Pestalozzi betonte die Rolle der Nachbarschaftshilfe und sozialer Netzwerke in der Erziehung. Als Beispiel für die didaktische Einheit von Mütter- und Elternbildung fungierte die „Mütterschul“ von Comenius. Die von Korczak hervorgehobene Bedeutung von Perspektivenwechsel und Selbstreflexion der Erwachsenen im Umgang mit Kindern prägt heute noch weite Bereiche der Elternbildung.

Mittlerweile wurde sowohl international wie auch in Deutschland eine breite Palette von Angeboten zur Elternbildung entwickelt und in der Praxis erprobt (Heinrichs, Saßmann, Hahlweg & Perrez, 2002; Tschöpe-Scheffler, 2003, 2005a; Weiss, Röhrle & Ronshausen, 2007). Sie richten sich vielfach – im Sinne der *universellen Prävention* – an alle Eltern (ggf. mit Kindern einer bestimmten Altersgruppe) ohne gezielt auf den besonderen Bedarf einzelner sozialer Gruppen abgestimmt zu sein. Sie können sich aber auch – im Sinne der *selektiven Prävention* – an bestimmte Risikogruppen wenden, die aufgrund erschwerter Lebensbedingungen oder anderer Umstände vergleichsweise häufig von Problemen in der Erziehung betroffen sind, ohne dass diese im Einzelfall schon vorliegen müssen. Äußere Risikofaktoren wie ökonomische Belastungen, Trennung und Scheidung oder die erhöhten Anforderungen im Zuge von Migration können Eltern in der Betreuung und Erziehung ihrer Kinder beeinträchtigen und die psychische und physische Gesundheit der Familienmitglieder reduzieren (vgl. Walper, 2009). Den Spezifika solcher Lebenslagen wird teilweise durch die Ausgestaltung von Angeboten der Elternbildung Rechnung getragen. Und schließlich wenden sich einige Angebote – im Sinne der *indizierten Prävention* – an Familien mit erkennbaren Problemlagen entweder im Bereich der Eltern-Kind-Beziehung und der Erziehung oder in der Entwicklung der Kinder.

Im Folgenden sollen Programme, die als universelle, selektive oder indizierte Angebote im Sinne der Förderung des gesunden Aufwachsens von Kindern dienen, gesichtet und systematisiert werden, wobei der Fokus auf evaluierte Programme für Eltern mit Kindern im Alter bis zu 6 Jahren gerichtet ist. Durch Evaluation soll zum einen die Akzeptanz des Angebots seitens der Eltern (formative Evaluation), zum anderen die Wirksamkeit des Programms im Hinblick auf die angestrebte Veränderung elterlicher Kompetenzen und/oder die angestrebten Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung (summative Evaluation) nachgewiesen werden. Dieser Qualitätsnachweis ist für die Bewertung der

Angebote und Programme unabdingbar. Insofern werden hier nur Programme berücksichtigt, für die ein entsprechender Qualitätsnachweis auch zur Wirksamkeit vorliegt.

Eltern benötigen für die optimale Betreuung und Erziehung ihrer Kinder eine Vielzahl von Kompetenzen, die es ihnen ermöglicht, situations- und entwicklungsangemessen auf die Bedürfnisse ihrer Kinder einzugehen und längerfristig deren positive Entwicklung zu gewährleisten (siehe Kapitel 1). Hierzu gehören Kenntnisse, Fertigkeiten und Handlungsstrategien aber auch Einstellungen und emotionale Kompetenzen im Umgang mit Kindern. So sind Elternkompetenzen als mehrdimensionales Konstrukt zu sehen, das affektive, kognitive und verhaltensbezogene Komponenten umfasst (Coleman & Karraker, 2000).

Einen ersten Zugang zur Bestimmung von Elternkompetenzen liefern jene Bedingungsfaktoren, die in konkreten Erziehungssituationen wirksam sind und die das Handeln von Eltern beeinflussen. Zum einen sind dies Bedingungen, die im Erziehenden selbst liegen, zum anderen Bedingungen, die der Individualität des Kindes Rechnung tragen, und drittens situationsspezifische Bedingungen, die an den jeweiligen Handlungskontext gebunden sind. Entsprechend lassen sich selbst-, kind- und kontextbezogene sowie handlungsbezogene Kompetenzen unterscheiden (siehe Kapitel 1) (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005).

In Programmen zur Stärkung von Elternkompetenzen werden diese unterschiedlichen Aspekte elterlicher Kompetenzen insofern angesprochen, als vielfach Wissen vermittelt, Einstellungen reflektiert, und Handlungsoptionen diskutiert, vielleicht auch erprobt werden. Die Gewichte können unterschiedlich verteilt sein, insbesondere in Bezug auf die Vermittlung handlungsbezogener Kompetenzen, die den Transfer von erweiterten Handlungsoptionen in den Alltag betreffen. Diese stehen im Mittelpunkt verhaltensnaher Trainingsprogramme.

Die Recherche erfolgte im Zeitraum Februar bis August 2011, richtete sich auf Elternprogramme in Deutschland und in den USA und erfolgte im Wesentlichen über das Internet. Hierbei erwies sich der Zugang zu Elternprogrammen in den USA als vergleichsweise einfach, da die Webseite des U.S. Department of Health and Human Service unter <http://nrepp.samhsa.gov/> eine Seite zur Verfügung stellt, auf der alle evidenzbasierten Programme und Kurse aufgeführt sind. Angegliedert ist diese Webseite an die Substance Abuse and Mental Health Administration. Durch einfache Filterkriterien konnten die evaluierten Programme für werdende Eltern und Eltern von Kindern im Alter bis zu 6 Jahren ermittelt werden.

In Deutschland wurden unterschiedliche Möglichkeiten gewählt. Neben einer Auswertung von Überblickswerken (Tschöpe-Scheffler, 2003, 2005a; Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005) wurde zunächst primär über das Internet recherchiert.

Die hauptsächlich genutzten Seiten waren dabei:

- <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/> und insbesondere dort die Recherche in den Good-practice-Angeboten.
- <http://www.mobile-familienbildung.de/hr/HrSpFb-1.8.Elternbildungsprogramme.pdf>
- Datenbank FORKID unter <http://db.dji.de/cgi-bin/db/default.php?db=22>
- Deutscher Bildungsserver unter <http://www.bildungsserver.de/zeigen.html?seite=4792>

Im weiteren Rechercheverlauf wurde auf den dabei gefundenen spezifischen Programm-Webseiten nach näheren Informationen geforscht, oder nach entsprechenden Seiten mit Hilfe der Suchmaschine Google gesucht. Allerdings erwies es sich teilweise als sehr mühsam, auf diesem Weg detaillierte Informationen zu den Programmen zu finden.

Im nächsten Schritt wurden einschlägige Publikationen zu den Programmen, insbesondere Evaluationsstudien, über die Datenbanken für Fachliteratur (insbesondere PsycINFO und PSYINDEX) ermittelt.

Alle Programme, die in Deutschland verankert sind, wurden zunächst in den Monaten April bis Juli mit einem etwa 20 – 30-minütigen telefonischen Interview genauer erfasst und im Juli mit einem Kurz-Fragebogen noch konkretisiert. Neben den Inhalten der Programme, deren methodische Umsetzung und Taktung wurden auch Informationen zur möglichen Evaluation gewonnen.

Programme, zu denen nicht ausreichend Informationen gefunden werden konnten und zu denen kein persönlicher Kontakt hergestellt werden konnte, wurden im weiteren Verlauf aus der Expertise ausgeschlossen. Programme, die nicht bereits evaluiert wurden, sind nur in Ausnahmefällen mit aufgenommen worden. Ausnahmen sind Programme, die innovativ und vielversprechend sind und/oder deren Evaluation derzeit läuft. Des Weiteren sind in der Übersicht ebenfalls Programme aufgeführt, auf die häufig verwiesen wird, von denen teilweise aber noch keine Evaluation recherchiert werden konnte.

Das vorliegende Kapitel beleuchtet zunächst das Vorgehen der Recherche zu gesundheitsrelevanten Elternkompetenzen und den daraus resultierenden Programmen. Kapitel 5 liefert eine systematisierte Übersicht über einschlägige Programme, wobei auf Merkmale der Zielgruppe, den Bezug der Programme auf einzelne Dimensionen gesundheitsrelevanter Elternkompetenzen und die Qualität der Evaluation eingegangen wird. In Kapitel 5.46 werden die einzelnen Programme in alphabetischer Reihenfolge steckbriefartig charakterisiert, Kapitel 7 beinhaltet eine Bewertung der verschiedenen Programme sowie einen Ausblick auf weitere Forschung.

4.2 Kriterien zur Beschreibung der Programme

Begriffsklärung: Programme

In der Expertise wird allgemein die Bezeichnung „Elternprogramm“ verwendet. Bezogen auf die Einzelbeispiele sind damit unterschiedliche Umsetzungsvarianten angesprochen. Dazu gehören insbesondere:

- Bildungs- und Trainingsangebote (z. B. „Erziehungsführerschein“ oder „Familienteam“),
- Informations- und Beratungsangebote (z. B. „Familienhandbuch online“ oder „Beratung für Eltern in Kinderbetreuungseinrichtungen“),
- Betreuungs- und Unterstützungsangebote (z. B. Beratungsstelle „Frühe Hilfen“, „Pro Kind“ oder „Schutzengel e. V.“) oder auch
- kombinierte Bildungs-, Beratungs- und Betreuungsmodule, um auf unterschiedliche Bedürfnisse von Eltern variabel eingehen zu können.

Einige der Programme sind Bestandteil wissenschaftlicher Modellprojekte (wie z. B. „Das Baby verstehen – Keiner fällt durchs Netz“ oder „Früh-Start – Evaluation der Familienhebammen in Sachsen-Anhalt“). Sie können mittlerweile unter anderen Bezeichnungen oder in modifizierter Form weitergeführt werden. Explizit hinzuweisen ist außerdem darauf, dass einige der Einzelbeispiele ausschließlich exemplarischen Charakter besitzen und sich nicht als systematische oder vollständige Übersicht verstehen (wie z. B. „Stadtteilmütterprojekt“ oder „Beratungsstelle Frühe Hilfen“).

Zielgruppen

Zunächst wurde gefragt, inwieweit sich die Elternprogramme an spezifische Zielgruppen richten. Dies betrifft zum einen die *Altersgruppe der Kinder*, zum anderen die Zielgruppe im Sinne unterschiedlicher *Manifestationsgrade von Problembelastung* bzw. hierauf bezogenen Arten der Prävention. Hierbei unterscheiden wir

- **universelle** Prävention, die alle Eltern als Zielgruppe hat,
- **selektive** Präventionsprogramme für spezifische Risikogruppen (siehe Kapitel 2.6) und
- **indizierte** Präventionen, die Eltern und Kindern in Problemfällen ansprechen (z. B. Angebote für Eltern mit behinderten Kindern, aber auch Angebote für Eltern, die selbst eine Suchterkrankung hatten).

Neben der Unterscheidung in universelle, selektive und indizierte Prävention (Hahlweg, 2001; Munoz, Mrazek & Haggarty, 1996) werden im Zusammenhang mit Elternprogrammen häufig die Begriffe primäre, sekundäre und tertiäre Prävention verwendet (Caplan, 1974). Während erstere Unterscheidung (universell, selektiv und indiziert) speziell im Hinblick auf die Zielgruppe differiert, bezieht sich die primäre Prävention auf eine Stärkung von personen- und beziehungspezifischen Kompetenzen, die zur Entwicklungsförderung benötigt werden. Die sekundäre Prävention versucht eine Weiterentwicklung von Problemen zu verhindern, und die tertiäre Prävention erfolgt meist nach einer Intervention um zu verhindern, dass die Symptomatik erneut auftaucht, wobei die tertiäre Prävention auch versucht Folgeschäden zu verringern. Demzufolge eignet sich die Unterscheidung in universelle, selektive und indizierte Prävention aufgrund ihrer Zielgruppenfokussierung besser für die vorliegende Untersuchung.

Sofern sich die Programme der selektiven Prävention zuordnen lassen, wird in der nachstehenden Programmbeschreibung die jeweils angesprochene Risikogruppe aufgeführt. Das Gleiche gilt für Ansätze, die der indizierten Prävention zugeordnet werden. Auch hier wird unterschieden, auf welche Personengruppe innerhalb der Familie die indizierte Prävention zutrifft. Betrifft es die Eltern (z. B. Suchterkrankung, high-conflict-Paare, etc.) wird bei der indizierten Prävention der Zusatz „Elternebene“ hinzugefügt, betrifft es die Kinder (z. B. Behinderung des Kindes, Trauma, Vernachlässigung etc.) „Kindebene“. Des Weiteren wird dann auch hier die angezielte Risikogruppe genannt.

Evaluation

Im Mittelpunkt dieser Recherche stehen Programme, die durch Evaluation einen Nachweis der Wirksamkeit erbracht haben. Das Programm soll auf Basis von empirisch feststellbaren Sachverhalten hinsichtlich seiner Umsetzung, Akzeptanz und/oder Wirksamkeit bewertet und im Bedarfsfall optimiert werden. Eine *formative Evaluation* liefert Informationen zur Umsetzung und Akzeptanz, die

helfen das Vorgehen zu optimieren. Eine Bewertung der Wirksamkeit wird mit Hilfe einer *summativen Evaluation* erreicht.

Insofern ist hier die *summative Evaluation* von besonderem Interesse, die im günstigen Fall durch ein Prä-Post-Design (längsschnittliche Erhebungen vor und nach der Intervention) mit Kontrollgruppe geleistet wurde. Besonders hochwertig sind Evaluationen, bei denen die Zuweisung zu Interventions- und Kontrollgruppen durch Randomisierung (Zufallsauswahl) getroffen wurde, etwa im Rahmen eines sogenannten Wartegruppen-Designs. Die folgende Abbildung illustriert die hierarchischen Bezüge der einzelnen Qualitätsmerkmale von summativen Evaluationsstudien. Gleichzeitig ist die Zuordnung von Kurzkodierungen zu den einzelnen Kategorien ersichtlich, wie sie in der tabellarischen Beschreibung der Programme verwendet wird (rK, nrK, oK; s. u.).

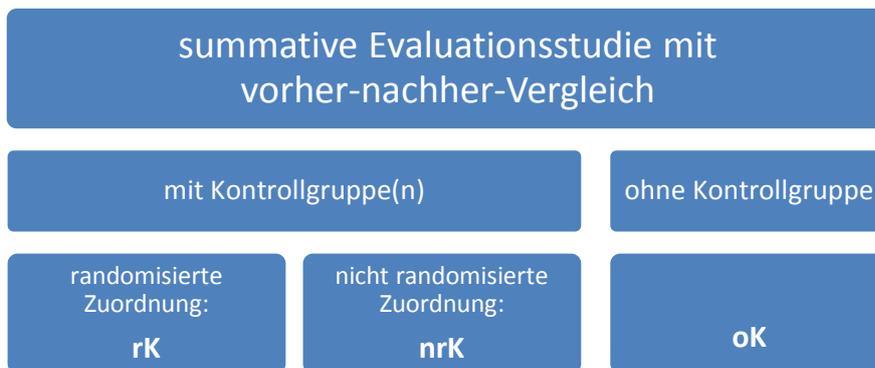


Abbildung 6: Bewertungsrelevante Designmerkmale von Evaluationsstudien

Informationen zur *Nachhaltigkeit* der Wirkung von Programmen liefern Evaluationsstudien mit Nachfolgeuntersuchung(en) in gebührendem zeitlichem Abstand (follow-up; zumeist nach ca. einem Jahr). Entsprechende Informationen zur Verfügbarkeit von Informationen aus Follow-up-Untersuchungen (fu+: follow-up vorhanden vs. fu-: follow-up nicht vorhanden) werden ebenfalls bei der Auswertung der Programme vermerkt.

Darüber hinaus ist für die Bewertung von Evaluationsergebnissen relevant, ob die Evaluation von den Programmautoren bzw. -anbietern durchgeführt wurde, oder ob es sich um eine externe Evaluation handelt. Der Unterschied fällt zwar umso weniger ins Gewicht, je objektiver die Bewertungskriterien erfasst wurden (z. B. durch Testverfahren), dennoch ist generell die Glaubwürdigkeit externer Evaluationen höher einzuschätzen als diejenigen von internen Evaluationen (kodiert als „extE“ für externe Evaluationen vs. „intE“ für interne Evaluationen).

Insgesamt ergeben sich damit vier Kodierungen der Evaluation, deren Alternativen hier in absteigender Reihenfolge der Qualitätskriterien („>“) aufgeführt sind:

- (1) summative vs. ausschließlich formative Evaluation: sumE > formE
- (2) Kontrollgruppendesign: rK > nrK > oK
- (3) Langzeitdesign (follow-up): fu+ > fu-
- (4) Externe vs. interne Evaluation: extE > intE

Einige Programme werden vom Anbieter selbst oder von externen Institutionen qualitativ evaluiert, indem Interviews mit Teilnehmern, Kursleitern oder Experten geführt oder Beobachtungen gemacht

werden. Qualitative Evaluationen erlauben, die persönliche Subjektivität herauszustellen und gewähren einen größeren Spielraum bei der Beantwortung der Frage, sie ist jedoch im Vergleich zur quantitativen Evaluation wenig definiert und lässt sich schlecht vergleichen. Für die Praxis bietet die qualitative Evaluation den Vorteil, dass sie häufig explorativ vorgeht und somit neue Impulse liefert. Für eine Verbesserung von Programmen bzw. Präventionsansätzen ist sie somit gut einsetzbar, für die Außendarstellung und Vergleichbarkeit zwischen unterschiedlichen Ansätzen ist sie allerdings schwer zu verwenden.

Wissensbasiert und handlungsorientiert

Da sich Einstellungen und Verhalten nur teilweise durch Informationen verändern, die lediglich verbal vermittelt werden, kommt jenen Ansätzen besondere Bedeutung zu, die es erlauben, neue Verhaltensweisen bzw. Handlungsoptionen praktisch zu erproben und einzuüben. Sehr erfolgreiche Programme haben praxisnahe Trainingskomponenten. Auch ist das Ausmaß dieses Trainings entscheidend. Beispiele für die praxisnahe Erweiterung von Handlungsoptionen sind dabei u. a. Rollenspiele, praktische Übungen, Interaktionen in einer Eltern-Kind-Gruppe, Feedback auf Basis konkreter Verhaltensbeobachtungen oder die Beobachtung von Vorbildern (Tschöpe-Scheffler, 2005a).

Center- versus home-based: zum Rahmen für die Durchführung der Programme

Bei Präventionsprogrammen unterscheidet man in der Regel zwischen Komm- und Geh-Struktur. Home-based Programme haben somit eine Geh-Struktur, da die Verantwortlichen die Informationen zum Teilnehmer bringen. Arten von home-based Angeboten sind beispielsweise die Zusendung von Informationen und Elternbriefen, Erstbesuchsdienste, Laienbesuche, Pflegebesuche oder aber auch aufsuchende Familienhilfe. Die Vorteile der Geh-Struktur sind zum einen, dass auf die Familien zugegangen wird, dass meist ein Einblick in den Alltagskontext möglich ist, dass die Hilfeleistungen so spezifischer auf die Bedürfnisse der Familie zugeschnitten und somit individualisiert werden und die Begegnung im Alltagskontext der Familie mehr Privatheit und somit häufig mehr Vertrauen schafft. Jedoch können home-based Angebote durch ihre Selektivität auch stigmatisierend wirken, von den Helfern wird eine hohe Motivation gefordert und der private Raum der Familie wird in der Geh-Struktur nicht geschützt.

Das Zusenden von Elternbriefen oder Informationsmaterial beinhaltet zudem das Problem, dass diese für bildungsferne Familien teilweise zu anspruchsvoll formuliert sind und keinen Rat für spezifische Probleme innerhalb der Familie bieten. Wenn die Familien nicht bereits zuvor offen für eine Veränderung sind, sind diese Informationen wenig effektiv. Hausbesuchsdienste lösen oftmals eine Angst vor Kontrolle auf Seiten der Familie aus, und es besteht die Gefahr die Familie zu stigmatisieren (Kirst, 2006; Schuster, 1997). Allerdings ist bei dieser Form der home-based Angebote der Zugang insofern erleichtert, als Wege für die Familie entfallen (Slesnick & Prestopnik, 2004) und eine Organisation der Kinderbetreuung (die während externer Kurszeiten meist erforderlich ist) sich erübrigt (Hargens, 1997). Gelingt der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, so kann dies auch die Motivation zur Nutzung weiterer individueller Hilfsangebote verbessern. Besonders bei Hausbesuchen durch Laien sind Gastgeschenke ein guter Einstieg, um den Zugang zur Familie zu erleichtern. Um Misstrauen und Angst vor Stigmatisierung vorzubauen, sind genaue Datenschutzrichtlinien zu erklären und die Treffen werden klar strukturiert. Wichtig ist ein struktureller Rückhalt für Laienhelfer durch Supervision. Pflegerische Besuchsdienste sind in der Regel nicht stigmatisierend und werden als Not-

wendigkeit anerkannt. Bei der intensiv-aufsuchenden Familienhilfe besteht meist das Problem des Anfangsvertrauens der Familie, dann ist dieses home-based Angebot jedoch sehr flexibel und ermöglicht eine individuelle Anpassung der Hilfeleistungen für die Familie (Lawson, 2005).

Center-based Angebote, bei denen die Teilnehmer zu bestimmten Zeitpunkten an einen bestimmten Ort kommen, fallen in die Komm-Struktur. Offene Treffs, Eltern-Kind- oder nur Elterngruppen, Elternkurse, Beratungsstellen und therapeutische Angebote sind Beispiele hierfür. Diese Angebote sind teilweise unverbindlich, stehen allen offen und gewähren den Teilnehmern zunächst die Autonomie, wann und ob sie teilnehmen möchten. Sie setzen jedoch mehr Eigeninitiative voraus, die Teilnahmehürde ist erhöht (Schuster, 1997). Center-based Angebote erfordern zudem mehr Vertrauensarbeit seitens der Kursleiter. Die Rahmenbedingungen sind meist etwas schwieriger, da häufig eine Kinderbetreuung gesucht oder gestellt werden muss und die Kosten in der Regel höher sind.

Ein offener Treff wird meist gut angenommen, wenn dieser sich bereits etwas etabliert hat und zentral gelegen und gut erreichbar ist (Helming, Sandmeir, Sann & Walter, 2006). Es zeigt sich, dass eine Kombination aus Gesprächsangeboten und zusätzlich praktischer Unterstützung (z. B. Angebot von Second-hand-Kleidern, -Spielzeug etc.) besser angenommen wird. In allen Arten von Eltern-Gruppen-Angeboten bewährt sich eine intensive Pflege von Gruppenarbeit und persönlichen Beziehungen (z. B. gemeinsames Essen, einfacher Informationsaustausch über Gruppennewsletter etc.), um die Motivation zur Teilnahme zu verbessern. Generell ist es wichtig, dass bereits kleine Fortschritte beachtet, aufgezeigt und wertgeschätzt werden.

Zusätzlich zu home-based und center-based Angeboten gibt es beispielsweise noch Fachkräfte in Geburtskliniken und Clearingstellen, die Hilfestellungen geben und weitere Hilfsangebote vermitteln.

Home-based und center-based Programme schließen sich nicht gegenseitig aus, eine Kombination von beiden Alternativen ist möglich, und Befunde aus den USA deuten darauf hin, dass Programme bzw. Ansätze mit beiden Komponenten eine besonders nachhaltige Wirkung zeigen. Dies gilt insbesondere für die kognitive und emotionale Entwicklung des Kindes (Mayr, 2000).

Standardisierung: Curriculum und Situations- bzw. Bedarfsorientiertheit

Bei Hilfsangeboten für Familien kann zwischen individualisierter Hilfe, standardisierten Angeboten und vermittelnden Angeboten unterschieden werden (Helming et al., 2006). Die individualisierte Hilfe ist Bestandteil der aufsuchenden Familienhilfe, der Elternhilfe, der Arbeit von Familienhebammen, der Beratung und Therapie, auch bei einer Kombination von diesen Angeboten. Standardisierte Angebote findet man z. B. in Elternkursen, die einem definierten Curriculum folgen. Laienbesuchsdienste, Erstbesuche rund um die Geburt und Clearingstellen gehören hingegen zu den vermittelnden Angeboten. Um die Systematisierung zu erleichtern, wird in der Übersicht zu unterschiedlichen Elternprogrammen zwischen zwei unterschiedlichen Vorgehensweisen bei diesen Ansätzen unterschieden:

(1) Programme, die sich an einem Curriculum orientieren, d. h. an einem festen Plan mit standardisierter Vorgehensweise, die idealerweise in einem Manual dokumentiert ist und damit gleichzeitig den Vorteil bietet, dass solche Programme besser zu evaluieren sind. Auch für die Transparenz der Programme ist dies gewinnbringend.

(2) Inhaltlich-methodisch flexiblere Programme, die stärker auf situative Erfordernisse und den individuellen Bedarf der Teilnehmer abgestimmt werden können. Es zeigt sich, dass die situations- bzw. bedarfsspezifischen Angebote zumeist andere Zielgruppen ansprechen bzw. erreichen als curricular standardisierte Angebote.

Qualifikation der Kursleiter und Kursleiterinnen

Hinsichtlich der Qualifikation der Kursleitung bzw. Programmdurchführenden wird in der vorliegenden Übersicht zwischen qualifizierten Fachkräften und geschulten Laienhelfern unterschieden. In einigen Programmen werden geschulte Laienhelfer eingesetzt, die häufig aufgrund ähnlicher Lebenslagen und sozialer Herkunft sowie eines gemeinsamen kulturellen Hintergrundes einen leichteren Zugang zu den Eltern finden.

Im Jahr 2001 wurde eine Meta-Analyse zur Unterstützung von Familien und Kinder von Layzer, Goodson, Bernstein und Price durchgeführt. Ziel der Meta-Analyse war es, die Effekte von Familien-Unterstützungsprogrammen zu identifizieren und die Wirksamkeit der unterschiedlichen Familien-Unterstützungsprogramme, sowie die Wirksamkeit der Unterstützungsprogramme für Kinder und Familien mit unterschiedlichen Bedürfnissen aufzuzeigen. Insgesamt wurden 665 kontrollierte Studien aus 260 Familien-Unterstützungsprogrammen in die Meta-Analyse aufgenommen. Untersucht wurde die kognitive und sozio-emotionale Entwicklung von Kindern, die elterlichen Einstellungen, das Erziehungswissen und das Erziehungsverhalten. Es zeigte sich eine durchschnittliche Effektstärke von $d=0.25$. Die Meta-Analyse konnte zeigen, dass sich die Effektstärke verdoppelt, wenn die kindbezogenen Interventionen möglichst früh beginnen, die Kindprogramme eine Komponente zur Selbstentwicklung der Eltern beinhalten, die Eltern eine Unterstützung von anderen Elterngruppen erhalten und die Durchführung der Programme in Elterngruppen erfolgt. Auch hat die Meta-Analyse von Layzer et al. (2001) ergeben, dass Elternkurse besonders effektiv sind, wenn sie eine professionelle Betreuung durch Experten anbieten. Bei home-based Programmen benötigen vor allem mehrfachbelastete Familien besonders gut ausgebildete Kursleiter bzw. Betreuer (Cowan, P. A., Powell & Cowan, 1998).

Sowohl für qualifizierte Fachkräfte wie auch für geschulte Laienhelfer, die in home-based Angeboten eingesetzt werden, gilt, dass sie eine intensive Supervision benötigen, um mit dem emotionalen Stress umzugehen, objektiv bleiben zu können und um die Möglichkeit zu haben zu reflektieren und sich selbst weiterzuentwickeln (Wasik, 1993).

Inhaltliche Aspekte geförderter Erziehungskompetenzen

Auf Basis der Überlegungen zu relevanten Aspekten gesundheitsfördernder Elternkompetenzen (siehe Kapitel 1) wurden die Elternprogramme dahingehend ausgewertet, welche inhaltlichen Schwerpunkte sie setzen bzw. welche Aspekte von Elternkompetenzen thematisiert und näher behandelt werden. Hierbei wurden folgende Aspekte berücksichtigt:

- **Ziel- und Werteorientierung in der Erziehung:** Werden Erziehungsziele angesprochen, reflektiert und diskutiert?
- **Elterliches Fürsorgeverhalten:** Werden kindliche Bedürfnisse thematisiert und hierauf bezogenes Fürsorgeverhalten der Eltern vermittelt? Entsprechend der Konzeption von Hohughy unterscheiden wir hierbei zwischen:

- a. *Physical care*: Fürsorge für das körperliche Wohlergehen der Kinder (Ernährung, Schlaf, Hygiene, Bewegung etc.)
- b. *Emotional care*: Feinfühliges Verhalten gegenüber kindlichen Bedürfnissen, liebevoll-zugewandter Umgang mit dem Kind, positive Anerkennung kindlicher Kompetenzen und Leistungen
- c. *Social care*: Gestaltung von Kontaktmöglichkeiten und Beziehungen des Kindes zu anderen Kindern und Erwachsenen, Förderung sozialer Kompetenzen des Kindes
- **Elterliche Kontrolle**: Wird der Umgang mit kindlichem Problemverhalten („Trotzphase“, aggressives und destruktives Verhalten) thematisiert, werden Anhaltspunkte für die Erkennung von Handlungsbedarf gegeben, und angemessene Strategien zur Überwachung und Sicherung von erwünschtem Verhalten der Kinder vermittelt? Hier lassen sich in Analogie zur Ausdifferenzierung einzelner Aspekte von Care durchaus auch weitere Unterscheidungen treffen, die unterschiedliche Bereiche elterlicher Kontrolle herausheben. Für den hier betrachteten Altersbereich erscheinen zwei Aspekte besonders relevant.
 - a. *Umgebungs-Kontrolle*: Überwachung der räumlichen und dinglichen physikalischen Umgebung des Kindes, Schaffung einer sicheren Umgebung
 - b. *Verhaltenskontrolle*: alters- und situationsangemessene Kontrolle von kindlichem Fehlverhalten.

Demgegenüber ist es im hier betrachteten Altersbereich bis 6 Jahre weniger relevant, die Kontrolle sozialer Beziehungen eigens hervorzuheben, da sich dieser Bereich kaum von „social care“ (Förderung sozialer Kontakte und Beziehungen) einerseits und „Verhaltenskontrolle“ (als Kontrolle von negativem Sozialverhalten) andererseits unterscheiden lassen dürfte. Für die Analyse von Elternkompetenzen im Jugendalter der Kinder dürfte sich dies anders darstellen, aber für die hier verfolgten Zwecke verzichten wir darauf, diesen Aspekt gesondert zu betrachten.

- **Entwicklungsförderung/Stimulation (Development)**: Inwiefern erhalten die Eltern Anregungen für die Förderung kindlicher Kompetenzen, z. B. durch Anleitung, gemeinsames Spiel, durch Gewährung entwicklungsförderlicher Autonomiespielräume, durch Vorlesen etc.
- **Selbstfürsorge/Stressmanagement**: Angesichts der zentralen Bedeutung, die selbstbezogenen Kompetenzen der Eltern insbesondere im Bereich der Emotions- und Stressregulation sowie einer aktiv-konstruktiven Problemlösung zukommt, werden die Programme auch dahingehend ausgewertet, inwieweit solche Kompetenzen der Eltern gefördert werden.
- **Coparenting/Erziehungspartnerschaften**: Schließlich wird auch berücksichtigt, inwieweit Fragen der elterlichen Erziehungsallianz und des Coparenting thematisiert werden und die Eltern dazu ermutigt werden, z. B. im Bereich von Kindergarten und Schule Erziehungspartnerschaften aktiv zu suchen und aufzubauen.

Die genannten Kriterien stehen im Mittelpunkt der nachfolgend dargestellten systematischen Übersicht zu einschlägigen Programmen, die im Zuge der Recherche ermittelt wurden. Auf weitere Kriterien wie den theoretischen Bezugsrahmen, die eingesetzten Methoden, die Anbieter etc. wird in der Kurzcharakterisierung der Programme (siehe Kapitel 6) eingegangen.

5 Systematische Übersicht zu einschlägigen Programmen

Die vorliegenden, gesundheitsfördernden Programme werden im Folgenden systematisiert dargestellt. Die Auflistung der Programme erfolgt alphabetisch. Die systematische Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sicherlich gibt es noch viele weitere Programme, die in die Kategorisierung mit aufgenommen werden können, die folgenden Programme wurden jedoch durch die Recherche ermittelt.

5.1 Zielgruppe, Durchführungsmodalitäten, Methodik und Evaluation der Programme in Deutschland

Zunächst werden die Merkmale der Zielgruppe als Kategorien zur Systematisierung herangezogen. Folgende Übersichtstabellen beinhalten zum einen die Altersgruppe der Kinder, für deren Eltern das Programm angeboten wird, zum anderen wird die Art der Prävention dargestellt. Die universelle Prävention richtet sich an alle Eltern der entsprechenden Altersgruppe und wird daher nicht weiter kommentiert, bei selektiver und indizierter Prävention erfolgt ein Hinweis darauf, welche Zielgruppe speziell angesprochen wird.

Die dritte Spalte der nachfolgenden Tabelle 9 und Tabelle 10 bezieht sich auf die Frage, ob dieses Programm evaluiert wurde. Hierbei werden im Zuge der weiteren Recherche folgende Beschreibungsmerkmale berücksichtigt: (a) formative vs. summative Evaluation; (b) falls summativ: mit/ohne Kontrollgruppe; (c) falls mit Kontrollgruppe: mit/ohne Randomisierung. Diese Angaben konnten nicht immer ermittelt werden.

Weiter wird in beiden Tabellen ein Überblick geboten, welcher Modus den Konzepten zugrunde liegt, ob die einzelnen Konzepte also Gruppen- oder Individualangebote sind. Die Methode der Konzepte, und die Frage ob die Programme lediglich Wissen vermitteln oder aber auch handlungsbasiert arbeiten, indem beispielsweise Erziehungspraktiken anhand von Rollenspielen eingeübt werden, wird ebenfalls in den Tabellen dargestellt.

Die sechste Spalte der Tabellen bezieht sich auf das Setting der Programme. Hier wird zwischen home-based und center-based Programmen unterschieden.

Die Standardisierung der einzelnen Programme wird in der vorletzten Spalte noch verdeutlicht. Es wird dabei zwischen strukturierten Programmen mit festem Curriculum und situations- bzw. bedarfsorientierten Programmen differiert. Wenn ein Programm (auch) situations- bzw. bedarfsorientiert arbeitet, wird in den folgenden Tabellen zusätzlich zwischen Gruppenaustausch (GA), unterschiedlicher Schwerpunktsetzung (SchP) und der Möglichkeit einer Einzelsitzung (EZ) unterschieden.

Die letzte Spalte geht darauf ein, von wem diese Programme durchgeführt werden und unterscheidet zwischen Fachkräften und geschulten Laienhelfern.

Die Übersichten erfolgen getrennt für Programme bzw. Ansätze, die in Deutschland ansässig sind (siehe Tabelle 9), sowie internationale Angebote (siehe Tabelle 10).

Bei den deutschen Programmen sind auch Ansätze dabei, die ursprünglich in einem anderen Land entwickelt wurden und sich mittlerweile in Deutschland etabliert haben.

Tabelle 9: Zielgruppen, Durchführungsmodalitäten, Methodik und Evaluation der Programme in Deutschland

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laien-helfer
Auf den Anfang kommt es an	X	x bis 1	--	--	--	x	--	--	sumE nrK fu- intE	x	--	x	x	--	x	x	--	x	--

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0-3 Jahre	3-6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laien Helfer
Beratungsstelle Frühe Hilfen Harburg	--	x	--	--	--	x	x belastete Familien	x Eltern-ebene: Sucht, Delinquenz, Aggressivität, Krankheit Kind-ebene: Miss-handlung; In-obhutnahme	qualE oK fu- intE	--	x	x	x	x	--	x SchP EZ	x	--	

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0-3 Jahre	3-6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laien Helfer
Das Baby verstehen/ Keiner fällt durchs Netz	x	x bis 1	--	--	--	x	x soziale Randgruppen (soziale Benachteiligung, bildungsfern, Migration, junge Eltern)	--	sumE nrK fu+ extE	x	x	x	x	x	x	x	x GA, SchP	x	--
Das erste Lebensjahr	--	x bis1	--	--	--	x	--	--	formE intE	x	--	x	x	--	x	x	x GA, SchP	x	x sehr selten

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laienhelfer
Der Erziehungsführerschein	--	x	x	x bis 10	--	x	--	--	formE nicht ausgewertet	x	(x)	x	x	--	x	x	x GA, EZ	x	--
EFFEKT – Entwicklungsförderung in Familien: Eltern- und Kinder-Training	--	--	x ab 4	x bis 10	--	x	x soziale Randgruppen (soz. Benachteiligung, bildungsferne, Migration), Verhaltensprobleme	--	sumE rK fu+ intE	x	--	x	x	x	x	x	--	x	--

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laienhelfer
Eltern-AG	--	x	x	--	--	--	x soziale Randgruppen (soz. Benachteiligung, bildungsfern, Migration, junge Eltern)	--	sumE nrK fu+ intE	x	--	x	x	x	x	x	x GA, SchP	x	--
Eltern stärken – Dialogische Elternseminare	--	x	x	--	--	x	--	--	formE extE	x	x	--	x	--	x	--	x GA, SchP, EZ	x	x
Elternführerschein	--	x	x	x	x	x	--	--	formE intE	x	--	x	(x)	--	x	x	x GA	x	--

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0-3 Jahre	3-6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laien Helfer
Elternstart	X	x bis 1	--	--	--	x	--	--	sumE nrK fu+ intE noch nicht verfügbar	x	--	x	x	--	x	x	x	x	--
Elternwerkstatt	--	x	x	x bis 8	--	x	--	--	--	x	--	x	x	--	x	x	x	x	--
Encouraging/ Elterntraining/ Schoenaker Konzept	--	x	x	x	x	x	--	--	--	x	--	x	x	--	x	x	x	x	x

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laienhelfer
Fabel-Kurse/ familienzentriertes Baby-Eltern-Konzept	(x)	x max. bis 2	--	--	--	x	x sozial benachteiligte Familien; Migrationshintergrund	x Eltern-ebene: Behinderung	extE	x	--	x	(x)	--	x	x	x GA, SchP, EZ	x	x
Familienhandbuch online	X	x	x	x	x	x	--	--	--	--	x	x	--	x	--	--	x	--	--

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laien Helfer
Familienhebammen/ Frühstart	x	x bis 1	--	--	--	--	x sozial benachteiligte Familien, junge Schwangere, Migrationshintergrund, Sucht, Gewalt	x Eltern-Kind-Ebene: hochbelastete Familien	sumE qualE extE	--	x	--	x	--	--	x GA, SchP, EZ	x	--	
Familienprogramm ELAN	--	x	x	x	x	x	--	--	formE extE	x	--	x niedrigschwellig	x	--	x	--	x GA, SchP	x	--

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laien Helfer
Familienteam – Das Mit-einander stärken	--	--	x	x	--	x	x belastete Familien	--	sumE nrK fu+ intE noch nicht veröffentlicht	x	--	x	x	--	x	x	x GA	x	--
Fenkid	--	x	--	--	--	x	x belastete Familien	x Eltern-Kind-Ebene: hochbelastete Familien	--	x	--	x	x	--	x	x	x GA, SchP, EZ	x	--

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0-3 Jahre	3-6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laien Helfer
Freiheit in Grenzen	--	--	x	x	x	x	--	--	sumE rK fu+ extE für Grundschulalter	--	x	x	--	x	--	x	--	x	--
Früh übt sich/ MINI-FIT/ Von klein auf gesund.	--	x ab 2	x	--	--	x	x sozial benachteiligte Familien	--	extE	x	--	x	x	(x)	x	x	x GA, SchP	x	x

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laien Helfer
FuN – der Name ist Programm	--	x	x	x	x	x	x belastete Familien	x Eltern-Kind-Ebene: hochbelastete Familien	QualE formE Geplant: extE	x	--	--	x	X Anwerbeverfahren	x	x	x GA, SchP	x	x sehr selten
Griffbereit	--	x	--	--	--	x	--	--	--	x	--	x	x	--	x	x	x GA	x	x

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0-3 Jahre	3-6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laien Helfer
Hippy – Home Instruction Program for Pre-school Youngsters	--	--	x	--	--	x	--	--	Internat: sumE rK fu+ extE	x	x	x	x	x	x	x	x GA, SchP, EZ	x Center	x Home

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laienhelfer
JUMP – Junge-Mütter-Projekt in Husum und Friedrichstadt	X	x	(x)	(x)	--	--	x Mütter unter 25; Alleinerziehende; Schwangere in schwierigen Lebenslagen; niedriger sozialer Status	--	--	x	x	(x)	x	x selten	x	x	x GA, SchP, EZ	x	--
Kess - erziehen – und Familie entspannter (er)leben	--	x	x	x	x	x	x sozial benachteiligte Familien	--	sumE oK fu+ extE	x	--	x	x	--	x	x	x GA, SchP	x	x

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0-3 Jahre	3-6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laienhelfer
Kinder im Blick	--	--	x	x	x	--	x Scheidungs-/Trennungsfamilien	x Eltern-ebene: high conflict Paare	sumE nrK fu+ intE	x	--	x	x	--	x	x	x GA	x	--
Kompetenz-training für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES)	--	--	--	x	x	--	X ADHS	--	sumE rK fu+ intE	x	x	x	x	x	x selten	x	x GA, SchP, EZ	x	--

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laien Helfer
Marburger Gesundheitsnetzwerk für Kinder „mitten-drin“	--	x	x	x bis 10	--	x	x benachteiligter Stadtteil	--	extE	x	--	x	x (kochen)	x	x	--	x SchP, EZ	x	--
Opstapje	--	x 18–36 Monate	--	--	--	--	x sozial benachteiligte Familien; bildungsfern; Migrationshintergrund	--	sumE oK fu+ extE	x	x	x	x	x	x	x	--	X Gruppentreffen	X Hausbesuche

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laienhelfer
PEKIP	--	x 4 Wochen – 1 Jahr	--	--	--	x	x belastete Familien	x Eltern- Kind- Ebene: hoch- belas- tete Familien	qualE formE intE	x	--	--	x	--	x	x GA, SchP	x	--	
PEP – Präventionsprogramm für expansives Problemverhalten	--	--	x	--	--	--	--	x Kind- ebene: Verhaltens- auffälligkeiten	sumE rK fu+ intE	x	--	x	x	(x)	x	x GA, SchP	x	--	

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laien Helfer
P.E.T. – Parent Effective-ness Training	--	x	x	x	x	x	--	--	qualE extE	x	x	x	x	--	x	x	--	x	x

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laienhelfer
Präventionsprogramm Lenzgesund	x	x	x	--	--	--	x benachteiligter Stadtteil	x Eltern-ebene: Migranten mit Fluchterfahrung, Gewalterfahrung; Krankheit; Sucht Kind-ebene: Verhaltensstörung, Vernachlässigung	Konzept- Prozess- , Struktur und Ergebnisevaluation werden verfolgt ³	x	x	x	x Ausflüge Familiensport	x Familienebene	x Angebote an Schulen, Kitas, im Innenhof der Lenzsiedlung	--	x GA, SchP	x	x
³ Näheres zur Evaluation von Lenzgesund siehe Kapitel 5.4 Abkürzungen in																			

formE: formative Evaluation
sumE: summative Evaluation
qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laienhelfer
Pro Kind	--	x	--	--	--	--	x belastete Familien	--	⁴ extE	--	x	x	x	x	x selten	x	x SchP; EZen	x	--
Rucksack	--	--	x ab 4	--	--	--	x mit schlechten Deutschkenntnissen	--	formE intE	x	--	x	x	--	x	x	x GA, SchP	x	x

⁴ Näheres zur Evaluation von Pro Kind siehe Kapitel 5.4

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
sumE: summative Evaluation
qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laien Helfer
Safe	X	x bis 1	--	--	--	x	x belastete Familien	x Eltern-ebene: Suchterfahrung, Krankheit Kind-ebene: Behinderung	sumE rK fu+ extE	x	x	x	x	--	x	x	x GA, EZ	x	--
Schutzengel e. V.	X	x	--	--	--	x	x belastete Familien	--	sumE nrK fu- extE	x	x	x	--	x	x	x	x GA, SchP, EZ	x	x

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laienhelfer
Starke Eltern – Starke Kinder	--	x	x	x	x	x	x Analphabeten, Migrationshintergrund, bildungsferne Familien	--	sumE rK fu-extE	x	--	x	x	--	x	x	--	x	--

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laienhelfer
STEEP	x	x bis 1 Jahr	--	--	--	x	x Hoch-Risiko-Familien	x Eltern-ebene: Sucht, Delinquenz, Aggressivität, Krankheit, psych. Auffälligkeit Kinder-ebene: Miss-handlung, In-obhut-nahme, etc.	Deutsch-land: sumE nrK fu+ extE nur im Teil veröf-fentlicht	x	x	x	x	x	x	x GA, SchP, EZ	x	--	

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
sumE: summative Evaluation
qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laienhelfer
STEP – Systematic Training for Effective Parenting	--	x	x	x	x	x	x Eltern mit größeren Erziehungsproblemen (z. B. ADHS), Risikogruppen	--	sumE rK fu+ extE	x	x	x	x	--	x	x	x GA, SchP, EZ	x	--
Steps (Herford)	x	x	x	--	--	--	x Schwangere, Mütter, Familien in besonderen Problemlagen	--	qualE	x	x	x	--	x	x	--	x SchP, EZ	x	x

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0-3 Jahre	3-6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laien Helfer
Stillförderprogramm für sozial Benachteiligte/ sozial-medizinische Elternberatung (Fürstenwalde)	X	x bis 1	--	--	--	--	x Alleinerziehende, sozial benachteiligte Familien	x	--	x	x	x	x	--	x	--	x	--	
TAFF	--	x	x	x	x	x	x sozial benachteiligte Familien	--	qualE extE	x	--	--	x	x	--	x	x GA, SchP	x	--

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laienhelfer
THOP	--	--	x	x	--	--	--	x Kind- ebene: Verhaltens- probleme/ ADHS	sumE rK fu+ intE	x	x	x	x	--	x	x	x SchP, EZen	x	--
Triple P	--	x ab 2	x	x	x	x	x Verhaltens- auffälligkeiten	x Kind- ebene: Behinderung- Stepping Stones Triple P	sumE rK fu+ extE	x	x	x	x	x selten	x	x	x GA, SchP, EZ	x	--

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laien Helfer
Wellcome - Projekt	--	x	--	--	--	x	--	--	formE extE	--	x	x	--	x	x	--	x	--	x

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laien Helfer
Zukunft für Kinder	--	x	--	--	--	--	x Familien bedroht von chronischer Krankheit, psychosozial besonders belastet	x Kind-ebene: Behinderung, Verhaltensstörung, Krankheit, Vernachlässigung, Trauma Eltern-ebene: Sucht, high conflict	extE	x	x	x	--	Clearing-stelle	--	x GA, SchP, EZ	x	--	--

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
 fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	geschulte Laienhelfer
Prozentangaben	23,4%	80,9%	70,2%	44,7%	29,8%	70.2%	63.8%	31.9%	Evaluation: 84,1% 24 Programme sumE	85,1%	51,1%	87,2%	91,3%	47,8%	89,1%	78,7%	85,1%	97,8%	30,4%

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
sumE: summative Evaluation
qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up-Untersuchung
fu+: mit Follow-up-Untersuchung

intE: interne Evaluation
extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
EZ: Einzelsitzung

Der Großteil der Programme, 70,2 %, verfolgt eine universelle Prävention, 63,8 % der Programme sind zumindest teilweise selektiv und 31,9 % sind indiziert. Selbstverständlich gibt es jedoch auch Programme, die mehrere Arten der Prävention abdecken. 17 % der Programme (8 Programme), darunter „Triple P“, „Safe“, „Steep“ und „Fabel“, sind Programme, die alle Arten der Prävention abdecken. Universell und selektiv sind 18 Programme, also 38,3 % (z. B. „Griffbereit“, „Auf den Anfang kommt es an“) und sowohl selektiv wie auch indiziert sind 27,7 %, also 13 Programme (z. B. „Kinder im Blick“, „Zukunft für Kinder“).

Die Kurse sind für unterschiedliche Altersgruppen konzipiert. 23,4 % der Kurse beginnen bereits in der Schwangerschaft oder sind für schwangere Mütter bzw. Eltern mit einem ungeborenen Kind entwickelt. 80,9 % der Programme beziehen sich auf das Säuglings- und Kleinkindalter der Kinder. 70,2 % der Programme sind für Eltern drei- bis sechsjähriger Kinder und 44,7 % für Schulkinder bis zu 12 Jahren. Die Programme die darüber hinaus zusätzlich noch für Eltern älterer Kinder gedacht sind, sind 29,8 % der Gesamtprogramme. Wie in dieser Aufstellung bereits ersichtlich, decken die meisten Programme mehrere Altersstufen ab bzw. sind für unterschiedliche Altersstufen konzipiert. Im Folgenden wird auf die Altersspannen der Programme näher eingegangen, wobei im oberen Bereich lediglich unterschieden wird, ob das Programm nur bis zum spezifischen Alter von sechs Jahren konzipiert wurde oder aber auch für Ältere geeignet ist. Da der Schwerpunkt dieser Expertise auf gesundheitsfördernden Elternverhalten der Null- bis Sechsjährigen liegt, scheint dies ausreichend zu sein.

Fünf Programme beginnen mit der Schwangerschaft und dauern bis zum 1. Lebensjahr des Kindes („Auf den Anfang kommt es an“, „Safe“, „Stillförderprogramm für soziale Benachteiligte“, „Steep“, „Elternstart“), drei weitere Programme sind von der Schwangerschaft bis zum 3. Lebensjahr gedacht („Pro Kind“, „JUMP“, „Schutzengel e. V.“) und ein Konzept umfasst den ganzen Altersbereich, von der Schwangerschaft bis über die Pubertät hinaus („Familienhandbuch online“).

Mit dem Zeitraum von der Geburt des Kindes bis zum 2. Geburtstag befassen sich fünf Programme („Das erste Lebensjahr“, „PEKIP“, „Keiner fällt durchs Netz/Das Baby verstehen“, „Wellcome“ und „Familienhebammen“). „Fabel“ schließt auch die Kinder bis zu ihrem 3. Geburtstag in das eigene Konzept mit ein. Von 0 – 3 Jahren reichen die Programme „Fenkid“, „Beratungsstelle frühe Hilfen“ und „Zukunft für Kinder“. Vier weitere Programme beziehen sich auf das Alter von 0 – 6 („Eltern AG“, „Steps“, „Präventionsprogramm Lenzgesund“ und „Eltern stärken – dialogische Elternseminare“), die „Elternwerkstatt“ auf das Alter von 0 – 8 und 10 Programme decken die gesamte Kindheit und Jugendzeit der Kinder ab („Starke Eltern – Starke Kinder“, „FuN – der Name ist Programm“, „STEP“, „Gordon Family Effectiveness Training (PET)“, „KESS erziehen“, „Erziehungsführerschein“, „Elternführerschein“, „Encouraging Elterntraining“, „TAFF“ und das „Marburger Gesundheitsnetzwerk für Kinder ‚mittendrin‘“). Die Eltern der Kinder im Alter von 1 – 3 sind die Zielgruppe von zwei Programmen („Opstapje“ und „Griffbereit“), mit den Eltern der Kinder im Alter ab 1 bis zur Pubertät und weiter beschäftigt sich das „Familienprogramm ELAN“. Jeweils ein Programm bezieht sich auf die Eltern der Zwei- bis Sechsjährigen („Minifit“), auf Eltern der Kinder ab 2, ohne Begrenzung der Altersspanne nach oben („Triple P“) und auf Eltern der Drei- bis Sechsjährigen („HIPPY“). „PEP“, „THOP“, „Familienteam“ und „Freiheit in Grenzen“ sind ab dem Alter von 3 Jahren gedacht und „Rucksack KITA“ für Eltern mit Kindern von 4 bis 6 Jahren. „EFFEKT“ ist für Kinder die 4 oder älter sind konzipiert, „Kinder im Blick“ für Eltern mit Kindern die 5 und älter sind, während „KES Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder“ für Kinder ab 6 Jahren gedacht ist.

In 85,1 % der Fälle beschreiben die Ansprechpartner der Programme ihr Konzept als Gruppenangebot, in 51,1 % der Fälle als Individualangebot. Natürlich ist auch hier eine Kombination möglich. 17 Programme (36,2 %) integrieren sowohl Gruppen wie auch Individualangebot in ihrem Konzept. 7 Programme (14,9 %) sind nur Individualangebote (z. B. „Beratungsstelle frühe Hilfen“, „Freiheit in Grenzen“, „Pro Kind“) und 23 Programme (48,9 %) nur Gruppenangebote (z. B. „FuN - der Name ist Programm“, „Fabel“, „Das erste Lebensjahr“, „Fenkid“).

Betrachtet man die Methode genauer, zeigt sich, dass auch hier die 87,2 % der Programme nicht auf reiner Wissensvermittlung basieren und 91,3 % der Programme nicht nur handlungsbasiert sind. 36 Programme (78,3 %) vereinen beide Methoden in ihrem Konzept. 4 Programme beschreiben sich nur als wissensvermittelnd („Wellcome“, „Fabel“, „Zukunft für Kinder“, „Familienhandbuch online“), während 6 Programme ihre Methode in der Handlungsorientierung gefunden haben („PEKIP“, „Familienhebammen“, „Eltern stärken – dialogische Elternseminare“, „FuN – der Name ist Programm“, „TAFF“, „Marburger Gesundheitsnetzwerk für Kinder ‚mittendrin‘“).

Dasselbe gilt für das Setting der Programme. 17 Programme integrieren beide Setting-Strukturen. Sie integrieren eine Komm- und Geh-Struktur. Nur center-based und keine home-based Struktur haben 24 Programme (52,2 %), 5 Programme (10,9 %) haben eine home-based Struktur aber keine center-based Struktur („Freiheit in Grenzen“, „TAFF“, „Zukunft für Kinder“, „Familienhandbuch online“, „Familienhebammen“)

Außerdem schließt sich ein Curriculum mit einem situations- bzw. bedarfsorientierten Vorgehen nicht aus. 30 Programme (63,8%) vereinigen beide Formen, sehr standardisiert mit Curriculum und keinem bedarfsorientierten Vorgehen sind 7 Programme (14,9 %) (z. B. „Freiheit in Grenzen“, „Starke Eltern – Starke Kinder“, „Auf den Anfang kommt es an“) und bedarfsorientiert ohne Curriculum sind 10 Programme (85,1 %).

Zur Professionalität des Personals lässt sich sagen, dass 97,8 % der Programme zumindest zusätzlich Fachkräfte als Kursleiter haben. 28,3 %, also 13 Programme, beschäftigen neben Fachkräften auch Laienhelfer. Nur Fachkräfte werden in 32 Programmen (69,6 %) eingesetzt, nur Laienhelfer bei einem Programm, bei „Wellcome“.

Weitere Ausführungen zu Methodik und Umsetzung der Programme finden sich im Kapitel 7.1.

5.2 Zielgruppen, Durchführungsmodalitäten, Methodik und Evaluation internationaler Programme

Tabelle 10: Zielgruppen, Durchführungsmodalitäten, Methodik und Evaluation der internationalen Programme

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	Geschulte Laienhelfer
Active Parenting Now	--	x ab 2	x	x	--	x	--	--	sumE rK fu-extE	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--
Children First	?	?	?	?	?	--	x Scheidungs-/Trennungsfamilien	--	sumE nrK fu+extE	--	x	x	x	--	x	--	x	x	--

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up Untersuchung
 fu+: mit Follow-up Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	Geschulte Laienhelfer
Children in the Middle	--	x	x	x	x	--	x Scheidungs-/Trennungsfamilien	--	sumE rK fu+ extE	x	--	x	x	--	x	x	x	x	--
Dads for Life (DFL)	--	--	x ab 4	x	x	--	x Scheidungs-/Trennungsfamilien	--	sumE nrK fu+	x	--	x	x	--	x	--	x	x	--
DARE to be You	--	x ab 2	x bis 5	--	--	x	x Hoch-Risiko-Familien	--	x	x	--	x	x	--	x	x	x	x	--

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up Untersuchung
 fu+: mit Follow-up Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	Geschulte Laienhelfer
Early Childhood Parenting Skills (ECPS)	--	x	x	x bis 8	--	x	--	--	?	x	x	x	x	--	x	x	--	?	?
Family Caring	--	x	x	x	x	x	--	--	sumE oK fu+ extE	x	x	x	x	--	x	?	?	x	--
Fast-Track (Family and School together)	--	x	x	x	x bis 14	x	x Kinder mit Verhaltens- auffälligkeiten	--	x	x	--	x	x	x	x	x	x	x	--

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up Untersuchung
 fu+: mit Follow-up Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0-3 Jahre	3-6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	Geschulte Laien Helfer
Guide-By-Your-Side Program	--	x	x	x	x	--	--	x Kind- ebene: schwer- hörig/ taub	qualE	--	x	x	--	x	--	--	x	--	x
How to Talk so Kids Will Listen and Listen so Kids Will Talk	--	x ab 2	x	x	--	x	--	--	?	x	x	x	x	x	--	--	--	--	--

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up Untersuchung
 fu+: mit Follow-up Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	Geschulte Laien Helfer
Kids in Divorce and Separation (k.i.d.s)	--	?	?	?	?	x	x Scheidungs-/Trennungsfamilien	--	sumE rK extE	x	--	x	--	--	x	x	?	?	?
Love and Logic	--	x ab 2	x	x	x	x	--	--	x	x	x	x	--	x Webseminar	x Gruppenseminar	x	--	x	x
New Beginnings	?	?	?	x	x	--	x Scheidungs-/Trennungsfamilien	--	sumE rK fu+	?	?	x	x	--	x	x	?	?	?

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up Untersuchung
 fu+: mit Follow-up Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	Geschulte Laien Helfer
Nurse-Family Partnership	X	x	--	--	--	--	x sozial benachteiligte Familien; Ersteltern	--	x	--	x	x	?	x	--	x	x	x	--
Nurturing Parenting Programs	--	x	x	x	x	--	x Gefahr von Kindesmissbrauch oder Vernachlässigung	x bereits Kindesmissbrauch oder Vernachlässigung	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up Untersuchung
 fu+: mit Follow-up Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	Geschulte Laien Helfer
Parent-Child Interaction Therapy	--	x ab 2	x	--	--	--	--	x x Kind- ebene: Ver- haltens- störung, Therapie	x	--	x	x	x	--	x	x	x	x	--
Parenting Counts	--	x	x	--	--	x	--	--	?	x	x	x	--	x	--	x	--	x	--

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up Untersuchung
 fu+: mit Follow-up Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	Geschulte Laienhelfer
Parenting Partnership	--	x	x	x	x	x	x integriert in den Betrieb	--	x	x	x	x	?	?	?	?	x	--	
Parenting Wisely	--	--	x	x bis 9	--	x	x sozial auffällige Jugendliche	x Kinderebene: Pflegefamilien	x	--	x	x	x	--	x	x	--	--	
Parenting through Change	--	--	--	x	x	--	--	x	x	x	--	x	x	--	x	?	x	--	

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up Untersuchung
 fu+: mit Follow-up Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	Geschulte Laienhelfer
Partners with Families and Children: Spokane	--	x unter 30 Monaten	--	--	--	--	x sozial benachteiligte Familien	x Eltern-ebene: Drogen, sexueller Missbrauch, Gewalt, Vernachlässigung	x	x	x	x	x	x	?	x	x	?	
The Incredible Years Training Series	--	x	x	x	--	--	x Verhaltensprobleme	x Kind-ebene: Verhaltensprobleme	x	x	x	x	--	x	x	--	x	--	

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up Untersuchung
 fu+: mit Follow-up Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals		
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	Geschulte Laienheifer	
Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)	--	x	x	x	x	--	--	x Kind-ebene: Trauma, Therapie	x	--	x	x	x	x	--	x	--	x	x	--
Video-Home-Training (VHT)	--	x	x	x	--	--	x Familien mit Erziehungs-/Kontaktproblemen, besondere Anforderungen	--	x	--	x	x	x	x	--	--	x	x	x	--

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up Untersuchung
 fu+: mit Follow-up Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

Programm	Altersgruppe					Prävention			Evaluation	Modus		Methode		Setting		Standardisierung		Professionalität des Personals	
	Schwangerschaft	Baby 0–3 Jahre	3–6 Jahre	Schulkind bis 12	Älter	universell	selektiv	indiziert		Gruppenangebot	Individualangebot	Wissensvermittlung	handlungsbasiert	home-based	center-based	curricular	situations-/bedarfsorientiert	Fachkräfte	Geschulte Laienhelfer
Prozent	4,17%	86,4%	85,7%	77,27%	50%	45.8%	58.3%	33.3%		69,6%	73.9%	100%	81,8%	43,5%	47,8%	76,2%	68,4%	85,71%	10%

Abkürzungen in der Tabelle

formE: formative Evaluation
 sumE: summative Evaluation
 qualE: qualitative Evaluation

oK: ohne Kontrollgruppe
 nrK: nicht randomisierte Kontrollgruppe
 rK: randomisierte Kontrollgruppe

fu-: keine Follow-up Untersuchung
 fu+: mit Follow-up Untersuchung

intE: interne Evaluation
 extE: externe Evaluation

GA: Gruppenaustausch
 SchP: unterschiedliche Schwerpunktsetzung
 EZ: Einzelsitzung

45,8 % der internationalen Programme ordnen sich der universellen Prävention zu, 58,3% der selektiven und 33,3 % der indizierten Prävention. Aber auch hier gibt es wieder Überschneidungen. Das Programm „Parenting Wisely“ ist das einzige Programm, das sich allen drei Arten der Prävention zuordnen lässt. Vier Programme „DARE to be You“, „Fast-Track (Family and School together)“, „Kids in Divorce and Separation (k.i.d.s.)“ und „Parenting Partnership“ sind sowohl universelle wie auch selektive Präventionsansätze und drei Programme („Nurturing Parenting Programs“, „Partners with Families and Children: Spokane“ und „The Incredible Years Training Series“) sind sowohl selektiver wie auch indizierter Prävention zuzurechnen. Unter den internationalen Angeboten wurden als ausschließlich universelle Präventionsprogramme sechs Programme identifiziert („Active Parenting Now“, „Early Childhood Parenting Skills (ECPS)“, „Family Caring“, „How to Talk so Kids Will Listen and Listen so Kids Will Talk“, „Love and Logic“ und „Parenting Counts“), ausschließlich selektiv sind ebenfalls sechs Programme („Children First“, „Children in the Middle“, „Dads for Life (DFL)“, „New Beginnings“, „Nurse-Family Partnership“ und „Video-Home-Training (VHT)“), und vier Programme sind hingegen ausschließlich der indizierten Prävention zuzurechnen („Guide-By-Your-Side Program“, „Parent-Child Interaction Therapy“, „Parents through Change“ und „Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)“).

Betrachtet man die unterschiedlichen Altersgruppen der Kinder, deren Eltern Zielgruppe der Programme sind, so zeigt sich, dass nur ein Programm der internationalen Auswahl bereits in der Schwangerschaft beginnt und bis zum Alter des Kindes von 3 Jahren gilt („Nurse-Family Partnership“). Nur ein Programm, „Partners with Families and Children: Spokane ist für die Eltern 0 – 3-jähriger Kinder konzipiert worden. Die Altersspanne der Kinder von 0 bis älter als 6 Jahre decken hingegen 13 Programme ab (z. B. „Children in the Middle“, „Nurturing Parenting Program“, „Fast-Track“). Das Alter von 2 – 6 Jahren ist im Fokus von zwei Programmen, „Parent-Child Interaction Therapy“ und „Parenting Counts“, das Alter von 2 bis über das siebte Lebensjahr hinaus von vier Programmen („Active Parenting Now“, „How to Talk so Kids Will Listen and Listen so Kids Will Talk“, „Love and Logic“ und „DARE to be You“). Jeweils ein Programm ist für Eltern mit Kindern ab dem Alter von 3 Jahren („Parenting Wisely“) sowie ab 4 Jahren („Dads for Life (DFL)“) und für Eltern mit Kindern, die sechs Jahre oder älter sind („Parents through Change“). Es gibt sieben internationale Programme, die nur ein Individualangebot in ihrer Konzeption haben, sechs Programme haben nur ein Gruppenangebot. Die Kombination aus beiden bieten zehn Programme (also 43,5 %) an. Die Methode beinhaltet, ob die Programme reines Wissen vermitteln oder die Inhalte auch handlungsbasiert sind. Alle internationalen Programme vermitteln Wissen und 81,8 % sind handlungsbasiert. Insgesamt haben 18 Programme (81,8 %) also die Kombination aus Wissensvermittlung und Handlungsorientierung, aber nur vier Programme (18,2 %) sind Programme, die ihre Methodik lediglich auf die Wissensvermittlung aufbauen („Guide-By-Your-Side Program“, „Kids in Divorce and Separation (k.i.d.s.)“, „Love and Logic“, „Parenting Counts“). Von den 23 internationalen Programmen kombinieren fünf Programme (21,7 %) eine Komm- und Geh-Struktur („Love and Logic“, „Active Parenting Now“, „Fast-Track“, „Nurturing Parenting Program“, „Partners with Families and Children: Spokane“). Fünf Programme haben ein home-based Setting und 13 ein center-based Setting. Die Standardisierung der internationalen Programme zeigt, dass acht Programme (44,4 %) sowohl ein standardisiertes Curriculum im Rahmen ihres Konzepts haben, wie auch Raum für situations- bzw. bedarfsorientiertes Vorgehen geben. Fünf Programme (27,7 %) sind streng nach einem Curriculum standardisiert („Dads for Life (DFL)“, „Early Childhood Parenting Skills (ECPS)“, „Love and Logic“, „Parenting Counts“ und „The Incredible Years Training Series“) und 4 Programme nur situations- bzw. bedarfsorientiert („Children First“, „Guide-By-Your-Side Program“, „Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)“,

„Video-Home-Training (VHT)“). Ein Konzept, „How to Talk so Kids Will Listen and Listen so Kids Will Talk“, ließ sich weder zum Curriculum, noch zur Bedarfsorientierung zuordnen. Bezüglich der Professionalität des Personals zeigt sich bei den internationalen Programmen, dass nur ein Programm, „Love and Logic“, sowohl Fachkräfte wie auch Laienhelfer im Programmkonzept einsetzt. 16 Programme (80%) konzentrieren sich nur auf Fachkräfte, ein Programm, „Guide-By-Your-Side“, nur auf Laienhelfer.

Die ausgewählten großen internationalen Programme sind eher altersübergreifend, decken also größere Altersspannen ab als die in Deutschland konzipierten Programme. Aber es gibt auch international nur wenig bekannte Programme, die sich auf Schwangerschaft spezialisieren. Generell zeigt es sich, dass in Deutschland mehr universelle Präventionsprogramme erschienen, dies könnte aber auch darin begründet sein, dass universelle Programme nicht so sichtbar in internationalen Programmen sind. Auch unterstützt die Recherche-Datenbank des U.S. Department of Health and Human Services insbesondere Programme, die die Prävention von (psychischer) Gesundheit und Substanzmissbrauch fokussieren. Es scheint so, dass in Deutschland mehr Programme als Gruppenangebot konzipiert sind, es im internationalen Vergleich also weniger Individualangebote gibt. Dies liegt aber auch daran, dass bei den internationalen Programmen einige webbasiert, sprich als Online-Training verfügbar sind; teilweise auch neben einem Gruppensetting. Auch scheint es, dass internationale Programme eher direktiv sind, d. h. mehr Wert auf die Wissensvermittlung legen und die Programme in Deutschland häufiger (auch) handlungsorientiert sind. Dies mag allerdings auch den Schwierigkeiten bei der Recherche geschuldet sein, da es beschwerlich war, die Umsetzung immer genau herauszufinden. Deutschland hat im Vergleich zu internationalen Programmen in etwa gleich viele home-based Angebote, allerdings sind die Zahlen bei den center-based Programmen in Deutschland höher. In Deutschland ist das Setting vieler Programme sowohl eine Geh- wie auch Komm-Struktur. Die internationalen Programme sind dagegen entweder als home-based oder als center-based Programm konzipiert. Die Häufigkeit eines Curriculums ist in deutschen wie auch internationalen Programmen relativ vergleichbar. In Deutschland sind noch (zusätzlich) mehr Programme situations- bzw. bedarfsorientiert. Auch die Kopplung von Fachkraft und Laienhelfer innerhalb eines Programms ist in Deutschland weitaus häufiger als in den ausgewählten internationalen Programmen.

Die großen internationalen Programme wurden meist bereits mehrfach evaluiert, in immer unterschiedlichen Formen und Varianten. Daher ist es schwierig, hier gültige Aussagen zu allen Evaluationen der internationalen Programme zu machen. Ein Großteil der Programme wurde jedoch summativ evaluiert, viele Evaluationen erfolgten mit randomisierten Kontrollgruppen und mit teilweisen Follow-up-Untersuchungen über mehrere Jahre.

Verschiedene Programme mussten aus Systematisierungs-Gründen aus dem Überblick ausgeschlossen werden, sollen jedoch wegen ihrer erfolgsversprechenden Ansätze hier genannt werden. Teilweise handelt es sich nicht um Elternprogramme, sondern um Programme, die direkt bei den Kindern im Rahmen des Kindergartens, der Kindertagesstätte oder öffentlichen Institutionen ansetzen (z. B. „Kinder Stärken! – Resilienzförderung in der Kindertagesstätte“, „B.A.S.E“, „Children of Divorce Intervention Program (CODIP)“). Andere Ansätze finden sich als kombinierte, institutionelle Angebote, die über eine Vielzahl von unterschiedlichen Programmen innerhalb der Institutionen verfügen. Beispiele dafür sind das „Pen Green Center“ in England, der „Treffpunkt Gemeinwesenarbeit Bloherfelde/Eversten“, „Growing Up Healthy Downtown (GUHD)“ und „Child and Family Services of Timmens and District“ (Ontario, Canada).

Einige Konzepte aus Deutschland mussten letztendlich aus dem systematischen Überblick ausgeschlossen werden, da sie auch von den von uns kontaktierten Projektleitern als nicht geeignet für die Übersicht beschrieben wurden. Die Informationen zu diesen Ansätzen sind jedoch vorhanden und werden in den kurzen Steckbriefen (siehe Kapitel 6.1) näher erläutert. Bei den Programmen handelt es sich um „Beratung für Eltern und Kinderbetreuungseinrichtungen mit Kindern von 0 bis 6 Jahren“, die Programme „Gesund sind wir stark!“, „Kinder und AIDS“, „Sozialräumliche Angebote für Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf,“ und „Stadtteilmütter“.

5.3 Programm-Inhalte: Zieldimensionen gesundheitsrelevanter Elternkompetenzen

Die von Hoghughi (1998, 2004) aufgezeigten Aspekte *Care*, *Control* und *Development* als zentrale Merkmale von „good enough parenting“ (siehe Kapitel 2.1) sollen im Hinblick auf die inhaltliche Charakterisierung der Programme an dieser Stelle wieder aufgegriffen und erweitert werden. Analog zur Unterscheidung der Care-Dimension in physical, social und emotional care wird der Aspekt elterlicher Kontrolle ebenfalls aufgefächert: in (a) die Kontrolle der physikalischen Umgebung (insbesondere das Schaffen einer sicheren Umgebung) und (b) die konsistent-konsequente Kontrolle von unerwünschtem Verhalten (durch bzw. das Fördern von adäquatem Verhalten). Die Dimension „Development“ kann als Stimulation bzw. Anregung und Ermunterung beschrieben werden und wird nicht näher ausdifferenziert. Die folgende Tabelle 11 informiert darüber, inwieweit die einzelnen Programme die zentralen Aspekte von Elternkompetenzen – emotional, social and physical care, sowie eine sichere Umgebung schaffen, Kontrolle der sozialen Beziehungen, adäquates Verhalten des Kindes und die Stimulation der Eltern – inhaltlich aufgreifen und vermitteln. Auch wird berücksichtigt, ob in den Eltern-Angeboten die Reflexion von Erziehungszielen sowie das elterliche Stressmanagement Beachtung finden und ob Aspekte der Elternallianz bzw. des Coparentings aufgegriffen werden. Die vorletzte Spalte gibt Aufschluss darüber, ob die Programme eine theoretische Fundierung aufweisen bzw. explizieren.

Auch diese zweite Übersicht (Tabelle 11) führt die Programme in alphabetischer Reihenfolge auf. Einbezogen sind ausschließlich Programme, die in Deutschland eingesetzt werden. Leider war es mangels hinreichend differenzierter Informationen nicht möglich, die internationalen Programme anhand der inhaltlichen Dimensionen zu kategorisieren. Entsprechend sind diese Programme in Tabelle 11 nicht aufgeführt.

In einem ersten Zugang war schon in den offenen Telefoninterviews nach den inhaltlichen Dimensionen der einzelnen Programme bzw. Konzepte gefragt worden. Hierbei zeigte sich allerdings die Tendenz, dass die Befragten für alle Konzepte die inhaltlichen Dimensionen als abgedeckt betrachteten. Eine stärkere Differenzierung wurde dann mit Hilfe des Kurzfragebogen erreicht, der im Juli an die Ansprechpartner der Programme verschickt wurde. Hier mussten insgesamt 20 Wichtigkeitsmarken auf die 10 verschiedenen Dimensionen verteilt werden. Die Ergebnisse zeigen ein viel differenzierteres Bild der Akzentuierung inhaltlicher Dimensionen in den einzelnen Projekten als es die qualitativen Auskünfte im offenen Telefoninterview nahe legten. Sieben Projekte sendeten diesen Fragebogen nicht zurück, bei diesen wurde die urpüngliche Bewertung aus dem Interview zur Darstellung herangezogen (siehe letzten Spalte: Kurzfragebogen fehlt bzw. „-“). Weitere vier Projekte haben die Aufforderung zur Markenverteilung missverstanden und haben jeder Dimension bis zu 20 Marken zugeteilt. Die Werte wurden jedoch für die Übersicht angeglichen, so dass die Wertigkeit deutlich wird, jedoch nicht 20 Marken verteilt wurden.

Tabelle 11: Inhalte der Programme: Angesprochene Aspekte elterlicher Erziehungskompetenzen – deutsche Programme

Programm	Reflexion von Erziehungszielen	Care			Control		Stimulation/Development	Stressmanagement	Coparenting / Erz.-Partnerschaften	Erz.-Partnerschaften mit Netzwerk	Theoretische Fundierung	Kurzfragebogen
		Physical care	Emotional care	Social care	Sichere Umgebung schaffen	Verhaltenskontrolle						
Auf den Anfang kommt es an	x	xxx	xxxxxx	xx	xx	x	x	xxx	–	–	x	x
Beratungsstelle Frühe Hilfen Harburg	xxx	xxx	xxxx	xx	x	–	xx	x	x	–	x	x
Das Baby verstehen/Keiner fällt durchs Netz	–	xxx	xxxx	–	xx	–	xxx	xx	x	xxx	x	x
Das erste Lebensjahr	xx	xxx	xxx	xx	xxx	–	xxx	xx	x	x	x	x
Der Erziehungsführerschein	x	x	xxxxxx	xxx	–	xxx	–	xxx	x	x	x	x
EFFEKT - Entwicklungsförderung in Familien: Eltern- und Kinder-Training	xxx	x	xxx	xxx	–	xxx	x	xx	xx	x	x	x
Eltern-AG	xx	xx	xx	x	x	X+	X+	xx	x	xx	x	x (>20Marken)

Programm	Reflexion von Erziehungszielen	Care			Control		Stimulation/Development	Stressmanagement	Coparenting / Erz.-Partnerschaften	Erz.-Partnerschaften mit Netzwerk	Theoretische Fundierung	Kurzfragebogen
		Physical care	Emotional care	Social care	Sichere Umgebung schaffen	Verhaltenskontrolle						
Eltern stärken – Dialogische Elternseminare	xx	xx	xxx	xxx	x	–	xx	xxxx	x	xx	x	x
Elternführerschein	xx	xx	xxx	xxx	–	xx	xx	xxx	xx	x	x	x
Elternstart	xxx	xxx	xxxx	x	–	–	xxx	xxx	xxx	–	x	x
Elternwerkstatt	x	x	x	x	x	–	x	x	x	x	x	–
Encouraging/ Elterntraining/ Schoenaker Konzept	xxxx	–	xxxxxxxx	–	–	–	–	xxxx	xx	–	x	x
FABEL	xxx	xxx	xxx	xxx	x	–	xxx	xx	x	x	x	x
Familienhandbuch online	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	–
Familienhebammen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	–	–
Familienprogramm ELAN (Halle/Saale)	xxxx	xxx	xxx	xxx	–	–	xx	xxx	–	–	–	x
Familienteam – Das Miteinander stärken	xx	–	xxx	xx	–	xxx	xxx	xx	xx	xx	x	x
Fenkid	x	xx	xxxx	xx	xxx	–	xxx	xx	–	x	x	x

Programm	Reflexion von Erziehungszielen	Care			Control		Stimulation/Development	Stressmanagement	Coparenting / Erz.-Partnerschaften	Erz.-Partnerschaften mit Netzwerk	Theoretische Fundierung	Kurzfragebogen
		Physical care	Emotional care	Social care	Sichere Umgebung schaffen	Verhaltenskontrolle						
Freiheit in Grenzen	x	–	xx	x	–	xx	xx	x	xx	–	x	–
Früh übt sich/ MINI-FIT/Von klein auf gesund.	x	xxxxxxx	xxxx	–	xx	–	xx	xxx	–	x	x	x
FuN – der Name ist Programm	xx	xx	xx	xx	–	x	xxx	x	xx	xxx	x	x (>20Marken)
Griffbereit	xxxx	–	xxx	xxx	–	–	xxxxxx	–	x	xxx	–	x
Hippy – Home Instruction Program for Preschool Youngsters	xxx	–	xxx	–	–	xxx	xxxxx	xxx	xx	–	x	x
JUMP – Junge-Mütter-Projekt in Husum und Friedrichstadt	xx	xx	xxxx	xx	x	xx	xx	xxx	–	xx	–	x
Kess – Erziehen – und Familie entspannter (er)leben	–	–	xxxxx	xxxx	–	xxxx	xx	xxx	x	x	x	x
Kinder im Blick	xxx	–	xxx	–	–	–	xx	xxxxxx	xxxxxx	–	x	x

Programm	Reflexion von Erziehungszielen	Care			Control		Stimulation/Development	Stressmanagement	Coparenting / Erz.-Partnerschaften	Erz.-Partnerschaften mit Netzwerk	Theoretische Fundierung	Kurzfragebogen
		Physical care	Emotional care	Social care	Sichere Umgebung schaffen	Verhaltenskontrolle						
Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES)	xx	–	xxxx	xx	–	xxx	x	xxx	x	x	x	x
Marburger Gesundheitsnetzwerk für Kinder „mittendrin“	x	x	x	x	–	–	–	x	–	x	–	–
Opstapje	xxx	x	xxx	–	–	xxx	xxxx	–	xx	–	KA	x
PEKIP	xxx	xx	xx	xx	xx	–	xx	xx	xx	xx	x	x
PEP - Präventionsprogramm für expansives Problemverhalten	xxx	–	xxx	xxx	–	xxx	xx	xxx	x	x	x	x
Präventionsprogramm Lenzgesund (Hamburg)	x	xxx	xxx	xx	x	x	xxx	x	–	xxx	x	x
Pro Kind	xx	xx	xx	xx	xx	–	xx	xx	xx	xx	x	x
P.E.T. - Parent Effectiveness Training	xx	–	xxxx	xxx	–	xxx	x	–	xxx	x	x	x
Rucksack	xxx	–	xxx	xxx	–	–	xxxxxx	–	x	xxx	–	x

Programm	Reflexion von Erziehungszielen	Care			Control		Stimulation/Development	Stressmanagement	Coparenting / Erz.-Partnerschaften	Erz.-Partnerschaften mit Netzwerk	Theoretische Fundierung	Kurzfragebogen
		Physical care	Emotional care	Social care	Sichere Umgebung schaffen	Verhaltenskontrolle						
Safe	xx	x	xxxx	x	x	x	x	xxx	xxx	x	x	x
Schutzengel e. V.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-
Starke Eltern – Starke Kinder	xx	x	xx	xx	xx	x	xx	xx	xx	x+	x	x (>20Marken)
STEEP	xxx	x	xxxx	xx	x	x	xxx	xx	x	xx	x	x
STEP – Systematic Training for Effective Parenting	x	x	xxx	xxx	x	xxx	xxx	xxx	x	x	x	x
Steps (Herford)	x	xxx	xxx	xxx	xx	xx	xx	x	-	x	-	x (>20Marken)
Stillförderprogramm für sozial Benachteiligte/sozialmedizinische Elternberatung (Fürstenwalde)	xx	xxx	xxxx	xx	x	x	x	xxx	x	xx	-	x
TAFF	xxx	xx	xxxx	xxx	-	-	x	xx	x	xxxx	-	x
THOP	x	-	xx	x	-	xxx	x	xx	x	x	x	-

Programm	Reflexion von Erziehungszielen	Care			Control		Stimulation/Development	Stressmanagement	Coparenting / Erz.-Partnerschaften	Erz.-Partnerschaften mit Netzwerk	Theoretische Fundierung	Kurzfragebogen
		Physical care	Emotional care	Social care	Sichere Umgebung schaffen	Verhaltenskontrolle						
Triple P	xx	x	xxx	xxxx	x	xxx	xxx	x	x	x	x	x
Wellcome-Projekt	–	–	–	xxxx	–	–	–	xxxxx	–	xxxxxxxxxxx	–	x
Zukunft für Kinder	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	x	–
BEWERTUNG	43 von 47 Ø 2,26	33 von 47 Ø 2,12	45 von 47 Ø 3,38	40 von 47 Ø 2,28	24 von 47 Ø 1,5	27 von 47 Ø 2,32	42 von 47 Ø 2,32	42 von 47 Ø 2,48	36 von 47 Ø 1,67	36 von 47 Ø 1,89	37 von 46	

Die Zeile „Bewertung“ gibt an, wie viele der 47 Programme, die für Deutschland ausgewählt wurden, die jeweilige inhaltliche Dimension überhaupt in ihrem Programmkonzept ansprechen. Die Gewichtung der einzelnen Dimensionen erfolgt für die Programme, die dem Inhaltsbereich zumindest 1 Marke zugeteilt haben, bzw. steigert sich mit einem höheren Anteil an Marken. Die stärkste Dimension aller hier ausgewählten Programme ist die des „emotional care“, die Emotionale Zuwendung, die in 45 von 47 Programmen ein Bestandteil des Kurskonzeptes ist und mit einem Mittelwert von 3,38 Marken bei 45 Programmen ein großes Gewicht hat. Die schwächste inhaltliche Dimension, die am seltensten in den Programmen zur Stärkung von Elternkompetenzen integriert ist, scheint die Kategorie „Eine sichere Umgebung schaffen“ zu sein. Nur 24 von insgesamt 47 Programmen nennen diese Kategorie als Dimension innerhalb ihres Konzeptes. Eine genauere Analyse der Inhaltlichen Dimensionen und eine Ausführung zu allen unterschiedlichen Kategorien erfolgt in Kapitel 7.1

5.4 Exemplarische Evaluationen

Im Folgenden werden Evaluationen anhand einiger deutscher und internationaler Programme beschrieben. Dies soll die unterschiedlichen Ergebnisse, aber auch die Transparenz in den Evaluationen, die unterschiedliche Herangehensweise und Durchführung darstellen. Leider ist es nicht möglich alle Evaluationen so genau darzustellen, auch weil die großen internationalen Programme meist schon mehrfach evaluiert wurden und eine Vielzahl von Evaluationsstudien vorhanden ist. Daher wurden unterschiedlichste Methoden und Probleme ausgewählt, um sie hier exemplarisch vorzustellen.

Auf den Anfang kommt es an

Das Programm „Auf den Anfang kommt es an“ wurde summativ evaluiert. Es wurde jedoch kein Follow-up durchgeführt und der Vergleich erfolgte lediglich zu einer nicht-randomisierten Kontrollgruppe. Die Evaluation erfolgte intern durch die Arbeitsgruppe die auch das Programm entwickelt hat. Da das Programm mit insgesamt 30 Modulen sehr umfangreich ist, wurde bei der Umsetzung in Familienbildungsstätten und Beratungsstellen häufig nur eine Auswahl der Module verwendet. Dieses Vorgehen mag für die praktische Umsetzung geeignet sein, ist für eine Evaluation jedoch sehr schwierig. Für die Evaluation wurden folgende 10 Module ausgewählt, die im Idealfall auch in dieser Reihenfolge angeboten wurden:

- Modul 1: Kennenlernen
- Modul 6: Wie das Baby mit uns spricht
- Modul 4: Gute Gesprächsführung – Teil 1
- Modul 7: Feinfühliges Verhalten
- Modul 8: Das Baby beruhigen – Teil 1
- Modul 17: Umgang mit schlechten Gefühlen gegenüber dem Baby
- Modul 10: Sanfte Eingewöhnung
- Modul 19: Schlafen
- Modul 12: Umgang mit Belastungen
- Modul 21: Füttern

Den Einrichtungen war es jedoch freigestellt auch weniger Module durchzuführen. Da demzufolge unterschiedlichste Module verwendet wurden und so nur immer wenige Teilnehmer das gleiche Modul mitgemacht haben, bedeutet dies, dass für die Evaluation nur sehr kleine Stichproben zu den

einzelnen Modulen vorliegen. Veröffentlicht wurden erste Befunde der Evaluation von Barbara Reichle und Sabine Franiek (2008).

Aufgrund der oben genannten Schwierigkeiten liegen ursprünglich nur die kompletten Daten zu allen 10 Modulen von 23 Personen vor, von weiteren 36 Personen nur Teildatensätze. Daher wurde die Stichprobe um weitere 36 Personen ergänzt, die in Baden-Württemberg mit allen zehn Evaluationsmodulen trainiert wurden. Somit entsteht ein Datensatz von 96 trainierten Personen, der mit den Daten der 77 Teilnehmer der Kontrollgruppe, die an anderen Kursen in Baden-württembergischen Familienbildungsstätten teilnahmen, verglichen wird. Auffällig bei einem Vergleich der Interventions- und der Kontrollgruppe ist das deutlich niedrigere Bildungsniveau der Trainingsgruppe.

Neben Wissensfragen zu den Inhalten wurde ein Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit in Paarbeziehungen (Hassebrauck, 1991), ein Fragebogen zu Überzeugungen zu kindlichen Bedürfnissen mit Wissensfragen zu altersgemäßer Entwicklung und Bindungsthemen, ein Fragebogen zur Erfassung des partnerschaftlichen Konfliktverhaltens (Reichle, 2005), ein Fragebogen zur Sicherheit in der Interaktion mit dem Kind und ein Fragebogen zur Ärgerkontrolle eingesetzt.

Beim Ausgangsniveau zeigte sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Sicherheit im Umgang mit dem Kind, bei diesem Aspekt erreichte die Kontrollgruppe bereits vor einem Kurs höhere Werte. Über die Zeit verbesserte sich das Wissen aller Teilnehmer signifikant, egal ob Interventions- oder Kontrollgruppe, jedoch bei der Interventionsgruppe deutlich stärker als bei der Kontrollgruppe. Der Wissenszuwachs war abhängig von der Anzahl der Module, d. h. je mehr Module die Teilnehmer mitgemacht haben, desto größer war ihr Wissenszuwachs. Die Partnerschaftszufriedenheit verschlechterte sich im Prä-Post-Vergleich, allerdings nur bei Teilnehmern, die das Partnerschaftsmodul nicht mitgemacht hatten. In der Trainingsgruppe konnte ein signifikanter Zuwachs an Sicherheit im Umgang mit dem Kind festgestellt werden, und im Vergleich zur Kontrollgruppe stieg bei der Trainingsgruppe der Kontrollverlust bei Ärger nicht signifikant an.

Trotz des unterschiedlichen Ausgangsniveaus der Kontroll- und Interventionsgruppe, sowohl im Bildungsniveau, wie auch im sicheren Umgang mit dem Kind, konnte das Training „Auf den Anfang kommt es an“ Effekte zeigen. Leider gibt es für diese Evaluation keine Follow-up-Untersuchung, um die Nachhaltigkeit des Programms zu sichern. Zudem sollte der Versuchsplan so konzipiert werden, dass alle Teilnehmer die gleichen Module durchlaufen, so dass die Stichprobe groß genug und die Evaluation einheitlich ist.

Beratungsstelle Frühe Hilfen

Das Konzept der Beratungsstelle Frühe Hilfen in Hamburg wurde intern evaluiert. Insgesamt wurden 160 Familien in der Beratungsstelle betreut. Die Beraterinnen waren mit dem Beratungsverlauf bei der Mehrheit der Fälle sehr zufrieden (66 %) oder einigermaßen zufrieden (24 %). Die betroffenen Eltern erlebten die Hilfe als sehr nützlich (73 %) oder einigermaßen nützlich (17 %). Auch in der Nachbefragung gaben die Eltern noch an, die Hilfe als eher nützlich (66 %) oder einigermaßen nützlich (20 %) empfunden zu haben. Um mögliche Veränderungen in der Eltern-Kind-Beziehung festzustellen, wurden unterschiedliche Ansätze gewählt. Die Beraterinnen schätzten anhand von Videosequenzen und Interaktionsbeobachtungen die Feinfühligkeit der Mutter auf einer 14-stufigen Skala ein. Ebenfalls durch Video- und Interaktionsbeobachtungen schätzten die Beraterinnen die selbstregulatorischen Fähigkeiten des Kindes ein. Sowohl Eltern wie auch Beraterinnen stuften die Zufriedenheit der Eltern mit der aktuellen Familiensituation, die aktuellen Kräfteressourcen der Mutter

und die aktuelle Zufriedenheit mit der Mutter-Kind-Beziehung jeweils auf einer 10-stufigen Skala ein. Es zeigte sich, dass die Feinfühligkeit der Mütter sich im Durchschnitt von dem Wert 6,58 vor der Beratung auf den Wert 9,34 nach der Beratung erhöhte. Auch die selbstregulatorischen Fähigkeiten der Kinder erhöhten sich nach der Beratung um 1,2 Punkte auf 3,99 Punkte. Die Zufriedenheit der Eltern mit der aktuellen Familiensituation wurde von Eltern (4,8) und Beraterin (4,9) vor der Beratung etwa gleich eingeschätzt. Nach der Beratung verbesserte sich die Einschätzung bei Eltern und Beraterinnen, und beide schätzten die Zufriedenheit mit der aktuellen Familiensituation danach mit einem Mittelwert von 6,5 ein. Die Beraterinnen schätzten die Kräfteressourcen der Mütter sowohl vor (4,33), wie auch nach der Beratung (6,65) besser ein als die Eltern selbst (4,2 vs. 6,03). Auch die Zufriedenheit mit der Mutter-Kind-Beziehung verbesserte sich sowohl in der Einschätzung der Eltern selbst (5,74 vs. 6,88) als wie auch in der Einschätzung der Beraterinnen (6,65 vs. 7,04), jedoch nicht so stark. Es gibt jedoch keine statistischen Werte ob diese Veränderungen signifikant sind, oder nicht.

Die Evaluation zeigt außerdem, dass nur eine geringe Anzahl der Teilnehmer, nämlich 5 von 160 Familien, die Beratung vorzeitig abgebrochen haben. Etwa 50 % der Familien, die in die Beratung kamen, hatten einen Migrationshintergrund. Die Beraterinnen berichten des Weiteren davon, dass insgesamt viele Hausbesuche nötig waren. Neben den 572 Kontakten, die in der Beratungsstelle stattfanden, wurden auch 758 Kontakte im häuslichen Umfeld der Familie realisiert. Der Zugang der Eltern zum Modellprojekt wurde durch die gute Kooperation zwischen der Mütterberatung, der Elternschule, den Müttercafés sowie dem Modellprojekt Beratungsstelle Frühe Hilfen erleichtert.

Das Baby verstehen/Keiner fällt durchs Netz

Das Modellprojekt „Projekt Frühe Interventionen für Familien – PFIFF“, wird als Begleitforschung für das Projekt „Keiner fällt durchs Netz“, inklusive dem Elternkurs „Das Baby verstehen“ durchgeführt. Das Projekt wurde sowohl formativ in Form einer Prozessevaluation, wie auch summativ als Ergebnisevaluation bewertet. Aus ethischen Gründen wurde keine randomisierte Kontrollgruppe realisiert, da dies den Ansprüchen des Projekts, keine Hilfsangebote zu verwehren widersprechen würde. Eine nicht-randomisierte Kontrollgruppe wurde jedoch eingesetzt, so dass man von einem quasi-experimentelles Kontrollgruppendesign sprechen kann. Insgesamt wurden vier Messzeitpunkte angestrebt, vier Monate, sechs Monate, ein Jahr und zwei Jahre nach der Geburt. Das Programm wurde extern evaluiert, die Evaluation ist jedoch noch nicht abgeschlossen.

Für sozial stark belastete Familien wurden Hausbesuche durchgeführt, der Elternkurs „Das Baby verstehen“ angeboten und eine Begleitung durch Familienhebammen bis zum 1. Geburtstag des Kindes ermöglicht.

Die Zuteilung der Familien in Interventions- und Kontrollgruppe entstand anhand eines Cut-Off-Wertes in zwei unterschiedliche Gruppen von Risikobelastung. Dabei ist das aufsuchende Angebot nur für Hochrisikofamilien gedacht. Der Elternkurs „Das Baby verstehen“ steht allen Familien offen.

Zum 3. Messzeitpunkt wurde von der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe ein signifikanter Effekt in den folgenden Bereichen erwartet:

- größere mütterliche Kompetenz
- angemessener Entwicklungsstand der Säuglinge, vor allem in den Bereichen der sozialen Entwicklung und der Kommunikation
- niedrigere Ausprägungen der mütterlichen Stressbelastung

- niedrigere Ausprägungen der Dysfunktionalität der Mutter-Kind-Interaktion
- niedrigere Ausprägungen der mütterlichen depressiven Symptomatik

Zur Überprüfung der Fragestellungen wurde der Entwicklungsstand des Kindes (ASQ, Squires et al. 1999), die mütterliche Sensitivität mit dem CARE-Index (Crittenden, 2007), die elterliche Stressbelastung bzw. dysfunktionale Eltern-Kind-Interaktion mit Hilfe des Parenting Stress Index in einer Kurzversion (PSI-SF, Abidin, 1995)(Abidin & Brunner, 1995) und die postpartale depressive Symptomatik mit der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, Cox et al., 1987) erhoben.

Zum ersten Messzeitpunkt waren 152 Personen in der Kontrollgruppe, 149 Personen in der Interventionsgruppe, zum zweiten Messzeitpunkt noch 139 in der Kontroll- und noch 149 Personen in der Interventionsgruppe. Zum dritten Messzeitpunkt, als das Kind ein Jahr alt war, nahmen noch 114 Personen der Kontrollgruppe und 113 der Interventionsgruppe teil. Der vierte Messzeitpunkt ist bislang noch nicht realisiert.

Kontrollgruppe und Interventionsgruppe unterscheiden sich in einigen Punkten. So ist die Kontrollgruppe älter als die Interventionsgruppe, hat einen höheren Bildungsstand und eine bessere finanzielle Lage als die Teilnehmer der Interventionsgruppe. Die Probanden der Kontrollgruppe sind häufig verheiratet, die der Interventionsgruppe häufig ledig. In der Interventionsgruppe ist Deutsch häufiger die Muttersprache als in der Kontrollgruppe.

Folgende Ergebnisse konnten bereits im Januar 2011 berichtet werden.

Sowohl in der Kontroll- sowie in der Interventionsgruppe konnten signifikante Verbesserungen bezüglich der Sensitivität vom 1. zum 3. Messzeitpunkt festgestellt werden. Da jedoch keine spezifischen Effekte der Intervention nachgewiesen werden können, spricht das Ergebnis für eher entwicklungspsychologisch erklärbare Prozesse. Werden die einzelnen Aspekte der Sensitivität genauer betrachtet, zeigt es sich, dass sich kognitive Aspekte in beiden Gruppen über die Zeit verbessert haben, emotionale Aspekte der Sensitivität jedoch nicht. Die Entwicklung des Kindes zeigt einen signifikanten Gruppeneffekt hinsichtlich der sozialen Entwicklung. Die Interventionsgruppe zeigt bei der sozialen Entwicklung bessere Werte als die Kontrollgruppe. Es wurde kein Effekt hinsichtlich der sprachlichen Entwicklung erzielt. Bezüglich der mütterlichen Stressbelastung zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen dem 1. und 3. Messzeitpunkt, lediglich der Interaktionseffekt von Zeit und Gruppe ist signifikant. Mütter aus der Interventionsgruppe berichten zum 3. Messzeitpunkt von geringerer Stressbelastung als die Mütter der Kontrollgruppe. Auch die Dysfunktionalität der Eltern-Kind-Beziehung ist nur im Interaktionseffekt Gruppe und Zeit signifikant. Zum 3. Messzeitpunkt berichten die Mütter der Interventionsgruppe von signifikant weniger dysfunktionalen Eltern-Kind-Beziehungen als die Mütter der Kontrollgruppe. Die postpartale depressive Symptomatik weist weder für Zeit, noch für die Interaktion von Zeit und Gruppe einen signifikanten Effekt auf.

Die Effektstärken beim Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppe zum 3. Messzeitpunkt liegen im schwachen bis mittleren Bereich, ein Ergebnis das so zu erwarten war, insbesondere da es sich um ein Angebot im Rahmen der frühen Hilfen handelt. Die Verbesserung der sozialen Entwicklung in der Interventionsgruppe führt die Arbeitsgruppe von Manfred Cierpka (Sidor, Kunz, Sieler & Cierpka, 2011) auf die unterstützende Arbeit der Familienhebammen zurück.

Die hier vorliegenden Ergebnisse basieren lediglich auf vorläufigen Daten, da weder die Daten zum 3. Messzeitpunkt vollständig waren, noch der 4. Messzeitpunkt überhaupt erhoben gewesen war. Es ist

zu vermuten, dass zum 4. Messzeitpunkt weitere Effekte der Intervention nachweisbar sein werden. Auch zu berücksichtigen ist, dass die Kontrollgruppe weniger belastet ist als die Interventionsgruppe und sich so eventuell Interventionseffekte weniger stark zeigen. Ebenfalls entscheidend ist aber, dass etwa die Hälfte der Familien aus der Kontrollgruppe bestimmte Arten von sozialen Hilfen bekommen haben und somit die Effekte der Zeit nicht klar auf Training bzw. Hilfe oder normale entwicklungspsychologische Veränderungen zurückzuführen sind.

EFFEKT - Entwicklungsförderung in Familien: Eltern- und Kinder-Training

EFFEKT wurde summativ evaluiert mit einem randomisierten Kontrollgruppendesign und einer Follow-up-Untersuchung. Die Evaluation wurde intern durchgeführt. Die folgenden Angaben basieren auf einem Artikel von Lösel, Beelmann, Stemmler und Jaurisch (2006). Ziel der Evaluationsstudie war es herauszufinden, wie sich das Programm EFFEKT auf das Verhalten im Kindergarten und der Schule kurz- und längerfristig auswirkt. Insgesamt wurden 609 Familien mit 675 Kindern zwischen 4 und 5 Jahren über Kindergärten rekrutiert und nahmen zum ersten Erhebungszeitpunkt teil. Es gab drei Erhebungszeitpunkte. Einen Vortest, einen Messzeitpunkt zwei bis drei Monate nach dem Training und die Follow-up-Untersuchung nach zwei Jahren. Unterschieden wurden vier verschiedene Gruppen:

- Kein Training
- Elterntraining
- Kindertraining
- Eltern- und Kindertraining

Insgesamt wurden sehr viele Daten erfasst. Neben Elterninterviews, Beobachtungen, Tests und physiologischen Messungen wurden auch Angaben zum kindlichen Sozialverhalten von Erziehern und Lehrern gewonnen. Dafür wurde die Deutsche Adaptation des Preschool Social Behavior Questionnaire (PSBQ; Tremblay et al., 1992) sowie in der Grundschule eine Inhaltsanalyse der Zeugnisbeurteilungen eingesetzt. Dabei wurden Bemerkungen zu den Verhaltensbereichen Umgang mit Regeln, externalisierendes Verhalten, Aufmerksamkeit/Hyperaktivität, Konfliktverhalten, Kooperation, Kontaktverhalten, soziale Integration, Kommunikation, Selbstständigkeit und emotionale Grundstimmung kodiert. Auch wurde die Teilnehmerzufriedenheit mit dem Kurs erhoben sowie das Verhalten des Kindes beim Kindertraining beobachtet.

Die Prozess-Evaluation zeigt, dass die Kinder im Kindertraining überwiegend programmbezogenes Verhalten (75 – 80 %) zeigten und die Eltern mit dem Training überwiegend zufrieden waren.

Die Stichprobe für die kurzfristige Wirkungsevaluation des Elterntrainings setzt sich aus allen Familien zusammen, bei denen Mutter, Vater oder beide zusammen mindestens drei der fünf Sitzungen des Programms absolviert haben. Die Stichprobe für Evaluation des Kindertrainings besteht aus allen Teilnehmer, die mindestens die Hälfte des Programms absolviert haben. Der Gesamtproblemwert des PSBQ sowie die Unterskalen weisen zum zweiten Messzeitpunkt signifikant geringere Werte auf als im Vortest. Signifikante Effekte sind aber nicht nur auf Verbesserungen in den Trainingsgruppen zurückzuführen, sondern teilweise auch auf Verschlechterungen in den Kontrollgruppen. Alle drei verschiedenen Trainingsprogramme zeigen sich bei der kurzfristigen Wirkevaluation als effektiv, die stärksten Effekte lassen sich jedoch bei der Kombination von Eltern- und Kindertraining nachweisen.

Die langfristige Wirkevaluation zeigt nur noch in der Gruppe bei kombinierten Trainings signifikante Effekte ($d = .47$) für das Verhalten im Kindergarten. Alle anderen Trainingsgruppen zeigen Effektstärken um null. Der Grund dafür ist, dass sich auch positive Effekte bei den Kindern in der Kontrollgruppe ergeben haben. Außerdem muss berichtet werden, dass sich die Stichprobe, zu der Angaben der Erzieherinnen zum Verhalten vorliegen, zum 3. Messzeitpunkt deutlich verringert hat. Bei den Schülkindern zeigt es sich, dass 44 % der Kinder keine negativen Äußerungen in ihrer Zeugnisbemerkung haben. Es können signifikant weniger Verhaltensprobleme beim Kindertraining und dem kombinierten Training im Vergleich zur Kontrollgruppe zum 3. Messzeitpunkt festgestellt werden.

Kurzfristig können also positive Effekte bei Problemen des Sozialverhaltens, der Hyperaktivität und bei emotionalen Problemen der Kinder nachgewiesen werden und zwar vor allem, wenn das kombinierte Programm angewendet wurde. Die Langzeiteffekte sind hingegen weniger konsistent, jedoch schneiden Kinder des kombinierten Trainings auch hier am besten ab.

Insgesamt zeigen sich stark variierende Effektstärken in den einzelnen Gruppen und diese Effektstärken sind meistens klein.

Eltern-AG

Das Programm Eltern-AG wird summativ, mit einer nicht-randomisierten Kontrollgruppe intern evaluiert. Außerdem wird eine Follow-up-Untersuchung durchgeführt.

Die erste qualitative Begleitforschung fand in den Jahren 2004 – 2006 über die Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) statt. Diese Evaluation ergab, dass die Gruppen der Eltern-AG zu 100% aus sozial benachteiligten Familien bestehen. 78 % der Eltern kommen überhaupt zu den Treffen und 80 % bleiben auch bis zum 20. Treffen. Nach einem Jahr treffen sich ca. 65 % der Gruppen in teilweise reduzierter Zusammensetzung noch regelmäßig.

Im April 2010 startete die zweite Evaluation, deren erste Messungen im Juni 2010 erhoben wurden. Für das Jahr 2010 liegen erste Daten vor, die Gesamtauswertung dauert aber noch an. Erste Tendenzen weisen z. B. darauf hin, dass die Erwartungen der Eltern an den Eltern-AG – Kurs erfüllt werden.

FAST TRACK

FAST track – Families and School together – wurde vielfach evaluiert. Vorliegende Ergebnisse basieren auf drei Studien:

Zur Messung des Verhaltens der Kinder wurde die Child Behavior Checklist (CBCL) und das Social Skills Rating System (SSRS) eingesetzt.

In der ersten Studie von Kratochwill, McDonald, Levin, und Young (2004) wurden Schüler einer FAST-Familie mit Schülern der Kontrollgruppe verglichen. Hinsichtlich des kindlichen Verhaltens zeigt sich, dass sich im Prä-Post-Vergleich die FAST-Schüler in ihrem externalisierenden und aggressiven Verhalten verbessert haben. Im Vergleich zur Kontrollgruppe berichten die Eltern auch von einer signifikanten Verbesserung im Rückzugsverhalten. Die Effektgröße war für das externalisierende Verhalten klein ($d = 0.36$) und groß für aggressives ($d = 1.20$) und Rückzugsverhalten ($d = 0.87$). Nach einem Jahr konnte in der Follow-up-Untersuchung gezeigt werden, dass die FAST-Schüler ihre Verbesserung im Rückzugsverhalten im Vergleich zur Kontrollgruppe aufrechterhielten und die Effektstärke dafür groß war ($d = 1.92$). Die Angaben der Lehrer sprechen auch für eine signifikante Verbesserung im internalisierenden Verhalten.

sierenden Verhalten, ängstlichen/depressiven Verhalten, aggressiven Verhalten und Problemverhalten im Vergleich zur Kontrollgruppe. Hier sind die Effektstärken groß für Aufmerksamkeitsprobleme ($d = 0.92$), ansonsten im mittleren Bereich für internalisierendes Verhalten ($d = 0.51$), für ängstliches/depressives Verhalten ($d = 0.78$) für aggressives- ($d = 0.70$) und Problemverhalten ($d = 0.61$). Diese Studie zeigt auch im Bereich soziale Fertigkeiten des Kindes und akademische Kompetenzen, dass die FAST-Schüler nach einem Jahr größere akademische Kompetenzen als die Kontrollgruppe aufweisen, aber kein signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe hinsichtlich der sozialen Fertigkeiten besteht.

Die Studie von McDonald et al. (2006) wurde mit Hispanics durchgeführt und vergleicht FAST-Familien mit Familien, die auch eine Art von Erziehungshilfe und Unterlagen zur Verhaltenserziehung bekommen haben. Bezüglich des kindlichen Verhaltens zeigt die 2-Jahres-Follow-up-Untersuchung, dass sich FAST-Schüler im Vergleich zur Kontrollgruppe im externalisierenden Verhalten verbessert haben, aber kein Gruppenunterschied für internalisierendes Verhalten gefunden wurde. Die Ergebnisse zu den sozialen Fertigkeiten und den akademische Kompetenzen des Kindes zeigen, dass die FAST-Schüler im 2-Jahres-Follow-up im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant ihre sozialen Fertigkeiten verbessert haben.

Die dritte Studie, von Kratochwill, McDonald, Levin, Scalia, und Coover (2009) stellt FAST-Familien mit Schülern, die einen normalen Schulservice bekommen, gegenüber. Nach einem Jahr in der Follow-up-Untersuchung haben FAST-Schüler im Vergleich zur Kontrollgruppe ihr externalisierendes Verhalten und auch ihre somatischen Beschwerden signifikant verbessert. Beim externalisierenden Verhalten sind die Effektstärken klein ($d = 0.42$), bei den somatischen Beschwerden im mittleren Bereich ($d = 0.53$). Diese Studie konnte hinsichtlich akademischer Kompetenz und sozialen Fertigkeiten keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe feststellen.

Leider wurde in den hier vorliegenden Evaluationsstudien lediglich das Programm für die Schüler evaluiert. Zwar gibt es auch Evaluationen für die Angebote von FAST für jüngere Kinder, diese konnten jedoch nicht eingesehen werden. Eine deutsche Evaluation von FAST wird durch die Universität Siegen durchgeführt, jedoch konnten keine weiteren Informationen dazu gefunden werden.

Kess-erziehen

Das Programm Kess-erziehen wurde summativ extern vom Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie e. V. evaluiert und hat eine Follow-up-Untersuchung, jedoch keine Kontrollgruppe. Auftraggeber war die Arbeitsgemeinschaft kath. Einrichtungen und Dienste der Erziehungshilfe in der Erzdiözese Freiburg.

Die Kursteilnehmer haben Kinder im Alter von 3 bis 10 Jahren, neben dem Prä-Post-Vergleich wird nach einem Jahr die Follow-up-Untersuchung durchgeführt. Das elterliche Kompetenzgefühl wird mithilfe des Fragebogens zum Kompetenzgefühl von Eltern (FKE, Miller, 2001) erfasst. 9 Items beziehen sich dabei auf die Zufriedenheit mit der Elternrolle, 7 Items auf das Gefühl der Selbstwirksamkeit bei der Erziehung. Der Fragebogen zur Elternrolle (FZE) erfasst das Erleben und die Zufriedenheit mit der Elternrolle. Das erzieherische Verhalten bzw. der Umgang mit unangemessenem Verhalten der Kinder wird mit dem Fragebogen zum Verhalten von Eltern (FVE) erhoben. Des Weiteren wurde der Erziehungsfragebogen (EFB-K, Miller, 2001) eingesetzt. Die Zufriedenheit mit der Partnerschaft, die elterliche Wahrnehmung des Verhaltens und Befindens ihrer Kinder wurde mit der deutschen Übersetzung des Eyberg Child Behaviour Inventory (ECBI, Eyberg & Robinson, 1983) von Regina Bussing et

al. (2008) erhoben. Außerdem wurde der Fragebogen zu Stärken und Schwächen des Kindes (Woerner et al., 2002) verwendet.

Die Stichprobe besteht zum 3. Messzeitpunkt aus 120 Teilnehmern. Die erhobenen Daten stammen aus 30 unterschiedlichen Kursen, die im Zeitraum von April 2007 bis Juli 2008 durchgeführt wurden. Bei der Evaluation standen drei Fragestellungen im Vordergrund:

- Merkmale der Stichprobe vor Kursbeginn: - Wer nimmt am Kurs teil?
- Welche kurzfristigen Veränderungen bewirkt eine Kursteilnahme?
- Überprüfung dieser Veränderungen auf Stabilität

Bei den Ergebnisdarstellungen werden wir uns hier auf die zweite und dritte Fragestellung beziehen und nur einige Ergebnisse darstellen.

Nach Kursteilnahme berichteten die Teilnehmer sowohl von einer höheren Zufriedenheit mit der Elternrolle als auch einer Zunahme des elterlichen Selbstwirksamkeitsgefühls. Die Effektstärken liegen für diese Bereiche zwischen $d = .020$ und $d = .033$, sind also insgesamt klein. Die Analysen des elterlichen Erziehungsverhaltens (FVE) bestätigen eine signifikante Zunahme an Erziehungsfertigkeiten eines demokratisch-respektvollen Erziehungsstils ($d = 0.70$). Auch in der Follow-up-Untersuchung konnte die verbesserte Kompetenz im Erziehungsverhalten bestätigt werden. Mit einer mittleren Effektstärke ($d = .055$) zeigt sich eine signifikante Abnahme des wahrgenommenen externalen kindlichen Verhaltens. Die Zufriedenheit mit der Paarbeziehung bleibt über den Kurs hinweg stabil, während die Selbstfürsorge im Prä-Post-Vergleich signifikant zunimmt und eine mittlere Effektstärke erlangt ($d = 0.51$). Auch im Follow-up zeigt sich die Selbstfürsorge stabil.

Obwohl die Evaluation grundsätzlich gute Ergebnisse zeigt, müssen diese unter Vorbehalt betrachtet werden. Da das Evaluationsdesign keine Kontrollgruppe eingeplant hat, kann nicht ohne Weiteres auf die Wirksamkeit des Programms geschlossen werden, denn auch nicht-programmgebundene Einflüsse, wie z. B. verstrichene Zeit und äußere Ereignisse, könnten die Veränderungen verursachen.

Präventionsprogramm Lenzgesund

Momentan entsteht für das Präventionsprogramm Lenzgesund eine Konzept-, Prozess-, Struktur- und Ergebnisevaluation (vgl. Süß, 2010). Da Lenzgesund kein Modulkurs ist, ist das Programm schwierig zu evaluieren. Das Projekt läuft bis Ende 2012, daher liegen noch keine abschließenden Ergebnisse vor.

Im Rahmen der Langzeitevaluation werden folgende 5 Hauptziele verfolgt:

- Konzeptevaluation: Evaluation des gesamten Präventionskonzepts „Lenzgesund“ (Ziel 1)
- Prozessevaluation: Evaluation von Einzelinterventionen in verschiedenen Handlungsfeldern des Programms (Ziel 2)
- Prozess- und Strukturevaluation: Akteurbewertungen der Kapazitätsentwicklung im Quartier (KEQ) (Ziel 3)
- quantitative Ergebnisevaluation: kleinräumige GBE mit sekundärstatistischen Daten (Ziel 4)
- partizipative, qualitative Evaluationsansätze (im Wesentlichen durch Nutzerbewertungen in unterschiedlichen Formen) (Ziel 5)

Gewisse Teile wurden in studentischen Abschlussarbeiten evaluiert, wie z. B. der Babyführerschein. Neben einer qualitativen Teilnehmerbefragung zur Durchführung wurde auch eine teilnehmende Beobachtung gemacht und zusätzliche Hilfen abgefragt. Die Stärkung der Elternkompetenzen fungiert als zentrales Element, aber das Projekt besteht aus vielen Bausteinen. Beispielsweise ist Opstapje ein Teil von Lenzgesund, das Programm wurde vom sozialen Träger gekauft. Neben der Regelversorgung, die durch das Kinder- und Jugendhilfegesetz abgedeckt wird, gibt es zusätzliche Angebote in benachteiligten Stadtteilen. Die Charakteristika des Programms, die Angebote im Stadtteil und die ineinandergreifenden Angebote sowie die Niedrigschwelligkeit werden berücksichtigt. All diese Faktoren werden in kleinen Einzelarbeiten untersucht. Strukturbildungsanalysen werden anhand des KECK-Instruments durchgeführt, allerdings besteht bei der Akteursbefragung die Gefahr des Bias. 2006 und 2007 wurden jeweils Quartiersdiagnosen durchgeführt. Eine nicht repräsentative Bewohnerbefragung der Lenzsiedlung versucht Nutzung und Bewertung von Versorgungsangeboten sowie fehlende Angebote zu eruieren. Diese Befragung entstand mit einer Stichprobe von 180 Passanten.

Pro Kind

Auch für die Evaluation von Pro Kind liegen noch keine abschließenden Ergebnisse vor. Die vorläufigen Ergebnisse, die hier dargestellt werden, basieren auf einem Artikel von Kurtz, Brand und Jungmann (2010) sowie einem Gespräch mit Vivian Kurtz über die Evaluation.

Die Evaluation von Pro Kind umfasst eine Wirkevaluation, die Implementationsforschung sowie eine Kosten-Nutzen-Analyse. Die Wirkevaluation, oder biopsychosoziale Evaluation, beinhaltet die kognitive Persönlichkeitsentwicklung der Kinder, die Reduktion der Risiken und Komplikationen während der Schwangerschaft, Geburt und danach sowie die psychische Befindlichkeit und die elterlichen Kompetenzen als wichtige Faktoren. Zum einen wird für die Wirkevaluation auf medizinische Daten aus dem Mutterpass und den U-Untersuchungsheften zurückgegriffen, zum anderen werden Daten zur kindlichen Entwicklung mit der Bayley Scale of Infant Development und einem Sprachtest erhoben.

Zur Prüfung der Wirksamkeit des Projektes werden verschiedene Variablen bei der Mutter und dem Kind zu insgesamt fünf Untersuchungszeitpunkten sowie bei dem Vater des Kindes zu zwei Untersuchungszeitpunkten erfasst. Die insgesamt vier Erhebungszeitpunkte sind:

- T0: 2. – 18. Schwangerschaftswoche
- T1: 36. Schwangerschaftswoche
- T2: 6. Lebensmonat
- T3: 12. Lebensmonat
- T4: 24. Lebensmonat

Im Rahmen der Implementationsforschung wird dokumentiert, inwiefern sich das in den USA erfolgreich etablierte Programm Nurse Family Partnership (NFP) auch in Deutschland umsetzen lässt (*Prozessevaluation*). Wichtig sind dabei Faktoren wie Umsetzung, Zielgruppe, Abbrüche, Einhalten des Leitfadens, Ablauf von Hausbesuchen etc.

Für die Evaluation existiert ein randomisiertes Kontrollgruppendesign. Zu T0 wurden 755 Frauen in die Stichprobe aufgenommen, 393 wurden der Treatment-Gruppe zugeordnet, 362 der Kontrollgruppe.

Ziel der Wirkevaluation ist, Effekte des Programms „Pro Kind“ auf die selbsteingeschätzte mütterliche Selbstwirksamkeit und Kompetenz während und nach der Schwangerschaft festzustellen sowie die Veränderungen der kognitiven kindlichen Entwicklung bis zum 24. Lebensmonat zu beobachten. Für die Wirkevaluation wurden daher die deutsche Version des „Parent Expectation Survey“ (PES) von Reece (1992) zur mütterlichen Selbstwirksamkeit im Umgang mit dem Kind eingesetzt, die allgemeine mütterliche Kompetenz während der Schwangerschaft wurde mit der deutschen Version der Subskala „Efficacy as Parents“ aus der Skala „Parenting Sense of Competence-“ (PSOC-) von Johnston und Mash (1989) erfasst. Der kognitive Entwicklungsstand der Kinder wurde anhand der deutschen Fassung der BSID-II von Reuner, Rosenkranz, Pietz und Horn (2007) eruiert.

Die selbsteingeschätzte mütterliche Selbstwirksamkeit nimmt sowohl in der Kontrollgruppe in der Interventionsgruppe bis 12 Monate nach der Geburt zu. Tendenziell zeigt sich ein stärkerer Anstieg der selbsteingeschätzten allgemeinen mütterlichen Kompetenz vom Einstieg in das Projekt bis zum 6. Lebensmonat der Kinder in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe. Kinder in der Interventionsgruppe entwickeln sich vom 6. bis zum 12. Lebensmonat tendenziell besser, wobei der Effekt nach Kontrolle der Kovariante Alter knapp die Signifikanz verfehlt. Die mütterliche Kompetenz zum Ende der Schwangerschaft stellt einen signifikant negativen Prädiktor der kognitiven Leistung der einjährigen Kinder dar. Sechs Monate nach der Geburt sagt die selbsteingeschätzte mütterliche Kompetenz die kognitive Entwicklung der zweijährigen Kinder negativ vorher. Das Gleiche gilt für den sozioökonomischen Status der Mutter.

Wie auch die Autoren festgestellt haben, wäre für ein objektives Maß eine Fremdeinschätzungsmethode notwendig, um auf die Ursachen dieser Ergebnisse zu schließen. Generell sind nur wenige Ergebnisse signifikant und meist bestehen nur geringe Effektstärken. Eventuell liegt dies daran, dass das Curriculum noch nicht ausreichend gut implementiert wurde, andererseits muss man sicherlich abwarten bis die Daten der Evaluation vollständig vorliegen.

STEEP

In Deutschland wurde und wird das STEEP-Programm summativ extern evaluiert mit einer nicht-randomisierten Kontrollgruppe und einer Follow-up-Untersuchung. Erste Ergebnisse finden sich bei Suess, Bohlen, Mali und Frumentia Maier (2010).

Die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe unterscheiden sich dadurch, dass die Interventionsgruppe stärker durch Risikofaktoren belastet ist als die Kontrollgruppe. Auch liegen die Daten der Interventionsgruppe zu drei Messzeitpunkten vor, die der Kontrollgruppe nur zu T1 und T2, nicht aber zu T0. Zur Erfassung der Bindungssicherheit wurde der Fremde-Situations-Test eingesetzt, zur Erfassung der mütterlichen Befindlichkeit die Edinburgh-Postnatale-Depressions-Skala. Des Weiteren wurde der Parental Stress Index, sowie das Adult-Adolescent Parenting Inventory verwendet.

Nach einem Jahr zeigen signifikant mehr Mutter-Kind-Paare der Interventionsgruppe eine sichere Bindung als Mutter-Kind-Paare der Kontrollgruppe. Betrachtet man die Bindungsstile genauer, zeigt es sich, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des desorganisierten Bindungsstils gibt.

Die Ergebnisse sind momentan noch mit Vorsicht zu betrachten, da sowohl die Interventionsgruppe wie auch die Kontrollgruppe (N = 12) sehr klein sind. Auch ist die Kontrollgruppe nicht randomisiert

und im Artikel wird keine Wirkstärke berichtet. Jedoch ist das STEEP-Programm international etabliert und zeigt relativ gute Evaluationsergebnisse.

TAFF

Das Projekt TAFF wurde qualitativ, extern evaluiert. Die dargestellten Ergebnisse stammen aus dem Bericht von Boeckh (2007).

Ziel dieser qualitativen Evaluation war es, den Fragen, ob TAFF-Kurse wirksam sind, ob sie praxistauglich sind und was man besser machen kann, nachzugehen. Zur Beantwortung dieser Fragen wurden die Kursteilnehmer direkt zu Beginn des Kurses nach ihrem familiären Hintergrund, der familiären Problemstellungen und zu ihren Erwartungen an die Kursteilnahme schriftlich befragt. Außerdem wurden Interviews mit denjenigen Teilnehmern durchgeführt, deren Kursteilnahme zum Zeitpunkt der Befragung mindestens drei Monate oder länger zurücklag. Des Weiteren wurden Interviews mit den Mitarbeitern der vier Standorte geführt und ein Abschlussworkshop in Essen mit den Mitarbeitern der vier Standorte sowie der Projektkoordination durchgeführt. Geplant war ursprünglich eine summative Befragung im Sinne eines Soll-Ist-Abgleichs, aber es gab Probleme bei der Durchführung aufgrund von sprachlichen Problemen und der Ungeübtheiten bei der schriftlichen Formulierung eigener Wünsche, Erfahrungen, Gefühle und Kritik. Der Betreuungsaufwand war für das Ausfüllen der Bögen zu groß und ließ sich nicht in angemessener Form in den Kursablauf integrieren.

Insgesamt nahmen an der qualitativen Evaluation 139 Teilnehmerinnen aus 16 TAFF-Kursen teil. Die Stichprobe weist einen hohen Anteil an Migrationsfamilien und bildungsfernen Familien auf, außerdem haben nur Frauen bzw. Mütter teilgenommen.

Die Teilnehmer erwarteten von ihrer Kursteilnahme, dass sie die Entwicklungsphasen der Kinder besser kennenlernen, konkrete und praktische Erziehungstipps bekommen und Konflikten besser begegnen können. Dies zeigt, dass den Teilnehmern ein Handlungswissen wichtiger war als das Erlernen von Reflexionswissen. Am Ende des Kurses berichteten die Teilnehmer davon, dass der Kurs hilfreich war und sie selbst glauben, besser mit familiären Problemen umgehen zu können. Einige äußerten den Wunsch nach weiterer Unterstützung. Alle gaben an, dass die Inhalte immer vollständig waren und niemand empfand bestimmte Inhalte als überflüssig.

Auch die Interviews mit zwei Müttern je Standort bestätigen die bereits gewonnenen Erfahrungen. Die Interviews mit den Mitarbeitern der vier Standorte ergaben, dass bei der Auswahl der Teilnehmer auf eine „mittlere“ Problemlage der Teilnehmer geachtet werden sollte. Auch wurde darauf hingewiesen, dass der Fragebogen für das Feedback zu hochschwellig ist und in den Kursablauf integrierte, mündliche Feedbackrunden besser geeignet wären. Der Abschlussworkshop mit dem Projektteam ergab, dass die Mitarbeiter mit der Organisation, der Zusammenarbeit und dem Projekt allgemein zufrieden sind. Verbesserungsvorschläge zum Inhalt des Kurses zielten darauf ab, in diesem Rahmen weniger nur kindbezogene und mehr familienbezogene Inhalte zu vermitteln.

6 Kurzcharakterisierung der Programme

Im Folgenden werden die gesundheitsfördernden Elternprogramme kurz vorgestellt. Anhand der folgenden Dimensionen wird ein knapper Überblick zum Programm gegeben. Teilweise lassen sich jedoch nicht alle Dimensionen einbeziehen, da nicht alle Aspekte auf jedes Programm zutreffen. Die Programme werden alphabetisch aufgelistet.

- Zielgruppe
- Ziele
- Hintergrund
- Inhalt
- Methode
- Umsetzung
- Land
- Anbieter
- Besonderheiten
- Entwicklung
- Quelle
- Ansprechpartner
- Evaluation

6.1 Programme in Deutschland

AUF DEN ANFANG KOMMT ES AN

Zielgruppe: Für junge Eltern, Kompaktkurs für sozial belastete Eltern

Ziele:

- Prävention von Partnerschaftsproblemen (Kommunikationstraining)
- Elternkompetenzen (Sensitivität, Bedeutung des kindlichen Verhaltens, Bindungsaufbau)
- Kinderversorgung (Füttern, Pflege)

Hintergrund: Bindungstheorie; der (didaktische) Zugang ist ressourcenorientiert und nicht problematisierend; verschiedene Theorien zur Partnerschaftsentwicklung; Konzepte zum Übergang zur Elternschaft

Inhalt: Stärkung der Partnerschafts- und Erziehungskompetenzen in der Phase der Familiengründung und des Beginns der Elternschaft; entwicklungspsychologische und bindungsrelevante Grundlagen; Kenntnisse in Erziehung, Gesundheit, Pflege, Ernährung und Bewegung sowie Informationen über wichtige Hilfe- und Unterstützungsangebote

Methode: spezifische Materialien (PDF-Präsentationen, Video-Demonstration, Informationsbroschüren und Arbeitsblätter), Reflexionen und Lösungen anhand von Alltagssituationen, Beobachtung von kindlichem Ausdrucksverhalten; Hausaufgaben, praktische Übungen/Rollenspiele, Feed-

back, Beratung, Vernetzung von Institutionen, Eltern-Kind-Gruppe, Kleingruppenarbeit, Entspannungsformen, Diskussionen

Umsetzung: Flexibel zu gestalten – insgesamt 30 Module à 90 Minuten;
formale Struktur jedes Moduls: Einleitung, Hauptteil I, Pause, Hauptteil II, Abschluss
jeweils 10 Module zum Thema Schwangerschaft, Neugeborenes, erstes Lebensjahr

6 – 12 Personen, wechselnde Formate: geblockt am Wochenende (max. 6 h) oder 1,5 h jede Woche

Kosten: 20 – 50 €, da während der Erprobung subventioniert

Land: Deutschland

Anbieter: Familienbildungsstätten, Beratungsstellen, private Kursleiter (Kinderkrankenschwestern, Hebammen), die es evtl. in ihre Institution tragen

Entwicklung: Ute Ziegenhain, Sigrid Gebauer, Anne K. Kolb, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, in Kooperation mit: Barbara Reichle, Sabine Franiek, Pädagogische Hochschule Ludwigsburg für das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz

Quelle: <http://www.vivafamilia.de/43.html>

Ansprechpartner: Barbara Reichle

Evaluation: summative Evaluation, nicht-randomisierte Kontrollgruppe, kein Follow-up, interne Evaluation

Reichle, B. und Franiek, S. (2008): Auch positive Ereignisse erfordern Bewältigung: Prävention von Partnerschaftsproblemen nach dem Übergang zur Elternschaft. In: Eickhorst, A., Borke, J. (Hrsg.), Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit. UTB, Stuttgart, S. 273 – 293.

BERATUNG FÜR ELTERN UND KINDERBETREUUNGSEINRICHTUNGEN MIT KINDERN VON 0 BIS 6 JAHREN **(NICHT IN SYSTEMATISCHER ÜBERSICHT)**

Zielgruppe: Eltern und Fachkräfte aus Kinderkrippen von Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren; Eltern von Kindern ab Kindergartenalter bis Schuleintritt; Erzieher/innen in den örtlichen Kindertagesstätten und andere pädagogische Fachkräfte, z. B. aus dem Tagespflegebereich; Eltern mit Krankheit, Suchterfahrung, Kinder mit Verhaltensstörung, Krankheit, Trauma, Behinderung, Entwicklungsverzögerung

Hintergrund: systemisch, wertschätzend und ressourcenorientiert

Inhalt: Sicherung und Stabilisierung einer positiven Eltern-Kind-Beziehung, Stärkung elterlicher Erziehungskompetenz, positive Beeinflussung der Befindlichkeit des Kindes und Schaffung entwicklungsförderlicher Bedingungen für Kinder in der Familie

Methode: offene Beratung, Angebote für Eltern-Kind-Gruppen mit Kindern von 0 bis 12 Monaten, offener Info-Treff für Eltern mit Babys und Kleinkindern, feste Spiel- und Kontaktgruppe für Eltern und Kinder zwischen 2 und 3 Jahren, Infobroschüren, Arbeitsblätter, Film, Rollenspiele, praktische

Übungen, Beratung, Diagnostik, Feedbackmethoden, Hausbesuche, Vernetzung von Institutionen, Entspannungsformen, Diskussionen, Aktivitäten, Kreatives; der Schwerpunkt liegt auf der Wissensvermittlung

Umsetzung: situations- bzw. bedarfsorientiert, angegliedert an die Zeiten der Kindertagesstätte, so dass die Beratung dort wahrgenommen werden kann, keine Kosten für Eltern

Land: Deutschland

Anbieter: Kinderzentrum Weißer Stein Marburg-Wehrda e. V. - beauftragt und finanziert vom Fachbereich Familie, Jugend und Soziales des Landkreises Marburg-Biedenkopf, Kindertagesstätten, Kinderärzte

Besonderheiten: flexibel und niedrigschwellig, medizinische Therapeuten im Team

Quelle: <http://www.kize-weisser-stein.de>

Ansprechpartner: Herr Brück

Evaluation: bislang keine – eventuell Diplomarbeit eines Praktikanten

BERATUNGSSTELLE FRÜHE HILFEN

Zielgruppe: Eltern von Säuglingen und Kleinkindern im Alter von 0 – 3 Jahren, hochbelastete Familien

Ziele:

- Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung in der frühen Kindheit
- Förderung einer gesunden körperlichen und psychosozialen Entwicklung des Kindes durch
 - a. Sensibilisierung und Aufbau einer sicheren Eltern-Kind-Bindung
 - b. Stärkung der Elternkompetenz
 - c. Entlastung der Eltern und Entspannung der Familienatmosphäre
- Weiterqualifizierung von Fachkräften, die in Familien mit Kleinkindern tätig sind, durch
 - d. Fachberatung
 - e. Fortbildungsveranstaltungen zum Thema der frühkindlichen Entwicklung, Bindungstheorie, Kindeswohl und Umgang mit dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Hintergrund: ressourcenorientierter Ansatz; entwicklungspsychologische Beratung, systemische Beratung zum Thema Kindeswohlgefährdung

Inhalt: Wahrnehmung von Signalen und Bedürfnissen des Säuglings, richtige Deutung, angemessenes Reagieren; Unterstützung in konkreten Situationen (z. B. Beruhigen, Füttern, Einschlaf- und Spielsituationen); Stabilisierung der Eltern-Kind-Beziehung, Entlastung und Stärkung der Familie

Methode: Einzelberatung, Rollenspiele/praktische Übungen, Diagnostik, Schlaf-/Fütterprotokolle, Video-Feedback-Arbeit, Wissensvermittlung, Hausaufgaben, Film, Hausbesuche, Vernetzung von Institutionen

Umsetzung: entwicklungspsychologische Beratung in der Beratungsstelle „Frühe Hilfen“ in Hamburg Harburg, keine Kosten für Eltern

Land: Deutschland

Anbieter: Beratungsstelle „Frühe Hilfen“ Harburg

Besonderheiten: niedrigschwellig – viele Familien mit Migrationshintergrund werden erreicht, integrierter Ansatz

Quelle: <http://www.kinderschutzbund-hamburg.de>

Ansprechpartner: Ralf Slüter

Evaluation: qualitative Evaluation, interne Evaluation, Evaluation nicht frei verfügbar

DAS BABY VERSTEHEN / KEINER FÄLLT DURCHS NETZ

Zielgruppe: Eltern mit Säuglingen und Babys;

Ziele:

- Stärkung von Familien und damit präventiver Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Gewalt
- Identifikation von Risikokonstellationen, die eine gesunde Entwicklung von Kindern beeinträchtigen könnten
- Unterstützung ALLER Familien in der Zeit rund um die Geburt des Kindes
- Bildung verlässlicher Netzwerke für Eltern, die aus sämtlichen Akteuren im Arbeitsfeld der frühen Kindheit bestehen
- Bedarfsorientierte Hilfsangebote für Familien mit unterschiedlichen Hintergründen

Hintergrund: systemischer, familientherapeutischer, familienpsychologischer Ansatz

Land: Deutschland, Österreich, Schweiz

Anbieter: Hebammenpraxen, Familienbildungsstätten; VHS, z. T. Kinderschutzbund; Krankenhäuser

Entwicklung: Arbeitsgruppe um Prof. Manfred Cierpka; Cierpka 2004; www.focus-familie.de

Quelle: Telefoninterview

Ansprechpartner: Andreas Eickhorst

Evaluation: formative Evaluation; summative Evaluation, mit Follow-up und nicht randomisierter Kontrollgruppe, externe Evaluation

Sidor, A., Kunz, E., Sieler, V., Cierpka, M. (2011): Welche Wirkungen erzielt das Projekt KfdN? Zwischenergebnisse der Begleitforschung PFIFF.

Verfügbar unter: <http://www.keinerfaelltdurchsnetz.de/> [06.08 2012].

Weitere Informationen unter: <http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Projekt-Fruehe-Interventionen-fuer-Familien-PFIFF.112253.0.html>

DAS ERSTE LEBENSJAHR

Zielgruppe: Mütter (manchmal auch Großmütter und Väter) mit ihren Babys

Ziele:

- Eltern Sicherheit, Gelassenheit, Freude vermitteln für die erste Lebenszeit mit ihrem Kind
- Basiswissen zugänglich machen über die Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr, über die Bedeutung der selbstständigen Aktivitäten in Spiel und Bewegung, über eine entwicklungsförderliche Umgebung und über den Wert der Pflegezeiten als Beziehungszeiten; Einübung von respektvoller Verständigung mit dem Kind von Anfang an
- Ermutigung geben für entspannte, kinder- und elternfreundliche Gestaltung des Familienalltags und für einen ausreichenden Kräfteerhalt der Eltern

Hintergrund: Kleinkindpädagogik von Emmi Pikler, aber auch Jasper Juul, Remo Largo etc., Erwachsenenbildung

Inhalt: *Information, Rat und Erfahrungsaustausch für die Eltern* über die Entwicklungsschritte des Kindes und seine Bedürfnisse im ersten Lebensjahr, über die veränderte persönliche und familiäre Lebenssituation. Die Eltern können für ihr Baby auch wohltuende Massagen und Wiegenlieder und – für die älteren Kinder – kleine Spiele kennenlernen.

Für die Babys bietet der Kurs einen auf den Entwicklungsstand hin *vorbereiteten sicheren Spielraum* in Sicht- und Hörweite der Mutter. Die Kinder können ungestört aktiv werden. Die Gestaltung des Kurses ermöglicht es den Eltern auch, sich zeitweise mit Ruhe und Aufmerksamkeit ganz auf ihr Kind zu beziehen: bei einer *Beobachtung seines Spiels* und bei den *Pflegehandlungen*.

Methode: Informationen, Hausaufgaben, Beobachtung, Vernetzung von Institutionen, Diskussionen, Aktivitäten, Lieder, Bewegung, Kreatives

Umsetzung: wöchentlich für 2 Stunden an 10 – 15 Terminen; ca. 35 – 65 € für 10 Termine, ist jedoch ortsabhängig, es besteht die Möglichkeit kommunaler Vergünstigungen bei belasteten Familien

Land: Deutschland

Anbieter: Familienbildungsstätten, Kirchengemeinden und soziale Einrichtungen

Besonderheiten: Zusätzlich: Babynest – für sozial benachteiligte Familien

Entwicklung: Reinhild Heuer und Dorothee Kroll

Quelle: http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Fachbeitrag/a_Familienbildung/s_1915.html

Ansprechpartner: Astrid Gilles-Bacciu

Evaluation: formative, interne Evaluation, nicht frei verfügbar

DER ERZIEHUNGSFÜHRERSCHEIN

Zielgruppe: Eltern mit Kindern von 0 bis 10 Jahren

Ziele:

- Fähigkeit, sich in die Gemeinschaft zu integrieren
- Fähigkeit zur Eigenverantwortung
- Fähigkeit, eigene Bedürfnisse gegenüber anderen angemessen vertreten zu können
- Fähigkeit, eigene Gefühle ausdrücken zu können
- Fähigkeit zur Empathie

Hintergrund: Individualpsychologie, Verhaltenstherapie, Transaktionsanalyse

Inhalt: Verstrickungsmuster der eigenen Kindheit werden analysiert und bearbeitet. Inhaltlich werden in Abstimmung mit den Teilnehmenden u. a. folgende Themen behandelt: Erziehung, Konflikte, Kommunikation, Strafe, Regeln, Grenzen, Entwicklungsphasen, Entmutigung und Ermutigung.

Methode: Übungen in Form von Selbstreflexion, Erfahrungen, Rollenspiele, Malen, Pantomime oder Kleingruppenarbeit. Nach jeder Einheit werden „Memos“ und Fragebögen zum Thema zur Vertiefung der Lerninhalte ausgehändigt.

Informationen, Arbeitsblätter, freiwillige Hausaufgaben, Rollenspiele, Feedback, Vernetzung von Institutionen, Kleingruppenarbeit, Entspannungsformen, Diskussionen

Umsetzung: Zeitraum über 10 Wochen mit jeweils einer Doppelstunde; Teilnehmerzahl: 14 – 18 Personen

Land: Deutschland

Anbieter: Bundesakademie für Diakonie und Kirche, Kreisjugendamt

Besonderheiten: Bei regelmäßiger Teilnahme erhalten die Teilnehmer am Ende des Kurses ein Zertifikat: den „Erziehungsführerschein“; einer der ersten Elternkurse – seit 2000, in Berlin wird er auf Türkisch angeboten

Entwicklung: Jürgen Steckel (Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche) & Annegret Klein-Heßling (Dipl. Psych.)

Quelle: <http://www.eltern-tun-was.de/home/lehrgang.htm> ;
<http://www.erziehungsfuehrerschein.de>

Ansprechpartner: Jürgen Steckel

Evaluation: es werden zwar formativ subjektive Teilnehmereinschätzungen eingesammelt, diese wurde aber bislang nicht ausgewertet

EFFEKT - ENTWICKLUNGSFÖRDERUNG IN FAMILIEN: ELTERN- UND KINDER-TRAINING

Zielgruppe: Familien mit Kindern im Kindergartenalter (4 – 7 Jahre: Vorschulkurs) oder Grundschulkurs (6 – 10-Jährige); besonders für sozial schwache Familien mit Migrationshintergrund, bildungsferne Familien, benachteiligter Stadtteil, Hochrisiko-Familien, Familien mit Kindern mit Verhaltensproblemen

Hintergrund: Theorie der Informationsverarbeitung

Inhalt: EFFEKT® besteht aus einem Eltern- und einem spielerischen Kinderkurs, die sowohl einzeln als auch in Kombination angewendet werden können.

Im Elterstraining lernen die Eltern u. a. die Grundregeln positiver Erziehung und wie mit schwierigen Erziehungssituationen umgegangen werden kann. Das sozial-kognitive Kindertraining fördert die soziale Kompetenz und bewirkt damit die Reduktion von Problemverhalten.

Stressmanagement der Eltern, Beziehungsförderung in der Familie, Basale Erziehungskompetenz, Reduktion von erpresserischen Interaktionen

Methode: *Eltern:* Vorträge, Gruppendiskussionen mit Erfahrungsaustausch, Rollenspiele, Hausarbeiten; ausführliche Materialien und Zusammenfassungen zu jedem Termin; *Kinder:* Handpuppen, Sing- und Bewegungsspiele, Bildvorlagen (auch zum Ausmalen), Rollenspiele, Frage-Antwort-Runden; Mappen zum Sammeln der Bildvorlagen, Buttons, Mützen und Fingerpuppen

Wissensvermittlung (Informationsbroschüren, Handbuch, Arbeitsblätter), Hausaufgaben, Filme, Rollenspiele/praktische Übungen, Kleingruppenarbeit, Entspannungsformen, Diskussionen, Aktivitäten

Umsetzung: 15 Sitzungen: 5 Tage die Woche je 1,5 h ODER 3 Tage die Woche 1,5 h; Material kostet, kommt aber auf die finanzielle Situation der Teilnehmer an

Gruppensitzungen sind hochstrukturiert; konsistente Anwendung operanter Erziehungstechniken

Land: Deutschland

Anbieter: 900 ausgebildete Trainer, u.a. Rotes Kreuz

Entwicklung: Lösel, Beelmann, Stemmler & Jaurisch, 2006

Quelle: <http://www.effekt-training.de/html/wasist.html>

Ansprechpartner: Johanna Weng

Evaluation: summative Evaluation, randomisierte Kontrollgruppe, Follow-up, interne Evaluation

Lösel, F., Beelmann, A., Stemmler, M., Jaurisch, S. (2006): Prävention von Problemen des Sozialverhaltens im Vorschulalter. Evaluation des Eltern- und Kindertrainings EFFEKT®. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35, S. 127 – 139.

ELTERN-AG

Zielgruppe: Familien mit Kindern im Vorschulalter; soziale Randgruppen, die durch mindestens eines der folgenden drei Kriterien charakterisiert sind: soziale Benachteiligung, Bildungsferne oder Migrationshintergrund

Ziele:

- Steigerung der elterlichen Erziehungskompetenz
- Steigerung der elterlichen Kooperationsbereitschaft
- Steigerung der elterlichen Netzwerkkompetenz (Vernetzung innerhalb der Eltern-AG Kurse, Vernetzung im Sozialraum)

Hintergrund: Neurowissenschaften, Entwicklungspsychologie und Sozialpädagogik, Empowerment Konzept

Inhalt: Sowohl Grundlagen der Kindererziehung als auch Methoden zur Stressbewältigung. Wenige und einfache Erziehungsgrundsätze (z. B. Respekt vor dem Kind und Gewaltfreiheit); Trotzphase, Ernährung, Einschlafprobleme, Geschwisterrivalität, Stresssignale des Körpers, Selbstwert des Kindes, Bedürfnisse des Kindes und der Eltern, Umgang mit Konflikten, Regeln und Ritualen und deren Umsetzung in den Familien, Feiern und Feste in der Familie, Fernsehen, Wohnen, Umzug in eine andere Region

Methode: Visualisierungen, Gesprächsrunden, neue Medien, Gruppendiskussionen, Erfahrungsaustausch, Feedbackmethoden, Kleingruppenarbeit, Rollenspiele (auch mit Handpuppen), Entspannung mit Märchen oder Musik, Arbeit mit Fotos der Familie oder dem Lieblingsspielzeug der Kinder, das die Eltern in der Gruppe vorstellen; „Hausaufgaben“; Hausbesuche auf Wunsch

Umsetzung: Zeitraum von 20 Wochen jeweils einmal wöchentlich, je 2 h; keine Kosten

Land: Deutschland

Anbieter: MAPP-Empowerment GmbH (gemeinnützige GmbH), alle Träger der Jugendhilfe, Jugendpflege – in 7 Bundesländern aktiv

Besonderheiten:

Entwicklung: Prof. Dr. Meinrad Armbruster (Professor für pädagogische Psychologie Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut)

Quelle: <http://www.eltern-ag.de>; <http://www.eundc.de/pdf/38015.pdf>

Ansprechpartner: Prof. Dr. Meinrad Armbruster

Evaluation:

Noch nicht abgeschlossen: summative Evaluation, nicht-randomisierte Kontrollgruppe, Follow-up, externe Evaluation durch nexus Institut e. V.

Abgeschlossen: interne Evaluation, Überblick über die Ergebnisse unter: <http://www.eltern-ag.de/elternag/programm/qualitaet-forschung>

ELTERN STÄRKEN – DIALOGISCHE ELTERNSEMINARE

Zielgruppe: alle Eltern mit Kindern von 0 bis 6 Jahren

Ziele: keine hierarchische Reihenfolge

- Mit Dialog ist keine Methode sondern eine Haltung gemeint. Diese wird wie folgt zusammengefasst: radikalen Respekt üben, Annahmen und Bewertungen in Frage stellen und von Herzen zuhören, sprechen und beobachten
- Durch den Erfahrungs-Austausch mit Menschen, von denen sie sich gehört und verstanden fühlen, erfahren Eltern, dass sie mit ihren Fragen und Problemen nicht alleine stehen. Sie spüren, dass ihr Wissen gefragt ist und erweitern gleichzeitig ihren Horizont. Das wiederum wirkt sich positiv auf ihr familiäres Zusammenleben aus. Sie lernen voneinander und hören voneinander hilfreiche und sinnvolle, aber auch gescheiterte Wege im Alltag.
- Dialogische Seminare sind in dem Sinn keine Seminare, in denen es primär um Erziehungsfragen geht, sondern es handelt sich um Treffen, in denen sich Mütter und Väter über sich, ihre Rolle als Eltern aber auch als Mann und Frau austauschen. Es kann gerade wichtiger sein, über den eigenen Lebenssinn und was ich den Kindern vorleben nachzudenken, als ständig die Kinder und deren Förderung im Blick zu haben
- Dieser Austausch in einer angstfreien Atmosphäre findet unter sensibler Begleitung von „Dialogbegleitern“ statt. Seminarteilnehmer und Dialogbegleiter begegnen sich auf einer „gleichwürdigen“ Ebene. Die Zugehörigkeit und Verbundenheit, die so entsteht, wirkt sich heilsam aus, weil sie das Vertrauen der Einzelnen in die eigenen Fähigkeiten, in andere Menschen, ins Leben und in die Welt fördert.
- Auf (be)lehrende Elemente wird generell verzichtet. Dialogseminare sprechen immer unterschiedliche Sinne an und zwar auf folgenden Ebenen: der kognitiven, der emotionalen, der biografischen und der spirituellen. Das aktiviert Gefühle, berührt den ganzen Menschen, nicht nur den Kopf, und es würdigt die Biografie der Menschen.
- Dialogbegleiter verstehen sich als Teil der Gruppe und bringen sich mit all ihrem Wissen und ihrer Erfahrung ein, sie enthalten sich nicht vor, stellen ihr Wissen und ihre Erfahrung allerdings nicht über das Wissen der Eltern.
- Im Dialog gehört Vielfalt zum Standard. Die Väter und Mütter erarbeiten und entscheiden selbst, was ihnen gut tut, was sie in ihrer Situation brauchen. Im Prozess der Beratung oder eines Seminars werden jeweils unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten gesammelt und entsprechend der unterschiedlichen Lebensbedingungen und Persönlichkeiten eigene Wege beschritten. Dialog fördert somit Eigenständigkeit und Selbstverantwortung der Eltern.

Hintergrund: Martin Bubers Idee vom Dialog, von der Begegnung im „Ich und Du“. Antonovskys Salutogenese-Konzept. Banduras Überlegungen zur Selbstwirksamkeitserwartung. Systemischer Ansatz; Therapiekonzepte Lebensschule von Walther H. Lechler

Inhalt: keine vorgegebenen Themen, besprochen wird, was Eltern gerade beschäftigt, Eltern lernen im Dialog voneinander

Methode: dialogisches Lernen, Informationsbroschüren, Hausaufgaben, Dialogarbeit, Feedbackmethoden, Beratung, Eltern-Gruppe, Vernetzung von Institutionen, Dialog mit vielen, Phantasiereise

Umsetzung: je nach Thema und Zielgruppe variiert die Dauer gegenwärtig zwischen zwei und acht Elterntreffen

Land: Deutschland, Österreich, Iran

Anbieter: Jugendamt, Beratungsstellen, Kindergärten

Besonderheiten: Kursleiter versteht sich nicht als Lehrer, sondern als Dialogbegleiter

Entwicklung: Johannes Schopp

Quelle:

http://www.systemmagazin.de/buecher/kurzvorgestellt/2007/02/schopp_eltern_staerken.php;

http://www.familienbildung-in-nrw.de/familienbildung/content/e217/e2105/e1392/Eltern-staerken-Dialogische-Elternseminare_ger.pdf

Ansprechpartner: Johannes Schopp

Evaluation: formative, externe Evaluation, nicht veröffentlicht

ELTERNFÜHRERSCHEIN

Zielgruppe: Eltern von Säuglingen/Kleinkindern und Schulkindern/Jugendlichen

Ziele:

- Prävention: Vermeidung von chronischem Stress, Verhaltensproblemen und psychosomatischen Erkrankungen
- Beziehungsstärkung: Verbesserung von gegenseitigem Verständnis, Bindung und Interaktion Eltern – Kind
- praktische Tipps: Lösen alltäglicher Probleme, Konsequenz ohne Strafen
- Fördern: die Grundbedürfnisse des Kinder erfüllen, Fähigkeiten erkennen und fördern

Hintergrund: Erfahrungen der pädiatrischen Psychosomatik, Lerntheorie, Verhaltenstherapie, systemische Therapie, Stressmodelle, Gegensteuern der Chronifizierung

Inhalt: Erziehung zur Gesundheit, Grundprinzipien der Erziehung und Verhaltensprobleme des Kindes, Umgang mit psychosomatischen Erkrankungen und chronischem Stress; Hauptinhalte: Selbsterfahrung, Wissen, Training, Entspannung

Methode: Informationsvermittlung (Infobroschüren, Handbuch, Arbeitsblätter) Hausaufgaben, Video-Demonstration, selten Rollenspiele, selten Feedbackmethoden, Vernetzung von Institutionen, Diskussionen

Umsetzung: 6 Doppelstunden, die im wöchentlichen Rhythmus stattfinden

Land: Deutschland

Anbieter: Förderverein für „pädiatrische Psychosomatik e. V.“ in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendklinik Gelsenkirchen – nur in Gelsenkirchen

Besonderheiten: Angelehnt an dieses Programm gibt es auch den Video-Kurs: Liebevoll und konsequent erziehen. Das Seminarprogramm ist auf 30 Teilnehmer ausgelegt und umfasst einen Live-Vortrag von Dipl.-Psych. Dietmar Langer und 5 Folgeabende à 2 Stunden, bei denen die Wissensvermittlung per DVD erfolgt und die Eltern zum Austausch in Kleingruppen an Tischen sitzen. Im Anschluss an das Seminar besteht die Möglichkeit, Herrn Langer für individuelle Fragestellungen telefonisch zu kontaktieren.

Entwicklung: Dietmar Langer

Quelle: <http://www.elternfuehrerschein.com/html/fakten.html>; <http://www.liebevoll-konsequent-erziehen.de/>

Ansprechpartner: Dietmar Langer

Evaluation: formative, interne Evaluation; Fragebögen nur gesammelt, noch nicht ausgewertet

ELTERNSTART

Zielgruppe: Übergang zur Elternschaft; von Schwangerschaft bis Ende 1. Lebensjahr

Ziele:

- Prävention von Partnerschaftsproblemen (Kommunikationstraining, Co-Parenting, Aufgabenverteilung)
- Elternkompetenzen (Sensitivität, Bedeutung des kindlichen Verhaltens, Bindungsaufbau)
- Kinderversorgung (Füttern, Pflege)

Hintergrund: Bindungstheorie, Erziehungsstilforschung, medizinische Theorien (z. B. exzessives Schreien), Emotionspsychologie, Coparenting (Feinberg), Stress-Modell

Inhalt: Ziel des Elternkurses ist es, junge Eltern beim Aufbau einer positiven und entwicklungsfördernden Beziehung mit ihrem neugeborenen Säugling zu unterstützen, typischen Verunsicherungen vorzubeugen und Eltern auf das Leben mit einem Kind und die damit verbundenen (Entwicklungs-)Herausforderungen vorzubereiten.

Methode: Informationen/Arbeitsblätter, Hausaufgaben, Film, Rollenspiele/praktische Übungen, Feedbackmethoden, Vernetzung von Institutionen, Entspannungsformen, Diskussionen, Lernen mit Demo-Puppe (z. B. trösten)

Umsetzung: Kosten sind unterschiedlich, den Beratungsstellen selbst überlassen ca. 0 – 50 €

Land: Deutschland

Anbieter: momentan hauptsächlich PH Ludwigsburg, auch Beratungsstellen

Entwicklung: Barbara Reichle, Sabine Franiek, Dorothea Dette-Hagenmeyer, aufbauend auf das Programm „Auf den Anfang kommt es an“

Quelle: www.elternstart.de

Ansprechpartner: Dorothea Dette-Hagenmeyer

Evaluation: summative Evaluation, nicht-randomisierte Kontrollgruppe, Follow-up nach einem halben Jahr, interne Evaluation: noch nicht verfügbar

Stand Juli 2011: 160 Teilnehmer – geplant 80 vollständige Kontrollgruppen, und eine Interventionsgruppe – alle 3 Messzeitpunkte

ELTERNWERKSTATT

Zielgruppe: Eltern mit Kindern im frühen Kindergartenalter

Hintergrund: Verhaltenstherapie, systemische Familientherapie

Inhalt: Reflexion eigener Erziehungsvorstellungen; verstehende, zugewandte Eltern-Kind-Kommunikation; Beachtung und Wertschätzung der eigenen (Eltern-)Position in der Familie; Funktion, Bedeutung und Umsetzung von familiären Regeln; Anhaltspunkte und Überblick zum jeweiligen Entwicklungsstand von Kindern; elterliche Kompetenz in den Bereichen Verhaltensförderung, Löschung und Grenzsetzung; Hilfen bei Lern- und Leistungsstörungen von Kindern; Konfliktlösungsstrategien für Familien

Methode: Aufbau Information, Übung, Anwendung, Reflexion. Theoretische Information bildet jeweils den Rahmen der einzelnen Bausteine. Die folgenden praktischen Anteile sind geprägt von Gruppenarbeiten, Rollenspielen, Arbeiten mit dem Metaplan und der Reflexion mitgebrachter Beispiele aus dem Erziehungsalltag. Hierbei spielen die Hausaufgaben von Baustein zu Baustein eine zentrale Rolle, verbinden sich hier doch Elternwerkstatt und die reale Lebenssituation der Familien jeweils am aktuellen Thema.

Umsetzung: Elterntrainingskurse bestehen aus 4 Gruppenterminen und 4 telefonischen Beratungen, Kostenaufwand in Höhe von 20 €, der an die AWO zu entrichten ist. Im Falle der Bedürftigkeit ist eine Übernahme der Kosten seitens der Jugendhilfe möglich.

Land: Deutschland

Anbieter: AWO

Quelle: http://www.medien-erleben.de/public/ew2/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=43

Ansprechpartner: Frank Hellmers

Evaluation: formative Evaluation und interne Evaluation nicht verfügbar

ENCOURAGING ELTERNTRAINING SCHOENAKER KONZEPT

Zielgruppe: Eltern(teile) mit Kindern von 0 Jahren bis zur Pubertät

Ziele:

- Einstellungsänderung/Haltungsänderung
- Erziehung fängt mit Selbsterziehung an/den eigenen Anteil sehen
- Verständnis für die Beweggründe kindlichen Verhaltens
- weg vom Defizit – hin zum Potenzial
- mit dem Kind in einen konstruktiven Dialog gehen

Hintergrund: Adler-Dreikurs-Institut, vor über 30 Jahren von Theo Schoenaker gegründet, arbeitet auf Basis der Individualpsychologie, wie sie von Alfred Adler begründet und von Rudolf Dreikurs endgültig etabliert wurde.

Inhalt: Vermittlung grundlegender Kenntnisse der Individualpsychologie. Begriff Encouraging steht für Ermutigung. Ziel: mehr Selbstvertrauen, Sicherheit und Zufriedenheit in den Aufgaben des täglichen Lebens. Eltern lernen, positiv und partnerschaftlich mit ihrem Kind umzugehen, sodass es an Selbstwertgefühl gewinnt. Es ist keine Elternbildung, sondern es wird eine Haltung vermittelt.

Methode: Im Training geht es unter anderem darum zu verstehen, warum sich Kinder so verhalten, wie sie es tun, um natürliche und logische Folgen statt schimpfen und strafen, um den Familienrat nach Dreikurs als Beziehungspflege und Methode gleichwertigen Umgangs.

Arbeitsblätter, Trainingsaufgaben, praktische Übungen/Rollenspiele, Feedbackmethoden, anschließende Eltern-Kind-Gruppen, Vernetzung von Institutionen, Kleingruppenarbeit, Entspannungsformen; Diskurs (ohne Überzeugungsdruck)

Umsetzung: ursprünglich 10 Einheiten à 2 Std – jetzt 8 Einheiten; Kosten sind unterschiedlich ca. 100 – 140 €; Aufbau einer Sitzung: 1. Ankommen, Entspannen; 2. Rückmeldung von Erfahrungen; 3. Informationen (Thesen der Individualpsychologie); 4. Übungen: praktische Umsetzung; 5. Trainingsaufgabe; 6. Brücke, Entspannung, Transfer

Land: Deutschland, Österreich, Schweiz, BeNeLux

Anbieter: VHS, freie Trainer, ErzieherInnen im Kindergarten, Lehrer

Besonderheiten:

Entwicklung: Theo Schoenaker

Quelle: <http://www.ip-heute.de/cgi-bin/termine1.pl?Action=RecShow&ID=203>; <http://www.adler-dreikurs.de/encouraging.html>

Ansprechpartner: Oliver Hechtenberg

Evaluation: das allg. Encouraging-Training wurde formativ evaluiert, keine spezielle Evaluation für das Elterntraining, da das Programm die Haltung der Teilnehmer in den Vordergrund stellt und diese sich nicht evaluieren lässt

FABEL-KURSE – FAMILIENZENTRIERTES BABY-ELTERN-KONZEPT

Zielgruppe: Für Schwangerschaft bis max. 2 Jahre, besonders auch für sozial benachteiligte Familien, mit Migrationshintergrund; auch für Eltern mit Behinderung oder behinderten Kindern (Inklusion)

Ziele:

- Stärkung der Elternkompetenz
- gesundheitsförderndes Familienleben
- positive Entwicklung der Beziehungen
- Stressbewältigung/Kommunikation
- Vernetzung/Bildung von sozialen Strukturen

Hintergrund: themenzentrierte Interaktion, Salutogenese, pädagogische Konzepte – Emmi Pikler, Empowerment

Inhalt: familienzentriert, Stillberatung, Bewegung, Stressbewältigung, Selbstreflexion, Rollenbilder, Veränderung und Entwicklung in der Paarbeziehung, Rückbildung, Spiele

Methode: wissens- und handlungsbasiert, Austausch, Beobachtung, Ernährungsberatung, Lektüre, Video-Demonstration, Kursleiter-Demonstration, Feedback, Beratung, Hausbesuche, Vernetzung von Institutionen, Kleingruppenarbeit, Rollenspiel/aktives Üben, Entspannungsformen, Babymassage

Umsetzung: Gruppentraining, center-based, Curriculum und situations- bzw. bedarfsorientiert; Fachkräfte und Laienhelfer

Maxi Fabel: nach dem 1. Geburtstag – 2. Geburtstag

8 Wochen je 1,5 h (4 oder 5 Module buchbar). Die Kurse werden nach den Geburtsmonaten der Babys eingeteilt, damit sie etwa gleich alt sind. Für Babys ab zehn Wochen (und ein Elternteil); Modul kostet zwischen 50 – 80 €.

Land: Deutschland

Anbieter: Frauengesundheitszentren, Geburtshäuser, Familienbildungsstätten

Entwicklung: AG Ausbildungsrat

Quelle: <http://www.fabel-kurs.de/>

Ansprechpartner: Martina Halfmann

Evaluation: Angabe auf der Homepage: externe Evaluation, vom Forschungsinstitut Frau und Gesellschaft sowie vom Institut für Sozialwissenschaften, TU Braunschweig Recherche im Internet zur Evaluation erfolglos

FAMILIENHANDBUCH ONLINE

Zielgruppe: richtet sich an Eltern, Erzieher/innen, Lehrer/innen, Familienbildner/innen und Fachleute, die sich mit Familien befassen

Inhalt: Eltern finden im Familienhandbuch Informationen über familienpolitische Leistungen und mögliche Hilfsangebote. Erzieher/innen, Lehrer/innen und Familienbildner/innen werden Informationen für die Elternarbeit und Elternbildung geboten. Für Kollegen/innen aus Fortbildung und Wissenschaft haben wir wissenschaftliche Texte in das Familienhandbuch eingestellt.

Methode: Online-Datenbank mit Artikeln zu verschiedenen Themen

Land: Deutschland

Anbieter: Staatsinstitut für Frühpädagogik

Quelle: www.familienhandbuch.de

Evaluation: keine

FAMILIENHEBAMMEN – FRÜHSTART: EVALUATION DER FAMILIENHEBAMMEN IN SACHSEN-ANHALT

Zielgruppe: schwangere Alleinstehende, Erstgebärende unter 18 Jahren, Schwangere aus Familien mit sozialen Schwierigkeiten, Migrationshintergrund, psychische Erkrankung, Sucht, Gewalterfahrung

Inhalt: allgemeine Leistungen einer Hebamme (Vorsorge, Geburtsbegleitung, Wochenbettbetreuung Nachsorge und Stillberatung) und Kinderkrankenschwester (Erährungsberatung, Anleitung zur Pflege etc.); Vermittlung von Handlungssicherheit; Stärkung der Mutter-Kind-Bindung

Methode: Förderung des Selbsthilfepotentials der Frauen

Umsetzung: Hausbesuche, Komm-Struktur

Besonderheiten: Vermittlung von sowie Begleitung zu weiterführenden Diensten (Jugendamt, Erziehungsberatungsstellen, Sozialamt, Schwangerschaftsberatungsstellen, Ärzten und Psychologen)

Ansprechpartner: Herr Lörcher

Evaluation: qualitative, externe Evaluation

Ayerle, G. M., Luderer, C., Behrens, J. (2010): Modellprojekt FrühStart – Evaluation der Familienhebammen in Sachsen-Anhalt. In: Bundesgesundheitsblatt, 53(11), S. 1158-1165.

Verfügbar unter: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Bundesgesundheitsblatt_Artikel_Ayerle.pdf [08.08.2012]

FAMILIENPROGRAMM ELAN

Zielgruppe: Familien in Sachsen-Anhalt aus benachteiligten Milieus

Ziele:

- Stärkung der Familie als Gemeinschaft und der Kompetenzen einzelner Familienmitglieder
- Selbsthilfepotentiale aktivieren
- Erziehungskompetenz der Eltern fördern
- Gesundheitsbewusstsein aller Familienmitglieder stärken
- Austausch unter den Familien ermöglichen

Hintergrund: Hilfe zur Selbsthilfe

Inhalt: Bildungs-, Freizeit- und Erholungsaktivitäten. ELAN-Bildungsmodule behandeln die Themen Gesundheit, Erziehung, Kommunikation und Armut. Gesundheit besitzt dabei einen hohen Stellenwert.

Methode: Infos, Film, Rollenspiel, Feedback, Beratung, Diagnostik, Vernetzung von Institutionen, Kleingruppenarbeit, Aktivitäten, Lieder, Bewegung

Umsetzung: In Input-Wochenenden erfolgen zunächst die spezifischen Seminarinhalte, verbunden mit erlebnispädagogischen Elementen, um zur Teilnahme zu motivieren. Durch vereinbarte Folgetreffen mit den geschulten Referenten soll dann eine nachhaltige Implementierung der vermittelten Themen und Inhalte im Lebensalltag der Familien gewährleistet werden. Teilnahmegebühr 15 € pro Person für ein gesamtes Wochenende.

Land: Deutschland, Sachsen-Anhalt, Halle/Saale

Anbieter: Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Kinder + Jugenderholungszentren SA, evangelische Jugendhilfe

Besonderheiten: Die Teilnehmergewinnung erfolgt aufsuchend, das heißt, es erfolgen in den Stadtteilen durch die Projektmitarbeiter und -mitarbeiterinnen persönliche Gespräche mit der Zielgruppe.

Entwicklung: durch den DRK-Landesverband Sachsen-Anhalt e. V. in Kooperation mit dem Landesverband der Kinder- und Jugenderholungszentren Sachsen-Anhalt e. V. (KieZ)

Quelle: [http://www.sachsen-anhalt.drk.de/nc/angebote/kinder-jugend-und-familie/elan.html?sword_list\[0\]=elan](http://www.sachsen-anhalt.drk.de/nc/angebote/kinder-jugend-und-familie/elan.html?sword_list[0]=elan)

Ansprechpartner: Evelyn Hoff

Evaluation: formative, externe Evaluation

Das Projekt wurde und wird durch die Fachhochschule Merseburg wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Das Familienprogramm ELAN wird seit 2008 von der Forschungsgemeinschaft für Konflikt- und Sozialstudien (FOKUS) e. V. evaluiert. Zweck der Evaluation ist die qualitative Weiterentwicklung des Projekts.

FAMILIENTEAM – DAS MITEINANDER STÄRKEN

Zielgruppe: Familien, Mütter, Väter, Paare, Alleinerziehende mit Kindern im Kindergarten- und Grundschulalter

Ziele:

- Stärkung der Erziehungskompetenzen
- Emotionale Kompetenzen der Eltern stärken
- Emotionale und soziale Entwicklung der Kinder fördern
- Coparenting stärken
- Erziehungspartnerschaften mit KiGa und Schule

Hintergrund: Familiensystemtheorie und die Bindungstheorie, neuere Befunde zur Emotionsregulation; positive Erfahrungen, die mit dem Intensivtraining der Partnerschaftskommunikation in den Programmen EPL und KEK gemacht wurden, werden auf den Bereich der Eltern-Kind-Beziehung übertragen

Inhalt: Elternkompetenz stärken: Vorbild sein (eigene Werte leben), die Beziehung pflegen (dem Kind Beachtung schenken, das Kind verstehen), Problemen vorbeugen (für sich selbst sorgen, die Kooperation des Kindes gewinnen, das Kind von „negativen Etiketten“ befreien), Konflikte angehen (Grenzen setzen, Probleme gemeinsam lösen), Erziehungsdifferenzen klären und sich gegenseitig in der Elternrolle unterstützen.

Methode: Methoden folgen dem Prinzip des „erfahrungs- und erlebnisorientierten Lernens“, Rollenspiele und Analyse von Videosequenzen, „Wochenaufgaben“ für Zu Hause

Umsetzung: unterschiedliche Formate, die auch miteinander kombiniert werden können:

Elternkurse zur Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz

Kindergruppen zur Förderung der sozialen und emotionalen Kompetenzen der Kinder

Familienintensivtrainings

Der Elternkurs umfasst 24 Stunden und wird in unterschiedlichen Formaten angeboten:

* 8 x 3 h (im wöchentlichen oder 14-täglichen Abstand)

* geblockt an 2 Wochenenden (2 x Freitagabend und Samstag ganztägig im Abstand von 14 Tagen bis 4 Wochen)

* als Kombi-Kurs (z. B. Samstag ganztägig und 4 Abende)

Die Gebühren werden von den Anbietern (Häusern) festgelegt. Beispielsweise betragen die Kosten im Bildungswerk Rosenheim 200 € pro Paar bzw. 120 € für Einzelpersonen

Land: Deutschland, Bayern und Hamburg

Anbieter: z. B. Beratungsstelle der Erzdiözese München-Freising

Besonderheiten: Sonderformen: Familienteam für Multi-Problem-Familien; Familienteam für Flüchtlings- und Migrationsfamilien; Familienteam für pädagogische Fachkräfte

Entwicklung: Frau Dr. Johanna Graf an der Universität München, in Kooperation mit Frau Prof. Dr. Sabine Walper

Quelle: <http://www.familienteam.org/>

Ansprechpartner: Markus Schaer

Evaluation: Summative Evaluation, nicht-randomisierte Kontrollgruppe, Follow-up, interne Evaluation: bereits vorhanden, bislang noch nicht veröffentlicht

FENKID

Zielgruppe: alle Mütter/Väter mit ihren Kindern im Alter von 3 Monaten bis 3 Jahre

Ziele:

- Bewegungsentwicklung der Kinder von 0 – 3 Jahren in einer vorbereiteten Umgebung mit altersadäquatem Spiel- und Bewegungsmaterial
- Persönlichkeitsentwicklung der Kinder von 0 – 3 Jahren in einer vorbereiteten Umgebung mit altersadäquatem Spiel- und Bewegungsmaterial
- Handlungssicherheit als Eltern finden, z. B. in der beziehungsvollen Pflege, Feinfühligkeit fördern
- Durch wertfreies Beobachten die Achtsamkeit schulen, sein Kind „lesen lernen“, sowie durch den Austausch in der Gruppe verschiedene Sichtweisen hören und voneinander profitieren
- Eltern lernen Lieder und Reime, die ihr Baby gerne hört und deren Rhythmik sich positiv auf die ersten Experimente in der Sprachentwicklung auswirkt. Außerdem findet sich Zeit, auf spezielle Mütter- und Väterthemen wie Alltagsbewältigung mit Kind, Förderung des Kindes oder sonstige Erziehungsfragen einzugehen
- Themenrunde zu aktuellen Alltagsfragen der Eltern

Hintergrund: Entwicklungspsychologie; Gehirnforschung; Säuglingsforschung; Bindungsforschung; Maria Montessori; Emmi Pikler; Elfriede Hengstenberg; Jesper Juul

Inhalt: achtsames und behutsam angeleitetes Zusammensein mit dem Kind; Kind kann in einer vorbereiteten Umgebung aus eigenen Impulsen heraus und seinem individuellen Entwicklungsstand entsprechend spielen, forschen, sich bewegen und einfach sein. Eltern haben Möglichkeit dabei zuzuschauen, wahrzunehmen und so die Bedürfnisse und das Wesen Ihres Babys noch intensiver zu erfahren

Methode: Lieder und Bewegungsspiele, freies Spiel

Umsetzung: Gruppen mit max. Größe von 8 Müttern/Vätern mit ihren Kindern, wobei die Kinder in einem Kurs etwa gleichen Alters sind; um 8–12 Einheiten à 75 Minuten (bei älteren Kindern - 90 Minuten); 10 Einheiten à 75 Minuten kosten ca. 110 €, dies kann je nach Praxis variieren.

Land: Deutschland

Anbieter: Beratungsstelle für natürliche Geburt und Elternsein in München

Besonderheiten: Kurse auf Spanisch sowie für gehörlose und schwerhörige Eltern

Entwicklung: durch Beratungsstelle für natürliche Geburt und Elternsein in München – Team Fenkid

Quelle: <http://www.natuerliche-geburt.de/node/78> ; <http://www.baby-lexikon.com/news/entwicklung---erziehung/fenkid-fuer-mein-baby.html>

Ansprechpartner: Astrid Draxler

Evaluation: Keine

FREIHEIT IN GRENZEN

Zielgruppe: Eltern

Hintergrund: Erziehungsstil: Freiheit in Grenzen

Inhalt: elterliche Wertschätzung, fordern und Grenzen setzen, Gewährung und Förderung von Eigenständigkeit

Methode: DVD: Filmszenen, die typische Erziehungssituationen darstellen mit möglichen Lösungssituationen; Selbsttests und Selbstreflexionen sowie altersspezifische Erziehungstipps

Umsetzung: drei Bücher mit beigefügter DVD; richtet sich an Eltern mit Kindern im Vorschul-, Grundschul- und Jugendalter

Land: Deutschland

Anbieter: Verlag Huber

Besonderheiten:

Entwicklung: Klaus Schneewind

Quelle: http://www.paed.uni-muenchen.de/~ppd/freiheit/freiheit1/cd_rom.html

Evaluation: CD-ROM-Variante der DVD Freiheit in Grenzen für die Altersklasse 6 – 12 Jahre wurde nach den Kriterien eines kontrolliert randomisierten Untersuchungsplans evaluiert, im Vergleich zu einer schriftlichen Ratgeber- und Kontrollgruppe profitierten vor allem die Väter von der CD-ROM (Bergold, Rupp, Schneewind & Wertfein, 2009).

Verfügbar unter:

http://www.ifb.bayern.de/imperia/md/content/stmas/ifb/materialien/mat_2009_2.pdf

Marktanalyse: insbesondere die Erziehungstipps und Kommentare zu den einzelnen Lösungsmöglichkeiten wurden als sehr hilfreich empfunden

FRÜH ÜBT SICH. MINIFIT. VON KLEIN AUF GESUND

Zielgruppe: speziell im Fokus hat das Netzwerk Kinder aus sozial und wirtschaftlich benachteiligten sowie eingewanderten Familien

Ziele:

- Gesundheitsförderung von Vorschulkindern
- Sensibilisierung, Motivierung und Befähigung von Trägern und sozialpädagogische Fachkräften für ein stärkeres Engagement im Bereich Gesundheitsförderung
- Verbesserung der Rahmenbedingungen und Strukturen in Kindertageseinrichtungen

Hintergrund: Laut den Daten der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) ist jedes 6. bis 7. Kind/Jugendlicher in Deutschland übergewichtig (15 %) und etwa 6,3 % adipös (Kromeyer-Hausschild und Wabitsch 2007).

Inhalt: Gesundheitsförderung von Kindern im Vorschulalter

Methode: Module aus dem Themenfeld „gesunde Ernährung“ vermitteln den Erzieherinnen, Erziehern und Eltern, wie gesunde Kinderernährung erfolgreich umgesetzt werden kann und welche Bedeutung sie hat. Eltern werden jeweils entsprechend eingebunden. Dies erfolgt über Elternabende und -nachmittage sowie Kleingruppengespräche zu gesundheitsförderlichen Themen.

Umsetzung: Stärkung der Gesundheit der Kinder durch verschiedene Angebote (Module) aus fünf Themenfeldern: Bewegungsförderung, gesunde Ernährung, Elterninformation, Verkehrserziehung, Gesundheitsförderung der Erzieherinnen bzw. Erzieher.

Land: Deutschland

Quelle: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?id=main2&idx=44135>

Ansprechpartner:

Programm: Frau Kasper

Evaluation: Corinna Willhöft

Evaluation: Meta-Evaluation des Max-Rubner Instituts in Karlsruhe von 24 Modellprojekten <http://www.besseressenmehrbeugen.de/index.php?id=542>

FUN – DER NAME IST PROGRAMM

Zielgruppe: gesamte Familie: alle Geschwisterkinder und alle an der Erziehung der Kinder beteiligten wichtigen Personen. Das können neben den Elternteilen vielleicht auch neue Lebenspartner, Onkel, Tanten oder Großeltern sein

Ziele:

- Förderung der Elternkompetenz
- Erreichen bildungsferner Familien
- Kooperation verschiedener familienunterstützender Dienste

- Vernetzung von Familien im Sozialraum

Hintergrund: systemisches Konzept

Inhalt: Als Kürzel steht FuN für „Familie und Nachbarschaft“, Programm für präventive Gesundheitsförderung mit dem Ziel, Erziehungskompetenz von Eltern zu stärken

Methode: ein Programm, das Spaß (englisch: fun) macht und Familien hilft. Es geht um die Stärkung des inneren Zusammenhalts der Familie und die Stärkung der Familie in ihrem sozialen Umfeld.

Umsetzung: Vorgespräche mit Eltern, Stattfinden des Programms am späten Nachmittag, ca. 3 h lang und ein gemeinsames Abendessen; Lernen durch Erfahrung

Keine Kosten für die Eltern

FuN Baby: 8 Wochen à 1,5 h; FuN Kindergarten 8 Wochen à 3 h; FuN für ältere Kinder 5 Wochen à 2,5 h

Land: Deutschland

Anbieter: Jugendhilfeträger, Jugendämter, Kindertageseinrichtungen, Schulen

Besonderheiten: Kooperationsmodell FuN-Projekt mit mindestens zwei und wünschenswerter Weise drei Kooperationspartnern (Kindergarten, Familienberatung, Jugendamt)

Quelle: http://www.lvr.de/jugend/kindergarten/fobi090908_vortragfun.pdf

Ansprechpartner: Bernd Brixius

Evaluation: qualitative, formative Evaluation: nicht verfügbar

GESUND SIND WIR STARK! (NICHT IN SYSTEMATISCHER ÜBERSICHT)

Zielgruppe: Eltern mit Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren in Friedrichshain-Kreuzberg, vorwiegend türkische und arabische Kinder

Ziele:

- Übergewicht bei Kindern (0 – 6 Jahre) von Migrantenfamilien reduzieren/vermeiden
- dafür Strukturen im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin verbessern
- Multiplikatorenansatz
- Schulungsprogramm für Multiplikatoren entwickeln, umsetzen und evaluieren/ optimieren
- Koordinationsstelle für Anbieter und Nachfrager schaffen

Hintergrund: Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention von Übergewicht und Adipositas sollten so früh wie möglich einsetzen und sozial Benachteiligte und Migrantinnen und Migranten erreichen. Herkömmliche Präventionsprogramme und -projekte richteten sich bislang aber hauptsächlich an die deutschstämmige Mittelschichtsklientel und erreichen sozial Benachteiligte sowie Familien mit Migrationshintergrund kaum. Genau an dieser Stelle setzt „Gesund sind wir stark!“ an

Inhalt: Familiengewohnheiten in eine gesundheitsfördernde Richtung beeinflussen; Physical care (5 Punkte), Erziehungspartnerschaften (4 Punkte), Reflexion von Erziehungszielen (2 Punkte), Emotional care (2 Punkte), Social care (2 Punkte), Verhaltenskontrolle (2 Punkte), Stimulation (1 Punkt), Stressmanagement (1 Punkt), Coparenting (1 Punkt)

Methode: Informationsbroschüren, Arbeitsblätter, praktische Übungen; Feedbackmethoden, Beratung, Eltern-Kind-Gruppen, Hausbesuche, Vernetzung von Institutionen, Kleingruppenarbeit, Entspannungsformen, Diskussionen, Aktivitäten, Kreatives; handlungsorientierte Wissensvermittlung

Umsetzung: situations- bzw. bedarfsorientiert, durchgeführt von Fachkräften

Anbieter: Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften GmbH

Besonderheiten: Zeitraum: Beginn: November 2006, Abschluss: bereits abgelaufen

Quelle: <http://www.zagg.de/gesund-sind-wir-stark/de/projekt/index.shtml?navanchor=1710001>
<http://www.gesundheitlichechancengleichheit.de/?id=main2&idx=44403&x=detail#gpvorgehen>

Ansprechpartner: Detlef Kuhn

Evaluation: Qualitative Evaluation des Max-Rubner-Instituts, im Rahmen der Evaluation des Modellvorhabens „Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT-REGIONEN (Max Rubner-Institut (MRI), 2010) <http://www.besseressenmehrbewegen.de/index.php?id=542>

Methodik: Dokumentation von Beratungsprozessen, Fragebogen – ausgefüllt durch Berater mit/für Familien, 3-6 Monate nach Abschluss der Beratung Leitfaden gestütztes Interview mit Familien; Gruppendiskussion mit Beratern, leitfadenorientierte, problemzentrierte Interviews mit den Traineeinnen und Mentorinnen; leitfadenorientierte, problemzentrierte Interviews mit der Projektkoordinatorin

Ziel erreicht: Beratung durch Trainerinnen und Mentorinnen löst Veränderungen bei den Zielpersonen aus

Ziel nur teilweise erreicht: Kinder bis drei Jahre als End-Zielgruppe nicht immer im Fokus der Beraterinnen

GRIFFBEREIT

Zielgruppe: Familien mit und ohne Migrationshintergrund mit Kindern von 1 bis 3 Jahren

Ziele:

- Förderung von Kleinkindern
- Unterstützung (Stärkung) von Familien mit und ohne Zuwanderungsgeschichte
- Förderung von Mehrsprachigkeit
- Interkulturelle Öffnung von (Kindertages-)Einrichtungen
- Förderung von Integration

Hintergrund: ganzheitlich, es wird viel Wert auf die Beziehung gelegt

Inhalt: Erziehungskompetenz der Eltern ausbauen, Förderung der allgemeinen kindlichen Entwicklung durch konkrete kleinkindgerechte Aktivitäten, Förderung der Muttersprachenkompetenz der Kinder

Methode: Eltern-Kind-Gruppe, Beratung, Informationen, praktische Übungen, Feedback, Vernetzung von Institutionen, Entspannungsformen, Diskussionen, Aktivitäten, Lieder, Bewegung, Zweisprachigkeit gefordert

Umsetzung: Griffbereit-Gruppe: Kinder spielen, singen, malen mit ihren Eltern in Deutsch und Herkunftssprache, Eltern und Kinder setzen sich wöchentlich für die Dauer von ca. einem Jahr (64 Wochen), angeleitet durch zwei dafür ausgebildete Elternbegleiterinnen, 5 Euro für das ganze Kursprogramm

Anbieter: Regionale Arbeitsstellen zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien (RAA)

Entwicklung: RAA in NRW

Quelle: <http://www.raa.de/griffbereit.html>; <http://www.rucksack-griffbereit.raa.de/griffbereit-information0.html>

Ansprechpartner: Frau Livia Deveri

Evaluation: Keine

HIPPY - HOME INSTRUCTION PROGRAM FOR PRESCHOOL YOUNGSTERS

Zielgruppe: bildungsbenachteiligte Familien mit Kindern im Vorschulalter, v. a. für Migranteneltern

Ziele:

- Integration von Familien mit Migrationshintergrund
- Erziehungskompetenz der Eltern stärken
- Vorbereitung der Kinder auf die Schule
- Deutsch als Sprache in die Familie zu bringen
- Erlernen des Umgangs mit Büchern

Hintergrund: Head-start-programm, Lizenzprogramm

Mitte der 1960er Jahre wurde in den USA von Lyndon B. Johnson ein Programm für kompensatorische Erziehung eingeführt. Dieses Programm sollte die Bildungschancen für Kinder aus sozial schwachen Familien und die Resilienz der Kinder steigern. Der Abbau der Bildungsbenachteiligung sowie die Herstellung von Chancengleichheit für Kinder aller Schichten sind das Ziel der Head-start-programme, die aus dem oben genannten Programm entstanden sind. Die wissenschaftliche Meinung zu Head-start-programmen ist gespalten. Es gibt einige Studien, die den Head-start-programmen einen Erfolg u.a. hinsichtlich der Intelligenzentwicklung der Kinder zusprechen (Lee, Brooks-Gunn, Schnur & Liaw, 1990). Teilweise werden Head-Start Programme aber als erfolglos gesehen, da keine Langzeiterfolge nachgewiesen werden können (Levitt & Dubner, 2005), teilweise berichten Studien von gemischten Ergebnissen. So berichten Magnuson, Ruhm, und Waldfogel

(2004), dass Head-start zwar die Lesefähigkeit und mathematischen Fähigkeiten der teilnehmenden Kindern positiv beeinflussen, jedoch auch zu Verhaltensproblemen führt.

Inhalt: Vorbereitung der Kinder auf die Schule; Vermittlung der Eltern von Wissen über Entwicklung, Sprache und Lernen im Vorschulalter; Entwicklung einer engen Bindung zwischen Eltern und ihren Kindern

Methode: Arbeitsblätter, Gruppentreffen, Hausaufgaben, Hausbesuche, Rollenspiele/praktische Übungen, Feedbackmethoden, Beratung, Vernetzung von Institutionen, Kleingruppenarbeit, Diskussionen, Aktivitäten, Lieder, Bewegung etc.

Umsetzung: regelmäßige Hausbesuche (ca. 1 h) und Gruppentreffen (2 – 2,5 h); Dauer: zwei Jahre bzw. 60 Programmwochen; Eltern führen jeden Tag 15 Minuten Übungen und Spiele mit ihren Kindern durch; Gruppentreffen und Hausbesuche wechseln sich wöchentlich ab; Programmdauer von 18 Monaten

Eigentlich keine Kosten für Eltern, diese wertschätzen es aber mehr, wenn sie 1 – 2 € pro Monat zahlen

Land: Niederlande, Australien, Süd-Afrika, Australien, Deutschland, Israel, USA etc.

Anbieter: München Stadtjugendamt, Nürnberg AWO Kreisverband, Hamburg Deutsches Rotes Kreuz, etc.; trägerübergreifend

Entwicklung: NCJW Research Institute for Innovation in Education an der Hebrew University in Jerusalem

Quelle: <http://www.hippy-deutschland.de/>

Ansprechpartner: Herr Michael Buck

Evaluation: international summative Evaluation, randomisierte Kontrollgruppe, Follow-up, externe Evaluation, in Deutschland bislang keine summative Evaluation

Westheimer, M. (2003) (Hrg.): Parents making a difference. International research on the Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPY) program. The Hebrew University Magnes Press, Jerusalem.

Eldering, L., Vedder, P. (1993): Culture sensitive home intervention: The Dutch HIPPY experiment. In: Eldering, L., Leseman, P. (Hrg.): Early intervention and culture: Preparation for literacy. The Hague: Netherlands National Commission for UNESCO.

JUMP- JUNGE-MÜTTER-PROJEKT IN HUSUM UND FRIEDRICHSTADT

Zielgruppe: Mütter unter 25; Alleinerziehende; Schwangere in schwierigen Lebenslagen; Personen mit einem niedrigen sozialen Status

Ziele:

- Förderung der Bindung zwischen Eltern und Kind
- Stärkung der eigenen Ressourcen zur Bewegungs- und Wahrnehmungsentwicklung des Kindes
- Stärkung der eigenen Ressourcen im Bereich Sicherheit und Orientierung für eine umfassende und optimale Entwicklung des Kindes
- Orientierung für die eigene Lebensplanung und Entwicklung beruflicher Perspektiven

Inhalt: Förderung der sozialen Kontakte der Mütter untereinander; Bearbeitung von unterschiedlichen Themen; Versagensängste; Beziehungsklärungen (zum Beispiel mit den Eltern); generelle Lebensplanung; Perspektiventwicklung; Versorgungssituation des Kindes; praktische Informationen zur Entwicklung des Kindes; spielerische Förderung der Mutter-Kind-Beziehung; gesundheitliche Fragestellungen

Methode: Austausch, Beratung, Hausbesuche, Aktivitäten, Gemeinsame Gänge zu den Institutionen

Umsetzung: offener Treffpunkt mit begleitender Einzelberatung; Frühstückstreff

Land: Deutschland

Anbieter: Evangelische Familienbildung

Besonderheiten:

Entwicklung: Evangelische Familienbildungsstätte - Netzwerk

Quelle: <http://www.fbs-husum.de> ; <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=a0911df2cf016ba104752137fb9e47d9&id=suche1&ssub=2&nr=1>

Ansprechpartner: Christiane von Ahlften

Evaluation: Keine

KESS ERZIEHEN – UND FAMILIE ENTSPANNTER (ER)LEBEN**Zielgruppe:** Eltern**Ziele:**

- durch „Edelsteinmomente“ das Familiengefühl stärken (Beziehungskompetenz)
- störendes Verhalten verstehen und ermutigend handeln (Erziehungskompetenz)
- die Selbstverantwortung des Kindes fördern (Bildungsprozesse unterstützen)
- Grenzen respektvoll setzen (Konfliktfähigkeit)
- Oasen für sich selbst schaffen (Stressmanagement)

Hintergrund: wissenschaftlich begründetes Kurskonzept basiert auf dem Ansatz der Individualpsychologie Alfred Adlers**Inhalt:** praktische, ganzheitlich orientierte, respektvolle Erziehungshilfe,**Kess:****K** wie kooperativ:

Eltern und Kinder können gut zusammen arbeiten.
Sie verabreden Regeln und lösen Konflikte gemeinsam.

e wie ermutigend:

Eltern nehmen ihre Kinder so an, wie sie sind und fördern ihre Selbstständigkeit

s wie sozial:

Eltern und Kinder sind gleichwertig.
Eltern achten die sozialen Grundbedürfnisse der Kinder und legen Wert darauf, dass diese auch die Bedürfnisse der Eltern respektieren.

s wie situationsorientiert:

Erziehen geht nicht nach dem Lehrbuch, sondern so, wie die beteiligten Eltern und Kinder ihren gemeinsamen Weg miteinander gehen können.

Methode: Kurze theoretische Impulse, Reflexionen, Übungen, Demonstrationen und konkrete Anregungen für zu Hause, Austausch und Vernetzung interessierter Eltern.**Umsetzung:**

Basiskurs „Kess erziehen“ umfasst fünf Einheiten. Der Kurs wendet sich an Erziehende mit Kindern ab 2 Jahren.

„Kess erziehen: Von Anfang an“ – für Eltern von Kindern im 1. – 3. Lebensjahr

„Kess erziehen: Weniger Stress-mehr Freude“ – für Eltern von Kindern im Alter von 3 – 10 Jahren

Kurs „„Kess erziehen – Abenteuer Pubertät““, umfasst fünf Einheiten. Der Kurs wendet sich an Erziehende von Kindern und Jugendlichen ab 10 Jahren.

„Kess erziehen: staunen – fragen – Gott entdecken“ – für Eltern von Kindern im Alter von 3 – 10 Jahren

„Kess erziehen: Hand in Hand“ – für Eltern, Großeltern und Erziehende von Kindern im Alter von 3 – 10 Jahren

Durchführung in kleinen Gruppen mit 8 – 12 TeilnehmerInnen. Jede Einheit dauert 2,5 h. Der Teilnahmebeitrag für den Kurs mit fünf Einheiten beträgt je Einzelpersonen: 70 € und für ein Elternpaar 90 €.

Land: Deutschland

Anbieter: AKF – Arbeitsgemeinschaft für katholische Familienbildung

Entwicklung: AKF – Arbeitsgemeinschaft für katholische Familienbildung

Quelle: <http://www.kess-erziehen.de/home.html>; http://www.eltern-kinder-psychotherapie.de/kess_erziehen/

Ansprechpartner: Christof Horst

Evaluation: summative Evaluation, ohne Kontrollgruppe, Follow-up-Untersuchung, externe Evaluation

Die Evaluation von: *Hensel, S., Thomas, C., Böhmert, B. (2010): Evaluationsbericht zum Elternkurs Kess erziehen* ist verfügbar unter: <http://www.kess-erziehen.de/evaluation/evaluation-2010.html>

KINDER IM BLICK

Zielgruppe: Eltern, die frisch getrennt sind und Hilfe suchen, mit der Situation umzugehen oder typische „Fallen“ von vorneherein vermeiden möchten; Eltern, die schon länger getrennt sind und Schwierigkeiten im Umgang mit dem anderen Elternteil oder mit ihrem Kind/ihren Kindern haben

Ziele:

- kindorientiertes Erziehungsverhalten im Trennungs- und Scheidungsprozess
- Vermeidung von Triangulationen und Loyalitätskonflikten
- Verantwortungsübernahme für eigenes Verhalten gegenüber dem Ex-Partner
- Unterstützung des Kindes in emotional schwierigen Situationen

Hintergrund: systemische Perspektive, Erziehungs- und emotionale Kompetenz, Kommunikations- und Konflikttheorie

Inhalt: elterliche Stressbewältigung reduzieren, Erziehungs Kompetenzen der Eltern und die Kommunikation zwischen den Eltern stärken

Methode: Strukturiertes Training für Eltern in Trennung

Umsetzung: 6 Sitzungen à 3 Std; mit getrennter Teilnahme beider Eltern

Land: Deutschland

Anbieter: Familien-Notruf München, Caritas Berlin, Ehe-, Familien-, Lebensberatungsstellen der Evangelischen Kirche

Entwicklung: Team der LMU München (unter der Leitung von Prof. Dr. Sabine Walper) in Kooperation mit der Beratungsstelle Familien-Notruf München

Quelle: <http://www.kinderimblick.de/>

Ansprechpartner: Prof. Dr. Sabine Walper

Evaluation: formative Evaluation

Bröning, Sonja (2009): Kinder im Blick: Theoretische und empirische Grundlagen eines Gruppenangebotes für Familien in konfliktbelasteten Trennungssituationen. Waxmann, Münster.

Summative Evaluation, nicht-randomisierte Kontrollgruppe, Follow-up, interne Evaluation

Krey, Mari (2010): Der Elternkurs „Kinder im Blick“ als Bewältigungshilfe für Familien in Trennung. Köster, Berlin.

KINDER UND AIDS (NICHT IN SYSTEMATISCHER ÜBERSICHT)

Zielgruppe: HIV-betroffene Familien, Alter der Kinder ist unterschiedlich

Ziele:

- Leben mit HIV/AIDS und die Unterstützung von HIV-betroffenen Familien in Hamburg
- wirtschaftliche, soziale und gesundheitliche Stabilisierung
- Unterstützung der betroffenen Familien für eine eigenständige Lebensbewältigung

Hintergrund: Robert Koch-Institut verzeichnete im Jahr 2005 in Hamburg im Vergleich zum Vorjahr 30 % mehr Neuinfektionen, stärkste Zunahme ist hier bei Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzregionen, Anteil der Frauen mit einer HIV-Erstdiagnose beträgt ungefähr 20 %, AIDS ist mit einem gesellschaftlichen Makel und der Zuweisung von Schuld verbunden

Inhalt: Unterstützung und Hilfestellung bei der Sicherung der Grundbedürfnisse; soll ihnen die Teilnahme an Angeboten des Gesundheits-, Jugendhilfe- und Bildungssystems ermöglichen; Unterstützung ist individuell und orientiert sich am konkreten Bedarf

Methode: Aufklärungs-, Informations- und Beratungsarbeit, um Zugang zum öffentlichen Hilfesystem für die betroffenen Familien zu erleichtern und die Öffentlichkeit für die Problemlagen der HIV-betroffenen Familien zu sensibilisieren; Organisation und Mithilfe bei Behördengängen

Umsetzung: geschlechtsspezifische Angebote für Mädchen/Frauen, Angebot wird teilweise in den Lebenswelten der Zielgruppe durchgeführt: Kindergarten, Krankenhaus, Hausbesuche, Begleitung zu Ärzte/-innen, Behörden etc.

Beratungs- und Betreuungsorientierung ist kostenlos und freiwillig; keine Vorgaben bezüglich der Inhalte und Häufigkeit der Gespräche; den Klienten wird mit einer achtsamen, professionellen und stigmatisierungsfreien Haltung und Respekt vor deren individueller Biografie begegnet

Hilfe zur Selbsthilfe; ressourcenstärkend; kultursensibles Vorgehen

Land: Deutschland (Hamburg)

Anbieter: Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Hamburg e. V.

Quelle: http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/bot_main2_idx-937.html; Fachkonzept Kinder und AIDS – Psychosoziale Beratung und Begleitung HIV-betroffener Familien

Ansprechpartner: Patricia Barth

Evaluation: eigene, formative Evaluation, Fragebögen an die HIV-betroffenen Familien, um zu überprüfen, wie die Angebote des Projekts von den Familien bewertet und ob ergänzend andere Angebote gewünscht werden, nicht verfügbar

KOMPETENZTRAINING FÜR ELTERN SOZIAL AUFFÄLLIGER KINDER (KES)

Zielgruppe: Eltern von expansiv verhaltensauffälligen Kindern im Alter von fünf bis elf Jahren

Ziele:

- Vermittlung konkreter Fertigkeiten für erzieherische Alltagssituationen
- Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung
- Strukturierung des familiären Zusammenlebens

Hintergrund: stress- und ressourcentheoretischer Ansatz

Inhalt: sekundär-präventiv angelegt; zielt darauf ab, bei Kindern mit ersten frühen Störungszeichen eine langfristige Fehlentwicklung zu vermeiden und basale Erziehungskompetenzen, Gefühlsregulation und Stressmanagement bei den Eltern zu fördern.

Emotional Care (5 Punkte), Verhaltenskontrolle (4 Punkte), Stressmanagement (4 Punkte), Reflexion von Erziehungszielen (2 Punkte), Stimulation/ Development (1 Punkt), Coparenting (1 Punkt), Erziehungspartnerschaften (1 Punkt)

Methode: Übungen des Erziehungsverhaltens im Rollenspiel

Umsetzung: Training besteht aus sechs Sitzungen à drei Stunden und einer Auffrischungssitzung. Jede Sitzung dauert drei Zeitstunden und sollte in einem wöchentlichen Rhythmus stattfinden. Nach Beendigung des Trainings wird ungefähr vier Wochen später eine Auffrischungssitzung durchgeführt. Die Sitzungen werden von zwei Trainern geleitet. Jede Trainingseinheit verfolgt nur ein Ziel

Land: Deutschland

Entwicklung: entwickelt von Lauth u. Heubeck 2005

Quelle:

http://www.pedocs.de/volltexte/2010/974/pdf/Grimm_Mackowiak_Kompetenztraining_Eltern_sozial_auffaellige_Kinder_KES_2006_W_D_A.pdf;
http://www.pedocs.de/frontdoor.php?source_opus=974&la=de

Ansprechpartner: Frau Ducomy

Evaluation: summative Evaluation, randomisierte Kontrollgruppe, Follow-up, interne Evaluation (Lauth, Grimm & Otte, 2007; Lauth & Heubeck, 2006)

Lauth, G. W., Grimm, K., Otte, T. A. (2007): Verhaltensübungen im Elterntaining. Eine Studie zur differenzierten Wirksamkeit im Elterntaining. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 36(1), S. 26 – 35.

Lauth, G. W., Heubeck, B. (2006): Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES). Hogrefe, Göttingen.

MARBURGER GESUNDHEITSNETZWERK FÜR KINDER „MITTENDRIN“

Zielgruppe: alle Personen innerhalb einer Lebenswelt, z. B. Schule, Kindergarten, Nachbarschaft, Stadtteil, Kinder im Alter von 0 bis 10 Jahren und ihre Familien

Ziele:

- Sozialraum der Kinder bewegungsorientiert gestalten
- neue Bewegungs- und Grenzerfahrungen vermitteln
- Möglichkeiten zur familiären Selbstversorgung erweitern
- Ernährungslage in den Stadtteilen verbessern

Inhalt: das Netzwerk schafft nachhaltige Strukturen und bezieht die Lebenswelten der Kinder aktiv mit ein. Eltern, Kinder und Bewohner aus unterschiedlichen Kulturen gestalten gemeinsam ihr Lebensumfeld, es wird für eine flächendeckende gesunde Mittagsversorgung in den Stadtteilen gesorgt und die Kinder lernen, der Gruppe und ihrem Körper zu vertrauen.

Methode: Maßnahmen sind eine bewegungsorientierte Gestaltung des Sozialraums

- Vermittlung neuer Bewegungs- und Grenzerfahrungen
- Erweiterung der Möglichkeiten zur familiären Selbstversorgung

Umsetzung: Bewegungsräume, sozialräumliche Bewegungsangebote für Kleinkinder und ihre Eltern, Kochen lernen, Esskulturen und Ernährungsgewohnheiten aus unterschiedlichen Nationen werden in den Stadtteilen, Kindergärten und Schulen stärker thematisiert, flächendeckendes Mittagsangebot für alle Kinder des Stadtteils, interkultureller Garten zur Eigenversorgung

Land: Deutschland

Anbieter: Verein zur Förderung bewegungs- und sportorientierter Jugendsozialarbeit e. V.

Besonderheiten: Eltern sollen während der Förderungsdauer und darüber hinaus Multiplikatorenfunktionen übernehmen

Quelle: http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/bot_main2_idx-44228.html

Ansprechpartner:

Programm: Monika Kringe

Evaluation: Corinna Willhöft

Evaluation: externe Evaluation durch das Max-Rubner-Institut im Rahmen von „Besser essen. Mehr bewegen“. KINDERLEICHT-REGIONEN. <http://www.besseressenmehrbewegen.de/index.php?id=542>

OPSTAPJE

Zielgruppe: Familien mit geringen Ressourcen, die mit belasteten Lebensumständen wie Arbeitslosigkeit, Armut oder geringer gesellschaftlicher Integration zu kämpfen haben und die durch institutionelle Angebote nur schwer erreichbar sind; Eltern mit Kindern zwischen 18 und 36 Monaten

Ziele:

- Prävention von Benachteiligungen durch schwierige Lebenslagen
- Förderung der Erziehungskompetenz
- Förderung der kindlichen Entwicklung
- Integration in die Gesellschaft

Hintergrund: in den Niederlanden entwickeltes, präventiv arbeitendes Frühförderprogramm für Kinder ab dem 18. Lebensmonat

Inhalt: Opstapje ist ein Spiel-, Lern- und Trainingsprogramm, das darauf ausgerichtet ist, kindliche Bildung und Lernprozesse so früh wie möglich zu unterstützen und zu fördern, um die Kinder auf einen guten Kindergarten- und Schulstart vorzubereiten; Eltern lernen Möglichkeiten der Entwicklungsförderung kennen

Methode: Schwerpunkt liegt darauf, die Eltern-Kind-Beziehung zu verbessern sowie die Fähigkeiten und Kenntnisse der Kinder, welche für Kindergarten und Grundschule wichtig sind, zu erweitern

Informationen, Hausaufgaben, Handbuch, Feedback, Beratung, Rollenspiel, Vernetzung von Institutionen, Hausbesuche, Aktivitäten, Kreatives, Diskussionen

Umsetzung: intensives Langzeitprogramm, das die Familien über zwei Jahre begleitet. Zweiwöchentlich stattfindende Elterntreffen sowie Hausbesuche, die einmal pro Woche vorgesehen sind; Hausbesuche durch speziell ausgebildete Laienhelfer, Kontakt auch über stadtteilbezogene Gruppenzusammenkünfte

Land: Deutschland, Österreich, Schweiz, Ungarn

Anbieter: AWO, Lebenshilfe etc.

Besonderheiten: Programm wird nach unten erweitert um mit Hebammen etc. zusammenzuarbeiten

Entwicklung:

Quelle: <http://www.opstapje.de/standorte/Opstapje-NEV-Mitteilungen-Wesel.pdf>

Ansprechpartner: Michael Buck

Evaluation: summative Evaluation, ohne Kontrollgruppe, Follow-up, externe Evaluation

Dokumentation unter: http://www.opstapje.de/information_abschlussbericht.php

PEKIP

Zielgruppe: Eltern mit Babys in der 4. bis 6. Lebenswoche

Ziele:

Ziele sind gleichrangig:

- Eltern und Babys im sensiblen Prozess des Zueinanderfindens zu unterstützen, um das Baby in seiner momentanen Situation und seiner Entwicklung wahrzunehmen, zu begleiten und zu fördern
- die Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern zu stärken und zu vertiefen
- die Eltern in ihrer Situation zu begleiten und den Erfahrungsaustausch sowie die Kontakte der Eltern untereinander zu fördern
- dem Baby Kontakte zu Gleichaltrigen zu ermöglichen

Hintergrund: handlungsorientiert; Babys: Lernen am Modell, Bindungstheorie, Theorie der themenzentrierten Interaktion, sozialpädagogische Gruppenarbeit

Inhalt: Zueinanderfinden von Eltern und Babys, Babys in Situation und Entwicklung wahrnehmen, Beziehung stärken, Erfahrungsaustausch, Spiel-, Bewegungs- und Sinnesanregungen

Methode: Gruppenarbeit, Elternbildung, praktische Übungen, Feedback, Diskussionen, Massagen

Umsetzung: Ab der 4. – 6. Lebenswoche treffen sich junge Eltern mit ihren Babys in kleinen Gruppen; 6 – 8 Erwachsene mit ihren Babys im gleichen Alter; Gruppentreffen einmal pro Woche, Dauer 90 Minuten; Gruppe bleibt während des ersten Lebensjahres der Kinder zusammen; 0 – 14 € pro Sitzung

Land: Deutschland, Österreich, Schweiz, Luxemburg, Liechtenstein, Brasilien, Niederlande, Südkorea, Kroatien, Slowenien, China, Russland, Spanien etc.

Anbieter: wird von mehr als 1800 Institutionen der Eltern- und Familienbildung durchgeführt

Entwicklung: Pekip e. V.

Quelle: <http://www.pekip.de/>;

Ansprechpartner: Fr. Kuhnel-Grobert

Evaluation: qualitative, formative, interne Evaluation (Höltershinken & Scherer, 2011)

Höltershinken, D., Scherer, G. (Eds.). (2011): PEKiP Das Prager-Eltern-Kind-Programm. Theoretische Grundlagen Ursprung und Weiterentwicklung (Vol. 34). Projektverlag, Bochum/Freiburg.

PEP - PRÄVENTIONSPROGRAMM FÜR EXPANSIVES PROBLEMVERHALTEN

Zielgruppe: Eltern (PEP-EL) und Erzieher (PEP-ER) von Kindern mit frühen Zeichen ausgeprägten expansiven Verhaltens, also Aufmerksamkeits- und Konzentrationsproblemen, Impulsivität, motorischer Unruhe und Aggressivität, ohne dass die Kriterien einer klinischen Diagnose erfüllt sein müssen; Schwerpunkt auf Kindern zwischen 3 und 6 Jahren

Ziele:

- Steigerung kompetenten Erziehungsverhaltens von Eltern/ErzieherInnen
- Reduktion expansiver Verhaltensauffälligkeiten bei den Zielkindern
- Aktivierung elterlicher/erzieherischer Ressourcen zur Stressreduktion und -bewältigung
- Zugewinn an wertvoller gemeinsamer Zeit von Erziehendem und Kind

Inhalt:

1. Sitzung: Problemanalyse für bis zu 3 individuelle Situationen

2. Sitzung: Teufelskreismodell der Interaktion wird erläutert und der Baustein „Gemeinsame Spielzeit“ eingeführt

3. Sitzung: belastende Lebens- bzw. Arbeitsumstände werden thematisiert und Lösungsmöglichkeiten erarbeitet

nachfolgende 3 Stunden: Regeln werden aufgestellt sowie die operanten Strategien (positive und negative Verstärkungstechniken) vermittelt

darauf folgende Stunden: Themen wie Problemverhalten in der Öffentlichkeit und Hausaufgaben

Umsetzung: Kleingruppen von bis zu 6 Teilnehmern, 7 – 12 wöchentliche Sitzungen à 90 – 120 Min.

Land: Deutschland

Anbieter: Kitas, Vorschulen, Spielhäuser, Eltern-Kind-Zentren, Mutter-Kind-Kuren, Erziehungsberatungsstellen, Volkshochschulen, Elternschulen

Entwicklung: durch Julia Plück, Elke Wieczorrek, Tanja Wolff Metternich und Manfred Döpfner

Quelle: http://www.akip.de/cms/media/mw_4_plueck_pep.pdf; <http://www.legasthenietherapie-info.de/news-94.html>;

http://www.paderborn.de/microsite/jugendamt/famos/informationen-fachkraefte.php.media/76231/PEP_Praesentation_26.05.2010.pdf

Ansprechpartner: Julia Plück

Evaluation: summative Evaluation, randomisierte Kontrollgruppe, Follow-up, interne Evaluation (Hanisch et al., 2006; Hautmann, Hanisch, Plück & et al., 2008)

Hanisch, C., Plück, J., Meyer, N., Brix, G., Freund-Braier, I., Hautmann, C., et al. (2006): Kurzzeiteffekte des indizierten Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) auf das elterliche Erziehungsverhalten und auf das kindliche Problemverhalten. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35(2), S. 117 – 126.

Hautmann, C., Hanisch, C., Plück, J., et al. (2008): Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behaviour (PEP) in children with symptoms of attention-deficit-hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder – generalization to the real world. In: Journal of Neural Transmission, 115, S. 363–370.

P.E.T. - PARENT EFFECTIVENESS TRAINING

Zielgruppe: Eltern und ihre Kinder von 0 bis 18 Jahren

Ziele:

- Vermittlung von Fertigkeiten und Einsichten für Eltern zum Erreichen psychisch gesunder Familienbeziehungen
- Verminderung von Eltern-Kind-Problemen
- effektive elterliche Führungsqualitäten
- Macht und Autorität in Familienbeziehungen unterscheiden lernen
- das Prinzip der Partizipation für effektive Familien

Hintergrund: Carl Rogers Personenzentrierter Ansatz, Thomas Gordon

Inhalt: aktives Zuhören, Ich-Botschaften, Konfliktlösungen, bei denen keiner verliert, Entwicklung von vertrauensvoller Beziehung zw. Eltern und Kindern, respektvolle Familienatmosphäre, gutes Familienklima

Methode: Informationen, Hausaufgaben, Handbuch, Film, Rollenspiele, Feedbackmethoden, Beratung, Hausbesuche, Kleingruppenarbeit, Vernetzung

Umsetzung: 8 – 10 Sitzungen à 3 h, oder 2 Wochenenden à 2/2,5 Tage; Kosten 50 – 150 € pro Kursreihe

Land: Deutschland, 43 Länder, u. a. Schweiz, Korea, Japan, Brasilien, Mexiko

Anbieter: AWO Sozialstationen, kath. Kirche, Stadtverwaltung, private Anbieter

Entwicklung: Dr. Thomas Gordon, Überarbeitung f. Deutschland: Dr. Breuer

Quelle: www.gordonmodell.com ; <http://www.gordontraining.com/parentingclass.html>;
<http://www.familycaring.co.uk/training.htm>;
http://www.etia.org/uploadedImages/PET_Research_Overview.pdf

Ansprechpartner: Dr. Karl-Peter Breuer

Evaluation: http://www.etia.org/uploadedImages/PET_Research_Overview.pdf

Nur sehr alte Evaluationen, die letzte ca. 1987: Verbesserungen im selbstberichteten Kommunikationsverhalten der Eltern, Erziehungseinstellungen

PRÄVENTIONSPROGRAMM LENZGESUND (HAMBURG)

Zielgruppe: Personen mit sehr niedrigem Einkommen (z. B. Empfänger/-innen von Arbeitslosengeld II); Migranten/-innen mit schlechten Deutschkenntnissen; Schwangere in schwierigen Lebenslagen

Ziele:

- Aktivierung und Vermittlung von gesundheitlicher Handlungskompetenz
- Integration von Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf in die nachbarschaftliche Öffentlichkeit
- Integration von Migrationsfamilien
- Verbesserung des gesundheitlichen Statuts insbesondere von Kindern
- Öffnung von Einrichtungen unterschiedlicher Fachgebiete für das Thema Gesundheit

Inhalt: Stärkung des Gesundheitsbewusstseins, Sexualität und Geburtsvorbereitung, Versorgung nach der Geburt und im ersten Lebensjahr, Impfungen, „Frühe Hilfen“/Frühförderung, Zahngesundheit, Ernährung, Bewegung, gesundheitliche Handlungskompetenz, z. B. Familienhebamme, Baby-Führerschein, Krabbeltreff; Beratungs- und Informationsangebote in Wohnertreffs, „Gesundheitsgespräche für Frauen von Frauen“, gesundheitsorientierte Bewegungsangebote, Projektwochen mit Schwerpunktthemen

Methode: Vernetzung von unterschiedlichen Anbietern medizinischer und sozialer Dienstleistungen

Umsetzung: Angebote in bestehenden Strukturen

Land: Hamburg, Deutschland

Anbieter: Gesundheits- und Umweltamt des Bezirks Hamburg-Eimsbüttel

Besonderheiten:

Entwicklung/Träger: Bezirksamt Eimsbüttel Fachamt Gesundheit

Quelle: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=2131e78082ee82f7daa6aebcfb3cf424&id=suche1&ssub=2&nr=1>

Ansprechpartner:

Programm: Herr Lorentz

Evaluation: Waldemar Süß

Evaluation: Konzept-, Prozess-, Struktur- und Ergebnisevaluation entsteht momentan (Süß, 2010)

Süß, W.(2010): Das Präventionsprogramm „Lenzgesund“: Strukturbildung in einem benachteiligten Quartier in Hamburg. In: Public Health Forum, 18 (4), S. 40.e1 – 40.e3.

PRO KIND

Zielgruppe: erstgebärende, schwangere Frauen, die sich in einer finanziell und persönlich schwierigen Lage befinden

Ziele:

- gesundes Leben während der Schwangerschaft
- frühe Förderung des Kindes
- Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz und Alltagsbewältigung
- Vernetzung

Hintergrund: Bindungstheorie, ressourcenorientierter Ansatz, Bronfenbrenner, Selbstwirksamkeitstheorie

Inhalt: Die Teilnehmerinnen werden im Rahmen eines Hausbesuchsprogramms von Familienbegleiterinnen – Hebammen und Sozialpädagoginnen – von der Schwangerschaft bis zum zweiten Geburtstag des Kindes kontinuierlich begleitet

Methode: Video-Demonstrationen, Rollenspiele bzw. aktives Üben, Entspannungsformen, Beratung, Feedbackmethoden, Vernetzung von Institutionen, Dialoge, gemeinsame Aktivitäten

Umsetzung: Hausbesuchsprogramm

Land: Deutschland, England, Niederlande

Anbieter: Stiftung Pro Kind und Kooperation mit den entsprechenden Kommunen

Besonderheiten: Da dieses Programm für eine längere Zeitspanne konzipiert ist, werden zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliche Schwerpunkte und Inhalte gesetzt und vermittelt.

Entwicklung: Adaption des Nurse Family Partnership Programms aus den USA, David Olds (NFP)

Quelle: Kurzfragebogen; Nationales Zentrum frühe Hilfen; Modellprojekte in den Ländern; Zusammenfassende Ergebnisdarstellung

Ansprechpartner: Frau Hartmann

Evaluation: Noch keine abschließenden Ergebnisse (Kurtz et al., 2010) siehe Kapitel 5.4 – exemplarische Evaluationen

Kurtz, V., Brand, T., Jungmann, T. (2010): Förderung der kindlichen Entwicklung durch Frühe Hilfen? Vorläufige Ergebnisse einer längsschnittlichen, randomisierten Kontrollgruppenstudie zum Modellprojekt „Pro Kind“. In: Prävention Gesundheitsförderung 2010.

RUCKSACK**Zielgruppe:** Migranten-Mütter**Ziele:**

- Förderung von Kindern im Alter von 4 bis 6 Jahren
- Stärkung von Familien mit Zuwanderungsgeschichte
- Verbesserung der Interaktion Eltern – Kind
- parallelisierte Förderung von Mehrsprachigkeit (zu Hause und in der Einrichtung)
- interkulturelle Öffnung von Kindertageseinrichtungen

Inhalt: Die Förderung von Mehrsprachigkeit bei Migrantenkindern; Stärkung der Erziehungskompetenz, Stärkung des Selbstwertgefühls der zugewanderten Mütter und ihrer Kinder**Umsetzung:**

ENTWEDER: Im Modell 1 werden Mütter, die sowohl ihre Muttersprache als auch die deutsche Sprache gut beherrschen, zu Stadtteilmüttern bzw. Elternbegleiterinnen ausgebildet, die jeweils eine Müttergruppe, deren Kinder die Kindertageseinrichtung besuchen, für Sprach- und Entwicklungsaktivitäten anleiten.

ODER: Im Modell 2 führen Erzieher/innen mit Migrationshintergrund, die bereits in der Einrichtung arbeiten oder über ABM eingestellt werden, eine Müttergruppe in die Sprach- und Entwicklungsaktivitäten ein.

Land: Deutschland**Anbieter:** Der Arbeitskreis „Interkulturelle Erziehung im Elementar- und Primärbereich“ (IKEEP) der regionalen Arbeitsstelle zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien (RAA) in Zusammenarbeit mit kooperierenden Tageseinrichtungen**Besonderheiten:** Rucksack-Material ist neben Niederländisch auch in Türkisch, Arabisch, Russisch, Italienisch und Griechisch vorhanden.**Entwicklung:** Stiftung De Meeuw in Rotterdam**Quelle:** <http://www.eundc.de/pdf/38010.pdf>; <http://www.eundc.de/pdf/50016.pdf>**Ansprechpartner:** Frau Livia Darei**Evaluation:** formative, interne Evaluation, nicht verfügbar

SAFE**Zielgruppe:** Werdende Eltern**Ziele:**

- Förderung einer sicheren Eltern-Kind-Bindungsbeziehung
- Stärkung der elterlichen Kompetenzen
- Förderung der elterlichen Feinfühligkeit (d. h. kindliche Signale zu erkennen und feinfühlig, prompt und angemessen darauf zu reagieren)
- Sensibilisierung der Eltern für eigene belastende Erfahrungen (Risikofaktoren für das Kindeswohl)

Hintergrund: Bindungstheorie**Inhalt:** angemessene Wahrnehmung der emotionalen Bedürfnisse von Kleinkindern, feinfühliges Interaktionsverhalten im Umgang mit dem Kind*pränatales Modul:* Informationen, Kompetenzen des Säuglings und der Eltern, Erwartungen der Eltern, Fantasien und Ängste der Eltern, pränatale Bindungsentwicklung; Eltern-Säuglings-Interaktionen; Stabilisierungs- und Entspannungsverfahren*postnatales Modul:* elterliche Kompetenzen; Triangulierung zwischen Mutter, Vater und Kind, interaktionelle Schwierigkeiten mit Füttern, Stillen, Schlafen; Aufbau der emotionalen Beziehung**Methode:** Video-Interaktionstraining, Beobachtung, Wissensvermittlung, Beratung, Therapie, Anleitung**Umsetzung:** Mit allen Eltern wird ein Erwachsenen-Bindungs-Interview (Adult Attachment Interview - AAI) durchgeführt; vier Module: Kurstage in der Gruppe vor und nach der Geburt, das Feinfühligkeitstraining, eine Beratungsstelle bzw. Hotline sowie eine Traumatherapie; geschlossene Elterngruppe von 7. Schwangerschaftsmonat bis Ende des 1. Lebensjahres;

Pränatal: Treffen an 4 Sonntagen vor der Geburt, - Video- Interaktionstraining

Postnatal: Treffen an 6 ganztägigen Sonntagsseminaren (1., 2., 3., 6., 9., 12. Lebensmonat)

Beobachtung des Verhaltens, Verhalten wird im Feedbacktraining rückgemeldet

50 € pro Paar, 25 € Einzelperson

Land: Deutschland**Anbieter:** Safe-Mentoren**Besonderheiten:****Entwicklung:** Dr. Karl Heinz Brisch**Quelle:** <http://www.safe-programm.de/>**Ansprechpartner:** Ingrid Erhardt

Evaluation: summative Evaluation mit randomisierter Kontrollgruppe, Follow-up (geplant: im 3. und 6. Lebensjahr des Kindes), externe Evaluation, noch nicht abgeschlossen

Prospektive randomisierte Längsschnittstudie mit dem Ziel, die SAFE Gruppenintervention im Vergleich zu einer herkömmlichen Schwangerschafts-, Geburtsvorbereitungs- und Stillbegleitung zu evaluieren (Brisch, 2007)

Brisch, K. H. (2007): Prävention von Bindungsstörungen. In: von Suchodoletz, W. (Hrsg.), Prävention von emotionalen und Entwicklungsstörungen. Hogrefe, Göttingen, S. 167 – 181.

SCHUTZENGELE. V.

Zielgruppe: Sozial benachteiligte Familien mit Kindern – von Schwangerschaft bis 3. Lebensjahr

Hintergrund: Bindungsforschung, Gesundheitsförderung, Frühe Hilfen

Inhalt: Zentrum: Elterntreff in Kooperation mit Familienhebammen und aufsuchender Familienhilfe; situationsorientiert und curricular (Gruppenangebote) , pädagogische Frühförderung

Methode: medizinische Versorgung – Beratung – Betreuung – Wissensvermittlung

Umsetzung: Nutzung ist kostenlos; verschiedene Kursangebote, Montag bis Freitag gibt es im Zeitraum von 8 bis 16 Uhr verschiedene Angebote: allgemeine Beratung, Hebammenfrühstück, Kochkurse, Babymassage

Land: Deutschland

Anbieter: Schutzengel e. V.

Entwicklung: Vorstand des Trägers, Netzwerk Kind und Familie der Stadt Flensburg

Quelle: <http://www.schutzengel-flensburg.de>

Ansprechpartner: Volker Syring

Evaluation: summative Evaluation, nicht randomisierte Kontrollgruppe, ohne Follow-up, externe Evaluation (Helming et al., 2006)

Helming, E., Sandmeir, G., Sann, A., Walter, M. (2006): Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern.

SOZIALRÄUMLICHE ANGEBOTE FÜR FAMILIEN MIT BESONDEREM UNTERSTÜTZUNGSBEDARF (NICHT IN SYSTEMATISCHER ÜBERSICHT)

Zielgruppe: Schwangere in schwierigen Lebenslagen; Personen mit einem niedrigen sozialen Status, für Eltern mit Kindern bis zu 18 Monaten

Ziele:

- Eltern übernehmen die Fürsorge für das körperliche Wohlergehen ihrer Kinder
- Gestalten der Eltern-Kind-Beziehung
- Sensibilisierung für die kindlichen Bedürfnisse
- Spielanregungen zur Entwicklungsunterstützung

Hintergrund: PEKIP, Babymassage, Triple P

Inhalt: Versorgung, Pflege und Förderung der Säuglinge und Kleinkinder sowie die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten; Aufbau von Bewältigungsressourcen zur Problemlösung in Krisensituationen; Sensibilisierung für die kindlichen Bedürfnisse; Erläuterung der Pflege/Hygiene eines Säuglings und Kleinkindes; Informationen zur gesunden Ernährung; Gespräche zur Gestaltung und gemeinsame Einrichtung der Schlafumgebung eines Kindes; Förderung der kindlichen Bewegungsentwicklung; Umgang mit dem Baby bei Erkrankungen

Physical care (4 Punkte), Emotional Care (4 Punkte), Sichere Umgebung schaffen (4 Punkte), Stimulation/Development (4 Punkte), Reflexion von Erziehungszielen (1 Punkt), Social care (1 Punkt), Stressmanagement (1 Punkt)

Methode: aufsuchende Form, Informationen, Hausaufgaben, Feedback, Beratung, E-K-Gruppen, Hausbesuche, Vernetzung von Institutionen, Entspannungsformen, Diskussionen, Aktivitäten, Kreatives; Wissensvermittlung und handlungsorientiert

Umsetzung: Situations- bzw. bedarfsorientiert, Zusammenarbeit mit SozialarbeiterInnen des Jugendamtes; 20 Stunden nach Geburt, 10 Stunden vor Geburt, kann bei Bedarf erweitert werden, home-based, Keine Kosten für Eltern

Land: Schwerin, Deutschland

Anbieter: AWO Familienbildungsstätte Soziale Dienste GmbH Westmecklenburg

Entwicklung: Eigenentwicklung

Quelle: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=a0911df2cf016ba104752137fb9e47d9&id=suche1&ssub=2&nr=1>

Ansprechpartner: Conni Hartwig

Evaluation: interne Evaluation qualitativ / formativ für Jugendamt, kann nicht weitergegeben werden

STADTTEILMÜTTERPROJEKT (NICHT IN SYSTEMATISCHER ÜBERSICHT)

Zielgruppe: Migranten-Mütter

Inhalt: Qualifizierung von Migrantenmüttern zu Gruppenleiterinnen (Stadtteilmütter)

Müttergruppen von 8-10 Müttern unter Anleitung durch die Stadtteilmütter

Umsetzung: In Essen arbeitet in den kooperierenden Kindertageseinrichtungen jeweils eine Stadtteilmutter ca. sechs Stunden wöchentlich auf Honorarbasis.

Müttergruppe trifft sich zwei Stunden wöchentlich in der Tageseinrichtung, die ihre Kinder besuchen.

Die Stadtteilmütter werden nach bestimmten Kriterien ausgewählt: Sie müssen ihre Muttersprache und Deutsch gut beherrschen, ihr Kind soll möglichst die Tageseinrichtung besuchen, sie sollten Kenntnisse über den Stadtteil haben und selbst an den Aktivitäten der Einrichtung teilnehmen.

Land: Deutschland

Anbieter: Der Arbeitskreis „Interkulturelle Erziehung im Elementar- und Primärbereich“ (IKEEP) der Regionalen Arbeitsstelle zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien (RAA) in Zusammenarbeit mit kooperierenden Tageseinrichtungen

Besonderheiten: integriert in Gesamtprogramm „Sprachförderung und Elternbildung“, das noch zwei andere Module enthält, nämlich Modul 1 (beinhaltet die Qualifizierung des Gesamtteams von Kindertageseinrichtungen) und Modul 3 (bietet die Möglichkeit zusätzlicher, systematischer Förderung der Zweitsprache Deutsch in den Tageseinrichtungen)

Entwicklung: Arbeitskreis „Interkulturelle Erziehung im Elementar- und Primärbereich“ (IKEEP) der Regionalen Arbeitsstelle zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien (RAA) auf Grundlage des Rucksack-Programms aus den Niederlanden

Quelle: <http://www.eundc.de/pdf/50016.pdf>; <http://www.eundc.de/pdf/38010.pdf>

Ansprechpartner: Walter Holzer

Evaluation: formative, interne Evaluation (Stadt Essen, 2004)

Stadt Essen (Hrsg.) (2004): „Stadtteilmütter- Projekt“. Abschlussbericht und Evaluation.

Verfügbar unter: <http://media.essen.de/media/wwwessende/aemter/0513/>

Stadtteilmuetterprojekt_Evaluation.pdf [06.08 2012].

STARKE ELTERN – STARKE KINDER

Zielgruppe: Subzielgruppen durch Spezialisierung des Programms:

- für Familien mit Kindern im Alter von 0 – 3
- für Eltern, denen Lesen und Schreiben schwerfällt
- für Eltern mit Kindern in der Pubertät
- für Patchwork- und Stieffamilien
- für russisch und türkischsprachige Eltern
- Extra-Projekt zur Stärkung psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
- für Großeltern
- für Juniorentainerinnen und -trainer
- Umgang mit Medien
- Gesundheitsförderung

„Starke Eltern – starke Kinder“ richtet sich an Eltern, die (wieder) eine positive Beziehung zu ihrem Kind aufbauen wollen und bereit sind, über sich, ihre Werte und Ziele nachzudenken. Extra-Kurse werden für russische oder türkische Eltern angeboten.

Ziele:

- Umsetzung der Kinderrechte
- Stärkung der elterlichen Kompetenz
- Stärkung des sozialen Unterstützungssystems

Hintergrund: kommunikationstheoretische und familientherapeutische Konzeptionen, P. Watzlawik, C.R. Rogers, Th. Gordon, A. Adler, S. Minuchin, T. Rönkä, etc.; „Starke Eltern – Starke Kinder“ ist ein universelles Präventionsprogramm, das neben einem Systemtheoretischen auch einen Kommunikationstheoretischen Ansatz verfolgt. Auch spielt die Individualpsychologie nach Alfred Adler bei diesem Präventionsprogramm eine Rolle. Verhaltenstherapeutische Inhalte werden vermittelt und gesprächstherapeutische Ansätze werden integriert.

Inhalt: Stärkung des Selbstvertrauens der Eltern, Förderung einer positiven Eltern-Kind-Kommunikation und -Beziehung, gewaltfreie Erziehung, Problemlösungs- und Verhandlungskompetenz der Eltern; Möglichkeiten, den Familienalltag zu entlasten und das Miteinander zu verbessern; Konfliktlösung ohne Gewalt; psychische Grundbedürfnisse des Kindes; Modell des anleitenden Erziehens; allgemeine Erziehungsthemen und Thema Kinderrechte

Das Präventionsprogramm zielt darauf ab, das Selbstvertrauen der Eltern zu stärken und eine gute Eltern-Kind-Beziehung zu schaffen. Die Eltern lernen, ihre eigenen Werte zu reflektieren und ihnen werden neue Werte vermittelt. Die Kommunikation in der Familie soll mit diesem Training verbessert und das Kind als Subjekt der Erziehung verstanden werden. Den Eltern wird gezeigt, wie sie das Kind in die Entscheidungen des Familienalltags miteinbeziehen.

Methode: kurze theoretische Einführung und praktische Übungen, Wochenendaufgaben, Reflektion, Gruppendiskussion über Erziehungswerte, Selbsterfahrung, Kommunikationsverhalten

Umsetzung: in der Regel besteht der Kurs aus 8 bis 12 Kurseinheiten, die je zwei Stunden dauern. Jede Kurseinheit behandelt ein spezifisches Thema, das auch durch einen Leitspruch gekennzeichnet

wird. In jeder Einheit wird zunächst eine kurze theoretische Einführung gegeben und das Thema wird dann mit praktischen Übungen veranschaulicht. Am Ende jeder Kurseinheit erhalten die Eltern eine Wochenaufgabe.

Die Gruppen beinhalten 8 bis 16 Teilnehmer

Land: Deutschland

Anbieter: Deutscher Kinderschutzbund

Entwicklung: Paula Honkanen-Schoberth

Quelle: http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Fachbeitrag/a_Familienbildung/s_1139.html;
<http://www.starkeeltern-starkekinder.de/content/start.aspx>; <http://www.eltern-stark-machen.de/index.php?Starke-Eltern-Starke-Kinder>

Ansprechpartner: Cordula Lasner-Tietze

Evaluation: summative Evaluation, randomisierte Kontrollgruppe, ohne Follow-up, externe Evaluation (Rauer, 2009)

Rauer, W. (2009): Elternkurs Starke Eltern – Starke Kinder®: Wirkungsanalyse bei Eltern und ihren Kindern in Verknüpfung mit Prozessanalysen in den Kursen – eine bundesweite Studie. Ergon, Würzburg.

STEEP

Zielgruppe: Junge Mütter, hoch belastete Familien mit Kindern von der Schwangerschaft bis Ende des 1. Lebensjahrs; psychisch auffällige Mütter; Eltern mit Drogenerfahrung, Delinquente Jugendliche, Aggressivität

Ziele:

- Bindungsaufbau, Unterstützung der Entwicklung einer sicheren Bindungsbeziehung
- Stärkung der Elternkompetenzen, Feinfühligkeitstraining
- Stärkung der Perspektivenübernahme (Sicht des Kindes)
- Selbstwertstärkung der Eltern, Erlernen der elterlichen Rolle und Verantwortung
- Auf-/ Ausbau der sozialen Unterstützungsnetze für die Familien selbst (Gruppenkontakte)

Hintergrund: Bindungstheorie, frühkindliche Entwicklung, systemische Therapie, biographische Erfahrung (analytisch), videounterstützte Verhaltensmodifikation, Familienbildung, Feinfühligkeit, Sozialmanagement

Inhalt: Signale des Babys verstehen, Wechselseitigkeit der Beziehung

Methode: Hausbesuche, Video-Interaktionsanalyse, Einzelberatungen und Gruppenkontakte; Informationen, Handbuch der BZgA, Arbeitsblätter, Hausaufgaben, Video-Demonstration, Rollenspiele/praktische Übungen, Feedbackmethoden, Beratung, Interaktionsdiagnostik, Hausbesuche, Vernet-

zung von Institutionen, Kleingruppenarbeit, Diskussionen, gemeinsame Aktivitäten, Kreatives (Lieder, Bewegung, Massagen)

Umsetzung: Beginn des Programms in der Schwangerschaft, dann die ersten 2 Lebensjahre des Kindes; mindestens 1 Kontakt pro Woche, Kontinuität der Mitarbeiter; Einzelkontakte dauern zwischen 2 und 3 h, Gruppe ursprünglich 3 h, aber oft einen halben Tag oder länger, Kontakte lassen sich je nach Mobilität der Teilnehmer gestalten.

Steep-Gruppe: 10 Elternteile; gemeinsames Singen und Spielen; gemeinsame Mahlzeit; Eltern-Extra, um Themen zu besprechen, Kinder werden betreut

Keine Kosten für die Eltern, da finanziert über Jugendämter, Sozialpädagogische Familienhilfe

Land: USA, Deutschland, England, Kanada, Österreich

Anbieter: freie Träger, soziales Bildungswerk, sehr unterschiedlich

Entwicklung: Martha Farrell Erickson & Byron Egeland; in D: Gerhard Süß

Quelle: <http://www.fruehehilfen.de/3448.0.html>; Telefoninterview mit Bärbel Derksen

Ansprechpartner: Bärbel Derksen

Evaluation: Deutschland: summative Evaluation, nicht-randomisierte Kontrollgruppe, Follow-up, externe Evaluation, nur zum Teil veröffentlicht (Suess, Gerhard J. et al., 2010)

Suess, G. J., Bohlen, U., Mali, A., Frumentia Maier, M. (2010): Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP-Praxisforschungsprojekt „WiEge“. Bundesgesundheitsblatt, 53, S.1143–1149.

STEP – SYSTEMATIC TRAINING FOR EFFECTIVE PARENTING

Zielgruppe: Vier verschiedene Programme für vier verschiedene Zielgruppen:

„Early Childhood STEP“ für Eltern von Kindern von der Geburt bis zu 6 Jahren

„STEP“ für Eltern von Kindern von 6 bis 12 Jahren

„STEP/Teen“ für Eltern von Teenagern

„STEP Spanish“ für spanische Eltern von 6 bis 12-Jährigen Kindern

STEP-Tandem: vom Jugendamt betreut

STEP-Duo: für Risikogruppen, psychisch erkrankte Eltern

Ziele:

- demokratisch-partizipativer Erziehungsstil, um verantwortungsvolle, selbstbewusste, sozialkompetente, bindungsfähige und -willige Menschen zu erziehen, die als mündige Bürger ihren Beitrag in der Gesellschaft leisten, weil sie sich als Teil des Ganzen dazugehörig und

geschätzt fühlen: Stärkung des Selbstwertgefühls und der Resilienz, Reduzierung des Stress-levels

- Ermutigung der Eltern, Nutzung ihrer Ressourcen (respektvoller Umgang mit den Eltern durch die entsprechende Moderation der Gruppe, keine Belehrung) und wertschätzender, ermutigender auf Gleichwertigkeit (nicht Gleichheit) beruhender Umgang der Eltern mit den Kindern
- respektvolle Kommunikation der Erwachsenen mit den Kindern (Vorbildfunktion) – auch bei Fehlverhalten, Tat und Täter trennen
- Förderung positiven Verhaltens durch Beachtung der Ressourcen und Stärken der Kinder
- Klare Grenzen und kind- und altersgemäße Wahlmöglichkeit innerhalb dieser Grenzen – mit logischen Konsequenzen als Folge der jeweiligen Entscheidung des Kindes, damit das Kind lernt, Verantwortung für sein Verhalten zu übernehmen

Hintergrund: Alfred Adlers Individualpsychologie ebenso wie die Forschungsergebnisse und Erkenntnisse von Prof. Dr. Rudolf Dreikurs aus 40 Jahren Erziehungsberatung; humanistische Psychologie nach Carl Rogers

Inhalt: Erlernen eines demokratischen Erziehungsstils, Stärkung der Erziehungscompetenz bzw. der Förderung von Verantwortungsbereitschaft; Ermutigung, Kommunikation, Problemlösung, Disziplin

Methode: Informationen (Broschüre, Handbuch, Arbeitsblätter), Rollenspiele, Fallbeispiele, Trainingsvideos, Diskussionen, Hausaufgaben, Feedback, Beratung, Vernetzung von Institutionen, Kleingruppenarbeit, Entspannungsformen, Diskussionen

Umsetzung: 10 – 12 wöchentliche Treffen à 2 – 2,5 h

Gruppen von 6 – 12 Teilnehmern

Möglichkeit der Eltern, sich nach Abschluss des Kurses bei sogenannten „Elterntreffs“ (fünf zweistündigen Treffen in ca. 6 Monaten) auch weiterhin mit Hilfe der STEP Strategie in Erziehungsfragen gegenseitig zu unterstützen

20 h Einzelberatung in 3 – 4 Monaten

Kosten unterschiedlich, zwischen 20 und 190 €, bei manchen Institutionen (z. B. Caritas) besteht die Möglichkeit, dass die Teilnehmer ihr Geld zurückbekommen, wenn sie den Kurs vollständig absolviert haben; für sozial schwache Familien zahlt die Winzig-Stiftung die Kursgebühr.

Bei Teilnahme eines Ehepaars/Partner: 300 €

Land: USA, Deutschland, Schweiz, Luxemburg, Belgien, Italien; Kurs auf Spanisch, Griechisch, Französisch, Türkisch

Anbieter: Volkshochschule, Erziehungszentrum, Lehrer, Caritas

Entwicklung: Don Dinkmeyer Sr., Gary D. McKay und Don Dinkmeyer, Jr.

Quelle: <http://www.steppublishers.com/> ; <http://www.instep-online.de/>

Ansprechpartner: Trudi Kühn

Evaluation: in Deutschland summative Evaluation, randomisierte Kontrollgruppe, Follow-up, externe Evaluation (Hartung, S., Kluwe & Sahrai, 2010; Marzinik & Kluwe, 2007)

Ergebnisse: subjektiv gestärktes Kompetenzgefühl der Eltern und die Abnahme von Überreaktionen auf Verhaltensebene

Einschränkungen: KursteilnehmerInnen sind im Untersuchungszeitraum überwiegend weiblich und sehr gut gebildet; das Kursformat setzt bislang eine relativ hohe Bereitschaft zur verbindlichen Teilnahme an einem Gruppenangebot voraus

Marzinik, K., Kluwe, S. (2007): Stärkung der Erziehungskompetenz durch Elternkurse. Zur Wirksamkeit und Reichweite des Elterntrainings STEP. In: Prävention, 3, S. 79 – 82.

Hartung, S., Kluwe, S., Sahrai, D. (2010): Elternbildung und Elternpartizipation in Settings. Eine programmspezifische und vergleichende Analyse von Interventionsprogrammen in Kita, Schule und Kommune. Abschlussbericht der Bielefelder Evaluation von Elternedukationsprogrammen (BEEP).

STEPS (HERFORD)

Zielgruppe: je nach „Step“ unterschiedlich: schwangere junge Frauen; werdende Mütter in Problemlagen; junge Mütter und Väter mit ihren Kindern, die ein herkömmliches Kursangebot zur Säuglingspflege, eine Stillgruppe oder einen Babytreff nicht in Anspruch nehmen; junge Mütter und Väter gemeinsam mit ihren Kleinkindern, die herkömmliche Angebote (Krabbelgruppen, Müttertreffs etc.) nicht nutzen; Familien und Alleinerziehende in akuten Belastungssituationen; Eltern, die sich für die Erziehung ihrer Kinder allein verantwortlich fühlen

Ziele:

- Familien früh (alters- und problembezogen) erreichen
- Familien in Strukturen einbinden
- Prävention/gesundes Aufwachsen unterstützen
- Vernetzung der Akteure

Hintergrund:

Inhalt: Gesundheitliche Versorgung, Betreuung, Früherkennung von Entwicklungsstörungen; frühes Erkennen von Familien mit Hilfebedarf; vermittelter zeitnaher Zugang zu bestehenden und neu zu entwickelnden Hilfen; Stärkung von Interesse, Kompetenzen und Verantwortung bei den Familien

Physical care, emotional care, social care, Stimulation/Development, sichere Umgebung schaffen, Verhaltenskontrolle, Reflexion von Erziehungszielen, Erziehungs-Partnerschaften, Stressmanagement

Methode: Informationen, Beratung

Umsetzung: Aufteilung der Angebote in Entwicklungs-Steps: Step 1: Gynäkologen, Hebammen und Kinderärzte als frühe Mittler; Step 2: Kooperation mit Klinik-Hebammen; Step 3: Café Belly; Step 4: Café Baby; Step 5: Familienbesucherinnen; Step 6: Alleinerziehenden-Treff; Step 7: Früh übt sich

Land: Deutschland

Anbieter: Steps Herford

Entwicklung: Aufgebaut wurde das Projekt von den Gesundheitswissenschaftlerinnen Doris Hellweg, Jugendamt Herford – Präventionsstelle – und Renate Ricken, Gesundheitskonferenz des Kreises Herford

Quelle: <http://www.steps-herford.de>

Ansprechpartner: Renate Ricken

Evaluation: qualitative Evaluation nicht verfügbar

STILLFÖRDERPROGRAMM FÜR SOZIAL BENACHTEILIGTE/SOZIAL-MEDIZINISCHE ELTERNBERATUNG

Zielgruppe: Für schwangere Frauen, besonders aus sozial benachteiligten Schichten

Ziele:

- Stärkung der Elternkompetenz
- Stillförderung
- Stärkung des gesamten Bindungsverhaltens zwischen Mutter und Kind bzw. Vater und Kind
- Reduzierung des Konflikt- und Stressgeschehens
- Sensibilisierung des sozialen Umfeldes

Hintergrund: kognitive Lerntheorie

Inhalt: Gruppentreffen, Informationen

Emotional care (4 Punkte), physical care (3 Punkte), Stressmanagement (3 Punkte), Reflexion von Erziehungszielen (2 Punkte), Erziehungs-Partnerschaften (2 Punkte), social care (2 Punkte), sichere Umgebung schaffen (1 Punkt), Verhaltenskontrolle (1 Punkt), Stimulation/Development (1 Punkt), Coparenting (1 Punkt)

Methode: A-Kurs: Vorbereitung auf die Elternschaft und das Stillen; B-Kurs: Babytreff, Informationen, Hausaufgaben, Film, Rollenspiele, Feedback, Beratung, E-K-Gruppen, Vernetzung von Institutionen, Entspannungsformen, Diskussionen, Kreatives

Umsetzung: Erstgespräch (persönliche Lebenslage, Möglichkeiten finanzieller Förderung, Schwangerschaftserleben, Fragen vorgeburtlicher Diagnostik, Gesundheitsverhalten, soziales und familiäres Umfeld, Arbeits- und Ausbildungssituation der werdenden Mutter),

A-Kurs: Vorbereitung auf die Elternschaft und das Stillen. Einmal wöchentlich, zehn bis zwölf Schwangere für 2 Stunden. Dauer von acht Wochen

B-Kurs: Begleitet durch Mitarbeiterinnen von Pro Familia. Insgesamt sechs bis acht Treffen bis zum ersten Lebensjahr des Kindes. Das Angebot besteht bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres. (teilweise mit Kinder- und Zahnärztin), keine Kosten für Eltern

Land: Deutschland, Fürstenwalde

Anbieter: Pro Familia

Besonderheiten:

Entwicklung: Pro Familia – Eigenentwicklung

Quelle: Telefoninterview

Ansprechpartner: Ines Scholz

Evaluation: Keine

TAFF

Zielgruppe: Eltern, die sich in besonders belastenden Lebenssituationen befinden, von den bisherigen Trainings jedoch nicht erreicht werden, da sie es nicht gewohnt sind, sich Unterstützung zu holen

Ziele:

- Stärkung der Elternkompetenz
- Erreichbarkeit der Zielgruppe durch konsequente Geh-Struktur
- interkulturelle Öffnung
- Wegweiser im Hilfesystem
- Soziale Benachteiligung hat signifikante Auswirkungen auf die Kinder. Mehr Chancengleichheit für die Kinder der Zielgruppe

Hintergrund: Erziehungskompetenz stärken, Ansetzen an den Ressourcen der Eltern, praxiserprobte Anleitungen und Hilfestellungen

Methode: verschiedene praktische Übungen (Rollenspiele, Diskussionsrunden usw.), Wochenaufgaben

Umsetzung: zehn Kurseinheiten zu je drei Unterrichtsstunden; bei jedem Treffen gibt es einen Themenschwerpunkt, dieser ist bedarfs- und situationsspezifisch

Land: Deutschland

Anbieter: Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Niederrhein e. V.; Kreisverband Essen e. V.; Kreisverband Wesel e. V.

Besonderheiten:

- Ressourcen der Eltern werden aktiviert
- Lebenswelt- und Praxisorientierung
- niedrigschwellige, persönliche Zugangswege
- Eltern unterschiedlicher Nationalität werden angesprochen
- Kursmaterialien gibt es auch in türkischer Sprache

Quelle: <http://www.taff-awo.de/>

Ansprechpartner: Andrea Krolzig

Evaluation: qualitative, externe Evaluation (Boeckh, 2007)

Boeckh, J. (2007): Familien stärken? In Elternkompetenzen investieren! Abschlussbericht zum Projekt TAFF (Training, Anleitung, Förderung von und für Familien) der AWO Niederrhein e.V. ISS-Referat 1/2007

THOP

Zielgruppe: Eltern mit Kindern im Alter zwischen drei und zwölf Jahren, die hyperkinetisches oder oppositionelles Verhalten nach den Kriterien des DSM-IV oder der ICD-10 zeigen

Hintergrund: Verhaltenstherapie

Inhalt: 21 Behandlungsbausteine in 6 Themenkomplexen: Problemdefinition, Entwicklung eines Störkonzeptes und Behandlungsplanung, Förderung positiver Eltern-Kind-Beziehungen und Interaktionen, Pädagogisch-therapeutische Interventionen zur Verminderung von impulsivem und oppositionellem Verhalten, spezielle operante Methoden, Interventionen bei spezifischen Verhaltensproblemen, Stabilisierung der Effekte

Methode: Anamnese, Diagnostik (Entwicklung, Leistung, Intelligenz), pädagogisch-therapeutische Interventionen, operante Methoden, familienzentrierte und kindzentrierte Intervention, Anwendung von Verstärker-Entzugs-Systemen, Aufbau und Anpassung von Token-Systemen, Auszeit bei unangemessenem Verhalten, Selbstmanagement- und Selbstinstruktionstechniken

Land: Deutschland

Anbieter:

Besonderheiten: Eltern-Kind Programm UND Programm für Erzieher/Lehrer

Entwicklung: Manfred Döpfner, Stephanie Schürmann und Jan Frölich

Quelle: (Döpfner, M., Schürmann & Frölich, 2007)

Evaluation: summative Evaluation, randomisierte Kontrollgruppen Follow-up, interne Evaluation (Döpfner, Manfred et al., 1997; Frölich, Döpfner, Berner & Lehmkuhl, 2010)

Im Rahmen der Kölner Multimodalen Therapiestudie: kurzfristig deutliche Besserung der Symptomatik; bei etwa der Hälfte der Kinder war allerdings längerfristig eine erneute intensive Behandlung notwendig

Döpfner, M., Schürmann, S., Frölich, J., Quast, C., Wolff Metternich, T., Lehmkuhl, G. (1997): THOP - Das Therapieprogramm zur Behandlung von Kindern mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten. In: Kindheit und Entwicklung, 6, S. 230 – 246.

Frölich, J., Döpfner, M., Berner, W., Lehmkuhl, G. (2010). Behandlungseffekte kombinierter kognitiver Verhaltenstherapie mit Elterntaining bei hyperkinetischen Kindern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 51, S. 476 – 493.

TRIPLE P**Ziele:**

- Förderung elterlicher Erziehungskompetenzen und Selbstwirksamkeit
- Förderung einer liebevollen und positiven Eltern-Kind-Beziehung
- Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Verhaltensstörungen sowie emotionale Störungen)
- Abbau ungünstiger Erziehungsmethoden (z. B. Überreagieren, Nachgiebigkeit), dadurch auch Prävention von Kindesmisshandlung
- Reduktion von Stress innerhalb der Familie

Inhalt: basale Erziehungskompetenzen; Kommunikation und Beziehungen in der Familie; Beziehung zum Kind stärken, angemessenes Verhalten fördern, mit unangemessenem Verhalten positiv umgehen, schwierigen Situationen vorbeugen, Stress in der Familie verringern und Kompetenzen zur Bewältigung von Stress erhöhen

- Triple-P-Vortragsreihe:
Eltern von Kindern bis zu 12 Jahren
drei 90-minütige Vorträge zur positiven Erziehung (Vortrag 1: Liebend gern erziehen, Vortrag 2: zufriedene und selbstsichere Kinder erziehen, Vortrag 3: Ausgeglichenheit bei Kindern fördern)
- Triple-P-Kurzberatung:
bei Fragen zur Entwicklung der Kinder oder bei leichten Schwierigkeiten
bis zu vier kurze Beratungssitzungen, bei Bedarf auch mit praktischen Übungen
wöchentliche Sitzungen à 30 Minuten
- Triple-P- Gruppentraining:
zum Erlernen allgemeiner Erziehungsfertigkeiten im Umgang mit kindlichen Verhaltensweisen
5 – 12 Eltern(paare) pro Gruppe
wöchentliche Sitzungen über insgesamt 8 Wochen, davon vier 2-stündige Gruppensitzungen und vier 20-minütige individuelle Telefonkontakte z. B. zu positive Erziehung oder dem Umgang mit Problemverhalten
TEEN-Gruppentraining speziell für Eltern von Teenagern ab 10 Jahren
- Triple-P-Einzeltraining:
wöchentliche Sitzungen über insgesamt 8 – 15 Wochen, die jeweils 60 bis 90 Minuten dauern und teilweise als Übungssitzungen zu Hause stattfinden
Anzahl und Dauer der Sitzungen können an die Bedürfnisse angepasst werden
Diagnostik, Wissensvermittlung, Übungen, Hausbesuche
- Stepping-Stones/Triple-P-Gruppentraining:
für Eltern von Kindern mit Behinderungen
meist wöchentliche Sitzungen über insgesamt 9 Wochen, davon fünf 2-stündige Gruppensitzungen und drei 20-minütige individuelle Telefonkontakte und eine 2-stündige Abschlussitzung
5 – 12 Eltern(paare) pro Gruppe

- **Triple-P-Plus:**
baut auf den anderen Triple-P-Angeboten der Ebene 4 (Elternkurs, Einzeltraining) auf
bietet weitergehende Unterstützung in den folgenden Bereichen: Umsetzung von Erziehungsfertigkeiten, Kommunikation und Unterstützung in der Partnerschaft, Bewältigung von Stress, Ärger, Ängstlichkeit oder depressiver Verstimmung
die Angebote werden an Wünsche und Bedürfnisse der Eltern angepasst

Methode: teilweise videovermittelt, praktische Übungen, evtl. Hausbesuche

Umsetzung: Unterschiedliche Intensitätsgrade (Stufen); Stufe 1: Selbsthilfematerialien; Stufe 2: Kurzberatung; Stufe 3/4: kurze Elterntrainings bis zu vier Sitzungen; Stufe 5: umfangreiche familientherapeutische Intervention

Land: Australien, Deutschland etc.

Anbieter: Zahlreiche Kindertagesstätten, Schulen, Beratungsstellen und Familienbildungshäuser verschiedener Träger (ASB, AWO, Caritas, Diakonie, DRK, Johanniter, Malteser u. v. a.), sowie in ergotherapeutischen, kinderärztlichen und psychotherapeutischen Praxen und Kliniken

Entwicklung: Matthew Sanders

Quelle: <http://www.triplep.de/pages/startseite/willkommen.htm>

Ansprechpartner: Ronja Born

Evaluation: summative Evaluation, randomisierte Kontrollgruppe, Follow-up, externe Evaluation (Heinrichs et al., 2006; Hoath & Sanders, 2002)

Effekte im Schnitt im niedrigen bis mittleren Bereich, jedoch bei längerfristiger Behandlung und gravierenden Problemlagen höher (z. B. Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007)

Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., Kuschel, A., Naumann, S., Harstick, S. (2006): Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen: Ergebnisse aus Sicht der Mütter und Väter. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35(2), S. 82 – 96.

Hoath, F. E., Sanders, M. R. (2002): A feasibility study of enhanced group Triple P-Positive Parenting Program for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Behaviour Change, 19(4), S. 191 – 206

Thomas, R., Zimmer-Gembeck, M. J. (2007): Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and triple P - Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. In: Journal of Abnormal Child Psychology, 35(3), S. 475 – 495.

WELCOME

Zielgruppe: Alle Eltern in einer Übergangssituation, Eltern die nach der Geburt eines Kindes Unterstützung brauchen

Ziele:

- Überlastung vermeiden
- bessere Bindung zwischen Eltern und Kind
- soziale Netzwerke bilden

Inhalt: Entlastung in einer familiären Übergangssituation, ehrenamtliche Mitarbeiterin kommt ins Haus, passt auf das Baby auf, während die Mutter sich ausruht, begleitet beim Gang zum Kinderarzt, spielt mit dem Geschwisterkind, macht Einkäufe und hört zu.

Methode: zuhören, aufpassen, spielen, entlasten

Umsetzung: Ehrenamtliche Mitarbeiter kommen in die Familie und helfen

Land: Deutschland

Entwicklung: Rose Volz-Schmidt

Quelle: <http://www.welcome-online.de/cgi-bin/adframe/index.html>

Ansprechpartner: Herr Lörcher

Evaluation: formative, externe Evaluation, Verfügbar unter: http://www.welcome-online.de/was_wir_tun/familien_in_not/welcome_fee_hamburg/pdf/Evaluation-welcome-Fee-Hamburg.pdf [08.08.2012]

ZUKUNFT FÜR KINDER

Zielgruppe: Familien mit Kindern, die an einer chronischen Erkrankung oder Behinderung leiden bzw. hiervon bedroht sind, Familien, die psychosozial besonders belastet sind und Kinder, die aufgrund medizinischer oder sozialer Fragestellungen während der ersten 1 – 3 Lebensjahre fortlaufender Beobachtung bedürfen

Ziele:

- drohende Langzeitdefizite kompensieren
- Optimieren der Vernetzung der in Düsseldorf bereits zur Verfügung stehenden Hilfen und Angebote

Inhalt: Kompensation von Langzeitdefiziten; Beratung; Case-Management-Programm: welche Hilfe brauchen Eltern, vermittelnde Hilfe

Methode: multiprofessionelle Betreuung, gesamte Angebotspalette der Kinder- und Jugendhilfe sowie alle in Frage kommenden Angebote der Gesundheitshilfe, „Grünes Heft“, entwicklungspsycholo-

gische Beratung, ein ressourcenorientiertes und videogestütztes Beratungskonzept zur Förderung einer sicheren Eltern-Kind-Bindung

Umsetzung: Besuchstermin, Hilfeplan, „Grünes Heft“, das in das Programm eingebunden ist, beinhaltet eine monatliche kinderärztliche Untersuchung und damit eine höhere Frequenz an Vorsorgeuntersuchungen als gesetzlich vorgesehen

Land: Deutschland

Anbieter: Gesundheitsamt Düsseldorf

Besonderheiten: Zusammenarbeit von Jugendamt, Gesundheitsamt und der Gesundheitskonferenz der Stadt in Kooperation mit Düsseldorfer Geburtskliniken und niedergelassenen Kinderärzten

Entwicklung: Präventionsprogramm der nordrhein-westfälischen Landeshauptstadt Düsseldorf

Quelle: http://www.duesseldorf.de/gesundheit/zukunft_fuer_kinder/zukunft_2/index.shtml

Ansprechpartner: Petra Funger

Evaluation: externe Evaluation durch die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm

Informationen verfügbar unter: <http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/zukunft-fuer-kinder-in-duesseldorf.html>
[08.08.2012]

6.2 Internationale Programme

ACTIVE PARENTING NOW

Zielgruppe: Eltern von 2 bis 12-jährigen Kindern

Ziele: Verbesserung der Erziehungskompetenzen von Eltern

Hintergrund: Alfred Adler – gegenseitiger Respekt zwischen den Familienmitgliedern, demokratische Familie

Inhalt: Ermutigung, Stärkung des Selbstbewusstseins der Kinder, gute Beziehung zwischen Eltern und Kindern (aktives Zuhören, ehrliche Kommunikation und Problemlösen); Eltern lernen natürliche und logische Konsequenzen anzuwenden, um unverantwortliches und nicht akzeptierbares Verhalten zu reduzieren.

Methode: Videobasiertes Erziehungsprogramm – Fallbeispiele von Erziehungsverhalten – autoritativ, permissiv und autoritär; Lehrbuch mit Informationen, Praxishinweisen und Hausaufgaben

Umsetzung: 6 Wochen à 2 h

Land: USA

Besonderheiten: dieser Kurs wird auch in Spanisch, Arabisch, Japanisch, Koreanisch, Schwedisch und Chinesisch angeboten

Quelle: <http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=110>; <http://www.activeparenting.com/>

Evaluation: Summative Evaluation, randomisierte Kontrollgruppe, keine Follow-up-Untersuchung (Boccella, 1987)

Boccella, E. (1987): Effects of the Active Parenting program on attitudinal change of parents, parent perceived behavioral change of children, and parent perceived change in family environment (Doctoral dissertation, Temple University, 1987).

Summative Evaluation, nicht-randomisierte Kontrollgruppe, keine Follow-up-Untersuchung, interne Evaluation, verfügbar unter: http://www.activeparenting.com/Research_field_study [08.08.2012]

CHILDREN FIRST

Zielgruppe: Familien mit geringem Einkommen (\$18,000 – 20,000) und mindestens einem Kind zwischen wenigen Wochen und 5 Jahren

Ziele: Familien mit geringem Einkommen helfen, die Fähigkeiten zum erfolgreichen Erziehen zu erwerben; Kinder „kindergarten-bereit“ zu machen

Hintergrund:

Inhalt: unterschiedliche Programme

- Early Head Start: für Kinder von der Geburt bis zu drei Jahren; Förderung einer gesunden Entwicklung
- Head Start: für Kinder im Alter von 3 und 4 Jahren; Förderung der sozialen und kognitiven Entwicklung
- Early Childhood Education: kostenlose oder billigere Leistungen für Familien mit geringem Einkommen
- Families First Initiative: enthält bestimmte weitere Programme wie Nurturing Dads Initiative, Career Readiness for Woman, Grand Champions

Jedes Kind und die Familie erhält:

- ganztägige frühkindliche Erziehung/Bildung
- 2 gesunde Essen und Snacks täglich
- Gesundheits- und Entwicklungstests
- Aktivitäten zur Stabilisierung der Familien
- Erziehungstraining
- therapeutische Unterstützung, wenn notwendig
- hochmoderne Klassenzimmer

Methode: Anhand von Videosequenzen werden typische Schwierigkeiten und Konfliktbereiche mit Kindern im Scheidungskontext thematisiert und Reaktionsmöglichkeiten sowie konstruktive Kommunikations- und Konfliktlösestile erarbeitet.

Umsetzung: entweder als eine 4-stündige oder als zwei 2-stündige Einheiten

Jeder Familie wird ein Family Advocate zugeteilt, der sich um die basalen Bedürfnisse der Familie kümmert (Haushalt, Essen, Kleidung, Arbeit, Gesundheit)

Land: USA

Evaluation: (Goodman, Bonds, Sandler & Braver, 2004; Kramer, K. M., Arbuthnot, Gordon, Rousis & Hoza, 1998; Kramer, L. & Washo, 1993)

Summative Evaluation, Kontrollgruppe, zwei Elternprogramme für Scheidungsfamilien: Children in the Middle (CIM) und Children First in Divorce (CFD); Eltern aller Gruppen (Experimental und Kontrollgruppe) mit besseren Kommunikationsfertigkeiten und mehr Wissen zum Thema Scheidung erlebten einen intensiveren Austausch mit anderen Eltern, weniger Elternkonflikte, weniger häusliche Gewalt und bezogen die Kinder weniger in den elterlichen Konflikt mit ein (Kramer, K. M. et al., 1998).

Kramer, K. M., Arbuthnot, J., Gordon, D. A., Rousis, N. J., Hoza, J. (1998): Effects of skill based versus information based divorced education programs on domestic violence and parental communication. In: Family Court Review, 36(1), S. 9 – 31.

Kramer, L., Washo, C. A. (1993): Evaluation of a court-mandated prevention program for divorcing parents: The Children First program. In: Family Relations, 42, S. 179 – 465. <http://www.jstor.org/stable/585452?seq=1>

Goodman, M., Bonds, D., Sandler, I. N., Braver, S. L. (2004): Parent psycho-educational programs and reducing the negative effects of interparental conflict following divorce. In: Family Court Review, 42(2), S. 263 – 279.

CHILDREN IN THE MIDDLE

Zielgruppe: Eltern mit Kindern von 3 bis 15 Jahren, die in Scheidung leben

Hintergrund: Forschungsergebnisse, die besagen, dass die von Kindern am häufigsten und stressigsten erlebten Loyalitäts-Konflikte solche sind, derer sich die Eltern gar nicht bewusst sind

Inhalt: hilft Eltern besser mit den kindlichen Reaktionen auf Scheidung umzugehen

Methode: Videos

Umsetzung: 37-minütiges Video für Eltern – Themen, wie z. B. „Wie halte ich die Kinder aus dem Konflikt raus?“, 30-minütiges Video für Kinder „Kinder lernen verstehen, warum Eltern sich getrennt haben“

Land: USA, Neuseeland

Anbieter: Center for Divorce Education

Entwicklung: von Dr. Donald Gordon der Ohio University und Dr. Jack Arbuthnot von der Ohio University

Quelle: <http://www.divorce-education.com/CIM.pdf>

Evaluation: (Arbuthnot & Gordon, 1996; Gillard & Seymour, 2005; Kramer, K. M. et al., 1998)

Summative Evaluation, mit Follow-up-Untersuchung nach sechs Monaten, Kontrollgruppe. Eltern, die am gerichtlich bestimmten Kurs teilgenommen haben, konnten mit ihrem Ex-Partner Situationen, die sich auf das Kind bezogen, besser klären und ließen das Kind mehr Zeit mit dem anderen Elternteil verbringen (Arbuthnot & Gordon, 1996).

Arbuthnot, J., Gordon, D. A. (1996): Does mandatory divorce education for parents work? A six-month outcome evaluation. In: Family and Conciliation Courts Review, 34(1), S. 60 – 81.

Kramer, K. M., Arbuthnot, J., Gordon, D. A., Rousis, N. J., Hoza, J. (1998): Effects of skill-based versus information-based divorce education programs on domestic violence and parental communication. In: Family and Conciliation Courts Review, 36(1), S. 9 – 31.

Gillard, L., Seymour, F. (2005). Children in the Middle: A Parent Education Program for Separated parents. Family Courts Association, Auckland.

DADS FOR LIFE (DFL)

Zielgruppe: getrennt lebende Väter

Inhalt: stärken der Vater-Kind-Beziehungen (Qualität + Quantität), Elternbeziehung verbessern bzw. elterliche Konflikte minimieren und somit Wohlbefinden der Kinder verbessern

Methode: Gruppensitzung, Video

Umsetzung: 8 Gruppen-, 2 Einzelsitzungen; Videos: 8 Kurzfilme über getrennte Väter als Kern jeder Sitzung

Land: USA, Singapur

Quelle: <http://prc.asu.edu/Projects/DFL>

Evaluation: (Braver, Griffin & Cookston, 2005; Cookston, Braver, Griffin, De Lusé & Miles, 2007)

Vorher-Nachher-Evaluation mit Video-Beobachtung; Kontrollgruppe Kinder, deren geschiedene Väter an DFL-Programm teilgenommen haben, zeigten in Video-Aufnahmen weniger internalisierendes Problemverhalten. Der präventive Einfluss war für diejenigen Kinder am stärksten, die zuvor am meisten Probleme gezeigt hatten (Braver et al., 2005).

Braver, S. L., Griffin, W. A., Cookston, J. T. (2005): Prevention Programs for Divorced Nonresident Fathers. In: Family Court Review, 43(1), S. 81 – 96.

Cookston, J. T., Braver, S. L., Griffin, W., De Luse, S. R., Miles, J. C. (2007): *Effects of the Dads for Life Intervention on Interparental Conflict and Coparenting in the Two Years After Divorce*. In: *Family Process*, 46(1), S. 123 – 137.

DARE TO BE YOU

Zielgruppe: Familien mit Kindern von 2 bis 5 Jahren, Familien mit Kindern von 5 bis 8 Jahren und den Lehrern, Familien mit Kindern von 11 bis 14 Jahren; Lehrer und Personal von Programmen nach der Schule, Teams von Gemeindearbeitern, die mit Jugendlichen arbeiten; teen peer educators

Hintergrund: Banduras Theorie der sozial-kognitiven Entwicklung und Bronfenbrenners Theorie der ökologischen Systeme

Inhalt:

D decision making/problem solving: Entscheidungs- und Problemlösefähigkeiten

A assertiveness/communication/social skills: soziale und kommunikative Fähigkeiten

R responsibility/role modeling: Verantwortlichkeit

E efficacy/esteem for self and others/empathy development: Empathie und Wertschätzung für sich selbst und andere, Selbstwirksamkeit

Umsetzung: Erster Workshop zu Selbstwirksamkeit und Selbstwert und zweiter Workshop zu Selbstwirksamkeit. Dann restliche Fähigkeiten in 11 – 12-Wochen-Seminaren

Land: USA

Anbieter:

Entwicklung: Jan Miller-Heyl

Quelle: <http://www.colostate.edu/Depts/CoopExt/DTBY/>

Evaluation: (Head Start-University Partnership Grant DTBY Final Evaluation Report, 2000; Miller-Heyl, MacPhee & Fritz, 1998)

Summative Evaluation, randomisierte Kontrollgruppe, Follow-up-Untersuchung: anhaltende Verbesserung eines demokratischen Erziehungsstils und der elterlichen Selbsteinschätzung, Abnahme eines sehr strengen Erziehungsstils, oppositionelles Verhalten der Kinder verringerte sich (Miller-Heyl et al., 1998).

Miller-Heyl, J., MacPhee, D., Fritz, J.J. (1998): DARE to be You: A family-support, early prevention program. In: Journal of Primary Prevention, 18(3), S. 257-285.

Head Start-University Partnership Grant DTBY Final Evaluation Report. (2000).

EARLY CHILDHOOD PARENTING SKILLS (ECPS)

Zielgruppe: Eltern mit Kindern im Alter von 0 bis 8 Jahren

Hintergrund: Das Programm verbindet allgemeines Wissen und alltägliche Erfahrungen mit aktuellen und validierten Erkenntnissen aus der Kinder- und Familienpsychologie und der Verhaltensforschung.

Inhalt: Entwicklung des kindlichen Persönlichkeitsmodells, Evaluierung der Beziehung zwischen Eltern und Kind, Aufbau und Stabilisierung der Beziehung zwischen Eltern und Kind, Disziplin, Umgang mit dem kindlichen Verhalten, Umgang mit Emotionen

Methode: Wissensvermittlung, Diskussionen, Übungen, Rollenspiele und Hausaufgaben. Alle Hausaufgaben und die dabei entstandenen Schwierigkeiten oder Fragen werden zu Beginn jeder Sitzung besprochen

Umsetzung: 19 Hauptsitzungen (Basiskurs) oder drei unterschiedlich verkürzten Kursen mit 7 bis 11 Sitzungseinheiten; 4 bis 7 Paare; ½ bis 2 Stunden wöchentlich bis zweiwöchentlich

Erweiterung des Kurses bis zu 5 Sitzungen, beinhaltet Vorträge und Workshops zu bestimmten Themen, wie beispielsweise besondere Erziehungsmaßnahmen für auffällige Kinder, schulische Unterstützung, Kommunikation mit Lehrer/innen oder die Nutzung sozialer Unterstützungsangebote.

Besonderheiten: ein weiterer Raum in nächster Nähe des Kurses und eine Fachkraft zur Betreuung der Kinder

Entwicklung: 1996 von R.R. Abidin

Quelle: http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Fachbeitrag/a_Familienbildung/s_327.html

Evaluation: Ob eine Evaluation existiert, konnte nicht eruiert werden

FAMILY CARING

Zielgruppe: Eltern und ihre Kinder

Hintergrund: Adler, Bowens Familien-Systeme, Reality Therapy, Reevaluation Counselling und Personenzentrierte Gesprächstherapie

Inhalt: Verbesserung der Kommunikation in der Familie; Entscheidungsbalance zwischen Partner und Eltern/Kindern; Verbesserung der Durchsetzungsfähigkeit

Methode: Handbuch, Video-Demonstration

Umsetzung: Unterschiedliche Programme für 0 – 5-Jährige, 5 – 15-Jährige und Teenager; 8 – 12 Teilnehmer; Teilnehmer-Handbuch mit Fallbeispielen, Praxisübungen; meist auch Video- Demonstration mit typischen Familiensituationen

Land: UK

Anbieter: NHS Trusts, Borough Councils (Early Years and Child Care Departments), Community Education, Schulen, Kirchen etc.

Besonderheiten: Family Caring Trust unterstützt die Initiative anderer Anbieter, ihre Trainings durchzuführen, stellt Ressourcen zur Verfügung, aber organisiert die Anbieter nicht

Entwicklung: Family Caring Trust mit anderen Anbietern in Großbritannien und Irland

Quelle: <http://www.familycaring.co.uk/training.htm>

Evaluation:

Summative Evaluation mit Follow-up-Untersuchung; die Ergebnisse des standardisierten Tests, die vom Department der Psychologie an der Universität von Ulster verwendet wurden, zeigen eine signifikante Abschwächung bei der klinischen Skala von Ängstlichkeit und Depressivität von Eltern, die den Kurs 5 bis 15 mitmachten. Auch zeigte sich ein Anstieg von Coping Strategien, Eltern streiten weniger und waren ruhiger, hatten mehr Energie nach Abschluss des Kurses. Weitere Untersuchungen 3 und 9 Monate später bestätigten, dass diese Veränderungen von den Eltern internalisiert wurden. Ein negatives Ergebnis war, dass es keine signifikante Veränderung hinsichtlich dessen gab, wie Eltern sich selbst sehen oder Freude an der Erziehung entwickelten. (Long, McCarney, Smyth, Magorrian & Dillon, 2001).

Long, A., McCarney, S., Smyth, G., Magorrian, N., Dillon, A. (2001): The effectiveness of parenting programmes facilitated by health visitors. In: Journal of Advanced Nursing, 34(5), S. 611 – 620.

FAST-TRACK (FAMILY AND SCHOOL TOGETHER)

Zielgruppe: für soziale schwache Familien mit Problemkindern im Alter zwischen 4 und 12 Jahren

Hintergrund: Familien-Stress-Theorie, Familiensystemtheorie, sozial-ökologische Theorie der Kindesentwicklung, Bildungs- und Gemeinschaftsentwicklungstheorie

Inhalt: Das Funktionieren der Familie verbessern; Schulmisserfolg und Schulabbruch der Kinder verhindern; Substanzmissbrauch durch das Kind und andere Familienmitglieder verhindern; Alltagsstress von Eltern und Kindern reduzieren

Methode: „Spieltherapie“ (Spezialspiel), in der Eltern mit den Kindern in non-direktiver Art spielen, strukturierte Interaktionen der gesamten Familie und elterliche Selbsthilfegruppe, Hausbesuche

Umsetzung: FAST-Elterntraining besteht aus 3 Komponenten: Die Eltern erreichen (5 – 25 Familien); wöchentliche Gruppensitzungen mehrerer Familien für 8 – 10 Wochen; monatliche Treffen, 2 Jahre lang, von Eltern initiiert und geleitet; Elterngruppen treffen sich zunächst für ca. 8 Wochen unter professioneller Anleitung und arbeiten für weitere Jahre selbstständig weiter

FAST Babies für junge Mütter und Väter (14 – 25 Jahre), ihre Kinder (0 – 3 Jahre) und eine Unterstützungsperson (am besten Großmutter der jungen Mutter)

Early Childhood FAST für Kindern in der Vorschule bzw. frühen Kindheit und ihre Familien

Elementary School FAST, das häufigste FAST-Modell, für Kinder im Kindergarten bis zur 5. Klasse und ihre Familien

Multi-Komponenten-Programm (Elterntraining, regelmäßige Hausbesuche, Soziales Kompetenztraining für Kinder, Lesetraining, Klassenintervention)

Middle School FAST für Kinder in der 6. bis 8. Klasse und ihre Familien

Land: Kanada, Deutschland, Australien, Österreich, Russland

Besonderheiten: Trainer sollen aus gleicher sozialer Schicht stammen wie Teilnehmer

Entwicklung: Lynn McDonald (University of Wisconsin, Madison, USA), Conduct Problems Prevention Research Group

Quelle: http://www.partners-in-education.com/pages/germany/best_practice/fast.html ;
http://www.wcer.wisc.edu/projects/projects.php?project_num=64 ;
<http://www.promoteprevent.org/publications/ebi-factsheets/families-and-schools-together-fast>

Evaluation: vielfach evaluiert; zehn kontrollierte Evaluationsstudien mit positiven Ergebnissen, u.a. (Kratochwill et al., 2009; Kratochwill et al., 2004; McDonald et al., 2006)

Kratochwill, T. R., McDonald, L., Levin, J. R., Scalia, P. A., Coover, G. (2009): Families and schools together: An experimental study of multi-family support groups for children at risk. In: Journal of School Psychology, 47(4), S. 245 – 265.

Kratochwill, T. R., McDonald, L., Levin, J. R., Young, B. T. (2004): Families and Schools Together: an experimental analysis of a parent-mediated multi-family group program for American Indian children. In: Journal of School Psychology, 42(5), S. 359 – 383.

McDonald, L., Moberg, D. P., Brown, R., Rodriguez-Espiricueta, I., Flores, N. I., Burke, M. P. et al. (2006): After-school multifamily groups: A randomized controlled trial involving low-income, urban, Latino children. In: Children and Schools, 28(1), S. 25 – 34.

GUIDE-BY-YOUR-SIDE PROGRAM

Zielgruppe: Eltern von tauben oder schwerhörigen Kindern

Inhalt: Beziehungsaufbau mit anderen Eltern schwerhörige/tauber Kinder; Informationen über Kommunikationsmöglichkeiten, Einzigartigkeit des Kindes, Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten

Methode: Informationen, Netzwerk

Umsetzung: Kontaktaufnahme mit der Familie durch „parent guide“ (Elternteil mit eigenem tauben/schwerhörigen Kind), 24 h nach Überweisung; Hausbesuch; Bezahlung für Besuche bis zu 6 h (meist mehr als 3 Hausbesuche)

Land: Wisconsin, USA

Anbieter: handsandvoices

Quelle: www.handsandvoices.org/services/guide.htm

Evaluation: qualitative, nicht verfügbar

HOW TO TALK SO KIDS WILL LISTEN AND LISTEN SO KIDS WILL TALK

Zielgruppe: Eltern, Erzieher, etc.

Hintergrund: Buch

Inhalt: empathisches Zuhören, Selbstwahrnehmung, Problemlösekompetenzen, Großziehen von selbstbewussten, unabhängigen Kindern, Umgang mit negativen Gefühlen, Akzeptanz und Bemerken von Gefühlen der Kinder, Kooperieren, Erwartungen formulieren, Wahlmöglichkeiten geben, Grenzen setzen, loben

Methode: Workshop auf DVD, Video oder Audio

Umsetzung: 6 Sitzungen; 6 x 30-minütige Videos oder Audios; selbständiger, do-it-yourself-Kurs

Land: USA

Besonderheiten: basierend auf dem Buch

Entwicklung: Elaine Mazlish & Adele Faber

Quelle: <http://www.fabermazlish.com/index2.htm>

Evaluation: Bei einem Vergleich von 5 verschiedenen, neu entwickelten Elterntrainings, entwickelten sich die Eltern, die an „How to talk...“ teilnahmen, signifikant hinsichtlich ihres Selbstwertes und verbesserten sich auch in weiteren Bereichen (Fetsch & Gebeke, 1995).

Fetsch, Robert J., Gebeke, Deb. (1995): Colorado and North Dakota Strengthening Marriage and Family Programs Increase Positive Family Functioning Levels. In: the Journal of Extension, 33 (1).

KIDS IN DIVORCE AND SEPARATION (K.I.D.S)

Zielgruppe: Eltern in/nach Trennung/Scheidung

Ziele:

- Vermittlung eines besseren Verständnisses für die Auswirkungen einer elterlichen Scheidung und elterliche Konflikte auf Kinder vermitteln
- Konfliktverhalten der Eltern verbessern

Inhalt: Erzeugen von Verständnis bei den Eltern über die Auswirkungen einer Trennung auf die Kinder; Vermittlung konstruktiver Kommunikations- und Konfliktlösestrategien; Verhaltensänderungen im Sinne konstruktiverer Konfliktlösung; Erarbeitung realistischer Kognitionen und Selbstwirksamkeitserwartungen; Thematisierung des Zusammenhangs zwischen Trennung, elterlichem Konflikt und Anpassung der Kinder

Methode: Wissensvermittlung, psychoedukatives Programm

Umsetzung: vierstündige Sitzung; Kleingruppe; 30 Dollar Kosten für jeden teilnehmenden Elternteil

Land: USA

Anbieter:

Entwicklung: auf Basis von Forschung zu Trennung und kindlicher Anpassung sowie unter kritischer Sichtweise bereits existierender Programme zu Trennung und Scheidung

Quelle: http://www.lpoy.org/k_i_d_s_.htm

Evaluation: Kontrollgruppe, verbessert Wissen und Verhalten bei elterlichen Konflikten. Eltern sind mit dem vorliegenden Programm zufriedener als die Kontrollgruppe (Shifflett & Cummings, 1999)

Shifflett, K., Cummings, E. M. (1999): A Program for Educating Parents about the Effects of Divorce and Conflict on Children: An Initial Evaluation. In: Family Relations, 48(1), S. 79 – 89.

LOVE AND LOGIC

Inhalt: Arten von Eltern (Helicopter, Drill Sergeant and Consultant); Anleitung geben; Kontrolle; Grenzen setzen; Aussagen treffen (entweder ... oder); Empathie vorleben, damit Kinder aus den Konsequenzen ihres Verhaltens lernen; das positive Selbst-Konzept der Kinder stärken; zu Autonomie ermuntern; Konsequenzen und Time-out; Unterschiede zwischen Konsequenzen und Bestrafung

Methode: wahlweise Webseminar oder Gruppenseminar; Bücher, CD, DVD

Umsetzung: Sechs Module: 1: Verantwortungsvolle Kinder großziehen; 2: Love and Logic® Formel: Anleitung geben und Grenzen setzen; 3: Kontrolle; 4: Wer hat das Problem?; 5: Möglichkeiten des (Über)Denkens; 6: Empathie und Konsequenzen

Entwicklung: Jim Fay und Foster W. Cline

Quelle: <http://www.loveandlogic.com/>

Evaluation: Summative Evaluation, keine Kontrollgruppe, keine follow-up-Untersuchung, interne Evaluation (Fay).

Fay, C (): Effects of the Becoming a Love and Logic® Parent Training Program on parents' perception of their children's behavior and their own parental competences: a preliminary investigation. Verfügbar unter: http://www.loveandlogic.com/pdfs/research_data_bllp.pdf [08.08.2012]

NEW BEGINNINGS

Zielgruppe: Eltern in Trennung

Inhalt: Vermittlung positiver Erziehungskompetenzen, Erhalt positiver Eltern-Kind-Beziehungen, Sensibilisierung dafür, die Kinder aus den Streitigkeiten herauszuhalten und negative Ereignisse im Zusammenhang mit der Trennung zu reduzieren, in zwei Sitzungen werden das elterliche Konfliktverhalten bzw. individuelle Schwierigkeiten fokussiert

Methode: Vortrag bzw. Informationsvermittlung, Demonstration der Skills und Übung der Skills, Hausaufgaben und Hausaufgabenbesprechung

Umsetzung: 10 wöchentliche Gruppensitzungen und 2 individuelle Sitzungen, welche nach der 3. und 6. Gruppensitzung stattfinden

Entwicklung: Arizona State University

Evaluation: (Wolchik, S., Sandler, Weiss & Winslow, 2007; Wolchik, S. A. et al., 2002; Wolchik, S. A. et al., 1993)

Summative Evaluation, Follow-up-Untersuchung nach 6 Jahren, Kontrollgruppe (Wolchik, S. A. et al., 2002)

Wolchik, S. A., Sandler, I. N., Millsap, R. E., Plummer, B. A., Greene, S. M., Anderson, E. R., et al. (2002): Six-year follow-up of preventive interventions for children of divorce: A randomized controlled trial. In: Journal of the American Medical Association, 288(15), S. 1874 – 1881.

Wolchik, S., Sandler, I., Weiss, L., Winslow, E. (2007): New Beginnings: An empirically-based program to help divorced mothers promote resilience in their children. In: Briesmeister, J. M., Schaefer, C. E. (Eds.), Handbook of parent training: Helping parents prevent and solve problem behaviors (3rd ed.). John Wiley & Sons, New York, S. 25 – 62.

Wolchik, S. A., West, S. G., Westover, S., Sandler, I. N., Martin, A., Lustig, J., et al. (1993): The children of divorce parenting intervention: Outcome evaluation of an empirically based program. In: American Journal of Community Psychology, 21(3), S. 293 – 331.

NURSE-FAMILY PARTNERSHIP

Zielgruppe: Ersteltern mit niedrigem Einkommen

Inhalt: Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens; Informationen zu Diätvorschriften, Reduzierung von Zigaretten, Alkohol, illegalen Drogen; Schwangerschaftsprobleme; Kinderkrankheiten; Stärkung und Förderung der Eltern-Kind-Beziehung; Schaffung eines sicheren Haushalts; Weiterbildungsoptionen

Methode: standardisierte Inhalte bei Hausbesuchen; Informationen

Umsetzung: max. 13 Besuche während der Schwangerschaft und 47 nach der Geburt

Land: 32 Staaten der USA

Entwicklung: Prof. David Olds, University of Colorado Denver und Kollegen

Quelle: <http://www.nursefamilypartnership.org/>

Evaluation: (Olds et al., 1997; Olds, Kitzman, et al., 2004; Olds, Robinson, et al., 2004)

Dieser Artikel bietet einen Überblick über drei Evaluationsstudien, die zu diesem Programm durchgeführt wurden. Alle drei waren summative Evaluationen, hatten randomisierte Kontrollgruppen, und

Follow-up-Untersuchungen bis zu 15 Jahren nach Geburt des Kindes. Die Ergebnisse sind hier kurz zusammengefasst:

- Es konnte keine empirische Evidenz für den Einfluss des Programms auf Folgendes gefunden werden: Geburtsgewicht des Kindes, Schwangerschaftsdauer, vorzeitige Geburt, IQ des Kindes, mütterlicher Bildungsgrad, Zeit, die die Mutter beruflich beschäftigt war
- Widersprüchliche Ergebnisse, ob das Programm einen positiven Einfluss hat, gibt es für die Aspekte: Zahl der zukünftigen Schwangerschaften, Zeit, die die Mutter von staatlichen Transferleistungen abhängig war, ob die Mutter heiratete, Missbrauch des Kindes
- Einige Ergebnisse deuten darauf hin, dass dieses Programm Einfluss hat auf: das mütterliche Bewusstsein für Angebote rund um die Schwangerschaft, einige geistige Fähigkeiten des Kindes, reduziert die Anzahl häuslicher Unfälle, bei Hoch-Risiko- Müttern und ihren Kindern hatte das Programm zusätzlich Einfluss auf Kriminalität
- Überzeugende empirische Evidenz gibt es dafür, dass dieses Programm Folgendes reduziert: die Menge an Zigaretten, die die Mütter in der Schwangerschaft rauchen, Fälle gefährlichen Verschluckens bei den Kindern, die Anzahl der Tage, die die Kinder im Krankenhaus verbrachten.

Generell gibt es auch noch Evidenz, dass das Nurse-Family-Programm besonders nützlich für Mütter und Kindern mit vielen Risikofaktoren ist (Argosy Foundation, 2006).

Argosy Foundation. (2006): Research Brief: Nurse-Family Partnership; Verfügbar unter: http://www.argosyfund.org/usr_doc/Nurse_Family_Brief.pdf [07.08 2012].

Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Jr., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., et al. (1997): Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. In: Journal of the American Medical Association, 278(8), S. 637-643.

Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., et al. (2004): Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial. In: Pediatrics, 114(6), S. 1550-1559.

Olds, D. L., Robinson, J., Pettitt, L., Luckey, D. W., Holmberg, J., Ng, R. K., et al. (2004): Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: Age 4 follow-up results of a randomized trial. In: Pediatrics, 114(6), S. 1560-1568.

NURTURING PARENTING PROGRAMS

Zielgruppe: alle Familien mit Missbrauchs- oder Vernachlässigungsrisiko und Kindern bis 18 Jahren; unterschiedliche Subprogramme für unterschiedliche Altersstufen

Inhalt: Förderung von Selbstbewusstsein, Selbstwert und einem positiven Selbstkonzept; Empathie, Alternativen zu Schlagen und Schreien entwickeln; Verbesserung der familiären Kommunikation und des Bewusstseins für Bedürfnisse; missbräuchliches Verhalten durch pflegendes Verhalten ersetzen, Unterstützung einer gesunden physischen und emotionalen Entwicklung; Entwicklung geeigneter Rollen- und Entwicklungserwartungen

Umsetzung: zu Hause, in einer Gruppe am Ort des Anbieters oder kombiniert; getrennte Gruppen für Eltern und Kinder

Land: USA

Anbieter:

Besonderheiten: Adaptionen für spezielle Subpopulationen wie Hmong-Familien, Militärfamilien, hispanische Familien, afro-amerikanische Familien, Eltern im Teenager-Alter, Stief- und Adoptivfamilien, Familien mit Alkoholbehandlung, Familien mit Kindern mit gesundheitlichen Problemen etc.

Entwicklung: in einer nationalen 3-Jahres-Studie von 1983 – 1985 durch Stephen J. Bavolek

Quelle: <http://www.nurturingparenting.com/home.php>

Evaluation: (Bavolek, Comstock & W., 1983; Bavolek, Henderson & Schultz, 1988; Hodnett, Faulk, Dellinger & Maher, 2009)

Weniger Kindesmissbrauch 6 Monate nach Teilnahme am Programm, wenn Betreuungsperson mehrere Kurseinheiten besucht hat. Nach 2 Jahren zeigen sich in diesen Familien ebenfalls weniger Vorfälle von Kindesmisshandlung (Maher, Marcynyszyn, Corwin & Hodnett, 2011).

Maher, E. J., Marcynyszyn, L. A., Corwin, T. W., Hodnett, R. (2011): Dosage matters: The relationship between participation in the Nurturing Parenting Program for infants, toddlers, and preschoolers and subsequent child maltreatment. In: Children and Youth Services Review.

Hodnett, R. H., Faulk, K., Dellinger, A., Maher, E. (2009): Evaluation of the statewide implementation of a parent education program in Louisiana's child welfare agency: The Nurturing Parent Program for infants, toddlers, and preschool children. Final evaluation report submitted to Casey Family Foundations.

Bavolek, S. J., Comstock, C. M., McLaughlin J. W. (1983): The Nurturing Program: A validated approach for reducing dysfunctional family interactions. Final report submitted to the National Institute of Mental Health.

Bavolek, S. J., Henderson, H. L., Schultz, B. B. (1988): Reducing chronic neglect in Utah. Summary of neglect project from September 30, 1985, to December 30, 1987. Grant #90 CA 1161.02. Final report submitted to the U.S. Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect

PARENT-CHILD INTERACTION THERAPY

Inhalt: Förderung von Eltern-Kind-Bindung, Training von Interaktionsfertigkeiten in kind- und eltern-gesteuerten Situationen

Umsetzung: Übung von Interaktionskompetenzen (Eltern und Kind) unter Anleitung und Supervision; 10 – 15 Einzelsitzungen

Entwicklung: Querido & Eyberg, 2005

Quelle: <http://www.pcit.org> ; <http://www.okpcit.org>

Evaluation: (Bagner & Eyberg, 2007; Nixon, Sweeney, Erickson & Touyz, 2003)

Quasi-experimentelles Design, Kontrollgruppe, Follow-up-Untersuchung
Längsschnittliche Ergebnisse für Familien, die an einer Studie zur Parent-Child Interaction Therapy, einem Programm für Kinder mit Verhaltensstörungen, teilgenommen haben. Vergleich zwischen Familien, die am ganzen Programm teilgenommen haben und Familien, die das Programm vorzeitig abgebrochen haben. Familien, die am ganzen Programm teilgenommen haben, zeigen langfristig bessere Ergebnisse (Boggs et al., 2005).

Boggs, S. R., Eyberg, S. M., Edwards, D. L., Rayfield, A., Jacobs, J., Bagner, D., et al. (2005): Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy: A comparison of treatment completers and study dropouts one to three years later. In: Child and Family Behavior Therapy, 26(4), S. 1 – 22.

Bagner, D. M., Eyberg, S. M. (2007): Parent-Child Interaction Therapy for disruptive behavior in children with mental retardation: A randomized controlled trial. In: Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36(3), S. 418 – 429.

Nixon, R. D. V., Sweeney, L., Erickson, D. B., Touyz, S. W. (2003): Parent-Child Interaction Therapy: A comparison of standard and abbreviated treatments for oppositional defiant preschoolers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71(2), S. 251 – 260.

PARENTING COUNTS

Zielgruppe: Eltern mit Kindern von 0 – 5 Jahren

Inhalt: Informationen zu physischer Entwicklung und Gehirnentwicklung; sozialer und emotionaler Entwicklung; Lernen und kognitiver Entwicklung, Kommunikation und Sprachentwicklung; Emotions-coaching

Methode: Erziehungsbuch, DVD, Spielsachen

Umsetzung: Online-Informationen

Land: USA

Anbieter:

Entwicklung: Talaris Institute

Quelle: www.parentingcounts.org

Evaluation: ob das Programm bereits evaluiert wurde, konnte nicht eruiert werden

PARENTING PARTNERSHIP

Zielgruppe: schwangere Eltern und Eltern von Kindern bis 14 Monaten

Ziele: Sicherstellen einer gesunden körperlichen, sozialen, emotionalen und intellektuellen Entwicklung

Inhalt: Wissen und Fertigkeiten über Schwangerschaft und Geburt vermitteln und Selbstvertrauen der Eltern stärken, Erziehung und Kindesentwicklung verbessern; sensitive, responsive und warme Eltern-Kind-Beziehung fördern

Umsetzung: Online-Websessions, Face-to-face-Klassen

Entwicklung: durch Invest in Kids, eine nationale Wohltätigkeitsorganisation

Quelle: <http://casat.unr.edu/bestpractices/view.php?program=7>;
<http://www.parentingpartnership.ca/ContentPage.aspx?name=Parenting-Partnership>

Evaluation: Prozessevaluation (The Phoenix Centre, 2011)

Informationen verfügbar unter:

http://www.phoenixpembroke.com/sites/default/files/TPP_Learnings_Report_FINAL.pdf
[08.08.2012]

PARENTING WISELY

Zielgruppe: Eltern von Kindern von 3 bis 18 Jahren

Inhalt: Umgang mit familiären Konflikten und Problemsituationen

Methode: CD-ROM, Online-Format oder DVD/VHS

Umsetzung: 9 Videos: Darstellung einer Konfliktsituation, danach muss aus einer Liste von Optionen unterschiedlicher Effektivität eine Möglichkeit, wie man sich verhalten könnte, ausgewählt werden, daraufhin wird jede Verhaltensmöglichkeit dargestellt und in einer interaktiven Frage-Antwort-Sitzung kritisiert, jede Sitzung wird mit einem Quiz abgeschlossen

Land: USA, Großbritannien

Anbieter: Sozialeinrichtungen, Schulen, Jugendstrafanstalten, Institutionen der Gemeinde

Besonderheiten:

Entwicklung: Donald A. Gordon und weitere Mitarbeiter der Ohio University

Quelle: www.familyworksinc.com

Evaluation: (Lagges, 1999)

Kontrollgruppe, Follow-up-Untersuchung nach einem Monat und drei Monaten: Im Vergleich zur Kontrollgruppe, die keinerlei Kurs o. ä. absolvierte, berichteten die Mütter, die das Programm nutzten, nach einem Monat, dass sie über mehr Wissen zu Erziehungsstrategien verfügen und dass die Kinder einen und drei Monate nach dem Kurs weniger häufig Problemverhalten zeigten. Zwischen Experimental- und Kontrollgruppe gab es keine Unterschiede hinsichtlich der Aussagen zum Erziehungsverhalten (Kacir & PhD, 2000).

Kacir, C. D., PhD, D. A. G. (2000): Parenting adolescents wisely: The effectiveness of an interactive videodisk parent training program in Appalachia. In: Child & Family Behavior Therapy, 21(4), S. 1 – 22.

Lagges, A., Gordon, D. (1999): Use of an interactive laserdisc parent training program with teenage parents. In: Child and Family Behavior Therapy, 21(2), S. 19 – 37.

PARENTING THROUGH CHANGE

Zielgruppe: getrennte Mütter

Hintergrund: basic social interaction learning theory

Inhalt: Verbesserung der Erziehungsfähigkeiten, Grenzen setzen, Monitoring, Emotionsregulation, Probleme lösen, positives Involvement, Konfliktlösung, Verbesserung der Kontingenten, positive Verstärkung der Eltern

Methode: Zusammenfassung, Diskussion, Hausaufgaben, 30-minütiges Video

Umsetzung: 14 Eltern-Gruppen-Treffen, einmal wöchentlich

Land: USA

Anbieter:

Entwicklung: von M. S. Forgatch

Quelle: siehe „Evaluation“

Evaluation: (Beldavs, Forgatch, Patterson & DeGarmo, 2006; Forgatch & DeGarmo, 1999)

Summative Evaluation, Follow-up-Untersuchungen, Kontrollgruppe, interne Evaluation:
Das Erziehungsverhalten änderte sich signifikant bis zur Untersuchung nach 12 Monaten, weiterhin gab es Veränderungen im Verhalten der Jungen, nach 30 Monaten konnten Veränderungen hinsichtlich der mütterlichen Depressivität festgestellt werden. Interaktionseffekte wurden gefunden, z. B. effektive Erziehung konnte eine Verringerung von Verhaltensproblemen vorhersagen. Der Einfluss auf Internalisierung ist direkt, sowie indirekt teilweise mediiert über das Erziehungsverhalten (DeGarmo, Patterson & Forgatch, 2004).

DeGarmo, D. S., Patterson, G. R., Forgatch, M. S. (2004): How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wane over time? In: Prevention Science, 5(2), S. 73 – 89.

Beldavs, Z. G., Forgatch, M. S., Patterson, G. R., DeGarmo, D. S. (2006): Reducing the detrimental effects of divorce: Enhancing the parental competence of single mothers. In: Heinrichs, N., Hahlweg, K., Döpfner, M. (Eds.), Strengthening families: Evidence-based approaches to support child mental health. Psychotherapie-Verlag, Münster, S. 143 – 185.

Forgatch, M. S., DeGarmo, D. S. (1999): Parenting through change: An effective prevention program for single mothers. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, S. 711 – 724.

PARTNERS WITH FAMILIES AND CHILDREN: SPOKANE

Zielgruppe: Familien mit Kindern unter 30 Monaten, Kinder, die körperlichen oder sexuellen Missbrauch erlebt haben, vernachlässigt wurden, Drogen oder Gewalt ausgesetzt waren, Familien, mit verschiedensten Bedürfnissen (z. B. Umgang mit Geld und Finanzen), Kinder, deren Familien in Verbrechen involviert sind

Hintergrund: Bindungstheorie

Inhalt: Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung, Hilfe bei elterlichem Substanzmissbrauch, Hilfe bei psychischen Problemen

Umsetzung: zu Beginn Hausbesuch durch Personal

Land: USA

Quelle: <http://www.partnerswithfamilies.org>

Evaluation:

Summative Evaluation, Kontrollgruppe, Follow-up-Untersuchung nach 3, 6, 9, 12, 15 und 18 Monaten:

Experimentalgruppe nimmt am Training teil, Kontrollgruppe bekommt normale Unterstützung durch soziale Dienste. Diejenigen Eltern, die am Programm teilgenommen haben, berichteten im Gegensatz zur Kontrollgruppe von keinem Anstieg von Gewalt nach 6 und 12 Monaten. Der elterliche Stress reduzierte sich in der Experimentalgruppe signifikant und diese Eltern berichteten nicht verstärkt von Verhaltensproblemen des Kindes. In Spielsituationen zeigten Eltern der Experimentalgruppe mehr positive Stimmung und mehr Emotionen als Eltern der Kontrollgruppe (Blodgett, 2007).

Blodgett, C. (2007): Final report: Starting Early Starting Smart Project: Partners with Families and Children: Spokane (formerly Casey Family Partners). October 2003, updated 2007. Spokane: Washington State University.

THE INCREDIBLE YEARS TRAINING SERIES

Zielgruppe: Eltern von Kindern mit Verhaltensproblemen, Eltern mit Kindern im Alter von 1 Monat bis 12 Jahre

Hintergrund: Basierend auf PARTNERS

Inhalt: Kinder und ihre Entwicklungsmöglichkeiten respektieren und verstehen, soziale Fertigkeiten, Ausgewogenheit, Coaching, angemessene Erwartungen an das Kind, positive Erziehung, Emotionskontrolle, Problemlösung, Kommunikation, Ärgermanagement, Regeln aufstellen, verlässliche Routinen, Monitoring

Methode: Rollenspiele, Hausaufgaben, Video-Demonstration, etc.

Umsetzung: 5 Programme für Eltern mit Kindern, 2 Kinderprogramme, Lehrerprogramm

BASIC-Training: 5 Kurse: Baby Program (8 – 9 Einheiten), Toddler Program (12 Einheiten), Preschool oder Early Childhood Program (18-20 Einheiten) und Early School-Age Program oder Preadolescent Program (12 – 16 Einheiten)

ADVANCE-Programm (9 – 12 Einheiten) fokussiert stärker interpersonale Fähigkeiten, Ärger- und Depressionsmanagement, Problemlösung für Hoch-Risiko-Familien, Kinder mit Diagnose

Jede Sitzung ist 2 bis 2.5 h lang, wöchentlich, hat zwei Gruppenleiter und 10 – 14 Teilnehmer;

Im Babyprogramm sind die Kinder dabei, ansonsten Kinderbetreuung

Land: USA, Neuseeland, UK, Kanada, Irland, Norwegen, Dänemark, Schweden, Russland, Portugal,

Australien

Besonderheiten: Auch als Lehrer-Training,

Entwicklung: Carolyn Webster-Stratton

Quelle: www.incredibleyears.com

Evaluation:

Summative Evaluation, Follow-up-Untersuchung nach 1 und 2 Jahren:

159 4- bis 6-jährige Kinder mit oppositioneller Verhaltensstörung wurden randomisiert folgenden Gruppen zugeordnet: Elternttraining, Eltern- und Lehrertraining, Kindertraining, Kinder- und Lehrertraining, Kinder-, Eltern- und Lehrertraining. Nach 2 Jahren berichteten Eltern und Lehrer von ca. 75 % der Kinder, dass ihr Verhalten in einem normalen Rahmen lag, ca. 25 % der Kinder hatten auf das Training nicht angesprochen, weder zu Hause noch in der Schule. Kinder, die übergreifende Verhaltensprobleme hatten, profitierten vom Lehrertraining. Hinsichtlich des elterlichen Erziehungsverhaltens, unterschieden sich Kinder, die vom Eltern-Kind-Training profitierten und diejenigen, die nicht darauf angesprochen haben. Die Eltern der sogenannten nonresponders waren kritischer und weniger positiv, dies konnte im Post-Test, sowie im 1- und 2-Jahres-Follow-up beobachtet werden. Für Kinder, die zu Beginn übergreifende Probleme zu Hause und in der Schule hatten, spielte das mütterliche Erziehungsverhalten zu Anfang und der Ehestreit nach dem Programm insofern eine Rolle, dass sie bei der 2-Jahres-Follow-up-Untersuchung wenig Erfolg bei ihren Verhaltensproblemen zu Hause zeigten (Reid, Webster-Stratton & Hammond, 2003).

Reid, M. J., Webster-Stratton, C., Hammond, M. (2003): Follow-up of children who received the Incredible Years intervention for oppositional-defiant disorder: Maintenance and prediction of 2-year outcome. In: Behavior Therapy, 34, S. 471 – 491.

Webster-Stratton, C., Reid, M. J., Hammond, M. (2001): Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. In: Journal of Clinical Child Psychology, 30(3), S. 283 – 302.

TRAUMA-FOCUSED COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY (TF-CBT)

Zielgruppe: Kinder mit einem oder mehreren Traumata und PTSD-Symptomen, Depressionen, Verhaltensproblemen etc. aufgrund des Traumas

Hintergrund: kognitive Verhaltenstherapie, Bindungstheorie, humanistische Theorie und Therapieformen, Familientherapie, Empowerment-Konzept

Inhalt: Psychoedukation über Trauma und kindliche Reaktionen darauf, Förderung von Erziehungskompetenzen, um die kindliche Anpassung an das Trauma zu fördern, Entspannungs- und Stress-Management-Fähigkeiten, adäquater Emotionsausdruck und Emotionsmodulation, Modifikation dysfunktionaler Gedanken über das Trauma, Erzählung des traumatischen Ereignisses, In-vivo-Konfrontation mit Situationen, die das Kind an das Trauma erinnern, Förderung des Gesprächs zwischen Eltern und Kind über das Trauma

Methode: Entspannungstechniken, kognitiv-behaviorale Methoden (Exposition, kognitive Umstrukturierung), narrative Methoden etc.

Umsetzung: 12 Sitzungen, individuelle Sitzungen für das Kind und für die Eltern sowie gemeinsame Sitzungen für Kind und Eltern

Land: USA

Anbieter: Kliniken, Ambulanzen

Besonderheiten: auch ohne die Teilnahme der Eltern möglich

Entwicklung: National Child Traumatic Stress Network's (NCTSN) Sexual Abuse Task Force

Quelle: http://www.nctsnet.org/nctsn_assets/pdfs/TF-CBT_Implementation_Manual.pdf

Evaluation: (Cohen, J. A., Deblinger, Mannarino & Steer, 2004)

Summative Evaluation, randomisierte Kontrollgruppe, Follow-up-Untersuchung: 82 sexuell missbrauchte Kinder im Alter von 8 – 15 Jahren und ihr Erziehungsberechtigter wurden randomisiert zu zwei verschiedenen Therapien zugeordnet. Zum einen zu trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT), zum anderen zu non-directive supportive therapy (NST). Sie nahmen jeweils an 12 Einheiten teil. Nach 12 Monaten wurden die Symptome überprüft. Es konnten signifikante Effekte zugunsten der TF-CBT-Gruppe bei Depressivität, Angst und sexuelle Probleme gefunden werden. Bei denjenigen, die das Programm beendet haben, zeigen sich für die TF-CBT-Gruppe nach 6 Monaten signifikant größere Fortschritte bei Angst, Depressivität, sexuellen Problemen, Dissoziation, nach 12 Monaten bei posttraumatischen Belastungssyndromen und bei Dissoziation (Cohen, J. A., Mannarino & Knudsen, 2005).

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Knudsen, K. (2005): Treating sexually abused children: One year follow-up of a randomized controlled trial. In: Child Abuse and Neglect, 29(2), S. 135 – 145.

Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., Steer, R. A. (2004): A multi-site, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43 (4), S. 393 – 402.

VIDEO-HOME-TRAINING (VHT)

Zielgruppe: Familien mit Erziehungsschwierigkeiten

Inhalt: Eltern in ihrer Erziehungskompetenz und in ihrem Selbstwertgefühl stärken, Förderung der Basiskommunikation der Eltern, Kinder anders und genauer wahrnehmen, ihre Bedürfnisse und Fähigkeiten erkennen

Methode: Videos und deren Analyse

Umsetzung: 6 – 10 Einheiten (eine Einheit = Aufnahme- und Rückschaukontakt)

Erste Einheit: gegenseitiges Kennenlernen, Abstimmung von Zielen

Übrige Einheiten: Video-Home-Trainer gehen einmal wöchentlich in die Familie, machen eine kurze Aufnahme des alltäglichen Familienlebens (ca. 10 bis 15 Minuten), untersuchen die Aufnahme auf gelungene Kommunikationsmuster und besprechen sie eine Woche später mit den Eltern auf ermutigende und aktivierende Weise

Eltern erhalten die Aufnahmen, die im Laufe des Trainings gemacht werden

3 Monate nach Beendigung der Trainingsphase Nachsorgekontakt mit den Eltern und Überprüfung der Ergebnisse und Wirksamkeit

Land: Niederlande, Deutschland

Anbieter: SPIN e. V.

Besonderheiten:

Entwicklung: in den Niederlanden, seit 1990 von SPIN e. V. Deutschland weiterentwickelt und verbreitet

Quelle: <http://www.spindeutschland.de/>;
http://www.agfj-heidelberg.de/leistungsbeschreibung_vht.pdf

Evaluation:

Verfügbar unter:

<http://www.spinusa.org/An%20Evaluation%20Report%20on%20Video%20Home%20Training.pdf>

7 Bewertung und Ausblick

Insgesamt haben die bisherigen Ausführungen gezeigt, dass eine beträchtliche Anzahl an Programmen vorliegt, die sich um eine Förderung bzw. Stärkung elterlicher Erziehungskompetenzen auch unter dem breiten Fokus der Gesundheitsförderung von Kindern bemühen. Im Folgenden sollen die Erkenntnisse aus der Überblicksdarstellung in Kapitel 4 sowie den einzelnen Steckbriefen der Programme in Kapitel 5 resümiert werden. Hierbei erläutern wir zunächst die Verbreitung einzelner Programm-Merkmale, um anschließend näher auf die Evaluationsbefunde für einzelne Programme einzugehen. Abschließend werden Schlussfolgerungen im Hinblick darauf gezogen, welche Programme sich besonders bewährt haben.

7.1 Zusammenfassung der Angebote

Inhaltliche Dimensionen

In der vorliegenden Expertise wird von einem relativ breiten Gesundheitsbegriff ausgegangen. Antonovsky beschreibt Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ (1997). Bezieht man diesen Ansatz auf Elternkompetenzen zur Gesundheitsförderung von Kindern, dann können innerhalb eines Elternprogramms oder -trainings Inhalte erwartet werden, welche die physische und psychische Gesundheit des Kindes sowie ihre sozialen Beziehungen fördern. Nicht nur die körperliche Gesundheit, wie gesunde Ernährung, Fütterrituale, Schlaf, Hygiene und Bewegung, spielen dabei eine Rolle, sondern auch das seelische Wohlbefinden oder aber auch die Prävention von Fehlentwicklungen. In einer ersten Erhebung der unterschiedlichen, hier in der Expertise vorgestellten inhaltlichen Dimensionen (siehe 4.2), zeigte sich, dass im leitfadengestützten Interview die verschiedenen Programme alle inhaltlichen Kategorien als wichtig und auch als Teil ihres Kurskonzeptes betrachteten. Eine genauere Differenzierung unterschiedlicher Aspekte gesundheitsrelevanten elterlichen Erziehungsverhaltens erfolgte dann im Rahmen der Programmanalyse mit einer Zusatzerhebung durch einen Kurzfragebogen. Die Ansprechpartner mussten 20 Wertemarken auf die 10 unterschiedlichen inhaltlichen Dimensionen verteilen. So konnte die Gewichtung der unterschiedlichen Inhalte der Angebote genau eruiert werden. Im Folgenden werden die einzelnen inhaltlichen Dimensionen in der Reihenfolge ihrer Gewichtung dargestellt.

Die *emotionale Zuwendung*, zu der das feinfühliges Verhalten gegenüber kindlichen Bedürfnissen, ein liebevoll-zugewandter Umgang mit dem Kind sowie die positive Anerkennung kindlicher Kompetenzen und Leistungen gehören, wurde in immerhin 45 von 47 Programmen als ein Bestandteil des Konzepts genannt. Eine Ausnahme liefern die beiden Programme „Wellcome-Projekt“ und „Zukunft für Kinder“. Nimmt man diese beiden Programme mit jeweils 0 Marken mit in die Bewertung auf, so ergibt sich für die 47 untersuchten Programme ein Mittelwert von 3,23 Marken bzw. Punkten für die Gewichtung dieser Dimensionen. Abgesehen von den beiden genannten Programmen, die jeweils keine Marke für die emotionale Zuwendung verteilt haben, nehmen die anderen Programme deutlich variierende Gewichtungen (2 – 8 Marken) dieser Kategorie vor. Ein Großteil der Programme bewertet die emotionale Zuwendung als wichtigste oder als eine der wichtigsten Dimensionen. Der Höchstwert wird für das „Encouraging Elterntaining“ mit 8 Wichtigkeitsmarken erreicht. In Tabelle 11 ist die Verteilung der Wertemarken für die unterschiedlichen Dimensionen gut ersichtlich.

Die nächste inhaltliche Dimension, die sehr häufig und mit vielen Wertmarken belegt wurde, ist das *Stressmanagement für Eltern*. Dazu gehören unter anderem Emotions- und Stressregulation, Entspannungstechniken, Problemlösen und aktives Coping. In 42 von 47 Programmen wurde dieser Dimension mindestens eine Marke zugesprochen. Bei fünf Programmen („Family Effectiveness Training“, „Griffbereit“, „Opstapje“, „Rucksack“, „Zukunft für Kinder“) ist Stressmanagement der Eltern allerdings kein Bestandteil des Programmkonzepts. Im Durchschnitt werden den 47 in Deutschland ausgewählten Programmen 2,21 Wertmarken auf der Dimension Stressmanagement zugeteilt. „Kinder im Blick“ und „Eltern stärken - dialogische Elternseminare“, beispielsweise, sehen Stressmanagement als (eine der) wichtigste(n) Dimension(en) innerhalb des Kurskonzeptes an.

Die *Anregung und Stimulation*, wie z. B. Lerngelegenheiten für Kinder schaffen und nutzen, Förderung kindlicher Kompetenzen, z. B. durch Anleitung, gemeinsames Spiel, Vorlesen, durch Gewährung entwicklungsförderlicher Autonomiespielräume etc. wurde von 42 von 47 Programmen, also von 89,4 %, als inhaltliche Dimension im Konzept gewertet. Im Durchschnitt erhielt diese Dimension 2,07 Wertmarken. Die Programme „Rucksack KITA“, „Griffbereit“, „HIPPY – Home Instruction Program for Preschool Youngsters“ und „Opstapje“ werten die Dimension Anregung und Stimulation als zentralen inhaltlichen Bereich in ihren jeweiligen Konzepten. „Encouraging Elternteraining“, „Der Erziehungsführerschein“, das „Marburger Gesundheitsnetzwerk für Kinder ‚mittendrin‘“, „Wellcome“ und „Zukunft für Kinder“ sehen Anregung und Stimulation nicht als Teil ihrer inhaltlichen Ausrichtung.

43 von 47 Programmen sehen einen ihrer inhaltlichen Bereiche in dem Punkt *Reflexion von Erziehungszielen*. Lediglich die Programme „Keiner fällt durchs Netz“, „Kess erziehen“, „Wellcome“ und „Zukunft für Kinder“ sprechen innerhalb ihres Programms keine Erziehungsziele an und reflektieren oder diskutieren diese nicht gemeinsam mit den Teilnehmer/innen. Im Durchschnitt bekommt diese Kategorie jedoch 2,06 Wertmarken zugesprochen. Sehr hohe Werte für die Reflexion von Erziehungszielen erreichen das „Familienprogramm ELAN“, „PEKIP“ und „Fabel“, die diese Kategorie als ganz entscheidend für ihr Kurskonzept sehen.

Für 85 % der Programme (40 von 47) ist die *Förderung sozialer Kompetenzen und Beziehungen* ein Aspekt in ihrem Konzept. Die Gestaltung von Kontaktmöglichkeiten und Beziehungen des Kindes zu anderen Kindern und Erwachsenen sowie die Förderung sozialer Kompetenzen des Kindes werden von den 47 Programmen mit einem Mittelwert von 1,94 Marken gewertet. Während diese inhaltliche Dimension beispielsweise für „Wellcome“ und „Triple P“ eine der wichtigsten darstellt, findet sie in den Konzepten von „Encouraging Elternteraining“, „HIPPY“, „Keiner fällt durchs Netz“, „Kinder im Blick“, „Minifit“, „Opstapje“ und „Zukunft für Kinder“ keinen Raum.

33 von 47 Programmen, also 70 %, berichten, dass die *Fürsorge für das körperliche Wohlergehen*, wie z. B. gesunde Ernährung, Fütterrituale, Schlaf, Hygiene, Bewegung, Bestandteil des Programms ist. Unter anderem für „Freiheit in Grenzen“, „Familienteam“, „KES Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder“, „PEP – Präventionsprogramm für expansives Problemverhalten“ und „Thop“ spielt diese Dimension im Kurskonzept keine Rolle. Jedoch erreicht die Dimension physical care einen Durchschnitt von 1,45 Wertmarken. Die Programme „Steps“, „Minifit“ und „Gesund sind wir stark“ betrachten diese Dimension für ihr Konzept als am wichtigsten, die Programme „Eltern AG“, „Sozialräumliche Angebote für Familien mit besonderem Schutzbedürfnis“, „Fabel“ sowie das „Präventionsprogramm Lenzgesund“ werten die Fürsorge für das körperliche Wohlergehen der Kinder als eine der zentralsten Inhalte.

Die Dimension *Erziehungspartnerschaften im Netzwerk*, dazu gehört die Erziehungsallianz mit Freunden, Bekannten und Familie sowie die Zusammenarbeiten zum Wohl des Kindes, wurde von 36 Programmen (76,6 %) als inhaltlicher Aspekt ihres Konzeptes gewertet. Im Durchschnitt aller Programme wurden 1,44 Wertemarken auf diese Dimension verteilt. Programme wie beispielsweise „Auf den Anfang kommt es an“, „Elternstart“, „Beratungsstelle frühe Hilfen“ und „Familienprogramm Elan“ sehen dies nicht als inhaltlichen Aspekts ihres Konzeptes. Für „Wellcome“ hingegen ist dies der wichtigste Inhalt ihres Konzeptes, und auch für die Programme „FuN - der Name ist Programm“, „Eltern AG“ und „TAFF“ gehört die Erziehungspartnerschaft im Netzwerk zu den zentralen Inhalten.

Ebenfalls 36 von 47 Programmen beziehen sich auf das *Coparenting mit dem Partner*, also die elterliche Erziehungsallianz und die Zusammenarbeit zum Wohl des Kindes. Programme, die diese Dimension nicht in ihrem Konzept haben, sind unter anderem „Fenkid“, „Jump“, „Lenzgesund“ und „Steps“. Insgesamt wurden diesem inhaltlichen Aspekt 1,67 Wertemarken zugeordnet. Das Programm „Kinder im Blick“ hingegen sieht Coparenting als eine der zentralen Dimensionen innerhalb des Kurses.

57 % der Programme, also etwas mehr als die Hälfte, geben die *Verhaltenskontrolle* als inhaltliche Dimension in ihrem Konzept an. Der Durchschnitt der Gewichtung ist mit 1,33 Wertemarken noch relativ hoch. Vor allem die verhaltensorientierten Programme, wie z. B. „THOP“, „TripleP“, „PEP“ und „KES“ gewichten diesen Aspekt verhältnismäßig stark.

Rund die Hälfte der Programme (51 %) hat die Dimension *Sichere Umgebung schaffen*, also die Überwachung der räumlichen und dinglichen physikalischen Umgebung des Kindes, als Teil ihres Konzepts. Für 23 Programme wird berichtet, dass dieser Aspekt nicht in ihrem Kurs zur Sprache kommt. Die Gewichtung dieser Dimension liegt deshalb bei nur 0,77 Wertemarken. Für die Programme „Starke Eltern-Starke Kinder“, „Sozialräumliche Angebote für Familien mit besonderem Schutzbedürfnis“, „Das erste Lebensjahr“ „ und „Pro Kind“ ist dies jedoch ein wichtiger Aspekt in ihrem Programmkonzept

Methodik der Programme

Betrachtet man das didaktisch-methodische Vorgehen der Kurse, so zeigt sich, dass die Programme überwiegend nicht nur auf Wissensvermittlung durch beispielsweise Vorträge (76 %) setzen, sondern auch Gelegenheiten bieten, die so vermittelten Inhalte praktisch einzuüben (etwa 82,5 %). Die Wissensvermittlung erfolgt neben den Vorträgen teilweise durch Lektüre (41 %) von z. B. Arbeitsblättern bzw. Informationsbroschüren und/oder einem Handbuch des Programms. In etwa der Hälfte der in Deutschland verbreiteten Programme werden auch Filmbeispiele gezeigt, um die vorgestellten Inhalte zu verdeutlichen und zu vertiefen. Der Großteil der Programme setzt dabei auch auf Kursleiter-Demonstrationen (74 %), die geringere Anforderungen an die technische Ausstattung stellen, während Video-Feedback (11 %) eher selten eingesetzt wird. Zur Nachbereitung und Reflexion mit engerem Bezug auf den Alltag werden in knapp der Hälfte der Fälle (44 %) schriftliche Haus- oder Wochenaufgaben gestellt. Weit überwiegend, aber nicht in allen Fällen (85 %), findet ein Austausch der Teilnehmer untereinander bzw. mit dem Kursleiter in Form eines Diskurses oder einer Diskussion statt. Hausbesuche werden in etwa 29 % der Programme angeboten. In knapp zwei Drittel der Programme (61 %) werden unterschiedliche Rituale oder Entspannungsformen eingesetzt. Entspannung und Stressabbau haben häufig einen zentralen Platz im Curriculum.

Über Curricula bzw. detaillierte Leitfäden verfügen fast alle Programme, sie unterscheiden sich allerdings darin, wie standardisiert sie sind. Erziehungsprogramme sind meist standardisierter als Eltern-

treffs oder offene Treffs. Je niedrigschwelliger ein Kurs angelegt ist, desto eher scheint es so zu sein, dass das Curriculum lockerer gehandhabt wird bzw. werden muss. Wenn der Kurs von unterschiedlichen Anbietern durchgeführt wird, werden häufiger die Kursinhalte abgewandelt und eine Standardisierung wird schwieriger. Viele Konzepte haben die Möglichkeit, neben einem Curriculum auch Bedarfs- bzw. situationsorientiert vorgehen zu können. Dies beinhaltet, dass ein Gruppenaustausch zugelassen wird, so dass die Teilnehmer miteinander über verschiedene Probleme sprechen können. Auch besteht in vielen Programmen die Möglichkeit, dass innerhalb des Curriculums Raum und Flexibilität für unterschiedliche Schwerpunkte gegeben ist. Diese Schwerpunkte orientieren sich an den Bedürfnissen der Teilnehmer. Teilweise besteht in den Programmen, die bedarfsorientiert angelegt sind, auch die Möglichkeit von Einzelsitzungen. In denen können dann einzelne Eltern persönlich mit dem Kursleiter über bestimmte Probleme, Themen und Anliegen sprechen. Dieses Angebot findet sich besonders häufig, wenn die Programme an Beratungszentren angegliedert sind, da dort die Einzelberatung Teil der alltäglichen Arbeit ist.

Teilweise geben die Anbieter von Programmen an, dass sie innerhalb des Kurses nur einen groben Überblick zu den einzelnen Inhaltsbereichen geben können, die Vertiefung aber dann in anderen Kursen erfolgt, an die die Teilnehmern verwiesen werden. Hier deutet sich eine mehr oder minder strukturierte Programmpalette an, die zunächst vorgestellt wird und seitens der Teilnehmer/innen je nach individuellem Bedarf genutzt werden kann. Allerdings bleibt hierbei offen, inwieweit diese Möglichkeit der Vertiefung auch tatsächlich genutzt wird. Übergänge zwischen einzelnen Elementen einer Programmpalette stellen möglicherweise auch „Sollbruchstellen“ dar, an denen Teilnehmer/innen wieder aussteigen bzw. die Intensivierungsangebote ungenutzt lassen.

Während also Elternkurse häufig standardisiert sind, viele Rollenspiele mit dazugehörigem Feedback einsetzen, und diese häufig auch in Kleingruppen durchführen, wird in offenen Angeboten eine situationsspezifische Herangehensweise favorisiert. Die methodischen Schwerpunkte liegen dabei auf einem offenen Austausch über Probleme im Umgang mit dem Kind sowie dem Erlernen von kindbezogenen Aktivitäten wie gemeinsamem Singen, Spielen und die Gestaltung gemeinsamer Aktivitäten.

Dauer, Kosten und Qualifikation des Personals

Die Dauer der Angebote variiert beträchtlich. Elternkurse umfassen meistens 6 – 12 Sitzungen, wobei man eher um kurze, kompakte Angebote bemüht ist, um sicherzustellen, dass der Zeitaufwand für die Teilnehmer/innen überschaubar bleibt und das Abbruchrisiko minimiert wird. Allerdings ist die Dauer bei niedrigschwelligen Programmen oftmals länger bzw. die Programme sind vielfach als offene Treffs mit hoher Flexibilität in der Programmgestaltung angelegt, so dass der Einstieg in das laufende Programm flexibel möglich ist. Hierbei können auch „Schneeballeffekte“ entstehen, wenn Teilnehmer/innen weitere Interessent/innen für das Angebot rekrutieren.

Bei Programmen, die fest in die Angebotsstruktur einer Beratungsstelle o. ä. integriert sind, entstehen den Teilnehmern häufig keine Kosten. Andere niedrigschwellige Programme werden teilweise gefördert oder man kann eine Kostenreduzierung für bestimmte Teilnehmergruppen beantragen. Manche Erfahrungen sprechen aber auch dafür, dass eine Kostenbeteiligung der Teilnehmer/innen die Motivation zur kontinuierlichen Teilnahme erhöht („was nichts kostet ist nichts wert“). Die Kosten für Eltern-Erziehungskurse variieren häufig je nach Anbieter, sodass auch das gleiche Angebot unterschiedlich viel kosten kann. Die angestrebte Teilnehmerzahl der einzelnen Angebote ist sehr

unterschiedlich. Je intensiver auch praktisch geübt wird, desto eher wird die Teilnehmerzahl nach oben begrenzt.

Evaluationsstudien zur Wirksamkeit von Programmen legen nahe, dass Kurse von Fachkräften erfolgreicher sind in der Vermittlung der Inhalte als Kurse, die von Laienhelfern durchgeführt werden. Allerdings ist der Zugang zu bildungsfernen und v. a. zu sozial schwachen Familien über Laienhelfer besser gegeben, da die soziale Distanz geringer ist und damit auch die Hemmschwelle zur Teilnahme niedriger liegt. Einige Programme verknüpfen daher beides.

Theoretischer Hintergrund

Die einzelnen Programme bzw. Konzepte beziehen sich auf unterschiedliche Theorien und teilweise auch auf speziell auf einzelne Autoren. Zahlreiche Programme haben unterschiedliche theoretische Fundierungen, da innerhalb des Kurskonzeptes verschiedene Aspekte akzentuiert werden. Im Folgenden sollen einige besonders häufig genannten Inhalte der theoretischen Fundierung näher beleuchtet werden.

Auf die **Bindungsforschung** wurde bereits in Kapitel 1.2 dieser Expertise eingegangen und eine genauere Beschreibung der **Erziehungsstile** findet sich in Kapitel 1.3. Beide Forschungsansätze liefern für viele Programme einen wesentlichen Bezugspunkt. Hierbei beschränken sich bindungstheoretische Ansätze nicht nur auf das Kleinkindalter (z. B. „Safe“, „Schutzengel e. V.“, „Auf den Anfang kommt es an“, „Fenkid“), sondern werden auch für ältere Kinder aufgegriffen (z. B. „Familienteam“, „Kinder im Blick“). Im Vordergrund steht hierbei vor allem die Förderung elterlicher Feinfühligkeit und Responsivität im Umgang mit den Kindern, um so eine sichere Bindung zu fördern. Insgesamt beziehen sich etwa 30 % der Programme auf die Bindungstheorie.

Verhaltenstheorie: Ansätze der Erziehungsstilforschung werden vielfach mit verhaltenstheoretisch fundierten Ansätzen verknüpft. Zentrales Anliegen ist es hierbei, den Eltern Verhaltensstrategien zu vermitteln, die kindliches Problemverhalten begrenzen und einer Eskalation negativer Interaktionszyklen zwischen Eltern und Kind vorbeugen. Hierbei erhalten Eltern auch insofern Einblick in Ursachen und Entstehungszusammenhänge kindlicher Belastungen und Verhaltensprobleme, als auf oft ungewollte Effekte negativer Verstärkung und elterlicher Inkonsequenz sowie auf die förderliche Wirkung von positiven Konsequenzen hingewiesen wird. Insgesamt sollen den Eltern unterschiedliche neue Verhaltensweisen und Einstellungen nähergebracht werden, die die Lebensqualität der Eltern und Kinder verbessern helfen. 13 % der Programme beschreiben ihren Ansatz als verhaltenstherapeutisch.

Systemische Ansätze: Auf Ansätze der Familiensystemtheorie wird vor allem dort Bezug genommen, wo komplexere Beziehungsgefüge thematisiert werden, die zwischen einzelnen Subsystemen der Familie bestehen, wie beispielsweise Zusammenhänge zwischen der Paarbeziehung der Eltern und den einzelnen Eltern-Kind-Dyaden (z. B. mit dem Fokus auf Coparenting) oder auch Zusammenhänge zwischen der Elternbeziehung und den Geschwisterbeziehungen (z. B. mit dem Fokus auf elterliche Ungleichbehandlung). Die Systemtheorie nimmt die Interdependenzen der familialen Subsysteme in den Blick (Minuchin, 1977; Schneewind, 1999). Eine grundlegende Annahme der Familiensystemtheorie ist, dass das Verhalten jedes Mitglieds der Familie für das gesamte Familiensystem wichtig ist und diese sich wechselseitig beeinflussen. Rückschlüsse über einfache, lineare Ursache-Wirkungsbeziehungen sind dabei kaum oder nur bedingt möglich (von Schlippe, 1995). Werden die Abhängigkeiten und Wechselwirkungen zwischen Eltern und Kindern betrachtet, so lässt sich in diesem Kon-

text auch thematisieren, dass Eltern durch die Kooperationsbereitschaft ihrer Kinder begrenzt werden und in ihrem Verhalten auf deren Vorgaben reagieren (Crouter & Booth, 2003). Die Zusammenhänge der einzelnen Subsysteme und die Qualität der Beziehungen im System der Familie lassen sich u. a. im Rahmen der Kontinuitätshypothese analysieren. Die Kontinuitätshypothese geht davon aus, dass positive Beziehungen in einem Subsystem auch Auswirkungen auf die anderen Subsysteme haben. So begünstigt eine konflikthafte Paarbeziehung der Eltern auch Konflikte in der Eltern-Kind-Beziehung (Erel & Burman, 1995; Krishnakumar & Buehler, 2000). Eine explizite Betonung des systemischen Ansatzes erfolgt bei 25 % der Programme.

Individualpsychologie: Die Individualpsychologie stützt sich im Bereich der Konzepte zu Elternkompetenzen in dieser Expertise auf drei Säulen: Alfred Adler, als Begründer der Individualpsychologie, sein Schüler Rudolf Dreikurs, der die Ermutigung besonders hervorhob, und wiederum dessen Schüler, Theo Schoenaker, der Begründer der Encouraging-Trainings.

Alfred Adler war Augenarzt und Neurologe. Er wurde 1870 in Wien geboren, lebte dort bis 1934 und emigrierte dann in die USA wo er 1937 verstarb. Für ihn war es wichtig, den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit zu sehen und nicht als Zusammensetzung einzelner, sich widersprechender Teile. Körper und Psyche wurden dabei als eine Einheit verstanden. Während in der Tiefenpsychologie der Grund für ein Symptom im Vordergrund steht, ist es bei Adler und der von ihm begründeten Individualpsychologie der Zweck des Symptoms, also die Motivation des Verhaltens. Die soziale Gleichwürdigkeit und Gleichwertigkeit eines jeden Menschen und dessen wechselseitige Abhängigkeit mit der Gesellschaft ist ebenfalls ein Thema der Individualpsychologie.

Rudolf Dreikurs baute auf der These der Individualpsychologie auf, dass der einzelne Mensch zum Wohle aller beiträgt. Um diese Grundtendenz der Kinder und Jugendlichen zu stärken, bedarf es nach Dreikurs einer ermutigenden Erziehung und einer Stärkung des Gefühls der Zugehörigkeit. Grundlegende Annahme hierbei ist, dass Kinder, die auf diese Weise ermutigt werden, Selbstachtung und ein gesundes Selbstwertgefühl zeigen und lernen, Verantwortung zu übernehmen. Wesentlichen Stellenwert hat in diesem Kontext auch die Autonomiegewährung, durch die Kinder und Jugendliche die Konsequenzen ihres Handelns selbst erleben können.

Als Schüler von Dreikurs entwickelte **Theo Schoenaker** die praktisch umgesetzten Konzepte weiter. Er stellte vor allem heraus, dass man alle Verhaltensweisen, selbst bereits eingefahrene, durch das Üben ändern kann. Gemeinsam mit seiner Frau Antonia gründete er das Rudolf-Dreikurs-Institut (später Adler-Dreikurs-Institut), in dessen Rahmen der Elternkurs STEP entwickelt und disseminiert wurde.

Personenzentrierte Ansätze: Auf Basis der humanistischen Psychologie von Carl Rogers hat **Thomas Gordon** ein anwendbares, konkretes Modell entwickelt. Er ist der Meinung, dass Menschen dann Verantwortung tragen und ein selbstbestimmtes Leben führen können, wenn sie in einem freiheitlichen, aber auch fürsorglichen Klima aufwachsen. Zentral für seine Ansichten sind folgende Methoden, die vielfach in unterschiedlichen Elternkursen aufgegriffen wurden:

- Ich-Botschaften
- aktives Zuhören
- niederlagenlose Konfliktlösung (Definieren des Problems, Vorschlagen von Lösungen, Bewertung der Lösungen, Entscheidung für eine Lösung, verwirklichen, Bewertung der verwirklichten Lösung)

Ebenfalls zu den personenzentrierten Ansätzen gehören die Arbeiten von **Emmi Pikler**, deren These es ist, dass jedes Kind sein eigenes Zeitmaß der Entwicklung hat. Autonomie, Individualität und Persönlichkeit des Kindes können sich dann entfalten, wenn das Kind sich möglichst selbstständig entwickeln kann. Gefördert wird diese Entwicklung durch liebevolle Zuwendung, ungeteilte Aufmerksamkeit während der Pflege des Kindes und eine gut vorbereitete Umgebung. Die Pflege des Kindes bedeutet dabei nicht nur eine körperliche Versorgung, sondern wird auch als Kommunikation mit dem Kind verstanden. Die Bewegungsentwicklung sollte nicht beschleunigt werden, da jedes Kind sein eigenes Tempo dafür hat.

Auch die Arbeiten von **Jesper Juul** sind diesem theoretischen Rahmen zuzurechnen. Er geht davon aus, dass ein Kind von Geburt an ohne die Erziehung bereits sozial und emotional ebenso kompetent ist wie ein Erwachsener. Lediglich äußert sich diese Kompetenz je nach entsprechender kindlicher Reife unterschiedlich. Kinder lernen durch Imitation und sollten daher beobachten und experimentieren dürfen. Auffälliges Verhalten der Kinder lässt sich nach Juul entweder auf die Verletzung der kindlichen Integrität oder auf übermäßige kindliche Kooperationsneigung zurückführen. Jedoch sollten Eltern sich nicht auf das unangepasste Verhalten der Kinder konzentrieren und sich fragen, warum das Kind (k)ein solches Verhalten zeigt, sondern er plädiert dafür, der Individualität und Persönlichkeit des Kindes Rechnung zu tragen und diese zu erkunden.

Remo Largo ist ein schweizerischer Kinderarzt und Fachbuchautor. Er vertritt die Meinung, dass jedes Kind in seiner Individualität gesehen werden muss und Eltern Verständnis für bestimmte gegebene biologische Entwicklungen haben sollen. Das Verhalten der Kinder ist vielfältig, die Eltern sollten ihre Kinder darin unterstützen, ihr Potenzial optimal zu entfalten, aber er warnt auch vor einem übertriebenen Förderwahn.

Dialogischer Ansatz nach Martin Buber: Die Beziehung zwischen den einzelnen Gesprächsteilnehmern ist für Buber sehr zentral, da diese Beziehung alle Beteiligten verbindet. Für Bubers Vorstellung eines echten Gesprächs sollen folgende Punkte Voraussetzungen sein:

- das wesenhafte Hinwenden zum Anderen als „personenhafte Existenz“
- sich selbst einbringen
- den Schein überwinden und das authentische Sein anstreben
- keinerlei vorgefertigte Redebeiträge

In den dialogischen Elternseminaren setzt sich dieser Ansatz folgendermaßen um:

Eltern brauchen bei der Frage nach dem richtigen Erziehungsverhalten Unterstützung. Diese Unterstützung sollte eine sein, die ihre eigenen, schon bestehenden Ressourcen und Stärken hervorhebt und stärkt. Im Dialog werden die Eltern aktiv in die Gruppe miteinbezogen, ohne dass ein Experte Ihnen eine Lösung vorschreibt. Die Eltern werden stattdessen unterstützt, ihren eigenen Antworten zu vertrauen, die sie im gemeinsamen Denkprozess entwickeln. In den Dialog wird vorbehaltlos hineingegangen, was ein Grundvertrauen in die elterlichen Kompetenzen voraussetzt.

Empowerment-Konzept: Das Empowerment-Konzept gehört zu den ressourcenorientierten Konzepten. Die Orientierung auf die Stärken und damit ein Hervorheben von Autonomie und Selbstbestimmung fördert die Selbstbestimmung des Einzelnen.

Bewertung der Evaluationen und Fazit

Die dargestellten Evaluationen (siehe Kapitel 5.4) sollen einen Überblick über die Breite der Herangehensweisen, die unterschiedliche Darstellung der Ergebnisse und den unterschiedlich offenen Umgang mit den eigenen Programmevaluationsergebnissen aufzeigen. Nicht in allen 47 ausgewählten, in Deutschland eingesetzten Programmen wurden Evaluationen durchgeführt. Eine Evaluation durchzuführen scheitert bei den Programmen teilweise an finanziellen und strukturellen Ressourcen. Gerade Programme, die in Regionen von Deutschland angesiedelt sind, die keine Universität o. Ä. in der Nähe haben, wissen nicht, wie sie eine sinnvolle Evaluation durchführen sollen.

Teilweise fehlt es aber auch am grundlegenden Verständnis dafür, dass eine Evaluation von zentraler Bedeutung ist, da ansonsten nicht sichergestellt werden kann, dass das Programm tatsächlich die Ziele erreicht, die der Durchführende erreichen möchte. Die Durchführenden bekommen positives Feedback von den Teilnehmenden und sind selbst sehr überzeugt von ihrem Programm, so dass sie eine Evaluation nicht für notwendig erachten. Andere sammeln seit Jahren zumindest formative Daten zu den Kursen und haben diese bislang nicht ausgewertet, da dafür das notwendige Personal bzw. die finanziellen Möglichkeiten fehlen.

Doch andererseits muss auch eine gewisse Transparenz bei denjenigen gefordert werden, die Evaluationen ihrer Programme selbst durchführen oder durchführen lassen. Insgesamt wird nur sehr ungerne von Evaluationen berichtet, Zugang zu den verwendeten Erhebungsinstrumenten zu bekommen ist schwierig und Ergebnisse werden oftmals widerwillig aus der Hand gegeben. Dies mag sicher daran liegen, dass man sich nicht gerne in die Karten schauen lässt, aber auch daran, dass viele Evaluationen nur geringe Effektstärken in einem Prä-Post-Vergleich erreichen. Dabei sollte aber dringend berücksichtigt werden, dass dies nicht ein K.-o.-Kriterium der Evaluationen sein sollte. Oftmals lernen Eltern erst innerhalb eines Kurses bzw. eines Programms ihre eigenen Schwächen besser kennen, so dass sie bei Abschluss des Kurses kritischer über ihr eigenes Verhalten urteilen als zuvor. Häufig sieht man dann erst in einer Follow-up-Untersuchung ob sich das neu erlernte Verhalten, bzw. ob sich die gefestigten Kompetenzen auch noch nach einer gewissen Zeit in ihrem Erziehungs- und Elternverhalten zeigen. Auch zeigen viele teilnehmende Eltern bereits zu Beginn des Programms ein relativ sicheres und positives Erziehungsverhalten, das während des Programms gestärkt und vertieft wird. So ist es nicht verwunderlich, dass die Unterschiede vor und nach einem Programm nicht sonderlich hoch sind. Es sollte ein fürsorglicher und vorsichtiger Umgang mit Evaluationsergebnissen gepflegt werden, häufig können durch Evaluationsergebnisse Programme noch optimiert werden. Unterschiedliche Evaluationsstudien zum gleichen Programm in verschiedenen Regionen können oftmals ungleiche Ergebnisse aufzeigen, da Zielgruppe, äußere Umstände, Kursleiter etc. variieren. Wichtig wäre es, Programme mehrfach zu evaluieren und kein Programm nach einer Evaluationsstudie aufzugeben. Auch wenn Evaluationen deutscher Programme häufig keine großen Effektstärken zeigen, beweist eine Evaluation ein aufrichtiges Interesse, das Programm zu verbessern und seine Wirksamkeit nachzuweisen. Wünschenswert wären Mindeststandards für diese Wirksamkeit bei universellen Präventionsansätzen, vor allem aber eine Evidenzbasierung für indizierte und selektive Präventionen (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005). Methodische Standards und langjährige Follow-up-Phasen sind für eine Vergleichbarkeit und Wirksamkeitsanalyse der Programme notwendig.

Dennoch ist es sicherlich von großer Bedeutung, dass die Eltern die Kurse positiv beurteilen und die Hemmschwelle sinken wird, wenn sie bei Erziehungsproblemen oder schwierigen Situationen Unterstützung benötigen. Eltern, die mit Elternprogrammen positive Erfahrungen gemacht haben, sich in

Institutionen wohlgefühlt haben und denen mit Wertschätzung begegnet wurde, werden viel leichter erneut den Kontakt zu Institutionen und Behörden aufnehmen als andere.

7.2 Fazit und Bewertung

Das deutsche Angebot hinsichtlich Programmen und Projekten für Eltern von Kindern von 0 – 6 Jahren, welche gesundheitsrelevante Elternkompetenzen stärken, ist sehr breit. Die Zuständigen der Programme berichten mit sehr viel Begeisterung über ihre jeweiligen Ansätze. Die Disziplinen, denen die Programme zugeordnet werden können, sind vielfältig. Neben Programmen der Erwachsenenbildung (z. B. „Das erste Lebensjahr“), der Beratung, der Psychologie oder dem sozialpädagogischen Bereich gibt es auch einige Programme, die nicht klar einer Disziplin zugeordnet werden können, sondern sich dazwischen ansiedeln. Das Gleiche gilt für die theoretische Fundierung. Auch diese deckt viele unterschiedliche Bereiche ab.

Auch die inhaltlichen Dimensionen der Programme für diese Altersstufen sind breit gefächert. Die größte Bedeutung wird jedoch von den Anbietern der emotionalen Zuwendung, also der Feinfühligkeit und der positiven Eltern-Kind-Beziehung beigemessen. Für die Altersspanne der Kinder von 0 – 6 Jahren, die in der vorliegenden Expertise im Fokus steht, ist hingegen die Verhaltenskontrolle noch nicht so ausschlaggebend. Ein Thema wie „eine sichere Umgebung schaffen“ mag in einigen Kursen verstärkt behandelt werden, ist allerdings für die Altersgruppe der Babys und Kleinkinder relevanter als für Programme, die erst im Kindergartenalter ansetzen. Von dem Großteil der Programme wurde die Dimension „Stressmanagement für Eltern“ als sehr wichtig eingestuft. „Glückliche und ausgeglichene Eltern haben glückliche und ausgeglichene Kinder“, so die Rückmeldung einiger Programmverantwortlichen zu dieser inhaltlichen Kategorie. Ein weiterer entscheidender inhaltlicher Aspekt scheint die Anregung bzw. Stimulation der Kinder zu sein. Lerngelegenheiten schaffen und das Einräumen von Autonomiespielräumen sind in den meisten Programmen aller untersuchten Altersstufen zentrale Themen. Die Frage nach den eigenen Erziehungszielen der Eltern und deren Reflexion scheint ebenfalls in allen Programmen, unabhängig vom Alter der Kinder, interessant. Die Förderung sozialer Kompetenzen und Beziehungen wird offenkundig in Programmen aufgegriffen, die eine große Altersspanne abdecken und ist in kaum einem Programm für die Schwangerschaft enthalten. Demgegenüber wird die Fürsorge für das körperliche Wohlergehen durch das Thema Stillen bereits in Kursen, die in der Schwangerschaft beginnen, thematisiert, aber in Programmen, die ihren speziellen Fokus auf Gesundheit und Bewegung (wie z. B. „Minifit“, „Gesund sind wir stark“) ausgerichtet haben. Auf das Thema Coparenting fokussiert sich insbesondere das Programm für getrennte Eltern „Kinder im Blick“, aber auch andere Programme. Erziehungspartnerschaften im Netzwerk werden scheinbar in Kursen für sozial benachteiligte Familien als besonders wichtig erachtet, vermutlich, da Studien zeigen, dass außerfamiliäre Unterstützung (Argyle, 1998; Mayr-Kleffel, 1991) in benachteiligten Familien seltener ist.

Viele der hier in Deutschland entwickelten Programme profitieren von der Entwicklung in anderen Ländern, vor allem den USA, aber auch Australien oder den Niederlanden. Deren Ansätze sind vielversprechend und zeichnen sich durch ein großes Angebot für unterschiedliche Bedarfslagen aus. Viele der Programme sind so konzipiert, dass sie mit unterschiedlichen Modulen bestimmte Altersgruppen, aber auch Problemlagen abdecken. Viele der internationalen Programme sind sehr erfolgreich und forcieren die Curriculumentwicklung, und damit auch eine Standardisierung. Bewährte Methoden, wie beispielsweise das Video-Feedback, wurden dort bereits häufig eingesetzt (z. B.

STEEP) und sind auch in deutschen Programmen, zumindest im Säuglings- und Babyalter, mittlerweile vertreten (z. B. Schutzengel e.V., Safe). Ein Punkt, der vor allem US-amerikanische Programme von deutschen Programmen unterscheidet, ist das Marketing der Programme (Duncan & Goddard, 2010). Einige amerikanische Programme haben eigene Spielzeug-Kollektionen, Maskottchen, aufwendige Video-Clips und Internetseiten. Dies erhöht jedoch auch die Kosten für die Teilnehmer.

In Deutschland gibt es zahlreiche Angebote zur Stärkung elterlicher Erziehungskompetenzen. Wenn die Programme möglichst viele Leute erreichen wollen, müssen sie eine große Reichweite haben und viele unterschiedliche Personen ansprechen. Studien haben jedoch auch festgestellt, dass Programme im Idealfall zielgruppenspezifisch, d.h. für eine bestimmte Risikogruppe angelegt sein sollten, da diese dann erfolgreicher angesprochen werden können (Layzer et al., 2001). Sozial benachteiligte Familien benötigen leicht zugängliche Unterstützungsangebote in ihrem eigenen Lebensraum, um ihren Kindern ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Die elterlichen Ressourcen sollten dabei gestärkt werden. Diese Familien werden meist durch niedrighschwellige Angebote angesprochen, die keine oder eine geringere Standardisierung aufweisen. Auch sind die niedrighschwelligen Programme in Deutschland meistens kostenlos für die Teilnehmer oder erheben lediglich einen symbolischen Beitrag. Die Angebote sind sehr offen gehalten und arbeiten häufig integrativ, sowie multimodal. Niedrighschwellige Angebote sind häufig einem gewissen Grad an Standardisierung ausgesetzt. Vermutlich besteht die große Kunst darin, die Niedrighschwelligkeit mit einer großen Offenheit für unterschiedliche Bedarfslagen zu verknüpfen. In Deutschland braucht es noch viel intensivere Erfahrungen mit schwer erreichbaren Familien und auch mit deren Akzeptanz von strukturierten Programmen. Modularisierte Angebote sind wahrscheinlich für eine flexible Anpassung an die unterschiedlichen Ansprüche der Teilnehmer hilfreich, stellen jedoch große Anforderungen an das Personal. Die Fachkräfte oder Laienhelfer müssen einen Überblick bewahren und Entscheidungen treffen, welche Kombination von Modulen für die entsprechenden Teilnehmer geeignet ist. Niedrighschwellige Angebote sind auch für eine gewünschte Evaluation eine große Herausforderung, da die geringe Standardisierung einer Vergleichbarkeit der Kurse bzw. Angebote entgegensteht.

Als Beispiel für eine Evaluation unterschiedlicher Module soll die Evaluation des Max-Rubner-Instituts genannt werden, die das Modellvorhaben „Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT-Regionen“ (<http://www.besseressenmehrbeugen.de/>) und die dazugehörigen Maßnahmen in den 24 Modellprojekten untersuchen. Unterschiedliche Maßnahmen bzw. Module und deren Kombination werden auf ihre Wirksamkeit untersucht.

Abschließend sollen die wichtigsten Erkenntnisse der Expertise kurz zusammengefasst dargestellt werden. Ein Austausch zwischen den verschiedenen Akteuren und deren Vernetzung, die oftmals bei niedrighschwelligen Angeboten geschieht, sind unbedingt notwendig und sollten weiter ausgebaut werden. Eine Angebotstransparenz ist ebenso unerlässlich, da nur dann Institutionen, Ärzte, aber auch Eltern selbst abschätzen können, welche Angebote verfügbar sind und welche davon für sie selbst geeignet sind. Noch ist das Angebot sehr unübersichtlich und die Recherche aufwendig. Die Ziele der Angebote sollten klar ersichtlich sein und somit auch die Zielorientierung überprüfbar. Für eine Qualitätssicherung sind wissenschaftlich fundierte Programme und Programme mit Wirksamkeitsprüfung notwendig. Eine Vergleichbarkeit der Programme könnte mit bestimmten Standards bei der Evaluation ermöglicht werden.

8 Literaturverzeichnis

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional Manual* (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Abidin, R. R. & Brunner, J. F. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(1), 31-40.
- Ainsworth, M. D. S. (1973). The development of infant-mother attachment. In B. M. Caldwell & H. N. Ricciutti (Hrsg.), *Review of Child Development Research* (Bd. 3, 1 – 94). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. J. (1974/2003). Bindung zwischen Mutter und Kind und soziale Entwicklung. (Infant-Mother attachment and social development: „Socialization“ as a product of reciprocal responsiveness to signals. In K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie und Forschung* (242 – 279). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179 – 211.
- Allen, J. P., Marsh, P., McFarland, C., McElhaney, K. B., Land, D. J., Peck, S. et al. (2002). Attachment and autonomy as predictors of the development of social skills and delinquency during midadolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 56 – 66.
- Anme, T., Shinohara, R., Sugisawa, Y., Tong, L., Tanaka, E., Watanabe, T. et al. (2010). Interaction Rating Scale (IRS) as an Evidence-Based Practical Index of Children’s Social Skills and Parenting. *Journal of Epidemiology*, 20(Supplement_II), 419 – 426.
- Antonovsky, A. (1982). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Arbuthnot, J. & Gordon, D. A. (1996). Does mandatory divorce education for parents work? A six-month outcome evaluation. *Family Court Review*, 34(1), 60 – 81.
- Argosy Foundation. (2006). *Research Brief: Nurse-Family Partnership* Verfügbar unter: http://www.argosyfund.org/usr_doc/Nurse_Family_Brief.pdf [07.08 2012].
- Argyle, M. (1998). *Social Relationships*. Leicester: BPS Books.
- Armbruster, M. M. (2010). Eltern-AG. Das Empowerment-Programm für mehr Elternkompetenz in Problemfamilien. In G. Romeike & H. Imelmann (Hrsg.), *Eltern verstehen und stärken* (195 – 201). Weinheim: Juventa.
- Arnold, D. S., O’Leary, S. G., Wolff, L. S. & Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5(2), 137.
- Bagner, D. M. & Eyberg, S. M. (2007). Parent-child interaction therapy for disruptive behavior in children with mental retardation: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36(3), 418 – 429.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.
- Barber, B. K. (2002). Reintroducing parental psychological control. In B. K. Barber (Hrsg.), *Intrusive Parenting. How psychological control affects children and adolescents* (3 – 13). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147 – 178.
- Bauer, J. (2005). *Warum ich fühle was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone* (Bd. 6). Hamburg Hoffmann und Campe.
- Baumrind, D. (1991). Effective parenting during the early adolescent transition. In P. A. Cowan & E. M. Hetherington (Hrsg.), *Family transitions* (111 – 163). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Baumrind, D. (1996). The discipline controversy revisited. *Family Relations*, 45, 405 – 414.

- Bavolek, S. J., Comstock, C. M. & W., M. J. (1983). *The Nurturing Program: A validated approach for reducing dysfunctional family interactions. Final report submitted to the National Institute of Mental Health.*
- Bavolek, S. J., Henderson, H. L. & Schultz, B. B. (1988). *Reducing chronic neglect in Utah. Summary of neglect project from September 30, 1985, to December 30, 1987. Grant #90 CA 1161.02. Final report submitted to the U.S. Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect.*
- Becker-Stoll, F. (2002). Bindung und Psychopathologie im Jugendalter. In B. Strauß, A. Buchheim & K. Horst (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (196 – 213). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Becker, G. & Becker, C. (1994). The maternal behavior inventory: Measuring the behavioral side of mother-to-infant attachment. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 22(2), 177 – 193.
- Beldavs, Z. G., Forgatch, M. S., Patterson, G. R. & DeGarmo, D. S. (2006). Reducing the detrimental effects of divorce: Enhancing the parental competence of single mothers. In N. Heinrichs, K. Hahlweg & M. Dopfner (Hrsg.), *Strengthening families: Evidence-based approaches to support child mental health* (143 – 185). Münster: Psychotherapie-Verlag.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Bengel, J., Meinders-Lücking, F. & Rottmann, N. (2009). *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit.* Köln: BZgA.
- Bergmann, K. E. & Bergmann, R. L. (2007). Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (51 – 60). Bern: Huber.
- Bergold, P., Rupp, M., Schneewind, K. A. & Wertfein, M. (2009). *Wirksamkeit der CD-ROM „Freiheit in Grenzen“ zur Stärkung von Elternkompetenzen: Eine kontrollierte Vergleichsstudie: Staatsinst. für Familienforschung an der Univ. Bamberg.*
- Berry, J. O. & Jones, W. H. (1995). The parental stress scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(3), 463 – 472.
- Bhakoo, O., Pershad, D., Mahajan, R. & Gambhir, S. (1994). Development of mother-infant attachment scale. *Indian Pediatrics*, 31, 1477 – 1477.
- Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R. & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 36(3), 201-210.
- Bitzer, E. M., Walter, U., Lingner, H. & Schwartz, F. W. (2009). *Kindergesundheit stärken! Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung.* Berlin, Heidelberg: Springer.
- Blodgett, C. (2007). *Final report: Starting Early Starting Smart Project: Partners with Families and Children: Spokane (formerly Casey Family Partners).*
- Boccella, E. (1987). *Effects of the Active Parenting program on attitudinal change of parents, parent perceived behavioral change of children, and parent change in family environment.* Temple University.
- Bock, J., Helmeke, C., Ovtcharoff, J., Gruss, M. & Braun, K. (2003). Frühkindliche emotionale Erfahrungen beeinflussen die funktionelle Entwicklung des Gehirns. *Neuroforum*, 2, 51 – 55.
- Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren.* Göttingen: Hogrefe.
- Boeckh, J. (2007). *Familien stärken? In Elternkompetenzen investieren! Abschlussbericht zum Projekt TAFF (Training, Anleitung, Förderung von und für Familien) der AWO Niederrhein e.V.: ISS-Referat 1/2007.*
- Boggs, S. R., Eyberg, S. M., Edwards, D. L., Rayfield, A., Jacobs, J., Bagner, D. et al. (2005). Outcomes of parent-child interaction therapy: A comparison of treatment completers and study dropouts one to three years later. *Child & Family Behavior Therapy*, 26(4), 1 – 22.
- Bolen, R. M., Leah Lamb, J. & Gradante, J. (2002). The Needs-Based Assessment of Parental (Guardian) Support: a test of its validity and reliability. *Child Abuse & Neglect*, 26(10), 1081 – 1099.

- Bornstein, M. H. & Bradley, R. H. (Hrsg.). (2003). *Socioeconomic status, parenting, and child development*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol 1: Bindung* New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1987/2003). Bindung. In K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie und Forschung* (22 – 26). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Braver, S. L., Griffin, W. A. & Cookston, J. T. (2005). Prevention programs for divorced nonresident fathers. *Family Court Review*, 43(1), 81 – 96.
- Brisch, K. H. (2007). Prävention von Bindungsstörungen. In W. von Suchodoletz (Hrsg.), *Prävention von emotionalen und Entwicklungsstörungen* (167 – 181). Göttingen: Hogrefe.
- Bubert, R., Franzkowiak, P., Stöbel, U., von Troschke, J. & Wnuck, A. (1987). *Soziale Netzwerke und Gesundheitsförderung: Risiken und Bewältigungsformen von Eltern und Jugendlichen*. München: DJI Verlag.
- Buehler, C. & Gerard, J. M. (2002). Marital conflict, ineffective parenting and children's and adolescents' maladjustment. *Journal of Marriage and Family*, 78 – 92.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2010). *Gesund groß werden. Der Eltern-Ordner zum Früherkennungsprogramm. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Köln.
- Bussing, R., Fernandez, M., Harwood, M., Hou, W., Garvan, C. W., Swanson, J. M. et al. (2008). Parent and Teacher SNAP-IV Ratings of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms: Psychometric Properties and Normative Ratings from a Community Sample. *Assessment*, 15(3), 317 – 328.
- Butterwegge, C., Holm, K., Imholz, B., Klundt, M., Michels, C., Schulz, U. et al. (2003). *Armut und Kindheit. Ein regionaler, nationaler und internationaler Vergleich*. Opladen: Leske + Budrich.
- Caldwell, B. M., Bradley, R. H. & University of Arkansas at Little Rock. Center for Child Development Education. (1984). *Home observation for measurement of the environment*: University of Arkansas at Little Rock Little Rock.
- Campbell, K., Hesketh, K., Crawford, D., Salmon, J., Ball, K. & McCallum, Z. (2008). The Infant Feeding Activity and Nutrition Trial (INFANT) an early intervention to prevent childhood obesity: Cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 8(1), 103.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.
- Cassidy, J. & Shaver, P. R. (1999). *Handbook of attachment. Theory, research and clinical implications*. New York: Guilford.
- Chatoor, I., Getson, P., Menvielle, E., Brasseaux, C., O'Donnell, R., Rivera, Y. et al. (1997). A feeding scale for research and clinical practice to assess mother—infant interactions in the first three years of life. *Infant Mental Health Journal*, 18(1), 76 – 91.
- Ciechanowski, P., Sullivan, M., Jensen, M., Romano, J. & Summers, H. (2003). The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain*, 104(3), 627 – 637.
- Cleveland, A. P. & McCrone, S. (2005). Development of the breastfeeding personal efficacy beliefs inventory: A measure of women's confidence about breastfeeding. *Journal of Nursing Measurement*, 13(2), 115 – 127.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P. & Steer, R. A. (2004). A multi-site, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393 – 402.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: One year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse and Neglect*, 29(2), 135 – 145.
- Cohen, R. & Weissman, S. (1984). The parenting alliance. *Parenthood: A psychodynamic perspective*, 33 – 49.
- Coleman, P. K. & Karraker, K. H. (2000). Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations*, 49, 13 – 24.
- Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(4), 810 – 832.

- Collins, W. A., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Hetherington, E. M. & Bornstein, M. H. (2000). Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. *American Psychologist*, 55(2), 218.
- Condon, J. T. & Corkindale, C. J. (1998). The assessment of parent-to-infant attachment: development of a self-report questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(1), 57 – 76.
- Coneus, K. & Spiess, C. (2008). The Intergenerational transmission of health in early childhood. ZEW-Centre for European Economic Research Discussion Paper No. 08-073.
- Cooke, L., Wardle, J., Gibson, E., Sapochnik, M., Sheiham, A. & Lawson, M. (2004). Demographic, familial and trait predictors of fruit and vegetable consumption by pre-school children. *Public health nutrition*, 7(2), 295 – 302.
- Cookston, J. T., Braver, S. L., Griffin, W. A., De Lusé, S. R. & Miles, J. C. (2007). Effects of the dads for life intervention on interparental conflict and coparenting in the two years after divorce. *Family Process*, 46(1), 123 – 137.
- Cowan, C. P., Cowan, P. A. & Heming, G. (2005). Two variations of a preventive intervention for couples. Effects on parents and children during the transition to elementary school. In C. P. Cowan, P. A. Cowan, J. C. Ablow, V. K. Johnson & J. R. Measelle (Hrsg.), *The family context of parenting in children's adaptation to elementary school* (277 – 312). Mahwah.
- Cowan, P. A., Powell, D. & Cowan, C. P. (1998). Parenting interventions: A family systems perspective. In W. Damon, I. Sigel & K. A. Renninger (Hrsg.), *Handbook of child psychology, Vol. 4 Child psychology in practice* (3 – 72). New York: Wiley.
- Črnčec, R., Barnett, B. & Matthey, S. (2008). Development of an instrument to assess perceived self-efficacy in the parents of infants. *Research in Nursing and Health*, 31(5), 442 – 453.
- Crouter, A. C. & Booth, A. (Hrsg.). (2003). *Children's influence on family dynamics. The neglected side of family relationships*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Cummings, E. M. & Davies, P. T. (2002). Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(1), 31 – 63.
- Dadds, M. R. & Powell, M. B. (1991). The relations of interparental conflict and global marital adjustment to aggression, anxiety, and immaturity in aggressive and nonclinic children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19(5), 553 – 567.
- Davies, P. T., Harold, G. T., Goeke-Morey, M. C., Cummings, E. M., Shelton, K. & Rasi, J. A. (2002). *Child emotional security and interparental conflict* (Bd. 67). Boston, MA: Blackwell Publishing.
- Davila, J., Steinberg, S. J., Kachadourian, L., Cobb, R. & Fincham, F. (2004). Romantic involvement and depressive symptoms in early and late adolescence: The role of a preoccupied relational style. *Personal Relationships*, 11(2004), 161 – 178.
- De La Mora, A., Russell, D. W., Dungy, C. I., Losch, M. & Dusdieker, L. (1999). The Iowa infant feeding attitude scale: Analysis of reliability and validity. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(11), 2362 – 2380.
- De Wolff, M. S. & van Ijzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis of parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571 – 591.
- DeGarmo, D. S., Patterson, G. R. & Forgatch, M. S. (2004). How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wane over time? . *Prevention Science*, 5(2), 73 – 89.
- Dennis, C. L. (2003). The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32, 734 – 744.
- Dettenborn, H. & Walter, E. (2002). *Familienpsychologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Dodge, K. A. (2002). Mediation, moderation, and mechanisms in how parenting affects children's aggressive behaviour. In J. G. Borkowski, S. L. Ramey & M. Bristol-Power (Hrsg.), *Parenting and the child's world: Influences on academic, intellectual, and social-emotional development* (215 – 230). Mahwah: Erlbaum.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2007). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP: Materialien für die klinische Praxis*: BeltzPVU.

- Döpfner, M., Schürmann, S., Frölich, J., Quast, C., Wolff Metternich, T. & Lehmkuhl, G. (1997). THOP - Das Therapieprogramm zur Behandlung von Kindern mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 230 – 246.
- Duncan, S. F. & Goddard, H. W. (2010). *Family life education: Principles and practices for effective outreach*. London: Sage Publications, Inc.
- Engels, R. C. M. E., Finkenauer, C., Dekovic, M. & Meeus, W. (2001). Parental attachment and adolescent's emotional adjustment: The association with social skills and relational competence. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 428 – 439.
- Erel, O. & Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child-relations: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 118(1), 108 – 132.
- Erickson, M. F. & Egeland, B. (2009). *Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung: Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP-Programm*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Erickson, M. F., Egeland, B., Simon, J. & Rose, T. (2002). STEEP™ Facilitator's Guide. Minneapolis, MN: Irving B. Harris Training Programs, University of Minnesota.
- Eyberg, S. M. & Robinson, E. A. (1983). Conduct problem behavior: Standardization of a behavioral rating scale with adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12(3), 347 – 354.
- Fay, C. Effects of the Becoming a Love and Logic® Parent Training Program on parents' perception of their children's behavior and their own parental competences: a preliminary investigation.
- Feeney, J. (2000). Implications of attachment style for patterns of health and illness. *Child: Care, Health and Development*, 26(4), 277 – 288.
- Feeney, J. A. & Ryan, S. M. (1994). Attachment style and affect regulation: Relationships with health behavior and family experiences of illness in a student sample. *Health Psychology*, 13(4), 334.
- Feinberg, M. E., Kan, M. L. & Hetherington, E. M. (2007). The longitudinal influence of coparenting conflict on parental negativity and adolescent maladjustment. *Journal of Marriage and Family*, 69, 687 – 702.
- Fetsch, R. J. & Gebeke, D. (1995). Colorado and North Dakota strengthening marriage and family programs increase positive family functioning levels. *Journal of Extension*, 33(1).
- Fiese, B., Poehlmann, J., Irwin, M., Gordon, M. & Curry-Bleggi, E. (2001). A pediatric screening instrument to detect problematic infant-parent interactions: initial reliability and validity in a sample of high and low risk infants. *Infant Mental Health Journal*, 22(4), 463 – 478.
- Fleming, B. W., Munton, M. T., Clarke, B. A. & Strauss, S. S. (1993). Assessing and promoting positive parenting in adolescent mothers, MCN. *The American journal of maternal child nursing*, 18, 32 – 37.
- Forgatch, M. S. & DeGarmo, D. S. (1999). Parenting through change: An effective prevention program for single mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 711 – 724.
- Foster, C. J. E., Garber, J. & Durlak, J. A. (2008). Current and past maternal depression, maternal interaction behaviors, and children's externalizing and internalizing symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 36, 527 – 537.
- Franz, M., Weihrauch, L., Buddenberg, T., Güttgemanns, J., Haubold, S. & Schäfer, R. (2010). Effekte eines bindungstheoretisch fundierten Gruppenprogramms für alleinerziehende Mütter und ihre Kinder: PALME. *Kindheit und Entwicklung*, 19(2), 90 – 101.
- Frick, P. J. (1991). The Alabama Parenting Questionnaire, *Unpublished Instrument*. Alabama: University of Alabama.
- Frick, P. J., Christian, R. E. & Wootton, J. M. (1999). Age Trends in the Association Between Parenting Practices and Conduct Problems. *Behavior Modification*, 23(1), 106 – 128.
- Frölich, J., Döpfner, M., Berner, W. & Lehmkuhl, G. (2010). Behandlungseffekte kombinierter kognitiver Verhaltenstherapie mit Elterntraining bei hyperkinetischen Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51, 476 – 493.
- Fuhrer, U. (Hrsg.). (2007). *Erziehungskompetenz. Was Eltern und Familien stark macht*. Bern: Huber.
- Fuhrer, U. & Mayer, S. (2005). Familiäre Erziehung im Prozess der Akkulturation. In U. H.-H. Fuhrer Urs (Hrsg.), *Familie, Akkulturation und Erziehung: Migration zwischen Eigen- und Fremdkultur* (59 – 81). Stuttgart: W.Kohlhammer.

- Gabriel, B. & Bodenmann, G. (2006). Elterliche Kompetenzen und Erziehungskonflikte. Eine ressourcenorientierte Betrachtung von familiären Negativdynamiken. *Kindheit und Entwicklung, 15*(1), 9 – 18.
- Gattshall, M. L., Shoup, J. A., Marshall, J. A., Crane, L. A. & Estabrooks, P. A. (2008). Validation of a survey instrument to assess home environments for physical activity and healthy eating in overweight children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 5*(1), 3.
- Gillard, L. & Seymour, F. (2005). *Children in the Middle: A Parent Education Program for Separated parents*. Auckland: Family Courts Association.
- Goodman, M., Bonds, D., Sandler, I. N. & Braver, S. L. (2004). Parent psycho-educational programs and reducing the negative effects of interparental conflict following divorce. *Family Court Review, 42*(2), 263 – 279.
- Graf, J. (2002). *Wenn Paare Eltern werden*. Weinheim: Beltz.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Gregor, A. & Cierpka, M. (2005). Frühe Hilfen für Eltern. *Psychotherapeut, 50*(2), 144 – 147.
- Grossmann, K. (1997). Kontinuität und Konsequenzen der frühen Bindungsqualität während des Vorschulalters. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (191 – 202). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K. (2005). Frühe Bindungen und psychische Sicherheit bis ins junge Erwachsenenalter. *Frühpädagogik interdisziplinär, 2* 55 – 64.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K. E. (2004). Theoretische und historische Perspektiven der Bindungsforschung. In L. Ahnert (Hrsg.), *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung* (21 – 41). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gunning, M., Conroy, S., Valoriani, V., Figueiredo, B., Kammerer, M. H., Muzik, M. et al. (2004). Measurement of mother–infant interactions and the home environment in a European setting: preliminary results from a cross-cultural study. *The British Journal of Psychiatry, 184*, 28 – 44.
- Gustafson, S. L. & Rhodes, R. E. (2006). Parental correlates of physical activity in children and early adolescents. *Sports Medicine, 36*(1), 79 – 97.
- Hahlweg, K. (2001). Bevor das Kind in den Brunnen fällt. Prävention von kindlichen Verhaltensstörungen. In W. Deutsch & M. Wenglorz (Hrsg.), *Zentrale Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen* (189 – 241). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hall, L. A. & Kiernan, B. S. (1992). Psychometric assessment of a measure of the quality of primary intimate relationships. *Health Values, 16*(4): 30-39., 16(4), 30 – 39.
- Hamilton, J. G. & Lobel, M. (2008). Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: Examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 29*(2), 97 – 104.
- Hanisch, C., Plück, J., Meyer, N., Brix, G., Freund-Braier, I., Hautmann, C. et al. (2006). Kurzzeiteffekte des indizierten Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) auf das elterliche Erziehungsverhalten und auf das kindliche Problemverhalten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35*(2), 117 – 126.
- Hans, S. L., Bernstein, V. J. & Percansky, C. (1991). Adolescent parenting programs: Assessing parent–infant interaction. *Evaluation and Program Planning, 14*(1), 87 – 95.
- Hargens, J. (1997). Haus und Wohnung der Kundin Spielfeld oder Feindesland? Erste Reflexionen über Hausbesuche. In J. Hargens (Hrsg.), *Klar helfen wir Ihnen! Wann sollen wir kommen? Systemische Ansätze in der Sozialpädagogischen Familienhilfe* (S. 237-255). Dortmund: Borgmann publishing GmbH.
- Hart, M. S. & Kelley, M. L. (2006). Fathers' and mothers' work and family issues as related to internalizing and externalizing behavior of children attending day care. *Journal of Family Issues, 27*(2), 252 – 270.

- Hartung, D. & Hahlweg, K. (2010). Strengthening parent well-being at the work—family interface: A German trial on workplace Triple P. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 20(5), 404 – 418.
- Hartung, S., Kluwe, S. & Sahrai, D. (2010). *Elternbildung und Elternpartizipation in Settings. Eine programmspezifische und vergleichende Analyse von Interventionsprogrammen in Kita, Schule und Kommune. Abschlussbericht der Bielefelder Evaluation von Elternerziehungsprogrammen (BEEP)*.
- Hashima, P. Y. & Amato, P. R. (1994). Poverty, social support, and parental behavior. *Child Development*, 65, 394 – 403.
- Hassebrauck, M. (1991). ZIP - Ein Instrumentarium zur Erfassung der Zufriedenheit in Paarbeziehungen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 22, 256 – 259.
- Hautmann, C., Hanisch, C., Plück, J. & et al. (2008). Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behaviour (PEP) in children with symptoms of attention-deficit-hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder - generalization to the real world. *Journal of Neural Transmission*, 115(363 – 370).
- Head Start-University Partnership Grant DTBY Final Evaluation Report. (2000).
- Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., Kuschel, A., Naumann, S. & Harstick, S. (2006). Die langfristige Wirksamkeit eines Elterstrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen: Ergebnisse aus Sicht der Mütter und Väter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(2), 82 – 96.
- Heinrichs, N., Saßmann, H., Hahlweg, K. & Perrez, M. (2002). Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 170 – 183.
- Helming, E., Sandmeir, G., Sann, A. & Walter, M. (2006). *Abschlussbericht: Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.; Abteilung Projekt Kurzevaluation Frühe Hilfen.
- Hendy, H. M., Williams, K. E., Camise, T. S., Eckman, N. & Hedemann, A. (2009). The Parent Mealtime Action Scale (PMAS). Development and association with children's diet and weight. *Appetite*, 52(2), 328 – 339.
- Hermanns, J. & Leu, H. R. (Hrsg.). (1998). *Family risks and family support: theory, research and practice in Germany and the Netherlands*. Delft: Uitgeverij Eburon.
- Hetherington, E. M. (2006). The influence of conflict, marital problem solving and parenting on children's adjustment in nondivorced, divorced, and remarried families. In A. Clarke-Stewart & J. Dunn (Hrsg.), *Families count: Effects on child and adolescent development* (203 – 237). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Hoath, F. E. & Sanders, M. R. (2002). A feasibility study of enhanced group Triple P-Positive Parenting Program for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behaviour Change*, 19(4), 191 – 206.
- Hock, B., Holz, G., Simmedinger, R. & Wüstendorfer, W. (2000). Gute Kindheit - Schlechte Kindheit? Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, *Abschlussbericht zur Studie im Auftrag des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt*. Frankfurt/M: ISS-Eigenverlag.
- Hodnett, R. H., Faulk, K., Dellinger, A. & Maher, E. (2009). Evaluation of the statewide implementation of a parent education program in Louisiana's child welfare agency: The Nurturing Parent Program for infants, toddlers, and preschool children. Final evaluation report submitted to Casey Family Foundations.
- Hoeve, M. H., Dubas, J. S., Eichelsheim, V. I., van der Laan, P. H., Smeenk, W. & Gerris, J. R. M. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(6), 749 – 775.
- Hofecker Fallahpour, M., Benkert, T. N., Riecher-Rössler, A. & Stieglitz, R. D. (2009). Elternschaft und Belastungserleben: Psychometrische Überprüfung des Parenting-Stress-Index (PSI) an einer deutschsprachigen Stichprobe *Psychother Psych Med*, 59(224 – 233).

- Hoghugh, M. (1998). The importance of parenting in child health. *British Medical Journal* 316(7144), 1545 – 1550.
- Hoghugh, M. (2004). Parenting - An Introduction. In M. Hoghugh & N. Long (Hrsg.), *Handbook of Parenting. Theory and research practice* (1 – 18). London: Sage Publications, Inc.
- Höltershinken, D. & Scherer, G. (Hrsg.). (2011). *PEKiP Das Prager-Eltern-Kind-Programm. Theoretische Grundlagen, Ursprung und Weiterentwicklung* (Bd. 34). Bochum/Freiburg: projektverlag.
- Holz, G. (2010). Kinderarmut und ihre Folgen. In M. Zander (Hrsg.), *Kinderarmut* (88 – 109). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Horodyski, M. A. & Stommel, M. (2005). Nutrition Education aimed at Toddlers: an Intervention Study. *Pediatric Nursing*, 31(5), 367 – 372.
- Jäkel, J. & Leyendecker, B. (2008). Tägliche Stressfaktoren und Lebenszufriedenheit türkischstämmiger Mütter in Deutschland. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16(1), 12 – 21.
- Janke, J. R. (1994). Development of the Breast-Feeding Attrition Prediction Tool. *Nurs. Res.*, 43, 100 – 104.
- Janz, N. K. & Becker, M. H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1 – 47.
- Johnston, C. & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167 – 175.
- Juffer, M., Bakermans-Kranenburg, M. J. & van Ijzendoorn, M. H. (2008). Promoting Positive Parenting: An introduction. In M. Juffer, M. J. Bakermans-Kranenburg & M. H. van Ijzendoorn (Hrsg.), *Promoting Positive Parenting: An Attachment-Based Intervention* (1 – 10). New York: Erlbaum.
- Kacir, C. D. & PhD, D. A. G. (2000). Parenting adolescents wisely: The effectiveness of an interactive videodisk parent training program in Appalachia. *Child & Family Behavior Therapy*, 21(4), 1 – 22.
- Kammermeyer, G. (2006). Kognitive Förderung. In L. Fried & S. Roux (Hrsg.), *Pädagogik der frühen Kindheit* (178 – 184). Weinheim: Beltz.
- Kaslow, F. (2004). Spaltungen: Familien in der Scheidung In S. Walper & R. Pekrun (Hrsg.), *Familie und Entwicklung. Aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie* (444 – 473). Göttingen: Hogrefe.
- Kirst, S. (2006). „Öffnung der Erziehungsberatung“? In A. Zimmer & C. Schrappner (Hrsg.), *Zukunft der Erziehungsberatung. Herausforderungen und Handlungsfelder* (71 – 86). Weinheim: Juventa.
- Kissgen, R. & Suess, G. J. (2005). Bindung in Hoch-Risiko-Familien. Ergebnisse aus dem Minnesota Parent Child Project. *Frühförderung Interdisziplinär*, 1, 10 – 18.
- Klusmann, D. (1986). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Eine Übersicht und ein Interviewleitfaden, *Unveröffentlichte Dissertation*. Hamburg: Fachbereich Psychologie.
- Kobau, R., Seligman, M. E. P., Peterson, C., Diener, E., Zack, M. M., Chapman, D. et al. (2011). Mental health promotion in public health: Perspectives and strategies from positive psychology. *American Journal of Public Health*, 101(8), e1 – e9.
- Koeske, G. F. & Koeske, R. D. (1992). Parenting locus of control: Measurement, construct validation, and a proposed conceptual model. *Social Work Research & Abstracts*, 28, 37 – 46.
- Koglin, U. & Petermann, F. (2008). Inkonsistentes Erziehungsverhalten. Ein Risikofaktor für aggressives Verhalten? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(4), 285 – 291.
- Kramer, K. M., Arbuthnot, J., Gordon, D. A., Rousis, N. J. & Hoza, J. (1998). Effects of skill based versus information based divorced education programs on domestic violence and parental communication. *Family Court Review*, 36(1), 9 – 31.
- Kramer, L. & Washo, C. A. (1993). Evaluation of a court-mandated prevention program for divorcing parents: The Children First program. *Family Relations*, 42, 179 – 465.
- Kratochwill, T. R., McDonald, L., Levin, J. R., Scalia, P. A. & Coover, G. (2009). Families and schools together: An experimental study of multi-family support groups for children at risk. *Journal of School Psychology*, 47(4), 245 – 265.

- Kratochwill, T. R., McDonald, L., Levin, J. R. & Young, B. T. (2004). Families and Schools Together: an experimental analysis of a parent-mediated multi-family group program for American Indian children. *Journal of School Psychology, 42*(5), 359 – 383.
- Krishnakumar, A. & Buehler, C. (2000). Interparental conflict and parenting behaviors. A meta-analytic review. *Family Relations, 49*, 25 – 44.
- Kröller, K. & Warschburger, P. (2009). ISS – Ein Instrument zur Erfassung elterlicher Steuerungsstrategien in der Essenssituation. *Diagnostica, 55*(3), 135 – 143.
- Kruse, J. (2001). Erziehungsstil und kindliche Entwicklung: Wechselwirkungsprozesse im Längsschnitt. In S. Walper & R. Pekrun (Hrsg.), *Familie und Entwicklung. Perspektiven der Familienpsychologie* (63 – 83). Göttingen: Hogrefe.
- Kupsch, M., Schneewind, K. A. & Reeb, C. (2009). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung Adaptiver Strategien in der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (FASIV). *Diagnostica, 55*(3), 184 – 197.
- Kurtz, V., Brand, T. & Jungmann, T. (2010). Förderung der kindlichen Entwicklung durch Frühe Hilfen? Vorläufige Ergebnisse einer längsschnittlichen, randomisierten Kontrollgruppenstudien zum Modellprojekt „Pro Kind“. *Prävention Gesundheitsförderung*.
- Lagges, A., & Gordon, D. . (1999). Use of an interactive laserdisc parent training program with teenage parents. *Child and Family Behavior Therapy, 21*(2), 19 – 37.
- Lauth, G. W., Grimm, K. & Otte, T. A. (2007). Verhaltensübungen im Elterntaining. Eine Studie zur differenzierten Wirksamkeit im Elterntaining. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 36*(1), 26 – 35.
- Lauth, G. W. & Heubeck, B. (2006). *Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES)*. Göttingen: Hogrefe.
- Lawson, G. (2005). Special Considerations for the Supervision of Home-Based Counselors. *The Family Journal, 13*(4), 437 – 444.
- Layzer, J. I., Goodson, B. D., Bernstein, L. & Price, C. (2001). *National evaluation of family support programs. Volume A: The meta-analysis*. Cambridge, MA: Abt Associates Inc.
- Lee, V. E., Brooks-Gunn, J., Schnur, E. & Liaw, F. R. (1990). Are Head Start Effects Sustained? A Longitudinal Follow-up Comparison of Disadvantaged Children Attending Head Start, No Preschool, and Other Preschool Programs. *Child Development, 61*(2), 495 – 507.
- Leff, E. W., Jefferis, S. C. & Gagne, M. P. (1994). The development of the maternal breastfeeding evaluation scale. *Journal of Human Lactation, 10*(2), 105 – 111.
- Lehmann, E., Hiermann, P. & von Klizing, K. (2010). Chancen und Grenzen in der Begleitung von jugendlichen Müttern, ihren Partnern und Babys: eine Kasuistik. *Praxis Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie, 59*, 359 – 371.
- Leventhal, T. & Brooks-Gunn, J. (2000). The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin, 126*(2), 309 – 337.
- Levitt, S. & Dubner, S. J. (2005). *Freakonomics: A rogue economist explores the hidden side of everything*. New York: William Morrow.
- Leyendecker, B. & Schölmerich, A. (2005). Familie und kindliche Entwicklung im Vorschulalter: Der Einfluss von Kultur und sozioökonomischen Faktoren. In U. Fuhrer & H.-H. Uslucan (Hrsg.), *Familie, Akkulturation und Erziehung. Migration zwischen Eigen- und Fremdkultur* (17 – 39). Stuttgart: Kohlhammer.
- Leyendecker, B. & Sümer, Z. H. (2010). Beratung von zugewanderten Familien. Stärkung der Erziehungs Kompetenzen in zugewanderten Familien. In G. Romeike & H. Imelmann (Hrsg.), *Eltern verstehen und stärken* (259 – 271). Weinheim: Juventa.
- Liebenwein, S. (2008). *Erziehung und soziale Milieus. Elterliche Erziehungsstile in milieuspezifischer Differenzierung*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lindsay, A. C., Sussner, K. M., Kim, J. & Gortmaker, S. (2006). The role of parents in preventing childhood obesity. *The Future of Children, 16*(1), 169 – 186.
- Lohaus, A., Ball, J. & Lißmann, I. (2004). Frühe Eltern-Kind-Interaktion. In L. Ahnert (Hrsg.), *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung* (147 – 161). München: Ernst Reinhardt Verlag.

- Long, A., McCarney, S., Smyth, G., Magorrian, N. & Dillon, A. (2001). The effectiveness of parenting programmes facilitated by health visitors. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 611 – 620.
- Lösel, F., Beelmann, A., Jaurusch, S., Scherer, S., Stemmler, M. & Wallner, S. (2003). Skalen zur Messung elterlichen Erziehungsverhaltens bei Vorschul- und Grundschulkindern. Die Deutschen Versionen des Parenting Sense of Competence Scale (PSOC) und der Parenting Scale (PARS): Universität Erlangen-Nürnberg.
- Lösel, F., Beelmann, A., Stemmler, M. & Jaurusch, S. (2006). Prävention von Problemen des Sozialverhaltens im Vorschulalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(2), 127 – 139.
- Lovejoy, M. C., Weis, R., O'Hare, E. & Rubin, E. C. (1999). Development and initial validation of the Parent Behavior Inventory. *Psychological Assessment; Psychological Assessment*, 11(4), 534 – 545.
- Maccoby, E. E. (1999). The uniqueness of the parent-child relationship. In A. W. Collins & B. Laursen (Hrsg.), *Relationships as developmental contexts. The Minnesota Symposia Child Psychology* (Bd. 30, 157 – 175). Mahwah: Erlbaum.
- Maccoby, E. E. (2002). Parental effects: Issues and controversies. In J. G. Borkowski, S. L. Ramey & M. Bristol-Power (Hrsg.), *Parenting and the child's world: Influences on academic, intellectual, and social-emotional development* (35 – 46). Mahwah: Erlbaum.
- Maccoby, E. E. & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In E. M. Hetherington (Hrsg.), *Handbook of child psychology (ed. by P.H. Mussen): Vol 4. Socialization, personality, and social development* (1 – 101). New York: Wiley.
- Magnuson, K. A., Ruhm, C. J. & Waldfogel, J. (2004). Does Prekindergarten Improve School Preparation and Performance? : NBER Working Paper No. w10452
- Maher, E. J., Marcynyszyn, L. A., Corwin, T. W. & Hodnett, R. (2011). Dosage matters: The relationship between participation in the Nurturing Parenting Program for infants, toddlers, and preschoolers and subsequent child maltreatment. *Children and Youth Services Review*.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33(1), 48 – 61.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Hrsg.), *Affective development in infancy* (S. 95-124). Westport, CT: Ablex Publishing.
- Marzinzik, K. & Kluwe, S. (2007). Stärkung der Erziehungskompetenz durch Elternkurse. Zur Wirksamkeit und Reichweite des Elterntrainings STEP. *Prävention*, 3, 79 – 82.
- Max Rubner-Institut (MRI). (2010). Evaluation der Beratungen der Gesundheitstrainerinnen und -mentorinnen. Projekt „Gesund sind wir stark! Sagliki daha güclüyüz“ in Berlin.
- Mayr-Kleffel, V. (1991). Frauen und ihre sozialen Netzwerke: Auf der Suche nach einer verlorenen Ressource. Opladen: Leske+Budrich.
- Mayr, T. (2000). Entwicklungsrisiken bei armen und sozial benachteiligten Kindern und die Wirksamkeit früher Hilfen. In H. Weiß (Hrsg.), *Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen* (142 – 163). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- McCurdy, K. & Gorman, K. S. (2010). Measuring family food environments in diverse families with young children. *Appetite*, 54(3), 615 – 618.
- McDonald, L., Moberg, D. P., Brown, R., Rodriguez-Espiricueta, I., Flores, N. I., Burke, M. P. et al. (2006). After-school multifamily groups: A randomized controlled trial involving low-income, urban, Latino children. *Children and Schools*, 28(1), 25 – 34.
- McKinsey-Crittenden, P. (2005). Der CARE-Infex als Hilfsmittel für Früherkennung, Intervention und Forschung. *Frühförderung interdisziplinär*, 24(3), 99 – 106.
- Medeiros, M. & Reichle, B. (2004). Bindungsscreening für Vorschulkinder - Pilotversion (unveröffentlichtes Manuskript). Ludwigsburg: Institut für Pädagogische Psychologie und Soziologie der Pädagogischen Hochschule.
- Meier, U., Preuß, H. & Sunnus, E. M. (2003). *Steckbriefe von Armut. Haushalte in prekären Lebenslagen*. Wiesbaden Westdeutscher Verlag.

- Mengel, M. (2007). *Familienbildung mit benachteiligten Adressaten. Eine Betrachtung aus andragogischer Perspektive*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meunier, J. C. & Roskam, I. (2009). Validation of the preschool and primary school form of a questionnaire assessing parents' childrearing behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(1), 166 – 175.
- Miller-Heyl, J., MacPhee, D. & Fritz, J. J. (1998). DARE to be you: A family-support, early prevention program. *The Journal of Primary Prevention*, 18(3), 257 – 285.
- Miller, Y. (2001). Erziehung von Kindern im Kindergartenalter. Erziehungsverhalten und Kompetenzüberzeugungen von Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen. Bad Soden/Taunus: Naturwissenschaftliche Fakultät der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig.
- Minsel, B. (2007). Stichwort: Familie und Bildung. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 10(3), 299 – 316.
- Minuchin, S. (1977). *Familie und Familientherapie*. Freiburg i.B.: Lambertus Verlag.
- Miyahara, T. (1997). Development of a simple inventory of maternal rearing attitudes toward their preschool children. *Environmental health and preventive medicine*, 2(2), 64 – 69.
- Morrell, J. & Cortina-Borja, M. (2002). The developmental change in strategies parents employ to settle young children to sleep, and their relationship to infant sleeping problems, as assessed by a new questionnaire: The Parental Interactive Bedtime Behaviour Scale. *Infant and Child Development*, 11(1), 17 – 41.
- Morrell, J. M. B. (1999a). The Infant Sleep Questionnaire: a new tool to assess infant sleep problems for clinical and research purposes. *Child and Adolescent Mental Health*, 4, 20 – 26.
- Morrell, J. M. B. (1999b). The role of maternal cognitions in infant sleep problems as assessed by a new instrument, the maternal cognitions about infant sleep questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(2), 247 – 258.
- Mulder, P. J. & Johnson, T. S. (2010). The Beginning Breastfeeding Survey: measuring mothers' perceptions of breastfeeding effectiveness during the postpartum hospitalization. *Research in Nursing and Health*, 33(4), 329 – 344.
- Müller, M. E. (1993). Development of the prenatal attachment inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2), 199 – 215.
- Müller, M. E. (1994). A questionnaire to measure mother-to-infant attachment. *Journal of Nursing Measurement*, 2(2), 129 – 141.
- Munoz, R. F., Mrazek, P. J. & Haggarty, R. J. (1996). Institute of Medicine report on prevention of mental disorders. *American Psychologist*, 51, 1116 – 1122.
- Naumann, S., Bertram, H., Kuschel, A., Heinrichs, N., Hahlweg, K. & Döpfner, M. (2010). Der Erziehungsfragebogen (EFB). *Diagnostica*, 56(3), 144 – 157.
- Niebank, K. & Petermann, F. (2002). Grundlagen und Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (5.korr. ed., 57 – 94). Göttingen: Hogrefe.
- Niederhofer, H. (2001). Fragebogen zur vorgeburtlichen Eltern-Kind-Bindung. *The International journal of prenatal and perinatal psychology and medicine*, 13(1-2), 181 – 192.
- Nixon, R. D. V., Sweeney, L., Erickson, D. B. & Touyz, S. W. (2003). Parent-child interaction therapy: A comparison of standard and abbreviated treatments for oppositional defiant preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 251 – 260.
- Nommsen-Rivers, L. A. & Dewey, K. G. (2009). Development and validation of the infant feeding intentions scale. *Maternal and child health journal*, 13(3), 334 – 342.
- Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson Jr, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R. et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Jama*, 278(8), 637.
- Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W. et al. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114(6), 1550 – 1559.

- Olds, D. L., Robinson, J., Pettitt, L. M., Luckey, D. W., Holmberg, J., Ng, R. K. et al. (2004). Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114(6), 1560 – 1568.
- Ostler, T. & Ziegenhain, U. (2008). Risikoeinschätzung bei (drohender) Kindeswohlgefährdung: Überlegungen zu Diagnostik und Entwicklungsprognose im Frühbereich. In U. Ziegenhain & J. M. Fegert (Hrsg.), *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung* (67 – 83). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Papoušek, H. & Papoušek, M. (1987). Intuitive Parenting: A dialectic Counterpart to the infant's integrative competence. In J. D. Osofsky (Hrsg.), *Handbook of infant development* (669 – 720). New York: Wiley.
- Papoušek, M. (1994). *Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Anfänge der sprachlichen Entwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation*. Bern: Huber.
- Parker, G., Tulping, H. & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1 – 10.
- Pauli-Pott, U. & Schneider, A. (2006). Frühe Kommunikation in der Mutter-Kind-Interaktion und Entwicklungsverläufe im Säuglings- und Kleinkindalter. *Frühpädagogik interdisziplinär*, 1, 26 – 36.
- Peterander, F. (1993). Skalen zur Messung entwicklungsförderlichen Elternverhaltens. *System Familie*, 6, 36 – 47.
- Peterander, F. (2009). Bildung und Erziehung in der frühen Kindheit. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 57, 971 – 976.
- Petermann, F. (2002). Klinische Kinderpsychologie: Das Konzept der sozialen Kompetenz. *Zeitschrift für Psychologie*, 210(4), 175 – 185.
- Petermann, F., Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Scheithauer, H. (2000). Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (29 – 56). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2005). Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung. In J. Althammer (Hrsg.), *Familienpolitik und soziale Sicherung* (35 – 55). Heidelberg: Springer.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2006). Erziehungskompetenz. *Kindheit und Entwicklung*, 15(1), 1 – 8.
- Petrass, L., Finch, C. & Blitvich, J. (2009). Methodological approaches used to assess the relationship between parental supervision and child injury risk. *Injury Prevention*, 15(2), 132 – 138.
- Piaget, J. (1978). *Das Weltbild des Kindes*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Piaget, J. & Aebli, H. (1974). *Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Polat, S. & Erci, B. (2010). Psychometric Properties of the Child Feeding Scale in Turkish Mothers. *Asian Nursing Research*, 4(3), 111 – 121.
- Pott, E., Fillinger, U. & Paul, M. (2010). Herausforderungen bei der Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 53(11), 1166 – 1172.
- Prasopkittikun, T., Tilokskulchai, F., Sinsuksai, N. & Sitthimongkol, Y. (2006). Self-efficacy in Infant Care Scale: Development and psychometric testing. *Nursing & Health Sciences*, 8(1), 44 – 50.
- Pugliese, J. & Tinsley, B. (2007). Parental socialization of child and adolescent physical activity: a meta-analysis. *Journal of family psychology*, 21, 331 – 343.
- Rauer, W. (2009). *Elternkurs Starke Eltern – Starke Kinder®: Wirkungsanalyse bei Eltern und ihren Kindern in Verknüpfung mit Prozessanalysen in den Kursen – eine bundesweite Studie*. Würzburg: Ergon Verlag.
- Rauh, H. (2008). Vorgeburtliche Entwicklung und frühe Kindheit. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (6 ed., 149 – 224). Weinheim: Beltz.
- Rauschenbach, T., Leu, H. R., Lingenauber, S., Mack, W., Schilling, W., Schneider, K. et al. (2004). *Non-formale und informelle Bildung im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: BMBF.
- Reece, S. M. C. (1992). The parent expectations survey. *Clinical Nursing Research*, 1(4), 336 – 346.
- Reichle, B. (2005). Partnerschaftskonfliktverhalten - Inventar zur Erhebung von Bewältigungsverhalten in Partnerschaftskonflikten. Ludwigsburg: Institut für Pädagogische Psychologie und Soziologie der Pädagogischen Hochschule.

- Reichle, B. & Franiek, S. (2007). *Erziehungsstil aus Elternsicht - Deutsche erweiterte Version des Alabama Parenting Questionnaire für Grundschul Kinder (DEAPQ-EL-GS) 168*. Päd. Hochsch. Ludwigsburg: Institut für Pädagogische Psychologie und Soziologie; Arbeitsgruppe „Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral“. Berichte aus der Arbeitsgruppe „Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral.
- Reichle, B. & Franiek, S. (2008). Auch positive Ereignisse fördern Bewältigung: Prävention von Partnerschaftsproblemen nach dem Übergang zur Elternschaft. In A. Eickhorst & J. Borke (Hrsg.), *Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit* (273 – 293). Stuttgart: UTB.
- Reichle, B. & Gloger-Tippelt, G. (2007). Familiäre Kontexte und sozial-emotionale Entwicklung. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 199 – 208.
- Reichle, B. & Maurus, B. (2005). Partnerschaftskonfliktverhalten – Inventar zur Erhebung von Bewältigungsverhalten in Partnerschaftskonflikten (Unveröffentlichtes Manuskript). Ludwigsburg: Institut für Pädagogische Psychologie und Soziologie der PH Ludwigsburg.
- Reid, M. J., Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (2003). Follow-up of children who received the incredible years intervention for oppositional-defiant disorder: Maintenance and prediction of 2-year outcome. *Behavior Therapy*, 34(4), 471 – 491.
- Reuner G, Rosenkranz J, Pietz, J. & R, H. (2007). *Bayley Scales of Infant Development, 2. Aufl. – Deutsche Fassung*. Frankfurt: Harcourt Test Services.
- Richman, N. (1981). A community survey of characteristics of one- to two- year-olds with sleep disruptions. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 20 (281 – 291).
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Galese, V. & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research* 3 131–141. *Cognitive Brain Research*, 3, 131 – 141.
- Robert-Koch-Institut. (2004). *Schwerpunkt der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Berlin.
- Robert-Koch-Institut. (2008). *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003 – 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Berlin.
- Robinson, C. C., Mandleco, B., Olsen, S. F. & Hart, C. H. (1995). Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: Development of a new measure. *Psychological Reports*, 77(3), 819 – 830.
- Röhrle, B. (1994). Soziale Netzwerke: Ansatzpunkte psychiatrischer Hilfen. In B. Röhrle (Hrsg.), *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung* (252 – 269). Weinheim: PVU.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324 – 508.
- Sadeh, A., Flint-Ofir, E., Tirosh, T. & Tikotzy, L. (2007). Infant sleep and parental sleep-related cognitions. *Journal of Family Psychology*, 21 (74 – 87).
- Sadler, L. S., Swartz, M. K. & Ryan-Krause, P. (2003). Supporting adolescent mothers and their children through a high school-based child care center and parent support program. *Journal of Pediatric Health Care*, 17(3), 109 – 117.
- Sallis, J. F., Prochaska, J. J. & Taylor, W. C. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and Science in Sports & Exercise*, 963 – 975.
- Sanders, M. R. & Prinz, R. J. (2008). Using the mass media as a population level strategy to strengthen parenting skills. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(3), 609 – 621.
- Sapientza, J. K. & Masten, A. S. (2011). Understanding and promoting resilience in children and youth. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(4), 267 – 273.
- Schneewind, K. A. (1999). Familiendiagnostik - Zugänge zum Individuum und System. In K. A. Schneewind (Hrsg.), *Familienpsychologie* (156 – 213). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneewind, K. A. (2002). Freiheit in Grenzen - Wege zu einer wachstumsorientierten Erziehung. In H.-G. Krüsselberg & H. Reichmann (Hrsg.), *Zukunftsperspektive Familie und Wirtschaft. Vom Wert von Familie für Wirtschaft, Staat und Gesellschaft* (213 – 262). Graftschafft: Vektor.
- Schneewind, K. A. (2010). *Familienpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneewind, K. A., Beckmann, M. & Engfer, A. (1983). *Eltern und Kinder: Umwelteinflüsse auf das familiäre Verhalten*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Schneewind, K. A. & Berkic, J. (2007). Stärkung von Elternkompetenzen durch primäre Prävention: Eine Unze Prävention wiegt mehr als ein Pfund Therapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(8), 643.
- Schneewind, K. A. & Kruse, J. (Hrsg.). (2002). *Die Paarklimaskalen (PKS)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schneewind, K. A., Walper, S. & Graf, J. (2000). Sozialisation in der Familie als Quelle individueller Unterschiede. In M. Amelang (Hrsg.), *Determinanten individueller Unterschiede* (249 – 343). Göttingen: Hogrefe.
- Schuster, E. M. (1997). *Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH). Aspekte eines mehrdimensionalen Handlungsansatzes für Multiproblemfamilien*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Secco, L. (2002). The infant care questionnaire: assessment of reliability and validity in a sample of healthy mothers. *Journal of Nursing Measurement*, 10(2), 97 – 110.
- Shifflett, K. & Cummings, E. M. (1999). A Program for Educating Parents about the Effects of Divorce and Conflict on Children: An Initial Evaluation. *Family Relations*, 48(1), 79 – 89.
- Sidor, A., Kunz, E., Sieler, V. & Cierpka, M. (2011). *Welche Wirkungen erzielt das Projekt KfdN? Zwischenergebnisse der Begleitforschung PFIFF* Verfügbar unter: <http://www.keinerfaelltdurchsnetz.de/> [06.08 2012].
- Slesnick, N. & Prestopnik, J. L. (2004). Office versus home-based family therapy for runaway, alcohol abusing adolescents: examination of factors associated with treatment attendance. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 22(2), 3 – 19.
- Socolar, R., Savage, E., Devellis, R. F. & Evans, H. (2004). The discipline survey: A new measure of parental discipline. *Ambulatory Pediatrics*, 4(2), 166 – 173.
- Sodtke, D. & Armbruster, M. M. (2007). Eltern-AG – die niedrigschwellige Elternschule für die frühe Kindheit. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56, 707 – 720.
- Soliday, E. (2004). Parenting and Children's Physical Health. In M. Hoghughy & N. Long (Hrsg.), *Handbook of Parenting. Theory and research for practice* (162 – 180). London: Sage Publications, Inc.
- Stadt Essen. (2004). „Stadtteilmütter- Projekt“. *Abschlussbericht und Evaluation*. Verfügbar unter: http://media.essen.de/media/wwwessende/aemter/0513/Stadtteilmuetterprojekt_Evaluati on.pdf [06.08 2012].
- Stattin, H. & Kerr, M. (2000). Parental monitoring: A reinterpretation. *Child Development*, 71, 1072 – 1085.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11(1), 1 – 19.
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S. & Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 65, 754 – 770.
- Steiß, J.-O. & Lindemann, H. (2009). Asthma und Allergien. In E. M. Bitzer, U. Walter, H. Lingner & F.-W. Schwartz (Hrsg.), *Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung* (114 – 121). Heidelberg: Springer.
- Stormshak, E. A., Bierman, K. L., McMahon, R. J., Lengua, L. J. & Conduct Problems Prevention Research Group. (2000). Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(1), 17 – 29.
- Straßburg, H.-M. (2009). Herkömmliche und neue U-Untersuchungen beim Kleinkind. In E. M. Bitzer, U. Walter, H. Lingner & F.-W. Schwartz (Hrsg.), *Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung*. Heidelberg: Springer.
- Suarez-Orozco, C. & Suarez-Orozco, M. M. (2001). *Children of migration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Suess, G. J., Bohlen, U., Mali, A. & Frumentia Maier, M. (2010). Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP-Praxisforschungsprojekt „WiEge“. *Bundesgesundheitsblatt* 53, 1143 – 1149.

- Suess, G. J. & Hantel-Quitmann, W. (2004). Bindungsbeziehungen in der Frühintervention. In L. Ahnert (Hrsg.), *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung* (S. 332 – 351). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Süß, W. (2010). Das Präventionsprogramm „Lenzgesund“: Strukturbildung in einem benachteiligten Quartier in Hamburg. *Public Health Forum*, 18(4), 40.e41–40.e43.
- The Phoenix Centre. (2011). *Design and evaluation of The Parenting Partnership - a parent education program for new parents* Verfügbar unter: http://www.phoenixpembroke.com/sites/default/files/TPP_Learnings_Report_FINAL.pdf [08.08 2012].
- Thomas, R. & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and triple P—Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(3), 475 – 495.
- Trocme, N. (1996). Development and preliminary evaluation of the Ontario Child Neglect Index. *Child Maltreatment*, 1(2), 145 – 155.
- Tröster, H. (2010). *Eltern-Belastungs-Inventar –EBI. Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von R. R. Abidin* Verfügbar unter: <http://www.testzentrale.de/programm/eltern-belastungs-inventar.html#details> [08.05.2011]
- Tschöpe-Scheffler, S. (2003). *Elternkurse auf dem Prüfstand. Wie Erziehung wieder Freude macht*. Opladen: Leske und Budrich.
- Tschöpe-Scheffler, S. (2005a). *Konzepte der Elternbildung - eine kritische Übersicht*. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Tschöpe-Scheffler, S. (2005b). Unterstützungsangebote zur Stärkung der elterlichen Erziehungsverantwortung oder: Starke Eltern haben starke Kinder. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 25, 248 – 262.
- Tsujuno, J., Oyama, M. & Inuihara, T. (2002). Specificity of a Mother's Attachment to Her Child Using the Attachment Inventory and Factors Related to Attachment: Longitudinal Research from Prenatal to Age Three. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 17(1), 63 – 84.
- van den Boom, D. C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development*, 65, 1457 – 1477.
- van den Boom, D. C. (1995). Do first-year intervention effects endure? Follow-up during toddlerhood of a sample of Dutch irritable infants. *Child Development*, 66, 1798 – 1816.
- van der Horst, K., Paw, M. J., Twisk, J. W. & van Mechelen, W. (2007). A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in youth. *Medicine and science in sports and exercise*, 39, 1241 – 1250.
- von Schlippe, A. (1995). *Familientherapie im Überblick. Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten*. Paderborn: Junfermann.
- von Sydow, K. (2002). Bindung und gestörte Paarbeziehung. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse* (231 – 241). Stuttgart: Schattauer.
- Wachs, T. D., Black, M. M. & Engle, P. L. (2009). Maternal depression: A global threat to children's health, development, and behavior and to human rights. *Development perspectives*, 3(1), 51 – 59.
- Wade, S. L., Holden, G., Lynn, H., Mitchell, H. & Ewart, C. (2000). Cognitive-behavioral predictors of asthma morbidity in inner-city children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21, 340 – 346.
- Wade, S. M. (2004). Parenting Influences on Intellectual Development and Educational Achievement. In M. Hoghughy & N. Long (Hrsg.), *Handbook of Parenting. Theory and research for practice* (S. 198 – 212). London: Sage Publications, Inc.
- Walper, S. (2008). Sozialisation in Armut. In K. Hurrelmann, M. Grundmann & S. Walper (Hrsg.), *Handbuch der Sozialisationsforschung* (204 – 214). Weinheim: Beltz.

- Walper, S. (2009). Kindergesundheit im Beziehungsgeflecht: Ein Fokus auf Familien, *Symposium „Prävention im Fokus unterschiedlicher Perspektiven - Chance oder Dilemma?“*. Medizinische Hochschule Hannover.
- Walper, S. & Beckh, K. (2006). Adolescents' development in high-conflict and separated families. Evidence from a German longitudinal study. In A. Clarke-Stewart & J. Dunn (Hrsg.), *Families count: Effects on child and adolescent development* (S. 238-270). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Wasik, B. H. (1993). Staffing issues for home visiting programs. *The Future of Children*, 3(3), 140 – 157.
- Weiss, S., Röhrle, B. & Ronshausen, D. (2007). Elterntrainings als präventive Maßnahme - eine Übersicht. In B. Röhrle (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung Band III: Kinder und Jugendliche* (173 – 228). Tübingen: dgvt-Verlag.
- WHO. (2010). *WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care*. Genf: WHO.
- Wild, E. & Lorenz, F. O. (2009). Familie. In E. Wild & J. Möller (Hrsg.), *Pädagogische Psychologie* (S. 235 – 259). Heidelberg: Springer.
- Wilhelm, K. & Parker, G. (1988). The development of a measure of intimate bonds. *Psychological Medicine*, 18(1), 225 – 234.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen. (2005). *Familiale Erziehungskompetenzen. Beziehungsklima und Erziehungsleistungen in der Familie als Problem und Aufgabe*. Weinheim, München: Juventa.
- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R. & Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie*, 30(2), 105 – 112.
- Wolchik, S., Sandler, I., Weiss, L. & Winslow, E. (2007). New Beginnings: An empirically-based program to help divorced mothers promote resilience in their children. In J. M. Briesmeister & C. E. Schaefer (Hrsg.), *Handbook of parent training: Helping parents prevent and solve problem behaviors* (25 – 62). New York: John Wiley & Sons.
- Wolchik, S. A., Sandler, I. N., Millsap, R. E., Plummer, B. A., Greene, S. M., Anderson, E. R. et al. (2002). Six-year follow-up of preventive interventions for children of divorce: A randomized controlled trial. *Jama*, 288(15), 1874.
- Wolchik, S. A., West, S. G., Westover, S., Sandler, I. N., Martin, A., Lustig, J. et al. (1993). The children of divorce parenting intervention: Outcome evaluation of an empirically based program. *American Journal of Community Psychology*, 21(3), 293 – 331.
- Wygotski, L. (1987). *Ausgewählte Schriften, Band 2: Arbeiten zur psychischen Entwicklung der Persönlichkeit*. Köln: Pahl-Rugenstein.
- Yoshizumi, T., Murase, S., Murakami, T. & Takai, J. (2006). Reliability and validity of the Parenting Scale of Inconsistency *Psychological Reports*, 99(1), 74 – 84.
- Ziegenhain, U. (2007). Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen bei jugendlichen Müttern. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.*, 56, 660 – 675.
- Ziegenhain, U. (2008). Entwicklungs- und Erziehungsberatung für die frühe Kindheit In F. Petermann & W. Schneider (Hrsg.), *Angewandte Entwicklungspsychologie* (Bd. Bd. 7, S. 163 – 204). Göttingen: Hogrefe.

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Regulationsbereiche und Alltagssituationen der intuitiven Kompetenzen (Papoušek, M., 1994, zit. n. Ziegenhain et al., 2004, S. 39)	Seite 18
Tabelle 2	Auswahl: Präventive Maßnahmen von Eltern zur Vermeidung von Gesundheitsproblemen ihrer Kinder (Bergmann & Bergmann, 2007; Bitzer, Walter, Lingner & Schwartz, 2009)	Seite 33
Tabelle 3	Suchstrategie in Datenbanken mit systematischem Schlagwortsystem	Seite 56
Tabelle 4	Suchstrategie in Datenbanken ohne systematisches Schlagwortsystem	Seite 57
Tabelle 5	Instrumente zur Erhebung von Elternkompetenz	Seite 60
Tabelle 6	Instrumente zur Erhebung einzelner Aspekte von Elternkompetenz	Seite 62
Tabelle 7	Kind- und Elterndomäne des deutschsprachigen PSI (Hofecker Fallahpour et al., 2009)	Seite 71
Tabelle 8	Subskalen des Eltern- Belastungs-Inventar (Tröster 2010)	Seite 71
Tabelle 9	Zielgruppen, Durchführungsmodalitäten, Methodik und Evaluation der Programme in Deutschland	Seite 88
Tabelle 10	Zielgruppen, Durchführungsmodalitäten, Methodik und Evaluation der internationalen Programme	Seite 118
Tabelle 11	Inhalte der Programme: Angesprochene Aspekte elterlicher Erziehungs-kompetenzen – deutsche Programme	Seite 132

10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Erziehungsstile nach Baumrind (Baumrind, 1991)	Seite 20
Abbildung 2	Prozessmodell elterlichen Verhaltens (Belsky, 1984, S. 84)	Seite 24
Abbildung 3	Vier Klassen elterlicher Beziehungs- und Erziehungs-kompetenzen (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005, S. 51ff)	Seite 41
Abbildung 4	Prozessmodell elterlicher Beziehungs- und Erziehungs-kompetenzen (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2005, S.54)	Seite 43
Abbildung 5	Komponenten von Erziehungs-kompetenz und ihre Merkmale (Petermann, U. & Petermann, 2006)	Seite 44
Abbildung 6	Bewertungsrelevante Designmerkmale von Evaluationsstudien	Seite 81