

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften

DISSERTATION

zur Erlangung des akademischen Grades
„Doctor of Public Health“

ZUM PRÄVENTIVEN ERFOLG VON ELTERNKURSEN

Eine gesundheitswissenschaftliche Untersuchung der Elternschulung am
Beispiel des STEP Elterntrainings

Vorgelegt von Sabine Kluwe

Gutachter: Prof. em. Dr. Klaus Hurrelmann
Zweitgutachter: Prof. a.D. Dr. Peter-Ernst Schnabel

Bielefeld, Januar 2011

- Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier ** ISO 9706 -

Danksagung:

Mein besonderer Dank gilt meinem Freund Samir, meiner Mutter und meiner Cousine Gudrun. Sie waren immer für mich da, wenn ich sie brauchte.

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann danke ich für die geduldige und ermutigende Förderung und Betreuung dieser Arbeit.

Mein Dank gilt Trudi Kühn, Roxana Petcov, Dagmar Mihr und allen STEP Trainerinnen und STEP Trainern, denn sie haben meine Forschung ermöglicht, unterstützt und immer wieder neu belebt.

Bei Oskar Powalka möchte ich mich für die Hilfe bei der Korrektur meiner Arbeit und die Begleitung in der Endphase bedanken.

Bielefeld im Januar 2011,

Sabine Kluwe

Zum präventiven Erfolg von Elternkursen

- Eine gesundheitswissenschaftliche Untersuchung der Elternschulung am Beispiel des STEP Elterntrainings -

Einleitung	1
1. Die Rolle der Eltern in der Prävention	4
1.1 Mental Health wird zum internationalen Schwerpunkt	5
1.1.1 Kinder und Jugendliche - bedeutsame Zielgruppe früher Prävention	6
1.1.2 Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)	9
1.2 Relevanz und Implikationen für Public Health	11
1.2.1 Die Gesundheitsproblematik als Herausforderung an Public Health	11
1.2.2 Pathologisierung durch Krankheitsbegriffe oder Sensibilisierung für kindliche Lebenswelten? Positionierung in einer kritischen Diskussion	14
1.3 Politisch-rechtliche Verankerung präventiver Zielsetzungen für Kinder und Jugendliche	18
1.3.1 Förderung der Kindergesundheit auf gesamtpolitischer Ebene	18
1.3.2 Sozialrechtliche Verankerung präventiver Ziele im Erziehungskontext	19
1.4 Die Schlüsselrolle der Eltern für die präventive Praxis	22
1.4.1 Präventions-Empfehlungen der Experten	22
1.4.2 Elternbildung als Präventionsform	24
1.5 Untersuchungsgegenstand Elternkurs - Problemstellung und Zielsetzung der Arbeit	26
1.5.1 Ein neuer Blick auf Elternbildung und Elternkurse durch Public Health	26
1.5.2 Ziele, Vorgehen und inhaltliche Gliederung der Arbeit	29
1.5.3 Zusammenfassung der Ziele und Inhalte	35
2. Die präventiven Chancen der Elternkurse	37
2.1 Prävention und Gesundheitsförderung: Die gesundheitswissenschaftliche Perspektive	37
2.1.1 Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung als Handlungsmodelle	38

2.1.2	Pathogenese versus Salutogenese - Zwei Denkmodelle und ihre Anwendungstraditionen	41
2.1.3	Perspektive und Praxis der Gesundheitsförderung	48
2.1.4	Fazit: Ein integriertes Präventionsmodell im Dialog mit der Gesundheitsförderung	52
2.2	Prävention psychischer Erkrankungen: Herausforderung in Forschung und Praxis	55
2.2.1	Wissenschaftlicher Nachweis von Präventionserfolgen	56
2.2.2	Spezialfall „Psyche“ in der Prävention	61
2.3	Erforschung gesundheitswirksamer Faktoren für die Psyche	64
2.3.1	Auf der Suche nach bedeutsamen Risikofaktoren	65
2.3.2	Auf der Suche nach Ressourcen und Schutzfaktoren der Psyche	73
2.3.3	Integration gesundheitswirksamer Faktoren in Belastungs-Ressourcen-Modellen	89
2.4	Prävention durch Elternkurse: Stärkung psychosozialer Ressourcen im Familiensystem	96
2.4.1	Erwartungen an das Elterntraining aus präventiver Sicht	97
2.4.2	Präventive Stärkung von Männern und Frauen in der Elternrolle	108
2.4.3	Die Kinder als Empfänger präventiver Wirkungen der Elternschulung	140
2.4.4	Ausgangspunkt Eltern. Das spezifische Wirkungsprofil der Elternkurse	156
2.4.5	Schlussfolgerungen für Praxis und Evaluation der Elternbildung	163
2.5	Die Versorgungsperspektive: Elternbildung als familienbezogene Präventionsform	168
2.5.1	Bedarfsgerechte Präventionsstrategien	168
2.5.2	Das settingorientierte Vorgehen und die Familie als Setting	178
2.5.3	Elternkurse als eine spezielle Form familienbezogener Prävention	186
3.	Das Elterntraining in der Evaluation	191
3.1	Von der Mütterschule zum Elterntraining: Zentrale Fragestellungen der Elternbildungs-Forschung	191
3.2	Befundlage zum primärpräventiven Einsatz der Elternbildung	198
3.2.1	Wirksamkeit von Strategien mit dem Fokus psychische Gesundheit	202

3.2.2	Metaevaluation: Wirksamkeitsschätzungen für das präventive Elternt raining	205
3.3	Präventive Wirkungen von Elternkursen auf das Kind	213
3.3.1	Der Präventionsfokus Dissozialität/Delinquenz	214
3.3.2	Der Präventionsfokus Internalisierung/Externalisierung	217
3.3.3	Je eher, desto besser?	219
3.3.4	Zur Nachhaltigkeit positiver Wirkungen auf das Kind	222
3.3.5	Beziehungsqualität - das vergessene Kriterium	224
3.4	Präventive Wirkungen von Elternkursen auf Mütter und Väter	225
3.4.1	Trainingserfolge der Eltern	225
3.4.2	Programmübergreifende Wirkungsfaktoren	227
3.4.3	Selbstbezogene Präventionsziele und Präventionsanspruch der Eltern	228
3.5	Von der Programm- zur Implementationsperspektive: Der Umsetzungserfolg von Elternkursen	231
3.5.1	Erkenntnisse zum subjektiven Bedarf der Eltern	232
3.5.2	Zur Reichweite universeller Elternbildungsprogramme in Deutschland	234
3.5.3	Die Elternkurse in den deutschen Familienbildungs-Strukturen	237
3.6	Schlussfolgerungen für Praxis und Forschung	241
4.	Evaluation des präventiven Erfolges am Beispiel des STEP-Elternt rainings	246
4.1	Die Bielefelder STEP-Programmevaluation (2005/2006)	251
4.1.1	Fragestellungen und Methodik der Programmevaluation	251
4.1.2	Ergebnisse der Programmevaluation zur Reichweite	255
4.1.3	Ergebnisse zur präventiven Inanspruchnahme und Bedarfsgerechtigkeit	262
4.1.4	Ergebnisse zur Programmwirksamkeit	268
4.2	Die Evaluation settingbasierter STEP-Elternkurse (2006-2009)	277
4.2.1	Fragestellungen und Methodik der wissenschaftlichen Begleitung	282
4.2.2	Analyse der Angebotsstruktur und der erzielten Reichweite	286
4.2.3	STEP an Berliner Hauptschulen	304

4.2.4	STEP in Celle: settingübergreifende Verankerung unter dem Dach der Kommune	352
4.2.5	STEP Elternkurse im Kontext der Jugend- und Familienhilfe	370
4.2.6	Ergebnisse settingübergreifender Analysen	385
4.3	Zusammenfassung und Diskussion der empirischen Ergebnisse	392
4.3.1	Die Programmevaluation und der präventive Erfolg des STEP-Elterntrainings	392
4.3.2	Die settingbasierten STEP Kurse. Bedingungen und Grenzen des präventiven Erfolges	398
	Literatur	408

Einleitung

Die „Neue Morbidität“ erreicht die Bevölkerung in ihrer gesamten Breite, und zeigt ihr Gesicht gerade im Bereich psychischer Gesundheitsstörungen. In ihren Verbreitungsgraden stehen die psychischen und psychosomatischen Krankheitsbilder anderen bekannten Volkskrankheiten in nichts mehr nach. Wie aktuelle Daten belegen, sind auch Kinder und Jugendliche betroffen. Im Zusammenhang mit dieser Gesundheitsproblematik setzt sich die vorliegende Arbeit mit den präventiven Möglichkeiten der Elternbildung auseinander. Diese zählt zu den Präventionsformen, mit denen die Gruppe der Kinder und Jugendlichen früh erreicht werden kann. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht sind elternbezogene Ansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung vielversprechend, weil psychosoziale Gesundheitsressourcen in der primären Lebenswelt, der Familie, gestärkt werden. Als eine besondere Form präventiver Elternbildung wird hier der Elternkurs im Mittelpunkt stehen. Am speziellen Beispiel des STEP-Elterntrainings wird dieser Ansatz in ein gesundheitswissenschaftliches Rahmenmodell eingeordnet, empirisch überprüft und dessen gesundheitlicher Nutzen diskutiert.

Die folgende Arbeit ist in vier Kapitel gegliedert. Das Kapitel 1 befasst sich mit dem psychischen Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Anhand von Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGs/RKI 2008) wird aus der Perspektive von Public Health für eine lebensweltlich orientierte Prävention argumentiert, die auch zu der unterstützenden Kraft der Familien vordringen sollte. Die Schlüsselrolle der Eltern für die Vorbeugung emotionaler und Verhaltensauffälligkeiten wird herausgearbeitet und im Kontext nationaler Zielsetzungen zur Kindergesundheit und Gesetzesvorgaben reflektiert. Um Mütter und Väter in die Präventionsarbeit einzubeziehen, bildet der Untersuchungsgegenstand der Arbeit, das Elterntraining, eine geeignete Strategie. Das einführende Kapitel schließt mit den Fragestellungen der vorliegenden Arbeit und den Zielsetzungen, welche sie in Bezug auf die Elternschulung verfolgt.

In den Gesundheitswissenschaften sowie bei Experten aus der Praxis besteht Orientierungsbedarf im Hinblick auf das, was Elternkurse präventiv leisten können, und

auf die Gestaltungsräume, die dieses spezielle Format eröffnet. Das zweite Kapitel meiner Arbeit erschließt die Möglichkeiten des Elterntrainings zur Vorbeugung psychischer Beeinträchtigungen und zur Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen. Der Text integriert zunächst Erkenntnisse aus verschiedenen Disziplinen und Forschungszweigen wie beispielsweise der Familiensoziologie, der Entwicklungspsychologie, der Resilienzforschung und der Stressforschung, um Schutz- und Risikofaktoren von Eltern und Kindern zu analysieren. Das Kernstück dieses Theoriekapitels, der Abschnitt 2.4, setzt dann die gesundheitswirksamen Faktoren in einen direkten Bezug zum Familiensetting und zur Elternrolle. So werden gesundheitswirksame Faktoren sichtbar gemacht, die von Elternkursen grundsätzlich erfasst werden können. Auf der Grundlage dieses Ergebnisses werden schließlich die präventiven Chancen von Elternkursen beurteilt, und darüber hinaus Vorschläge für alternative Kriterien für die Ergebnisevaluation von Elternkursen unterbreitet.

Der Abschnitt 2.5 komplettiert das präventionswissenschaftliche Gerüst mit einem Blick auf die Erfordernisse einer bedarfsgerechten Versorgung und einer erfolgreichen Umsetzung von Elternbildung in der Praxis. Der Text reflektiert die Einsatzmöglichkeiten von Elternkursen im speziellen Kontext der *familienbezogenen* Prävention und Gesundheitsförderung. Es werden Hindernisse in der praktischen Umsetzung und präventiven Inanspruchnahme sowie Erkenntnisdefizite zum subjektiven Bedarf der Eltern diagnostiziert, und daraus Fragestellungen an den Untersuchungsteil abgeleitet.

Mit einer Erörterung zentraler Fragen und Kriterien der wissenschaftlichen Erfolgsprüfung von Elternbildungsprogrammen führt das Kapitel 3 zunächst in das Evaluationsthema ein. Im Anschluss werden empirische Ergebnisse zur Wirksamkeit familienorientierter Präventionsansätze zur Vorbeugung von emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen vorgestellt. Metaanalytische Studien, die sich darauf konzentrieren, was diesbezüglich speziell *Elternkurse* bewirken können, kommen insgesamt zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen. Es lässt sich jedoch kaum nachvollziehen, wie Effekte zustande kommen oder warum sie gegebenenfalls ausbleiben. Das dritte Kapitel nimmt deshalb eine kritische Reflexion der Evaluationsgewohnheiten vor, welche sich auch aus den Ergebnissen des zweiten Kapitels speist: es wird die Hypothese aufgestellt, dass das durch die üblichen Unter-

suchungen hervorgebrachte Erkenntnisspektrum durch eine Fixierung auf bestimmte Standardkriterien und auf die Programmwirksamkeit begrenzt bleibt.

Eine auf die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit ausgerichtete Betrachtung einer Strukturevaluation zur Verankerung von Elternbildungsangeboten in Deutschland (Lösel/Schmucker/Plankensteiner & Weiß 2006) belegt unter anderem, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen von Elternkursen kaum erreicht werden. Dieses hat die Schwerpunkte der eigenen Untersuchung angeregt. So werden einige der im Kapitel 3 festgehaltenen Defizite im methodischen Vorgehen und in der praktischen Umsetzung im empirischen Teil aufgegriffen.

Der empirische Teil der Arbeit dokumentiert einen zweistufigen Evaluationsprozess, bei dem das STEP Elterntaining im Rahmen zweier Forschungsprojekte wissenschaftlich begleitet wurde. Aus diesen beiden Projekten sind die eigenen Untersuchungsteile hervorgegangen; die zentralen Ergebnisse präsentiert das Kapitel 4.

Die Ergebnisse aus der ersten Untersuchungsphase (Programmevaluation 2005/2006) belegen die Wirksamkeit anhand von Standardkriterien im Rahmen einer Fall-Kontroll-Studie. Eine Analyse der Reichweite zeigt, dass vor allem Eltern solche aus sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten nur selten an den Erziehungskursen teilnehmen. Hinter der zweiten Untersuchungsphase, der des Projekts BEEP (Bielefelder Evaluation von Elternedukations-Programmen, 2006-2009) stand das Ziel, die Reichweite präventiver Elternbildung durch Verankerung in Settings zu verbessern. Das STEP-Programm ist dabei in Settings wie Schulen und KiTas integriert, in das Jugend- und Familienhilfesystem eingepasst, oder in kommunalen Strukturen verankert. Von Interesse ist, inwieweit es den STEP- Elternkursangeboten über unterschiedliche Settings gelingt, schwer erreichbare Eltern einzubeziehen und ihrem Bedarf entsprechend mit diesem Programm zu unterstützen.

Im Anschluss an die theoretischen und die empirischen Kapitel der Arbeit werden die Ergebnisse jeweils zusammengefasst und Schlussfolgerungen abgeleitet für die zukünftige Gestaltung, Evaluation und qualitätssichernde Weiterentwicklung von Elternkursen in der Praxis.

1. Die Rolle der Eltern in der Prävention

Aufgrund der langfristigen weltweiten Beobachtung des Krankheitsgeschehens wird für die Bevölkerungen von Industrienationen ein Wandel im Krankheitsspektrum beschrieben. Dieser epidemiologische Befund ist durch eine Zunahme chronischer und nichtübertragbarer Erkrankungen gekennzeichnet, zu denen auch die psychischen Störungen gezählt werden (Maaz/Winter/Kuhlmey 2007). Der Begriff *new morbidity* - *neue Morbidität*, unter dem dieses Phänomen in die Literatur eingegangen ist, bringt zum Ausdruck, dass sich die Qualität gesundheitlicher Probleme verändert hat (Palfrey/Tonniges/Green et al. 2005). Die psychischen Krankheitsbilder sind heute ebenso verbreitet wie andere so genannte „Zivilisations“ - oder „Volkskrankheiten“, etwa die Gesundheitsproblematiken, die mit Übergewicht und Bewegungsmangel einher gehen. Im Jahr 2020, so schätzt die WHO, werden allein die depressiven Störungen die Herz- und Gefäßerkrankungen als häufigste Gesundheitsstörung abgelöst haben (WHO 2006, 2008). Zurzeit rangieren die psychischen Gesundheitsstörungen europaweit auf Platz zwei, wo sie 20% der Krankheitslast verursachen und somit den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, welche mit 23% nach wie vor den höchsten Anteil ausmachen, bereits dicht auf den Fersen sind (Zander/Busse 2010).

In Deutschland wie in vielen anderen Ländern hat diese Seite der neuen Morbidität auch zu neuen Schwerpunktsetzungen in der gesundheitsbezogenen Forschung geführt. „Mental Health“ ist zum Schlagwort in den internationalen Fachzeitschriften geworden. Wissenschaftliche Erkenntnisse über die Entstehungsbedingungen psychischer Erkrankungen haben an Bedeutung gewonnen, und das Wissen um psychische Belastungen und Risikokonstellationen oder die psychosozialen Gesundheitsfaktoren spielt eine erheblich größere Rolle als noch vor einigen Jahrzehnten. Zuvor wurde der Psyche in erster Linie als Einflussgröße im Zusammenhang mit körperlichen Störungen und Erkrankungen (beispielsweise Bluthochdruck oder Herzinfarkt) Beachtung geschenkt. So ist etwa seit langem bekannt, dass psychische Faktoren, allen voran das Erleben von Stress, maßgeblich beteiligt sind an der Entstehung, Auslösung oder Chronifizierung vieler körperlicher Gesundheitsstörungen.

1.1 Mental Health wird zum internationalen Schwerpunkt

Mit der Zunahme seelischer Erkrankungen gewinnen auch seit Jahren deren *Prävention* und die Förderung der psychischen Gesundheit auf internationaler und nationaler Ebene an Bedeutung. Die WHO hat unlängst die Reduzierung der Krankheitslast, die durch psychische Erkrankungen verursacht wird, weltweit zu einem zentralen Gesundheitsziel erklärt (WHO 2001). Auch in Europa hat man die Förderung der psychischen Gesundheit inzwischen ganz oben auf die Agenda gesetzt (EU Grünbuch 2005).

Mit dem Begriff „Krankheitslast“ sei hier auf das subjektive Leid und Krankheitschicksal der einzelnen betroffenen Menschen, aber auch auf die entstehenden Gesundheitskosten und Versorgungsproblematiken im Gesundheitssystem hingewiesen:

(a) Einbußen in der Lebensqualität sowie der psychischen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit sind mit hohem subjektivem Leid verbunden. Sie ziehen evtl. den Verlust des Arbeitsplatzes nach sich. Nicht selten zerbrechen so Partnerschaften und Freundschaften und Betroffene geraten in die soziale Isolation.

(b) Die Behandlung und Nachsorge für psychisch erkrankte Menschen ist zeit- und kostenintensiv. Bei der Heilung oder Linderung psychischer Erkrankungen stehen die psychotherapeutischen Verfahren und psychosozialen Unterstützungsansätze als Behandlungsansätze im Mittelpunkt, die zum Teil durch medikamentöse Therapien unterstützt werden. Eine stationäre und ambulante Versorgung ist aufwendig und erfordert vielfältige Kompetenz. Psychische Erkrankungen verlaufen oft chronisch und beeinträchtigen die Betroffenen dauerhaft. Dies erfordert langfristige oder wiederholte ärztliche und psychotherapeutische Behandlungen und Nachsorge. Begleitung, Beratung und „Lebenshilfe“, die zur Bewältigung psychischer Krisen notwendig sind, fordern die ohnehin strapazierten psychosozialen Versorgungssysteme.

(c) Verlust der Arbeitskraft. Seelische Erkrankungen sind die vierthäufigste Ursache für krankheitsbedingtes Ausfallen von Mitarbeitern/-innen am Arbeitsplatz. So sind körperliche Gesundheitsstörungen zwar insgesamt häufiger für die Fehlzeiten verantwortlich, jedoch fehlen Menschen, wenn sie psychisch erkranken, deutlich länger (durchschnittlich fast 23 Tage) (Fehlzeiten Report 2010). Nicht zuletzt werden viele

dieser Mitarbeiter/innen dauerhaft berufs- oder erwerbsunfähig, sodass die staatlichen Unterstützungssysteme eintreten müssen.

Die Zunahme psychischer Störungen und die erhöhte Erkrankungsgefahr haben den gesundheitsbezogenen Versorgungsbedarf der Bevölkerung bereits verändert. Dies erfordert ein Umdenken in der Gesundheitspolitik und im Gesundheitswesen. Während Experten in Amerika infolge der Zunahme psychischer Erkrankungen bereits mit einem Zusammenbruch des Behandlungssystems rechnen (Albee 2006), erscheint dieses in Deutschland vergleichsweise gut. Zumindest der Bedarf der erwachsenen Bevölkerung an medizinischen und psychologischen Behandlungsangeboten kann relativ gut gedeckt zu werden. Als lückenhaft hingegen wird die Versorgungslage zum einen in Bezug auf *präventive* Angebote und *psychosoziale* Unterstützungsleistungen beschrieben, welche einer ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung vorgeschaltet sind oder diese flankieren, wie die Beratung und Begleitung im Alltag oder bei der Wiedereingliederung in den Beruf nach einem Klinikaufenthalt (EU Grünbuch 2005). Zum anderen ist speziell die Gruppe der *Kinder und Jugendlichen* unterversorgt, wobei für diese Bevölkerungsgruppe sowohl die präventiven Stufen (Vorbeugung, Früherkennung) als auch die psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten als defizitär gelten (BMG 2008; RKI/BzGA 2008).

1.1.1 Kinder und Jugendliche - bedeutsame Zielgruppe früher Prävention

Die deutlichste und nachhaltigste Reduzierung der „Krankheitslast“ für Betroffene wie für die gesundheitlichen und psychosozialen Versorgungssysteme lässt sich naturgemäß dann erreichen, wenn es gar nicht erst zu einer Ausbildung schwerwiegender Gesundheitsstörungen oder deren Chronifizierung kommt. Ebenso wie körperlichen Erkrankungen kann vielen psychischen Beeinträchtigungen vorgebeugt werden. Mit dem heutigen Wissen über die Entstehungsbedingungen psychischer Störungen, der Kenntnis psychischer Gesundheitsrisiken und derjenigen Faktoren, die die psychische Gesundheit fördern und erhalten, ist es möglich, Gefahren für die psychische Gesundheit zu erkennen, und einer Krankheitsdynamik im Vorfeld mit stabilisierenden Maßnahmen zu begegnen.

Psychische Erkrankungen und psychosoziale Beeinträchtigungen des Erwachsenenalters lassen sich in vielen Fällen auf disponierende Risikolagen oder psychische

Belastungssituationen - aber auch psychische Auffälligkeiten - zurückführen, die im Kindes- und Jugendalter erkennbar sind oder sich in frühen Lebensphasen manifestieren. Früh erkennen und frühzeitig vorbeugen (so dass Störungen mit Krankheitswert tatsächlich langfristig verhindert und abgemildert würden) hieße also nach dem heutigen Erkenntnisstand, schon im Kindesalter mit Prävention zu beginnen. Ein sinnvoll angelegtes Präventionskonzept müsste, wenn es um psychische Störungen und psychosoziale Beeinträchtigungen geht, in puncto Früherkennung, frühe Prävention und Gesundheitsförderung die Gruppe der Kinder und Jugendlichen *grundsätzlich* einschließen. Je früher eine gravierende Belastungskonstellation oder die Anzeichen einer Krankheitsgenese erkannt werden, umso wirkungsvoller ist Prävention, und desto größer ist der Gewinn an Gesundheit aus Sicht des gesundheitlich Gefährdeten und seiner Angehörigen.

Bisherige Datenlage zur psychischen Gesundheit von Kindern und Präventionsbedeutung des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)

Aktuelle Daten zum psychischen Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland haben den konkreten Anlass gegeben, das Präventionsthema für diese Altersgruppe und den psychischen Gesundheitsbereich aufzugreifen. Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) zeichnet erstmalig ein repräsentatives Bild von der Art und Verbreitung psychischer Gesundheitsproblematiken (RKI/BzgA 2008). Damit hat die vom Robert-Koch-Institut zwischen 2003 und 2006 durchgeführte Studie eine epidemiologische Lücke geschlossen. Die Ergebnisse stärken einerseits die Argumentation für präventive Bemühungen im Kindes- und Jugendalter. Andererseits geben die gewonnenen Erkenntnisse Hinweise darauf, wie und wo bei einer Förderung der psychischen Gesundheit angesetzt werden kann.

Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sind, egal ob sie beispielsweise mit Programmen zur (Lebens-)Kompetenzstärkung am Individuum ansetzen oder die Strukturen und Bedingungen der Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen, etwa durch Schulentwicklung, positiv verändern, stets mit Ausgaben, Investitionen und Kraftanstrengungen verbunden, die gerechtfertigt sein wollen. Abgesichert werden Präventionsvorhaben durch Gesundheitsdaten, die über die allgemeine Auftretenswahrscheinlichkeit verschiedener Störungen, den Zusammenhang zwischen verschiedenen Krankheitsbildern oder das Auftreten in bestimmten Bevölke-

rungsgruppen Aufschluss geben. Repräsentative Erhebungen zum Gesundheitsstatus, zu altersgruppenspezifischen Symptomatiken und zu Zusammenhängen mit weiteren soziodemografischen Faktoren, die beispielsweise Auskunft geben über die Häufung solcher Beeinträchtigungen in spezifischen Gruppen, in Abhängigkeit vom Alter, dem sozialem Status oder dem Geschlecht, sind wichtige Voraussetzungen für gut abgestimmte Präventionsstrategien. Repräsentative und differenzierenden Gesundheitsdaten, wie sie die KiGGS-Studie hervorgebracht hat, sind grundlegend für die Entscheidung, wann, wie oder mit welcher Intensität Prävention ansetzt und an welchen Bevölkerungsgruppen sich präventives Handeln in der Praxis ausrichten sollte. Schließlich sollen sich gesundheitsstärkende und präventive Initiativen auf reelle, also auf belegte und bedeutsame, Gesundheitsgefahren konzentrieren, und nicht etwa auf „Phantome“, Modediagnosen oder medial aufgewertete Einzelfälle¹. Außerdem ist es wichtig, dass die entsprechenden Maßnahmen insbesondere bei hoch gefährdeten Teilen der Bevölkerung (Risikogruppen) ankommen. Präventives Handeln muss also durch *epidemiologische Daten* fundiert sein.

Für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen fehlte es in Deutschland an solchen Gesundheitsdaten. Vor allem die Erkenntnislage zur *psychischen Gesundheit* von Kindern und Jugendlichen erschien hinsichtlich der Präventionsplanung/-forderung nicht hinreichend.

Die Gesundheitsberichterstattung für diese Altersspanne ist, abgesehen von Neugeborenen und Säuglingen, ohnehin sehr viel lückenhafter als für erwachsene Menschen. Zudem hatte vor der Veröffentlichung der KiGGS-Studie die Erfassung psychischer Gesundheit und Krankheit hinter den Erhebungen zum körperlichen Gesundheitsstatus zurückgestanden. Verschiedene Gründe, wie beispielsweise die grundsätzlich schwierigere und aufwendigere Diagnostik psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, das Fehlen geeigneter (das heißt beispielsweise altersspezifischer und altersdifferenzierender) Erhebungsinstrumente, aber auch besondere Vorsicht oder grundsätzliche Vorbehalte gegen eine Psychopathologisierung und Stigmatisierung von Kindern durch psychodiagnostische Verfahren, haben dabei eine Rolle gespielt.

¹ Nicht selten ergeben unter öffentlichem Druck beschlossene Schnellschüsse wirkungslose Alibi-Strategien, die nur Ressourcen verbrauchen, ohne dem tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung zu entsprechen.

Für Deutschland mussten sich die Forderungen nach verstärkter Prävention zunächst auf Schätzungen auf der Basis internationaler Trends und auf nicht-repräsentative nationale Studien oder spezialisierte Untersuchungen zu umgrenzten Störungsbildern oder bestimmten Altersbereichen berufen. Heute steht eine grundsätzliche Forderung nach Prävention und Förderung der psychischen Gesundheit bei Heranwachsenden in Deutschland auf einem besseren Fundament, da sie sich nun auf repräsentative, präzise Daten zum psychischen Gesundheitsstatus stützen kann.

1.1.2 Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)

Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys vermitteln einen umfassenden Gesamteindruck vom Gesundheitsstatus der heranwachsenden Generation über alle Altersgruppen hinweg im gesamten Bundesgebiet. Die Daten erlauben direkte Vergleiche zwischen Bevölkerungsschichten, Regionen oder verschiedenen Krankheitsbildern bei Kindern und Jugendlichen. Über verschiedene Module wurde ein weites Spektrum von physiologischen und psychologischen Gesundheits- und Krankheitsmarkern sowie Maßen zum Gesundheitsverhalten und zur subjektiven Gesundheit (gesundheitsbezogene Lebensqualität) festgehalten.

Der *psychische* Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen bildete einen Untersuchungsschwerpunkt innerhalb Studie. Dieser wurde über ein spezielles Modul („BELLA“) sehr gründlich erfragt, sodass Daten zu psychischen und Verhaltensauffälligkeiten, zum sozio-emotionalen Entwicklungsstatus sowie zum Vorhandensein psychosozialer Ressourcen und Risikofaktoren vorliegen (Ravensieberer/Wille/Bettge et al. 2007). Nach diesen Erhebungen werden bevölkerungswide insgesamt 15% aller Kinder im Alter von 3-17 Jahren im Hinblick auf psychische und Verhaltensauffälligkeiten (eingeschlossen emotionale Probleme, ADHS sowie Kinder als Opfer oder Täter von Gewalt) als „auffällig oder grenzwertig“ eingeschätzt. Weitere zentrale Ergebnisse:

- Kinder und Jugendliche aus der Unterschicht sind deutlich häufiger betroffen als solche aus den sozio-ökonomisch besser gestellten Bevölkerungsschichten.

- Das Auftreten von Störungen variiert mit dem Geschlecht: 12% der Mädchen und 18% der Jungen (Altersgruppe 3-17) weisen Verhaltensauffälligkeiten und/oder emotionale Probleme auf; 21,9% der Mädchen im Alter von 11 bis 17 Jahren zeigen Symptome einer Essstörung, bei den Jungen sind es 7,8% .
- Am häufigsten kommen in der Altersgruppe der 7-17-Jährigen folgende Beeinträchtigungen vor: Ängste (10%), Störungen des Sozialverhaltens (7,6%) und Depressionen (5,4%).
- *Keine* ausreichenden psychosozialen Ressourcen werden für ungefähr 20% aller Kinder und Jugendlichen diagnostiziert (Erhart/Hölling/Bettge et al. 2007).

1.2 Relevanz und Implikationen für Public Health

Betrachtet man die Ergebnisse von KiGGs zusammen mit Erkenntnissen aus weiteren einschlägigen Studien, so lässt sich die Relevanz des Themas für Public Health, im Hinblick auf die Schwerpunktziele und Handlungskonzepte der Gesundheitsförderung, in mehreren Punkten belegen.

1.2.1 Die Gesundheitsproblematik als Herausforderung an Public Health

Der Verbreitungsgrad erfordert präventives Handeln in der Breite

Im Lichte der neueren Forschungsergebnisse zur Kinder- und Jugendgesundheit erscheint es dringlich, den seelischen Problemen und psychosozialen Beeinträchtigungen in dieser Altersgruppe erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken. Denn wie bei den Erwachsenen bilden sich bei Kindern und Jugendlichen die Erscheinungsformen einer neuen Morbidität auch mit psychischen Problemen und psychosozialen Beeinträchtigungen ab. Ein relativ stabiler, bedeutsamer Prozentsatz von Kindern und Jugendlichen ist von psychischen Problemen betroffen. Es handelt sich also um eine Gesundheitsproblematik, die Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung nahelegt, welche die gesamte Bevölkerung einschließen. Punktueller Ansatz wird der Problematik nicht gerecht, sie ist daher ein Thema für Public Health.

Die präventive Versorgungslage für Kinder und Jugendliche ist defizitär

Bezüglich der präventiven Versorgungslage sind gerade für die Kinder und Jugendlichen deutliche Defizite zu beanstanden. Früherkennung und frühe Prävention/Gesundheitsförderung werden in Deutschland als stark entwicklungsbedürftig eingestuft. Aber auch die adäquate Behandlung, insbesondere in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, lässt zu wünschen übrig. Man schätzt, dass allenfalls die Hälfte aller Kinder, die behandlungsbedürftig sind, auch tatsächlich in ärztlicher/psychotherapeutischer Behandlung sind (BMG 2008, RKI/BzGA 2008). Dieses sind Anzeichen dafür, dass die Sensibilität für psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen noch nicht ausreichend da ist oder zumindest nicht derart, dass man in breite Bevölkerungsschichten vordringt.

Die Erkrankungsanfälligkeit einer besonderen Bevölkerungsgruppe gerät in den Fokus

Die Argumente für präventive Bemühungen speziell innerhalb dieser Altersgruppe speisen sich nicht mehr nur aus der gut belegten Kontinuität zwischen Risikokonstellationen, Belastungssituationen beziehungsweise psychischen Problemen und Auffälligkeiten in der Kindheit sowie einem großen Anteil der behandlungswürdigen psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Erwachsenenalter. Die psychischen Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen verdienen auch für sich genommen, das heißt als altersspezifischer Krankheitsbereich innerhalb dieser Lebensphase, besondere Aufmerksamkeit.

So wäre *einerseits* auf die *gravierenden Folgen* und Konsequenzen von emotionalen Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter hinzuweisen. Psychische Störungen beeinflussen die Qualität der Lebensphase Kindheit als solche. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden fallen bei Kindern deutlich ab, wenn sie von psychischen Problemen betroffen sind (Ravens-Sieberer/Ellert/Erhart 2007). Die Bewältigung und die Kompensation psychischer Probleme zehren zudem enorm an den Entwicklungsressourcen eines Kindes, und können so die Lern- und Entwicklungschancen einschränken. Schon früh wird so die Basis des „Lebenserfolgs“ und der Freiheitsgrade, die das Leben einmal haben wird, geschwächt. Schließlich fordert es immer die ganze Familie, wenn ein Kind ernsthaft und/oder chronisch erkrankt. Auch eine psychische Erkrankung beansprucht die Kräfte aller Mitglieder der Familie. *Andererseits* muss gerade bei der die Gestaltung von Maßnahmen zur Prävention und Früherkennung berücksichtigt werden, dass psychisches Leid und emotionales Ungleichgewicht bei Kindern anders zum Ausdruck kommt als bei Erwachsenen, beispielsweise durch altersspezifische Störungsbilder und/oder völlig andere Symptomatiken (Döpfner/Görtz-Dorten/Lehmkuhl 2008). Die kindliche Psyche (Psychodynamik/Psychopathologie) entzieht sich dem Vergleich mit der Psyche (Psychodynamik/Psychopathologie) eines Erwachsenen. Insofern haben psychische Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen ihr eigenes Gesicht und müssen gesondert betrachtet und eingeordnet werden. Psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie emotionale und soziale Beeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter müssen, wie oben bereits angemerkt wurde, stets im speziellen Kontext kindlicher Entwicklung gedeutet werden.

Belegte Abhängigkeit der Erkrankungshäufigkeit von sozialen Faktoren

Die Etablierung sozial gerechter Gesundheitschancen ist ein zentrales Ziel von Public Health. Die Chancen von Kindern, eine gesunde Psyche zu entwickeln, sind in Abhängigkeit von ihrer sozialen Lage und ihrem Geschlecht ungleich verteilt. Das ungleich verteilte Erkrankungsrisiko und ein im Falle sozialer Benachteiligung erhöhter Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung werden darum hier thematisiert.

Als der einflussreichste Faktor des psychischen Gesundheitsstatus, der bei KiGGS über den sozio-emotionalen Entwicklungsstatus und die Ausbildung psychosozialer Ressourcen der Kinder und Jugendlichen aufgenommen wurde, zeichnet sich neben dem Geschlecht die *soziale Schicht* ab². So sind von den Kindern und Jugendlichen (Alter 0-17 Jahre) aus Familien der Unterschicht 12,2% von psychischen Problemen betroffen. Psychische Auffälligkeiten entwickeln sich bei ihnen somit in etwa doppelt so häufig wie bei Kindern aus Mittelschichtfamilien (6,4%), im Vergleich zu solchen aus den obersten sozio-ökonomischen Schichten (3,5%) gar drei- bis viermal so häufig (Hölling, Erhart, Ravens-Sieberer & Schlack 2007, 785).

Die soziale Lage und Schichtzugehörigkeit beeinflusst zwar auch die Ausbildung körperlicher Erkrankungen bei Kindern deutlich (Mielck 2002; Richter 2005; Richter/Hurrelmann 2008). Die Diskrepanz zwischen den sozial benachteiligten und den privilegierten Bevölkerungsgruppen ist bei den psychischen Auffälligkeiten aber deutlicher ausgeprägt als bei den körperlich-organischen Krankheitsmarkern. Die Disparität scheint sich im Bereich psychischer Gesundheit offensichtlich besonders stark zu entwickeln.

Die negativen Folgen von *Kinderarmut* für die seelische Gesundheit beschäftigen die Forschung zunehmend. Soziale Benachteiligung und familialer Stress wirken sich in den so entscheidenden *frühen* Entwicklungsphasen des Menschen besonders negativ aus (Albee 2006). In seinem Review „The Environment of Childhood Poverty“ weist Evans (2004) darauf hin, dass Armut auch als ein bündelnder und vermittelnder Faktor verstanden werden muss, der die Wahrscheinlichkeit für arme Kinder erhöht, krankheitsfördernden psychosozialen Bedingungen in ihrer Familie ausgesetzt zu sein.

² Es wurde nach fünf sozio-ökonomischen Schichten differenziert, die für den statistischen Vergleich zu drei Schichtgruppen zusammengefasst wurden.

Kinder werden als die vielversprechendste Bevölkerungsgruppe eingeordnet, um sozial gerechte Gesundheitschancen zu etablieren (Mielck/Graham/Bremberg 2002). Aus der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit (BMG 2008, 8): „Zu den vordringlichsten Aufgaben zählt die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit“. Kinder aus sozial schwachen Familien sind besonders in ihrer psychischen Gesundheit und Entwicklung gefährdet. Die schichtassoziierten Unterschiede und ungleichen Gesundheitschancen sind so deutlich, dass die Prävention nicht ohne den Einsatz gezielter Strategien auskommt.

Bedeutsamkeit des psychischen Gesundheitsaspekts für einen ganzheitlichen Gesundheitsbegriff

Ihre Tradition verpflichtet Vertreterinnen und Vertreter von Public Health, die Gesundheit der Psyche sehr ernst zu nehmen sowie die seelischen Erkrankungen und emotionalen oder sozialen Beeinträchtigungen in der öffentlichen Wahrnehmung nicht hinter den körperlichen Krankheiten zurückstehen zu lassen. Die Public Health Sciences berufen sich dahingehend auf die *Ottawa-Charta* zur Gesundheitsförderung, welche die World Health Organisation (WHO) 1986 zu Papier brachte, und mit der an einen ganzheitlichen Gesundheitsbegriff angeknüpft wurde, den die WHO bereits 1946 formuliert hatte (WHO 1986, 1946). Dieser hebt die Bedeutung erlebter (subjektiver) Gesundheitsqualität hervor und betont somit den Stellenwert der emotional-psychischen und sozialen Befindlichkeit.

1.2.2 Pathologisierung durch Krankheitsbegriffe oder Sensibilisierung für kindliche Lebenswelten? Positionierung in einer kritischen Diskussion

In den Gesundheitswissenschaften/Public Health wird eine kritische Diskussion um die (Psycho-)Diagnostik geführt. Geht es um Kinder, ist man besonders wachsam. Dieser Abschnitt stellt diese Bedenken dar und erörtert eine Gegenposition, anhand welcher sich die vorliegende Arbeit mit ihrem Thema und ihren Zielen in der kritisch geführten Diskussion um psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen positioniert.

Stigmatisierung durch Störungs-Begriffe, Medikalisierung

Egal ob man nun von Problemen, Auffälligkeiten, Erkrankungen oder Störungen spricht: Sobald das Attribut „psychisch“ davor steht, bekommen diese Begriffe einen besonderen Beigeschmack. Sie können Unverständnis, Missverständnisse, Bestürzung, Verwirrung, Schuldgefühle oder Ablehnung hervorrufen und regen die Umwelt zu vielfältigen Spekulationen an. Manch einer möchte solche Begriffe mit Kindheit oder Kindern darum gar nicht erst in Zusammenhang gebracht wissen. Tatsächlich können sie zum sozialen Stigma werden und dadurch beim Betroffenen und seinen Angehörigen zusätzliches Leid bewirken.

Das Verhalten, Fühlen oder So-Sein eines Individuums wird vor allem dann problematisiert, wenn es von Erwartungen der Außenwelt abweicht, welche durch gesellschaftliche Normvorstellungen geprägt sind. Darum lässt sich behaupten, dass der Umgang mit diesen Kategorien dazu beiträgt, dass Normen aufrechterhalten werden, indem (abweichende) Individuen als „gestört“ oder ähnlich eingeordnet werden und ihr Verhalten problematisiert wird. Werden solche Normen sehr rigide gehandhabt, führt dies zur Dramatisierung von Abweichungen und zu übertriebenen Anpassungserwartungen an Kinder und Jugendliche. Nicht konformes Verhalten ist ja geradezu typisch für Kinder und Jugendliche und Ausdruck davon, dass sie sich entwickeln, reifen und als Persönlichkeiten autonom werden. Diese Prozesse erfordern darum mehr Toleranzen.

Im Zusammenhang mit der Medikalisierungshypothese wird die Diagnosehäufigkeit psychischer Störungen kritisiert, eine Zunahme psychischer Erkrankungen grundsätzlich angezweifelt und der medikamentöse Behandlungsansatz in Frage gestellt, von dem vorrangig die Pharmafirmen profitieren (Trojan 2007). Hier wird hingegen die Ansicht vertreten, dass nicht unbedingt die Diagnose problematisch ist, sondern die Antwort(en) darauf fragwürdig erscheinen. Als kritisch muss darüber hinaus eine einseitige Attribuierung von Krankheitsursachen an das Individuum und dessen Problematisierung angesehen werden, während die krankheitsfördernden Lebensbedingungen aus der Wahrnehmung herausfallen.

Die psychischen Erkrankungen und klinisch-psychologischen Diagnosen werden im Allgemeinen nicht gern angefasst. Es ist schwierig bis unmöglich, Gesundheit und Krankheit der Psyche objektiv zu bestimmen. Nüchtern betrachtet umschreiben die diagnostischen Begriffe jedoch nichts anderes als „Krankheiten der Seele“. Keinem

Kind ist es zu wünschen, seelisch krank zu sein. Die Gesundheit der Seele im Positiven und die Krankheit oder Störung der Psyche im Negativen müssen, im Übrigen auch unabhängig von einer ärztlichen Diagnose, ernst genommen werden.

Kinder als Seismografen veränderter Lebenswelten

Die Psyche von Kindern reagiert hochempfindlich auf die soziale Befindlichkeit und Lebenssituation ihrer Familie sowie auf die Qualität der Lebenswelten, in die sie je nach Schichtzugehörigkeit eingefasst sind, und denen sie kaum ausweichen können. Soziale Benachteiligung und/oder eine ungünstige Familiensituation schlagen sich bei vielen Kindern auch auf die psychische Gesundheit nieder. Zahlreiche Studien belegen immer wieder die engen Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit sowie sozialen, familialen und lebensweltlichen Faktoren. Für die Gesundheitswissenschaften und Public Health ist diese Erkrankungstendenz von besonderem Interesse, denn sie muss (auch) in einem engen Zusammenhang mit den veränderten familialen und gesamtgesellschaftlichen Bedingungen des Aufwachsens für Kinder gesehen werden. Die heutige Situation von Eltern, welche die Familienaufgaben unter wachsendem Druck bewältigen (Merkle/Wippermann 2008), haben die „psychosoziale Qualität“ ihrer Lebenswelten ebenso verändert wie das Erleben zunehmender sozialer Ungleichheit oder der erhöhte Stress durch Leistungsdruck in der Schule (Hurrelmann 2002).

So kann man die doch beachtliche Zahl emotionaler und Verhaltensprobleme auch als ein Signal interpretieren, das danach fragen lässt, was sie als Phänomene über die heutigen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen aussagen. In diesem Sinne schließt Hurrelmann etwa von der starken Verbreitung psychosomatischer Störungen oder stressvermittelter Symptome wie Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Rückenschmerzen und Verdauungsstörungen unter Kindern und Jugendlichen darauf, dass der Alltag von Kindern und Jugendlichen zunehmend durch Stress geprägt sei (Hurrelmann/Klocke/Melzer & Ravens – Sieberer 2003). Er bezeichnet Kinder als „Seismografen“. Einen zuverlässigeren Anzeiger für gute oder schlechte Lebensbedingungen gebe es nicht. Ein doch beachtenswerter Teil der Kinder reagiert mit psychischen Problemen auch auf die gesellschaftlichen Lebensbedingungen und zeigt an, dass es für Kinder schwieriger geworden, ihr seelisches Gleichgewicht zu finden oder zu behalten.

Eine Verstärkung von Ansätzen der Prävention und Gesundheitsförderung, die sich speziell auf die psychosoziale Gesundheit dieser Altersgruppe ausrichten, psychische und soziale Ressourcen frühzeitig stärken und dabei an den kindlichen Lebenswelten ansetzen, wird von gesundheitswissenschaftlicher Seite schon seit Längerem gefordert (Ihle/Esser 2002; Hurrelmann et al. 2003). Kinder und Jugendliche, die auf ihre Lebenswelten gar nicht oder nur sehr bedingt Einfluss nehmen können, sind darauf angewiesen, dass ihre Lebenswelten „von außen“ gesundheitsförderlich gestaltet werden.

Fazit

Die psychischen Gesundheitsstörungen zählen zu den gravierenden Krankheitsercheinungen unserer Zeit. Vertreter von Public Health müssen sich mit dieser für unsere Epoche und Lebensform typischen Gesundheitsproblematik in Forschung und Praxis auseinandersetzen. In der Diskussion um Gesundheit, Krankheit und Lebensqualität sind damit neue Begriffe und Fragen aufgetaucht, die die Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex „Gesundheit und Krankheit“ nachhaltig beeinflussen. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht ist die gewachsene Aufmerksamkeit auch eine Chance, für den ganzheitlichen Gesundheitsbegriff einzutreten, dem sich die Public Health Sciences verpflichtet sehen. Die Förderung der psychischen Gesundheit bei *Kindern und Jugendlichen* ist eine besondere Herausforderung, und die Antwort darauf kann nicht der Einsatz von Psychopharmaka bei Kindern sein. Stattdessen gilt es, für Prävention und Gesundheitsförderung einzutreten, die an den psychosozialen Bedingungen in den kindlichen Lebenswelten ansetzen. Dazu gehört es auch, die Umsetzung vorhandener Pläne einzufordern oder sich kritisch mit vorhandenen Präventionszielen und -konzepten auseinander zu setzen, um gegebenenfalls auf Einseitigkeiten oder Defizite hinzuweisen. Die Handlungsmaximen von Public Health implizieren es, geeignete Strategien ausfindig zu machen, zu überprüfen und weiter zu entwickeln.

1.3 Politisch-rechtliche Verankerung präventiver Zielsetzungen für Kinder und Jugendliche

Um die Bevölkerung zu erreichen und die Gesundheit der Menschen nachhaltig zu schützen, müssen Prävention und Gesundheitsförderung auf verschiedenen Entscheidungs- und Handlungsebenen getragen, gestaltet und umgesetzt werden. Über die allgemeinen nationalen Rahmenbedingungen wird auf politischer Ebene entschieden. Es gibt ein wichtiges Signal an die Öffentlichkeit und andere Politikbereiche, gesundheitspolitische Richtlinien zu formulieren und Schwerpunkte für die *Prävention* zu setzen. Auch werden dadurch Handlungsdruck sowie eine Rechtfertigungsgrundlage für die Praxis geschaffen.

In verschiedenen Ressorts werden Vorgaben oder Gesetze formuliert, die sich speziell auf die psychische Gesundheit und psychosoziale Entwicklungsförderung von Kindern und Jugendlichen beziehen. Sie geben Aufschluss über den politischen Stellenwert der Kindergesundheit.

1.3.1 Förderung der Kindergesundheit auf gesamtpolitischer Ebene

Mit dem *Nationalen Aktionsplan für ein kindgerechtes Deutschland 2005 – 2010* ist speziell für die Bevölkerungsgruppe der Kinder und Jugendlichen ein Politikschwerpunkt mit starkem Gesundheitsbezug gesetzt worden, der ressortübergreifend umgesetzt wird (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005). Der Aktionsplan formuliert Zielsetzungen auf sechs Handlungsebenen, darunter „Aufwachsen ohne Gewalt“ sowie „Förderung eines gesunden Lebens und gesunder Umweltbedingungen“. Ausgangspunkt ist die UN-Kinderrechtskonvention, die das Recht auf „Überleben, Entwicklung und Gesundheit“ festhält (UNO 1992). Experten fordern speziell für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, die vor allem verlässliche Lebenswelten für Kinder schaffen sollte (Betram 2006). Von gesundheitswissenschaftlicher Seite wird der Aktionsplan gelobt, weil darin politische Handlungsziele für eine Zielgruppe sektorübergreifend formuliert werden (Altgeld/Kolip 2007, 34). Fruchtbar aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht war der Aktionsplan insofern, als daraus unter anderem die *Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit* hervorgegangen ist, womit das Bundesministerium für Gesundheit einen weiteren Rahmenplan geschaffen hat (BMG 2008). Die Ergebnisse und Empfehlungen aus der vom BMG (mit-

)geförderten KiGGS-Studie waren grundlegend für die darin formulierten konkreten Handlungsziele.

Zunächst einmal werden Prävention und Gesundheitsförderung in der BMG-Strategie explizit als zentrales Handlungsfeld erklärt, und der „Ausbau der Prävention zu einer eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung“ beschlossen (BMG 2008, 9). Ziel sei es, so das Papier weiter, „sowohl die individuelle Gesundheitskompetenz der Kinder und Jugendlichen als auch ihre konkreten Lern- und Lebensbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten“ (ebd.). Des Weiteren richtet das Bundesministerium einen seiner Handlungsschwerpunkte auf die *Förderung der psychischen Entwicklung und Gesundheit* der Kinder aus. Zur konkreten Umsetzung dieser speziellen Zielsetzung wird beispielsweise die Aufnahme psychischer Gesundheitsmarker in die Kinder-Vorsorgeuntersuchung („U-Untersuchungen“) angestrebt, um so die Früherkennung psychischer Auffälligkeiten und Störungsdynamiken zu verbessern. In diesen Punkten greift das Bundesministerium die Empfehlungen der Autor/-innen der KiGGS-Studie direkt auf. Daneben wird der Prävention von häuslicher Gewalt und Vernachlässigung, welche die Entwicklung der kindlichen Psyche erheblich gefährden, ein besonderer Stellenwert eingeräumt. So sollen beispielsweise im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ Modellprojekte zum Schutz vor Misshandlung etabliert werden, die die ganz kleinen Kinder bis drei Jahren im Blick haben.

Auch das Ansetzen an Lebenswelten wird vom Bundesgesundheitsministerium nun aufgegriffen: „Prävention muss in Kindertagesstätten und Schulen ansetzen“, so ist im Papier der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit zu lesen (BMG 2008, 9).

1.3.2 Sozialrechtliche Verankerung präventiver Ziele im Erziehungskontext

Die präventiven Bezüge von Kindererziehung, Kinderrechten und Elternverantwortung lassen sich im Rahmen des gesetzlich verankerten Erziehungsauftrags der Eltern aufzeigen. Sie veranschaulichen auch eine sozialrechtliche Dimension präventiver Zielsetzungen.

Das Recht auf Erziehung und die Verantwortung der Eltern

(1) Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.

(2) 2.1 Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. 2.2 Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft. (§ 1 SGB VIII, Abs. 1, 2)

Das Kinderrecht auf Entwicklung fordert im Grunde genommen zentrale psychische Gesundheitsressourcen ein, für die die Eltern durch ihre Erziehung die Hauptverantwortung tragen.

Das Recht des Kindes auf eine gewaltfreie Erziehung

Mit der Verabschiedung des neu formulierten zweiten Absatzes des Gesetzes zum Gewaltverbot in der Kindererziehung (§ 1631 Abs. 2, BGB IV) im Deutschen Bundestag im Juli 2000 setzt der Staat ein klares Zeichen gegen physische und psychische Gewalt an Kindern. Das Recht des Kindes auf eine gewaltfreie Erziehung ist wie folgt verankert:

Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.

Unter Erziehungsgewalt fallen alle Erziehungsmaßnahmen, die die Persönlichkeit und Würde eines Kindes verletzen, es demütigen und herabsetzen oder seine Entwicklung hemmen. Eine spezielle Form ist beispielsweise Vernachlässigung. Vernachlässigung bezeichnet die „...bewusste oder fahrlässige und vermeidbare Nichtbeachtung elementarer Bedürfnisse oder das Unterlassen der Förderung und Unterstützung der physischen, psychischen und sozialen Entwicklung eines Kindes“. Der Gesetzgeber erklärt sich gegen jegliche Erziehungsmaßnahmen mit entwürdigendem Charakter und erhebt damit auch eine Erziehungsnorm. Um das hoch gesteckte Ziel zu erreichen, sollen Eltern aber nicht kriminalisiert werden, man setzt auf Unterstützung statt Strafe: Der Ausbau von Angeboten der *Information, Prävention* und *Hilfe* in Krisen- und Konfliktsituationen steht auf dem Programm.

Das Recht auf allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie (§ 16 Abs. 1-3, SGB VIII / KJHG):

(1) 1.1 Müttern, Vätern, anderen Erziehungsberechtigten und jungen Menschen sollen Leistungen der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie angeboten werden. 1.2 Sie sollen dazu beitragen, dass Mütter, Väter und andere Erziehungsberechtigte ihre Erziehungsverantwortung besser wahrnehmen können. 1.3 Sie sollen auch Wege aufzeigen, wie Konfliktsituationen in der Familie gewaltfrei gelöst werden können.

(2) Leistungen zur Förderung der Erziehung in der Familie sind insbesondere

1. Angebote der Familienbildung, die auf Bedürfnisse und Interessen sowie auf Erfahrungen von Familien in unterschiedlichen Lebenslagen und Erziehungssituationen eingehen, die Familie zur Mitarbeit in Erziehungseinrichtungen und in Formen der Selbst- und Nachbarschaftshilfe besser befähigen sowie junge Menschen auf Ehe, Partnerschaft und das Zusammenleben mit Kindern vorbereiten,

2. Angebote der Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung junger Menschen,

3. Angebote der Familienfreizeit und der Familienerholung, insbesondere in belastenden Familiensituationen, die bei Bedarf die erzieherische Betreuung der Kinder einschließen.

Mit der Novelle zum Kinder- und Jugendhilfegesetz ist das Recht auf Unterstützung explizit um das Angebot *präventiv* ausgerichteter Angebote der Familienbildung erweitert worden (KJHG 2004).

Hier werden Kinder und Eltern gleichermaßen als „unterstützungswürdige Bedarfsgruppen“ gesehen, die mit bestimmten Rechten ausgestattet sind. Die Forderungen und Ansprüche an das elterliche Geschick sind hoch, der Gesetzgeber verlangt viel von den Eltern. Sie müssen dabei unterstützt werden, ihnen nachzukommen.

1.4 Die Schlüsselrolle der Eltern für die präventive Praxis

Den Eltern wird im Präventionskontext eine zentrale Rolle zugewiesen. Der Einbezug der Eltern ist vor allem deshalb von enormer Bedeutung, weil man die Lebenswelt Familie nur über die Eltern erreichen kann. Also bedarf es geeigneter Strategien, um Mütter und Väter einzubeziehen.

1.4.1 Präventions-Empfehlungen der Experten

Auf Basis der Ergebnisse der KiGGS-Studie haben das Robert-Koch-Institut und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein Maßnahmenpaket zur Förderung der *psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen* vorgeschlagen (RKI/BzgA 2008). Darin wird, neben weiteren Strategien, ein umfassendes ressourcenorientiertes Vorgehen empfohlen, das die Stärkung personaler, sozialer und familialer Ressourcen von Kindern und Eltern sowie auch die Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz berücksichtigt.

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung halten die Autorinnen und Autoren im Einzelnen folgende Punkte für wichtig (ebd., 21):

- Aufklärung der gesamten Bevölkerung über Risiko- und Schutzfaktoren der Kinder
- ressourcenorientiertes Vorgehen: ansetzen an *personalen, sozialen und familialen Ressourcen von Kindern und Eltern*
- Stärkung der *elterlichen Erziehungskompetenzen*
- Aufnahme psychischer Gesundheitsaspekte und der *Elternberatung* in das gesetzliche Kinderfrüherkennungsprogramm
- partizipative Ausrichtung von Maßnahmen

Speziell im Bezug auf Risikogruppen wird der Einsatz „umfassender qualitätsgesicherter Maßnahmenpakete“ empfohlen (ebd.). Als hoch gefährdete Gruppe werden beispielsweise Kinder von psychisch, chronisch und/oder schwer erkrankten Eltern eingestuft. Die behandelnden Ärzte/innen sollen die Achtsamkeit der Eltern für die Gesundheit der Kinder erhöhen.

Zusammengenommen setzt man also auf Sensibilisierung, Aufklärung und Früherkennung. Ein ressourcenorientiertes Vorgehen wird betont und die Förderung von Erziehungskompetenzen der Eltern gefordert. Risikogruppen sollen durch gezielte,

umfassende Maßnahmen berücksichtigt werden. Empfehlungen auf unterschiedlichen Ebenen gehen an unterschiedliche Adressen. Geht es um die Gesundheit der Kinder, werden die Eltern hier auf vielfältige Weise in die Überlegungen einbezogen (siehe oben): „elterliche Erziehungskompetenzen“, „familiäre Ressourcen“, „Beratung der Eltern“, „erkrankte Eltern“. Die Schlüsselrolle der Eltern wird auch an anderen Stellen immer wieder deutlich hervorgehoben, wie beispielsweise in der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit (BMG 2008, 9): „Dabei ist es wichtig, Eltern und andere Bezugspersonen, die das Gesundheitsverhalten der Kinder beeinflussen können, in die Bemühungen einzubinden“.

Zum Stand der präventiven Praxis

Schon seit einigen Jahren haben sich, zumeist an weiterführenden Schulen, Programme etabliert, die auf die Verbesserung von sozialen Fertigkeiten und auf die Stärkung des Selbstvertrauens oder der Problemlösekompetenzen von Jugendlichen und Heranwachsenden abzielen. Mit recht gutem Erfolg werden dort beispielsweise die Konfliktlösungskompetenz zur Prävention von Gewalt gefördert, Selbstwert und Selbstbewusstsein in Programmen zur Suchtprävention gestärkt, oder setzen Lebenskompetenzprogramme („Life-Skills-Trainings“) zur allgemeinen Entwicklungsförderung auf den Erwerb persönlicher Bewältigungsfähigkeit. Initiativen und Programme, die auf diese Weise an den *psychischen Entwicklungsressourcen* und *Schutzfaktoren* von Kindern und Jugendlichen ansetzen, sind ein vielversprechender Weg zur Förderung der psychischen Gesundheit.

Nach Einschätzung der Praxis setzen diese Bemühungen allerdings nicht rechtzeitig und nicht umfassend genug ein, um die psychosoziale Entwicklung der Jugendlichen maßgeblich und nachhaltig – das heißt so, dass schwerwiegende psychische Gesundheitsprobleme sich gar nicht erst ausbilden – positiv zu beeinflussen. Auch dem heutigen Erkenntnisstand der Sozialisations- und Entwicklungsforschung nach zu urteilen, müssten die verhaltenspräventiven Bemühungen im Interesse der Kindergesundheit zum einen deutlich *früher* (wirklich „primär“) einsetzen. Zum anderen müssten auch die *familialen* Entwicklungsbedingungen des Kindes sehr viel mehr Berücksichtigung finden. Aus entwicklungspsychologischer Fachsicht ist unumstritten, dass die psychische Entwicklungsbasis bereits geschaffen ist und dass Kinder die prägenden Phasen des sozialen Lernens hinter sich haben, wenn sie mit diesen Präventions-

programmen in Berührung kommen. Besonders wichtig erscheint die frühe Stärkung von personalen und familialen Entwicklungsressourcen deshalb in Antwort auf die sozial ungleichen Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen.

Ansatzpunkt familiale Ressourcen

Die ersten wichtigen Phasen der psychischen Entwicklung spielen sich in der (erweiterten) Kernfamilie ab. Der Aufbau der eigenen psychischen wie sozialen Ressourcen und Lebenskompetenzen, die im weiteren Leben beispielsweise auch die Voraussetzung dafür sind, Beziehungen, Freundschaften und ein unterstützendes soziales Netz aufzubauen, wird hier zumindest vorgebahnt. Die Entwicklungspsychopathologie zeigt, dass zentrale Ressourcen und Schutzfaktoren des sich entwickelnden Kindes in den Familienstrukturen, dem Familienklima, der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung und dem Erziehungsstil der Eltern liegen (Masten/Reed 2002; Petermann/Schmidt 2006).

Dagegen können ungünstige Bedingungen in der Familie den Kindern schon früh in ihrer psychischen Entwicklung schaden und sie zurück werfen (erstmalig Rutter/Quinton 1977, nachfolgend etwa Ihle/Esser/Laucht 2004). Die entwicklungspsychopathologische Forschung belegt die Erfahrung von Gewalt in der Herkunftsfamilie, inklusive aggressiver Erziehungsmuster, immer wieder als den gravierendsten Risikofaktor für psychische Auffälligkeiten im Kindesalter und zunehmend auch als wesentliche Ursache für psychische Erkrankungen, psychosomatische Beschwerden und Störungen des Sozialverhaltens im Erwachsenenalter (Thyen et al. 2000; Lösel et al. 2006). Neben einer psychischen Erkrankung der Mutter oder des Vaters stellen familiäre Instabilität (Trennungen, Desorganisation), Drogenkonsum eines Elternteils oder eine geringe Responsivität der Eltern, also ihre fehlende Bereitschaft oder Fähigkeit zur einführenden Zuwendung und Reaktion auf das Kind, bedeutsame Risikofaktoren dar (Garmezy/Masten/Tellegen 1984).

1.4.2 Elternbildung als Präventionsform

Auf nationaler Ebene ging es zunächst um die allgemeine Formulierung übergeordneter Zielsetzungen für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen, die in unterschiedlichen Settings ansetzen. Damit ist ein allgemeiner Handlungsrahmen gegeben. Meine Arbeit rückt nun die Schnittstelle „Erziehung, Familie, psychische Gesundheit“ in den Mittelpunkt des Interesses. Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext

elterlicher Erziehung und der Familie bildet darin einen eigenständigen Themenkomplex.

Die Praktiker im Erziehungs- und Bildungswesen bemühen sich in den letzten Jahren verstärkt um die Arbeit mit Eltern. Sinnvolle Präventivstrategien, die das Familiensystem frühzeitig stärken, indem sie ganz bewusst die Eltern ansprechen, sind aber noch die Ausnahme. Was im therapeutischen Bereich schon lange üblich und möglich ist und sich als *systemisches* Vorgehen mit Erfolg durchgesetzt hat, wächst nun in der Prävention langsam nach. Wer die Familie und die Eltern erreichen will, um sie in präventives Handeln so einzubeziehen, dass es der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zugutekommt, muss dazu geeignete Wege finden, das heißt wirksame Strategien, die sich in der Praxis gut umsetzen lassen und ansprechende Formate, die akzeptiert werden und ins Leben passen.

Meine Arbeit setzt sich mit den präventiven Möglichkeiten von *Elternbildung und Elternschulung* auseinander und macht dabei den *Elternkurs* zum speziellen Gegenstand ihrer Betrachtung. Der Diskussion um den Nutzen und die Einsatzmöglichkeiten der Elternkurse nähert sich diese Arbeit von der gesundheitswissenschaftlichen Seite an. Der folgende Abschnitt veranschaulicht den Problemhintergrund und die bestehenden Defizite, die zu den speziellen Zielsetzungen und Fragestellungen der Arbeit in Bezug auf Elternbildung im Allgemeinen und Elternkurse im Speziellen geführt haben.

1.5 Untersuchungsgegenstand „Elternkurs“ - Problemstellung und Zielsetzung der Arbeit

Die Elternschulung oder Elternbildung verfolgt das Ziel, Mütter und Väter in ihren erzieherischen Fähigkeiten zu stärken, um darüber die emotionale und soziale Entwicklung der Kinder zu fördern. Als eine spezielle Form der Elternschulung finden Elternkurse in Deutschland in den letzten Jahren wieder zunehmende Beachtung und Verbreitung.

Elternkurse sind ein Weg, Mütter und Väter in ihren familienbezogenen Lebenskompetenzen zu fördern und in ihrer Rolle als Eltern so zu unterstützen, dass Kinder und Eltern in ihrer psychosozialen Gesundheit davon profitieren. Auf diese Weise können Elternkurse einen wertvollen Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung in Familien leisten.

So lautet die gesundheitswissenschaftlich formulierte Hypothese, die im Mittelpunkt meiner Arbeit steht. Das Elterntaining im Sinne dieser optimistischen Aussage als gesundheitsbezogenes und präventives Angebot aufzufassen, ist jedoch nicht selbstverständlich - weder innerhalb der potentiellen Zielgruppe, noch unter Experten aus Wissenschaft und Praxis.

1.5.1 Ein neuer Blick auf Elternbildung und Elternkurse durch Public Health

Ziel der Arbeit ist es, für einen ressourcenbetonten Präventionsansatz zu sensibilisieren, und aufzuzeigen, in welcher Hinsicht Elternkurse dem Bedarf an Förderung des psychosozialen Gesundheitsaspekts bei Kindern und Eltern entgegenkommen.

Problematik präventiver Inanspruchnahme durch die Zielgruppe der Eltern

Unter Müttern und Vätern scheint die Ansicht, Elternkurse seien etwas für „Problemfälle“, nach wie vor weit verbreitet. Und tatsächlich, bei einem Gros der Elternkursbesucher/innen besteht bereits erheblicher Problemdruck oder sogar therapeutischer Bedarf, wenn sie den Weg in ein Elterntaining gefunden haben. So bleibt die frühzeitige - also bewusst *präventive* - Inanspruchnahme von Elternbildungsangeboten in der Praxis meist die Ausnahme. Hier teilt die Elternbildung im Allgemeinen das Schicksal mit vielen anderen präventiven Angeboten, die entweder zu spät (nachpräventiv) oder überhaupt nicht in Anspruch genommen werden. Es ist nicht leicht,

eine breite Akzeptanz für Prävention zu schaffen oder ein Präventionsbewusstsein herzustellen. Weitere Punkte, die die Situation der Inanspruchnahme speziell im Falle der Elternkurse verkomplizieren, sind beispielsweise:

- Elternkurse sind keine Kariesprophylaxe. Es gibt keinen Begriff von „Gesundheitsverhalten“ oder „Gesundheitsbewusstsein“ bezogen auf die Psyche. Ein Vorsorgegedanke im Bereich psychosozialer Gesundheit ist der Bevölkerung somit nicht leicht zu vermitteln. Die KiGGS-Autor/innen heben darauf ab, indem sie allem voran die Sensibilisierung von Zielgruppen und Praktikern fordern (siehe oben).
- Bei Eltern ist die Erziehungsfrage ein ganz sensibler Punkt, es gibt Vorbehalte. Dazu zählen beispielsweise die Angst, als defizitär und inkompetent abgestempelt zu werden oder die Befürchtung, dass es zu einer Einmischung in private Belange kommt.

Position der Elternkursprogramme in der traditionellen Familienbildung

Die aktuelle Elternkurs-Welle des jungen 21. Jahrhunderts ist in Deutschland auf die traditionellen Strukturen und öffentlichen beziehungsweise gemeinnützigen Angebote der Familienbildung und -beratung getroffen. In dieser Tradition stehend definiert sich Elternbildung naturgemäß sehr viel stärker über die Themen „Familie, Bildung, Soziales“ als über „Gesundheit und Prävention“. Daraus erklärt sich unter anderem, dass die gesundheitliche Bedeutung von Elternbildung und -beratung oder von psychosozialen Unterstützungsangeboten für Familien nicht immer transparent wird. Dabei kann die *gesundheitliche Relevanz* das schlagende Argument sein, um gerade diese Familienbildungsstrukturen zu stärken und zu entwickeln.

Die Elternkursprogramme sind dabei, sich in Arbeitsstrukturen zu verankern oder in Konkurrenz zu Arbeitsfeldern zu treten, die von der Pädagogik, der Sozialpädagogik und der Sozialen Arbeit geprägt sind. Kritik von Experten dieser Disziplinen müssen sich gerade die standardisierten Elterntrainingsprogramme gefallen lassen. Hier werden Gefahren und Befürchtungen vorgetragen, die den gesundheitsfördernden Wert und die präventive Nützlichkeit von Elternkursen weit zurücktreten lassen. Kontroversen bestehen beispielsweise hinsichtlich der Komplexe „Standardisierung der

Praxis“, „Rationalisierung der Erziehungsaufgabe“, „Therapeutisierung von Familien“ und „Funktionalisierung von Eltern und Kindern“ (Tschöpe-Scheffler 2006; Griese et al 2007). Vom Rest abgesetzt wird die „Mittelschichtsorientierung“ vieler Programme und die damit verbundene mangelnde Teilhabe sozial benachteiligter Bevölkerungsschichten kritisiert (vgl. Schnabel 2010, Marzinik/Kluwe 2009).

Die Programmgestaltenden, die Elternkurs-Praktikerinnen und -Praktiker an der Basis und nicht zuletzt die Wissenschaft stehen nun in der Verantwortung, diese Kritiken konstruktiv aufzunehmen. Problematisch aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht erscheint es, dass in den bisherigen fachlichen Kontroversen der gesundheitsbezogene Bedarf, wie er hier in den Abschnitten 1.1 bis 1.3 herausgearbeitet wurde, in der Kritik entweder gar nicht angelegt ist, ausgeblendet wird oder darunter wieder verloren geht. Der interdisziplinäre Ansatz von Public Health ist geeignet, die unterschiedlichen fachlichen Perspektiven zusammenzuführen, was für eine sinnvolle Prävention in und mit Familien unerlässlich ist. Die Rolle dieser Wissenschaft kann es sein, einer ausgewogeneren Diskussion Vorschub zu leisten. Meine Arbeit möchte in diesem Zusammenhang zu einer Objektivierung beitragen, indem sie die Stärken und Möglichkeiten ebenso wie die Grenzen und Schwachpunkte von Elternkursen aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht beleuchtet. Sie wird dabei die präventive Kraft von Elternbildung als das zentrale Kriterium einer Beurteilung der Elternkurse in die Diskussion bringen.

Gesellschaftshistorisch betrachtet haben sich die Vorstellungen von „guter Erziehung“ stark verändert (Bois-Reymond/Buchner/Krüger et al. 1994, Ecarius 2007). Das Spektrum von gelebten Elternrollen und Familienentwürfen ist vielfältiger geworden. Auch die gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen des Aufwachsens der Kinder und Jugendlichen und des Eltern-Seins sind nicht die Gleichen geblieben (Peuckert 2007, Nave-Herz 2007, Ohlbrecht 2010). Diese Veränderungen haben Konsequenzen für die Gesundheit von Kindern und Eltern und für die Lebensqualität von Familien. Hier ist es für die Public Health Sciences interessant, sich mit ihrem speziellen Denken einzuprägen.

Der folgende Abschnitt bespricht Defizite, die das Vorgehen der Arbeit begründen, und erläutert, in welchen Schritten die Arbeit an ihre Ziele heran geht.

1.5.2 Ziele, Vorgehen und inhaltliche Gliederung der Arbeit

Zwei zentrale Begriffe umspannen die gesamte Arbeit und gliedern sie grob in zwei inhaltliche Komplexe und Argumentationsstränge zum Untersuchungsgegenstand „Elternkurs“.

Unter dem Begriff des *präventiven Potenzials* (der präventiven Chancen, Möglichkeiten) setzt der Theorieteil (2.1 – 2.4) auf der Effektebene an. Er begibt sich auf die Suche nach geeigneten Kriterien präventiver Wirksamkeit und versucht, die formalen Wirkungschancen der Elternbildung auszuloten. Im Unterschied zum präventiven Potential hängt der *präventive Erfolg* an der empirischen Überprüfung im Implementationszusammenhang. Der Empirieteil (4.1 und 4.2) verfolgt den präventiven Erfolg des Untersuchungsgegenstandes (STEP Elterntraining) in der Praxis. Eine Überprüfung der Programmwirksamkeit ist, als ein Bestandteil des präventiven Erfolges, in den empirischen Teil eingeschlossen. Die zentralen Ergebnisse der eigenen Untersuchung beziehen sich jedoch auf Kriterien der praktischen Umsetzbarkeit und Erfolgsgrößen wie die Reichweite, den Zugang oder die Bedarfsgerechtigkeit.

Die Zielsetzungen und zugehörige Textteile im Einzelnen:

(1) Das Elterntraining als präventive Strategie in einer gesundheitswissenschaftlichen Gesamtkonzeption

Verschiedene Kapitel befassen sich damit, den Untersuchungsgegenstand in den gesundheitswissenschaftlichen Hintergrund einzuordnen. Unter 2.1 wird Elternbildung (speziell: der Elternkurs) als familienbezogene Präventionsstrategie im Spektrum von „Prävention und Gesundheitsförderung“ positioniert. Daraus leiten sich schon hier erste Qualitäten ab. Sind Elternkurse immer präventiv? Unter welchen Bedingungen könnten Elternkurse Gesundheitsförderung sein?

Der Abschnitt 3.5 des Kapitels 3 zum Forschungsstand beleuchtet die strukturelle Verankerung von Elternkursen im psychosozialen Versorgungsnetz (Wo werden Elternkurse angeboten? Mit welchen anderen Hilfe- oder Behandlungsformen sind sie gegebenenfalls verknüpft?) und beurteilt die vorhandene Versorgungssituation (Wie steht es um die *präventive* Ausrichtung und Inanspruchnahme von Elternkursen? Gibt es unterversorgte Elterngruppen?).

Anhand aktueller Studien werden die Reichweite von Elternkursen und die Inanspruchnahme durch spezifische Elterngruppen analysiert. Aus der Versorgungs- und

Inanspruchnahme-Situation lassen sich typische Hindernisse eines präventiven Einsatzes von Elternkursen ableiten

Die eng ineinandergreifenden Kapitel 2.2, 2.3 und 2.4 bedienen zwei weitere Zielsetzungen:

(2) Adäquate Wirkungskriterien für Elternkurs-Programme als Präventionsform

Indem sie sich mit den Defiziten der bisher eingesetzten Erfolgsmaße auseinandersetzt, will meine Arbeit verdeutlichen, dass die Wirkungen von präventiven Elternkursen bislang *nicht* auf angemessene Weise überprüft werden.

Das folgende Zitat bringt den Kern und den Hintergrund der Problematik auf den Punkt:

Köhle und Köhle (1986, 143)

Wir nehmen an, dass auch eine zu unkritische Orientierung an den Evaluationskriterien in der Psychotherapieforschung zu der in den letzten Jahren beklagten „Abwendung von den Elterntrainings“ (Heekerens 1986: 399) geführt hat. In der internationalen Literatur wurden und werden immer umfassendere formale und lebensfremde Forderungen auch an die Evaluation präventiven Elterntrainings gestellt (vgl. Rinn/Markle 1977; Heekerens 1986).

In diesem Zitat stecken zwei wichtige Aussagen, welche zur Fragestellung und Zielsetzung der vorliegenden Arbeit angeregt haben. Erstens der Vorwurf „mangelnder Eigenständigkeit“ und zweitens die Feststellung von „Lebensfremdheit“ der bisher eingesetzten Erfolgsmaße. Die aus dem therapeutischen, also nicht präventiven, Zusammenhang übertragenen Kriterien - überwiegend Krankheitsmaße - werden dieser Präventionsform nicht gerecht. Außerdem wird der Einfluss wissenschaftlicher Kriterien auf die Akzeptanz von präventiven Elterntrainings angemahnt: Mit ihren Evaluationsgewohnheiten trägt die Wissenschaft in erheblichem Maße dazu bei, wie die Elternkurse in der Praxis von Experten, Multiplikatoren und Eltern aufgefasst werden und bestimmt nicht zuletzt, ob vorhandene Programme und Angebote sinnvoll weiter entwickelt werden.

Diese Kritik, festgehalten vor über 20 Jahren, ist bis heute in vielen Punkten gültig. Meine Arbeit argumentiert für die Entwicklung eigenständiger Wirkungskriterien für

das präventive Elterntaining. Diese müssen den Besonderheiten des Elterntainings im Gruppenformat gerecht werden, also beispielsweise die Bedeutung der Gruppe oder die Tatsache, dass positive Veränderungen durch einen Elternkursbesuch sich mittelfristig in der Familie entfalten, berücksichtigen.

Alle Elternkurs-Programme haben konkrete Ziele, die sie selbstverständlich auch kommunizieren. Hinter den meisten Programmen stehen bestimmte psychologische, (psycho-)therapeutische oder pädagogische Schulen. Dieser Hintergrund prägt die Lern- und Übungsinhalte, etwa die vermittelten Erziehungsfertigkeiten oder die Haltung zum Kind, und bestimmt meist auch die didaktische Herangehensweise, also die Art, diese Inhalte verständlich zu machen und Mütter/Väter anzuregen, ihre Rolle und ihr Verhalten als Eltern zu reflektieren. In diesem Sinne sind die Lernziele und das Vorgehen bei der Schulung (mehr oder weniger) theoretisch fundiert. Dieser Hintergrund der Elternkurs-Programme ist aber für gewöhnlich nicht gesundheits- und präventionswissenschaftlich ausgerichtet oder erarbeitet. Hier setzen speziell die Abschnitte 2.4.1 bis 2.4.3 an. Sie machen die gesundheitsbezogenen Schwerpunkte der Elternbildung transparent, indem sie typische Veränderungsziele in präventive Ziele und Wirkungen übersetzen.

Präventive Wirksamkeit der Elternschulung für Mütter und Väter

In der öffentlichen und auch in der wissenschaftlichen Wahrnehmung „vermitteln“ die Eltern bisher vorrangig „gesunde Entwicklung“ oder „Gesundheit“ an das Kind, indem sie in einem Elternkurs erzieherische Kompetenz erlangen. Jedoch sind sie auch als Zielgruppe präventiver Elternbildung aufzufassen, deren eigener Bedarf an psychosozialer Gesundheitsstärkung gerade in den Elternkursen Raum beansprucht. Also sollten auch konkrete Präventionsziele und -effekte für Eltern formuliert, erfasst und bei der Evaluation der Elternkurse überprüft werden.

Ein erheblicher Teil der alltäglichen Herausforderungen, vor die Eltern gestellt sind, ist direkt an ihren Fürsorge- und Erziehungsauftrag gekoppelt. Und das bedeutet nicht nur, die komplexer werdenden organisatorischen Anforderungen des Lebens mit Kindern zu bewältigen. Es heißt vor allem, sich der neuen Rolle und der damit verbundenen Verantwortung zu stellen. Dies erfordert persönliche Lern- und Entwicklungsprozesse, die für Eltern nicht immer einfach sind (Griese 2007). Ihrem Wunsch nach mehr Unterstützung, Beratung und Information geben Eltern an vielen

Stellen Ausdruck - in der KiTa, in der Schule, beim Kinderarzt oder beim Besuch einer Familienberatungsstelle. Der gestiegene Beratungsbedarf von Eltern kann als ein Anzeichen dafür gesehen werden, dass Mütter und Väter insbesondere in ihrer Elternrolle und in Erziehungsfragen Orientierung suchen (Rupp/Smolka 2007). Die Belastungssituation vieler junger Familien hat sich im Zuge des gesamtgesellschaftlichen Wandels verschärft. Oft ist der Alltag von Müttern und Vätern von einem ungünstigen Verhältnis zwischen wachsenden Belastungen (etwa durch wirtschaftliche Notlagen oder die Berufstätigkeit beider Partner) und schwindenden sozialen wie materiellen Ressourcen bestimmt. Vor allem sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen bekommen dies zu spüren.

Die Abschnitte 2.4.1 und 2.4.2 zielen darauf ab, den hier im Ansatz skizzierten Bedarf der *Eltern* an Prävention und Förderung ihrer psychischen Gesundheit zu beleuchten und zu konkretisieren. Können Elternkurse hier, etwa zur Vorbeugung chronischer Stressbelastung, ihren Beitrag leisten? Überprüfen kann dies nur, wer von vornherein das Ziel einer Gesundheitsstärkung für Eltern explizit formuliert und Präventionserfolge im Wirkungsspektrum von Elternkursen mit anlegt.

Die Ausarbeitung spezieller gesundheitswissenschaftlich fundierter Wirkungskriterien ist ein zentrales Ziel, das der theoretische Teil mit den Kapiteln 2.3 (Grundlagenteil) und 2.4 (Übertragung auf Elternkurse) umsetzt. Neben dem konsequenten Gesundheitsbezug und einer Anerkennung der Eltern als Zielgruppe mit Bedarf an psychischer Gesundheitsförderung soll für diese Kriterien der Wirksamkeit der Anspruch gelten, eine vergleichende Evaluation von Programmen zu ermöglichen.

(3) Evidenzbasierte Praxis - Orientierung, Gestaltung, Qualitätssicherung

Vielerseits wird betont, dass in Deutschland der Evidenznachweis von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung unzureichend sei. Die Forderung nach empirischer Evidenz war vor dem Hintergrund des Präventionsgesetzes immer lauter geworden (Bund – Länder – Arbeitsgruppe Präventionsgesetz 2004).

Für die systematische Qualitätssicherung von präventiven Elternkursen will diese Arbeit eine Grundlage schaffen. Träger und Förderer präventiver Maßnahmen brauchen aber auch eine adäquate Entscheidungsgrundlage zur Auswahl von Interventionen. Darum ist es wichtig, dass die neuen Kriterien sensibel genug sind, um Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Elternkurs-Programmen und theoretischen

Ansätzen, die jeweils hinter den Schulungen stehen, sichtbar machen zu können. Viele Praktikerinnen und Praktiker (Pädagogen, Sozialarbeiterinnen, Lehrerinnen, Psychologen), die das Fortkommen und die psychosoziale Entwicklung der Kinder oder Jugendlichen in ihrem Praxisfeld fördern oder Familien unterstützen möchten (beispielsweise zur Verhinderung von Gewalt oder Schulabbruch-Karrieren) suchen auch den Weg zu den Eltern. Oftmals besteht jedoch Unsicherheit darüber, was eine Beteiligung von Eltern *überhaupt* in präventiver Hinsicht verspricht.

Allgemeine Möglichkeiten der Elternpartizipation in Prävention und Gesundheitsförderung

Diese Arbeit möchte Wege aufzeigen, die insbesondere *elternbezogenen* Präventionsansätzen grundsätzlich offen stehen, um die psychosoziale Gesundheit der Mitglieder einer Familie zu fördern und zu schützen. In Bezug auf den zentralen Untersuchungsgegenstand wird danach gefragt, welche der aufgezeigten Möglichkeiten insbesondere die Elternkurse ergreifen. An welchen Belastungen und Ressourcen setzen sie an und wie lässt sich ihr „Profil“ als präventiver Ansatz beschreiben? Was tun sie typischerweise *nicht* - könnten es aber in Angriff nehmen? Das Kapitel 2.4 gibt Antworten, die zur Planung, Gestaltung oder Weiterentwicklung von Elternkursprogrammen hilfreich sein können.

Das mittlerweile vielfältige Angebot an gut ausgearbeiteten Kurs-Programmen spricht dafür, dass genügend Kompetenz für die gelingende Schulung von Eltern in jedem Fall vorhanden ist. Mit der Vielfalt ist aber auch ein Orientierungsbedarf entstanden. Mancherorts haben Väter und Mütter inzwischen die Wahl zwischen zwei, drei oder mehr Elternkurs-Programmen. Auch Praktiker, die ein Elternkursangebot in ihr Praxisfeld einflechten möchten, müssen eine Entscheidung treffen und sehen sich immer öfter vor die Frage gestellt: Mit welchem Trainingskonzept werde ich die Eltern in meiner Einrichtung, in meinem Projekt oder in unserem Quartier am besten unterstützen können? Oder sind nicht etwa ganz andere beziehungsweise zusätzliche Ansätze sinnvoll und notwendig, um die Familien zu unterstützen?

Orientierung durch vergleichende Evaluation von Programmwirkungen

Die Wissenschaft hat bisher noch nicht sonderlich viel dazu beigetragen, den Praktiker/innen diese Orientierungsleistungen zu erleichtern. Eine Voraussetzung dafür

wären verbindliche Erfolgsgrößen, anhand derer sich die Wirkungen von Elternkursen so überprüfen ließen, dass sich Programmwirkungen auch vergleichend dargestellt werden könnten. Bei der sich vergrößernden Anzahl von Elterntrainingsprogrammen braucht es aber eine gewisse Breite von differenzierungskräftigen Veränderungsmaßen, um den unterschiedlichen pädagogisch-psychologischen Hintergrundkonzeptionen der Programme überhaupt gerecht zu werden. Eine Grundlage hierzu leistet diese Arbeit, indem sie empirisch belegte psychosoziale Belastungen und Gesundheitsressourcen von Kindern und Eltern vorstellt und mit der Frage nach einer positiven Beeinflussung durch Elternbildungsformate reflektiert. Da die Programme durchaus auf die Förderung unterschiedlicher Gesundheitsfaktoren oder Entwicklungsressourcen setzen, über die sich ein Schutz vor psychischen Krisen und Beeinträchtigungen aufbaut, müsste dies ein geeigneter Ansatz zur Differenzierung spezifischer Wirkungen sein.

(4) Beurteilung des präventiven Erfolges am Beispiel der STEP-Programmevaluation

Das Kapitel 3 zeigt am aktuellen Forschungsstand Defizite der bisherigen Evaluation auf, und leitet daraus den Anspruch ab, zukünftig mehr praxisrelevante Ergebnisse zu erbringen.

Auf dem Weg zu einem praxisorientierten Evaluationskonzept müssen Kriterien jenseits der Effektmessung berücksichtigt werden. Bedarfsgerechtigkeit oder Programmflexibilität sind bedeutsame Gütemerkmale von Elternkursangeboten, die neben der Programmwirksamkeit als gleichberechtigte Kriterien des *präventiven Erfolges* (vergleiche Einleitung dieses Abschnitts) anzuerkennen und ebenso konsequent zu überprüfen sind.

Möglichkeiten zur Messung des präventiven Erfolges von Elternkursen zeigt die Arbeit zunächst am Beispiel der selbst durchgeführten Programmevaluation des STEP-Elterntrainings auf. Dieser erste Teil der STEP-Evaluation beinhaltet die Überprüfung der Programmwirksamkeit, beispielsweise in Form eines Gewinns an erzieherischer Kompetenz, und des Umsetzungserfolges, etwa über die Analyse der Reichweite des Programms. Bedeutsame Implementationsfaktoren wie etwa die strukturelle Verankerung, der Zugang zum Angebot oder die Bedarfsgerechtigkeit sind darin berücksichtigt. Auf Grundlage der Evaluationsergebnisse wird die Präventionswir-

kung des STEP-Elterntrainings beurteilt. Anhand einer kritischen Reflexion der erhobenen Erfolgsmaße wird das Erkenntnisspektrum eingeschätzt und aufgezeigt, inwiefern die wissenschaftliche Untersuchung von Elternkursen methodisch weiterentwickelt werden kann.

(5) Neue Wege in der Praxis und für die Evaluation: settingbasierte Elternkurse

Der zweite Empirieteil beurteilt in Abschnitt 4.2 die Möglichkeiten der Verankerung von Elternkursen in *Settings* unter einer speziellen Zielsetzung, indem er sozial benachteiligte und vulnerable Teile der Bevölkerung in den Mittelpunkt des Interesses rückt. Die Evaluation fragt gezielt nach der gelingenden Gestaltung von STEP-Elternkurs-Angeboten, die auf den Bedarf der meist schwer zu erreichenden Zielgruppen abgestimmt sind und diese auch tatsächlich zur Teilnahme an Elternbildung anregen. Dieser Evaluationsteil, der aus dem Projekt „Bielefelder Evaluation von Elterndukations-Programmen“ (BEEP)³ hervor gegangen ist, erstellt gleichsam ein Grundgerüst zur Operationalisierung der komplexen Fragestellungen einer settingorientierten Interventionsforschung.

1.5.3 Zusammenfassung der Ziele und Inhalte

Aktuelle Erhebungen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen belegen, dass ein bedeutender Anteil dieser Bevölkerungsgruppe psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten entwickelt. Im Verbreitungsgrad vergleichbar mit dem Übergewicht, in den Konsequenzen aber viel gravierender, werden diese von Experten als bedeutsames Gesundheitsproblem in der heranwachsenden Generation eingeordnet. Für die gelingende Prävention psychischer Beeinträchtigungen wird den Eltern eine zentrale Rolle zugesprochen, denn nur über sie können Kinder früh erreicht und aus ihrer primären Lebenswelt heraus unterstützt werden. Aus der Sicht von Public Health erscheinen Elternkurse darum als geeignete Präventionsform.

„Erziehung und Elternrolle“ sowie „Kindheit und familiale Lebenswelt“ - die Idee der Elternbildung ist mit diesen Themen unweigerlich verknüpft. In diesen Begriffspaaren spannen sich bedeutsame Räume sozialer Interaktion auf, in denen die psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern, Müttern, Vätern und der Groß-

³ In das BEEP-Projekt waren die STEP Elternkurse und zwei weitere settingbasierte Präventionsprogramme einbezogen.

eltern-Generation maßgeblich beeinflusst werden. Essentiell sind die Bindungen und Familienbeziehungen als emotionaler Rückhalt und als soziale Lernräume. Meine Arbeit behandelt Erziehung - Familie - Elternrolle als Schnittstelle, an der die psychische Gesundheit von Kindern und Eltern gefördert werden kann.

Ein Ziel meiner Arbeit ist es weiter, das Elterntaining als präventives Angebot einzuordnen und dessen präventiven Nutzen auch vor dem Hintergrund der aktuell bestehenden präventiven Versorgungsstrukturen für Familien zu beschreiben.

Wie Elternbildungsangebote in der Bevölkerung auf lange Sicht aufgefasst werden - ob als Chance der Gesundheitsförderung und notwendiger, selbstverständlicher Bildungsbaustein oder aber als Fremdkörper in der Familienwelt, hängt auch davon ab, wie die damit verbundenen Ziele formuliert werden und anhand welcher Kriterien ihr Erfolg „objektiv“ festgemacht wird. Die evaluierende Wissenschaft entscheidet über diese Erfolgskriterien und trägt somit große Verantwortung für die Akzeptanz, Bedarfsgerechtigkeit und lebensweltliche Passung. Der vorliegende Text schlägt einen verbindlichen theoretischen Rahmen vor, aus dem sich auch die präventiven Wirkungen des Elterntainings unter Bezugnahme auf die Grundlagenforschung erklären lassen. Dies soll einerseits die angebotsspezifische Erfolgsprüfung anhand von praxistauglichen Kriterien ermöglichen. Andererseits wird dazu beigetragen, eine für die Praxis ganz entscheidende Frage zu beantworten: *Was können und sollen präventive Elternkurse eigentlich leisten - was dagegen nicht?*

Am Beispiel der Elternkurse stellt sich die Arbeit auch zwei typischen methodischen Herausforderungen gesundheitswissenschaftlicher Anwendungsforschung: Dem Erbringen von Evidenz für den Wirkungserfolg präventiver Interventionen und der vielschichtigen Evaluation in Settings.

Den modernen Elternkurs-Programmen ist es mit zu verdanken, dass das Thema „Erziehung“, die Diskussion um Erziehungsziele und die Auseinandersetzung mit der Elternrolle neu belebt wurden. In der Auseinandersetzung mit ihrem Untersuchungsgegenstand ergreift diese Arbeit schließlich auch die Chance, innerhalb eines lebendigen Diskurses Stellung zu beziehen, indem sie einen gesundheitswissenschaftlichen Blick auf die heutigen Chancen und Probleme der Familienerziehung richtet.

2. Die präventiven Chancen der Elternkurse

Das Kapitel 2 nähert sich den speziellen Möglichkeiten der Elternbildung von der konzeptionell-theoretischen Seite her. Um das *präventive Potenzial* des Elterntrainings für den Bereich psychischer Gesundheitsstärkung zu erschließen, werden dessen Präventionswirkung, der vorhandene Unterstützungsbedarf und die Zugangschancen zur präventiven Elternbildung analysiert.

Nach der Einführung in die gesundheitswissenschaftlichen Konzeptionen und Begrifflichkeiten von Prävention und Gesundheitsförderung unter 2.1 werden die Abschnitte 2.2 und 2.3 das *allgemeine Wirkungsprinzip* erläutern, welches Interventionen zur Vorbeugung psychischer Beeinträchtigungen zugrunde gelegt wird. Auf Basis dieses „Präventionsmodells“ konstruiert der Abschnitt 2.4 nachfolgend einen theoretischen Rahmen speziell zur Ableitung präventiver Effekte des *Elterntrainings* im Gruppenformat, der entlang der grundlegenden Fragen nach dem „bei wem“, „wie“ und „wodurch“ einer psychischen Stärkung von Eltern und Kind aufgespannt wird.

Das Kapitel 2.5 bildet einen eigenständigen Teil, der sich unabhängig von der Ebene direkter Effekte mit den Grundlagen einer bedarfsgerechten Versorgung auseinandersetzt. Der Abschnitt thematisiert Zugang und Bedarfsgerechtigkeit und geht unter diesen beiden Aspekten auch auf die Besonderheiten der *Familie* als Präventionsort ein.

2.1 Prävention und Gesundheitsförderung: Die gesundheitswissenschaftliche Perspektive

Dieses Kapitel klärt die Begriffe und Ebenen von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, welche in den Gesundheitswissenschaften als übergeordnete handlungsleitende Prinzipien voneinander abgegrenzt werden. Die Krankheitsprävention stützt sich traditionell auf die Vermeidung von *Risikofaktoren* (Krankheitsrisiken), während Gesundheitsförderung darauf konzentriert ist, gesundheitsrelevante *Ressourcen* zu aktivieren, zu stärken oder zu erhalten (Hurrelmann, Klotz & Haisch 2010). Einer zeitgemäßen Auffassung von *Prävention* werden Theorien zur Krankheitsentwicklung, die nur auf Risikofaktoren fixiert sind, heute jedoch nicht mehr gerecht. Es entspricht längst „guter Präventionspraxis“, an Risikofaktoren und Res-

sources beziehungsweise Schutzfaktoren gleichermaßen anzusetzen, wenn es um das Verhindern von Erkrankungen geht (Leppin 2010).

Meine Auseinandersetzung mit den traditionellen Linien der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung führt zu einem *Präventionsmodell*, in dem der Ressourcen-Ansatz und der Risikofaktor-Ansatz als Handlungsoptionen integriert sind. Bereits an dieser Stelle sei betont, dass dies *nicht* bedeutet, dass die Gesundheitsförderung an sich in ein Präventionsmodell eingebunden wird, sondern lediglich der Ressourcenbezug. Da dieser zwar ein typisches Element der Gesundheitsförderung ist, aber nicht den Kern der Idee erklärt, wird die Gesundheitsförderung in ihrer Eigenständigkeit belassen. Die Arbeit behandelt also präventive Fragestellungen unter Bezugnahme auf das *Ergänzungsverhältnis* zwischen (Krankheits-) Prävention und Gesundheitsförderung (Schwartz/Walter 2003; Hurrelmann et al. 2010).

2.1.1 Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung als Handlungsmodelle

In den Gesundheitswissenschaften werden Prävention und Gesundheitsförderung (Promotion) als *Interventionsformen* voneinander unterschieden. Ihnen gemeinsam ist nach Hurrelmann, Klotz & Haisch „das gezielte Eingreifen von öffentlich und/oder professionell autorisierten Handelnden, um [...] Morbidität und Mortalität bei Einzelnen oder ganzen Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen“ (2004, 11/12). Beide Handlungsmodelle gründen sich auf die Kenntnis von Faktoren, die eine Prognose des im Falle der Gesundheitsförderung erwünschten Zustandes (Gesundheit) und des im Falle der Prävention zu verhindernden Zustandes (Krankheit) erlauben. Die Krankheitsprävention konzentriert sich auf die Krankheitsvermeidung, wobei sie traditionell die Abschwächung oder Vermeidung von Belastungen und Risikofaktoren im Blick hat. Ansatzpunkt der Gesundheitsförderung ist vor allem eine Stärkung von protektiven Faktoren und Ressourcen, und ihre Zielsetzung heißt Gesundheitsgewinn (ebd., 12 ff.).

Letztendlich ist es das Ziel von Krankheitsprävention *und* Gesundheitsförderung, die Gesundheit der Menschen zu verbessern. Es liegt auf der Hand, dass beide Ansätze in der Praxis eine enge Verbindung miteinander eingehen und *Handlungsansätze (Strategien)* der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sich oft überschneiden (Hurrelmann, Klotz und Haisch 2010). Auch viele Elterntrainings-Programme setzen gleichzeitig an Ressourcen - etwa einer Stärkung der Eltern-Kind-

Beziehung oder einem positiv-unterstützenden Familienklima) und Risikofaktoren (etwa dem Zurückdrängen aggressiver Erziehungsmuster) an.

Die typischen Gegenstände gesundheitswissenschaftlicher Anwendungsforschung, wie Präventions-Programme oder Projekte zur Gesundheitsförderung, sprächen eigentlich auch für eine *theoretische Verbindung* der Hintergrund-Konzeptionen von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Die Denkmodelle zur „Krankheitsentwicklung“ (Pathogenese) versus „Gesundheitsentwicklung“ (Salutogenese) mit ihren unterschiedlichen Gesundheitsbegriffen lassen aber keine vollständige Integration zu.

Es sind gerade die Widersprüchlichkeiten und die unklaren Bezüge zwischen Theorie- und Praxisebene, die Gesundheitswissenschaftler/innen regelmäßig vor schwierige Definitionsprobleme stellen. Weder über die praktische noch über die theoretische Verbindung zwischen Prävention und Gesundheitsförderung herrscht Einigkeit; unterschiedliche Vorschläge zum Einsatz der beiden Konzepte liegen vor (Schmacker 2007). Wer auf beide Anwendungstraditionen und Denkmodelle Bezug nimmt, muss zunächst die Begriffe klären.

Begriffsfindung: Prävention, Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung

Wie eingangs erwähnt entspricht es einer modernen Vorstellung von Prävention, dass diese ihre Ziele durch das Abmildern oder die Beseitigung von Risikofaktoren und durch die Stärkung protektiver Faktoren erreichen kann. Auch die mit Prävention befassten Wissenschaften haben einen Blick für Ressourcen und Gesundheitsentwicklung bekommen und nehmen nicht mehr ausschließlich Bezug auf die Risikoforschung - auch weil das Interesse daran gewachsen ist, mit Vorbeugung primär anzusetzen (vgl. Rosenbrock 2004). Meine Arbeit greift diesen integrierten Präventionsbegriff auf und entwickelt ihn für die präventionsbezogene *Anwendungsforschung* (speziell: Evaluation und Qualitätssicherung familienbezogener Präventionsstrategien).

Die Tabelle 2.1.1/ 1 (S. 40) ordnet die Begriffe Prävention, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung und verdeutlicht die verschiedenen Ebenen (theoretisch, empirisch, praktisch), auf denen sich die Abgrenzung entscheiden sollte. Unter den Oberbegriff der *Prävention* sind als Interventionsansätze der Ressourcen-Ansatz und

der Risikofaktor-Ansatz gefasst. Speziell für das traditionelle, ausschließlich risiko-bezogene Präventionskonzept steht im Unterschied dazu der Begriff der *Krankheitsprävention*, für deren praktische Umsetzung dann ausschließlich der Risikofaktor-Ansatz infrage käme (vgl. Tabelle 2.1.1/ 1: theoretische Ebene: pathogenetisches Modell; krankheitsrelevante Faktoren: Risiken). Da der Ressourcen-Ansatz nun als eine mögliche Strategie im Dienste der Prävention eingeschlossen ist, wäre in einem nächsten wichtigen Schritt die Ressourcenorientierung beziehungsweise die Stärkung protektiver Faktoren auf der Interventionsebene (kurz: Ressourcen-Ansatz) vom Begriff der *Gesundheitsförderung* abzusetzen. Gesundheitsförderung erhöht die Gesundheitschancen, indem sie einerseits die Lebensbedingungen von Menschen verbessert und andererseits deren Kompetenz zur Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit stärkt (Hurrelmann/Laaser 2006). Gesundheitsförderung zielt damit auf ganz bestimmte umweltliche und individuelle Gesundheitsressourcen ab, womit auch ihre unverwechselbare Identität als politischer und emanzipatorischer Handlungsansatz bezeugt ist (Kickbusch 2003, Signal 1998).

Tabelle 2.1.1/ 1: Begriffsführung und Begriffsebenen im Überblick

	Prävention	Krankheitsprävention	Gesundheitsförderung
Allgemeine Zielsetzung der Intervention	Krankheiten vermeiden oder in ihrem Verlauf abschwächen	Krankheiten vermeiden oder in ihrem Verlauf abschwächen	Gesundheitschancen und Chancengleichheit erhöhen; Selbstbestimmung über eigene Gesundheit fördern
Interventionsansatz	Risikofaktor- und Ressourcen-Ansatz	Risikofaktor-Ansatz (auch: Risikofaktor-Prävention)	Ressourcen aus der Lebenswelt heraus aktivieren durch Empowerment, Partizipation, Verbesserung von Lebensbedingungen etc.
Theoretischer Ausgangspunkt	interaktionistische Modelle ⁴	Pathogenese (Risikofaktor-Modell)	Salutogenese und ganzheitlicher Gesundheitsbegriff (WHO)
Fokussierte Gesundheitsfaktoren	Risikofaktoren, Ressourcen, protektive Faktoren	Risikofaktoren	Ressourcen, protektive Faktoren

⁴ Belastungsfaktoren (potenzielle Risikofaktoren) und protektive Faktoren erklären Gesundheit/Krankheit gemeinsam im wechselseitigen Geschehen.

Gemäß dieser Auffassung *kann* Prävention durchaus einen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten, muss es aber nicht.⁵ Wenn ja, wäre dies allerdings aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht als Zeichen besonderer Qualität einzuordnen.

Auf der anderen Seite „darf“, kann und sollte Prävention eben auch an Ressourcen ansetzen, um wirksam zu werden. Hier wird mit einem *Präventionsmodell* gearbeitet, das Risiken (beziehungsweise Belastungen) und Ressourcen als gesundheitswirksame Faktoren berücksichtigt.

Für ein integriertes Modell lohnt es sich, die pathogenetische und die salutogenetische Denktradition zunächst jeweils genauer zu betrachten. Der folgende Abschnitt beschreibt die beiden Denkgerüste, an welche die Interventionsgewohnheiten von Krankheitsprävention sowie Gesundheitsförderung jeweils traditionell gebunden sind. So kann der jeweils eigene Wert und die Berechtigung dieser Modelle ebenso herausgestellt werden wie die Kritik, die sich beide Ansätze gefallen lassen müssen. Das Verständnis beider Sichtweisen ist wichtig zur Einordnung von Befunden der Präventionsforschung und zur Reflexion von Kriterien der Evaluation in der Elternbildung, die später besprochen werden. Im Vergleich der beiden Modelle wird erläutert, welche Elemente der salutogenetischen Perspektive sich in ein integriertes Präventionskonzept überführen lassen.

2.1.2 Pathogenese und Salutogenese - Zwei Denkmodelle und ihre Anwendungstraditionen

Streng genommen lassen sich nur auf dieser Ebene Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung direkt gegenüberstellen, da sich in den praktischen Zielsetzungen und den Umsetzungsformen diese „theoretischen Reinformen“ nicht abbilden.

Pathogenetisch und salutogenetisch orientiertes Denken haben Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung als Anwendungsdisziplinen geprägt, und eine Trennungslinie in Forschung und Praxis ist bis heute sichtbar geblieben. Beide Modelle arbeiten mit „gesundheitswirksamen Faktoren“ (Risikofaktoren/Ressourcen), aus denen im Falle der Gesundheitsförderung ein erwünschter Zustand und im Falle der Krank-

⁵ Nach dem Modell der Interventionsschritte im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum von Hurrelmann & Laaser (2006) sind Präventionsmaßnahmen stets als ein Teil der Gesundheitsförderung zu verstehen.

heitsprävention ein zu verhindernder Zustand vorhergesagt wird (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2010, 10).

Entwicklungsprinzip	prognostizierter Zustand	Prädiktoren (Vorhersage über...)
Pathogenese (Krankheitsentwicklung)	Krankheit	Risikofaktoren, Belastungen
Salutogenese (Gesundheitsentwicklung)	Gesundheit	protektive Faktoren, Ressourcen

Mit dem Pathogenese-Modell ist traditionell als Anwendungsdisziplin die Krankheitsprävention, mit dem Salutogenese-Modell die Gesundheitsförderung assoziiert.

Pathogenese und Krankheitsprävention mit dem Risikofaktor-Ansatz

Um Risikofaktoren zu erforschen, müssen, ausgehend von einer Krankheitsdiagnose, diejenigen Bedingungen zurückverfolgt werden, die zur Krankheitsentwicklung (Pathogenese) beigetragen haben (Leppin 2004, 2010).

Orientierungspunkte zur Feststellung vorliegender und beginnender Erkrankungen bieten (medizin-)wissenschaftlich fundierte diagnostische Systeme (ICD 10, DSM IV). Mit ihnen lassen sich körperliche, psychosomatische und psychische Erkrankungen anhand von Symptomlisten eingrenzen. Solche verbindlichen nosologischen Kategorien sind die Voraussetzung für eine konsequente Risikofaktoranalyse⁶, denn sie schaffen eine Vergleichbarkeit von Krankheitsdaten. Schließlich kann aus zuvor ermittelten vorhandenen (bekannten) Risikofaktoren die Eintrittswahrscheinlichkeit (Prävalenz) einer Krankheit beziehungsweise die Prognose ihres Verlaufs bei einem Individuum oder einer Gruppe abgeleitet werden. Durch Vergleiche zwischen den Auftretenshäufigkeiten verschiedener Erkrankungen in Verbindung mit zuvor definierten Risikofaktoren lassen sich, für bestimmte Krankheitsgruppen, inzwischen die Generalität versus Spezifität solcher Gesundheitsgefahren auch recht gut nachvollziehen (Kilian/Becker 2006).

⁶ Der korrelationsstatistische Zusammenhang zwischen einem gegebenen Faktor und dem Auftreten des interessierenden Krankheitsbildes wird ermittelt. Eine ursächliche Beziehung bildet sich damit nicht unbedingt ab.

Ziel von *Krankheitsprävention* kann das Verhindern des Ausbruchs oder das Aufhalten einer Erkrankung oder eine Abschwächung des Krankheitsverlaufs sein. Diese Interventionsform greift in das Krankheitsgeschehen (die Krankheitsentwicklung: Pathogenese) ein, indem sie diejenigen Risikofaktoren beseitigt oder zumindest abschwächt, welche mit der zu prävenierenden Erkrankung beziehungsweise dem Erkrankungspektrum zusammenhängen (Risikofaktor-Ansatz, Risikofaktor-Prävention). Je höher das Erkrankungsrisiko (die Prävalenz) in einer Bevölkerungsgruppe, desto dringlicher erscheint das präventive Eingreifen in dieser Gruppe.

Tab. 2.1.1/ 2: Interventionsansatz und Effekte der Krankheitsprävention

Interventionsentscheidung welchen Erkrankungen vorbeugen? bei wem? wann?	Interventionsansatz	Effekte auf Modifikationsebene	Präventions-Effekt
Risikostatus in bestimmter Gruppe (z.B. Raucher, Übergewichtige)	Risiken abwehren oder mindern	Abschwächung von bekannten Risikofaktoren	gesunkene Inzidenzrate; Rückgang von Krankheitswerten

Bezogen auf das *Elternt raining* würde es dem Risikofaktor-Ansatz entsprechen, ein solches Präventionsangebot gezielt an Eltern zu richten, für deren Kinder ein erhöhtes Risiko besteht, psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln (Risikogruppe). Ein Beispiel wären spezielle Elternprogramme für Teenagermütter oder drogenabhängige Eltern, die aufgrund der Überforderungssituation zu aggressiven Erziehungsmustern neigen (Risikofaktor), was mit einem erhöhten Risiko kindlicher Entwicklungs- und Verhaltensstörungen verbunden ist. Der Schwerpunkt der präventiven Intervention - die Zielperson wäre hier das Kind - müsste konsequenterweise in einer Vermeidung oder einem Abbau solcher Verhaltenstendenzen in der Erziehung bei Mutter und Vater liegen.

Bei allem Fortschritt ist das alte risikofixierte Denkmodell in der Wissenschaft dominant geblieben; auch in der Evaluation präventiver Programme überwiegen krankheitsorientierte Kriterien. Bei der Erfolgsprüfung präventiver Maßnahmen zählt das Prävalenzkriterium, die Effekte haben sich also in gesunkenen Krankheitswerten auszudrücken. Auch bei der Feststellung der präventiven Bedarfslage etwa in bestimmten Bevölkerungsgruppen und der Suche nach geeigneten Ansatzpunkten prä-

ventiven Handelns werden protektive Faktoren meist nicht ausreichend berücksichtigt.

Was in jedem Präventionsmodell bleibt, egal wie fortschrittlich dieses ist, ist letztlich der *Krankheitsfokus* und mit ihm die Zielgröße der Intervention: „*nicht krank*“.

Die Fokussierung auf das Risikofaktorenmodell hat dazu geführt, dass sich Präventionsstrategien lange Zeit vorwiegend oder ausschließlich auf die Vermeidung oder Eindämmung von Risikofaktoren konzentriert haben. Diese und weitere Problematiken einer ausschließlichen Orientierung an Krankheitsrisiken, die hier benannt werden, haben zum Weiterdenken aufgefordert.

(1) Zur theoretischen Vorstellung von Gesundheit und Krankheit

- Risiken sind de facto nur die halbe Wahrheit, wenn es um Gesundheit und Krankheit geht. Das zeigen die zum Teil dürftigen aufgeklärten Varianzen (gleichbedeutend mit der *Erklärungskraft*), die für Risikofaktoren berechnet werden (für einzelne sowieso, aber auch wenn man von multiplen Risiken ausgeht). Es muss also weitere Faktoren geben, die über das Krankwerden oder Gesundbleiben entscheiden. Dies dürften beispielsweise Schutzfaktoren und Ressourcen sein.
- Einzelne Risikofaktoren beschreiben im Allgemeinen keine Ursachen, sondern lediglich Korrelate von Krankheit.⁷ Beim Ansatz der Krankheitsprävention kann dies in die Irre führen. So wird etwa einzelnen Risikofaktoren oftmals sehr viel Aufmerksamkeit geschenkt, anstatt dem komplexen Krankheitsgeschehen mit einem ganzheitlichen Vorgehen zu begegnen.
- Eine Annäherung an *Gesundheit* allein über das Nicht-Kranksein im Sinne einer (medizinischen oder klinischen) Diagnose bleibt zwangsläufig unvollständig. Gesundheit ist mehr beziehungsweise etwas anderes als die Abwesenheit von Krankheit (bedenke auch: Gleichzeitigkeit von Gesundheit und Krankheit.). Was fehlt, ist eben ein Begriff von Gesundheit und ihrer Entstehung (Salutogenese, siehe oben).

⁷ Multiple Ursachen und Bedingungen tragen zur Entstehung von Krankheiten bei (Leppin 2010; Kilian/Becker 2006).

(2) Zum Risikofaktor-Ansatz in der Praxis

- Es besteht die Gefahr von Stigmatisierung und Labeling (Krankheitsbindung) von Individuen oder bestimmten Bevölkerungsgruppen mit Risikostatus. Bei der Identifikation von Risikopopulationen führen oft gerade diejenigen Bemühungen, die ursprünglich sensibilisieren, motivieren und ein Problembewusstsein schaffen sollten, zur Stigmatisierung und können so zum entscheidenden Hindernis für die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten werden.
- Das Motivationsproblem: Den Menschen immer wieder zahlreiche Erkrankungsrisiken vorzuhalten, die wohlmöglich noch überwiegend den eigenen „Defiziten“ geschuldet sind, lädt nicht unbedingt dazu ein, sich für die eigene Gesundheit einzusetzen und sich etwa an Prävention zu beteiligen. Es kann weniger stigmatisierend sein, aber auch konstruktiver und hilfreicher, am Aufbau von *Schutzfaktoren* beziehungsweise an der Stärkung von *Ressourcen* zu arbeiten. Abschreckung kann auch zu Panik führen und dazu, dass die Auseinandersetzung mit den Themen Gesundheit/Krankheit und Prävention erst recht vermieden wird.
- Die begrenzten Möglichkeiten der Risikofaktor-Prävention: Risiken sind nicht immer vermeidbar und können sehr individuell kombiniert sein. Ressourcen zu stärken, kann in manchen Fällen der einzig verbleibende Weg zur langfristigen Krankheitsvermeidung oder zum Abmildern des Verlaufs sein (Ravens-Sieberer weiter unten).

Nutzen und Vorteile des Risikofaktor-Modells und dessen Bedeutung in dieser Arbeit

Das gut systematisierte pathogenetische Grundmodell (Risikofaktor-Modell) bietet der präventiven Forschung und Anwendung wegen seiner verbindlichen diagnostischen Krankheitskategorien eine ebenso differenzierte wie allgemein gültige Basis. Es eignet sich zur Erforschung von Risikofaktoren und Krankheitsentstehung (Ätiologie), ermöglicht die Feststellung des präventiven Bedarfs anhand belegter Risikofaktoren und gibt einer Überprüfung der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen ein eindeutiges Kriterium (Inzidenz/Prävalenz).

Hilfreich ist das Risikofaktor-Modell, um Bevölkerungs-Gruppen mit hohem Präventionsbedarf auszumachen. Treten bekannterweise besonders gewichtige Risiken in einer Bevölkerungsgruppe auf oder trifft eine Vielzahl von Risikofaktoren bei einer

Gruppe von Menschen zusammen, ist für diese verstärkt beziehungsweise unbedingt Vorsorge zu treffen (Hochrisiko-Gruppen).

Die vorliegende Arbeit orientiert sich insofern an der „traditionellen“ *Krankheitsprävention*, als sie etwa im Kapitel 2.5 der üblichen Systematisierung von Präventionsansätzen nach pathogenen Stadien folgt - auch weil diese gängig und gut nachvollziehbar sind. Die allgemeinen Ergebnisse der Präventionsforschung und der Stand der Evaluation zur Elternbildung, die im dritten Kapitel vorgestellt werden, gehen ebenfalls aus dem Risikofaktor-Ansatz hervor. Die erheblichen Defizite einer rein risikofixierten Praxis der *Krankheitsprävention* (siehe oben) unterstreichen die Forderung nach Einfließen der Ressourcenperspektive in den Präventionsgedanken. Meine Arbeit soll dazu beitragen, die praktische Ausrichtung und Evaluation präventiver Elternbildung diesbezüglich zu entwickeln. Als theoretische Grundlage dafür integriert sie deshalb die protektiven Faktoren in ihr Präventionskonzept. Dieses hebt sich auf diese Weise vom ausschließlich risikobezogenen Modell der Krankheitsprävention ab. Die eindeutig präventive Zielsetzung „Krankheiten vermeiden“ bleibt dagegen unberührt und gilt auch in diesem Präventionsmodell.

Salutogenese und die Förderung protektiver Faktoren im Ressourcen-Ansatz

Modelle der Gesundheitsentstehung wie das Salutogenese-Konzept von Antonovsky (1979, 1987) proklamieren - analog zur Krankheitsdynamik mit ihren Krankheitsstadien - eine bestimmte Abfolge von Gesundheitsstadien. Gesundheit betrachtet Antonovsky als Kontinuum (keine, wenig, viel Gesundheit). Eine Dichotomie zwischen Gesundheit und Krankheit, nach der sich der Zustand von Gesundheit (allein) über die Abwesenheit von Krankheiten definiert, existiert so nicht. Gesundheit wird vielmehr zur eigenständigen Dimension, in der es verschiedene Ausprägungen geben kann. Aus Sicht des Einzelnen vollzieht sich Gesundheit also im Prozess. Gesundheit kann sich aber nur dann positiv entwickeln oder erhalten bleiben, wenn bestimmte innere und äußere Bedingungen vorhanden sind (gesundheitliche Ressourcen und Schutzfaktoren).

Angelehnt an diese Vorstellung von Gesundheitsentwicklung, entfalten gesundheitsfördernde Aktionen ihre Wirkung über das Stärken von *Schutzfaktoren und Ressourcen*. Erfolgreiche *Gesundheitsförderung* sollte dazu führen, dass sich der Zustand

beziehungsweise das Erleben der berücksichtigten (geförderten) Personen auf dem Gesundheits-Kontinuum in Richtung des Gesundheitspols verschiebt. Gesundheitsförderung ließe sich demnach immer, also an jedem Punkt auf dem Kontinuum, also für jeden Gesundheitsstatus, verwirklichen: Vollständig gesunde Menschen können ebenso in ihrer Gesundheit gefördert werden wie gesundheitlich gefährdete, beeinträchtigte oder bereits erkrankte Menschen (z.B. Abrahams/Emmons/Linnan 1997). So gesehen lässt sich die Zielsetzung von Gesundheitsförderung mit der „Herstellung oder Wiederherstellung einer höheren als der ursprünglich erwartbaren Gesundheitsqualität“ am treffendsten umschreiben (Hurrelmann, Klotz und Haisch 2004, 13).

Die entscheidende Abgrenzung zur Prävention und Unverwechselbarkeit liegt vor allem in der Zielformulierung: *Gesundheitsentwicklung*, nicht *Krankheitsvermeidung*. Eine konsequent in die Praxis übertragene salutogenetische Ausrichtung hieße, dass sich der Bedarf an gesundheitlicher Förderung und Unterstützung sowie der Interventionsansatz mit seinen Zielen aus den Gesundheitsbedingungen ableiten.

Dass den gesundheitsfördernden, ressourcenreichen Faktoren heute viel Beachtung geschenkt wird und diese systematisch erforscht werden, ist der salutogenetischen Denktradition zu verdanken; ebenso die Betrachtung von Gesundheit als eigenständige Dimension und ganzheitlicher Begriff, der mit „keine Erkrankung“ eben *nicht* hinreichend erklärt ist. Dieser Gesundheitsbegriff ist gleichzeitig ein außergewöhnlicher Gewinn und die größte Herausforderung für die Forschung.

Denn „Gesundheit“ scheint eben kein so einfach zu objektivierender Begriff zu sein wie „Krankheit“, der sich in Form der ärztlichen Diagnose dingfest machen lässt. Man beschäftigt sich auch schon viel länger und systematischer mit Krankheits- als mit Gesundheitsdefinitionen. Letztere fallen meist komplex, umfassend und sehr allgemein aus, wie auch das folgende Beispiel zeigt: „Optimal health is defined as a balance of physical, emotional, social, spiritual and intellectual health“ (O'Donnell 1989). Wer sollte diese „perfekte Balance“ auch nur annähernd objektiv beurteilen können? Direkt an den schwierigen Gesundheitsbegriff geknüpft ist die allgegenwärtige Forderung nach *Evidenz* im Zusammenhang mit Strategien der Gesundheitsförderung. Kann man deren Zielgröße Gesundheit, beziehungsweise deren Erfolg im Sinne eines „Gesundheitsgewinns“, objektivieren und messen oder wird die Evaluation von gesundheitsfördernden Maßnahmen eine „Mission Impossible“ bleiben

(Schmacke 2007, 57)? Wegen des äußerst „dehnbaren“ Gesundheitsbegriffs besteht für eine Beurteilung von Erfolgen der gesundheitsfördernden Intervention stets die Gefahr der „Beliebigkeit“ (ebd.). Die Position Rosenbrocks, Gesundheitsförderung habe eigentlich keine Effekte oder zumindest nicht solche, die man, ähnlich den Präventionserfolgen, in Wirksamkeitsstudien nachweisen könne, lässt sich also durchaus vertreten (Rosenbrock 2004). Andererseits gibt es vielversprechende Bemühungen, Gesundheit zu objektivieren und empirisch zugänglich zu machen, etwa über Konstrukte wie das *subjektive Wohlbefinden* oder die *gesundheitsbezogene Lebensqualität* (Ravens-Sieberer/Bettge 2005, Kolip 2006).

Bis dato ist es schon ein großer Gewinn, wenn einzelne Teilbereiche von Gesundheit in ihrer positiven Ausprägung erfasst werden können. Die hier zu fokussierende *psychische* Gesundheitsebene schneidet in jedem Fall gleich mehrere der oben angeführten Teilbereiche (emotional, social und intellectual health) und ist damit schon in sich sehr komplex. Die WHO definiert psychische Gesundheit über das subjektive Erleben und das soziale Funktionsniveau des Menschen als „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“ (WHO 2001).

Um die weit über diese theoretischen Erwägungen zur *Gesundheitsentwicklung* hinaus reichende Gesamtkonzeption von *Gesundheitsförderung* zu würdigen und diese einer direkten Gegenüberstellung mit Prävention bewusst zu entziehen, ist ihr der folgende spezielle Abschnitt gewidmet. Er präsentiert sie als eigenständige *Anwendungsdisziplin* mit ihrem Fokus auf der Gesundheitswirksamkeit bestimmter Ressourcen, aus der auch die besonderen Wege der Umsetzung hervor gegangen sind.

2.1.3 Perspektive und Praxis der Gesundheitsförderung

Hinter dem Ansatz der Gesundheitsförderung („Health Promotion“) steht ein Gesamtkonzept mit einem eigenständigen Gesundheitsbegriff und eine sozialwissenschaftliche Tradition, die sehr viel jünger ist als die der Prävention (Stöckel 2004). Sie möchte mit ihrem ganzheitlich gefassten *Gesundheitsbegriff*, ihrer konsequenten Anlehnung an die salutogenetische Forschung und ihrer wissenschaftlichen Verankerung in den Public Health Sciences sichtbar bleiben. Denn bei der Umsetzung ihrer

Ziele bildet Gesundheitsförderung einen bewussten Gegenpart zur (bio-)medizinisch dominierten Krankheitsforschung und zur risikopräventiven Praxis (Schnabel 2009). Daher sollte sie auf der Theorie-Ebene nicht in ein krankheitsbezogenes Präventionskonzept integriert werden.

Diese Arbeit verwendet den Begriff der Gesundheitsförderung im Sinne der oben schon benannten „politisch-emanzipatorischen“ Anwendungs-Tradition, die sich an die besonderen Kriterien der WHO (Ottawa-Charta) anlehnt. Auch wenn mit dem *Ressourcen-Ansatz* in der Prävention „Gesundheit“ also durchaus „gefördert“ werden kann, ist das nicht unbedingt *Gesundheitsförderung* im Sinne der Ottawa-Charta (vgl. Abschnitt 2.1.2).

Was ist Gesundheitsförderung?

Bereits die *Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung* (1978) hatte auf die „intolerabel ungerechte Verteilung von Gesundheitsressourcen in der Welt“ hingewiesen und gesundheitliche Chancengleichheit gefordert. Eine Antwort darauf gab die WHO, indem sie für die Menschen in Europa Handlungsziele formulierte, über die „gleiche Möglichkeiten zur Förderung, Aufrechterhaltung und Benutzung ihrer Gesundheit“ geschaffen werden sollten (WHO 1984). Seit dieser Zeit ist Gesundheit als Menschenrecht, das soziale Gerechtigkeit fordert, tief im Gedanken der Gesundheitsförderung verwurzelt (Schmidt/Kolip 2007). Erst durch die Ottawa-Charta von 1986 wurde Gesundheitsförderung zu einer konkreten Idee, die über zahlreiche Programme und Initiativen in die Welt getragen wurde und dabei auch Deutschland erreichte.

Laut Ottawa-Charta ist „Gesundheit [...] das Ergebnis von Selbstbestimmung und der Möglichkeit, sich für die eigenen Bedürfnisse und Wünsche erfolgreich einzusetzen und die eigene Umwelt dadurch mitgestalten zu können“. Entsprechend zielt *Gesundheitsförderung* „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986).

Gesundheitsförderung setzt dabei erstens auf *Empowerment*, also auf die Förderung von Mündigkeit, damit Menschen für die eigenen Belange eintreten und die eigenen Lebensumstände verändern können – etwa durch Bildung und Kompetenzstärkung – und zweitens auf *Partizipation*, um die soziale Teilhabe an gesundheitsbezogenen

Ressourcen, also Gesundheitschancen, zu stärken – etwa durch eine Verbesserung des Zugangs zu Informationen oder gesundheitsrelevanten Leistungen. Besonders an Gesundheitsförderung ist damit gerade der *Weg*, auf dem sie ihre Ziele zu erreichen versucht. Letztendlich geht es ihr immer um „die Stärkung der individuellen und kollektiven Gesundheitsressourcen im Sinne des Erwerbs von spezifischen und unspezifischen Kompetenzen durch Partizipation und praktische Befähigung“ (Rosenbrock 2004, 72). An diesen beiden zentralen Handlungsstrategien wird offensichtlich, dass sich Gesundheitsförderung an sozialen Lebenslagen und Lebensbedingungen orientieren muss und als ein politischer Auftrag zu betrachten ist (Altgelt/Kolip 2004, Signal 1998).

Im *American Journal of Health Promotion* liest sich die Definition wie folgt (O'Donnell 1989):

Health promotion is the science and art of helping people change their lifestyle to move toward a state of optimal health. Optimal health is defined as a balance of physical, emotional, social, spiritual and intellectual health. [...] Lifestyle change can be facilitated through a combination of efforts to enhance awareness, change behavior and create environments that support good health practices. Of the three, supportive environments will probably have the greatest impact in producing lasting change.

Die Tradition der Gesundheitsförderung beruft sich auf die Bedingungen von Gesundheit und ist an Modelle der Gesundheitsentwicklung (Salutogenese, siehe 2.1.2) angelehnt. Der Gesundheitsbegriff ist *sozialökologisch* und damit weiter gefasst als der medizinische: Bereits 1946 prägte die WHO diese fortschrittliche Auffassung und definierte Gesundheit als einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1946, zitiert nach Franzkowiak/Sabo 1993, 60). Dieser ganzheitliche Gesundheitsbegriff hat immer wieder eingefordert, die *sozialen* und *psychischen* Bedingungen und Komponenten der Gesundheit stärker zu berücksichtigen.

Wie und durch wen wird Gesundheitsförderung konkret umgesetzt?

Die Gesundheitsförderung ist ein staatlicher Auftrag, der gesundheitspolitisches und gesellschaftspolitisches Handeln erfordert. Ihre Ziele lassen sich mit Hilfe einzelner Strategien nicht verwirklichen. Sie muss auf der Ebene übergeordneter Handlungssysteme gesteuert werden (Altgeld/Kolip 2004). So formuliert die WHO zur Umsetzung von Gesundheitsförderung ein breites Spektrum konkreter Handlungsziele:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste (Franzkowiak/Sabo 1993, 96ff.)

Allein auf das Engagement im Gesundheitssystem kann Gesundheitsförderung nicht setzen, die Umsetzung „verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, [...] in der Industrie und in den Medien.“ (Ottawa-Charta 1986, 2).

Sinnvolle Gesundheitsförderung benötigt eigentlich *zusätzliche* Ressourcen (Franzkowiak/Sabo 1993). Mit dem Abbau von Sozialstaatlichkeit schrumpfen nach Ansicht vieler Experten die Umsetzungsmöglichkeiten (Kickbusch 1998). Anstatt die Systeme zu stärken, wo Gesundheitsförderung ansetzen könnte, werde aus Gründen der Kosteneffizienz die Verantwortung an den Einzelnen übertragen. So ist am Ende der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts aus Public Health-Sicht eine pessimistische Bilanz gezogen worden: „Es scheint so, als hätten die wesentlichen Akteure der Gesundheitsförderung begonnen, [...] Gesundheitsförderung auf ein effizienzorientiertes Gesundheitsmanagement zu reduzieren“ (Dahme/Wohlfarth 1998, 190). Auch einige Jahre später wird die Lage nicht besser eingeschätzt und die „individualisierende Sichtweise“ weiter auf dem Vormarsch gesehen (Schmidt/Kolip 2007,10/11). Die Bangkok-Charta von 2005 unterstreicht die „ungebrochene Wichtigkeit der Ottawa-Charta“ und resümiert die aktuelle Lage der Gesundheitsförderung aufgrund der „fehlenden Effizienz bei der konkreten Umsetzung“ ebenfalls kritisch (WHO 2005).

Gesundheitsförderung erscheint innerhalb des *Gesundheitssystems* als Querschnittsaspekt (Rosenbrock 2004, 73). Als übergeordnete Handlungsstrategie lässt sie sich in Prävention, Kuration, Pflege und Rehabilitation verwirklichen. Im Zuge der Umsetzung der unten zitierten Handlungsziele hat Gesundheitsförderung schon viele wichtige Impulse in die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung, so auch in das *präventive Denken* und die *präventive Praxis*, gegeben. Die Orientierung an Ressourcen, insbesondere die Sensibilität für die Bedeutsamkeit sozialer Ressourcen oder das Denken in sozialen Systemen, und nicht zuletzt die Idee des Settingansatzes, gehören dazu. Präventive Angebote können ein Element der Gesundheitsförderung sein. So wäre etwa das präventive Elterntaining dazu in der Lage, bestimmte persönliche Kompetenzen zu entwickeln (siehe oben: Punkt 4) und psychosoziale Gesundheitsressourcen in der „Lebenswelt Familie“ zu stärken (siehe oben: Punkt 2).

2.1.4 Fazit: Ein integriertes Präventionsmodell im Dialog mit der Gesundheitsförderung

Die vorangehenden Abschnitte 2.1.1 bis 2.1.3 haben die Begrifflichkeiten von Prävention, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung in einer Auseinandersetzung mit ihren theoretischen Hintergründen und Handlungsoptionen für die Praxis geklärt. Modelle der Pathogenese und Salutogenese prognostizieren das Zustandekommen von Krankheit beziehungsweise Gesundheit traditionell anhand von Risikofaktoren beziehungsweise Schutzfaktoren und Ressourcen. Es wurde nahegelegt, dass die beiden grundlegenden Erklärungstheorien an sich unvereinbar bleiben. Andererseits sind Gesundheitsentwicklung und Krankheitsentstehung nicht unberührt voneinander. „Gesund-Sein“ und „Nicht-Krank-Sein“ sind, wie die salutogenetische Sichtweise lehrt, nicht identisch, hängen aber ganz sicher zusammen. Beide Modelle rücken immer nur einen Teil der Realität ins Zentrum ihres Interesses – obwohl eigentlich beiderlei gesundheitswirksame Faktoren jeweils implizit vorhanden sind.

Aus praktischer Sicht leisten der salutogenetische und der pathogenetische Theorieansatz ihren Beitrag zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit, und die ihnen angebundene Forschungsanstrengungen bringen empirisch gesicherte Faktoren hervor, die das Zustandekommen beziehungsweise das Ausbleiben von Krankheiten erklären. Für eine wirksame und bedarfsgerechte *präventive Praxis* ist es notwendig,

gesundheitswirksame Risiken *und* Ressourcen gleichermaßen im Blick zu haben und alle vorhandenen Erkenntnisse für die Bedarfsanalyse, Intervention oder Qualitätssicherung zu nutzen.

In dieser Arbeit werden Risiko- und Ressourcen-Ansatz, losgelöst von ihren Herkunftstraditionen, als mögliche Interventionswege zur Krankheits-Vorbeugung (Prävention) untersucht. In den theoretischen Hintergrund wird ein integriertes Präventionskonzept gestellt, das Risiken und Ressourcen gleichermaßen als gesundheitswirksame Faktoren berücksichtigt. Mit diesem Punkt löst sich das hier angewandte Präventionskonzept vom Modell der Krankheitsprävention und beruft sich auf integrierte Konzepte zur Prävention psychischer Erkrankungen.

Zur Perspektive der Gesundheitsförderung in dieser Arbeit

Ziel dieses ersten Abschnitts des Kapitels 2 war es auch, den Wert der Gesundheitsförderung als eigenständige Interventionsphilosophie herauszustellen, die ihre Abgrenzung zur Prävention behält. Aus dieser Position heraus ergänzt und befruchtet sie präventives Denken und Handeln und begibt sich in einen kritischen Dialog mit dem krankheitsbezogenen Vorgehen der Prävention.

Immer wenn es um die Förderung *psychischer Gesundheit* geht, rücken die Handlungsziele von Prävention automatisch nah an die der Gesundheitsförderung heran. Mit dem Präventions-Fokus „Vorbeugung psychischer Erkrankungen“ stehen unmittelbar die sozialen und psychischen Faktoren von Gesundheit und Krankheit auf dem Plan, deren Stärkung für die Gesundheitsförderung seit jeher ein besonderer Stellenwert eingeräumt wird (vgl. 1.2.1 zum ganzheitlichen Gesundheitsbegriff, 2.1.2 zum Empowerment). Die Gesundheitsförderung schenkt diesen Gesundheitsfaktoren - unabhängig von einzelnen Programmen, die dem Ressourcen-Ansatz folgen - zusätzlich Aufmerksamkeit. Psychische und soziale Faktoren (beispielsweise Motivation und Selbstbewusstsein, Information und Bildung oder das Vorhandensein sozialer Netzwerke) sind maßgebliche Vermittler des körperlichen wie psychischen Gesundheitsstatus, weil sie etwa den *Zugang* zu gesundheitsrelevanten Leistungen und Präventionsangeboten oder den Umgang damit beeinflussen (vgl. Hurrelmann, Klotz & Haisch 2010, 16).

Meine Arbeit argumentiert für präventive Elternbildung vorrangig aus der Krankheitsperspektive heraus (New Morbidity, gesteigener Präventionsbedarf, vgl. Kapitel 1). Sie erschließt gezielt die Wirkungen des Elterntrainings als familienbezogene *Präventionsstrategie*. Mit einer präventionswissenschaftlichen Einordnung des Untersuchungsgegenstandes und einem präventiven Wirkungsmodell hat sich die Arbeit in ihren theoretischen Ausarbeitungen also nicht primär auf Gesundheitsförderung ausgerichtet (vgl. 2.3 und 2.4). Sie plädiert dort aber vom Standpunkt der Prävention aus für Gesundheitsförderung. Am Beispiel des präventiven Elterntrainings kann nämlich aufgezeigt werden, wo und warum einem einzelnen verhältnispräventiven Präventionsprogramm Grenzen gesetzt sind und wo darüber hinaus oder stattdessen Gesundheitsförderung einsetzen muss. Und auch die Diskussion der empirisch gewonnen Erkenntnisse (4.1 und 4.2) zur Präventionsform „Elternbildung“ wird am Ende die Frage einschließen: Kann präventive Elternbildung auch Gesundheitsförderung sein und, wenn ja, unter welchen Bedingungen?

2.2 Prävention psychischer Erkrankungen - Herausforderung in Forschung und Praxis

Risikofaktoren und Ressourcen sind gesundheitswirksam. Gerade bei der Prävention *psychischer Gesundheitsstörungen* orientiert man sich auch am Aufbau von Ressourcen, um Krankheiten zu verhindern. Theoretischer Rückhalt und Verständnis für beide Arten von Gesundheitsfaktoren sind zur Vorbeugung psychischer Erkrankungen entscheidend, wie auch die Autoren/-innen der KiGGS-Studie feststellen:

Die Berücksichtigung von Risiko- und Schutzfaktoren ist vor dem Hintergrund einer Prävention psychischer Störungen bedeutsam, da sie einerseits Ansatzpunkte für die Identifikation und Entschärfung entsprechender Risiken bietet, andererseits beim Vorliegen kaum veränderbarer Risikolagen eine Stärkung der Widerstandsfähigkeit ermöglicht (Erhart/Hölling/Bettge/Ravens-Sieberer & Schlack 2007, 800).

Risiken und Ressourcen als Ansatzpunkte wirksamer und bedarfsgerechter Prävention

Weder der alleinige Fokus auf Risikofaktoren noch die ausschließliche Betrachtung protektiver Faktoren verhelfen also zu vernünftigen Lösungen in der Praxis. Wer etwa gravierende Risikofaktoren wie Gewalt in der Familie oder Armut ignoriert, läuft Gefahr, in seinen Präventionsbemühungen die bedürftigsten Bevölkerungsgruppen zu vergessen. Wer dagegen nur auf die Risikofaktoren setzt, lässt eine Vielzahl wirkungsvoller Handlungsmöglichkeiten außer Acht, die die psychische Gesundheit frühzeitig, langfristig und nachhaltig stabilisieren können und verzweifelt spätestens dann, wenn er es mit nicht vermeidbaren oder schwer beeinflussbaren psychischen Risiken zu tun bekommt, denn er hat drauf keine Antwort (siehe obiges Zitat).

Den *präventiven Bedarf* der Gesamtbevölkerung, eines Individuums oder einer bestimmten Bevölkerungsgruppe abzuschätzen, bedeutet nichts anderes, als eine *möglichst gute Prognose* darüber zu erstellen, ob oder wie stark dieser Einzelne oder eine Gruppe in seiner/ihrer Gesundheit gefährdet ist. Weder Risikofaktoren noch protektive Faktoren leisten aber für sich genommen eine besonders gute Vorhersage -

der Anteil unaufgeklärter Varianz ist erheblich. Sonst wären nicht so viele Menschen mit hohem Risikostatus wider Erwarten gesund und ebenso wenig gäbe es so viele Menschen, die mit hohem Ressourcenstatus wider Erwarten ernsthaft erkranken. Sehr viel besser müsste die Prognose werden, wenn beide Faktortypen berücksichtigt würden.

Erfolgreiche Prävention verhilft Menschen dazu, ihre „Belastungs-Ressourcen-Bilanz“ langfristig zu verbessern, um so die psychische Gesundheit zu erhalten. Diagnose, Prognose und Intervention gehören in der Präventionsplanung zusammen. Nur wenn Risiko- und Schutzfaktoren in einem Modell gleichermaßen berücksichtigt werden, lassen sich präventive Bedarfslagen ableiten und präventive Wirkungen konstruieren, um geeignete Ansatzpunkte für Präventionsstrategien aufzufinden. Diese theoretischen Erfordernisse gelten gleichsam für die Wirksamkeitsprüfung.

Präventionsmaßnahmen (Strategien, Programme, Projekte) müssen ihre Qualität und Wirksamkeit wissenschaftlich unter Beweis stellen, um Trägern und Förderern dieser Maßnahmen eine angemessene Entscheidungshilfe in der Auswahl geeigneter Interventionen zu verschaffen. Die Forderung nach empirischer Evidenz in Prävention und Gesundheitsförderung war im Prozess der neuen Präventionsgesetzgebung vehementer geworden (siehe dazu auch Kapitel 1). Die *Messung* von Präventionserfolgen wirft aber ganz spezielle methodische und methodologische Probleme auf, die das Erbringen von Evidenz erschweren (Wright 2006, Schmacker 2007, Heinrichs/Hahlweg/Saßmann & Perrez 2002). Das Kapitel 3 zum Forschungsstand wird auf diese Problematiken anhand von konkreten Beispielen aus der Evaluation präventiver Elterntrainingsprogramme noch näher eingehen. Über die Kriterien, welche zum Nachweis von Erfolgen in der Prävention tatsächlich geeignet und zulässig seien, wird viel diskutiert. Der folgende Abschnitt geht kurz darauf ein, wie die vorliegende Arbeit grundsätzlich vorgeht, um präventive Wirkungen zu belegen.

2.2.1 Wissenschaftlicher Nachweis von Präventionserfolgen

Unsere Erwartungen an Wirkungen und Wirksamkeit von psychosozialen Interventionen leiten sich bisher stark aus therapeutischen Effekten ab. Eine *Präventionswirkung* hat aber einen anderen Zeithorizont und unterliegt anderen Schwankungen. So ist ein im Vergleich zum therapeutischen (kurativen) Eingreifen bisweilen stark zeitverzögerter positiver Effekt in der Prävention wahrscheinlich (Heinrichs et al. 2002).

Der Präventionseffekt an sich lässt sich eigentlich nur anhand des deutlichen Rückgangs der Erkrankungshäufigkeit in der präventiv „behandelten“ Zielgruppe (Inzidenzrate) im Vergleich zu der für diese Bevölkerungsgruppe typischen Erkrankungswahrscheinlichkeit (Prävalenzrate) nachweisen. Die Prävalenzrate muss dabei an einer vergleichbaren Referenzgruppe überprüft werden, die nicht in den Genuss des zu überprüfenden Präventionsangebotes gekommen ist.

Je geringer die Prävalenz in der Präventionsstichprobe, desto schwieriger wird der Nachweis. Es ist wichtig, diesen Zusammenhang zu verstehen, denn er erschwert von vornherein den Nachweis von Präventionseffekten in normal oder durchschnittlich belasteten Bevölkerungsteilen oder für Interventionen, die sehr früh (primär) ansetzen (Heinrichs et al 2002). Einen Präventionseffekt direkt, das heißt also über Prävalenz und Inzidenz nachzuweisen ist sehr aufwendig und erfordert immer die langfristige Untersuchung großer Stichproben (Cuijpers 2003). Im Falle der Prävention psychischer Störungen verkompliziert sich der Beleg zusätzlich, da die Erfassung (Diagnose) dieser Erkrankungsformen im Vergleich zur Feststellung körperlicher Gesundheitsstörungen viel schwieriger und unsicherer ist. Psychische Störungen haben keine objektiven Marker. Eine Diagnose erfordert die detaillierte Untersuchung des Verhaltens, der Gedanken und der Gefühle eines Individuums. Solche Diagnosen sind zeitaufwendig und oft unreliabel. Auch die Eingrenzung auf eine bestimmte Störung (Differentialdiagnose) ist schwieriger, da viele Symptome unspezifisch sind und sich die Erkrankungskategorien überschneiden. Oft liegen gleichzeitig mehrere Syndrome vor - Komorbiditäten sind häufig (Albee 2006; Beelmann 2006).

Intermediäre Effekte als Erfolgsmaße für präventive Maßnahmen

Um den Wirkungserfolg einer konkreten Präventionsmaßnahme auch kurz- und mittelfristig überprüfen zu können, ist es zur Evaluation von präventiven Interventionen legitim, indirekte Maße zu verwenden, mit denen sich frühzeitig eintretende positive Effekte abbilden lassen (intermediate effects). Man bezeichnet sie auch als *intermediäre* Maße und stellt sie den *indikatorischen* gegenüber, die sich beispielsweise auf objektive Krankheitswerte oder Diagnosen stützen, welche einem direkten Beleg von Präventionseffekten entsprechen (Schwartz/Walter 2003; Rosenbrock 2004). Wer intermediäre Wirkungen erhebt, trägt außerdem zur Erklärung des Zustandekommens einer präventiven Wirkung bei. Die *Effektwege* vorbeugender Interventionen zu mo-

dellieren und systematisch zu überprüfen gehört zu den neueren Trends im Forschungsschwerpunkt „Mental Health“ (vgl. O’Connell/Boat/Warner 2009).

Aber welche vermittelnden Größen sind geeignet, um mögliche Erfolge einer präventiven Strategie im Bezug auf die Vorbeugung psychischer Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten bei einer untersuchten Zielgruppe abzubilden? Festgemacht werden sollten sie an gesundheitswirksamen Faktoren, die nachweislich positiv oder negativ mit der Entstehung psychischer Krankheit zusammenhängen. Ein Nachweis präventiver Erfolge läuft deshalb auf Kriterien (Veränderungsmaße) hinaus, an denen entweder das Zurückfahren von Belastungen, die eine Krankheitsentwicklung fördern (*Belastungen, Risikofaktoren*), belegt werden kann oder an denen eine Stärkung solcher Faktoren festgemacht werden kann, die die Widerstandskraft gegen psychische Erkrankungen erhöhen oder die Bewältigungschancen auftretender psychischer Belastungen, Krisen und Beeinträchtigungen verbessern (*Schutzfaktoren, Bewältigungsressourcen*).

Ein zentraler Anspruch dieser Arbeit ist es, beide Wege hin zu einer präventiven Wirkung, Belastungssenkung und Ressourcenstärkung, zu berücksichtigen. In der Evaluation präventiver Strategien müssen die Effekte gemäß diesem Grundmodell sichtbar gemacht und überprüft werden. Bei der Auslegung von Ergebnissen einer Evaluation, die diesem Schema folgt, indem sie die Präventionskraft anhand einer Abnahme gesundheitlicher Belastungen und einer Stärkung gesundheitlicher Ressourcen belegt, sind jedoch zwei Schwierigkeiten zu nennen, die die *Validität* der Messung einschränken. Zum einen *steht und fällt* die Aussagekraft der intermediären Maße im Hinblick auf einen tatsächlichen Präventionseffekt mit der Absicherung des Zusammenhangs zwischen den fokussierten Gesundheitsfaktoren und dem eigentlichen Präventionseffekt. Zum anderen lassen sich die auf der *indikatorischen* Ebene erreichten Effekte nicht unbedingt eindeutig dem einen oder dem anderen Handlungsansatz, also der Ressourcenstärkung oder dem Belastungsabbau zuordnen, sobald sich Risiko- und Ressourcen-Ansatz überschneiden. Eine Intervention könnte zeitnah beide Arten von Effekten hervorrufen oder es werden Veränderungen sichtbar, aus denen sich mittel- und langfristig sowohl eine Stärkung protektiver Faktoren als auch ein Abbau von Risikofaktoren als Erfolge ergeben (vgl. Schwartz/Walter 2003; Bettge/Ravens-Sieberer 2005).

Tabelle 2.2.1/ 1: Effekte und Ziele präventiver Strategien

Interventionsebene (intermediär)	Präventionsebene (indikatorisch)
<p>Stärkung von Ressourcen und Schutzfaktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufbau positiver Verhaltensweisen • Kompetenzerwerb (inklusive Einstellung, Wissen) • Anstieg subjektiver Gesundheitswerte wie Lebensqualität, Zufriedenheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Rückgang der Inzidenzrate in der untersuchten Population („Prävalenzkriterium“) • Rückgang konkreter Krankheitswerte, etwa der Symptome einer emotionalen Störung • Rückgang direkter Krankheitsindikatoren, etwa Abwesenheit vom Arbeitsplatz oder Arztbesuche
<p>Abbau von Belastungen und Risikofaktoren: familiäre Gewalt, Stress am Arbeitsplatz, soziale Isolation, risikoreiche Verhaltensweisen etc.</p>	

Bei der Überprüfung von Präventionserfolgen orientiert man sich logischerweise zuallererst an den speziellen Projekt- oder Programmzielen. Dies führt dazu, dass bei der *Evaluation* von Präventions-Angeboten als mittelbare Wirksamkeitsbelege eine Vielzahl unterschiedlicher Effekte eingesetzt werden, die von Studie zu Studie stark variieren können und nicht einheitlich zugeordnet werden (vgl. Kapitel 3). Die Systematisierungsproblematik rührt unter anderem daher, dass Präventionsmaßnahmen aus verschiedenen Fachrichtungen heraus entwickelt werden. Auch der Blick auf Risiko- und Schutzfaktoren ist jeweils geprägt durch unterschiedliche Wissenschaftsdisziplinen (Multidisziplinarität der mir Prävention befassten Praxisfelder und Forschungsdisziplinen, Leppin 2010).

Nicht immer wird offensichtlich, ob oder wie die zur Beurteilung der Programmwirksamkeit angeführten Veränderungen mit empirisch gesicherten Risikofaktoren oder Ressourcen in Zusammenhang stehen. Oft fehlt die Einbettung in einen theoretischen Hintergrund, der das präventive Wirkungsgeschehen zugänglich machen könnte (Wie entfaltet sich eine positive Wirkung auf die Gesundheit durch das Programm?). Defizite in der Systematisierung gehen vor allem zu Lasten der Vergleichbarkeit zwischen den Studien. Ein Mangel an empirischer und theoretischer Absicherung der an sich sinnvollen intermediären Untersuchungskriterien schwächt nicht nur die Evidenz, er schmälert auch den Erkenntnisgewinn. Zusammengenommen bedeu-

tet dies, dass die *Gesundheitswirksamkeit* nur schwer nachzuvollziehen ist oder gar nicht sichtbar werden kann.

Durch eine konsequente Rückbindung an die Grundlagenforschung kann die empirische und theoretische Absicherung der Wirksamkeitskriterien deutlich verbessert werden, denn bei der Aufdeckung von Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit ist man mittlerweile weit fortgeschritten.

In der präventionswissenschaftlichen Fachliteratur finden sich oft sehr grobe Unterteilungen der vermittelnden Größen auf der intermediären Effektebene, die sich zudem überwiegend auf die körperliche Gesundheit beziehen (beispielsweise Änderung des Gesundheitsverhaltens). Sie lassen sich nicht 1:1 auf den psychosozialen Gesundheitsbereich beziehungsweise die potenziellen Effekte von Maßnahmen zur Prävention psychischer Beeinträchtigungen übertragen. Differenziertere Vorschläge zur Systematisierung von Risiko- und Schutzfaktoren, die sich auch für den Bereich der *psychischen Gesundheit* eignen, liegen beispielsweise mit den Arbeiten von Kilian und Becker oder von der Gruppe um Ulrike Ravens-Sieberer vor (Kilian/Becker 2006; Ravens-Sieberer/Schulte-Markwort/Bettge & Barkmann 2002; Ravens-Sieberer/Bettge 2005).

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht ist es erstrebenswert, auch bei der Überprüfung der Wirksamkeit *spezieller* Präventionsstrategien (Programme/Formate) immer von einer einheitlichen Systematik auszugehen, an der sich in einem ersten Schritt die allgemein vorhandenen Ansatzpunkte zur Krankheitsvorbeugung abbilden lassen: Welche Risiko-/Schutzfaktoren sind für den fokussierten Gesundheitsbereich und die interessierende Zielgruppe überhaupt von Bedeutung? In welchen Systemen, Settings oder Lebenswelten können diese positiv beeinflusst werden? Welche Zeitpunkte erscheinen am günstigsten, um die relevanten Risiko-/Schutzfaktoren zu beeinflussen? Nur ein Abgleich von programmspezifischen Effekten mit allgemein vorhandenen Präventionsmöglichkeiten wird es am Ende ermöglichen, den *relativen Nutzen* eines Präventionsprogramms, das heißt zugleich auch dessen *speziellen* Wert, einzuschätzen. Was etwa kann das fokussierte Programm besonders gut, was kann es eher nicht? Was leistet es im Vergleich zu anderen präventiven Maßnahmen? Ergänzt es bestimmte schon vorhandene Projekte eventuell besonders gut? Antworten auf diese

Fragen sind mit Blick auf die präventive Versorgungslage einer Region, einer Kommune, eines Settings oder einer bestimmten Bevölkerungsgruppe von hoher Relevanz. Um solche Präventionsbedarfe zu decken, ist es für gewöhnlich notwendig, dass vielfältige Initiativen sich wechselseitig ergänzen und sinnvoll ineinandergreifen. Dass einzelne Programme wie etwa Elternkurse den richtigen Platz in der „Präventionslandschaft“ finden, ist für die bedarfsgerechte Planung und Steuerung einer effektiven Gesamtstrategie ganz entscheidend. So können etwa präventive Elternbildungsangebote sehr gut in Settings wie Schulen oder KiTas verortet werden, wo sie sich mit Präventionsprojekten für die Kinder und Jugendlichen verknüpfen lassen.

Wenn die Evaluation von Programmwirkungen sich, wie hier vorgeschlagen, in Bezug setzt zur Gesamtheit der erschlossenen Belastungen und Ressourcen, wird sie beispielsweise über eine Potenzial- und Defizitanalyse auch die flexible Anpassung präventiver Angebote an die Bedürfnisse der Praxis sowie die Entwicklung von Projekten und Programmen vorantreiben können. Für das Beispiel der präventiven Wirkungen von *Elternkursen* setzen die Abschnitte 2.3 und 2.4 dieses sukzessive Vorgehen um.

2.2.2 Spezialfall „Psyche“ in der Prävention

Psychopathologien und psychische Beeinträchtigungen weisen einige Besonderheiten auf, die zum einen die Ausgangslage für die Prävention psychischer Störungen im Vergleich zur körperlichen Gesundheitsvorsorge verkomplizieren und zum anderen die Dringlichkeit frühestmöglicher Vorbeugung unterstreichen (Albee 2006; Kilian/Becker 2006).

(1) Erschwerte Diagnose und Früherkennung

- Psychische Störungen haben keine objektiven Marker. Eine Diagnose erfordert die detaillierte Untersuchung des Verhaltens, der Gedanken und der Gefühle eines Individuums. Solche Diagnosen sind zeitaufwendig und oft unreliabel. Es herrscht oft Verunsicherung bei Betroffenen und Fachleuten, weil die Eingrenzung einer Störung (Differentialdiagnose) schwierig ist. Die Komorbidität ist sehr hoch (gleichzeitiges Vorliegen mehrerer Syndrome).
- Eine heikle Angelegenheit ist darum vor allem die Früherkennung. Psychodynamiken verlaufen sehr individuell und lassen sich nur schwer vorhersagen. Es

gibt hier keine linearen Krankheitsverläufe; psychische Erkrankungen sind im Frühstadium oft durch unspezifische Symptome gekennzeichnet. Falsch positive wie falsch negative Vorhersagen können gleichermaßen unglückliche Konsequenzen nach sich ziehen. Irgendwo zwischen dem oft naiven „Das wächst sich raus“ und einer vorschnellen Einordnung von Auffälligkeiten in eine Störungskategorie inklusive (unnötigem) Label „psychisch gestört“ liegt der Bereich der behutsamen Diagnose.

- Psychisches Leid ist nicht offensichtlich oder wird es zum Teil erst dann, wenn sich emotionale Krisen zugespitzt haben. Prodrome können über Jahre anhalten, die Betroffenen können ihre Beeinträchtigungen lange Zeit kompensieren und vor anderen und sich selbst hinter einer funktionierenden Fassade verstecken. Psychisches Leid ist nicht sichtbar.
- Es herrscht hohe kulturelle Diversität in der Auffassung darüber, wann ein Verhalten „auffällig“ ist oder ein psychischer Zustand „kritisch“ oder sogar als „krank“ zu bezeichnen ist. Unterschiedliche Normen erschweren die Kommunikation und führen zu Missverständnissen. Fixpunkte zu finden oder Grenzen zu ziehen ist schwierig.

(2) Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Missverständnisse im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen sorgen bis heute für Verunsicherung und eine Stigmatisierung der Betroffenen: Bedrohliche Vorstellungen von „Verrückt-Sein“ auf der einen Seite sowie Schuldzuweisungen an Menschen in emotionalen Krisen („selber schuld“, „will einfach nicht“) und Bagatelisierung auf der anderen Seite tragen dazu bei. Stigma und Diskriminierung sind der Angst, Unwissenheit und schwierigen Greifbarkeit *psychischen Leidens* geschuldet. Eine frühzeitige freiwillige Inanspruchnahme von Unterstützung (Prävention) ist des Weiteren aus folgenden Gründen erschwert:

(3) Störungsimmanente Faktoren verhindern oder erschweren die Inanspruchnahme präventiver Angebote

- Verlust des Selbstvertrauens/Selbstwertes
- Beeinträchtigung der Selbstwahrnehmung, schlechter "Kontakt zu sich selbst"
- sozialer Rückzug, Misstrauen

- insgesamt „Schwächung der Ich-Funktionen“ - nirgendwo wird die Bedeutung von „Empowerment“ und die unterstützende Kraft sozialer Systeme so unmittelbar sichtbar, wie im Bereich psychischer Gesundheit/Gesundheitserhaltung

(4) *Gravierende Folgen psychischer Erkrankungen*

- chronischer Verlauf oder Chronifizierung sind häufig
- Abkopplung von der Gesellschaft (Arbeitslosigkeit, Verlust sozialer Gemeinschaften, Verlust der Partnerschaft, Isolation)
- erhebliche Einbußen der Lebensqualität (Kontakt- und allgemeine Leistungsfähigkeit, emotionale und motivationale Defizite) durch die Erkrankung und durch die negativen Konsequenzen für das soziale Leben

Der langfristige volkswirtschaftliche Schaden und die Kosten für das Gesundheitssystem übersteigen die Investitionen in Prävention um ein Vielfaches. Man kommt aber bei der Argumentation für Prävention eigentlich auch ohne Gewinn- und Verlustrechnungen aus.

(5) *Diskrepanz zwischen präventiver und kurativer Versorgung*

Das Behandlungssystem für psychisch erkrankte Menschen ist in Deutschland relativ gut ausgebaut und vorbildlich, wenn man es mit anderen EU-Ländern vergleicht (RKI 2008a). Ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungsmöglichkeiten stehen zur Verfügung, dazu kommen rehabilitative Angebote, die die Nachsorge sichern. Diese Systeme greifen gut ineinander. Im Vergleich dazu gleicht die Präventionslandschaft einer Wüste. Das in den Versorgungsstrukturen wurzelnde Missverhältnis zwischen Kuration und Prävention (vgl. Hurrelmann et al. 2010) tritt in der psychosozialen Gesundheitsversorgung deutlich hervor.

Nach einer Erörterung von präventions- und gesundheitswissenschaftlichen Begriffen und Fachfragen steigt der Text nun in die Grundlagenforschung ein, um diejenigen gesundheitswirksamen Faktoren zu erschließen, die bei der Vorbeugung psychischer Störungen und Beeinträchtigungen von Bedeutung sind. Dem integrierten Präventionsmodell weiter folgend, werden dabei stets *beide Wirkungswege* der Prävention (gestärkte Ressourcen, zurückgedrängte Risikofaktoren) in den Blick genommen.

2.3 Erforschung gesundheitswirksamer Faktoren für die Psyche

Ziel dieses Abschnitts ist es, zunächst die Ressourcen und Risikofaktoren für die psychische Gesundheit zu spezifizieren und in einer einheitlichen Übersicht zusammenzustellen. Später geht es um die Überführung von Belastungen und Ressourcen in ein integriertes Modell. Mit der erstellten Übersicht sollen die beiden möglichen Ansatzpunkte *präventiver Interventionen* (Ressourcen stärken, Risiken mindern) sichtbar werden.

Erkenntnisse aus verschiedenen Disziplinen und Forschungsrichtungen, die bisher nur teilweise integriert sind, müssen herangezogen werden, um ein möglichst vollständiges Spektrum derjenigen Ressourcen und Risiken zu identifizieren, die geeignete Prädiktoren *psychischer Gesundheits- und Krankheitsentwicklung* darstellen. Mit ihrem Fokus auf der Prävention psychischer Beeinträchtigungen und deren psychosozialen Bedingungsfaktoren findet die Arbeit ihren theoretischen Anschluss hauptsächlich bei zwei Disziplinen: der Entwicklungspathopsychologie und der psychologischen Stressforschung. Letztere blickt mit dem *transaktionalen Stressmodell* (entstanden in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts; Lazarus 1964) auf die längste Tradition in der interaktionistischen Betrachtung von Belastungen (Stressoren) und Ressourcen (Bewältigungsmöglichkeiten) zurück. Stressmodelle scheinen auf den ersten Blick als Erklärungsbasis in Frage zu kommen, sofern es um erwachsene Präventionsempfänger, wie hier die Eltern geht. Da das Erleben von Stress und die damit assoziierten Gesundheitsstörungen auch in den Alltag von Kindern und Jugendlichen längst Einzug gehalten haben (Hurrelmann, Klocke, Melzer & Ravens – Sieberer, 2003; Hurrelmann 2002), sind die Stresstheorien und die Stressprävention inzwischen auch für diese Altersgruppe relevant (Plaumann/Walter 2006). Die Entwicklungspsychopathologie liefert die mit Abstand modernsten Erkenntnisse aus *biografischer Perspektive*: Befunde zur Krankheitsentstehung im Lebenslauf und Überlegungen zur Art des Zusammenwirkens von Schutz- und Belastungsfaktoren sind hier am weitesten fortgeschritten.

Ein erster allgemeiner Rahmen zur Systematisierung von gesundheitswirksamen Faktoren ist im *bio-psycho-sozialen Modell* der Entstehung psychischer Erkrankungen angelegt (Kilian/Becker 2006). Demnach sind an der Entstehung psychischer Erkrankungen individuelle biologische, psychosoziale und sozioökonomische sowie

strukturelle Umweltfaktoren beteiligt. Diese lassen sich auf drei sehr allgemeinen Ebenen unterscheiden:

biologisch/konstitutionell	genetische Disposition (anlagebedingte Vulnerabilität), körperliche Konstitution
psychisch	psychische Konstitution (Temperament, Persönlichkeit, Intelligenz) Kompetenzen, (Bewältigungs-)Fähigkeiten
sozial	sozio-ökonomischer Status familiale Faktoren interpersonale Faktoren

Personenbezogene (biologische, psychische) und *umweltbezogene* (soziale) Faktoren, die die psychische Entwicklung und Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen, entstehen und existieren nicht unabhängig voneinander.

Als präventionsrelevante Faktoren stehen in meiner Arbeit die *psychischen* und *sozialen* Faktoren im Mittelpunkt. Die psychosozialen Bedingungen „innerhalb und außerhalb“ der Person können die sozio-emotionale und kognitive Entwicklung begünstigen oder hemmen und spielen die Hauptrolle für den Erhalt psychischer Gesundheit. Entsprechend setzt man zur Prävention psychischer Erkrankungen darauf, psychosoziale Belastungen, wie etwa Konflikte oder Überforderung am Arbeitsplatz, abzumildern und psychosoziale Ressourcen, beispielsweise unterstützende Beziehungen oder Bewältigungskompetenzen, zu stärken. Die sozialen Risiko- und Schutzfaktoren unterscheidet ich weiter nach *familialen* und *außerfamilialen* Einflussgrößen auf die psychische Entwicklung und Gesundheit (vgl. Scheithauer/Petermann 1999). Denn im Falle der Elternbildung kennzeichnen die familialen Risiko- und Ressourcenfaktoren die zentralen Ansatzmöglichkeiten zur präventiven Einwirkung.

2.3.1 Auf der Suche nach bedeutsamen Risikofaktoren

Dieser Abschnitt des Kapitels 2.3 wird allgemeine Ergebnisse der psychopathologischen Krankheitsforschung einschließlich der Klassifikation und Einordnung von Risikofaktoren vorstellen. Die Interventionsebene spielt hier noch keine Rolle. Später, in Kapitel 2.4, werden empirisch gesicherte Risikofaktoren und Belastungen

dann als Ansatzpunkte der präventiven Intervention beleuchtet, speziell mit Blick auf die interessierenden Zielgruppen „Kinder“ und „Eltern“. Auch Kapitel 2.5 zur Versorgungsperspektive wird auf den Abschnitt 2.3 zurückgreifen, da eine bedarfsgerechte präventive Versorgung der Bevölkerung sich auch auf die Kenntnis von Risikofaktoren gründet, vor allem bei der Identifikation von Risikogruppen.

Aus der pathopsychologischen Forschung sind zahlreiche Risikofaktoren für die Genese psychischer Erkrankungen isoliert worden. Manche davon sind sehr allgemein gefasst, sie werden auf generelle Weise wirksam, sind also am Zustandekommen unterschiedlichster psychischer Erkrankungen maßgeblich beteiligt (etwa Arbeitslosigkeit, chronischer Stress). Andere wiederum wirken *spezifischer* und sind hauptsächlich an der Entstehung ganz bestimmter psychischer Störungen oder eines eingegrenzten Kreises von Verhaltensauffälligkeiten beteiligt (etwa sexueller Missbrauch - dissoziative Störungen; Gewalterfahrung - Gewaltneigung/Dissozialität; genetische Disposition - Störungen des schizophrenen Formenkreises) (Davison/Neale 2007).

Risikofaktoren in der gesamten Lebensspanne

Risikofaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Erwachsenen werden hier unter einem gemeinsamen Punkt behandelt. Bedingt durch getrennte Forschungsfelder und Schwerpunkte in der Entwicklungs- und Gesundheitsforschung, werden epidemiologische Daten und gesundheitswirksame Faktoren für gewöhnlich nach Altersgruppen getrennt untersucht und dargestellt: nach Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Die Bemühungen um eine gesamtbiografische Perspektive, unter der die Erkenntnisse zu den isoliert beforschten Lebensphasen miteinander verbunden werden, haben jedoch zugenommen und inzwischen interessante theoretische und empirische Ergebnisse hervorgebracht (Kuh/Ben-Shlomo/Lynch et al. 2005; Power/Kuh 2006; Davy Smith/Lynch 2004). Die sonst übliche Abgrenzung zwischen altersgruppenspezifischen Risikofaktoren hat sich damit schon etwas aufgelockert. Vor dem Hintergrund *familienorientierter* Präventionsansätze ist es wünschenswert, dass Risikofaktoren sich generationsübergreifend darstellen und in ihrer lebenslangen Bedeutung oder Dynamik erfassen lassen. So können Risiken für das gesamte Familiensystem mit ihren langfristigen Konsequenzen und Entwicklungen in den Blick genommen werden.

Viele der belegten *familialen* Risikofaktoren aus der Kindheits- beziehungsweise Jugendphase behalten bis ins Erwachsenenalter ihre prädiktive Kraft (Power/Kuh 2006). Bereits seit den 70er/80er Jahren des 20. Jahrhunderts haben sich in der Entwicklungsforschung bestimmte Faktoren angesichts prospektiver Längsschnittstudien schon als lebenszeitstabile Erkrankungsrisiken entpuppt. Explizit belegt ist die *Dauerhaftigkeit* der negativen Auswirkungen für die Psyche von Gewalterfahrung, psychischer Erkrankung eines Elternteils, familialer Desorganisation, unsicherem Bindungsverhalten und mangelndem Wohnraum in der Kindheit (Scheithauer/Petermann 1999). Dem hohen empirischen Aufwand geschuldet, existieren aber nur wenige prospektive Langzeitstudien (Davey Smith/Lynch 2004).

In der lebenszeitepidemiologischen Betrachtung von Risikofaktoren sind verschiedene *Zusammenhangsmodelle* vorstellbar (Typologie nach Ben-Shlomo/Kuh 2002):

- „Akkumulationsmodell“: Schädliche Einflüsse aus den frühen Lebensphasen addieren sich mit negativen Faktoren aus späteren Lebensphasen zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko auf. Die Risikofaktoren können korreliert oder unkorreliert sein.
- „Modell kritischer Perioden“: Es existieren bestimmte Lebensphasen oder Zeitfenster, in denen eine besondere *Vulnerabilität* gegenüber Risikofaktoren besteht. In diesen Phasen ist also die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass negative Einflüsse (später) zu pathogenen Entwicklungen führen (etwa perinatale Belastungen oder Drogenkonsum in der Pubertät).

So werden Risikofaktoren, die an spezielle Lebensphasen und Lebenswelten gekoppelt sind (peerspezifische Lebenswelten, spezifische Entwicklungsphasen/-aufgaben, alle transitorischen Phasen) ihre altersgruppenspezifische Relevanz immer behalten.

Risikofaktoren: Systematisierung und Überblick

Personale Risikofaktoren

- *psychisch*: fehlende emotionale Kontrolle, „schwieriges“ Temperament, geringes Selbstbewusstsein

- *biologisch-konstitutionell*: als Risikofaktoren speziell für emotionale Probleme und Verhaltensauffälligkeiten bei *Kindern und Jugendlichen* werden genannt: Frühgeburtlichkeit sowie prä- und perinatale Komplikationen im Allgemeinen (Klocke/Lampert 2005)

Soziale Risikofaktoren

Bezogen auf das weitere, außerfamiliale Lebensumfeld sind Armut, soziale Desorganisation, die Arbeitslosigkeit der Eltern und soziale Benachteiligung bzw. ein niedriger sozioökonomischer Status als soziale Risikofaktoren speziell für emotionale Probleme und Verhaltensauffälligkeiten bei *Kindern und Jugendlichen* gut belegt (Klocke/Lampert 2005). Für alle Altersgruppen ist die Erfahrung von Gewalt, beispielsweise auch in Form von Rassismus, Diskriminierung oder Vertreibung, immer mit einer deutlich erhöhten Gefahr verbunden, psychisch zu erkranken. Ähnlich universell wirken beruflicher Stress, soziale Isolation oder Ablehnung durch Gleichaltrige.

Armut gehört zu den gravierendsten Risikofaktoren überhaupt, und dies gilt für körperliche wie psychische Erkrankungen gleichermaßen. Dies vor allem darum, weil mit Armut gleich eine ganze Reihe von emotionalen, psychischen und sozialen Belastungen und Versorgungsnachteilen verknüpft sind, die sich nur schwer kompensieren lassen. „Armut ist Stress!“, so bringt Albee (2006, 451) diese Faktoren auf einen ganz einfachen Nenner. Und Stress ist bekanntermaßen der maßgebliche Trigger für emotionale Störungen. Insbesondere die negativen Folgen von *Kinderarmut* beschäftigen die internationale die Forschung: Soziale Benachteiligung und familialer Stress wirken sich in den so entscheidenden frühen Entwicklungsphasen des Menschen besonders negativ aus (Evans 2004).

Auch wenn in einem reichen Land wie Deutschland von relativer Armut die Rede ist: Dies genügt, damit sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen gesundheitlich weit ins Hintertreffen geraten. Der starke Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit ist hinlänglich bekannt und auch für Deutschland vielfach empirisch belegt (Mielck 2005; Richter 2005; Richter/Hurrelmann 2006; Mielck/Helmert 2006; RKI/BzGA 2008).

Als *psychisch-motivationale Risikofaktoren* in Verbindung mit sozialer Benachteiligung kommen im Jugendalter Hoffnungslosigkeit und Resignation aufgrund schlech-

ter Zukunftsperspektiven besonders zum Tragen. Ebenso bedenklich stimmt der Zusammenhang zwischen Armut beziehungsweise sozialer Benachteiligung und Gewalt. Das *herabgesetzte Selbstwertgefühl*, das vor allem dem „Abgehängt-Sein“ von den sozioökonomisch erfolgreichen Gesellschaftsschichten geschuldet ist, ist ein idealer Nährboden für dissoziale Entwicklungsverläufe bei Kindern und Jugendlichen. So tritt der Schichtgradient bei den dissozialen Verhaltensauffälligkeiten deutlich hervor (Hölling/Erhart/Ravens-Sieberer & Schlack 2007; Beelmann/Lösel 2007; Ihle/Esser/Laucht et al. 2004).

Das Beispiel Armut/soziale Benachteiligung zeigt sehr anschaulich, wie eine Vielzahl von Risikofaktoren sich in benachteiligten Bevölkerungsgruppen potenzieren kann. Das gleiche Beispiel verdeutlicht aber auch, dass ein statistisch belegter, sehr generalisierender Risikofaktor wie Armut für sich genommen noch nicht viel über die *ursächlich* krank machenden Mechanismen aussagt, die für die Entstehung von psychischen Erkrankungen/der Gefahr einer psychischen Störung in Frage kommen. Armut ist stattdessen ein bündelnder und vermittelnder Faktor, der die *Wahrscheinlichkeit* für arme Kinder erhöht, krankheitsfördernden psychosozialen Bedingungen in ihrer *Familie* wie beispielsweise Gewalt, familiärer Instabilität und Krisen oder wenig responsiven Eltern, und in ihrem weiteren Lebensumfeld wie etwa einer schlechten Wohnumgebung, unzureichenden Anregungsbedingungen oder mangelnder sozialer Unterstützung ausgesetzt zu sein. „The accumulation of multiple environment risks rather than singular risk exposure may be an especially pathogenic aspect of childhood poverty“, resümiert Evans (2004, 77).

Für erwachsene Menschen ist der mit Abstand bedeutsamste soziale Risikofaktor für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung, betrachtet für Europa, die *Arbeitslosigkeit*. Dies zeigen europaweite Vergleiche (Wittchen/Jacobi 2005). Für arbeitslose Menschen ist die Wahrscheinlichkeit, psychisch zu erkranken, ungefähr *doppelt so hoch* wie in der Durchschnittsbevölkerung. Für eine Alkoholabhängigkeit oder eine affektive Störung (Depression) ist das Risiko sogar um das Dreifache erhöht, wenn Menschen über längere Zeit ohne Arbeit sind. Als Single zu leben, ist vor allem mit einer erhöhten Gefahr verbunden, alkoholsüchtig zu werden; eine Ehe-Scheidung verdoppelt das Risiko, ernsthafte Depressionen zu entwickeln (ebd.). Hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen sozialen Faktoren (Arbeit, Familie, Partnerschaft, sozia-

les Netz) und psychischen Erkrankungen, die oftmals aus querschnittlichen beziehungsweise retrospektiven Analysen geschlossen werden, ist auch die wechselseitige Abhängigkeit zwischen psychischen und sozialen Faktoren zu berücksichtigen: So verursachen schlechte Lebensbedingungen nicht nur psychische Erkrankungen („social shift“), sondern anders herum erhöhen psychische Erkrankungen auch die Gefahr des sozialen Abstiegs und des Verlusts sozialer Unterstützungssysteme („social drift“). Wer sich diese Wechselseitigkeit bewusst macht, der begreift, in welcher gefährlichen Abwärtsspirale eine psychische Erkrankung führen kann.

Paradoxe Weise zeigt sich, dass die Menschen in der Gesellschaft, die Arbeit *haben*, nicht automatisch besser gegen psychische Beeinträchtigungen gefeit sind. Denn auch *anhaltende psychische Belastungen im Berufsleben*, etwa durch Zeitdruck, hohe Arbeitsbelastung, Gratifikationskrisen oder Mobbing, erhöhen die Wahrscheinlichkeit, psychisch zu erkranken (Beermann/Brenscheidt/Siefer 2007). Der ursächliche Zusammenhang zwischen solchen beruflichen Stressfaktoren und seelischen Gesundheitsstörungen wird unter anderem durch eine prospektive Längsschnittstudie belegt (Godin/Kittel/Coppieters & Siegrist 2005). In Deutschland haben stressbezogene Belastungen mit den verschärften Leistungsanforderungen in Ausbildung und Beschäftigung zugenommen.

Migration wird als Risikofaktor diskutiert. Die Migrationserfahrung selbst, welche mit der Entwurzelung und einer enormen Anpassungsleistung verbunden ist, spricht für eine erhöhte Gefährdung der psychischen Gesundheit. Der Migrationsstatus in der neuen Heimat steht zudem mit Zugangsbarrieren in Zusammenhang, sodass Migranten in der gesundheitlichen Versorgung benachteiligt sind (Schenk 2002). Insgesamt ist die Forschungslage zur gesundheitlichen Situation von Migranten/-innen nicht ganz eindeutig. Diese kann unter anderem auf eine unzureichende Differenzierung zwischen unterschiedlichen Migrantengruppen, etwa nach Schichtzugehörigkeit, zurückgeführt werden (Sahrai 2008/2009), oder eine noch zu einseitig gehaltene Erfassung von Krankheitsbildern. Relativ klar scheint, dass sich der für die jeweils ersten Einwanderungsgenerationen belegte „Healthy migrant – Effekt“ bei den Kindern und Kindeskindern sukzessive verliert (Razum 2009). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland sind neueren Studien zufolge gegenüber solchen ohne Zuwanderungsgeschichte gesundheitlich benachteiligt (Er-

hart/Schenk/Ravens-Sieberer 2008). Auffallend ist, dass der öffentliche Diskurs seine Aufmerksamkeit nicht so sehr auf die Bedürftigkeit und Unterstützungswürdigkeit richtet, sondern vielmehr mit dem Auffinden von „Defiziten“ bestimmter Migrantengruppen befasst ist (Sahrai 2008).

Familiäre Sozialisation und Lebenswelt

Familiäre Risikofaktoren speziell für das Auftreten von Entwicklungsstörungen und psychischen Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend wurden erstmals von Rutter und Kollegen im Family Adversity Index zusammengefasst (Rutter/Quinton/Yule 1977). Auch die mit den Familienbelastungen verbundenen negativen Langzeitfolgen sind empirisch gut gesichert (Egle/Hardt/Franz & Hoffmann 2002; Ravens-Sieberer/Wille 2008).

Neben der *psychischen Erkrankung einer Hauptbezugsperson* (Mutter oder Vater) wird die Erfahrung von *Gewalt*⁸ in der Herkunftsfamilie als der gravierendste Risikofaktor angeführt (Garmezy/Masten/Tellegen 1984; Rutter/Quinton 1984). Etwa 10% der Bevölkerung machen in ihrer Kindheit Gewalterfahrungen durch; die Dunkelziffer ist womöglich höher. Diese werden zunehmend auch als wesentliche Ursache für psychische Erkrankungen, psychosomatische Beschwerden und Störungen des Sozialverhaltens im *Erwachsenenalter* angesehen (Thyen/Kirchhofer/Wattam 2000). Insbesondere frühe körperliche Misshandlung von Kindern wirkt sich nachteilig auf deren soziale Informationsverarbeitung aus und führt zu vermehrten *Verhaltensauffälligkeiten* (Dodge/Pettit/Bates & Valente 1995). Auch die *Suizidalität* ist bei Jugendlichen mit Gewalterfahrungen deutlich erhöht (Thyen et al. 2000).

Diese und weitere Risikofaktoren sind in der umseitig folgenden Tabelle zusammengefasst⁹.

⁸ Zu den extremen Formen werden gezählt: Sexueller Missbrauch, körperliche und psychische Misshandlung, Vernachlässigung (Galm 2007).

⁹ Außer den im Text genannten wurden für diese Aufstellung weitere Quellen berücksichtigt: Laucht/Esser & Schmidt (1998); Egle/Hardt/Franz & Hoffmann (2002).

Tabelle 2.3.1/ 1 Risikofaktoren im Überblick

P e r s o n	biologisch-konstitutionell	<ul style="list-style-type: none"> • Frühgeburtlichkeit • weitere prä-/perinatale Komplikationen • genetische Disposition • Geschlecht (Kindes- und Jugendalter: Jungen stärker gefährdet; später: Frauen)
	psychisch	<ul style="list-style-type: none"> • schwieriges Temperament • fehlende emotionale/Impuls-Kontrolle • geringes Selbstwertgefühl/Selbstbewusstsein • unsicheres Bindungsmuster (Attachment)
U m w e l t	familiäre Sozialisation und Lebenswelt	<ul style="list-style-type: none"> • Gewalterfahrung in der Familie • psychische Erkrankung eines Elternteils • Desorganisation/Unvollständigkeit der Herkunftsfamilie; alleinerziehendes Elternteil • Fremdunterbringung des Kindes • dissoziales/kriminelles Verhalten eines Elternteils • Eltern ohne Schul- und Berufsabschluss • viele Kinder - knapper Wohnraum • frühe Schwangerschaft der Mutter, eigene frühe Schwangerschaft (Teenager) • dauerhafte elterliche Belastung (beispielsweise chronische Erkrankung eines Familienmitgliedes) • Rauchen und Alkohol während der Schwangerschaft
	soziale Faktoren (außerfamiliär)	<ul style="list-style-type: none"> • Armut • Arbeitslosigkeit • anhaltende psychische Belastung am Arbeitsplatz, Mobbing • Isolation, Ablehnung durch Gleichaltrige • Migration beziehungsweise Migrationsstatus

Erkenntnisse aus neueren Untersuchungen weisen darauf hin, dass eine *dauerhafte elterliche Belastung* in Erschöpfungszustände der gesamten Familie münden kann (Collatz et al. 1998). Dies hat negative Konsequenzen für alle Familienmitglieder und ist so auch für Kinder ein Risikofaktor.

Biologisch-konstitutionelle Risikofaktoren

Dazu gehören etwa ein geringes Geburtsgewicht, Perinatale Komplikationen sowie auch genetische Dispositionen: Ein erblicher Faktor für verschiedene psychische Erkrankungen ist belegt. Die genetisch erklärbare Varianz schwankt je nach Erkan-

kungsform um 20 bis 30% (beispielsweise bei Persönlichkeitsstörungen oder Zwangserkrankungen) bis hin zu 80% bei den schizophrenen Erkrankungen und den affektiven Psychosen (manisch-depressiv). An den drei mit Abstand häufigsten psychischen Krankheiten des Erwachsenenalters - Depression, Angststörungen und Suchterkrankungen - ist die erbliche Vorbelastung ebenfalls beteiligt: Bei Depression und Angststörungen erklärt die genetische Disposition um 40%, bei Suchterkrankungen um 35% der Varianz (Maier 2003; Davison/Neale 2007).

Individuen oder Bevölkerungsgruppen sind besonders gefährdet, wenn:

- mehrere Risikofaktoren zusammentreffen (Akkumulation)
- sie den Risikofaktoren chronisch bzw. dauerhaft ausgesetzt sind,
- sie einem besonders gravierenden Risikofaktor ausgesetzt sind oder waren (etwa sexuellem Missbrauch oder körperlicher Misshandlung),
- sie schon sehr früh in ihrer Biografie einem oder mehreren Risikofaktoren ausgesetzt sind oder waren (frühe Kindheit) (Bettge/Ravens-Sieberer 2005).

2.3.2 Auf der Suche nach Ressourcen und Schutzfaktoren der Psyche

Unser heutiges Wissen über Lebensbedingungen und Eigenschaften der Person, die die psychische Gesundheit schützen, speist sich aus verschiedenen Forschungszweigen und -epochen. Die ressoursiven Faktoren erfahren noch nicht so lange Aufmerksamkeit wie die Risikofaktoren, und die empirische Befundlage zum Zusammenhang mit Gesundheitserhalt/Krankheitsentwicklung ist dort entsprechend schlechter. Die Entwicklungen der letzten Jahre sind aber vielversprechend.

Erkenntnisse über protektive Faktoren sowie Entwicklungs- und Bewältigungsressourcen (Fokus: Psyche) entstammen beispielsweise der Entwicklungspsychologie, der Sozialisations- und Familienforschung, der Stressforschung oder der Gesundheitspsychologie. Zudem haben sich interdisziplinäre Forschungsfelder herausgebildet, die ihren Schwerpunkt ganz auf die Ausbildung psychischer Widerstandskraft ausgerichtet haben, wie etwa die Resilienzforschung. Während die traditionsreicheren Forschungsgebiete der Grundlagendisziplinen bereits einen gewissen Fundus an Erkenntnissen über Bewältigungsressourcen und Schutzfaktoren gesichert haben,

vertiefen die neuen, spezialisierten Zweige unser Verständnis beispielsweise dahingehend, wann und wie solche Ressourcen überhaupt im Lebenslauf ausgebildet werden oder *wie* sie uns letztendlich gegen Belastungen und Gesundheitsrisiken abschirmen.

Im Rahmen dieser unterschiedlichen Ansätze werden psychische, soziale und familiäre Ressourcen erforscht, spezifiziert und, im günstigsten Fall, gewichtet. Der *Spezifikationsgrad*, die Erkenntnisse zur *Gewichtung* der relevanten Größen und Aussagen über das *Zusammenwirken* multipler gesundheitsförderlicher Faktoren sind noch nicht so präzise wie im Bereich der Risikoforschung (hier speziell die klassische pathopsychologische Ätiologieforschung). Alle Bewältigungskonzepte greifen letztendlich auf wenige grundlegende Konstrukte und Theorien zurück. Diese stammen aus verschiedenen Epochen und Wissenschaftsdisziplinen, die sich erst in den letzten Jahrzehnten gegenseitig wahrgenommen haben und seitdem zum Teil zusammenwachsen (vgl. Ravens-Sieberer/Bettge 2005).

Gesundheitsrisiko „Leben“ und die Erforschung von Bewältigungsfaktoren

Wie schon die Begriffe „protektiv“ (schützen wovor?) und „Bewältigung“ (von was?) zeigen: Die Suche nach Ressourcen und Schutzfaktoren impliziert, dass es im Leben grundsätzlich Belastungen und Herausforderungen zu bewältigen gibt und dass sich möglicherweise Risikobedingungen aufbauen, vor deren negativer Auswirkung auf die psychische Gesundheit (hier: Entstehung einer ernsthaften psychischen Störung) das Individuum durch bestimmte Eigenschaften seiner selbst oder seines sozialen Umfeldes gegebenenfalls geschützt werden kann (protektive Faktoren). Das heißt auch, dass die Annäherung an (Bewältigungs-)Ressourcen und protektive Faktoren immer *interaktionistisch* angelegt ist, auch wenn manche Modelle sich ganz auf die ressoursiven Faktoren.

Das Leben ist von Natur aus beanspruchend und risikobehaftet. Jeder Mensch wehrt täglich zumindest einen Reihe von kleineren Gefahren und möglichen Erkrankungen ab, die ihn längst hätten heimsuchen könnten. Man denke nur an die Vielzahl von Bakterien und Viren, die unser Immunsystem Tag für Tag abwehrt. Je nach Lebenssituation (Arbeitsleben, private Situation) stehen wir einige Male im Jahr akute psychische Belastungskrisen durch, die im Beruf oder privat erheblich an den Nerven zehren (Schlaflosigkeit, Überarbeitung, Streit mit dem Partner, Weihnachten). Mehr

noch: Wir überleben den Verlust von Partnern, guten Freunden, persönliche Rückschläge oder zum Teil lebensbedrohliche Erkrankungen. Es gibt Menschen, die Kriege und Not überlebt haben, und viele davon würden sich heute als zufriedene Menschen betrachten.

Die drei im Folgenden angesprochenen Konzepte, die sich unter den Oberbegriff „Belastungs-Ressourcen-Modelle“ fassen lassen, spezifizieren aus verschiedenen Blickwinkeln heraus *Schutzfaktoren und Bewältigungsressourcen*, die eine gelungene Bewältigung solcher Belastungen möglich machen und damit letztendlich den Erhalt psychischer Gesundheit stützen. Die Auswahl der Paradigmen steht stellvertretend für viele andere, speziellere Belastungs-Ressourcen-Modelle. Das ältere, grundlegende Modell der psychologischen Stressforschung und die Entwicklungspsychopathologie als ein vergleichsweise junges interdisziplinäres Forschungsfeld, das zu den neuesten Forschungsfragen hinführt, demonstrieren die Komplexität interaktionistischer Betrachtung. Zum Verständnis psychischer Gesundheit und Krankheit tragen sie bei, indem sie empirisch überprüfbare Aussagen über Bewältigungsressourcen machen und Erklärungsansätze zu den Mechanismen des Zusammenwirkens von Belastungen und Ressourcen beziehungsweise Schutzfaktoren bereitstellen.

Die psychologische Stressforschung und das transaktionale Stressmodell

Das transaktionale Stressmodell von Lazarus (Lazarus 1964, Lazarus/Launier 1966, Lazarus/Folkman 1984) ist theoriehistorisch das älteste Belastungs-Ressourcen-Modell, das in vielfältiger Form ergänzt und adaptiert wurde. Aus der Stressforschung stammt auch das *Bewältigungskonstrukt*.

Lazarus und Launier (1966) stellten erstmals kognitive Bewertungsprozesse und die „inneren Ressourcen“ ins Zentrum des Stressgeschehens und beschrieben die *prozesshafte* Verarbeitung von Stressoren im Individuum mit Hilfe dieser Verarbeitungskapazitäten. Ihr Vorschlag erwirkte die Ablösung von reizzentrierten und reaktionszentrierten Modellen und läutet die „Kognitive Wende“ in der Stressforschung ein. Ob und in welchem Maße Stress entsteht, hängt von einer Transaktion zwischen Person und Umwelt ab. Die Auffassung von Stress als Endpunkt eines *Prozesses*, dessen Ausgang nicht allein von den situativen Bedingungen (Belastun-

gen/Stressoren) abhängt, sondern von individuellen Faktoren und subjektiven Bewertungsvorgängen (Wahrnehmung, Beurteilung) geprägt ist, war damals ein Novum.

Stresspsychologisch werden *Belastungen (stressors)* als neutrale Größen (Reize) aufgefasst, die nicht unbedingt negativ oder schädlich sein müssen. Als Belastungen können alle alltäglichen Aufgaben und Anforderungen, aber auch größere Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben verstanden werden, die das Leben bereit hält. Sie gehören unausweichlich zum Leben und sind in diesem Sinne universell. Belastungen kennzeichnen somit die *objektive Seite* des Beanspruchungs- oder Stressgeschehens. *Beanspruchung (Strain)* beschreibt im Unterschied zu den Belastungen die subjektive Seite, also das „erlebte Ergebnis“ von Belastungen. Sofern die gegebenen Belastungen mit Hilfe der vorhandenen Möglichkeiten gut bewältigt werden können, hält sich die Beanspruchung in Grenzen. *Negative Beanspruchung* oder *Stress*¹⁰ - und damit eine Gefährdung der Gesundheit - entsteht, wenn die Person ein Missverhältnis zwischen den an sie gestellten Anforderungen und ihren Bewältigungsmöglichkeiten wahrnimmt. Die Gefahr negativer Beanspruchung ist bei extrem hohen Belastungen (traumatische Ereignisse) nahezu unausweichlich. Verfügt eine Person kaum oder gar nicht über wichtige Ressourcen (etwa soziale Unterstützung, Selbstvertrauen), genügt bereits das Aufkommen weniger dramatischer Belastungen, um das psychische Gleichgewicht zu stören. Am ungünstigsten sieht die Stressprognose für Individuen oder Bevölkerungsgruppen aus, die nicht über zentrale Bewältigungsressourcen verfügen und gleichzeitig mit hohen Belastungen konfrontiert werden. Diese bezeichnet man als Hochrisikogruppen oder Gruppen mit erhöhtem Präventionsbedarf.

Das zentrale Konstrukt der *Stressbewältigung (Coping)* erfährt durch das transaktionale Denken eine ganz neue Dynamik. Lazarus und Folkman (1984, 141) definieren *Stressbewältigung* als “[...] constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person”.

¹⁰ Der Stressbegriff wird nicht einheitlich verwendet und z.T. weiter differenziert. Hier wurde die Stressterminologie gewählt, die im Deutschen am einfachsten zu handhaben ist.

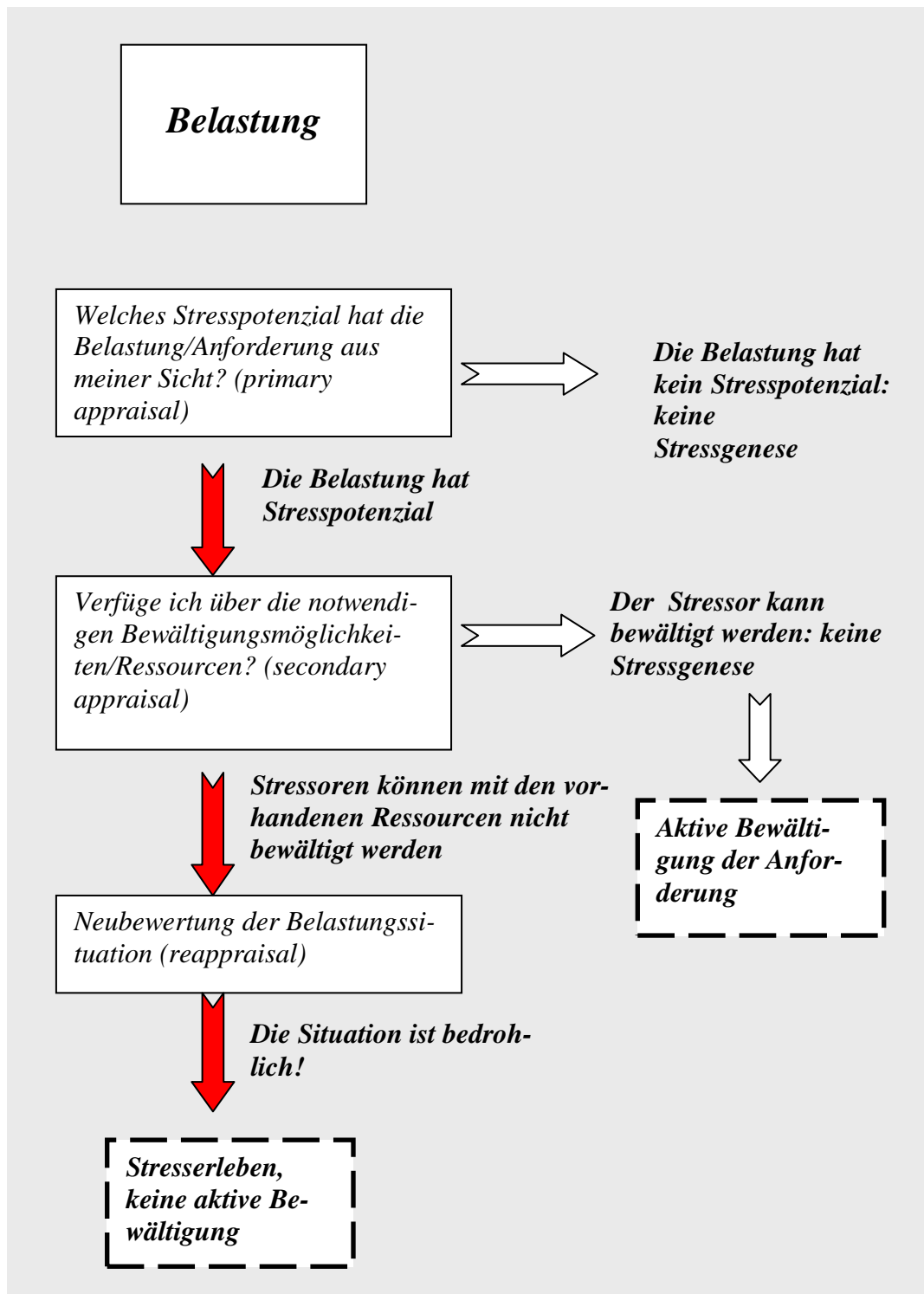
Spezifikation von (Stress-)Bewältigungsressourcen

Für die subjektiven Bewältigungsprozesse und die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten sind in der psychologischen Stressforschung vor allem *kognitive* Prozesse und Merkmale (subjektive Bewertung der Situation, Kontrollerwartung) aber auch die *verhaltensbezogenen* Faktoren (Handlungskompetenzen) entscheidend. Als psychische Faktoren der Stressbewältigung sind vor allem generalisierte *Erwartungen* (Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung) und Beurteilungstendenzen, aber auch variierende *Bewältigungsstile* (problemorientierter versus emotionsorientierter/palliativer Coping-Stil) untersucht worden. Frühzeitig wurde die Verbindung mit der sozial-kognitiven Lerntheorie durch die Integration des „Locus-of-Control“ (Rotter 1966) hergestellt. Die individuellen Bewältigungskapazitäten gehen letztendlich auf soziale Lernprozesse zurück¹¹. Über einen längeren Erfahrungszeitraum hinweg generalisieren sie sich bis hin zu stabilen Merkmalen (Lazarus 1984). Erst später nehmen *familiale* Belastungen und Ressourcen dann eine besondere Stellung ein und die *soziale Unterstützung* findet nun als stressverhindernde Ressource Beachtung (Lazarus 1979, Lazarus/Folkman 1984).

Den Blick auf die *Ressourcen* liefert das transaktionale Stressmodell automatisch mit, denn es stellt objektive Belastungen *immer* in den Zusammenhang mit der subjektiven Wahrnehmung von Herausforderungen aus der Umwelt und der Einschätzung der eigenen Bewältigungskapazitäten (appraisal). Die tatsächliche konstruktive Bewältigung eines Stressors auf der Handlungsebene ergibt sich in diesem Modell stets aus einem Dialog zwischen objektiven situativen Bedingungen, subjektiver Wahrnehmung (der Umwelt, der eigenen Fähigkeiten) und den tatsächlich vorhandenen Handlungskompetenzen.

¹¹ Syme (1991) fasst das Konstrukt etwas anders als „Kontrolle über die eigenen Lebensumstände“, und belegt die schichtabhängige Variation dieser generalisierten Erwartung.

Abbildung 2.3.2/ 1: Das transaktionale Stressmodell
(vereinfachte Darstellung)



Fazit zum Wert und Nutzen des Modells

Das Modell richtet sein Augenmerk auf den Bewältigungsprozess und erhellt auf diese Weise das *direkte Zusammenwirken* von Belastungen und Bewältigungsressourcen in einem gegebenen Bewältigungskontext (aktuelle Situation, Lebenswelt, Lebensphase; zum Begriff „Bewältigungskontext“ siehe 2.3.3). Ausgangspunkt war die Unterscheidung zwischen Belastung als dem objektiv vorhandenen Reiz und Beanspruchung oder Stress als dem subjektiven erlebten Vorgang in der Person. Eine Transaktion zwischen Person und Umwelt-Situation findet statt, bei der sich entscheidet, ob ein Stressor bewältigt werden kann oder nicht. Das Stressphänomen ist zum einen in seiner *Universalität* und zum anderen in seiner *Gesundheits- beziehungsweise Krankheitswirkung* (Zusammenhang von Stresserleben mit psychischen wie physischen Folgeerkrankungen) hervorragend erschlossen. Das transaktionale Stressmodell ist damit eine der wenigen Theorien, in dem die Entstehung (oder Verhinderung) eines psychischen Zustandes erklärt wird, dessen krank machendes Potenzial empirisch eindeutig belegt ist. Denn im Unterschied zu vielen anderen Risikofaktoren steht Stress in einem *kausalen* Zusammenhang mit der Entstehung vieler Krankheiten, sowohl psychischer als auch körperlicher.

Die dynamisch-interaktionistische Auffassung des Stressgeschehens und der Stressverarbeitung regt nun schon seit über 50 Jahren zu vielfältigen Forschungsfragen an und hat ihren praktischen Nutzen vielfach unter Beweis gestellt (beispielsweise bei Prävention, Therapie, Organisations- und Arbeitswissenschaften). Die Entwicklung kognitiver Stressbewältigungstechniken, die Stärkung von aktiv-problemlösenden Handlungsstrategien zur Stressvorbeugung, Arbeitsplatzanalysen und die darauf aufbauende Neugestaltung von Arbeitsplätzen nach Erkenntnissen der Stresspsychologie sind nur einige Beispiele.

Sogar ein Beispiel zur praktischen Umsetzung des Modells im Rahmen von *Elternbildung* existiert (Fachhochschule Köln). Hier wurde ein stresspsychologisch fundiertes Elternprogramm speziell für Mütter und Väter entwickelt, die unter besonderen Belastungen stehen (Stinner-Meißner 2004). Die Evaluation des Programms bietet daneben auch eines der selteneren Beispiele, in dem ein *elternbezogenes* Präventionsziel (elterliche Stressbewältigung) explizit in den Vordergrund gestellt und hypothesengeleitet überprüft wird.

Alle Verantwortung beim Individuum? Kritik an der einseitigen Umsetzung

Die anfängliche „Faszination“, die von der innerpsychischen, insbesondere kognitiven Verarbeitung von Belastungen in der Person und den sich dadurch offenbarenden Bewältigungspotenzialen des Individuums ausgeht, hat auch dazu geführt, dass eben diese *individuellen* Bewältigungsfertigkeiten (soziale und Problemlösungskompetenzen, Copingstile, generalisierte Erwartungen) überbetont wurden. Im Zuge dessen sind die äußeren Risiken und Belastungen (die Stressoren) zu voreilig als gegeben betrachtet oder in ihrer Bedeutung abgetan worden. Aus präventiver Sicht erwächst daraus die Gefahr, es allein dem Individuum zu überlassen, sich „vernünftige“ Bewältigungsfähigkeiten anzutrainieren (verhaltenspräventiver Eingriff), anstatt im Vorfeld stressende Rahmenbedingungen zu vermeiden, also die Stressoren *verhältnispräventiv* zu beeinflussen („Stress ist subjektiv, und wer ihn hat, ist selber Schuld - der japanische Arbeitnehmer schafft es doch auch“).

Das transaktionale Stressmodell impliziert dies keinesfalls zwangsläufig, denn es berücksichtigt ja gerade das Außen *und* das Innen und zeigt so vielfältige Wege zur Stressvermeidung auf.

Antonovskys Gesundheitsmodell und der Bewältigungsfaktor „Sense of Coherence“ (Kohärenzsinn)

Auch das Gesundheitskonzept von Antonovsky (1979, 1987), also *das* Referenzmodell der Salutogenese-Forschung schlechthin, hat seine Wurzeln in der Stressforschung. Aus der Theorie Antonovskys stammt die Idee, nach denjenigen Bedingungen zu fragen, die *Gesundheit* erhalten und fördern. Der neuartige Ansatzpunkt seiner Arbeit war demnach die Entschlüsselung von Bedingungsfaktoren von Gesundheit (zur Salutogenese siehe auch 2.1).

Den empirischen Zugang zu diesen Determinanten der Gesundheit verschaffte sich Antonovsky mit Hilfe einer Art von „Experten-Ansatz“. Er untersuchte bei Überlebenden des Holocausts, wie es diesen gelang, trotz ihrer Traumatisierung im Alter gesund zu bleiben. Was Antonovsky als entscheidenden Angelpunkt der Gesunderhaltung übereinstimmend isolieren konnte, bezeichnete er als „Kohärenzsinn“ (Sense of Coherence): das *Gefühl von Vertrauen in die Sinnhaftigkeit des Lebens und des eigenen Schicksals gepaart mit der Überzeugung, dieses auch bewältigen zu können*

(Antonovsky 1982). Der Kohärenzsinn wiederum organisiert laut Antonovsky die „allgemeinen Widerstandsressourcen“, mit Hilfe derer die Stressoren bewältigt werden können. Ihr Einsatz entscheidet letztlich über die Aufrechterhaltung oder den Verlust von Gesundheit. Antonovsky selbst (1979) rechnet zu den Widerstandsressourcen physische, biochemische, materielle, kognitive, emotionale, motivationale, soziale und makrostrukturelle Faktoren. Die bekannteste deutsche Adaption stammt von Faltermaier (2005), der das *Gesundheitsverhalten* als die Gesundheit vermittelnde Größe ergänzt und die Widerstandsressourcen nach drei Gruppen (körperlich-konstitutionelle, personal-psychische und soziale Faktoren) systematisiert.

Fazit zum Kohärenzsinn als Bewältigungsfaktor

Antonovsky fasst das individuelle Bewältigungspotenzial der Menschen mit dem Sense of Coherence ganzheitlich auf und gibt der Gesundheit eine existenzphilosophische Dimension. Mit dieser stabil gedachten Art der *Lebenskompetenz*, die man aber auch als *Lebenshaltung* oder *Lebensphilosophie* bezeichnen könnte, scheint Antonovsky tatsächlich eine protektive Individualressource entdeckt zu haben. Einen korrelativen Zusammenhang des Kohärenzsinn mit psychischer Gesundheit konnte Antonovsky für erwachsene Personen belegen. Bei Kindern und Jugendlichen scheint der Kohärenzsinn hingegen noch keine besondere Rolle zu spielen. Woher der Kohärenzsinn kommt, über den eine Person verfügt, wann und unter welchen Bedingungen er entsteht und damit auch die so entscheidende Frage danach, ob überhaupt und auf welchem Weg man ihn präventiv fördern könnte, ist bisher unbeantwortet geblieben. So ist der Kohärenzsinn ein interessantes Persönlichkeitsmerkmal mit protektiver Wirkung, bleibt aber empirisch schwierig. Analog zum Resilienzkonzept (siehe nachfolgender Abschnitt) ergibt sich aus präventiver Sicht die Frage, inwiefern sich die Bedeutung des Sense of Coherence von der extremen Belastung (KZ-Trauma) auf weniger schicksalhafte Biografien generalisieren lässt. Auch die Spezifikation und Gewichtung von *Gesundheitsfaktoren* im Rahmen des Modells bleiben uneinheitlich. Und über die „allgemeinen Widerstandsressourcen“ zerfällt der Sense of Coherence letztendlich doch wieder in die Kompetenzen, Persönlichkeitsmerkmale oder Beurteilungsgewohnheiten, die ohnehin seit langem einhellig in der Bewältigungsforschung postuliert werden.

Die Entwicklungspsychopathologie und die Resilienzforschung

Geht es speziell um seelische Gesundheit und Krankheit *von Kindern und Jugendlichen*, verankern sich interaktionistische Auffassungen der Krankheitsentwicklung häufig in dem noch jungen interdisziplinären Feld der *Entwicklungspsychopathologie*. Die Entwicklungspsychopathologie entstand vor etwa 30 Jahren aus dem Vorhaben, Konzepte der Klinischen und der Entwicklungspsychologie zu integrieren, um die Entwicklung psychischer Störungen nachzeichnen zu können (vgl. Petermann/Niebank 1999). Da der Ansatz bemüht ist, Vergleiche zwischen „normalen“ und „abweichenden“ Entwicklungsverläufen zu ziehen, erbringt er wertvolle Erkenntnisse über gesundheitswirksame Faktoren aller Art: Ressourcen, protektive Faktoren und Risikofaktoren. Auch die hier in den Übersichtstabellen 2.3.1/ 1 und 2.3.2/ 1 zusammengestellten Risiko- und Schutzfaktoren für eine gesunde psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen berufen sich überwiegend auf die Ergebnisse der entwicklungspsychopathologischen Forschung.

Für die Eigenständigkeit und Interdisziplinarität der Entwicklungspsychopathologie plädiert Rutter (1996) in Anbetracht der Komplexität pathogener wie gesunder psychischer Entwicklungsprozesse. Die vielfältigen Faktoren, die die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen beeinflussen, ließen sich nicht von der Basis einer einzelnen Grundlagen-Disziplin (etwa der Entwicklungspsychologie oder der Psychiatrie) aus ergründen. Das Fernziel einer umfassenden Entwicklungstheorie, die psychische und psychopathologische Veränderungen gleichermaßen im Entwicklungsverlauf anhand neurobiologischer, psychischer und sozialer Bedingungen erklären könnte, ist noch lange nicht in Sicht (Remschmidt 1992; Petermann/Niebank 1999).

Das Forschungsgebiet befasste sich zunächst speziell mit protektiven Faktoren bei *Kindern und Jugendlichen* (Werner/Smith 1977, 1982; Rutter 1979; Festinger 1983). Die schon früh und wiederholt nachgewiesenen Schutzfaktoren „...einfaches Temperament; hohe Intelligenz oder Problemlösefertigkeiten; innige, unterstützende Verbundenheit mit einem Elternteil; starke Interessen oder ein vertrauter Erwachsener außerhalb der Familie; Fähigkeit zur aktiven Umweltgestaltung“ (Petermann/Niebank 1999, 261) dürfen bis heute in keiner Übersicht fehlen. Seit den 1990er Jahren bemüht man sich verstärkt um die *Integration* von Risiko- und Schutz-

faktoren in einem prognostischen Modell sowie um die Aufklärung des Zusammenwirkens der belastenden und protektiven Faktoren im Entwicklungsverlauf (Cicchetti 1999; Masten/Reed 2002; Masten/Powell 2003; im deutschsprachigen Raum z.B. Laucht/Schmidt/Esser 2000 und Lösel/Bender 1999).

Die Resilienzforschung hebt sich als ein spezialisierter Zweig gegen die Entwicklungspsychopathologie ab und konzentriert sich ganz auf die „psychische Widerstandsfähigkeit“. Das Resilienzkonzept bindet zurzeit vergleichsweise viel Aufmerksamkeit, was meines Erachtens manchmal dazu führt, dass andere wichtige Ergebnisse der Entwicklungsforschung dahinter zurückstehen.

Was ist Resilienz?

Resilienz ist das *Resultat eines Entwicklungsprozesses*, in dem angesichts überdurchschnittlicher Belastungen salutogene Faktoren wirksam werden. Es kommt also zu einer Aktivierung oder Herausbildung von Ressourcen. Oder nach Masten und Reed (2002, 17) „...a class of phenomena characterized by patterns of positive adaptation in the context of significant adversity or risk“. Die besondere psychische Widerstandskraft stellt demzufolge eine Kapazität dar, die sich nur unter extremen Bedingungen herausbildet und auch nur unter erhöhten Belastungen beobachtbar und direkt nachweisbar ist.

Resilienz wird ansonsten recht breit gefasst, was viel Raum für Ungenauigkeiten und Unklarheiten lässt. Das Merkmal relativiert und differenziert sich gerade zunehmend in der wissenschaftlichen Betrachtung („bereichsspezifische Resilienzen“, „resiliente Phasen“, „risikospezifische Kontextabhängigkeit“...). Je nach Definition reicht die Auffassung von Resilienz von einem außergewöhnlichen, seltenen Phänomen bis hin zur Annahme, sie sei sogar der übliche, häufigere Ausgang hoch belasteter Entwicklungsverläufe. Was *sie selbst* ist, bleibt dabei eigentlich dunkel.

Aus der Perspektive von *Public Health* reicht die Betrachtung „der Resilienz“ nicht aus, da resiliente Entwicklungsverläufe nur einen Ausschnitt aus der Realität zeigen, dessen Größe allerdings mit der mit Breite der Resilienzdefinition schwankt. Resilienz ist per definitionem kein Massenphänomen, weil das Zustandekommen einer Resilienz von extrem belastenden Lebensereignissen direkt abhängt (vgl. Masten/Reed 2002). Schließlich gelingt es nur einem Teil der Menschen, einen resilienten Entwicklungsverlauf zu überleben. In der berühmten Kauai-Studie (Wer-

ner/Smith 1982; Werner 1993) war es lediglich ein Drittel der Kinder - der Rest blieb „auf der Strecke“.

Resilienz, Kompetenz, Vulnerabilität und pathogene Entwicklung

Mit Blick auf den bevölkerungsweiten Präventionsbedarf (vgl. Kapitel 1) muss ausdrücklich auf die gesamte Erkenntnisspanne der Entwicklungspsychopathologie verwiesen werden, was über eine Beschäftigung mit Resilienz und den Resilienz fördernden Faktoren weit hinausreicht. Das 4-Felder Schema von Masten & Reed (2002) zeigt die gesamte Bandbreite pathogener und nicht pathogener Entwicklungsverläufe. Dort wird das „Entwicklungsergebnis“ in Abhängigkeit von den zwei Dimensionen des *Risikoniveaus* (RN) und des *Anpassungsniveaus* (AN) definiert:

	AN hoch	AN niedrig
RN hoch	Resilienz	Entwicklung gestört
RN niedrig	Kompetenz („nicht herausgefordert“)	Vulnerabilität

Die jüngste Generation der Entwicklungspsychopathologie bezieht auch das mittlere und höhere Erwachsenenalter mit ein (z.B. Staudinger 1999). Dadurch wird die Vorstellung von Resilienz komplexer, denn gefragt wird nun nach der Dynamik der Resilienzentstehung über die gesamte Lebensspanne hinweg.

Einordnung in den Kontext von Prävention und Public Health

Es ist wichtig, das Resilienzkonstrukt in den *präventiven Kontext* differenziert und mit Bedacht einzuordnen, gerade weil die „psychische Widerstandskraft“ zurzeit einen Hype erlebt, der schnell zur Vereinfachung und Überfrachtung dieses sehr komplexen Konstrukts führt. So wäre es etwa auch naiv zu glauben, bei jedem Individuum ließen sich Risikokonstellationen durch eine gezielte Herstellung Resilienz fördernder Bedingungen ganz leicht wegkompensieren. Die psychische Widerstandskraft konstituiert sich aus individuellen, konstitutionellen und im lebensweltlichen Kontext erlernten Merkmalen. Hoch belastete Kinder und Jugendliche werden

nicht automatisch oder von selbst widerstandsfähig, sondern sie bedürfen einer intensiven Begleitung im sozialen Nahraum (vgl. Egeland/Ericksen 1993).

Vom Präventionsstandpunkt aus betrachtet, ist mit den *Resilienz fördernden Bedingungen* nur ein gewisser Teil der Ressourcen in Betracht gezogen, an denen zur Vorbeugung psychischer Störungen angesetzt werden kann. Vor allem in der Primärprävention gilt es, sich auch um das normalbiografische Gegenstück zur Resilienz, nämlich die *Kompetenz* zu bemühen.

Die Resilienzforschung liefert aber wertvolle Erkenntnisse über *protektive Faktoren*. Wir erhalten Auskunft über Kompetenz fördernde Komponenten, die zur Ausbildung psychischer Widerstandsfähigkeit beitragen können. Schließlich ist die Resilienzförderung als Zielgröße präventiver Maßnahmen ist für *akut hoch belastete* Gruppen und bestimmte Risiko-Populationen im Rahmen *gezielter* Präventionsstrategien von hoher Bedeutung.

Der Abschnitt hat das Resilienzkonstrukt auch kritisch reflektiert und betont, dass die *Entwicklungspsychopathologie* mit der Gesamtheit ihrer Erkenntnisse über Risikofaktoren und Belastungen sowie Ressourcen und Schutzfaktoren ihren Platz im präventiven Denken verdient hat. Für das Vorhaben meiner Arbeit erweisen sich sowohl die empirischen Befunde als auch die theoretischen Erkenntnisse dieser Interdisziplin als fruchtbar, zumal die spezialisierten Richtungen „Kinder und Jugendliche“ und „Erwachsene, mittleres Lebensalter“ inzwischen unter der lebenslangen Entwicklungs-Perspektive näher zusammengerückt sind.

Systematisierung und Überblick zu psychosozialen Ressourcen und Schutzfaktoren

Die grobe Unterscheidung nach *personalen, familialen* und *sozialen* Ressourcen und Schutzfaktoren ist angelehnt an Scheithauer & Petermann (1999). Diese kommt dem Vorhaben meiner Arbeit entgegen, da sich daraus später (Kapitel 2.4) die elternbezogenen beziehungsweise elternvermittelten Faktoren gut isolieren lassen.

Personale Ressourcen

Personale Ressourcen lassen sich in zwei Komplexe unterteilen, die zum einen *Persönlichkeitsmerkmale* umfassen und zum anderen *Kompetenzen und Bildungsressourcen* (Schwarzer 1993).¹²

Als Persönlichkeitsmerkmale im engeren Sinne werden eigentlich nur mehr oder weniger feste, das heißt konsistente und stabile psychische Eigenschaften einer Person bezeichnet, die entweder sehr früh und konsequent erworben werden, angeboren sind oder einen starken genetischen Faktor aufweisen (etwa Temperament oder Intelligenz). In einem weiteren Sinne können außer solchen Merkmalen des Temperaments oder grundlegenden Fähigkeiten und Talenten auch Einstellungen, Erwartungen, Haltungen (zum Leben, zu anderen Menschen, zu sich selbst), Interessen und Neigungen gezählt werden. In der Differentiellen Psychologie werden Persönlichkeitsmerkmale zwar „von Haus aus“ als relativ konsistent und stabil betrachtet. Ihre Veränderbarkeit oder Trainierbarkeit werden aber nicht grundsätzlich ausgeschlossen und variieren zudem von Merkmal zu Merkmal. Als gesundheitswirksame Persönlichkeitseigenschaften, die den Status von personalen Ressourcen haben, sind vor allem kognitive Merkmale der Person gut belegt, in denen sich generalisierte Einstellungen und Erwartungen ausdrücken. Diese sind oftmals auf das Selbst beziehungsweise die eigene Bewältigungsfähigkeit bezogen:

- positives Selbstbild, Selbstwert
- Selbstwirksamkeitserwartung
- internale Kontrollüberzeugung
- handlungsorientierte Coping-Strategien (aktiv-problemlösend)
- Optimismus (positive Lebenseinstellung; darunter eventuell erwartete Unterstützung)
- Kohärenzsinn, generalisierte Widerstandsressourcen
- hohe Intelligenz

¹² Unter „Bewältigungsressourcen“ werden in manchen Quellen wiederum bestimmte Kompetenzen, Eigenschaften und Merkmale aus beiden Komplexen subsummiert. Eine einheitliche Zuordnung personaler Ressourcen gibt es nicht.

Kompetenzen und Bildungsressourcen bilden die zweite Gruppe der personalen Ressourcen:

- hohes Bildungsniveau
- Handlungskompetenzen (etwa allgemeine Problemlösefähigkeit)
- soziale Kompetenzen und Beziehungskompetenzen (etwa soziales Problemlösen/Konfliktfähigkeit, Empathie, Kommunikation)

Familiale Ressourcen (siehe dazu ausführlich Kapitel 2.4)

Die familienbezogenen Ressourcen sind in der Tabelle 2.3.2/ 1 mit aufgeführt. Sie stehen im Mittelpunkt des Kapitels 2.4 und werden dort aus der Perspektive von Eltern und Kindern sehr genau beleuchtet.

Soziale Ressourcen außerhalb der Familie

Soziale Faktoren lassen sich nicht immer von den familiären Protektiv-Faktoren abgrenzen; je älter der sich entwickelnde Mensch, desto vielfältiger werden die sozialen Beziehungen und desto wichtiger werden Beziehungen außerhalb der Familie. Erst sind vornehmlich die Eltern und enge Beziehungen innerhalb der Kernfamilie (Geschwister) von protektivem Wert. Auch im Jugendalter bleiben die Eltern und ihre Unterstützungsleistung wichtig, die Art der Unterstützung beziehungsweise Fürsorge ändert sich nur mit der wachsenden Autonomie des Heranwachsenden. Der Einfluss verlagert sich mit der Zeit auf *Peers* und *nahe Kontakte außerhalb der Familie* („significant others“; wichtig sind Kontakte unterschiedlicher Tiefe).

Soziale Unterstützung ist als praktische Hilfestellung ebenso wichtig wie in Form „emotionaler Bewältigungshilfe“; sie ist für Kinder, Jugendliche und erwachsene Menschen gleichermaßen eine wichtige Umweltressource, die einen direkten positiven Effekt durch körperliche und seelische Entlastung hat. Soziale Unterstützung können Peers, Eltern und andere Erwachsene außerhalb der Familie bieten. Beim sozialen Netz geht Qualität über Quantität: „Hochwertige“ Netzwerke bieten Stabilität und Vielfalt in den Beziehungen (vgl. Faltermaier 2004). Für Kinder ist der *subjektive Eindruck* von Unterstützungsmöglichkeiten im Umfeld ausschlaggebend: Wahrgenommene bedürfnisentsprechende Unterstützungsangebote wirken als Ressource. Die „Verfügbarkeit“ sozialer Unterstützung beziehungsweise der Aufbau

eines eigenen sozialen Netzes steht in wechselseitigem Austausch mit Persönlichkeitsmerkmalen, sozialen Kompetenzen sowie Bedingungen des sozial-ökologischen Umfeldes und der sozialen Lage (Bettge/Ravens-Sieberer 2005).

Die Übersichtstabelle 2.3.2/ 1 zeigt Beispiele gesundheitswirksamer Faktoren, die für Kinder, Jugendliche und Erwachsene Gültigkeit haben. Später wird dieser grobe Überblick für die beiden interessierenden Bevölkerungsgruppen (Eltern, Kinder) jeweils verfeinert und vervollständigt (2.4). Der nachfolgende Abschnitt wird auf die im Präventionszusammenhang sehr wichtige Unterscheidung zwischen Ressourcen und Schutzfaktoren eingehen.

**Tabelle 2.3.2/ 1: Ressourcen und Schutzfaktoren
(Beispiele für Kinder und Erwachsene)**

P e r s o n	psychisch	Persönlichkeit	<i>Zum Beispiel:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Temperament (flexibel, aktiv, offen, ausgeglichen) • hohe Intelligenz, Begabungen • positives Selbstbild/Selbstwert, Selbstwirksamkeitserwartung • internale Kontrollüberzeugung • aktiv-problemlösender Coping-Stil
		Kompetenzen/ Bildungsressourcen	<i>Zum Beispiel:</i> <ul style="list-style-type: none"> • hohes Bildungsniveau • soziale und emotionale Kompetenzen • Alltags- und Problemlösefähigkeiten
U m w e l t	familiäre Sozialisation und Lebenswelt		<i>Zum Beispiel:</i> <ul style="list-style-type: none"> • gute finanzielle Ausstattung des Elternhauses • hoher Bildungsgrad der Mutter • elterliche Erziehungskompetenz • enge Geschwisterbeziehungen • Bindung, Unterstützung, Zusammenhalt, positives Familienklima • Resilienzmerkmale der Eltern
	außerfamiliäre soziale Faktoren		Soziale Integration, Soziale Unterstützung und Netzwerk-Ressourcen; <i>zum Beispiel:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Vertrauensvolle Beziehung zu Erwachsenen außerhalb der Familie (gute Freunde) • positive Schulerfahrungen (gute Schule) • unterstützende Systeme in der Umgebung (Kirche, Sportverein)

2.3.3 Integration gesundheitswirksamer Faktoren in Belastungs-Ressourcen-Modellen

Belastungs-Ressourcen-Modelle integrieren protektive Faktoren und Risikofaktoren und stellen sie in einen *Bewältigungskontext*. Unter diesem in der Literatur noch nicht gut entwickelten Begriff kann man sich die Gesamtheit „gesundheitsrelevanter Lebenszusammenhänge“ eines Individuums oder einer Bevölkerungsgruppe vorstellen, welche etwa durch eine bestimmte Lebensphase, die vorhandenen Entwicklungsaufgaben und den sozialen Kontext (soziale Lage/Schicht und Lebenswelt) gekennzeichnet sind.

Zur Bewältigung seiner „normalen“ Alltags- und Entwicklungsaufgaben, aber auch höherer Belastungen, steht jedem Individuum ein bestimmtes Spektrum an *Ressourcen* zur Verfügung. Dieses Ressourcenspektrum - quasi das Rüstzeug, um es mit den Herausforderungen des Lebens aufzunehmen - kann sich von Person zu Person oder zwischen ganzen Bevölkerungsgruppen stark unterscheiden (die Bewältigungskapazität variiert interindividuell). Wie gut jemand in der Lage ist, eine dieser Herausforderungen zu bewältigen, kann aber auch von der Art der konkreten Lebensaufgabe oder Lebensphase abhängen (die Bewältigungskapazität variiert intersituativ).

Neuere Forschungsfragen infolge erhöhter Komplexität

Mit der gewachsenen Komplexität einer integrierten und dynamischen Perspektive auf Belastungen und Ressourcen (zwei Gruppen gesundheitsrelevanter Faktoren und der Faktor „Zeit“) sind neue Herausforderungen entstanden. So wissen wir noch viel zu wenig über das Verhältnis zwischen Risiko- und Ressourcenfaktoren und deren Zustandekommen. Dies wirft eine Reihe bedeutsamer neuer Forschungsfragen auf, die auch im *Präventionskontext* zu klären sind. Denn die theoretische Abgrenzung zwischen Ressourcen und Risiken und die empirische Klärung ihres Zusammenwirkens (Risikoabmilderung, Resilienzentstehung) sind ganz entscheidend für die Planung präventiver Strategien und die Auslegung empirischer Ergebnisse, etwa für die Schlussfolgerung von Präventionseffekten oder die Interpretation ausbleibender Effekte.

Ungefähr seit den 1990ern werden, vor allem in der Entwicklungspsychopathologie, Risiko- und Ressourcenperspektive zusammen geführt. Die neueren Forschungsbe-

mühungen beziehen sich auch auf das Verhältnis zwischen Risiko- und Schutzfaktoren (vgl. Schmidt/Petermann 2006). Die zentralen Fragen sind folgende (Bettge/Ravens-Sieberer 2005):

- *Abgrenzung, Unterscheidung von Risiko- und Schutzfaktoren*

Ein Risikofaktor und ein Ressourcenfaktor, die auf einer Dimension liegen, bringen letztlich keinen Erkenntnisgewinn. Die Abwesenheit eines Schutzfaktors sollte nicht als Risikofaktor ausgelegt werden. Nach Rutter (1990) sind *Schutzfaktoren* wirksam, wenn eine positive Entwicklung stattfindet, obwohl vorher das Risiko für eine deviante Entwicklung bestand. Der Einfluss von *Risikofaktoren* wird angenommen, wenn eine pathogene Entwicklung einsetzt, die zuvor positiv verlaufen ist. Protektiv- und Risikofaktoren dürfen nicht kumuliert, also „miteinander verrechnet“ werden und wahren demnach eine gewisse Unabhängigkeit.

- *Zusammenhang und Zusammenwirken*

Risiko- und Schutzfaktoren können gleichzeitig auftreten und interagieren auf unterschiedlichste Weise. Einige Möglichkeiten, wie Belastungen und Ressourcen zusammenwirken können (das heißt konkret: Wie entfalten Ressourcen und Schutzfaktoren ihre positive Wirkung?), sind mit dem Vorschlag von Petermann und Schmidt (2006) in der Abbildung unten dargestellt. Die Autoren differenzieren den Ressourcen-Begriff sehr gründlich, dafür bleiben aber die Risikobedingungen eindimensional.

- *Zustandekommen*

Insbesondere von Bewältigungs-Ressourcen und psychischer Widerstandskraft im Verlauf der Biografie. Für das Beispiel der Risikofaktoren wurde hier das Modell der *Akkumulation* und der *kritischen Lebensphasen* angeführt (BenShlomo/Kuh 2002). Ein Modell, das die Genese und wechselseitige Abhängigkeit von Ressourcen beziehungsweise protektiven Faktoren (untereinander) auf vergleichbare Weise darstellt, existiert bislang nicht.

Eine hilfreiche übergreifende Aufschlüsselung von ressourcenreichen Faktoren nach Art ihres Entstehens, Wirksam-Werdens und Zusammen-Wirkens mit Belastungen und Risikofaktoren bieten Petermann und Schmidt (2006) an¹³:

Ressourcen. Alle aktuell verfügbaren Potenziale, die die psychische Entwicklung (Gesundheit) unterstützen, fallen hierunter. Entwicklungsfördernd/gesundheitsförderlich sind Ressourcen nur dann, wenn sie nicht anderweitig gebunden sind (!). Darunter fallen auch die Resilienzen, hier definiert als bereichsspezifische personale Ressourcen, die in Interaktion mit dem sozialen Umfeld erworben worden sind (zum Resilienzkonzept siehe oben). Erlernete Bewältigungsmechanismen können dann trotz schwieriger Umstände aktiviert werden (Petermann/Schmidt 2006; Bender/Lösel 1999).

Schutzfaktoren (protektive Faktoren). Darunter werden Merkmale des Individuums oder des psychosozialen Umfeldes verstanden, die vor dem Auftreten von Risikofaktoren (erhöhten Belastungen) vorhanden sind und auf diese Weise einen Puffer gegen die Entstehung psychischer Störung bilden können. Ein echter Protektiv-Faktor muss nachweislich die Kraft haben, die pathogenen Auswirkungen *tatsächlich vorhandener Risikofaktoren* zu verhindern beziehungsweise zu vermindern. Nach Ansicht von Rutter (1999) kommen protektive Faktoren nur zum Tragen, wenn tatsächlich eine Gefährdung vorliegt, sonst spielen sie keine besondere Rolle. Die Anzahl sicher belegter Schutzfaktoren ist überschaubar, bei den meisten der aufgelisteten Positiv-Faktoren handelt es sich um Ressourcen. Explizit als protektive Faktoren (bei Kindern/Jugendlichen) belegt und generalisierbar sind vor allem diese (Werner 2005, zitiert nach Petermann/Schmidt 2006):

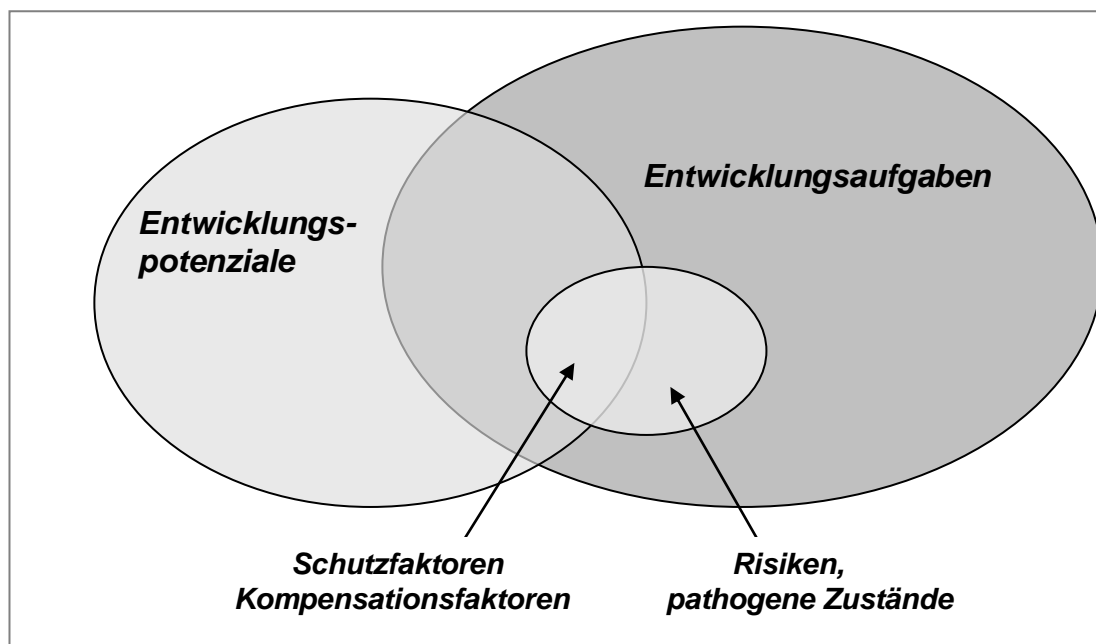
- eine enge Beziehung zu wenigstens einer verlässlichen Bezugsperson
- ein hoher Bildungsgrad der Mutter
- eine hohe erzieherische Kompetenz der Mutter

Weitere Schutzfaktoren wurden in der Mannheimer Risiko-Kinder-Studie belegt, allerdings immer nur für bestimmte Altersgruppen oder ein Geschlecht. Insgesamt

¹³ Die Systematik bezieht sich auf die psychische Entwicklung und Gesundheit von Kindern, lässt sich aber durchaus auf die gesamte Lebensspanne übertragen.

hat die Studie jedoch die besondere Einflusskraft *früher Umwelteinflüsse* aufgezeigt, wenn es um die Ausbildung von Bewältigungskompetenzen geht (Laucht/Esser/Schmidt 2000). Sofern es in der Schule gelingt, Kindern Selbstwert, soziale Integration und Leistungserfolge zu vermitteln, wirkt solch ein *Schulsetting* als protektiver Faktor gegen eine früher erfahrene Benachteiligung, wie etwa das direkte Wohnumfeld inklusive einer nachteiligen Familiensituation – seien diese auch noch so unvorteilhaft oder unterprivilegiert (Rutter/Maughan/Mortimore & Ouston 1979).

Abbildung 2.3.3/ 1: Gesundheitswirksame Faktoren im Entwicklungskontext (Petermann/Schmidt 2006)



Kompensationsfaktoren. Dies sind soziale und personale Bedingungen beziehungsweise Resilienzen, die zur Bewältigung einer entstandenen psychischen Störung eingesetzt werden (Wirkung analog zu Schutzfaktoren).

Ressourcen sowie Schutz- und Kompensationsfaktoren bringen die Autoren als Teilmenge aller vorhandenen *Entwicklungspotenziale* in den Gesamtkontext der psychischen Entwicklung, in dem analog dazu auch die Risikofaktoren und pathogenen Zustände als Teilmenge der *Entwicklungsaufgaben* zu betrachten sind. In der obigen Grafik bilden Ressourcen sowie Schutz- und Kompensationsfaktoren die Schnittmenge von Entwicklungspotenzialen und Entwicklungsaufgaben: Sie werden nur

dann aktiviert oder ausgebildet, wenn die entsprechenden Entwicklungs-Herausforderungen (Aufgaben/Risiken) vorliegen.

Prävention: Risiken und Ressourcen im spezifischen Bewältigungskontext

Die Abschnitte 2.3.1 und 2.3.2 haben empirisch belegte Risiken und Ressourcen für die psychische Gesundheit anhand einer einheitlichen Systematik vorgestellt, in der sie ganz allgemein nach personalen, familialen und sozialen Gesundheitsfaktoren unterschieden werden können.

Um spezielle Präventionsangebote bedarfsgerecht auf bestimmte Bevölkerungsgruppen oder Präventionswirkungen zielgruppenspezifisch zu überprüfen, müssen jedoch speziellere menschliche Lebenskontexte (präventionssprachlich: „Bewältigungskontexte“) in Betracht gezogen werden (beispielsweise die Lebensphase, Lebenssituation, Lebensgemeinschaft und der allgemeine soziale Kontext). Ressourcen und Risikofaktoren schweben weder im luftleeren Raum noch „kleben“ sie statisch und unausweichlich an potenziellen Präventionsempfängern, wie es allerdings beim Betrachten statistischer Listungen des Risikopotenzials verschiedener Bevölkerungsgruppen zum Teil den Anschein hat. Genau genommen haben sie mit dem lebendigen Individuum und seinem biografisch gewachsenen So-Sein gar nicht viel zu tun, weil es sich bei Risikofaktoren und protektiven Faktoren überwiegend um *Wahrscheinlichkeitskonstrukte* handelt, deren Ausschlag durch punktuelle Untersuchungen an großen Bevölkerungsgruppen ermittelt wird (Hurrelmann, Klotz & Haisch 2004, 2010). Reale Ressourcen, Schutzfaktoren und Belastungen sind mit dem Individuum im dynamischen Bewältigungskontext seiner sozialen Lebenswelt verankert. Ressourcen wie Risikofaktoren werden entweder „mit Geburt“ in diesen Entwicklungsrahmen mitgebracht, oder kommen früher oder später darin zustande. Manche von ihnen werden dauerhaft aufrecht erhalten, andere gehen wieder verloren. Der Menschen bewegt sich mit ihnen im Fluss seiner Biografie. Beiderlei gesundheitswirksame Faktoren haben eine sozial-ökologische und eine biografische Erstreckung.

So richtet sich schließlich jedes Präventionsangebot, jede Aufforderung zum „präventiv sinnvollen“ Handeln nicht an einen Risikostatus oder an ein Ressourcenpotenzial, sondern an einen Menschen, eine bestimmte Gruppe von Individuen oder auch an eine soziale Gemeinschaft wie die Familie. Empirisch belegte Risikofaktoren und

Ressourcen zu kennen, an denen man grundsätzlich ansetzen kann, ist gut, aber die Planung und Evaluation *bedarfsgerechter Prävention* braucht mehr: Die Lebens- und Entwicklungskontexte der Präventionsempfänger, mit ihren typischen Herausforderungen und Belastungen, müssen erschlossen werden.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen aus 2.2 und 2.3

Mit Kapitel 2.3 schließt der erste allgemeine theoretische Teil ab. Die Abschnitte 2.2 und 2.3 haben nun den aus 2.1 hervorgegangenen integrierten Präventionsbegriff auf die Vorbeugung *psychischer Erkrankungen* übertragen. Mit Abschnitt 2.2 wurde deutlich, wie entscheidend die empirische Absicherung von Schutz- beziehungsweise Risikofaktoren ist - zur Bestimmung präventiven Bedarfs, für die Gestaltung von Präventionsmaßnahmen und nicht zuletzt für den wissenschaftlichen Nachweis von Präventionseffekten. Eine Spezifikation der Schutz- und Risikofaktoren für die psychische Gesundheit ist dabei ebenso wichtig wie der Nachweis beziehungsweise die Konkretisierung ihres Zusammenhangs mit der Krankheitsvermeidung beziehungsweise dem Gesundheitserhalt.

Präventionseffekte langfristig anhand des Prävalenz- beziehungsweise Inzidenzkriteriums nachzuweisen, ist mit hohem Forschungsaufwand verbunden und wird durch die ungleich aufwendigeren und unsichereren Diagnosen im Bereich der psychischen Erkrankungen zusätzlich erschwert. *Intermediäre* Wirkungskriterien stellen eine Alternative zur Erbringung von Evidenz dar. Um auf der intermediären Ebene *beide* Wirkungswege der Prävention psychischer Erkrankungen (gestärkte Ressourcen, zurückgedrängte Risikofaktoren) abbilden zu können, hat das Kapitel 2.3 nach aktuellem empirischen Stand einen systematischen Überblick über die relevanten Risikofaktoren und Ressourcen erstellt. Um das Wissen um Risiko- und Schutzfaktoren für die Prävention psychischer Beeinträchtigungen umfassend nutzbar zu machen, wurden die belegten gesundheitswirksamen Faktoren aus verschiedenen Forschungszweigen zusammengeführt.

Belastungs-Ressourcen-Modelle formulieren Annahmen über das Zusammenspiel zwischen vorhandenen Risiken (Belastungen) und Ressourcen und geben so einer interaktiven Sichtweise auf Risiko- und Schutzfaktoren einen ersten groben Rahmen. Drei grundlegende Konzeptionen dieser Art - das transaktionale Stressmodell,

Antonovskys Salutogenese-Ansatz und das entwicklungspathopsychologische Paradigma, wurden besprochen.

Die Beispiele haben gezeigt, dass mit den *interaktionalen* Modellen ganz neue Fragen aufgeworfen werden, deren Beantwortung aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht sehr entscheidend ist. Wie etwa hängen Ressourcen und Risikofaktoren überhaupt (untereinander und miteinander) zusammen und tun sie das immer auf die gleiche Weise? Wann und wie entwickeln sie sich im Verlauf des Lebens? Welches Gewicht haben die unterschiedlichen Ressourcen und Risikofaktoren? Wann und wie genau gelingt letztendlich die positive Bewältigung unter Zugriff auf die eigenen Ressourcen? Bei der Inanspruchnahme einer wirkungsvollen *Präventionsmaßnahme* werden die Entstehung von Ressourcen, der Abbau von Belastungen und mittelfristig eine Gesundheitsstärkung im Zusammenwirken solcher Prozesse im Individuum modelliert. Aus der Evaluation präventiver Interventionen könnten also wertvolle Erkenntnisse über diese sonst schwer zugänglichen Effekte an die Grundlagenforschung zurückgespeist werden (vgl. Beelmann 2006).

Mit dem letzten Abschnitt wurde schließlich der Begriff des „Bewältigungskontexts“ eingeführt. Er trägt der Tatsache Rechnung, dass Menschen in ihren Lebensumwelten und Lebensphasen (hier später: „Elternschaft, Familienphase“ beziehungsweise „Kindheit/Jugend“) ganzheitlich verankert sind – dieses Konstrukt stellt also den *Lebensweltbezug* her. Nur wenn „potenzielle Präventionsempfänger“ in ihrem speziellen Lebens- und Entwicklungskontext betrachtet werden, lassen sich tatsächliche Bedarfe, günstige Zeitpunkte oder konkrete Ansatzpunkte für ein vorbeugendes Eingreifen bestimmen. Anhand abstrakter „Risiko- und Ressourcen-Pakete“ hingegen lassen sich Präventionsmaßnahmen nicht bedarfsgerecht planen und untersuchen.

Der zu einer intendierten Zielgruppe gehörige Bewältigungskontext ist eine gute Basis, um allgemeine Belastungs-Ressourcen-Modelle auf die angesprochene Bedarfsgruppe zuzuschneiden. Im Fall der Präventionsform „Elternbildung“ handelt es sich bei dem interessierenden *Bewältigungskontext* um die Lebenswelt „Familie“ mit ihren Entwicklungsaufgaben für Kinder und Eltern in der Familienphase. Das folgende Kapitel 2.4 macht nun diesen Schritt und demonstriert gleichzeitig eine Möglichkeit der analytischen Nutzung eines integrierten Präventionsmodells.

2.4 Prävention durch Elternbildung: Stärkung psychosozialer Ressourcen im Familiensystem

Übergeordnetes Ziel des Kapitels 2.4 ist es, die *präventiven Potenziale* der Elternschulung zu erschließen. Die Möglichkeiten dieser familienbezogenen Präventionsform zur Förderung der psychischen Gesundheit werden anhand solcher Ressourcen sowie protektiver und belastender Faktoren belegt, die prinzipiell über das Elternt raining bei Eltern und Kindern beeinflusst werden können. Die analytische Grundlage zur Bearbeitung dieser Fragestellung ist also ein integriertes Präventionsmodell (Belastungs-Ressourcen-Modell), wie es soeben in 2.3 vorgestellt wurde.

Das vorliegende Kapitel erarbeitet einen konzeptionellen Bezugsrahmen, der die Wirkungschancen von Elternbildung sichtbar werden lässt. Diese liegen, dem vorgestellten Präventionsmodell entsprechend, in einer Stärkung psychosozialer Ressourcen und/oder einer Absenkung von Belastungsfaktoren bei Eltern und Kindern. So befassen sich die Abschnitte 2.4.2 und 2.4.3 mit denjenigen psychosozialen Schutzfaktoren, Bewältigungsressourcen und Belastungen, die jeweils relevant sind für die seelische Gesundheit von Eltern (2.4.2) und Kindern (2.4.3). Es wird der Frage nachgegangen, welche davon sich über eine *Schulung der Eltern* positiv beeinflussen ließen. Wo also kann und sollte Elternbildung theoretisch überhaupt ansetzen und was kann von dort aus erreicht werden - für die Kinder, für die Mütter und Väter und für die Familie als Lebensgemeinschaft?

Innerhalb seines „Möglichkeitsrahmens“ verfügt das Format des Elternkurses, etwa durch das Lernen in einer Elterngruppe oder den notwendigen Transfer des Gelernten in das Familiensystem, aus Sicht der Zielgruppen über spezielle Wirkungschancen und aus Sicht der evaluierenden Wissenschaftler/innen über ein besonderes Wirkungsprofil. 2.4.4 stellt dieses Wirkungsprofil vor. Damit entsteht gleichzeitig ein Rahmenmodell zur *angebotsspezifischen Erfolgsprüfung* des Elternt rainings im Gruppenkurs-Format. Bislang existiert kein solcher Rahmen - Elternkurse werden an allgemeinen Präventionskriterien gemessen. Damit Elternbildungs-Programme und -Projekte gut geplant, entwickelt und verbessert werden können, braucht man aber viel genauere Daten. Das hier vorgeschlagene Modell ist unter anderem geeignet, um die spezifischen Wirkungen unterschiedlicher Programme zu vergleichen oder Stärken und Schwächen in der praktischen Umsetzung herauszuarbeiten.

Ausgehend von der allgemein formulierten, inzwischen gängigen Zielsetzung - „Stärkung erzieherischer Kompetenz der Eltern“ - wird der folgende Abschnitt 2.4.1 zunächst den Blick auf die mit den Elternkursen verknüpften Erwartungen, Bedarfe und präventiven Möglichkeiten aus einer *gesundheitswissenschaftlichen Perspektive* heraus erweitern, um diese neu abzustecken. Dabei wird die mit Kapitel 1 aufgeworfene These zum Präventionsbedarf von Familien erneut aufgegriffen und unter einer Betrachtung der Bedürfnisse der „Präventionsempfänger“, Eltern und Kinder, vertieft. Aus dieser Betrachtung ergeben sich Schlussfolgerungen, auf denen die dann folgenden Abschnitte zur Konstruktion präventiver Möglichkeiten und des Wirkungsprofils aufbauen.

2.4.1 Erwartungen an das Elterntraining aus präventiver Sicht

Durch ihren Gesundheitsbezug und den Public-Health-Blick auf den Bedarf bestimmter Bevölkerungsgruppen setzt sich meine Arbeit auf eine spezielle Weise mit den Anforderungen an Elternbildung auseinander. Sie fragt danach, wie Eltern und Kinder durch Elternbildung in ihrer Gesundheit gefördert werden sollten oder könnten, wenn diese als moderne Präventionsform aufgefasst wird. In diesem Zusammenhang werden einige wichtige Punkte in der Diskussion um Elternkurse und auch bei der wissenschaftlichen Begutachtung von Elternbildungs-Formaten übersehen oder nicht ausreichend kritisch hinterfragt.

Der folgende Abschnitt fasst diese Defizite unter vier Punkte, die zum Teil schon im ersten Kapitel angerissen wurden (vgl. 1.5.2).

Erzieherische Kompetenz als Zielgröße des präventiven Elterntrainings

Im Elterntraining geht es heute vor allem um die Vermittlung von *erzieherischer Kompetenz* an Mütter und Väter im kompakten Gruppenkurs-Format: eine griffige Zielformulierung! Aber erscheint „Kompetenzerwerb“ nicht auch als die willkommenen neutrale, unverfängliche und zeitgemäße Zielsetzung des Elternkurses, mit der keine verbindlichen Erziehungsziele oder -werte festgelegt werden? Hauptsache „es funktioniert“. Der Erwerb erzieherischer Kompetenz muss als primäres Ziel von *Elternkursen* durchaus kritisch hinterfragt werden, sofern die Bedeutung dieses Begriffs auf die Ebene „effektiver Handlungsstrategien“ fixiert ist. So befürchten Kritiker aus der pädagogisch-psychologischen Fachwelt vor allem die *Funktionalisierung*

von Kindern und Eltern unter dem einseitig betonten wirksamen Erziehungshandeln (beispielsweise Griese/Levin/Schmidt 2007, Tschöpe-Scheffler 2006). Gerade diejenigen, die im Bereich der Elternbildung forschen, müssen sich mit den Gefahren, die mit dieser Funktionalisierung verbunden sein können, auseinandersetzen. Wenn Familien sich etwa Leistungsnormen („Effizienz“) unterwerfen müssten, käme dies einer Missachtung dieser Lebensgemeinschaft und ihrer Bindungen gleich.

Als Antwort von Experten auf die Gefahr einer Unterwerfung von *Kindern* durch Erziehungsziele oder -normen ihrer Eltern wird die erzieherische Kompetenz an die Kindgerechtigkeit von elterlicher Erziehung gebunden. Als Beispiel für diese Rückbindung seien hier die drei Elemente kindergerechter Erziehung genannt, die im *Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen* (BMFSFJ 2004) in Anlehnung an das Erziehungskonzept „Freiheit in Grenzen“ (Schneewind 2002b) ausgeführt werden:

- elterliche Wertschätzung
- fordern und Grenzen setzen
- Gewährung und Förderung von Eigenständigkeit

Dieser Kompetenzbegriff legt nahe, dass eine kindergerechte Erziehung sich immer an der Entwicklungsförderung des Kindes orientieren sollte. Das Abstecken verbindlicher, pädagogisch wie entwicklungspsychologisch fundierter Erziehungsziele ist ein erster wichtiger Schritt im Interesse der Kinder.

Die folgende, ganz allgemein gehaltene Eingrenzung der Zielsetzung von „Parenting-Interventions“ von Cowan, Powell & Cowan (1998, 7), die sich auf Elternbildung oder Elternschulung unterschiedlicher Formate bezieht, kommt ohne die Begriffe „Erziehung“ und „Kompetenz“ aus:

[...]parenting Interventions [...] are all attempting to effect some change in the parent's understanding or in the quality of transactions between parent and child, with the ultimate goal of optimizing the child's developmental course.

Bei der Ausrichtung der Elternrolle auf „effektives Einwirken“ auf das Kind mit Hilfe des „richtigen“ Erziehungshandelns können aber nicht nur die Entwicklungsbedürfnisse der Kinder aus dem Blick geraten. Auch die Eltern stehen in der Gefahr,

dass ihr Fürsorge-Auftrag auf „Erziehungsleistungen“ reduziert wird, deren „Ergebnisse“ letztendlich den normativen Erwartungen von Politik und Gesellschaft gerecht zu werden haben. Zu Recht legt die *Bundeskonferenz für Erziehungsfragen* bei Elternkurskonzepten Wert auf die „Ganzheitlichkeit von Denken, Fühlen und Handeln im Elternbild“ und setzt dieses Merkmal als Qualitäts-Kriterium fest (BKE 2006).

Zur Auffassung elterlicher Erziehungskompetenz(en) in dieser Arbeit

Erzieherische Kompetenz erscheint im Zusammenhang mit Elternbildung zum einen deshalb problematisch, weil Erziehung an sich nichts elternspezifisches benennt. Im Falle der Kindererziehung durch die Eltern muss erzieherische Kompetenz vielmehr in Bezug zur *Elternrolle* gesetzt und im Beziehungskontext der Familie angesiedelt werden. Die elterliche Erziehungskompetenz ist demnach auch als Spezialfall erzieherischer Kompetenz zu betrachten. Entsprechend müssen Erziehungskompetenzen auch dann *elternrollenspezifisch* erarbeitet werden, wenn sie als Zielkriterien präventiver Elternbildung zum Einsatz kommen. Im Rahmen der Präventionsforschung mit Fokus auf psychosozialer Gesundheit, etwa auch bei der Evaluation von Elternkursen, werden erzieherische Kompetenzen nach wie vor uneinheitlich oder nur vage definiert. Auch eine Abgrenzung *von* oder der Zusammenhang *mit* anderen Elternressourcen spielten bislang keine besondere Rolle.

Die große Chance einer gesundheitswissenschaftlichen Annäherung an die erzieherische Kompetenz der Eltern liegt genau darin, diese - ausgehend von einer präventiven Zielsetzung und einem Präventionsbedarf - als *gesundheitswirksame Ressource* einzuordnen und zu definieren. Denn im Präventionskontext sind ganz bestimmte Anforderungen an eine Kompetenz gestellt, indem nämlich verlangt wird, dass sie auf mittlere und lange Sicht dazu beiträgt, die psychische Gesundheit zu fördern oder zu erhalten. Gerade über die konsequente Herstellung des Gesundheitsbezuges kann verhindert werden, dass es zu einer fehlgeleiteten Auffassung von Erziehungskompetenz inklusive deren Förderung kommt; etwa einer „Erziehungsfertigkeit“, die lediglich dazu verhilft, normative Erwartungen daran zu erfüllen, dass beziehungsweise wie Kinder und Familien „zu funktionieren“ haben.

Ablösung vom Erziehungsbegriff

Keinesfalls kann der elterliche Fürsorgeauftrag auf ein pädagogisches Konzept zurückgeschnitten werden, auch weil er über die Erziehung der Kinder weit hinausgeht. Oder wie Griese es ausdrückt: „Elternsein ist nicht auf das Erlernen effektiven Verhaltens zu reduzieren, sondern braucht ein Konzept zur Rollen- und Verantwortungsübernahme“ (2007, 52). Die Erziehung im Sinne eines mehr oder weniger bewussten, zielgerichteten Eingreifens in die kindliche Lebenswelt erfasst demnach nur einen äußerst kleinen, quasi den „strategisch-ausführenden“ Teil der Elternrolle (intentionaler Erziehungsbegriff¹⁴). Dieser wiederum macht nur einen Aspekt der viel komplexeren, wechselseitig geprägten Eltern-Kind-Dynamik in der Lebenswelt Familie aus. Es ist unübersehbar, dass Eltern neben ihrer Erziehungskompetenz auf eine Vielzahl weiterer Fähigkeiten und Fertigkeiten angewiesen sind, um gut für ihre Kinder zu sorgen. Bei der Frage nach den Präventiven Möglichkeiten der Elternbildung fordert die gesundheitswissenschaftliche Perspektive folglich auch eine Ablösung vom Erziehungsbegriff und von einer rein pädagogisch geprägten Diskussion um Erziehungsziele. Der weiter gefasste Begriff der *familienbezogenen Daseinskompetenzen*, wie er etwa auch im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen (BMFSJ 2004) Verwendung findet, respektiert die Vielschichtigkeit von Anforderungen an Eltern.

Da die elterlichen Erziehungskompetenzen in einem engen Bezug zu anderen Bewältigungsfaktoren (insbesondere sozialen Kompetenzen und Persönlichkeitsmerkmalen) der Eltern und auch zu ihren sozialen Ressourcen stehen, ist es aus präventionswissenschaftlicher Sicht auch notwendig, die elterlichen Erziehungsfähigkeiten in dem weiter gefassten System psychosozialer Ressourcen zu identifizieren, welches sich stets auf die *gesamte Familie* bezieht. Der entsprechende Hintergrund dazu wurde mit der Systematik von Risiko- und Schutzfaktoren im vorherigen Kapitel 2.3 hergestellt. Auf dieser erweiterten Reflexionsbasis kommt man dann beispielsweise auch zu dem Schluss, dass die elterliche Erziehungskompetenz gleichermaßen als

¹⁴ Diese Arbeit beruft sich also auf ein intentionales Erziehungsmodell. Der darin verwendete Erziehungsbegriff ist gut abgegrenzt und handlungsbezogen (vgl. Krapp, Prenzel und Weidenmann 2001); für den Zweck einer anforderungsorientierten Elternrollen-Analyse ist er deshalb am Ehesten geeignet.

personale Ressource *der Eltern* und als familiale Ressource - beziehungsweise sogar als ein empirisch belegter Schutzfaktor - *des Kindes* zu identifizierten ist.

Als Lebensgemeinschaft und Beziehungsgefüge hält die Familie eine *große Vielfalt* psychosozialer Ressourcen bereit, die dort entwickelt und gestärkt werden (können). Darunter befinden sich auch solche personalen und sozialen Schutzfaktoren, die überhaupt erst als präventiv wirksame Größen (also als Schutzschild gegen psychische oder psychogene Erkrankungen) entdeckt oder genau erforscht sein wollen. Dazu zählen insbesondere die Beziehungsressourcen, Qualitäten wie Zugehörigkeit und Zusammengehörigkeit oder der Lern- und Entwicklungsraum für soziale Fertigkeiten. Viele dieser Ressourcen entstehen eher selbstverständlich, also auch automatisch und unreflektiert „im Zusammenwachsen“ der Familie. Sie sind weniger bewusst als Erziehungsziele oder Erziehungshandeln und erfordern darum auch einen ganz anderen Zugang in der Prävention.

Im präventionswissenschaftlichen Fokus meiner Arbeit steht die Frage nach gesundheitswirksamen Belastungen und Ressourcen. Gerade deshalb erscheint es *einerseits* notwendig, sich kritisch mit eindimensionalen Begriffen von elterlicher Erziehungsfähigkeit auseinanderzusetzen, und sich um eine angemessene Konzeption zu bemühen. Aus Sicht von Kindern und Eltern spielen aber weitere familienbezogene Da-seinskompetenzen der Eltern eine unterstützende Rolle zum Erhalt oder zur Förderung der psychischen Gesundheit. Entsprechend ist das elterliche Erziehungsgeschick auch nur ein Bewältigungsfaktor, der als Ressource über die Schulung der Mütter und Väter im Familiensetting gestärkt werden kann. Damit präventive Ansatzpunkte außerhalb der erzieherischen Interaktion liegen sowie nicht verkannt und nicht übersehen werden, muss eine Analyse, die den Ansatz der Elternschulung darauf abklopft, welche Möglichkeiten er zur Stärkung oder Entlastung von Kindern und Eltern bereithält, *andererseits* über erzieherische Kompetenz hinausgehen.

Präventive Möglichkeiten für zwei Zielgruppen

Wie am Beispiel der erzieherischen Kompetenz gerade schon angedeutet wurde, fragt meine Arbeit mit ihrem familienbezogenen Präventionsfokus immer nach den zu stärkenden Ressourcen (beziehungsweise den zu senkenden Belastungen) zweier Zielgruppen, nämlich denen der Kinder und denen der Eltern. In der Argumentation

für den präventiven Wert von Elternbildung wird allerdings - auch dies wurde bereits im ersten Kapitel angesprochen - nur vereinzelt explizit auf zwei Gruppen von *Präventionsempfängern* Bezug genommen. Von der Elternbildungsforschung werden eltern- und kindbezogene Effekte einander gegenübergestellt und dann die von Eltern zum Kind hin für gewöhnlich abnehmenden Effektstärken im Sinne eines „Reibungsverlustes“ diskutiert. Dies impliziert zum einen, dass eine Ressourcenstärkung der Eltern für sich genommen als präventiver Gewinn nicht ausreichend gewürdigt wird. Zum anderen wird im direkten Bezug der Effekte aufeinander zu schnell vergessen, dass zwei unterschiedliche Veränderungskontexte vorliegen, innerhalb derer Effekte bei Kindern und Eltern auch *für sich genommen* betrachtet und beurteilt werden müssen.

Gesundheitsfördernde Effekte bei Eltern und Kindern fallen nicht einfach im Familiensetting zusammen, sondern zeigen Wirkungen an, die sich, wenn auch nicht unabhängig voneinander, so doch für Eltern und Kinder in je unterschiedlichen, voneinander abzugrenzenden Bewältigungskontexten, ergeben. Die Ressourcen, Belastungen und Bedürfnisse von Kindern und Eltern sind eng miteinander verwoben, da diese sich dasselbe Familiensetting als gemeinsame Lebenswelt teilen. Eltern und Kinder befinden sich aber rein objektiv - und erleben sich selbstverständlich auch - in verschiedenen, je eigene Entwicklungsphasen und Entwicklungswelten. Deutlich wird dies beispielsweise, wenn man sich die unterschiedlichen *Entwicklungsaufgaben* der Kinder (selbstständig werden, eine Persönlichkeit entwickeln, beziehungsfähig werden, einen Platz in der Gesellschaft finden etc.) und der Eltern (eine Familie materiell wie sozio-emotional versorgen, Kinder erziehen, partnerschaftliche oder eigene Interessen mit denen von Familie und Kindern vereinbaren etc.) vor Augen hält.

Zwei Zielgruppen in einer Familie zu lokalisieren, impliziert schließlich, dass es in diesem sozialen System, wie in jedem anderen, Interessen und Bedürfnisse geben kann, die miteinander in Konflikt geraten. Es genügt also auch nicht, die Familie als eine Art Globalressource für alle Mitglieder zu behandeln, „irgendetwas Stärkendes“ hineinzugeben und dann zu erwarten, dass nun Kinder und Eltern automatisch in ihrer Gesundheit gefördert würden.

Eltern und Kinder in der Prävention als eigenständige und gleichberechtigte Zielgruppen zu behandeln, heißt also zunächst einmal, diese beiden Gruppen in ihren unterschiedlichen Rollen wahrzunehmen und mit ihren je eigenen Entwicklungsaufgaben und Bedürfnissen anzuerkennen¹⁵. Folglich sollten auch die präventiven Ansatzpunkte des Elterntrainings konsequent über eine mögliche Stärkung elterlicher und kindlicher Ressourcen erschlossen werden.

Defizit: Elternressourcen und der Präventionsanspruch der Eltern

In der Diskussion um die Notwendigkeit und den Wert von Elternbildung werden Mütter und Väter gern als „Sozialisationsagenten“ ihrer Kinder angesprochen und „das Elternhaus“ als eine entscheidende Entwicklungsgrundlage der heranwachsenden Generation angeführt. Dies soll hier nicht grundsätzlich angezweifelt werden.

Geht es um eine psychische Gesundheitsförderung durch präventive Elternbildung, werden die elterlichen Ressourcen und Kompetenzen aber meist nur in Relation zum *kindlichen Präventionsbedarf* gesetzt. Die Zielsetzung der Gesundheitsförderung von Müttern und Vätern tritt damit in den Hintergrund oder bleibt sogar völlig ausgeblendet. Diese Tendenz äußert sich nicht nur in der Argumentation für präventive Elternbildung, sondern lässt sich auch bei der Einordnung empirischer Befunde aufzeigen (vgl. Kapitel 3 in dieser Arbeit). So werden positive Veränderungen durch Elternkurse bei den Eltern zwar ebenso überprüft wie die Effekte auf die Kinder. In der Betrachtung der elternbezogenen Effekte, etwa des Zugewinns an erzieherischer Kompetenz, fehlt dann allerdings überwiegend die zusätzliche Einordnung als präventiver Erfolg oder Gesundheitsgewinn *der Eltern*. Stattdessen wird eine Stärkung elterlicher Kompetenzen durch das Elterntraining ausschließlich den Präventionswirkungen des Kindes zugeordnet und so die Bewältigungsfähigkeit der Eltern implizit wieder hin zum „Ressourcenfaktor des Kindes“ verschoben (Veränderungen geschehen zugunsten des Kindes, für dessen gelungene Entwicklung).

¹⁵ Eine sozialrechtliche Entsprechung findet dieser Gedanke in der Abgrenzung zwischen „Elternrecht“ und „Kindeswohl“, deren Trennung sich nie vollständig aufheben lässt (vgl. Bauer/Wiezorek 2007).

Stand der Elternforschung mit Blick auf die Zielsetzung der Arbeit

Aus der Perspektive von Public Health müssen Mütter und Väter als eine besondere Bevölkerungsgruppe mit speziellem Präventionsbedarf wahrgenommen werden. Dieser Bedarf ist direkt an ihre *Rolle als Eltern* gekoppelt. Wer sich bei der Frage nach einer (psychischen) Gesundheitsförderung von Eltern theoretisch gut verankern möchte, findet bislang kein gesundheitsbezogenes Modell für diese Zielgruppe, welches etwa auch eine empirisch fundierte Systematik gesundheitsrelevanter Belastungen und Ressourcen einschließen müsste.

Während die Präventions- und Gesundheitsforschung kaum elternspezifische Erkenntnisse bietet, fehlt in anderen (Mono-)Disziplinen, die sich mit Strukturen oder Lebensbedingungen von Familien befassen, eine konsequente Verknüpfung mit dem Gesundheitsaspekt. *Elternschaft*, *Elternrolle* und *Elternphase* sind Gegenstand einer Vielzahl familientheoretischer Konstruktionen, etwa aus der Soziobiologie, der Sozialpsychologie oder der Familiensoziologie. Die meisten älteren Modelle bieten wenig Ansatzpunkte für eine gesundheitsbezogene Fragestellung, da ihnen der individuelle Gesundheitsbezug fehlt. Es geht darin eher um die Bedeutung des Elternpaares als funktionale Einheit im Familiensystem oder die Veränderungen der innerfamiliären Beziehungsstrukturen zwischen den Generationen über die Zeit. Die Individuen „Mutter“ oder „Vater“, ihr Erleben in der Elternrolle und ihre Wahrnehmung alltäglicher Belastungen spielen keine Rolle. In den letzten 20 Jahren wurden jedoch auch Ansätze hervorgebracht, die sich mit den *psychosozialen Bewältigungsbedingungen* von Elternschaft und Familienphasen auseinandersetzen. Die Familientheorien aus dieser Gruppe beschreiben den Familienlebenszyklus mit seinen wechselnden Familienentwicklungsaufgaben (Carter/McGoldrick 1988; Aldous 1996) oder ordnen, wie etwa die Familienstresstheorie von Fosson (1988), psychosoziale Belastungen, die auf das Familiensystem einwirken. Diese Erkenntnisse werden für die Ziele des aktuellen Abschnitts genutzt.

Seit der Herausgabe von „Elternschaft heute“ (Schneider/Matthias-Bleck 2002)¹⁶ hat sich zudem eine spezialisierte sozialwissenschaftliche Elternforschung auf den Weg gemacht. Friebertshäuser, Matzner und Rothmüller (2007) benennen und beschrei-

¹⁶ Diese vielzitierte Artikelsammlung beleuchtet die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen heutiger Elternschaft.

ben erstmals den neuen Zweig der Mütter- und Väterforschung. Die neu aufgeflamnte Diskussion um Erziehung und Elternbildung hat einiges an Forschungsdynamik erzeugt. Für die Frage nach der psychischen Gesundheit beziehungsweise deren Gefährdung hoch relevant ist die *Elternperspektive*, welche die subjektiven Bedingungen des Eltern-Seins widerspiegelt. Die empirisch gewonnenen Erkenntnisse hierzu sind vor allem in den letzten fünf Jahren rasant angewachsen. Mehrere repräsentative Erhebungen wie etwa die Vorwerk Familienstudie (2007), die Untersuchung des Sinus-Sociovision-Instituts „Eltern unter Druck“ (Merkle/Wippermann 2008), das Generationen-Barometer 2009 (BMFSJ/Forum Familie stark machen) oder der Ravensburger Elternsurvey (2010) tragen dazu bei, dass wir mehr über die „Herausforderung Elternschaft“ erfahren. Der nachfolgende Text bezieht die aktuellen Daten mit ein, um zentrale Belastungen und Ressourcen im Alltag der Eltern aufzudecken.

Bislang haben jedoch verschiedene Disziplinen wie die Soziologie, die Psychologie oder die Pädagogik Erkenntnisse über die gesundheitsrelevanten Bedingungen von Elternschaft in „zersprengten“ Forschungsfeldern gesammelt – von einer elternbezogenen Gesundheitsforschung im engeren Sinne kann also nicht die Rede sein. So fehlt eine zusammenhängende Basis, von der aus psychische Belastungen, Gesundheitsrisiken und die psychosozialen Gesundheitsressourcen von Eltern beschrieben werden könnten.

Eine Systematisierung elterlicher Belastungen und Ressourcen stellt die Grundlage für die elterngerechte Gestaltung von Präventionsmaßnahmen dar und ist die Voraussetzung für eine hypothesengeleitete Überprüfung von elternbezogenen Präventionseffekten.

Spezialfall Elternschulung in der familienorientierten Prävention: „Startpunkt Eltern“

Die Mütter und Väter, die einen Elternkurs besuchen, bilden ganz offensichtlich den Ausgangspunkt einer jeden positiven Veränderung und Wirkung, die mit Hilfe dieser verhaltenspräventiven Strategie für die Mitglieder der "Zielfamilie", Kinder wie Eltern, erarbeitet werden kann.

Präventive Wirkungen für Eltern und Kinder müssen also stets von den Eltern her erschlossen werden, wenn es gilt, die präventiven Möglichkeiten von Elternkursen zu rekonstruieren. Was muss etwa bei den Eltern passieren, damit bestimmte Schutzfaktoren von Kindern gestärkt werden? Recht konsistent belegen empirische Ergebnisse zwar den Zusammenhang zwischen den positiven Effekten des Elterntrainings auf Eltern und Kinder (siehe dazu das Kapitel 3). Der genaue ursächliche Zusammenhang zwischen den Trainingserfolgen der Eltern und Veränderungen beim Kind ist allerdings noch nicht geklärt. Spätestens wenn es darum geht, das Ausbleiben oder schnelle Abklingen von Effekten auf das Kind zu erklären, wird aber die Transferfrage hoch interessant.

Entfaltet die Teilnahme am Elternkurs eine gesundheitsförderliche Wirkung? Wenn ja, wann und wie? Wie wird ein Trainingserfolg der Eltern, eine Veränderung wie etwa das Erlernen neuer Kommunikationsstrategien oder eine veränderte Verhaltens­tendenz im Umgang mit dem Kind, tatsächlich zu einer gesundheitswirksamen Ressource für die betreffende Mutter, den betreffenden Vater? Die in der Psychotherapie-Forschung seit langem heiß diskutierte Frage „Wenn es wirkt - warum wirkt es eigentlich?“ muss auch für die Elternschulung beantwortet werden.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die nachfolgenden Ergebnisse

Elternbildung wird in dieser Arbeit als eine spezielle Form familienbezogener Prävention vorgestellt, analysiert und diskutiert. Über die *Eltern* im Familiensetting verhaltenspräventiv anzusetzen, eröffnet ganz eigene Problematiken, aber auch besondere Chancen, die nicht übersehen werden wollen.

Eine der Chancen ist es, psychische und soziale Ressourcen von Kindern *und* Eltern gleichermaßen zu stärken (beziehungsweise Belastungen zu senken). Die beiden Bedarfsgruppen (Eltern, Kinder) stehen jedoch vor unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben und besetzen innerhalb der Familie unterschiedliche Rollen. Wer Eltern und Kinder gleichermaßen als Präventionsempfänger in seine Überlegungen und Zielsetzungen einschließt, muss sich auch mit *zwei Bewältigungskontexten* auseinandersetzen - ohne dabei das enge Zusammenwirken zwischen Belastungen und Ressourcen *aller* Familienmitglieder in der gemeinsamen Lebenswelt aus den Augen zu verlieren. Im Folgenden befassen sich zwei eigenständige Abschnitte (2.4.2 und 2.4.3) mit den Chancen des Elternkurses zur präventiven Einwirkung auf Eltern und Kinder.

Anders als dies sonst in der Literatur üblich ist, werden die möglichen positiven Wirkungen von Elternkursen aus Sicht von Eltern und Kindern gleichwertig nebeneinandergestellt. Gesundheitsfördernde Ressourcen der *Familiengemeinschaft* wie Zugehörigkeit, Zusammenhalt oder gegenseitige Unterstützung, von denen prinzipiell alle Mitglieder einen Nutzen haben, bleiben deshalb nicht unbeachtet, vielmehr werden sie aus beiden Perspektiven berücksichtigt.

Was die elterliche Bewältigung der Familienaufgaben betrifft, wurde dann ein Defizit aufgezeigt, das für alle Präventionsbemühungen, die Familien und die ganz jungen Präventionsempfänger erreichen wollen, von erheblicher Bedeutung ist: Wir haben uns noch nicht ausreichend mit der Gesundheit der Eltern beschäftigt. Die Betrachtung des Bedarfs der Mütter und Väter sowie der präventiven Effekte von Elternbildung wird halbherzig bleiben, solange diese nur als „ressourcive Konstanten“ im Leben des Kindes aufgefasst werden. Damit Eltern auch als Präventionsempfänger und nicht ausschließlich als *Vermittler* präventiver Wirkungen auf den Plan treten können, müssen auch sie als sich entwickelnde Personen verstanden werden, die sich in einer speziellen, sehr dynamischen und ebenso verantwortungsvollen wie belastungsreichen Lebensphase befinden.

Wer der Frage nach elternspezifischem *Präventions-Bedarf* und elternspezifischen *Schutz- und Risikofaktoren* nachgeht, muss die aus verschiedenen Grundlagendisziplinen und Forschungsfeldern vorgebrachten Erkenntnisse unter der Perspektive von Prävention und Gesundheitsförderung zusammenführen. Der Abschnitt 2.4.2 wird sich dieser Aufgabe widmen.

Die kritische Auseinandersetzung mit der erzieherischen Kompetenz führte unter anderem zu der Feststellung, dass es am „Präventionsort Familie“ weder Kindern noch Eltern gerecht würde, Elternrolle und Elternschaft auf „Erziehungsleistungen“ zu reduzieren. Auch die Möglichkeiten der Elternschulung reichen über den Ausbau von „Erziehungsfunktionen“ hinaus. Um die möglichen Präventionswirkungen von Elternbildung darzustellen, muss die familiäre Erziehungsaufgabe der Mütter und Väter in den Gesamtkontext der *Elternrolle* eingefügt werden. Ein wichtiges Ziel dieses Kapitels meiner Arbeit ist es, den Stellenwert der Erziehungskompetenz(en) als Gesundheitsressource in der Familie zu diskutieren und in einen größeren Kon-

text familialer und außerfamilialer Ressourcen einzuordnen. Durch diese Art der Betrachtung werden auch die Grenzen erzieherischer Kompetenz(bildung) sichtbar.

Die Entscheidung zur Inanspruchnahme von Elternbildungsangeboten, der Aufbau beziehungsweise die Stärkung von psychosozialen Ressourcen und das Einbringen von hilfreichen Impulsen ins Familiensystem, die schließlich auch die Kinder erreichen (Transfer) - all dies geht im speziellen Fall präventiver Elternbildung von den Eltern aus. Die lebensweltliche Situation der Eltern ist Ausgangspunkt und Hintergrund des präventiven Wirkungsgeschehens und der präventiven Inanspruchnahme von Elternbildungsangeboten. Der elterliche Bewältigungskontext verdient auch deshalb besondere Beachtung. Ein möglichst umfassendes Verständnis der *Elternrolle* ist eine Voraussetzung dafür, die üblichen Anforderungen, typische psychosoziale Belastungen und gesundheitswirksame Ressourcen im Bewältigungskontext von Müttern und Vätern zu erschließen.

Der nun folgende Abschnitt 2.4.2, „Männer und Frauen in der Elternrolle“ wird sich zunächst diesen Aufgaben, Belastungen und Ressourcen von Eltern widmen. In der Auseinandersetzung mit der Elternrolle (Elternperspektive) greife ich das bestehende Defizit hinsichtlich einer theoretischen Spezifikation von *elterlichem Präventionsbedarf* sowie einer *Systematisierung* gesundheitsrelevanter *Belastungen* und *Ressourcen* von Müttern und Vätern auf. Ziel dieses Abschnittes ist es, der vielschichtigen Elternrolle mit einem ganzheitlicheren Blick besser gerecht zu werden - denn genau hier setzt ja das Elternttraining an.

2.4.2 Präventive Stärkung von Männern und Frauen in der Elternrolle

In diesem Abschnitt befrage ich mich zunächst mit einer stress- und entwicklungspsychologisch orientierten Analyse der Elternrolle. „Was gibt es überhaupt zu bewältigen für Frauen und Männer in der Elternphase?“ lautet dabei die erste wichtige Frage, und die zweite: „Welche Bewältigungsressourcen sind entscheidend, um es mit den Herausforderungen von 'Elternschaft' aufzunehmen?“. Entlang dieser beiden Fragen wird ein *elternspezifischer Bewältigungskontext* konstruiert, in dem zum einen die typischen Anforderungen und Belastungsfaktoren, zum anderen die psychosozialen Ressourcen und von Müttern und Vätern benannt und systematisiert werden. Mit diesen Schritten vollzieht meine Arbeit die Übertragung eines *Belastungs-*

Ressourcen-Modells auf Frauen und Männer in der Elternrolle. Daran anknüpfend erschließt der Text die möglichen Ansatzpunkte für ressourcenorientierte Präventionsbemühungen, die an den Eltern ansetzen.

Die Elternrolle bildet somit auch den zentralen Bezugspunkt bei der Betrachtung der präventiven „Potenziale“ von Elternbildung: *Wo kann und soll Elternbildung sinnvoll ansetzen?* Dasselbe gilt für die Besprechung von gravierenden Belastungen oder Risikofaktoren, die aus der Elternperspektive heraus auf einen erhöhten Präventionsbedarf hinweisen.

Die Anforderungen der Elternrolle als Bewältigungskontext von Müttern und Vätern

Despite the fact that most people become parents and everyone who ever lived has had parents, parenting remains a mystifying subject about which almost everyone has opinions, but about which few people agree. Freud once listed bringing up children as one of the three "impossible professions" - the other two being governing nations and psychoanalysis. (Bornstein, 1995, S. xxii, zitiert nach Cowan et al. 1998).

Was tun Frauen und Männer eigentlich als Eltern?

Die englische Bezeichnung „Parenting“ hat im Deutschen keine wörtliche Entsprechung. Darum müssen wir uns leider mit Begriffen behelfen, die das, was mit „Parenting“ so gut zum Ausdruck gebracht wird, nur unvollständig abdecken. Es gibt auf Deutsch Wendungen wie etwa „für ein Kind sorgen“, es „versorgen“ oder „großziehen“. Eltern „tragen die Verantwortung“ für ihre Kinder und sie „erziehen“ sie. Nichts von dem vermittelt allerdings ein vollständiges Bild davon oder bringt das auf den Punkt, was *speziell Eltern* tun oder was Elternschaft bedeutet. *Parenting* ist, wie die englische Verlaufsform zum Ausdruck bringt, etwas aktiv ausgeführtes, das im Prozess steht. Am ehesten lässt sich die nützliche Parenting-Vokabel darum wohl mit „die Elternrolle ausüben“ übersetzen, was zugegebenermaßen etwas unpersönlich und lieblos klingt. Im Weiteren werde ich entweder kurz „Elternrolle“ oder „die Elternrolle ausüben“, „ausfüllen“ und „bewältigen“ benutzen oder einfach auf die englische Bezeichnung Parenting zurückgreifen.

Unter dem Begriff der *Elternrolle* kann zum einen an einer lebensweltlich gerechteren Vorstellung von dem angesetzt werden, was es aus Sicht der Mütter und Väter bedeutet, ihre Kinder großzuziehen. Zum anderen spiegelt sie wider, welche Rolle die Eltern für das mit ihnen aufwachsende Kind spielen. Diese Kinderperspektive wird Gegenstand des Abschnitts 2.4.3 sein. Hier jedoch sind zunächst das Erleben der Eltern und die Anforderungen an sie das Thema.

Besondere Position der Eltern: Verantwortung und Fürsorge

Die (Kern-)Familie oder Zwei-Generationen-Familie ist ein überschaubares, aber dennoch sehr komplexes soziales System. Eltern und Kinder teilen sich diese Lebenswelt heute sehr viel gleichberechtigter als noch die Generationen zuvor. Bei allem Wandel bleibt aber die Position der Eltern in der Familie erhalten. Sie tragen die *Verantwortung* für ihre Nachkommen und haben den *Fürsorge*-Auftrag inne.

Eine Definition des Parenting von Bornstein (1995) im *Handbook of Parenting* hilft, die mit der Elternrolle assoziierten „Funktionen“ umfassender zu verstehen. Hier werden vier essenzielle Funktionen elterlicher Fürsorge beschrieben:

- „nurturant caregiving“: Befriedigung der physiologischen Grundbedürfnisse des Kindes (nach Nahrung, Schutz, Körperkontakt)
- „material caregiving“: Die materielle Versorgung des Kindes umfasst unter anderem die Beschaffung des Lebensunterhaltes, die Finanzierung des Wohnraums und elementarer Gebrauchsgegenstände wie Bett, Spielzeug, oder später auch Lernmaterial.
- „social caregiving“: Dies bezieht sich auf die Herstellung von Kontaktmöglichkeiten, das Ermöglichen zwischenmenschlichen Austausches und die Förderung des sozialen Lernens. Durch ihre soziale Fürsorge verschaffen Eltern ihren Kindern die Grundlage dazu, ein beziehungsfähiges Wesen, ein Mitglied der Gesellschaft zu werden. Dieser Teil des Parenting geschieht innerhalb *und* außerhalb der Familie, liegt also in der Eltern-Kind-Interaktion ebenso wie im Unterstützen von Kontakt und Freundschaften mit anderen Kindern und anderen Erwachsenen.

- „didactic caregiving“: Eltern stimulieren ihre Kinder dazu und schaffen Möglichkeiten, die *Welt außerhalb der Familie* zu entdecken. Sie unterstützen die Kinder dabei, ihre Umgebung zu verstehen und sich in ihr zu recht zu finden. Da die didaktische Fürsorge die "Weltaneignung" des heranwachsenden Kindes fördert, spielt sie eine entscheidende Rolle für dessen Ablösung, Verselbstständigung und Individuation.

Im Erziehungshandeln schneiden sich soziale und didaktische Fürsorge. Die Erziehung in Form einer relativ bewusst gestalteten oder zumindest dem Bewusstsein gut zugänglichen, zielgerichteten und direkten Form der Eltern-Kind-Interaktion oder der intentionale Erziehungsaspekt, unter den etwa die Erziehungsstrategien, der Erziehungsstil oder die Erziehungsziele fallen, beschreiben darin nur jeweils *eine* wichtige Elternaufgabe (vgl. Krapp/ Prenzel/Weidenmann 2001).

Cowan, Powell und Cowan (1998) stellen im *Handbook of Child Psychology* eine der gründlichsten psychologischen Analysen der Elternrolle hinsichtlich der elterlichen Einwirkung auf das Kind vor, die es überhaupt in der Literatur zu finden gibt. Aus einer familiensystemischen Perspektive betonen sie:

- Elternschaft ist eine *Beziehung*, die sich über die Zeit hinweg entfaltet und verändert
- Eltern tragen Verantwortung für die *Sozialisation* ihrer Kinder (relativierend: siehe weiter unten).
- Eltern gestalten die *familiale Lebenswelt* ihrer Kinder.

Die Gesamtheit der elterlichen Fürsorge-Aufgaben fassen die Autoren/-innen zu folgendem Auftrag zusammen (1998, 5): "The central task of parents, then, is not simply to keep their infants alive or to provide appropriate discipline but to create the conditions in which children can develop to their fullest capacity both inside and outside the family".

Ganz ähnlich beschreiben Parke und Buriel (1998) die Eltern im Zusammenhang mit der familialen Sozialisation des Kindes in der Rolle als *Interaktionspartner*, als *Erzieher* und als *Arrangeure von Entwicklungsgelegenheiten*¹⁷. So sind Eltern in einem umfassenden Sinn herausgefordert als die ersten wichtigen *Gestalter der kindlichen Lebenswelten* innerhalb und außerhalb der Familie, was sie, gemessen an der Entwicklungs-Kapazität der ersten Lebensjahre, für lange Zeit bleiben. Gutes Parenting erfordert von den Eltern als Arrangeuren kindlicher Entwicklungsgelegenheiten auch, die Aufnahme des Kindes in andere entwicklungsrelevante Lebensräume zu unterstützen und den *Austausch* zwischen dem Familiensetting und weiteren Erziehungs- und Bildungsinstitutionen (KiTa, Schule, Ausbildungsstätten) mit zu gestalten. Die großen Entwicklungsziele von Sozialisation und Individuation brauchen soziale Kontakte (Peer-Groups, andere Erwachsene). Und es braucht Räume, die es dem Kind ermöglichen, Talente und Neigungen zu entdecken sowie Interessen zu entwickeln und ihnen nachzugehen. Den Eltern fällt dabei die Aufgabe zu, die Aufnahme in diese Räume zu organisieren, das Kind zu motivieren und dabei zu unterstützen, sich darin zurechtzufinden. Was die soziale Fürsorge in diesem Zusammenhang vor allem komplex macht, ist ihre Einbindung in die umliegenden sozialen Systeme.

Das sozial-ökologische Entwicklungsmodell von Bronfenbrenner (Bronfenbrenner 1979; Bronfenbrenner/Morris 2000) gibt nach wie vor den besten Eindruck davon, wie Eltern und Kinder gemeinsam in die Lebenswelt Familie (das *Mikrosystem*) und getrennt voneinander in ihre je eigenen außerfamilialen Erfahrungswelten (die *Mesosysteme* - wie die Gruppe der Gleichaltrigen, der Freundeskreis, die Arbeit, die Schule, Vereine) eingefasst sind. Um das Mikrosystem der Familie und die Mesosysteme von Kindern und Eltern herum muss das *Makrosystem* gesamtgesellschaftlicher Rahmenbedingungen gedacht werden, welches alle zuvor beschriebenen Lebenswelten in erheblichem Maße beeinflusst (etwa die Bildungschancen des Kindes, die Arbeitsbedingungen der Eltern). Die Beschaffenheit der Mesosysteme (Qualität des Wohnumfeldes, Infrastruktur, kinderfreundliche Nachbarschaft, Betreuungsangebote und vieles mehr) entscheidet insbesondere über die Möglichkeiten der Eltern zur sozialen Fürsorge. Sie sind darum auch ein zentraler Ansatzpunkt verhält-

¹⁷ Hier wird im Weiteren ein Viererschema verwendet, in dem sich die Rollen „Gestalter der familialen Lebenswelt“ und „Arrangeure von Entwicklungsräumen“ überschneiden.

nispräventiver Bemühungen. Die sozialen Fürsorge-Kompetenzen der Eltern stoßen an Grenzen, wenn das Umfeld keine entsprechenden Angebote bietet, diese nicht zugänglich sind oder das Umfeld sogar entwicklungsschädigend ist.

Elternrolle und Erziehung

Die Erziehungsaufgabe der Eltern wird auch im Kontext der allgemeinen Erziehungsforschung abgehandelt. Sie stellt aber einen ganz speziellen Fall von Erziehung dar, denn Eltern erziehen ja aus ihrer einzigartigen Position in der wie auch immer zusammengestellten Familie heraus, die durch besondere Emotionalität und Bindung, Verantwortung und Dauerhaftigkeit geprägt ist. Erziehen oder erzieherisch handeln kann theoretisch jede Person im sozialen Umfeld eines Kindes. Was die elterliche Erziehung betrifft, darf die *Beziehungs- und Bindungsebene* nicht verkannt oder in den Hintergrund gedrängt werden - dagegen steht die Lebenswelt Familie mit ihren besonderen Eigenschaften und Qualitäten (siehe dazu auch 2.5).

Für Eltern gehört ihre Auffassung von Erziehung zum Selbstverständnis als Mutter oder Vater und somit zu ihrer sozialen Identität. Das Gelingen der eigenen Erziehungsbemühungen ist ihnen im Allgemeinen sehr wichtig. So stolz sie über die eigenen Erfolge in der Erziehung sind, so angreifbar sind sie bei Problemen und Erziehungsschwierigkeiten. Sie können die Erziehungsaufgabe auch nicht, wie etwa professionelle Pädagogen/-innen, von den anderen Bereichen der Fürsorge abtrennen, schon gar nicht von der Sorge um ihre Kinder.

Die Elternrolle „akzeptieren und üben“

Weder eine allzu romantische Vorstellung von „natürlicher Elternschaft“ und der damit verbundenen „instinktiv richtigen Erziehung“ noch die reduzierte Position der jederzeit für jedermann optimierbaren „effektiven Sozialisationsleistung“ von Eltern wird einer zeitgemäßen Betrachtung der *Rolle von Frauen und Männern als Eltern* gerecht. Beide Positionen verkennen, dass das Ausüben und Innehaben der Elternrolle mit besonderen Anforderungen an die Eltern verbunden ist.

Niemand kommt als Mutter oder Vater auf die Welt, ausgestattet mit den entsprechenden Elternkompetenzen. Das „automatische Hineinwachsen“ in diese Rolle ist eine schöne Vorstellung, gelingt jedoch nicht unbedingt so einfach, wie man es sich

einmal vorgestellt hat. Nicht jeder blickt auf einen Kindheit zurück, die ihm den Erziehungsstil der eigenen Eltern als nachahmenswert erscheinen lässt. In der Vorwerk-Familienstudie (2007) gibt nur knapp die Hälfte der befragten Mütter an, auf Erziehungshandeln der eigenen Eltern zurückzugreifen. Viele frischgebackene Mütter und Väter möchten es „ganz anders“ oder doch zumindest „besser“ machen, merken aber bald, dass sie, gerade in Phasen hoher Belastung, in die altbewährten und vertrauten Erziehungs-Muster zurück fallen. Rein biologisch betrachtet ist Elternschaft etwas ganz natürliches. Die Elternrolle hingegen ist vor allen Dingen eine *soziale Rolle*, und somit eine, „...die akzeptiert und geübt werden muss“ (Griese, 2007). Zu viel „trial and error“ verträgt die Entwicklung des Kindes - und die Partnerschaft in den meisten Fällen auch - nicht.

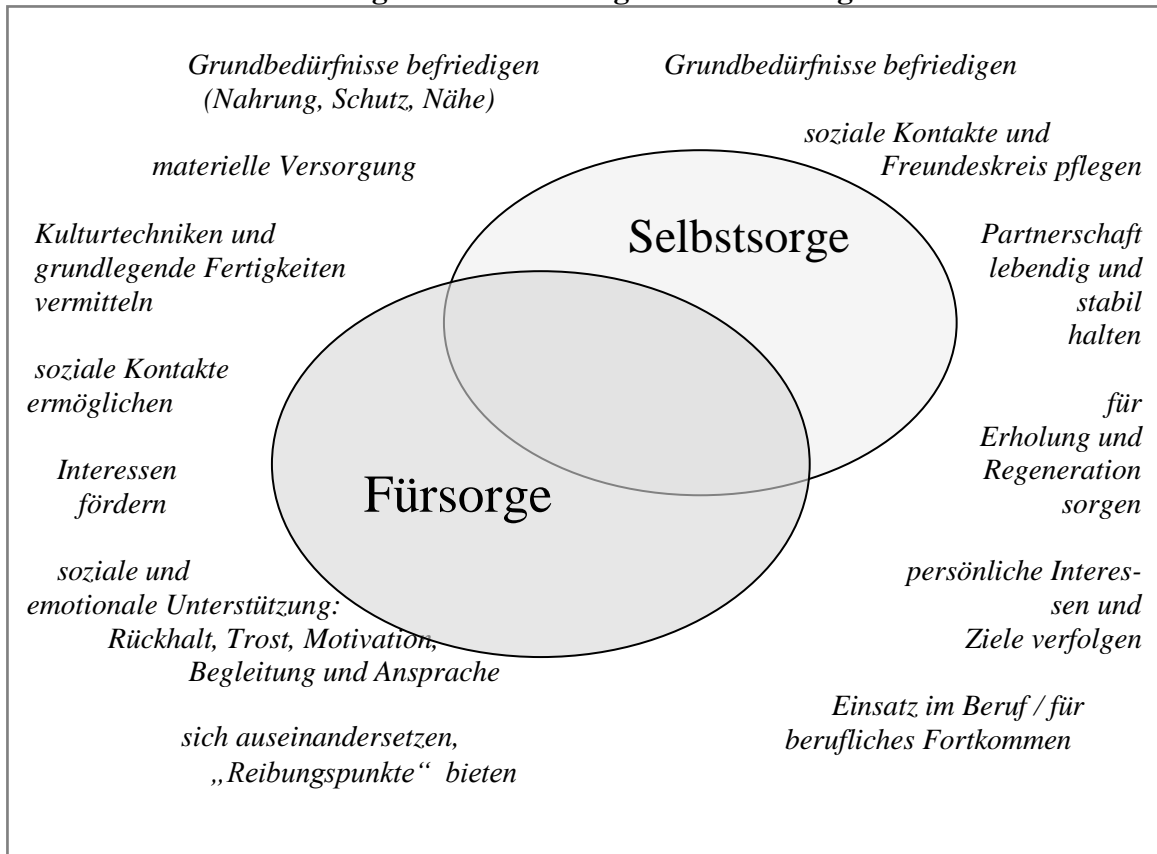
Erwachsene Menschen gehen aber sehr wohl mit einer Grundausstattung psychischer, sozialer und lebenspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten (Fähigkeit zu Empathie, zu liebevoller Zuwendung und zur Bindung) in die Elternphase. Auf diesen können sie dann aufbauen, um die spezielleren, kindbezogenen Fürsorge-Qualitäten zu entwickeln. Nicht jeder bringt die gleiche Grundausstattung mit. Je nach ihrer eigenen Biografie (vor allem: eigene Kindheit) und der individuellen Lebenserfahrung starten Mütter und Väter unter ganz unterschiedlichen Bedingungen.

Selbstsorge: Frauen und Männer jenseits der Elternrolle

Auf dem Weg zu einem elterngerechten Belastungs-Ressourcen-Modell muss berücksichtigt werden, dass im Leben von Männern und Frauen neben der Elternrolle auch *weitere Rollen und Lebensbereiche* wichtig bleiben. Partner/in von..., Freund/in von..., Tochter oder Bruder von..., Berufstätige/r beziehungsweise „Arbeitende/r“ zu sein, verliert nicht einfach seine Bedeutung, wenn Kinder kommen. Das Bedürfnis, diese Rollen zu leben und die Anforderung, sie zu bewältigen, kann unter Umständen mit der Elternrolle in Konflikt geraten. Viele dieser Rollen (außerhalb der Elternrolle, in und außerhalb der Familie) stehen in einem engen Zusammenhang mit den *eigenen psychischen und sozialen Bedürfnissen* von Müttern und Vätern und damit letztendlich auch mit ihrer psychischen Gesundheit. Mütter und Väter bleiben eigenständige, sich entwickelnde Individuen mit Bedürfnissen, Interessen und Zielen. Ihre Kräfte sind begrenzt - sie brauchen Erholung und Regeneration. Sofern sie also nicht einen für Eltern und Kinder gleichermaßen ungesunden Rückzug aus ihrer Identität

außerhalb von Mutter- oder Vater-Sein (in der extremsten Form: „Selbstaufgabe“, „Aufopferung“) wählen, müssen die selbstbezogenen Bedürfnisse mit der Elternrolle vereinbart werden. Das beste Beispiel ist das vieler junger Frauen, die ihre Berufstätigkeit in der Familienphase heute nicht mehr beziehungsweise nicht mehr langfristig oder vollständig aufgeben möchten.

Abbildung 2.4.2/ 1: Fürsorge und Selbstsorge



Alles, was für Eltern mit dem Sorgetragen für die eigenen Bedürfnisse zu tun hat, fasse ich hier unter den Begriff der *Selbstsorge*, um sie als Pendant zur *Fürsorge* zu begreifen. Selbstsorge berührt ein weites Spektrum von Lebensbereichen, wie in der Abbildung 2.4.2/ 1 zu sehen ist: die Partnerschaft, der Freundeskreis, berufliche und private Interessen sowie das Bedürfnis nach Unterstützung. Es liegt auf der Hand, dass der Raum für die *Selbstsorge* kleiner wird und die eigenen Bedürfnisse zwangsläufig in den Hintergrund treten, wenn die umfassenden *Fürsorge-Aufgaben* ins Leben der Eltern Einzug halten. Selbstsorge und Fürsorge sollen in der jetzt neu entstandenen Einheit Familie nicht als grundsätzlich voneinander getrennte Bereiche

verstanden werden. Wie hier durch die sich überschneidenden Ellipsen angedeutet ist, lassen sie sich in der Familie oft gleichzeitig verwirklichen oder gut miteinander vereinbaren: in der gemeinsam verbrachten Freizeit; zusammen spielen, essen, Sport treiben; im Urlaub; gemeinsame Ziele verwirklichen; oder einfach beisammen sein, sich nah sein, sich gegenseitig unterstützen und miteinander wohlfühlen.

Zusammenfassung: Komplexe Rolle - komplexe Anforderungen

Um die Anforderungen verständlich zu machen, die grundsätzlich an Mütter und Väter gestellt werden, wurde dargestellt, welche Aufgaben die Eltern im Zusammenhang mit ihrem *Fürsorge-Auftrag* erfüllen. Dabei ist die Komplexität der elterlichen Fürsorge-Leistungen deutlich geworden, in die auch die *Erziehungsaufgabe* eingebunden ist.

Festgehalten wurde weiterhin, dass Frauen und Männer ihre soziale Rolle als Eltern lernen und üben müssen - Elternschaft ist eine Entwicklungsaufgabe! Die Elternrolle innezuhaben und auszufüllen setzt voraus, dass Frauen oder Männer diese Rolle akzeptieren und die Verantwortung übernehmen. Auch die Entscheidung, wie sie ihre Kinder erziehen möchten, gehört dazu. Der (mehr oder weniger) bewusst gestaltete oder zielgeleitete Umgang mit dem Kind - also der *intentionale Erziehungsaspekt*, bei dem sich Erziehungsziele, Erziehungsstrategien oder auch der Erziehungsstil in der direkten Eltern-Kind-Interaktion verknüpfen und sichtbar werden - beschreibt nur einen wichtigen Teil der Elternrolle. So erfordert der Sozialisationsauftrag oder die *soziale Fürsorge* eine Gestaltung von sozialen Entwicklungsräumen über die Eltern-Kind-Beziehung hinaus, damit sich das Kind innerhalb und außerhalb der Familie entwickeln kann. Eltern organisieren und unterstützen die Einbindung des Kindes in außerfamiliale soziale Systeme.

Gerade für das positive Erleben sowie die Akzeptanz der Elternrolle und deren Bewältigung ist es - heute mehr denn je - sehr entscheidend, wie sich das Leben für Mütter und Väter auch *außerhalb* dieser Rolle gestaltet. Selbstsorge und Fürsorge in der Balance zu halten kann als eine typische Herausforderung für Männer und Frauen in der Familienphase beschrieben werden. Dies erfordert eine Reihe von Lebens- und Beziehungskompetenzen, wie etwa die Fähigkeiten zur Abgrenzung gegen die Bedürfnisse der anderen Familienmitglieder oder zum Eingehen und Aushandeln von Kompromissen, aber auch Kreativität und soziale Unterstützung in der Alltagsgestal-

tung. Schneider (2002) spricht ganz treffend von der „Gestaltungsaufgabe“ Elternschaft.

In der vielgestaltigen Elternrolle lassen sich grundsätzlich zahlreiche Ansatzpunkte finden, um Eltern zu unterstützen, auch für den verhaltenspräventiven Weg der Elternbildung.

Herausforderung Elternschaft im transaktionalen Stressmodell

Im vorangehenden Abschnitt wurde versucht, sich der Elternrolle von ihren grundsätzlichen Anforderungen her anzunähern, um die Elternschaft als Herausforderung zu skizzieren. Damit ist der universelle Hintergrund des elterlichen Bewältigungskontexts beschrieben. Über das konkrete Erleben und Gestalten der Elternrolle im Mikrosystem der Familie oder im Spannungsfeld „zwischen den Systemen“ ist bisher noch nicht viel gesagt. Wie wird Elternschaft heute erlebt und wie gelingt es Männern und Frauen, diese Herausforderung zu meistern? Von der Wahrnehmung und dem Bewältigen ihrer Rollen als Mütter und Väter hängt es ab, wie weit die *psychische Gesundheit* von Eltern strapaziert wird.

Ziel der folgenden Ausarbeitung wird es sein, gesundheitsrelevante Belastungen und Ressourcen von Eltern genauer zu beleuchten und zu präzisieren, damit ein zielgruppenspezifisches Präventionsmodell für die Bevölkerungsgruppe der Mütter und Väter entstehen kann.

Das transaktionale Stressmodell, welches im vorherigen Kapitel als Grundlagenmodell der Gesundheitsforschung vorgestellt wurde, veranschaulicht in einem ersten Schritt die „gesundheitswirksame“ subjektive Verarbeitung von Belastungen in Abhängigkeit von den verfügbaren Ressourcen. Auch die Begriffe Belastung/Stressor, Beanspruchung und Stress wurden unter 2.3.2 eingeführt. Negative Beanspruchung oder *Stress* entsteht, wenn eine Person zu der Einschätzung kommt, dass sie die an sie gestellten Anforderungen mit den vorhandenen Ressourcen (etwa Handlungskompetenzen, Möglichkeiten sozialer Unterstützung, Zugang zu professionellen Hilfsangeboten) nicht bewältigen kann.

Elternschaft stellt Männer und Frauen vor besondere Herausforderungen, und die damit verbundenen Belastungen gilt es zu bewältigen. Um gesund zu bleiben, müssen Belastungen und Ressourcen in guter Balance stehen. Geht dieses Gleichgewicht verloren, besteht für Eltern die Gefahr, chronisch unter Stress zu geraten, was in psy-

chische Erschöpfungszustände, aber auch in ernsthafte körperliche Erkrankungen münden kann. Jeden wird es hier an seinem schwächsten Punkt treffen. Zu einer genaueren Spezifikation der Gesundheitsgefährdungen bei Eltern (etwa bestimmter Krankheitsbilder) reichen die bisher erbrachten sozialeepidemiologischen Daten meines Erachtens nicht aus.

Spezifikation elterntypischer Anforderungen und Belastungen

Belastungen und Anforderungen entsprechen stresspsychologisch der Reizebene und benennen die objektiven Bedingungen von Stress. Menschen können in sehr unterschiedlichem Maße belastet sein; Belastungen sind von unterschiedlicher Dauer und Heftigkeit. Das Spektrum reicht von milder bis zu hochgradiger Belastung, die oft durch gleichzeitiges Auftauchen multipler Belastungsfaktoren (beispielsweise Armut, familiäre Gewalt und/oder die Erkrankung eines Familienmitglieds) oder einzelner extrem belastender Ereignisse (z.B. der Tod des Lebenspartners oder Gewalterfahrungen) hervorgerufen wird.

Mit den psychosozialen Bewältigungsbedingungen von Elternschaft und Familienphasen befasst sich eine Reihe modernerer familienpsychologischer Ansätze. Diese beschreiben den *Familienlebenszyklus* oder die *Familienentwicklung* mit ihren wechselnden Entwicklungsaufgaben (Carter/McGoldrick 1988; Aldous 1996; Schneewind 1999). Die *Familienstresstheorie* hat sich darauf spezialisiert, belastende Ereignisse, die auf das Familiensystem einwirken, zu erforschen und zu systematisieren und bezieht dabei die Perspektive der Familienentwicklung mit ein (Fosson 1988; Bodenmann 2000; Perrez 2000). Schneewinds Familienentwicklungsmodell (1999, 2000) entspricht einer Zusammenführung von Familienstresskonzeption, familiensystemischer Betrachtung und Stressmodell. Es definiert nicht nur die Entwicklungsaufgaben von Eltern, sondern schließt Stressoren und Ressourcen in die Betrachtung ein. Es hat somit hilfreiche Anreize für ein Belastungs-Ressourcen-Modell für Eltern geboten, vor allem weil Schneewind Entwicklungsaufgaben und -phasen für Paare nochmals gesondert behandelt hat (Schneewind 2000).

Ganz allgemein lassen sich Belastungen (Stressoren) nach ihrer Dauerhaftigkeit (*Persistenz*) und ihrer negativen Wertigkeit (*Valenz*) unterscheiden. Perrez, Berger

und Wilhelm (1998, 20) schlagen vor, drei Kategorien von Belastungen nach der Dauerhaftigkeit ihrer Einwirkung auf das Familiensystem zu unterscheiden:

- Alltagswidrigkeiten (alltägliche Belastungen, „daily hassles“)
- kritische Lebensereignisse, darunter (Eintritt in) die Lebensphase „Elternschaft“
- chronische Stressoren

Elterntypische Stressoren lassen sich in etwa nach diesem Schema ordnen. Die Übernahme der Elternrolle mit dem Eintritt in die Lebensphase „Elternschaft“ entspricht belastungsanalytisch beispielsweise einem kritischen Lebensereignis.

Die nun unter einem ersten Punkt behandelten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflussen die Belastungssituation in der Elternphase als Ganzes. Da sie auf die Mütter und Väter und das Familienleben umfassend und dauerhaft einwirken, können die hier angesprochenen Belastungsquellen alle anderen gegebenenfalls vorhandenen Stressoren auf den drei oben genannten Ebenen verschärfen.

Elternrolle im Wandel: gestiegene Anforderungen und veränderte Rahmenbedingungen

Jeder neuen Elterngeneration werden jeweils Orientierungs- und Anpassungsleistungen abverlangt, um sich bei der Erziehung ihrer Kinder in einer sich fortwährend verändernden Gesellschaft und im Wandel der Werte zu positionieren. Unter welchen Bedingungen erfüllen Eltern heute die Aufgabe der Familienerziehung? Brezinka (1991, 373) fasst das Spannungsfeld, in dem sich Mütter und Väter bewegen, folgendermaßen zusammen: „Erziehung heute ist Erziehung in einer differenzierten, labilen, spannungsreichen Gesellschaft mit viel Wahlfreiheit und wenig Orientierungssicherheit, mit geringer Fremdkontrolle, aber großer Selbstverantwortung, mit vielen Lebenschancen aber auch mit vielen Gefahren für die seelische Gesundheit“.

Die Belastungsseite der jungen Elterngeneration ist gekennzeichnet durch eine ungünstige Mischung aus erhöhten Kompetenzanforderungen, normativem Druck und Verunsicherung. Mit dem gesamtgesellschaftlichen Wandel ist die Elternrolle heute

zur „anspruchsvollen“ und zugleich „konfliktreichen“ Anforderung an die Eltern geworden (Ecarius 2007). Fuhrer (2007, 20) führt die von Beck (1986) identifizierten strukturellen Veränderungsströmungen der *Individualisierung*, der *Pluralisierung*, des *raschen gesellschaftlichen Wandels* und der *Enttraditionalisierung* auf, um die Situation der Eltern zu verdeutlichen. Schnellebigkeit, Selbstbestimmung, Wertevielfalt und der Verlust von Handlungsnormen lassen auch bei Eltern die Handlungsunsicherheit wachsen und tragen dazu bei, dass Mütter und Väter unter erhöhtem Entscheidungsdruck stehen. Oder betrifft dies alles vielleicht sogar gerade die Mütter und Väter? Die Erwartungen an Eltern sind hoch, denn „Elternschaft ist zur einzigen lebenslang unkündbaren Verpflichtung in unserer Gesellschaft geworden und die Eltern-Kind-Beziehung zur einzig unkündbaren Primärbeziehung. Derart stellt die Entscheidung zur leiblichen Elternschaft eine der wenigen, im gesamten Lebenslauf nicht mehr rückgängig zu machenden Entscheidungen dar“ (Fuhrer 2007, 49). Die Eltern-Kind-Beziehung ist somit auch in einen deutlichen Kontrast zu anderen Beziehungssystemen geraten, was erst recht dazu führt, dass hohe Erwartungen in die Elternschaft projiziert werden. Der normative Druck, ausgelöst durch die Forderung nach „umfassender Elternschaft“, ist damit eher gewachsen (Nave-Herz 2002; Burkart 2008).

Das Außeninteresse an der Familie als Sozialisationsinstanz ist aber heute größer denn je, und die Erwartungen an Eltern und ihre Erziehungsleistungen sind nach Einschätzung vieler Autoren deutlich gestiegen (vgl. Schneider/Matthias-Bleck 2002, Rupp/Smolka 2007). In der öffentlichen Diskussion werden beispielsweise sogar politische Herausforderungen (Stichworte „Bildungsnotstand“, „Humankapital“) an die Eltern herangetragen. Der Außendruck steht in enger Wechselwirkung mit den Erwartungen von Müttern und Vätern an die eigenen Kinder und an sich selbst. So steigen etwa die Bildungsaspirationen seit den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts kontinuierlich an, und zwar in allen Bevölkerungsschichten. Die Chancen auf höhere Bildungsabschlüsse driften zwischen den oberen und den unteren sozialen Schichten dagegen immer weiter auseinander. So hat der Druck, den Eltern aus benachteiligten Bevölkerungsschichten diesbezüglich erleben, besonders stark zugenommen: Die Ziele sind hoch gesteckt, aber die Aussicht darauf, sie auch zu erreichen, ist verhältnismäßig schlecht. Erhöhte Anforderungen an die familiäre Beziehungsarbeit ent-

springen aber auch dem gewandelten Verhältnis zwischen Eltern und Kind, das heute durch die Entwicklung vom „Befehls- zum Verhandlungshaushalt“ ganz anders definiert ist (Bois-Reymond/Büchner/Krüger et al. 1994). Dieser Liberalisierungsschub, mit dem das Kind in der Familie zum wertgeschätzten Subjekt wurde, das den gleichen Respekt verdient wie jedes andere Familienmitglied¹⁸, fordert von den Eltern hohe *Beziehungs- und Kommunikationskompetenzen* (Scheewind/Ruppert 1995). Schließlich ist es für Eltern einfacher, Befehle zu geben, als sich mit den Bedürfnissen des Kindes oder seiner Gefühlslage auseinander zu setzen und diese im Erziehungshandeln und im Familienalltag zu berücksichtigen.

Die veränderte Position und Dauer der Familienphase innerhalb der gesamten Lebensspanne werden ebenfalls angeführt: späterer Beginn von Elternschaft, geringere Anzahl an Kindern und deutlich mehr Lebenszeit danach. Die Elternphase hat sich dadurch im Verhältnis zur gesamten Lebenszeit verkürzt. Hat dadurch auch ihr Stellenwert abgenommen? Im Gegenteil, vielmehr komprimieren sich die Erwartungen an Familie, Partnerschaft und Kinder nun auf eine kürzere Phase: „Keine Lebensform ist mit mehr persönlichen Hoffnungen, Erwartungen und Enttäuschungen verknüpft als die Familie“ (Fuhs 2007, 34).

Die Sinus-Sociovision-Studie „Eltern unter Druck“ (Merkle/Wippermann 2008) belegt und differenziert erstmals systematisch die belastenden Faktoren, denen sich junge Eltern in Deutschland ausgesetzt fühlen. Demnach lasten vor allem zeitlich-organisatorischer Druck, die Leistungsanforderungen im Beruf sowie die Vereinbarung von Familien- und Berufsleben auf den Müttern und Vätern. Außerdem beansprucht Eltern die soziale Identitätsfindung in der neuen Rolle und die „Neudefinition“ und Umstellung der Paarbeziehung. Eltern erleben schließlich Erfolgsdruck bezüglich der Schulleistungen ihrer Kinder und auch in Verbindung mit der Erziehungsarbeit. Erziehungsfragen im engeren Sinne machen also dieser Studie zufolge nur einen gewissen Teil des elterlichen Belastungspotentials aus.

Den erhöhten Anforderungen an die elterlichen Kompetenzen stehen aber gesellschaftliche Entwicklungen und Strukturen gegenüber, die wenig Unterstützendes

¹⁸ Nave-Herz (2004) bezeichnet diesen Prozess als „Emanzipation des Kindes“ und spricht von der „kindzentrierten Familie“.

bieten. Nach Ansicht einiger Autoren lassen diese für zukünftige Eltern die Möglichkeiten schwinden, Erfahrungswissen im Umgang mit Kindern zu sammeln und familienbezogene Daseinskompetenzen zu erwerben (zusammenfassend: Rupp/Smolka 2007). Kleinere Familien und eine zunehmende Distanz zur eigenen Kindheit (ältere Eltern) ließen späteren Müttern und Vätern weniger Chancen, Wissen und Fähigkeiten zur Betreuung, Erziehung oder der Gestaltung des Miteinanders in der Familie zu erlangen, die nicht formal vermittelt werden. Allerdings tritt der Aspekt des Kompetenzverlusts in Folge einer „Entwöhnung von Kindern in der Lebenswelt von Erwachsenen“ doch in den Hintergrund, wenn man die oben zitierten Ergebnisse der Studie „Eltern unter Druck“ beachtet. Hier spricht doch einiges dafür, dass ein Leben mit Kindern grundsätzlich mit dem Takt der Gesellschaft „hier und jetzt“ (sprich: reibungslose Abläufe und Funktionen unter Leistungs- und Optimierungszwängen) kollidiert – egal, wie „daseinskompetent“ sich die jungen Eltern zeigen. Ein zentrales Ergebnis des Ravensburger Elternsurveys stützt diese These: Eltern wünschen sich vor allem *mehr Zeit* für die Familienaufgaben (Ravensburger Elternsurvey 2010, Generationen-Barometer 2009).

Die Familiengründung als kritisches Lebensereignis (transitorische Phase / normativer Übergang)

Dieser Blick auf die Eltern in der Familienphase bietet den universellsten Zugang zur Anforderungsseite der Elternschaft. Betrachtet über ihre gesamte Lebensspanne, treten Männer und Frauen mit der Geburt des ersten Kindes in eine ganz neue Phase ein, die ihnen nun eine zusätzliche Rolle abverlangt. In der Entwicklungspsychologie und der Familiensoziologie wird eine Familiengründung den normativen Übergängen, aus stresspsychologischer Sicht den kritischen Lebensereignissen zugeordnet (Holmes/Rahe 1967). Diese kennzeichnen den Beginn von *Umbruchphasen* des Lebens, die immer von *erhöhter Belastung* geprägt sind und die Anpassungsfähigkeit und Verarbeitungskapazitäten des Menschen fordern. Auch im Beispiel des Eltern-Werdens sind Männer und Frauen vor eine besondere Entwicklungsaufgabe gestellt: Sie übernehmen die Fürsorge für ihr Kind, tragen Verantwortung und sie gründen eine Lebensgemeinschaft, deren Regeln und Rhythmus erst noch gefunden werden müssen und in die sie sich auch selbst neu einfügen müssen (Schneider/Rost 1999). Der Aufbruch in die Familienphase kann demnach auch als *transitorisch* beschrieben

werden („aus einem Liebespaar wird ein Elternpaar“). Vor allem das erste Kind markiert einen Umbruch, aber auch jedes weitere neue Familienmitglied bedeutet wieder Veränderung, die erneute Umstellung von Gewohnheiten, gewachsene Verantwortung und weniger Freiheitsgrade. Die Rationalität der Entscheidung für die Gründung einer Familie wird im Allgemeinen überschätzt. Die meisten Eltern sind *unvorbereitet*, Kinder gehören einfach dazu, sie sind fester Bestandteil des Lebensentwurfes (Burkart 2008).

Je nach persönlicher Konstitution beider Partner, der Qualität ihres Miteinanders und der Unterstützungskapazität des Familien- und Freundeskreises lassen sich die neuen Aufgaben nun mehr oder weniger gut meistern (. Zwangsläufig treten aber die Bedürfnisse der Partnerschaft in den Hintergrund, sodass diese wichtige soziale Gesundheitsressource strapaziert wird (Schneewind 2000; Fthenakis 2002). In der Partnerschaft kommt es eventuell zu Konflikten, die sich an neuartigen Themen entzünden, etwa an unterschiedlichen Vorstellungen von Kindererziehung oder an der Aufteilung der Betreuungsaufgaben. In der „Rush Hour“ des Lebens (Bittman/Rice 2000) nehmen es Eltern, insbesondere diejenigen aus den oberen Sozial- und Bildungsschichten, neben der Fürsorge für ihre Kinder, deren Erziehung und der Familienorganisation oft mit weiteren Herausforderungen auf. Die Chancen für ein berufliches Fortkommen für Männer und Frauen nehmen jenseit der 40 deutlich ab, davor stehen sie besonders gut. So möchten auch Mütter und Väter zwischen 30 und 40 die entscheidende Weichenstellung für die berufliche Karriere nicht verpassen. Dies erfordert für gewöhnlich zusätzliche Anstrengungen wie Weiterqualifizierung oder besondere Leistungsbereitschaft.

Die Familienstress-Perspektive: interpersonale Belastungsquellen

Fossons Arbeit beurteilt familiäre Stressquellen aus einer familiensystemischen Psychologie heraus. Die Entstehung von Familienstress ist hier im Beziehungsgefüge (Interaktion, Kommunikation) verankert. Als Ursachen der Stressgenese spielen etwa mangelnde Abgrenzung von gestressten Familienmitgliedern, problematische Kommunikationsstile, mangelnde Unterstützung und „Clinch“ oder überhöhte Erwartungen untereinander eine entscheidende Rolle (Fosson 1988).

Familienmitglieder empfinden Stress, wenn...

- roles are demanding
- change is necessary
- emotions emanating from a distressed family-member are shared
- expectations and performance are discordant
- communication is ambiguous
- boundaries are poorly drawn
- members feel unsupported
- crossgenerational alliances are overly important (Fosson 1988, 173)

Die aus Fossons Analyse hervorgehenden interpersonalen Belastungen lassen sich im hier eingesetzten Schema (siehe oben) nicht so leicht einem der drei adaptativen Zeithorizonte zuordnen. Je nach Persistenz der oben angeführten Belastungen kann die Bewältigung unterschiedliche Zeiträume und Kapazitäten erfordern. Oft sind die stressenden Beziehungsmuster sehr resistent und können sich zu chronisch belastenden Strukturen herausbilden, die Dauerkonflikte nach sich ziehen. Um Situationen oder Phasen von Familienstress auszuhalten, aufzulösen oder (im besten Fall) gar nicht erst entstehen zu lassen, ist es für beide Elternteile wichtig, über personale und interpersonale Kompetenzen zu verfügen.

Alltagswidrigkeiten und alltägliche Quellen der Belastung

Das Stresspotential alltäglicher Belastungen wurde lange Zeit unterschätzt; man hielt einschneidende oder sogar traumatisierende Erlebnisse und schwerwiegende chronische Stressoren für die Hauptverantwortlichen der Stressgenese und der Stress-Folgeerkrankungen. Lazarus und Folkman (1989) richteten ihre Aufmerksamkeit aber bald auf die *daily hassles*. Viele empirische Ergebnisse haben inzwischen bestätigt, dass diese kleinen Stressoren des Alltags, sofern sie gehäuft auftreten und das Tagesgeschehen dauerhaft bestimmen, die Gesundheit sogar stärker beeinträchtigen als die „großen“ kritischen Lebensereignisse (DeLongis/Folkman/Lazarus 1988).

Das Familienleben hält reichlich belastende Situationen und Anlässe zu Konflikten bereit. Es steht der Berufswelt darin in nichts nach. Im Gegenteil: Betrachtet man bei Elternpaaren die Belastungsquellen, aus denen Partnerschaftskonflikte hervorgehen, so rangieren Auseinandersetzungen, bei denen es um die Familie geht, weit vor be-

ruflichen oder anderen externen Themen. In einer Untersuchung von Laux & Schütz (2001), basierend auf 278 Elterninterviews, stellte sich die *Kindererziehung* als bedeutendster Konfliktpunkt zwischen den Lebenspartnern heraus. So bilden die 20% der belastenden Interaktionen zwischen Müttern und Vätern, die an den Streit um Erziehungsfragen gebunden sind, die größte Kategorie. Die in der Wichtigkeit direkt dahinter folgenden Konflikthanlässe für Paare wie Zeitplanung, Haushalt oder Arbeitsteilung hängen ebenfalls eng mit den alltäglichen Erfordernissen des Lebens mit Kindern zusammen.

Alltagsorganisation, Zeitplanung, Vereinbarung der Rollen

Die alltägliche Organisation und Koordination von Beruf, Verpflichtungen der Kinder, Haushalt, Einkauf und sonstigen Terminen verlangt den Eltern einiges ab. Dies gilt insbesondere für die Mütter, die bis heute ganz klar die Hauptlast (bezüglich der Verantwortung und der Umsetzung) tragen, wenn es um die Organisation des Familienlebens geht. Für sie wird der *tägliche Zeitdruck* zu einer häufigen Stressquelle (Huwiler 1998).

Noch bis vor wenigen Jahren in Deutschland rar gesät, leuchten nun mehrere neuere repräsentative Elternbefragungen ein breiteres Spektrum elterlicher Belastungsquellen aus. Die Ergebnisse ermöglichen es auch, die Bedeutung von Erziehungsfragen und -problematiken für das Beanspruchungserleben der Eltern direkt in Bezug zu setzen zum Stresspotential der übrigen Anforderungen der Familienphase. So wird übereinstimmend belegt, dass das Beanspruchungserleben der Eltern in erster Linie von alltagspraktischen und zeitlich-organisatorischen Zwängen geprägt ist, die sich aus der *Vereinbarung von Beruf und Familie* ergeben (z.B. Vorwerk Familienstudie 2007, Merkle/Wippermann 2008; Ravensburger Elternsurvey 2010). Eine mehr innerpsychische Anforderung bildet in diesem Zusammenhang die Klärung der Rollen- und Arbeitsteilung zwischen den Lebenspartnern, die sich je nach Familienkonstellation, sozialer Lage des Elternpaares und Einigkeit zwischen den Elternteilen auch zu langwierigen Konflikten ausdehnen kann. Anfällig für den klassischen innerpsychischen „Rollenstress“ sind aber auch hier eher die Mütter als die Väter (Burkhardt 2008; Fthenakis 2002).

Bezüglich der Stressgefahr für Eltern ist zu bedenken, dass nahezu alle Termine und Verpflichtungen, die mit der Kinderbetreuung und -versorgung zusammenhängen,

extern vorgegeben sind und somit *wenig Freiheitsgrade* in der Alltagsroutine mit Kindern lassen. Da Mütter und Väter objektiv wenig Handlungsspielräume haben, sind die Bewältigungsmöglichkeiten für die zusätzlich aufkommenden Belastungen stark eingeschränkt. Dies begünstigt die Stressgenese. Sobald etwas Unvorhergesehenes wie die Erkrankung eines Kindes oder ein kaputtes Auto hinzukommt, steigt die Stressgefahr schnell an. Die mit der Elternrolle verbundene Anforderungssituation weist übrigens alle Stress begünstigenden Merkmale auf, die stresspsychologisch auch für Hochrisiko-Arbeitsplätze („Stressjobs“) typisch sind: hohe Verantwortung und multiple Anforderungen, die oft zeitgleich, bei geringen Freiheitsgraden sowie ohne angemessene Gratifikation und soziale Anerkennung für die erbrachte Leistung bewältigt werden müssen.

Als Quelle alltäglicher Belastungen sind die Erziehungs- und Fürsorgeaufgaben im engeren Sinne den zuvor genannten insgesamt nachgeordnet. Problematiken in Bezug auf die Erziehung und Entwicklung der Kinder fügen sich aus Sicht der Eltern jedoch gleich dahinter ein. Sobald ernsthafte Probleme auftauchen, können die Frage nach der richtigen Erziehung, eine schwierige Entwicklungsphase oder die Sorge um die Zukunft der Kinder zu einer hohen Belastung werden, die den Alltag bestimmt (Generationen-Barometer 2009).

Merkmale des Kindes

Qualität und Stärke der Belastungen, die Eltern im Laufe der Entwicklung ihrer Kinder bewältigen, sind nicht immer gleich. Eine Längsschnittstudie von Huwiler (1998) zeigt, dass aus Sicht der Mütter die Gesamtbelastung durch ihre Kinder in den ersten Lebensjahren stetig ansteigt, und im vierten Lebensjahr dann gleich bleibt. Als hauptsächliche Belastungsquellen nennen Mütter den kindlichen *Charakter* (das Temperament) und die *geforderte Aufmerksamkeit*. Belastungsinhalte und Gesamtbelastung variieren aber nicht nur mit Alter und Entwicklungsstand, sondern auch mit weiteren Merkmalen des Kindes. Huwiler (ebd.) fasst diese zu insgesamt vier relevanten Dimensionen zusammen:

- Wesensmerkmale
- Entwicklungsstand
- körperliches Befinden der Kinder

- psychisches Befinden der Kinder

In der zitierten Längsschnitt-Untersuchung ergab sich kein nennenswerter Zusammenhang zwischen dem Belastungserleben der Mütter und ihrer beruflichen Qualifikation, einer Erwerbstätigkeit (ja/nein) oder dem Familieneinkommen. Es wurde allerdings auch explizit nach Belastungsinhalten und -stärken gefragt, die im Alltag für die Mütter *durch die Kinder* entstehen.

Tab. 2.4.2/ 1: Systematisierung elterlicher Anforderungen und Belastungen

Alltägliche Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> • Alltag mit Kindern organisieren und koordinieren • Zeitdruck • Beruf, Kinder und Partnerschaft vereinbaren • unvorhergesehen Ereignisse • ein Kind mit anstrengendem Temperament (fordernd)
Entwicklungsaufgaben und kritische Lebensereignisse in der Familienphase	<ul style="list-style-type: none"> • Familiengründung: Elternrolle übernehmen • weitere kritische Lebensereignisse müssen eventuell verarbeitet werden: Hausbau/Umzug, Scheidung, Arbeitslosigkeit, Migration, Tod naher Angehöriger, Verlust des Partners (Tod, Scheidung)
Chronische Stressoren	<ul style="list-style-type: none"> • (relative) Armut/soziale Benachteiligung • schwerwiegende chronische Erkrankung eines Elternteils oder eines Kindes • Pflegefall (Großelterngeneration) • dauerhafte gravierende Familienkrisen (Stress, Gewalt etc.)

Chronische Belastungen

Chronische Belastungen wie Armut, Arbeitslosigkeit oder die schwere chronische Erkrankung eines Elternteils oder eines Kindes erfassen nahezu zwangsläufig das gesamte Familiensystem. Auch unzureichend bewältigte kritische Lebensereignisse wie die Scheidung/Trennung des Elternpaares können sich zu chronischen Belastungen auswachsen, die die Familie dauerhaft beeinträchtigen und die Kräfte der Eltern aufzehren („Familienstress“).

Chronische Belastungen weisen den Status von *Risikofaktoren* auf, die einen erhöhten Präventionsbedarf derjenigen Elterngruppen (Familien) signalisieren, die davon betroffen sind. Sie geben Anlass zu der Bemühung, diese Bevölkerungsgruppen verstärkt und frühzeitig mit präventiven Angeboten zu erreichen, die gegebenenfalls auf die speziellen Problemlagen dieser Familien abzustimmen sind (selektive Präventionsstrategien). Abgesehen von den hier genannten chronischen Belastungen gelten für die Bevölkerungsgruppe der Eltern diejenigen Risikofaktoren, die unter 2.3.1 allgemein für die erwachsene Bevölkerung besprochen wurden, wie etwa Arbeitslosigkeit.

Die geschlechtsspezifisch unterschiedlich gelagerten Anforderungen und Belastungen von Müttern und Vätern können hier nicht systematisch aufgearbeitet werden. Die umfangreichen Forschungen zur Differenzierung der Geschlechterrollen bilden einen eigenständigen Bereich.

Spezifikation und Systematisierung präventionsrelevanter Elternressourcen

Allgemeine Protektivfaktoren für die psychische Gesundheit, die bei Menschen in der *Elternphase* von besonderer Bedeutung sind, oder *elternspezifische* Bewältigungs-Ressourcen wurden bislang nicht spezifiziert und systematisiert. Als Ausgangspunkt für eine auf Eltern bezogene Systematik eignen sich Belastungs-Ressourcen-Modelle, die sich auf die Bevölkerungsgruppe von „Erwachsenen in der mittleren Lebensphase“ konzentrieren sowie Ausarbeitungen im Rahmen der familienbezogenen Stress- und Gesundheitspsychologie (bspw. Faltermaier 2005, Schneewind 2002). Die hier angebotene allgemeine Sammlung *psychosozialer Ressourcen* greift die Systematik aus dem Kapitel 2.3 wieder auf. Sehr gut erschlossen und empirisch belegt sind die präventiven Wirkungen bestimmter Persönlichkeitsfaktoren und Kompetenzen durch die psychologische Stressforschung. Darum erlauben sich zu diesen personal-psychischen Merkmalen differenzierte Darstellungen. Eine Gewichtung soll damit nicht zum Ausdruck kommen. Die *elternspezifischen Faktoren* sind zumeist aus der Elternrollen-Analyse geschlossen und überwiegend an stresspsychologisch relevante Ressourcen angelehnt.

Allgemeine und elternspezifische Ressourcen

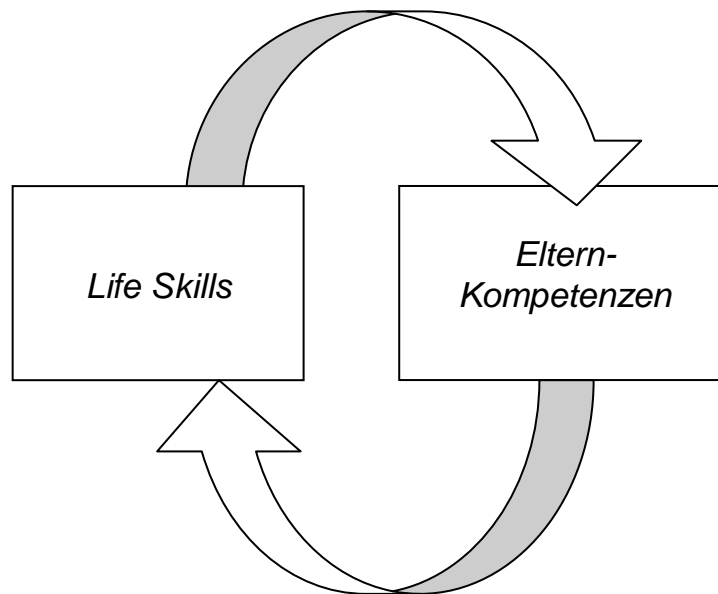
Wie in den vorhergehenden Abschnitten gezeigt wurde, sind Frauen und Männer in der Familienphase mit ganz speziellen Anforderungen konfrontiert, die immer eng an ihre Rolle als Eltern geknüpft sind. Bei der Überlegung zu notwendigen und hilfreichen Ressourcen zur Bewältigung der Elternrolle denkt man zuallererst an den Fürsorge-Auftrag der Eltern. Als Beispiel einer *personalen Elternressource* (Kompetenzfaktor): das Wissen über die Grundbedürfnisse des Kindes und über gesunde Entwicklungsbedingungen, um Entwicklungsschritte des Kindes einordnen und Gefahren einschätzen zu können (beispielsweise um zu erkennen, wann eine ernsthafte Erkrankung des Kindes vorliegen könnte und rechtzeitig einen Arzt aufzusuchen). Als Beispiel einer *sozialen Ressource*: Großeltern-Generation oder Geschwister, die bei der Kinderbetreuung einspringen. Es ist also naheliegend, dass es eine Reihe von psychosozialen „Spezial-Ressourcen“ gibt, die im Bewältigungskontext von Eltern eine entscheidende Rolle spielen.

Weiter gehen wir davon aus, dass bestimmte personale und soziale Ressourcen, auf die Menschen auch unabhängig von der Rolle als Mutter oder Vater zur Bewältigung ihres Lebensalltags und ihrer Entwicklungsaufgaben zurückgreifen, in der Familienphase deutlich *mehr Gewicht* bekommen (zur Begründung siehe den Abschnitt zur „Herausforderung Elternschaft“). Unter den personalen Ressourcen dürften dies vor allem die Beziehungskompetenzen sein; insbesondere die Kommunikationsfähigkeit ist wichtig, da diese etwa eine konstruktive Auseinandersetzung mit dem Partner oder eine klare Bitte um dessen Unterstützung ermöglicht, wenn es um die Erziehung oder Betreuung der Kinder geht.

Elternspezifische und universelle psychosoziale Ressourcen lassen sich nicht immer klar voneinander trennen. Deutlich wird dies etwa im Bereich der sozialen Unterstützung durch die eigene Familie (Großeltern, Geschwister). Auch bezogen auf den Kompetenzbereich lassen sich verschiedene universelle „Life-Skills“ ausmachen, die sich immer auch in elternspezifische Kompetenzen übersetzen lassen. Ein Beispiel bietet die Empathiefähigkeit. Sie ist grundsätzlich immer, auch unter Erwachsenen, ein wichtiger Anteil von Beziehungskompetenz. Die Einfühlung in Kinder erfordert womöglich andere Fähigkeiten zur Perspektivenübernahme und größere Sensitivität,

da es durchaus schwierig sein kann, sich als erwachsene Person in Kinder - man denke etwa an Säuglinge und ganz kleine Kinder - hineinzusetzen.

Abbildung 2.4.2/ 2: Life Skills und spezifische Elternkompetenzen im Austausch



Allgemeine personale Ressourcen (psychische Eigenschaften und Kompetenzen)

Für das Ziel, Ansatzmöglichkeiten eines verhaltensorientierten Präventionsangebotes zu überprüfen, verdienen die personalen Ressourcen besondere Beachtung. Zu diesen unter 2.3 systematisierten Ressourcen werden einerseits Kompetenzen und Bildungsressourcen, andererseits Persönlichkeitsmerkmale gezählt. Von den gesundheitswirksamen *Persönlichkeitseigenschaften* gelten vor allem kognitive Merkmale der Person, etwa ein positives Selbstbild oder eine internale Kontrollüberzeugung, sowie die Bewältigungsneigungen, wie etwa ein aktiv-problemlösender Coping-Stil, als förderfähig. Auch eine optimistische Lebenshaltung beziehungsweise der Kohärenzsinn könnten besonders für Eltern eine wichtige psychische Ressource darstellen, da sie ihre Anstrengungen „zwangsläufig“ konstruktiv auf die Zukunft ausrichten, wenn sie Kinder großziehen. Bezogen auf den zweiten Komplex personaler Ressourcen, die *Kompetenzen*, erscheinen für Mütter und Väter vor allem die Handlungs-/Alltagskompetenzen und die sozialen beziehungsweise Beziehungskompetenzen

bedeutsam (vgl. Belastungsprofil). Die Fähigkeit zum Lösen sozialer Probleme und Konflikte, kompetente Kommunikation, Empathie und nicht zuletzt die Fähigkeit zur Selbstbehauptung und Abgrenzung sind im Familienalltag essenziell.

Allgemeine soziale und interpersonale Ressourcen

Unterstützende Personen aus dem nahen sozialen Umfeld und dem individuellen Netzwerk, *soziale Unterstützung* durch Partner, Eltern, Geschwister und gute Freunde sowie emotionale und instrumentelle Unterstützung sind für Eltern ebenso wichtig wie die Unterstützung durch Informationen (Schwarzer 1993).

Emotionale Unterstützung kann am ehesten durch nahe Angehörige oder enge Freunde geleistet werden, da hier die entsprechende gefühlsmäßige Verbundenheit und das Vertrauensverhältnis vorhanden sind. Nahe Verwandte und enge Freunde zu haben, die auch instrumentell, also durch Tat und Handlung, unterstützen, ist für Eltern von hoher Bedeutung. Eltern erfahren große Entlastung, wenn sie die Möglichkeit haben, ihre Kinder vorübergehend beaufsichtigen oder betreuen zu lassen, wenn plötzlich etwas Unerwartetes dazwischenkommt. Oft leisten dies Großeltern und Geschwister. Sofern es um die Betreuung der Kinder geht: Das Vertrauen in die Person, die das Kind beaufsichtigt, ist enorm wichtig. Eltern brauchen diese Art der sozialen Unterstützung aus dem nahen Umfeld auch, um sich Zeit für sich selbst zu nehmen (für Interessen, Freundschaften und gegebenenfalls die Partnerschaft - siehe dazu auch Abschnitt „Selbstsorge“).

Es hängt nicht allein vom Vorhandensein von Unterstützungsressourcen ab, ob diese gesundheitswirksam werden. Die *erwartete Unterstützung* zum Beispiel stärkt und entlastet Menschen psychisch, ohne dass die soziale Umwelt tatsächlich Unterstützung leistet (Sarason/Pearce/Shearin 1990). Die Voraussetzung für diese Erwartung ist ein grundsätzliches Vertrauen in Anerkennung durch andere¹⁹. Es erfordert Selbstbewusstsein und soziale Kompetenz, vorhandene Unterstützungsressourcen zu erkennen und auch für sich zu nutzen: Kommunikationsfähigkeit, um anderen klar sagen können, welche Art von Unterstützung gebraucht wird, Verständnis dafür, wen man im nahen Umfeld gerade am ehesten belasten kann sowie genug Selbstwertgefühl, um davon ausgehen zu können, dass es einem selbst zusteht, unterstützt zu wer-

¹⁹ Der engere Zusammenhang mit *sozialer Integration* liegt auf der Hand.

den und um Hilfe annehmen zu können, ohne sich dabei „kleingemacht“ zu fühlen. Unerwünschte soziale Unterstützung kann übrigens Stress erzeugen, anstatt ihn zu beheben (Schröder/Schmitt 1988). Es ist darum auch wichtig, selbstbewusst und kompetent genug zu sein, um ungebetene Helfer auszubremsen. Eine Nutzung und Gesundheitswirksamkeit vorhandener sozialer Unterstützungsangebote hängt also oft mit Eigenschaften der Person zusammen.

Die folgenden Textabschnitte beziehen sich auf elternrollenspezifische Ressourcen.

Zufriedenheit und positiv erlebte Elternrolle

Die Zufriedenheit in der Elternrolle ist eine der wichtigen Bedingungen, um Elternschaft positiv und nicht etwa als Überforderung zu erleben. Dazu gehört die Akzeptanz dieser Rolle, was vor allem die Bereitschaft und den Mut voraussetzt, Verantwortung zu übernehmen und für seine Kinder zu sorgen. Wenn dies gut gelingt, erwächst daraus ein *positives Selbstbild* als Mutter oder Vater. Die Befähigung zur Bewältigung der elterlichen Aufgaben ist nicht so sehr an spezielle Formen erzieherischer Kompetenz im pädagogischen Sinne gebunden (siehe unten). Für die Eltern geht es eher um das Gefühl und die Gewissheit, dass sie gut für die eigenen Kinder sorgen und es diesen gut geht, also dass sie die *Fürsorge* umfassend bewältigen. Darum kann das Selbstbild der Eltern auch stark beeinflusst werden durch äußere, auch materielle Faktoren. Armut gibt Eltern häufig das Gefühl, nicht gut für ihre Kinder zu sorgen, weil sie diesen so wenig von dem bieten können, was sie sich wünschen. Negative Selbsturteile dieser Art, auch wenn sie auf einer Fehlattribution fußen, schädigen die psychische Befindlichkeit auf direktem Weg durch Selbstvorwürfe und Selbstbestrafung.

Erzieherische Kompetenz

Erziehungsfähigkeit bezeichnet nach Fuhrer (2007, 273) die Fähigkeit der Eltern, „Erziehungsziele und -einstellungen auf der Grundlage angemessener Erziehungskenntnisse und unter Anwendung ausreichender persönlicher Kompetenzen im Umgang mit dem Kind in entwicklungsförderliches und dem Kindeswohl dienendes Verhalten“ umzusetzen. Erzieherisch kompetente Eltern wünscht man sich natürlich zuerst einmal für die Kinder. Aber die Erziehungskompetenz ist auch aus Sicht der Eltern eine zentrale *Bewältigungsressource* der Familienphase und des Familienall-

tags. Nach Schneewind (2005, 179) umfassen die elterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen vier Bereiche (hier ergänzt um Dettenborn/Walter 2002, 98-108, zitiert nach Fuhrer 2007, 273/274):

- Erziehungskennnisse (selbstbezogene Kompetenzen) beziehen sich auf das pädagogische und entwicklungspsychologische Wissen der Eltern, Basiskenntnisse über die kindliche Entwicklung; neben diesem allgemeinen Erziehungswissen gehört auch das spezifische Wissen über das eigene Kind, d.h. dessen individuelle Dispositionen und Eigenarten zu diesem Kenntnisbereich.
- Kindbezogene Kompetenzen umfassen vor allem Beziehungskompetenzen, die für die direkte Eltern-Kind-Interaktion von Bedeutung sind, wie Empathie und Sensitivität; Fuhrer hebt zusätzlich die Bedeutung der „willentlichen Stabilität“ und „Ich-Stärke“ der Erziehenden hervor.
- Kontextbezogene Kompetenzen beinhalten die Fähigkeit zur Gestaltung einer entwicklungsförderlichen Lebenswelt (beispielsweise soziale Kontakte herstellen, Erfahrungs- und Lernräume bieten); sie können verstanden werden als der Ausschnitt von Lebens- und Alltagskompetenz, der relevant ist, um die Entwicklung des Kindes zu fördern (siehe dazu oben).
- Handlungsbezogene Kompetenzen schließlich beziehen sich auf geeignete altersangemessene und entwicklungsförderliche Erziehungsstrategien inklusive eine dem Alter angemessene Kommunikation.

Über ihre verschiedenen Entwicklungsphasen hinweg haben Kinder unterschiedliche Bedürfnisse, sodass die Fürsorge-Aufgaben wechselnde Anforderungen an Eltern stellen. Bei Säuglingen erkennen und befriedigen kompetente Eltern die elementaren Bedürfnisse des Kindes nach Nahrung, Schutz, Nähe/Körperkontakt und Stimulation der Sinne; die Fürsorge ist „unmittelbar“. Einen Säugling rund um die Uhr zu versorgen, fordert zwar hohen Einsatz von den Eltern, aber es ist ziemlich eindeutig, was passieren muss (relativ leichte Entscheidungen). Erzieherische Kompetenz im eigentlichen Sinn wird umso wichtiger, je mehr sich der „Aktionsradius“ des Kindes vergrößert.

Selbstwirksamkeitserwartung und Kompetenzerleben in der Erziehung

Verschiedene Aspekte erzieherischer Kompetenz sind für die Eltern gesundheitsrelevant, da sie sich auf die Verarbeitung von Anforderungen und Belastungen auswirken. So sind etwa die Erziehungsfertigkeiten und Erziehungsstrategien als Handlungskompetenzen im Alltag wichtig. Die Selbstwirksamkeitserwartung in der Erziehung beeinflusst das subjektive Erleben der Erziehungsaufgabe und entscheidet mit darüber, ob diese als Überforderung erlebt wird. Als psychische Ressource ist die Selbstwirksamkeitserwartung zwar eng an das Kompetenzgefühl gekoppelt, hängt aber auch von weiteren Faktoren ab, etwa von Eigenschaften des Kindes. Das Kompetenzerleben steht zudem in einem ganz engen Zusammenhang mit dem *Selbstwert* als Mutter/Vater. Erziehungsprobleme können dazu führen, dass Eltern zu der Annahme oder Befürchtung kommen, nicht erziehungskompetent zu sein. Und zwar auch, wenn die aufkommenden Probleme gar nicht oder nicht ausschließlich am Erziehungsverhalten der Eltern hängen.

Unterstützung durch Information

Das Bedürfnis von Eltern nach Information und die Entlastungsfunktion, die damit verbunden ist, sich vor allem hinsichtlich der Gesundheit und Entwicklung ihrer Kinder gut informiert zu fühlen, sind nicht zu unterschätzen. Der Informationsaustausch mit Freunden und Verwandten, die selbst Kinder haben, über Gesundheit, Entwicklung, Rechte und Pflichten, Betreuungs- und Freizeitangebote in der Nähe, KiTas, Schulen und Fragen wie „Was kann ich hier mit meinen Kindern unternehmen?“ oder „Zu welchem Zahnarzt?“ ist darum eine wichtige soziale Ressource. Diese Art von Informationen wird zu einem großen Teil über das engere soziale Netzwerk auf informellem Wege beschafft.

Tab. 2.4.2/ 1 Systematisierung psychosozialer Elternressourcen

personal	Kompetenzen	<ul style="list-style-type: none"> • soziale und Beziehungskompetenzen (etwa Kommunikation, Empathie, soziales Problemlösen)
		<ul style="list-style-type: none"> • allgemeine Problemlösefertigkeiten
		<ul style="list-style-type: none"> • familienbezogene Daseinskompetenzen • Erziehungskompetenzen im eigentlichen Sinn (pädagogisches/entwicklungspsychologisches Wissen und Handlungsstrategien)
sozial	Persönlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstwertgefühl/positives Selbstbild • Selbstwirksamkeitserwartung • Kontrollüberzeugung (internal) • erwartete Unterstützung
	Elternrolle (?)	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensqualität, Lebenszufriedenheit (Kohärenz?) • Persönlichkeitsentwicklung
	familial	<ul style="list-style-type: none"> • soziale Unterstützung, insbesondere emotional und instrumentell; gegebenenfalls durch Partner, Großelterngeneration
	außerfamilial	<ul style="list-style-type: none"> • soziale Unterstützung, Netzwerk-Ressourcen • soziale Integration

* *Elternspezifische Ressourcen*

Die Elternrolle als Ressource

Hilfreiche Ressourcen liegen nicht nur außerhalb sondern auch innerhalb des Elternseins.

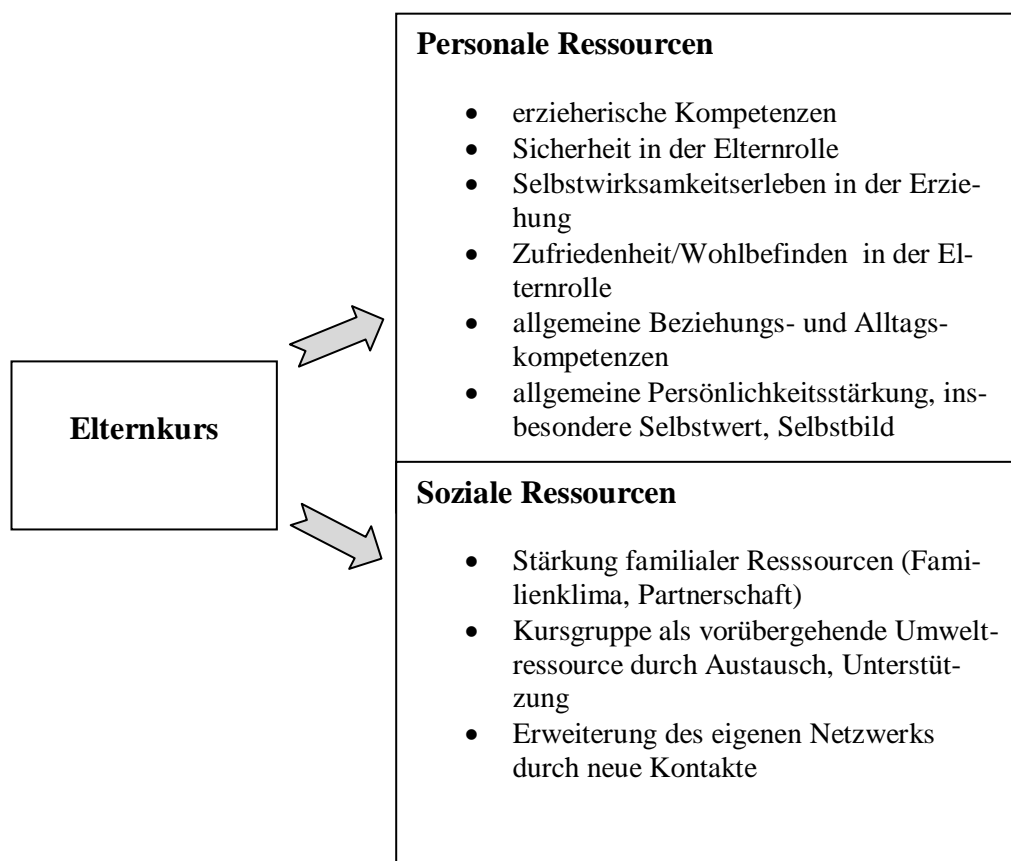
Auch wenn die Befundlage noch recht vage ist, möchte ich zwei Aspekte der Elternrolle - „Lebensqualität“ und „Persönlichkeitsentwicklung“ - als elternspezifische Ressourcen mit aufnehmen.

Elternschaft als „Leben mit Kindern“. Das Leben mit Kindern *gibt* Eltern vor allem Lebensqualität. Die Entwicklung der eigenen Kinder zu verfolgen und sie großzuziehen, erleben Eltern als bereichernd und sinnspendend (Vorwerk Familienstudie 2007). Mit Kindern verbindet sich Lebensbejahung, Lebensfreude und eine hoffnungsvolle Ausrichtung auf die Zukunft. Leben mit Kindern wird zwar oft als anstrengend und belastungsintensiv beschrieben. Trotzdem sehen Eltern darin aber auch einen Kontrapunkt zur leistungsbetonten Berufswelt und wissen den regenerati-

ven Ausgleich des Familienlebens zu schätzen (Burkhardt 2008). In der Familienforschung werden in diesem Zusammenhang die gruppenwirksamen Faktoren als soziale Ressourcen hervorgehoben, etwa das Zusammengehörigkeitsgefühl, gemeinsame Ziele oder Solidarität.

Elternrolle als personale Ressource? Dass die Elternrolle an sich („ich bin Mutter/Vater“) auch als persönliche Ressource aufzufassen, liegt nicht allzu fern. Sie ist aber als solche noch nicht systematisch erschlossen. Aus entwicklungspsychologischer Sicht wird die verantwortliche Übernahme und das Ausfüllen der Elternrolle als persönlichkeitsbildend eingeordnet. Eine Familie zu gründen und Verantwortung für ihre Kinder zu übernehmen macht viele Menschen überhaupt erst „erwachsen“. Mütter und Väter erleben sich in der neuen Rolle oft als Person gestärkt und selbstbewusster. Im Zusammenleben mit dem Kind entdecken junge Eltern auch neue Seiten an sich und entwickeln emotionale und soziale Kompetenzen. Ob „Mutter-Sein“ beziehungsweise „Vater-Sein“ tatsächlich als *gesundheitswirksame* Individualressource aufgefasst werden kann, ist zu diesem Zeitpunkt mangels empirischer Belege schwer zu sagen.

Abbildung 2.4.2/ 3: Präventive Chancen der Elternschulung für Mütter und Väter



Schlussfolgerungen zur präventiven Stärkung psychischer Gesundheitsressourcen von Müttern und Vätern durch Elternbildung

Für die Analyse von präventiven Potenzialen der Elternbildung hat der Abschnitt 2.4.2 über „Männer und Frauen in der Elternrolle“ nun die verhaltenspräventiven Unterstützungsmöglichkeiten für *Eltern* eingegrenzt. Dazu wurden im Rahmen eines elternspezifischen Belastungs-Ressourcen-Modells Belastungen, Risikofaktoren und Ressourcen als gesundheitswirksame Faktoren aus der Elternperspektive spezifiziert und systematisiert und somit das in 2.4.1 beschriebene Defizit (Eltern als eigenständige Präventionsempfänger) aufgefangen.

Zuvor war es notwendig, die Erziehungsaufgabe der Mütter und Väter wieder in den Gesamtkontext der *Elternrolle* einzufügen. Auf diese Weise sollte betont werden, dass Präventionsangebote, und mit ihnen deren wissenschaftliche Überprüfung, sich in Bezug zu den lebensweltlichen Anforderungen an Elternschaft zu setzen haben. Zwei Generationen von Menschen mit ihren je eigenen Entwicklungsaufgaben und Bedürfnissen teilen sich die sehr dynamische Lebenswelt „Familie“. Die Situation von Eltern als langfristig, kontinuierlich und von Beginn an Sorgenden und Erziehenden ist eine besondere: In der Familie tragen sie Verantwortung für ihre Kinder und für sich selbst. Diese Konstanten der Elternrolle bleiben, bei allem Wandel im Familienspektrum, in den Auffassungen von Familie oder Verschiebungen der generativen Phase erhalten (Ecarius 2007).

Die Eltern sind nicht nur als Erzieher und Beziehungspartner herausgefordert, sondern auch als Gestalter der familialen Lebenswelt und als Arrangeure von Entwicklungsmöglichkeiten außerhalb des Familiensettings. Um die Elternrolle gut zu meistern, sind Mütter und Väter einerseits innerfamilial auf Beziehungs- und Erziehungskompetenzen angewiesen. Da sie ihren Kindern Lern- und Entwicklungsräume auch außerhalb der Familie schaffen oder zugänglich machen (Eltern als „Gatekeeper“), etwa um soziale Kontakte oder Interessen zu fördern, müssen sie sich auch in den *Mesosystemen* gut zurechtfinden und sich dort kompetent und sicher bewegen (kommunizieren, sich informieren, vermitteln).

Eltern sind auf unterschiedlichste Ressourcen materieller, sozialer und personaler Art angewiesen, um den vielfältigen Anforderungen der Elternrolle gerecht zu werden. Die sozial-ökologische Betrachtung relativiert den Einfluss und das Bewältigungspotenzial individueller und personaler Ressourcen wie etwa erzieherischer Kompetenz und weist gleichsam dem verhaltenspräventiven Ansatz der Elternbildung seine Grenzen auf. Nur sehr bedingt kann auf die Ausstattung der Familienwelt (etwa die dort befindlichen Bildungsressourcen) oder die Beschaffenheit der so wichtigen Mesosysteme (wie Schule, Wohnumgebung, Betreuungsangebote) Einfluss genommen werden. Hält das Umfeld keine entwicklungsförderlichen Angebote bereit oder sind diese nicht zugänglich, kann die elterliche Kompetenz wenig bewirken. Die Mesosysteme, vor allem Schulen und Quartiere, sind darum die wichtigsten Orte *verhältnispräventiver* Bemühungen.

Familien(Stress-)psychologisch entspricht das kritische Lebensereignis der Geburt einer Belastungsform, die eine längere Adaptionsphase erfordert. Biografische Umbrüche (transitorische Lebensphasen) wie die Familiengründung bedeuten zunehmende Belastung, sind aber grundsätzlich auch mit einer erhöhten Entwicklungskapazität verbunden, bei der es zu einer Sensibilisierung kommt und sich die Lernbereitschaft und Motivation erhöhen. So scheint dies ein hervorragender Zeitpunkt für verhaltenspräventive (Kompetenz bildende) Präventionsstrategien zu sein und um Mütter und Väter beispielsweise zu einem Elterntaining einzuladen. Der Bewältigungskontext von Männern und Frauen in der Elternrolle wurde hier mit all seinem „modernen“ Belastungsreichtum skizziert. Mütter und Väter müssen ihre zentralen Entwicklungsaufgaben in einer sich zuspitzende Anforderungssituation bewältigen, die sich aus der heutigen Lebenswirklichkeit von Familien ergibt. Dieser Umstand macht es gewiss nicht leichter, Eltern von einer Teilnahme an einem zeitaufwendigen Elternbildungsangebot zu überzeugen. Dies gilt gerade für stärker belastete Elternteile wie etwa berufstätige allein erziehende Mütter.

Das Kapitel 2.4.2 hat die Erziehungsaufgabe mit ihren verschiedenen Facetten besprochen und die Bedeutung der erzieherischen Kompetenz als elterlicher Bewältigungsressource analysiert. Gesundheitsrelevant ist die Erziehungsfähigkeit einerseits als eine zentrale Handlungskompetenz im Alltag. Andererseits ist das subjektive Kompetenzerleben auch eine Quelle der (Selbst-) Zufriedenheit, des Selbstbewusst-

seins und eines positiven Selbstbildes von Eltern. Die eng an die Kompetenz gekoppelte Selbstwirksamkeitserwartung in der Erziehung entscheidet mit darüber, ob die Erziehungsaufgabe als Überforderung erlebt wird und Stressgefahr besteht. Das Thema „Erziehungskompetenz“ sollte auch von der Belastungsseite her beachtet werden, denn es kann zu einem Streitpunkt zwischen den Lebenspartnern werden, der die Partnerschaft dauerhaft strapaziert. Nicht selten herrscht Uneinigkeit bezüglich der „richtigen Erziehung“ oder es kommt sogar dazu, dass sich Mütter und Väter gegenseitig die Fähigkeit zur Kindererziehung absprechen.

Bedarfsgerechte Prävention für die Bevölkerungsgruppe der Eltern

Der vorangegangene Abschnitt hat auch für einen generellen Bedarf der Eltern an Gesundheitsförderung und primärer Prävention argumentiert. Dieser ist nicht anhand spektakulärer Einzelfälle nachzuweisen, sondern erschließt sich vielmehr aus dem „ganz normalen“ Familienalltag und den speziellen Anforderungen in der Elternphase, die mit einer erhöhten Stressgefahr einhergehen und so die Anfälligkeit für psychische Erkrankungen wie depressive Erschöpfungszustände erhöhen.

Aus der Perspektive von Public Health müssen Mütter und Väter als eine Bevölkerungsgruppe mit speziellem Präventionsbedarf gesehen werden; dieser ist in der Familienphase direkt *an ihre Rolle als Eltern gekoppelt*. Die Elternrolle ist ebenso vielschichtig wie auch die Anforderungen, die an Eltern gestellt sind. Wer Eltern adäquat unterstützen will, muss diese speziellen Anforderungen im Bewältigungskontext der Eltern stets berücksichtigen. Eltern sind eine Gruppe mit bestimmten Aufgaben, Belastungen, Ressourcen und Bedarfen, die nur von gut auf sie abgestimmten Präventionsangeboten erreicht und hilfreich unterstützt wird. Wirkungsvolle Prävention für Eltern muss das besondere Anforderungsprofil verstehen, das sich aus Verantwortung, Fürsorge und der Beziehungswelt "Familie" ergibt - ohne dabei Elternschaft zu problematisieren.

Eindimensionale Präventionskonzepte werden Eltern nicht gerecht. Mütter und Väter sollten im Elternkurs die Gelegenheit zu einer ganzheitlichen Auseinandersetzung mit der Elternrolle bekommen, in deren Facetten sich belastende und ressourcive Anteile verbergen. Um Eltern in der Bewältigung ihrer Familienaufgaben zu stärken, sollte in einem guten Elternprogramm auf die adäquate Vermittlung von elterlicher

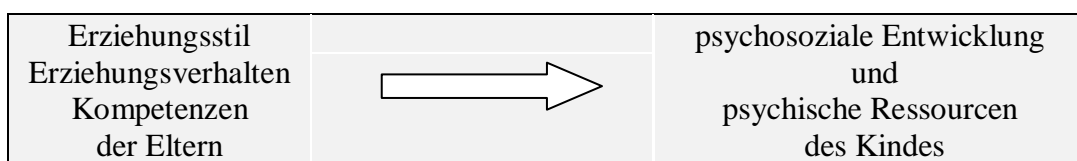
Erziehungs-Kompetenz Wert gelegt werden. Je nach angesprochener Bevölkerungsgruppe kann auch die Förderung von familienbezogener Alltagskompetenz, sozialen Kompetenzen und Persönlichkeitsfaktoren (etwa Selbstsicherheit) Platz finden. Schließlich eröffnen auch die interpersonalen Ressourcen (Partnerschaft, Familie, nahes Umfeld) der präventiven Elternbildung geeignete Wege zur Unterstützung, etwa über die Anregung zum Ausbau unterstützender Kontakte beziehungsweise eine verbesserten Nutzung der vorhandenen sozialen Ressourcen. Fuhrer (2007, 275) schlägt ein „Integratives Elternbildungskonzept“ vor. Es soll zur Förderung der elterlichen Erziehungsverantwortung auf vier Kompetenzebenen ansetzen (Erziehungskompetenzen, Entwicklungskompetenzen, soziale Netzwerk-Komponenten sowie Selbst- Beziehungs- und Familienkompetenzen).

In Anbetracht des hohen kräftemäßigen, organisatorischen und Betreuungsaufwandes, den Eltern im Allgemeinen zu leisten haben, ist es wichtig, dass in der Nähe ein flexibles Elternbildungsangebot vorhanden ist, das in Format und Umfang auf die Bedürfnisse von Eltern zugeschnitten ist. Die Inanspruchnahme eines Elternkurses muss sich vor allem mit der Berufstätigkeit und den Betreuungsaufgaben vereinbaren lassen. Weitere Abschnitte dieser Arbeit (2.5 und der empirische Teil) thematisieren diesen und andere Aspekte der Bedarfsgerechtigkeit von Elternkursen.

Der Text wechselt nun in die Perspektive des Kindes, das sich in der familialen Lebenswelt im Austausch mit seinen Beziehungspartnern, den Eltern, entwickelt.

2.4.3 Die Kinder als Empfänger präventiver Wirkungen der Elternschulung

Das Elternttraining lebt von der Idee, die Entwicklung des Kindes durch einen veränderten elterlichen *Erziehungsstil* oder einen Zuwachs an elterlicher *Erziehungskompetenz* positiv zu beeinflussen. Auch Bemühungen um die Prävention kindlicher Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten mit Hilfe der Elternschulung wären vergeblich, wenn es den hier skizzierten Wirkungsweg nicht gäbe:



Die präventive Wirkung von Elternbildung muss sich also auf irgendwie geartete Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Eltern - sei es ihr Verhalten, ihre Einstellung und Persönlichkeit oder die Qualität der Paarbeziehung - und den Entwicklungsressourcen des Kindes berufen. *Merkmale der Eltern*, wie etwa ihr Erziehungsverhalten, ihr Kommunikationsstil oder ihre Persönlichkeit, stellen aber nur einige der bedeutsamen Größen im gesamten „Entwicklungskosmos“ (dem Bewältigungskontext) des Kindes dar.

Ein erster Abschnitt gibt eine kurze Einführung zum Gewicht und zur Art des elterlichen Einflusses auf die psychosoziale Entwicklung des Kindes. Anders als zuvor bei den Eltern wird der *Bewältigungskontext* nicht ausführlich anhand einzelner Entwicklungsaufgaben oder transitorischer Phasen beschrieben, sondern der Text konzentriert sich sofort auf den elterlichen Einfluss und die Parenting-Effects. Der zweite Punkt („Die Rollen der Eltern...“) konkretisiert und ordnet diese (möglichen) Einwirkungen der Mütter und Väter im kindlichen Entwicklungskosmos anhand von vier Rollen oder Positionen, die die Eltern aus der Perspektive des Kindes heraus einnehmen. Des Weiteren geht der Abschnitt darauf ein, wie Eltern aus den zuvor definierten Positionen heraus *gesundheitswirksame* Ressourcen und Protektivfaktoren ihrer Kinder stärken und erhalten. Elternbezogene Merkmale wie Verhaltensweisen, Eigenschaften oder Kompetenzen, die langfristig *präventive Wirkung* annehmen, müssen sich auf empirisch gesicherte Ressourcen und Schutz- oder Risikofaktoren des Kindes beziehungsweise deren Beeinflussung berufen. Ein Beispiel wäre die Responsivität und Sensitivität der Eltern, welche zu einem sicheren kindlichen Bindungsmuster beitragen, das wiederum als Schutzfaktor belegt ist. So wird eine weitere Lücke in der Systematisierung von Risiken und Ressourcen für die psychosoziale Entwicklung des Kindes aufgegriffen. Denn hier werden speziell die elterngeliehenen und elternvermittelten Ressourcen und Risiken isoliert, die sonst auf sehr unterschiedlichen Ebenen gefasst werden.

Schließlich erlauben sich auf Basis dieser neu erstellten Systematik auch Rückschlüsse auf die elternspezifischen Anknüpfungspunkte im Rahmen verhaltenspräventiver Strategien.

Zum Einfluss der Eltern auf Entwicklung und Sozialisation des Kindes

Eine Vorstellung vom Einfluss der Eltern auf die psychosoziale Entwicklung und psychische Gesundheit ihrer Kinder zu gewinnen, ist unentbehrlich, um für eine verhaltenspräventive Strategie wie die der Elternschulung realistische und angemessene *Zielsetzungen* zu verfolgen und deren *Erfolge* von einem fairen Standpunkt aus zu beurteilen. Direkte ursächliche Zusammenhänge sind in sozialen Interaktionskontexten unwahrscheinlich und generell schwer nachzuweisen. Auch in Eltern-Kind-Studien lassen sich solche einseitig gerichteten direkten Pfeile kaum belegen²⁰. Entsprechend ist Vorsicht geboten bei dem Versuch, etwa den Aufbau von präventionsrelevanten Ressourcen oder Schutzfaktoren des Kindes (etwa soziale Kompetenz) direkt auf ein bestimmtes verändertes Merkmal der Eltern (etwa ihr Erziehungsverhalten) zurückzuführen.

Welchen Einfluss haben Eltern *überhaupt* auf die Entwicklung ihrer Kinder und welche Erwartungen können wir aufgrund dessen an die präventive Einwirkung der Elternschulung - schließlich greift diese ja über die Eltern in die Entwicklung ein - grundsätzlich stellen? Was dürften wir dagegen nicht erwarten, wenn das „schöne“ geradlinige Schema vom Elternwirken so nicht stimmt?

Abschied von einfach gerichteten Zusammenhängen und direkter Verursachung

Deterministische Vorstellungen von Sozialisation, bei der Umweltgrößen wie "die Erziehung" oder "die Eltern" in einseitiger Richtung direkt und unbedingt, sprich: unausweichlich, auf das kindliche Individuum und dessen Entwicklung wirken würden, sind seit langem überholt. Ein *interaktionistisch-konstruktivistischer* Sozialisationsbegriff, bei dem die Entwicklung durch eine Transaktion zwischen Umwelt und Individuum, also ein wechselseitig gesteuertes Geschehen, angeregt wird, ist an die Stelle funktionalistischer Paradigmen getreten (Oerter/Montada 2002). Gemäß einem solchen modernen Sozialisationsverständnis beschreibt etwa Hurrelmann „ein Modell der dialektischen Beziehungen zwischen Subjekt und gesellschaftlich vermittelter Realität, eines interdependenten Zusammenhangs von individueller und gesellschaftlicher Veränderung und Entwicklung. Dieses Modell stellt das menschliche

²⁰ Studien zu psychologischer Gesundheit und Entwicklung von Kindern setzen zumeist querschnittliche Designs ein. Im einfachen Fall-Kontroll-Design wird also vom Gesundheitsstatus des Kindes auf Elternmerkmale *zurück geschlossen*. Nur wenige Ergebnisse stammen aus *prospektiven Längsschnittstudien* - aber auch mit diesem Design sind direkte Kausalzusammenhänge nicht gesichert (Drittvariablen, Moderatoren).

Subjekt in einen sozialen und ökologischen Kontext, der subjektiv aufgenommen und verarbeitet wird, der in diesem Sinne also auf das Subjekt einwirkt, aber zugleich immer auch durch das Individuum beeinflusst, verändert und gestaltet wird“ (Hurrelmann 2002, 93). So ist das Individuum weder Opfer noch Beherrscher, sondern „produktiver Verarbeiter seiner inneren und äußeren Realität“ (ebd.).

Auch die Entwicklung wird als komplexes, multifaktoriell bedingtes Geschehen aufgefasst, in dem das Individuum sich im Austausch mit seiner Umwelt verändert, so dass die Begriffe Entwicklung und Sozialisation mittlerweile sehr eng zusammen gerückt sind (Montada 2002; Lerner 2006).

Bezogen auf die Sozialisation oder eine Entwicklungsförderung durch die *Eltern* sollen hier kurz zwei Klassen von Modellen und Forschungslinien vorgestellt werden, die den elterlichen Einfluss entweder dadurch relativieren und/oder präzisieren, dass sie das Kind als Mitgestalter der elterlichen Erziehung berücksichtigen oder indem sie den Blick auf den Sozialisationsraum des Kindes über die Eltern-Kind-Dyade hinaus erweitern.

Transaktionale Modelle

Transaktionale Modelle fassen die Prozesse zwischen dem Kind und seinen Eltern als wechselseitig auf (beispielsweise Sameroff 1975; Scarr/Mc Cartney 1983). Bell (1968) ist einer der ersten und einflussreichsten Kritiker deterministischer Sozialisationsentwürfe, der das Kind als einen Gestalter der eigenen Umwelt betrachtet, der seinerseits das Verhalten der Eltern (mit) bestimmt. Heute weiß man, dass Kinder ihre Umgebung steuern und beeinflussen, indem sie die am besten passende Umwelt²¹ aktiv aufsuchen oder auch bestimmte Reaktionen ihrer Eltern hervorrufen oder triggern. Pauls und Johann (1984) haben Formen der kindlichen Steuerung beschrieben und untersucht. Demnach beeinflussen Kinder ihre Eltern erstaunlich zielgerichtet, beispielsweise durch Einschmeicheln, Trotzen, Erpressen oder Ignorieren und schließlich auch durch Argumentieren und Diskutieren. Die Steuerungsmethoden können je nach Situation oder Temperament und Alter des Kindes also unterschied-

²¹ Passend ist immer diejenige Situation, die die optimale Herausforderung an das lernende, sich entwickelnde Individuum stellt. Sie darf also weder über- noch unterfordern.

lich kreativ und aus Elternsicht belastend ausfallen²². Auch die *zirkulären* (oder *reziproken*) Wirkungshypothesen gehören zu den transaktionalen Modell-Varianten. Hier wird versucht, die Wechselwirkungen situativ genau nachzuvollziehen. Diese sind sehr schwer zu erfassen! Das klassische Beispiel für Zirkularität sind „viscious circles“ (Teufelskreise), wie sie Patterson und Kollegen beschrieben haben (Patterson/Reid/Dishon 1998). Die *Reziprozität* aggressiver Verhaltensweisen wurde beobachtet anhand der Interaktion zwischen Müttern und ihren aggressiven Kindern, bei der sich aversiv-feindselige Reaktionen von beiden Seiten aufschaukeln. Eisenberg, Fabes, Shepard et al. (1999) konnten solche wechselseitigen Effekte zwischen negativer Emotionalität des Kindes und elterlicher Bestrafungstendenz auch in einem längsschnittlichen Design belegen.

Die Vertreter von *Modellen bedingter Kausalität* beziehen sich auf die Passigkeit („goodness of fit“) zwischen dem Erziehungsstil der Eltern und Merkmalen des Kindes beziehungsweise zwischen der Erziehungsstrategie und der Situation (Thomas/Chess 1977; Kochanska 1995; Patterson/Sanson 1999). So hängt der Erziehungserfolg davon ab, wie gut Eltern sich auf die Charakteristiken des Kindes einstellen können (Kim/Conger/Lorenz & Elder 2001). Auch in einer bestimmten Situation oder einem bestimmten Setting (Erziehungskontext) kann das Verhalten der Eltern mehr oder weniger geeignet sein. Gute Erzieher verfügen nicht nur über eine hohe Sensibilität für das Wesen ihres Kindes und für die Erziehungssituation, sondern sie sind auch sehr flexibel und variantenreich in ihrem Verhalten. So finden sie immer gerade diejenige Erziehungsstrategie, die der Situation und dem Temperament des Kindes am besten angemessen ist (Hastings/Grusec 1998; Grusec/Goodnow & Kuczynski 2000).

Systemische Modelle

Mit den familiensystemischen und sozial-ökologischen Modellen sind innerhalb und außerhalb der Familie eine Vielzahl sozialer und individueller Entwicklungsfaktoren aufgedeckt worden, die immer auch in einen zeitgeschichtlichen Kontext von „Kind-Sein heute“ gestellt sein wollen. Die Bedeutung der Eltern für die Entwicklungschancen ihres Kindes wird durch die sozial-ökologische Betrachtung nicht infrage

²² Einer Studie von Hermens & Tismer (2000) zufolge haben die von Eltern als problematisch eingeordneten, da im Erziehungsalltag belastenden, Steuerungsmuster wie Opponieren, Ignorieren oder Bestrafen, zugenommen.

gestellt. Es wird lediglich der Entwicklungskontext großräumiger gefasst und der Einfluss der Eltern eingebettet in verschiedene sozialisierende Systeme von der Familie über Schulen bis hin zur gesamten Gesellschaft (siehe dazu auch 2.4.2).

Sozial-ökologische Modelle berücksichtigen verschiedene Sozialisations Ebenen, die neben den sozialisatorischen Einflüssen der Kernfamilie wirksam werden und mit den familialen Faktoren im Austausch stehen (Bronfenbrenner 1979; erweitert zum ökologisch-systemischen Modell durch Bronfenbrenner/Morris 2000). Systeme wie die erweiterte Familie, die Nachbarschaft und weiter gefasste gesellschaftliche Strukturen bilden relevante Sozialisationsinstanzen. Familien sind keine geschlossenen Systeme, und die Vernetzung mit anderen sozialen Systemen hat enorm zugenommen.

Familiensystemische Ansätze bieten die beste Annäherung an die Familie als dynamisches Ganzes, in dem sich die Familienmitglieder wechselseitig beeinflussen. Vor dem Aufkommen der systemischen Modelle konzentrierte man sich vorrangig auf die Beobachtung der Mutter-Kind-Dyade und dabei zudem überwiegend auf die einseitig gerichtete Beeinflussung von der Mutter zum Kind. Systemische Analysen des Gesamtgefüges von Familienbeziehungen zeigen, dass diese nicht die einzig wichtige Interaktionseinheit ist, sondern alle Beziehungen, wie etwa die des Elternpaares oder der Geschwister untereinander, bedeutsam sind für die Entwicklung der Kinder und das Wohlbefinden oder auch psychische Belastung der einzelnen Familienmitglieder (Schneewind 2002; Renninger/Sigel 2006; Cowan/Powell/Cowan 1998). Das familiensystemische Denken schließt, aus seiner sozial-ökologischen Tradition heraus, den Austausch mit Systemen außerhalb der Familie und deren Einfluss auf das Leben von Familien für gewöhnlich mit ein.

Das systemisch-ökologische Verständnis öffnet den Blick für diejenigen Knotenpunkte der Sozialisation, an denen Eltern - ob nun bewusst oder unbewusst - wichtige Weichen stellen. Sie prägen, beeinflussen oder gestalten weitere Sozialisationsumgebungen (Mesosysteme) mit. Gut greifbar ist dieser indirekte sozialisatorische Einfluss der Eltern etwa in Situationen, wo diese im Interesse der Kinder in Austausch mit Erziehungs- beziehungsweise Bildungsinstitutionen (KiTa, Schule, Ausbildungsstätten) treten.

Die vier Rollen der Eltern im Kontext psychosozialer Belastungen und der Ressourcen des Kindes

Aus präventionswissenschaftlicher Sicht entsteht mit diesem erweiterten Blick auf familiäre Sozialisation und Entwicklung ein Sortierungsbedarf bezüglich der Qualitäten des elterlichen Einflusses. Wie muss man sich die (Möglichkeiten der) Einflussnahme von Eltern auf die gesundheitsrelevanten Faktoren im Individuum „Kind“ (personale Ressourcen und Risikofaktoren) und auf die kindlichen Lebenswelten (soziale Ressourcen und Risiken) vorstellen?

Die üblichen Systematiken, wie sie bereits unter 2.3 eingeführt wurden, führen zwar bestimmte Elternmerkmale explizit als Belastungen und Ressourcen auf und subsumieren sie unter die *familialen Faktoren*. Der Einfluss der Eltern auf *personale* und *soziale* Ressourcen, auch außerhalb des Familiensystems, bleibt dabei jedoch implizit, und die vermittelnde Rolle der Eltern im Hinblick auf den Aufbau und den Erhalt vieler kindlicher Gesundheitsressourcen wird so nicht ausreichend sichtbar.

Fragt man nach Risikofaktoren und psychosozialen Entwicklungs- beziehungsweise Gesundheitsressourcen von Kindern, kann man inzwischen auf umfangreiche, zum Teil sehr differenzierte und auch integrierte Erkenntnisse aus der entwicklungspsychologischen und erziehungswissenschaftlichen Grundlagenforschung, der spezialisierten Entwicklungspsychopathologie beziehungsweise Resilienzforschung und den Kognitions- und Neurowissenschaften zurückgreifen. Die somit empirisch belegten Risikofaktoren (Belastungen), Entwicklungsressourcen und Schutzfaktoren im Bewältigungskontext des Kindes lassen sich recht gut auf solche eingrenzen, an deren Aufbau oder Aufrechterhaltung die Eltern beteiligt sind (beziehungsweise sein könnten). Sie eignen sich also als Ausgangspunkt für eine schlüssige Konstruktion präventiver Wirkungschancen von Interventionen, die den Weg über die Eltern nehmen.

Bezüglich der bekannten *Risikofaktoren* (vgl. Tabelle 2.3.1/ 1) ist zu vermuten, dass sich nur einige von ihnen überhaupt beziehungsweise ausschließlich mit Hilfe eines verhaltenspräventiven Ansatzes (Eltern) nachhaltig beeinflussen lassen, da sie überwiegend in belastenden Familienstrukturen und/oder einer benachteiligten sozialen Lage der Kernfamilie wurzeln. Recht gute Chancen bestehen jedoch zur Prävention von familialer *Gewalt*, insbesondere zur Vermeidung beziehungsweise zum Abbau *aggressiver Erziehungsmuster*. Weil Gewalt so eine gravierende Belastung der kindlichen Entwicklung und Gefährdung der psychischen Gesundheit von Kindern dar-

stellt, muss Elternbildung konsequent darum bemüht sein, gerade diese Möglichkeiten zu ergreifen.

Tabelle 2.4.3/ 1: Empirisch belegte Ressourcen und Schutzfaktoren des Kindes

P e r s o n	psychisch	<ul style="list-style-type: none"> • Positives Selbstbild, Selbstwert • hohe Selbstwirksamkeitserwartung und interne Kontrollüberzeugung • Leistungsmotivation • emotionale Kompetenz und soziale Problemlösefähigkeit • aktiv-problemlösender Coping-Stil • sicheres Bindungsmuster (Attachment) • hohe Intelligenz und Begabungen (musisch, sportlich)
U m w e l t	familiäre Sozialisation und Lebenswelt	<ul style="list-style-type: none"> • hohes Bildungsniveau der Eltern (Mutter*) • erzieherische Kompetenz beziehungsweise autoritativer Erziehungsstil (Mutter)* • auf Selbstständigkeit orientiertes Erziehungsklima • enge Geschwisterbeziehungen • verlässliche Bindung der Mutter an das Kind (Bonding) • gutes Familienklima (Unterstützung und Zusammenhalt) • Resilienzmerkmale der Eltern (beispielsweise interne Kontrollüberzeugung, Optimismus/Kohärenzsinn etc.) • elterliches Wohlbefinden
	außerfamiliäre soziale Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • soziale Unterstützung, soziales Netzwerk, Integration (allgemein) • vertrauensvolle Beziehung zu einem Erwachsenen außerhalb der Familie* • mindestens ein guter Freund/eine gute Freundin • positive Schulerfahrungen (gute Schule)* • unterstützende Systeme in der Umgebung (wie Kirche, Sportvereine)

*als Schutzfaktor belegt

Auch der Risikofaktor „geringes Selbstwertgefühl“ gehört zu den Entwicklungsnachteilen, an denen Eltern manchmal ihren Anteil haben, denen sie aber auch sehr gut entgegenwirken können. Ein *unsicheres Bindungsmuster* oder *fehlende Impulskontrolle* des Kindes lassen sich ebenfalls vermeiden oder zumindest in positiver Rich-

tung beeinflussen, jedoch müssen Interventionen diesbezüglich sehr früh und konsequent einsetzen. Alle weiteren bekannten Risikofaktoren, deren nachhaltiges Abtragen völlig andere Maßnahmen als ein Elterntaining beziehungsweise weitere breit und langfristig angelegte Strategien erfordert (Verhältnisprävention, Familienhilfe, Gesundheitsförderung), sind unter 2.3 in der Tabelle 2.3.1 / 1 vollständig aufgeführt. Der weitere Text konzentriert sich nun darauf, den Einfluss der Eltern auf diejenigen Bedingungen herauszustellen, die sich *positiv* auf die sozioemotionale Entwicklung und psychische Gesundheit von Kindern und Heranwachsenden auswirken. Ressourcen und Schutzfaktoren von Kindern und Jugendlichen sind in der folgenden Übersicht zusammengefasst

Im Abschnitt 2.4.2 wurde Parenting zunächst aus Sicht der Eltern, nämlich als Anforderung im elterlichen Bewältigungskontext, besprochen. Auf diese Ausarbeitung zur Elternrolle greife ich nun zurück, um die Positionen der Mütter und Väter im Bewältigungskontext *des Kindes* zu ordnen und die Einflussnahme der Eltern auf psychosoziale Ressourcen des Kindes zu analysieren. Dies lässt sich in etwa so lesen: *Kind bildet unter dem unterstützenden Einfluss der Eltern in ihrer Rolle als „xy“ die Ressource „xy“ aus.*

Aus der familiensystemischen Perspektive lokalisieren Renninger und Sigel (2006) die Einfluss-Sphären der Eltern auf der *Beziehungsebene*, der *Erziehungsebene* und auf der Ebene der *familialen Lebenswelt*, als deren wichtigste „Gestalter“ Mütter und Väter angeführt werden (ebd.). Ökologisch-systemisch betrachtet reicht aber die elterliche Fürsorge über das Familiensystem hinaus (Bronfenbrenner 1979; erweitert zum ökologisch-systemischen Modell durch Bronfenbrenner/Morris 2000). So erscheinen Eltern auch als die wichtigsten Vermittler zwischen der gemeinsamen Lebenswelt Familie und den kindlichen Lebenswelten außerhalb der Familie wie den Peergruppen, der KiTa oder der Schule etc. Als *Arrangeure von Entwicklungsmöglichkeiten* beeinflussen sie so die Lernräume und Lebensqualität innerhalb und außerhalb des Familiensettings (Parke/Buriel 1998). Im Folgenden wird aus den Vorschlägen von Renninger und Sigel sowie Parke und Buriel ein Vierer-Schema gebildet.²³

²³ Die ersten drei Rollenbezeichnungen verwendet so auch Schneewind (2002, 117ff.), der jedoch insgesamt zu einer etwas anderen Aufteilung gelangt.

Die (pädagogisch-psychologische) Erziehungsstil-Forschung bildet gemeinsam mit der (psychologischen) Bindungs- und Interaktionsforschung (siehe nachfolgend) eine Ausnahme im Bereich der Forschungsbemühungen zu elternbezogenen Einflussgrößen auf die Ausbildung kindlicher Entwicklungsressourcen; beide Richtungen sind recht gut abgegrenzt und haben eine Vielzahl aussagekräftiger empirische Befunde hoher Konsistenz hervorgebracht.

Die Eltern als Interaktionspartner: Bindung, Beziehung und soziales Lernen

Die Primärbeziehungen des Kindes gestalten sich wechselseitig und beinhalten jeweils die Qualität der Bindung der Eltern an das Kind (Bonding) und der Bindung des Kindes an die Eltern (Attachment) (vgl. Oerter 2002).

Die frühe Eltern-Kind-Bindung ist die erste soziale Ressource des kleinen Kindes! Die sichere Bindung zu mindestens einer erwachsenen Bezugsperson ist darüber hinaus auch als *Schutzfaktor* empirisch belegt, was die Wichtigkeit dieses Entwicklungsfaktors unterstreicht. Von Geburt an beeinflusst er die psychische, soziale und kognitive Entwicklung. Die Qualität der kindlichen Bindung – das heißt ein sicheres Bindungsmuster - baut auf einem liebevoll-zugewandten und verlässlichen Eltern-Kind-Kontakt auf. Bindungssicherheit und entwicklungsförderliche Interaktion stehen in engem Zusammenhang mit der *elterlichen Sensitivität* im Umgang mit dem Kind (Bakersman-Kranenburg/v. Ijzendoorn/Juffer 2003). Eine sichere Bindung erleichtert dem Kind die selbstständige Umwelterkundung und das Aufsuchen passender Stimulation – es braucht die primäre/n Bezugsperson/en quasi als „Basisstation“, um mit dem Lernen voranzukommen (Ainsworth/Wittig 1969; Bowlby 1980; Main/Caplan/Cassidy 1985).

Im vertrauensvollen Kontakt mit Mutter und Vater erwerben Kinder soziale, insbesondere emotionale Basiskompetenzen, welche sie benötigen, um später neue Kontakte zu knüpfen und selbst Beziehungen aufzubauen. Die Eltern-Kind-Interaktion und das kindliche Bindungsmuster beeinflussen sogar langfristig die Qualität späterer Beziehungen bis ins Jugend- und Erwachsenenalter, da sie diesen als „Arbeitsmodelle“ dienen (Objekt-Relations-Theorien: Klein 1932; Kernberg 1985; Winnicott 1987). Die neuere Bindungs- und Interaktionsforschung belegt zudem die enge Verzahnung zwischen sozio-emotionaler und kognitiver Entwicklung in den frühen Lebensjahren - diese fallen in den ersten Entwicklungsstufen quasi zusammen und mit

ihnen auch der Erwerb von *sozialen* und *kognitiven Basiskompetenzen* (vgl. Holodynski 2006, 2007). *Emotionale Kompetenzen*, zu denen die Fähigkeit zur Selbst- und Fremdwahrnehmung von Gefühle²⁴n und zur Differenzierung von Gefühlen sowie zur Emotionsregulation gehören, werden vor allem in direkter Interaktion erworben und über Modelllernprozesse gesteuert (Petermann/Wiedebusch 2003; Saarni 1999)²⁵. Protektive Qualitäten der Beziehung zwischen älteren Kindern und Eltern sprechen Litrownik et al. (2000) insbesondere den Elternmerkmalen Verbundenheit (*connectedness*), Kommunikation (*communication*) und Aufsicht (*monitoring*) zu. Erfahren Kinder *emotionale Unterstützung* durch ihre Eltern, entfaltet dies einen gewissen Schutz vor depressiven Beeinträchtigungen und Delinquenz. Die emotionale elterliche Unterstützung steht auch in einem positiven Zusammenhang mit der Selbstwirksamkeitserwartung und guten Schulleistungen.

Die Eltern als Erzieher

An den Erziehungsstil denkt man für gewöhnlich zuallererst, wenn von einer „Kompetenzstärkung der Eltern“ oder vom erzieherischen Einfluss der Eltern auf das Kind die Rede ist. Mit dem *Erziehungsstil* ist ein wichtiges Elternmerkmal auf einer globalen Ebene gefasst. Der Stilbegriff umfasst Haltung, Einstellung und das Verhalten in der Erziehung auf verschiedenen Dimensionen.

Die Erziehungsstil-Forschung hat Mütter und Väter in ihrer Rolle als Erzieher im Blick und belegt im Laufe einer langjährigen Forschung die Vorteile eines *autoritativen* Erziehungsmusters (Baumrind 1972, 1991; Maccoby/Martin 1983; Darling 1999). Dieser auch als partizipativ, sozial-integrativ oder demokratisch bezeichnete Erziehungsstil ist gekennzeichnet durch emotionale Wärme, hohe Responsivität sowie konsequente und flexible Kontrolle²⁶.

Über unterschiedliche Ausprägungen auf den Dimensionen „Wärme/Responsivität“ und „Kontrolle“ unterteilt Baumrind (1972) zunächst die drei Erziehungsstile autori-

²⁵ Hierin liegt ein spezieller Anspruch des STEP-Programms, es will diese Fähigkeiten bei Eltern und Kindern gleichermaßen stärken.

²⁶ Bei Baumrind (1972) hieß *Demandingness* noch *Kontrolle* und eine mittlere Ausprägung wurde favorisiert. Die Position zur Gewährung kindlicher Autonomie hat sich seit den 70ern gewandelt. Man hat gemerkt, dass zu geringe Einflussnahme und unzureichendes elterliches Monitoring der kindlichen Entwicklung auch nicht gut tut; dies gilt insbesondere in High-Risk-Populationen.

tär, permissiv und autoritativ, wobei letzterer (viel Wärme, hohe Responsivität, moderate Kontrolle) aus erziehungswissenschaftlicher und entwicklungspsychologischer Sicht seit jeher favorisiert wird. Maccoby und Martin (1983) erweitern das Modell und gehen nunmehr von zwei separaten linearen Dimensionen aus („responsiveness“ und „demandingness“), die sich zu insgesamt vier prototypischen Erziehungsstilen kombinieren lassen: Zusätzlich zu den drei oben genannten gibt es jetzt das Muster „disengaged“. Nach Maccoby und Martin liegt der autoritative Erziehungsstil nun vor, wenn sich das elterliche Erziehungsverhalten durch eine hohe Ausprägung auf den beiden Dimensionen „responsiveness“ (Eingehen auf das Kind) und „demandingness“ (Anforderungen an das Kind stellen) beschreiben lässt. Auch neuere Studien bestätigen einen autoritativen Stil als konsistenten Prädiktor für eine positive kindliche Entwicklung (Darling 1999). Im Vergleich zu den übrigen Erziehungsmustern (permissiv, autoritär, nicht-engagiert) führt der autoritative Stil zu erhöhter Sozialkompetenz, einer stärker ausgeprägten Selbstwirksamkeitserwartung, besseren schulischen Leistungen und seltenerem Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern (ebd., auch Baumrind 1991). Diese Zusammenhänge sind nachgewiesen für verschiedenste Altersgruppen vom Vorschulalter bis zum frühen Erwachsenenalter sowie unabhängig von Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit und dem sozioökonomischen Status der Familie (Darling 1999; Beyers/Goosens 1999). Lamborn et al. (1991) stellen beispielsweise auch bei Jugendlichen (n = 4000 im Alter von 14-18) aus autoritativ erziehenden Familien am seltensten internalisierende und Verhaltensprobleme fest.

Die Erziehungsgewohnheiten der Eltern wirken sich also auf Persönlichkeitsmerkmale, Kompetenzen und die psychische Gesundheit von Kindern aus.

Weitere Merkmale elterlicher Erziehung. Schon früh wurde den elterlichen *Einstellungen* (attitudes) von psychoanalytischer Seite Beachtung geschenkt. Unbewusste emotionale Reaktionen der Eltern (etwa Ängste), so vermuteten die Analytiker, führen zu bestimmten elterlichen Erziehungsmustern wie Überbehütung oder exzessiver Kontrolle (vgl. Cowan et al. 1998). Heute geht man bei Einstellung und Haltung der Eltern von mehr oder weniger zielgerichteten, der bewussten Reflexion zugänglichen Prozessen aus. Auf der Ebene spezifischer Handlungsstrategien werden auch die *Er-*

ziehungsziele und *-praktiken* von Eltern untersucht. Ein zentrales Ergebnis: Strategien und Ziele dürfen nicht zu rigide sein. In Anbetracht zunehmender Komplexität und Heterogenität von kindlichen Lebenswelten müssen Eltern über ein gewisses Repertoire verschiedener Handlungsstrategien verfügen, die sie in unterschiedlichen sozialen und situativen Kontexten flexibel abrufen und adäquat umsetzen können (Darling/Steinberg 1993, Steinberg/Lamborn/Dornbush & Darling 1992).

Die Eltern als Gestalter der familialen Lebenswelt

Als Gestalter der Lebenswelt Familie prägen Eltern die Familien-Atmosphäre und die *Qualität der Familienbeziehungen* mit ihrem Interaktions- und Kommunikationsstil (Renninger/Sigel 2006). Welchen Umgang die Eltern mit den Kindern pflegen, wie sich das Miteinander der Partner gestaltet oder wie Eltern zwischen Geschwistern vermitteln - all dies hat Modellcharakter. Gelingt es Müttern und Vätern, ein warmes, „nährendes“ *Familienklima* zu schaffen, in dem sich Mitglieder einander emotional unterstützen, Vertrauen schenken und zusammenhalten, haben sie ihren Kindern schon eine ganze Reihe wertvoller sozialer Ressourcen bereitgestellt, deren präventiver Wert empirisch gut gesichert ist. Die Qualitäten der Familie wie gutes Familienklima, Zusammenhalt und emotionale Unterstützung fördern auch gute Geschwisterbeziehungen. Eltern nehmen nicht nur großen Einfluss auf die *soziale Unterstützungsfunktion* der familialen Lebensgemeinschaft, sie gestalten auch die im Beziehungsgefüge eingefassten *sozialen Lernräume*, die es dem Kind wiederum ermöglichen, etwa personale Ressourcen (Kompetenzen, Persönlichkeit, Selbstkonzept) auszubilden. Die Familienbeziehungen stellen auch die ersten sozialen Entwicklungsräume für das Kind dar, die über die Mutter-Kind-Interaktion hinausgehen. Hier setzt sich also auf komplexeren Ebenen der Erwerb *sozialer Kompetenzen* (beispielsweise Empathie oder soziales Problemlösen) fort, die zuvor als Individualressourcen des Kindes besprochen wurden. Eltern fördern das soziale Lernen und ermöglichen den Aufbau eigener Sozialkontakte innerhalb und außerhalb der Kernfamilie (erweiterte Familie, Freundeskreis der Eltern, etc.). Gerade im Austausch oder Beisammensein mit anderen Familien ermöglichen sie den eigenen Kindern Kontakte und Freundschaften mit anderen Kindern und Erwachsenen (siehe dazu auch Abschnitt 2.4.2 zur sozialen Fürsorgefunktion der Eltern).

Nicht zuletzt nehmen Eltern mit ihrer gesamten Persönlichkeit, über ihre Modellfunktion, großen Einfluss auf *Persönlichkeitsmerkmale* und *Kompetenzen* des Kindes. Die Selbstwirksamkeitserwartung und die Kontrollüberzeugungen der Eltern, deren Selbstbild und „Lebenshaltung“ (beispielsweise optimistisch) und sogar deren Problemlösungs- und Problembewältigungsstil beeinflussen die Ausbildung solcher gesundheitswirksamen Individualressourcen über sozial-kognitive Lernprozesse auf Seiten des Kindes (Bandura 1973; Dodge 1986; zusammenfassend Bettge 2004). Diese Form des sozialen Lernens beginnt schon recht früh und wird in ihrer Bedeutung noch oft unterschätzt.

Das elterliche *Wohlbefinden* sowie die *Zufriedenheit* in der Elternrolle und das damit eng verbundene Selbstwirksamkeitserleben von Müttern und Vätern in der Erziehung wirken sich auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit des Kindes aus. So kommt es beispielsweise bei Kindern zufriedener Eltern zu vergleichsweise weniger Verhaltensproblemen. Verschiedene Autoren heben das elterliche Wohlbefinden als nicht zu vernachlässigende Einflussgröße hervor (beispielsweise Masten/Reed 2002, Schnabel 2001, Schneewind 1999). Zur Frage, wie genau sich die Befindlichkeit der Eltern auf die psychische Gesundheit des Kindes auswirkt, fehlen leider noch weitgehend theoretische Modelle.

Die hier angesprochenen indirekten Einflusswege gehören zu den „nicht intentionalen“ und „nicht interaktionalen“ und setzen sich damit von den zuvor besprochenen deutlich ab. Die genannten Elternfaktoren fallen nicht in den Beziehungs- und Erziehungsbereich, und die damit verbundenen Effekte des Parenting vollziehen sich oft unbewusst.

Eltern als Arrangeure von Entwicklungsmöglichkeiten (Vermittler-/Gatekeeper-Funktion)

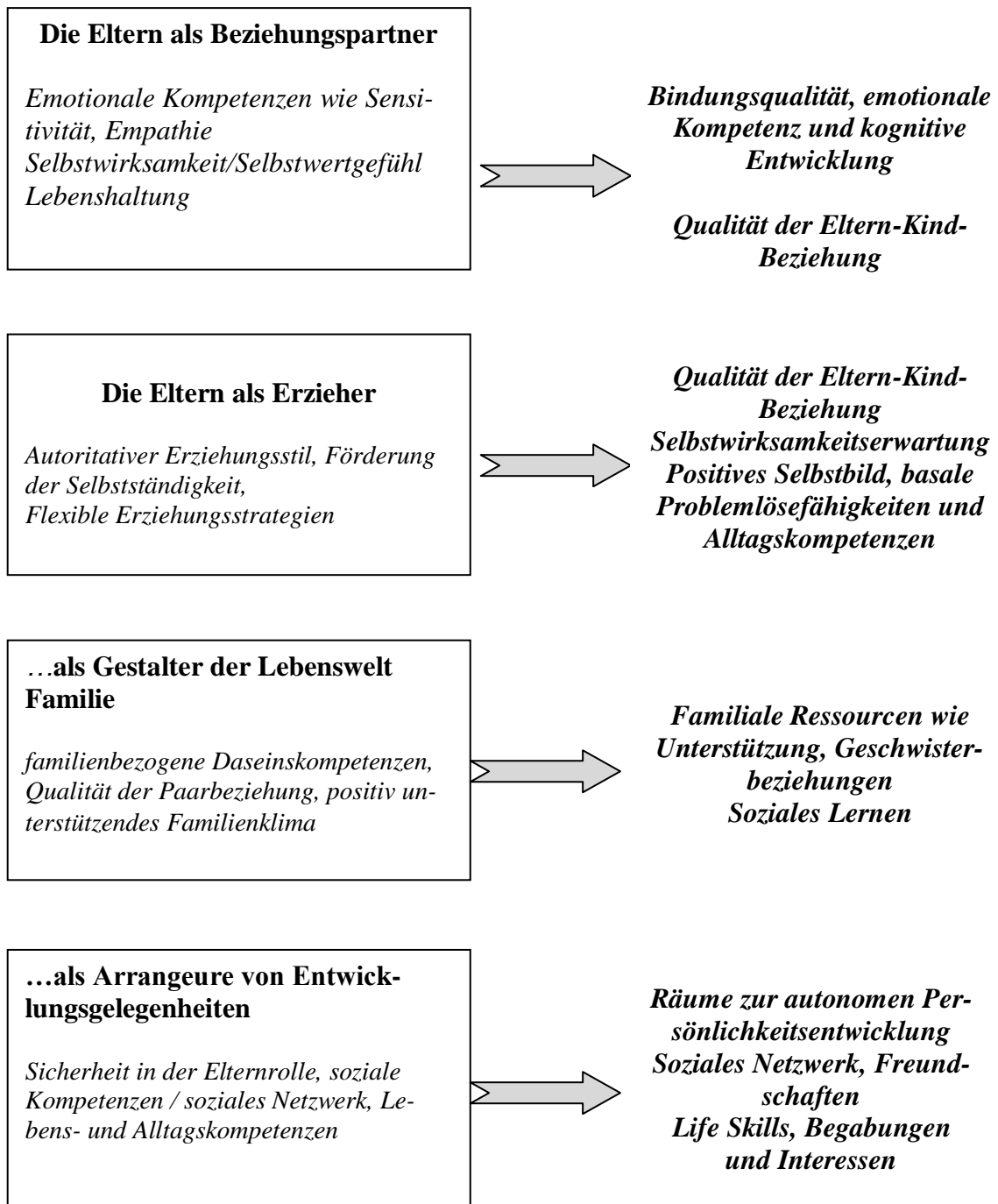
Systemisch-ökologisch betrachtet reicht die Sphäre elterlicher Fürsorge über das Familiensystem hinaus. So erscheinen Eltern auch als die wichtigsten Vermittler zwischen der gemeinsamen Lebenswelt „Familie“ und den kindlichen Lebenswelten außerhalb der Familie, wie Peergroups, auch KiTa, Schule, Vereine etc. (Bronfenbrenner 1979; erweitert zum ökologisch-systemischen Modell durch Bronfenbrenner/Morris 2000). Mit Blick auf die psychosozialen Entwicklungschancen

cen ihrer Kinder kommt den Eltern als *Arrangeuren von Entwicklungsgelegenheiten* innerhalb und außerhalb der Familie eine wachsende Bedeutung zu (Parke/Buriel 1998). Insbesondere in diesem Bereich sozialer Fürsorge sind die jungen Eltern heute in ihren organisatorischen und sozialen Kompetenzen mehr gefordert.

Eltern stimulieren ihre Kinder dazu beziehungsweise schaffen Möglichkeiten, die *Welt außerhalb der Familie* zu entdecken („didactic caregiving“, vgl. 2.4.2). Sie unterstützen sie dabei, die Welt zu verstehen und sich in ihr zurechtzufinden. Die „Weltaneignung“ ist entscheidend für die Ablösung und Individuation des Kindes. Über die Außenwelt bahnt sich das Kind seinen Weg hin zu einer autonomen Persönlichkeit; hier kann es selbstständig werden und ein Selbstkonzept ausbilden. Die Entwicklung von zentralen personalen Bewältigungsfaktoren wie der Selbstwirksamkeit ist unmittelbar an diesen Autonomieprozess gebunden.

Die Welt außerhalb der Familie ist für Kinder und Jugendliche sehr viel komplexer geworden. Das „Didaktische“ im engeren Sinne hat diese Fürsorge-Funktion überall dort verloren, wo Eltern nur mühsam hinterherkommen (Stichwort: Medienwelt). Vieles müssen sich Kinder selbst aneignen, die Eltern „lenken“ oder „rahmen“ eher, als dass sie Kinder selbst aktiv anleiten.

Abbildung 2.4.3/ 1: Das Vier-Rollen-Schema



2.4.4 Ausgangspunkt Eltern - Das spezifische Wirkungsprofil der Elternkurse

Unter 2.4.4 werden nun die zuvor für Eltern und Kinder herausgearbeiteten möglichen positiven Effekte und präventiven Wirkungswege der Elternschulung systematisiert und zusammengefasst. Darüber hinaus geht der Abschnitt auf weitere Besonderheiten dieses speziellen familienorientierten Ansatzes ein, die bei der Überprüfung von Effekten durch Elternkurse methodisch zu berücksichtigen sind.

Vielfalt der Effekte im Familiensystem

Dem Kapitel 2.5 vorgreifend werden die präventiven Möglichkeiten des Elternkurses hier zunächst kurz anhand der dort genannten *drei* Wirkungsbereiche familienbezogener Prävention beurteilt. Im „Wirkungsradius“ von Elternkursen lassen sich grundsätzlich positive Effekte auf den Ebenen der Eltern, der Kinder und des Familiensystems lokalisieren. Auf jeder dieser Ebenen können intermediäre Präventionseffekte in Form von gestärkten Ressourcen beziehungsweise protektiven Faktoren oder von gesenkten Belastungen zustande kommen (vgl. 2.2.2 zum Nachweis präventiver Wirkungen und 2.3 zum integrierten Präventionsmodell).

Wie viele andere settingorientierte Präventionsansätze lebt auch das Elterntaining davon, dass Veränderungsimpulse in ein soziales System gegeben werden; in diesem Fall von den Eltern in das Familiensystem. Angekommen in der Lebenswelt Familie, kann beispielsweise das veränderte Verhalten einer Mutter oder ihre neue Zufriedenheit in der Elternrolle positive Wirkungen auf einzelne Familienmitglieder entfalten, aber auch auf die Qualitäten der Familie als Gemeinschaft und Beziehungsgefüge Einfluss nehmen. In die präventiven Wirkungen von Elternkursen sind demnach eine *Vielzahl möglicher Effekte* einzuschließen. Andernfalls entgehen der Analyse wichtige Zusammenhänge und potenzielle Effektwege, die im Familiensystem langfristig Gesundheitswirkung hinterlassen können.

**Tabelle 2.4.4/ 1 Systematik der Wirkungsbereiche des Elterntrainings
(Beispiele zur intermediären Effektebene)**

	Ressourcen, Schutzfaktoren	Belastungen, Risikofaktoren
Eltern	Fürsorge-Kompetenzen, Selbstsorge-Kompetenzen, soziale Ressourcen etc.	Verunsicherung, Partnerschaftskonflikte, Überforderung/Stress etc.
Kinder	Bindungssicherheit, positive Eltern-Kind-Beziehung, entwicklungsförderlicher Erziehungsstil etc.	physische und psychische Gewalt
Familiensystem	gegenseitige Unterstützung, positives Familienklima etc.	Familienstress-Faktoren, vor allem Beziehungskonflikte (siehe 2.4.3)

Die Eltern als Impulsgeber

Im Vergleich zu anderen familienorientierten Präventionsansätzen, wie beispielsweise einer Mutter-Kind-Kur, gehört es zu den Besonderheiten des Elterntrainings, dass nur die Eltern selbst (meist sogar nur ein Elternteil) direkt einbezogen sind/ist und alle positiven Effekte des Elterntrainings letztlich auf die Schulung der Eltern zurückgehen²⁸. Das bedeutet aus analytischer Sicht, dass sich die präventiven Wirkungen des Elternkurses auch nur *von den Eltern her* aufschlüsseln lassen (These aus 2.5.1). Dazu musste im vorherigen Abschnitt mit dem elternspezifischen Bewältigungskontext und einem Belastungs-Ressourcen-Modell für Eltern zunächst eine ganz entscheidende Lücke geschlossen werden. Mit dieser Kenntnis ist nun der Weg zur Herleitung von *Präventionseffekten* durch die Elternschulung freigegeben.

Transfer in das Familiensystem

Der Transfer von neuem Wissen und Verhaltensänderungen in das Familiensystem durch die geschulten Mütter und Väter (etwa auf die Eltern-Kind-Interaktion) stellt eine weitere wichtige Besonderheit im elterntrainingsbedingten Wirkungsgeschehen dar. Auch dieser Prozess ist vielschichtig und noch wenig erforscht. In der Praxis ist der Transfer in das Familiensystem als der typische „Pferdefuß“ einer nachhaltig wirksamen Elternschulung wohlbekannt.

²⁸ Ausgenommen: mit Kindertraining kombinierte Elternschulungsprogramme wie beispielsweise EFFEKT.

Gedoppelte Wirkungschance - Präventionseffekte für Eltern und Kinder analysieren

Das präventive Potential der Elternkurse lebt davon, dass diese in ihrer Wirkung beide Zielgruppen erfassen können. In der Analyse müssen eltern- und kindbezogene Wirkungen jeweils für sich nachvollziehbar und klar unterscheidbar bleiben. Präventionswissenschaftlich betrachtet verdient es ein durch den Elternkurs gestärktes Elternmerkmal eigentlich immer, von mindestens zwei Seiten her beleuchtet zu werden: Was leistet eine bestimmte Elternressource im Bewältigungskontext der Eltern, welche Rolle spielt sie dagegen im Bewältigungskontext des Kindes? So sollte etwa die Erziehungskompetenz als eine personale Ressource für Mütter und Väter genauso in ihrer Gesundheitswirksamkeit überprüft werden wie auch als familiale Ressource für das Kind, welches nun dank eines entwicklungsförderlichen Erziehungsstils der Eltern die eigenen Individualressourcen besonders gut aufbauen kann.

In den folgenden Abschnitten werden die Wirkungszusammenhänge für beide Gruppen von Präventionsempfängern nachvollzogen, um die präventiven Chancen einer Elternschulung theoretisch zu untermauern.

Die Eltern

Über das Training werden in einem ersten Schritt die Eltern in ihren Fürsorge- und Selbstsorge-Ressourcen gestärkt. Darin eingeschlossen sind vielfältige Elternmerkmale (beispielsweise Beziehungskompetenzen), aber auch soziale Ressourcen. Diese psychosozialen Ressourcen wurden bereits unter 2.4.2 spezifiziert und systematisiert. Sie erscheinen nun als elternbezogene Wirkungen des Trainings. Damit wird das analytische Defizit in puncto Elterneffekte aufgegriffen, die sonst eher als Beieffekte oder nachrangige, vermittelnde Faktoren der auf das Kind bezogenen Präventionswirkungen Berücksichtigung finden. Von den Eltern aus setzen *Transferprozesse* in das Familiensystem ein, die sich in einer Reduktion von Belastungen oder einer Stärkung von Ressourcen niederschlagen.

Es wird versucht, bei aller Komplexität möglichst einfache Wirkungslinien zwischen Veränderungserfolgen per Elternkurs sowie den Eltern und den Kindern zu ziehen. Die wechselseitige Beeinflussung von Effekten in unterschiedlichsten Wirkungsbereichen, von der man in einem so eng geknüpften sozialen System wie der Familie

unbedingt ausgehen muss, bleibt zunächst außen vor, damit das Modell verständlich bleibt und seine analytischen Zielsetzungen nicht verfehlt.

Die Kinder

Erinnern wir uns an das Präventionsmodell und das Zustandekommen von Präventionseffekten, wie es im Kapitel 2.2 vorgestellt wurde, so können *präventive Wirkungen* auf Seiten des Kindes durch eine Elternschulung nur dann erwartet werden, wenn dadurch entweder gesundheitswirksame Ressourcen des Kindes gestärkt oder gesundheitswirksame Risikofaktoren (Belastungen) für das Kind abgemildert werden.

In Anbetracht der Komplexität kindlicher Entwicklung dürfte es grundsätzlich nicht einfach sein, *überhaupt* messbare Wirkungen auf das Kind zu erzielen, zumal dazu bei der Elternschulung unbedingt die Übertragung der Trainingserfolge in den Alltag und das Setting der Familie gelingen muss. Ähnlich schwierig erscheint es, diejenigen Prozesse nachzuvollziehen, die ursächlich zu positiven Veränderungen im Verhalten oder psychischen Befinden eines Kindes geführt haben, wenn solche infolge einer Teilnahme seiner Mutter/seines Vaters an einem Elternkurs auftauchen. Aus dem gleichen Grund ergibt sich im Falle ausbleibender oder langfristig schwindender Erfolge des Elterntrainings die Schwierigkeit, herauszufinden, worauf dieser Wirkungsverlust im Einzelnen zurückzuführen ist.

Jedoch müssen die Bemühungen der Elternbildungsforschung, die kindbezogenen Wirkungen bei der Evaluation von Elternkursen nachzuvollziehen, in jedem Fall aufrechterhalten werden. Eventuell würde eine feingliedrigere Operationalisierung der sukzessiven Wirkungsstufen von den Eltern zum Kind die Erkenntnislage deutlich verbessern. Die Untersuchungsergebnisse könnten dann auch einen Beitrag zur Entwicklungsforschung leisten (Beelmann 2006, Köhle/Köhle 1984).

Tabelle 2.4.4/ 2 Wirkungsschema für die Zielgruppen „Eltern“ und „Kinder“

	Interventions-Ebene (Elternkurs)	Modifikationsebenen		Ebene der Präventionseffekte
Zielgruppen		I Kompetenzbildung	II gestärkte Ressource oder abgesenkte Belastung	
Eltern	<i>motivierter Inanspruchnahme</i>	<i>z.B. Gewinn an Erzieherischer Kompetenz*</i>		<i>Rückgang der Inzidenz von Stressfolge-Erkrankungen</i>
	<i>didaktische Qualität</i>	<i>Gewinn Erzieherischer Kompetenz</i>	<i>verbesserte Alltagsbewältigung (Entlastung)</i>	<i>Abnahme von Stresssymptomen</i> <i>Stärkung der psychischen Gesundheit/Lebensqualität</i>
Kind	--	<i>Erhöhte Sensitivität und Einfühlung der Eltern</i>	<i>Sichere Eltern-Kind-Bindung</i>	<i>Rückgang der Inzidenz psych. Störungen,</i> <i>Rückgang von Krankheitswerten, Symptome emotionaler und Verhaltensauffälligkeiten</i>
		<i>Erwerb neuer Erziehungsstrategien der Eltern</i>	<i>Abnahme aggressiver Erziehungsmuster</i>	

*Im Fall der Eltern ist es möglich, dass die Modifikationsebenen I und II zusammenfallen, da diese Medium und Empfänger der Prävention zugleich sind. In diesem Beispiel fällt der Gewinn erzieherischer Kompetenz auf die Modifikationsebene I (als Veränderungsvariable) und II (weil sie eine Ressource ist).

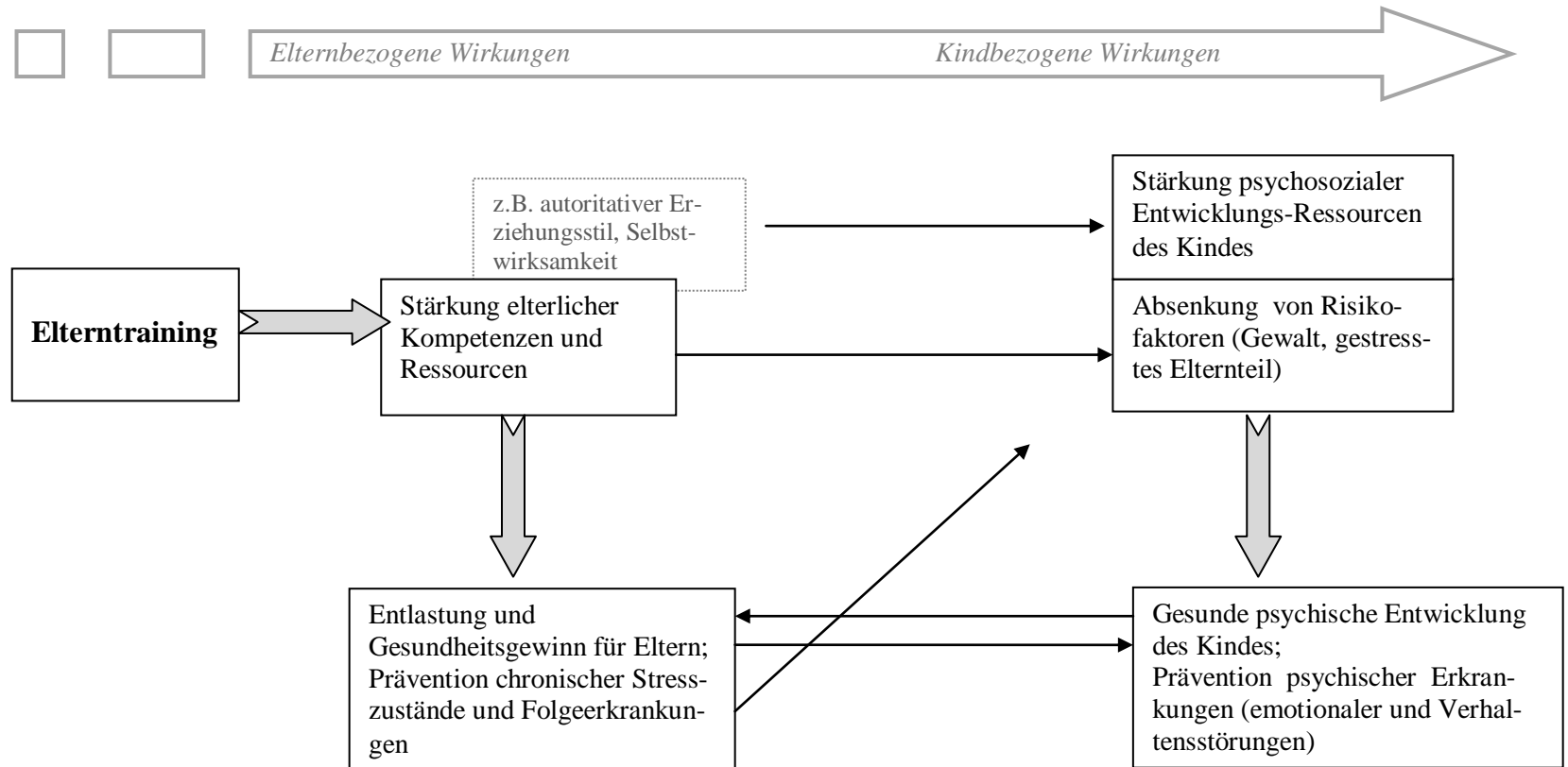
Lernen in der Elterngruppe: Austausch und Unterstützung als soziale Ressourcen

Das Gruppenformat bietet Eltern ganz unmittelbar soziale Unterstützung und Entlastung durch den Austausch mit anderen Eltern. Darüber hinaus ist es möglich, soziale Ressourcen auch mittel- und langfristig auszubauen und etwa durch neue Kontakte das eigene Netzwerk zu stärken.

Erkenntnisse zur positiven Wirkung und Bedeutung der Gruppe aus subjektiver Sicht der Mütter und Väter sprechen dafür, die Gruppensituation als eine Ressource zu berücksichtigen und diese auch als Wirkungsfaktor genauer zu untersuchen. So wünschen sich viele Rat suchende Eltern den Austausch mit anderen Eltern explizit (vgl. Tschöpe-Scheffler 2005). Positive Effekte von Elternbildungsformaten scheinen sich zu verstärken, wenn Eltern sich im Rahmen solcher Interventionen mit anderen El-

tern austauschen können (Layzer/Goodson et al. 2001). Auch im direkten Vergleich zwischen autodidaktisch angelegten Elternprogrammen (Selbststudium mit schriftlichem Lernmaterial) und Gruppenkursen schneiden letztere als wirksamere Form der Stressbewältigung ab (Stinner-Meißner 2004). Als der gesundheitsförderliche Aspekt der Gruppe wird meist das Erlebnis gegenseitiger Unterstützung und Solidarität angeführt und diese somit als eine klassische soziale Unterstützungs-Ressource interpretiert. Tatsächlich ist aber nicht abschließend geklärt, *warum* der Austausch oder das Lernen in der Gruppe die Wirksamkeit von Elternbildung (etwa hinsichtlich Entlastung oder Gewinn an Kompetenz) fördert. So ist die Gruppe selbstverständlich auch ein soziales Lernfeld - die professionellen Elternbildungs-Praktiker/innen nutzen ja die Gruppenarbeit didaktisch ganz bewusst, etwa um bestimmte Erziehungs-Strategien einzuüben oder die Selbstsicherheit der Eltern zu fördern. Abgesehen davon kann die Teilnahme am Gruppenkurs auch ein befreiender Schritt aus der Isolation sein. Für bestimmte Bevölkerungsgruppen, vor allem solche aus sozial benachteiligten und bildungsfernen Schichten oder auch für sehr entmutigte Eltern, die sich mit ihren Erziehungs-Problemen „eingeeigelt“ haben, könnte eben dieser Effekt zu einer entscheidenden psychischen Stärkung führen, die sogar andere Wirkungen in den Schatten stellt. Der empirische Teil wird der Frage nachgehen, worin gegebenenfalls die positiven Effekte der Partizipation an einer Elterngruppe für die Teilnehmer/innen begründet liegen.

Abbildung 2.4.4/ 2 Entfaltung präventiver Effekte durch Elternschulung



2.4.5 Schlussfolgerungen für Praxis und Evaluation der Elternbildung

Das Kapitel 2.4 hat die präventiven Möglichkeiten der Elternschulung durch eine Stärkung psychischer und sozialer Ressourcen für beide Gruppen von Präventionsempfängern aufgedeckt und die gesundheitsstärkenden Potenziale mit Hilfe einer Elternrollenanalyse systematisiert. Zudem wurde ein Wirkungsprofil erstellt, das die speziellen Effekte und Effektwege der Präventionsform „Elternkurs im Gruppenformat“ abbildet. Aus den theoretisch gewonnenen Erkenntnissen ergeben sich Schlussfolgerungen zu den grundsätzlichen *präventiven Chancen* der Elternbildung sowie Anregungen für die *Gestaltung* und *Evaluation* von Elternkursen, die sich teilweise auf andere Elternbildungsformate und familienorientierte Präventionsstrategien übertragen lassen.

Chancen zur Stärkung kindlicher Ressourcen durch Elternkurse

Eltern formen die „sozio-emotionalen Qualitäten“ der Familiengemeinschaft und der Familienbeziehungen mit ihrer ganzen Person (Verhalten, Persönlichkeit, Interaktionsstil, gegebenenfalls Paarbeziehung). Im Rahmen familialer Sozialisation sind Eltern als Modelle aufzufassen: Mit ihrer Persönlichkeit sowie ihrem Interaktions- und Erziehungsstil beeinflussen sie auch die sozialen Entwicklungsräume. So nehmen Mütter und Väter großen Einfluss auf die Entfaltung sozialer und emotionaler Kompetenzen, der Liebes- und Bindungsfähigkeit, der psychischen Bewältigungsressourcen und protektiven Persönlichkeitsmerkmale ihrer Kinder. Parenting geschieht mehr oder weniger bewusst und findet sowohl im direkten Zusammensein mit den eigenen Kindern statt als auch auf einer indirekten Ebene.

Ansatzpunkte der Elternbildung zur Förderung kindlicher Entwicklungsressourcen lassen sich darum einerseits im direkten Kontakt mit dem Kind, das heißt auf den Ebenen von Bindung und Beziehung sowie Interaktion und Erziehung aufzeigen. Andererseits liegen die Chancen auch jenseits der Eltern-Kind-Interaktion. Mütter und Väter gestalten die außerfamilialen kindlichen Entwicklungsräume mit, indem sie in Austausch mit anderen Systemen, etwa Bildungseinrichtungen oder Freizeitvereinen, treten. Vermutlich gewinnt ihr Einsatz außerhalb der Familie an Bedeutung. Diesbezüglich sollte bei Bedarf das Selbstbewusstsein und die Sicherheit von Eltern im Umgang mit den außerfamilialen Systemen gestärkt werden.

Da Mütter und Väter ihren Einfluss, im Positiven wie im Negativen, nicht immer bewusst ausüben, ist es eine grundsätzliche Aufgabe von Elternbildung, sie für ihren prägenden Einfluss zu sensibilisieren. Das hier vorgestellte Rollen-Schema (vier Rollen der Eltern in 2.4.2/2.4.3) könnte helfen, Eltern die Art ihrer Einwirkung zu kommunizieren, um darauf aufbauend zu vermitteln, wie sie die Entwicklung ihrer Kinder am besten unterstützen können. Dies scheint für die Präventionsarbeit geeigneter als etwa das Hantieren mit (patho-) psychologischen Fachbegriffen und Defizitrheterik (Stichwort: „Inkompetente Eltern“).

Dennoch ist hervorzuheben, dass Elternkurse sehr wohl *psychoedukativ* sein müssen, wenn sie tatsächlich die entscheidenden präventiven Wirkungen für Eltern und Kinder entfalten sollen.

Die Positionen, die Eltern in der Familie und im weiter gefassten Entwicklungskontext ihres Kindes besetzen, sind vielfältig und verändern sich im Verlauf der Entwicklung des Kindes. Ganz sicher spricht dies dafür, in der Elternbildungspraxis so breit wie möglich an einer Stärkung der elterlichen Ressourcen anzusetzen und dabei Mütter und Väter in allen ihren Rollen zu fördern. Eine solch umfassende Stärkung erfordert unterschiedlichste didaktische Zugänge, die von der Vermittlung pädagogischer und entwicklungspsychologischer Wissensinhalte über das Erlernen von Erziehungsstrategien bis hin zur therapienahen selbstreflektorischen Persönlichkeitsstärkung reichen können.

Nutzen des Modells für die professionelle Praxis

Auch den konstruktiven Austausch zwischen den Professionellen, die oft von der Warte unterschiedlicher pädagogischer, psychologischer oder therapeutischer Schulen aus kommunizieren und argumentieren, könnten die oben genannten vier Rollenbilder erleichtern, etwa wenn es um die Ziele von Elternbildungsprogrammen geht. Die hier eingebrachte Systematik von Risikofaktoren, Belastungen, Ressourcen und Schutzfaktoren wäre in Assoziation mit den vier Rollen der Eltern auch ein nützliches Instrument, um Elternkurse auf spezielle Zielgruppen zuzuschneiden.

Bestehende Defizite und Anregungen für die Evaluation

Das Elternttraining stellt eine familienbezogenen Präventionsform mit besonderen Zielsetzungen und einem speziellen Wirkungsprofil dar. Die Vielzahl an Möglichkeiten zur gesundheitlichen Förderung sollte in der Evaluation mehr Berücksichtigung finden. Es wurde ausführlich dafür argumentiert, zum Erschließen der Präventionswirkung mit den Kindern und den Eltern beiden zentralen Zielgruppen Aufmerksamkeit zu schenken. Die systemisch bedingte Effektivvielfalt der Elternkurse, von der je nach Ausrichtung der Schulungsschwerpunkte psychische, familiale sowie soziale Ressourcen und Belastungen der Familienmitglieder erfasst sein können, stellt die Evaluation gleichsam vor einige Schwierigkeiten. Insbesondere die Präventionswirkungen beim Kind sind nicht leicht nachzuvollziehen und zu überprüfen. Die Operationalisierung könnte etwa durch eine stärkere Ausrichtung auf die kindlichen Ressourcen verbessert werden.

Auch der Gedanke, über die Eltern das Familiensystem als Einheit zu stärken, um Ressourcen der familialen Lebenswelt für alle Mitglieder abzusichern, wird noch kaum erfasst. Qualitäten der Familie werden zwar als Gesundheit stützende Faktoren anerkannt und genutzt. In der Evaluation von Elternkursen bleibt aber das Familiensetting eine vermittelnde Instanz und „Kontextgröße“, dessen förderliche oder hinderliche Einflüsse nicht näher erschlossen werden.

Nicht zuletzt die Untersuchung des Gruppenfaktors (hier gemeint: die Kursgruppe) bietet der Evaluation von Elternkursen ein weites Feld lohnender Forschungsaktivität. Einen explorativen Anfang macht die vorliegende Arbeit diesbezüglich im empirischen Teil (4.1 und 4.2), der die Wirkungen der Gruppe aus Sicht der teilnehmenden Eltern aufgreift.

Für eine vergleichende Evaluation von Elternkurs-Programmen sind die unter 2.4. erarbeiteten Wirkungsprofile geeignet; sie bieten eine Grundlage zur Hypothesenbildung, um Stärken und Wirkungsschwerpunkte verschiedener Programme später empirisch herauszuarbeiten. Ansatzpunkte finden sich sowohl in der Systematik elternbezogener und elternvermittelter Belastungen und Ressourcen als auch mit dem Vier-Rollen-Schema. Die Vorschläge sollen auch dazu anregen, alternative Kriterien der Wirksamkeitsprüfung zu erproben und adäquate neue Messinstrumente zu entwickeln. Eine Operationalisierung könnte sich beispielsweise stärker

an Ressourcen oder elternkurspezifischen Wirkungen orientieren. Mit einer verfeinerten Operationalisierung trainingsbedingter Veränderungen kann sich die Evaluation auch besser auf den primärpräventiven Einsatz von Elternkursen abstimmen, und zudem Anschluss an die vielversprechenden neueren Entwicklungen der Präventionsforschung finden (vgl. Kapitel 3).

Möglichkeiten und Grenzen der Elternbildung

Wenn hier die präventiven Chancen der Elternschulung als vielseitig und umfangreich herausgehoben werden, soll das keinesfalls signalisieren, dass diese in jedem Elternkurs oder für jedes Elternteil auszuschöpfen wären. Vielmehr sprechen die vielen sinnvollen Ansatzmöglichkeiten dafür, dass Elternbildung *sehr flexibel* gestaltet werden kann. So lassen sich für sehr unterschiedliche Bevölkerungsgruppen und Familienformen, für variierende Unterstützungsbedürfnisse von Kindern oder auch für Familien in unterschiedlichen Lebensphasen bedarfsgerechte Schulungskonzepte entwickeln, die psychische Gesundheitsressourcen von Eltern und Kindern und entsprechend deren vorhandene Entwicklungsmöglichkeiten fördern.

Die Erwartungen an die Präventions-Effekte bei *Kindern* durch eine Schulung der Eltern müssen vom aktuellen Stand der Sozialisations- und Entwicklungsforschung aus beurteilt werden. Deren Ergebnisse geben einen vielseitig beeinflussten Entwicklungskosmos preis, in dem sich das Kind als Individuum aktiv und produktiv mit den Gegebenheiten und Bezugspersonen auseinandersetzt, die seine Lebenswelten ihm anbieten. „Entwicklungsförderung auf Knopfdruck“ sollte und kann es demnach wohl auch mit einer noch so gut durchdachten Elternbildungsstrategie nicht geben. Vor allem die transaktionalen Modelle und die sozial-ökologischen Modelle haben deutlich gemacht, dass der Einfluss der Eltern relativ ist und den auf das Kind bezogenen Zielsetzungen eines Erziehungstrainings Grenzen gesetzt. So bestimmen auch das Temperament und der Charakter des Kindes mit über die Beziehung zu den Eltern und deren Einwirkungschancen. Zudem ist der elterliche Einfluss nicht isoliert von anderen Sozialisations- und relevanten Beziehungen des Kindes zu denken. Es gibt weitere erziehende Systeme und Settings außerhalb der Kernfamilie, deren Relevanz für den Aufbau von Ressourcen und den Kompetenzerwerb mit dem Alter des Kindes im Allgemeinen stetig zunimmt.

Bei den personalen Ressourcen (Kompetenzen, Persönlichkeitsmerkmale) der Eltern, die in den Abschnitten 2.4.2 und 2.4.3 als prinzipiell beeinflussbar durch Elternbildung aufgeführt wurden, ist zu berücksichtigen, dass sie unterschiedlich sensibel für eine gezielte Veränderung von außen sind. Die Trainierbarkeit kann außerdem auch zwischen einzelnen Personen, zwischen den Geschlechtern und zwischen bestimmten Bevölkerungsgruppen oder Lebensphasen stark variieren.

Als Kompetenz bildende psychoedukative Präventionsstrategie im Gruppenkursformat sind die Möglichkeiten von Elternkursen also stets auch vom Vermögen der Eltern abhängig, etwa von ihrer Fähigkeit zur Selbstreflexion oder ihren Möglichkeiten zur Öffnung in einer Gruppe.

Schließlich kann die Vielfalt an aufgezeigten Möglichkeiten nicht darüber hinwegtäuschen, dass Elternkurse, wie andere verhaltenspräventive Ansätze, strukturelle Rahmenbedingungen nicht erfassen und etwa auch die Spuren sozialer Benachteiligung nicht beseitigen können. Auch unabhängig von der sozialen Lage gibt es eine ganze Reihe gravierender Belastungen und Lebensschicksale, die auf das Familiensystem einwirken. Diese lassen sich nicht einfach „wegtrainieren“. In diesem Zusammenhang sei nochmals auf ein Forschungsergebnis aus der KiGGs-Studie hingewiesen. Dieses deutet darauf hin, dass bei hohem Risikostatus der Kinder, also wenn hohe Belastungen und Benachteiligungen vorliegen, eine Gesundheitsgefährdung allein durch das Vorhandensein personaler Ressourcen, etwa eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung, nicht kompensiert wird (Ehrhart/Hölling/Bettge et al. 2007).

2.5 Die Versorgungsperspektive: Elternbildung als familienbezogene Präventionsstrategie

Gesundheitsrelevante Belastungen und Ressourcen aufzuspüren, und mit diesem Wissen zu wirksamen Präventionsansätzen zu gelangen, ist eines. Gute Präventionskonzepte und Programme bleiben aber ein stumpfes Schwert, wenn sie nicht dort ankommen, wo sie wirksam werden können: bei den Menschen. Und sie können nur dann eine positive Wirkung entfalten, wenn sie auf die unterschiedlichen Bedürfnisse und Bedarfe der anvisierten Präventionsempfänger abgestimmt sind. So werden die bedarfsgerechte Anpassung präventiver Maßnahmen und die Gestaltung des Zugangs zur Zielgruppe zu zentralen Fragen des *präventiven Erfolges*.

Der folgende Abschnitt beschreibt zunächst unterschiedliche Vorgehensweisen zur Krankheitsvorbeugung, um so gleichsam die präventiven Einsatzbereiche für das Elterntraining einzugrenzen. Anschließend stellt der Text die Elternschulung als familienbezogene Präventionsstrategie vor. Daran werden typische Problematiken der praktischen Umsetzung sichtbar, aus denen sich zentrale Fragestellungen an den Untersuchungsteil ergeben.

2.5.1 Bedarfsgerechte Präventionsstrategien

Eine nachhaltig wirksame Prävention erfordert den Einsatz vielfältiger Strategien, um verschiedene Bevölkerungsgruppen bedarfsangemessen zu unterstützen. So können präventive Maßnahmen ein breites Spektrum von Umsetzungsformen annehmen. Diese Interventionstypen können nach verschiedenen Gesichtspunkten unterschieden werden, die im Folgenden aufgeführt werden (vgl. Hurrelmann/Laaser 2006).

Unterscheidung präventiver Strategien nach ihrem Eingriffs-Zeitpunkt (Stadien-Modell)

Präventive Interventionen können an unterschiedlichen Punkten einer Krankheitsdynamik einsetzen. Dieser Gedanke hat ursprünglich einmal zu der Unterscheidung zwischen *primordiale*m, *primärem*, *sekundärem* und *tertiärem* Präventionssektor geführt (Caplan 1964, Caplan/Grunebaum 1967). Dieser Klassifikationsvorschlag ist jedoch nicht in einheitlicher Form übernommen und weitergeführt worden, sodass sich die Zuordnungsregeln von Quelle zu Quelle unterscheiden. Nicht in allen Präventionsdisziplinen kommt diese Systematik überhaupt zum Einsatz. Dies mag auch

daran liegen, dass eine trennscharfe Zuordnung zu den vier Kategorien aus der präventiven Praxis heraus kaum möglich ist und immer künstlich bleibt (Leppin 2004, 2010). Hurrelmann und Laaser (2006) schlagen vor, sich auf die beiden Kategorien „primär“ und „sekundär“ zu beschränken. Präventionstrategien ließen sich auf diese Weise einfacher und eindeutiger zuordnen, nämlich einer der beiden Interventionsmöglichkeiten „vor dem Auftreten einer Erkrankung“ (primär) und „nach dem Auftreten einer Erkrankung“ (sekundär).

Das Hauptaugenmerk der vorliegenden Arbeit liegt auf dem *primärpräventiven* Einsatz von Elternkursen. Eine gewisse Bedeutung kommt dem sekundären Eingreifen zu, da es in der präventiven Praxis durchaus passiert, dass an primär ausgerichteten Maßnahmen Personen teilnehmen, bei denen sich bereits eine Störung entwickelt hat oder Krankheitssymptome vorliegen. Der tertiäre Präventionssektor spielt hingegen eine untergeordnete Rolle. Der Vollständigkeit halber ist dieser jedoch in die Übersichtstabelle 2.5.1/1 mit aufgenommen. Auch die Definition sei hier angeführt:

Die Tertiärprävention möchte Folgeschäden (Defekte, Behinderungen) einer eingetretenen Erkrankung vermeiden oder abmildern. [...] Gesundheitspolitisches Ziel von Tertiärprävention im Sinne von Rehabilitation [...] ist es, die Leistungsfähigkeit soweit wie möglich wiederherzustellen und die Inzidenz bleibender Einbußen und Behinderungen abzusenken. (Walter/Schwartz 2003, 189)

Zur sekundären Prävention psychischer Erkrankungen

Das formale Ziel der Sekundärprävention ist es, die Manifestierung oder das Fortschreiten von Erkrankungen aufzuhalten. Dabei wird versucht, „das Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums durch Früherkennung und Frühbehandlung sowie den Wiedereintritt eines Krankheitsereignisses zu verhindern“ (Schwartz/Walter 2003, 189). Zudem wird gerade an sekundärpräventive Maßnahmen die „Forderung nach gesichertem Zusatznutzen der Frühbehandlung gegenüber einer später einsetzenden Normalbehandlung“ gestellt, „da anderenfalls Früherkennung unnötige Kosten, unnötiges Leid und unnötige Risiken verursacht“ (ebd.).

Die Früherkennung schwerwiegender Erkrankungen ist also immer eine heikle Angelegenheit. Psychopathologische Dynamiken verlaufen darüber hinaus sehr individuell

und lassen sich nur schwer vorhersagen, auch da es keine linearen Krankheitsverläufe gibt. Psychische Erkrankungen äußern sich im Frühstadium oft mit unspezifischen Symptomen. Falsch positive wie falsch negative Vorhersagen können gleichermaßen unglückliche Konsequenzen nach sich ziehen (siehe dazu auch Durlak/Wells 1997). Wie bereits im ersten Kapitel dieser Arbeit ausgeführt wurde, ist der Früherkennung psychischer und Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter durch die *Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit* ein besonderer Stellenwert eingeräumt worden (BMG/RKI 2008). So soll etwa die Aufnahme psychischer Gesundheitsmarker in die Kinder-Vorsorgeuntersuchung dazu beitragen, Auffälligkeiten und Störungsdynamiken eher zu erkennen (siehe dazu auch Kapitel 1 in dieser Arbeit).

Primärprävention im Fokus

Die formale gesundheitspolitische Zielsetzung von Primärprävention ist es, die Anzahl von Neuerkrankungen (Inzidenzrate) einer Erkrankung in einer Bevölkerungsgruppe zu senken. Dazu greifen die primärpräventiven Interventionen frühzeitig ein, bevor sich eine Krankheitsdynamik überhaupt entwickelt hat. Je nach Ausgangslage, welche etwa durch das zu prävenierende Erkrankungsspektrum und die bekannte Erkrankungsursachen oder auch durch Merkmale der Zielgruppe und Bedingungen ihres Lebensumfeldes zu bestimmen ist, stehen verschiedene Möglichkeiten offen, um dieses Interventionsziel zu erreichen.

The strategies for primary prevention are clear. They include: (a) reducing or eliminating the noxious agent, (b) strengthening the resistance of the host, or (c) preventing transmission of the noxious agent to the host. We have learned these strategies from public health's successful experiences with other plagues. The principle noxious agent for emotional disorders is stress (Albee 2006, 451).

Den frühen Lebensjahren kommt eine besondere Bedeutung für Lern- und Entwicklungsprozesse jeglicher Art zu, so auch die das gesundheitsbezogene/gesundheitsbewusste Denken und Verhalten betreffenden. Deshalb liegt das Hauptaugenmerk primärer Präventionsbemühungen auf der Zielgruppe der *Kinder und Jugendlichen*. Auch für die Prävention psychischer Erkrankungen hat man die ersten Lebensphasen im Blick. Denn in Kindheits- und Jugendphase werden die

Weichen für eine gesunde psychische Entwicklung gestellt. Zu Beginn unseres Lebens leisten wir Menschen die wichtigsten Abschnitte unserer „Entwicklungsarbeit“. Wir sind enorm empfänglich für psychische, soziale und kognitive Lernprozesse und somit in der Lage, besonders *schnell, mühelos* („selbstverständlich“) und *nachhaltig* unsere personal-psychischen Ressourcen auszubilden, auf die wir dann für gewöhnlich ein Leben lang zurück greifen können. Primäre Prävention kann hier sehr effektiv ansetzen, indem sie Kindern und Jugendlichen zum Beispiel hilft, ein positives Selbstbild, Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen, soziale Kompetenzen oder allgemeine Problemlösefähigkeiten auszubilden.

Auch negative oder problematische Entwicklungen beginnen hier. Frühe Gewalterfahrungen, ungenügende kognitive, emotionale und soziale Anregungsbedingungen (Deprivation), das Erleben von Armut und sozialer Desintegration prägen ebenso nachhaltig. Vor allem können in einer deprivierten Lebenswelt keine adäquaten Ressourcen aufgebaut werden. Biografisch früh angelegte Negativ- oder Risikospiralen umzukehren bzw. nicht etablierte psychische Ressourcen als Erwachsener aufzuholen oder nachzuholen, ist äußerst schwierig. Gerade auf gravierenden Risikolagen, wie sie etwa durch extreme Formen familialer Gewalt wie Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellen Missbrauch entstehen, trifft dies zu. Wenn überhaupt, gelingt dies nur in langwierigen Prozessen, unter erheblichem Kraftaufwand für die Betroffenen und ihre (sozialen oder professionellen) Unterstützungssysteme. Risikopotentiale solcher Art tatsächlich *im Vorfeld ihrer Entstehung* anzugehen, erscheint als dringliche Aufgabe für die Primäre Prävention, die langfristig und nachhaltig nur *verhältnispräventiv* gelöst werden kann. Das heißt: Bekämpfung krankmachender Lebensbedingungen wie Armut und familialer Gewalt; Verbesserung der Integration und Bildung(schancen) benachteiligter Bevölkerungsschichten. *Verhaltenspräventiv*: personal-psychische Ressourcen und Lebenskompetenzen stärken (Empowerment). Selbstverständlich lässt sich auch im Erwachsenenalter noch sinnvoll primärpräventiv ansetzen. Erfolgversprechend sind Präventionsbemühungen insbesondere dann, wenn sie an markanten Umbruch- oder Übergangsphasen der Erwachsenen-Biografie ansetzen (zum transition approach siehe den Abschnitt „selektive Strategien“).

Die allgemeine Schieflage zwischen Kuration und Prävention im psychosozialen Gesundheitssektor wurde unter 2.2 erörtert. Während psychisch erkrankte Menschen

in Deutschland über die kurativen Systeme, also durch therapeutische Angebote und die angeschlossenen rehabilitativen und rückfallprohylaktischen Maßnahmen relativ gut aufgefangen zu werden, bestehen im sekundären und primären Präventionssektor erhebliche *Versorgungsdefizite*. Bemängelt wird in diesem Zusammenhang ein Professions- und Ideologiegraben zwischen Public Health und Therapeuten/Medizinern, der den Austausch zwischen dem behandelnden Gesundheitssystem und den primärpräventiv greifenden Projekten/Initiativen und psychosozialen Versorgungsstrukturen störe und so ein Fortkommen behindere (EU Grünbuch 2005). Auf weitere Ursachen der nicht zufriedenstellenden präventiven Versorgung, die für den psychischen Gesundheitsbereich spezifisch sind, wurde ebenfalls im Kapitel 2.2 hingewiesen.

Als vergleichsweise fortschrittlich wird das Öfteren der primäre Präventionssektor „Sucht“ angeführt. Die Suchtprävention hat eine relativ lange Tradition und ist in vielfältigen Strukturen und Settings verankert. Weite Teile der Bevölkerung sind für die präventiven Botschaften empfänglich und erkennen die Dringlichkeit *frühzeitiger* Prävention. Breit gestreute Kampagnen über lange Jahre haben für das Thema sensibilisiert und es enttabuisiert. Suchterkrankungen wie Alkoholismus sind abschreckende, aber auch häufige und anschauliche Beispiele einer psychischen Erkrankung. Da sich jede/r darunter etwas vorstellen kann, lässt sich der Präventionsgedanke einleuchtend transportieren.

Unterscheidung primärpräventiver Strategien nach Auswahl der Zielgruppen

Innerhalb des Sektors der Primärprävention lassen sich ferner die universellen (oder universal-präventiven) von den selektiven Ansätze unterscheiden.

Universelle Strategien (Bevölkerungsstrategien)

Als universelle Ansätze der primären Prävention, die uns ja alle erreichen, haben wir beispielsweise Anti-Sucht-Kampagnen oder Fernsehspots vor Augen, die uns auffordern, uns durch Kondome vor AIDS zu schützen; ein weiteres Beispiel bieten die Warnungen auf Zigaretenschachteln: „Rauchen kann tödlich sein!“.

Erfolgreiche universelle oder universal-präventive Handlungsansätze leben von der Breite der Effekte. Eine universelle Strategie muss weite Teile der Bevölkerung erreichen, sonst ist sie kaum wirkungsvoll und unter dem Kosten-Nutzen-Aspekt nicht zu rechtfertigen. Das Gleiche trifft im Prinzip auf Risikogruppen-Strategien zu, die auf Zielgruppen mit nur leicht oder durchschnittlich erhöhtem Risiko ausgerichtet

sind. Dieser Umstand wird auch als *Präventionsparadox* bezeichnet: „Viele Personen müssen eine präventive Maßnahme durchführen, obwohl nur wenige einen direkten Nutzen [...] haben“ (Walter/Schwartz 2003, 201).

Tabelle 2.5.1/ 1: Übersicht Strategien, Zielgruppen und Zugänge der Prävention

Strategien	primär		sekundär	tertiär
generelle Ausrichtung	universell	selektiv*	indiziert	indiziert
Zielgruppe	Gesamtbevölkerung	Risikogruppen, vulnerable Gruppen	in frühem Krankheitsstadium Befindliche	Erkrankte
Erwarteter Bedarf der Zielgruppe	entspricht Bevölkerungsdurchschnitt	erhöht gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt	Stark erhöht/ frühtherapeutisch	rehabilitativ/ rückfallprophylaktisch
Zugang	über Setting oder Zielgruppe	über Setting oder Zielgruppe	über therapeutisches Setting	über therapeutisches Setting

* inklusive milestones-approach, transition-approach

Universelle Strategien sind also nur dann zu rechtfertigen, wenn ein relativ hohes Erkrankungsrisiko über die gesamte Breite der Bevölkerung hinweg betrachtet besteht, oder wenn die Konsequenzen einer möglichen Erkrankung besonders schwerwiegend sind. Auch solche Störungen des seelischen Gleichgewichts, die nicht als psychische Erkrankung eingeordnet (diagnostiziert) werden, beeinträchtigen dennoch das subjektive Wohlbefinden, die Leistungsfähigkeit und die soziale Lebensqualität vieler Menschen erheblich. *Nicht gesund* im Sinne einer salutogenetischen Auffassung sind vermutlich außer solchen mit einer Krankheitsdiagnose weitere Menschen. Auf die beträchtlichen negativen Folgen und die häufig auftretende Chronifizierung psychischer Beeinträchtigungen wurde unter 2.2 und im einführenden Kapitel hingewiesen.

Präventive Botschaften oder Handlungs-Aufforderungen über Bevölkerungsstrategien an die Frau oder den Mann zu bringen, ist ein mühsames Geschäft! Denn bevölkerungsbezogene Präventionsempfehlungen richten sich zu einem großen Teil an Menschen, die gesund sind. Diese verspüren nicht unbedingt das Bedürfnis, etwas für ihre Gesundheit zu unternehmen. Für Personen, die sich guter Gesundheit erfreuen

en, ist der Gewinn einer präventiven Handlung oft nicht direkt erfahrbar. An Stelle eines unmittelbaren Nutzens muss dieser über den Verstand in die Zukunft projiziert werden. Der Anreiz, präventive Angebote in Anspruch zu nehmen, ist also grundsätzlich schwach (Walter/Schwartz 2003).

Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, vor allem solche aus sozio-ökonomisch schlecht gestellten und bildungsfernen Bevölkerungsschichten oder aber Populationen, die aus anderen Gründen schlecht in die Gesellschaft integriert sind, werden von Prävention allgemein schlechter erreicht als die privilegierten Schichten der Bevölkerung (Mielck 2000; Richter 2005). Von universellen Angeboten profitieren sie so gut wie gar nicht. Dieser Befund erscheint umso frappierender, wenn man sich klar macht, dass gerade in diesen Bevölkerungsgruppen der Präventionsbedarf objektiv betrachtet überdurchschnittlich hoch ist durch einen höheren Risikostatus. So bleiben oftmals gerade die Menschen von Prävention ausgespart, die diese besonders nötig hätten. Bauer und Bittlingmayer (2005) haben dieses Missverhältnis auch für universell ausgerichtete *Elternkurs-Programme* als Status Quo festgehalten.

Selektive Strategien (auch spezifische, indizierte oder Risikogruppen-Strategien)

Es ist wichtig, Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Präventions-Bedarf zu erkennen und sie mit Strategien zu erreichen, die speziell auf diese abgestimmt sind. Nach dem hier angelegten Präventionsmodell (siehe Abschnitt 2.3) könnte das Vorhandensein bestimmter Risikofaktoren wie etwa ein chronisch erkranktes Elternteil, ebenso auf einen erhöhten Präventionsbedarf hinweisen wie ein Mangel an gesundheitsrelevanten Ressourcen oder protektiven Faktoren. Die letztgenannte Indikation ist beispielsweise für sozio-ökonomisch benachteiligte Familien gegeben, da ihnen im Allgemeinen materielle, soziale und Bildungsressourcen fehlen.

Auswahlkriterien für spezifische Strategien sind oft soziodemografische Marker wie das Alter, das Geschlecht, die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Sozialschicht oder Berufsgruppe. So gelten etwa Menschen in belastungsreichen Berufen oder Langzeit-Arbeitslose als gefährdet in ihrer psychischen Gesundheit. Zum anderen kann es sinnvoll sein, Gruppen mit erhöhtem Präventionsbedarf anhand von Lebensstilkriterien auszumachen. Raucher/innen und Bewegungsmuffel sind ein vielzitiertes typisches Beispiel. Gruppen mit *psychisch* riskantem Lebensstil sind, abgesehen evtl.

von solchen mit einer Neigung zum Suchtverhalten, in der Literatur noch nicht identifiziert worden.

Damit eine selektive Präventionsstrategie ihre Zielgruppe auch erreicht und die gut gemeinte „Präventionsbotschaft“ akzeptiert wird, sollte sich die *Ansprache* auch an den Bedürfnissen, der Lebenssituation und der Lebenswelt eben dieser Gruppe orientieren. Je besser man eine Zielgruppe kennt und definieren kann, desto „passiger“ lässt sich die entsprechende Gesundheitsbotschaft kommunizieren, und desto höher ist damit im Allgemeinen die Chance, diese Gruppe auch zu motivieren (vgl. Hurrelmann/Laaser 2006). Um der Gefahr einer Stigmatisierung entgegenzuwirken, die bei einem selektiven Vorgehen immer besteht, ist in der Kommunikation darauf zu achten, die Zielgruppe nicht zu problematisieren oder ihr Defizite zu unterstellen (siehe dazu auch 2.2).

Populationen lassen sich nach ihrem Krankheitsrisiko weiter differenzieren; Gruppen mit leicht erhöhtem Risiko haben einen anderen Bedarf als etwa Hoch-Risiko-Populationen (vulnerable Gruppen).

Selektive Strategien für Hochrisiko-Gruppen (vulnerable Gruppen). Manche Personen oder Bevölkerungsgruppen tragen ein stark erhöhtes Risiko, psychisch zu erkranken. Eine besondere Verletzlichkeit oder Verwundbarkeit der Psyche eines Menschen (*Vulnerabilität*) kommt meist durch das Aufeinandertreffen mehrerer ungünstiger Entwicklungs-Bedingungen (Risikofaktoren) zustande. So wird Vulnerabilität an gravierenden Risikofaktoren wie etwa einer Traumatisierung durch frühe Gewalterfahrungen (insbesondere sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung), an sehr ungünstigen psychosozialen und sozialökologischen Umgebungsfaktoren (bspw. Armut, Krieg, Notlagen, Zerrüttung tragender Familienstrukturen) oder in manchen Fällen auch an einer genetischen Prädisposition, festgemacht. Wer vulnerable Gruppen identifiziert, kann sich mit Prävention verstärkt und mit speziell abgestimmten Angeboten an diese richten.

Das Risikofaktoren-Modell kann also in diesem Fall für die primäre Prävention hilfreich sein, um Bevölkerungs-Gruppen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf auszumachen, und auf dieser Basis die *Entscheidung* zu treffen, in dieser Gruppe präventiv einzugreifen. Gerade beim frühzeitig absehbaren Zusammentreffen multipler gravierender Risikofaktoren wäre es nachlässig, nicht gezielt zu stärken und zu unterstüt-

zen. Risikofaktoren müssen darum nicht notwendigerweise die Grundlage der Gestaltung von Interventionsmaßnahmen sein - sie können es zum Teil auch gar nicht. Interventionen in vulnerablen Gruppen erfordern wegen des speziell gelagerten Bedarfs gut auf diesen ausgerichtete Strategien, flankiert durch weitere Unterstützungsmaßnahmen. Beim Umgang mit psychisch hoch sensiblen Gruppen ist eine mögliche Stigmatisierung besonders kritisch. Gerade diese ohnehin belasteten Menschen sollten nicht auch noch damit zu kämpfen haben; die Ansprache erfordert stets eine sehr sensible, vorurteilsfreie Kommunikation.

Die Krankheitsvorbeugung bei vulnerablen oder Hoch-Risiko-Gruppen wird, da häufiger bereits Krankheits-Symptome oder Krankheitsfrüh-Stadien vorliegen, manchmal auch dem sekundären Präventionssektor zugeordnet. Die primärpräventiven selektiven und die sekundärpräventiven indizierten Strategien werden zusammen genommen auch als *gezielte* Strategien bezeichnet.

Transitionsbezogene Strategien (am.: milestones-approach oder transition-approach)

Starke Veränderungen der aktuellen Lebenssituation, oft gepaart mit hoher Belastung und dadurch erhöhter Erkrankungsgefahr und die Notwendigkeit, neue Bewältigungskapazitäten zu erlangen, prägen biografische Übergangsphasen. Zwei gute Beispiele bieten der Lebensabschnitt der Adoleszenz inklusive der Pubertät und die biografische Phase der Familiengründung. Durlak und Wells (1997) fassen Ansätze der Primärprävention, die sich speziell auf diese Lebensphasen konzentrieren, als eigenständige dritte Kategorie auf und bezeichnen solche Strategien als „transition-approaches“ oder „milestones-approaches“. Da die Autoren von einem erhöhten Risiko psychischer Krisen bis hin zur Gefahr einer Ausbildung psychischer Störungen in den besagten Umbruchphasen ausgehen, und sich Zielgruppen anhand dieser Lebensphasen eingrenzen lassen, lassen sich diese Ansätze gut mit unter die *selektiven* Präventions-Strategien fassen (siehe Tabelle 2.2.1/ 1).

Mit präventiven Angebote auf Menschen zuzukommen, die sich in einer transitorischen Phasen befinden, ist in zweierlei Hinsicht sinnvoll: *Erstens* steigt der präventive Bedarf für Gewöhnlich, wenn Menschen sich auf neue Lebensabschnitte einstellen. Sie müssen sich auf einen neuen Lebensrhythmus einstellen und neuartige Belastungen bewältigen. Die stresspsychologische Forschung hat hier sehr eindrücklich

gezeigt, dass Menschen in transitorischen Lebensphasen und/oder bei kritischen Lebensereignissen erheblich mehr psychische Kraft mobilisieren müssen, um die Umstellungen zu bewältigen. Und zwar relativ unabhängig davon, ob das Ereignis gemeinhin als positiv oder als negativ aufgefasst wird (Holmes/Rahe 1967). *Zweitens* sind die potentiellen Präventionsempfänger in solchen Lebensphasen vergleichsweise motiviert und zugänglich für Beratung, Information und Aufklärung. Diese Offenheit und Lernbereitschaft erhöht die Chance, die intendierten Zielgruppen auch tatsächlich zu erreichen. Für die familienbezogenen Strategien gelten etwa schwangere Frauen und frisch gebackene Eltern als solche Gruppen, die sich gut ansprechen lassen (Bergmann/Bergmann 2003). Auch Zuwanderer, die einen Migrationsprozess durchlebt haben und dabei sind, sich in einem neuen Lebensumfeld zurecht zu finden, fallen in den Interventionsradius der milestones approaches. Als Präventionsempfänger werden kürzlich zugewanderte Migranten jedoch noch zu selten unter dem Aspekt des biografischen Umbruchs betrachtet. Migrantengruppen werden eher aus anderen Gründen als vulnerabel befunden, und etwa wegen ihrer benachteiligten sozialen Lage oder einem schlechtem Integrationsstatus mit entsprechenden Angeboten bedacht (Sahrai 2008).

Unterscheidung präventiver Strategien nach dem Fokus der Veränderung (Person vs. Umwelt)

„Präventionsmaßnahmen können sich ferner sowohl auf das Verhalten von Individuen und Gruppen (Verhaltensprävention) als auch auf Veränderungen der biologischen, sozialen oder technischen Umwelt (Verhältnisprävention, Gesundheitsschutz) beziehen.“ (Walter/Schwartz 2003, 191).

Verhaltens- und Verhältnisprävention

Beide Herangehensweisen sind notwendig und greifen im Idealfall so ineinander, dass gesundheitliche Ressourcen frühzeitig und nachhaltig gestärkt bzw. Risiken verhindert werden. Primärpräventive Zielsetzungen, die nachhaltig in der gesamten Breite der Bevölkerung umgesetzt werden sollen, kommen langfristig ohne *Verhältnisprävention*, die an den psychosozialen, strukturellen, ökologischen und politischen Lebensbedingungen ansetzt, nicht aus. Manche Autoren sind der Ansicht, dass Prävention, die am Individuum ansetzt, niemals „echte“ oder „gute“ Primärprävention

sein kann, sondern die Risiken immer an der Wurzel, das heißt an den Lebensumständen zu packen sind (zum Beispiel Albee 2006).

2.5.2 Das settingorientierte Vorgehen und die Familie als Setting

Die soeben unter 2.5.1 vorgestellten *zielgruppenbezogenen* Präventionsansätze (Risiko-/Bevölkerungsstrategien) entsprechen dem typischen oder herkömmlichen Vorgehen. Die *Zielgruppen* sind meist bedarfs- und altershomogene Gruppen. So richten sich präventive Botschaften und Programme an dicke Kinder, rauchende Jugendliche, Männer im Schichtdienst, schwangere Frauen oder auch einfach an „die ältere Generation“.

Aber ist es nicht richtig, Zielgruppen sorgsam zu differenzieren, um sie dann mit exakt abgestimmten Präventionsbotschaften- oder -programmen anzusprechen, die nach Möglichkeit über das ganze Land verteilt werden? Die Problematik liegt darin, dass man auf diese Weise, „aus der Ferne“, kaum zu den Menschen vordringt, auch weil große heterogene Gruppen mit ganz unterschiedlichen Bedürfnissen auf undifferenzierte Art angesprochen werden (Zugangsproblematik).

Einen weiteren, etwas anderen Weg bieten *settingorientierte* Zugänge, die im Vergleich zum zielgruppenorientierten Vorgehen unter anderen die folgenden Vorteile aufweisen.

- Herabgesetzte Schwelle der Inanspruchnahme
- Geringere Gefahr einer Stigmatisierung durch die Ansprache
- Kombination verschiedener präventiver Programme
- Parallele Möglichkeit verhältnispräventiver Gestaltung des Settings

Das Ziel, mit Prävention und Gesundheitsförderung in soziale Systeme wie Betriebe, Bildungseinrichtungen oder sonstige natürliche Lebenswelten der Menschen vorzudringen, geht auf den *Settingansatz* der WHO zurück (WHO 1986). Der „echte“ Settingansatz ist ursprünglich eine zentrale Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung und beinhaltet sehr viel mehr als ein verhaltenspräventives Programm in einem Setting zu verankern (zur Gesundheitsförderung siehe auch 2.1.3). So strebt eine konsequente Umsetzung des Settingansatzes stets die Kombination von Verhaltensprävention und Verhältnisprävention an. *Settingbasierte* Programme oder settingorientierte Präventionsstrategien, wie sie auch in dieser Arbeit am Beispiel des

Elterntrainings thematisiert werden, müssen darum von dem Settingansatz unterschieden werden (Rosenbrock 2005; Hartung/Kluwe/Sahrai 2010).

Von der Grundidee des Settingansatzes und der Stärke der Settingorientierung kann auch das präventive Vorgehen profitieren. Werden präventive Botschaften oder Programme über die Verankerung in Settings in den Lebensalltag der Menschen eingebracht, kommen sie im Idealfall ganz selbstverständlich in Berührung mit diesen. Dadurch kann der *Zugang* deutlich verbessert und die motivierte Teilhabe erheblich erleichtert werden. Die *Kontinuität*, mit der relevante Settings wie beispielsweise ein Betrieb oder eine Schule frequentiert werden, sichert ferner die dauerhafte Teilnahme und somit die nachhaltige Wirkung (Leppin 2004). Ohne den Bezug auf diese realen Lebenswelten der Menschen bleibt Prävention in der Regel mühsames Stückwerk, das Menschen entweder gar nicht erst erreicht oder nur oberflächliche kurzfristige Wirkungen erzeugt, weil sie diese aus ihren Lebenszusammenhängen herausdenkt.

Settingorientierte Prävention in und mit Familien

Soziale Systeme, die grundsätzlich geeignet sind, den WHO-Settingansatz umzusetzen, werden folgendermaßen eingegrenzt:

Ein Setting wird einerseits als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst und andererseits als ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit auch gestaltet werden können. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2003, 205)

Die Familie bietet allen Mitgliedern soziale Lern- und Entwicklungsräume, in denen psychische und interpersonale Ressourcen erworben und aufrechterhalten werden. Da diese von außen gezielt gestärkt werden können, sind vielfältige Ansatzpunkte verhaltenspräventiver Einwirkung gegeben. Die gesundheitlichen Potentiale des Mikrosystems Familie werden durch die äußeren Lebensbedingungen maßgeblich beeinflusst. Hier können Familiensysteme gezielt verhältnispräventiv gefördert und gestützt werden, etwa durch die Verbesserung des Wohnumfeldes oder der ökonomische Lage benachteiligter Familie. Die Kriterien für ein geeignetes Setting wären also sicher erfüllt.

Das gesamte Familiensystem respektive aller seiner Mitglieder als *Setting* für Prävention und Gesundheitsförderung einzubeziehen, ist bislang eher die Ausnahme (Schnabel 2001/2003). Dabei ist die Familie ein besonders „starkes“ Setting, das vor allem für eine Stärkung *psychosozialer* Ressourcen geeignet ist wie kaum ein anderes. Die Familie leiste gar einen unbezahlbaren Beitrag zur Sicherung der öffentlichen Gesundheit, bemerkt Schnabel (2001, 209).

Die Familie ist eine soziale Ressource *an sich*, deren besondere Qualitäten wir mit Begriffen wie „familiales Unterstützungssystem“, „familialer Rückhalt“, „Solidarität und Zusammenhalt“ oder „Geborgenheit“ zum Ausdruck bringen. Innerhalb der Familie verfügen also nicht nur einzelne Menschen über Ressourcen, die Familie kann *als Ganzes*, als Gemeinschaft eine Ressource sein, im günstigsten Fall für alle.

Die Gestaltungsräume für die familienbezogene Prävention und Gesundheitsförderung ergeben sich hauptsächlich aus den Funktionen der *Sozialisierung, Regeneration* und *Pflege*, die die Familie im Allgemeinen übernimmt (Schnabel 2010). Familienbezogene Prävention erreicht im Idealfall alle Familienmitglieder und damit verschiedene Zielgruppen. Diese Chance ist zugleich eine entscheidende Herausforderung: Zumindest zwei Generationen, dazu oftmals Kinder verschiedener Altersgruppen, kommen in der familialen Lebensgemeinschaft zusammen. Dies bedeutet auch *Heterogenität* im Bedarf einzelner Familienmitglieder.

Bedarfe in Familien

Aus Sicht des Kindes als Präventionsempfänger scheint kein anderes Setting für eine frühzeitige, kontinuierliche und nachhaltige Förderung seiner sozio-emotionalen Entwicklung und psychischen Gesundheit geeignet, wie die Familie. Die Bedeutung der Familie als Quelle und Entwicklungspunkt gesundheitlicher Ressourcen, aber auch, im ungünstigen Fall, ihre Rolle als Bündel von Risikofaktoren, wurde unter 2.3 und 2.4 ausführlich erörtert.

Die präventive Entlastung und Stärkung der vielseitig beanspruchten Elterngeneration erscheint ebenso wichtig wie die Entwicklungsförderung der Kinder. Sie trägt für Gewöhnlich die Hauptlast der gesundheitsbezogenen Familienarbeit, da sie einerseits mit der Versorgung und der Erziehung der heranwachsenden neuen Generation beauftragt ist, andererseits in den späteren Phasen des Familienzyklus` auch Fürsorge-

Aufgaben und die Pflege der Großelterngeneration übernimmt („Sandwichposition“).

Abgesehen vom Bedarf einzelner Familienmitglieder lässt sich auch für die Familie als soziale Beziehungs-Einheit ein Bedarf formulieren. So existiert beispielsweise die Bezeichnung „Familiengesundheit“ und Schnabel spricht etwa von der „Gesundheitsfähigkeit“ der Familie. Diesen Bedarfsgruppen entsprechend können sich die *Wirkungen* familienbezogener Prävention auf die Kinder, die Eltern und/oder die Familie als gesamtes Beziehungsgefüge und Gesundheitsressource erstrecken.

Praktische Ansatzpunkte der familienorientierten Prävention

Der Idee des Settingansatzes folgend, müssen für eine nachhaltig wirksame Prävention in und mit Familien verhaltenspräventive und verhältnispräventive Ansätze berücksichtigt werden. Die *Kompetenzförderung* aller Beteiligten und die Herstellung *familienfreundlicher Lebenswelten* gehören zusammen. Die besondere Förderung und Entlastung von Familien ist politisch hochaktuell. Junge Familien werden etwa finanziell durch das Elterngeld unterstützt oder sollen durch den Ausbau und die qualitative Aufwertung der Kinder-Betreuungssysteme zur verbesserten „Frühförderung“ entlastet werden.

Nach Schnabel (2001, 2010) sollte sich die Gesundheitsförderung in der Familienphase mit abgegrenzten Modulen auf die folgenden Schwerpunkte ausrichten: Vorbereitung auf das Zusammenleben; Kompetenzbildung in und mit jungen Familien; Stärkung der Bewältigungskompetenzen in Risikofamilien. Schnabel berücksichtigt auch die nachelterliche Phase mit jeweils einem Modul zur Ablösung der Kindergeneration (Bewältigung des „empty nest“ / Neugestaltung der Eltern-Kind-Beziehung) und zur Lebensgestaltung der Familie beziehungsweise des Elternpaares im Alter.

Beispiele der Prävention, die das ganze Familiensystem ansprechen

- Eltern-Kind-Gruppen; sie sind vor allem im Sport- und Freizeitbereich anzutreffen, es gibt aber auch kompetenzorientierte Elternbildung im engeren Sinne wie das Prager Eltern-Kind-Programm (PEKIP). Diese und ähnliche Angebote sind traditionell in der Familienbildung verankert (vgl. Lösel et al. 2006). Die Familie wird als Ganzes angesprochen oder zumindest ein Eltern-

teil plus Kind. Die Ansätze sind überwiegend ressourcenbezogen; je nach regionaler Bevölkerungsstruktur existieren die Programme in universeller und selektiver Ausrichtung. Familienbildung wird in Deutschland eher nicht als „Prävention“ im engeren Sinne aufgefasst, eher als soziale Dienstleistung.

- Der Einsatz von Familienhebammen. Sie unterstützen und schulen Mütter im Familiensetting, etwa bei der Ernährung und Versorgung des Säuglings. Familienhebammen werden überwiegend zur Unterstützung sozial benachteiligter Familien und Teenager-Mütter eingesetzt (Schneider 2008). Das Vorgehen ermöglicht einen frühzeitigen Zugang zu Hochrisiko-Gruppen.
- Die Mutter-Kind-Kuren; ursprünglich als regenerative primäre Gesundheitsversorgung angelegt und umgesetzt, hat sich das reale Interventionsspektrum hier deutlich in den sekundärpräventiven und tertiärpräventiven Sektor verschoben.

Die aufgeführten Maßnahmen sind *Positivbeispiele*, denn Prävention findet nur selten „in und mit Familien“ statt. Für gewöhnlich werden „zielgruppenweise“ einzelne Mitglieder der Familie zu unterschiedlichen Themen gestreift, sodass nur Teile der Familie unabhängig voneinander erreicht werden. So können auch Kinder und Jugendliche in vielen Fällen als „Zielgruppen ohne Familienanschluss“ bezeichnet werden. In vielen Schülerprojekten sowie an KiTas implementierten Programmen zu Bewegung und Ernährung oder zur Stärkung der Lebenskompetenzen fehlt der Transfer in die *Familie*, weil die Eltern allenfalls informiert, jedoch nicht aktiv einbezogen werden. Weil die neuen Verhaltensregeln nicht dauerhaft in den Familienalltag Einzug erhalten, können die Programme keine nachhaltige Wirkung entfalten.

Besonderheiten des Familiensettings aus präventiver Sicht

Die Besonderheiten des Settings Familie werfen aus der Präventions-Perspektive nicht nur Chancen, sondern auch einige Probleme auf. Allen voran die Schwierigkeit im *Zugang* und, im Zeichen der modernen Vielfalt von Familie, die Frage nach der Bedarfsgerechtigkeit und geeigneten Ansprache.

Intimität, Privatheit und schützenswerte Autonomie

Anders als Betriebe, öffentliche Einrichtungen oder staatliche Bildungsinstitutionen zeichnet sich die Familie durch ein hohes Maß an *Selbstbestimmung* und Selbstverantwortung aus. Selbstdefinierte Werte, Selbstorganisation und Selbstgestaltung des Alltags kennzeichnen die Familie als Lebenswelt. Das Familienleben findet zum überwiegenden Teil jenseits formaler Strukturen und Organisationen statt. Familien sind aufgrund ihres Eigensinns sehr resistent gegen Veränderungen von außen.

Die Privatheit und Intimität der Familie und die daher rührende starke Abgrenzung gegen fremdes, öffentliches und/oder professionelles Einwirken ist eine nicht zu unterschätzende Besonderheit dieses Settings (Schneewind 1999). Die Vorbehalte gegen ein staatliches Eingreifen in die Familie gelten in Deutschland aus historischen Gründen als ausgeprägter als in anderen Ländern. So wird der grundsätzlich schwierige *Zugang* zu diesem „intimen Setting“ (Schneewind) zur gleichermaßen sensiblen wie zentralen Frage familienorientierter Prävention (vgl. Schnabel 2001). Wie kann Präventives für Familien attraktiv und niedrigschwellig gestaltet werden?

Es scheint als seien viele der gesundheitsschützenden Potentiale von Familien gerade an ihre *Autonomie* als Settings gebunden. Dass Eltern und Kinder in der Familie regenerieren funktioniert in den Bereichen, wo Familien sich dem Takt der Leistungsgesellschaft mit ihren krankmachenden Seiten entziehen (Entsolidarisierung, Leistungsdruck, Ökonomisierung). Burkhart spricht von der „unverwüstlichen Lebensform“ Familie, die ihre *schützenswerten Qualitäten* erstaunlicherweise über Jahrtausende hinweg auch unter schwierigsten Bedingungen bewahrt habe (2008, 13). Familien dürfen für gesundheitspolitische Zwecke nicht ausgebeutet und funktionalisiert werden. Die Gefahr bestehe aber, so die Kritiker, weil die Frage der Familiengesundheit zunehmend in die individuelle Selbstverantwortung der Familien übergeben werde (Schmidt 2010). Durch eine einseitige Ausrichtung auf verhaltenspräventive Strategien, ohne dass Familien gleichzeitig durch verhältnispräventive Maßnahmen entlastet und gestützt werden, wird Prävention zur „Gesundheitsförderung“ (Schmidt 2007), die durch Druck und Überforderung die Gesundheitsfähigkeit der Familien langfristig herabsetzt, anstatt diese zu erhalten und zu stärken.

Familienvielfalt

In der pluralisierten Gesellschaft des heutigen Deutschlands existiert eine große Vielfalt an Familien und mit dieser auch *unterschiedlich gelagerte Bedarfe* an Unterstützung. Seit zirka 30 Jahren lässt sich eine zunehmende Ausdifferenzierung von Haushalts- und Lebensformen, darunter auch die Familienformen beobachten. Neben der „klassischen“ Form bestehend aus verheirateten Eltern mit Kind(ern) existieren Stief- oder Patchworkfamilien, Ein-Eltern-Familien, nicht verheiratete Paare mit Kindern, Pflegeeltern und gleichgeschlechtliche Paare mit Kindern. Die Heterogenität von Familien in Deutschland hat sich durch die verschiedenen Zuwanderungswellen seit den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts zusätzlich erhöht. Laut Mikrozensus 2009 lebt über die Hälfte der Menschen in Deutschland in einer Familie (53%), also als Ehepaar, Lebensgemeinschaft oder als allein erziehender Elternteil mit mindestens einem Kind in einem gemeinsamen Haushalt (Statistisches Bundesamt 2009). Unter den insgesamt 8,2 Mio. Familien mit minderjährigen Kindern überwiegt die traditionelle Form (Ehepaare mit Kindern) mit einem Anteil von knapp drei Vierteln (72%). Alternative Lebensformen machen heute über ein Viertel der Familien aus, 19% entfallen auf die Ein-Eltern-Familien, 9% auf andere Lebensgemeinschaften mit Kindern. Damit ist der Anteil alternativer Familienformen seit 1996 von 21% auf 28% gestiegen.

In der historischen Betrachtung zeigt sich, dass sich der Anteil Alleinerziehender, der sich seit den Siebziger Jahren stetig erhöht hat, allein zwischen 1996 und 2009 um 20% zugenommen hat. Jede fünfte Familie wird von einem allein erziehenden Elternteil versorgt (ebd.). 90% der Alleinerziehenden sind *Frauen*, die als geschiedene oder verheiratet getrennt lebende, als ledige oder verwitwete Mütter mit ihren Kindern und ohne Partner zusammenleben. Der Anteil der alleinerziehenden Väter ist leicht zurückgegangen (1996: 13%, 2009: 10%).

Die Zwei-Eltern-Familie mit formaler Eheschließung ist gegenüber anderen Familienformen dennoch quantitativ dominant geblieben. Diese Familienform ist gleichzeitig die ökonomisch besser gestellte, während etwa Kinder von Alleinerziehenden aktuell zu einer der in Deutschland am stärksten von Armut betroffenen Gruppen zählen (Helfferich/Hendel-Kramer 2003).

Kultur- und milieuspezifische Faktoren spielen bei der Einordnung und Wahrnehmung emotionaler und psychischer Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten eine

wichtige Rolle. Mehr noch als bei körperlichen Erkrankungen hängt die Einschätzung psychischer Symptome (problematisch/nicht problematisch) vom kulturellen Hintergrund ab, und so wirkt sich dieser auch darauf aus, ob ein subjektiver Bedarf an Unterstützung entsteht. Die Vorstellungen von gesundem/akzeptiertem oder krankem/bedenklichem Verhalten, Empfinden und Denken von Menschen können je nach Ausrichtung der kulturspezifischen Norm sehr weit auseinander fallen.

Eltern aus verschiedenen sozialen Milieus und Herkunftsländern haben zudem durchaus unterschiedliche Erwartungen an die Funktionen außerfamilialer Institutionen, vor allem Bildungs- und Erziehungseinrichtungen wie KiTas und Schulen (Sahrai 2009).

Zur Stellung der Eltern am „Präventionsort Familie“

Die Eltern sind in ihrer Rolle als Erziehende und Gestalter der familialen Lebenswelt der entscheidende *Zugangsweg* zum Familiensetting (vgl. 2.4.2). Von einigen Ausnahmen abgesehen werden es nicht die Kinder sein, die dafür Sorge tragen, dass präventive Botschaften, Anregungen etc. in den Familienalltag Einzug erhalten. Je jünger die Kinder sind, desto mehr sind sie auf das Gesundheitsbewusstsein und die Bereitschaft ihrer Eltern zur Vorbeugung angewiesen. Mütter und Väter transportieren Wissen, Anregungen oder neue Verhaltensweisen in die Familie. Darum ist es grundsätzlich wichtig, dass Eltern sich von familienorientierten Präventionsprogrammen positiv angesprochen fühlen, die präventiven Botschaften als Unterstützungsangebot auffassen, und den Eindruck gewinnen, die Inhalte auch gut zu Hause umsetzen zu können (Akzeptanz, Bedarfsangemessenheit).

Eltern werden auch in ihrer Rolle als *Vermittler* zwischen der Familie und den außerfamilialen Lebenswelten ihrer Kinder angesprochen von Akteuren in Settings, die ebenfalls Präventionsarbeit leisten (Hartung/Kluwe/Sahrai 2010). Praktiker/innen in Schulen und KiTas oder aus den Arbeitsfeldern der Jugend- und Familienhilfe bemühen sich in den letzten Jahren verstärkt um die *präventive* Arbeit mit Eltern. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht sind die öffentlichen Erziehungs- und Bildungsinstitutionen vermittels ihrer Sozialisations- und Erziehungsfunktionen vielversprechende Settings für eine präventive Stärkung psychosozialer Ressourcen und Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen. Wer allerdings von dort aus präventive Zielsetzungen für Kinder und Jugendliche bis in die Familie bringen möchte

oder anders herum die Unterstützungskraft der Familie für diese Zielgruppe aktivieren will, kann dies nicht ohne die Eltern (ein Beispiel: Schulschwänzerprogramme). Ein Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen beim BMFSFJ (2004) zur „Stärkung familialer Beziehungs- und Erziehungskompetenz“ verweist im Interesse des sich entwickelnden Kindes auf die Notwendigkeit von Erziehungspartnerschaften.

2.5.3 Elternkurse als eine spezielle Form familienbezogener Prävention

Soeben wurden, ausgehend vom Gedanken des Settingansatzes, die Qualität und der Stellenwert des Familiensettings als Verortungspunkt präventiver Strategien herausgestellt und die zentrale Rolle der Eltern innerhalb dieses Settings beschrieben. Die Rolle der *Familie* als Sozialisationsinstanz und Lebensmittelpunkt ihrer Mitglieder macht sie zu einem interessanten Setting für die Prävention psychischer Gesundheitsstörungen.

Mit Elternkursen erreicht man diese Lebenswelt über die Schulung von Müttern und Vätern. So können Kinder unterschiedlicher Altersgruppen, die Eltern selbst und die gesundheitliche Schutzwirkung der Familiengemeinschaft gestärkt/gefördert werden. Das Elternttraining ist somit als *settingbezogener* Präventionsansatz einzuordnen. Als *verhaltenspräventive* Strategie entfaltet die Elternschulung ihre vorbeugende Wirkung, in dem sie individuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Bewältigungs- und Beziehungsressourcen der Familienmitglieder stärkt. Elternkurse können sich als ein *kompetenzbildender* Baustein in das familienorientierte Präventionsprojekt einfügen. Wie in vielen anderen Gesundheitsbereichen verdienen *primärpräventive* Interventionsansätze auch in bezug auf psychische und psychisch vermittelte Erkrankungen deutlich mehr Beachtung und bedürfen außerordentlicher Förderung. In der vorliegenden Arbeit wird die Strategie „Elternbildung“ unter der Zielsetzung einer frühen Prävention behandelt (vgl. theoretischer Teil). Elternkurse können innerhalb des primärpräventiven Sektors *universell* oder *selektiv* ausgerichtet sein. Das STEP-Elternttraining zum Beispiel ist zunächst als universelles Elternkursprogramm in die deutsche Elternbildungs-Landschaft getreten. Heute erreicht STEP, entsprechend angepasst, auch spezifische Zielgruppen bis hin zu Hochrisiko-Gruppen. Der empirische Teil meiner Arbeit spiegelt einen Ausschnitt dieses Verankerungs- und Ausdifferenzierungsprozesses auf bundesweiter Ebene wider. Im Untersuchungsteil wird

auch überprüft, ob sich in der praktischen Umsetzung des Elternkursangebotes STEP, welches als universelles Programm unter der Zielsetzung frühzeitiger Vorbeugung antritt, tatsächlich eine *primärpräventive* Inanspruchnahme in der Praxis abbildet, und inwiefern es in breite Bevölkerungsschichten vordringt.

Elternkurse stoßen auf die typischen Chancen, Ansprüche und Schwierigkeiten, die mit familienorientierten Präventionsstrategien verbunden sind!

Nicht nur, weil *sie* es sind, die *geschult werden* und die ersten Veränderungsimpulse durch das Elterntaining immer von den „trainierten“ Müttern und Vätern ausgehen, muss der Rolle der Eltern besondere Beachtung geschenkt werden. An ihnen entscheidet sich schon zu einem viel früheren Zeitpunkt, ob eine präventive Wirkung zustande kommt - nämlich wenn es darum geht, ob sie überhaupt ein Elternbildungsangebot in Anspruch nehmen.

Die Familie hebt sich als „privates Setting“ mit ihren Abgrenzungsbedürfnissen und in ihrer Autonomie deutlich gegen Betriebe, KiTas oder Bildungseinrichtungen ab, in denen sonst settingbasierte Prävention und Gesundheitsförderung betrieben werden. So ist es zum einen nicht leicht, grundsätzlich *Akzeptanz* für eine Einwirkung von außen zu erzeugen. Der Zugang zu familienorientierten Präventionsangeboten muss deshalb so niedrighschwellig wie möglich gehalten werden. Zum anderen ist es schwierig, unter dem Anspruch verhaltenspräventiver Programme, tatsächlich *modifizierend* in das gewachsene Beziehungssystem und die bestehenden Alltagsroutinen von Familien vorzudringen.

Desweiteren muss sich die Wirksamkeit und Angemessenheit von Elternbildungsprogrammen daran messen lassen, wie gut sie die besonderen Qualitäten von Familien achtet und stärkt (siehe oben). So müssten Elternkurse im Dienste der Gesundheitsfähigkeit familialer Settings das Selbstbewusstsein von Familien auch dahingehend stärken, dass sie sich gegenüber „fremden Normen“ aus anderen Systemen der Gesellschaft behaupten können, um sich so etwa dem schädigenden Einfluss von Rationalisierung und Ökonomisierung besser entziehen zu können (vgl. Marzinzik/Kluwe 2009).

Die Breitenwirkung primärer Prävention lebt davon, dass weite Teile der Bevölkerung von präventiven Angeboten oder „Botschaften“ erreicht werden. Eine hohe *Reichweite* kann jedoch nur erzielt werden, wenn Angebote und Programme auch einem entsprechend breiten Spektrum von unterschiedlichen Bedarfen in der ange-

sprochenen Bevölkerungsgruppe gerecht werden. Hier ist dies die Gruppe der Eltern, bei denen wir allein aufgrund der enormen *Vielfalt* an Familienformen und Lebenssituationen davon ausgehen können, dass die Beratungsbedürfnisse und die Vorstellungen von hilfreicher Unterstützung erheblich variieren. Um diesen variierenden Bedarfen gerecht zu werden, muss präventive Elternbildung in der Umsetzung *hoch flexibel* sein. Die vorliegende Arbeit überprüft am Beispiel des STEP Elterntrainings, wie flexibel diesbezüglich ein standardisiertes Programm zur Elternschulung im Gruppenkursformat erscheint (Empirischer Teil, Kapitel 4.2). Zudem wird sondiert, nach welchen Kriterien die Bedürfnisse von Familien (unterschiedliche soziokulturelle Herkunft, verschiedene Lebensformen) unterschieden werden können, und wie Elternkurs-Programme in der Ansprache, den Lerninhalten und Lernformen differenzierend abzustimmen wären. *Die Einstellung auf Familien mit erhöhtem gesundheitsbezogenen Bedarf gehört zu den wichtigsten Herausforderungen.* Die Dringlichkeit primärpräventiver Versorgung ist in manchen Familien erhöht. Dazu zählen beispielsweise solche, die dauerhaft hohen oder multiplen Belastungen ausgesetzt sind. Erhöhte präventive Unterstützungsbedarfe zu identifizieren, ohne die voreilige Stigmatisierung ganzer Bevölkerungsgruppen in Kauf zu nehmen oder aber bestimmte Hochrisiko-Gruppen zu vergessen, gelingt nur, wenn diese Bedarfe anhand von gesundheitsrelevanten Belastungen und Ressourcen der „Zielfamilien“, die in einem bestimmten Praxisfeld (z.B. einer Region, eines Settings) angesprochen werden, so gut es eben geht *objektiviert* wird. So leben etwa viele der vulnerablen Kinder, Mütter und Väter in ökonomisch schlecht gestellten und/oder bildungsfernen Familien, aber bei weitem nicht alle. Grundsätzlich muss ein Elterntaining, das Hochrisiko-Gruppen und sozial benachteiligte Familien präventiv wirksam unterstützen soll,

- verstärkt auf *Empowerment* setzen (siehe dazu auch Armbruster 2009)
- eine Stärkung der durch die Resilienzforschung belegten *Schutzfaktoren* im Blick haben und auch
- denjenigen Risikobelastungen vulnerabler Familiensysteme vorbeugen, die über Kompetenzbildung und Verhaltenstraining beeinflussbar sind, wie etwa familialer Gewalt

Das zweite Kapitel dieser Arbeit ist auf diese Ansatzpunkte unter 2.1 (Empowerment) und unter 2.3/2.4 (Risikofaktoren, Schutzfaktoren und Ausbildung von Resilienz) ausführlich eingegangen.

In Anbetracht des hohen kräftemäßigen, organisatorischen und Betreuungsaufwandes, den Eltern im Allgemeinen zu leisten haben, ist es wichtig, dass in der Nähe ein flexibles Elternbildungsangebot vorhanden ist, das in Format und Umfang auf die Bedürfnisse von Eltern zugeschnitten ist. Der Besuch eines Elternkurses muss sich vor allem mit der Berufstätigkeit und den Betreuungsaufgaben vereinbaren lassen (vgl. 2.4.2). Die *präventive Inanspruchnahme* lässt sich nur zu einem geringen Teil durch äußere Bedingungen, also anhand der angebots- oder programmseitigen Zugangsfaktoren oder eines objektiv vorhandenen Präventionsbedarfs erklären. Auch ein Format, das auf den Tagesrhythmus von Eltern abgestimmt ist, und während der Kurszeiten eine kostenlose Kinderbetreuung bereit hält, muss nicht begeistert angenommen werden. Wie jede andere Bevölkerungsgruppe entscheiden Eltern schließlich selbst über die „Verwertung“ der an sie herangetragenen Präventionsangebote. Entsprechend spielen die *subjektiven Faktoren* eine große Rolle bei der Entscheidung für oder gegen eine Inanspruchnahme. Die *Motivation* zu einer Teilnahme hängt z.B. damit zusammen, ob und auf welche Art Mütter und Väter einen Unterstützungsbedarf in Erziehungsfragen selbst wahrnehmen, und - wenn ja - ob sie überhaupt *erwarten*, dass gerade die Teilnahme an einem Elternkurs für sie hilfreich und sinnvoll sein könnte.

Soll die Teilnahmebereitschaft erhöht werden, müssen die entscheidenden Barrieren und förderlichen Bedingungen der Teilnahme an einem Elternbildungs-Programm *elternseitig* und *angebotsseitig* erschlossen werden. Meine Arbeit verfolgt im Empirischen Teil das Ziel, subjektive und objektive Faktoren der Inanspruchnahme zu untersuchen und in einen Dialog miteinander zu bringen.

Sich die Vielfalt existierender Präventionsmöglichkeiten mit ihren Stärken und Schwächen vor Augen zu halten, ist für die Planung und Steuerung von präventiven Projekten hilfreich. Im Überblick können auch um die Möglichkeiten *einzelner Strategien* besser eingeschätzt werden. Es relativiert auch die Erwartungen an Strategien zur individuellen Kompetenzstärkung wie das Elternttraining und bewahrt davor, sie zu überfrachten.

Im Untersuchungsteil dieser Arbeit wird der Umsetzungserfolg von Elternkursen überprüft, die fest an bestimmte Settings und Praxisfelder angebunden sind. Mit Bezug auf diese übergeordneten Handlungskontexte wird gefragt, in welchem Bedarfspektrum von Familien die präventiven Elternkurse jeweils greifen, und worin jeweils der spezielle präventive Nutzen des Elterntrainings liegt.

Wie jede verhaltenspräventive Strategie muss auch das Elterntaining im Zusammenwirken mit anderen Strategien und ihrer Verankerung in übergeordneten Handlungskontexten beurteilt werden. Zur Abschätzung der *präventiven Chancen* der Elternkurse ist also stets danach zu fragen, inwiefern die Elternkurs-Programme vorhandene Angebote sinnvoll ergänzen. Schließen diese eine Lücke in bestimmten Settings, in der Präventionslandschaft einer Region oder gar im gesamten psychosozialen Versorgungssystem?

Elternkurse können einen kleinen verhaltenspräventiven Ausschnitt wirksamer Prävention und Gesundheitsförderung für Familien abdecken. Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Wandlungsprozesse, die die Lebensbedingungen von Familien, die Erziehungsaufgabe für Eltern und nicht zuletzt den gesundheitsbezogenen Bedarf der Bevölkerung verändert haben, gewinnt diese für Kinder und Eltern gleichermaßen kompetenzstärkende, entwicklungsförderliche und „empowernde“ Präventionsform an Bedeutung.

Innerhalb der gesamtgesellschaftlichen Veränderungsprozesse bildet die Zunahme der gesundheitlichen Ungleichheit eine deutliche Tendenz (Richter/Hurrelmann 2009). Um ihr entgegenzuwirken, ist die zusätzliche Abstützung und Entlastung von bedürftigen Familien durch strukturelle Maßnahmen unbedingt notwendig. Empowerment für Familien macht nur Sinn, wenn gleichzeitig die verhältnispräventive Unterstützung und Gesundheitsförderung einsetzt (vgl. Kapitel 1 und 2.5).

3. Das Elterntaining in der Evaluation

Die Ziele der Elternschulung und damit auch die zentralen Fragen der sie begleitenden Forschung variieren sowohl in der Betrachtung über die Zeit, als auch in ihren verschiedenen Einsatzorten (Settings) und Zielgruppen. Die gezielte Stärkung erzieherischer Kompetenz von Müttern und Vätern hat eine mittlerweile über fünfzigjährige Geschichte, in deren Verlauf die Elternschulung aus verschiedenen Disziplinen heraus an unterschiedlichen Orten immer wieder neu erfunden wurde. Diese Geschichte mündet in die vielfältige Ausdifferenzierung von Formaten, Ausrichtungen und Konzepten, inklusive der Zuschnitte auf spezielle Zielgruppen oder Problematiken, wie wir sie heute im Bereich der Elternbildung vorfinden. Beispiele hierfür sind etwa Elternkurse bei ADHS-Diagnose des Kindes, Beratungsprogramme für Eltern von Frühgeborenen oder Elternkurse als Angebot an Brennpunkt-Schulen.

3.1 Von der Mütterschule zum Elterntaining: Zentrale Fragestellungen der Elternbildungs-Forschung

Die Entstehung der vielfältigen deutschen Elternbildungslandschaft lässt sich demnach nur schwer anhand eines einzelnen Kontinuums beschreiben, jedoch hat insgesamt die Systematisierung und Professionalisierung des Erziehungstrainings stetig zugenommen. In dieser Hinsicht weit fortgeschritten bildet der kompakte, in sich geschlossene Elternkurs im Gruppenformat, der ein standardisiertes Programm umsetzt, *einen Zweig* der Elternschulung. Dieser wird vergleichsweise intensiv beforscht, nicht zuletzt weil die Programmanbieter auf dem Elternbildungsmarkt konkurrieren und sich mit der Evaluation die wissenschaftliche Rechtfertigung ihres Konzeptes verschaffen. Mit der zunehmenden überregionalen Verbreitung von Elternkurs-Programmen wie dem Elterntaining nach Gordon, Triple P, Starke Eltern Starke Kinder oder STEP kristallisiert sich in Deutschland ein Forschungsschwerpunkt heraus, der sich mit der *präventiven Wirkung* von Elternkursen - mittlerweile auch vergleichend und zu programmunabhängigen, allgemeinen Fragestellungen - auseinandersetzt.

In meiner Darstellung zum Stand der Forschung werde ich den Elternkurs zum einen als eigenständigen speziellen Forschungsgegenstand behandeln, zum anderen aber auch immer wieder in den Gesamtkontext von Elternbildung und Primärprävention

stellen. Der *präventive Nutzen* des modernen Elternkurses wird sich erst im Vergleich und im Zusammenspiel mit alternativen Formaten, Ansätzen und Konzeptionen psychosozialer Präventionsstrategien objektivieren lassen. Bei der Betrachtung von Ergebnissen aus der spezialisierten Elternkurs-Forschung wird es ein wichtiges Anliegen dieses dritten Kapitels sein, die Angemessenheit und Validität der bisher angelegten Evaluationskriterien auf der Ebene der Wirksamkeitsanalyse zu diskutieren. Was ist ein Trainingserfolg oder wann darf sich ein Programm als wirksam bezeichnen?

Bis heute macht die Forschung allzu oft vor den Bedingungen halt, die über den tatsächlichen Erfolg oder Misserfolg von Elternkursen *in der Praxis* entscheiden. Die umgebenden Strukturen beeinflussen die Umsetzung der Elternkurs-Konzepte vor Ort, wirken sich auf den Zugang zu den Programmen (niederschwellig/hochschwellig) aus und bestimmen damit letztendlich die Reichweite der Angebote. Die Verortung und Ausgestaltung des konkreten Angebots in der vorhandenen Versorgungsstruktur oder die Ansprache der Eltern haben einen erheblichen Anteil am *präventiven Erfolg* eines Kursprogramms, da hiermit die Weichen zur Inanspruchnahme des Programms gestellt werden. In den letzten Jahren finden sich Arbeiten, die sich systematisch mit *Implementations-Faktoren* wie dem subjektivem Bedarf der Präventionsempfänger oder den Bedingungen der Programmanpassung auseinandersetzen (Durlak/DuPré 2008; O'Connell/Boat/Warner 2009; speziell zur Familienbildung in Deutschland etwa Lösel/Schmucker/Plankensteiner & Weiß 2006).

Unter 3.5 werden zentrale Ergebnisse aus solchen Studien aufgegriffen, um den Umsetzungserfolg von Elternkursen zu beurteilen und die für eine gelingende Umsetzung relevanten Bedingungen zu reflektieren.

Die Vorstellungen von erzieherischer Kompetenz oder dem Erlernen des „richtigen“ Erziehungsstils als Trainingsziel verändern sich über die Zeit und spiegeln dabei immer auch den gesellschaftlichen Wandel wider. Ebenso hat sich die wissenschaftliche Auffassung von gültigen Kriterien für die Evaluation präventiver Elternbildungsformate, anhand derer der Trainingserfolg im Elternkurs festzumachen sei, seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts stark gewandelt. Während man sich etwa früher beim Wirksamkeitsnachweis mit der Abfrage von Erziehungs-*Wissen* bei den trai-

nierten Eltern begnügte, rückte in den 1980ern der neu zu erlernende Erziehungsstil in den Vordergrund, für den man die Eltern zu ihren *Einstellungen* und *Erziehungsgewohnheiten* befragte. Inzwischen wird das selbst- oder fremdbeobachtete *Verhalten* favorisiert, um positive Auswirkungen des Elterntrainings bei den Eltern (beispielsweise Abnahme von „dysfunktionalem Erziehungsverhalten“) und für das Kind (beispielsweise Rückgang des „Problemverhaltens“) nachzuweisen.

Seit einigen Jahren steuern die Forschungsaktivitäten zur präventiven Elternbildung in Deutschland auf einen Höhepunkt zu. Der heutige Stand der Forschung ist auch auf die allmähliche Systematisierung und Verbreitung der Elternschulung über standardisierte Programme zurückzuführen, womit die Evaluation auf ausreichend große Stichproben sowie gut kontrollierbare, vergleichbare Bedingungen bei der Durchführung zurückgreifen kann. Im Gegenzug sind die methodischen Ansprüche an die Evaluationen enorm gestiegen, zumindest was das quantitative Forschungsdesign und den Nachweis der Programmwirksamkeit im Sinne trainingsbedingter Effektivität angeht. Aus dem gleichen Grund reflektiert die Wissenschaft aber nur einen kleinen Ausschnitt vielversprechender Elternbildungs-Praxis. Kleine, regional begrenzte Initiativen werden den Ansprüchen moderner Evaluationen an Masse und Vergleichbarkeit wie etwa große Stichproben und konstante Durchführungsbedingungen nur schwer gerecht - abgesehen davon ist es unwahrscheinlich, dass diese die finanziellen Mittel für eine aufwendige Begleitforschung aufbringen.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung, die ich hier unter Kapitel 3 vorstellen werde, repräsentieren demnach immer nur einen ganz bestimmten Teil des bestehenden Elternbildungsangebotes. Eine weitere Beschränkung der Erkenntnisgrundlage ergibt sich, wie eingangs schon erwähnt, aus der wissenschaftlichen Sicht auf die *präventive Wirksamkeit* von Elternbildung. Dies gilt es bei der Einordnung der zum Teil schwachen Befundlage ebenfalls zu berücksichtigen: Wir können nur wissen, was wir auch messen. Ob das, was wir heute über das präventive Elterntaining wissen, sehr viel mehr ist als vor 30 Jahren, wird Thema der Diskussion am Ende dieses Kapitels sein.

Einige typische Ergebnisse sowie die wichtigsten aktuellen Fragestellungen und Defizite der Elternbildungs-Forschung lassen sich anhand einer mittlerweile 30 Jahre alten Studie zur präventiven Elternschulung aufzeigen. Gleichzeitig möchte ich somit

die modernen Kursprogramme, um die es dann später gehen wird, schon von Beginn an in die gesamte Tradition präventiver Elterbildung einfügen.

Die Untersuchung von Cullen (1976) zum *Brusselton-Projekt* in Australien demonstriert, wie Kontinuität, frühzeitiger Beginn und ein positiv-unterstützender Beratungsansatz in der Elternschulung zum Erfolg führen. Die Evaluation verfolgt die Wirkungen einer *universellen* Elternschulungs-Maßnahme, die sich über sechs Jahre erstreckt. Die Elternschulung findet in Form von Beratungs-Interviews mit immer demselben Hausarzt (im Krankenhaus, „center-based“) statt. Mit einem Umfang von viermal 20-30 Minuten währenden Sitzungen in den ersten zwei Lebensjahren und danach zwei Sitzungen pro Jahr über weitere vier Jahre ist das Programm nicht besonders intensiv. Es beginnt aber dafür sehr früh und erstreckt sich kontinuierlich über einen sehr langen Zeitraum von insgesamt sechs Jahren. Wichtigstes Ziel der Beratungs-Interviews ist das Fördern von Selbst-Akzeptanz und Selbstreflexion der beratenen Mütter durch einen positiv-unterstützenden Gesprächsansatz, wobei die Entwicklungsfortschritte des Kindes im Mittelpunkt stehen. Die Effekte sind statistisch betrachtet nicht besonders stark, aber sie sind signifikant (.25 bis .35). So liegen die Werte für die als problematisch erachteten aggressiven und externalisierenden Verhaltenstendenzen bei den nun sechsjährigen Kindern der geschulten Mütter beim Follow-Up bedeutend niedriger als bei den Kontrollgruppen-Kindern.

Bereits dieser Untersuchungs-„Klassiker“ aus Australien weist auf geschlechtsspezifische Wirkungen bei Elternbildungs-Maßnahmen hin. Zwar profitieren hier sowohl Jungen als auch Mädchen von der Schulung der Eltern, jedoch zeigt sich der präventive Erfolg in unterschiedlichen Verhaltensbereichen. Während sich bei den Mädchen das Kommunikationsverhalten positiv verändert (beispielsweise weniger Lügen und Übertreibungen), gehen bei den Jungen eher die motorisch-aggressiven Verhaltensweisen wie Schlagen oder Dinge zerstören zurück. Mit dem Nachweis eines vergleichbaren präventiven Erfolges für Kinder beiderlei Geschlechts ist die Untersuchung zum Brusselton-Projekt lange Zeit die Ausnahme geblieben. Verschiedene Studien haben seitdem nur geringe positive Effekte oder überhaupt keinen bedeutsamen Präventionserfolg für die heranwachsenden Mädchen belegen können. Wegen der offensichtlichen Schiefelage ist der Gender-Aspekt in den letzten Jahren in der Elternbildungsforschung verstärkt aufgegriffen worden, und die Geschlechtergerech-

tigkeit gehört heute zu den entscheidenden Aspekten der Elternbildungsforschung (vgl. Heinrichs, Hahlweg, Bertram et al. 2006).

Das Thema „Geschlecht“ betrifft auch die Eltern, die die Kursprogramme absolvieren. Hier hat sich seit 1976 tatsächlich einiges getan! Während für die älteren Untersuchungen zur Elternschulung ausschließlich Mütter-Stichproben befragt werden konnten, werden heutzutage in Elternkursen Männerquoten von durchschnittlich bis zu 20% erzielt. So lassen sich inzwischen auf Basis von Männer-Frauen-Vergleichen durchaus aussagekräftige Ergebnisse erzielen, etwa der Beleg unterschiedlicher Beurteilungstendenzen zwischen Müttern und Vätern auf der Ebene der Kriterienmessungen. Die stetig wachsende Väterbeteiligung hat dazu geführt, dass die Frage der Vätergerechtigkeit von Elternkursen und hinsichtlich des Zugangs eine vätergerechte Ansprache oder spezielle Formate zum Thema geworden sind.

Bis heute ist ein sechsjähriger Untersuchungszeitraum wie bei der Begleitung des Brusselton-Projekts eine Seltenheit. Nur die wenigsten Evaluationen zur Elternschulung verfolgen die präventiven Wirkungen ausreichend lange über die Beendigung der Maßnahme hinweg. Dass mehr Langzeit Follow-Up-Testungen in der Präventionsforschung gefordert werden, ist gewiss nichts Neues. In Anbetracht der neueren Erkenntnisse zur besonderen Wirkungsdynamik primärpräventiver Maßnahmen, welche etwa die typische Verzögerung präventiver Effekte oder das komplexe Zusammenspiel zwischen familialen Resilienz- und Risikofaktoren betreffen, verdient diese Forderung aber für die heutige Elternkurs-Forschung umso mehr Nachdruck. Die konstruktive, ressourcenorientierte Zielsetzung der Elternberatung des Brusselton-Projekts ist ganz universell gedacht und erscheint darum auch aus heutiger Sicht modern und vielversprechend. Allerdings übersetzt Cullen (1976) diese Ziele in seiner Untersuchung nicht in eine universell gedachte *Kriterienmessung*, sondern erfasst den Präventionseffekt nur im externalisierenden Defizitbereich des kindlichen Verhaltens, beispielsweise in Form impulsiver und aggressiver Verhaltensweisen. Zwar belegt der Autor dem Eltern-Programm diesbezüglich einigermaßen gute Erfolge. Aber wir erfahren nichts darüber, ob die Maßnahme auch im internalisierenden Störungsbereich, etwa in Bezug auf soziale Gehemmtheit oder Ängste, erfolgreich ist. Auch bleibt die Frage nach einer nachhaltigen Stärkung von familialen Ressourcen durch die Elternberatung, sowohl bezogen auf das Kind als auch auf

die Mutter, gänzlich außen vor. Der internalisierende Störungs-Bereich findet inzwischen mehr Berücksichtigung, aber die Befundlage bleibt nach wie vor schief. Die ressourcenorientierte Kriterienmessung steckt noch in den Kinderschuhen.

Die geringen Effektstärken, die in der australischen Studie von Cullen belegt sind, haben nichts mit dem Alter der Untersuchung, ihrer methodischen Qualität oder einer mittelmäßigen Maßnahme zu tun. Heute wissen wir mit größerer Sicherheit, dass hinsichtlich der ermittelten Effektgrößen als Ergebnis für eine nicht selektive primäre Präventionsstrategie tatsächlich nicht viel mehr zu erwarten war. Vom heutigen Standpunkt aus betrachtet würden wir das Brusselton-Projekt sogar als einen recht erfolgreichen Versuch universeller Prävention einordnen, da es signifikante positive Effekte nachweist, die zudem zeitlich stabil sind. Denn mit dem ungeliebten Befund teils ausbleibender, teils schwacher bis allenfalls moderater Effekte in universellen Stichproben sieht sich die gesamte Präventionsforschung konfrontiert, und das Problem gilt für Bemühungen um die primäre Krankheitsvorbeugung im psychosozialen und medizinischen Sinne gleichermaßen. Allerdings sind die methodologischen und statistischen Ursachen für die typischerweise schwachen Ergebnisse heute so gut erschlossen, dass sich die Einordnung solcher Ergebnisse relativiert hat und der präventive Erfolg in universellen Stichproben von einer neuen, „konstruktiv-kritischen“ Basis aus diskutiert und untersucht werden kann.

Inzwischen haben sich in der Elternkurs-Evaluation bestimmte standardisierte Erfolgsmaße herausgebildet, an denen sich die meisten Forscher ausrichten. Als Evaluationskriterium steht für gewöhnlich die Programmwirksamkeit (*Effektivität*) zugunsten des „Ziel-Kindes“ im Mittelpunkt. Allerdings werden diese oft für sich, das heißt isoliert von den Wirkungen auf die Eltern oder die Familie als Ganzes, betrachtet. Bei den Kindern finden sich darüber hinaus vorwiegend defizitorientierte Kriterien-Messungen (Verhaltensauffälligkeiten, Verhaltensstörungen; im universellen Einsatz über die Prävalenzrate operationalisiert), während für die Eltern nur sehr selten überhaupt Gesundheit fördernde oder präventive Effekte im engeren Sinne überprüft werden. Auf Seiten der Eltern interessiert in der Evaluation eher der Kompetenzerwerb, nicht so sehr der eigene *Gesundheitsgewinn für Mütter und Väter*.

Die meisten der bekannteren Elternkursprogramme gehen auf psychotherapeutische Schulen unterschiedlichster Ausrichtung (humanistische, individualpsychologische,

systemische, verhaltenstherapeutische Ansätze etc.) zurück. Gerade diese *therapeutischen Ursprünge* des Elterntrainings, allen voran die verhaltenspsychologischen, haben die Definition von Wirksamkeit in der wissenschaftlichen Beurteilung nachhaltig beeinflusst (vgl. Köhle/Köhle 1986; siehe dazu auch Kapitel 1). Bis heute findet die wissenschaftliche Evaluation zur präventiven Elternbildung - anders als die Praxis - nur zögerlich Zugang zu den Ressourcen und zur Ganzheit der Familie. Bei einem gesundheitswissenschaftlichen Verständnis, das der Prävention und Gesundheitsförderung ihre eigenständigen, besonderen Kriterien in der Evaluation einräumen möchte, sind wir demnach in der Elternkurs-Forschung noch nicht angekommen. So bleibt die angebrachte Kritik und mit ihr die Diskussion um *valide Kriterien* für die Beurteilung von Elternkursen als Strategie psychosozialer Primärprävention aktuell.

Wie ist es um die Aussagekraft der jüngeren Ergebnisse aus der Elternbildungsforschung bestellt, bei denen durch zunehmende Standardisierung der Kriterienmessungen auf der einen und Spezialisierung auf bestimmte Präventionsziele auf der anderen Seite die Vergleichbarkeit von Ergebnissen angestrebt wird?

3.2 Befundlage zum primärpräventiven Einsatz der Elternbildung

Die Befundlage zur Elternbildung spiegelt typische Defizite und inhaltliche Unausgewogenheiten hinsichtlich der untersuchten Präventionsziele sowie der daran angelegten Wirksamkeitskriterien in der Evaluation präventiver Programme wider, die auf die psychische Gesundheit ausgerichtet sind.

Am augenfälligsten ist dabei ein Mangel an Untersuchungen im Bereich der *Primärprävention*, die auch tatsächlich wissenschaftlichen Ansprüchen genügen, etwa hinsichtlich des Vorhandenseins einer Kontrollgruppe oder ausreichenden Stichprobenumfangs. Zwar hat sich das Engagement für psychosoziale Präventionsstrategien in den letzten Jahren enorm verstärkt. Nur die wenigsten Projekte werden aber überhaupt wissenschaftlich begleitet, sodass die Forderung nach vermehrter Forschungsaktivität auf diesem Gebiet durchgängig bis zum heutigen Tag Bestand hat (Heinrichs et al. 2002, Beelmann 2006). Unverhältnismäßig selten, also bei weitem nicht in dem Maße, wie es sich aus den verstärkten Bemühungen um primäre Präventionsstrategien in der Praxis schließen ließe, werden diese evaluiert, sobald sie als *universelles* Angebot umgesetzt werden. Für das Beispiel präventiver Familienbildung in Deutschland lässt sich, da inzwischen gut belegt, die Schieflage konkreter fassen: Die Nutzung universal-präventiver Familienbildung macht in der Praxis gut *zwei Drittel* aus, während sich unter den evaluierten Programmen nur ein Anteil von etwa *einem Drittel* findet (vgl. Lösel/Plankensteiner/Schmucker & Weiß 2006).

Seit einigen Jahren hat sich die Lage verbessert, da die Evaluationsaktivitäten auf dem Gebiet der präventiven Elternbildung international und in Deutschland deutlich zugenommen haben (Beelmann 2006). Die Anzahl kontrollierter Studien dünnt sich allerdings immer noch stark aus, wenn man ausschließlich das präventive Elterntaining im Gruppen-Kursformat im Blick hat, zumal wenn dieses als universelle Präventionsstrategie von Interesse ist. In einschlägigen Metaevaluationen verbleiben oft nur wenige Untersuchungen an unvorbelasteten Stichproben. Die magere Befundlage zum universal-präventiven Elterntaining geht auf Hindernisse zurück, die bei der Überprüfung präventiver Wirkungen *allgemein* auftauchen. Heinrichs, Saßmann, Hahlweg & Perrez (2002) haben diese, seinerzeit zunächst an die gesamte Präventionsforschung im Vergleich zur Therapieforschung, als typische Herausforderungen formuliert.

Da sich die Forschungsaktivitäten für die Primärprävention insbesondere seit den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts deutlich verstärkt haben, zeichnet sich nun ein analoges Ungleichgewicht *innerhalb* der Beforschung primärpräventiver Maßnahmen ab: Es hat sich auf die selektiven und universellen Stichproben verlagert, wobei letztere in mehrerlei Hinsicht größere Schwierigkeiten aufwerfen als die erstgenannten. Die typischen methodische Probleme der Präventionsforschung nach Heinrichs et al. (ebd.) wurden hier jeweils mit Blick auf die spezielle Präventionsstrategie Elternkurs und die universellen Stichproben und zusammengefasst und weitergeführt.

Zeitpunkt des erwarteten Effekts

Unsere Vorstellung *von der* und Erwartung *an die* Wirksamkeit leitet sich bisher stark aus therapeutischen Effekten ab. Eine Präventionswirkung hat aber einen anderen Zeithorizont und unterliegt anderen Schwankungen. So ist ein im Vergleich zur Intervention bisweilen stark zeitlich verzögerter positiver Effekt (Verhaltensänderung) bei der Prävention wahrscheinlich. Ebenso sind kurzfristig messbare Effekte möglich, die sich mittelfristig verlieren, um dann langfristig deutlich und manifest hervorzutreten. Im Falle des Elterntrainings sind zudem, wenn es um die kindbezogenen positiven Veränderungen geht, die Eltern als Vermittler zwischengeschaltet. Von den *Transferprozessen* (etwa von verändertem Erziehungsverhalten zu verändertem Verhalten des Kindes) hängt es letztendlich ab, ob und wann sich eine präventive Wirkung auf das Kind überträgt. Diesen Zwischenschritt mitzudenken, müsste auch Aufgabe der Elternkurs-Evaluation sein. Seit Köhle & Köhle (1986), die sowohl die einsetzende Selbstreflexion der Eltern als auch den Transfer zum Kind als Kriteriumsvariablen untersucht haben, um damit die Trainingswirkung im Prozess greifbar zu machen, hat es wenig Bemühungen um ein solches Vorgehen gegeben.

Die Stichprobenproblematik - Stichprobengewinnung und Drop-Out

Unter „Ausschöpfung der verfügbaren Population“ wird für die Untersuchungsstichprobe meist auf eine freiwillig teilnehmende Personengruppe zurückgegriffen, die ohne besonderen Leidensdruck in die präventive Maßnahme startet. Die Motivation zur Teilnahme und zum Durchhalten der Maßnahme ist gering, große Teile solcher Stichproben drohen wegzufallen. Im Normalfall werden Familien, die nur lückenhaft an der Maßnahme teilnehmen, aus der Untersuchung ausgeschlossen. Die Ergebnisse

werden dann auf Basis einer ungewollt *positiv selektierten* Stichprobe ermittelt, was deren Repräsentativität schmälert. Inzwischen sind auch im Rahmen der Elternkurs-Evaluation Anreizsysteme erprobt worden, um möglichst viele Mütter und Väter in der Untersuchungsstichprobe zu halten, meist mit Erfolg (beispielsweise Heinrichs/Krüger/Guse 2006). Eventuell tauscht man aber hier die Problematik des Drop-Out gegen die Objektivitäts-Problematik von Belohnungssystemen: Wer belohnt wird, fühlt sich leicht verpflichtet, die genutzte Maßnahme und ihre Wirkungen positiv zu sehen.

Decken- und Bodeneffekte in positiv selektierten Stichproben

Der Nachweis von Effekten in universellen Stichproben ist rein statistisch dadurch erschwert, dass die darin befindlichen Präventionsteilnehmer/innen von vornherein mit relativ geringen Problemwerten/Prävalenzraten (kindbezogen) beziehungsweise relativ hohen Kompetenzwerten (elternbezogen) in die Untersuchung starten (vgl. Beelmann/Raabe 2007). Universelle Stichproben sind meist Freiwilligen-Stichproben, die für gewöhnlich eine Positivauswahl darstellen. Durch das hohe Eingangsniveau ist das „Verbesserungspotenzial“ der Teilnehmer/innen begrenzt, denn schon bald stoßen sie an den Punkt, von dem aus sie sich nicht mehr verbessern können (Deckeneffekt). Im Vergleich dazu kann sich eine selektive Stichprobe, sofern sie tatsächlich mit ungünstigeren Werten in die Maßnahme startet, erheblich steigern. Das Problem ist zum Teil „hausgemacht“, wenn Messinstrumente 1:1 aus der klinischen Diagnostik in die Untersuchung an universellen Stichproben übertragen, obwohl sie ursprünglich auf Gruppen mit erhöhten Problemwerten ausgerichtet waren. Die Instrumente sind beispielsweise nicht in der Lage, positive Veränderungen im „Normalbereich“ kindlichen Verhaltens ausreichend sensibel zu erfassen und abzubilden (Bodeneffekt).

Auch bei bester Planung und stabiler Stichprobe ist der Nachweis eines präventiven Erfolges auf Wirksamkeitsebene also aus forschungslogischen und statistischen Gründen in den unbelasteten Zielgruppen von vornherein erschwert. Im Prinzip lässt sich dieser Sachverhalt in eine einfache Formel bringen: Je primärer die präventive Strategie und je unbelasteter die Teilnehmer, desto komplizierter wird die Untersuchungssituation und desto unwahrscheinlicher wird der Nachweis eines Präventionseffektes.

Das Problem der Erfolgsmaße

Heinrichs et al. (ebd.) nennen als gültige Erfolgsmaße: „Veränderungen in den spezifischen Symptomen der vorzubeugenden Störung“, also das Prävalenzkriterium. Des Weiteren komme eine breite Palette weiterer Variablen in Frage, je nach Ausrichtung der Maßnahme, der Zielgruppe, des Settings etc. Im Allgemeinen erfordere die Prävention eine *multimodale* (emotional, kognitiv, behavioral) und *multimethodale* (Verhaltensbeobachtung, Fragebogen, Interviews, Tests) Forschungspraxis.

Das Problem der Erfolgsmaße verschärft sich für die Evaluation primärpräventiver Projekte und erfährt in universellen Stichproben zusätzliches Gewicht. Es beginnt damit, dass *die* „spezifischen Symptome in *der* vorzubeugenden Störung“ in einer Stichprobe, die nicht oder kaum und vor allem nicht „spezifisch“ vorbelastet ist, gar nicht existieren. Im Falle des primärpräventiven Einsatzes von Elternbildung von einer *speziellen psychischen Störung*, also von einer klinisch-psychologisch umgrenzten Krankheitskategorie, auszugehen, wenn es um die Konstruktion der Erfolgskriterien für die Evaluation geht, muss grundsätzlich in Frage gestellt werden. Dieser Ansatz ist ja vielmehr auf eine allgemeine Stärkung psychosozialer *Ressourcen* ausgerichtet, über die eine „Breitenwirkung“ auf lange Sicht erzielt werden soll. Dadurch kann gleichermaßen ein Schutz vor Risiken unterschiedlichster Art aufgebaut werden, um so etwa ernsthafte *Erkrankungen verhindern*, und die Familie darüber hinaus gegebenenfalls auch in eine günstigere Ausgangsposition bringen, wenn es um die *Bewältigung* eventuell auftretender psychischer Krisen und Beeinträchtigungen geht (vgl. Kapitel 2.3).

Das universelle Elternt raining - Ein spezieller Untersuchungsgegenstand im Kontext der Primärpräventions-Forschung

Die hier aufgeführten Punkte lassen erkennen, warum die Evaluation in der psychosozialen Primärprävention eine schwierige und bisweilen undankbare Aufgabe ist. Gleichzeitig markieren sie die besonderen *Anforderungen*, die an die wissenschaftliche Untersuchung primärpräventiver Strategien gestellt sind, mit denen man sich demnach auch bei der Evaluation präventiver Elternbildung auseinandersetzen hat und die bei der Interpretation und Einordnung vorliegender Forschungsergebnisse zu berücksichtigen sind.

Bei der Evaluation universell ausgerichteter Eltern-Programme verkomplizieren sich der Nachweis und die genaue Untersuchung positiver Wirkungen, zum einen wegen der noch geringer belasteten Stichproben, zum anderen, weil speziell beim Elterntraining, zusätzlich zur ohnehin komplexen langfristigen präventiven Wirkungsdynamik, schwer einsehbare Transfer- und Wechselwirkungen zwischen den Eltern und Kindern ablaufen, bevor sich ein messbarer Präventionseffekt einstellt. Wer das Elterntraining als präventive Strategie untersucht, hat es eben automatisch mit zwei Zielgruppen zu tun, die beide auf je eigene Weise in der wissenschaftlichen Untersuchung bedacht sein müssen (ausführlich zum Wirkungsprofil siehe 2.4).

3.2.1 Wirksamkeit von Strategien mit dem Fokus psychische Gesundheit

Durlak und Wells urteilten 1997 insgesamt recht optimistisch über die Wirksamkeit primärpräventiver Programme mit dem Schwerpunkt „Mental Health“, was sie auf 177 Evaluations-Studien zu verschiedensten Präventionsprojekten gründeten. Die Ergebnisse integrierten sie aus wenigen universellen und überwiegend selektiven Stichproben unter dem gemeinsamen Dach „Primärprävention“ und belegten in ihrer Metaanalyse Effektstärken (ES) zwischen .24 und .93 bei einem mittleren Gesamteffekt von $d_+ = .34$.² Oder, etwas anschaulicher ausgedrückt: “The average participant in a primary prevention program surpasses the performance of 59 - 82% of those in a control group”. Für die Gesamtheit primärpräventiver Maßnahmen (universell und selektiv) ermitteln sie eine mittlere ES von $d_+ = .34$. In einer weiteren Metaanalyse fassen die Autoren nur indizierte Präventionsstrategien zusammen, für die sie eine deutlich höhere mittlere ES von $d_+ = .50$ ²⁹ berechnen. (Durlak/Wells 1998). Dieses Ergebnis ordnen sie als vergleichbar mit kurativen medizinischen Eingriffen Interventionen ein. Das *Elterntraining* schneidet im primärpräventiven Einsatz bei Durlak und Wells (1997) im Vergleich verschiedener Maßnahmen übrigens besonders *schlecht* ab. Mit einem kaum nennenswerten mittleren Effekt um .10 war das präventive Elterntraining hier wohl unterschätzt. Die Autoren erklären das sparsame Ergebnis mit *methodischen Problemen* und *Implementations-Faktoren*, die das Ergebnis für die Elternkurse ungünstig beeinflusst haben könnten.

²⁹ Bezogen auf das Prävalenzkriterium entspricht eine ES von $d_+ = .50$ einer um 25%, eine ES von $d_+ = .30$ einer um 15% geringeren Belastungsrate im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Ähnlich geht Beelmann (2006) auf Basis der einbezogenen Übersichtsarbeiten der letzten Dekade bei der Wirksamkeit von *psychosozialen Präventionsmaßnahmen* von einer durchschnittlichen Verbesserung von etwa einem Drittel bis zur Hälfte einer Standardabweichung aus. Dies entspricht bezüglich der Prävalenz psychischer Störungen einer geringeren Belastungsrate von etwa 15 bis 25% gegenüber der unbehandelten Kontrollgruppe. Mit 23 aktuelleren Metaevaluationen und Übersichtsarbeiten aus den Jahren 1995 bis 2006 zum Erfolg von psychosozialen Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche, die Beelmann (ebd.) auswertet, ist ein breites Spektrum von Meta-Studien zu unterschiedlichsten Präventionszielen erfasst. Am häufigsten sind in diesem Zeitraum - nach wie vor - Überblicksarbeiten zu *dissozialen* Verhaltensauffälligkeiten (Aggression, Kriminalität) vertreten (zehn), gefolgt vom Präventionsziel der allgemeinen Entwicklungsförderung (fünf). Des Weiteren sind als spezielle Themen Sucht (drei), Scheidungsfolgen (eine), Misshandlung und sexueller Missbrauch (eine) sowie Teenager-Schwangerschaften (eine) vertreten. Hier bildet sich die typischerweise bestehende ungleiche Verteilung zwischen Untersuchungen zum *störungsunspezifischen Präventionsziel* der allgemeinen Entwicklungsförderung (für diese Arbeit von speziellem Interesse, aber rar) und zu *störungsspezifischen* Zielsetzungen (beispielsweise Vermeidung dissozialer Verhaltensstörungen) in der Primärpräventionsforschung ab. Die Aussagekraft zum allgemeinen Vorbeugungspotenzial, etwa im Sinne von Ressourcenstärkung, bleibt dadurch begrenzt.

Layzer, Goodson, Bernstein und Price (2001) integrieren 665 Primärstudien zu Familienförderungs-Programmen, die eine Komponente zur Elternschulung im weitesten Sinne enthalten. Die Autoren berichten moderate, zum Teil hohe Effekte sowohl auf die kognitive und sozial-emotionale Entwicklung der Kinder als auch auf elterliche Erziehungskompetenzen und -einstellungen. Als die erfolgreichsten erweisen sich in dieser Metastudie:

- Programme mit *professionellen* Programmadministratoren,
- Programme mit konkreten *Verhaltensübungen* und vor allem
- die *gezielten* Maßnahmen für Risikogruppen.

Metaanalytische Vergleiche zwischen universellen und gezielten Präventionsstrategien führen in der Regel zu relativ *schwachen* Ergebnissen, also geringen Effektstärken in der Wirksamkeitsanalyse, für die universellen Programme. Gezielte Interventionen, die sich beispielsweise *selektiv* an Hoch-Risiko-Populationen oder *indiziert* an Gruppen von bereits psychisch erkrankten oder verhaltensauffälligen Personen richten, schneiden mit vorwiegend mittleren, teils hohe Effektstärken deutlich besser ab. Mit diesem Befund sieht sich die gesamte Präventionsforschung konfrontiert (Beelmann/Raabe 2007). Das häufig replizierte Ergebnis zum Wirksamkeitsverhältnis hat in der oben zitierten Sichtung aktueller Präventionsstudien von Beelmann (2006) Bestand. Er kommt in Bezug auf die Wirksamkeit *psychosozialer* Präventionsmaßnahmen vorerst zu der Einschätzung, dass „eine Rechtfertigung universeller Präventionsmaßnahmen vom Standpunkt der erzielten Wirksamkeit kritisch beurteilt werden muss“ (ebd., 159).

In diesem Forschungskontext hat sich auch das *universelle Elternt raining* zwingend dem empirischen Nachweis seiner Wirksamkeit zu stellen.

Die Zielgruppenausrichtung ist ein gewichtiger, aber nicht der einzige Wirksamkeitsfaktor. Weitere Bedingungen und Gestaltungsmerkmale wirken sich positiv auf die Erfolge von Präventionsprogrammen aus. Einige von ihnen könnten Hebel sein, um Maßnahmen zu verbessern (O`Connell/Boat/Warner 2009; Barry/Jenkins 2007; Durlak/DuPré 2008):

- Komponentenreichtum; vielfältiges Ansetzen an Ressourcen, Fertigkeiten, Defiziten und Belastungen; Individuen- und umweltzentriert
- Zeitliche Anpassung der Intervention: kontinuierlich, lang anhaltend, wiederholt; in kritischen Phasen einsetzend
- Adaptive/flexible Intervention: Dosis und Vorgehen sind angepasst an Bedürfnisse und Kultur der Zielgruppe sowie und an den Verankerungs-Kontext
- Programm wird in vorhandene Versorgungsstrukturen implementiert, intersektoral
- Implementation und Gestaltung des Programms berücksichtigt alle Interaktanten (partizipativ)

- Programmkonzeption: Lerninhalte und Ziele theoretisch gut begründet; Vermittlung durch gut strukturierte Inhalte (manualisierte Curricula), variable Didaktik und Kombination von Methoden
- Ansprache: klare Botschaften, vertrauenswürdige Anbieter, attraktive Gestaltung des Angebots
- Überprüfung von Programmwirkungen durch multimodale Messungen

Nach Einschätzung Beelmanns (2006) ergibt sich *kein* Anwachsen von Effektstärken bei Betrachtung psychosozialer Interventionen im historischen Verlauf, neuere Arbeiten kommen sogar eher zu bescheideneren Wirksamkeitsschätzungen. Mögliche Erklärungen dafür sind:

- Neuere Untersuchungen bedienen sich strengerer Auswertungsmethodik, man schätzt heute viel konservativer (vorsichtiger).
- Zuverlässigere Messinstrumente und breitere Messbereiche kommen zur Anwendung.
- Es gibt kaum noch unbehandelte Kontrollgruppen - die meisten Menschen haben schon „irgendwas Präventives“ gemacht.

3.2.2 Metaevaluation - Wirksamkeitsschätzungen für das präventive Elterntraining

Über die allgemeine Befundlage und ungefähre Schätzungen der eltern- und kindbezogenen Wirksamkeit des Elterntrainings können Metaanalysen Aufschluss geben. Inzwischen existiert eine ordentliche Anzahl von internationalen Übersichtsarbeiten zur Elternbildung beziehungsweise zum Elterntraining, in denen gemäß der metaanalytischen Logik alle Effektstärken, die in den eingeschlossenen Einzelstudien belegt worden sind, statistisch integriert wurden. Der so berechnete mittlere Effekt sollte die beste Schätzung sein, die über die allgemeine Wirksamkeit der jeweils fokussierten Präventionsmaßnahme abgegeben werden kann.

Die Qualität dieser Schätzung kann aber stark variieren, und nicht alle metaanalytischen Befunde zur Effektivität sind gleichermaßen generalisierbar. Zum einen kann die Auswahl der Primärstudien nach unterschiedlichen Kriterien erfolgen, beispielsweise methodisch streng oder weniger streng. Zum anderen hängt die Repräsentativi-

tät des mittleren Gesamteffekts, wie jeder Mittelwert, stark von der Anzahl der im Untersuchungspool verbleibenden Primärstudien und der Streubreite der darin belegten Einzeleffekt-Stärken ab. Auch für die konkrete statistische Integration gibt es verschiedene Verfahren, beispielsweise Modelle mit festen versus gewichteten Effekten, die zu unterschiedlich sicheren Gesamtschätzungen führen. Ergebnisse von Metaanalysen haben also unterschiedliche Aussagekraft und lassen sich demnach nicht ohne Weiteres direkt vergleichen. Leider enthalten Metaanalysen, die sich speziell auf das *Elterntraining* konzentrieren, oft nur wenige Einzelstudien - je nach selektiver Härte in der Vorauswahl. Sekundäranalytische Arbeiten, die Elternschulung oder Elternkurse innerhalb eines breiteren Spektrums fokussierter Präventionsmaßnahmen berücksichtigen, etwa unter familienbezogenen Präventionsstrategien oder psychosozialen Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche, müssen in die Betrachtung einbezogen werden. Einerseits, um die empirische Basis anzureichern, andererseits um den gesundheitliche Nutzen des Elterntrainings auch in Relation zu anderen Präventionsmaßnahmen zu setzen, die das gleiche Ziel verfolgen.

Die Überschaubarkeit der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu universellen Elterntrainings aus dem deutschen Sprachraum spricht dafür, zunächst einen Blick auf internationale Studien und Überblicksarbeiten zu werfen. Bei internationalen Studien zur präventiven Elternschulung, die überwiegend aus den USA und Australien stammen, schwingt die kulturelle Spezifität der Untersuchungsergebnisse (etwa andere Erziehungsnormen in den untersuchten Elterngruppen) als Unsicherheitsfaktor mit, der die Übertragbarkeit von Untersuchungsergebnisse auf Deutschland einschränken kann. Essenzielle, allgemeine Erkenntnisse jedoch, wie etwa die gegenüber universellen Stichproben deutlicheren Effekte (trainingsbedingte Veränderungen) in vorbelasteten Stichproben, die an gezielten Präventions-Maßnahmen teilnehmen, werden in Europa und Deutschland repliziert.

Der Erkenntnisstand der metaanalytischen Forschung

Besonders in den letzten zehn Jahren hat sich das Forschungsfeld "Elternbildung" stark entwickelt. Es ist bis dato zwar nicht klar, welchen Anteil daran das tatsächlich gesteigerte Interesse an Elternbildung im Besonderen und die vermehrte Evaluationsaktivität im Allgemeinen (Rechtfertigungsdruck!) hat oder ob, wie Lösel, Schmucker, Plankensteiner & Weiß (2006) anmerken, sich dieser Effekt eher durch den

verbesserten Zugriff über das Internet auf Studien und Berichte, vor allem auch auf unveröffentlichte Forschungsarbeiten, erklären lässt. In jedem Fall haben durch das große Plus an zugänglichen Primärstudien speziell zum Elterntaining auch die *elternbildungsspezifischen Metaanalysen* in der letzten Dekade an allgemeiner Aussagekraft (dagegen aber wenig an Differenziertheit) gewonnen. Dies gilt insbesondere für Deutschland, wo mit der Arbeit von Lösel, Schmucker, Plankensteiner & Weiß (2006) eine Metaevaluation zur Eltertbildung vorliegt, die im Übrigen zeigt, dass *Elternkurse* bei uns vergleichsweise *gut* evaluiert sind, wenn man sie einmal mit anderen Formen der Familienbildung vergleicht (k = 27 Studien in der Metaanalyse, davon mit 21 das Gros zu Elternkursen).

Die methodische Qualität vieler Metastudien wird jedoch kritisiert, da auf Basis von schwachen, schlecht kontrollierten Designs der einbezogenen Primärstudien die Effekte zu hoch geschätzt würden. Die Auswahlkriterien für die integrierten Studien und Kriteriumsmessungen sind neuralgische Punkte in der Metaanalyse. So kann zwar eine Arbeit wie die von Müller, Hager und Heise (2001) mit einem enormen mittleren Effekt ($d_+ = 1.58$) für die Wirksamkeitsschätzung aufwarten. Es wurden aber entgegen der metaanalytischen Logik nur signifikante positive Veränderungen berücksichtigt. Auf der anderen Seite finden sich Studien, bei denen das Elterntaining sehr schwach abschneidet. Auch hier vermuten die Autoren Probleme in der Methodik, verweisen aber auch auf *Umsetzungs-Faktoren*, die den Erfolg der Elternschulungen geschmälert haben könnten.

Nicht immer fallen die Effekte bei guter Methodik und besser kontrolliertem Design schwächer aus. Es gibt Beispiele, die den entgegengesetzten Zusammenhang belegen. In der Metaanalyse von Cedar und Levant (1991) zur Wirksamkeit des GORDON-Trainings etwa beobachten die Autoren bei den methodisch besseren Studien ein deutliches *Anwachsen* der Effekte gegenüber den schwächer kontrollierten Untersuchungen.

Eine Handvoll Metaevaluationsen konzentriert sich ausschließlich auf die Elternschulung im Gruppenkurs-Format. Aus drei solchen Metastudien, die die Evaluation von Elterntainings im Fokus haben (Brestan/Eyberg 1998, Serketich/Dumas 1996, Taylor/Biglan 1998), werden zwar hohe Effektstärken ($d_+ = .70$ bis $.85$) berichtet; mit diesen Werten halten viele Präventionsforscher aber die Wirksamkeit aufgrund me-

thodischer Mängel der eingeschlossenen Primärstudien für überschätzt (beispielsweise Heinrichs et al. 2006). Sie verweisen darum auf besser kontrollierte Studien, wie etwa die im Folgenden besprochene Untersuchung von Barlow, Parsons und Steward-Brown (2005): Da sie den Studienpool nach harten methodischen Kriterien (beispielsweise nur randomisierte Kontrollgruppendesigns) ausgewählt haben, ergibt sich aus der Selektion ein sehr kleines Untersuchungsfeld ($k = 5$) mit extrem heterogenen Ergebnissen. Sie genügt dafür aber in vielen Punkten den methodischen Anforderungen an die integrierte Wirksamkeitsanalyse.

In ihrer viel zitierten Analyse konzentrieren sich Barlow et al. (2005) ausschließlich auf gruppenorientierte Erziehungstrainings - definiert als *in sich abgeschlossene, kurzfristige Angebote mit dem Ziel, Eltern in ihrer Erziehungskompetenz zu stärken, um darüber die emotionale und soziale Entwicklung der Kinder zu fördern*. Darin sind sowohl emotionale als auch Verhaltensstörungen eingeschlossen, womit das *Präventionsziel* schon vergleichsweise breit gefasst ist. Allerdings beziehen sich die Autoren ausschließlich auf Untersuchungen zu frühen Interventionen (mit oder vor dem dritten Lebensjahr des Kindes). Nur eine Elternkurs-Evaluation anhand einer *universellen* Stichprobe (Nicholson et al. 1998) ist am Ende unter den fünf verbliebenen Untersuchungen vertreten.

Alle drei *primärpräventiv* eingesetzten Elterntrainings (die oben genannte universelle und zwei selektive Stichproben) haben sich auf die kindbezogenen Werte positiv ausgewirkt, obwohl die Kinderstichproben durchgängig unauffällig beziehungsweise überwiegend unauffällig waren. Das einzige Eltern-Programm mit *universeller* Ausrichtung (Nicholson et al. 1998: freiwillige Teilnahme von je einem oder beiden Elternteilen von durchschnittlich dreijährigen Kindern; $n = 20/20$) schneidet in dieser Gruppe überraschend gut ab: Sowohl die emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder als auch die Erziehungseinstellungen und das Verhalten der Eltern verändern sich positiv im Vergleich zur Kontrollgruppe ($ES = .79$).

Die *präventiven Möglichkeiten* des Elterntrainings - bezogen auf die Vorbeugung psychischer Störungen des Kindes - beurteilen die britischen Wissenschaftler recht positiv, sie sehen aber auch den zusätzlichen Bedarf an Überprüfung der Nachhaltigkeit positiver Trainingseffekte (Follow-Ups) und des Erziehungstrainings in der Primärprävention. Die Autoren haben die eingeschränkte Repräsentativität ihrer meta-

analytischen Wirksamkeitsschätzung sehr wohl im Blick, wenn sie in der Reflexion der eigenen Ergebnisse lediglich vom Beleg „positiver Potenziale“ der Elternschulung zu präventiven Zwecken sprechen. Die Arbeit von Barlow und Kollegen demonstriert auch, warum es unter anderem noch immer schwierig ist, allgemeingültige Aussagen über die Wirksamkeit von Elternkursen zu machen. Nicht nur die vertretenen Stichproben (universell/selektiv/indiziert), auch die Ergebnisse der Metaanalyse sind äußerst heterogen. Sie variieren stark von hohen über mittlere und schwache bis hin zu negativen Effekten. Die mit Abstand stärksten Veränderungen in der erwünschten Richtung stammen erwartungsgemäß aus einer Untersuchung, bei der das Elterntraining *gezielt* in einer vorbelasteten Stichprobe eingesetzt wurde.

Auch für das Elterntraining werden, sobald es als universelle Strategie untersucht wird, systematisch geringere Effekte belegt als für den gezielten Einsatz der Elternschulung in vorbelasteten oder Hoch-Risiko-Gruppen (selektive beziehungsweise indizierte Prävention). Die jüngste Metaanalyse zur präventiven Elternbildung in Deutschland bestätigt diesbezüglich die internationalen Befunde, wobei hier die universellen Eltern-Programme doch mit einem verhältnismäßig guten mittleren Gesamteffekt ($d_+ = .35$; $k = 12$) gegenüber den gezielten Programmen ($d_+ = .55$; $k = 14$) abschneiden (Lösel et al. 2006, 136).

Es gibt immer wieder positive Ausnahmen universeller Elternbildung, für die auch in neueren, methodisch anspruchsvollen Evaluationen deutlich höhere Effekte belegt werden (etwa bei Nicholson 1998). Was aber tatsächlich den Erfolg dieser Positivbeispiele trägt, ist meines Erachtens noch nicht zufriedenstellend erschlossen.

Im Falle des Elterntrainings kann sich die über ein erhöhtes Risikopotenzial definierte *Selektivität* im Zugang sowohl auf die Eltern als auch auf die Kinder beziehen; eine Unterscheidung, die in den metaanalytischen Klassifikationen bislang aber noch wenig berücksichtigt wird, obwohl sie in der Wirksamkeit eventuell einen Unterschied ausmacht. Bakersman-Kranenburg et al. (2003) untersuchen in ihrer Metaanalyse Elternprogramme zur Prävention beziehungsweise Beseitigung kindlicher Bindungsunsicherheit. Aus den 15 Primärstudien vergleichen sie solche mit Risiko-Kindern gegen diejenigen mit Risiko-Eltern und erhalten ein interessantes Ergebnis: In Studien mit Risiko-Kindern wurden höhere Effekte ($d = .29$) gemessen als in sol-

chen mit Risiko-Eltern ($d = .10$). Hier tut sich ein Klassifikationsdefizit auf, hinter dem sich auch eine zu schwache theoretische Fundierung verbergen könnte.

Fazit zum Stand der integrierten Erfolgsforschung

Das Elterntaining ist innerhalb der metaanalytischen Präventionsforschung mit Fokus auf psychosozialer Gesundheit inzwischen recht umfangreich vertreten. Wie lassen sich aber die Ergebnisse bezogen auf den eigenen speziellen Untersuchungsgegenstand, das primärpräventiv eingesetzte Elterntaining, lesen?

Bei allgemeingültigen Aussagen über die Wirksamkeit von *universellen* Elterntainings auf Basis der vorliegenden metaevaluativen Befunde zur präventiven Elternbildung und psychosozialen Primärprävention ist noch immer Vorsicht geboten. Denn diese sind deutlich schwächer vertreten als die gezielten Ansätze und die Ergebnisse sind insgesamt sehr heterogen. Teilweise sind *erhebliche Streuungen* vorhanden; hier steht die generalisierende Wirksamkeitsprognose aus den integrierten Effekten - auch in gewichteten Modellen - auf wackligen Beinen³⁰.

Entsprechend gibt der Forschungsstand zu den *speziell gehaltenen Präventionszielen*, die überwiegend in kindbezogenen Defizitkategorien (etwa Prävention von Verhaltensstörungen) formuliert sind, bislang weitaus mehr her als zu ressourcenbezogenen Kriterien wie etwa „allgemeine Entwicklungsförderung“. Darüber hinaus sind *verhaltenspsychologisch fundierte* Ansätze der Elternschulung (behavioral oder kognitiv-behavioral) im internationalen Kontext nicht nur häufiger und differenzierter sondern auch auf höherem methodischem Niveau untersucht worden, sofern die quantitative Methodik als Maßstab anlegt wird. Insgesamt können die verhaltenstherapeutisch geprägten Elterntainings (etwa Triple P) darum auf eine längere und intensivere Evaluationstradition zurückgreifen als die *beziehungsorientierten* Kurskonzepte, sodass viele Quellen und Metastudien den Wirksamkeits-Nachweis auf behaviorale Konzepte beschränken.

In Deutschland hat sich die Wirksamkeitsschätzung zur präventiven Elternbildung von Beginn an auf eine viel breitere Basis gestellt. Gerade in den letzten Jahren ist der Evaluationsstand durch Forschungsarbeiten zu Elternkursen mit *beziehungsorien-*

³⁰ Beelmann etwa schließt in seinem Review (2006) von vornherein alle Metastudien aus, die weniger als 20 Primärstudien enthalten, um die Repräsentativität seines integrierten Ergebnisses abzusichern.

tierten Hintergrund-Konzepten, zu denen etwa auch der humanistisch geprägte Ansatz des STEP-Elterntrainings oder das systemisch orientierte Elterntraining nach Gordon gehören, bereichert und damit weiter abgesichert worden. So gehört etwa die Evaluation des Elternprogramms *Starke Eltern Starke Kinder* (Tschöpe-Scheffler/Niermann 2002) zu den umfassendsten und ertragreichsten Elternkurs-Evaluationen in Deutschland. In der aktuellsten elternkurspezifischen Metaanalyse von Lösel, Schmucker, Plankensteiner und Weiß (2006) sind mit der Arbeit von Tschöpe-Scheffler und weiteren darum auch die beziehungsorientierten Elterntrainings-Konzepte recht gut vertreten (unter den bekannteren: das Elterntraining nach Gordon).

Je mehr universelle Stichproben im Bereich der Elternbildung untersucht (und gegenübergestellt) werden, desto mehr Belege finden sich dafür, dass auch die Erwartungen an die Wirksamkeit universeller Elternprogramme nicht zu hoch geschraubt werden sollten. Alle aktuelleren Übersichtsarbeiten kommen zu dem Schluss, dass *allenfalls moderate* Effekte durch das Elterntraining erzielt werden, sofern es als universelles Präventionsangebot konzipiert ist. Dies sollte jedoch keine Absage an die universellen Elternbildungs-Strategien im Rahmen der Primärprävention zugunsten gezielter Maßnahmen bedeuten. Wissenschaftliche Untersuchungen anhand von universellen Stichproben bringen in der Präventionsforschung immer ganz besondere Probleme mit sich, denen auch bei der Einordnung von Ergebnissen aus der Elternkurs-Evaluation Rechnung zu tragen ist (vgl. Kapitel 3.2).

Die etwas ernüchternden Ergebnisse führen zu der Einsicht, dass die Bedingungen für das Gelingen und Erforschen *universeller* Programme in der Primärprävention besonders schwierig - oder ganz andere - sind. Sich allein auf die Argumentation mit Statistik und Stichprobenproblematik zurückzuziehen, wäre aber zu kurz gedacht. Wir Forschenden müssten uns auch aufgefordert fühlen, die angelegten *Evaluations-Kriterien* (was ist ein Erfolg?) zu überdenken, um den besonderen Gesetzmäßigkeiten von universellen Präventionsstrategien gerecht zu werden. Der Nachweis positiver Effekte könnte auch deshalb erschwert sein, weil keine adäquaten Kriterien angelegt werden. Hier geht es also darum, welche Maßstäbe in der Evaluation des universellen Elterntrainings überhaupt herangezogen werden: *Welche Präventionsziele*

werden formuliert und wie valide sind die angelegten Erfolgskriterien für die Wirksamkeitsanalyse?

Abgesehen von der notwendigen Diskussion gültiger Kriterien für die Wirksamkeitstestung oder summative Evaluation präventiver Elternprogramme relativieren sich aber aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht die Erwartungen an *einzelne* Präventionsstrategien, wie etwa auch das Elterntaining. Sinnvolle Primärprävention erfordert letztendlich das Zusammenwirken verschiedener Strategien in einem schlüssigen Gesamtkonzept, was auch Verhältnisprävention mit einschließt (siehe Kapitel 2.5). Ihrem Grundgedanken nach muss die Frage nach dem *präventiven Erfolg* über das isolierte Kriterium der Programm-Wirksamkeit hinaus gehen und der *praktischen Bedeutsamkeit von Implementations-Faktoren* Rechnung tragen.

Die programmseitige Effektivität der Elternkurs-Programme steht jedoch noch immer recht einsam neben den so wichtigen Umsetzungsbedingungen, die die *Programm-Wirksamkeit* unter Umständen erheblich beeinflussen können - sowohl positiv als auch negativ (beispielsweise elternseitig: Bedarfsgerechtigkeit, Motivation). Als Moderator von Trainingseffekten präventiver Elternkurse am besten untersucht ist bis dato eindeutig der zugangsbedingte *Vorbelastungsstatus*. Die Kritik an der ansonsten mangelhaften Berücksichtigung von Implementations-Faktoren im direkten Zusammenhang mit der Wirksamkeitstestung haben unter anderen Durlak und Wells (1997), sehr gründlich und gestützt auf die eigenen Ergebnisse metaanalytischer Empirie, ausgeführt.

3.3 Präventive Wirkungen der Elternschulung auf das Kind

Im Kapitel 2 wurde aufgezeigt, welche positiven Veränderungen sich aus Sicht der Präventions- und Resilienzforschung sowie grundlegender Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie prinzipiell auf Seiten des Kindes - vermittelt über Stärkung der Eltern im Erziehungskurs - entfalten können. Das kindbezogene präventive Potenzial des Elterntrainings liegt demzufolge im Auf- oder Ausbau psychischer Stabilität, in der Förderung der psychosozialen und kognitiven Entwicklung und in der Stabilisierung einer vertrauensvollen Eltern-Kind-Beziehung (beziehungsweise der Bindungsqualität im Falle der jüngeren Kinder). Welche präventiven Wirkungen oder Gesundheitsförderungs-Effekte werden überhaupt als Erfolgsindikatoren in der Elternkurs-Evaluation gemessen und welche dieser kindseitigen Indikatoren sprechen letztendlich positiv auf das Training der Eltern an?

Da die Introspektionsfähigkeit des Kindes eingeschränkt ist (je jünger das Kind, desto stärker), ist die evaluative Erfassung von kindbezogenen Erfolgen naturgemäß erschwert oder mit höherem Aufwand verbunden. Am ehesten lassen sie sich Veränderungen aus Sicht von externen Beobachtern des kindlichen Verhaltens festmachen. So stützen sich die allermeisten Erfolgsmessungen auf die Auskunft der Eltern oder weiterer unabhängiger Beobachter (meist Erzieher/innen, Lehrer/innen). Tschöpe-Scheffler (2002) hat bei der Evaluation von „Starke Eltern Starke Kinder“ gezeigt, dass Kinder nicht zwangsläufig als aktive Beurteiler ausgeschlossen bleiben müssen: Sie hat Kinder beispielsweise mit Hilfe von teilstandardisierten Interviews befragt und Erziehungssituationen mit Handpuppen nachspielen lassen, um über veränderte Erfahrungen mit den Eltern aus Sicht der Kinder Aufschluss zu erhalten.

Gegenüber den Elternkriterien sind die kindseitigen Erfolge enger gefasst, mehr oder weniger zwangsläufig am beobachtbaren Verhalten orientiert und in jedem Fall defizitbezogener.

Die Ergebnisse zeigen, dass das Verhalten des Kindes sich über die Schulung der Eltern zum Positiven verändern lässt. Die Veränderungen fallen überwiegend signifikant aus, sind aber meist geringer als die für die Eltern. Für universelle Stichproben liegen sie um .20, wenn man die Eltern als Beobachter zum Verhalten ihrer Kinder befragt. Lässt man *unabhängige Beobachter* (etwa Erzieher/innen, Leh-

rer/innen) raten, steigen die Effekte für Gewöhnlich an (beispielsweise Barlow et al. 2005:31). Auch zwischen verschiedenen Settings variieren die messbaren Präventionseffekte; im „echten Feld“ (in der Schule, zu Hause) bildet sich das natürlicherweise auftretende Verhalten besser ab als im Labor-Experiment (Heinrichs et al. 2002).

Über die Stärkung von Entwicklungsressourcen und Schutzfaktoren des Kindes im eigentlichen Sinne wissen wir noch nicht viel, da die risiko- und defizitorientierte Konzeption und Operationalisierung der Präventionswirkungen überwiegt. Da das *Prävalenzkriterium* als zentraler Maßstab des Präventionserfolges für Kinder und Jugendliche hochgehalten wird, bezieht man sich auch in der Evaluation von Elternkursen oft auf den Defizitbereich des kindlichen Verhaltens. Die kindseitigen Erfolge des Elterntrainings lesen sich meist als „Rückgang des Problemverhaltens“. Bezogen auf diese Defizit-Kategorien lassen sich demnach die sichersten Aussagen zur kindbezogenen Wirksamkeit machen.

Wie schon bei Heinrichs et al. angedeutet (2002) denkt die Präventionsforschung oft von ganz *speziellen* psychischen Störungen und deren möglichen negativen Konsequenzen in der weiteren Entwicklung des Kindes aus, die durch das jeweils evaluierte Präventionsprogramm (hier: die Elternschulung) zu vermeiden sind. So kommt es zur isolierten Betrachtung von einzelnen Defizitbereichen des kindlichen/adoleszenten Verhaltens. Auch aus der Evaluation primärpräventiver Ansätze, respektive solcher, die als universelle Programme anhand der breiten Bevölkerung untersucht wurden, sind überwiegend Aussagen zu *spezifischen* kindbezogenen Präventionszielen gemacht worden.

Dies erschwert die Einschätzung des präventiven Erfolges von Elternkursen für die Kinder im Sinne der hier vorgestellten allgemeinen Zielsetzung in der Primärprävention (vgl. Kapitel 2, Abschnitte 2.1.1. - 2.1.3).

3.3.1 Das Elterntraining und der Präventionsfokus Dissozialität/Delinquenz

Das im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Abstand am häufigsten und am vielfältigsten untersuchte Präventionsziel ist die positive Beeinflussung des Sozialverhaltens beziehungsweise die Prävention dissozialer Entwicklungsverläufe. Da für dieses Präventionsziel die mit Abstand breites-

te empirische Basis vorliegt, lassen sich dafür am ehesten generalisierbare Befunde ableiten. Somit bietet dieser Präventionsfokus auch ein gutes Modell, anhand dessen der Stand der Elternkurs-Evaluation zum kindbezogenen Gesundheitsgewinn und Präventionserfolg durch das Elterntaining - auch in Relation zu anderen/erweiterten Ansätzen - erschlossen und diskutiert werden kann.

Mit einer Prävalenzrate von etwa 7% gehören Störungen des Sozialverhaltens nicht nur für sich betrachtet zu den häufigen Verhaltensproblemen im Kindes- und Jugendalter, sie sind auch ein guter Prädiktor für langfristige Entwicklungsprobleme und psychiatrische Diagnosen im Erwachsenenalter (vgl. Ihle/Esser 2002; Robins/Price 1991). Dissoziale Verhaltensstörungen münden oft in frühe Straffälligkeit und kriminelle Karrieren und sind nur schwer zu therapieren – bis heute, wenn auch optimistischer einzuschätzen als früher, sind positive Behandlungs-Effekte allenfalls moderat (Lipsey & Wilson, 1998; Lösel, 1993, 2001).

Für die *Primärprävention* ist die Stärkung sozialer Kompetenz (Sozialverhalten, soziale Problemlösefähigkeit, Beziehungsfähigkeit) als eine der *zentralen Entwicklungsressourcen* des heranwachsenden Menschen mindestens so bedeutsam wie die Prävention dissozialer Verhaltensstörungen und krimineller Karrieren. Denn auf den sozialen Fähigkeiten bauen sich im Sozialisations- und Entwicklungsverlauf weitere psychosoziale Ressourcen auf, etwa die Fähigkeiten zu stabilen, stützenden Beziehungen und zur Bildung eines sozialen Netzwerkes.

Die bisher erbrachten internationalen Evaluationsergebnisse favorisieren ein multimodales Ansetzen, speziell wenn es um das Sozialverhalten und die Prävention dissozialer Störungen geht. Dies fügt sich in die aktuellsten internationalen Untersuchungsergebnisse zu diesem speziellen Präventionsziel. Farrington & Welsh (2006) sichten 22 Studien, in denen nur die Outcomes „Delinquenz“ und „Straffälligkeit“ im Speziellen betrachtet wurden. Auch sie kommen in Ihrer aktuellsten Übersichtsarbeit zu dem Schluss, dass Prävention möglichst früh an verschiedenen neuralgischen Punkten der Devianzentwicklung ansetzen sollte (Eltern, Schule, Kinder, Peers, Gemeinde etc.). Als Spezialisten für dieses Präventionsziel haben Farrington und Welsh mehrere umfangreiche Metastudien vorgelegt.

Auch die Gruppe um Lösel (Lösel et al. 2005, 2006a) konzentriert sich mit dem EF-EKKT-Programm speziell auf die Prävention von Problemen des Sozialverhaltens.

Da viele internationale Studien darauf hingewiesen haben, dass die Förderung des Sozialverhaltens und insbesondere die Prävention dissozialer Störungen und krimineller Karrieren mit multimodalen Ansätzen/kombinierten Trainings besser gelingt als mit reinen Elterntrainings (siehe oben), wurde für das EFFEKT-Programm von vornherein sowohl ein Elterntaining als auch ein Kindertraining konzipiert. Auch wenn die Präventionsmaßnahme bei diesem Ansatz über das Elterntaining hinausgeht, lassen sich aufgrund des Evaluations-Designs Rückschlüsse auf den präventiven Nutzen des Elterntrainings ziehen. Eltern- und Kindertraining werden jeweils als Einzelmaßnahmen und in einer dritten Bedingung als kombinierte Maßnahme eingesetzt und auf ihre Wirksamkeit hin analysiert.

Das vergleichsweise schwache Abschneiden des isolierten EFFEKT-*Elterntrainings* bezüglich seiner mittelfristigen Wirksamkeit auf das kindliche Verhalten deckt sich mit den Befunden aus einer Meta-Evaluation, die Beelmann und Bogner (2005) mit internationalen Studien zu Elterntainings durchführten, die auf eine allgemeinen Stärkung von Erziehungskompetenz abzielten. Auch hier kommt es beim Follow-Up zum Abfall der Effektstärken für das kindliche Sozialverhalten auf Werte um .20. Auch für die Elternbildungsprogramme in Deutschland liegen die kindbezogenen Effekte um .20 (Lösel et al. 2005). Interessanterweise sind diese geringen Effekte aber auch *nicht schwächer* als bei intensiveren Interventionen oder Programmen, die speziell auf die Prävention dissozialen Verhaltens abzielen (vgl. Farrington/Welsh 2003 oder Lösel/ Beelmann 2005)

Die „Early Starters“ oder „Early Risers“, bei denen eine aggressiv-dissoziale Verhaltensneigung schon im frühen Kleinkindalter deutlich hervortritt, haben eine äußerst schlechte Prognose (50% mit chronisch resistantem Verlauf). Die Prävalenzrate ist vergleichsweise gering und der präventive Erfolg ist nicht wirklich überzeugend, auch weil der Sozialisierungseffekt hier als Ursachenfaktor vergleichsweise geringe Bedeutung hat.

Weitere Hinweise auf entscheidende Wirkungsfaktoren bei der Prävention dissozialer Verhaltensstörungen von Kindern ergeben sich eventuell auch aus älteren Untersuchungen zur *Elternschulung im weiteren Sinne*. Die Untersuchung von Olds, Henderson, Chamberlin & Tatelbaum (1986) zum *ELMIRA-Projekt* (New York) belegt einen der stärksten positiven Effekte auf die fokussierten Dissozialitäts- und

Delinquenzvariablen, die zudem fortlaufend bei den am Programm beteiligten Kindern bis ins Teenageralter weiter erhoben wurden. Bei der Beratung und Betreuung der Eltern durch Hausbesuche von Krankenschwestern und im Elterstraining wird vor allem die *elterliche Entwicklung* betont. Es wird außerdem *systemisch* vorgegangen: Alle Familienmitglieder und das weitere soziale Umfeld werden in die Präventionsstrategie eingebunden. Die intensive Maßnahme, die sich über die ersten beiden Lebensjahre erstreckt, richtet sich *selektiv* an sozial schwache, besonders junge (19 Jahre) und nicht verheiratete Mütter (n = 68). Obwohl *kein spezielles Präventionsziel* "Rückgang von Straffälligkeit/antisozialem Verhalten" für diese Intervention formuliert wurde, zeigt das Follow-Up der mittlerweile 15-jährigen Jugendlichen die Abnahme einschlägiger Delinquenz-Variablen (Weglaufen von Zuhause, Alkoholkonsum, Vergewaltigungen, Anzahl von Sexualpartnern, Inhaftierungen).

Das außerordentlich erfolgreiche ELMIRA-Programm hat in erster Linie deutlich gemacht, was vermutlich die positiven Wirkungen von Elternschulung in sozialen Brennpunkten für eine ganz spezielle Mütterstichprobe ausmacht. Das Gros der Erfolgsfaktoren wie das multimodale Ansetzen unter Berücksichtigung des gesamten sozialen Netzwerkes³², die frühzeitige und kontinuierliche Begleitung der jungen Eltern und die besondere Berücksichtigung der elterlichen Entwicklung sind aber mit Sicherheit auch für universelle Programme relevant. Cullen (1976 zum BRUSSELTON-Projekt in Australien) etwa weist auf ganz ähnliche Bedingungen effektiver Elternschulung anhand einer *universellen* Stichprobe hin.

Zusammengenommen sprechen die Befunde zur Dissozialitätsprävention dafür, dass für effektive Strategien auch beim präventiven Elterstraining ein frühzeitiges breites Ansetzen an den störungsunspezifischen Entwicklungsressourcen des Kindes, nämlich über die Aktivierung von *Ressourcen der ganzen Familie*, angezeigt ist. Die zu starke Spezialisierung von störungsgebundenen Programmzielen ist keineswegs effektiver und entspricht eigentlich nicht dem Grundgedanken primärpräventiver Maßnahmen, die sich stets auf breite Erkrankungsbereiche ausrichten.

3.3.2 Der Präventionsfokus Internalisierung/Externalisierung

Welche Kriteriumsvariablen in der Evaluation von Elternkursen gemessen werden, ist nicht unbedingt nur von der ursprünglichen Zielsetzung des untersuchten Pro-

³² Ein waschechter Settingansatz, in dem auch die Familie als Setting konsequent einbezogen wird .

gramms abhängig. Spezielle Fragestellungen und der theoretische Hintergrund der evaluierenden Wissenschaftler sowie die Qualität der zur Verfügung stehenden Standard-Instrumente beeinflussen die Auswahl der Wirksamkeitskriterien ebenso wie Forschungsroutinen und diagnostische Trends.

Im Rahmen der Elternkursforschung erfährt der externalisierende (oder expansive) Verhaltensauffälligkeitsbereich traditionell mehr Aufmerksamkeit als der internalisierende. Mit der zunehmenden Diagnosehäufigkeit von Hyperaktivität/ADHS gewinnt Externalisierung zusätzlich an Gewicht. Der internalisierende Risiko-/Störungsbereich ist dagegen eindeutig schlechter erforscht. Ob im Fall von "Externalisierung/Internalisierung" nur die Befundlage schief ist oder ob es auch konzeptübergreifende Wirksamkeitsunterschiede gibt, ist darum bislang nicht eindeutig geklärt. Heinrichs et al. (2006) halten fest, dass der externalisierende Störungsbereich durch die Schulung der Eltern zuverlässiger beeinflusst wird als die internalisierende Seite, was sie jedoch im Besonderen für die verhaltenstheoretisch orientierten Elternprogramme formulieren.

Das Geschlecht der Kinder und die Dimension Externalisierung-Internalisierung sind zudem miteinander assoziiert. Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten überwiegen bei den Jungen, während Angst, Depressivität oder psychosomatische Störungen bei den Mädchen häufiger vorkommen. Sollen *beide* Geschlechter gleichermaßen profitieren, darf ein primärpräventives Elterntraining demnach nicht störungsspezifisch sein, sondern muss beide Tendenzen in seiner Präventions-Wirkung erfassen. Unabhängig von der Geschlechterverteilung besteht bei internalisierenden Störungen naturgemäß eine größere Gefahr, übersehen zu werden. Internalisierung kann im ungünstigsten Fall bedeuten, dass ein Kind oder ein/e Heranwachsender/-e erhebliches inneres Leid erträgt, das sich überhaupt nicht im Verhalten manifestiert.

Lundahl et al. (2006) haben unterschiedliche Formate und Konzepte bei Elterntrainings unter dem Präventionsfokus „externalisierende Störungen“ untersucht. Sie finden vergleichbare Posttest-Effekte für behaviorale und non-behaviorale (beziehungsorientierte) Trainings, die sich sowohl im kindlichen Verhalten ($d_+ = .42$) als auch auf Verhalten ($d_+ = .47$) und Wahrnehmung (.53) der Eltern entsprechen. Nur geringe Effekte werden dagegen für sozial benachteiligte Eltern im Falle von Gruppentrainings gemessen und für alleinerziehende hinsichtlich aller Formate. Die positiven

Effekte lassen zwar sechs bis zwölf Monate nach Beendigung des Trainings stark nach, bleiben aber signifikant.

Tremblay et al. (1999) werten N = 20 Untersuchungen zu Programmen aus, die sich ebenfalls mit der Prävention externalisierender Störungen befassen. Die mittlere ES liegt um .24, mit einem enorm hohen Range von .30 bis 1.25. Dies sind ausschließlich Follow-Up-Werte, keine Post-Test-Werte (die Nachfolgeuntersuchungen liegen zwischen einem und 31 Jahren). Multimodale und früh einsetzende Programme erweisen sich als wirkungsstärker.

Internalisierende Verhaltensauffälligkeiten oder beginnende psychische Erkrankungen bei Kindern geraten - obwohl nicht seltener, nur auffälliger als die zuvor genannten - immer wieder leicht aus dem präventiven Fokus: Wenn Angst, Depression, Störungen des sozialen Kontakts (oder des Wahrnehmens und Empfindens) als Präventionsziel berücksichtigt werden, dann schon am ehesten im Rahmen der allgemein ausgerichteten Zielsetzungen universeller Programme.

Da wissenschaftliche Studien zu universellen Programmen ohnehin dünn gesät sind und es nur wenige gezielte Programme für internalisierende psychische Störungen gibt, die den Ergebnispool anreichern könnten, lassen sich Aussagen zum präventiven Erfolg bezüglich dieses Auffälligkeitsspektrums generell schwieriger machen als zum expansiven Bereich. Nur vereinzelt stößt man auf evaluierte Programme, die gezielt auf internalisierende Problematiken ausgerichtet sind. Heinrichs et al. (2002) führen in ihrer Zusammenstellung vermutlich effektiver selektiver oder indizierter Präventionsansätze für psychische Störungen im Kindergarten- und Vorschulalter nur ein darauf spezialisiertes Programm auf, in das auch die Eltern einbezogen sind (*Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project*: Dadds/Holland/Laurens et al. 1999).

3.3.3 Je eher, desto besser?

Bei dieser Frage, sofern sie ausschließlich unter dem Aspekt der Wirksamkeit gestellt wird, schließen sich viele Präventionsexperten gern der allgemeinen Prämisse der Krankheitsvorbeugung an, die da lautet: "Je eher, desto besser!". Viele Autoren argumentieren auch in der Elternbildungsforschung so, vor allem wenn das Training zur Prävention dissozialer Verhaltensstörungen und zur Verhinderung krimineller Karrieren beitragen soll. Die empirischen Belege stützen die Forderung nach der

frühestmöglichen Inanspruchnahme des Erziehungstrainings, ganz im Sinne der universellen Primärprävention (vgl. Kapitel 2), zu einem guten Teil. Sie sind aber nicht ganz so deutlich und konsistent überlegen (im Vergleich zu später einsetzender Intervention), wie es für die verschiedensten Präventionsziele angenommen wird. So können zwar Lösel et al. (2006) die stärksten Effekte (kindbezogenes Verhalten, Prävalenzrate) für solche Elternkurse belegen, die bis zur Einschulung der Kinder in Anspruch genommen wurden. Aber auch für die Altersgruppen darüber ergeben sich noch substantielle Effekte.

So sind die Bemühungen um eine zeitigere primärpräventive Einwirkung zwar im Rahmen der großen Diskussion um Prävention statt Kuration nach wie vor gerechtfertigt. Aber dies darf in keinem Fall zu der negativistischen Gegenposition führen, die im Umkehrschluss jegliche Hoffnung auf präventive Erfolge jenseits des Vorschulalters verloren gibt.

Ebenso wenig spricht die Befundlage außerdem dafür, dass man generell von einem linear oder kontinuierlich abfallenden Präventionserfolg mit ansteigendem Alter des Kindes ausgehen kann. Nicht einmal für das Präventionsziel "Dissozialität" ist die Befundlage klar, obwohl hier am nachdrücklichsten gefordert wird, frühzeitig zu prävenieren. Bernazzani et al. (2001) untersuchen Elternschulungs-Programme in der Metaevaluation, die vor dem dritten Lebensjahr des Kindes angesetzt waren. Nur drei der sieben Programme bringen überhaupt positive Effekte. Bei den anderen bleiben Effekte aus, und in einem Fall verschlechtert sich die Untersuchungsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe. Serketich & Dumas (1996) berichten aus N = 36 (26) Studien sehr hohe Effektstärken für kindbezogene Outcomes (.86) und für die elternbezogenen Messungen mittlere Effekte (.44). Je älter die Kinder, desto höher die Effekte. Dies gilt bis etwa zum zehnten/elften Lebensjahr. Die untersuchten Elterntrainingsprogramme wurden als gezielte Strategie bei dissozialen Verhaltensproblemen eingesetzt. Die geringe Anzahl von Follow-Ups und die geringe methodische Qualität werden kritisiert.

Gegen eine radikale Linearitätsannahme argumentiert die *Transitions-hypothese*, die beispielsweise der Arbeit von Durlak und Wells (1996, 1997) ihren Schwerpunkt gibt. Die Idee von der erhöhten Lern- und Entwicklungsbereitschaft in belastenden Lebensphasen haben die Wissenschaftler auf ihre Primärpräventions-Forschung

übertragen. Sie gehen davon aus, dass die Wirksamkeit von psychosozialen Präventionsmaßnahmen besonders hoch ist, wenn die Familie (beziehungsweise die Eltern/das Kind) belastende Ereignisse und/oder starke Veränderungen durchlaufen (transitorische Phase).

Als Beispiel für eine markante Transitionsphase wird oft die Scheidungssituation angeführt – hier sind große Erfolge, auch für das Elterntaining, sehr gut belegt - aber auch weniger spektakuläre Veränderungen wie etwa der Schuleintritt oder eben die Pubertät gehören dazu. Auch die Geburt eines Kindes, vor allem wenn es das erste ist, wäre aus Sicht der Eltern dazu zu zählen.

Durlak und Wells (1997) haben unter der Rubrik der transition approaches ein weites Spektrum präventiver Programmwirkungen zum Zeitpunkt familialer Umbruchphasen untersucht und in der Wirksamkeitsanalyse solchen Maßnahmen gegenübergestellt, die außerhalb dieser Lebensabschnitte einsetzen. Der empirische Befund stützt die Transitionshypothese mit dem Nachweis erhöhter Wirksamkeit für die transitionssensiblen Programme. Des Weiteren geben die Autoren zu bedenken, dass das Alter des Kindes und sein Entwicklungsstand zum Programm und seinen speziellen Zielsetzungen passen müssen. Neuere Befunde fügen sich in diese Annahmen: Stakathos/Roehrle (2003) befassen sich mit speziellen Programmen zur Vermeidung negativer Scheidungsfolgen, die sowohl eltern- als auch kindorientierte Trainings beinhalten. Die mittlere ES aus den N = 23 Untersuchungen beträgt .43. Die Effekte erweisen sich im Neun-Monate-Follow-Up als stabil. Programme sind umso effektiver je früher (gemeint: im Anschluss an die Scheidung) und je kürzer sie stattfinden. Die Kinder reagieren positiv in den Bereichen „Ängstlichkeit“ (abnehmend) und „Einstellung zur Scheidung“, geringere Effekte zeigten sich dagegen bei der Depressivität. Jüngere (drei- bis achtjährige) profitierten im Übrigen weniger als ältere Kinder. Leider lassen sich die eltern- und kindorientierten Trainings in ihrer Wirkung nicht voneinander isolieren, darum ist hier keine Aussage über das Elterntaining im Speziellen (als alleinige Strategie) möglich.

Der besondere Verdienst von Durlak und Wells liegt darin, dass sie die Familie stets als Ganzes und als Entwicklungseinheit auffassen, statt die Entwicklungslinie des Kindes isoliert zu betrachten. Aus dem weiteren Blickwinkel heraus rücken sie auch in der Empirie näher an die Lebenswirklichkeit von Familien heran. So entgeht ihnen nicht, dass für den präventiven Erfolg nicht nur Zeitpunkte in der Altersspanne des

Kindes (im Sinne von Reifeschritten) zu berücksichtigen sind, sondern auch die gegebene Entwicklungs- oder Präventions-Motivation der Eltern von Bedeutung ist. Da belastende Phasen für Kinder und Eltern für gewöhnlich zeitlich zusammenfallen, sind die Wirksamkeit beeinflussenden ("moderierenden") Rollen von Kindern und Eltern innerhalb solcher Zeitspannen jedoch schwer voneinander zu trennen.

Die Autoren sensibilisieren dafür, dass Kinder keine passiven Präventionsempfänger sind, ihr präventiver Erfolg definiert sich entlang von Entwicklungsdynamiken in der gesamten Familie.

Mit der *Motivation* und *Entwicklungssensibilität* thematisieren Durlak & Wells nicht nur einen wichtigen Moderator positiver Effekte bei teilnehmenden Eltern, sondern geben auch Anlass, über den Tellerrand der Programmwirksamkeit hinaus zu schauen, um einen entscheidenden Faktor wahrzunehmen, wenn es darum geht, die Eltern überhaupt mit einem Schulungsangebot zu erreichen. Durlak & Wells werden zwar häufig zitiert, die Praxisrelevanz und Differenzierungskraft ihrer Erkenntnisse über die Erfolgsfaktoren präventiven Handelns finden aber in der eng gehaltenen Wirksamkeitsdiskussion („geht“-„geht nicht“) nicht immer die verdiente Wertschätzung.

3.3.4 Nachhaltigkeit positiver Wirkungen auf das Kind

Über die langfristige Dynamik in Aufbau und Verlust positiver Präventionseffekte für das Kind im Anschluss an das Erziehungstraining der Eltern können aufgrund des großen Defizits an kontrollierten Langzeit-Studien in der Elternkurs-Evaluation nur punktuelle Aussagen getroffen werden.

Nicht immer werden für Elternprogramme, die sich mit Abschluss des Kurses nachweislich positiv auf das Verhalten des Kindes ausgewirkt haben, auch auf lange Sicht Präventionseffekte belegt. Anders herum gibt es Beispiele aus der Primärprävention, in denen zunächst keine nennenswerten Veränderungen bei den Kindern festgestellt wurden, dann aber einige Jahre später deutliche Unterschiede im Vergleich zur Kontrollgruppe hervorgetreten sind. Über *Transfer- und Interaktionsprozesse in der Familie* (dem eigentlichen Präventionsort!), die ja im Falle langfristig ausbleibender Wirkung entscheidend sein könnten, gibt es noch kaum systematische Erkenntnisse. Differenzierte Prozessanalysen sind rar; über Vermittlung an die Eltern, Transfer auf das Kind, langfristige Aufrechterhaltung förderlicher Veränderungen im Familiensystem ist bislang wenig bekannt! Köhle und Köhle (1986) haben den Versuch un-

ternommen, die Lernprozesse bei den Eltern sichtbar zu machen, konnten aber keine klaren Zusammenhänge belegen.

Multimodale und früh einsetzende Programme erweisen sich oft als wirkungsstärker, wenn es um die langfristige Aufrechterhaltung präventiver Wirkungen geht. Dies ist zumindest für die Prävention externalisierender Störungen und dissozialer Entwicklungen beim Kind gut belegt. Tremblay et al. (1999) beispielsweise, die in der Metaanalyse ausschließlich Follow-Up-Werte - die Intervalle liegen zwischen 1 und 31 Jahren - zu einem langfristigen Mittel integrieren, berichten *nachhaltige positive Präventions-Effekte* ($d_+ = .24$; $k = 20$ evaluierte Programmen). Multimodales und frühzeitiges Ansetzen sind aber *weder ein Garant* für die nachhaltige Stärkung von Ressourcen der Kinder oder die Prävention psychischer Erkrankungen *noch eine notwendige Bedingung* für das Zustandekommen positiver kindbezogener Effekte, denn dagegen sprechen anders lautende Befunde aus weiteren Untersuchungen (etwa LeMarquand, Tremblay & Vitaro 1997).

Ein Elterntaining setzt naturgemäß an den Eltern an, die Kinder können zunächst nur die "zweite Station" der Trainingswirkung sein. Es liegt also nahe, die Trainingswirkung bei der Evaluation von Elternkursen auf die einseitig gerichtete Art zu konstruieren: *Veränderung bei den Eltern - Transfer - Veränderungen beim Kind*. Bislang erscheint die Wirkungsdynamik zwischen Eltern und Kind aus Sicht der evaluierenden Wissenschaft als Einbahnstraße: *"Eltern wirken auf das Kind"*. Die tatsächliche Beziehungsdynamik zwischen Eltern und Kindern verläuft aber nicht nach diesem Schema sondern in wechselseitigen Prozessen, die beide Interaktionspartner immer auch durch ihre individuellen Merkmale (Temperament, Persönlichkeit) stark beeinflussen (Schneewind 1999). Die langfristige Stärkung und Aufrechterhaltung von Entwicklungsressourcen des Kindes lässt sich möglicherweise besser anhand globaler gefasster Interaktions-Qualitäten festmachen als an den üblicherweise fragmentarisch betrachteten Verhaltenstendenzen der Eltern.

Ein Indikator, an dem die bisherige Einseitigkeit in der Betrachtung kind- und elternbezogener Präventionswirkungen³³ überwunden werden könnte, ist die *Bindungsqualität* (ältere Kinder betreffend: Beziehungsqualität) zwischen Mutter beziehungsweise Vater und Kind. Sie gehört aber nicht zu den Standardkriterien in der Elternkurs-

³³ Gemeint: einseitig gerichtete Kausalität aufeinander folgender Effekte.

Evaluation und fällt demzufolge auch aus den Metastudien heraus; das liegt auch an der verhaltenspsychologischen Prägung der Elternkurs-Forschung.

3.3.5 Beziehungsqualität - Das vergessene Kriterium

Die Erkenntnisse der Grundlagenforschung (Bindungsforschung, Familiensoziologie, Entwicklungspsychologie) lassen die Schlussfolgerung zu, dass eine tiefer gehende positive Beeinflussung der *Beziehungsqualität* maßgeblich darüber entscheidet, ob ein Elterntaining eine nachhaltige Wirkung bei Eltern *und* Kindern erzeugt. Die Beziehungsqualität (Verständnis, Vertrauen, Stabilität, Unterstützung) ist eine „psychosoziale Global-Ressource“, die in der gesamten Lebensspanne von Eltern und Kindern angezapft werden kann. Die Vielschichtigkeit des Beziehungsaspekts - der sich nur über eine Ganzheit von Verhalten (Interaktion/Kommunikation), Wahrnehmung, Kognition und auf der emotionalen Ebene (Vertrauen, Sicherheit) bei Eltern *und* Kindern abbilden lässt - trägt sicherlich auch dazu bei, dass sich die Beziehungsqualität als zentrales - explizit gemessenes - Wirksamkeitskriterium präventiver Elternbildung *nicht* durchsetzt, was auch einer einheitlichen Operationalisierung im Weg steht.

Die Bindungsqualität wird gewöhnlich aus Sicht der Eltern erfasst oder über die Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion erschlossen; für die Zielsetzung einer frühe Bindungsförderung konnten Bakersman-Kranenburg, van Ijzendoorn & Juffer (2003) zeigen, dass mit der Elternschulung die *Bindungssicherheit* sehr junger Kinder zumindest kurz- und mittelfristig gestärkt werden kann (d_+ um .20). Die weiter gehende Analyse hat gezeigt, dass die Bindungsqualität umso zuverlässiger beeinflusst wurde, je mehr es einem Programm gelang, die *Sensitivität* der Eltern zu steigern. Der Nachweis der Programmwirkungen bleibt noch auf eine selektive (Risiko-)Stichprobe und die Altersgruppe sehr junger Kinder beschränkt. Aus Mangel an Langzeitdaten lässt sich auch keine Aussage über die zeitliche Stabilität der positiven Programmwirkungen machen.

Zum langfristigen Aufbau und zum Erhalt der Bindungs- und Beziehungsqualität im Zusammenhang mit der elterlichen Sensitivität fehlen bis dato auch aus der Grundlagenforschung aussagekräftige Langzeitstudien.

3.4 Präventive Wirkungen der Elternschulung auf Mütter und Väter

Der elterliche Trainingserfolg wird heute zumeist mit einem Zugewinn an Erzieherischer Kompetenz oder einer Veränderung des Erziehungsstils umschrieben. Was aber genau hat sich bei den Müttern und Vätern durch einen Erziehungskurs gewandelt beziehungsweise was wurde eigentlich in der Evaluation gemessen, wenn im Untersuchungsergebnis von einem demokratischen oder autoritativen Erziehungsstil beziehungsweise einem Anstieg erzieherischer Kompetenz die Rede ist?

3.4.1 Trainingserfolge der Eltern

Ähnlich wie bei den kindbezogenen Variablen richtet sich die Forschung der letzten Jahre stark auf die Überprüfung von Verhaltensvariablen. Die elterliche Kompetenz wird demnach überwiegend über das kompetente Handeln und Entscheiden in Erziehungssituationen definiert. Seit den 1980er Jahren werden im Gefolge der psychologischen Stressforschung verstärkt auch *kognitive und emotionale Erlebenskomponenten* bei den Müttern und Vätern auf Veränderungen durch Elternkurse hin überprüft. Ob auch diese Aspekte wie etwa die Selbstwirksamkeitserwartung, die subjektive oder „gefühlte“ eigene Erziehungskompetenz, der erziehungsbedingte Stresslevel oder das Erleben von Zufriedenheit in der Elternrolle zur Erziehungskompetenz im engeren Sinne gezählt werden, geht bisher nicht eindeutig aus den Quellen hervor. Die heute mit Abstand am häufigsten überprüften Trainingserfolge betreffen Veränderungen spezifischer „dysfunktionaler“ Verhaltensweisen (bspw. Inkonsequenz, Aggression) oder Einstellungen von Eltern zu Erziehungsfragen und zum Kind (etwa „autoritär“). Verhaltens- und Einstellungsebene werden bei den Eltern zum Teil auch zusammengenommen als „Erziehungsstil“ erfasst. Zu Beginn der Elternbildungsforschung wurde noch oft der Wissenszuwachs teilnehmender Eltern gemessen, der jedoch kaum mit positiven Veränderungen auf Seiten des Kindes korreliert und darum auch nicht als valider Marker des Trainingserfolges erscheint.

Elternkurse und andere Elternbildungsangebote hinterlassen in der Regel bei den Eltern selbst eine viel deutlichere Trainingswirkung als bei den Kindern, an die ja die positiven Effekte auch erst weitergegeben werden müssen (Transfer). Einige wenige Ausnahmen bestätigen die Regel und belegen ein umgekehrtes Verhältnis der Wir-

kungsstärken, wie etwa die Metaanalyse von Serketich und Dumas (1996): Für die kindbezogenen Veränderungsmessungen ermitteln sie einen starken Effekt, der fast doppelt so hoch liegt wie der mittlere Effekt auf die Elternvariablen.

Je nach Vorbelastungsgrad der teilnehmenden Gruppe fallen die Veränderungserfolge der Eltern nach der internationalen Befundlage schwach bis moderat (d_+ etwa .25 bis .50) aus, selten kommt es bei den Eltern zu deutlicheren Kompetenzzuwächsen durch das Erziehungstraining, die sich in starken Effekten ($d_+ > .80$) manifestieren (zusammenfassend siehe Lösel et al. 2006).

Die aktuellste Metaanalyse für den deutschsprachigen Raum (Lösel, Schmucker, Plankensteiner & Weiß 2006) bestätigt und verfeinert den internationalen Erkenntnisstand. Die Autoren berechnen über alle elternbezogenen Erfolgskriterien einen Gesamteffekt mittlerer Höhe ($d_+ = .44$). Nur für sechs der insgesamt 26 eingeschlossenen Kontrollgruppenvergleiche ergeben sich starke Trainingseffekte bei den Eltern der jeweiligen Untersuchungsgruppe. Durch die untersuchten Elternkurse wird das *Erziehungsverhalten* der Eltern am stärksten positiv beeinflusst ($d_+ = .58$; $k = 21$), während sich das *Erleben* der Eltern laut dieser Studie zwar bedeutsam, jedoch in viel geringerem Maße verändern ließ ($d_+ = .21$; $k = 10$).

Im zeitlichen Verlauf erweisen sich die elterlichen Trainingserfolge als stabil: Der Kompetenzgewinn (verändertes Verhalten und Erleben) bleibt, wenn auch leicht abgeschwächt, über den Abschluss des Elternprogramms hinweg erhalten (Follow Up $d_+ = .38$).

Die Analyse von Lösel et al. (ebd.) spricht mit dem hohen Zusammenhang ($r = .82$) zwischen den veränderten Einstellungen und Verhaltensweisen der teilnehmenden Mütter und Väter sowie dem erwünschten Ausschlag kindbezogener Erfolgsmaße (überwiegend im Sinne eines Rückgangs von „Problemverhalten“) dafür, dass der Transfer von Trainingserfolgen der Eltern auf das Kind zumindest kurz- und mittelfristig gelingt.

Tschöpe-Scheffler und Niermann (2002) entwickeln auf Basis anthropologischer, pädagogischer und entwicklungspsychologischer Erkenntnisse ein Modell entwicklungsfördernder und entwicklungshemmender Erziehungsdimensionen. Unter Rückbindung an dieses Modell erheben sie für die Evaluation des Elternprogramms *Starke Eltern Starke Kinder* bei den Eltern einerseits die *entwicklungsfördernden Dimensio-*

nen „Liebevoller Zuwendung/emotionale Wärme“, „Achtung/Anerkennung“, „Kooperation/partnerschaftliches Miteinander“ und „Verbindlichkeit/Konsequenz“ und andererseits die *entwicklungshemmenden Tendenzen* „Emotionale Kälte/emotionale Überhitzung“, „Missachtung/Geringschätzung“, „Dirigismus/Fremdbestimmung“ und „Beliebigkeit/Inkonsequenz“.

Die Ergebnisse des Vorher-Nachher-Vergleichs zeigen interessanterweise, dass den Eltern der *Abbau* des entwicklungshemmenden Verhaltens mit Hilfe des Programms *leichter* gelingt als der *Aufbau* entwicklungsfördernden Verhaltens. Am eindeutigsten verändert sich das Verhalten der Mütter und Väter mit der Abnahme in den Bereichen Dirigismus und Missachtung, etwas weniger deutlich bei Beliebigkeit/Inkonsequenz. Für keine der entwicklungsfördernden Verhaltensneigungen konnten dagegen konsistente Veränderungen in der erwünschten Richtung belegt werden.

3.4.2 Programmübergreifende Wirkungsfaktoren

Gerade der Elternkurs im Gruppenformat bietet den Eltern die Möglichkeit zu Austausch, gegenseitiger Unterstützung, Erleben von positivem Kontakt und Solidarität. Layzer, Goodson, Bernstein & Price (2001)³⁴ konnten in einer breit angelegten Meta-studie belegen, dass sich die positiven Effekte von Familienunterstützungsprogrammen erhöhen, sobald sie in *Elterngruppen* durchgeführt werden und die Eltern Unterstützung von anderen Müttern und Vätern erhalten. Entlastung und Ressourcenstärkung durch den Austausch in der Gruppe haben demnach einen hohen Anteil an der *Gesundheitsförderlichkeit* dieser besonderen Form der Elternbildung.

Es gibt eine Reihe weiterer Antworten auf die Frage, welche Bedingungen beim Zustandekommen positiver Wirkungen seitens der Eltern eine Rolle spielen. Dazu gehört etwa auch die Möglichkeit von Selbsterfahrung und -entwicklung im Rahmen der Elternbildungsmaßnahme. Bietet ein Elternkurs Müttern und Vätern bewusst Raum für die eigenen Bedürfnisse (nach Anerkennung, Selbstwert, Entlastung), wirkt sich das auch positiv auf den Erwerb erzieherischen Kompetenzen aus.

³⁴ 665 kontrollierte Studien aus 260 Programmen

Solcherart selbstbezogene Ziele der Eltern machen einen erheblichen Teil am Gesamterfolg von Elternbildungsangeboten aus. Sie sind vermutlich nicht nur enorm wichtige *Motivationsfaktoren*, sondern auch maßgeblich daran beteiligt, dass Mütter und Väter selbst einen *unmittelbaren Gesundheitsgewinn* für sich aus dem Elterntaining ziehen können.

Eigentlich müssten Eltern mit *höheren Belastungen* oder *geringeren Ressourcen* stärker von ihrer Teilnahme an einem Elternkurs profitieren, sofern man sich dabei auf die herkömmlichen Erfolgsmaße bezieht. Dies wird anhand von Wirksamkeits-Vergleichen zwischen selektiven und universellen Elternbildungsprogrammen auch recht gut belegt. Einige Untersuchungen entkräften aber die Allgemeingültigkeit dieser Aussage und weisen darauf hin, dass viele Programme auf bestimmte Bevölkerungsgruppen nicht optimal abgestimmt sind. Lundahl und Kollegen/-innen (2006) etwa haben in ihrer Metaanalyse unterschiedliche Elterntainings-Formate und -Konzepte (Präventionsfokus externalisierende Störungen) auch auf ihre gruppenspezifische Wirksamkeit hin überprüft. Im Ergebnis zeigt die Studie, dass nur geringe Effekte für sozial benachteiligte Eltern im Falle von Gruppentrainings und für Alleinerziehende hinsichtlich aller Formate erzielt werden. Bakersman-Kranenburg et al. (2003) konzentrieren sich in ihrer Metaanalyse auf Elternprogramme zur Prävention beziehungsweise Beseitigung kindlicher Bindungsunsicherheit. Sie vergleichen die positiven Programm-Effekte bei Inanspruchnahme von „*Risiko-Eltern*“ mit denen, wo sich die gezielte Maßnahme über das Kriterium „*Risiko-Kinder*“ (Eltern stammen aus der Durchschnittsbevölkerung) definiert. Die Studien mit „*Risiko-Eltern*“ offenbarten nur dürftige Erfolge ($d_+ = .10$), dagegen waren die Elterntainings bei den Eltern von „*Risiko-Kindern*“ um einiges erfolgreicher ($d_+ = .29$).

3.4.3 Selbstbezogene Ziele und Präventionsanspruch der Eltern

Selbstbezogene Trainingserfolge der Eltern, welche für diese mit einem direkten „Gesundheitsgewinn“ oder „Nutzen“ assoziiert sind, werden nicht als "vollwertige" Präventionsziele oder Evaluations-Kriterien eingeordnet. Stattdessen werden unter den Begriff *Elternbezogene Präventionsziele* größtenteils Veränderungen gefasst, von denen das Kind in seiner Entwicklung profitiert (vermittelter Präventionseffekt). So ordnen auch Lösel et al. (2006), und mit ihnen viele andere, als die entscheidenden

den elternbezogenen *Präventionsziele* Veränderungen wie die Steigerung von Erziehungskompetenz ein. Dass dieser Kompetenzgewinn selbstverständlich im Interesse der Eltern liegt und die ganze Familie rückwirkend von der gesunden Entwicklung ihrer Kinder profitiert, steht außer Frage.

Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive muss allerdings bei einer familienbezogenen Präventionsform wie dem Elterntaining für jede Gruppe in der Familie von Interesse sein, welchen präventiven Nutzen sie für sich genommen erwarten kann - Präventionseffekte auf Kosten anderer Familienmitglieder machen beispielsweise wenig Sinn.

Welche elternbezogenen Kriterien sind also die entscheidenden in der Evaluation universeller Elternbildung und welcher Stellenwert wird der psychischen Gesundheit und der Prävention von Erkrankungen der Eltern beigemessen?

In der Präventionsforschung sind die Veränderungen des Erziehungsstils oder der Zuwachs erzieherischer Kompetenz logischerweise das erklärte erste Etappenziel der Präventionsstrategie Elternkurs. Sie interessieren aber vor allem, weil darüber positive Effekte *auf das Kind* vermittelt werden. Ein möglicher Präventionseffekt oder Gesundheitsgewinn für die *Eltern* wird meistens nicht erfasst, bei universellen Stichproben setzt die wissenschaftliche Evaluation nur in wenigen Ausnahmefällen die sogenannten „selbstbezogenen“ Ziele von Eltern überhaupt in messbare Kriterien um.

Die Gesundheit, der Stressabbau oder die Entlastung der Eltern rücken als eigenständige Präventionsziele bislang immer erst dann in den Blick, wenn *besondere Belastungen* vorliegen (meist psychische und Entwicklungs-Störungen des Kindes, auch Frühgeburt des Kindes) und die Präventionsmaßnahme entsprechend als selektiv oder indiziert zu bezeichnen ist. In der Metastudie von Lösel et al. (2006) zur Evaluation deutscher Elternkursprogramme werden beispielsweise nur bei drei universellen, dagegen bei acht der gezielten Maßnahmen ($k = 27$) *selbstbezogene Präventionsziele* genannt.

Wenn die psychische Gesundheit der Eltern explizit berücksichtigt und tatsächlich als Kriterium in der Evaluation operationalisiert wird, geschieht das häufig in enger Assoziation mit Erkenntnissen und Modellen aus der Stressforschung. Gross et al. (1995) formulieren als elternbezogene Ziele des in der Studie eingesetzten Eltern-

trainings explizit die Abnahme des elterlichen Stresses und der Depressivitätsneigung. Das untersuchte sekundär-präventive Programm richtete sich an Eltern mit verhaltensauffälligen Kindern. Eines der Positivbeispiele aus der Evaluation universeller Elternschulung stellt die deutsche Evaluation zum TRIPLE P dar: Heinrichs et al. (2006) untersuchen die Auswirkungen des Trainings auf die Partnerschaftsqualität der teilnehmenden Eltern, für die sich jedoch kein positiver Effekt zeigte. Stinner-Meißner (2004) überprüft Stresssymptome bei den Eltern, die infolge einer Elternkurs-Teilnahme leicht abnehmen (geringer signifikant positiver Effekt). Sie evaluiert das Programm „Stressmanagement im Erziehungsalltag“, dessen Besonderheit die Kombination aus Stressbewältigung und Erziehungstraining ist. Stress der Eltern ist hier also schon konzeptbedingt die zentrale Zielvariable. Auch Beelmann (2003) formuliert bei der Evaluation von EFFEKT konkrete Gesundheitsziele für Mütter und Väter.

3.5 Von der Programm- zur Implementationsperspektive: Der Umsetzungserfolg von Elternkursen

Das Verhältnis zwischen programmbezogenen Wirksamkeitsanalysen und der systematischen Untersuchung von Implementations-Faktoren (Erhebung von Struktur- und Prozess-Daten) befindet sich in einer Schiefelage. Die wiederholte Untersuchung von *Programmen* auf ihre *Wirksamkeit* hin - auch wenn vulnerable Gruppen einbezogen werden - führt auf lange Sicht anscheinend nicht zu neuen Erkenntnissen. Es ist nicht so, dass die Implementations-Faktoren in der Evaluation stets ausgeschlossen blieben. Sie erfahren aber nicht die gleiche Aufmerksamkeit und diesbezüglich erbrachte Ergebnisse werden bei der wissenschaftlichen Qualitätsbeurteilung von Elternkursprogrammen nicht ausreichend gewichtet.

Erweiterung der Untersuchungsgegenstände statt Erhöhung messmethodischer Ansprüche

Es ist offensichtlich, dass sich die Messtechnik in der Evaluation von Elternkursen im engeren Sinne verbessert hat, etwa dadurch, dass heute mehr Standardinstrumente zur Verfügung stehen, die an großen Stichproben geeicht sind; auch die psychometrische Qualität selbstkonstruierter Skalen hat zugenommen. Veränderungen werden heute wahrscheinlich zuverlässiger und einheitlicher gemessen als bis zu den 1980er Jahren, auch das ist sicher ein Gewinn (interne Validität!). Der nahezu stagnierende Erkenntnisstand zum *präventiven Erfolg* des Elterntrainings, den ich hier in meiner Arbeit aufgreife, hat allerdings nichts mit der Messgenauigkeit (Reliabilität) zu tun sondern mit der grundsätzlichen evaluativen Herangehensweise und den dabei allgemein vernachlässigten Gegebenheiten der Praxis. Die vorliegende Arbeit diskutiert das Festlegen der relevanten Fragestellungen und Ziele, das Übertragen in adäquate Kriterien und das Untersuchungsdesign, in dem diese letztendlich operationalisiert werden. Im Mittelpunkt stehen also die vorgeschalteten Fragen um *Angemessenheit und Validität* der Kriterien präventiven Erfolges (Primärprävention) und die *praktische Relevanz* des Forschungsdesigns.

Die dem Programm beziehungsweise Elternbildungs-Angebot *übergeordneten und die umgebenden Strukturen* nehmen - erstmal ganz unabhängig von Konzept und Programm - bedeutsamen Einfluss auf den präventiven Nutzen, da sie die Zugangs-

Faktoren maßgeblich mitbestimmen. Struktur und Zielsetzung der anbietenden Einrichtung und deren Abhängigkeit von öffentlichen Geldern entscheiden über die Ausrichtung des Angebotes und wirken sich durchaus auch auf die *Programmanpassung* (beispielsweise auch die inhaltliche Schwerpunktsetzung: Werden Programme zur Gewaltprävention eingesetzt oder werden Angebote zur Prävention kindlicher Verhaltensstörungen gefördert? Werden bestimmte Elterngruppen gezielt angesprochen oder bemüht man sich um einen universellen Ansatz?) und darüber letztendlich auf die *Reichweite* aus.

3.5.1 Erkenntnisse zum subjektive Bedarf der Eltern

Den objektiven Bedarf an Elternbildung in der Primärprävention habe ich im ersten Teil meiner Arbeit aus der Public Health-Perspektive hergeleitet (vgl. Kapitel 1 zum Gesundheitsstatus und Kapitel 2 zur Elternrolle).

Der subjektive Bedarf der Eltern muss bekannt sein, um Aussagen zu Bedarfsangemessenheit und Akzeptanz präventiver Elternkurse machen zu können. Zur Einschätzung der Bedarfsangemessenheit eines Elterntrainings ist zunächst zu fragen, welcher Bedarf an Unterstützung auf Elternseite vorhanden ist, welche Motivation zur Inanspruchnahme führt und was Eltern von Trainingsprogrammen erwarten.

Neuere Studien weisen darauf hin, dass der elterliche Informations- und Beratungsbedarf in den letzten Jahren insgesamt angestiegen ist (Rupp/Smolka 2007).

Differenziertere Erkenntnisse hierzu liefert eine Studie der Fachhochschule Köln, die auf der Basis von 350 narrativen Interviews mit Müttern und Vätern im Rahmen eines Werkstattseminars erforschte, wie Eltern sich Unterstützung in ihrem Erziehungsalltag vorstellen. Die Ergebnisse lassen sich in folgenden Kategorien zusammenfassen (Tschöpe-Scheffler 2005, 250):

- *Erweiterung von Handlungskompetenz:* Eltern wünschen sich konkrete Hilfestellungen für die Bewältigung des Erziehungsalltags und spezieller Konfliktsituationen.
- *Wissen und Information:* Eltern suchen spezielle Informationen, beispielsweise über einzelne Entwicklungsphasen, um besser zu verstehen, was ihre Kinder jeweils brauchen.

- *Selbstreflexion, Selbsterfahrung*: Eltern möchten mehr über sich sowie über die Ursachen von Konflikten und Problemen in Interaktionen erfahren.
- *Netzwerknutzung*: Eltern wünschen sich den Austausch mit anderen Eltern und den Aufbau oder die Erweiterung eines unterstützenden sozialen Netzwerks.

Diese Ergebnisse decken sich weitgehend mit denen, die im Rahmen einer repräsentativen Studie mit 1.194 Klienten/-innen von Beratungsstellen erhoben wurden (Saßmann und Klann 2002). Bei den von Eltern genannten Prioritäten bei der Suche nach Unterstützung stehen an erster Stelle Problemlösestrategien, um den *Alltag bewältigen* zu können sowie die *Verbesserung der Erziehungskompetenz*. Außerdem werden Informationen, um psychische und körperliche Beeinträchtigungen besser verstehen zu können und mehr Kompetenzen für die Etablierung und Pflege eines stabilen Freundes- und Bekanntenkreises genannt. Erziehungskompetenz hat auch die bundesweite Bestandsaufnahme des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zur Familienbildung und Elternberatung als wichtigste Erwartungen der Eltern festgehalten, gefolgt von „Wissen über Entwicklung des Kindes“ (BMFSFJ 2006).

Tabelle 3.5.1/ 1 Subjektiver Bedarf an Elternbildung und Beratung

Individuelle Ressourcen	Wissenserwerb: Forderung nach Teilhabe auch an pädagogisch-psychologischem Fachwissen zur kindlichen Entwicklung Handlungskompetenz: Erziehung und Alltagsbewältigung, Umgang mit Beeinträchtigungen
Soziale Ressourcen	Pflege und Stabilisierung vorhandener Kontakte und Freundschaften Ausbau des sozialen Netzwerks, Austausch insbesondere mit anderen Eltern sowie diesbezüglicher Kompetenzerwerb („Netzwerkkompetenz“, soziale Kompetenzen)

Übersetzt in die Begrifflichkeiten der Gesundheitsförderung beanspruchen Eltern in Verbindung mit ihrem Erziehungsauftrag und in ihrer Elternrolle demnach eine Stärkung personaler und sozialer Ressourcen. Zu berücksichtigen ist, dass hier die Bedarfslage derjenigen Elterngruppen abgebildet ist, die aus eigenem Antrieb Elternbil-

dung in Anspruch genommen beziehungsweise Beratung aufgesucht haben. Infolge der Selbstselektion kann vermutet werden, dass sich die befragten Eltern von der Durchschnittsbevölkerung dahingehend unterscheiden, dass sie überdurchschnittlich beratungsoffen sind und ein überdurchschnittlicher Präventionsbedarf vorhanden ist. Inwiefern sich solche Ergebnisse zum subjektiven Elternbedarf mit den Wünschen und Bedürfnissen sozial benachteiligter Mütter und Väter decken, gehört zu den zentralen Fragestellungen des empirischen Teils dieser Arbeit.

Die Bestandsaufnahme des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zu Angeboten der *Familienbildung in Deutschland* ergänzt diese Betrachtung des elterlichen Bedarfs noch einmal aus Sicht der professionellen Praxis (Lösel/Schmucker/Plankensteiner & Weiß 2006). So sind die allgemeinen Ziele familienbildender Maßnahmen nach Angaben der Kursleiter/innen vielfältig und heterogen. Häufig sind mehrere Ziele für eine Maßnahme wichtig und dann auch ähnlich gewichtet. Bei den groben Zielbereichen *Eltern-Kind-Beziehung*, *Erziehungskompetenz*, innerfamiliäre *Kommunikation* und *Alltagskompetenzen* ergibt sich kein eindeutiges Übergewicht für einen der Bereiche.

3.5.2 Zur Reichweite universeller Elternprogramme in Deutschland

Universelle Prävention erhebt den Anspruch und das Ziel, alle Eltern gleichermaßen zu erreichen. Universelle Programme formulieren entsprechend keine speziellen Zielgruppen, die mit dem Programm erreicht werden sollen, sondern gehen davon aus, dass die Erziehungskompetenz von allen Eltern gestärkt werden kann und soll. In der Praxis sind es aber überwiegend ökonomisch gutgestellte Elterngruppen mit starkem Bildungshintergrund aus der oberen Mittelschicht, die diese universellen Elternkurs-Angebote nutzen (Marzinzik/Kluwe 2006, 2007).

Der vermutlich objektiv erhöhte Präventionsbedarf und die vielversprechenden Erfolgchancen höher belasteter Mütter und Väter beim Besuch eines Elternkurses (siehe Abschnitt 3.2 und 3.3) sprechen aber sehr für den Versuch, sozial benachteiligte Bevölkerungsschichten auch mit einem *universellen* Elternprogramm zu erreichen, statt nur auf speziell konzipierte Angebote und Extra-Programme zu setzen. Lösel et al. (2006) weisen diesbezüglich auf den Vorteil universeller Programme hin, die Gefahr von Stigmatisierung zu vermeiden, was Risikogruppen die Teilnahme an

präventiver Elternbildung erleichtern könne und gegebenenfalls einen Einstieg in intensivere Maßnahmen erleichtern würde (Zugangs-Effekte).

Noch wird jedoch oft übersehen, dass unterschiedliche, sehr individuelle Ausgangsvoraussetzungen eine bedeutsame Rolle bereits für die *Motivation* zur Inanspruchnahme standardisierter Programme spielen. Hierzu gehören Faktoren wie Bildungsgrad und Sprachkompetenz sowie vorhandene Ressourcen – zeitlicher oder finanzieller Art - und die jeweilige motivationale Basis der Eltern, engagiert und aufnahmebereit oder prinzipiell teilzunehmen (vgl. Bauer und Bittlingmayer 2005, 267).

Sozial benachteiligte Elterngruppen

Eine Teilnahme von Unterschichtfamilien an präventiven Angeboten der Familienbildung in Deutschland ist insgesamt selten. Nur für 8,5% der Maßnahmen wurden „überwiegend Teilnehmer aus der Unterschicht“ angegeben. Überwiegend Familien aus der unteren Mittelschicht nehmen an 46% der Maßnahmen teil, 39% der Angebote werden primär von der oberen Mittelschicht/Oberschicht in Anspruch genommen (vgl. Lösel et al. 2006).

Das Erreichen von sozial benachteiligten Eltern hängt stark von Angebotsform, Zugang und dem anbietenden Einrichtungstyp ab:

Wenn sozial benachteiligte Schichten erreicht werden, dann am besten mit dem Angebot offener Treffs (zu 29,2%) und Elterngruppen (zu 22,1%). Die restlichen Mütter und Väter aus den sozio-ökonomisch schlechtgestellten Bevölkerungsgruppen verteilen sich auf freizeitorientierte Angebote (17,4%), Eltern-Kind-Gruppen (11,6%) und nur zu einem sehr geringen Teil auf Paar-Angebote (5,4%). Die verbleibenden 14,3% nehmen *Erziehungskurse* und Angebote rund um die Geburt ein. Beratungseinrichtungen erreichen deutlich mehr Unterschichtfamilien (22,8%³⁶) als Familienbildungsstätten (9,2%) oder die selbsthilfeorientierten Vereine (12,8%) (ebd.).

Lässt sich hier klar der Niederschwelligkeits-Faktor „Kosten“ im Zugang ausmachen? Beratungseinrichtungen stellen am ehesten die kostenlosen Angebote. Sie sind aber auch gut vernetzt mit anderen Institutionen (beispielsweise Jugendamt, Familienhilfe), sozialen Settings oder Projekten, die als „Präventionsinstanzen“ betrachtet

³⁶ In Prozent angegeben ist hier wieder der Anteil von Maßnahmen, in dem sich überwiegend Angehörige der Unterschicht einfinden!

werden können. Insbesondere bei Offenen Treffs und Elterngruppen haben sozial schwache Teilnehmer aus bildungsfernen Schichten bekanntermaßen weniger symbolische, soziale und finanzielle Barrieren zu überwinden als etwa bei stark vorstrukturierten Programmen mit aufwendigem schriftlichem Material.

Diese offeneren Angebotsformen sind jedoch den systematisch arbeitenden Programmen mit inhaltlich strukturierendem Kursformat, wie etwa auch den Elternkursen, in ihrer Wirksamkeit unterlegen (Lösel et al. 2006; Stinner-Meißner 2004).

Einige Angebote richten sich ganz gezielt an Familien der Unterschicht. Auch diese Angebote werden noch zu bedeutsamen Anteilen von Angehörigen der Mittelschicht genutzt.

Väter: Die größte Nicht-Nutzer-Gruppe präventiver Elternbildung

Bei allem Interesse an der verstärkten Teilhabe sozial benachteiligter Elterngruppen an präventiver Elternbildung im Speziellen darf nicht übersehen werden, dass noch immer über 80% der Personen, die familienorientierte Präventionsangebote in Anspruch nehmen, Frauen sind. Demzufolge besteht die mit Abstand größte Nicht-Nutzer-Gruppe aus *Männern*.

Die Beteiligung von Vätern als Erziehende, Beziehungspartner und frühe Modelle für das Kind ist im Allgemeinen nicht weniger wichtig als die der Mütter (reichlich empirische Nachweise sind vorhanden, zitiert auch bei Fuhrer 2005). Da die Nicht-Teilnahme von Vätern an präventiven Elternkursen die *positive Trainingswirkung* für die Familie mit großer Wahrscheinlichkeit schmälert, sollte die Teilnahmerate der Väter auch als *Kriterium* ernst genommen werden, an dem sich der *präventive Erfolg* von Angeboten der Elternbildung zu messen hat.

Familienbildung: Historische Entwicklung der Väterbeteiligung (Smolka 2002)

1964: 1,5%

1992: 11,7%

2004: 16,7%

Die Elternkurs-Forschung bietet, sofern ausreichend Väter in der Stichprobe vorhanden sind, noch reichlich ungenutzte Möglichkeiten, *geschlechtervergleichende* und *väterspezifische* Erkenntnisse zu sammeln, etwa zur geschlechtsbezogenen Bedarfs-

angemessenheit und Wirksamkeit, oder auch zur Reflexion des Gelernten mit dem Partner und die Weitergabe der Übungsinhalte vom teilnehmendem (überwiegend: die Mutter) zum nicht teilnehmenden Partnern (überwiegend: der Vater).

Interessanterweise wird von den Anbietern kaum Mehrbedarf für die Väter bescheinigt (Lösel et al. 2006: befragt wurden Einrichtungsleitungen und Kursleiter/innen). Woran liegt es, dass die größte Nicht-Nutzer-Gruppe so wenig beachtet wird? Vielleicht unterschätzt man die Wichtigkeit der Väter noch immer. In den vermittelnden Einrichtungen sind nur wenige Männer tätig und auch unter den Programmadministratoren bilden sie lediglich eine kleine Minderheit. Sie sind in den Familienbildungsstrukturen also schlecht repräsentiert. Es fehlt aber auch die *Präsenz* der Väter an den Orten, wo sonst die Mütter angesprochen werden, sodass die aktive *Nachfrage* aus Sicht der Anbietenden spärlich erscheint.

3.5.3 Die Elternkurse in den deutschen Familienbildungs-Strukturen

Die aktuellste Bestandsaufnahme zu Angeboten der familienorientierten Prävention liegt mit der Überblicksarbeit von Lösel et al. (2006) vor. Für diese Studie wurden umfassende Struktur- und Prozessdaten in insgesamt 883 Einrichtungen³⁷ erhoben. Da Elternkurse neben Eltern-Kind-Gruppen, Paarangeboten und weiteren Formaten unter dieses Spektrum gefasst sind, lassen sich anhand dieser Arbeit nicht nur Aussagen über die elterntrennungsspezifische *Versorgungsstruktur* machen. Im direkten Vergleich mit den anderen Maßnahmen gibt sie auch Hinweise auf das besondere *Profil* von Elternkursen.

Der wertvolle Survey veranschaulicht so die Positionierung und Intention des präventiven Elterntrainings in der relevanten Versorgungsstruktur aus Sicht der Praxis. Darüber hinaus erlaubt er eine Abschätzung des allgemeinen aktuellen *Bedarfs* und Mehrbedarfs an Elternbildung für bestimmte Bevölkerungsgruppen, eine Einschätzung der *Schwelligkeit* der vorhandenen Angebote in Deutschland sowie einige Rückschlüsse auf erfolgsrelevante Merkmale der *Umsetzung* präventiver Elternbildung.

³⁷ von 2083 angeschriebenen = 42,2% Rücklauf. Darin rund 30.000 Angebote inklusive Fortbildungen; Angebote auf dem freien Bildungsmarkt wurden nicht explizit erfasst, da die Befragung an feste Einrichtungen/Strukturen gebunden war; Angabe von 1015 einzelnen Maßnahmen für das Jahr 2004.

Mit der Untersuchung wurden die folgenden Einrichtungen und Maßnahmen erfasst (Lösel et al. 2006, 4)

Erfasste Einrichtungen

- Familienbildungsstätten und Elternschulen
- selbsthilfeorientierte Einrichtungen, etwa Mütterzentren
- Erwachsenenbildungsstätten wie die VHS
- Koordinationsstellen, etwa die evangelischen Kreisbildungswerke
- Beratungseinrichtungen wie PROfamilia
- sonstige freigemeinnützigen Organisationen und Vereine wie DRK, AWO, Diakonie

Erfasste Angebotstypen/Maßnahmen

- Erziehungskurse
- Maßnahmen im Rahmen von Geburtsvor- und Nachbereitung
- Eltern-Kind-Gruppen (Spiel- und Kontaktgruppen)
- Eltern-Kind-Angebote mit sensumotorischen Inhalten wie PEKIP, Massagelokurse
- Elterngruppen zu erziehungsrelevanten Themen
- Offene Treffs zu Erziehungsfragen
- Kurse für Paare
- familienpädagogische Unternehmungen mit explizitem Bezug zur Förderung von Erziehungskompetenzen
- Angebote zur Förderung von Alltagskompetenzen, bspw. Haushaltsführung

Profil, Selbstverständnis und Zielsetzung der Elternbildung in Deutschland

Die allgemeinen Ziele familienbildender Maßnahmen sind nach Angaben der Kursleiter/innen vielfältig und heterogen. Häufig sind mehrere Ziele für eine Maßnahme wichtig und dann auch ähnlich gewichtet. Bei den groben Zielbereichen *Eltern-Kind-Beziehung*, *Erziehungskompetenz*, innerfamiliäre *Kommunikation* und *Alltagskompetenzen* ergibt sich kein eindeutiges Übergewicht für einen der Bereiche.

Als die beiden wichtigsten *elternbezogenen Ziele* (Nennung jeweils für zwei Drittel der erfassten Maßnahmen) heben sich „*Wissen über Entwicklung des Kindes*“ und „*Erziehungskompetenz*“ von den nachfolgenden Rängen (alle um 50%, darunter Ressourcenstärkung) ein wenig ab; *Gesundheit* kommt als elternbezogenes Ziel nicht explizit vor, aber sie wird durchaus indirekt über die *Stärkung personaler Ressourcen*, das Gros davon individuell, angestrebt. Genannt werden die Zielbereiche der

Konflikt-/Problembewältigung, der Stärkung des Selbstvertrauens und des sozialen Netzwerkes sowie auch der Kompetenzen zur Alltagsbewältigung.

Der häufig (sozial-)pädagogisch geprägte Praxisbereich der Familienbildung ist naturgemäß mehr auf „Entwicklung, Erziehung, Bildung“ als auf „Gesundheit“ gemünzt. Die kindbezogenen Ziele werden von der sozialen (> 50%) und der emotionalen Entwicklung (knapp 50%) angeführt. Alle aufgeführten Ziele sind direkt mit der *Entwicklung des Kindes* assoziiert, bis auf „Gesundheit“ (25%), die aber hier wohl eher körperbezogen aufgefasst ist. „Psychischer Gesundheit“ wird demnach der Begriff „Entwicklung“ vorgezogen, sobald es um Kinder geht - stimmt ja auch: gesunde Entwicklung, gesundes Kind. Der zumindest begrifflich deutliche Bezug auf die kindliche Entwicklungsförderung, nicht etwa Krankheitsvermeidung oder Verhaltensmodifikation, verdient in jedem Fall Beachtung. *Entwicklungsförderung* von Eltern *und* Kindern ist aus Sicht der Kursleiter/innen die entscheidende Motivation ihrer Tätigkeit.

Ziele und Inhalte der Elternkurse

Erziehungskurse lassen sich in ihren Zielen und Inhalten gut von den anderen Maßnahmen und Angeboten abgrenzen. „Selbstbezogene Inhalte“ für Eltern finden hier eher Platz (33,6%) als bei anderen familienbezogenen Angeboten. Ähnlich hoch werden diese nur bei den *Elterngruppen* eingeschätzt (30,7%), danach folgen die freizeitorientierten Angebote (26,9%). Das wichtigste Thema der Elternkurse ist naturgemäß „Erziehung“ (75,9%), danach folgt die „innerfamiliäre Kommunikation“ (55%).

Unter den familienbezogenen Präventionsangeboten sind *Eltern-Kind-Gruppen* die mit Abstand häufigste Angebotsform (> 50%), gefolgt von Erziehungskursen (um die 30%). Auf Ebene von Einzelmaßnahmen (n = 1015) ergibt sich im Jahr 2004 folgende Verteilung für die häufigsten Angebotsformen:

Eltern-Kind-Gruppen	n = 485
Erziehungskurse	n = 306
Eltern-Selbsthilfe-Gruppen	n = 124
Offene Treffs	n = 102

Durch die sorgfältige Abfrage einzelner Maßnahmen erfahren wir auch, welche Angebote des Öfteren mit den Erziehungskursen assoziiert sind: EZK und Elterngruppe: 12,6%; EZK und Eltern-Kind-Gruppe: 5%.

Was kosten Elternkurse in Deutschland und wie werden sie umgesetzt?

64,2% der Elternkurse sind kostenpflichtig. Eine Zeitstunde kostet durchschnittlich 3,70 €. Ob kostenlose Elternkurse angeboten werden, hängt sehr stark vom Einrichtungstyp ab. Beratungseinrichtungen halten mit 55% an kostenfreien Angeboten die finanzielle Schwelle am niedrigsten. Familienbildungsstätten (um 12% kostenlose Angebote) und selbsthilfeorientierte Vereine (um 13% kostenlose Angebote) erreichen nur schwer finanziell schwach gestellte Schichten; am teuersten sind allgemein Paarangebote (durchschnittlich > 5€/h). Erziehungskurse liegen mit den freizeitorientierten Angeboten und den Geburts(vorbereitungs-)kursen ungefähr gleichauf. Vergleichsweise günstig sind Elterngruppen (im Schnitt > 2€/h) und offene Treffs (nur knapp über 1€/h). Die Eltern-Kind-Gruppen liegen mit durchschnittlich etwa 3€/h im Mittelfeld.

Die Höhe der Gebühren ist am deutlichsten mit dem Professionalisierungsgrad der Kursleiter/innen korreliert; dies betrifft alle der erfassten Maßnahmen der präventiven Familienbildung. Elterntrainer/innen haben zu 54,5% eine spezielle Kursleiter-Ausbildung absolviert.

76,3% kommen aus pädagogischen Berufen (Sozialpädagogen/-innen, Erzieher/innen, Lehrer/innen), 44,1% haben einen psychologisch-therapeutischen Berufshintergrund. Relativ häufig werden Erziehungskurse von zwei Kursleitern/-innen gemeinsam durchgeführt (38,1%).

Zu über 90% finden Elternkurse im reinen Gruppenformat statt („geschlossenes Kursformat“; festgelegte Anzahl vorgegebener Termine), seltener auch in Kombination mit Einzelsitzungen (ca. 8%).

Bereithaltung niedrigschwelliger Elternkurs-Angebote

Recht übereinstimmend unter den vier Einrichtungstypen (Familienbildungsstätten, selbsthilfeorientierte Vereine, Koordinationsstellen, Beratungseinrichtungen) wird ein *Mehrbedarf* an niederschwelligen Angeboten (zwischen 10 und 50%) und Elternkursen (zwischen 10 und 24%) angegeben.

Einrichtungen mit niederschwelligem Angebot bieten häufiger „offene“ Maßnahmen an (Offene Treffs, freizeitpädagogische Aktivitäten). Das Angebot ist dort zielgruppenspezifischer, etwa für Zielgruppen mit besonderen Belastungen, und die Teilnehmer stammen häufiger aus der Unterschicht.

Die Akquisition öffentlicher Gelder wird am häufigsten als Faktor für das Zustandekommen niederschwelliger Angebote genannt. Mehr als 40% (n = 491) der Einrichtungen geben einen Rückgang der Mittel an. Etwas über 70% der Kürzungen betreffen öffentliche Mittel. Die Folge davon sind qualitative und quantitative Veränderungen des Angebotes und oft eine Ausdünnung des Gesamtangebotes. Auch präventive Angebote sind davon betroffen, besonders leiden aber die *niederschwelligen Angebote*, da sie am meisten von öffentlichen Geldern abhängen. Kompensation wird über alternative Finanzierungsformen wie Spenden, Sponsoring oder das Erheben/Erhöhen von Teilnahmegebühren gesucht. So geben 21% der Einrichtungen an, dass sie nicht imstande sind, niederschwellige Angebote zu finanzieren. Rund 48% geben an, dass sie solche Angebote nur mit Einschränkungen aufrechterhalten können. Das verbleibende Drittel fühlt sich dagegen eindeutig in der Lage, ein niederschwelliges Angebot bereitzuhalten.

3.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für Praxis und Forschung

Wird der Baustein Elterntaining in ein schlüssiges primärpräventives Gesamtkonzept eingefügt, kann der Präventions-Erfolg für die *Kinder* erheblich gesteigert werden. Isolierte Präventionsstrategien und Programme, die sich punktuell auf einzelne Zielgruppen innerhalb der Familie konzentrieren, führen nicht unbedingt zum Erfolg. Was die universell ausgerichteten Elterntainings-Programme letztendlich „im Alleingang“ langfristig leisten können, lässt sich wegen der schwachen Befundlage hinsichtlich kontrollierter Follow-Up-Studien im Rahmen von Elternkurs-Evaluationen nur schwer einschätzen.

Verglichen mit den eingangs erwähnten theoretisch implizierten Möglichkeiten, relevante Veränderungen zu erfassen, bleibt der Erkenntnisgewinn zum *präventiven Erfolg* begrenzt, da sich die behandelten Präventionsziele auf wenige bestimmte psychische Störungen des Kindes konzentrieren, während kindliche Entwicklungsressourcen kaum gemessen werden.

Elternbezogene Präventionserfolge

Gerade in der Evaluation universeller Elternkursprogramme wird dem unvermittelten Gesundheitsgewinn von Eltern allenfalls die Rolle von günstigen Nebeneffekten zugewiesen. Es scheint notwendig, die Klassifikation von Programmwirkungen auf die Eltern dahingehend zu überdenken, dass sie eine klare Unterscheidung zwischen elternbezogenen Trainingserfolgen, beispielsweise eine veränderte Einstellung zum Kind, und Präventionserfolgen für die Eltern, etwa ein unvermittelter gesundheitlicher Nutzen durch Stressabbau, zulässt. Eine differenzierte Zuordnung würde sowohl bei der Operationalisierung elternbezogener Programmwirkungen helfen als auch die umfassende Beurteilung des präventiven Erfolges durch Elternkurse erleichtern. Diese Aussagen zum präventiven „Gesamteffekt“ werden valider.

Evaluation und Implementation

Dass die wissenschaftliche Evaluation die präventiven Möglichkeiten des Elterntainings noch unzureichend erschlossen hat, liegt auch daran, dass das Augenmerk lange Zeit nahezu ausschließlich auf den Nachweis programmbezogener Wirksamkeit gelegt wurde. Der kompakte, in sich geschlossene Elternkurs im Gruppenformat, der

ein *standardisiertes Programm* umsetzt, kommt der herkömmlichen Wirksamkeitsprüfung, die sich am klassischen Experiment ausrichtet, durchaus entgegen, was vergleichbare Bedingungen und möglichst große Stichproben erfordert. Die systematisierte Form der Elternbildung nach Standard-Manualen bildet demnach nicht nur einen besonderen Zweig der Elternschulungspraxis, sondern schafft auch einen Untersuchungsgegenstand, der sich vergleichsweise gut erforschen lässt. In der Tat zeigt der aktuelle Untersuchungsstand, dass Elternkurs-Programme in Deutschland häufiger und methodisch besser evaluiert werden als andere eltern- und familienbezogene Präventionsmaßnahmen (vgl. Lösel, Plankensteiner & Weiß 2006).

Zu bezweifeln ist, dass die Fixierung auf Programme und deren Wirksamkeit sowie die Anlehnung an das klassische Experiment in der Forschungsmethodik³⁸ die Erkenntnisse zu praxisrelevanten Fragestellungen voranbringen.

Aus dem engen Blickwinkel der Programmwirksamkeit heraus bleibt nämlich die Sicht auf die Bedingungen der *Implementation* häufig versperrt. Dabei haben die Verortung und Ausgestaltung des konkreten Angebotes in der Praxis einen erheblichen Anteil am *präventiven Erfolg* eines Kursprogrammes. Mit der Programmanpassung und der Gestaltung der Ansprache werden die entscheidenden Weichen zur Inanspruchnahme des Elternbildungsangebots gestellt. Auch die Strukturen oder Settings, in die das Elternprogramm eingebunden ist, wirken auf die Akzeptanz und den Zugang zum Programm zurück und beeinflussen damit letztendlich die Reichweite und den Umsetzungserfolg. Diejenigen Arbeiten aus den letzten zehn Jahren, welche die kontextuellen und strukturellen Bedingungen und Hindernisse des Umsetzungserfolges präventiver Programme systematisch aufarbeiten, auch indem sie diese in den metaanalytischen Fokus rücken (siehe oben), müssen also geradezu als Durchbruch gewertet werden (vgl. Kliche/Töppich/Kawski et al. 2004).

Seit einigen Jahren steuern wir auf einen Höhepunkt der Forschungsaktivität zur Elternbildung zu. Dabei sind zwar die quantitativ-methodischen Ansprüche an die Evaluationen enorm gestiegen, damit werden aber nicht unbedingt praxisrelevante Erkenntnisse hervorgebracht. Antworten auf entscheidende Fragen aus der Praxis ist man schuldig geblieben. Unter experimentalwissenschaftlichen Ansprüchen erscheint eine Evaluation unter realen Praxisbedingungen nahezu unmöglich. Vor allem die Vielfalt von Umsetzungsbedingungen steht der klassischen Wirksamkeitsanalyse mit

³⁸ In der Evaluation repräsentiert durch das randomisierte Kontrollgruppen-Design.

ihren Ansprüchen an Masse und Vergleichbarkeit im Weg. Dass das ohnehin breite Programmspektrum in unterschiedliche Strukturen eingebettet ist, innerhalb derer die Kurskonzepte den Anforderungen einer variierenden Praxis gerecht werden müssen, macht den Elternkurs zu einem komplexen und heterogenen Untersuchungsgegenstand.

Zur eingeschränkten Reichweite der Elternkurse

Die Reichweite gehört zu den entscheidenden Kriterien des *präventiven Erfolgs* der Elternbildungsprogramme. Die Evaluation muss die Frage stellen, welche Elterngruppen bislang durch das gegebene Programm erreicht werden. Nur für diese Gruppen lassen sich auch sichere Aussagen zur Programmwirksamkeit machen. Die deutschen Untersuchungen zu universellen Elternprogrammen stützen sich vorrangig auf bildungsgewohnte Elterngruppen aus den gutgestellten Bevölkerungsschichten. Ob, wann und in welcher Weise die bisher schlecht erreichten Bevölkerungsgruppen von den *universal-präventiven* Programmen profitieren, kann vom wissenschaftlichen Standpunkt aus erst beurteilt werden, wenn sehr viel mehr dieser Eltern an einem solchen Elternkurs teilgenommen haben.

Wenn sozial benachteiligten Elterngruppen das gesamte Spektrum von Elternbildungsangeboten zur Verfügung stehen soll, muss vor allem auch die Teilhabe an den universell ausgerichteten Elternkurs-Programmen gestärkt werden, die am primärpräventiven Ende dieses Spektrums dazugehören. Die bislang schwer erreichbaren Elterngruppen wie sozial benachteiligte und bildungsferne Gruppen oder Migranteltern dürfen nicht per se als Problemfälle mit anderem Bedarf stigmatisiert und von den primärpräventiven Angeboten abgesondert werden, indem sie von vornherein auf Sonderprogramme verwiesen werden. Also müssen die *Zugangschancen* für die ausgesparten Teile der Bevölkerung verbessert werden. Wir gehen davon aus, dass sozial benachteiligten Menschen der Zugang zur präventiven Elternbildung erschwert ist, was verschiedene, vielfältige, und oft auch mehrere Ursachen gleichzeitig haben kann (Bauer/Bittlingmayer 2005).

Die konkreten Ursachen und Hintergründe der *Zugangsproblematik* wären dazu von beiden Seiten her aufzuschlüsseln, nämlich von der Angebotsseite her und von der Seite der schwer erreichten Elterngruppen. So gilt es einerseits die Bedarfsgerechtigkeit des fokussierten Programms sowie die Gestaltung der Ansprache der Zielgrup-

pen in den Blick zu nehmen und andererseits beispielsweise Motivationsbarrieren wie Überforderung, Vorbehalte oder organisatorische Probleme aus Sicht der betreffenden Mütter und Väter zu analysieren. Der nun anschließende Empirieteil meiner Arbeit wird sich mit dieser Analyse intensiv beschäftigen.

4. Evaluation des präventiven Erfolges am Beispiel des STEP-Elterntrainings

Das Elterntrainingsprogramm STEP (Systematic Trainig for Effective Parenting) wurde 1976 von den Ehe- und Familientherapeuten Dinkmeyer Sr., McKay und Dinkmeyer Jr. in den USA entwickelt. Das nach Alter der Kinder differenzierende STEP-Programm³⁹ wurde von den Herausgeberinnen Trudi Kühn, Roxana Petcov und Linda Pliska erstmalig 2001 ins Deutsche übersetzt und ist mittlerweile in überarbeiteter Neuauflage im Beltz Verlag erschienen. Die ersten STEP-Elternkurse in deutscher Sprache fanden im Jahr 2000 statt.

Zentrale Inhalte, Konzeption und Selbstverständnis des STEP-Programms

STEP basiert auf individualpsychologischen Grundlagen nach Alfred Adler und Rudolf Dreikurs, die das Zugehörigkeitsgefühl des Individuums als Antrieb für sein Verhalten verstehen. Kindliches „Fehlverhalten“ wird entsprechend als Verhalten mit dem Ziel, ein fehlendes Gemeinschaftsgefühl wiederherzustellen, gedeutet. Ein Kind, das in zunehmendem Maße entmutigt ist, verleiht seiner Entmutigung durch „Fehlverhalten“ Ausdruck. Dieses wird im STEP-Programm beispielsweise über „Handlungen und Worte, die respektlos sind oder durch die die Rechte anderer missachtet werden“ oder „Verhalten, das für das Kind selbst oder andere gefährlich ist“ definiert (Petcov/Kühn 2005). Als Erziehungsziele werden bei STEP (bezogen auf das Kind) etwa Verantwortungsbewusstsein, Selbstbewusstsein, Konfliktfähigkeit und Glücklichkeit (Petcov/Kühn 2005, 3) genannt.

STEP versteht sich als „präventives Weiterbildungskonzept“ für Eltern, das aber auch als Hilfe bei akuten Erziehungsnotständen wirkt. Das Kursprogramm soll Eltern die Gelegenheit geben, ihren gegenwärtigen Erziehungsstil zu überdenken und eine liebevoll-konsequente Haltung ihren Kindern gegenüber einzunehmen. Der durch STEP vermittelte Erziehungsstil beruht auf demokratischen Prinzipien, die gegenseitigen Respekt und die Gleichwertigkeit aller Familienmitglieder postulieren. Wichtig ist es demnach, dass Eltern ihren Kindern die Möglichkeit geben, altersangemessen und innerhalb bestimmter Grenzen Entscheidungen zu treffen sowie für ihre eigenen

³⁹ STEP Das Elternbuch – Die ersten 6 Jahre, STEP Das Elternbuch – Kinder ab 6 Jahre und STEP Das Elternbuch – Die Teenagerjahre.

Entscheidungen Verantwortung zu übernehmen. Anstelle willkürlicher Belohnung und Bestrafung postuliert STEP eine Form von Disziplin, die auf natürlichen und logischen Konsequenzen beruht. Damit wird Kindern respektvoll die Chance geboten, durch verantwortungsbewusste Entscheidungen und die daraus folgenden Konsequenzen, Selbstdisziplin zu lernen. STEP fokussiert außerdem die Kommunikation innerhalb der Familie anhand von Strategien des Aktiven Zuhörens wie sie bereits Carl Rogers entwickelt hat. Zu den zentralen Elternkompetenzen, die in einem STEP-Kurs entwickelt und eingeübt werden, gehören unter anderem die respektvolle Kommunikation, die Ermutigung des Kindes und die Selbstermutigung als Mutter beziehungsweise Vater sowie die Fertigkeit, die Perspektive des Kindes einzunehmen, um ein verständnisvolles, einfühlsames Erziehungshandeln zu fördern. Die einzelnen Lernabschnitte bauen systematisch aufeinander auf und enthalten Teile zur Selbstreflexion, zur Vermittlung von Wissen über altersgemäße Entwicklung sowie Kommunikations- und Problemlösestrategien für den Erziehungsalltag. Das STEP-Programm sieht sich damit vor allem als Hilfe zur Selbsthilfe, die den Eltern Vertrauen in die eigenen Erziehungsfähigkeiten zurückgeben will. Auf diese Weise sollen eine nachhaltige Stärkung der Erziehungskompetenz und gegebenenfalls eine Veränderung des Erziehungsstils bewirkt werden.

Programmstruktur und Vermittlung der Kursinhalte

Das STEP-Elterntaining erstreckt sich in der Regel über einen Zeitraum von zehn Wochen mit je einer wöchentlichen Sitzung von zwei bis zweieinhalb Stunden. Die Teilnahme kostet regulär 190,- Euro pro Person bzw. 300,- Euro pro Ehepaar. Gewöhnlich nehmen sechs bis zwölf Teilnehmer an einem STEP Kurs teil. Die Kurse wollen die Eltern durch die Verbindung verschiedener Arbeitsweisen sowohl kognitiv als auch emotional ansprechen. Als Arbeitsmaterial stehen die einzelnen Kapitel des Elternbuchs, die sich auf jeweils einen Abschnitt der Kursabende beziehen, zur Verfügung sowie Videos mit Fallbeispielen und weitere Arbeitsblätter. Die Besprechung von Alltagsbeobachtungen der Teilnehmer sowie die Durchführung von Rollenspielen tragen zur bewussten Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen und dem eigenen Verhalten sowie zum Perspektivenwechsel bei, beispielsweise soll eine als konfliktreich erlebte Situation aus der Perspektive des Kindes wahrgenommen werden.

Die Elternabende sind nach einem gleichbleibenden Muster aufgebaut, wobei die Zeit für die im Folgenden aufgeführten einzelnen Abschnitte jeweils themen- und gruppenspezifisch variiert:

- Aufwärmphase/Einstieg
- Besprechung der „Hausaufgaben“/Austausch
- Klärung der neuen Konzepte (Rollenspiel, Diskussion)
- Videopräsentation/persönliche Anwendung/Übung
- Übung erlernter Fertigkeiten (Fallbeispiel, Übung)
- Zusammenfassung und „Hausaufgabe“ für das nächste Treffen

Den Kern eines STEP-Elternabends bildet eine umfassende einfühlsame Besprechung der von den Eltern eingebrachten individuellen erzieherischen Herausforderungen in der Gruppe. Die Eltern berichten, was sie in der vergangenen Woche, bezogen auf das jeweilige Thema des vorangegangenen STEP-Treffens, mit ihren Kindern erlebt haben. Im Austausch untereinander lernen Eltern Schritt für Schritt, den Umgang mit ihren Kindern so zu gestalten, dass der gegenseitige Respekt zum tragenden Element der Eltern-Kind-Beziehung wird. In Rollenspielen spüren sie ihren eigenen Gefühlen und denen ihrer Kinder nach. Sie lernen, ihre Kinder zu ermutigen, sie ernst zu nehmen, ihnen besser zuzuhören, sich so zu äußern, dass ihre Kinder sie verstehen und sich nicht in Machtkämpfe verwickeln zu lassen. Haben sie festgefahrene Strukturen durch ihr verändertes Verhalten durchbrechen können, so hilft die Erfahrung selbst, aber auch die Ermutigung durch die Gruppe, auf diesem Weg weiterzumachen. Ist es einem Elternteil nicht gelungen, eine gewohnte Interaktion zu unterbrechen, wird die Situation in der Gruppe reflektiert und gemeinsam nach individuell passenden Handlungsalternativen gesucht. Unterstützt wird die „Beziehungsarbeit“ der Mütter und Väter durch die Vorgehensweise der Kursleiter: Die Moderation der Gruppe und die Kommunikation in der Gruppe untereinander soll vor allem anerkennend, ermutigend, respektvoll und freundlich geschehen und erhält damit eine Modellfunktion für die Beziehung zwischen Eltern und Kindern.

Die STEP-Kursleiterinnen und Kursleiter

Die Kursleiterinnen und Kursleiter werden in einem siebentägigen Kompaktseminar auf ihre Aufgabe vorbereitet. Voraussetzung zur Teilnahme ist die Ausbildung in einem pädagogischen, sozialen, psychologischen, therapeutischen oder medizinischen Beruf und möglichst Erfahrung in der Erwachsenenbildung. Gewünscht werden des Weiteren eine positive Lebenseinstellung und soziale Kompetenz. Die Kursleiterausbildung beinhaltet eine Einführung in Grundlagen der Individualpsychologie und die Reflexion des eigenen pädagogischen Standpunkts. Die meisten Kursleiter verfügen über eigene Erfahrungen als Mütter oder Väter. Entsprechend werden die Abschnitte des Elternseminars sowohl aus der Perspektive als betroffene Eltern als auch aus der Perspektive als zukünftig Moderierende erlebt. Themen wie Gruppendynamik und Konfliktmanagement sowie Reflexion der eigenen Rolle werden durch externe Spezialisten vermittelt.

Stand der Evaluation zum STEP-Elterntaining

Wissenschaftliche Ergebnisse zur Wirksamkeit von STEP, die sich speziell auf sozial benachteiligte und andere vulnerable Zielgruppen beziehen, liegen bis dato nur aus den USA vor. Neben der universellen Ansprache von Familien wenden sich die STEP-Kurse dort schon seit langem auch an Eltern aus unterprivilegierten Bevölkerungsschichten, an Minoritäten wie einzelne Migrantengruppen, drogenabhängige Eltern und Alleinerziehende oder an Familien, in denen die Kinder bereits spezielle Auffälligkeiten oder Entwicklungsverzögerungen zeigen. Ein US-amerikanischer Survey mit 61 STEP-Evaluationsstudien (Gibson 1999) spiegelt die Breite der Anwendung von STEP gut wieder und spricht für eine hohe Flexibilität und Universalität des STEP-Programms.

In Deutschland wird das STEP-Elterntaining seit 2005 an der Universität Bielefeld wissenschaftlich begleitet. In einer *ersten Untersuchung* (2005/2006) wurden positive Wirkungen von STEP unter anderem mit der Zunahme des unterstützenden Erziehungsverhaltens, mit einem Gewinn an subjektiver Erziehungssicherheit und in Form einer erhöhten Beziehungsqualität zwischen Eltern und Kind für eine „universelle Stichprobe“ belegt (Marzinzik/Kluwe 2006, 2007). Zentrale Ergebnisse dieser Programmevaluation wird gleich im Anschluss das Kapitel 4.1 präsentieren. Eine *zweite Untersuchung* wurde im Rahmen des Projekts „Bielefelder Evaluation von Eltern-

edukationsprogrammen“ (BEEP, 2006-2009) durchgeführt⁴⁰. Diese zweite STEP-Untersuchung befasst sich mit der Evaluation settingbasierter STEP-Elternkurse und zielgruppenspezifischer STEP-Modelle, mit denen benachteiligte Elterngruppen gezielt erreicht und unterstützt werden sollen. Innerhalb des BEEP-Projekts trägt diese zweite STEP-Studie den Titel „Teilprojekt B“. Die Bezeichnung „Teilprojekt B“ wird auch im weiteren Text als Kurzform für die zweite Evaluationsstudie zu STEP verwendet.

⁴⁰ In das BEEP-Projekt waren außer den STEP-Elternkursen zwei weitere settingbasierte Präventionsprogramme einbezogen: das Elternprogramm zum Life-Skill-Training „Lions Quest“ und das Programm „Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs“ der AOK Rheinland/Hamburg.

4.1 Die Bielefelder STEP-Programmevaluation (2005/2006)

Gemäß allgemeiner Evaluationskriterien, die bei der Bewertung psychologischer Interventionen relevant sind, sind für eine Bewertung des STEP-Programms die Kriterien Reichweite, Bedarfsangemessenheit und Wirksamkeit zentral (Mittag/Hager 2000). Wir beziehen uns dabei sowohl auf den Prozess der *Umsetzung* des STEP-Programms (formative oder Prozessevaluation), als auch auf dessen *Ergebnis* (summative oder Ergebnisevaluation). Hier ist die Stärkung elterlicher Erziehungskompetenz ein zentrales Ziel des Programms.

Universelle Prävention erhebt den Anspruch und das Ziel, alle Eltern gleichermaßen zu erreichen. Das STEP-Programm formuliert keine spezielle Zielgruppe, die mit dem Programm erreicht werden soll, sondern geht davon aus, dass STEP als ein „präventives Weiterbildungskonzept“ die Erziehungskompetenz von allen Eltern stärken kann und soll. Die Realität von Familien in Deutschland ist allerdings vielfältig in ihren Formen und Belastungen, daher benötigen die Familien eine ebenso vielfältige Unterstützung. Die Evaluation stellt daher einerseits die Frage, welche Zielgruppen bislang durch das Programm erreicht werden, und andererseits, welche Unterstützungsbedürfnisse damit aufgefangen werden. Erfüllt es die von den jeweiligen Teilnehmern entgegengebrachten Erwartungen?

4.1.1 Fragestellungen und Methodik der Programmevaluation

Wir betrachten das in der Praxis verankerte STEP-Training als ein System, das von der Interaktion zwischen dem Programm (theoretischer Hintergrund, Lerninhalte, Didaktik etc.), den Trainer/-innen als Vermittler/-innen (ihrem beruflichen Hintergrund, ihrer Motivation etc.) und den teilnehmenden Eltern (ihrem Bedarf, ihrer Motivation etc.) geprägt ist. Aussagen zur Bedarfsangemessenheit, Reichweite und Wirksamkeit des Programms werden darum sowohl aus der Elternperspektive als auch aus Sicht der Kursleiter/-innen erhoben.

Die Elternbefragungen

Zur Gewinnung der *Untersuchungs-Stichproben* wurden alle STEP-Trainer/innen des InStep-Netzwerks, die im zweiten Halbjahr 2005 einen Kurs anbieten wollten, zur Mitwirkung aufgefordert. Die Elternbefragungen wurden schließlich von insgesamt

15 STEP-Trainer/innen (14 Trainerinnen und ein Trainer) unterstützt, die im Kurszyklus des zweiten Halbjahres 2005 aktiv waren. Nach telefonischer Rücksprache mit einigen Trainerinnen wurden für Befragung B (siehe unten) acht Kurse in Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Hamburg ausgewählt. Alle weiteren Kurse im gesamten Bundesgebiet erhielten den Fragebogen A. Die Fragebögen mit entsprechenden Instruktionen wurden am ersten und am letzten Abend des STEP-Kurses von den STEP-Kursleitern an die teilnehmenden Eltern verteilt und nach dem Ausfüllen direkt an uns zurückgesandt.

Die von uns durchgeführte *Befragung A* erhebt bundesweit Daten von allen Eltern, die im Zeitraum von August 2005 bis Januar 2006 an einem STEP-Training teilgenommen haben. Für diesen Kurszeitraum konnten mit der Erstbefragung jeweils zu Beginn der Kurse 166 Personen erfasst werden, die sich auf 20 Kurse verteilten. Für die Zweitbefragung zum Kursabschluss verblieben davon 140 Personen.

Mit der A-Befragung liegt ein bundesdeutscher Querschnitt von STEP Teilnehmer/innen vor. Auf Basis der Erstbefragungsdaten konnte nun diese Nutzergruppe differenziert beschrieben werden, etwa anhand von Schichtindikatoren oder Motiven der Teilnahme. Die Ergebnisse ermöglichen eine Einschätzung der *Programm-Reichweite* sowie die Abschätzung von *Motivation und Bedarf* am Erziehungstraining aus Sicht der teilnehmenden Eltern. Schwerpunkt der Zweitbefragung zum Kursabschluss war die Bewertung des Trainings durch die teilnehmenden Eltern („subjektive Evaluation“), anhand derer wir die *Bedarfsangemessenheit* überprüft haben, etwa ob die Mütter und Väter die aus ihrer Sicht wichtigsten Ziele erreichen konnten.

Aus den insgesamt 20 Kursen wurden sieben Kurse in Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen für diese ausführliche *Befragung B* ausgewählt. Der B-Fragebogen enthält den Befragungsteil A, erhebt aber darüber hinaus ausführlichere Daten für die Fall-Kontroll-Studie zur Bewertung der Wirksamkeit des STEP-Trainings. Die Befragung B wurde zu drei Zeitpunkten durchgeführt: zu Beginn des Kurses, zum Ende des Kurses und drei Monate nach Beendigung des Kurses. Die so erhobenen Daten wurden längsschnittlich ausgewertet, um Veränderungen durch das Training im Vorher-Nachher-Vergleich zu überprüfen. Im Mittelpunkt der Befragung B stand die Messung erzieherischer Kompetenz. Als Erziehungskompetenzen wur-

den sowohl konkrete *Verhaltensmerkmale* der STEP-Eltern im erzieherischen Handeln (z.B. die Tendenz zum Überreagieren), als auch *Erlebensqualitäten* (z.B. das Selbstvertrauen der Eltern bezüglich der eigenen erzieherischen Kompetenz) erhoben. Die Stichprobe umfasste zunächst 51 Teilnehmer, von denen 34 für die Nachher-Befragung verblieben.

Parallel dazu wurden als *Kontrollgruppe* nicht an STEP teilnehmende Eltern mit einem Bogen befragt, der auf die ausführliche B-Befragung abgestimmt war, was uns später Entwicklungsvergleiche zwischen der STEP- und der Kontrollgruppe ermöglichen sollte. Die Kontrollgruppe wurde über Schulen und Kindergärten in Celle und Bielefeld rekrutiert⁴¹. 72 Elternteile nahmen freiwillig an der Kontrollgruppenbefragung teil; für die Zweitbefragung verblieben 41 Personen. Mit diesen Eltern stand eine geeignete Vergleichsgruppe für die STEP-Teilnehmer zur Verfügung. Merkmale wie Geschlecht, Alter und Bildungsniveau der Eltern sowie die Altersgruppen der Kinder sind ähnlich verteilt wie in der Untersuchungsstichprobe. Es kann von ähnlichen Voraussetzungen, insbesondere in Bezug auf den Bildungshintergrund, die Lebenssituation und das Engagement in der Erziehung, ausgegangen werden.

Tabelle 4.1.1/ 1: Die Elternbefragungen im Überblick

<i>Befragung A</i>		
	<i>Erstbefragung</i>	<i>Zweitbefragung</i>
STEP-Teilnehmer/innen	166 Pers.	140 Pers.
Befragungsziel	Ermittlung von Reichweite, Bedarf, Motivation, präventiver Inanspruchnahme	Subjektive Evaluation zur Überprüfung der Bedarfsangemessenheit
<i>Befragung B (Fall-Kontroll-Studie)</i>		
	<i>Erstbefragung</i>	<i>Zweitbefragung</i>
STEP-Teilnehmer/innen	51 Pers.	34 Pers.
Kontrollgruppe	72 Pers.	41 Pers.
Befragungsziel	Veränderungsmessung im Kontrollgruppenvergleich zur Analyse der Wirksamkeit	

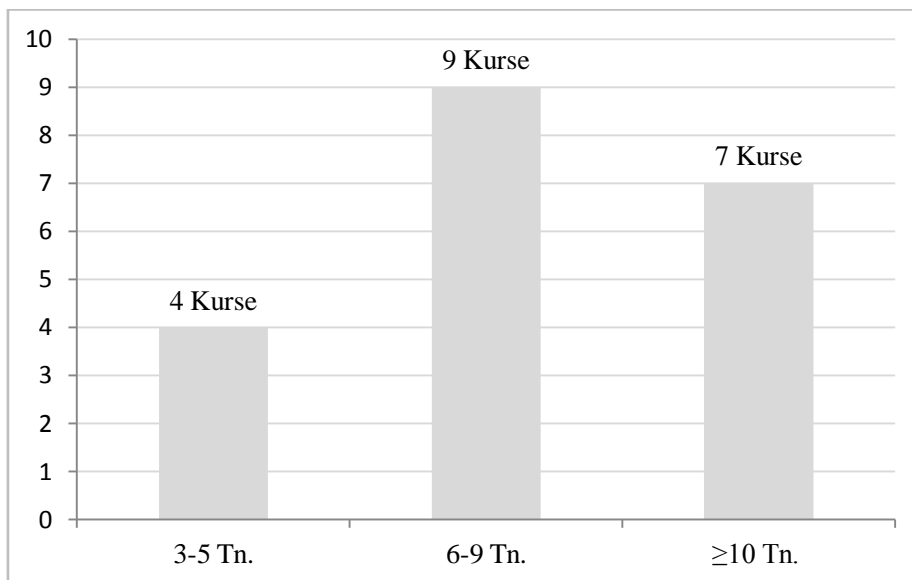
⁴¹ Zur Rekrutierung dieser Teilstichprobe wurden über Kontaktpersonen (Lehrer/-innen und Erzieher/-innen) Fragebögen an Eltern in insgesamt zwei Schulen, zwei Kindergärten und einer Beratungsstelle verteilt.

Auf die beiden Befragungsgruppen A und B verteilen sich die befragten Elternteile wie folgt:

Befragung A: n = 114 Personen (aus 12 Kursen)

Befragung B: n = 52 (aus 8 Kursen)

Abbildung 4.1.1/ 1 Besetzung der 20 STEP Kurse



16 der 20 Kurse fanden am Abend (Beginn zwischen 19 und 20 Uhr) statt, zwei am Vormittag (9 Uhr und 9.30 Uhr) und einer am späten Nachmittag (17.30 Uhr). Ein weiterer Kurs verfügte über ein besonderes Format, bei dem die Trainerin den ersten Teil des STEP-Programms an mehreren Kursabenden und den zweiten Teil im Rahmen einer Familien-Freizeit mit den Eltern bearbeitete.

Die Kursleiterbefragung

Ende 2005 wurden von uns alle zu dem Zeitpunkt im Trainernetzwerk beteiligten STEP-KursleiterInnen angeschrieben, mit der Bitte um Mitwirkung bei der schriftlichen Trainerbefragung. Von derzeit insgesamt 80 Trainer/innen beteiligte sich ungefähr die Hälfte, sodass die im Folgenden beschriebene Stichprobe 45 Personen umfasst. Die von uns durchgeführte schriftliche Kursleiterbefragung verfolgte zwei Ziele: Zunächst sollte ein möglichst genaues Bild der vorliegenden Erfahrungen der STEP-Trainer/innen bei der bisherigen Durchführung erstellt werden (exploratives

Vorgehen). Anhand mehrerer offener Fragen sollten die Trainerinnen und Trainer in eigenen Worten ihre Erfahrungen beschreiben. Zentrale Themen waren:

- Erfahrungen bei der Akquise
- Bewertung von Kursmaterial und Netzwerk
- Erfahrungen bei der Durchführung
- Einschätzung, welche Elterngruppen bislang erreicht wurden
- Wünsche an Unterstützung bei der Elternarbeit und Visionen für die zukünftige Durchführung von STEP

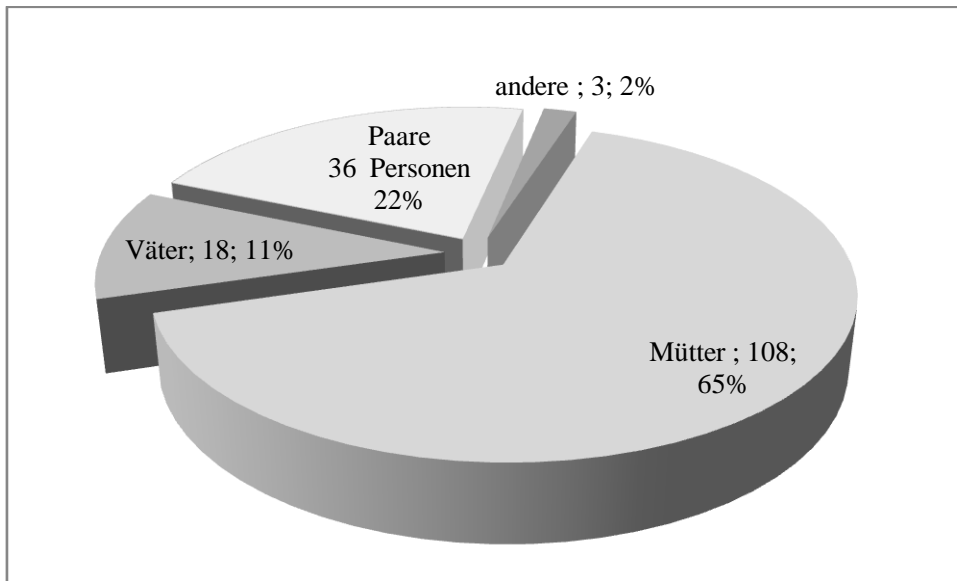
Die Antworten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Ein ausführlicher Ergebnisbericht ist mit den Herausgeberinnen des Programms diskutiert worden, sodass Schlussfolgerungen für die Weiterarbeit des STEP-Trainernetzwerkes gezogen werden konnten. In einem zweiten Schritt wurden die Ergebnisse intern auf einer STEP-Trainer-Tagung präsentiert und diskutiert. Hier wurden aus der Kursleiterbefragung lediglich die Ergebnisse zu den Erfahrungen bei der Durchführung und zur Reichweite referiert. Diese Ergebnisse sind für die zentralen Fragestellungen der vorliegenden Arbeit von Interesse, weil sich daraus Erkenntnisse zur allgemeinen Gestaltung von präventiven Programmen zur Elternedukation ableiten lassen.

4.1.2 Ergebnisse der Programmevaluation zur Reichweite

Die Repräsentativität der Untersuchungsstichprobe für die Gesamtheit aller Eltern, die STEP in Anspruch nehmen, ist durch den einmaligen Erhebungszeitpunkt und Effekte der Selbstselektion eingeschränkt.

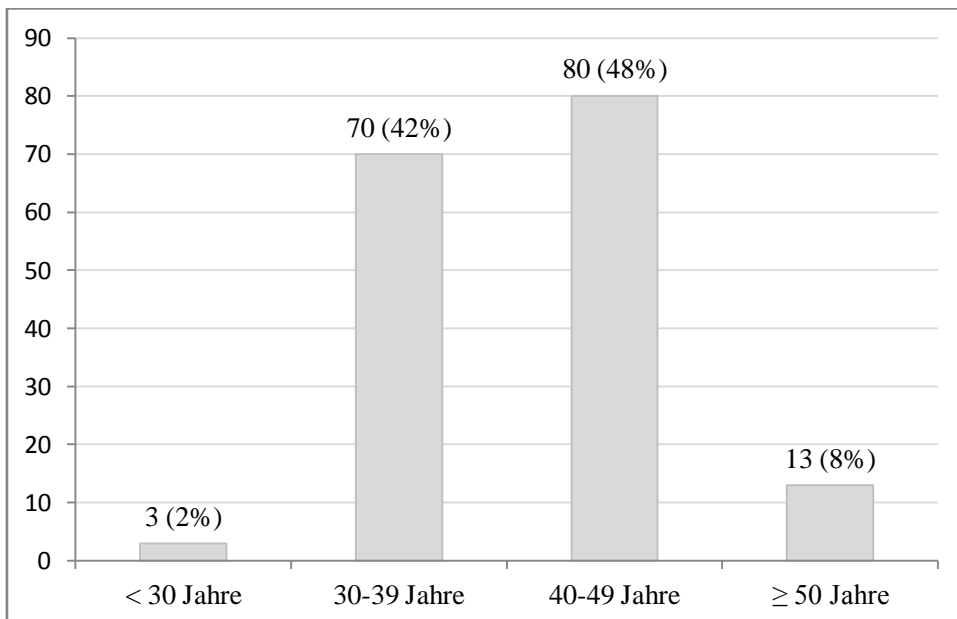
Wie umseitig in Abbildung 4.1.2/ 1 zu sehen ist, stellten erwartungsgemäß die Mütter mit knapp zwei Dritteln (65%) den größten Anteil an den Kursteilnehmern. Unter ihnen waren auch zwei Pflegemütter. 22% der Eltern, nämlich 18 Mütter und 18 Väter, besuchten den STEP-Kurs als Paar. Als Väter allein kamen 11% der Teilnehmer, darunter auch jeweils ein Stiefvater und ein Pflegevater. Zusammen mit den Vätern der Elternpaare erzielte STEP damit einen beachtlich hohen Anteil männlicher Teilnehmer von insgesamt 22%. Hinter der kleinsten Gruppe „andere“ verbergen sich zwei Erzieherinnen und eine Kinderfrau, die den STEP-Kurs als berufliche Fortbildung nutzten.

Abbildung 4.1.2/ 1 Zusammensetzung der STEP-Stichprobe
 (Angaben in Prozent von n = 165 Kursteilnehmern⁴²)



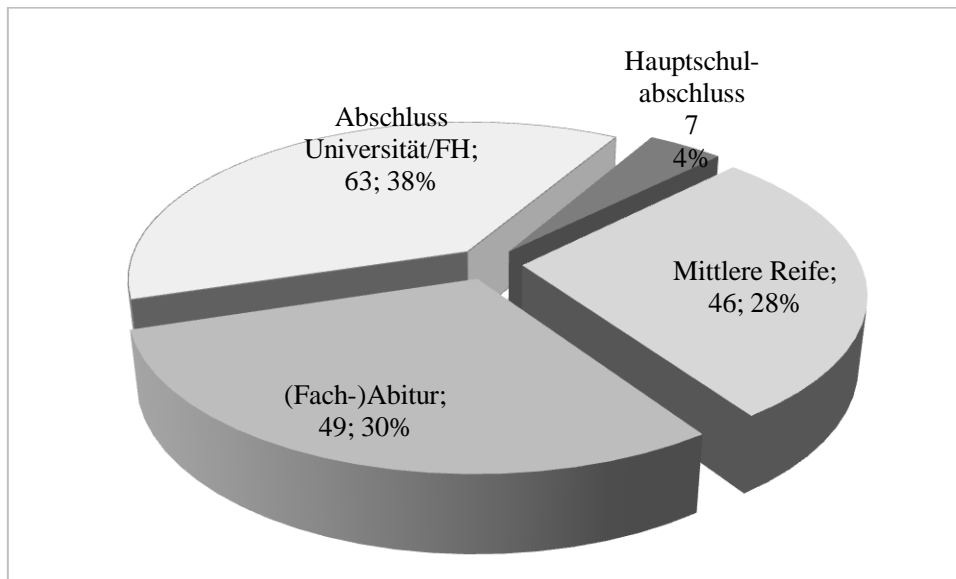
Die STEP-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer waren im Durchschnitt 40 Jahre alt. 42% der Gesamtgruppe waren zwischen 30 und 39 Jahre alt, 48% zwischen 40 und 49 Jahren. Am schwächsten war die Gruppe junger Eltern mit nur drei Personen unter 30 Jahren vertreten. Dagegen machten Elternteile, die über 50 Jahre alt sind, einen Anteil von 7,8% aus (siehe dazu Abb. 4.1.2/ 2).

Abbildung 4.1.2/ 2: Altersgruppenverteilung



⁴² eine Person ohne Angabe

Abb. 4.1.2/ 3: Verteilung von Bildungsabschlüssen

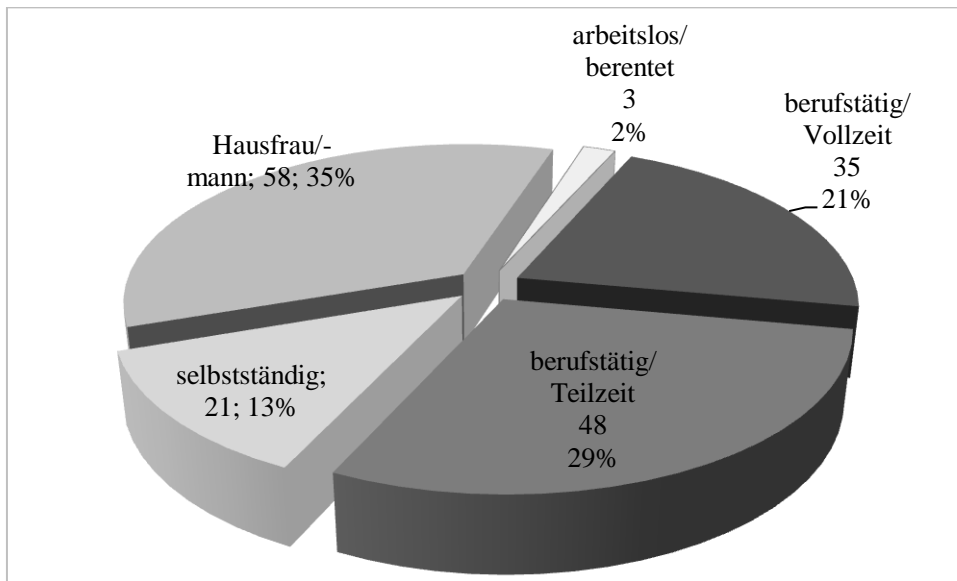


Bildungshintergrund

Die STEP-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer kamen vorwiegend aus sehr gut ausgebildeten Bevölkerungsschichten. Gut zwei Drittel der Kursteilnehmer verfügen über ein Abitur oder ein Abitur und zusätzlich einen Hochschulabschluss. Unter den verbleibenden Personen haben fast alle einen Realschulabschluss, lediglich 4% haben einen Hauptschulabschluss (siehe oben).

Von den insgesamt 73% berufstätigen Eltern ist der größte Teil (29%) in Teilzeit beschäftigt, jedes fünfte Elternteil arbeitet in Vollzeit und 13% sind zurzeit berufstätig als Selbstständige. Ein Drittel der STEP-Eltern (35%) gab für sich die Tätigkeit als Hausfrau/-mann an. Lediglich drei Elternteile gaben an, arbeitslos zu sein oder Rente zu beziehen. Damit erreichte das STEP-Programm Eltern, die ihre Zeit in sehr unterschiedlicher Form unter Berufstätigkeit und Familie aufteilen.

Abbildung 4.1.2/ 4: Berufstätigkeit



Familiale Lebenssituation

Die von uns befragten STEP-Nutzerinnen und -Nutzer sind mit 81% zum größten Teil verheiratet. Die übrigen 19% unserer STEP-Stichprobe verteilen sich auf ledige (10 %), geschiedene (7%) und verwitwete (2%) Elternteile. Der Anteil alleinerziehender Elternteile beläuft sich auf insgesamt 9%.

Abb. 4.1.2/ 5: Familienstand

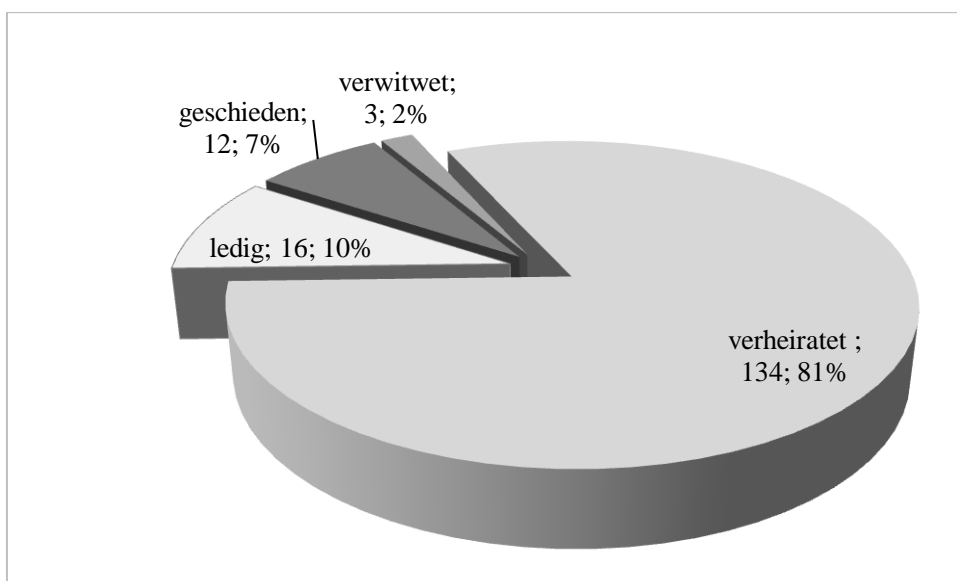
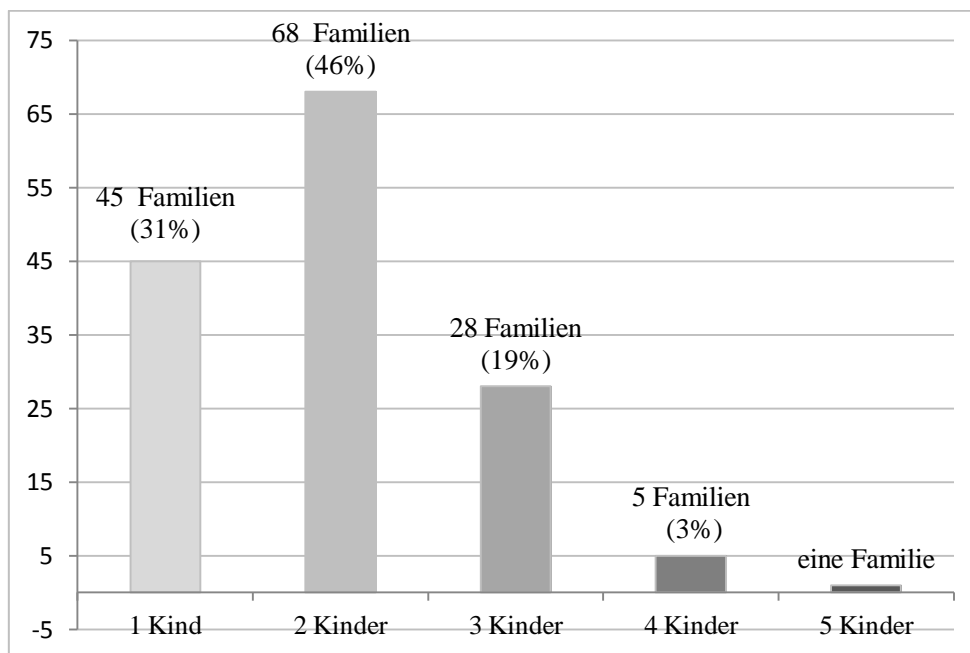


Abb. 4.1.2/ 6: Kinderzahl (von n = 147 befragten Eltern⁴³)



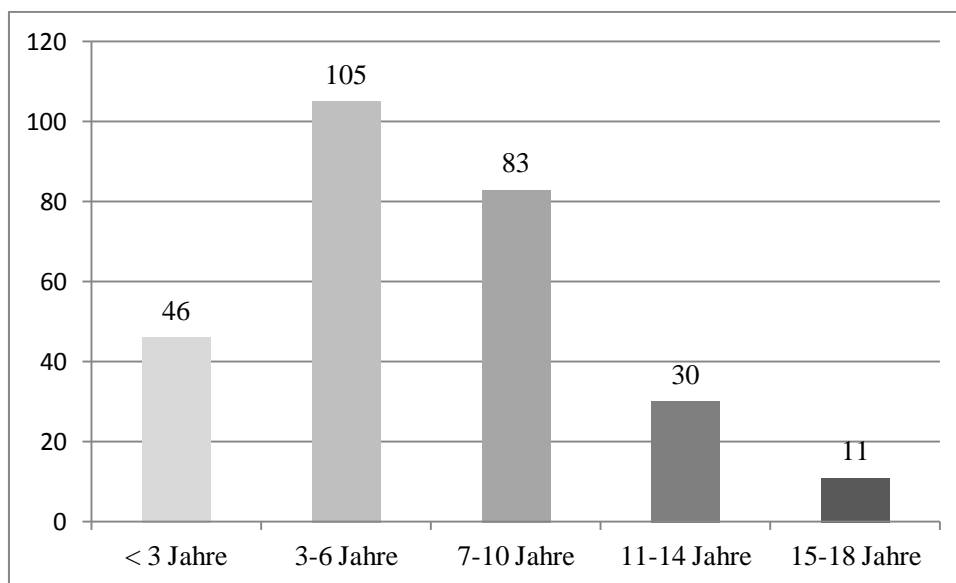
Unter den STEP-Nutzern des untersuchten Kurszyklus waren Familien mit zwei Kindern am häufigsten vertreten (siehe Abb. 4.21.2/ 6): Fast die Hälfte der befragten STEP-Eltern (genau 68 von n = 147 befragten Müttern, Vätern und Paaren) hatte zwei Kinder. Knapp ein Drittel (n = 45) der Teilnehmer waren Eltern eines Einzelkindes. Am dritthäufigsten (n = 28) waren Eltern mit drei Kindern unter den Kursteilnehmern vertreten. Fünf der befragten Elternteile (bzw. Paare) hatten vier Kinder, auch eine Familie mit fünf Kindern war unter den Teilnehmern (in der Grafik nicht aufgeführt). Die durchschnittliche Anzahl von Kindern bei den von uns befragten Besuchern von STEP-Kursen beträgt 1,97 (bei einer Standardabweichung von $s = .835$).

Die Grafik 4.1.2/ 7 gibt einen Eindruck von der Altersgruppenverteilung aller STEP-Kinder bis zum Alter von einschließlich 18 Jahren. Da erwachsene Kinder über 18 (n = 14) darin nicht berücksichtigt sind, bezieht sich die Übersicht in diesem Fall auf eine Gesamtgruppe von 275 Kindern bis einschließlich 18 Jahren. Unter diesen Kindern der STEP-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer war die Gruppe der drei- bis

⁴³ n = 166 hier korrigiert um 18 Paare, eine Person ohne Angabe

sechsjährigen mit $n = 105$ (38%) am häufigsten vertreten. Als zweitstärkste Gruppe machten die sieben- bis zehnjährigen Kinder auch noch ein knappes Drittel aus. Die älteren Kinder verteilten sich zu 11% auf die Altersgruppe 11 bis 14 Jahre und zu 4% auf die Altersgruppe 15 bis 18 Jahre. Mit einem Anteil von knapp 17% ($n = 46$) sind auch viele ganz junge Kinder in dieser Stichprobe vertreten.

Abbildung 4.1.2/ 7: Alter der STEP-Kinder
(Angabe der Häufigkeit von $n = 275$ Kindern bis 18 Jahre)



Über die Schulung der Mütter und Väter werden bisher vor allem Kleinkinder sowie Vorschul- und Grundschul Kinder (85% im Alter von 0 bis 10) erreicht. Über die Hälfte der Kinder (knapp 55% für das Alter 0 bis 6) kann damit vor oder spätestens mit dem Eintritt in die Grundschule von STEP-trainierten Eltern profitieren. Es scheint damit möglich, einen hohen Grad an präventiver Einflussnahme über die STEP-Methode zu erzielen und die Entwicklung der Kinder positiv zu beeinflussen.

Abschätzung der Reichweite über die Befragung der Kursleiter/innen

Aussagen zur Reichweite der STEP-Kurse lassen sich auch auf Grundlage der Daten der Kursleiterbefragung machen. Die Stichprobe der Kursleiter/innen setzt sich aus insgesamt 45 Personen zusammen, in der Mehrzahl handelt es sich hier um Frauen (40 Frauen gegenüber fünf Männern). Fast alle STEP-Trainer/innen haben eigene Kinder (im Durchschnitt ungefähr zwei), lediglich drei geben an, keine Kinder zu

haben und drei Befragte lassen diese Antwort offen. Ein Drittel der Kursleiter/innen verfügt über Abitur/Fachabitur, weitere 57,8% über den Abschluss an einer Hochschule oder Fachhochschule (insgesamt 89%). Lediglich eine Person hat einen Hauptschulabschluss und vier Personen haben die Realschule absolviert.

In Bezug auf den mit dem eigenen Kursangebot erreichten Teilnehmerkreis haben wir die Trainer/innen nach einer groben Einschätzung gefragt. Dies hat den Vorteil, dass damit nicht nur die im Zeitraum Oktober bis Dezember 2005 durchgeführten Elternkurse (Stichprobe der Elternbefragung) erfasst werden, sondern auch Erfahrungen mit weiteren Kursen, die in einem anderen Zeitraum oder an einem anderen Ort durchgeführt wurden, einfließen. Gleichwohl handelt es sich bei den folgenden Angaben nicht um konkrete Teilnehmerzahlen, sondern um die Einschätzung von Tendenzen. Die Fragestellung für die STEP-Trainer/innen lautete hier:

„Wenn Sie die Kurse des letzten Jahres einmal resümieren, wie hoch war der Anteil der nachfolgend aufgezählten Gruppen an der Gesamtgruppe aller Kursteilnehmer/-innen des letzten Jahres ungefähr?“

Die Antwortmöglichkeiten für die abgefragten Teilnehmergruppen (Mütter/Väter; Bildungsgewohnte/-ungewohnte; Alleinerziehende; Migranten) waren „keine/sehr wenige“- „einige“- „ca. die Hälfte“ und „die meisten/alle“.

Beim Vergleich der Teilnahme von *Müttern* und *Vätern* zeigt sich in der Einschätzung der Trainer/innen ein ähnliches Bild wie in der Elternstichprobe. Die Kurse werden überwiegend von Müttern in Anspruch genommen. In der Hälfte der Kurse sind einige Väter vertreten, während es bei einem kleinen Teil von Kursen gelingt, Väter und Mütter gleichermaßen mit einzubeziehen.

Bei der Einschätzung, ob die Kurse eher von bildungsgewohnten Eltern besucht werden, zeigt sich ebenfalls eine klare Tendenz: 86% der befragten Trainer/innen schätzen, dass ihre Kurse vor allem von bildungsgewohnten Eltern besucht werden. 77% resümieren, dass bislang keine oder nur sehr wenige *bildungsungewohnte Eltern* an ihren Kursen teilnehmen. Zu beachten ist hier aber, dass in der Befragung keine klare, gemeinsame Definition von „bildungsgewohnt“ / „bildungsungewohnt“ zur Anwendung kam, sondern nur nach der subjektiven Einschätzung ohne einzelne Indikatoren gefragt wurde. Trotz dieser Einschränkung ist eine deutliche Tendenz zu beobachten. Bemerkenswert ist hier auch, dass vier Trainerinnen (11%) berichteten,

dass die meisten ihrer Teilnehmer/innen als „bildungsungewohnt“ bezeichnet werden können. Es existieren bei STEP einige Kurse, die sich gezielt an diese Teilgruppe wenden und diese auch erreichen, etwa in enger Kooperation mit Einrichtungen der Jugendhilfe oder Hauptschulen. Dieses Angebot war jedoch zum Zeitpunkt unserer Befragung noch relativ wenig verbreitet.

Der deutlichste Befund zeigt sich bei der Frage, ob bisher *Migranten/-innen* die Kurse der befragten Trainer/innen besucht haben. Hier antworteten 92% der Befragten mit „keine/wenige“ und nur drei Kursleiterinnen berichteten, dass in ihren bisher durchgeführten Kursen einige Migranten/-innen vertreten waren. Die Kategorien „ca. die Hälfte der Eltern“ oder „die meisten“ wurden bei dieser Teilgruppe nicht genannt.

Vielfältiger ist das Bild bei der Gruppe der *alleinerziehenden Eltern*: Hier schätzt etwa die Hälfte der Befragten, dass sie mit ihrem Angebot keine alleinerziehenden Eltern erreicht, während die übrigen Befragten darauf hinweisen, dass ihre Kurse von einigen (30%), zur Hälfte (16%) oder mehrheitlich (zwei Nennungen = 5%) von Alleinerziehenden besucht werden.

4.1.3 Ergebnisse zur präventiven Inanspruchnahme und Bedarfsgerechtigkeit

Subjektiver Bedarf und Motivation der teilnehmenden Eltern

Einer Beurteilung der Bedarfsangemessenheit von STEP geht notwendigerweise die genaue Kenntnis über Bedürfnisse der Eltern und deren Erwartungen an das Training voraus. Wir haben darum den subjektiven und objektiven Bedarf sowie die Teilnahme-Motivation der STEP-Eltern mit der ersten Befragung erhoben. Die Erfüllung des subjektiven Bedarfs des Trainings wurde mit der zweiten Befragung zum Kursabschluss überprüft.

Zum Kursbeginn haben wir zwei Quellen verwendet: Zum einen die direkte Befragung der Eltern über einzelne Erwartungen, Ziele und Motive für den Kursbesuch (subjektive Begründung der Teilnahme). Zum anderen haben wir die STEP-Teilnehmer/innen hinsichtlich ihrer momentanen Belastung durch die Erziehungsaufgabe und des Vertrauens in eigene Erziehungsfähigkeiten mit der Kontrollgruppe verglichen, um die Einschätzung des Bedarfs zu objektivieren. Mit dem Nachweis

einer höheren Belastung und/oder eines geschwächten Kompetenzgefühls in der STEP-Gruppe würden so gegebenenfalls weitere Motive der Teilnahme sichtbar.

Subjektive Begründung der Teilnahme

Warum kommen die Eltern zu STEP? Um Antworten auf diese Frage zu finden, haben wir alle 166 Kursteilnehmer/innen zu verschiedenen Motiven einer Kursteilnahme befragt. Zu 14 vorgegebenen möglichen Begründungen für die Teilnahme (beispielsweise „Ich nehme am STEP Kurs teil, weil ich mich nach einem entspannteren Miteinander in der Familie sehne“ oder „Ich nehme am STEP Kurs teil, weil ich mir praktische Tipps für den Erziehungsalltag erhoffe“) sollten die Eltern jeweils angeben, wie wichtig diese für sie ganz persönlich bei der Entscheidung für das Elterntraining gewesen war. Das Ergebnis ist in der Tabelle 4.1.3/ 1 (umseitig) festgehalten.

Aus den *Motiven* für den Besuch des Elternkurses, die die meisten Eltern teilten, kann abgelesen werden, dass sich in vielen Familien bereits Konflikte gehäuft hatten und sich die Erziehung an manchen Stellen „festgefahren“ hatte. So wünschen sich die Kursteilnehmer/innen vor allem praktische Hilfestellungen und Tipps, die ihnen dabei helfen, bei der Erziehung wirksam zu handeln und ständigen Streit mit den Kindern zu vermeiden. Beim Gros der STEP-Eltern, die überwiegend auch im Beruf gefordert sind, führt das Bedürfnis nach Entlastung im Erziehungsalltag und die Sehnsucht nach mehr harmonischem Miteinander zwischen allen Familienmitgliedern zur Entscheidung für ein Elterntraining.

Tabelle 4.1.3/ 1: Ranking der Gründe für die Teilnahme an STEP
(sortiert nach relativer Wichtigkeit in der Gesamtgruppe)

Was gab den Ausschlag für die Teilnahme an STEP? ⁴⁴	<i>dieses Motiv/ diese Erwartung war <u>ausschlaggebend</u> für [...] % von n = 166 Personen</i>
Praktische Tipps für den Erziehungsalltag erhalten	90 %
Strategien gegen Streit/Konflikte finden	77 %
Informationen über Entwicklung des Kindes erhalten	64 %
Sehnsucht nach entspannterem Miteinander	56,5 %
Professionellen Rat erhalten	35 %
Verunsicherung in der Erziehung	34 %
Erfahrungsaustausch	31 %
Vom STEP-Konzept (mehr als von anderen) überzeugt	27 %
Partnerschaft entlasten	16 %
Sorge um das Kind	14 %
Berufliches Interesse	14 %
Überforderung	13 %
Rein präventiv (Probleme verhindern)	10,5 %
Kontakte knüpfen	4 %

Erhöhte Belastung und herabgesetztes Selbstvertrauen

Auch die Ergebnisse zur Beanspruchung der Eltern durch die Erziehungsaufgabe sprechen dafür, dass viele der Eltern mit einem deutlichen Problemdruck in die Kurse kommen. Die *Belastungsindikatoren* sind bei den STEP-Teilnehmer/innen gegenüber der Kontrollgruppe erhöht. Es lassen sich beispielsweise mehr „problematische“ Entwicklungsverläufe bei den STEP-Kindern erkennen. Um einen Eindruck vom Belastungspotential zu gewinnen, das die Eltern bei ihrer Erziehungsaufgabe zu be-

⁴⁴ Anmerkung: Da auch mehrere Gründe den Ausschlag geben können, ergibt sich für die rechte Spalte in der Summe ein Wert, der deutlich über 100 liegt.

wältigen haben, haben wir sie zum einen gebeten, für jedes ihrer Kinder anzugeben, wie sie dessen Entwicklung und ihre Erziehungsaufgabe erleben (unproblematisch / etwas problematisch / problematisch). Zum anderen kam eine Standardskala⁴⁵ zum „Gefordert-Sein“ durch die Erziehungsaufgabe zum Einsatz. Abbildung 4.1.3/ 1 zeigt das Ergebnis zur Beurteilung der Entwicklungsverläufe im Kontrollgruppenvergleich. Auch auf der Standardskala erreichen die STEP-Eltern höhere Beanspruchungswerte als die Befragten der Kontrollgruppe.

27,2% der STEP-Teilnehmer/innen nehmen bereits Unterstützungsangebote, darunter auch therapeutische Hilfe, in Anspruch, wenn sie mit dem STEP-Training beginnen. Hier liegt allerdings der Vergleichswert in der Kontrollgruppe mit 22,2% *nicht signifikant* darunter.

Wir dürfen uns unter den STEP-Nutzer/innen also keine völlig überforderte Problemstichprobe vorstellen, sondern ganz normale Mütter und Väter, die durch die Erziehungsaufgabe aus verschiedensten Gründen etwas stärker beansprucht sind, als der Elterndurchschnitt.

Unter den STEP-Teilnehmer/innen lässt sich allerdings über verschiedene Maße hinweg eine Gruppe von Eltern mit größeren Schwierigkeiten identifizieren, die tatsächlich *stark belastet* und vermutlich recht verzweifelt sind, wenn sie in die STEP-Kurse kommen. Diese Gruppe macht nach grober Schätzung ungefähr einen Anteil von 10 bis 15% aller STEP-Teilnehmer/innen aus (siehe Tabelle 4.1.3/ 1 oben: Teilnahme-Motiv „Überforderung“ für 13% ausschlaggebend).

Der Schluss, von einem erhöhten „Problempotential“ bei den STEP-Kindern und damit auch für die teilnehmenden Eltern auszugehen, liegt nah. Schließlich hat ja, wie die Ergebnisse zur Motivation zuvor gezeigt haben, die meisten Eltern ein gewisser Problemdruck gerade erst zur Teilnahme bewegt. Bei dieser Interpretation muss aber berücksichtigt werden, dass es sich um *subjektive* Beurteilungen der Kinder durch die Eltern handelt. Die gesammelten Messwerte sind keine absoluten oder objektiven Beurteilungen, sondern sie entsprechen auch dem „inneren Maßstab“ der jeweils befragten Personen. So wäre es beispielsweise auch denkbar, dass die STEP-

⁴⁵ Demandingness-Skala aus dem Parenting Stress Index (PSI) von Abidin 1995; Aussagen wie etwa „Meine Kinder stellen höhere Anforderungen an mich als die meisten anderen Kinder an ihre Eltern“, „Meine Kinder klammern sich sehr an mich“ oder „Bei meinen Kindern sind viel mehr Probleme aufgekommen, als ich vermutet hätte“ werden beurteilt.

Eltern einen sensibleren Maßstab anlegen als die Eltern der Kontrollgruppen-Kinder und sich die Urteile auch darum so stark unterscheiden.

Abb. 4.1.3/ 1 „Erziehung und Entwicklung“ der STEP-Kinder
(Angabe der Häufigkeit und Prozent von n = 268 Kindern bis einschl. 18 Jahre⁴⁶)

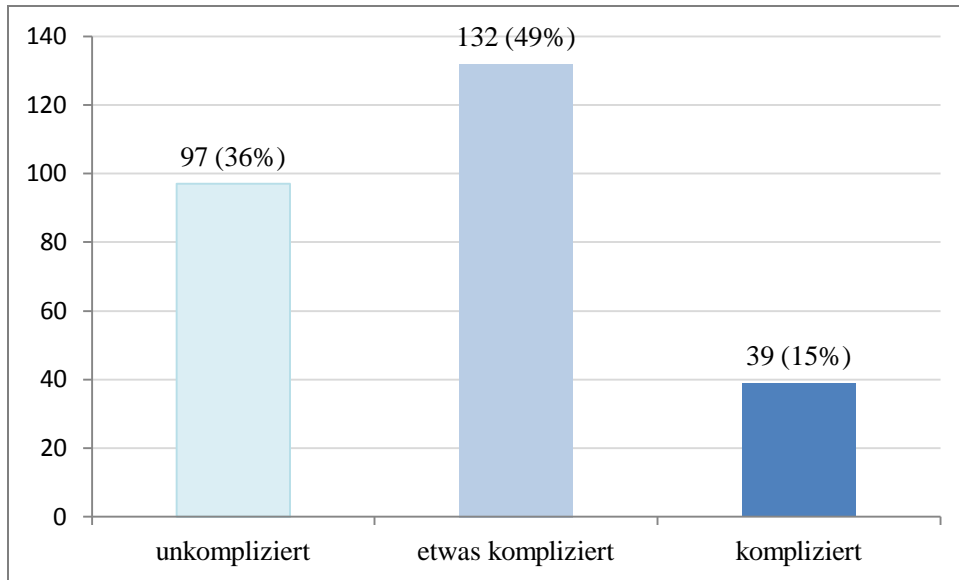
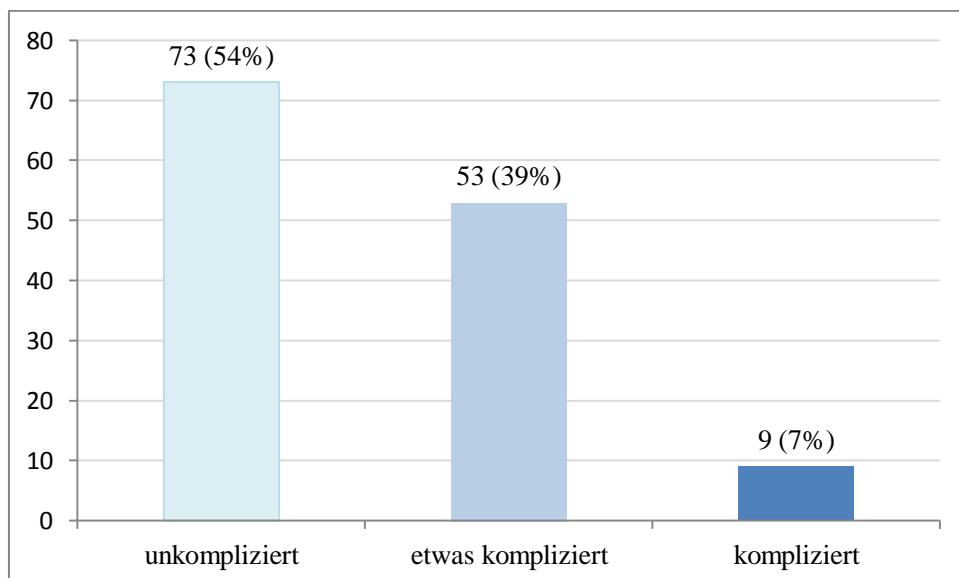


Abb. 4.1.3/ 2: „Erziehung und Entwicklung“ der Kontrollgruppen-Kinder
(Angabe der Häufigkeit und Prozent von n = 135 Kindern bis einschl. 18 Jahre⁴⁷)



⁴⁶ Zu sieben Kindern fehlt die Angabe. Urteile von n = 144 Elternteilen sind eingegangen. Bei den 18 Paaren wurde je ein Elternteil per Zufallsprinzip ausgewählt, dessen Urteil in die Statistik einging.

⁴⁷ bei den 9 Paaren der Kontrollgruppe wurde für diese Statistik wie bei der STEP Gruppe verfahren.

Verlust an Selbstvertrauen

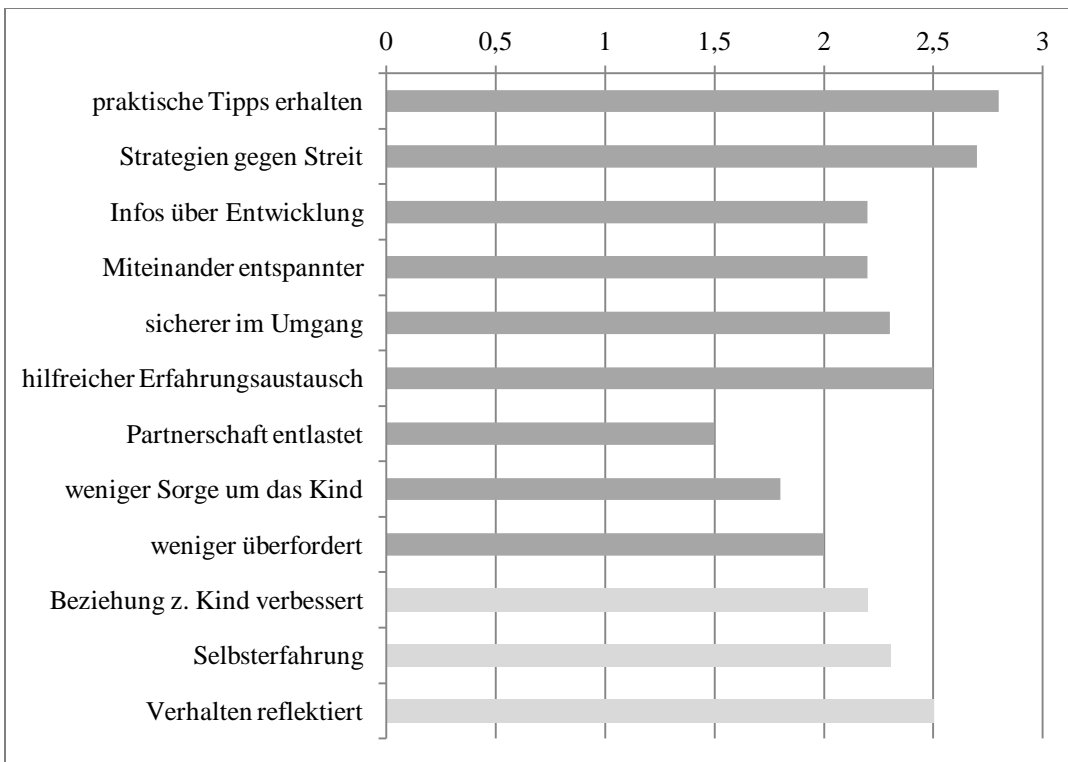
Ebenfalls anhand des Kontrollgruppenvergleiches kann eine erhöhte Verunsicherung im Erziehungshandeln aufgezeigt werden, die für die STEP-Eltern typisch zu sein scheint. Das gegenüber der Kontrollgruppe deutlich herabgesetzte Vertrauen in die eigene Erziehungskompetenz stellt eine weitere entscheidende Motivation zur Teilnahme am STEP-Kurs dar. Dies belegt die Messung von „Selbstwirksamkeit und Kompetenzerleben in der Erziehung“.

Mindestens 40% der befragten STEP-Teilnehmer fühlen sich nach Schätzung mit dieser Skala wirklich verunsichert, teilweise sogar sehr stark. Auch für die 38% starke Gruppe von STEP-Teilnehmer/innen, die im mittleren Bereich erlebter Kompetenz anzusiedeln sind, bestehen vermutlich Defizite im Kompetenzerleben und der Selbstwirksamkeitserwartung. Zudem war die subjektive Verunsicherung - auch in der direkten Befragung nach diesem Motiv - für ein gutes Drittel (34%) ein entscheidender Grund für den Kursbesuch.

Ergebnisse zur Bedarfsangemessenheit (subjektiv erreichte Ziele)

Für die beiden laut Erstbefragung wichtigsten Erwartungen der Eltern an ihren STEP-Kurs (Vermittlung von „praktischen Tipps für den Erziehungsalltag“ und „Strategien gegen Streit/Konflikte“) wurden zum Ende des Trainings auch die höchsten Erfolgswerte ermittelt (vgl. Abb. 4.1.3/3.) Dies bestätigt dem STEP-Training in zwei zentralen Erwartungen von Eltern an Erziehungstrainings einen sehr guten Erfolg. Für die Abnahme von Gefühlen der Überforderung durch das STEP-Training wird *im Mittel exakt der Wert 2* = „ja, etwas“ erzielt. Dies sollte allerdings bei der Überforderungsthematik als eindeutiger Erfolg verstanden werden, da hier jeder Entlastungseffekt als Gewinn betrachtet werden muss.

Abb. 4.1.3/ 3: Zielerreichung aus Sicht der Eltern



4.1.4 Ergebnisse zur Programmwirksamkeit

In diesem Abschnitt geht es um die Form der Beurteilung der Wirksamkeit, welche sich an objektiv begründeten Kriterien misst. Wer das STEP-Elterntraining aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive betrachtet, muss den Nachweis von präventiven oder gesundheitsfördernden Effekten als übergeordnetes Kriterium für dessen Wirksamkeit anlegen. Die Kriterien und deren Übersetzung in messbare Trainingserfolge (Veränderungsziele) veranschaulicht die Tabelle 4.1.4/ 1 auf der nächsten Seite. Die Präventionskriterien und deren Operationalisierung gehen aus dem im Theorieteil vorgestellten Modell zu Präventionseffekten hervor (vgl. Abschnitt 2.4).

Tabelle 4.1.4/ 1 Wirksamkeitskriterien und Veränderungsziele

	Kriterium der Prävention	Was muss das Training bewirken?
Kinder	Stärkung psychosozialer Ressourcen Abschwächung von Belastungsfaktoren	Erlernen eines entwicklungsförderlichen Erziehungsstils durch die Eltern; Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung Abbau aggressiver Erziehungstendenzen
Eltern	Stärkung psychosozialer Ressourcen Abschwächung von Belastungen, Abbau von Stress	gestärktes Gefühl erzieherischer Kompetenz (Kontrollüberzeugung/„Coping“) Verbesserte Bewältigung des Erziehungsalltags (insbesondere in Konflikt-/Überforderungssituationen)

Als Trainingsziele werden messbare Veränderungen über insgesamt sechs Merkmale *Erzieherischer Kompetenz* untersucht. Diese spiegeln einerseits das subjektive Erleben von Eltern in ihrer Rolle als Mutter/Vater wider (Kompetenzgefühl, Zufriedenheit in der Elternrolle und Bindungsqualität) und umfassen andererseits drei Tendenzen im Erziehungsverhalten („Weitschweifigkeit“, „Nachgiebigkeit“ und „Überreagieren“). Für diese soll festgestellt werden, ob sie durch das STEP-Training positiv beeinflusst werden. Die Entwicklungen bei den STEP-Eltern werden jeweils den Ergebnissen der nicht teilnehmenden Eltern gegenübergestellt, die parallel dazu befragt wurden. Die eingesetzten Standardskalen zur Messung dieser Merkmale zeigt die folgende Tabelle.

Tab. 4.1.4/ 2 Eingesetzte Standard-Messinstrumente

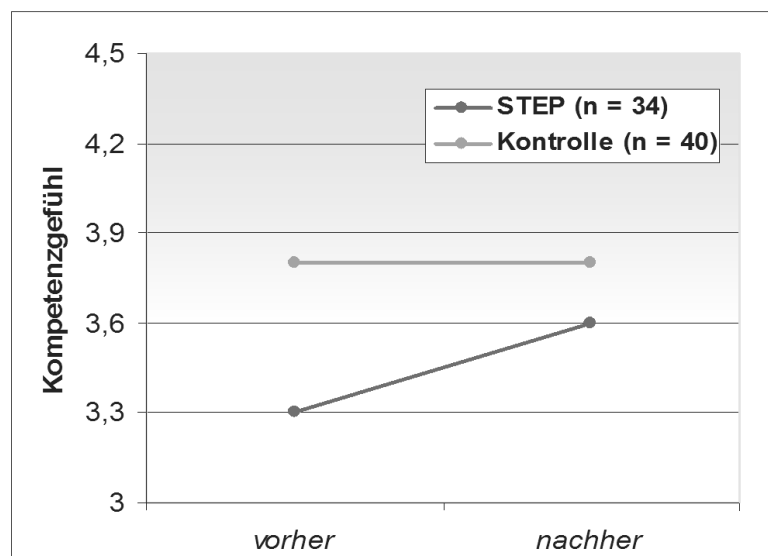
Instrument	Skala
PSI = Parenting Stress Index (R. Abidin 1990/ 1995)	Gefordert-Sein durch das Kind (Demandingness), Bindungsqualität (Attachment), Selbstwirksamkeit und Kompetenzgefühl (Competence)
EFB = Erziehungsfragebogen (dt. Übers. der PS = Parenting Scale von Arnold et al. 1993)	Überreagieren Weitschweifigkeit Nachsichtigkeit
FKE = Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern (dt. Übers. der PSOC Parenting Sense of Competence von Gibeau-Wallston/Wandersman, 1978)	Zufriedenheit mit der Elternrolle

Trainingsbedingte Veränderungen im Erleben der eigenen Elternrolle

Wie die Abbildung 4.1.4/ 1 zeigt, können die STEP-Eltern ihr Vertrauen in die eigenen erzieherischen Fähigkeiten mit Hilfe des Trainings deutlich stärken. Der Anstieg des Kompetenzgefühls in der STEP-Gruppe ist statistisch hoch signifikant⁴⁸. Da in der Kontrollgruppe keine Veränderung festgestellt wurde, ist diese Steigerung bei den Kursteilnehmern als Trainingseffekt zu werten. Bezüglich der Einschätzung ihrer eigenen erzieherischen Kompetenz ist der stärkste Unterschied im Startniveau zwischen STEP- und Kontrollgruppeneltern überhaupt belegt worden. Die Werte der Zweitbefragung sprechen dafür, dass Verunsicherung und Verlust an Selbstvertrauen, mit dem die STEP-Teilnehmer/innen typischerweise in das Training starten, im Kurs rasch aufgefangen werden.

Die Ergebnisse der beiden Messungen der von den Eltern eingeschätzten Bindungsqualität legen nahe, dass die STEP-Eltern am Ende des Kurses eine höhere Bindungsqualität zum Kind erleben als zu Kursbeginn (Abb. 4.1.4/ 2). Der Mittelwertanstieg in der STEP-Stichprobe verfehlt nur knapp die Signifikanzgrenze⁴⁹, die Werte der Kontrollgruppe bleiben konstant.

Abb.4.1.4/ 1: Veränderung des Kompetenzgefühls aus Elternsicht

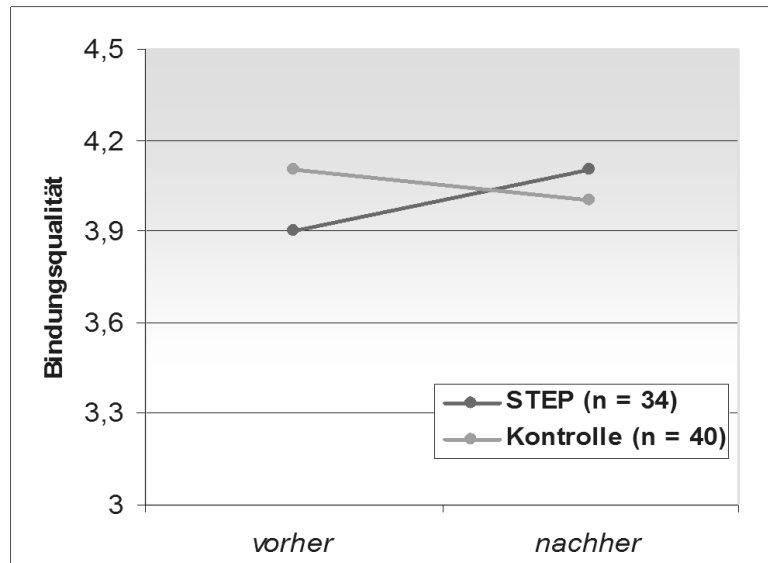


IE: $F_{(df=1)} = 16,78, p < .000$

⁴⁸ getestet mit T-Test auf Mittelwertunterschiede: $T_{(df=32)} = -4,127; p \leq .000$

⁴⁹ $T_{(df=32)} = -1,843; p \leq .075$

Abb.4.1.4/ 2: Entwicklung der Bindungsqualität aus Elternsicht



IE: $F_{(df=1)} = 3,069; p < .084$

STEP:	$M_1 = 3,9$	$M_2 = 4,1$
KG:	$M_1 = 4,1$	$M_2 = 4,0$

Eine ähnliche, jedoch schwächere Veränderung durch das Training zeichnet sich bei der Untersuchung der *Zufriedenheit* als Mutter oder Vater ab (ohne Abbildung). Auch hier steigt das Zufriedenheitsniveau in der STEP-Gruppe leicht an, während die Werte in der Kontrollgruppe stagnieren. Die Mittelwertsveränderung ist zwar nicht signifikant⁵⁰, der direkte Vergleich der Zufriedenheitsveränderung mit der Kontrollgruppe spricht aber zumindest für einen trainingsbedingten positiven Trend in der STEP-Gruppe. Mit einem schwachen Ergebnis bei der Zufriedenheitstestung war jedoch zu rechnen: Bedingt durch das im Training geforderte Einsetzen von Selbstreflexion und Selbstkritik sind Zufriedenheitszuwächse bekanntermaßen schwer zu erzielen. Dies wird durch gleich lautende Befunde anderer Elternkurs-Evaluationen belegt.

Trainingsbedingte Veränderungen des Erziehungsverhaltens/ des Erziehungsstils

Auf der Ebene des Erziehungsverhaltens (kurz: EZ-Verhalten) haben wir die drei Merkmale „Nachgiebigkeit“, „Weitschweifigkeit“ und „Überreagieren“ auf ihre Veränderbarkeit durch das STEP-Training hin überprüft. Ein wirksames Erziehungsstrai-

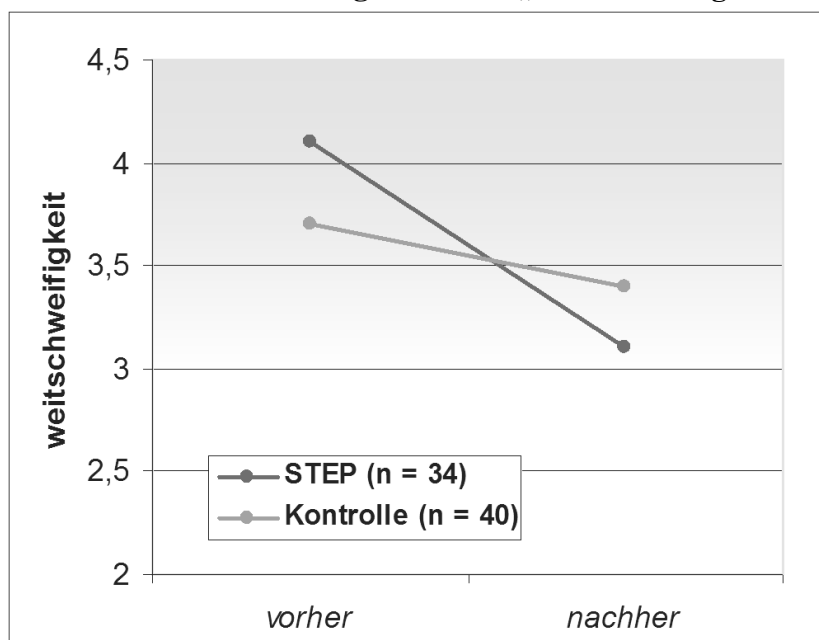
⁵⁰ $T_{(df=32)} = -,999; p \leq .325$

ning sollte in der Regel zur Abnahme dieser „problematischen“ (weil nicht effektiven, nicht entwicklungsförderlichen) Verhaltenstendenzen führen. Die drei Merkmale wurden jeweils über eine siebenstufige Skala (Mittelwert = 4) erhoben.

Wie in Abb.4.1.4/ 3 (umseitig) zu sehen ist, geht die Tendenz zum „langatmigen Diskutieren“ mit dem Kind bei den STEP-trainierten Eltern sehr deutlich, sogar hinter das Kontrollgruppen-Niveau, zurück⁵¹. Der Rückgang der *Weitschweifigkeit* bei den STEP-Kursteilnehmer/innen und die dagegen leichte, nicht bedeutsame Abnahme in der Kontrollgruppe sprechen hier für einen Erfolg des Trainings.

Als besonders deutliches Ergebnis im Rahmen der untersuchten Veränderungen durch STEP ist der trainingsbedingte Rückgang⁵² des *Überreagierens* (beispielsweise) seitens der Eltern gegenüber dem Kind, etwa in Form von Beschimpfen, Lautwerden, oder Vorwürfe machen, herauszustellen. Der Kontrollgruppenvergleich zeigt an, dass dieser Erfolg auf die Teilnahme am Elterntaining zurückzuführen ist (vgl. Abb. 4.1.4/ 4).

Abb.4.1.4/ 3: Erziehungsverhalten „Weitschweifigkeit“



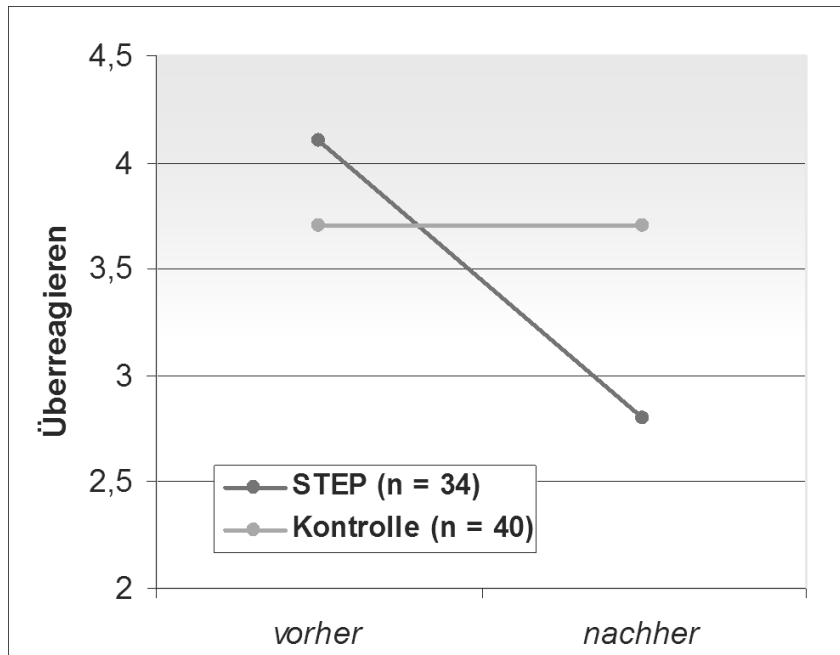
IE: $F_{(df=1)} = 7,401; p \leq .008$

STEP: $M_1 = 4,1 \quad M_2 = 3,1$
 KG: $M_1 = 3,7 \quad M_2 = 3,4$

⁵¹ $T_{(df=33)} = 4,456; p \leq .000$.

⁵² Abnahme hoch signifikant bei $T_{(df=33)} = 10,272; p \leq .000$.

Abb.4.1.4/ 4: Erziehungsverhalten „Überreagieren“



IE: $F_{(df=1)} = 62,318, p \leq .000$

STEP: $M_1 = 4,1$ $M_2 = 2,8$
 KG: $M_1 = 3,7$ $M_2 = 3,7$

Auch die „unerwünschte“ *Nachgiebigkeit* (ohne Abbildung) im Erziehungsverhalten nimmt bei den an STEP teilnehmenden Eltern im Verlauf des Kurses eindeutig ab⁵³. Da diese Tendenz aber im gleichen Zeitraum auch in der untrainierten Kontrollgruppe leicht zurückgeht, kann der Effekt in der STEP-Gruppe nicht mit Sicherheit allein auf das Training zurückgeführt werden.

STEP-spezifische Trainingserfolge

Zusätzlich haben wir „STEP-spezifische“ Veränderungen überprüft⁵⁴, die sich nicht unbedingt auf andere Elterntrainings-Konzepte übertragen lassen. Wir haben diese über eine zu diesem Zweck neu entwickelte Skala abgefragt, die der Besonderheit des Programms Rechnung tragen soll.

Die vorgestellten Ergebnisse basieren auf der Auswertung der Einzelaussagen. Die Itemsammlung umfasst insgesamt 20 Aussagen, die von den Eltern mit Hilfe eines fünfstufigen Antwortschemas („trifft überhaupt nicht zu“ = Wert 1 bis „trifft völlig

⁵³ hoch signifikant bei $T_{(df=33)} = 3,228; p \leq .003$

⁵⁴ Veränderungsziele und Skala entwickelt mit den Praxispartnern.

zu“ = Wert 5) einzuschätzen waren. Ermittelt über einfache Mittelwertsvergleiche ergeben sich für insgesamt zwölf der 20 Aussagen in der befragten Gruppe von Kursteilnehmern Veränderungen in die erwünschte Richtung.

In den Ergebnissen drückt sich zunächst die verbesserte Wahrnehmung des Kindes durch die Eltern aus (Richtung der gemessenen Veränderung in Klammern). Das STEP-Ziel *Verhalten des Kindes verstehen* wird demnach besonders gut umgesetzt:

„Ich erkenne, ob mein Kind eine schwierige Situation gut verkraftet“ (+).

„Dass mein Kind bedrückt ist oder Sorgen hat, habe ich schon oft an seiner Körperhaltung oder seiner Stimme erkannt“ (+).

„Manchmal bin ich mir gar nicht sicher, wie es meinem Kind geht“ (-).

„In manchen Situationen ist mir völlig schleierhaft, warum sich mein Kind so problematisch verhält“ (-).

Das Gleiche gilt für das Ziel *Alternativen in Konfliktsituationen finden*⁵⁵. Hier lässt sich aus drei Ergebnissen schließen, dass im STEP-Kurs alternative Strategien zu Vorwurfshaltung, Verletzung und „Machtkämpfen“ in Erziehungssituationen gefunden werden. Die Ergebnisse decken sich auch mit der zuvor besprochenen Abnahme des Überreagierens.

„Ich weiß recht gut, wie ich „Machtkämpfe“ mit meinem Kind verhindern kann“ (+).

„Wenn mein Kind absichtlich gemein oder verletzend zu mir ist, bleibt mir oft nichts anderes übrig, als auch verletzend oder gemein zu werden“ (-).

„Wenn mein Kind sich an ein wichtiges Versprechen nicht hält, mache ich ihm Vorwürfe“ (-).

Für jeweils zwei von drei Aussagen, die die beiden STEP-Ziele des respektvollen Umgangs mit dem Kind (beispielsweise „Wenn mir mein Kind von seinen Erlebnissen erzählen möchte, setze ich mich zu ihm und höre aufmerksam zu“) und die Ermutigung des Kindes (beispielsweise „Es gelingt mir wirklich gut, mein Kind spüren

⁵⁵ Bei STEP vermittelt durch die Strategien: „Wahlmöglichkeiten geben“ und „Das Unerwartete tun“

zu lassen, dass ich ihm viel zutraue“) repräsentieren, lassen sich in der befragten STEP-Gruppe ebenfalls positive Veränderungen nachweisen.

Schwächer oder nicht nachweisbar waren dagegen Veränderungen, die sich ausdrücklich auf die *eigenen Gefühle* der Eltern beziehen, wie etwa das Erleben von Schuldgefühlen oder Stolz auf die eigene Erziehungsleistung. Eine Ausnahme bildete diesbezüglich die Aussage „Wenn mir die Probleme mit den Kindern über den Kopf wachsen, kann ich mir gut selbst Mut machen“. Hier war der erwünschte Zugewinn bei den STEP-Teilnehmer/innen messbar.

Aufrechterhaltung von Trainingseffekten

Zur Aufrechterhaltung des Trainingserfolges bieten die STEP-Trainer/innen den Kursteilnehmern/-innen regelmäßige Nachtreffen an, um den Eltern auch über den Kurszeitraum hinaus die Möglichkeit zu Erfahrungsaustausch und gegenseitiger Rückmeldung zu geben. Dieses Angebot wird von den Eltern sehr gut angenommen. In unserer Elternbefragung zum Kursabschluss geben 92% der STEP-Teilnehmer/innen an, dass sie an Nachtreffen interessiert sind. Über die Hälfte der Eltern hat am letzten Kursabend die Treffen bereits mit ihrem Kursleiter fest geplant, welche dann zumeist (85%) im monatlichen Rhythmus stattfinden (weniger als einmal monatlich: 13%, sehr selten häufiger: nur zwei Personen treffen sich voraussichtlich alle zwei Wochen).

Die *Nachhaltigkeitsüberprüfung* im Rahmen unserer STEP-Untersuchung erfolgte anhand der Fall-Kontroll-Stichprobe, die sich zum Zeitpunkt der Follow-Up-Befragung, drei Monate nach Beendigung des STEP-Kurses, erneut stark reduziert hatte. In der STEP-Gruppe verblieben für die Veränderungstestung über alle drei Messungen hinweg (= komplette Datensätze) 16 Elternteile, in der Kontrollgruppe sind es 22 Personen. Bei der subjektiv erlebten Erzieherischen Kompetenz blieb der Trainingseffekt für diese Gruppe von STEP-Teilnehmern/-innen erhalten (siehe unten, Abbildung 4.1.4/ 5). Das Gleiche gilt für die Bindungsqualität. Die Zufriedenheit in der Elternrolle ging wieder zurück. Der Trainingseffekt auf das überreagierende Erziehungsverhalten blieb in dieser Gruppe erhalten. Die Nachgiebigkeit nahm tendenziell weiter ab, wohingegen die Weitschweifigkeit wieder leicht zunahm.

Bei allen im Follow Up überprüften Variablen glich sich die Entwicklung in der Kontrollgruppe an die der STEP-Gruppe an. Allein die Selbstreflektion, die mit der

Befragung einherging, könnte bei der Kontrollgruppe zu diesen Veränderungen geführt haben (Testing-Effekt).

Abbildung 4.1.4/ 5 Kompetenzgefühl

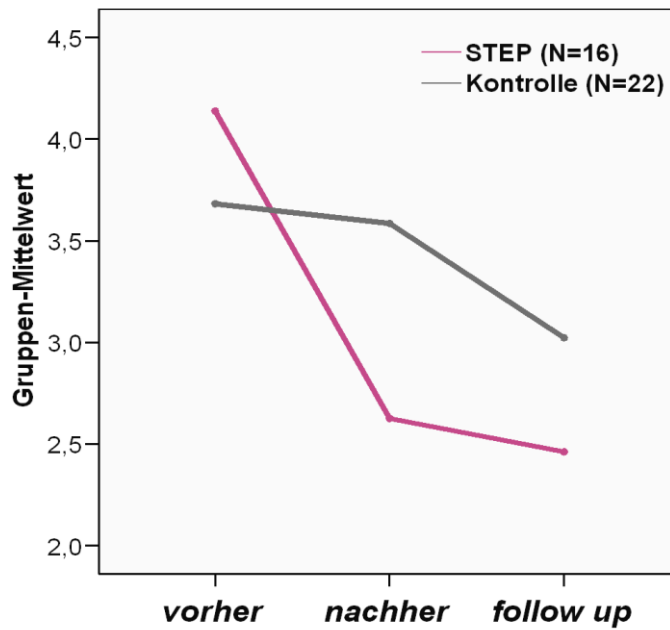
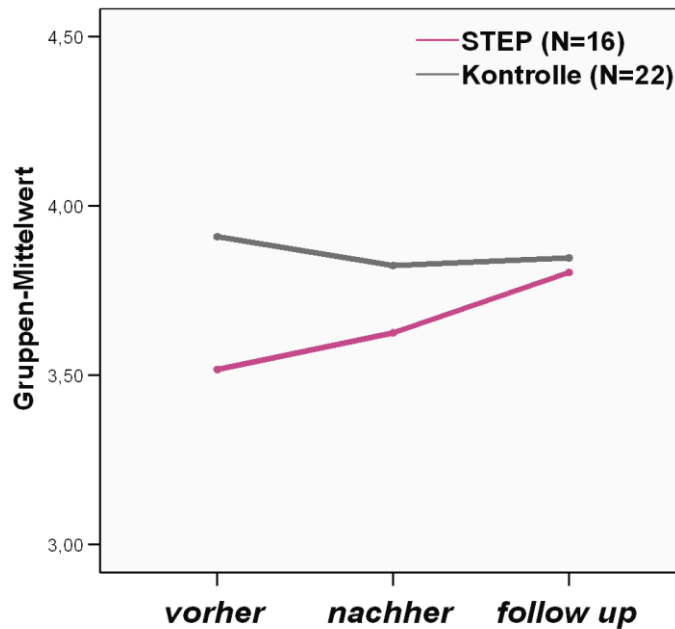


Abbildung 4.1.4/ 6: Überreagieren



4.2 Die Evaluation settingbasierter STEP-Elternkurse

Die Untersuchung settingbasierter STEP-Kurse im Teilprojekt B des BEEP-Projekts hat sich im Speziellen mit der Beteiligung sozial benachteiligter und bislang nicht erreichter Elterngruppen an präventiven Elternkursen befasst. Im Sinne universell-präventiver Angebote, als die sich die modernen Kursprogramme selbst verstehen und im Präventionsspektrum verortet wissen wollen, sollten diese alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen ansprechen und gesundheitlich fördern können – in der Realität aber unterliegen sie dem Präventionsdilemma und erreichen vorwiegend die ressourcenstarken Mittelschichten. Um die Teilhabechancen der überwiegend ausgeschlossenen Elterngruppen zu stärken, erscheint es vielversprechend, Müttern und Vätern aus den schwerer erreichbaren Bevölkerungsschichten den Zugang zu einem Elternkurs durch die Einbindung von Elterntrainingsprogrammen in ein geeignetes Setting zu erleichtern. Eine Reihe solcher Praxismodelle haben wir für BEEP am Beispiel des STEP-Elterntrainings gezielt herausgegriffen und über drei Jahre hinweg wissenschaftlich begleitet. Für verschiedene Settings konnten wir so letztlich den Erfolg der Umsetzung überprüfen und die Bedingungen und Hindernisse für die Beteiligung der fokussierten Elterngruppen näher eingrenzen.

Erwartungen an die Wirksamkeit und Umsetzbarkeit von Elternkursen für vulnerable Zielgruppen

Nach Lage der aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse gelingt es den präventiven Elternkursprogrammen recht gut, die erzieherische Kompetenz der Eltern und darüber auch das Verhalten der Kinder positiv zu beeinflussen. Internationale Übersichtsarbeiten und Metaanalysen belegen die erwünschten Wirkungen sowohl für die Eltern, etwa in Form einer Veränderung von erziehungsrelevanten Einstellungen und Verhaltensneigungen, als auch auf Seiten der Kinder, etwa durch eine Abnahme problematischer kindlicher Verhaltenstendenzen. Die positiven Wirkungen präventiver Elternschulung (Kompetenzstärkung bei den Eltern, Prävention von Verhaltensauffälligkeiten beim Kind) werden in der Literatur als eher schwach bis allenfalls mittelhoch beschrieben⁵⁶, jedoch insgesamt als bedeutsam zusammengefasst (Barlow

⁵⁶ Als Orientierungshilfe: Niedrige bis mittelhohe Effekte bedeuten, dass sich Mütter und Väter mit ihrer Teilnahme an einem präventiven Elterntrainingsprogramm einen etwa 10-30%igen „Vorteil“ (höhere erzieherische Kompetenz, geringere Auftretenswahrscheinlichkeit psychischer Erkrankungen des Kindes) gegenüber nicht teilnehmenden Eltern verschaffen können.

et al. 2005; Lösel et al. 2006). Mit dieser „Wirkungsbilanz“ muss sich das präventive Elterntraining keinesfalls hinter anderen Vorbeugungsstrategien verstecken. Denn für verhaltenspräventive Maßnahmen, die als primärpräventive oder gesundheitsfördernde Strategien auf die Stärkung psychosozialer Ressourcen setzen, fallen die Schätzungen insgesamt verhalten aus, immer wieder bleiben die erhofften Wirkungen sogar gänzlich aus (Beelmann/Bogner 2005).

Erkenntnisse zur Wirksamkeit in vorbelasteten Gruppen

Die Ergebnisse von Metastudien, aus denen allgemeine Wirksamkeitsschätzungen, so auch die oben zitierten Kennwerte, für gewöhnlich hervorgehen, geben immer nur einen recht vagen, allgemeinen Anhaltspunkt. Über die Aussichten eines Erfolgs präventiver Erziehungstrainings speziell in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen ist damit ohnehin nicht viel gesagt, denn die Untersuchungen zu den universellpräventiven Elternprogrammen stützen sich vorwiegend auf bildungsgewohnte, sozioökonomisch gut gestellte Elterngruppen, die nun einmal bisher die typischen Nutzer dieser Elternkursangebote sind (Kluwe/Marzinzik 2007a). Vergleiche zwischen diesen „unvorbelasteten“ Müttern und Vätern („universelle Stichproben“) und höher belasteten Elterngruppen („selektive Stichproben“) belegen, dass die letztgenannten Elterngruppen stärker von ihrer Teilnahme an einem Elternkurs profitieren, als die ressourcenstarken Mütter und Väter. Sofern man sich dabei auf die herkömmlichen Erfolgsmaße bezieht, fallen die erwünschten Veränderungen bei Eltern und Kindern also höher aus als die Erfolge in unvorbelasteten Zielgruppen (Beelmann 2006; Beelmann/Raabe 2007). Denn diese, so der übliche Erklärungsansatz, bringen im Vergleich zu ressourcenstarken Eltern ein *größeres Veränderungspotential* mit (beispielsweise im Erleben von Entlastung oder in der gestärkten Erziehungssicherheit). Dies sprach in unserem Forschungszusammenhang zunächst einmal dafür, dass auch Eltern in sozial benachteiligten Lebenslagen, die in ihrem Alltag zumeist mit erhöhten Belastungen zu kämpfen haben und häufig auf weniger soziale und Bildungsressourcen zurückgreifen können, besonders von diesem Unterstützungsangebot profitieren würden. Bestimmte Ergebnisse aus der KiGGs-Studie geben aber Anlass, solche Erwartungen zu differenzieren und mit verallgemeinernden Aussagen über die „belasteten“ oder „benachteiligten“ Familien, Eltern oder Kinder sehr vorsichtig zu sein. Die KiGGs-Daten sprechen dafür, dass psychosoziale Ressourcen bei einem

sehr niedrigen und auch bei einem sehr hohen Belastungsstatus eine deutlich geringere Schutzwirkung auf das Kind entfalten als im Falle eines mittleren Belastungsniveaus (Erhart/Hölling/Bettge et al. 2007 und Hölling/Erhart/Ravens-Sieberer et al. 2007). Von einer Stärkung psychosozialer Ressourcen, auf die etwa die Life-Skill-Programme für Schüler und eben auch die präventiven Elternkursprogramme abzielen, würden eventuelle solche Kinder am meisten profitieren, in deren Familien ein mittleres Belastungsniveau (Risikopotential) vorherrscht. Geht es aber darum, die gesundheitlichen Chancen auch für Kinder aus hoch belasteten Familien deutlich zu verbessern, wären die Möglichkeiten von Ansätzen zur gezielten Stärkung psychosozialer Ressourcen, so auch des Elterntrainings, eindeutig begrenzt. Hier sind Strategien der Gesundheitsförderung gefragt, die Familien nachhaltig entlasten und gravierenden Risiken, zum Beispiel Armut oder familialer Gewalt, frühzeitig vorbeugen können.

Transfer

Gut belegt ist der Zusammenhang zwischen dem Trainingserfolg der Eltern, vor allem einem veränderten Erziehungsverhalten und einer veränderten Einstellung („Haltung“), und positiven Veränderungen des kindlichen Verhaltens (Lösel et al. 2006). Veränderungen, die bei den Müttern und Vätern festgestellt werden, fallen allerdings fast immer stärker aus, als die auf das Kind bezogenen Erfolge, was die Frage nach dem Transfer positiver Trainingseffekte von den Eltern zum Kind nach wie vor interessant erscheinen lässt (Köhle/Köhle 1986). Mütter und Väter übertragen das Gelernte aus dem Elternkurs in die Familienbeziehungen, wobei sie im Allgemeinen auf sich selbst gestellt sind. Dieser Transfer in die Familie bedeutet also, dass von den Eltern eine anspruchsvolle „Beziehungsarbeit“ geleistet werden muss. So entspricht es der Erwartung, dass sich spürbar positive Veränderungen beim Kind oder bei der als Schutzfaktor so bedeutsamen Eltern-Kind-Bindung und -Beziehung durch die Schulung der Eltern erst mit einiger Verzögerung einstellen (Sekretich/Dumas 1996; allgemeiner: Heinrichs et al. 2002). Da es letztlich von der gelingenden Umsetzung im Familienalltag abhängt, ob die Elternkursteilnahme nachhaltig wirksam ist, das heißt mittel- und langfristig psychosoziale Ressourcen in der Familie gestärkt und auch die Kinder erreicht werden, ist diesen Übertragungsprozessen stets erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken (siehe dazu auch das in dieser Arbeit entwickelte Wir-

kungsmodell, Kapitel 2.4). Insbesondere gilt dies, wie in unserem Untersuchungskontext, für die Arbeit mit Familien, die im Alltag höher belastet sind oder für bildungsgewohnte Personen. Für Mütter und Väter aus diesen Familien wird es womöglich größere Anstrengungen erfordern, die Lerninhalte und die Anregungen aus dem Elternkurs im Alltag umzusetzen. Die Frage nach einer nachhaltigen Elternschulung in Anbetracht erhöhter Familienbelastung⁵⁷ (beziehungsweise geringerer Ressourcen) haben wir in die BEEP-Evaluation des Teilprojekts B eingeschlossen.

Bedeutung der Gruppe

Die Bedeutung der Gruppe als soziale Ressource für die Elternkursbesucher hat uns im Zusammenhang mit den fokussierten sozial benachteiligten Zielgruppen, zu denen beispielsweise sozial isoliert lebende oder alleinerziehende Elternteile gezählt werden, besonders interessiert (siehe dazu auch Kapitel 2.4). Zu vermuten war, dass die Gruppe für viele dieser Eltern von besonderem Wert sein würde, wenn es im Lebensalltag an sozialer Unterstützung, Kontakt und Austausch mangelt. Ob und wie das Lernen oder das Miteinander in der Kursgruppe aus Sicht der teilnehmenden Mütter und Väter gesundheitsfördernde Wirkungen erzeugt, war deshalb in unsere Fragestellungen eingeschlossen.

Probleme des Zugangs und der Umsetzung in sozial benachteiligten Gruppen

Unter Bezugnahme auf das generelle Präventionsdilemma in der präventiven Elternbildung äußern sich Bauer & Bittlingmayer (2005) kritisch zur eingeschränkten Reichweite elternbezogener Präventionsprogramme. Eine geringere Inanspruchnahme von Elternbildungsangeboten durch Eltern aus der Unterschicht geht auch aus der deutschlandweiten Struktur-Evaluation von Lösel, Schmucker, Plankensteiner & Weiß (2006) hervor. Die umfassende Untersuchung familienorientierter Präventionsangebote⁵⁸ in verschiedensten Einrichtungen (beispielsweise Beratungsstellen, Familienbildungsstätten oder Selbsthilfe-Vereinen) gibt einen groben Anhaltspunkt zur Beurteilung der Beteiligung von Eltern aus unterschiedlichen sozialen Schichten. Unter den Nutzern aller Angebote kamen 46% der Eltern aus der unteren Mittel-

⁵⁷ Belastungen sind hier definiert über das Vorhanden-Sein empirisch belegter Risikofaktoren, etwa eine Verhaltensauffälligkeit des Kindes oder eine Mutterschaft im Teenageralter.

⁵⁸ Neben Elternkursen etwa auch Erziehungsberatung, Paarberatung, Mutter-Kind-Gruppen, Geburtsvorbereitungskurse oder Elterntreffs. N = 883 Einrichtungen in ganz Deutschland.

schicht sowie 39% aus der oberen Mittelschicht und Oberschicht. Dagegen waren nur zu 15% Elternteile aus der Unterschicht beteiligt. Lediglich für 8,5% aller Maßnahmen gaben die befragten Einrichtungen an, dass daran überwiegend Klientel aus der Unterschicht teilnehme. Im Vergleich mit allen anderen Angeboten werden gerade *Elternkurse* besonders *selten* von Müttern und Vätern aus der Unterschicht besucht. Ähnlich schwach ist deren Beteiligung bei Geburtsvorbereitungskursen, noch schlechter nur bei den Paartherapien.

Es gibt Hinweise darauf, dass auch die *Umsetzung* von Elternbildungsangeboten mit sozial benachteiligten Eltern unter Praxisbedingungen erschwert ist. Vor allem bei intensiven Maßnahmen wie den Elterntrainings werden höhere Abbruchquoten berichtet (Prinz/Miller 1994; Snell-Johns et al. 2004).

Zusammengenommen belegen diese Befunde den erschwerten Zugang zu Elternbildungsprogrammen für sozial benachteiligte, vor allem bildungsferne Gruppen der Bevölkerung und lassen Zweifel an der Bedarfsgerechtigkeit für die ausgeschlossenen Elterngruppen aufkommen.

Vor der Entstehung des BEEP-Projekts wurden die gesundheitsfördernden Wirkungen des STEP-Elterntrainings im Rahmen einer Programmevaluation belegt (Marzinzik/Kluwe 2007a, 2007b).⁵⁹ Gleichzeitig ließ sich aber an unserer damaligen Untersuchungsstichprobe auch das Präventionsdilemma deutlich ablesen. Die von freiberuflichen Trainern über „Kommstrukturen“⁶⁰ angebotenen Kurse wurden vorwiegend von Eltern aus der oberen Mittelschicht genutzt, während die hochschwelligeren Angebote viele Elterngruppen, vor allem solche aus sozial benachteiligten und bildungsfernen Bevölkerungsschichten, kaum zu erreichen schienen. Ganz offensichtlich haben letztere nicht die gleichen Chancen, an einem solchen Kursangebot teilzunehmen. Möglich ist, dass sie diese Angebote nicht ansprechen oder sie nicht zu ihrem Bedarf passen. Mit dem BEEP-Projekt wollten wir uns auf Modelle konzentrieren, die das Potential besitzen, dieses Dilemma zu überwinden.

⁵⁹ In Deutschland lag das Augenmerk der Forschung neben den Wirkungskriterien der Ergebnisevaluation von Beginn an auch auf den strukturellen und kontextuellen Faktoren.

⁶⁰ Die Elternkurse werden über den freien Weiterbildungsmarkt angeboten. Werbung erfolgt beispielsweise über die lokale Presse, das Verteilen von Flyern an Schulen etc.

Erkenntnisse zum Einsatz von STEP in vulnerablen Zielgruppen

Wissenschaftliche Ergebnisse zur Wirksamkeit von STEP, die sich speziell auf sozial benachteiligte und andere vulnerable Zielgruppen beziehen, liegen bis dato nur aus den USA vor. Neben der universellen Ansprache von Familien wenden sich die STEP-Kurse dort schon seit langem auch an Eltern aus unterprivilegierten Bevölkerungsschichten, an Minoritäten wie einzelne Migrantengruppen, drogenabhängige Eltern und Alleinerziehende oder an Familien, in denen die Kinder bereits spezielle Auffälligkeiten oder Entwicklungsverzögerungen zeigen. Diese und andere vulnerable Bevölkerungsgruppen sind als Untersuchungsstichproben in ein US-amerikanisches Survey mit 61 STEP-Evaluationsstudien eingeschlossen (Gibson 1999). Diese Quelle spiegelt die Breite der Anwendung von STEP gut wider und spricht für eine hohe Flexibilität und Generalisierbarkeit des STEP-Programms. Im Rahmen des BEEP-Projekts galt es nun, unter anderem zu überprüfen, ob sich dieser Befund auch auf die Umsetzung in Deutschland übertragen lässt.

4.2.1 Fragestellungen und Methodik der wissenschaftlichen Begleitung

In der Elternbildungspraxis haben sich die Bemühungen um niedrigschwellige Formate und Zugänge sowie um Elternkurse für spezifische Zielgruppen in den letzten Jahren noch einmal deutlich verstärkt. Auch bei STEP sind, vorwiegend aus dem in der Praxis beobachteten Bedarf heraus, Elternbildungsangebote entstanden, die sich an spezielle Zielgruppen richten und/oder auf bestimmte Settings zugeschnitten sind (beispielsweise Kurse für psychisch erkrankte Eltern, Elternkurse an Schulen). Im Rahmen des BEEP-Projekts haben wir verschiedene Praxisbeispiele zur vertiefenden Evaluation herausgegriffen. Allen diesen Projekten gemein ist, dass sozial benachteiligte beziehungsweise bislang ausgeschlossene Elterngruppen prinzipiell gut erreicht werden können, wenn das STEP-Programm fest in Settings verankert ist. Eine Vielzahl von Umsetzungsbeispielen (Projekten/STEP-Angeboten), die sich über verschiedene Regionen und Praxisfelder erstreckten, war somit in die Untersuchung eingeschlossen. Im Folgenden werden die von uns wissenschaftlich begleiteten Praxismodelle kurz vorgestellt.

STEP-Kurse in der Kommune Celle, in der die Kooperation zwischen dem Elternbildungsangebot sowie Schule, KiTa und Erziehungshilfe angestrebt wird. Die Region Celle blickt bereits auf eine längere Tradition präventiver Elternbildung mit STEP zurück. Neuartig und aus unserer Sicht vielversprechend ist das seit dem Jahr 2005 gezielte und koordinierte Engagement für sozial benachteiligte Elterngruppen, bei dem unterschiedliche Träger und Einrichtungen der Kommune zusammenwirken.

STEP-Kurse an Berliner Hauptschulen – vorwiegend „Brennpunktschulen“ – im Rahmen zweier Modellprojekte (Berliner LISUM und Berliner Senat/VHS City West). Die schulgebundenen Kurse verfolgen spezifische Zielsetzungen (Stärkung der Elternbeteiligung). Es handelt sich um ein Untersuchungsfeld mit sehr heterogenen Elterngruppen und Problemlagen der Mütter und Väter, aber auch der Jugendlichen.

„STEP-Tandem“ im Landkreis Göttingen ist eine zielgruppenspezifische Weiterentwicklung des STEP-Programms. Das Elternkurs-Angebot richtet sich an Mütter und Väter aus Familien, die von der Jugend- und Familienhilfe unterstützt werden. Es wird in enger Kooperation mit der sozialpädagogischen Familienhilfe und dem Jugendamt des Landkreises umgesetzt.

Anhand der aufgeführten Praxismodelle sollten die Bedingungen für eine erfolgreiche Beteiligung sozial benachteiligter Elterngruppen an Elternkursen näher untersucht werden, um letztendlich folgende Fragen zu klären:

- *Wie kann ein Elternkursangebot entstehen, das auf die Bedürfnisse der Eltern und die Möglichkeiten des Settings abgestimmt ist?*
- *Was ist notwendig, damit Mütter und Väter das neue Elternkursangebot in Anspruch nehmen – zur eigenen Zufriedenheit und mit objektivem Gewinn?*
- *Was sind Hindernisse der Inanspruchnahme und/oder erfolgreichen Teilnahme und wo liegen die Grenzen der Erreichbarkeit?*

Die besondere Herausforderung lag in Anbetracht der Individualität und Vielfalt der oben genannten Untersuchungsfelder nun auf der einen Seite darin, diese essentiellen

Forschungsfragen trotz erheblich variierender Ausgangsbedingungen und Zielsetzungen in den Settings möglichst allgemeingültig zu beantworten. Auf der anderen Seite forderte jedes Praxisfeld (beispielsweise das der Schulen oder das der Jugend- und Familienhilfe) und jedes einzelne Setting (beispielsweise eine bestimmte Hauptschule) seine eigenen Antworten. Die Akteure in den Settings wollen schließlich den Erfolg des eigenen Projekts vor Ort einschätzen sowie ihr Angebot verbessern und weiter entwickeln. Um praxisrelevante Forschungsergebnisse hervorzubringen, musste die wissenschaftliche Evaluation der Elternkursangebote deshalb auch und gerade die speziellen Ziele, Voraussetzungen und Fragestellungen in den Settings und nicht zuletzt die dort vertretenen Elterngruppen berücksichtigen.

Kriterien für die Untersuchung von Elternkursangeboten im Setting

Was ein Elternkursangebot in einem gegebenen Setting bezüglich der oben formulierten BEEP-Zielsetzungen leisten kann, lässt sich nicht auf der Programmebene klären. Es handelt sich um ein *implementiertes* Programm. Seine Eigenschaften, wie hier etwa die Wirksamkeit von STEP, stellen nur einen Aspekt dar, von dem ein Erfolg im Setting abhängt. Darüber hinaus entscheiden etwa die Art der Verankerung, die Ansprache der Eltern, die Abstimmung des Formats und die Konditionen der Inanspruchnahme darüber, ob das Angebot seine Passgenauigkeit im Setting (Tragbarkeit) und für die zu erreichenden Mütter und Väter (Bedarfsgerechtigkeit) finden wird. Implementationsfaktoren dieser Art, über die bislang noch viel zu wenig bekannt ist, sollten entsprechend als Schlüssel zur Angebotsqualität aufgefasst und systematisch untersucht werden (Glattacker/Jäckel 2007, Durlak/DuPre 2008; O'Connell/Boat/Warner 2009). Bei BEEP konzentrierten wir uns deshalb auf das gesamte Angebot als Untersuchungsgegenstand.

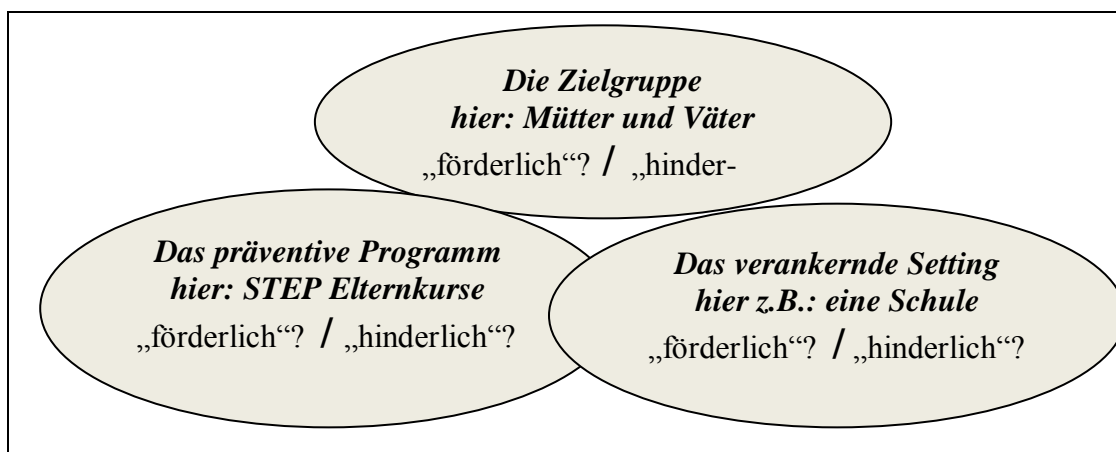
Glattacker und Jäckel (2007) empfehlen, nicht länger ausschließlich darauf zu fokussieren, ob „die Maßnahme wirkt“. Stattdessen seien förderliche oder hinderliche Faktoren in der Einführung und Umsetzung der Maßnahme zu identifizieren, wobei der Blick auf sechs Betrachtungskategorien zu richten sei:

- Die *Intervention* selbst (hier etwa die Machbarkeit oder Attraktivität der STEP-Angebote)
- Die *Durchführenden* (hier etwa das Wissen oder die Motivation der Kursleiter/innen)

- Die *Zielgruppe* (hier sind es die Mütter und Väter)
- Der *kollegiale Kontext* (hier etwa die Meinung der Kollegen/-innen zur Durchführung von Elternkursen)
- Der *organisatorische Kontext* (strukturelle Bedingungen wie etwa Ressourcen oder die verfügbare Arbeitszeit)
- Der *ökonomisch-politische Kontext* (etwa finanzielle Ressourcen)

Diesem umfassenden Blick wollten wir uns in unserem Vorgehen bei der Evaluation von settinggebundenen STEP-Elternkursen möglichst weit annähern. Als schwierig erwies sich bei diesem Vorhaben allerdings die erhöhte Komplexität des Untersuchungsgegenstands. Es bestand zunächst ein Systematisierungsbedarf, denn die vorrangige explizite Untersuchung dieser Faktoren im Bereich von Elternkursen erfolgte, wie bereits erwähnt, bisher nicht. Erst im Anschluss daran ließen sich Gütekriterien für die Gestaltung des Angebots und adäquate Kriterien des Umsetzungserfolgs ableiten. Um den Vorschlag von Glattacker und Jäckel auf unser Beispiel des präventiven Elternbildungsprogramms im Setting zu übertragen und auf unsere Untersuchungsschwerpunkte (besondere Zielgruppen und Settings) hin anzupassen, haben wir uns für ein Dreier-Schema entschieden, das alle der oben genannten sechs Kategorien einschließt. Es berücksichtigt förderliche und hinderliche Faktoren für die Einbindung und hilfreiche Inanspruchnahme von Elternkursen auf der Ebene des Elternkurs-Programms, auf der Ebene des das Programm bindenden Settings und auf der Ebene der Zielgruppe. Die folgende Abbildung verdeutlicht das Vorgehen.

Abbildung 4.2.1/ 1: Analyseebenen zur Untersuchung settinggebundener Elternkurse



Der folgende erste Abschnitt stellt zunächst alle Praxismodelle vor, die untersucht wurden. Die vergleichende Darstellung konzentriert sich auf die Art der Verankerung des STEP-Programms in den Settings und analysiert die daraus entstehenden Elternkurs-Angebote. Gegenstand der Analysen sind die strukturellen und kontextuellen Umsetzungsbedingungen, die sich für die Akteure im Setting (hier: STEP-Kursleiter) ergeben, und die Zugangsqualitäten, die aus Sicht der Eltern entstehen. Anhand der Ergebnisse zur Reichweite und Inanspruchnahme wird dann auf der allgemeinsten Ebene die Forschungsfrage beantwortet, inwiefern diese settinggebundenen STEP-Elternkurse die Beteiligung bislang nicht erreichter Elterngruppen fördern.

4.2.2 Analyse der Angebotsstruktur und der erzielten Reichweite

Die Umsetzung von STEP-Kursen in Kooperation mit Settings wie Schulen, KiTas und Familienhilfe entspricht einer settingbasierten Programm-Implementierung, so wie sie im zweiten Kapitel dieser Arbeit in Abgrenzung zum „echten“ Settingansatz beschrieben wurde (vgl. Kapitel 2.5). Entsprechend wird das Setting einfach als sozialen Handlungskontext von Akteuren aufgefasst und der Begriff hier beispielsweise auch für das Feld der Jugend- und Familienhilfe verwendet. In einigen Fällen grenze ich das verankernde Setting (in welche Trägerstrukturen/Institution ist das Programm eingebunden?) vom Zugangssetting (wo genau werden die Eltern angesprochen?) ab, nämlich wenn diese nicht zusammenfallen.

Die Evaluation umfasst eine Vielzahl verankernder Strukturen und Settings, Elterngruppen sowie STEP-Programmkonzepte. Die Tabelle 4.1.4/ 1 zeigt im Überblick, wo die untersuchten Elternkurse eingebunden sind, auf welchem Weg das Angebot die Eltern dort erreicht und welche Qualitäten des Angebots sich in puncto Zugang und Ansprache ergeben.

Tabelle 4.2.2/ 1: In die Untersuchung eingeschlossene Elternkursangebote

Setting	Ort/Angebot	Form der Verankerung	Zugang und Ansprache im Setting
Schule	Berlin Haupt- schulen STEP- Elternkurse	Zwei Verankerungs-Modelle; STEP-Kurse sind ins Schulsetting eingebunden durch <ul style="list-style-type: none"> • Kooperation STEP/Schule: selbstständig tätige externe Kursleiterin führt Kurse in der Schule durch • Kompetenzbindung im Setting: eine schulinterne Kursleiterin gestaltet das Angebot neben ihrer Tätigkeit als Lehrerin oder Schul-Sozialarbeiterin an der betreffenden Schule 	<ul style="list-style-type: none"> • das Angebot richtet sich (primär) an Eltern der 7.- Klässler/innen⁶¹ • Info beim Einschulungsgespräch und in schriftlicher Form • Kursleiterinnen stellen STEP persönlich vor (Elternabende, Tag der offenen Tür, Feste) • andere Schul-Mitarbeiter empfehlen Eltern die Kurse • geringfügige Unkostenbeiträge (10 - 30 €)
Diverse KiTa, Schule, Familienhilfe	Stadt Celle (Landkreis Celle) STEP- Elternkurse	<ul style="list-style-type: none"> • Vielfältige Anbindung durch trägerübergreifende Kooperation unter kommunalem Dach • Nebenberuflich tätige STEP-Trainer/innen (Lehrer/innen, Erzieher/innen) führen Kurse an Schulen und Kitas durch; der Caritasverband⁶² bietet die Kurse in seinen Einrichtungen an. 	<ul style="list-style-type: none"> • Komm-Strukturen (Presse, Flyer, Internet) • Persönliche Ansprache an Schulen, Kitas, Einrichtungen des Caritasverbandes • Persönlich bei Hausbesuchen durch ASD-Mitarbeiter oder Familienhelfer (Caritasverband) • Kostenfrei über das Jugendamt, vergünstigt über die Kommune
Jugend- und Familienhilfe	Landkreis Göttingen „STEP- Tandem“	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperation zwischen selbstständig tätiger STEP-Trainerin, Jugendamt und Familienhilfe-Träger • Umsetzung in Assoziation mit Sozialpädagogischer Familienhilfe (SPFH) • Jugendamt des Landkreises erwirbt den Elternkurs und nimmt ihn in das Maßnahmenpektrum der Hilfen zur Erziehung nach §§ 27ff. SGB VIII auf 	<ul style="list-style-type: none"> • Zugang über häusliches Setting/Familie; • Familienhelfer/innen oder ASD-Mitarbeiter (Jugendamt) empfehlen Klienten/-innen den Kurs persönlich • Begleitete Teilnahme: Familienhelfer/in und Eltern besuchen den Kurs gemeinsam • Die Teilnahme ist kostenlos

⁶¹ Schulwechsel in Berlin nach der 6.Klasse

⁶² Freigemeinnütziger Jugendhilfe-Träger in Celle

STEP-Elternkurse an Berliner Hauptschulen

Die Praxisbeispiele der im Setting Hauptschule untersuchten STEP-Elternkurse verteilen sich auf zwei unterschiedliche Verankerungs-Modelle, die wir nach Art der Einbindung des Programms als „interne“ und „externe“ Anbindungsformen voneinander unterscheiden. Im ersten Modell ist die STEP-Kompetenz direkt an das im Setting tätige Personal gebunden: eine Lehrerin oder Schul-Sozialarbeiterin der Schule, die über eine STEP-Ausbildung verfügen, bieten die Kurse an. Das zweite Modell hat sich an drei Hauptschulen im Berliner Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf etabliert. Elternkurse werden dort von „externen“, freiberuflich tätigen Kursleiterinnen in Kooperation mit den Schulen umgesetzt. Das interne Verankerungsmodell ist aus der Initiative des Berliner LISUMs entstanden (Modellprojekt an 15 Berliner Schulen). Das externe Charlottenburger Elternkurs-Modell ist Teil eines stadtteilbezogenen Eltern-Projekts, das von der Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport angestoßen wurde. Näheres zu den Projekten folgt im Text weiter unten.

Das Berliner Schulsystem weist im Vergleich zu anderen Bundesländern einige Besonderheiten auf. Der Wechsel auf die weiterführenden Schulen erfolgt, anders als in den anderen Bundesländern, erst mit der siebten Klasse. Aufgrund schwindender Schülerzahlen an den Hauptschulen und um die Durchlässigkeit des Schulsystems zu erhöhen, werden Haupt- und Realschulen zum Teil zusammengefasst (Schulstrukturreform 2010/2011). Des Weiteren befinden sich viele weiterführende Schulen seit 2005 in der Übergangsphase zur Ganztagschule. Diese Umstrukturierung geht mit einschneidenden Veränderungen für das lehrende Personal einher, etwa mit einer veränderten Unterrichtsstruktur oder dem Einsatz von neuem Personal (beispielsweise Erzieherinnen), und somit einer Veränderung der eigenen Arbeitsstruktur und des früheren Einsatzbereiches. „Die“ Hauptschule in Berlin gibt es nicht. Stattdessen existiert eine Vielzahl verschiedener Schulformen, von denen sich viele in Übergangsphasen befinden und in sozial unterschiedlich strukturierten Stadtteilen/Quartieren mit ihren kleinräumigen Besonderheiten liegen. Seit 2006 sind an allen Hauptschulen Berlins Schul-Sozialarbeiter/innen beschäftigt. Den Schulen stehen damit ein erweitertes Kompetenzspektrum und zusätzliche personelle Kapazität zur Verfügung.

Das schulinterne Verankerungsmodell

Die Initiative für dieses STEP-Elternkursangebot an Berliner Hauptschulen sowie die Finanzierung der Fortbildung stützen sich auf die Initiative des Landesinstituts für Schule und Medien (LISUM) in Berlin, das 2005 zunächst 20 Ausbildungsplätze für die Fortbildung zur STEP-Trainerin ausschrieb, um die sich die Berliner Hauptschulen bewerben konnten. Die angenommenen Bewerberinnen wurden in Kooperation mit dem InSTEP Weiterbildungsinstitut und Frau Schmoll (Schulleitung und Elternseminare/Nikolaus-August-Otto-Schule, vgl. im Anschluss) ausgebildet. 21 Lehrerinnen und Schul-Sozialarbeiterinnen nahmen 2005/2006 an dieser Ausbildung teil und führten im Herbst 2006 ihre ersten Elternkurse durch. In der Ausbildungsphase und während der ersten Umsetzungsphase wurden die Elternkursleiterinnen supervisorisch von Frau Schmoll angeleitet. Die Finanzierung der Ausbildung trug zum größten Teil (2/3) das LISUM, das restliche Drittel zahlten die Schulen selbst. Alle über das LISUM ausgebildeten STEP-Elterntrainerinnen geben die Kurse an der Schule, an der sie selbst als Lehrerin oder als Schul-Sozialarbeiterin tätig sind. Sie haben das STEP-Elternkurs-Angebot zunächst an insgesamt 13 Hauptschulen und einer Grundschule (nicht in der Evaluation) aufgebaut.

Den Lehrerinnen wird die Kursleitertätigkeit indirekt über Abminderungsstunden vergütet (ein bis zwei Wochenstunden, Freizeitausgleich). Träger des Elternkursangebotes sind in diesen Fällen also die Schulen selbst. Die Schul-Sozialarbeiterinnen aus der LISUM-Gruppe werden von den Bezirksjugendämtern gestellt. Die Sozialarbeiter-Stellen werden zum überwiegenden Teil aus öffentlichen Mitteln finanziert, es gibt jedoch auch private Stiftungen, Vereine und stadtteilbezogene Projekte, die den Einsatz der Elterntrainerinnen (mit-) finanzieren. In die Bielefelder Evaluation waren insgesamt sechs der Schulen mit interner Anbindung des STEP-Programms eingeschlossen (vgl. Tabelle 4.2.2/ 2).

Das externe Verankerungsmodell

An zwei weiteren Hauptschulen und einer verbundenen Haupt- und Realschule sind als Elterntrainerinnen zwei externe Fachkräfte (eine Sozialpädagogin und eine Lehrerin) im Einsatz. Diese drei Schulen (Oppenheim-Schule, Rudolf-Diesel-Schule und Pommern-Schule) sind über das Projekt „Arbeit mit Eltern an Hauptschulen zur Verbesserung der Zukunftschancen ihrer Kinder“ im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf

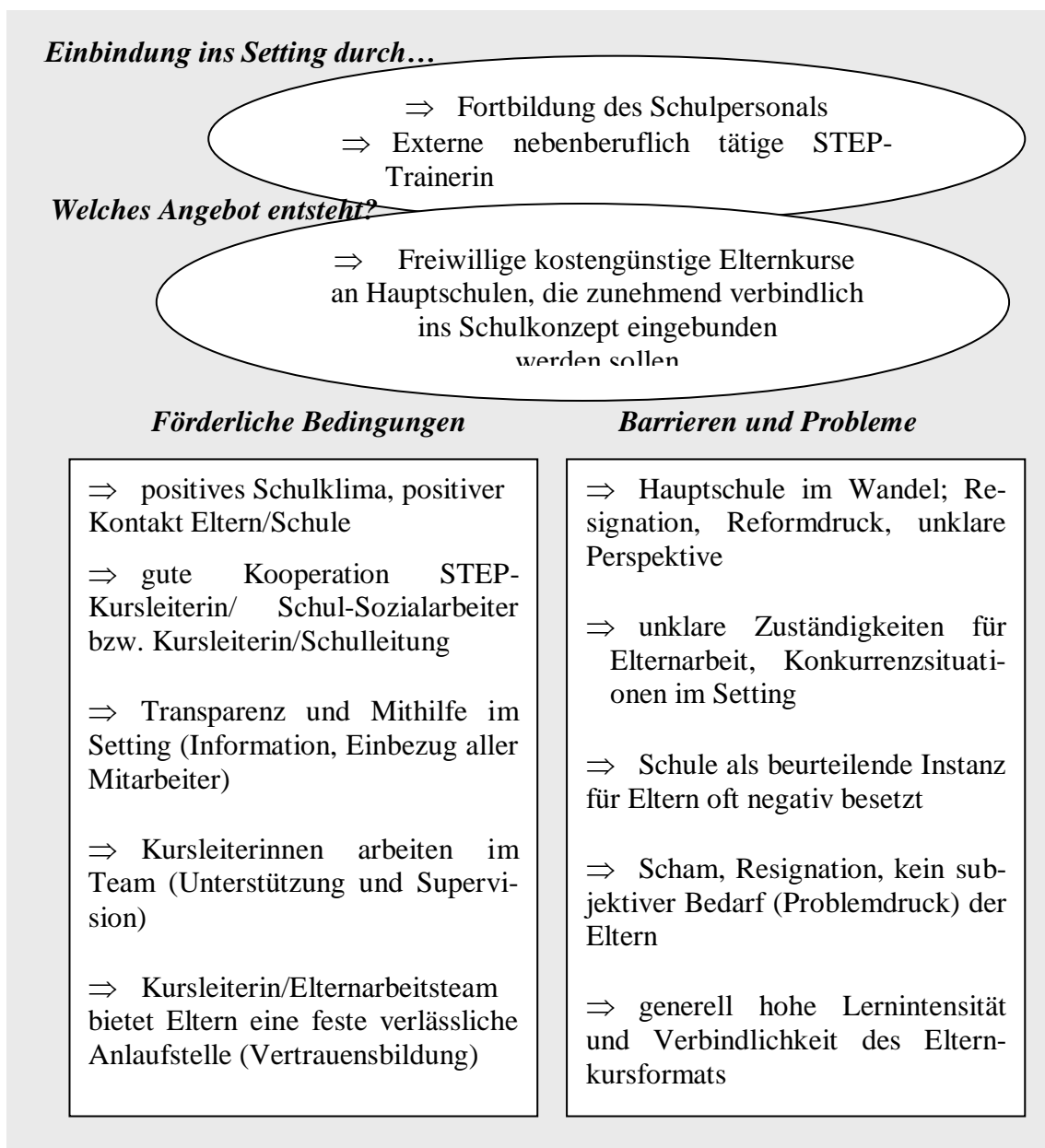
miteinander verbunden, das von der Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport und der Volkshochschule „City West“ ins Leben gerufen wurde. Ziel war es, ein vernetztes Projekt zwischen Hauptschulen, der Volkshochschule, dem Bezirksjugendamt und der Senatsverwaltung zu schaffen. Die Pilotphase startete im September 2006. Elternkurse sind nur eines der Angebote (mit Sprachförderung und Kinderbetreuung), die eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Schule und Elternhaus anstoßen sollen. Die selbstständig tätige Kursleiterin wird über die VHS City West entlohnt, die wiederum zu diesem Zweck eine Spende des Lion's Club Charlottenburg erhält. Sie gibt Elternkurse an der Oppenheim-Schule und an der Rudolf-Diesel-Schule.

Tabelle 4.2.2/ 2: STEP-Elternkursangebote an Berliner Hauptschulen

In die Evaluation einbezogene Schulen		Umsetzung der STEP Elternkurse
Verankerungsmodell Externes	Rudolf-Diesel-Oberschule Hauptschule (Charlottenburg-Wilmersdorf)	STEP-Kursleiterin (Sozialpädagogin)
	Oppenheim-Oberschule Verbundene Haupt- und Realschule (Charlottenburg-Wilmersdorf)	
	Pommern-Oberschule Hauptschule (Charlottenburg-Wilmersdorf)	STEP-Kursleiterin (Lehrerin), Tandempartner
Verankerungsmodell Internes	Heinrich v. Stephan-Oberschule Integrierte Haupt- und Realschule (Mitte)	Lehrerin (STEP)
	Oberschule am Brunnenplatz Hauptschule (Mitte)	Lehrerin (STEP), Tandempartner
	Johannes-Falk-Schule Hauptschule Marzahn-Hellersdorf	Lehrerin (STEP), Tandempartner
	Paul-Löbe-Schule Hauptschule (Reinickendorf)	Schul-Sozialarbeiterin und Lehrerin (STEP) im Team
	Werner-Stephan-Oberschule Hauptschule (Tempelhof-Schönefeld)	Zwei Lehrerinnen (STEP) im Team
	Gustave-Eiffel- Oberschule Verbundene Haupt- und Realschule Pankow (Prenzlauer Berg)	Zwei Schul-Sozialarbeiterinnen (STEP) im Team

In einer etwas anderen, erweiterten Form wird das externe Modell an der Pommern-Schule umgesetzt. Die dort tätige STEP-Kursleiterin, hauptberuflich Lehrerin an der benachbarten Abend-Hauptschule, ist für die gesamte Elternarbeit an der Schule verantwortlich. Ihr werden sechs Wochenstunden vergütet, womit ihr mehr Zeitrressourcen zur Verfügung stehen als den anderen Kursleiterinnen an den evaluierten Schulen. Zudem führt sie die STEP-Kurse gemeinsam mit einer Tandem-Partnerin durch.

Abbildung 4.2.2/1: Implementation des STEP-Programms an Berliner Hauptschulen



An der Evaluation waren alle drei Charlottenburger Modellschulen beteiligt. Über die externe und interne Verankerungsform hinweg umfasst unsere Untersuchungsstichprobe⁶³ eine Vielzahl von Kursleitungs-Modellen: verschiedene mono- und interprofessionelle Kursleiterinnen-Paare, Kursleiterinnen mit „Tandem-Partner“ und allein arbeitende Kursleiterinnen. Dem Tandem-Modell (Tandempartner hat keine STEP-Ausbildung; er assistiert, unterstützt und gibt Feedback), im LISUM-Projekt ursprünglich für alle Schulen angedacht, haben es einige vorgezogen, an der Seite einer gleichberechtigten Kursleiterin zu arbeiten. Die zusätzlichen Ausbildungskosten haben sich die Frauen entweder mit der Schule geteilt oder vollständig selbst übernommen. Das häufigste Modell ist in unserer Stichprobe das der Kursleiter-Paare (zwei Lehrerinnen, zwei Schul-Sozialarbeiterinnen und ein interprofessionelles Team), die übrigen Kursleiterinnen sind Lehrerinnen und bestreiten die Kurse mit einem Tandem-Partner.

Welche Elterngruppen besuchen die STEP-Kurse an Berliner Hauptschulen?

Die hier angegebenen Schätzungen zur Reichweite basieren auf rund 150 Elternteilen, deren Teilnahme im Untersuchungszeitraum dokumentiert wurde. Demnach erreichen die STEP-Trainerinnen an den Berliner Hauptschulen unterschiedlichste Elterngruppen. Je nach Einzugsgebiet und Stadtteil nehmen hier Eltern aus der unteren Mittelschicht oder Unterschicht an den STEP-Kursen teil, die überwiegend über die Mittlere Reife oder einen Hauptschulabschluss verfügen. Viele Teilnehmer/innen leben an der Armutsgrenze. Häufig nutzen solche Eltern das STEP- Training, die mit sehr belastenden Familiensituationen konfrontiert sind (z.B. Trennung, viele Kinder oder Erkrankung des Partners) und/oder ein Kind haben, bei dem psychische Auffälligkeiten vorliegen.

Alleinerziehende Elternteile (überwiegend Mütter) sind die Elterngruppe mit der höchsten Präsenz unter allen Kursbesuchern. Sie sind in vielen Kursen zu mindestens 50%, in einigen Kursen sogar ausschließlich vertreten. Auch Väter und Eltern mit Migrationshintergrund (Anteile je bis zu 1/3, meist aber darunter) nehmen das STEP-Angebot wahr, wobei die Beteiligung dieser beiden Bevölkerungsgruppen zwischen den Kursen sehr stark schwankt. Die im Untersuchungszeitraum teilnehmenden Migrantinnen und Migranten stammen hauptsächlich aus der Türkei, aber auch aus Po-

⁶³ Grundgesamtheit der weiterführenden Schulen aus beiden Modellprojekten = 16 Schulen.

len, dem Irak oder dem ehemaligen Jugoslawien. Unabhängig von Schulbildung, Herkunft und Geschlecht beschreiben die Kursleiterinnen selbst das Gros ihrer STEP-Teilnehmerinnen in Relation zur schultypischen Elternschaft als überdurchschnittlich engagiert oder belesen. Die typische Kursteilnehmerin eines STEP-Elternkurses im Setting „Hauptschule“ hat einen Volks- oder Realschulabschluss, geht arbeiten und zieht drei Kinder alleine groß. Im Durchschnitt kommen ein bis zwei Elternkurse pro Jahr und Schule zustande, die mit sechs bis acht Teilnehmer/innen besetzt sind. Die Rate der Inanspruchnahme schwankt zwischen einzelnen Schulen und Jahrgängen und liegt bei 10 bis 20%.

Bedingungen der Implementation im Setting „Hauptschule“, die sich förderlich auf die Inanspruchnahme und die erfolgreiche Umsetzung der Elternkurse auswirken, und solche, die diesbezüglich ein Hindernis darstellen können, sind in der Abbildung 4.2.2/ 2 zusammengefasst. Die Ergebnisse basieren auf der Untersuchung an neun Schulen. Schwerpunkte der vertiefenden Evaluation der Berliner STEP-Angebote waren unter anderen die Erarbeitung von settingspezifischen Zielen und Erfolgskriterien für Elternkurse an Hauptschule in Kooperation mit den Kursleiterinnen und die Befragung nicht teilnehmender Mütter und Väter zur Ermittlung ihres subjektiven Unterstützungsbedarfs in Erziehungsfragen, der Akzeptanz des Elternkursangebotes im Setting und von Barrieren der Inanspruchnahme aus Sicht der Eltern (Ergebnisse unter 4.3.4).

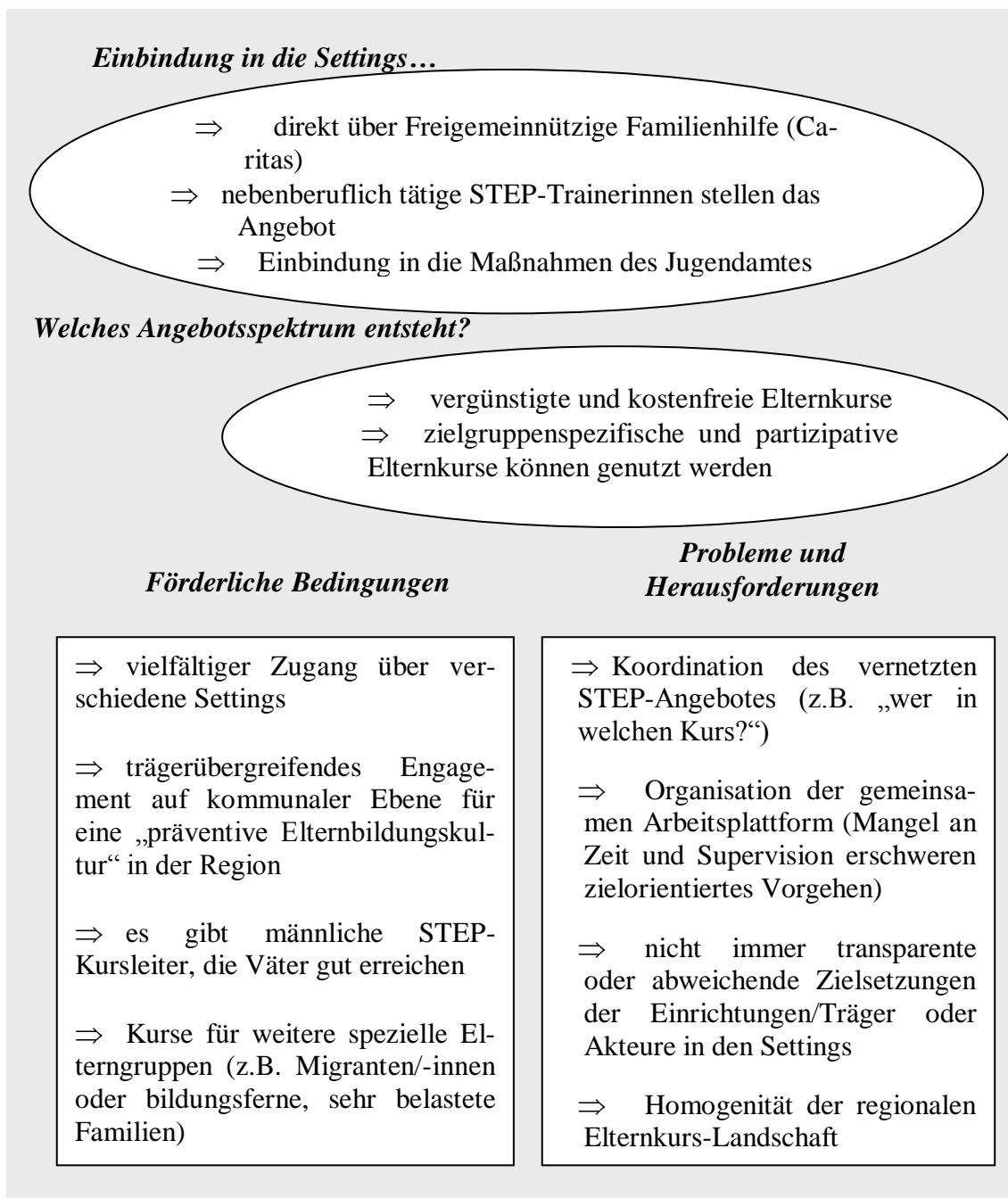
Settingübergreifende Verankerung von Elternkursen im Celler Modell

Frei- und nebenberuflich tätige STEP-Trainer/innen haben in Celle (bei Hannover) mit ihren Kursangeboten über Jahre hinweg eine „präventive Elternbildungs-Kultur“ aufgebaut. Geschaltet über die herkömmlichen Zugangswege (Komm-Strukturen, Werbung auf dem „freien Elternbildungsmarkt“), haben diese Angebote in der Regel überwiegend Eltern aus der Mittelschicht mit hohen formalen Bildungsabschlüssen (Akademiker) erreicht. Über Settings wie beispielsweise die Grundschule, in die das STEP-Programm in Celle ebenfalls schon längere Zeit eingebunden ist, erreichte man zwar mehr Eltern und etwas breitere Bevölkerungsschichten, die Beteiligung sozial benachteiligter und bildungsferner Schichten blieb aber dennoch sehr gering. Seit einigen Jahren bemüht sich die Kommune Celle deshalb gezielt darum, Familien aus unterprivilegierten Schichten und insbesondere Eltern, die durch Soziale Dienste

beziehungsweise die Jugend- und Familienhilfe betreut werden, an den STEP-Elternkursen zu beteiligen. Zur Verstärkung des Angebots wurden seit 2005 zusätzliche STEP-Kursleiter/innen auf Kosten der Kommune und des freien Jugendhilfeträgers des Caritasverbandes ausgebildet, die in etwa zu gleichen Anteilen aus den Arbeitsbereichen Kindergarten, Schule und Familienhilfe kommen. Die Lehrer/innen, Erzieher/innen und Sozialpädagogen/-innen sollen eine enge Kooperation der mit diesen drei Institutionen gewährleisten. Sie führen die STEP-Kurse auf selbstständiger Basis (nebenberuflich) durch und bieten die Kurse für einen niedrigeren Kostenbeitrag an (pro Person 85,- € statt regulär 190,- €). Die Elternkurse können über das Jugendamt kostenfrei, beziehungsweise durch eine Bezuschussung der Kommune, nochmals stark vergünstigt in Anspruch genommen werden, was auch armen Familien die Teilnahme ermöglicht. Die Elterntrainings werden in manchen Fällen begleitend zu einer Jugendhilfemaßnahme eingesetzt. Neue Wege der persönlichen Ansprache bislang nicht erreichter Elterngruppen sind durch die Kooperation zwischen der Kommune Celle, dem Jugendamt inklusive seiner Sozialen Dienste (ASD), dem Caritasverband (freier Jugendhilfeträger in der Region Celle) und den Celler STEP-Kursleitern/-innen möglich geworden. Insbesondere sozial benachteiligte Familien erreicht das STEP-Angebot jetzt im Celler Modell über den persönlichen Kontakt mit einer betreuenden Familienhelferin, einem ASD-Mitarbeiter oder in Einrichtungen und Projekten der Caritas. Die zuvor nur vereinzelt erreichten „neuen“ Eltern werden entweder in eines der herkömmlichen Kursangebote aufgenommen, oder sie nutzen eines der neu entstandenen Elternkursangebote, die eher zielgruppenspezifisch ausgerichtet sind.

Die Kooperationsform der selbstständig tätigen STEP-Trainer/innen und der vernetzten Einrichtungen/Träger ist ein lockeres Netzwerk, das zum Informationsaustausch und zur Koordination des Celler Elternkursangebotes eine Internetplattform eingerichtet hat, in die die Trainer/innen ihre Kursplanung einbringen, sodass die Fachkräfte der Jugendhilfe ihren Klientinnen und Klienten diese Angebote vermitteln können. Die Celler Akteure – STEP-Trainer, Vertreter der vernetzten Institutionen und Jugendamtsleitung – treffen in regelmäßigen Abständen zu einem Qualitätszirkel zusammen, um Fortschritte und Hindernisse der gemeinsamen Strategie zu reflektieren und diese weiterzuentwickeln.

Abbildung 4.2.2/ 2: Implementation des STEP-Programms in der Kommune Celle



Wen erreichen die STEP-Elternkurse in Celle?

Durch die vielseitigen Verankerungsformen finden Eltern aus allen Bevölkerungsgruppen in Celle bei Bedarf den Weg in einen Elternkurs. Sozial benachteiligte, bildungsferne oder/und sehr belastete, alleinerziehende Mütter sowie einige Väter aus den genannten Gruppen finden sich in zielgruppenspezifischen STEP-Kursen, aber auch in partizipativ gestalteten Formaten. Elternteile aus vulnerablen Familien wer-

den stärker über ihren Kontakt zu den sozialen Diensten und den Familienhilfe-Einrichtungen der Caritas, seltener über KiTas und Schulen erreicht.

Aus einer bevölkerungsweiten Perspektive heraus betrachtet, erbringt das Celler Modell die größte Reichweite der untersuchten STEP-Praxisbeispiele. Die darin eingeschlossene Teilhabe auch von Eltern aus den unteren Mittelschichten (Facharbeiter/innen, Angestellte, Handwerksberufe) sollte nicht gering geschätzt werden – sie machen einen großen Teil der Gesamtbevölkerung aus und werden von präventiver Elternbildung ebenfalls selten erreicht. Gleiches gilt für die Gruppe der Väter, die sich in Celle insbesondere von den männlichen STEP-Kursleitern angesprochen fühlen.

Das Beispiel Celle, wo STEP in verschiedene Settings eingebunden ist, demonstriert auch, dass die Setting-Anbindung für sich genommen den Zugang für benachteiligte Gruppen nur bedingt verbessert. Die Elternschaft an Grundschulen oder KiTas setzt sich eher heterogen aus unterschiedlichen sozialen Schichten zusammen. Hier treffen einzelne Personen aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen mit denen aus besser gestellten Schichten zusammen. Damit die Eltern aus den ressourcenstarken Bevölkerungsgruppen die sozial schlechter gestellten nicht aus dem Angebot verdrängen, braucht es zusätzliche gezielte Bemühungen. In einer Region wie Celle mit der Stadt Celle (ca. 71.000 EW) und dem Landkreis Celle (ca. 180.000 EW), die in ihrer Bevölkerungsstruktur eine typische deutsche Kommune repräsentiert, gibt es keine ausgedehnten zusammenhängenden Brennpunktviertel. In einem solchen Landstrich gilt es, Eltern aus unterprivilegierten Gruppen möglichst alle vorhandenen Zugänge offenzuhalten und zu erleichtern. Dies schließt den zielgruppenspezifischen Weg über die Jugend- und Familienhilfe sowie die Schulen und KiTas gleichermaßen ein.

STEP-Tandem: Elternkurse in der Jugend- und Familienhilfe⁶⁴

Im Praxisfeld der Jugend- und Familienhilfe liegen die Ziele, Inhalte und Kompetenzen des STEP-Programms und des verankernden Settings nah beieinander. Die Arbeit der dort Tätigen zielt zur Sicherung des Kindeswohls darauf ab, Familien zu unterstützen und zu entlasten sowie die psychosozialen Ressourcen der Familienmitglieder zu stärken. Dies gilt insbesondere für das Arbeitsfeld der Sozialpädagogi-

⁶⁴ Auch in Celle ist das STEP-Programm zum Teil in den Familienhilfe-Kontext verankert. Diese Beispiele sind mit unter das Celler Modell (vorheriger Abschnitt 3.1.3) gefasst.

schen Familienhilfe (SPFH), die stets direkt in der Lebenswelt „Familie“ ansetzt, sowohl in Form von alltagspraktischer Unterstützung (Begleitung, Training von Alltagskompetenzen) als auch in beratend-therapeutischer Funktion (Paarberatung, Familientherapie).

Träger der Jugend- und Familienhilfe sind angehalten, allen Erziehungsberechtigten vielfältige Formen der Unterstützung anzubieten (§16 SGB VIII/KJHG). Dabei sollen präventive Familienbildungs-Angebote die ambulanten und stationären Regelangebote der Familienhilfe (Beratung und Hausbesuche, betreute Wohngruppen, Heimunterbringung) ausdrücklich ergänzen. Elternkurse als Element der Familienbildung in den Kanon der Maßnahmen aufzunehmen, ist eine Möglichkeit, der Aufforderung des KJHG zum präventiven Handeln zu entsprechen.

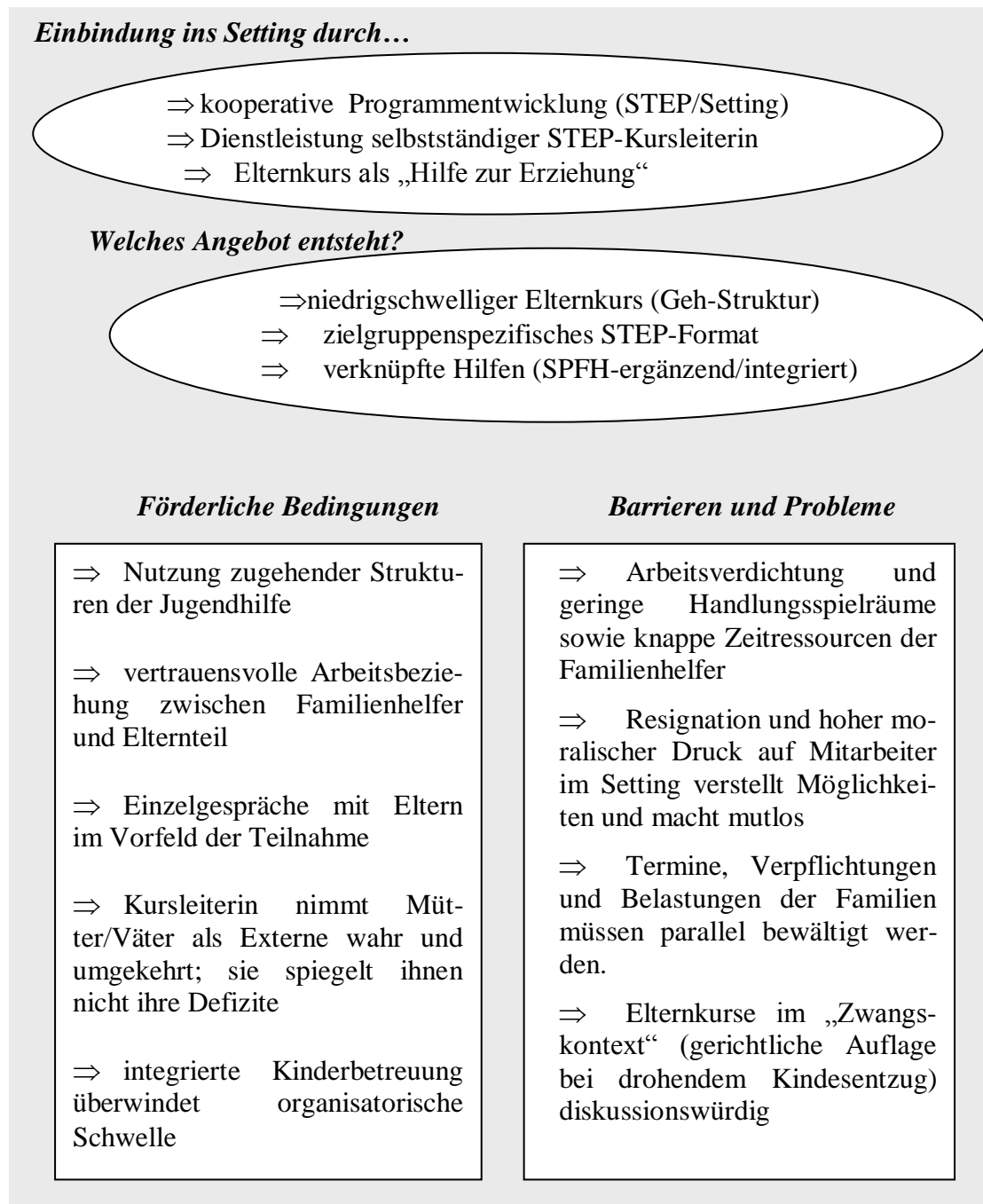
Das Praxisprojekt *STEP-Tandem* im Landkreis Göttingen ist auf kommunaler Ebene in den Handlungskontext der Jugend- und Familienhilfe eingebunden (siehe Abbildung 4.2.2/ 3). Das Elterntrainingsangebot wird von einer externen STEP-Trainerin⁶⁵ auf selbstständiger Basis gestaltet und umgesetzt. Das Elternkurs-Konzept STEP-Tandem richtet sich mit einem speziell abgestimmten Programmentwurf gezielt an Eltern, die ambulante Hilfen zur Erziehung in Anspruch nehmen und die insbesondere eine aufsuchende Betreuung und Beratung durch einen Familienhelfer beziehen (Sozialpädagogische Familienhilfe/SPFH nach § 31 SGB VIII). Als „Hilfe zur Erziehung“ (§27 SGB VIII, KJHG) wird der Elternkursbesuch, sofern das zuständige Jugendamt diese Form der Unterstützung bewilligt, diesen Eltern kostenlos zur Verfügung gestellt. Dieses besondere STEP-Modell wird in enger Kooperation mit dem Familienhilfeträger und den zuständigen Jugendämtern entwickelt und erprobt.

Die *zielgruppen- und settingspezifische Programmanpassung* des universellen STEP- Elterntrainings, bei der beispielsweise das herkömmliche Gruppentraining durch Einzelgespräche ergänzt ist und die betreuenden Familienhelfer direkt in das Programm eingebunden sind, unterscheidet dieses Praxisbeispiel von den anderen settinggebundenen STEP-Modellen. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht liegt in der Verschränkung des kompetenzstärkenden Elternbildungsprogramms STEP mit weiteren entlastenden Familienhilfe-Maßnahmen die besondere Qualität dieser Anbindungsform, da sich auf diese Weise vielfältige Ansatzpunkte zur Gesundheitsför-

⁶⁵ Sie kommt selbst nicht aus dem Berufsfeld der Sozialen Arbeit und sind sonst nicht in der Jugendhilfe tätig.

derung miteinander vernetzen und auf den individuellen Bedarf einer Familie abstimmen lassen.

Abbildung 4.2.2/ 3: Implementation des Programms STEP-Tandem in der Jugend- und Familienhilfe



STEP-Tandem ist in das Soziale Hilfesystem des Landkreises Göttingen eingebunden. Die Entwicklung des STEP-Tandem-Programms durch die Kursleiterin Dagmar Mihr (sie setzt die Kurse auch um) und die Modellphase haben zu je 50% das Ju-

gendamt des Landkreises und die Winzig-Stiftung⁶⁶ finanziert. Das Jugendamt des Göttinger Landkreises erweitert durch die STEP-Tandem-Kurse seine Palette von Erziehungshilfe-Maßnahmen. Der öffentliche Jugendhilfeträger erwirbt die Kurse zu diesem Zweck als Dienstleistung direkt bei der selbstständig tätigen Kursleiterin (§§ 78ff. SGB VIII). Das STEP-Tandem steht Müttern und Vätern offen, die sozialpädagogische Familienhilfe in Anspruch nehmen. Die Eltern und ihre Familienhelfer/innen besuchen den Kurs gemeinsam und bilden somit das namensstiftende Tandem. Ein Mitarbeiter des Jugendamtes (ASD) oder die betreuende Familienhelferin empfiehlt STEP-Tandem den Eltern persönlich im Rahmen der ambulanten Beratung.

Die Art der Ansprache der Klienten/-innen und vor allem die begleitete Teilnahme der Mütter und Väter am Elternkurs, die speziell in diesem Programm so angelegt sind, wirkt sich positiv auf die Akzeptanz des Angebotes sowie die Inanspruchnahme und die Verbindlichkeit des Elternkursbesuches aus. Von Seiten des Settings erfordert die erfolgreiche Umsetzung eines solchen Programms, weil diese auf die enge Kooperation mit den Familienhilfeträgern angewiesen ist, dass diese Partner entsprechend zeitlich-personelle Ressourcen zur Verfügung stellen, die notwendig sind, um die Teilnahme der Familienhelfer/innen zu organisieren und in eine sinnvolle Abstimmung mit deren Betreuungsaufgaben in den Familien zu bringen.

Seit dem ersten Praxisversuch in 2006 hat STEP-Tandem vier Kursphasen mit insgesamt 31 Teilnehmern unter der Evaluation im Rahmen von BEEP durchlaufen. Der fünfte Elternkurs startete im Herbst 2009.

Wer nimmt STEP im Kontext Jugend- und Familienhilfe in Anspruch?

Im Bereich Jugend- und Familienhilfe nehmen fast ausschließlich Mütter und Väter aus vulnerablen Bevölkerungsgruppen an den STEP-Kursen teil. Dies ergibt sich aus der Situation, dass gerade diese Eltern aufgrund einer benachteiligten sozialen Lage (Armut, Bildungsferne) und/oder einer hohen psychosozialen Belastung in diesen Settings anzutreffen sind. Die Besucher/innen des Elternkurses sind überwiegend Mütter, die in ihrer Elternrolle stark gefordert sind (Kinder mit komplizierten Entwicklungsverläufen, Kinder allein erziehen und ernähren, konfliktreiche Partnerschaften oder Trennungskrisen). Die zu bewältigenden Problematiken reichen von

⁶⁶ Für weitere Informationen siehe „www.winzig-stiftung.de“.

Gewalterfahrungen, der Suchterkrankung eines Elternteils über Verschuldung und Verarmung sowie allgemeine Überforderung mit der Erziehungsaufgabe bis hin zur drohenden Herausnahme von Kindern oder Instabilität des gesamten Familiensystems. Die Familienbelastungen der erreichten Eltern sind sehr unterschiedlich gelagert, genauso wie deren persönliche Kompetenzen und Ressourcen. Auch einige Eltern, bei denen Kinder aus der Familie herausgenommen wurden oder dies zur Diskussion steht, haben an den Kursen teilgenommen. Die Mehrheit der STEP-Teilnehmer/innen in unserer Befragungsstichprobe verfügte über einen niedrigen formalen Bildungsstatus (kein Schulabschluss oder Hauptschulabschluss ohne abgeschlossene Berufsausbildung). Unabhängig vom Schulbildungsniveau stammten die Teilnehmer/innen sowohl aus sogenannten „Multiproblemmilieus“, als auch aus anderen vornehmlich unterprivilegierten Bevölkerungsschichten.

Durch den gezielten Zugang des STEP-Tandems, über den ausschließlich stark belastete und bildungsferne Elterngruppen, darunter auch solche aus „Multiproblemmilieus“, erreicht werden, konnten wir uns speziell auf die (Elternbildungs-) Bedürfnisse in vulnerablen Familien konzentrieren. So war es Ziel der wissenschaftlichen Begleitung von STEP-Tandem, zu klären, welchen Elternrollenkompetenzen bei den Eltern im HzE-Bereich besonderes Gewicht zukommt und wie im Rahmen eines STEP-Elternkurses Schwerpunkte auf die Förderung speziell dieser Kompetenzen gelegt werden können. Vor dem Hintergrund des spezifischen Bedarfs wurden auch individuelle Empowerment-Effekte bei den teilnehmenden Elternteilen überprüft. Durch den Einbezug der Familienhelfer in die Elternkurs-Programme konnten die subjektiven Einschätzungen der Eltern (beispielsweise zu Veränderungen im Erziehungsverhalten oder zum Transfer der STEP-Inhalte in die Familie) durch Beobachtungswerte dieser professionellen Akteure, die wir sowohl schriftlich als auch in ausführlichen Interviews befragt haben, objektiviert werden.

Die Reichweite settinggebundener STEP-Elternkurse: eine Gesamtbetrachtung

Um die Ergebnisse bezüglich der Reichweite der STEP-Kurse in den oben beschriebenen Settings in einem größeren Kontext der Inanspruchnahme von STEP allgemein einzuordnen, haben wir die Beteiligung verschiedener dort teilnehmender Elterngruppen, die im Zusammenhang mit dem Präventionsdilemma von Interesse waren, mit den Daten aus der im Kapitel 4.1 vorgestellten Programmevaluation vergli-

chen. Im Rahmen dieser Untersuchung (Marzinzik/Kluwe 2006, 2007) haben wir bundesweit 166 Eltern befragt, die STEP-Angebote über den freien Elternbildungsmarkt in Anspruch genommen hatten, auf die sie durch die Werbung von selbstständigen STEP-Trainerinnen (Presse, Flyer, Internet) aufmerksam geworden waren. Über diese hochschwelligten Komm-Strukturen erreichten die STEP-Elternkurse fast ausschließlich Mütter und Väter aus den gebildeten und ökonomisch gut gestellten oberen Mittelschichten. Die Kursbesucher hatten hier zu knapp 70% einen höheren Schulabschluss (Abitur) und zu fast 40% darüber hinaus einen Hochschulabschluss. Lediglich 4% der Teilnehmer hatten einen Hauptschulabschluss.

Durch die BEEP-Evaluation wurden über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg (2006-2009) über 200 Teilnehmer settinggebundener STEP-Kurse befragt, unter denen nun ganz andere Elterngruppen vertreten sind. Auch wenn diese Gegenüberstellung keinem kontrollierten Vergleich anhand repräsentativer Stichproben entspricht, wird doch sichtbar, dass über die Setting-Strukturen automatisch eine andere, sehr viel heterogenere Teilnehmerschaft zusammenkommt und diese Form der Verankerung eines präventiven Elternbildungsprogramms die Teilhabe bestimmter Gruppen in bedeutsamem Umfang zu fördern scheint. So zeigt der Vergleich der „neuen“ STEP-Teilnehmer/innen in den BEEP-Settings mit der Referenzstichprobe der Bielefelder STEP Evaluation 2005/2006, die nicht settinggebunden war, deutliche Unterschiede bezüglich der soziodemografischen Marker „Bildung, Schichtzugehörigkeit“ und „Familienstruktur“. Alleinerziehende Mütter und Eltern aus der Unterschicht oder mit geringem Schulbildungsniveau machen einen erheblich größeren Teil der Teilnehmerschaft in den Settings aus. Mit den Setting-Kursen werden auch deutlich mehr Familien erreicht, die überdurchschnittlich belastet sind (siehe Tabelle 4.2.2/ 1, „vulnerable Gruppen“). Die konsistent über alle Settings hinweg am besten erreichte Gruppe ist die der alleinerziehenden Mütter. Dagegen liegt die Väter-Beteiligung unter dem Referenzwert der STEP-Evaluation aus dem Jahr 2005 ohne Settinganbindung (siehe Tabelle 4.2.2/ 2). Gerade dieses Setting-Ergebnis muss aber in Relation gesetzt werden zur grundsätzlich schwachen Väterbeteiligung an Elternkursen im Speziellen sowie der im Vergleich zu Frauen deutlich geringeren Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden Angeboten durch Männer im Allgemeinen.

Tabelle 4.2.2/ 3: Erreichte Teilnehmergruppen im Vergleich

Spezifische Elterngruppen	Bundesweite STEP Evaluation (2005/2006); n = 166	STEP Teilnehmer in den BEEP-Settings 2006-2008; (n = ca. 200)	
	Über Komm-Strukturen erreichte das Angebot...	Über die Settings erreicht das Angebot ⁶⁷ ...	
alleinerziehende Mütter	9 %	deutlich mehr	30 - 70%
„Hartz IV“-Empfänger/innen	keine	deutlich mehr	10 - 50%
schulbildungsferne Gruppen ⁶⁸	keine	deutlich mehr	15 - 75%
Väter	22%	weniger bis etwa gleich	5 - 18 %
psychisch beeinträchtigtes oder auffälliges Kind	27%	mehr/deutlich mehr	35 - 75%
Eltern mit Migrationshintergrund	nicht erfasst		0 - 25%

Zur absoluten Reichweite von präventiven Elternkursen und deren Inanspruchnahme durch spezielle Elterngruppen gibt es kaum repräsentativen Zahlen – geschweige denn für Elternkurse in vergleichbaren Settings. So ist es nicht ganz leicht, das Ergebnis zu objektivieren.

Die bereits zitierte Strukturevaluation für den Elternbildungsbereich von Lösel et al. (2006), die familienorientierte Präventionsangebote⁶⁹ in verschiedensten Einrichtungen (beispielsweise in Beratungsstellen, Familienbildungsstätten und Selbsthilfe-Vereinen) untersuchte, gibt einen groben Anhaltspunkt, zumindest zur Beteiligung von Eltern aus unterschiedlichen sozialen Schichten. Von den Nutzern aller Angebote kamen 46% der Eltern aus der unteren Mittelschicht, 39% aus der oberen Mittelschicht und Oberschicht. Dagegen waren nur zu 15% Elternteile aus der Unterschicht vertreten. Lediglich für 8,5% aller Maßnahmen gaben die befragten Einrichtungen an, dass daran überwiegend Klientel aus der Unterschicht teilnehme. Elternkurse im Speziellen werden zudem, verglichen mit allen anderen Angeboten, besonders selten von Müttern und Vätern aus der Unterschicht besucht. Ähnlich schwach ist deren

⁶⁷ Da die Beteiligung der aufgeführten Elterngruppen stark zwischen den Settings und auch zwischen einzelnen Kursen variiert, ist anstelle des Mittelwertes ein Range-Wert angegeben.

⁶⁸ Hier definiert über „keinen Schulabschluss“ oder Hauptschulabschluss ohne (abgeschlossene) Berufsausbildung.

⁶⁹ Neben Elternkursen beispielsweise auch Erziehungsberatung, Paarberatung, Mutter-Kind-Gruppen, Geburtsvorbereitungskurse oder Elterntreffs und auch selbstorganisierte Elterngruppen. N = 883 Einrichtungen in ganz Deutschland.

Beteiligung bei Geburtsvorbereitungskursen, noch schlechter nur bei den Paartherapien.

Reichweite und Umsetzung im Settingvergleich

Im Vergleich aller untersuchten Settings lassen sich benachteiligte, vor allem bildungsferne Bevölkerungsgruppen über die Arbeitszusammenhänge der Jugend- und Familienhilfe am besten erreichen. Und dies nicht nur, weil sie dort häufig präsent sind. Über die bereits vorhandenen niedrigschwelligen familienbezogenen Hilfsangebote, vor allem aber über die zugehende Beratung und Betreuung wie die der Sozialpädagogischen Familienhilfe, können vulnerable Elterngruppen leichter angesprochen und motiviert werden als in anderen Settings.

Hinsichtlich der grundsätzlichen Erreichbarkeit verschiedener Elterngruppen über die Jugendhilfe-Strukturen ist zu berücksichtigen, dass sich die Klientel der Jugend- und Familienhilfe in den letzten Jahrzehnten stark verändert hat. Neben den sogenannten „Multiproblemfamilien“ sind dort zwar ebenfalls überwiegend sozial benachteiligte, jedoch sehr viel breitere, Bevölkerungsschichten vertreten. Dies bedeutet, dass auch präventive Elternbildung dort heute auf heterogenere Bevölkerungsschichten trifft, auf die sich präventives Handeln einstellen muss. Auch innerhalb der Settings der Jugend- und Familienhilfe ist darauf zu achten, dass nicht neue Selektionseffekte entstehen, weil eben die Eltern aus bildungsfernen Multiproblemmilieus ausgeschlossen bleiben.

Anders als die Jugend- und Familienhilfe halten Schulen üblicherweise keine strukturierten Beratungs- und Bildungsangebote für Eltern bereit. In den von uns untersuchten Schulen waren die STEP-Elternkurse vielmehr der Ausgangspunkt, um die Elternarbeit zu intensivieren und einen gemeinsamen Zugang zu Erziehungsthemen im Setting zu finden. Elternbezogene Angebote in der Schule, die auf die Stärkung von Ressourcen und Kompetenzen ausgerichtet sind, werden hier erst erprobt. Gemessen an den hohen Zielsetzungen der Initiatoren der Modellprojekte („möglichst alle Eltern erreichen“), erscheint die absolute Reichweite der STEP-Kurse an den Berliner Hauptschulen gering. Aus unserer bevölkerungsweiten Perspektive sind aber die dort unter denkbar schwierigen Bedingungen erzielten Inanspruchnahme-Raten von 10 - 20% pro Schülerjahrgang sehr wohl ein Erfolg. Die einzelnen Schulen bauen nun auf den Erfahrungen der letzten drei Jahre auf, um Elternbildung und -

beratung im Setting bedarfsgerecht auszubauen und die Zusammenarbeit mit den Eltern weiterzuentwickeln.

Einschränkungen in der Reichweite und präventiven Inanspruchnahme

Über alle Settings beobachtet, lässt sich die Mehrzahl der erreichten Eltern (unabhängig vom formalen Bildungsstatus, vom Geschlecht, dem Migrationsstatus, der gelebten Familienform, der ökonomischen Situation oder individuellen Belastungen) in Relation zur Gesamtheit der Elternschaft in den jeweiligen Settings als engagierter und beratungsoffener und zum Teil auch belebener beschreiben (beziehungsweise alles zusammen). Es bleiben also selbst mit einer guten Settinganbindung bestimmte, meist bildungsferne, Elterngruppen unterrepräsentiert. Eine weitere Gemeinsamkeit ist der erhöhte Problemdruck der teilnehmenden Eltern. Eine hohe Zahl von Eltern, bei denen erhebliche Erziehungsprobleme vorliegen, bei deren Kind bereits psychische Auffälligkeiten vorliegen oder die bereits therapeutische Angebote in Anspruch nehmen, zeigt eine *nur bedingt präventive* Inanspruchnahme an. Ganz ähnlich, wenn auch nicht so ausgeprägt, verhält es sich auch bei den sozioökonomisch gut gestellten Eltern, die über Komm-Strukturen erreicht werden (vgl. Abschnitt 4.1 zur STEP-Programmevaluation 2005/2006). Detaillierte Ergebnisse zur präventiven Inanspruchnahme für die einzelnen Settings werden in den Abschnitten 4.2.3, 4.2.4 und 4.2.5 vorgestellt.

4.2.3 STEP-Elternkurse an Berliner Haupt- und Gemeinschaftsschulen

Dem Bundesland Berlin kommt in vielerlei Hinsicht eine Sonderstellung zu. Diese ergibt sich aus dem Hauptstadtstatus, der Häufung sozialer Brennpunkte und dem Auseinanderdriften sozialer Schichten sowie dem unmittelbaren Ineinanderwachsen von Ost und West. Die Hauptstadt beherbergt ein breites Spektrum von Schulrealitäten in unterschiedlich strukturierten Stadtteilen. Den sozial- und bildungspolitischen Herausforderungen begegnet man hier auch mit innovativen Unterrichtskonzepten und strukturellen Umstellungen. Die Schulentwicklung wird schnell vorangetrieben. Gerade in den Hauptschulen erzeugen die Reformerwartungen, zuletzt durch die Schulstrukturreform für 2010/2011, hohen Druck auf die Schulleitungen und das lehrende Personal (vgl. 4.2.2).

Mit dem Teenager-Alter⁷⁰ vollzieht sich die letzte Lebensphase, in der Schule und Elternhaus noch positiv auf die psychosoziale Entwicklung und Gesundheit der Jugendlichen einwirken können. Schulentwicklung und schulbasierte Präventionsprogramme (etwa mit Fokus Sucht, Gewalt, Schulabbruch) sowie Kompetenztrainings (beispielsweise Life-Skill-Programme oder solche zur Berufsvorbereitung) sollen die Kinder und Jugendlichen an den weiterführenden Schulen in ihrer psychosozialen Entwicklung fördern und deren Zukunftschancen verbessern. Vielerorts ist man ratlos, wie dies ohne Unterstützung der Eltern gelingen soll.

Um die Beteiligung der Eltern an den Hauptschulen, insbesondere in den sozialen Brennpunkten Berlins, muss sehr gekämpft werden. Deshalb sind in den letzten Jahren zahlreiche Initiativen auf Schulebene, Bezirksebene oder landesweiter Ebene entstanden, die sich auf die Verbesserung der Elternarbeit an Berliner Haupt- und Brennpunktschulen ausgerichtet haben. Auf zwei größer angelegte Modellversuche dieser Art geht auch die Verankerung des STEP-Elterntrainings an den Berliner Schulen zurück, die wir als Praxisbeispiele in den Fokus des BEEP-Teilprojekts B gerückt haben. Aufgrund der je nach Standort der Schule erhöhten bis hohen Präsenz sozial benachteiligter Familien waren vorrangig die Hauptschulen für uns von Interesse.

Die Tabelle 4.2.3/ 1 gibt einen Überblick über die Schulen, die an der Berliner STEP- Evaluation beteiligt waren⁷¹. Mit unserer Evaluation wurden zwei unterschiedliche Modelle der Verankerung des STEP-Programms erfasst, die im Rahmen zweier Berliner Schulprojekte entstanden sind⁷². Das *interne Verankerungsmodell* und das *externe Verankerungsmodell* wurden im Abschnitt 4.2.2 detailliert beschrieben. Unsere Untersuchungsstichprobe umfasst beide Verankerungsformen und darüber hinaus alle Kursleitungs-Modelle (monoprofessionelle und interprofessionelle Kursleiterinnen-Paare, Kursleiterinnen mit „Tandem-Partner“ ohne STEP-Ausbildung und zwei Kursleiterinnen, die die Kurse jeweils allein durchführen; siehe dazu 4.2.2).

⁷⁰ Die weiterführende Schule beginnt in Berlin mit der 7. Klasse; Schulwechsel regulär im Alter von 12 - 13 Jahren.

⁷¹ Die Grundgesamtheit der weiterführenden Schulen aus beiden Modellprojekten umfasst 16 Schulen.

⁷² Ausführliche Beschreibung der Modellprojekte, Verankerungs- und Finanzierungsmodelle unter 4.2.2

Tabelle 4.2.3/ 1 Schulen mit STEP-Angeboten in der Evaluation

	Schulen	Schüler/innen	
		Ge-samt*	Migran-ten/-innen**
Externes Verankerungsmodell (VHS Charlottenburg-Wilmersdorf)	Rudolf-Diesel-Oberschule Hauptschule Charlottenburg-Wilmersdorf	391	73%
	Oppenheim-Oberschule Verbundene Haupt- und Realschule Charlottenburg-Wilmersdorf	393	45%
	Pommern-Oberschule Hauptschule Charlottenburg-Wilmersdorf	141	64%
internes Verankerungsmodell (LISUM)	Heinrich v. Stephan-Oberschule Gemeinschaftsschule Berlin Mitte/Moabit	300	52%
	Oberschule am Brunnenplatz Hauptschule Berlin Mitte/Gesundbrunnen	242	88%
	Johannes-Falk-Schule Hauptschule Marzahn-Hellersdorf	119	10%
	Paul-Löbe-Schule Hauptschule Reinickendorf	275	39%
	Werner-Stephan-Oberschule Hauptschule Tempelhof-Schönefeld	307	57%
	Gustave-Eiffel-Oberschule Verbundene Haupt- und Realschule Pankow/Prenzlauer Berg	238	10%

* Anzahl Schüler gesamt, Angaben für Jhg. 2009/2010

** Anteil Schüler nichtdeutscher Herkunftssprache in %, Angaben für Jhg. 2009/2010

Die hauptschulgebundenen Berliner STEP-Elternkurse haben eigenständige Schwerpunkte gesetzt, um sich auf die Ziele der Elternarbeit im Setting „Hauptschule“, die dort vertretenen Elterngruppen und die Teenager-Lebensphase der Schüler auszurichten. Dies hebt sie ab von anderen präventiven Elternkursen und macht sie für uns zu einem besonderen Untersuchungsgegenstand. Im Falle des internen Verankerungsmodells erfolgte eine entsprechende Anpassung des STEP-Programms bereits im Vorfeld der Einführung in die Settings. Die Kursleiterinnen erhielten eine spezielle Ausbildung, bei der das STEP-Kursleiter-Kompaktseminar mit einer Praxis-

Fortbildung kombiniert und die erste Umsetzung supervisorisch von Eva Schmoll⁷³ angeleitet wurde. Weitere Abstimmungen wurden im Verlauf der Modellphase im Praxisprozess vorgenommen. Das schulspezifische Profil der Elternkurse zu erfassen und geeignete Erfolgskriterien zu fixieren, war ein zentraler Gegenstand der formativen Evaluation in diesem Praxisfeld.

Die Elternkurse an den Hauptschulen sollen, laut Zielsetzung der Modellprojekte, den Kontakt zwischen Schule und Eltern verbessern sowie deren Teilhabe und Mitarbeit in diesen Settings stärken. Paradoxerweise ist demnach gerade das, was die Schulen aus Sicht von BEEP als besonders günstige Voraussetzung für eine Nutzung des präventiven Programms bereit stellen sollten, nämlich die „natürliche“ Anwesenheit und bestehende Teilhabe der Eltern, aus Sicht der Settings das primäre Ziel der Verankerung.

Aus Sicht der Evaluation weist das Berliner Praxisfeld einige Besonderheiten auf, die sich unter anderem durch strukturelle Reformen und Schulentwicklungsprozesse ergeben (zu diesen Rahmenbedingungen siehe auch Kapitel 2.2.2).

Die Besonderheiten des Berliner Praxisfeldes aus Sicht der Begleitforschung

- Heterogenität von Schultypen und Schulentwicklung (Hauptschulen, verbundene HS/RS, Gemeinschaftsschulen, darunter Ganztagschulen, Integrationschulen)
- Heterogenität der präsenten Elterngruppen infolge variierender Bevölkerungsstrukturen der Einzugsbereiche (Armutquote, Migrantanteil)
- Instabilität des Untersuchungsfeldes; Implementation von Elternkursen überschneidet sich mit Schulentwicklung, strukturellen Veränderungen
- Wissenschaftliche Begleitung der Elternkurse in der Modellphase (erstes und zweites Jahr der Umsetzung) erfordert ein exploratives Vorgehen
- „Schulspezifisches Profil“ der Elternkurse (Zielgruppe sind Eltern von Jugendlichen)

Ziele und Methodik der Untersuchung an Berliner Hauptschulen

Für die Evaluation bildeten die Berliner STEP-Praxisbeispiele ein äußerst heterogenes und instabiles Untersuchungsfeld. In der frühen Phase der Umsetzung war ein

⁷³ Eva Schmoll ist Schulleiterin der Nikolaus-August-Otto-Schule. Sie blickt auf langjährige Erfahrung in der Leitung von Elternseminaren mit benachteiligten und schwer erreichbaren Elterngruppen an ihrer Schule zurück.

explorierendes und prozessorientiertes Vorgehen angezeigt, welches die Entwicklung des Elternkursangebotes im Setting fokussiert. Um die zentralen Kriterien für das Teilprojekt B (Reichweite, Bedarfsgerechtigkeit, förderliche und hinderliche Faktoren der Inanspruchnahme) zu überprüfen, haben wir verschiedene Datenquellen herangezogen und die Elternkurse aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet. Die in der folgenden Aufzählung genannten Datenquellen werden in Abbildung x6 zusammenfassend dargestellt.

Befragung von STEP-Kursleiterinnen in Berlin: Zu Beginn der STEP-Implementation (Anfang 2007/Frühjahr 2007) wurden Kursleiterinnen zur Einführung des Programms anhand eines Leitfadens telefonisch interviewt. Ziel dieser ersten Befragung war die Dokumentation der ersten, im Schuljahr 2006/2007 erreichten Elterngruppen und eine Eingrenzung relevanter Umsetzungsfaktoren aus Sicht der Kursleiterinnen. Die Prozessbeobachtung stützt sich auf leitfadengestützte Interviews mit insgesamt neun Kursleiterinnen, die das STEP-Elterntraining an einer Hauptschule (n = 6), einer verbundenen Haupt- und Realschule (n = 2) und an einer integrierten Haupt- und Realschule (n = 1) in Berlin durchführen. Zu Beginn des BEEP-Forschungszeitraumes wurden neun Interviews telefonisch im Frühjahr 2007 durchgeführt, zum Ende des Forschungszeitraumes nochmals sechs Interviews. Die im Frühjahr 2009 abschließend durchgeführte telefonische Befragung (n = 6 Kursleiterinnen) diente dazu, die Entwicklung des Elternkursangebotes im Rückblick auf die letzten drei Jahre zu beurteilen.

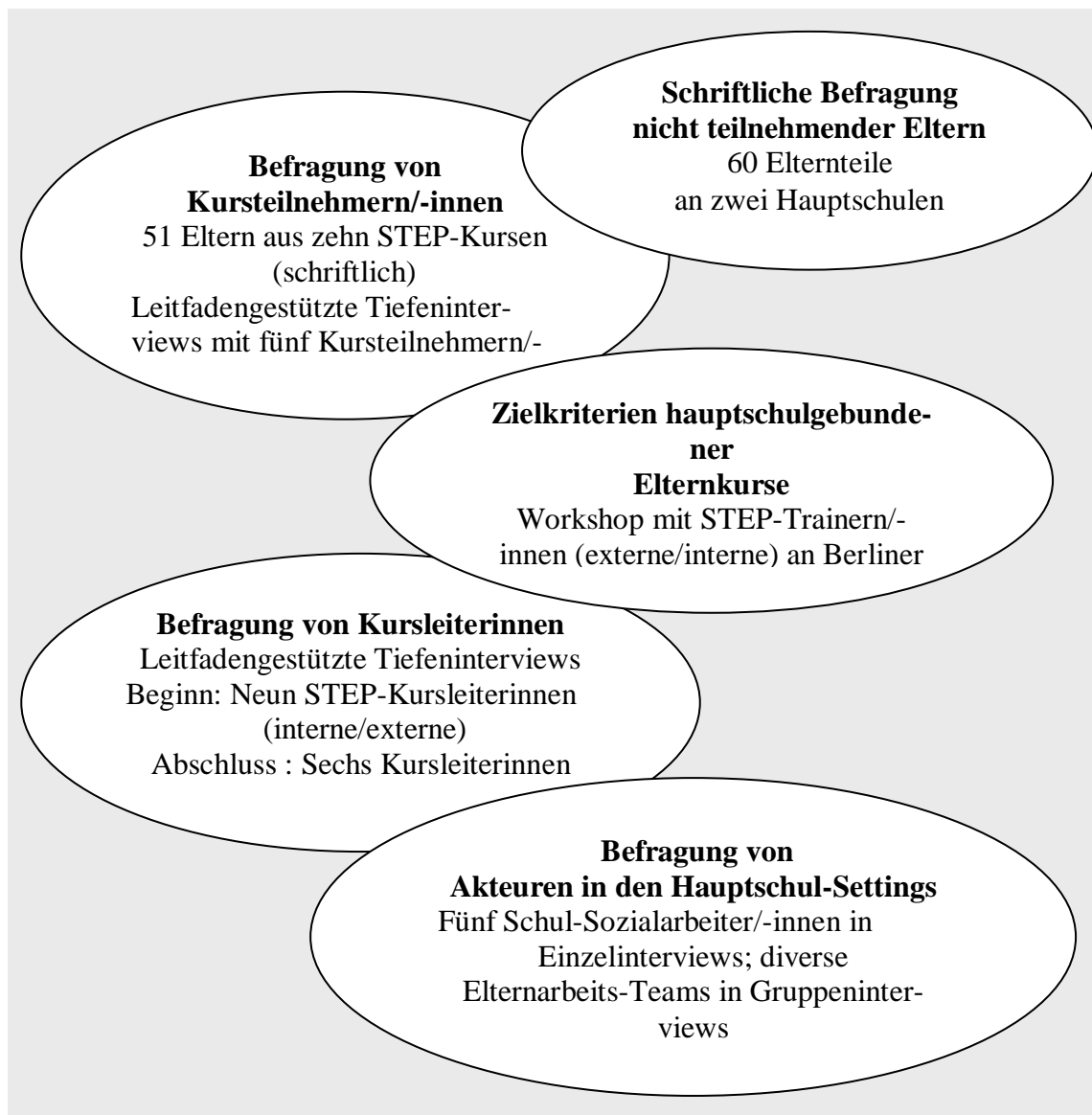
Elternbefragungen: Alle Kursleiterinnen, die sich im Interview bereitklärten, die schriftliche Elternbefragung zu unterstützen, erhielten im Schuljahr 2007/2008 die vierseitigen Fragebögen vor dem Kursstart. 51 von insgesamt 69 Elternteile, die an acht verschiedenen Schulen an einem STEP-Elterntraining teilnahmen, wurden zu Beginn und zum Abschluss ihres Kurses schriftlich befragt. Weitere fünf Elternteile nahmen in vertiefenden telefonischen Interviews zum zurückliegenden Elternkurs Stellung. Zusätzlich führten wir mit 60 nicht teilnehmenden Eltern an einer Brennpunktschule in Berlin eine schriftliche Befragung durch, um die Akzeptanz des dort vorhandenen STEP-Angebotes zu untersuchen.

Befragung von Schul-Sozialarbeitern und Elternarbeits-Teams an den Hauptschulen: Im Oktober 2007 und September 2008 fanden vor Ort in Berlin offene Gruppeninterviews mit verschiedenen Elternarbeitsteams (etwa Kursleiterin mit Tandem-Partner

und Sozialarbeiterin oder Schulleiter, Schulsozialarbeiter und Kursleiterin oder Kursleiterinnen-Team) statt. Im Projektverlauf interviewten wir zudem insgesamt fünf Schul-Sozialarbeiter/innen (ausführliche Einzelinterviews).

Workshop (09/2008): In Zusammenarbeit des Teilprojekt B-Evaluationsteams mit den in die Evaluation einbezogenen Kursleiterinnen befasste sich ein eineinhalbtägiger Workshop an einer Berliner Hauptschule mit der Ermittlung von Erfolgskriterien für die Elternkurse, die uns unter anderem als Grundlage für den Elterninterview-Leitfaden dienten. Von den zunächst acht angemeldeten Elterntainerinnen nahmen fünf daran teil. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick.

Abbildung 4.2.3/ 1: Datenquellen des Berliner Untersuchungsfeldes



Die Ergebnisdarstellung zur Evaluation von STEP-Elternkursen aus dem Berliner Untersuchungsfeld gliedert sich in die folgenden vier Abschnitte:

- Die Perspektive der Praktiker/innen: Einführung und Verstetigung des Elternkursangebotes
- Die BEEP-Perspektive: Ergebnisse zur Teilhabe benachteiligter Elterngruppen und zur präventiven Inanspruchnahme in Berlin
- Die Elternperspektive: Subjektiver Bedarf und Barrieren der Inanspruchnahme
- Die Setting-Perspektive: Hauptschulspezifisches Elternkurs-Profil

Die Perspektive der Praktiker/innen - Einführung und Verstetigung des Elternkursangebotes

Die Modellprojekte sind so angelegt, dass die Kursleiterinnen (kurz: KL) das Elternkursangebot selbstständig aufbauen und in das Setting einführen. Deren Sicht- und Herangehensweise sind in einem solchen „Bottom-Up-Verfahren“ von hoher Relevanz. Das qualitative Befragungsmaterial, welches den Ausführungen hier zugrunde liegt, soll den Implementationsprozess transparent machen und förderliche wie hinderliche Faktoren aus Sicht der Praktikerinnen darstellen. Mit der Kursleiterbefragung liegen zudem Erkenntnisse zur Inanspruchnahme durch vulnerable Gruppen und zur bedarfsgerechten Programmanpassung aus den ersten Kursen vor, die über die Dokumentationen der KL zugänglich gemacht werden konnten.⁷⁴

In der Interview-Stichprobe sind alle Kursleitungs-Modelle vertreten. Die interviewten Kursleiterinnen (drei Sozialpädagoginnen, eine Psychologin und sechs Lehrerinnen) haben die Elternkurse, meist gemeinsam mit einer Partnerin, erstmalig im Schuljahr 2006/2007 angeboten.

Ansprache der Eltern im Setting

Das Angebot richtet sich jeweils an alle Eltern der neuen Siebtklässler. Bei der Ansprache von Müttern und Vätern setzen die Kursleiterinnen vorwiegend auf den persönlichen Kontakt und die persönliche Information der Eltern. Fast alle stellen das STEP- Elterntraining persönlich beim „Tag der offenen Tür“ und bei den ersten El-

⁷⁴ Beginn der BEEP-Evaluation war nach der ersten Umsetzung; Befragung retrospektiv

ternversammlungen (Elternabenden) aller neuen siebten Klassen vor und verteilen Flyer. Einige tragen den Klassenlehrern auf, auf Elternabenden nochmals über die Kurse zu informieren. Abgesehen von dieser generellen Ansprache aller Mütter und Väter, werden zusätzlich einzelne Eltern mit dem Vorschlag einer Teilnahme gezielt angeschrieben, bei deren Kindern in der Schule den Klassenlehrern oder Sozialarbeiterinnen gravierende Probleme aufgefallen sind (beispielsweise dauerhaftes Schuleschwänzen, plötzliche Leistungseinbrüche und/oder aggressives Verhalten). Die Praktikerinnen bitten auch die Schulleitung und das Kollegium darum, sie bei der Werbung zu unterstützen. Im Schuljahr 2007/2008 ergriffen sie die Möglichkeit, die Eltern bereits beim Einschulungsgespräch über die Elternkurse zu informieren. Im Falle einer Anmeldung treffen viele eine schriftliche Vereinbarung mit den Müttern und Vätern über die Teilnahme, was die Verbindlichkeit erhöhen soll.

Erreichte Elterngruppen

An neun Schulen begannen insgesamt 75 Elternteile einen Kurs in der ersten Umsetzungsphase (Schuljahr 2006/2007). Die jeweils erzielten Inanspruchnahme-Raten bewegten sich zwischen 10 und 25%. Von den Kursbesuchern/-innen konnten etwa 55 als verbindlich teilnehmend bezeichnet werden. So kam es im Verlauf der Kurse zu einigen Teilnehmer-Verlusten und/oder die Besetzung schwankte über die Zeit (Eltern „kommen und gehen“). Zum Elternkurs meldeten sich meist mehr Personen an, als zum ersten Treffen tatsächlich erschienen. Bei den ersten Kursen kamen kleine bis mittelgroße Elterngruppen mit vier bis neun Teilnehmern⁷⁵ zusammen. Bis auf eine Ausnahme (zu große Teilnehmer-Verluste) wurden alle Kurse zu Ende geführt. Insgesamt erreichten die STEP-Trainerinnen unterschiedlichste Elterngruppen, unter denen alleinerziehende Elternteile (überwiegend Mütter, hier > 40%) eine starke Untergruppe bildeten. Für eine üblicherweise schwer erreichbare Gruppe war die Beteiligung von Vätern mit gut einem Viertel vergleichsweise stark, ebenso wie die der Eltern mit Migrationshintergrund, die insgesamt ein knappes Drittel der Kursbesucher ausmachten. In den einzelnen Kursen lag ihr Anteil zwar unter dem der Schülerschaft mit Migrationshintergrund, verhielt sich aber jeweils proportional dazu. So nahmen etwa am STEP-Elterntraining an der Oberschule am Brunnenplatz, in deren Einzugsgebiet 85% der Bewohner Migranten (vorwiegend türkischer oder arabischer

⁷⁵ Zwölf Teilnehmer werden bei STEP als Obergrenze angenommen.

Herkunft) sind, auch in der Mehrzahl Migranten teil.⁷⁶ Die (verbindlich) teilnehmenden Eltern werden in Relation zur „typischen Schulelternschaft“ als offener, engagierter oder bildungsgewohnter eingeschätzt.

Anpassungen des STEP-Programms

Die Vereinfachung und Kürzung des textgestützten Materials sowie die Verwendung alltagsnaher Beispiele sind Anpassungen, die alle Kursleiterinnen vornehmen. Viele beziehen vermehrt Rollenspiele als Lerntechnik ein, andere fügen weitere erfahrungsbetonte praktische Lernformen hinzu, um darüber die STEP-Inhalte zu vermitteln. Einige verzichten gänzlich auf bestimmte sehr komplizierte Programminhalte oder die schriftlichen Hausaufgaben. Auch die Einrichtung kürzerer Lerneinheiten (Kursabende) oder die Ausweitung der Inhalte auf 15 statt zehn der üblicherweise vorgesehenen Treffen werden erprobt, während das Gruppenformat an einigen Schulen bei Bedarf durch Einzelgespräche ergänzt wird.

Hindernisse und Schwellen der Inanspruchnahme

Hindernisse der Inanspruchnahme und der verbindlichen Teilnahme nehmen alle KL auf Seiten der Eltern, des Programms und des verankernden Settings wahr. Eine hohe Bedeutung messen alle den Kontaktgewohnheiten zwischen Schule und Elternhaus bei. Die Kontaktaufnahme von Seiten der Schule ist überwiegend negativ motiviert. Auch die Eltern kommen nur, wenn es Probleme gibt. Der Umgang miteinander ist oft durch gegenseitige Vorwürfe, nicht aber gegenseitiges Verständnis geprägt. Da es wenig Gelegenheiten gibt, zu denen Eltern die Schule positiv erleben können und Schulpersonal und Eltern sich unbelastet kennenlernen könnten, kann auch kein Gegengewicht zu diesen problembelasteten Kontakten geschaffen werden. Auf dieser Basis ist es schwierig, eine positive und vertrauensvolle Gesprächsbasis zu finden. Scham, Schuldgefühle, Angst vor Stigmatisierung, fehlende Offenheit/Vertrauen, aber auch Resignation, Lethargie und Gleichgültigkeit auf Seiten der Eltern, werden als allgemeine Schwellen eingeordnet, die Kontakt und Teilhabe im Setting erschweren. Speziell in Bezug auf das Elterntraining spielt die in Verbindung mit einem Elternkursbesuch, oder auch nur dem Vorschlag dazu, wahrgenommene Stigmatisie-

⁷⁶ Dies sind vor allem türkischstämmige Mütter und Väter; weitere aus Polen, dem Irak und dem ehemaligen Jugoslawien.

rung als „erzieherisch inkompetent“ als Barriere eine Rolle. Abgesehen von den psychisch-motivationalen Faktoren behindert eine Reihe von alltagspraktischen Problemen die Kursplanung. So ist es allgemein schwierig, überhaupt einen gemeinsamen Termin für alle zu finden. Stehen Eltern unter hoher Alltagsbelastung, wie beispielsweise alleinerziehende und/oder berufstätige Mütter und Väter, erschwert dies die (regelmäßige) Teilnahme zusätzlich. Die Trainerinnen erleben, dass für Familien, die in Armut leben, auch ein vergleichsweise geringer Kostenbeitrag (10 oder 20€) schwer aufzubringen ist. Für Migranten/-innen mit nur geringen Deutschkenntnissen ist die Sprachbarriere das vordringlichste Zugangsproblem.

Umsetzung der Elternkurse im Setting

Die prägnantesten positiven Beobachtungen sind, dass die Kursbesucher/innen untereinander und zur Kursleiterin Vertrauen aufbauen, zunehmend offener mit ihren Schwierigkeiten umgehen und an Selbstsicherheit gewinnen. Dies gelingt auch bei Müttern oder Vätern, die zuerst sehr verschlossen und unsicher sind. Vertrauen zu fassen, Selbstreflexion zu üben und Verhaltensveränderungen bewusst und konsequent anzugehen, ist anspruchsvoll für die Kurs-Teilnehmer/innen. Diese grundlegenden Voraussetzungen einer Kompetenzstärkung in der Elternrolle müssen sich die meisten langsam erarbeiten. Etwa 75% der teilnehmenden Eltern besuchen die ersten Kurse bis zum Ende. Fast alle wünschen sich dann, den Kurs mit Anleitung weiterführen zu können, um Inhalte zu wiederholen und mit den anderen Eltern im Austausch bleiben zu können. Die Trainerinnen sprechen sich ebenfalls für vertiefende Kursangebote aus, da bestimmte Lerninhalte nach dem Kurs leicht in Vergessenheit geraten. Auf eine im Kursverlauf häufiger schwankende Teilnehmerzahl sind die Praktikerinnen eingestellt. Um die regelmäßige Teilnahme aufrecht zu erhalten, motivieren sie die Eltern immer wieder neu, rufen sie beispielsweise an und erinnern sie an die Termine. Bei der Durchführung der ersten Kurse wurden die Vermittlung rein theoretischer Inhalte und die Sprachlastigkeit in der Didaktik (etwa auch der Umfang des schriftlichen Kursmaterials) als problematisch beurteilt, obwohl diese bereits reduziert wurde. Nicht ganz leicht ist es außerdem, Teilnehmer/innen mit sehr geringen deutschen Sprachkenntnissen zufriedenstellend in das Lernen einzubeziehen.

Nachhaltigkeit

Zur Sicherung der Nachhaltigkeit beziehungsweise Fortführung der durch den Kurs initiierten Lernprozesse bieten die KL Nachtreffen an, in die nach und nach alle interessierten Eltern eingebunden werden können, die die Kurse abgeschlossen haben. Obwohl sich die Eltern diese Treffen ausdrücklich wünschen, ist die Motivation der Teilnehmenden schwer aufrechtzuerhalten. Die langen Abstände zwischen den Treffen und die wechselnde Gruppen-Zusammensetzung stören die Kontinuität. Für häufigere Treffen stehen keine ausreichenden Ressourcen zur Verfügung. Es ist also noch keine Lösung gefunden, die langfristig Erfolg verspricht und tragbar wäre.

Entwicklungen über die Zeit

Die Vernetzung des Angebots im Setting verbessert sich über die Zeit, wenn KL beispielsweise von Kollegen Unterstützung erhalten oder sich Teams bilden. Im Verlauf der Zeit werden die Belastungen der Eltern den KL zunehmend bewusster und sie entwickeln mehr Verständnis für die alltagspraktischen Probleme der Eltern. Sie bekommen ein Gespür dafür, wann Eltern sich warum zurückziehen und können rechtzeitig reagieren und neu motivieren. Dadurch kommt es zu weniger Abbrüchen. Zu speziellen Themen, die mit STEP nicht abgedeckt werden, organisieren die Trainee-rinnen Extra-Veranstaltungen, zu denen sie teilweise auch externe Referenten einladen. Im Evaluationszeitraum hat sich die Konkurrenz zwischen den Schulen verstärkt, und der Druck ist angewachsen. Es ist nicht klar, welche Schule die gerade angebrochene neue Reformphase überleben wird.

Fluktuation und Verstetigung im Setting

Zum Zeitpunkt der abschließenden Bestandsaufnahme im Rahmen der BEEP-Evaluation konnte das Elternkurs-Angebot an sieben von neun Schulen stabilisiert werden. Eine KL ist dazu übergegangen, STEP in der Einzelberatung von Eltern umzusetzen, was in Anbetracht der teils gravierenden Problemlagen der ratsuchenden Eltern als sinnvoller erachtet wurde. Eine der Lehrerinnen mit STEP-Fortbildung ist zum Schuljahr 2007/2008 an eine andere Schule versetzt worden. An einer der Schulen war das STEP-Angebot kurzfristig ausgesetzt, da die dort tätige Kursleiterin die berufliche Selbstständigkeit wieder aufgegeben hat. Zum Zeitpunkt der Abschluss-Interviews war die Übernahme durch eine andere Kursleiterin angedacht.

Fazit der Prozessbeobachtung zur Umsetzung im Setting aus Sicht der Kursleiterinnen

Die integrierte Ausbildung (STEP und praxisorientiertes Coaching) des LISUM-Projekts hat die Kursleiterinnen gut auf ihre Aufgabe vorbereitet. Die supervisorische Begleitung des ersten Praxisversuchs wird als sehr hilfreich empfunden.

Die ideelle und praktische Unterstützung des Elternkursprojekts durch Schulleitung, Schul-Sozialarbeiter und Lehrer ist eine wichtige Ressource für die erfolgreiche Implementation. Die Unterstützungskapazitäten der Schulen sind sehr unterschiedlich gelagert.

Die KL erreichen Eltern am besten im direkten persönlichen Kontakt. Schriftliche Vereinbarungen tragen nur bedingt dazu bei, dass Mütter und Väter den Kurs tatsächlich besuchen. Bei den wirklich schwer zu erreichenden Gruppen erscheint die Strategie der schriftlichen Vereinbarungen ungeeignet. Gezieltes Zugehen auf einzelne Eltern aus konkretem Anlass (beispielsweise Leistungseinbruch beim Kind) kann durchaus erfolgreich sein.

Alle Eltern eines jeden neuen Schüler-Jahrgangs erreichen zu wollen, erscheint als hoch gestecktes Ziel, das sich unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht verwirklichen lässt. Die (verbindlich) teilnehmenden Eltern gehören meist zu den offeneren, engagierteren oder bildungsgewohnteren Müttern und Vätern innerhalb der Schulleiterschaft.

In der Ansprache und Kontaktaufnahme mit Eltern und für den Vertrauensaufbau im Kurs bewährt sich die STEP-Ausbildung. In der Arbeit mit bildungsungewohnten Eltern wird die Vermittlung der Inhalte aber auch als schwierig erlebt. In der Durchführung wird das STEP-Programm sehr flexibel gehandhabt.

Ansatzpunkte zur Verbesserung der Ansprache werden in der Programmanpassung und Information über STEP, im persönlichen Kontakt- und Vertrauensaufbau zu Eltern im Setting sowie in der Vernetzung mit anderen Schulprojekten gesucht.

Ergebnisse zur Teilhabe benachteiligter Elterngruppen und zur präventiven Inanspruchnahme in Berlin

Im Mittelpunkt dieses Abschnittes stehen die Mütter und Väter, die an Berliner STEP-Kursen teilgenommen haben. Die Ergebnisdarstellung beurteilt die Beteiligung vulnerabler Elterngruppen anhand soziodemografischer Marker. Wie schon im

vorangehenden Abschnitt 4.2.2 ziehen wir die Untersuchungsgruppe der bundesweiten STEP-Programmevaluation (n = 166) teilweise als Referenzstichprobe heran. Diese Stichprobe ermöglicht es zum einen, die Teilhabe vulnerabler Elterngruppen an den settinggebundenen Kursen im Vergleich zu denjenigen Eltern zu beurteilen, die über Komm-Strukturen von STEP erreicht werden. Zum anderen lassen sich markante Unterschiede der Berliner STEP-Teilnehmer aus Hauptschulen zu den Kursbesuchern aus der (oberen) Mittelschicht aufzeigen. Die Vorbelastung mit psychischen Auffälligkeiten bei den Kindern der teilnehmenden Eltern wird mit Hilfe des SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire von Goodman) erfasst. Anhand dieser Daten kann die präventive Inanspruchnahme objektiv beurteilt werden. Auch die subjektive Beanspruchung durch die Erziehungsaufgabe und die Motive der Eltern für die Teilnahme werden, mit Hilfe selbstentwickelter Skalen, einbezogen. Wie in der Beschreibung des methodischen Vorgehens bereits angedeutet, wurden STEP-Teilnehmer/innen an Berliner Hauptschulen befragt. Mit der schriftlichen Elternbefragung wurden Daten von 51 Elternteilen erhoben, die im Schuljahr 2007/2008 (n = 36 Teilnehmer aus sieben Kursen) oder im Frühjahr 2009 (Nacherhebung; n = 15 Teilnehmer aus drei Kursen) an einem von zehn STEP-Kursen teilnahmen, die an acht von insgesamt neun an der Bielefelder Evaluation beteiligten Schulen durchgeführt wurden.

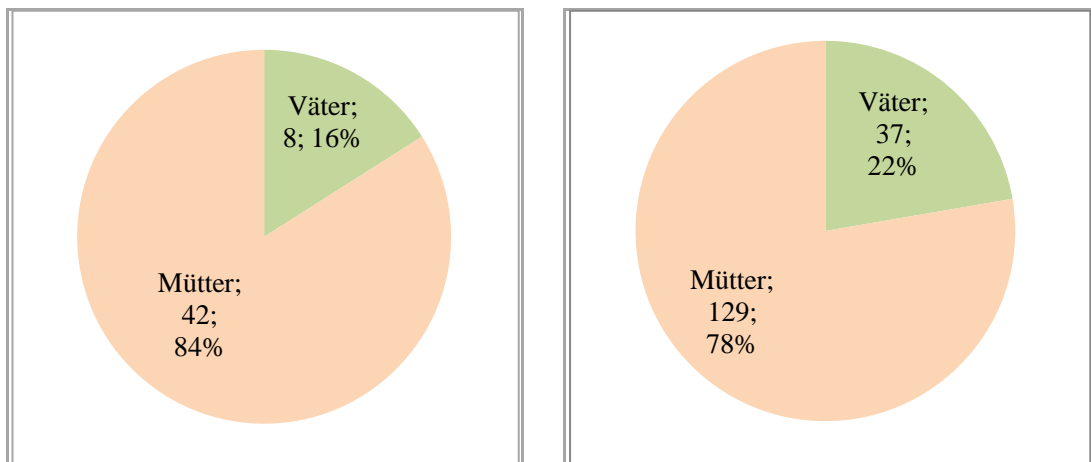
<p>Anzahl Teilnehmer in der Kursstichprobe</p> <p>n = 69</p>	<p>Anzahl Teilnehmer der schriftlichen Befragung</p> <p>n = 54 (78%)</p>	<p>Verwertbare Datensätze</p> <p>n = 51 (74%)</p>
---	---	--

Der hier dokumentierte Verlauf der schriftlichen Befragung lässt vermuten, dass die ausgeschöpfte Stichprobe eine positiv selektierte Teilnehmergruppe (Motivierbarkeit, Literacy) repräsentiert, was bei der Auslegung der Ergebnisse zu berücksichtigen ist. Wir haben die Fragebögen auf vier bis fünf Seiten kurz und einfach gehalten. Bestimmte Antwortschemata und Items der Standardskalen sowie die Codes für das Vorher-Nachher-Matching bereiteten manchen Eltern aber Probleme.

Soziodemografische Merkmale der befragten Teilnehmer/innen

Die Berliner STEP-Kurse haben überwiegend Mütter besucht. In unserer Befragungsstichprobe sind sie zu 84% vertreten⁷⁷. Der Anteil männlicher Kursbesucher liegt bei 16%. Der Väteranteil liegt in der Berliner Stichprobe damit etwas unter dem von uns 2005 bundesweit erhobenen Prozentsatz von 22%.

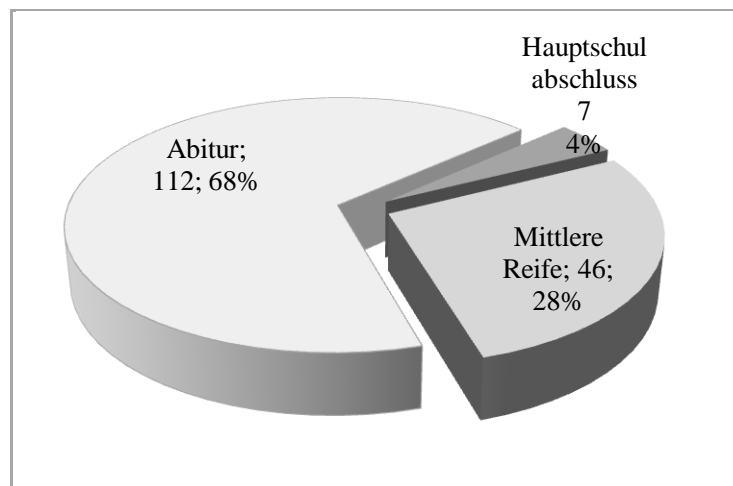
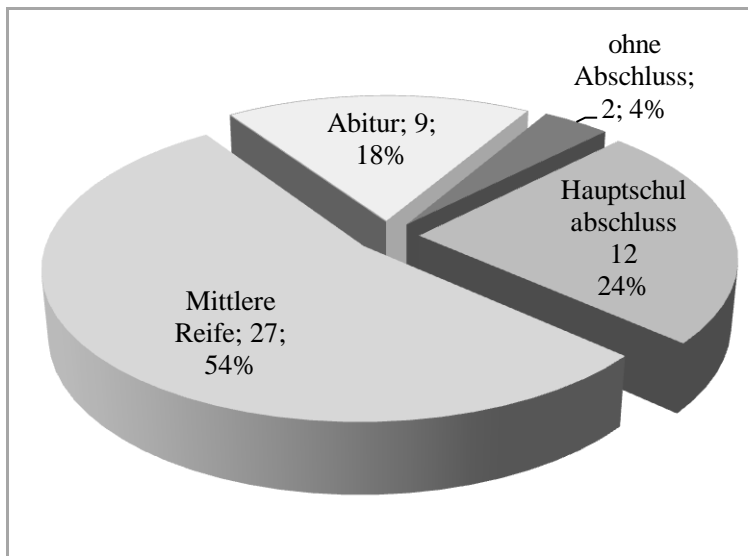
Abbildungen 4.2.3/ 2 und 4.2.3/ 3: Geschlechterverteilung STEP an Berliner Hauptschulen (links), STEP bundesweit (rechts)



Wie in den Abbildungen 4.2.3/ 4 und 4.2.3/ 5 weiterhin zu sehen ist, verfügen 24% der Berliner Kursteilnehmer/innen über einen Hauptschulabschluss, zwei Elternteile haben keinen Abschluss. Der Anteil an Eltern mit einem mittleren Bildungsabschluss beträgt 54%. 18% der befragten Eltern haben die Schule mit dem (Fach-) Abitur absolviert.

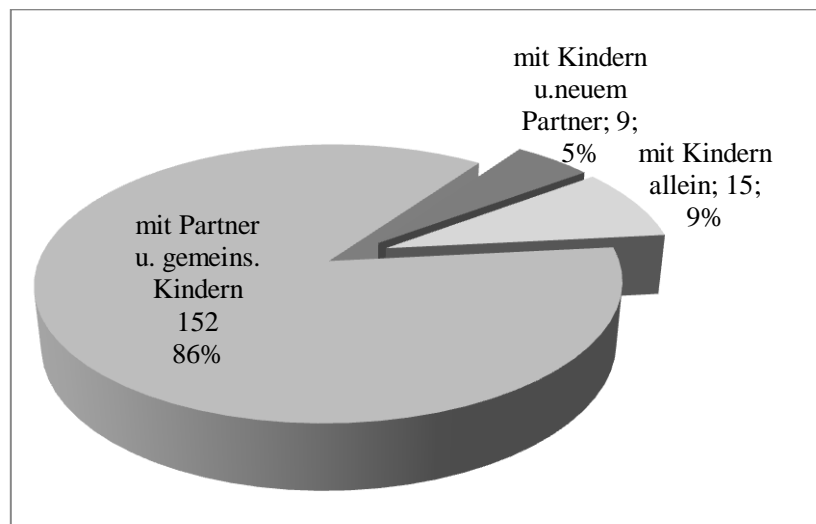
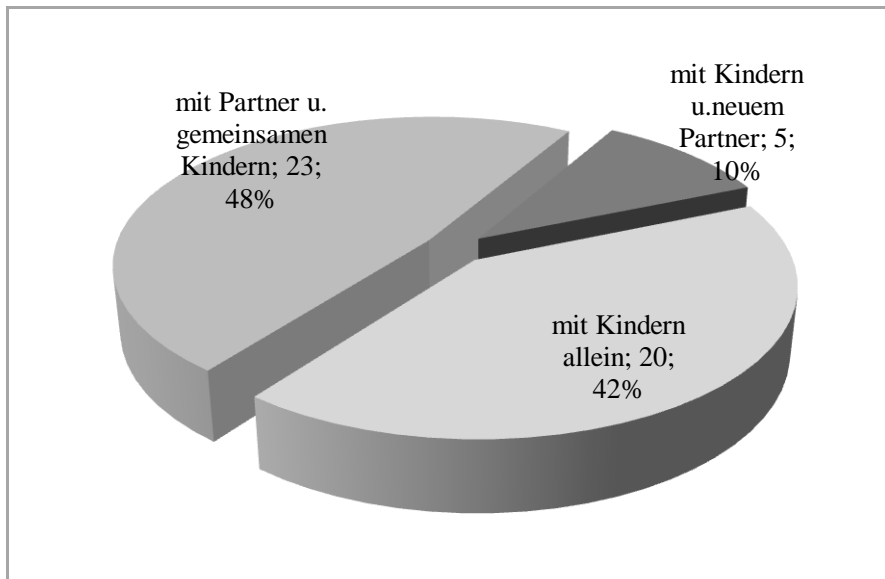
⁷⁷ Eine der teilnehmenden Personen war kein leibliches Elternteil des Kindes.

Abbildungen 4.2.3/ 4 und 4.2.3/ 5: Schulabschlüsse STEP Berlin (oben links), STEP bundesweit (unten rechts)



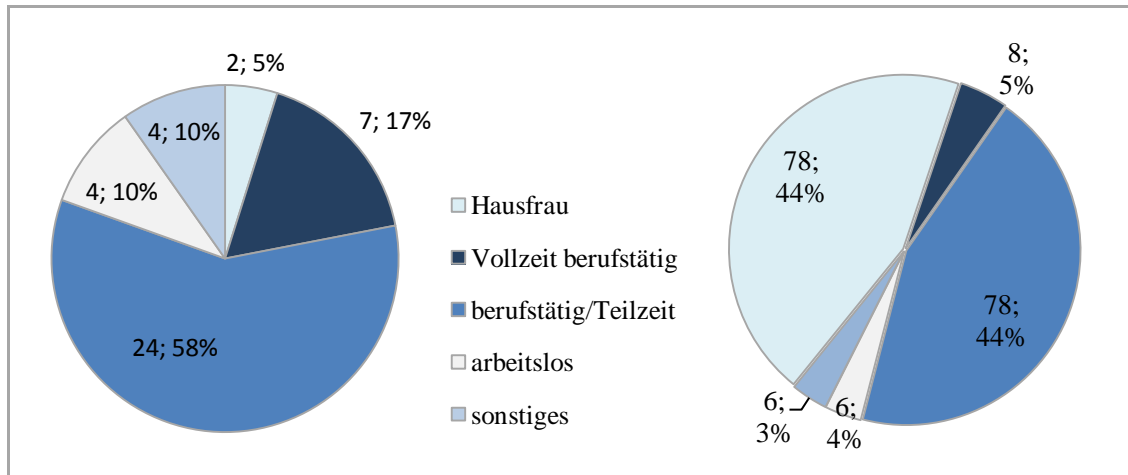
Etwa die Hälfte der teilnehmenden Mütter und Väter lebt mit ihrem Partner/ihrer Partnerin und den gemeinsamen Kindern zusammen. Alleinerziehend sind 42% der Eltern und 10% leben mit ihren Kindern und einem neuen Partner/einer neuen Partnerin zusammen (vgl. Abbildung 4.2.3/ 6).

Abbildungen 4.2.3/ 6 und 4.2.3/ 7: Familiäre Lebenssituation STEP Berlin (oben links) und STEP bundesweit (unten rechts)



Die Mehrzahl der Mütter unter den Berliner STEP- Kursbesuchern/-innen geht einer geregelten Beschäftigung nach, überwiegend in Form einer Teilzeitbeschäftigung, einige arbeiten Vollzeit. Als Hausfrauen bezeichnen sich zwei der Mütter, vier als arbeitslos. Die restlichen Frauen gehen einer geringfügigen Beschäftigung nach oder sind berentet (vgl. Abbildung 4.2.3/ 8).

Abbildungen 4.2.3/ 8 und 4.2.3/ 9: Beschäftigungssituation der Mütter, STEP Berlin (N = 40, links) und STEP bundesweit (N = 176, rechts)



Im Vergleich zur bundesweiten STEP-Teilnehmer-Stichprobe wird deutlich, dass mit den hauptschulgebundenen Berliner Kursen vor allem Eltern mit niedrigen beziehungsweise mittleren formalen Bildungsabschlüssen erreicht werden. Die Gruppe alleinerziehender Elternteile, welche sich bis auf zwei Väter aus Müttern zusammensetzt, ist im Vergleich zur bundesweiten Stichprobe sehr groß. In dieser Teilnehmergruppe lebten nur knapp 9% allein mit ihren Kindern. In der bundesweiten Stichprobe ist auch der Anteil der Frauen, die zu Hause bleiben (können), um sich der Familie zu widmen, deutlich größer.

Präventive Inanspruchnahme und Motive der Berliner STEP-Teilnehmer/innen

Das mit Abstand hervorstechendste Merkmal der Eltern, die an einem der Berliner Elternkurse teilnahmen, ist das Geschlecht ihres Kindes⁷⁸. Die „Zielkinder“ sind zu drei Vierteln männlich (n = 38) und zu einem Viertel (n = 13) weiblich. Das ungleiche Geschlechterverhältnis lässt sich zum Teil dadurch erklären, dass bei männlichen Jugendlichen mehr Schulprobleme und Verhaltensauffälligkeiten auftauchen (mehr dazu siehe unten). Daran, dass die Inanspruchnahme in dieser Deutlichkeit geschlechterabhängig ist, mag auch ein Sensibilisierungseffekt beteiligt sein. Eltern und

⁷⁸ Hiermit sind stets die „Zielkinder“ gemeint, also die Jugendlichen, welche gerade die siebte Klasse der Hauptschule besuchen, an der die Mutter/der Vater einen Elternkurs besucht. Nur zu diesen Kindern haben wir die Eltern genauer befragt.

Pädagogen sind sich nämlich sehr bewusst darüber, dass die Jungen ins Hintertreffen geraten sind, und achten verstärkt darauf, sie zu fördern.

Abb. 4.2.3./ 10 und 4.2.3./ 11: Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten (SDQ). Kinder der STEP-Teilnehmer/innen (links); Referenzwert für die 11-13 Jährigen aus Unterschichtfamilien, KiGGs-Studie (rechts)

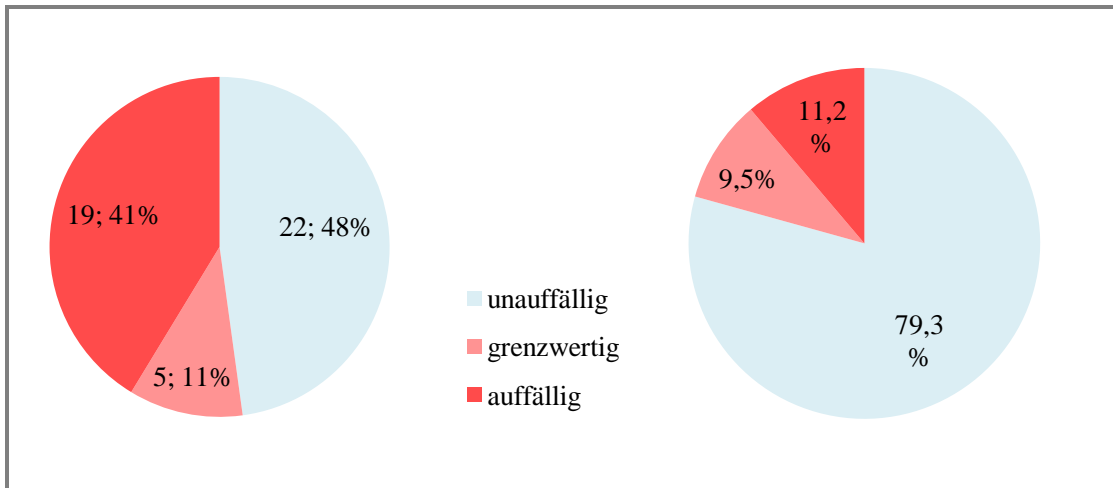
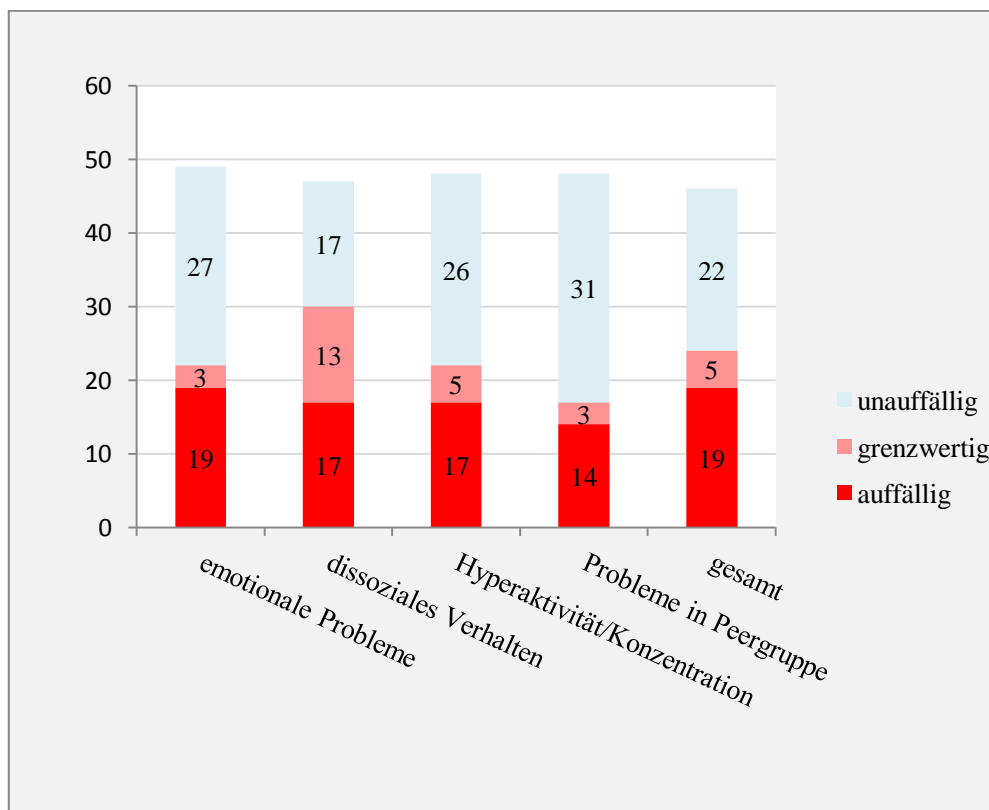
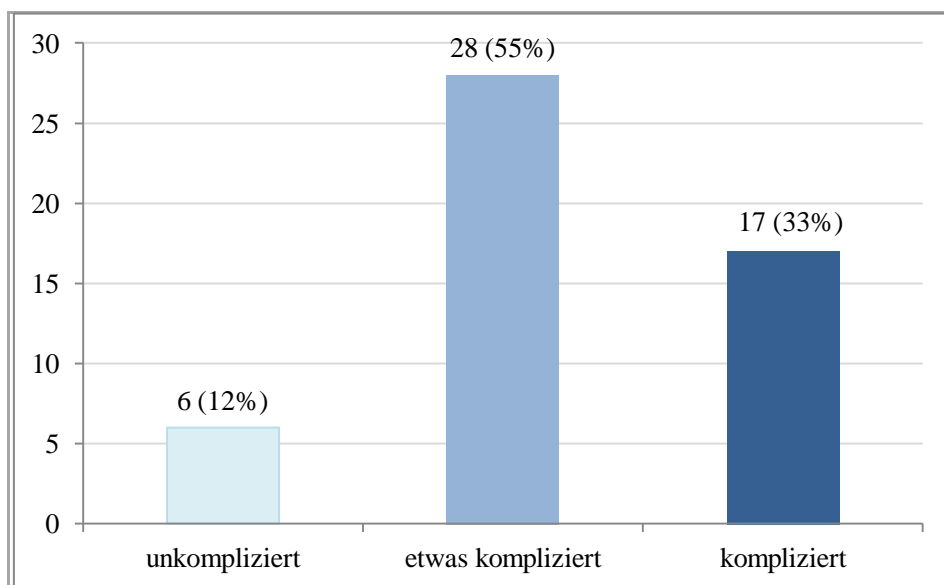


Abbildung 4.2.3./ 12: Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern der Berliner STEP-Teilnehmer/innen (SDQ Einzelskalen)



Gut die Hälfte (52%) der Kinder der von uns befragten STEP-Teilnehmer zeigt laut SDQ psychische oder Verhaltensauffälligkeiten beziehungsweise liegt im Hinblick darauf im „grenzwertigen“ Bereich. Ihr Anteil liegt damit mehr als doppelt so hoch wie der durchschnittliche Wert, den die KIGGs-Studie für 11-13 Jährige aus Unterschichtfamilien ermittelt hat (Hölling/Erhardt/Ravens-Sieberer & Schlack 2007). Die unterschiedlichen Verteilungen zeigen die Abbildungen 4.2.3./ 10 und 4.2.3./ 11.

Abbildung 4.2.3./ 13: Erziehung und Entwicklung des Kindes aus subjektiver Sicht; STEP- Teilnehmer/innen an Berliner Hauptschulen (n = 49)



Innerhalb der Gesamtgruppe der an STEP teilnehmenden Eltern sind die SDQ-Werte allerdings deutlich *bimodal* verteilt. Es lassen sich, sofern die SDQ-Ergebnisse herangezogen werden, anscheinend zwei „Typen“ von Teilnehmer/innen unterscheiden. Neben einer Gruppe mit akut hohem Problemdruck (Kinder mit Auffälligkeiten) gibt es eine weitere, etwas kleinere, die eher vorsorglich handelt oder durch etwas anderes als ein kritisches psychisches Befinden des eigenen Kindes zum Handeln motiviert ist. Das heißt beispielsweise auch, dass in den Kursen auf diese beiden unterschiedlichen Bedarfsgruppen eingegangen werden muss.

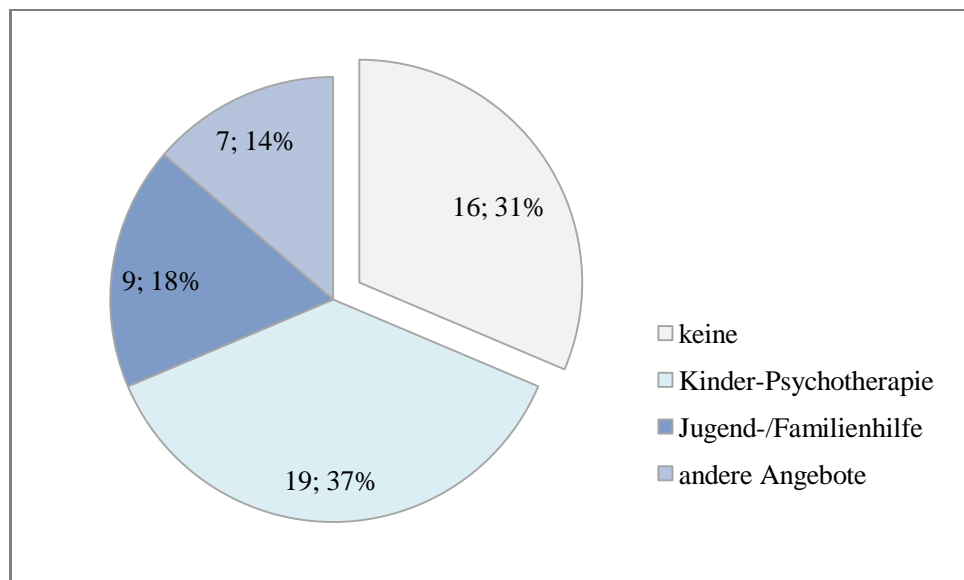
Die SDQ-Ergebnisse korrespondieren mit den *subjektiven* Einschätzungen der Elterngruppe, die das STEP-Training in Anspruch nimmt (vgl. Abb. 4.2.3/ 13). Die Entwick-

lung und die Erziehung des eigenen Kindes erleben hier lediglich 12% der Eltern als unkompliziert, etwas über die Hälfte der Mütter und Väter schätzen die Entwicklung ihrer Kinder als etwas kompliziert ein. Als kompliziert empfindet ein Drittel der Eltern die Erziehungsaufgabe. So fühlen sie sich vermutlich entsprechend stark durch die Erziehung beansprucht. Sie wissen aber auch, dass sie ihr Kind besonders fördern müssen.

Inanspruchnahme von Therapie, Beratung, Familienhilfe

Während der STEP-Kurs stattfand, nahmen gut zwei Drittel der Berliner Teilnehmer/innen bereits beratende, therapeutische oder unterstützende Angebote in Anspruch oder hatten dies irgendwann im zurückliegenden halben Jahr getan. Dabei stellte die Kinder- beziehungsweise Jugendlichen-Psychotherapie das am meisten genutzte Angebot dar (19 von 51 Teilnehmern/-innen, 37%), gefolgt von der Jugend- und Familienhilfe, die neun der 51 Teilnehmer/innen (18%) in Anspruch nehmen. Von den Familien in der bundesweiten Stichprobe (ohne Abbildung) nahmen im Vergleich dazu lediglich 29% Angebote wie Therapie, Beratung etc. wahr, was dem umgekehrten Verhältnis entspricht.

Abbildung 4.2.3./ 14: Inanspruchnahme von Therapie/Familienhilfe/Beratung, Berliner STEP-Teilnehmer (N = 51)



Erhöhter Unterstützungsbedarf

Immer wieder wenden sich Eltern mit deutlich erhöhtem oder anders gelagertem Unterstützungsbedarf an die Trainerinnen. Massive Familienkrisen oder schwerwiegende psychische Probleme können zwar mit einem Elternkurs nicht bewältigt werden. Aber die Trainerinnen können diesen Eltern eine erste Anlaufstelle bieten, sie über intensivere Unterstützungsmöglichkeiten informieren und die entsprechenden Kontakte vermitteln (Therapie, Familienhilfe, Fachärzte). Sind die Problemlagen nicht ganz so schwerwiegend, kann der Elternkurs auch durch Einzelgespräche (etwa durch Schulsozialarbeiter oder eine Familienberatungsstelle) ergänzt werden.

Motive der Teilnahme und Erwartungen der Eltern an den Elternkurs

Zu Beginn des Elterntrainings wurden die Motive und Gründe der Eltern für die Kursteilnahme anhand eines gebundenen Antwortschemas erfasst. Die subjektive Wichtigkeit aller vorgegebenen möglichen Motive, Gründe und Erwartungen sollten über ein vierstufiges Rating („Dieser Grund [...] war für mich überhaupt nicht wichtig/eher unwichtig/eher wichtig/sehr wichtig“) eingeschätzt werden. Hier zusammengefasst ist das Ergebnis unter Angabe der Prozentsätze der Antwortenden, die das vorgegebene Motiv als „sehr wichtig“ beurteilt haben.

Tabelle 4.2.3/ 2: Motive und Gründe für die Teilnahme, STEP Berlin/STEP bundesweit

<i>Motive, Erwartungen, Gründe für die Teilnahme an STEP</i>	<i>dieses Motiv/ diese Erwartung war <u>ausschlaggebend</u> für...</i>	
	<i>STEP Berlin N = 51</i>	<i>STEP bundesweit N = 166</i>
Praktische Tipps für den Erziehungsalltag erhalten	51 % (n = 26)	90%
Sorge um die Zukunft meines Kindes	49 % (n = 25)	14 %
Strategien gegen Streit	45 % (n = 23)	77 %
Professionellen Rat erhalten	22 % (n = 11)	35 %
Probleme verhindern	16 % (n = 8)	11 %
Überforderung im Alltag	9 % (n = 4)	13 %
Verunsicherung in der Erziehung	9 % (n = 4)	34 %

Ein auffallendes Merkmal der Berliner STEP-Teilnehmer/innen ist die hohe Motivation, die von der Sorge um die Zukunft des eigenen Kindes ausgeht. Sehr viel stärker trägt diese bei den Hauptschuleltern zur Teilnahme-Entscheidung bei, als es bei den ressourcenstarken Elterngruppen der Fall ist. Die erhöhte Sorge der Berliner STEP-Teilnehmer/innen kann im Einzelnen einer schlechten sozialen Lage, einer psychischen Beeinträchtigung des Kindes oder auch der belasteten Familiensituation der Teilnehmer/innen geschuldet sein – alle diese Belastungsfaktoren sind hier stärker ausgeprägt als unter den ressourcenstarken STEP-Nutzergruppen. Auch die Konzentration auf die Lebensphase Pubertät ist bei den Berliner Eltern zu berücksichtigen. Zu diesem Zeitpunkt drängt die Frage nach der Zukunftsperspektive, zumal wenn das Kind eine Hauptschule besucht.

Obwohl die Berliner Elterngruppe doch vergleichsweise hoch belastet erscheint, sind die eigene Verunsicherung oder Überforderung als Teilnahme-Motivation kaum von Bedeutung. Gegenüber den Werten der Eltern aus der oberen Mittelschicht, die über stärkere Ressourcen verfügen und weniger Belastung tragen, erscheinen die Prozentsätze niedrig. Möglicherweise ist das Bewusstsein über eigene Unsicherheit oder Überforderung, die Bereitschaft, sich diese einzugestehen, oder einfach die Wichtigkeit, die der eigenen Person zugemessen wird, gegenüber der eher selbstreflektierten Elternschaft der Mittelschichten schwächer ausgeprägt. Die Verunsicherung kommt vielleicht auch deshalb weniger zum Tragen, weil bereits unterstützende Angebote in Anspruch genommen werden. Außerdem fällt ein insgesamt zurückhaltenderes Antwortverhalten der Berliner STEP-Kursbesucher/innen auf. Die ressourcenstarken STEP-Nutzer/innen neigen insgesamt dazu, den vorgegebenen Motiven stärker zuzustimmen (höhere %-Werte). Daraus können eine stärkere „Grundmotivation“ aber auch höhere Erwartungen und Ansprüche abgelesen werden. Schließlich haben diese Eltern den Elternkurs selbst aufgesucht und viel Geld dafür bezahlt. Während die an den Berliner Hauptschulen erreichten Eltern eher ihre Besorgtheit drängt, den Elternkurs zu besuchen, kommen die Mittelschichts-Eltern eher, weil sie erwarten, etwas zu bekommen (etwa Rat von Experten oder Angebote zur Problemlösung).

Die Elternperspektive: Subjektiver Bedarf und Barrieren der Inanspruchnahme

Anhand der im Folgenden aufgeführten Ergebnisse soll aufgezeigt werden, wodurch sich teilnehmende und nicht teilnehmende Eltern unterscheiden. Die Motive der

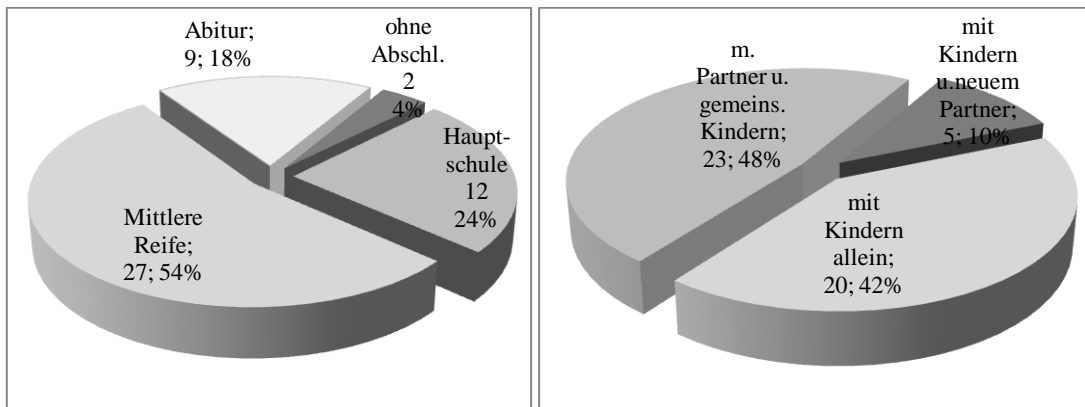
Kursbesucher, das Meinungsbild nicht teilnehmender Eltern zu den Elternkursen an der Schule sowie der Vergleich zwischen diesen beiden Gruppen im Hinblick auf psychische und soziodemografische Merkmale erlauben Rückschlüsse auf diejenigen Faktoren, die Eltern zu einem Kursbesuch motivieren sowie auf die Bedingungen, die eine Teilnahme erschweren oder aus Elternsicht behindern könnten. Um die Ergebnisse aus den beiden Elternbefragungen (subjektiv, Elternsicht) zu objektivieren und einzuordnen, haben wir bei der Auslegung dieser Daten auch die Aussagen von Kursleiterinnen und Schul-Sozialarbeiterinnen (Interviews) herangezogen.

Die beiden Befragungsgruppen: Nicht teilnehmende Eltern und STEP-Teilnehmer/innen

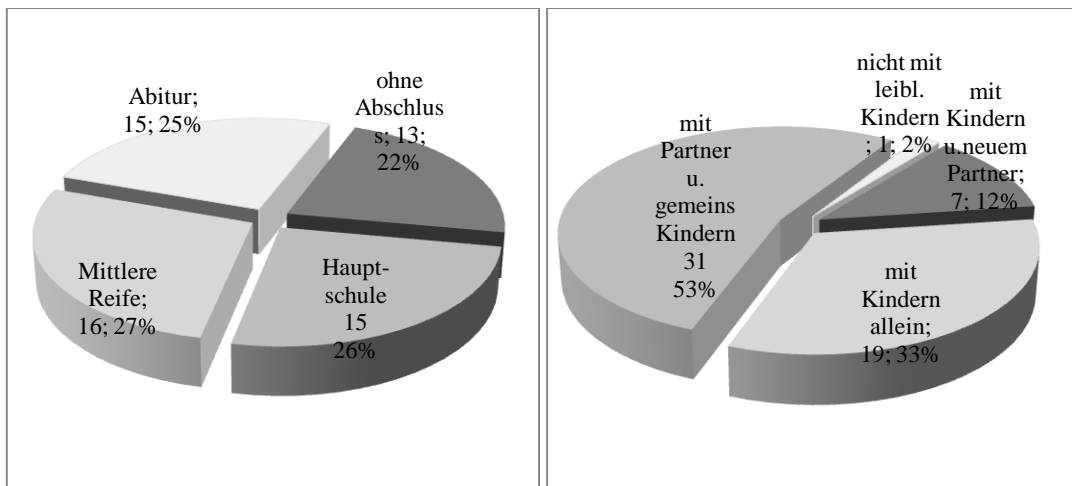
An zwei Hauptschulen, an denen STEP-Kurse stattfinden, haben wir im Herbst 2008 Eltern von Schülern der siebten und achten Klasse (Alter 12-15, M = 13) befragt, die das Angebot *nicht* in Anspruch genommen haben. Sie alle sind über das Elternkursangebot informiert worden, als ihre Kinder eingeschult wurden, also etwa ein Vierteljahr beziehungsweise einviertel Jahre vor der Befragung. Eine Teilnahme wird allen Eltern nahegelegt. Die Gruppe der Befragten umfasst insgesamt 60 Elternteile. Sie setzt sich aus 46 Personen an einer Brennpunktschule und 14 Personen an einer Hauptschule in einem „normal“ strukturierten Stadtteil (überwiegend Arbeiter und Angestellte) zusammen.

Die 51 Elternkurs-Teilnehmer/innen wurden bereits im vorangehenden Abschnitt vorgestellt. Bei der Auslegung der Ergebnisse wird zu berücksichtigen sein, dass diese Befragungsstichprobe eine positiv selektierte Teilnehmergruppe (Motivation, Literacy) repräsentiert. Zur Erinnerung sind hier noch einmal die wichtigsten soziodemografischen Marker aufgeführt. Die befragte Elterngruppe setzt sich aus acht Vätern und 42 Müttern zusammen, die „Zielkinder“ sind zu drei Vierteln männlich (n = 38) und zu einem Viertel (n = 13) weiblich. Die Berliner STEP-Teilnehmer/innen verfügen überwiegend über niedrige bis mittlere formale Bildungsabschlüsse.

Abbildungen 4.2.3./ 15 und 4.2.3./ 16 : Schulabschlüsse (n = 50 Angaben) und Familiensituation (n = 48 Angaben) der Berliner STEP-Kursteilnehmer/innen



Abbildungen 4.2.3./ 17 und 4.2.3./ 18 : Schulabschlüsse (n = 59 Angaben) und Familiensituation (n = 58 Angaben) nicht teilnehmender Eltern an Berliner Hauptschulen



Während die gelebten Familienkonstellationen bei Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern nahezu übereinstimmen, sind die Bildungsabschlüsse in den beiden Befragungsgruppen unterschiedlich verteilt. So erscheinen Eltern ohne Schulabschluss unter den Kursbesuchern als eine unterrepräsentierte Gruppe, dagegen sind solche mit einem mittleren Schulabschluss besonders stark (überproportional) vertreten. Diese Tendenzen in der relativen Beteiligung dieser beiden Elterngruppen in Abhängigkeit von ihren Bildungsabschlüssen sind sehr deutlich und trotz der kleinen Stichprobe aussagekräftig. Haben Mütter und Väter entweder einen Hauptschulab-

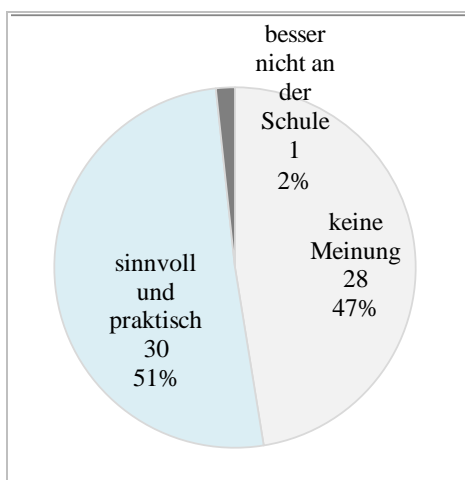
schluss oder einen höheren Schulabschluss, hat dies eher wenig Einfluss auf die Bereitschaft zur Teilnahme.

Akzeptanz des Elternkursangebotes und Einstellung zur möglichen Teilnahme (n = 60)

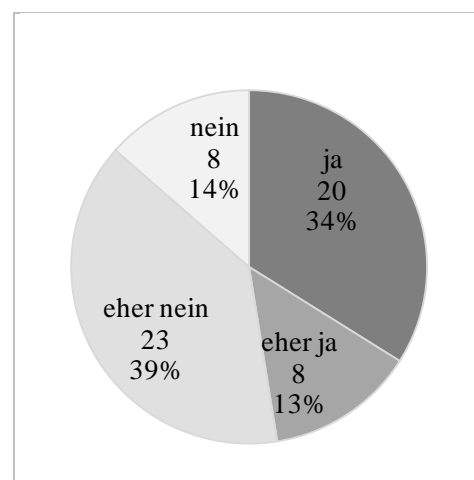
Mütter und Väter, die das Elternkursangebot nicht in Anspruch genommen haben, haben wir zu ihrer Meinung zu den schulgebundenen Elternkursen, ihrer Einstellung zur eigenen Teilnahme und ihren subjektiven Unterstützungsbedürfnissen in der Erziehung befragt. Die Antworten liefern Hinweise darauf, welche psychischen und praktischen Barrieren für die Inanspruchnahme eine Rolle spielen können. Volle Akzeptanz erfährt die Elternkurs-Idee von gut der Hälfte der befragten Mütter und Väter, die andere Hälfte ist unschlussig. Aufschlussreich ist die Antwortverteilung beim Item „Elternkurse sind nur etwas für Eltern, die wirklich Schwierigkeiten haben“.

Ein gutes Drittel der Befragten ordnet den Elternkurs ganz eindeutig als Notfallhilfe ein. Insgesamt wird diese Frage auffallend uneinheitlich beantwortet. Dies deutet darauf hin, dass die Eltern den Sinn und Zweck der Elternkurse und eventuell auch die Frage, wer sich davon angesprochen fühlen sollte, sehr unterschiedlich auffassen – obwohl sie stets auf die gleiche Weise darüber informiert werden.

Abbildungen 4.2.3./ 19 und 4.2.3./ 20: Einstellung nicht teilnehmender Eltern (Hauptschulen Berlin; n=59)

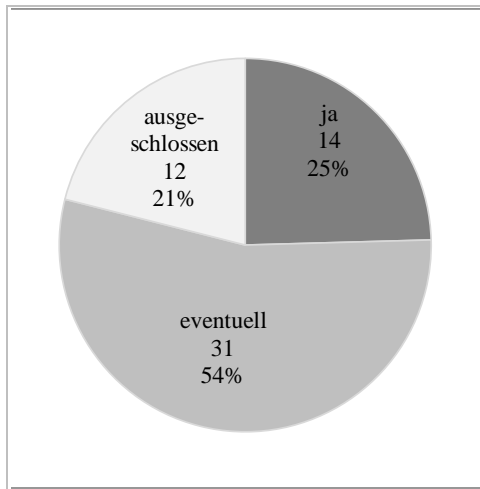


„Was halten Sie vom Elternkursangebot an dieser Schule?“

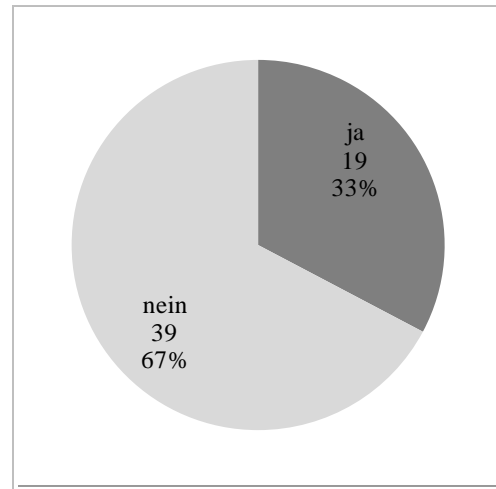


„Elternkurse sind nur etwas für Eltern, die wirklich Schwierigkeiten haben“

Abbildungen 4.2.3./ 21 und 4.2.3./ 22: Einstellung nicht teilnehmender Eltern zur möglichen Inanspruchnahme



„Ist für Sie eine Teilnahme grundsätzlich vorstellbar?“



„Haben Sie selbst mit dem Gedanken gespielt oder sogar fest vorgehabt, teilzunehmen?“

Auch bezüglich der eigenen Teilnahme offenbart das Befragungsergebnis eine ambivalente Haltung bei einer Mehrheit der Eltern (vgl. Abb. 4.2.3./ 21). 22% der Eltern schließen, nach Lage unserer Ergebnisse, einen Elternkursbesuch für sich grundsätzlich aus (siehe oben). Knapp ein Viertel gibt ein klares „Ja“. Ein gutes Drittel der letztlich nicht teilnehmenden Eltern hat erwogen oder vorgehabt, den Elternkurs zu besuchen (Abb. 4.2.3./ 22).

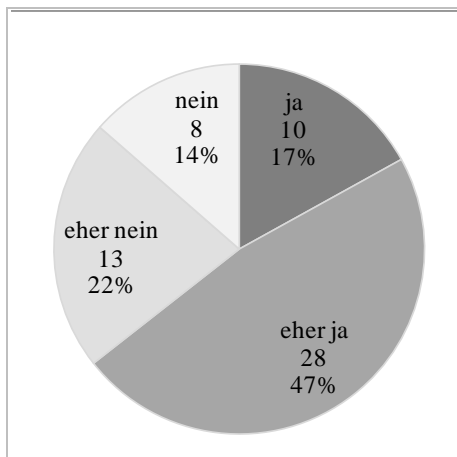
Bei dieser zustimmenden Gruppe sind wir davon ausgegangen, dass eine intrinsische Motivation zunächst grundsätzlich vorhanden war. Deshalb haben wir diese 19 Personen umfassende Gruppe weiter danach befragt, warum es dann doch nicht zum Kursbesuch kam. 17 Elternteile haben die Möglichkeit zur offenen Beantwortung genutzt. Wir haben die Aussagen (19 Aussagen in 17 Antworten) nach bedeutsamen Kategorien zusammengefasst. Sie sind in der folgenden Tabelle jeweils mit Antwortbeispielen und der Häufigkeit der Nennung der Begründung aufgeführt.

Tabelle 4.2.3/ 3: Kategorien der offenen Beantwortung

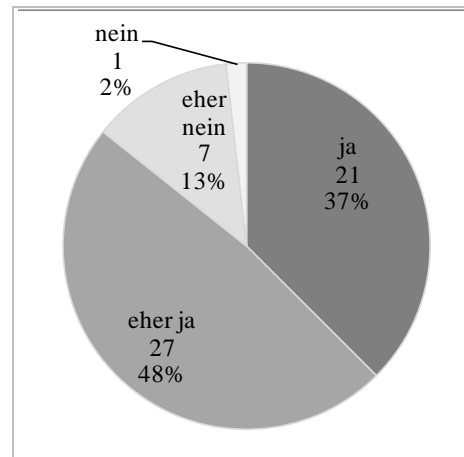
Kategorie	Antwortbeispiele	
Erhöhte Familienbelastung (z.B. durch Krankheit)	„Da meine Mutter vor Kurzem stark erkrankte, konnte ich mich nicht so viel um schulische Sachen kümmern“ „Wir haben Familienhelfer im Haus. Das nimmt viel Zeit in Anspruch“	5
Arbeitssituation	„Bin auf ständigem Abruf auf Arbeit“ „Bin seit kurzem selbstständig. Komme erst gegen acht abends heim“	5
Zeit/Terminprobleme (nicht näher definiert)	„Terminprobleme“ „Noch keine Zeit gehabt“ „Zeitmangel“	4
Information	„Zu wenig Information“ „Will mich erst noch genauer informieren!“	2
Sonstiges	„Leidensdruck nicht hoch“ „Mein Sohn hat mich überredet“	3

Die Antworten der befragten Eltern heben vornehmlich auf situative und alltagspraktische Hindernisse ab. Eine durchaus motivierte und am Elternkurs interessierte Gruppe von Eltern nimmt letztlich aufgrund der (ständigen, lebensphasenbedingten oder situativen) Alltagsbelastung von der Teilnahme Abstand, um sich selbst nicht zu überfordern. Arbeit, Familie, Gesundheit – in allen diesen Bereichen sind Eltern gefordert. Viele der angesprochenen Familien sind durch prekäre Arbeitsverhältnisse oder psychosoziale Faktoren belastet, verfügen über wenig materielle Ressourcen und haben oft kein starkes soziales Netzwerk. An die Alleinerziehenden und die Eltern mit vielen Kindern ist hier zu denken, die mit der zeitlichen Organisation der Familienaufgaben und ihrer Arbeitstätigkeit stark gefordert sind. Kommen außergewöhnliche Belastungen (etwa die Erkrankung eines Familienmitglieds) oder private Familienkrisen hinzu, werden die Spielräume schnell eng. Es wird dann auch schwierig, sich auf einen verbindlichen wöchentlichen Termin einzulassen, wie es beim Elternkurs notwendigerweise der Fall ist.

Abbn. 4.2.3./ 23 und 4.2.3./ 24: Einstellung zur Unterstützung in Erziehungsfragen



„Im Grunde weiß es jeder selbst am besten, wie er seine Kinder erziehen sollte.“



„Kindererziehung ist keine leichte Sache, wir alle können Unterstützung brauchen!“

Unterschiede in der Inanspruchnahme nach psychosozialen Merkmalen

Um herauszufinden, was Eltern dazu bewegt, einen Elternkurs in Anspruch zu nehmen, beziehungsweise, welche Faktoren eine Schwelle darstellen könnten, haben wir die beiden Berliner Befragungsgruppen, *STEP-Teilnehmer* und *Nicht-Teilnehmer*, im Hinblick auf verschiedene psychosoziale Merkmale verglichen. In der schriftlichen Befragung wurden gezielt solche Faktoren wie Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartung gemessen, von denen vermutet wird, dass sie bei der Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an präventiven Angeboten eine Rolle spielen.

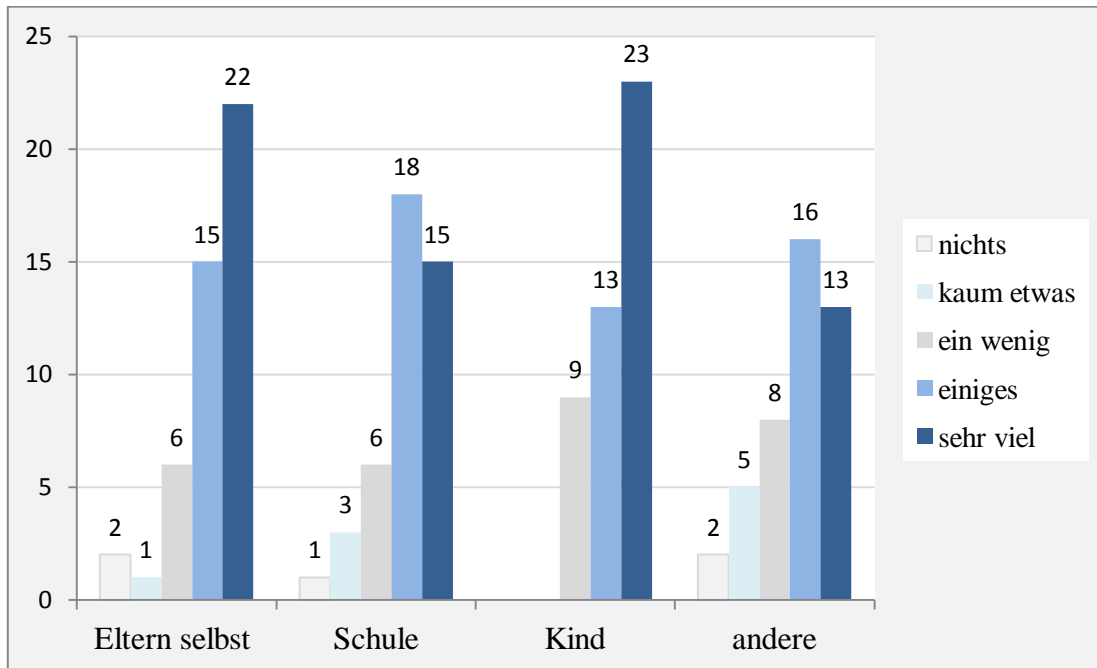
Angenommen wird, dass das Vertrauen in die Fähigkeiten, Herausforderungen aus eigener Kraft zu bewältigen (Selbstwirksamkeitserwartung) und auf das eigene Schicksal Einfluss zu nehmen (internale Kontrollüberzeugung), sowie auch der Glaube an den hilfreichen Einfluss anderer in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen generell herabgesetzt ist. Wir wollten überprüfen, inwiefern negative Erwartungen für die Hauptschul-Eltern einen Hinderungsgrund darstellen könnten, einen Elternkurs in Anspruch zu nehmen. Gefragt nach „Wie viel können die folgenden Personen ihrer Ansicht nach dazu beitragen, dass Ihr Kind auf seinem zukünftigen Weg erfolgreich sein wird?“ konnten die Eltern für die vorgegebenen Kategorien

„Wir selbst als Eltern“, „Die Lehrer, die Schule“, „Mein Kind selbst“ und „Andere wichtige Personen“ innerhalb eines gebundenen Antwortschemas immer zwischen 5 Möglichkeiten wählen (siehe dazu Legende zu den Abbildungen unten).

Die Frage war, ob eine generell herabgesetzte Selbstwirksamkeitserwartung im Erziehungshandeln als Hindernis der Inanspruchnahme wirkt. Wie in Abbildung 4.2.3./ 25 ganz links zu sehen ist, sprechen sich, bis auf zwei Personen, alle Eltern selbst einen Einfluss auf die Zukunftschancen ihrer Kinder zu. Die meisten von ihnen sprechen sich „einiges“ oder sogar „sehr viel“ an Einfluss zu. Wird dieses Ergebnis den Antworten der freiwillig teilnehmenden Eltern (Abbildung 4.2.3./ 26) direkt gegenübergestellt, zeigt sich, dass die Selbstwirksamkeitserwartung in dieser Gruppe tatsächlich etwas stärker ausgeprägt ist. Ein weiterer interessanter Unterschied, der womöglich von Bedeutung ist, betrifft das Verhältnis zwischen dem Einfluss, den die Eltern sich selbst zumessen, und dem Beitrag, den ihrer Ansicht nach die Schule beziehungsweise das Kind selbst leisten kann. Im Zusammenhang mit der „Geteilten Verantwortung“, womit die typische Situation des Zusammenwirkens zwischen Elternhaus, Schule und Kind umschrieben werden kann, stehen zwei Ergebnisse heraus.

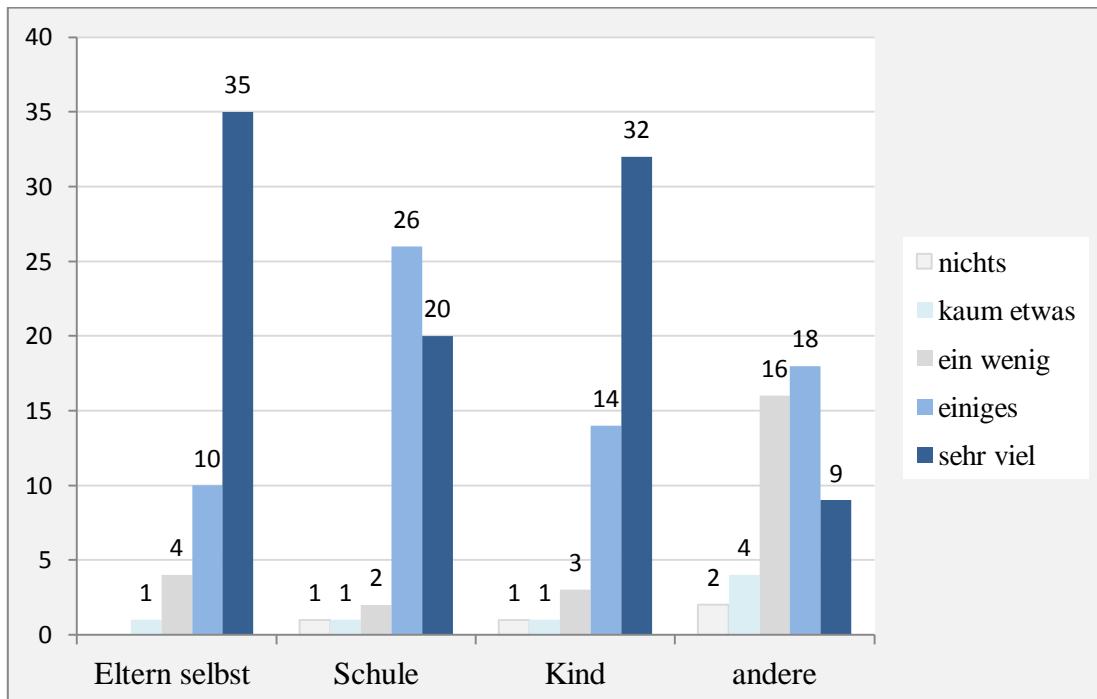
Die freiwillig teilnehmenden Eltern schätzen den schulischen Beitrag, gemessen an den eigenen Möglichkeiten, *geringer* ein als die nicht teilnehmenden Mütter und Väter. Vor allem ist die Verantwortung (der Beitrag), welche hier den Kindern zugesprochen wird, höher als in der nicht teilnehmenden Gruppe (siehe Abbildung 4.2.3./ 25 und 26).

Abbildung 4.2.3/ 25: Einfluss auf Zukunftschancen des Kindes, nicht teilnehmende Eltern (hier nur Brennpunktschule, n = 43-45)



„Wie viel können die folgenden Personen ihrer Ansicht nach dazu beitragen, dass Ihr Kind auf seinem zukünftigen Weg erfolgreich sein wird?“

Abbildung 4.2.3/ 26: Einfluss auf Zukunftschancen des Kindes, freiwillig teilnehmende Eltern (STEP Berlin, n = 50)



Dieses Datum ist nicht mit Hilfe eines standardisierten Messinstruments erhoben worden. Auch ist es mangels Außenkriterium nicht ganz leicht zu beurteilen, ab wann der von den Kindern (der Altersdurchschnitt beträgt 13 Jahre) erwartete Beitrag zum eigenen Zukunftserfolg zur Überforderung oder Zumutung wird, oder ab wann die von den Eltern übernommene Verantwortung als „zu wenig“ erscheint. Nach Einschätzung der Professionellen an den Hauptschulen (Sozialpädagogen, Kursleiterinnen und Schulleiter) gibt es einen deutlichen Trend dahin, dass sich die Eltern früh aus der Erzieherrolle zurück ziehen - womit noch nichts darüber gesagt ist, warum sie dies eigentlich tun. In jedem Fall spricht das Ergebnis dafür, dass an die Jugendlichen hohe Erwartungen gestellt werden. Zusammengenommen kann das Merkmal „zu geringe Selbstwirksamkeit“ innerhalb der hier repräsentierten Gruppe und bezogen auf die Entscheidung, an einem Elternkurs teilzunehmen, nur eine nebengeordnete Rolle spielen. Die Unterschiede müssten deutlicher ausfallen, wenn dies der entscheidende Faktor wäre.

Subjektiv wahrgenommene Erziehungssituation und objektiv vorliegende Auffälligkeiten

Dass ein vorhandener Problemdruck zu den wichtigen Motiven der Teilnahme gehört, bildet sich in den Ergebnissen unserer Elternbefragung sowohl auf der subjektiven Ebene („Wie erleben sie ganz persönlich die Erziehung und Entwicklung bei ihrem Kind?“) als auch auf der objektiven Ebene (SDQ: psychische und Verhaltensauffälligkeiten beim Kind) ab.

Die teilnehmenden Eltern erleben die Erziehung und Entwicklung ihrer Kinder komplizierter als die nicht teilnehmenden Eltern (Abbn. 4.2.3/ 27 und 4.2.3/ 28). So fühlen sie sich vermutlich entsprechend stärker durch die Erziehungsaufgabe beansprucht. Sie wissen aber auch, dass sie ihr Kind besonders fördern müssen. Die SDQ-Ergebnisse (Abb. 4.2.3/29), nach denen gut die Hälfte der Kinder von STEP-Teilnehmern/-innen⁷⁹ psychische beziehungsweise Verhaltensauffälligkeiten zeigen oder an der Grenze dazu liegen, passen zu den subjektiven Einschätzungen der Elterngruppe, die das STEP-Training in Anspruch nimmt (nicht teilnehmende Eltern: 24%; nur Brennpunktschule: 29%). Nochmals sei darauf hingewiesen, dass bei 76%

⁷⁹ Hier sind stets die „Zielkinder“ gemeint, also die Jugendlichen, welche gerade die siebte Klasse der Hauptschule besuchen, an der die Mutter/der Vater einen Elternkurs besucht.

der teilnehmenden Eltern das „Zielkind“ (also das Kind, welches die siebte Klasse der Schule besucht und nach dem wir die Eltern gezielt befragt haben) ein *Junge* ist.

Abbildung 4.2.3/ 27: „Erziehung und Entwicklung“, nicht teilnehmende Eltern (n = 57)

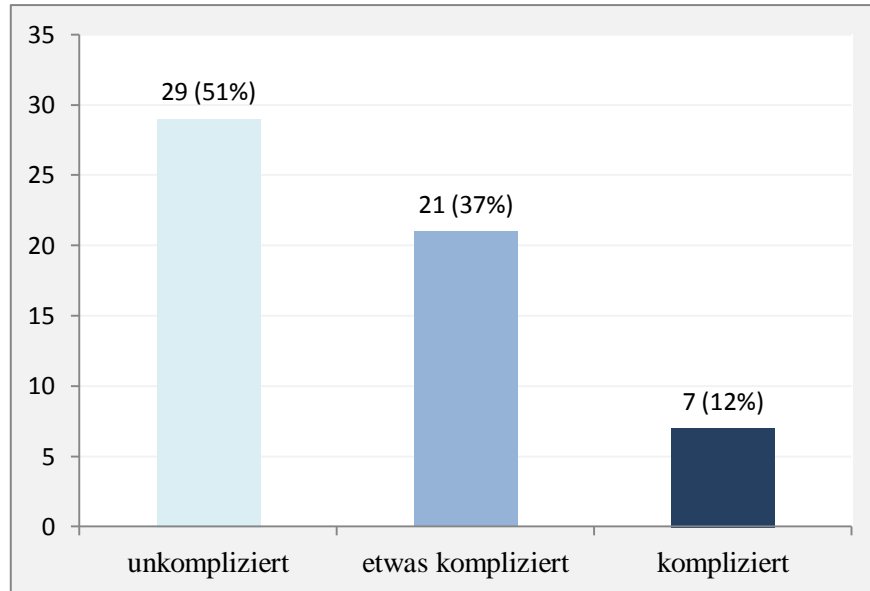
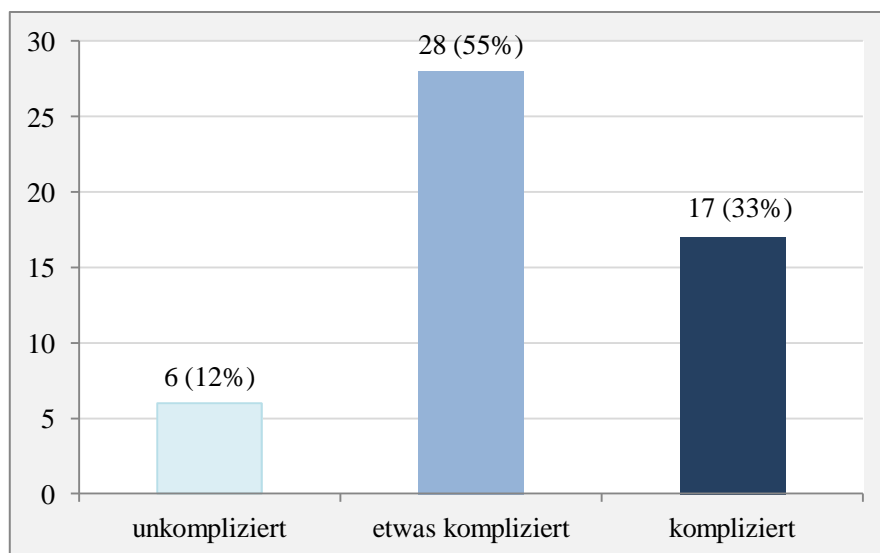


Abbildung 4.2.3/28: „Erziehung und Entwicklung“, STEP Teilnehmer (n = 51)



Neben einer Gruppe mit akut hohem Problemdruck (Kinder mit Auffälligkeiten) gibt es unter den Eltern, die die Elternkurse nutzen, eine weitere etwas kleinere Gruppe, die eher vorsorglich handelt oder auf andere Weise motiviert ist. Bei den Eltern, die

am Erziehungstraining teilnehmen, handelt es sich auch um eine eher beratungsgewohnte Gruppe. Erfahrungen mit externer Hilfestellung senken die Schwelle, weitere professionelle Angebote zu nutzen. Während der STEP-Kurse nahmen gut zwei Drittel der Familien beratende, therapeutische oder unterstützende Angebote in Anspruch. In der Vergleichsgruppe (Nicht-Teilnehmer) bezogen lediglich 16 von 60 Familien professionelle Unterstützung (27%), vier Kinder erhielten therapeutische Hilfe.

Abbildung 4.2.3/ 29: Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten, Kinder der STEP-Teilnehmer/innen Berlin (n = 46-49)

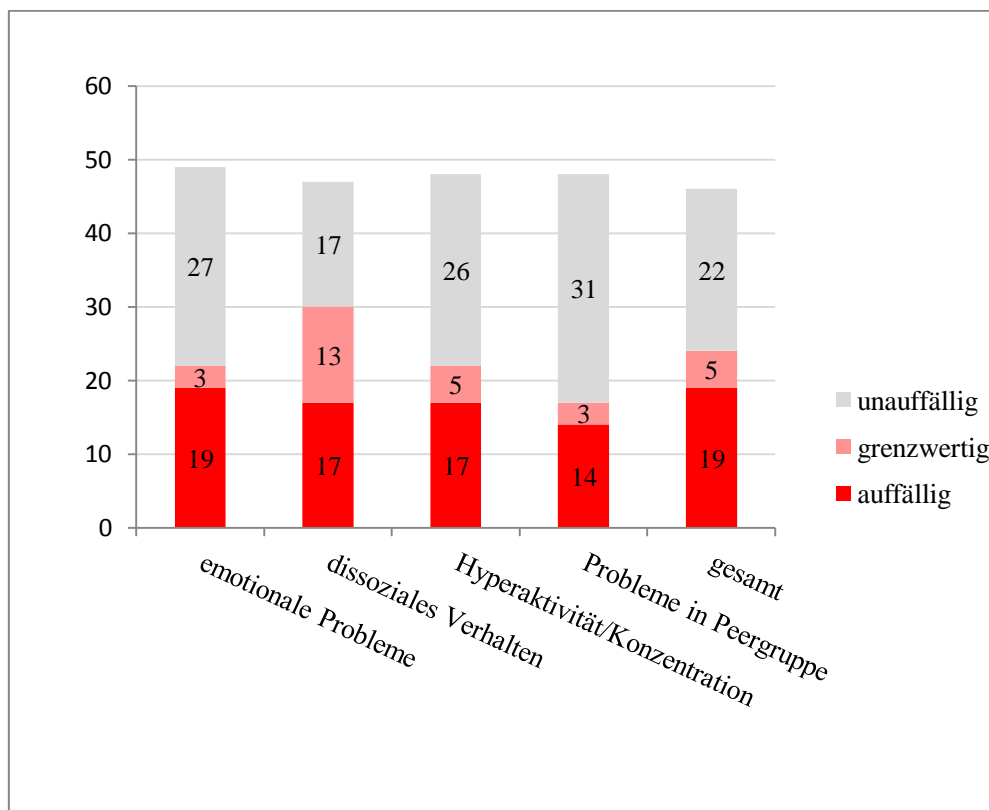
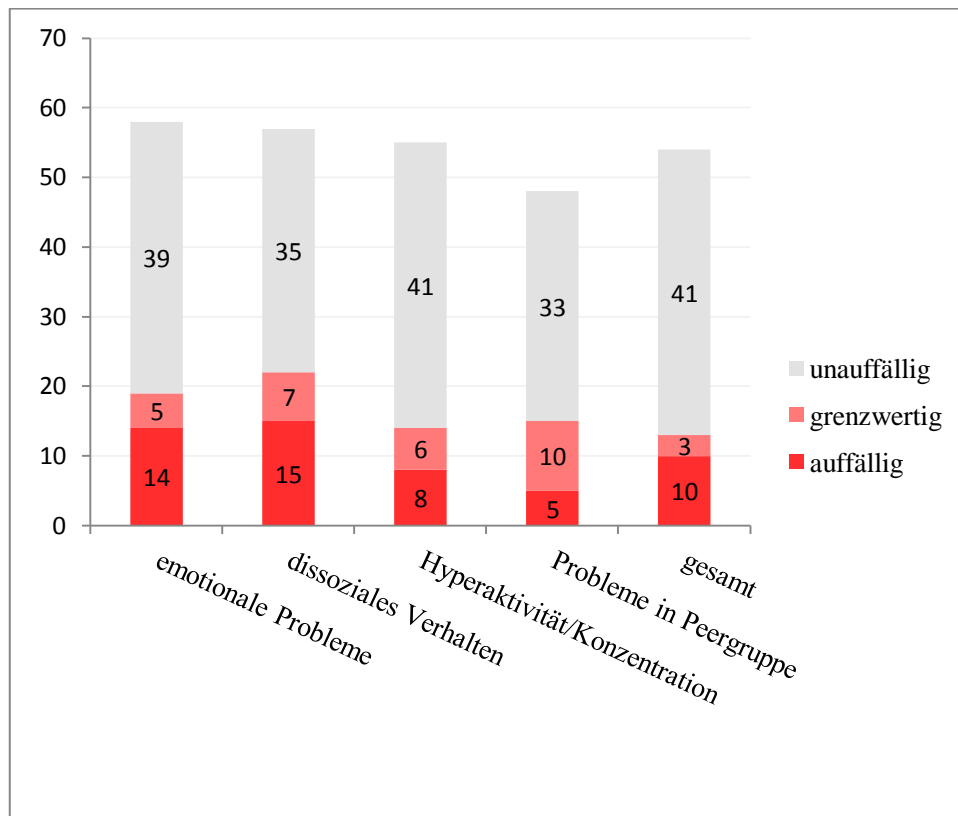


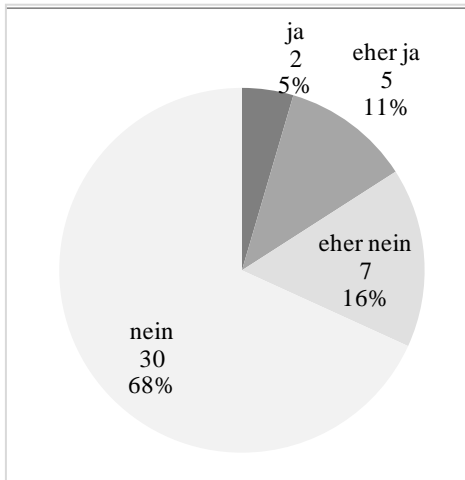
Abbildung 4.2.3/ 30: Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten, Kinder der nicht teilnehmenden Eltern aus Berlin (n = 54-58)



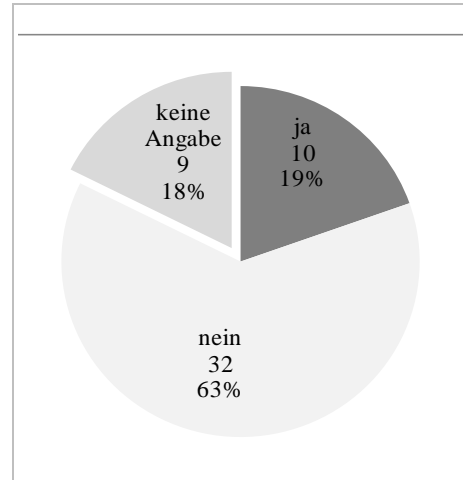
Wirkung durch Anstoß von außen

Für das Item „Ich nehme an STEP teil... weil mir jemand anderes dazu geraten hat“ ergibt sich die in Abbildung 4.2.3/ 31 dargestellte Antwortverteilung. Dieses Item war zusammen mit weiteren Gründen (beispielsweise „...weil ich mir Sorgen um die Zukunft meines Kindes mache“) in ein einheitliches Antwortschema integriert. Sieben Mütter und Väter stimmen zu, lediglich zwei dieser Personen beurteilen den Rat oder Anstoß als ausschlaggebend für die Entscheidung zum Besuch des Kurses. Über einen dichotomen Antwortmodus direkt gefragt nach „War der Anstoß von außen für ihre Entscheidung zur Teilnahme ausschlaggebend?“, räumen die Eltern diesem aber eine etwas höhere Bedeutung ein (vgl. Abb.4.2.3/ 32).

Abbildungen 4.2.3/ 31 und 4.2.3/ 32: Beurteilung der Motivation von außen, STEP-Teilnehmer/innen



„Ich nehme an STEP teil... weil mir jemand anderes dazu geraten hat“



„War der Anstoß von außen ausschlaggebend für ihre Entscheidung zur Teilnahme?“

Festzuhalten ist, dass bei recht guter Akzeptanz der Elternkurse die Einstellung der Eltern zur eigenen Teilnahme oft ambivalent bleibt. Viele Eltern sind hin und her gerissen, was sie vom Kursangebot halten sollen. Eine durchaus interessierte Gruppe von Eltern (hier: etwa ein Drittel der Befragten) wird letztendlich durch alltagspraktische Hindernisse oder situative Belastungen der Familie vom Besuch des Kurses abgehalten. Andere Eltern wiederum lehnen es grundsätzlich ab, an einem Elterntraining teilzunehmen (hier: weniger als ein Viertel der Befragten). Mit steigendem Problemdruck nimmt die Wahrscheinlichkeit im Allgemeinen zu, dass Eltern diese Form der Unterstützung suchen. Viele Eltern, deren Kinder objektiv betrachtet (siehe beispielsweise SDQ-Ergebnisse!) von einer gestärkten Erziehungskompetenz sehr profitieren würden, nehmen aus unterschiedlichsten Gründen daran nicht teil. Für die meisten fehlt wohl letztlich der Anreiz, der den Aufwand (sich trauen/überwinden, anstrengen, regelmäßige Teilnahme organisieren) rechtfertigen würde.

Die Setting-Perspektive: Hauptschulspezifisches Elternkursprofil und Ressourcen der präventiven Elternarbeit im Setting

Die Ausarbeitung geht zunächst hauptsächlich aus dem eineinhalbtägigen Berliner Workshop (09/2008) hervor, in dem wir als STEP-Evaluationsteam gemeinsam mit den Kursleiterinnen die Schwerpunktziele der hauptschulgebundenen Elternkurse fixiert haben. Abgesehen von dieser partizipativen Evaluationsarbeit mit ihrem hier dokumentierten Output war es unser Anliegen, den gesundheitswissenschaftlichen Hintergrund unserer Forschung (Prävention und Gesundheitsförderung, Public Health) transparenter zu machen, vorhandene Ergebnisse der Evaluation in die Praxis zu transferieren und den bis zu diesem Zeitpunkt nicht praktizierten Austausch zwischen den „externen“ und „internen“ Kursleiterinnen zu fördern. Um die Systematik zu untermauern, haben wir die Ergebnisse der schriftlichen Elternbefragungen, der Elterninterviews und auch der Expertenbefragungen in den Hauptschulsettings als zusätzliche Datenquellen herangezogen. Typische allgemeine Zielsetzungen von Elternkursen, wie beispielsweise die Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung, bleiben bewusst ausgespart. Die in der Auflistung aufgeführten Punkte sollen die speziellen Schwerpunkte herausheben, die besonderes Gewicht erfahren haben, beziehungsweise die Punkte, die sich vom Standard abheben.

Die Schwerpunkte hauptschulgebundener Elternkurse:

1. Stärkung der Erziehungspartnerschaft zwischen Schule und Elternhaus
Mütter und Väter erfahren im Elternkurs Verständnis, Wertschätzung und Unterstützung. Dies trägt zur Vertrauensbildung bei. Sie gewinnen zudem durch das Gruppentraining an sozialer Kompetenz und Sicherheit in der Elternrolle. Vertrauen und Selbstsicherheit senken die Schwelle, sich im Interesse des Kindes mit Fragen, Problemen oder der Bitte um Unterstützung an das Schulpersonal zu wenden. Andersherum fördert es die Gesprächsbereitschaft, wenn die Schule auf die Eltern zukommt. Eltern können sich auch sonst nur dann in der Schule einbringen, wenn die Kontaktaufnahme nicht angstbesetzt oder von Misstrauen geprägt ist.

2. Mehr Sicherheit in der Elternrolle

Mehr erzieherische Kompetenz und Sicherheit in Kommunikation und Auftreten hilft Eltern, sich auch außerhalb der Schule für die Belange ihrer Kinder einzusetzen und sie gut zu begleiten. Auch ältere Jugendliche sind darauf angewiesen, dass ihnen die Eltern beispielsweise in rechtlichen, finanziellen oder beruflichen Angelegenheiten zur Seite stehen. Mütter und Väter in ihrer „Vermittler-Rolle“ zwischen Familie und anderen relevanten Lebenswelten ihrer Kinder zu stärken, ist ein wichtiges Ziel der hauptschulgebundenen Elternkurse⁸⁰.

3. Soziale Unterstützungsressourcen für Eltern aktivieren

Die regelmäßigen Gruppentreffen über mehrere Monate hinweg geben Eltern Möglichkeiten, ihr soziales Netzwerk durch neue Kontakte zu bereichern. Austausch und gegenseitige Unterstützung auch über die Kurszeit hinaus (etwa über Telefonkontakt halten) werden im Kurs bewusst angeregt. In schulischen Fragen (Hausaufgaben, Klassenfahrten, Klassenarbeiten) können die Eltern einander gut weiterhelfen. Auch im Monitoring (Wo ist mein Sohn/meine Tochter? Mit wem ist er/sie zusammen?) sind die Kontakte wertvoll.

4. Einen altersgerechten Erziehungsstil entwickeln

STEP soll Eltern helfen, die Balance zwischen Halt geben und Förderung der Selbstständigkeit zu finden. Oft schlagen Eltern von Teenagern in ein Extrem. Manche behüten, kontrollieren und übertragen kaum Verantwortung, andere überlassen die Kinder sich selbst und gehen Kontakt aus dem Weg. In beiden Fällen fehlt es an Reibung in der Eltern-Kind-Beziehung, an der Jugendliche reifen und wachsen können. Die Professionellen müssen bei der Vermittlung altersangemessener Erziehungsstrategien sehr flexibel sein, denn die Reifeunterschiede können in dieser Altersgruppe sehr groß sein.

5. Orientierung und Entscheidungshilfe für eine besondere Entwicklungsphase

Werden Kinder zu Jugendlichen, kommt bei Müttern und Vätern Orientierungsbedarf zu bestimmten Fragen auf. Themen wie Sexualität, Medienkonsum, Konsum von Alkohol und anderen Substanzen, aber auch Ausbildung und Berufsfindung, werden aktuell. Eltern wünschen sich konkrete Informationen und Richtlinien, um das Verhalten ihrer Kinder verstehen und einordnen zu können. Die Kursleiter sind hier in ihrer Expertenrolle gefordert. Dabei sollen sie Eltern auch Entscheidungshilfen an die Hand geben, um ihnen angemessenes Reagieren zu ermöglichen.

6. Geschlechtersensible Elternbildung

Jungen und Mädchen setzen unterschiedliche Strategien ein, um ihre Entwicklungsaufgaben anzugehen und Belastungen in ihrer sozialen Umwelt zu kompensieren. Im Jugendalter verschärfen sich die Unterschiede zum Nachteil der Jungen, was gerade im schulischen Kontext augenfällig wird (schlechtere Schulleistungen, mehr Schulabbrüche, Verhaltensauffälligkeiten). Anlass zum Kursbesuch geben aus Elternsicht bisher tatsächlich meist Jungen. Es gibt aber auch eine wachsende Gruppe von Mädchen, die belastete Familiensysteme stabil halten, indem sie die Mutterrolle (mit) übernehmen. Solange sie „gut funktionieren“, reagieren Eltern nicht. Die Elternkurse müssen also für geschlechtsspezifische Ressourcen und Ge-

⁸⁰ Zur vermittelnden Rolle der Eltern siehe auch Einführungsteil des BEEP-Gesamtberichts.

färdungen sensibilisieren und dabei Mädchen wie Jungen im Blick haben.
7. Kompetenz(-erleben) und Selbstwirksamkeit in der Erziehung stärken
Sich als Mutter oder Vater eines Jugendlichen in Sachen Erziehung kompetent und selbstwirksam zu erleben, nimmt durch die wachsende Autonomie der jungen Menschen naturgemäß ab. Es gehört für die Kinder dazu, sich dem elterlichen Einfluss zu entziehen. Häufen sich Konflikte und Machtkämpfe, fühlen sich viele Eltern ohnmächtig. STEP bietet neue Strategien an, die zu kleinen „Erziehungserfolgen“ führen und die Gesprächsbasis stärken. Der Austausch in der Gruppe hilft Eltern, auftauchende Probleme als normal und typisch einzuordnen, anstatt sie eigener Unzulänglichkeit zuzuschreiben. Wirksame Strategien und externe Attribuierung stärken das Gefühl erzieherischer Kompetenz.
8. Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion anregen
Eigenes Verhalten und eigene Gefühle wahrzunehmen und zu reflektieren ist grundlegend für jegliche Beziehungsarbeit, die Einfühlung in das Kind und eine Änderung des Erziehungsstils. Insbesondere Eltern aus bildungsfernen Schichten brauchen Raum, um sich diese Grundlage zu erarbeiten. Gefühle zu differenzieren, zu benennen und diese mitzuteilen, fällt vielen zunächst schwer. Die hauptschulgebundenen Elternkurse legen einen Schwerpunkt auf die Wahrnehmung, Differenzierung und Reflektion von Gefühlen, Bedürfnissen und Verhalten. Auch einige Jugendliche haben Schwierigkeiten, Gefühle bei sich und anderen an Gestik und Mimik einzuordnen. Diese für die sozio-emotionale Entwicklung und soziales Lernen unabdingbare Fähigkeit gilt es zu stärken.
9. Umsetzung selbstbezogener Ziele
Eltern besuchen die Kurse, weil sie um ihre Kinder besorgt sind und lernen möchten, wie sie sie am besten unterstützen können. Für die meisten Teilnehmer überraschend, ungewohnt und oft auch anstrengend ist es, dass sie sich mit sich selbst auseinandersetzen müssen, um die notwendige Beziehungsarbeit aufzunehmen. Sich selbst wahrnehmen, Sorge tragen für die eigenen Bedürfnisse oder sich selbst stärken gehören zur Erzieherischen Kompetenz. Die eigene Abgrenzung und Autonomie wird jetzt, zum Beginn der Ablösungsphase, für die Entwicklung des Kindes (der/die Heranwachsende kann nur mit einem unabhängigen Beziehungspartner selbstständig werden) und zum Selbstschutz (Jugendliche sind sehr fordernd) besonders wichtig.
10. Verknüpfung mit Schülerprojekten und Präventionsprogrammen
Eltern können zum Erfolg von Schülerprojekten, schulgebundenen Präventionsprogrammen oder Life-Skill-Trainings beitragen, indem sie ihre Kinder mit unterstützen. Für manche Projekte, beispielsweise solche für schulumüde Jugendliche, ist die Mithilfe der Eltern gar unverzichtbar. Über die Elternkurse können Eltern gut einbezogen werden. Sie lernen, ihre Kinder zu ermutigen und über einen autoritativen Erziehungsstil gut zu begleiten, aber nicht zu kontrollieren.

Ressourcen der präventiven Elternarbeit im Setting

Was mit dem STEP-Programm und der neuen Kompetenz im Setting geschieht, kann über Erfolg und Misserfolg eines schulgebundenen Elternkurses entscheiden. Im folgenden Abschnitt werden Bedingungen im Setting besprochen, durch die sich in den evaluierten Berliner Elternkursangeboten eine förderliche oder hinderliche Dynamik für das Präventionsprogramm entfaltet hat. Der Darstellung liegt die systematische Auswertung der qualitativen Befragungsergebnisse zugrunde, die wir im Berliner Praxisfeld durch Interviews mit professionellen Akteuren an den Hauptschulen (Schulsozialarbeiter, Kursleiter, Lehrer und Schulleiter) erhoben haben.

Die Rolle der Kursleiterinnen

Die schulgebundenen Elternkurse bauen auf dem Engagement und der Kompetenz der Kursleiterinnen auf. Diese verankern das Angebot im Setting, stimmen das Programm auf die Bedürfnisse der Schul-Elternschaft ab und führen die Kurse schließlich auch durch. Es handelt sich bei ihnen nicht um eine „Zufallsauswahl“ von Personen. Interesse und Engagement für die Elternarbeit, meist auch Erfahrung darin, waren vorhanden, bevor sie die STEP-Ausbildung absolviert haben. Da sie der Elternarbeit einen hohen Stellenwert für eine gute Schule und für das Erfüllen ihres Bildungsauftrags beimessen, haben sich diese Frauen ganz bewusst dafür entschieden, sich in diesem Bereich weiterzubilden.

Die Lehrerinnen unter ihnen engagieren sich häufig auch in anderen Bereichen (Schulentwicklung, Schülerprojekte etc.) und verfügen über zusätzliche Ausbildungen. Sie gehören auch zu jenen im Setting, die den veränderten Anforderungen an die Lehrerrolle mit neuer Kompetenz begegnen möchten. Es ist offensichtlich, dass hier sehr motivierte und auch belastbare Personen im Einsatz sind. Mit ihrer Kapazität und Innovationsbereitschaft können sie „Zugkräfte“ im Setting entfalten. Diese Bereitschaft bringt sie aber auch in die Gefahr, überfordert zu werden. Für die KL im internen Modell ist diese Gefahr höher als für die „Externen“. Ihre reguläre Tätigkeit als Lehrerin oder Schul-Sozialarbeiterin und die Arbeit für die Elternkurse überschneiden sich an einem Arbeitsplatz. Da sie stets im Setting präsent sind, lässt sich das Engagement schwer begrenzen und wird auch nicht so leicht nach außen hin sichtbar.

Aus Kosten-Nutzen-Erwägungen heraus ist es sinnvoll, dass die Elternkurs-Projekte im Sinne einer Arbeitsteiligkeit an einzelne Personen gebunden sind. Sofern sie selbst als Lehrerinnen tätig sind, nehmen die KL innerhalb des Lehrerkollegiums mit ihrer neu gewonnenen Kompetenz und der erweiterten Arbeitsaufgabe automatisch eine Sonderstellung ein. Ob das somit entstehende Kompetenzgefälle positiv aufgefangen werden kann, hängt stark vom Arbeits-/Schulklima, den Arbeitsbedingungen im Setting und der Arbeitszufriedenheit im Kollegium ab. Fühlen sich die anderen ausgeschlossen oder kommt es zu Konkurrenz-Situationen, kann dies das Arbeitsklima schädigen und das langfristige Fortkommen des Projekts behindern. Gelingt es dagegen, den an der Schule Tätigen das Vorgehen transparent zu machen und sie aktiv einzubeziehen, dann birgt dieses Modell enorme Chancen zur Schulentwicklung (siehe dazu Abschnitt „Teilhabe am STEP-Programm“ weiter unten). Das externe Verankerungsmodell und der Einsatz von Schul-Sozialarbeitern/-innen als KL kann ein Vorteil sein, weil die Rolle des Elternkurs-Profis von vornherein klarer von der der Lehrer/innen abgegrenzt ist.

Das Engagement der KL ist einer der erfolgstragenden Faktoren für das Elternkursangebot. Ihre Möglichkeit und Bereitschaft, sich für die Elternkurse einzusetzen, stehen und fallen mit den ihnen zugestandenen Ressourcen. Deckt die bezahlte Arbeitszeit (Stundenausgleich beziehungsweise Kurspauschale) lediglich die Durchführung der Kurse ab, müssen Abstriche bei der Vor- und Nachbereitung gemacht werden. Auch Maßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit, wie regelmäßige anschließende Elterntreffen oder die von den Eltern gewünschten Aufbaukurse und Themenabende, lassen sich damit nicht bestreiten. Der notwendige Zeitaufwand, um die Eltern zu motivieren, das Programm im Setting zu vernetzen und nachhaltige Präventionsarbeit zu leisten, wird unterschätzt und die Arbeitszeit in der Regel zu knapp bemessen.

Unterstützung für die Elternkurse im Setting

Kursleiterinnen, die sich im Setting sehr gut unterstützt fühlen, führen dies insbesondere auf ein engagiertes Lehrer-Kollegium und/oder die Unterstützung der Schulleitung zurück. Einige wünschen sich, dass die Elternkurse, aber auch andere Schulprojekte, mit mehr Nachdruck von Seiten der Schulleitung durchgeführt werden.

An den Schulen reagiert man überwiegend aufgeschlossen und positiv auf die Elternkurse – die KL erleben aber auch Überforderung, Skepsis oder Desinteresse. Die Reaktionen und die Unterstützungs-Bereitschaft der an der Schule Tätigen stehen in einem engen Zusammenhang mit dem allgemeinen Schulklima, dem Schulentwicklungs-Status und der momentanen Belastungs- und Anforderungssituation der Schule.

Die KL sind auf die direkte und aktive Unterstützung der Lehrer (-Kollegen/-innen) und Schul-Sozialarbeiter/innen angewiesen, um das Elternkursangebot bekannt zu machen sowie die Eltern zu sensibilisieren und zu motivieren. Gerade die weniger selbstsicheren Eltern nehmen die Elternkurse nur dann wahr und überwinden innere Schwellen, wenn eine Person ihres Vertrauens ihnen die KL und den Kurs empfiehlt. Über die Klassenlehrer/innen können die Eltern deshalb besonders gut angesprochen werden. Sie sind ein fester Ansprechpartner der Eltern und haben viele Möglichkeiten, das Angebot im persönlichen Kontakt an diese heranzutragen. Was die Zusammenarbeit zwischen KL und Klassenlehrern/-innen erschwert, ist die hohe Belastung der Hauptschul-Lehrer/innen, die sich unter anderem an ihrem schlechten Gesundheitsstatus ablesen lässt. Manche Lehrer schützen sich und ihre Gesundheit mittlerweile, indem sie sich ganz bewusst gegen zusätzliche Aufgaben und Informationen abgrenzen, wenn sie mit der Bewältigung anhaltender Umstellungen im Schulsystem (inklusive der ungewissen Zukunft ihrer Profession) und einer oft frustrierenden und anstrengenden Tätigkeit ausgelastet sind.

Viele Schulkollegen können sich unter einem Elternkurs zunächst auch wenig vorstellen und sich kein Bild von dessen Nutzen machen. Eine wichtige Voraussetzung dafür, Unterstützung für die Elternkurs-Idee von den an der Schule Tätigen zu erhalten, ist deshalb, diese gut über die Ziele, die Inhalte und das Vorgehen von STEP zu informieren.

Die unterstützende Rolle der Schulsozialarbeiter/innen

Als besondere Unterstützungsquelle erweist sich in Sachen der präventiven Elternkurse die Zusammenarbeit mit den Schul-Sozialarbeitern/-innen. Sowohl in der Rolle als KL als auch ohne diese zusätzliche Funktion spielen die Schul-Sozialarbeiter/innen eine ganz wichtige Rolle in der schulischen Elternarbeit, so auch für die Elternkurse.

An den an der Evaluation beteiligten Schulen sind die Schul-Sozialarbeiter/innen erst in den letzten Jahren hinzugestoßen. Zumindest was den Arbeitsbereich Hauptschule betrifft, erscheinen die Sozialpädagogen/-innen weniger reformmüde als die Lehrer. Sie sind aber auch von vornherein weniger involviert und tatsächlich unabhängiger vom System Schule. Auch wenn sie als Elternkursleiter/innen tätig sind, erleben sie Schule, Elternarbeit und Lehrer aus einer größeren Distanz als es die Lehrer/innen tun, wenn sie ein STEP-Training anbieten. Die Schul-Sozialarbeiter/innen erreichen und fördern die Jugendlichen über einen sozialpädagogischen Arbeitsansatz. Sie werden von den Schülern als Externe wahrgenommen und können, weniger belastet vom schulischen Leistungs- und Beurteilungskontext, einen vertrauensvollen Kontakt aufbauen. Die Sozialpädagogen/-innen erfahren viel über die Jugendlichen und das Leben in ihren Familien.

Die Jugendsozialarbeit ist beziehungsorientiert und traditionell an Lebenswelten ausgerichtet. So gehört auch die Familie der jungen Menschen zu den wichtigen Anknüpfungspunkten. Die Sozialpädagogen/-innen an den Schulen beziehen auch die Eltern mit ein, um die Schüler zu unterstützen und mit ihnen Probleme zu lösen. Elternarbeit gehört also selbstverständlich zur Arbeitsaufgabe und entsprechende Kompetenzen werden mitgebracht. Durch ein sozialwissenschaftlich geprägtes Studium sind die Schulsozialarbeiter/innen besonders sensibilisiert für den Einfluss von sozialer Lage, Geschlecht oder kulturellem Hintergrund auf die Jugendlichen und ihre Eltern. Sie nehmen diese Faktoren bewusst und differenziert wahr und verstehen es, in ihrer Arbeit diesbezüglich an den Ressourcen anzusetzen.

Anders als Lehrer/innen oder Schulleiter/innen haben die Schulsozialarbeiter/innen die Möglichkeit zur aufsuchenden Elternarbeit, das heißt sie sind legitimiert, Hausbesuche zu machen. Eltern, für die der Besuch in der Schule eine zu große Schwelle darstellt, bieten sie dadurch eine Alternative. Wenn eine gute Vertrauensbasis erarbeitet werden kann und ein Elternkurs für die beratenen Eltern hilfreich erscheint, nehmen sie eine Anregung zur Teilnahme durch die Sozialpädagogen/-innen an. Durch ihre häusliche Beratungstätigkeit haben die Schul-Sozialarbeiter/innen auch einen konkreten Eindruck davon, wie gerade die benachteiligten, schwer erreichbaren Familien leben und welche Unterstützung sich die Eltern im Hinblick auf Elternbildung und Elternrollenkompetenz wünschen oder benötigen. An fast allen Berliner Brennpunktschulen sind Sozialpädagogen/-innen mit Migrationshintergrund tätig (sie

werden bevorzugt eingestellt, ebenso Männer). Diese Schul-Sozialarbeiter/innen erreichen nicht nur die Jugendlichen mit Migrationshintergrund⁸¹ sehr gut, auch deren Mütter und Väter fühlen sich von ihnen angesprochen und wenden sich an sie.

Ihre sozialpädagogische Kompetenz und professionelle Sicht sowie ihre Erfahrungswerte und Einschätzung der Bedürfnisse sozial benachteiligter oder zugewanderter Familien sollten Schul-Sozialarbeiter/innen in die präventive Elternarbeit und auch die Gestaltung der Elternkurse einbringen. Dies können sie, wenn sie mit den Elternkursleitern/-innen eng zusammenarbeiten oder indem sie selbst Elternkurse geben.

Auch die Perspektive der Schul-Sozialarbeiter/innen ist selbstverständlich eingeschränkt. Ihre Arbeit mit Schülern ist überwiegend von „Problemfällen“ geprägt, hinter denen oft auch die komplizierten, ungünstigen Familiensituationen und/oder stark überforderte Eltern stehen. Häufige Anlässe für Gespräche sind beispielsweise Schule schwänzen oder Gewalt unter Jugendlichen, aber auch in den Familien. In der Zusammenarbeit gilt es zu berücksichtigen, dass auch dies nur ein Ausschnitt der Realität ist, der sich nicht auf die komplette Schulelternschaft übertragen lässt. Ein schulgebundenes Elternkursangebot, eine bedarfsgerechte Elternbildung im Setting und die Ansprache der Eltern müssen sich an der Gesamtheit ausrichten.

Teilhabe am STEP-Programm: Teambildung, Multiplikation, Vernetzung

Die vielfältige Einbindung des STEP-Programms in das Setting fördert die Qualität des Elternkursangebots und die Inanspruchnahme durch die Eltern. Werden STEP-Kompetenzen innerhalb der Schule multipliziert, können die Zusammenarbeit mit Eltern im gesamten Setting gestärkt und die Förderung der Schüler verbessert werden.

Die direkte Zusammenarbeit zwischen KL und weiteren Professionellen/kompetenten Personen, die an der Schule tätig sind, ist für die Elternarbeit ein Gewinn. Damit ist nicht nur ein gegenseitiger Unterstützungseffekt verbunden. Die Qualität der Elternarbeit (Bedarfsgerechtigkeit, Ansprache, Sensibilität für bestimmte Zielgruppen) wächst, wenn verschiedene Perspektiven in einem Team zusammenkommen. Jeder betrachtet Bedürfnisse, Ressourcen und Probleme der Eltern aus seiner professionellen Rolle und subjektiven Sicht heraus, die meist durch den Kontakt mit einzelnen Müttern und Vätern geprägt ist. Kommen mehrere Personen zusam-

⁸¹ Gemeint ist: gleicher Herkunft oder aus verwandtem Kulturkreis.

men, kann die Elternschaft vollständiger und differenzierter wahrgenommen werden. Einseitigen Sichtweisen, die eine Stigmatisierung begünstigen und mit der Gefahr verbunden sind, dass bestimmte Elterngruppen „übersehen“ werden, kann mit einer besseren Ausgewogenheit von Perspektiven entgegengewirkt werden. Besonders förderungswürdig erscheint unter diesem Gesichtspunkt die Bildung multiprofessioneller Elternarbeitsteams unter Beteiligung der Elternkursleiter/innen. Idealerweise koordiniert eine Gruppe aus Vertretern/-innen der Schulleitung, Kursleitern/-innen, Schulsozialarbeitern/-innen und Lehrern/-innen die Elternarbeit und entwickelt Elternbildungsangebote und Partizipationschancen gemeinsam. Dies muss selbstverständlich vereinbar sein mit den zeitlichen Ressourcen dieser Personen und der grundsätzlichen Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Die Befragung und Beobachtung solcher multiprofessioneller Teams im Rahmen unserer Untersuchung hat gezeigt, dass diese Gruppen die Elternkursprojekte sehr gut voranbringen und alle Beteiligten von gegenseitiger Unterstützung und dem supervisorischen Effekt profitieren. Auch auf der Ebene der Kursleitung wird die Teamarbeit (hier: Zweierteams) geschätzt. Die Verbindung von zwei Professionen innerhalb der Kursleitung ist bisher allerdings die Ausnahme. Das einzige Team dieser Art (Lehrerin und Schulsozialarbeiterin) war glücklicherweise an unserer Evaluation beteiligt und konnte seine Erfahrungen und Sichtweisen mit einbringen.

Die Lehrer/innen und Sozialpädagogen/-innen mit STEP-Ausbildung erleben das Programm selbst als Bereicherung für den beruflichen Alltag sowie im Umgang mit den Schülern/-innen, Eltern und Kollegen/-innen. Die Gesprächstechniken von STEP führen in einen ermutigenden, respektvollen und verurteilungsfreien Dialog. Dies hilft dabei, gegenseitiges Verständnis und Vertrauen aufzubauen und letztlich Probleme konstruktiv gemeinsam mit Eltern oder Schülern anzugehen. Das Programm regt auch an, das eigene Verhalten zu reflektieren, die Arbeit systematischer und strukturierter zu gestalten und an professioneller Distanz zu gewinnen. Dies schützt beispielsweise vor Machtkämpfen mit Schülern/-innen. So wird die neue Kompetenz auch zu einer persönlichen Gesundheitsressource am Arbeitsplatz.

Sinnvoll ist es, STEP-Kompetenzen an die anderen an der Schule Tätigen weiterzugeben, um auch ihnen diese Ressource zu erschließen und wichtige Fähigkeiten (Gesprächs- und Beratungskompetenz, pädagogische Fertigkeiten) im gesamten Setting zu stärken. Die Zusammenarbeit mit Eltern findet schließlich auch außerhalb der

Elternkurse tagtäglich statt, und fast alle an der Schule sind damit befasst. Zentrale Inhalte und Ziele der Elternkurse können beispielsweise mit einem Kompaktseminar, als interne Fortbildungsveranstaltung, vermittelt werden. Nur über die gezielte Information in strukturierter Form wird für alle transparent, worum es bei STEP geht. Dies erleichtert es, Eltern kompetent zu informieren, ihren Bedarf zu erkennen und gegebenenfalls eine Teilnahme glaubwürdig zu empfehlen. Gleichzeitig ist eine solche Veranstaltung ein Angebot zur Teilhabe am neuen Programm im Setting, was allen Mitarbeitern auch das wichtige Signal gibt, dass sie nicht unfreiwillig ausgeschlossen bleiben vom Gewinn an Kompetenz, von der präventiven Elternarbeit oder der Idee der Elternkurse.

Die Teilhabe am neuen Programm und die Teambildung werden automatisch gefördert, wenn die Elternkurse mit anderen Schulprojekten vernetzt oder direkt gekoppelt werden. Life-Skill-Programme, Projekte für schulumüde Jugendliche oder Maßnahmen zur Stärkung interkultureller Kompetenz können durch Elternkurse ergänzt werden. So können die Eltern als Unterstützungsressource einbezogen werden. Das Interesse der Eltern an individueller Förderung ihrer Kinder und an Prävention an den Schulen ist groß. Die Teilnahme des eigenen Kindes an einem Schüler-Programm ist ein konkreter „Aufhänger“, um Eltern zum Mitmachen anzuregen. Im Zusammenhang mit einer konkreten Fördermaßnahme, einem Präventionsprogramm für Schüler oder Ähnlichem ist es den Eltern leichter zu vermitteln, warum ihre Unterstützung gefragt ist, als wenn sie quasi unvermittelt zu einem Kursbesuch motiviert werden. Die Elternkurs-Teilnahme wird damit ganz deutlich an den Gedanken von Förderung und Unterstützung des Kindes gebunden. Dies hat den Vorteil, dass der Elternkursbesuch gleichfalls abgekoppelt ist von dem Stigma persönlicher Defizite oder privater Schwierigkeiten, welches Eltern zum Teil mit Elternkursen in Verbindung bringen.

Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse zum STEP-Angebot in Berliner Schulen

Die Elternkurse an den Berliner Schulen leisten einen Beitrag zur Gesundheitsförderung in Familien, die bisher selten von Elternprogrammen wie STEP erreicht werden. Eltern aus der Unterschicht und unteren Mittelschicht, die zumeist höher belastet sind (weil etwa alleinerziehend, in Armut lebend oder mit verhaltensauffälligem

Kind), nutzen die kostengünstigen (oder kostenfreien) Angebote. Väter, Migranten/-innen und Eltern aus bildungsfernen Milieus besuchen die Kurse. Ihre Beteiligung bleibt in Relation zur Schulelternschaft unterproportional, zudem brechen Teilnehmer/innen aus diesen Gruppen einen Kurs häufiger ab als Mütter, Nicht-Migranten/-innen oder Eltern mit stärkerem Bildungshintergrund.

Aus unserer bevölkerungsweiten Präventionsperspektive ist die Teilhabe sozial benachteiligter und vulnerabler Bevölkerungsgruppen an den STEP-Kursen ein Erfolg. Mit einer Inanspruchnahme-Rate von etwa 10% bis 20% bleibt die Eltern-Beteiligung allerdings hinter den Zielen der Modellprojekte (Teilnahme möglichst aller Eltern) zurück. Alle Eltern eines jeden neuen Schülerjahrgangs zu erreichen, erscheint als ein enorm hoch gestecktes Ziel, das allenfalls langfristig, keinesfalls jedoch unter den derzeit herrschenden Rahmenbedingungen erreicht werden kann.

Motivation der Eltern

Am ehesten motiviert sind Eltern, wenn sie subjektiv unter Problemdruck stehen oder einen speziellen Förderbedarf bei ihren Kindern erkennen. Für einen „vorbeugenden“ oder „unbedingten“ Kursbesuch lassen sich aufgeschlossene Eltern begeistern, was der typischen Motivationsproblematik im Präventionskontext entspricht. Dem Großteil erscheint dies jedoch zu aufwendig. Der Kursbesuch muss in der Familie organisiert werden und erfordert Verbindlichkeit sowie die Überwindung innerer Schwellen. Hier spielen die Angst vor Öffnung in einer Gruppe, fehlendes Zutrauen in die eigenen (Lern-) Fähigkeiten oder die Befürchtung, als „Problemfall“ dazustehen, eine zentrale Rolle. Viel Unsicherheit spiegelt auch die ambivalent-positive Haltung zum Elternkursangebot und zur eigenen Teilnahme wider. Diese ist ganz typisch für die Hauptschul-Elternschaft, dagegen schließt eine Minderheit (in unserer Stichprobe weniger als ein Viertel der Befragten) diese grundsätzlich für sich aus. Generalisierte, also manifeste, Einstellungen, Wahrnehmungs- und Verhaltens-tendenzen wie Resignation, Ablehnung von Einmischung in familiäre Belange oder Probleme/Verantwortung nicht wahrnehmen zu können oder zu wollen, kommen zum Teil als Erklärung einer solch strikten Ablehnung in Frage. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang aber auch die Gruppe von Müttern und Vätern, die durch massive Familienkrisen oder beispielsweise eine psychische Erkrankung so hoch belastet sind, dass ein Elternkurs als Hilfeform nicht infrage kommt. Nicht um-

sonst wenden sich immer wieder auch Eltern an die KL, die therapeutische Hilfe benötigen oder ihre Probleme nicht in einer Gruppe besprechen können.

Schulentwicklung durch Elternkurse

Durch die Verankerung der Elternkurse werden wertvolle Impulse für die Schulentwicklung gegeben. Mit dem STEP-Programm kann zum einen die Elternbeteiligung gestärkt werden, zum anderen kommen Schlüsselkompetenzen an die Schule, die viele Lehrer in ihrer täglichen Arbeit mit Schülern und Eltern vermissen (Gesprächsführung, Beratungskompetenz, pädagogisch-psychologisches Fachwissen). An einigen Schulen hat die Einführung der Elternkurse die Bildung multiprofessioneller Teams angeregt, die jetzt gemeinsam die Elternarbeit koordinieren. An anderen Schulen wird inzwischen das gesamte Personal auf Basis von STEP intern fortgebildet. Mit Hilfe der KL entstehen Elternkurs-Konzepte, die auf schulische Ziele und Bedürfnisse einer speziellen Elternschaft (der dort vertretene Elterngruppen) abgestimmt sind und fortlaufend verbessert und weiterentwickelt werden. Sie haben Modellcharakter für ähnliche Praxisvorhaben und die Weiterentwicklung von STEP.

Die erfolgreiche Umsetzung der hauptschulgebundenen Elternkurse unter Beteiligung schwer erreichbarer Elterngruppen ist eine anspruchsvolle, bisweilen mühsame Aufgabe. Unter denkbar schwierigen Voraussetzungen werden ambitionierte Elternbildungsprojekte mit knappen Personalmitteln bewältigt. Die ungünstigen Rahmenbedingungen bilden an vielen Schulen ein wesentliches Hindernis, die vielfältigen Entwicklungschancen zu nutzen. Um das Elternprogramm an der Schule zu vernetzen und nach allen Seiten transparent zu machen oder die STEP-Kompetenzen zu multiplizieren, braucht es zusätzliche Ressourcen, die nicht überall zur Verfügung stehen. Diese Prozesse passieren nicht „nebenbei“ sondern benötigen strukturierten Austausch und eine planvolle Zusammenarbeit.

Zukünftige Herausforderungen

An Schulen, wo die Elternbeteiligung schwach ist und Elternarbeit oft schwierig erscheint, entsteht mit Hilfe der Elternkurse eine neue und konstruktive Form der Zusammenarbeit. Zuvor war der Kontakt zwischen Eltern und Schule meist negativ motiviert. Auch die Bildung und Kompetenzstärkung von Müttern und Vätern über einen psychoedukativen Ansatz an einer weiterführenden Schule ist noch neu und

ungewohnt. Mütter und Väter für präventives Handeln zu sensibilisieren und sowohl ihnen als auch den an der Schule Tätigen die Idee der Elternkurse zu vermitteln, bleibt deshalb eine wichtige Aufgabe.

Die Reichweite der schulgebundenen Elternkurse bleibt begrenzt, da nur ein Teil der Schullehrerschaft diese in Anspruch nimmt. Insbesondere die Teilhabechancen beratungsgewohnter und bildungsferner Elterngruppen sowie von Migranten/-innen müssten weiter gestärkt werden. Programm und Ansprache ließen sich eventuell noch besser auf diese abstimmen (zugänglichere Lernformen, andere Formate, zweisprachige Kurse). Die zentralen motivationalen Barrieren der Inanspruchnahme, wie der ohne Problemdruck fehlende Anreiz, werden damit nicht überwunden; auch nicht die Zugangsproblematik, die sich aus den ungünstigen Bedingungen im Hauptschulsetting selbst ergibt. Um die oft problematischen, defizitorientierten Kontaktgewohnheiten zu durchbrechen und Möglichkeiten einer unbelasteten Teilhabe für Eltern zu schaffen, müsste umfassend am gesamten Setting angesetzt werden.

In der Zukunft wird es wichtig sein, die präventive Elternarbeit auf eine möglichst breite Basis zu stellen und die Nachhaltigkeit der Elternkurse zu sichern. Ein überschaubares, klar strukturiertes „Paket“ (beispielsweise eine Kombination aus Einzelberatung, Themenabenden zu brennenden Fragen des Alltags und Elternkursen) kann ein Zukunftsmodell für die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Schule sein. Darin finden sich auch Alternativen (Teilhabechancen) für Eltern, denen ein Elternkurs nicht weiterhilft. Das Charlottenburger Modellprojekt ist so angelegt, aber auch die Modellschulen des LISUM-Projekts erproben Elternbildungs-Angebote, die das Elternkursformat ergänzen. In Anbetracht der strukturellen Umstellungen, der schlechten gesundheitlichen Lage von Lehrern/-innen und fehlender Ressourcen besteht aber immer auch die Gefahr der Überfrachtung und Überforderung. Die Kapazitäten aller Beteiligten sind begrenzt. Information, Beratung und Elternbildung muss für Eltern überschaubar sowie für die Schulen und die Elternbildungs-Praktiker tragbar bleiben. Unter den gegebenen Rahmenbedingungen ist es realistisch, ein kontinuierliches Elternkurs-Angebot an der Schule zu etablieren und den Eltern (mit der KL oder einem Elternarbeitsteam) eine feste Anlaufstelle zu bieten, wo sie auch unabhängig von einer Kurs-Teilnahme vertrauensvoll andocken können und kompetent beraten werden. Dies gelingt an den Schulen schon jetzt ausgezeichnet, und so haben diese

bereits eine wertvolle Basis für die Zusammenarbeit mit Eltern und den Anschluss weiterer Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung geschaffen.

4.2.4 STEP in Celle: settingübergreifende Verankerung unter dem Dach der Kommune

Das Celler Modell zeichnet sich aus durch ein auf kommunaler Ebene koordiniertes Projekt, das sich explizit darauf ausgerichtet hat, benachteiligte Elterngruppen durch vielfältige Zugänge und über diverse Settings verstärkt zu erreichen. STEP-Kursleiter/innen in KiTas, Schulen und der Jugend- und Familienhilfe, Vertreter der öffentlichen und freien Familienhilfe-Träger sowie die Kommune wirken zusammen (Details zur strukturellen Verankerung siehe unter 4.2.2). Dieses gezielte Vorgehen in Celle geht aus einer bestehenden präventiven Elternbildungs-Kultur hervor und unterscheidet sich von anderen in Teilprojekt B behandelten STEP-Praxisbeispielen durch einen mehrgleisigen Zugang und die Verfügbarkeit unterschiedlicher Kursmodelle, nämlich zielgruppenspezifischer und universell ausgerichteter Formate. Auch gibt es keine feste Verankerung im Setting oder Anbindung an ein Setting mit „exklusivem“ Zugang, wie etwa bei den Berliner Praxismodellen⁸². Kurse an Schulen und KiTas oder beim Caritasverband stehen grundsätzlich allen Eltern offen. Settingbezogen ist die Celler Strategie insofern, als die Ansprache von Teilnehmern/-innen über die Settings und die dort tätigen STEP-Trainer/innen geschieht und diese die Kurse in den dort vorhandenen Räumlichkeiten durchführen. Untersuchungsschwerpunkt in Celle ist der Vergleich zwischen der Umsetzung von STEP in den verschiedenen Settings sowie der Elternarbeit in zielgruppenspezifischen und universellen Kursen. Durch die gezielte Beteiligung benachteiligter Elterngruppen an universellen Kursen werden in Celle integrative Elternbildungs-Modelle geschaffen.

Das Untersuchungsfeld Celle und das Methodische Vorgehen

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden von uns auch in Celle schriftliche Elternbefragungen bei Kursteilnehmern/-innen im Zeitraum April bis Dezember 2007 durchgeführt. Bei zwei laufenden Kursen wurden teilnehmende Beobachtungen

⁸² Ausnahme: Spezielle STEP-Kurse in Kombination mit SPFH

und eine Gruppendiskussion zur Frage, was die Kurse aus Elternsicht bewirkt haben, durchgeführt.

Abbildung 4.2.4/ 1: Datenquellen des Celler Untersuchungsfeldes



Mit dem Ziel der Bestandsaufnahme aus Trainersicht wurden im Frühjahr 2007 14 der 18 am Modellprojekt Celler beteiligten Trainer/innen anhand eines Leitfadens befragt – sechs aus dem Bereich Erziehungshilfe, vier aus dem Bereich Schule und vier aus KiTas.

Ein Experteninterview mit vier Mitarbeitern/-innen der Bezirkssozialarbeit der Stadt Celle (Face-to-Face) vertiefte das Thema Kooperation von Elternbildung und Sozialpädagogischer Familienhilfe. Im Frühjahr 2009 erfolgte eine abschließende Gruppendiskussion mit sechs Celler Trainern/-innen aus den Settings Schule und Familienhilfe/Soziale Arbeit. Im Rückblick auf die vergangenen Jahre haben sie unterschiedliche Kursmodelle zur Beteiligung benachteiligter Elterngruppen beurteilt. Die Grafik 4.2.4/ 1 stellt alle Datenquellen im Überblick dar.

Ergebnisse zur Implementation in den Celler Settings

STEP im Setting KiTa

Zur Ansprache von Eltern über die KiTa und zur Umsetzung von STEP wurden Interviews mit vier KiTa-Leiterinnen geführt, die in diesem Setting als STEP-Trainer/innen Elternkurse anbieten. Die befragten Erzieher/innen erleben die Elternberatung als einen zunehmend wichtigen Teil ihrer Arbeit. Eltern wenden sich in Erziehungsfragen ratsuchend an das KiTa-Personal, viele scheinen den Anforderungen recht hilflos gegenüberzustehen. Um diesen Unterstützungsbedürfnissen nachzukommen, bemühen sich die KiTa-Leiterinnen, den Eltern auf vielfältige Weise von ihren Einrichtungen aus Hilfestellung zu geben. So vermitteln sie ihnen bei Bedarf beispielsweise Familienberatungs-Angebote oder laden externe Referenten in die KiTas ein, die zu bestimmten Themen informieren. Mit den STEP-Kursen fügen sie eine weitere Unterstützungsform hinzu, welche Eltern direkt in der KiTa in Anspruch nehmen können. Die Initiative, STEP in der KiTa anzubieten, ging von den Trainee-Leiterinnen selbst aus. Gleichzeitig sind sie als Leiterinnen interessiert, die Erzieherinnen durch die STEP-Kompetenz für die Beratung im persönlichen Eltern-Gespräch zu qualifizieren.

Der enge, regelmäßige Kontakt zu den Eltern und der offensichtliche Unterstützungsbedarf, den die Eltern von sich aus an die Erzieherinnen herantragen, schafft grundsätzlich günstige Bedingungen, um Eltern auch mit der Einladung zum Besuch eines STEP-Kurses anzusprechen. Die KiTa-Mitarbeiter/innen werden traditionell als Berater/innen in Erziehungsfragen wahrgenommen. Der KiTa-Alltag bietet eine Vielzahl von informellen Gesprächsmöglichkeiten; sehr bewusst achten die interviewten KiTa-Leiterinnen darauf, dass Austausch im Positiven passiert, und nicht

nur wenn es Probleme gibt. So besteht zu den meisten Eltern ein vertrauensvoller Kontakt. Gegenüber den Erzieherinnen geben manche Eltern zu verstehen, dass sie befürchten, andere Eltern würden es mitbekommen, wenn sie in den Räumlichkeiten der KiTa den Elternkurs besuchen. Hier kann die starke Präsenz der Eltern an der KiTa und der bestehende Kontakt der Eltern untereinander (eigentlich ein Vorteil) zum Nachteil werden, sofern dies Hemmungen erzeugt, am Elternkurs teilzunehmen. Die STEP-Kurse an den KiTas setzten die Erzieher/innen in der eigenen Einrichtung um. Sie richten sich an die Eltern von KiTa-Kindern und zukünftigen KiTa-Kindern, stehen aber auch anderen interessierten Eltern aus dem jeweiligen Stadtteil offen. Außerdem werden Eltern in die Kurse aufgenommen, die auf Empfehlung des Jugendamtes an STEP teilnehmen. So kommen in den Kursen sehr gemischte Elterngruppen mit unterschiedlichen Problemlagen zusammen. Eltern mit niedrigem und hohem sozioökonomischen Status, alleinerziehende Mütter, Migranten/-innen oder etwa auch Eltern von Kindern mit Behinderungen sind unter den Teilnehmern. Einige Eltern besuchen die Kurse präventiv. Für nicht ganz unproblematisch befinden die interviewten Erzieherinnen die Vermittlung von Eltern über das Jugendamt. Häufiger erleben sie, dass es bei diesen Müttern und Vätern zu Verunsicherungen bis hin zu Abwehrreaktionen kommt. Dies liegt ihrer Einschätzung nach nicht unbedingt daran, dass der Inanspruchnahme oft die Freiwilligkeit fehlte oder zu wenig Eigenmotivation vorhanden wäre. Vielmehr ist die notwendige Vertrauensbasis zwischen der Kursleiterin und diesen Teilnehmern nicht vorhanden, die auch kurzfristig schwer aufzubauen ist.

Neben der Durchführung von Kursen fließen die STEP-Inhalte auf vielfältige Weise in das KiTa-Setting ein. Diese werden zum Beispiel in informellen Elterngesprächen, regelmäßigen Beratungsangeboten oder Elterntreffs umgesetzt. Die STEP-Erziehungsregeln bewähren sich als Antwort auf Probleme, die die Eltern an die Erzieherinnen herantragen. Das Programm ermöglicht es den Erzieherinnen, den Eltern etwas an die Hand zu geben, mit dem sie sich auch selbst helfen können. Dadurch werden die Erzieherinnen entlastet und das Selbstvertrauen der Eltern gestärkt. Die KiTa-Leiterinnen nutzen ihre STEP-Kompetenzen auch in der dienstlichen Zusammenarbeit (beispielsweise bei Besprechungen) und zur Qualifizierung ihrer Mitarbeiter/innen. Eine der befragten Kursleiterinnen bildet andere Erzieher/-innen fort, indem sie mit ihnen STEP-Kurse durchführt.

Grundsätzlich werden die STEP-Inhalte auch als gut vereinbar mit der pädagogischen Arbeit an einer KiTa beurteilt. STEP selbst in der Erziehungsarbeit mit den KiTa-Kindern anzuwenden, bedeutet für die Erzieher/innen eine deutliche Umstellung auf den demokratischen Erziehungsstil, der im Arbeitsalltag manchmal schwierig umzusetzen ist. Organisatorische Zwänge begrenzen die Möglichkeit, den einzelnen Kindern ausreichend Spielräume zu gewähren, etwa um sie ihr Handeln selbstgesteuert erproben und überdenken zu lassen. So ist es aus Zeitnot und nicht zuletzt, weil auch stets die Interessen der gesamten Kindergruppe im Auge behalten werden müssen, nicht ganz leicht, die neuen Erziehungstechniken konsequent einfließen zu lassen.

STEP im Setting Schule (vier Interviews mit zwei Schulleitern/-innen, zwei Lehrern/-innen)

An einigen Celler Schulen wird das Elternkurs-Programm von dort tätigen Lehrern/-innen beziehungsweise Schulleitern/-innen angeboten. Als KL bieten sie STEP-Kurse nicht nur für Eltern an der eigenen Schule an, sondern auch interessierten Eltern an anderen Schulen. Zusätzlich besuchen Mütter und Väter die Kurse, denen eine Teilnahme vom Jugendamt empfohlen wird. Alle interviewten Lehrer/innen waren auch vor ihrer Zeit als STEP-Trainer/in schon sehr engagiert in der Elternarbeit und interessiert, den Kontakt zwischen Schule und Elternschaft intensiv zu pflegen. So setzen sich die Befragten an der eigenen Schule bewusst für die Teilhabe der Eltern ein, beispielsweise durch die Gestaltung von Elternabenden zu speziellen Themen, ihr Engagement bei Schulfesten oder die Möglichkeit von Unterrichtshospitationen. Die Lehrer/innen verfügen zum Teil über umfangreiche Zusatzqualifikationen (etwa Montessori-Pädagogik, Fortbildung zu ADHS oder Gesprächstraining), die sie in der Elternberatung einsetzen.

Für die Ansprache der Eltern im Setting sind die Rahmenbedingungen grundsätzlich gut. Vor allem an der eigenen Schule sind die KL persönlich mit den Eltern im Gespräch und es bieten sich ausreichend Gelegenheiten, sie für das Elternkurs-Angebot zu sensibilisieren und zu einer Teilnahme anzuregen. Ein wesentlicher Vorteil des Schul-Settings als Ort der Ansprache liegt darin, dass die Eltern dort theoretisch über Jahre hinweg regelmäßig erreicht werden können und entsprechende Räumlichkeiten zur Durchführung der Elternkurse zur Verfügung stehen. Die Kontinuität im Kontakt

zu den Eltern ermöglicht es den Lehrern/-innen, eine vertrauensvolle Basis über längere Zeit hinweg aufzubauen und schafft die Voraussetzung für eine nachhaltige Elternarbeit, da die Trainer/innen auch nach dem Besuch eines Kurses weiterhin als Ansprechpartner und Berater zur Verfügung stehen.

Die Initiative, STEP in den Schule anzubieten, geht in der Regel von den Trainern/-innen selbst aus. Anders als in den anderen wissenschaftlich begleiteten Praxismodellen sind die Kurse nicht fest an den Schulen verankert, sondern werden den Eltern direkt als private Dienstleistung angeboten, die von den Lehrern/-innen und Schulleitern/-innen in nebenberuflicher Tätigkeit umgesetzt wird. Die erfolgreiche Ansprache von Eltern setzt das Einverständnis und die Unterstützung von Kollegen/-innen und/oder der Schulleitung im eigenen Setting voraus, insbesondere dann, wenn die Elternkurse an anderen Schulen angeboten werden. Unter Umständen führt dieses Vorgehen zu Konflikten mit Kollegen/-innen und die Bitte um Unterstützung stößt auf Ablehnung. Andere Schulmitarbeiter/-innen wiederum begrüßen es, Eltern bei entsprechendem Bedarf diese Hilfeform vermitteln zu können und wirken aktiv mit, indem sie Eltern die Kurse empfehlen. Entscheidende Ressourcen im schulischen Setting sind die Unterstützung des Kollegiums und der Schulleitung sowie eine „positive Gesprächskultur“ zwischen Lehrern/-innen und Eltern, die durch ein grundsätzlich vertrauensvolles Verhältnis zwischen diesen Erziehungspartnern geprägt ist. Auf Seiten der Eltern sind die Einstellungen zum Besuch eines Kurses in der Schule des eigenen Kindes laut Aussagen der Trainer/innen gespalten. Während die einen diesen Kursort ablehnen, sind andere gerade dankbar, dass das Elterntaining an einem Ort stattfindet, zu dem sie einen persönlichen Bezug haben, der bereits vertraut und in der Nähe ist, und wo sie auf bekannte Gesichter treffen. Nicht geklärt werden konnte, inwiefern eine Nicht-Akzeptanz dieses Settings auf die Doppelrolle der KL als Lehrperson und Elternberater zurückzuführen ist. Auch blieb offen, ob für die Eltern gegebenenfalls eher eine Öffnung privater Probleme vor anderen Müttern und Vätern beziehungsweise das bloße Bekanntwerden ihrer Teilnahme bei Eltern aus dem eigenen sozialen Umfeld schambesetzt ist – so wie es für das KiTa-Setting festgestellt wurde.

Durch die Ansprache von Eltern über die Schulen erreichen die interviewten Pädagogen/-innen überwiegend Mütter von Kindern aller Altersklassen (Klein- und Grundschulkindern, Teenager). Vereinzelt finden sich Migrantinnen/-innen oder Eltern

von Kindern mit ADHS in den Kursen ein. Seitdem Eltern über das Jugendamt in das Angebot vermittelt werden, gehören vermehrt Personen aus unterprivilegierten Bevölkerungsschichten zu den Teilnehmern/-innen.

Nicht immer lässt sich die übliche Kursstruktur (zehn Kursabende im wöchentlichen Rhythmus) mit den familienorganisatorischen Zeitplanungen der Eltern vereinbaren oder wird ihren Lernbedürfnissen gerecht. Die Trainer/innen passen das Format den spezifischen Bedarfen der Eltern an, etwa durch die Erweiterungen um zwei zusätzliche Abende, die Durchführung von STEP als Blockangebot an vier Samstagen oder mit der Ergänzung des Kurses um ein Vater-Kind-Wochenende.

Insgesamt wird STEP von den befragten Lehrern/-innen als sehr gut anschlussfähig an die pädagogische Arbeit an Grund- und Hauptschulen beschrieben. Es erscheint ihnen auch geeignet, gegebenenfalls Qualifikationslücken des Lehrpersonals (inklusive der eigenen) in puncto Elternarbeit/Elternberatung zu schließen. So fließen die STEP-Inhalte auch außerhalb der Kurse in die Elternarbeit (Elterngespräche, Beratung etc.) ein und kommen zudem im Unterricht sowie in der kollegialen Zusammenarbeit zum Einsatz. Berichtet wird von den Lehrern/-innen unter anderem, dass sich gerade mit Hilfe der erweiterten Gesprächskompetenz (STEP vermittelt hier die respektvoll-akzeptierende Dialogführung nach Rogers) die Atmosphäre an ihren Schulen verbessert und der Umgang miteinander positiv verändert haben (konstruktive Konfliktlösung, unterstützende Gesprächskultur etc.).

Die organisatorischen Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Elternarbeit im ganz normalen Schulalltag werden von den Praktikern/-innen jedoch als eher ungünstig erlebt, denn für eine intensivere Elternberatung fehlt es an Zeit und Personal. Neben dem Wunsch nach mehr Zeit für die Elternarbeit im Setting Schule würden einige Trainer/innen Supervision als sinnvoll für ihre Tätigkeit ansehen.

STEP im Kontext der Familienhilfe und der Sozialen Arbeit

Mit Hilfe von Sozialpädagogen/-innen und Sozialarbeitern/-innen, die zu STEP-Trainern/-innen fortgebildet wurden, kann STEP als präventive Maßnahme oder in Ergänzung zu vorhandenen Hilfeformen für Eltern genutzt werden. Möglichkeiten der persönlichen Ansprache ergeben sich zumeist aus den jeweiligen Wirkungskreisen der KL. Die neu ausgebildeten KL sind überwiegend in der ambulanten Familienhilfe (SPFH), aber auch in der Stadtteilarbeit, Beratungsstellen und Familienhil-

fe-Einrichtungen tätig. Über diese Arbeitskontexte (Settings) werden Eltern erreicht, die bereits Beratungsangebote, Maßnahmen, Einrichtungen oder Projekte des öffentlichen Jugendhilfe-Trägers oder eines freien Familienhilfeträgers nutzen oder sich ratsuchend an diese wenden (beispielsweise an eine Beratungsstelle des Caritasverbandes oder an das Jugendamt). Nicht immer erfolgt die Ansprache persönlich durch die KL selbst. Einigen Eltern etwa wird von Kollegen des Trainers die Teilnahme empfohlen oder sie werden über den Allgemeinen Sozialen Dienst in einen Kurs vermittelt.

Je nachdem, wo und von wem Eltern angesprochen werden, ergeben sich unterschiedliche Bedingungen der Inanspruchnahme.

(a) Eltern kommen über Stadtteil-Projekte, offene Angebote (beispielsweise Spielkreise) oder eine Familienberatungsstelle. Sie haben diese überwiegend selbst aufgesucht. Die genutzten Hilfeformen haben keinen „Maßnahmencharakter“ und sind präventiv ausgerichtet und niedrigschwellig. Die Angebote sind geprägt durch Freiwilligkeit und informellen Kontakt, zu den Trainern/-innen besteht meist ein langfristiger Kontakt, von dem eine vertrauensvolle Beziehung ausgeht. Grundsätzlich zeigen sich keine bis sehr wenige Schwierigkeiten bei der Ansprache der Teilnehmer/innen, wenn die Kurse klar (direkt und fest) in das jeweilige Setting (in der Regel Stadtteilarbeit) eingebunden sind.

Wegen ihrer Niedrigschwelligkeit erscheinen insbesondere offene Angebote und quartiersbezogene soziale Projekte als ein vielversprechender Zugang zu benachteiligten und vulnerablen Elterngruppen, auch deshalb, weil hier am ehesten präventiv angesetzt werden kann (im Vergleich zu Familienhilfe/Jugendhilfe). Allerdings sind gerade die offenen Angebote von Mittelkürzungen bedroht.

(b) Eltern, die sozialpädagogische Familienhilfe in Anspruch nehmen, werden vom Familienhelfer/von der Familienhelferin im ambulanten Beratungskontext (also zuhause) angesprochen. Der „eigene“ Familienhelfer/Familienhelferin oder ein Kollege/eine Kollegin führt den Kurs durch. Für diese Eltern sind spezielle Kurse eingerichtet, die gezielt auf Kombination von SPFH und STEP ausgerichtet sind. Eine Verknüpfung von STEP mit einer ambulanten Betreuung durch Familienhelfer/innen erweist sich als besonders fruchtbar. Der Caritasverband hat bereits 2008 begonnen, weitere STEP-Trainer/innen auszubilden, weil der Zugang über die Familienhel-

fer/innen sehr gut funktioniert und sich STEP und SPFH zur Unterstützung von Familien hervorragend ergänzen. Ziel ist die Verbreiterung des Angebots zielgruppenspezifischer Kurse für Eltern im Familienhilfe-Kontext inklusive zielgruppengerechter Programmanpassung.

(c) Eltern kommen auf Empfehlung des Jugendamtes. Die Inanspruchnahme von STEP-Kursen auf diesem Weg erfolgt in der Regel durch die Empfehlung der Mitarbeiter/innen des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD). Das STEP-Training stellt eine Ergänzung zur alltags- und lebensweltbezogenen Einzelfallhilfe dar. Sein Einsatz erfolgt im Vorfeld oder parallel zu den Maßnahmen der ambulanten oder stationären Hilfen zur Erziehung. STEP kann aber auch der Prävention weitergehender Jugendhilfe-Maßnahmen oder der Klärung des weiteren Hilfebedarfs dienen. Das STEP-Programm wird als niedrighschwelliger beurteilt als die klassischen Formen der Familienhilfe, denn der Besuch eines Elternkurses ist ihrer Erfahrung nach für Eltern nicht so mit Scham besetzt, wie die Tatsache, eine Maßnahme des Jugendamts zu benötigen. Ansprache und Motivation der Eltern sind sensible Themen.

Ähnlich wie in den Settings Schule und KiTa ist die Durchführung von Elternkursen auf Ressourcen wie kollegiale Unterstützung sowie ausreichend bezahlte Zeit, Kraft und Unterstützung (gegebenenfalls Supervision) angewiesen. Diese sind wichtig, da die Trainer/innen sich sehr stark engagieren und die Gefahr besteht, dass sie sich und ihre Arbeitskraft in unklaren Arbeitsanforderungen aufreiben. Für die qualitativ gute Umsetzung von STEP-Kursen ist es unerlässlich, dass auch die persönlichen Ressourcen der Trainer/innen geschont werden. Sinnvoll wäre es auch, dass sich Familienhilfe und Trainer/innen schon vor Kursbeginn darüber abstimmen, welche Eltern in welche Gruppe passen und bei auftauchenden Problemen Rücksprache im Kursverlauf halten. Ebenfalls von Bedeutung sind finanzielle und institutionelle Ressourcen (etwa ausreichend Bezahlung, nicht nur für die Gruppentermine, sondern auch für die Vor- und Nachbereitung/Supervision).

Ergebnisse zum Zugang und zur Inanspruchnahme durch benachteiligte Elterngruppen

Im Folgenden wird die Stichprobe der STEP-Kursbesucher/innen vorgestellt, die über das Jahr 2007 hinweg in Celle schriftlich befragt wurden. Einige Befragungsergebnisse aus Celle werden den Ergebnissen einer bundesweiten STEP-Befragung

von 2005 (Programmevaluation; n = 166 Mütter und Väter aus ressourcenstarken Elterngruppen) gegenübergestellt, um bestimmte Merkmale vergleichend hervorzuheben. Insgesamt wurden die Fragebögen von 58 Eltern aus Celle ausgewertet. Die Fragebögen stammen aus sieben verschiedenen Kursen.

Die befragten Mütter und Väter verteilen sich auf die beiden verschiedenen Celler Kursmodelle. 22 Elternteile haben, vermittelt über ihren Kontakt zu einem Familienhelfer oder ein offenes Angebot des freien Familienhilfe-Trägers, an einem zielgruppenspezifischen Kurs teilgenommen. Die Mitarbeiter/innen dieses Trägers, in der Regel Sozialpädagogen/-innen, führen die Kurse durch. Die zweite Kursform, welche 36 der befragten Eltern genutzt haben, hat eine universelle Ausrichtung und wurde von allen interessierten Eltern besucht („integrative Kurse“). Das Jugendamt vermittelte zusätzlich Eltern in diese Kurse, welche nun auch mit in der Untersuchungsstichprobe vertreten sind.

Zugang der Eltern zu den Kursen

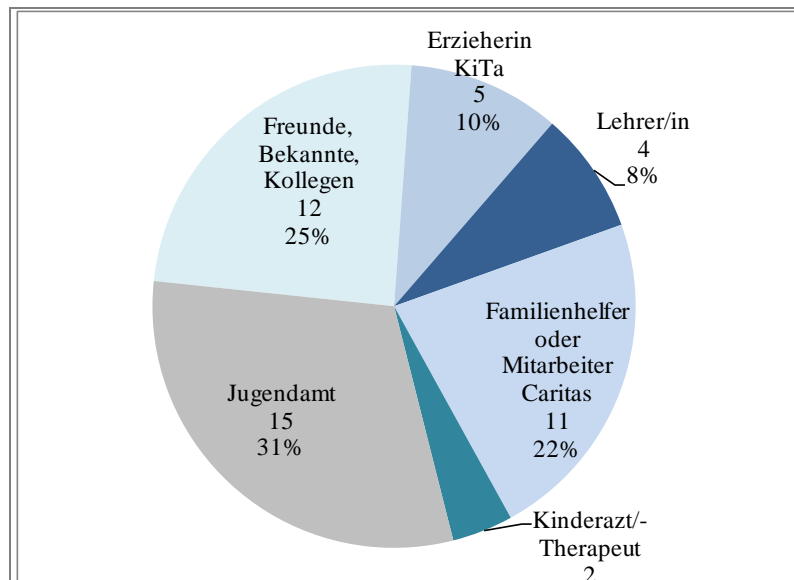
49 von 58 Personen, dies sind über 80% der Befragten, besuchten den STEP-Kurs nach Empfehlung oder Information im persönlichen Kontakt (siehe dazu Abbildung 4.2.4./ 2). Nur eine kleine Gruppe, die hier neun Personen umfasst, fand über die herkömmlichen Komm-Strukturen (Flyer, Plakate, Zeitung, Internet etc.) in einen Kurs. 26 der eben genannten 49 Eltern (47%) geben an, dass der Anstoß durch eine andere Person ausschlaggebend für ihre Teilnahme am STEP-Kurs war. Unter diesen Eltern wiederum sind alle Personen, die über das Jugendamt (ASD) gekommen sind, fünf der über Einrichtungen/Angebote des Caritasverbandes vermittelten Kursbesucher/innen sowie die fünf Personen, die im sozialpädiatrischen Zentrum von STEP erfahren haben.

Aus diesen Zugängen ergibt sich in unserem Fall eine Befragungsgruppe, die überwiegend aus Müttern besteht. Lediglich fünf der insgesamt 58 Befragungsteilnehmer waren Väter⁸³. Die auffallend schwache Väterbeteiligung (> 10%) an den geschlechtergemischten Kursen erklärt sich aber unter anderem dadurch, dass spezielle Väterkurse von drei männlichen STEP-Trainern durchgeführt werden, die in Celle

⁸³ Eine Person ohne Angabe

gut angenommen werden. Ein väterspezifischer Kurs war in unserem Befragungszeitraum nicht eingeschlossen.

Abbildung 4.2.4/2: Wer rät und informiert zum STEP-Kurs? N=49 Personen, die auf persönliche Empfehlung kommen

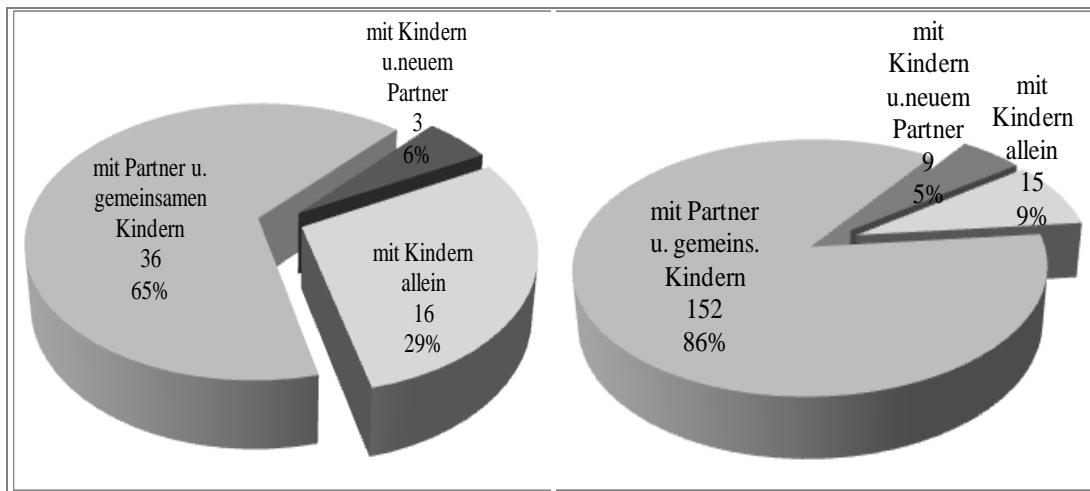


Verteilung sozialer Merkmale in der Celler Befragungs-Stichprobe

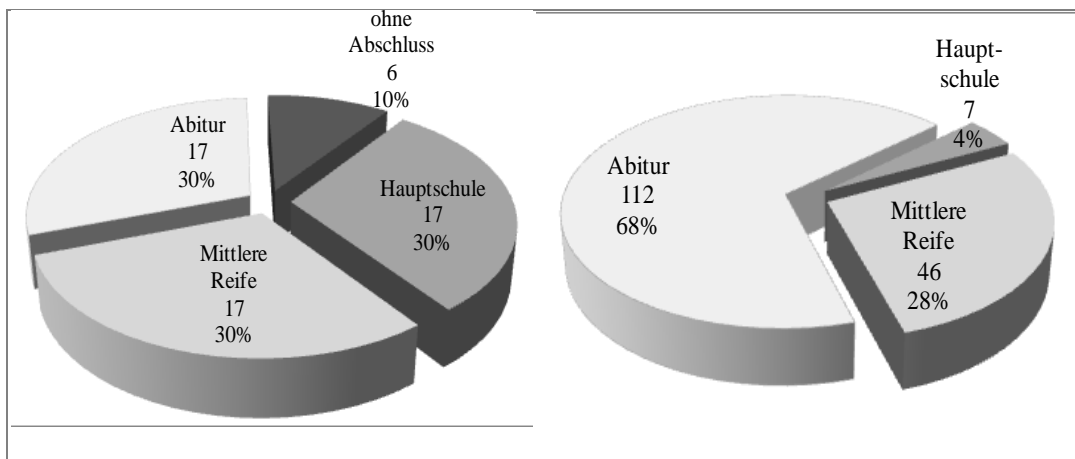
Drei Viertel der Eltern aus der Celler Stichprobe sind verheiratet und die übrigen je zur Hälfte ledig oder geschieden. 65% der Teilnehmer/innen leben mit dem Vater/der Mutter ihrer Kinder zusammen. Drei Personen leben mit einem neuen Partner, der Anteil an Ein-Eltern-Familien liegt bei 29% (n = 16). Damit ist der Anteil der Alleinerziehenden deutlich höher als in der ersten bundesweiten STEP-Erhebung – dort war diese Gruppe nur zu 9% vertreten. Erreicht wird diese Zielgruppe unter anderem über die Stadtteilarbeit, die in Kooperation mit der Familienhilfe spezielle Projekte für alleinerziehende Elternteile anbietet.

Etwa 20% der befragten Celler Familien sind von Arbeitslosigkeit und/oder Armut betroffen (arbeitslos: zwölf von 58; Haushaltseinkommen unter 1.300 € bei elf von 58 Teilnehmern). In der Celler Stichprobe liegt die Zahl der arbeitslosen Eltern damit im Vergleich zur bundesweiten Stichprobe, in der diese Bevölkerungsgruppe kaum auftaucht, um ein Vielfaches höher.

Abbildungen 4.2.4/ 3 und 4.2.4/ 4: familiäre Lebenssituation der STEP-Teilnehmer/innen in Celle (n = 55, links) und bundesweit (n = 166, rechts)



Abbildungen 4.2.4/ 5 und 4.2.4/ 6: Schulabschlüsse der STEP-Teilnehmer/innen in Celle (n = 57, links) und bundesweit (n = 166, rechts)



Wie in der Abbildung 4.2.4./5 zu sehen, verfügen je 30% (n = 17) der Kursteilnehmer über einen Hauptschulabschluss, einen mittleren oder einen höheren Bildungsabschluss; sechs Befragungsteilnehmer/innen (11%) haben keinen Schulabschluss. Im untersuchten Kurszeitraum wurden tatsächlich mehr Eltern aus bildungsfernen Bevölkerungsschichten erreicht, als es hier anhand der Schulabschlüsse befragter Teilnehmer/innen sichtbar gemacht werden kann, denn einige Schriftunsichere haben nicht an der Befragung teilgenommen. In der bundesweiten Stichprobe von 2005

kam die Mehrzahl der Eltern aus sehr gut ausgebildeten Bevölkerungsschichten (gut zwei Drittel Abitur, 40% mit Hochschulabschluss; vgl. Abb. 4.2.4/6).

Ein weiteres markantes Merkmal der in Celle erreichten Eltern ist der vergleichsweise hohe Anteil junger Eltern. Das durchschnittliche Alter der Eltern betrug 36 Jahre (bundesweit: M = 40). 71% der Teilnehmer sind 39 oder jünger, viele unter 30. In der bundesweiten Stichprobe gehörten diesen Altersgruppen nur 44% der Befragten an. Dies rührt einerseits daher, dass sich die Celler STEP-Kursbesucher/-innen aus ganz anderen Bevölkerungsgruppen zusammensetzen, in denen tatsächlich mehr jüngere Mütter vorhanden sind (etwa Migranten/-innen russischer und polnischer Herkunft, Aussiedler, niedrige sozio-ökonomische Schichten). Andererseits ist STEP in dieser Region durch die seit vielen Jahren etablierte Elternbildungskultur aber auch sehr bekannt und Eltern sind entsprechend gut über diese Hilfeform informiert. Gerade die Ansprache über Settings wie KiTas und Grundschulen sensibilisiert bereits junge Eltern, sodass Familien hier früher erreicht werden, als in anderen Städten.

Ergebnisse zum präventiven Bedarf und zur präventiven Inanspruchnahme

Die Nutzung von unterstützenden Angeboten (Beratung, Therapie, Familienhilfe) durch die STEP-Kursbesucher/-innen vermittelt einen gewissen Eindruck davon, wie der Bedarf der Familien gelagert ist und in welchem Präventionsbereich sich die Inanspruchnahme des Elterntrainings bewegt. Während der Teilnahme am STEP-Kurs nahmen 27 der 58 der befragten Celler Familien beratende, therapeutische oder familienunterstützende Angebote in Anspruch. Fünf der befragten Elternteile nutzten mehrere. Dabei stellt die Erziehungs-/Familienhilfe die am meisten genutzte Hilfeform dar (n = 18; davon SPFH: n = 8, n = 10 ambulante Erziehungsberatung), gefolgt von therapeutischen Angeboten (Kinder: n = 6, Familie/Eltern n = 5; n = 5 sozialpädiatrisches Zentrum). Mit absolut 46% liegt die Inanspruchnahme zwar höher als im bundesweiten Mittel (29%). In psychotherapeutischer Behandlung befinden sich aber nur wenige Kinder. Aus der kindbezogenen Gesundheitsperspektive kann die Nutzung durchaus als präventiv bezeichnet werden.

Das subjektive Erleben der Erziehung und Entwicklung ihrer eigenen Kinder sagt viel darüber aus, wie stark Eltern sich durch die Erziehungsaufgabe beansprucht⁸⁴

⁸⁴ Beanspruchung ist immer subjektiv; sie ergibt sich aus vorhandenen Belastungen und den zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen; siehe dazu Abschnitt 2.3 in dieser Arbeit.

fühlen. Für ein Viertel der Celler STEP-Teilnehmer/innen stellen sich Entwicklung und Erziehung des Nachwuchses als unkompliziert dar (ohne Abbildung). Etwa die Hälfte der Befragten gibt an, die Erziehungsaufgabe als „etwas kompliziert“ zu erleben. Als kompliziert empfinden diese 24% der Eltern. In der bundesweiten Stichprobe schätzt ein höherer Anteil der Eltern (37%) als in der Celler Stichprobe ihre Kinder als unkompliziert ein. Es ist anzunehmen, dass die Mehrzahl der über die Celler Settings erreichten Mütter und Väter durch die Erziehungsaufgabe überdurchschnittlich hoch beansprucht ist.

Motive der Eltern und Erwartungen an das Elterntaining

Zu Beginn des Elterntainings wurden alle Eltern anhand eines gebundenen Antwortschemas zu Motiven und Gründen für die Kursteilnahme befragt. Die subjektive Wichtigkeit aller vorgegebenen möglichen Motive, Gründe und Erwartungen sollten über ein vierstufiges Rating („Dieser Grund [...] war für mich überhaupt nicht wichtig/eher unwichtig/eher wichtig/sehr wichtig“) eingeschätzt werden. In der Tabelle 4.2.4/ 1 (umseitig) ist das Ergebnis unter Angabe der Prozentsätze der Eltern, die das vorgegebene Motiv mit „sehr wichtig“ beantwortet haben, zusammengefasst. Die Celler Stichprobe ist in der linken Spalte dargestellt, zum Vergleich daneben das Ergebnis der bundesweiten STEP-Programmevaluation.

Demnach war das Bedürfnis, Tipps für den Erziehungsalltag zu bekommen und Strategien gegen Konflikte zu finden, bei beiden Gruppen das wichtigste Motiv für den Kursbesuch. Markant für die Celler Eltern ist der starke Wunsch nach Erfahrungsaustausch mit anderen Müttern und Vätern. Für die Hälfte der Eltern war dies einer der ausschlaggebenden Gründe, sich für den Elternkurs zu entscheiden. Auch die Sorge um das Kind war für die Celler Eltern (35%) ein deutlich wichtigeres Motiv für die Teilnahme an STEP als für die bundesweit befragten Eltern (14%). Das Ergebnis deutet auf ein erhöhtes Problempotenzial bei den in Celle erreichten Familien hin.

Tabelle 4.2.4/ 1: Motive und Gründe für die Teilnahme, STEP Celle/STEP bundesweit

<i>Motive, Erwartungen, Gründe für die Teilnahme an STEP</i>	<i>Dieses Motiv/ diese Erwartung war ausschlaggebend für...</i>	
	<i>STEP Celle N = 58</i>	<i>STEP bundesweit N =166</i>
Praktische Tipps für den Erziehungsalltag erhalten	74% (n = 42)	90%
Strategien gegen Streit	71% (n = 40)	77%
Erfahrungsaustausch	49% (n = 28)	31%
Professionellen Rat erhalten	46% (n = 26)	35%
Sorge um die Zukunft des Kindes	35% (n = 20)	14%
Verunsicherung in der Erziehung	23% (n = 13)	34%
Überforderung im Alltag	19% (n = 11)	13%
Probleme verhindern (präventiv)	< 5% (n = 2)	10,5%

Etwas bedeutsamer scheint für die dort befragten STEP-Nutzer/innen, womöglich aus demselben Grund, auch die Hoffnung auf professionellen Rat zu sein. Entsprechend spielt das rein präventive Verhindern von Erziehungsproblemen⁸⁵ keine nennenswerte Rolle für die Teilnehmer/innen aus Celle (< 5%). Eine präventive Motivation gehörte allerdings für die Eltern aus den privilegierteren Schichten (STEP bundesweit) ebenso wenig zu den entscheidenden Faktoren der Inanspruchnahme.

Zusammenfassung und Fazit zur Umsetzung in Celle

Die Einbindung von STEP in die Settings erbringt in Celle klare Umsetzungsvorteile und erleichtert den Zugang zu den STEP-Kursen. Die nebenberuflich tätigen KL profitieren davon, dass sie die Zielgruppen über Settings direkt ansprechen können und dadurch keine zusätzlichen (unbezahlten) Stunden für die Werbung der Teilnehmer/innen einsetzen müssen. Den Eltern stehen damit STEP-geschulte Ansprechpartner/innen im nahen Umfeld zur Verfügung, bei denen sie kompetenten Rat zu Erziehungsthemen einholen können. Über diesen Kontakt im Setting wird für die Eltern gleichfalls die Schwelle zur Inanspruchnahme eines STEP-Kurses gesenkt.

⁸⁵ Genauer Wortlaut des Items: „Ich nehme am STEP-Kurs teil, weil ich bis jetzt keine Probleme mit meinen Kindern habe und möchte, dass es so bleibt“

Die Ergebnisse zur Reichweite, analysiert in Abhängigkeit von den Zugangswegen, bestätigen das gezielte settingübergreifende Vorgehen in Celle zur Beteiligung benachteiligter und bislang nicht erreichter Elterngruppen. STEP-Kurse werden in Celle in bedeutsamem Umfang von Alleinerziehenden, Migranten/-innen sowie von arbeitslosen und/oder von Armut betroffenen Eltern genutzt. In unserer Befragungsstichprobe lag der Anteil dieser vulnerablen Gruppen bei etwa 50%. Dabei geht die verstärkte Beteiligung sowohl auf einen verbesserten Zugang zu den bereits etablierten Elternkursen zurück, als auch auf neu entstanden STEP-Angebote. Bei der Ansprache dieser Eltern ist man erfolgreich, weil in vielen verschiedenen Settings bereits vertraute Bezugspersonen (die KL selbst oder ein Kollege/eine Kollegin) eine Teilnahme an STEP empfehlen. Stimmt die Vertrauensbasis, wird ein Anstoß von außen gut angenommen - ob dieser nun von einer Erzieherin, einem Sozialpädagogen oder einer Lehrerin kommt.

Der Zulauf zu Kursen an KiTas und Schulen in benachteiligten Quartieren oder mit hohem Anteil bildungsferner Bevölkerungsgruppen in der Elternschaft (dort sind zusätzliche Kursangebote entstanden) ist insgesamt schwach. Nicht in jeder KiTa/Schule wird sich deshalb ein tragfähiges eigenständiges Kursangebot aufbauen lassen. Dennoch gelingt es Erziehern/-innen und Lehrern/-innen immer wieder, vulnerable Elternteile zur Teilnahme zu motivieren. Dies spricht dafür, die fokussierten Bevölkerungsgruppen weiterhin über alle Settings wie Schulen und KiTas, die Stadtteil-Projekte oder die sozialpädagogische Familienhilfe anzusprechen und gegebenenfalls zu Trainer-Kollegen zu vermitteln.

Der Nutzen des STEP-Programms für KiTas und Schulen liegt vor allem darin, dass es Anknüpfungspunkte für eine vertiefte und nachhaltige Elternarbeit im normalen Schul- oder KiTa-Alltag bietet. Allerdings lässt sich die neu aufgebaute Kompetenz oft nicht bedarfsgerecht einsetzen, weil für eine intensive beratende Elternarbeit die Zeit fehlt.

Besonders gut gelingt es über die (Beratungs-)Settings der Familienhilfe und der Sozialen Arbeit, benachteiligte Eltern an den Kursen zu beteiligen. Durch STEP-Trainer/innen aus diesen Arbeitsbereichen sind ganz neue Kursmodelle entstanden, die beispielsweise auf bestimmte Migranten-Gruppen oder von der Familienhilfe betreute Eltern abgestimmt sind. Kontinuierliche Kursangebote sind aber nur dort entstanden, wo STEP direkt und fest an Stadtteilprojekte, Maßnahmen und Einrich-

tungen der Familienhilfe oder offene Angebote angebunden ist. Im Rahmen der sozialpädagogischen Familienhilfe erweist sich die strukturierte Vorgehensweise der STEP-Kurse zur systematischen Aufarbeitung von Erziehungsthemen als besonders wertvoll. Gerade die ambulante Betreuung durch Familienhelfer/innen, die eher situations- und alltagsorientiert vorgeht, ergänzen die Kurse ideal, indem sie die Erziehungskompetenz, das Selbstvertrauen und das Selbsthilfepotenzial der Eltern stärken. Hierzu tragen insbesondere das Erleben und der Austausch in der Gruppe bei. Der Gruppenprozess spielt eine zentrale Rolle als Form der gegenseitigen Stärkung im Erziehungsalltag.

Die Ansprache über offene Angebote und Einrichtungen (etwa Spielkreise) ermöglicht benachteiligten Eltern die STEP-Teilnahme aus einem stigmatisierungsfreien Kontakt heraus und erreicht Familien am ehesten präventiv. Gerade diese informell geprägten Maßnahmen sind aber von Mittelkürzungen bedroht. Die Strategie der Vermittlung über das Jugendamt (ASD-Mitarbeiter/innen) bildet gegenüber den anderen Zugängen eine Ausnahme, da Eltern unter anderen Voraussetzungen in die Kurse gelangen (Jugendamt-Kontakt, stärkerer Zwangscharakter). Eine Zuweisung von Eltern über das Jugendamt zu laufenden Kursen verläuft nicht immer glücklich, da den Eltern Raum und Zeit fehlt, um sich mit der Idee und der KL vertraut zu machen. Grundsätzlich, also gemessen an der Anzahl erreichter Eltern, funktioniert diese Zugangsstrategie allerdings sehr gut und sollte nicht fallengelassen werden. Vielmehr fehlt den Eltern eine „Brücke“ in den Kurs. Elternkurse „im Zwangskontext“ vertragen sich denkbar schlecht mit dem STEP-Programm, das Eigenständigkeit und Selbstbestimmung propagiert.

Neue Herausforderungen und notwendige Ressourcen

Durch die Verbesserung der Zugänge bei gleichzeitiger Verbreiterung des Elternkurs-Angebotes hat sich die Celler „Elternbildungs-Landschaft“ grundlegend verändert. Neue und zum Teil ganz andere Elterngruppen als zuvor nehmen STEP in Anspruch. Unter dem Anspruch einer bedarfsgerechten Elternschulung kann die erhöhte soziale und kulturelle Heterogenität der teilnehmenden Elternschaft nicht ignoriert werden.

Die STEP-Trainer/innen müssen diese mit/in ihren Kursen auffangen. Sie tun dies entweder durch Kursangebote für spezifische Zielgruppen oder indem sie ihr Vorge-

hen auf integrative Kurse ausrichten. Um die Vermittlung zentraler Inhalte, also Umsetzungsqualität und Durchführungserfolg, unter diesen Bedingungen zu sichern, werden den STEP-Trainern/-innen zusätzliche Kompetenzen und Anpassungsleistungen abverlangt, denn das STEP-Programm allein kann die notwendigen Ansätze nicht bereitstellen. Auch der Austausch innerhalb des lockeren Netzwerks zu diesen Herausforderungen erscheint nicht ausreichend. Eine zielgerichtete, systematische Programm-Entwicklung (Anpassung) und gegebenenfalls der Aufbau zusätzlicher Kompetenz im Umgang mit speziellen Zielgruppen werden der nächste Schritt für das Celler Modell sein. Dabei gilt es, die vorhandenen Entwicklungspotenziale zu nutzen – Kompetenzen, Ideen und das notwendige Engagement zu einer verbesserten Schulung der neuen Elterngruppen sind zum größten Teil im Netzwerk der Praktiker/innen vorhanden.

Zielgruppenspezifische wie nicht spezifische Elternkurse haben in einem Praxismodell wie Celle, das eine kommunale Gesamtstrategie verfolgt, ihre Berechtigung. Auch weil der Zulauf über die Settings so zu nehmen ist, wie es die Praxis hergibt, muss man sich auf die jeweilige Zusammensetzung der Teilnehmerschaft einstellen. Die Evaluations-Ergebnisse bestätigen, dass beide Kursmodelle zur Beteiligung benachteiligter Elterngruppen beitragen. Eine Grundsatzdiskussion um zielgruppenspezifische oder heterogen besetzte Kurse für benachteiligte Elterngruppen wäre deshalb kontraproduktiv. Nur durch eine breite Ansprache über vernetzte Settings und die Nutzung aller Kursmodelle durch heterogene Elterngruppen kann Celle zudem den Gesamt-Zusammenhang seiner präventiven Elternbildungs-Landschaft bewahren.

Die Vielfalt des Kursangebotes ermöglicht eine individuell bedarfsgerechte Zuweisung. So erleben es manche Eltern gerade als hilfreich, in einem universell ausgerichteten Kurs zu lernen, weil ihnen der Abstand von ihrem sozialen Umfeld und neuartige Kontakte gut tun. Für andere Eltern dagegen scheint eine Auseinandersetzung mit Erziehungsthemen oder der Aufbau von Kompetenzen überhaupt nur dann möglich, wenn beispielsweise auf ihre psychosozialen Belastungen, ihr Lerntempo und/oder ihre Unsicherheiten ganz bewusst eingegangen wird (bildungsferne Gruppen, hoch belastete Familiensysteme). In Anbetracht dieser Optionen werden aber Entscheidungsstrategien/-regeln notwendig, die sich sehr individuell an den persönlichen Möglichkeiten der Teilnehmer/innen sowie den Problemlagen und Bedürfnissen der Familie etc. orientieren müssen. Das professionelle Abwägen erfordert darum

zusätzliche diagnostische Kompetenz und personelle Ressourcen, die die kooperierenden Einrichtungen und Träger einplanen müssten.

Das gezielte Vorgehen des Celler Modells zur Beteiligung vulnerabler Gruppen hat eine lebendige Diskussion auf kommunaler Ebene darüber angeregt, durch welche Formen der Elternbildung benachteiligte Familien am besten gefördert werden können. Dies hat weitere Initiativen angestoßen. Der Austausch zwischen verschiedenen Professionen und Arbeitsbereichen wäre ohne diese Initiative in dieser Breite niemals zustande gekommen.

Herausforderung in Celle bleibt es, die kommunale Gesamtstrategie auch weiterhin so zu koordinieren, dass bedürftige Elterngruppen über unterschiedliche Kursmodelle beteiligt und entsprechend ihren spezifischen Bedürfnissen gefördert werden.

4.2.5 Elternkurse im Kontext der Jugend- und Familienhilfe

Die Einbindung von STEP in die Jugend- und Familienhilfe wurde in der BEEP-Evaluation in drei Regionen untersucht: in Celle (ausführlich vorgestellt im vorherigen Kapitel 4.2.4), im Landkreis Göttingen und in Solingen. STEP wird in diesen Praxisfeldern auf unterschiedliche Weise mit Hilfe verschiedener Programmanpassungen integriert. Allen Praxismodellen gemein ist der niedrigschwellige Zugang über die ambulante Betreuung im Familiensetting beziehungsweise über die Anknüpfung an vorhandene Angebote und Einrichtungen (Geh-Struktur). Die so verorteten STEP-Kurse erreichen vulnerable Zielgruppen. Erkenntnisse und Erhebungen aus allen Regionen dienen dazu, die allgemeinen Möglichkeiten von Elternkursen im Kontext Familienhilfe (hier insbesondere in Verbindung mit SPFH) auszuloten.

In der Umsetzung lassen sich die unterschiedlich angepassten STEP-Elternkurse nicht direkt vergleichen. Gemeinsamkeiten zwischen den drei Modellen bestehen aber hinsichtlich der erreichten Zielgruppen und der (Möglichkeit zur) Verknüpfung mit anderen Hilfen zur Erziehung.

In der niedrigschwelligen zugehenden Arbeitsweise und der Vielzahl von Möglichkeiten der persönlichen Ansprache werden die strukturellen Vorteile des Familienhilfe-Systems im Zugang auf die vulnerablen Gruppen deutlich. Alle Modelle zeigen, dass eine Verbindung von STEP und Sozialpädagogischer Familienhilfe (insbesondere der ambulanten Betreuung von Familien) vielversprechend ist; für die Zielgruppe, weil durch die Kombination beider Hilfeformen eine bedarfsgerechte Art der

Unterstützung mit Synergie-Effekten entsteht, und für die umsetzenden Arbeitssysteme „Programm STEP“ und „Familienhilfe“, die von der Zusammenarbeit gegenseitig profitieren.

Tabelle 4.2.5/ 1 Untersuchte Elternkursangebote im Familienhilfe-Kontext

Ort/Angebot	Form der Verankerung	Zugang und Ansprache im Setting
<p>Stadt Celle und Landkreis Celle</p> <p>STEP-Elternkurse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortbildung nebenberuflich tätiger STEP-Trainer/innen aus dem Arbeitsbereich Familienhilfe und Einrichtungen der Caritas (freier Jugendhilfe-Träger) • Teilnahme über das Jugendamt kostenfrei • alternativ bezuschusst die Kommune 	<p>Neue Zugänge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiter der sozialen Dienste empfehlen ihren Klient/innen persönlich die STEP Teilnahme • über Caritas: Familienhelfer/innen, Berater/innen und sonstige Mitarbeiter/innen empfehlen Eltern das Angebot • Verbindung mit ambulanter FH wird durch den Caritasverband ausgebaut
<p>Landkreis Göttingen</p> <p>„STEP-Tandem“</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperation einer nebenberuflich tätigen Elterntainerin mit Jugendamt/ Familienhilfe-Träger • Jugendamt des Landkreises erwirbt den Elternkurs bei der STEP-Trainerin 	<ul style="list-style-type: none"> • die betreuenden Familienhelfer/innen empfehlen Eltern den Kurs persönlich • Mitarbeiter/innen des ASD schlagen Klienten/-innen die Teilnahme vor
<p>Solingen</p> <p>„STEP HzE plus“</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Einbindung des Elternkurses einer freien Trainerin in die Leistungen eines freien Familienhilfe-Trägers („Paritätische Familienhilfe“/ Solingen-Wald) 	<ul style="list-style-type: none"> • die betreuenden Familienhelfer/innen oder eine Beraterin des Familienzentrums informiert persönlich über den Elternkurs

Bei der wissenschaftlichen Begleitung der unterschiedlichen Praxismodelle haben sich bestimmte Bedingungen herauskristallisiert, die den Erfolg von STEP-

Elternkursen in Assoziation mit der Jugend- und Familienhilfe fördern. Dazu gehören

- eine gut koordinierte Zusammenarbeit auf Ebene der operierenden Arbeitssysteme, also zwischen Familienhilfe-Träger, Jugendamt und Kursleitung/STEP-Programm,
- die Einbindung in ein Gesamtkonzept, das eine enge, strukturierte Zusammenarbeit mit der sozialpädagogischen Familienhilfe ermöglicht und
- eine Programm-Anpassung, die sich auf diese Form der sich gegenseitig ergänzenden Hilfen für Familien (STEP und ambulante Betreuung durch SPFH) spezialisiert.

Ein positives Beispiel bietet das Elternkurs-Konzept STEP-Tandem⁸⁶, das im Landkreis Göttingen umgesetzt wird und im BEEP-Teilprojekt B intensiv begleitet wurde. In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse dieser Untersuchung zum STEP-Tandem ausführlicher dargestellt.

Das Praxismodell STEP-Tandem

Am Elterntaining STEP-Tandem nehmen sowohl Eltern als auch die sie betreuenden sozialpädagogischen Familienhelfer/innen teil, welche den Zugang zum Programm und die Umsetzung der Kursinhalte in ihrer Arbeit mit den Familien unterstützen sollen. Hier wurde zielgerichtet ein eigenständiges Elternkurs-Konzept geschaffen, das sich auf den Aufbau von Elternkompetenzen in Zusammenarbeit mit der sozialpädagogischen Familienhilfe spezialisiert hat. Das systematisch entwickelte zielgruppenspezifische Programm und die feste direkte Einbindung in den Familienhilfe-Kontext markieren innovative Besonderheiten im Status der Programmanpassung und der strukturellen Verankerung.

Als zielgruppenspezifische Anpassung des universellen Elternprogramms berücksichtigt STEP-Tandem die Bedürfnisse und Voraussetzungen von Elternteilen, die unter hohen familialen Belastungen stehen und aus sozial benachteiligten, überwie-

⁸⁶ STEP-Tandem wurde von der STEP-Elterntainerin Dagmar Mihr entwickelt. Sie hat darin auch ihre Kompetenz als Diplom-Pädagogin und Familientherapeutin eingebracht.

gend bildungsfernen Bevölkerungsschichten stammen. Die teilnehmenden Eltern werden bereits durch öffentliche Hilfsangebote unterstützt („Hilfen zur Erziehung“). Die enge Kooperation zwischen STEP-Trainer/in und Sozialpädagogischer Familienhilfe (SPFH) beginnt mit einem gemeinsamen Erstgespräch zwischen Mutter/Vater, dem/der jeweiligen Familienhelfer/in und dem/der STEP-Trainer/in. Hier werden Vorgehen und Ziel des Kurses vorgestellt und die anwesenden Eltern nach ihren Stärken (nicht Schwächen!) im Erziehungsverhalten gefragt. Dieser positive Einstieg ins Gespräch wird von den Eltern gern genutzt – auch wenn er zunächst auf Verblüffung trifft – und trägt zum Aufbau einer positiven, motivierenden Beziehung bei. Neben den zehn Terminen für die STEP-Kursabende gibt es bei Bedarf die Möglichkeit von begleitenden Einzelgesprächen zwischen Eltern, Trainer/in und gegebenenfalls dem/der Familienhelfer/in. Alle Familienhelfer/innen werden ausführlich über Schwerpunkte des Programms und seine Chancen für die Arbeit in den Familien informiert. Sie sollen die Umsetzung des Gelernten in den Alltag der jeweiligen Familie erleichtern. Die Eltern und ihre Familienhelfer/innen besuchen nicht den gesamten Kurs gemeinsam als „Tandem“ - die letzten Sitzungen bestreiten die Eltern allein.

Zielsetzungen der wissenschaftlichen Begleitung von STEP-Tandem

Als spezielle Zielsetzung verfolgt die wissenschaftliche Begleitung im Falle von STEP-Tandem die Beurteilung des Konzepts anhand der BzGA-Kriterien für Good-Practice-Modelle der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung. Konkret umgesetzt wird im Rahmen der BEEP-Forschung das Kriterium der wissenschaftlichen Legitimation. Außerdem soll exemplarisch am Beispiel des Landkreises Göttingen der Einsatz von STEP-Elternkursen im Kontext der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) dargestellt werden. Ermöglicht wurde dies durch eine Auswertung der Statistik zur Sozialpädagogischen Familienhilfe, die beim Jugendamt des Landkreises Götting geführt wird. Die anonymisierten Datensätze hat das Jugendamt freundlicherweise zu diesem Zweck zur Verfügung gestellt.

Elternbildungsbedarfe und Zugang zu Zielgruppen im Jugendhilfe-Kontext

Um einen Eindruck von der Zielgruppe zu geben, soll hier zunächst ein Blick auf diejenigen Familien im Landkreis Göttingen geworfen werden, für die das zuständige Jugendamt in den letzten Jahren und im Untersuchungszeitraum eine/n sozialpädagogische/n Familienhelfer/in beantragt und eingesetzt hat. Die beschriebene Gruppe entspricht somit der *Grundgesamtheit*, aus der auch die STEP-Tandem nutzenden Eltern hervorgegangen sind. Die für diese Zielgruppe eingesetzten Maßnahmen, Problemlagen und Unterstützungsbedarfe werden transparent. Das Jugend- und Familien-Hilfesystem verfügt über eine breite Palette von Maßnahmen beziehungsweise greift auf Angebote freier Träger zu, die je nach Bedarf auf Eltern, Kinder oder die gesamte Familie ausgerichtet sein können. Dazu gehören ambulante, stationäre und teilstationäre Hilfen. Eine zugehende ambulante Maßnahme ist die Betreuung und Beratung von Familien im häuslichen Setting, die durch die sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) mehrere Stunden wöchentlich geleistet wird.

Beim Jugendamt des Landkreises Göttingen sind rund 500 Familien verzeichnet, für die in den letzten zehn Jahren (1998 bis 2009) sozialpädagogische Familienhilfe beantragt wurde.

Interessant für das Zugangsthema ist zunächst der Weg der Eltern in einen Elternkurs. Im Fall von STEP-Tandem beginnt dieser beim ersten Kontakt mit dem Familienhilfe-System (siehe dazu Abbildung 4.2.5/ 1). Je nachdem, wie der Kontakt mit dem Jugendamt zustande gekommen ist, kommen die Eltern später auch mit unterschiedlichen Voraussetzungen in den Elternkurs. Die Bedingungen der Kontaktaufnahme haben darum Konsequenzen auch für eine (mögliche) Teilnahme an STEP.

Wie aus der Abbildung 4.2.5/ 2 hervor geht, werden Familienhelfer/innen ausgehend von unterschiedlichen Bedarfslagen und in Verbindung mit unterschiedlichen Zielsetzungen in die Familien geschickt, von denen im Übrigen die Intensität (Abb. 4.2.5/ 3) und Dauer der unterstützenden Intervention in erster Linie abhängt.

Abbildung 4.2.5/ 1: Wer hat die Familienhilfe angeregt? (N = 497)

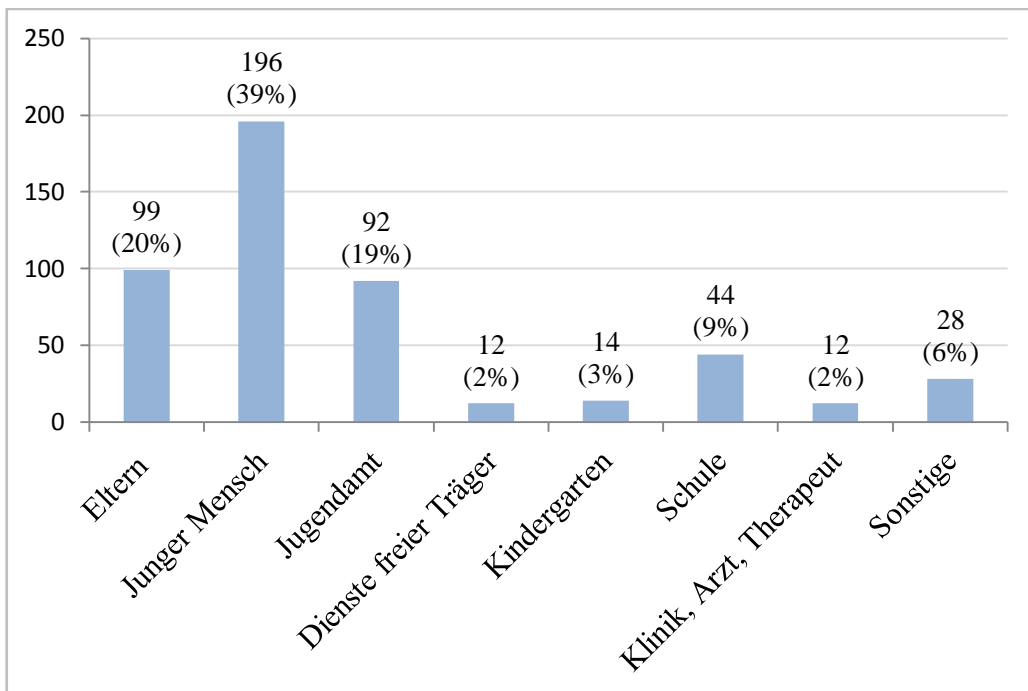
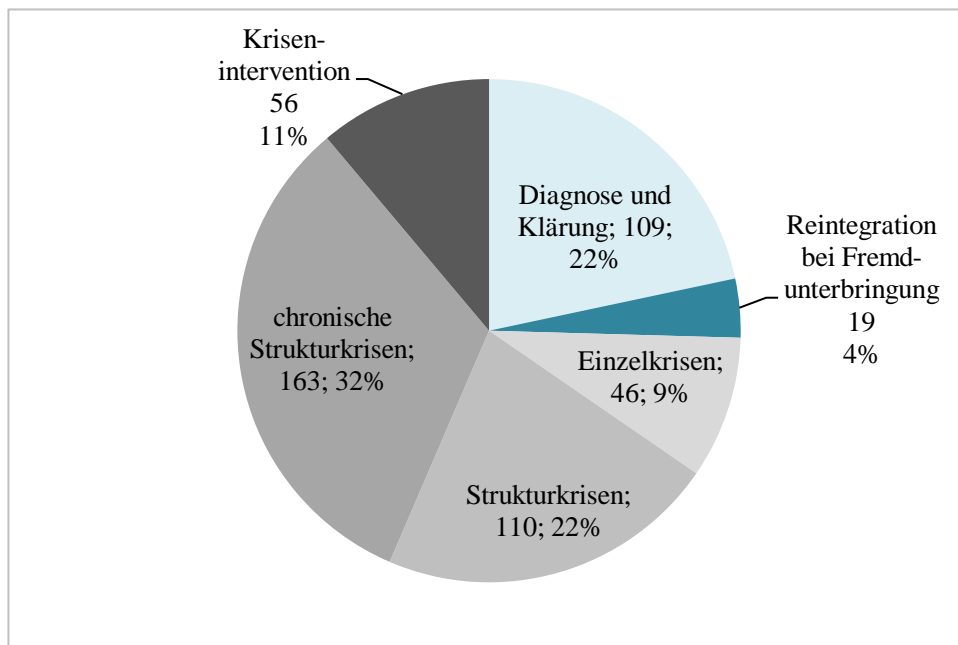
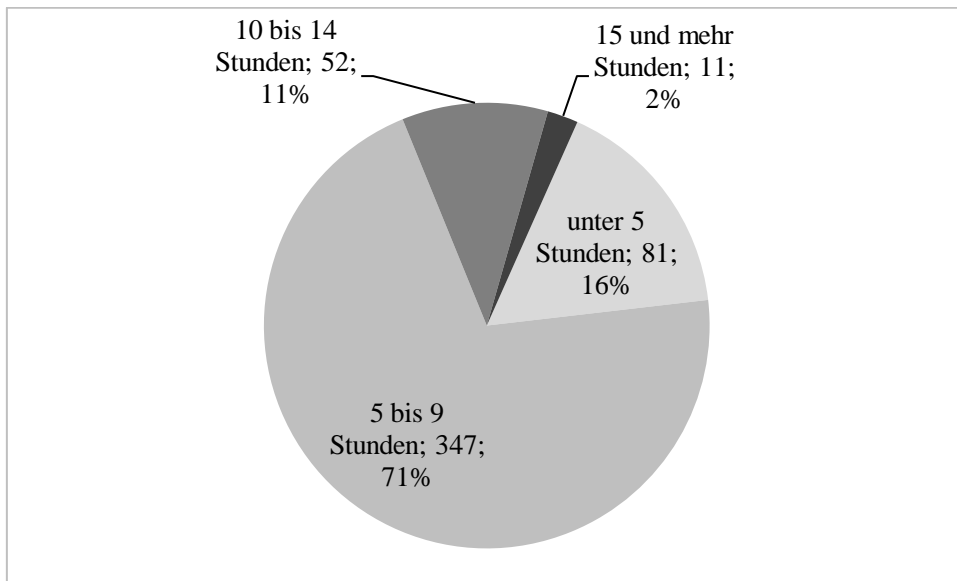


Abbildung 4.2.5/ 2: Verteilung der Hilfeformen nach Art der eingesetzten SPFH-Maßnahmen (n = 503)

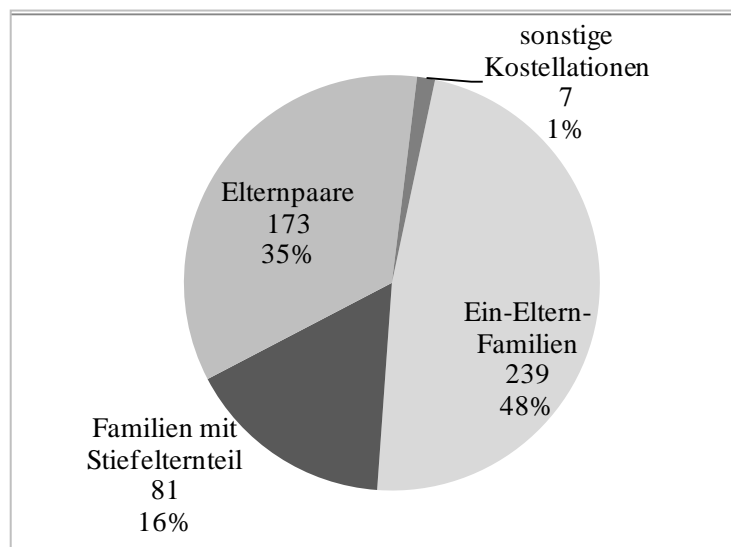


**Abbildung 4.2.5/ 3: Betreuungsintensität der Familien;
Angabe der Wochenstunden (n = 491)**



Der Mittelwert für die Betreuungsdauer liegt bei eineinhalb Jahren (n = 365 von 500 mit abgeschlossenerer SPFH). Am häufigsten werden Familien über ein bis zwei Jahre hinweg betreut, viele aber auch weniger als ein Jahr lang. Ein gewisser Anteil von Familien benötigt längerfristige Unterstützung (hier: zweieinhalb Jahre und mehr: etwa 60 Fälle; fünf Jahre und mehr: elf Fälle).

**Abbildung 4.2.5/ 4:
Zusammensetzung der betreuten Familien (n = 500)**



Die im Folgenden dargestellten Hilfeanlässe, Bedarfslagen und weitere Merkmale der Zielgruppe beziehen sich auf eine *Fokus-Stichprobe* von $n = 169$ Familien. Es handelt sich dabei um die Familien, für die seit dem 1.1.2007 SPFH beantragt und bewilligt wurde und die somit in die chronologische Reichweite von STEP-Tandem fallen.

Erziehungsproblematiken geben dem Jugendamt bei über 90% der Familien (mit) Anlass, ambulante Betreuung durch eine/n Sozialpädagogen/-in zu beantragen. Die Problematiken innerhalb dieser größten Kategorie können sehr unterschiedlich gelagert sein (siehe Abbildungen 4.2.5/ 5 und 4.2.5/ 6). Bei etwa einem Viertel aller Eltern mit SPFH-Bezug bestehen gravierende Problematiken. Bei 10% aller Fälle werden Erziehungskompetenz-Defizite und bei 8% Beziehungsstörungen diagnostiziert. Die Quote für Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung liegt bei 7%. Viel häufiger aber (hier: bei fast 70% der Familien) erwachsen die Erziehungsschwierigkeiten aus einer *allgemeinen Überforderungssituation* – Eltern schaffen es aktuell oder dauerhaft nicht, den Lebensalltag inklusive der Erziehungs- und Fürsorgeaufgaben zu bewältigen.

Abbildung 4.2.5/ 5: Allgemeine Hilfeanlässe zur Beantragung von SPFH im Überblick (Fokustichprobe; $n = 169$, Angaben enthalten multiple Anlässe)

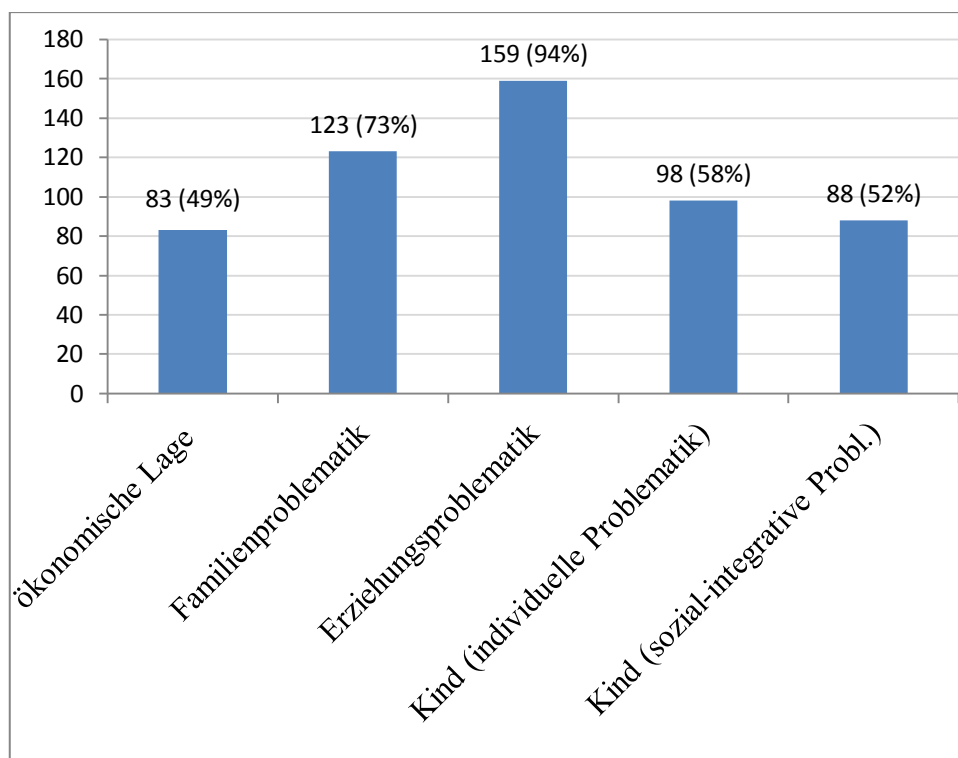


Abb.4.2.5/6: Hilfeanlass „Erziehungsproblematiken“, aufgeschlüsselt nach Kategorien; Häufigkeiten/Prozent von n = 167 Familien

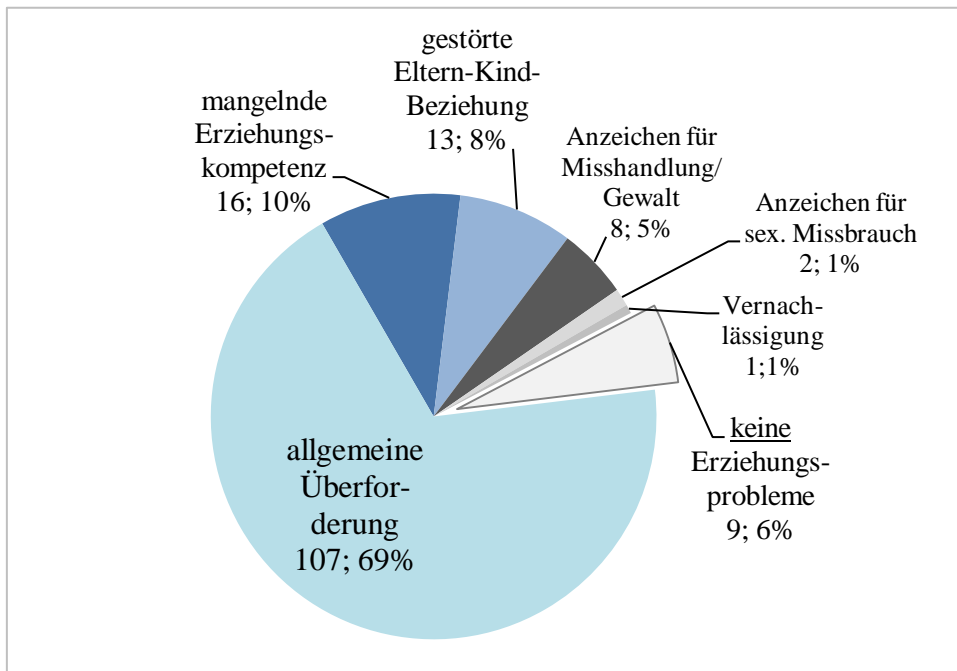
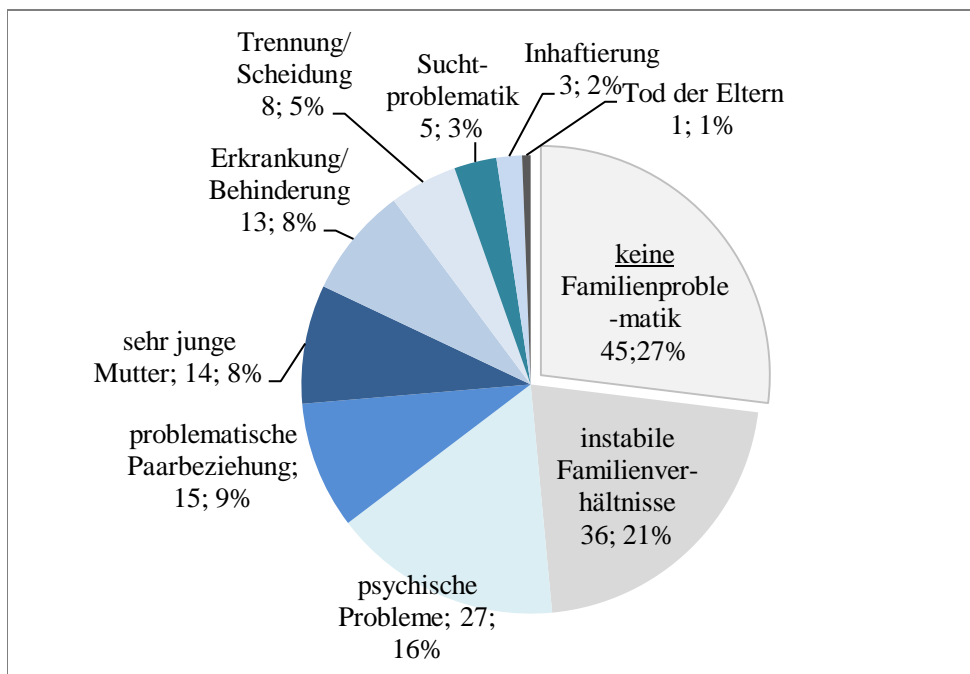


Abb.4.2.5/ 7: Hilfeanlass „Familienproblematiken“, aufgeschlüsselt nach Kategorien; Häufigkeiten/Prozent von n = 167 Familien



Familienprobleme stellen die zweitgrößte Kategorie von Hilfeanlässen dar, welche sich meistens mit Erziehungsschwierigkeiten überschneiden. Knapp drei Viertel der Familiensysteme sind aufgrund von Instabilität der Familien, Beziehungskonflikten des Elternpaares oder Beeinträchtigungen eines oder beider Elternteile belastet (Abb. 4.2.5/ 7).

Ein weiterer häufiger Grund, die Unterstützung durch sozialpädagogische Familienhelfer/innen zu veranlassen, stellt die psychische Beeinträchtigung, Verhaltensauffälligkeit oder Behinderung eines Kindes in der Familie dar. Insgesamt 58% solcher auf das Kind bezogenen Problematiken geben Anlass zum Antrag auf SPFH (Abb. 4.2.5/ 8). Schwierigkeiten der sozialen Integration, die in der Hilfestatistik von anderen kindbezogenen Problematiken abgegrenzt werden, bilden ebenfalls einen bedeutenden Anteil an Hilfeanlässen (Abb. 4.2.5/ 9).

Abbildung 4.2.5/ 8: Hilfeanlass „kindbezogene Problematiken“, aufgeschlüsselt nach Kategorien; Häufigkeiten/Prozent von n = 163 Familien

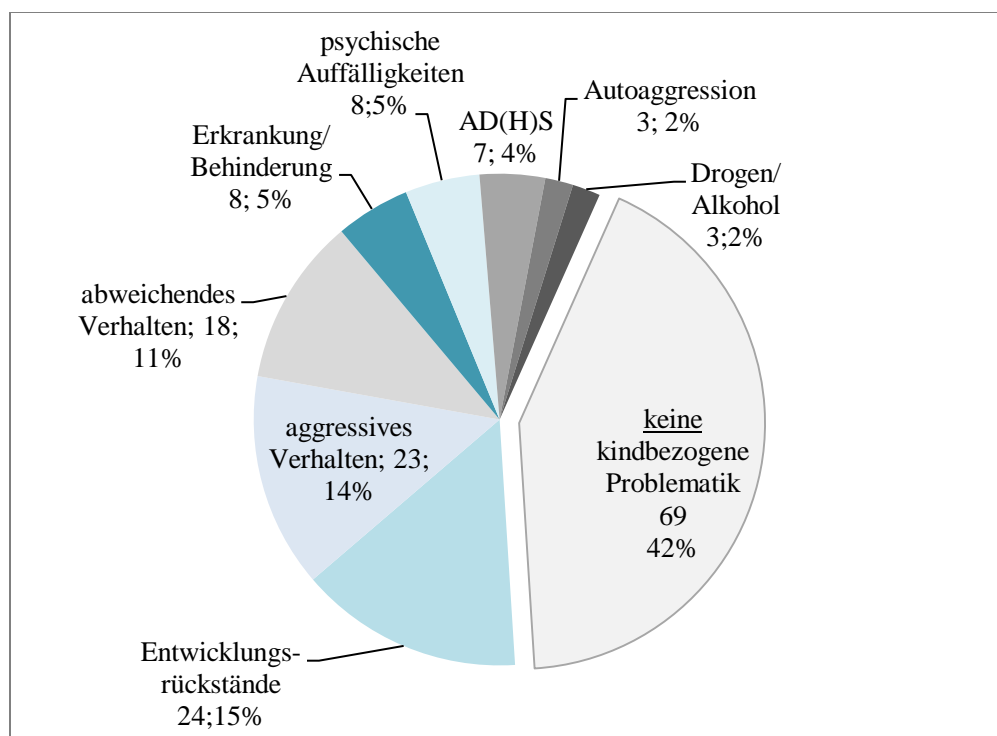


Abbildung 4.2.5/ 9: Hilfeanlass „sozialintegrative Problematiken/junger Mensch“, Häufigkeiten/Prozent von n = 159 Familien

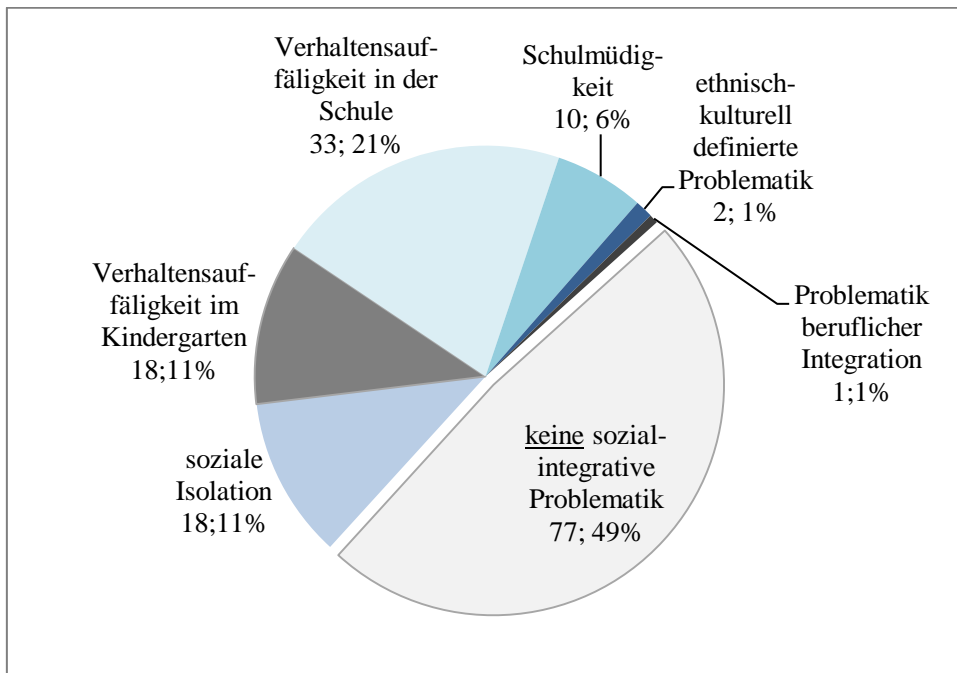
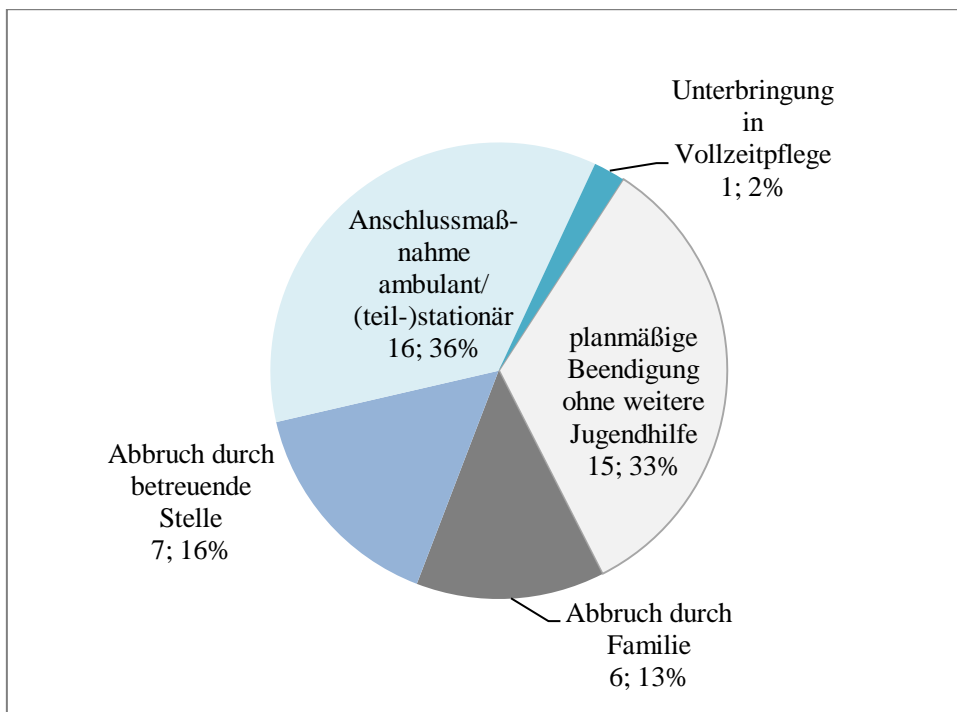


Abbildung 4.2.5/ 10: Beendigungsgründe bei abgeschlossenen SPFH-Maßnahmen (n = 48 Familien, die seit 1.1.2007 betreut werden)



Einsatzmöglichkeiten von STEP-Tandem im Rahmen der Familienhilfe

Bestimmte Erziehungsproblematiken zeigen einen Schulungsbedarf offensichtlich an. Nicht nur bei offensichtlichen, diagnostisch erfassten Kompetenzdefiziten der Eltern kann es jedoch sinnvoll sein, die *persönlichen Ressourcen* der Eltern zu stärken und darüber die Entwicklungsbedingungen des Kindes in der Familie zu verbessern. Auch die Bewältigung von Familienproblematiken und kindbezogenen Problematiken kann durch STEP verbessert werden, weil an Beziehungskompetenz und Beziehungsqualitäten angesetzt wird. Insbesondere dort, wo Erziehungsproblematiken, kindbezogene Problematiken und Familienproblematiken zusammentreffen, ist eine Stärkung erzieherischer Kompetenz der Eltern notwendig.

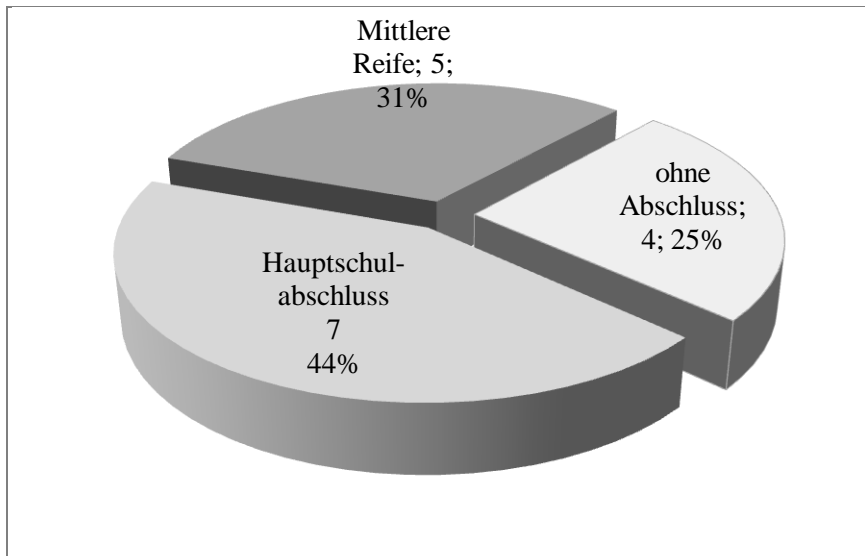
Das Einsatzspektrum und der Nutzen von STEP-Tandem im Rahmen der Familienhilfe müssen im Zusammenhang mit weiteren Unterstützungsangeboten, die zur Wahl stehen oder die sich mit ihm ergänzen, untersucht und diskutiert werden. *Erziehungsproblematiken* geben dem Jugendamt bei über 90% der Familien Anlass, ambulante Betreuung durch eine/n Sozialpädagogen/-in zu beantragen. Sie bilden damit die größte Kategorie von Hilfeanlässen. Aus Sicht der Sozialen Dienste und des Jugendamtes im Landkreis Göttingen stellt der Tandem-Elternkurs eine gänzlich neue Möglichkeit dar, diese Eltern bei Erziehungsproblemen mit einem speziell ausgearbeiteten Format zu unterstützen. Es stehen zwar im Landkreis auch herkömmliche Elternkurs-Formate zur Verfügung (Triple P, Starke Eltern-Starke Kinder, STEP), diese sind aber nicht speziell auf die bedürftigen Elterngruppen und die Verschränkung mit der Sozialpädagogischen Familienhilfe ausgerichtet.

Merkmale der erreichten STEP-Tandem-Teilnehmer/innen

Nach der Konzept-Entwicklung hat STEP-Tandem, einschließlich des Modellversuchs in 2006, inzwischen fünf Kursphasen durchlaufen. Die Bielefelder Evaluation konzentrierte sich auf die Kurse 3-5. Während in den Kursen 3 und 5 die schriftlichen Befragungen von Eltern und Familienhelfern/-innen durchgeführt wurden, lag der Schwerpunkt im vierten Kurs auf der Erhebung und Auswertung qualitativer Daten (Interviews mit Eltern, FH, KL). In die Auswertung einbezogen wurde die Dokumentation und schriftliche Befragung der KL zu den ersten beiden Kursen (siehe Tab. 4.2.5/ 2). Soziodemografische Teilnehmer/innen-Daten wurden mit den Erstbe-

fragungen in Kurs 3 und Kurs 5 erfasst. Unter den insgesamt $n = 16$ Elternteilen, die mit ihren Familienhelfern/-innen das STEP-Tandem begannen, sind drei Väter und 13 Mütter. Zwölf der Elternteile sind alleinerziehend, vier leben in einer Partnerschaft. Die Verteilung der Schulabschlüsse der Eltern aus den beiden Kursen ist in der folgenden Abbildung wiedergegeben.

**Abbildung 4.2.5/ 11: Schulabschlüsse der teilnehmenden Eltern
(Angaben der $n = 16$ Eltern aus Kurs 3 und Kurs 5)**



Berechnet auf Basis der vier dokumentierten Kurse ergibt sich eine Abbruch-Quote von 24%. Der Anteil derer, die den Kurs zu Ende führten, liegt entsprechend bei 76%, und dies sehr konstant über alle Kurszyklen hinweg (vgl. Tab. 4.2.5/ 2). Die Wahrscheinlichkeit, dass Väter im Kursverlauf ausscheiden oder das Nachtreffen nicht in Anspruch nehmen, liegt tendenziell, sofern dies anhand der sehr kleinen Väterstichprobe geschätzt werden kann, höher als bei den Müttern.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass über STEP-Tandem vor allem alleinerziehende Elternteile und schulbildungsferne Eltern gut erreicht werden, während die Teilnahme von Vätern noch immer eher gering ausfällt.

Tabelle 4.2.5/ 2: Übersicht über den Verlauf der STEP-Tandem Kurse

Kur s	Zeit- raum	Erstgespräch	Beginn	Ende	Eltern- treff (An- fang)	Eltern- treff (Ende)
1	09/06- 12/06	7 Mütter mit Fami- lienhelfern/-innen	6 Mütter	5 Mütter	4 Mütter	3 Mütter
2	03/07- 06/07	7 Elternteile (5 Mütter, 2 Väter) mit Familienhel- fern/-innen	7 Eltern- teile (5w, 2m)	5 Eltern- teile (4w, 1m)	3 Mütter	3 Mütter
3	02/08- 06/08	8 Elternteile (6 Mütter, 2 Väter) mit Familienhel- fern/-innen	8 Eltern- teile (6w, 2m)	6 Eltern- teile (5 Mütter, 1 Vater)	5 Eltern- teile	5 Eltern- teile
4	Kurs-Phase zur qualitativen Datenerhebung					
5	11/09 bis 04/10	8 Elternteile (7 Mütter, 1 Vater) mit Familienhel- fern/-innen	8 Eltern- teile	6 Eltern- teile	X	X

Zusammenfassung und Fazit: STEP im Kontext Jugend- und Familienhilfe

„Präventiv ausgerichtete Angebote der Familienbildung, die auf Bedürfnisse und Interessen sowie auf Erfahrungen von Familien in unterschiedlichen Lebenslagen und Erziehungssituationen eingehen“ sollen die ambulanten und stationären Regelangebote der Familienhilfe wie beispielsweise Beratung und Hausbesuche oder betreute Wohn- und Tagesgruppen für Kinder und Jugendliche ergänzen (KJHG 2004). Mit STEP fügt sich ein ressourcenstärkendes Gruppenangebot in die sonst fallorientierte Familienhilfe, das Elternrollenkompetenzen gezielt und systematisch stärkt. Chronische oder gravierende Familien-Belastungen können durch einen Kompetenzgewinn zwar nicht abgetragen oder kompensiert werden. Die entlastenden Hilfen zur Erziehung können aber durch das STEP-Training gut ergänzt werden. Die Praxisfelder Celle, Solingen und Landkreis Göttingen zeigen, dass Eltern insbesondere durch die direkte Verknüpfung von STEP mit der ambulanten Betreuung und Beratung im Rahmen der *Sozialpädagogischen Familienhilfe* gut erreicht und optimal unterstützt

werden können. Zudem entsteht ein fruchtbarer Austausch zwischen den Professionellen aus unterschiedlichen Arbeitssystemen.

Für die wissenschaftliche Untersuchung von Elternbildung im Familienhilfe-Kontext müssten neue methodische Zugänge gefunden werden. Darin ist erstens die Verschränkung mit anderen Hilfen zu berücksichtigen. Zweitens müssen Erfolgskriterien für die dort erreichten Personen relevant und angemessen sein. Der Vorstoß in eine Gruppe, die Thematisierung von Erziehung und allgemeine Ermutigung - dies sind Erfolge, an die sich anknüpfen lässt, die Eltern weit nach vorne bringen und sie auf lange Sicht unabhängiger vom Hilfesystem machen können.

Gut belegt werden konnten die Vorzüge von STEP in der Familienhilfe am Beispiel von STEP-Tandem, bei dem SPFH und das STEP-Programm explizit zusammenwirken, indem die betreuenden Familienhelfer/innen ebenfalls am Elternkurs teilnehmen. STEP-Tandem wurde deshalb in Anlehnung an den Kriterienkatalog der BzGA zur sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung als „Model of Good Practice“ vorgestellt. Es überwindet typische Problematiken, die bei der Umsetzung anspruchsvoller Elternbildungsformate mit stark belasteten und bildungsungewohnten Elterngruppen entstehen (Zugang, Motivation, Verbindlichkeit). In der Folge verlassen weniger Eltern einen STEP-Tandem-Kurs, als dies durchschnittlich bei vulnerablen Elterngruppen aus dem Jugendhilfe-Bereich bei Elterngruppenkursen der Fall ist. Unter den gegebenen Voraussetzungen (Belastungsstatus der Familien, Merkmale der Teilnehmer) ist das Viertel, was hier abbricht, ein vergleichsweise geringer Teil.

Bei den Eltern bewirkt gerade dieser STEP-Entwurf individuelle Empowerment-Prozesse, die sich durch einen Gewinn an Selbstständigkeit, Selbstsicherheit und Elternrollenkompetenzen bemerkbar machen. Durch die Schulung selbstreflexiver Fähigkeiten schafft der Elternkurs gute Grundlagen für die weiterführende Beziehungsarbeit im Familiensetting durch die Familienhilfe. Bei der abschließenden Bestandsaufnahme der wissenschaftlichen Begleitung im Rahmen von BEEP lag ein ausgereiftes zielgruppenspezifisches Elternbildungsprogramm vor, das sich in der Praxis als Familienhilfe-Maßnahme des Landkreises Göttingen bereits verstetigt hat.

4.2.6 Ergebnisse settingübergreifender Analysen

Unabhängig von den verankernden Settings werden immer wieder bestimmte vulnerable Elterngruppen durch das STEP-Programm erreicht. Dieser Abschnitt konzentriert sich auf die besonderen Zielgruppen, die bei den Untersuchungen des BEEP-Projektes im Mittelpunkt standen. Die Ergebnisse wurden mit Hilfe einer systematischen settingübergreifenden Auswertung qualitativer und quantitativer Befragungs- und Beobachtungsdaten erstellt.

Was können und sollen die STEP-Elternkurse bewirken?

STEP wurde evaluiert unter der Inanspruchnahme von Elterngruppen, die zuvor kaum erreicht wurden. Also ist auch deren Kontakt und Umgang mit Elternbildung bislang wenig untersucht. Ziele, Wirkungen und nicht zuletzt wissenschaftliche Kriterien müssen neu überdacht werden, wenn sie anderen Zielgruppen gerecht werden sollen. Über alle Settings hinweg ließen sich in Bezug auf die Erfolge der STEP-Kurse zielgruppenspezifische Wirkungen feststellen.

Die präventiven Möglichkeiten der Elternkurse leben davon, dass diese über die Schulung der Eltern in ihrer Wirkung zwei Zielgruppen erfassen können – Eltern und Kinder (ausführlich dazu das Kapitel 2.4 dieser Arbeit). Die Erfolge von Müttern und Vätern sind als positive Effekte auf die eigene Gesundheit und als präventive Wirkungen auf das Kind einzuordnen. Die Tabelle 4.3.6/ 1 (umseitig) stellt die stärkenden Ressourcen für Eltern und Familie zusammenfassend dar, wobei hier zwischen der Stärkung der individuellen Ressourcen und der sozialen Ressourcen unterschieden wird.

Entlastung durch die Gruppe

Darüber hinaus schafft die Kursteilnahme einem bedeutsamen Belastungsfaktor Abhilfe, nämlich der Sorge darum, als Mutter/Vater „nicht gut genug“ zu sein, „es nicht richtig zu machen“⁸⁷. Im Austausch mit der Gruppe erfahren die Kursteilnehmer/innen, dass es den anderen genau so geht wie ihnen selbst (sozialer Vergleich). Die dadurch spontan erlebte Entlastung geht allem Anschein nach nicht auf einen sozialen Unterstützungseffekt zurück, sondern auf ein Abfallen normativer Erwar-

⁸⁷ ...weil es „Probleme“ mit den Kindern gibt oder Kinder „Fehlverhalten“ zeigen (beziehungsweise das, was dafür gehalten wird). Dies ist aber die Regel, es gehört zur Entwicklung.

tungen an sich selbst (also ein kognitives Ereignis). Die Gruppe erlaubt den Abgleich mit der Realität eines Lebens mit Kindern, und diese widerspricht den normativen Vorstellungen gründlich. Den Erwartungsdruck spüren die meisten Eltern. Aber dieser wiegt in benachteiligten Bevölkerungsgruppen besonders schwer. Der Druck landet im Zweifelsfall beim Partner oder den Kinder.

Tabelle 4.3.6/ 1: Positive Teilnahme-Effekte bei Eltern und ihren Kindern im Überblick

Personale Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstkonzept: positiveres Selbstbild, Selbstbewusstsein, gestärktes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten als Mutter/Vater • Beziehungskompetenzen: eigene Gefühle/Bedürfnisse wahrnehmen, erkennen, mitteilen; klare Kommunikation, Selbstreflexion, Erwerb von "Netzwerkkompetenz" (siehe auch soziale Ressourcen) • Erziehungskompetenz: Reflexion des eigenen Erziehungsverhaltens, verbesserte Einfühlung in das Kind, Erlernen altersgerechter Erziehungsstrategien; dadurch weniger Streit und Konflikte/ mehr emotionale Unterstützung des Kindes
Soziale Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Familienleben entspannt sich • Stabilisierung vorhandener Kontakte und Freundschaften; unter Umständen Klärung von Partnerschafts-Konflikten (Abgrenzung, Übernahme von Erziehungsverantwortung) • Austausch mit anderen Eltern, emotionale Unterstützung, unter Umständen Bereicherung des sozialen Netzwerkes durch unterstützende Kontakte mit neuer Qualität
Zugangs-Effekte	<ul style="list-style-type: none"> • sinkende Schwelle zur Inanspruchnahme von Hilfeangeboten (selbst/ Kind) • sinkende Schwelle, im Interesse des Kindes Kontakt mit dem Setting (etwa der Schule) aufzunehmen

Soziale Ressourcen durch die Gruppe

Unsere Evaluation konnte ebenfalls die Stärkung der sozialen Ressourcen der Familien durch die Teilnahme an Elternbildungskursen im Setting zeigen. In den folgenden Bereichen konnten positive Effekte erzielt werden:

- Isolation verlassen: sich überwinden, „Öffentlichkeit“ wagen, bedeutet Enttabuisierung von Erziehungsproblemen (Prävention!)

- Soziale Kompetenzen (Kommunikation, Gegenseitigkeit)
- Neue Kontakte knüpfen, aber auch Kontakte mit neuer Qualität (unterstützend)

Zielgruppengerechte Gestaltung der Elternkurse

Unsere wissenschaftliche Begleitung konnte ebenfalls aufzeigen, dass die Implementierung der Elternkurse in den hier untersuchten Settings in vielerlei Hinsicht für die Gruppe der sozial benachteiligten und bislang schwer erreichbaren Eltern zielgruppengerecht gestaltet war. Die folgende Tabelle stellt noch einmal zusammenfassend die positiven Aspekte der Programmimplementierung im Setting dar.

Tabelle 4.3.6/ 2 : Zielgruppengerechte Gestaltung der Elternkurse

Haltung und Kompetenz der Kursleiter
<ul style="list-style-type: none"> • respektvolle, wertschätzende und ermutigende Ansprache ohne Vorwürfe und Defizitansagen • ausreichend Gelegenheit, um vertrauensvollen Kontakt aufzubauen • innere Barrieren (etwa Beurteilungsängste oder Lernhemmungen) erkennen, akzeptieren und Eltern so unterstützen, dass sie diese selbst durchbrechen können • Motivation wecken oder aufrechterhalten, auch wenn Eltern sich sehr anstrengen müssen oder stark verunsichert oder sehr verschlossen sind • hohe Vermittlungs-Flexibilität, jedoch ohne den Anspruch an wesentliche Veränderungsziele zu verlieren (dies gilt insbesondere für bildungsunge wohnte Eltern und sehr heterogene Elterngruppen)
Zielgruppengerechte Programmanpassung; je nach Elterngruppe variierend
<ul style="list-style-type: none"> • Betonung der selbststärkenden Programminhalte: „Empowerment“! • weniger textgestützte Lernformen und „High Tech“; mehr Erfahrungslernen (beispielsweise Rollenspiele, Filme und Ähnliches) • lebensweltlich orientierte Alltagsbeispiele; Eltern ihre „eigene Sprache“ (finden) lassen

Gestaltung des Programmkontextes

- freundlicher, angenehmer Lernort, der nicht zu viel „Schulungs-Atmosphäre“ verströmt, aber dennoch signalisiert, dass auch „gearbeitet wird“
- ausreichend Zeit/Raum für informellen Kontakt (Ankunft, Pausen) und Partizipation
- nach Möglichkeit ein Kinderbetreuungsangebot integrieren
- flexible Terminplanung; oft bewähren sich Vormittagstermine

Neue Elterngruppen - spezielle STEP-Kurse? Zielgruppendifferenzierung

Auch innerhalb eines konkreten Settings, etwa einer Hauptschule, bilden Teilnehmer/innen von Elternkursen keine homogene Gruppe. Die Heterogenität individueller Bedürfnisse fordert Kompromisse, kann aber auch soziale Kompetenz im Miteinander- und Voneinander-Lernen stärken. Zielgruppenspezifische Elternkurse sind für bestimmte Elterngruppen wünschenswert, nämlich wenn diese aus dem herkömmlichen universellen Formaten herausfallen – also nicht teilnehmen, frühzeitig abbrechen oder nicht bedarfsangemessen unterstützt werden können. Häufig, allerdings nicht zwangsläufig, sind dies beispielsweise bildungsungewohnte Kursbesucher aus sozial isolierten Milieus oder Migranten/-innen mit geringen Deutschkenntnissen, aber auch Väter.

Unabhängig davon, ob zielgruppenspezifische Kursformate angestrebt werden beziehungsweise überhaupt realisiert werden können oder eine integrative Elternarbeit als sinnvoll erachtet wird beziehungsweise sich als praktikabel erweist, ist die Sensibilität für unterschiedliche Elterngruppen eine wichtige Kompetenz. Für uns haben sich folgende Gruppen herauskristallisiert, deren spezielle Bedürfnisse berücksichtigt werden müssen. Diese Gruppen überschneiden sich in der Realität natürlich zum Teil.

Eltern im Bereich Jugend- und Familienhilfe

Beispiele wie STEP-Tandem und Cella zeigen, dass hier Familien erheblich von der Kursteilnahme profitieren. Der elternbezogene Bedarf an Befähigung und Ermutigung, um Selbstbewusstsein und -vertrauen zu stärken, ist hoch („Empowerment“).

Oft geht es darum, nach viel Fremdbestimmung ein selbstbestimmte(re)s Leben zurückzuerobern. Viele der Mütter und Väter tragen Lasten aus der eigenen Biografie mit sich und konnten daraus selbst wenig „Nährendes“ mitnehmen (liebevolle Zuwendung, Unterstützung, positive Bewältigungsformen). Einen sensitiven Umgang mit ihrem Kind, der Geborgenheit und Rückhalt vermitteln kann, müssen einige auf einem sehr bescheidenen Fundament aufbauen.

Mütter und Väter aus bildungsfernen, sozial isolierten Milieus

Sie bleiben häufiger ausgeschlossen oder beenden einen Kurs vorzeitig. Die informelle Einbettung des Trainings, der Einsatz nicht textgestützter Lernformen sowie stärker komprimierte Inhalte, die sich auf das Wesentliche beschränken, sind hilfreich. Kürzere Lerneinheiten, die auf eine längere Kurs-Laufzeit ausgelegt werden (Aufteilung der Inhalte auf mehr als zehn Treffen), haben sich in der Praxis schon bewährt. Am wichtigsten ist jedoch, dass es gelingt, das Vertrauen der Teilnehmer/innen zu stärken: in sich selbst und das eigene Vermögen, die anderen Gruppenmitglieder sowie die KL.

Mütter und Väter mit Migrationshintergrund

Heterogenität, kulturell geprägte Erziehungsstile sowie unter Umständen Probleme mit der deutschen Sprache und ein gewisser „Integrationsüberdruß“ sind bei der Planung von Elternbildungsangeboten für Migranten/-innen zu berücksichtigen. Bedeutsam ist es dabei, unter den Migranten zwischen verschiedenen Kulturen und sozialen Schichten zu unterscheiden.

Mütter und Väter mit Migrationshintergrund nehmen die Elternkurse unter deutschsprachiger Leitung erwartungsgemäß eher in Anspruch, wenn sie über gute deutsche Sprachkenntnisse verfügen. Die Sprachkenntnisse sind ein wichtiger, aber nicht der einzig entscheidende Zugangsfaktor. So setzen sich beispielsweise viele engagierte oder besorgte Migranten-Eltern durchaus über die Sprachbarriere hinweg.

Bei STEP werden Kommunikationsformen erlernt, die anfangs fremd erscheinen. Für Migrantengruppen mit geringen Deutschkenntnissen ist dies besonders schwierig. In der Muttersprache lernt es sich leichter und authentischer. Darum sollten Elternkurs-Angebote in der Muttersprache vorgehalten werden (STEP-Kurse werden beispiels-

wiese in türkischer, russischer oder kurdischer Sprache durchgeführt)⁸⁸. Die Erziehungsstile und -werte variieren erheblich zwischen verschiedenen Kulturen. Es ist leichter, sich nur mit dem typischen Erziehungsstil der eigenen Herkunftskultur auseinanderzusetzen (auch für die Kursleitung!), darum sollten alle Teilnehmer/innen gleicher Herkunft sein. Ein/e KL mit (gleichem) Migrationshintergrund bietet zudem die Chance, brückenbildendes Sozialkapital aufzubauen. Ausnahmen bestätigen die Regel: Einige Frauen möchten auf gar keinen Fall, dass ihre Kursteilnahme in der eigenen Community bekannt wird. Für sie müssen individuelle Lösungen gefunden werden (beispielsweise ein Kurs außerhalb des Wohnortes oder Einzelberatung). Eine weitere gute Alternative sind völlig buntgemischte Kurse, in denen keine Grüppchen entstehen, weil "alle in einem Boot sitzen" - etwa im „Kampf“ mit der deutschen Sprache.

Väter

Dass Väter aus benachteiligten Bevölkerungsschichten seltener als ohnehin schon erreicht werden, liegt nur zu einem gewissen Teil an männlichen Rollenauffassungen, nach denen Erziehung (und Kinder) nicht primär im Verantwortungsbereich der Väter liegen. Als einziger Vater in eine Frauengruppe zu stoßen, ist nicht ganz leicht. Männliche KL erreichen Väter leichter, auch spezielle Väterkurse kommen gut an. Die Beteiligung der Väter ist in Anbetracht der Vaterlosigkeit vieler Familien und der Männerarmut in den Institutionen geradezu zwingend notwendig, um männliche Kinder und Jugendliche zu fördern.

Teenager-Eltern

Die Herausforderung an jugendliche Mütter und Väter ist sehr speziell (organisatorisch wie sozio-emotional). Sie bewegen sich in völlig anderen Lebenswelten als erwachsene Eltern. Die Akzeptanz in dieser Altersgruppe gegenüber Rat und Unterstützung von außen ist erfahrungsgemäß sehr gering. Sehr junge Mütter und Väter brauchen deshalb gut auf sie abgestimmte Elternbildungs-Angebote und Zugänge (über die soziale Jugendarbeit).

⁸⁸ Vorausgesetzt, dass eine ausreichend große Teilnehmer/innen-Gruppe zustande kommt.

Alleinerziehende Mütter und Väter

Sie könnten der weiteren Forschung in vulnerablen Elterngruppen als „positives Modell“ dienen. Sie bilden stets eine bedeutsame Fraktion in den settinggebundenen Elternkursen, ihre Beteiligung ist oft sogar überproportional. Über welche besonderen Merkmale verfügen sie? Sind sie besonders belastet und/oder sensibilisiert und erhöht dies ihren subjektiven Bedarf (Motivationsfaktor)? Eventuell tun sich diese Eltern auch leichter darin, Hilfe von außen in Anspruch zu nehmen, da Sie im Alltag ohne Partner schon zuvor darauf angewiesen waren. Auch ist es für sie selbstverständlicher, Unterstützungssysteme außerhalb der Kernfamilie zu schaffen und zu nutzen.

4.3 Zusammenfassung und Diskussion der empirischen Ergebnisse

Die Überprüfung der Wirksamkeit des Programms STEP sowie die Erforschung von Bedingungen, Hindernissen und Grenzen des präventiven Erfolges der Elternkurse in der praktischen Umsetzung waren die Gegenstände des empirischen Teils meiner Arbeit. Der Evaluationsprozess vollzog sich in zwei Phasen mit unterschiedlichen Untersuchungsschwerpunkten. Die erste Phase, die der Programmevaluation, wurde unter 4.1 vorgestellt. Der Abschnitt 4.2 hat darauf folgend die settingbezogenen Untersuchungen der zweiten Evaluationsphase dokumentiert.

Dieser letzte Abschnitt des vierten Kapitels skizziert nochmals die wichtigsten Ergebnisse und reflektiert den Erkenntnisstand für beide Teile der Evaluation.

4.3.1 Die Programmevaluation und der präventive Erfolg des STEP-Elterntrainings

Im Rahmen der STEP-Programmevaluation (2005/2006) wurden die präventiven Wirkungen für eine „universelle Stichprobe“ anhand einer Fall-Kontroll-Studie überprüft und die Angebotsstruktur und Reichweite dieses Elterntrainings untersucht. Auf der Grundlage der erbrachten Erkenntnisse wurden zukünftige Herausforderungen für die Umsetzung des Programms formuliert und Fragestellungen für die weitere Untersuchung entwickelt.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Bielefelder STEP-Programmevaluation hat sich die Beurteilung des Elterntrainings aus verschiedenen Blickwinkeln erschlossen. Die Erkenntnisse aus der Evaluation werden unter Berücksichtigung der verschiedenen Perspektiven hier nochmals zusammengefasst.

STEP-Trainer/innen entscheiden sich ganz bewusst für den humanistischen Erziehungsentwurf und setzen die zentralen Ansprüche des STEP-Konzepts in der Praxis entsprechend konsequent um. Sie vermitteln den Eltern einen Erziehungsstil, der auf *Ermutigung* und gegenseitiger *Wertschätzung* aufbaut, und schaffen auch eine Kursatmosphäre, die von *Respekt*, *Verständnis* und *Unterstützung* geprägt ist. Diese trägt maßgeblich dazu bei, dass verunsicherte, bisweilen sogar verzweifelte Eltern im STEP-Kurs ihr Selbstvertrauen stärken und neuen Mut fassen.

Trainer wie Eltern schätzen den systematischen Aufbau des STEP-Trainings, welches zum einen seine *gute Vermittelbarkeit* und zum anderen die schnelle *Umsetzbarkeit* der neu erlernten Erziehungsregeln für die Eltern gewährleistet. Dass sich sichtbare Erfolge unmittelbar einstellen, kommt dem dringenden Bedürfnis der Eltern nach Entlastung und Entspannung im Erziehungsalltag entgegen. Für die Eltern erfüllt sich mit der hohen *Alltagstauglichkeit* von STEP eine zentrale Erwartung an das Training.

Mit der bedarfsgerechten Umsetzung des Elterntrainings gelingt auch die messbare *Stärkung erzieherischer Kompetenz*, die in unserer ersten Untersuchung allerdings zunächst nur anhand einer sehr überschaubaren Stichprobe belegt werden konnte. Besonders deutlich sind aus der Wirksamkeitsanalyse das subjektiv gestärkte *Kompetenzgefühl* der Eltern und auf Verhaltensebene die Abnahme von *Überreaktionen* hervorgetreten. Diese Ergebnisse haben ein entscheidendes präventives Potential des STEP-Trainings demonstriert, da über die Beeinflussung der Kontrollüberzeugungen und das Erlernen von Bewältigungsstrategien (hier jeweils auf das erzieherische Handeln bezogen) das Stresserleben und Stressfolgen für die gesamte Familie reduziert werden (vgl. Kapitel 2.3 und 2.4). Verhaltensänderungen der Eltern hin zu einem entwicklungsfördernden Erziehungsstil sind in der Fall-Kontroll-Studie ebenfalls nachgewiesen worden, womit das Training einen wichtigen Beitrag zur Förderung der psychosozialen Gesundheit der Kinder leistet. Auch im Bereich objektiver Kriterien wurden also die Anforderungen an ein erfolgreiches Erziehungstraining erfüllt.

Zwei wichtige Erlebensqualitäten in der Elternrolle (Gefühl erzieherischer Kompetenz und Bindungsqualität) konnten durch das STEP-Training deutlich positiv beeinflusst werden. Mit dem Gewinn an *Selbstvertrauen* und dem Erleben einer verbesserten *Beziehung zum Kind* fühlten sich die Eltern am Ende insgesamt wohler in ihrer Rolle als Mütter und Väter. STEP bewirkte zudem bei den befragten Teilnehmern/-innen die positive Entwicklung hin zu einem konsequenten, klaren Erziehungsstil (Rückgang der Verhaltensneigung Weitschweifigkeit). Dass ein STEP-Kursbesuch anscheinend den elterlichen Überreaktionen so effektiv entgegen wirkt, kann als besonderer Erfolg des Erziehungstrainings betrachtet werden. Sie fügen nicht nur emotionale Verletzungen zu und gefährden so das Vertrauensverhältnis zwischen Eltern und Kind. Das Überreagieren kostet auch die Mütter und Väter sehr viel Kraft. STEP

gibt den Eltern hier offensichtlich Alternativen für die Kindererziehung an die Hand, die dabei helfen, die Vertrauensbasis zu erhalten und den „Dauerstress“⁸⁹ im Erziehungsalltag zu mindern. Effekte der Entwicklungsförderlichkeit und Stressreduktion haben sich in der Evaluation konsistent über verschiedene subjektive und objektive Maße hinweg nachweisen lassen.

Sowohl an den subjektiven Motiven der Eltern, als auch an einem gegenüber der Kontrollgruppe erhöhten Belastungsstatus ließ sich ihr Bedarf an praktischen, alltagstauglichen Strategien ablesen, die sie im Erziehungsalltag entlasten und ein harmonischeres Familienleben ermöglichen. Viele Kursbesucher/innen kommen demnach verunsichert und entmutigt in das Training und erhoffen sich Rat, Information und Unterstützung durch Experten.

Die Ergebnisse der Zweitbefragung zeigten das Bild eines entlastenden, elterngerechten Erziehungstrainings. Die durch das STEP-Programm vermittelten Erziehungsstrategien wurden schnell erlernt und ließen sich sofort umsetzen - schon im Kursverlauf wurden positive Veränderungen für die Eltern spürbar. Durch die eigenen Erfolge mit STEP im Erziehungsalltag und den Austausch mit anderen Eltern fühlten sich die Teilnehmer/innen ermutigt, sodass sie die STEP-Kurse weniger überfordert und mit gestärktem Selbstvertrauen verließen.

Die Programmevaluation konnte damit die Bedarfsangemessenheit und Wirksamkeit des STEP-Elterntrainings für die bis dahin erreichten Eltern bestätigen. Gleichzeitig hat die Untersuchung aber auch auf die Notwendigkeit einer Fortentwicklung des Programms hingewiesen und weiterführende Forschungsfragen aufgeworfen. Diese bezogen sich vor allem auf den Zugang zu diesem Angebot.

Erkenntnisstand und Implikationen der STEP-Programmevaluation

Zur Reichweite des Programms ließ sich feststellen, dass die Kursteilnehmer/innen im Untersuchungszeitraum überwiegend weiblich und sehr gut ausgebildet waren. Dieses Ergebnis wurde zudem von der Einschätzung der Trainer/innen für zurückliegende Kurse bestätigt. *Väter, Eltern mit Real- oder Hauptschulabschluss, Alleinerziehende und Migrant/innen* nehmen deutlich seltener an STEP-Elternkursen teil als

⁸⁹ Anhaltender Stress stellt nicht nur eine psychische Belastung dar, sondern hat mittel- und langfristige auch Konsequenzen für die körperliche Gesundheit, wie etwa die Zunahme von Infekten oder psychosomatischen Beschwerden.

verheiratete Mütter mit Gymnasial- bzw. Hochschulabschluss, wobei davon auszugehen ist, dass auch bei diesen Bevölkerungsgruppen eine Teilgruppe mit erhöhtem Bedarf an Unterstützung bei der Familienerziehung vorhanden ist. Zum Zeitpunkt unserer Evaluation gab es bereits Ansätze, etwa die Gruppe der Väter, Elterngruppen mit niedrigem Bildungsgrad, Migrant/innen oder auch Alleinerziehende verstärkt anzusprechen und mit Hilfe veränderter Kursformate auch mit dem STEP-Angebot zu erreichen. Es war jedoch aufgrund der einseitigen Zusammensetzung der von uns untersuchten Stichprobe nicht möglich, Aussagen darüber zu treffen, ob STEP ein für verschiedene Zielgruppen gleichermaßen gut geeignetes Training wäre.

Das Kursformat setzte bislang eine relativ hohe Bereitschaft zur verbindlichen Teilnahme an einem Gruppenangebot voraus (Komm-Struktur) und konnte damit als hochschwellig gelten. Eltern, die nicht über die notwendigen zeitlichen und finanziellen Ressourcen sowie die Motivation zur Teilnahme an einem solcherart gestalteten Bildungsangebot verfügen, wurden von STEP also nur schwer erreicht. Die Ursachen für die Nichtteilnahme konnten daher sowohl in der Struktur des Angebots (Beschränkung auf Komm-Struktur) als auch in einer differenten Motivation und anders gelagerten Unterstützungsbedürfnissen der nicht erreichten Eltern liegen. Festgehalten wurden deshalb ein Forschungsbedarf hinsichtlich dieser beiden möglichen Einflussquellen und die entsprechende Absicht, Merkmale des Angebotes und der Zielgruppe zur näheren Differenzierung und Kenntnis zukünftig näher zu untersuchen.

Veränderungen der Angebotsstruktur

Eine engere Einbindung von Elternkursen in ein Setting könnte die mit der Komm-Struktur einhergehenden Einschränkungen überwinden. Auch dies wurde bereits an einigen Orten von STEP-Trainer/innen erprobt, beispielsweise die Einbindung von Elternkursen in ein Gesamtkonzept von Angeboten zur Elternunterstützung in Schulen, Kindergärten oder in Einrichtungen der Jugend- und Familienhilfe. Eine Einbindung in ein Setting beinhaltet jedoch nicht nur das Angebot von Elternkursen in den Räumlichkeiten des Settings, etwa einer Schule, sondern darüber hinaus auch die Veränderung bisheriger Organisationsstrukturen: Schule und Kindergarten müssen sich insgesamt auf die Interessen und den tatsächlich auf Elternseite vorhandenen Bedarf einstellen. Ob und wie das möglich sein würde, und ob dadurch die *Reichweite* von präventiven Angeboten zur Kompetenzstärkung von Eltern, für die der STEP-

Elternkurs ein Beispiel darstellt, gesteigert werden könnte, wurde nun als zentrale Fragestellung der weiteren Forschung formuliert, um dann im Projekts BEEP aufgegriffen und untersucht zu werden.

Bedürfnisse der Eltern und Motivation zur präventiven Inanspruchnahme

Festgehalten wurde mit Abschluss der Programmevaluation desweiteren, dass der Bedarf unterschiedlicher Elterngruppen bislang noch nicht ausreichend bekannt sein konnte. Auch die von uns erhobenen Ergebnisse bezogen sich ausschließlich auf den Bedarf der bereits erreichten Eltern. Um Elternbedarfe und -bedürfnisse an Unterstützung bei der Aufgabe familiärer Erziehung und die Motivation zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten differenzierter zu beschreiben, würden daher in Zukunft vor allem die bislang nicht erreichten Eltern zu befragen sein. Nach unseren Ergebnissen und den Erfahrungsberichten der Kursleiter/innen nehmen die befragten Eltern eher selten aus einem vorbeugenden Interesse das Angebot eines Elternkurses wahr. Ausschlaggebend für die Inanspruchnahme sind eher Leidensdruck oder der Wunsch, auftretende Konflikte im Familienalltag besser in den Griff zu bekommen. Dem gegenüber steht die Erwartung der Trainer/innen, die in ihrem beruflichen Umfeld, beispielsweise in einer Schule oder einer KiTa, einen deutlichen Bedarf an präventiver Stärkung elterlicher Erziehungskompetenz beobachten und die Eltern mit dem STEP-Elternkurs eine fundierte Hilfestellung bieten wollen. Die befragten Trainer/innen sind zum größten Teil hoch motiviert und überzeugt von den STEP-Prinzipien, deren Anwendung sie teilweise auch aus eigener Erfahrung kennen und schätzen. Viele Trainer/innen treffen auf zögerliche Eltern, die den Schritt zur Inanspruchnahme eher selten vollziehen und nur allgemeines Interesse ohne persönliche Konsequenzen bekunden. Hier offenbarte sich auch ein gewisses Frustrationspotential für die Kursleiter/innen sowie eine Diskrepanz zwischen dem präventiven Ziel, die Erziehungskompetenz möglichst vieler Eltern zu stärken und der Realität der Umsetzung von Elternkursen.

Programmflexibilität

Neben den Chancen einer stärkeren Setting-Einbindung oder mit einer solchen Verankerung einhergehend wäre außerdem die Programmflexibilität von STEP zu unter-

suchen. Die bisherigen Anpassungen an verschiedene Elternbedürfnisse hatten sich in erster Linie auf Veränderungen des Kursformates bezogen (etwa ein Kompaktkurs für Väter). Programmflexibilität im Sinne einer stärkeren Anpassung an Elternbedürfnisse müsste aber darüber hinaus gehen.

Bei der Evaluation familientherapeutischer Programme konnte beispielsweise gezeigt werden, dass bei Gruppen mit besonderem Förderbedarf sowohl der Zugang zu Programmen der Familientherapie verbessert als auch der Verbleib in solchen Maßnahmen gesteigert werden kann, wenn die Umsetzung der Programme möglichst flexibel auf den jeweils speziellen Bedarf der angesprochenen Familien abgestimmt ist (Snell-Johns/Mendez/Smith 2004).⁹⁰ Dies bedeutet im Einzelnen:

- Je flexibler die einzelnen Programmelemente auf den jeweiligen Bedarf einer Familie abgestimmt werden können, desto niedrigschwelliger der Zugang. So sollten beispielsweise klassische Gruppenprogramme mit einer Komm-Struktur durch proaktive Strategien wie Hausbesuche, Telefonate und interaktives Material (Elternbriefe, Videosequenzen) ergänzt oder in Einzelfällen ersetzt werden.
- Je mehr ein Programm auf bislang ausgeübte Erziehungsstile und Coping-Strategien der Familien eingeht und diese respektiert, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit des Verbleibs dieser Familien im Programm.
- Je größer die Nähe eines Programms zu Alltagsfragen der betroffenen Familien, desto höher die Akzeptanz: Dies betrifft sowohl den Ort, an dem es angeboten wird, als auch die Kenntnisse und das Verhalten der Person, durch die es vermittelt wird.

Das Eingehen auf bestimmte Elterngruppen und ihre Bedürfnisse ist damit auch abhängig von der Person des Trainers, seinem beruflichen Hintergrund und seiner Nähe zur Lebenswelt der jeweiligen Mütter und Väter.

In unserer Kursleiterbefragung wurde gerade die Balance zwischen dem Eingehen auf den Einzelfall und dem vorgegebenen Kursprogramm als besondere Herausforderung bei der Durchführung geschildert. Die Flexibilität des Programms, die Möglichkeit, sich an die Voraussetzungen und Bedarfe verschiedener Elterngruppen an-

⁹⁰ Die Ergebnisse der präventionswissenschaftlichen Forschung zur Implementation, in dieser Arbeit vorgestellt im dritten Kapitel, weisen in dieselbe Richtung (vgl. 3.6).

zupassen sowie die Rolle, die die Persönlichkeit und Kompetenz der Kursleiter/innen dabei spielt, sollte ein Schwerpunkt der weiteren Forschungsarbeit werden.

4.3.2 Die settingbasierten STEP Elternkurse. Bedingungen und Grenzen des präventiven Erfolges

Im Anschluss an die Programmevaluation wurden diese Punkte dann im Rahmen der Bielefelder Evaluation von Elternbildungs-Programmen (BEEP) in einem übergeordneten programmübergreifenden Forschungskontext aufgegriffen. Die mit der Evaluation settingbasierter STEP-Elternkurse befasste Sektion des Projekts BEEP hat die Fragestellungen zum STEP-Elterntraining dabei an Beispielen guter Praxis überprüft und weiterentwickelt. Die zentralen Ergebnisse und Ableitungen aus dieser vertiefenden Forschung zur Verankerung im Setting und zur Beteiligung benachteiligter und/oder vulnerabler Elterngruppen fasst der folgende Abschnitt nochmals zusammen.

Settingbezogene Faktoren der Inanspruchnahme und gelingenden Verankerung

Die in Settings verankerten STEP-Elternkurse erreichen Elterngruppen, denen der Zugang über die Komm-Strukturen ganz offensichtlich erschwert war, oder die sich durch STEP-Elternkurse, wie sie das universelle STEP-Programm üblicherweise präsentiert, nicht angesprochen gefühlt haben. Das STEP-Programm in Settings zu bringen, wo benachteiligte Elterngruppen präsent sind und wo diese persönlich über das Elternkursangebot informiert und angesprochen werden können sowie vor allem auch die Möglichkeit einer kostenfreien oder sehr günstigen Inanspruchnahme des Elternkurses sind strukturelle Bedingungen, die neuen Elterngruppen den Zugang öffnen. Für Familien, die in Armut leben, Eltern, deren Alltagsbelastung das aktive Aufsuchen von Elternbildungsangeboten erschwert (etwa Alleinerziehende), aber auch für Eltern aus bildungsfernen Milieus, die über diese Unterstützungsform eventuell nicht informiert sind, sind über die Settings erste entscheidende Hindernisse abgebaut.

Die Stärkung der relativen Teilhabe dieser verschiedenen Elterngruppen durch settinggebundene STEP-Kurse darf aber nicht allein auf diese strukturellen Gegebenheiten zurückgeführt werden. Zu berücksichtigen ist, dass die Programme in den Settings nämlich nicht nur in alltagspraktischer Hinsicht leichter zugänglich sind,

sondern die STEP-Kursleiter/innen auch die „Werbung“ für ihre Kurse in den Settings von vornherein auf die dort vertretenen Elterngruppen abgestimmt haben - und die Kurse entsprechend zielgruppengerechter präsentieren als das universelle STEP-Programm dies tut. Als Beispiele sei etwa der Verzicht auf den Begriff „Training“ oder „Schulung“ erwähnt, oder die Verwendung von Bildmaterial und Alltags-Beispielen, die auch in die Lebenswelten von in Armut lebenden Familien, bildungsfernen Elterngruppen oder Lebensgemeinschaften passen, die nicht der Mittelschichts-Norm-Familie entsprechen. Damit sind mit dem Prozess der Einbindung in das Setting gleichfalls symbolische Barrieren genommen.

Faktoren, die Reichweite und Umsetzbarkeit der Elternkurse beeinflussen

In allen Settings gilt, dass sich das Gesamtklima im Setting und die dort vorherrschenden Kontaktgewohnheiten zwischen den Professionellen und Eltern (Art der Ansprache, gegenseitiges Vertrauen, zu welchen Gelegenheiten kommen Eltern ins Setting, sind Eltern willkommen) darauf auswirken, ob ein Elternkursangebot im Setting überhaupt richtig registriert und ob über das Setting eine solche Form der Unterstützung akzeptiert wird.

Tatsächlich in Anspruch genommen wird ein Elternkurs darüberhinaus am ehesten, wenn Eltern von einer Person, zu der eine Vertrauensbasis vorhanden ist oder rasch aufgebaut werden kann, im persönlichen Kontakt über dieses Unterstützungsangebot informiert werden. In allen Settings, die wir untersucht haben, sind als Elternkursleiter/innen Personen tätig, die im Setting bereits vor ihrer STEP-Ausbildung einen besonders guten Kontakt zu den Eltern dort hatten, bereits erfahren in der Arbeit mit Eltern oder mit benachteiligten Familien sind und allesamt sehr motiviert sind, Eltern und Familien zu unterstützen. Das Vertrauensverhältnis, das sie im Kontakt mit den Eltern aufbauen, ist eine zentrale Voraussetzung für die Inanspruchnahme. Auch andere Personen im Setting, zu denen ein vertrauensvoller Kontakt besteht, können Akzeptanz und Inanspruchnahme positiv unterstützen, wenn sie den Elternkurs und den/die KL empfehlen.

Die Personalressourcen, die im Setting für die Elternarbeit und die Gestaltung der Elternkurse aufgebracht werden können oder die der verankernden Einrichtung für diese Elternarbeit zur Verfügung gestellt werden, bestimmen maßgeblich über die

Qualität und den langfristigen Erfolg des neuen Angebots. Der Aufwand, ein Programm wie STEP im Setting zu verankern und die Elternkurse zu einem stabilen, tragfähigen Elternbildungsangebot zu entwickeln, ist hoch und wird für gewöhnlich deutlich unterschätzt. Zeit verwenden die Akteure, die das Elternkursangebot gestalten (hier: die STEP-KL und alle, die sie dabei unterstützen) zum einen auf die Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren im Setting (Information, Austausch). Zum anderen investieren sie viel Zeit und Kraft in die Information, Ansprache und Motivation der Eltern im Vorfeld der Teilnahme. Darüber hinaus erfordert es, ganz abgesehen von der konkreten Durchführung der Elternkurse, weiteres Engagement, um die Motivation und Verbindlichkeit des regelmäßigen Kursbesuches über viele Wochen hinweg bei Müttern und Vätern aufrechtzuerhalten.

Das Modell an der Pommernschule in Berlin (siehe 4.2.3 zu „STEP an Berliner Hauptschulen“) sei hier als vorbildliches Beispiel angeführt. Die hier tätige KL ist speziell für die Elternarbeit an dieser Hauptschule eingestellt. Ihr werden deutlich mehr (sechs) Wochenstunden zur Verfügung gestellt als in den anderen Praxisbeispielen. Sie kann diese Zeit flexibel nutzen, um die Elternkurse durchzuführen, Elterngespräche zu führen oder Informationen für die Eltern zusammenzustellen. Da sie ausreichend bezahlte Zeit zur Verfügung hat, konnte sie ein schlüssiges Gesamtkonzept für die Elternarbeit im Setting entwickeln, das in einem flexiblen Unterstützungsangebot besteht – Elternbildung und Elternberatung „aus einer Hand“.

Externe versus interne Verankerung von Elternkursen

Ein klarer Vorteil von externen oder internen KL im Bezug auf die allgemeine Reichweite oder die Teilhabe benachteiligter Elterngruppen lässt sich anhand der vorliegenden Ergebnisse nicht ausmachen. Externe oder Interne als KL schaffen aber durchaus unterschiedliche Voraussetzungen für die Ansprache und Umsetzung der Elternkurse, die unter Umständen für ein konkretes Setting den Ausschlag geben können, eines dieser beiden Modelle zu favorisieren.

Im Vorteil sind externe STEP-Trainer/innen insofern, als sie nicht in den Arbeitszwängen, vielleicht auch den Frustrationen, des Settings stecken. Den Status von Externen haben die neben- oder freiberuflich tätigen STEP-Trainer/innen und beispielsweise auch die Schul-Sozialarbeiter an den Berliner Hauptschulen. Die Chance der externen KL liegt darin, dass sie den im Setting präsenten Müttern und Vätern

(sofern sie nicht das im Setting vorgeprägte Bild von „den Eltern“ aufrechterhalten) offener begegnen können und andersherum auch von den Eltern neutraler wahrgenommen werden, weil sie nicht mit dem Setting identifiziert werden. Eine interne Verankerung bringt dagegen „kurze Wege“ und eine bessere Kenntnis des Settings in seinen Arbeitszusammenhängen mit sich. Die internen Elternkursleiter/innen verfügen bereits über stabile Kontakte zu anderen Mitarbeitern/-innen, welche die Externen erst aufbauen müssen oder eventuell gar nicht erst entstehen. Auf diese direkten persönlichen Arbeitsbeziehungen im Setting können die internen KL relativ unkompliziert zurückgreifen, um das Elternkursangebot für die anderen Akteure transparent zu machen, aber natürlich auch, um Eltern zu informieren oder zu einer Teilnahme zu motivieren.

Einbezug der professionellen Akteure/-innen im Setting

Unsere Praxisbeispiele haben gezeigt, dass die Tragfähigkeit eines settinggebundenen Elternkursprogramms in hohem Maße davon abhängt, wie gut die professionellen Akteure/-innen im Setting einbezogen werden können. Ein/e KL kann allein für sich im Setting wenig bewirken. Er oder sie braucht das Engagement auf der Leitungsebene und die Unterstützung und Kompetenzen der Basis, um die Eltern zu erreichen und im Praxisprozess ein bedarfsgerechtes Elternkursangebot zu entwickeln. Die Mitarbeiter/innen im Setting einerseits ausreichend zu informieren und einzubeziehen sowie andererseits nicht zu überfordern, ist ein Balanceakt im Setting. Diesen konstruktiv zu bewältigen, bindet zusätzliche personelle Ressourcen, die oft nicht in ausreichendem Maße eingeplant oder zur Verfügung gestellt werden. Einen interessanten Lösungsweg zeigt diesbezüglich das Praxisbeispiel STEP-Tandem auf, in dem die Partizipation der professionellen Akteure/-innen aus der Jugend- und Familienhilfe gleich im Programm mit angelegt wurde (vgl. Kapitel 4.2). Hier sind dies die sozialpädagogischen Familienhelfer/innen, die gemeinsam mit den Müttern und Vätern am Elternkurs teilnehmen. Da die Familienhelfer/innen direkt und aktiv einbezogen sind, werden ihnen die Inhalte und Vorgehensweise von STEP automatisch transparent. Auf der anderen Seite kommen die STEP-Trainer/innen mit ihnen in Austausch und können sich so Feedback von Profis im Setting einholen.

Zur präventiven Inanspruchnahme und Reichweite von STEP

Bislang nicht erreichte Mütter und Väter sollen, sofern es ihrem Bedarf entspricht, die gleiche Chance haben, einen Elternkurs in Anspruch zu nehmen, wie die über Komm-Strukturen erreichten Eltern aus den sozioökonomisch starken Bevölkerungsschichten. So betrachtet, sind die in Settings verankerten STEP Elternkurse ein erster Erfolg, denn für viele der zuvor kaum erreichten Gruppen haben sich die Chancen deutlich verbessert. Arme Familien profitieren z.B. von den stark vergünstigten oder kostenfreien Angeboten, die mit Unterstützung der Kommunen, Jugendämter oder Familienhilfe-Träger zustande gekommen sind. Anhand des Vergleichs mit einer Referenzstichprobe aus der STEP Programmevaluation (2005) wurde belegt, dass die settingbasierten Angebote Elterngruppen erreichen, die sonst selten oder nie Elternbildungsangebote in Anspruch nehmen. Hier sind insbesondere vulnerable Gruppen wie Alleinerziehende, Arbeitslose und andere sozial benachteiligte Eltern zu nennen. Mit den Setting-Kursen werden somit auch deutlich mehr Familien erreicht, die überdurchschnittlich hoch belastet sind. Unabhängig vom Bildungsniveau, Migrationshintergrund oder Geschlecht sind in den settinggebundenen STEP Kursen überwiegend Mütter (seltener: Väter) vertreten, die in ihrer Elternrolle aus unterschiedlichen Gründen stark gefordert sind. Häufig gibt es ein Kind in der Familie, das psychische Auffälligkeiten zeigt. Oft übersteigt der Unterstützungs-Bedarf die Möglichkeiten des Elternkurses, sodass Kursleitern den betreffenden Eltern dabei helfen, (zusätzlich) ein passendes Unterstützungsangebot zu finden. Viele der Kursbesucher/innen nutzen aber bereits Beratung, Therapie oder Hilfen zur Erziehung, wenn sie zu STEP kommen. Die Inanspruchnahme kann somit nur bedingt als präventiv bezeichnet werden. Bedenkt man, dass benachteiligte und bildungsferne Bevölkerungsschichten die frühen (präventiven) Stufen psychosozialer Versorgung weniger wahrnehmen, erscheint es jedoch naheliegend, dass sich gerade in diesen Gruppen zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme bereits Probleme gehäuft haben. Letztlich offenbart sich darin aber, wenn auch deutlicher als in den ressourcenstarken Bevölkerungsteilen, die typische Problematik früher Prävention: Ohne Leidensdruck kein Handlungsbedarf. Die Gründe, Elternkurse nicht präventiv zu nutzen, sind vielfältig, nachvollziehbar und nicht auf sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen beschränkt. Auch hier sehen viele Eltern schlichtweg keinen Anlass, einen Elternkurs

zu besuchen. Diese allgemeine Präventions-Problematik kann im Prinzip nur durch langfristige Sensibilisierung oder Anreizsysteme überwunden werden.

Auch wenn die STEP Elternkurse über die Settings näher zu den schwer erreichbaren Elterngruppen gebracht und diese kostenfrei bzw. stark vergünstigt angeboten werden, nimmt nur ein gewisser Teil der Eltern sie bislang dort in Anspruch. Es werden somit auch in den Settings gewiss nicht alle Eltern erreicht, für die dies aus präventiver Sicht, d.h. im Sinne der psychosozialen Gesundheit und Entwicklungschancen ihrer Kinder wünschenswert wäre.

Nur bedingt lässt sich die Teilhabe benachteiligter Elterngruppen über die Art der Ansprache, durch Programmanpassung oder die Rahmenbedingungen im Setting (wie zusätzliche Partizipationschancen) stärken. Dies liegt vor allem daran, dass Elterntrainings im Gruppenkursformat wie STEP an und für sich eben nicht zu den niedrighschwelligem Elternbildungsangeboten zählen, sondern den Müttern und Vätern Einiges abverlangen. Die nachhaltige Aneignung eines entwicklungsförderlichen Erziehungsstils, der sich in der positiv veränderten Haltung zum Kind und dem Erziehungsverhalten niederschlägt, lässt sich aber eigentlich nur über intensivere Lernkonzepte bewirken. Aus Sicht der sozial benachteiligten Kinder und Jugendlichen, die die kompetente Unterstützung ihrer Eltern dringend brauchen, ist deshalb die Teilnahme an einem solchen anspruchsvolleren Elternbildungsprogramm zu begrüßen.

Aus Sicht der Eltern, die sich ratsuchend an die Professionellen im Setting wenden, ist es wichtig, dass Beratungs-Angebote im Setting Kontinuität haben, dass sie transparent und überschaubar sind. Idealerweise gibt es einen festen Ansprechpartner, zu denen Eltern langfristig Vertrauen aufbauen können. Zu viele oder ständig wechselnde Maßnahmen überfordern aber nicht nur die Eltern, sondern auch die Akteure im Setting. Wichtig ist also in praktischer Hinsicht nicht die „Masse“ erreichter Teilnehmerinnen, sondern dass ein tragfähiges und kontinuierliches Angebot (!) entsteht, das Eltern ein Signal gibt und verbindliche Anlaufstelle bietet. Voraussetzung sind z.B. tragende Strukturen und eine stabile Personalsituation.

Zur Bedarfsgerechtigkeit des STEP-Elterntrainings in der Arbeit mit benachteiligten Elterngruppen

Das universelle STEP-Elterntraining ist nicht auf Menschen in benachteiligten Soziallagen und (schul-)bildungsferne Elterngruppen zugeschnitten. Jedoch erweist sich STEP als flexibel genug, um es didaktisch auch auf diese Zielgruppen einzustellen – hier ist die Kreativität der Kursleitungen vor Ort gefragt. Als Reaktion auf die veränderten Zielgruppen gestalten die STEP-Kursleiter/innen ihre Angebote recht flexibel, um dem besonderen Bedarf der Eltern gerecht zu werden: Sie ändern beispielsweise das Kursformat (15 statt 10 Sitzungen) und ergänzen das Material um praktische Übungen und lebensnahe Beispiele.

Das Material des STEP-Elternkurses ist nach wie vor umfangreich und setzt stark auf sprachlich-kognitive Vermittlung. Bei der Ansprache schreckt dies bereits manche der potentiellen Teilnehmer/innen ab, und auch in der Kursdurchführung sind einige Eltern damit überfordert. Für die Arbeit mit bildungsungeübten Elterngruppen besteht Entwicklungsbedarf in der Didaktik, der z.B. durch den vermehrten Einsatz der Rollenspiele und zusätzliche erfahrungsbetonte Lernformen abgedeckt werden kann. Für sozial benachteiligte Zielgruppen, aber auch andere Eltern sind Inhalte im STEP Elternbildungsprogramm wichtig, die Richtlinien und Orientierung zu alltagsbezogenen Themen der Erziehung bieten (z.B. zum Umgang mit Medien). Sie sollten die psycho-edukativen Inhalte des Programms ergänzen.

Insgesamt zeigen die begleiteten Praxisbeispiele, dass eine bedarfsgerechte Schulung verschiedener vulnerabler Elterngruppen mit dem STEP Programm durch gründliche Anpassung im Praxisprozess (z.B. STEP an Berliner Hauptschulen) oder die Entwicklung neuer zielgruppenspezifischer STEP-Konzepte wie bspw. „STEP Tandem“ im Landkreis Göttingen, sehr gut gelingen kann.

Heterogenität und spezifischer Bedarf

Die Teilnehmer/innen werden über ein konkretes Setting (z.B. eine Hauptschule) erreicht, doch bilden sie keine homogene Gruppe. Auch wenn Armut und andere Brennpunktthemen bei den sozial schwächeren Elterngruppen häufiger eine Rolle spielen als bei den bisher typischen STEP Teilnehmer/innen aus den gebildeten Mittelschichten, bilden sozial benachteiligte Eltern weder eine homogene Problemgrup-

pe noch eine problemhomogene Gruppe. Lebensschicksale, Belastungen und Ressourcen sind hier ebenso individuell verteilt und verlangen genauso viel feinfühliges Berücksichtigung wie in jeder anderen Elterngruppe.

Integrative oder zielgruppenspezifische Kurse können bei den auftretenden Schwierigkeiten dieser unterschiedlichen Eltern eine Unterstützung bieten. Beim integrierenden Arbeiten fordert die Heterogenität individueller Bedürfnisse Kompromisse, kann aber auch soziale Kompetenz im Miteinander- und Voneinander-Lernen stärken. Zielgruppenspezifische Elternkurse sind eine notwendige Alternative für bestimmte Elterngruppen, die mit dem universellen Format nicht bedarfsangemessen unterstützt werden können.

Erarbeitung und Fixierung neuer Erfolgskriterien

Mit den so erreichten neuen Elterngruppen kommen auch neue Bedarfe und neue Schulungs-Schwerpunkte in den Elternkursen zustande. Auch die Akteure in den Settings formulieren die präventiven Zielsetzungen, die sie mit den neu integrierten STEP Kursen verbinden, sehr unterschiedlich. Der bislang in der Programmevaluation eher eng geführte Begriff von Erfolg und Wirksamkeit wurde mit Rücksicht auf spezifische Zielsetzung und verankernde Settings hier aufgearbeitet, indem Kriterien für die Bewertung von Elternkursen mit benachteiligten Elterngruppen im Evaluationsprozess aus der Praxis aufgenommen, entwickelt und fixiert wurden. Individuelles Empowerment, Sicherheit in der Elternrolle, die kritische Auseinandersetzung mit normativen Erwartungen an Kinder und Jugendliche oder an die eigenen „Erziehungsleistungen“, die Teilhabe an erziehungsrelevantem Wissen (Bildungsaspekt präventiver Elternbildung) sowie die Prävention erzieherischer Gewalt gehören zu den zentralen Kriterien.

Elternkurse als Entwicklungschance für das Setting

Neue Kompetenz im Setting

STEP bringt neue Kompetenzen in den beruflichen Alltag der fortgebildeten Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Lehrerinnen und Erzieher, die für das verankernde Setting auch unabhängig vom Kursangebot nützlich sind. Beispielsweise sind durch STEP multiprofessionelle Teams im Setting entstanden, die sich speziell der präven-

tiven Elternarbeit annehmen. Auch die interprofessionelle Zusammenarbeit im Setting, z.B. an Schulen zwischen Lehrerinnen und Schulsozialarbeiterinnen, kann durch ein Programm wie STEP gestärkt werden. Aus dieser Zusammenarbeit wiederum erwächst Potential, die Entwicklung von Unterstützungsangeboten im Setting voranzutreiben.

Die Elternkursangebote in den Settings haben der Elternarbeit neues Gewicht verliehen und Mitarbeiter/innen für das Thema „Erziehung und Elternarbeit“ und den Aufbau von Erziehungspartnerschaften sensibilisiert. Nicht zuletzt fördern Elternkurse den Austausch zwischen Eltern sowie zwischen Eltern und Professionellen im Setting, so dass Problemlagen und Nöte benachteiligter Familien transparenter werden.

Hindernisse und Grenzen

Zum Teil werden Nutzen oder Möglichkeiten des neu eingeflochtenen Elternkursformates im Setting nicht transparent, weil ein Dialog dazu nicht gefördert wird. So agieren manche Kursleiter/innen in einer Nische des Settings, ohne dass z.B. die neu gebundene Kompetenz multiplikativ genutzt wird. Mangelndes Interesse auf der Leitungsebene oder Konkurrenzsituationen können einem fruchtbaren Austausch zur präventiven Elternarbeit im Weg stehen – dabei kommen in den Settings viele kompetente Personen zusammen, die gemeinsam viel erreichen könnten. Auch wenn Kursleiter fest im Setting integriert sind (Lehrerinnen, Familienhelfer) oder mit dem Setting kooperieren, braucht die Zusammenarbeit klare Absprachen, Strukturen, Zielgebung sowie ausreichend Raum für regelmäßigen Austausch.

Auch unklare, abweichende oder zu hoch gesteckte Zielsetzungen im Setting gehören zu den hinderlichen Faktoren. Wichtig ist es deshalb, dass die verantwortlichen Akteure im Setting die Zielsetzung abstecken (was genau soll hier durch den Elternkurses erreicht werden?), und sich möglichst vor der Programm-Einbindung Klarheit verschaffen, was die Teilnahme bewirken kann, und was hingegen nicht. Präventionsziele werden, auch bei der Elternschulung, oft zu hoch oder falsch gesteckt und präventive Wirkungen viel zu schnell erwartet. In diesem Zusammenhang muss auch die Gesundheit der Kursleiter/innen thematisiert werden. Ihr Engagement und ihre Beanspruchung sind hoch. Zur nachhaltigen Implementation des Elternkurs-Angebotes ist es deshalb wichtig, dass die Ressourcen der Kursleiter/innen gestärkt bzw.

erhalten werden. Dazu gehören aufwandgerechte Bezahlung, Möglichkeiten zum Austausch und zu gegenseitiger Unterstützung, aber auch professionelle Supervision. Auf Trainerseite und bei den STEP-geschulten Eltern (!) existieren vielfältige Ideen für die weitere Einbindung von STEP in die laufende Arbeit oder die Gestaltung partizipativer Elternangebote. Sollen diese verwirklicht werden, müssen den Trainer/innen jedoch förderliche Rahmenbedingungen – etwa in einem festen Stundenkontingent für Elternbildung – zu Verfügung stehen.

Weder Kursleiter/innen noch das Elterntraining als einzelnes, neu in das Setting eingebrachtes Präventionskonzept dürfen mit Erwartungen überfrachtet werden. Aus der Forschung zur Prävention und Gesundheitsförderung kennen wir zahlreiche Beispiele, in denen ein Bedarf in der Praxis erkannt und dann auf ein einzelnes Programm gesetzt wird, um diesen aufzufangen. Wir schlagen stattdessen in einem ersten Schritt eine sorgfältige Analyse der vorhandenen Versorgungsstruktur vor. In einem zweiten Schritt muss geklärt werden, was das Programm (hier: Elternkurs) auch in Relation zu den anderen Angeboten (hier z.B. Familienhilfe) leisten kann und soll. Nur durch solch ein Vorgehen ist es möglich, zu einer realistischen Zielsetzung für ein Elternbildungsprogramm zu kommen, die weder die Teilnehmer/innen noch die Durchführenden überfordert und dessen Einführung nachhaltig ist.

Schwierig wird es dennoch bleiben, Unterstützung aus Arbeitssystemen zu beziehen, die selbst so stark gefordert sind wie Kitas und Schulen in sozialen Brennpunkten oder die Familienhilfe.

Literaturverzeichnis

- Abrahams, A./Emmons, B./Linnan, H. (1997). Health behavior and health education: The past, present and future. In: K. Glan, F.M. Lewis & B.K. Rimer (Eds.): Health behavior and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass, 453-478.
- Ainsworth, M.I.S./Wittig, B. A. (1969): Attachment and the exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In: B. M. Foss (Ed.): Determinants of infant behavior, Vol. 4. London, 113-136.
- Albee, G. W. (2006): Historical Overview of Primary Prevention of Psychopathology: Address to The 3rd World Conference on the Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioral Disorders. September 15-17, 2004, Auckland, New Zealand. In: The Journal of Primary Prevention, Vol. 27, No. 5, 449-454.
- Aldous, J. (1996). Family Careers. Rethinking the developmental perspective. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Alonso, J./Angermeyer, M./Bernert, S. et al. (2004). Use of Mental Health Services in Europe: Results from the European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) Project. Acta Psychiatrica Scandinavica; 109, 47-54
- Altgeld, T./Kolip, P. (2007): Wirksame Gesundheitsförderung heute – die Herausforderungen der Ottawa – Charta. In: P. Kolip/ B. Schmidt (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Weinheim/München: Juventa, 33-44.
- Antonovsky, A. (1979). Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky A. (1987). Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1982). Sense of Coherence Questionnaire manual. Faculty of Health Sciences, Ben Gurion University, Israel.
- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. Hrsg. Von Alexa Franke. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Armbruster, M. (2009): Respektieren statt blamieren – Elternarbeit mit sozial Benachteiligten. In: Bittlingmayer, U.H., Sahrai, D. & Schnabel, P.E. (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag, 345-362.

- Badura, B./Schröder, H./Klose, J. & Macco, K. (Hrsg.) (2010). Fehlzeitenreport 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern - Potenziale nutzen. Berlin: Springer.
- Bakersman-Kranenburg, M. J./Van Ijzendoorn, M. H./Juffer, F. (2003). Less is more: Metaanalysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. In: *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barlow, J. /Parsons, J. /Steward–Brown, S. (2005). Preventing emotional and behavioural problems: the effectiveness of parenting programs with children less than 3 years of age. In: *Child: Care, Health and Development*, 31, 33-42.
- Bauer, U. (2005). Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden: VS Verlag.
- Bauer, U./Bittlingmayer, U. (2005). Wer profitiert von Elternbildung? In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 25 (3), 263-280.
- Baumrind, D. (1991): Parenting styles and adolescent development. In: Lerner, R., Peterson, A. C.; Brooks – Gunn, J. (Eds.): *The encyclopedia of adolescence*, Vol. 1. New York: Russel Sage Foundation, 169 – 208
- Barkmann, C./Schulte-Markwort, M. (2004). Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland-ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis* 31, 1-10.
- Beck (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Beelmann, A. /Bogner, J. (2005): Effektivität von Elterntrainingsprogrammen. Eine Meta-Analyse zur Prävention und Behandlung dissozialer Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Vortrag auf dem 23. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie im Mai 2005 in Dresden.
- Beelmann, A. (2003). Effektivität behavioraler Elterntrainingsprogramme: Ergebnisse zweier Pilotstudien zur Prävention dissozialen Verhaltens. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 50, 311-323.
- Beelmann, A. (2006). Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (2), 151-162.

- Beelmann, A. /Lösel, F. (2007). Prävention von externalisierendem Problemverhalten. In B. Röhrle (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Band III: Kinder und Jugendliche. Tübingen: DGVT, 557-596.
- Beermann, B./Brenscheidt, F./Siefer, A. (2007): Arbeitsbedingungen in Deutschland – Belastungen, Anforderungen und Gesundheit. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Gesundheitsschutz in Zahlen 2005. Dortmund, Berlin, Dresden: BAuA, 28-45.
- Bell, R.Q. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in socialization. *Psychological Review*, 75, 81-95.
- Bergmann, K.E. / Bergmann, R.L. (Hrsg.) (2003). *Health Promotion and Disease Prevention in the Family*. Berlin: de Gruyter.
- Bernazzani, O., Coté, C. & Tremblay, R.E. (2001). Early parent training to prevent disruptive behavior problems and delinquency in children. *The Annals of American Academy of Political and Social Science*, 578, 90-103.
- Bertram, H. (2006). Zur Lage der Kinder in Deutschland: Politik für Kinder als Zukunftsgestaltung. Innocenti Working Paper No. 2006-02. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre.
- Bertram, H./Spieß, K. C. (2010): Elterliches Wohlbefinden, öffentliche Unterstützung und die Zukunft der Kinder – der Ravensburger Elternsurvey. Kurzfassung der ersten Ergebnisse.
- Bettge, S./Ravens-Sieberer, U. (2005). Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – die Bella-Studie. *Psychomed: Zeitschrift für Psychologie und Medizin*, 17 (4), 214-222.
- Bois-Reymond, M. du/ Büchner, P./Krüger H.-H. et al. (1994). *Kinderleben. Modernisierung von Kindheit im interkulturellen Vergleich*. Opladen: Budrich-Verlag.
- Brezinka, W. (1991). Erziehungsziele heute. Problematik und Leitlinien. In: *Pädagogische Rundschau*, 45 (5), 561-584.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge/MA.
- Bronfenbrenner, U./Morris, P. A. (2000): Die Ökologie des Entwicklungsprozesses. In A. Lange & W. Lauterbach (Hrsg.): *Kinder in Familie und Gesellschaft zu Beginn des 21sten Jahrhunderts*. Stuttgart, 29-58.

- Bittman, M./Rice, J. M. (2000). The rush hour: the character of leisure time and gender equity, *Social Forces* 79(1), 165–189.
- Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe.
- Bornstein, M.H. (ed.) (1995): *Handbook of Parenting*. Hillsdale, New York: Erlbaum.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bühler, A./Heppekausen, K. (2005). Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland - Grundlagen und kommentierte Übersicht. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.); *Gesundheitsförderung konkret, Band 6*, Köln.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutzzentren e.V. (Hrsg.) (2008). *Entmutigte Familien bewegen (sich). Konzepte für den Alltag der Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdung*. 6. Kinderschutzforum 2006.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V. (2006). *Bedürfnisse der Kinder im Mittelpunkt. Kriterien zur Beurteilung von Elterntrainings*. In: *Informationen für Erziehungsberatungsstellen, Heft 1*, S. 3-10.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004). *Stärkung familialer Beziehungs- und Erziehungs Kompetenzen. Gutachten des wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen (Kurzfassung)*; Bonn.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (Hrsg.) (2008). *Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit*.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Hrsg.) (2003). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim an der Selz: Fachverlag Peter Sabo.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Hrsg.) (2007): *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen*. Köln.
- Burkart, G. (2008). *Familiensoziologie*. Konstanz: UVK.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.

- Caplan, G./Grunebaum, H. (1967). Perspektiven Primärer Prävention. In G. Sommer & H. Ernst (Hrsg.): *Gemeindepsychologie*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Carter, B. /McGoldrick, M. (1988). Overview: The changing family life cycle: A framework for family therapy. In B Carter & M. McGoldrick (Hrsg.): *The changing family life cycle: A framework for family therapy*. New York: Gardner.
- Collatz, J./Fischer, G./Thies-Zajonc, S. (1998) (Hrsg.): *Mütterspezifische Belastungen – Gesundheitsstörungen - Krankheit*. Gesundheitsforum für Mütter und Kinder, Band 1. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Cowan, P.A./Powell, D./Cowan, C.P. (1998). Parenting interventions: A family systems perspective. In W. Damon, I. Sigel & K. A. Renninger (Eds.), *Handbook of child psychology, Vol. 4: Child psychology in practice*. New York: Wiley, 3-72.
- Dadds, M. R./Spence, S. H./Laurens, K. S./Mullins, M. & Barrett, P. M. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 145-150.
- Davison, G.C./Neale, J.M. (2007). *Klinische Psychologie*. Weinheim: Beltz PVU.
- Davey Smith, G./Lynch, J. (2004): Life-course approaches to socio-economic differentials in health. In: D. Kuh,/Y. Ben-Shlomo (Hrsg.), *A life-course approach to chronic disease epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, S. 77-115
- DeLongis, A./Folkman, S./Lazarus, R. S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 454-471.
- Dodge, K. A./Pettit, G. S./Bates, J. E. & Valente, E. (1995). Social information processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(4), 632–643.
- Dodge, K. A. (1986): A social information processing model of social competence in children. In: Perlmutter, M. (Ed.): *Minnesota symposium in child psychology*. Hillsdale/NJ, 77-125.
- Dragano, N. (2007): Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 42, 18-25.

- Durlak, J.A./Wells, A.M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-152.
- Durlak, J.A./Wells, A.M. (1998). Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 26, 775-802.
- Durlak, J./DuPré, E. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology* 41, 327–350.
- Ecarius, J. (2007). Familienerziehung. In J. Ecarius (Hrsg.): *Handbuch Familie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 137-156.
- Egeland, B./Erickson, M. (1993). Implications of attachment theory for prevention and intervention. In H. Parens & S. Kramer (Eds.): *Prevention in mental health*. Northvale: Jason Aronson, 23-50.
- Egle, U. T./Hardt, J./Franz, M., & Hoffmann, S. O. (2002). Psychosoziale Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter. *Psychotherapeut*, 47, 124-127.
- Eisenberg, N./Fabes, R. A./Shepard, S./Guthrie, I., & Murphy, B. (1999). Parental reactions to children's negative emotions: Longitudinal relations to quality of children's social functioning. *Child Development*, 70, 513-534.
- Erhart, M./Hölling, H./Bettge, S. et al. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50. Springer Medizinverlag, 784-793.
- Erhart, M./Schenk, L./Ravens-Sieberer, U. (2008): Migration und gesundheitliche Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter. In: Richter, M/Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten*. Weinheim, 141-159.
- Europäische Kommission (2000). Bericht über die gesundheitliche Situation der jungen Menschen in der Europäischen Union. Europäische Kommission, Direktion F - Öffentliche Gesundheit, Luxemburg.
- EU Grünbuch (2005). Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union.

- Evans, G. W. (2004). The Environment of Childhood Poverty. In: *American Psychologist*, 59, 77-92.
- Faltermaier, T. (2005): *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Faltermaier, T. (2004): Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter. In: K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.) (2004). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Huber: Bern: Verlag Hans Huber.
- Farrington, D.P./Welsh, B.C. (2003). Famil-based prevention of offending: A meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 36, 127-151.
- Fthenakis, W.E./Kalicki, B./Peitz, G. (2002): Paare werden Eltern. Die Ergebnisse der LBS-Familien-Studie, Opladen.
- Forum Familie stark machen (Hrsg.) (2009). *Generationen-Barometer 2009*. Haumann, W., Institut für Demoskopie Allensbach.
- Franzkowiak, P./Sabo, P. (Hrsg.) (1993). *Dokumente der Gesundheitsförderung*, Mainz: Verlag Peter Sabo.
- Friebertshäuser, B./Matzner, M./ Rothmüller , N. (2007). Familie: Mütter und Väter. In J. Ecarius (Hrsg.): *Handbuch Familie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fuhrer, U. (2005): *Lehrbuch Entwicklungspsychologie*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Fuhrer, U. (2007). *Erziehungskompetenz. Was Eltern und Familien stark macht*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Garnezy, N./Masten, A.S./Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: a building block for developmental psychopathology. *Child development*. 55(1) 97-111.
- Galm, B. (2007): Kindesvernachlässigung, psychische und physische Kindesmisshandlung. Problembeschreibung und Prävention. In: *Prävention* 02/2007, 44-49.
- Gibaud-Wallston, J./Wandersman, L.P. (1978). Development and utility of the Parenting Sense of Competency Scale. *Proceedings of the 86th Annual Convention of the American Psychological Association, August–September 1978 Toronto, Ontario, Canada*. Washington, DC: American Psychological Association, 1978.

- Gibson, D. G. (1999): A Monograph: Summary of the research related to the use and efficacy of the systematic training for effective parenting (STEP) program 1976-1999. American Guidance Services, Inc.
- Goodman, R. (1997). The Strength and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38, 581-86.
- Glattacker M, Jäckel W H (2007): Evaluation der Qualitätssicherung – aktuelle Datenlage und Konsequenzen für die Forschung. In *Gesundheitswesen*, 69, 277-283.
- Godin, I./Kittel, F./Coppieters, Y. & Siegrist, J. (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. In: *BMC Public Health*, Vol.5 (1), 1-10.
- Griese, C. (2007). Eltern, das unbekannte Wesen. Eltern zwischen Erziehungsstress und Ratgeberliteratur. In: C. Griese, A. Levin & A. Schmidt (Hrsg.) 2007. *Mütter, Väter, Supernannies. Funktionalisierende Tendenzen in der Erziehung*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 42-60.
- Griese, C./Levin, A./Schmidt, A. (Hrsg.) 2007. *Mütter, Väter, Supernannies. Funktionalisierende Tendenzen in der Erziehung*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Grossmann, R.; Scala, K. (2006): *Gesundheit durch Projekte fördern*. Weinheim: Juventa, 4. Auflage.
- Grusec, J.E./Goodnow J.J./Kuczynski, L. (2000). New directions in analyses of parenting contributions to children's acquisition of values. In: *Child Development*, 71, 205-211.
- Hastings, P. D./Grusec, J. E. (1998). Parenting goals as organizers of response to parent-child disagreement. *Developmental Psychology*, 34, 465-479.
- Heinrichs, N./Hahlweg, K./Bertram, H. et al. (2006). Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen: Ergebnisse aus Sicht der Mütter und Väter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 2, 82-96.
- Heinrichs, N./Krüger, S./Guse, U. (2006): Der Einfluss von Anreizen auf die Rekrutierung von Eltern und auf die Effektivität eines präventiven Elterntrainings. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(2): 97-108.

- Heinrichs, N./Saßmann, H./Hahlweg, K. & Perrez, M. (2002): Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. In: Psychologische Rundschau, 53 (4), 170-183.
- Helfferich, C./Hendel-Kramer, A./Klindworth, H. (2003): Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Robert Koch Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 14.
- Hölling, H./Erhardt, M./Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGs). Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz, 50, S. 784-793. Springer Medizin Verlag.
- Holodynski, M. (2006): Emotionale Entwicklung. Heidelberg: Spektrum Verlag, 197-218.
- Holodynski, M./Stallmann, F./Seeger, D. (2007). Bildungsbedeutung von Eltern, Familien und anderen Bezugspersonen für Kinder. Expertise für die Enquete-kommission "Chancen für Kinder" des Landtages NRW. Rahmenbedingungen und Steuerungsmöglichkeiten für ein optimales Betreuungs- und Bildungsangebot in Nordrhein-Westfalen.
- Hurrelmann, K. (2002). Kindheit in der Leistungsgesellschaft. In: Deutsches Kinderhilfswerk e. V. (Hrsg.), Kinderreport Deutschland. Daten, Fakten, Hintergründe. München: Kopaed., 43 – 62.
- Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hrsg.) (2004). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Huber: Bern: Huber.
- Hurrelmann, K./Laaser, U. (2006). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. vollst. überarb. Aufl., München: Weinheim, 749-780.
- Ihle, W./Esser, G./Laucht, M. et al. (2004). Depressive Störungen und aggressiv-dissoziale Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland. Prävalenz, Verlauf, Risikofaktoren. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 47: 728-735.
- Ihle, W./Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. Psychologische Rundschau 53; 159-169.
- Kickbusch, I. (2003): Gesundheitsförderung. In F. W. Schwartz et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer, 181 – 189.

- Kilian, R./Becker, T. (2006). Die Prävention psychischer Erkrankungen und die Förderung psychischer Gesundheit. In W. Kirch & B. Badura (Hrsg.), Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses. Dresden, 1. und 2. Dez. 2005. Heidelberg: Springer, 443-472.
- Kim, K.J./Conger, R.D./Elder, G.H./Lorenz, F.O. (2003). Reciprocal influences between stressful life events and adolescent internalizing and externalizing problems. *Child Development*, 74, 127-143.
- Kliche, T./Töppich, J./Kawski, S./Koch, U. & Lehmann, H. (2004). Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 47, 125-132.
- Klocke, A. (2001). Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Heft 03/01. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Klocke, A./Becker, U. (2003): Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.), *Jugendgesundheitsurvey: Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der WHO*. Weinheim/München, S 183-239.
- Kluwe, S./Marzinik, K. (2007). Evaluation des STEP-Elterntrainings. Unveröffentlichter Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Universität Bielefeld/ Fakultät für Gesundheitswissenschaften.
- Kochanska, G./Aksan, N. (1995). Mother-child mutually positive affect, the quality of child compliance to requests and prohibitions, and maternal control as correlates of early internalization. *Child Development* 66(1), 236-254.
- Köhle, C./Köhle, P. (1988). Präventiv orientiertes Elterntraining – Evaluation zweier Kursprogramme. In: *Heilpädagogische Forschung* Bd. XIV, Heft 3, 142-147.
- Krapp, A./Prenzel, M./Weidenmann, B. (2001). Geschichte, Gegenstandsbereich und Aufgaben der Pädagogischen Psychologie. In A. Krapp und B. Weidenmann (Hrsg.): *Pädagogische Psychologie*. Weinheim: Beltz-PVU, 1-29.
- Kühn, T./Pecov, R. (2005). STEP – Das Elterntraining: Erziehungskompetenz stärken - Verantwortungsbereitschaft fördern. In: Tschöpe-Scheffler (Hrsg.). *Konzepte der Elternbildung – eine kritische Übersicht*, 67-85.
- Kühn, T./Pecov, R.(Hrsg.) (2004). *STEP. Das Elternbuch – Die ersten 6 Jahre*. Weinheim/Basel: Beltz.

- Kühn, T./Petcov, R./Pliska, L. (Hrsg.) (2004). STEP. Das Elternbuch –Kinder ab 6 Jahre. Weinheim/Basel: Beltz.
- Kühn, T./Petcov, R.(Hrsg.) (2005). STEP. Das Elternbuch – Leben mit Teenagern. Weinheim/Basel: Beltz.
- Laucht, M./Esser, G./Schmidt, M. H. (1998). Risiko- und Schutzfaktoren der frühkindlichen Entwicklung: Empirische Befunde. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 26, 6–20.
- Layzer, J.I./Goodson, B. D./Bernstein, L./ Price, C. (2001). National Evaluation of family support programs. Final report. Vol A: A meta-analysis. Cambridge, MA.
- Leppin, A. (2010). Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, 35-44.
- Leppin, A. (2004). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, 31-40.
- Laucht, M./Schmidt, M.H./Esser, G. (2000). Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In : Frühförderung interdisziplinär, 19, 97-108.
- Lösel, F./Bender, D. (1999). Von generellen Schutzfaktoren zu differentiellen protektiven Prozessen: Ergebnisse und Probleme der Resilienzforschung. In: G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.). Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Ernst Reinhard Verlag.
- Lösel, F., Schmucker, M., Plankensteiner, B., Weiss, M. (2006). Bestandsaufnahme und Evaluation von Angeboten im Elternbildungsbereich. Abschlussbericht beim Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).
- Lösel, F./Beelmann, A./Stemmler, M. & Jaurisch, S. (2006). Prävention von Problemen des Sozialverhaltens im Vorschulalter: Evaluation des Eltern- und Kindertrainings EFFEKT. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35, 117-126.
- Lundahl, B.W./Nimer, J./Parsons, B. (2006). Preventing Child Abuse: A Meta-Analysis of Parent Training Programs. In: Research on Social Work Practice, 16; 251-262.

- Maaz, A./Winter, M. H.-J./ Kuhlmeier, A. (2007). Der Wandel des Krankheitspanoramas und die Bedeutung chronischer Erkrankungen (Epidemiologie, Kosten). In B. Badura (Hrsg.): Chronische Krankheiten (betriebliche Strategien zur Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung). Heidelberg: Springer, 5-18.
- Maccoby, E.E. /Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child-interaction. In Messeri PH & Hetherington E M (Eds.): Handbook of child psychology; 4th ed., Vol. 4. New York, 1-102.
- Marzinik, K./Kluwe, S. (2007): Stärkung der Erziehungskompetenz durch Elternkurse. Zur Wirksamkeit und Reichweite des Elterntrainings STEP. In: Prävention 29 (3), 79-82.
- Masten, A. S./Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In S. Luthar (Ed.), Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities. New York: Cambridge University Press, 1-25.
- Masten, A.S./Reed, M.J. (2002). Resilience in Development. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds) Handbook of positive psychology. New York , 74-86.
- Merkle, T./Wippermann, C. (2008): Eltern unter Druck. Selbstverständnisse, Befindlichkeiten und Bedürfnisse von Eltern in verschiedenen Lebenswelten. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung. Stuttgart.
- Mielck, A. (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Verlag Hans Huber.
- Mielck, A./Graham, H./Bremberg, S. (2002). Kinder - eine wichtige Zielgruppe für die Verminderung sozioökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheit, in: Mackenbach, J.P. & Bakker, M. (Hrsg.): Reducing Inequalities in Health: A European Perspective: 144-168.
- Mielck, A./Helmert, U. (2006). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: K. Hurrelmann et al. (Hrsg.) Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa, 603-623.
- Minsel, B. (2007): Stichwort: Familie und Bildung. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 10 (3), 299-316.
- Mittag, W./Hager, W. (2000). Ein Rahmenkonzept zur Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. In: W. Hager, J.L. Patry & H. Brezing (Hrsg.). Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. Göttingen: Verlag Hans Huber, S.102-127.

- Mühling, T./Smolka, A. (2007): Wie informieren sich bayerische Eltern über erzie-
hungs- und familienbezogene Themen? Ergebnisse der ifb-Elternbefragung zur
Familienbildung 2006 (ifb-Materialien 5-2007). Bamberg.
- Nave-Herz, R. (2002): Wandel der Familienstrukturen und Folgen für die Erziehung.
Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Nave-Herz, R. (2004): Veränderte familiäre Bedingungen des Aufwachsens von
Kindern und Jugendlichen in Gegenwart und Zukunft. In: Bock K & Thole W
(Hrsg.): Soziale Arbeit und Sozialpolitik im neuen Jahrtausend. Wiesbaden,
87-98.
- Nave-Herz, R. (2007). Wandel der Familienstrukturen und Folgen für die Erziehung.
Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Nicholson, J./Sweeney, E. M./Geller, J. L. (1998). Mothers with mental illness: I.
The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiat-
ric Services*, 49, 635-642.
- O' Connell, M.E./Boat, T./Warner, K. E., (eds.) (2009). Preventing Mental, Emo-
tional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possi-
bilities. National Research Council and Institute of Medicine Committee on the
Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth,
and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions; Washing-
ton: National Academies Press.
- O' Donnell, M. (1989). Definition of Health Promotion: Part III: Expanding the Def-
inition. *American Journal of Health Promotion*, 3, 5.
- Oerter, R. (2002). Kulturelle und ökologische Bedingungsfaktoren in der Entwick-
lung des Menschen. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.) (2002). *Entwicklungs-
psychologie*. Weinheim/Basel/Berlin: Beltz, 72-103.
- Olds, D.L./Henderson, C.R./Chamberlin, R. & Tatelbaum, R. (1986). Preventing
Child Abuse and Neglect: A Randomised Trial of Nurse Home Visitation. *Pe-
diatrics*, 78, 65-78.
- Olds, D./Hill, P./Mihalic, S./O'Brien, R. (1998). Blueprints for Violence Prevention,
Book Seven: Prenatal and Infancy Home Visitation by Nurses. Boulder, Co:
Center for the Study and Prevention of Violence.
- Palfrey, J.S./Tonniges, T.F./Green, M. et al. (2005). Introduction: Addressing the
Millennial Morbidity - The context of Community Pediatrics. *Pediatrics* 115,
1121-1123.

- Parke, R.D./Buriel, R. (1998). Socialization in the family: Ethnic and ecological perspectives. In W. Damon (ed.): Handbook of Child Psychology. Social, emotional and personality development (Vol .3). New York: Wiley, 463-552.
- Patterson, G. R./Reid, J. B./Dishion, T. J. (1998). Antisocial boys. In J. M. Jenkins & K. Oatley (Eds.), Human emotions: A reader. Malden, MA: Blackwell Publishers, Inc.
- Patterson, G./Sanson, A. (1999). The association of behavioural adjustment to temperament, parenting and family characteristics among five-year-old children. *Social Development*, Vol. 8, 293-309.
- Perrez, M. (2002). Familien als Einflussgröße für die Entwicklung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In N. Beck, A. Warnke, G. Adams & H. Patzelt (Hrsg.), Familien im Brennpunkt der Hilfe: Familienarbeit in Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe (S. 15-42). Würzburg: Universität.
- Perrez, M./Berger, R./Wilhelm, P. (1998). Die Erfassung von Belastungserleben und Belastungsverarbeitung in der Familie: Self-Monitoring als neuer Ansatz. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 45, 19-35.
- Petermann, F./Schmidt, M. H. (2006). Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie. *Kindheit und Entwicklung*, 15, 118 – 127.
- Petermann F./Wiedebusch S. (2003). Emotionale Kompetenz bei Kindern. Göttingen: Hogrefe.
- Plaumann, M./Walter, U. (2006). Stressbelastungen und ihre Prävention im Kindes- und Jugendalter. Lebensweltbezogene Risiken und Ressourcen. In: KKH, Medizinische Hochschule Hannover (Hrsg.). Weißbuch Prävention 2005/2006. Stress? Ursachen, Erklärungsmodelle und Ansätze der Prävention. Springer: Heidelberg, 79-85.
- Power, C./Kuh, D. (2006): Life-course development of unequal health. In: Siegrist, J./Marmot, M. (Hrsg.), Social inequalities in health: New evidence and policy implications. Oxford: Oxford University Press, 27-53.
- Ravens-Sieberer, U./Schulte-Markwort, M./Bettge, S. & Barkmann, C. (2002). Risiken und Ressourcen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Gesundheitswesen*;64/Sonderheft 1, 88-94.

- Ravens-Sieberer, U, Wille, N, Erhart, M, Bettge, S. et al. (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the national Health Interview and Examination Survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*; 17, 22-33.
- Ravens-Sieberer, U./Thomas, C./Erhart, M. (2003): Körperliche, psychische und soziale Ungleichheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.). *Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der WHO*. Weinheim/München, 19-98.
- Ravens-Sieberer, U. / Wille, N. / Bettge, S. et al. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50, 871–878.
- Renninger, K. A./Sigel, I. E. (2006). Child psychology research in practice. In K. A. Renninger and I. E. Sigel (Vol. Eds.), *Child Psychology in Practice* (pp. xxvii-xxix). In W. Damon and R. Lerner (Gen. Eds.), *Handbook of Child Psychology*, 6th ed. New York: John Wiley & Sons.
- Richter, M. (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter, M./Hurrelmann, K. (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Ausgangsfragen und Herausforderungen*. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 11-32.
- RKI (Robert Koch Institut) (2008a): *Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008). *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Rosenbrock, R. (2004). Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der gesundheitsbezogenen Primärprävention. In: *Zeitschrift für Evaluation*, 1, 71 – 80.
- Rupp, M. & Smolka, A. (2007): Von der Mütterschule zur modernen Dienstleistung. In: *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 10 (3), 317-333.

- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. F. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nüchterlein & S. Wientraub (Eds.): Risk and protective factors in the development of psychopathology New York: Cambridge University Press, 181-124.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In: M.W. Kent & J.E. Rolf (Eds.), Primary prevention of psychopathology. Vol. III: Social competence in children. Hanover, NH: University of New England.
- Rutter, M./Quinton, I./Yule, B. (1977): Family pathology and disorder in children. London: Wiley.
- Rutter, M. /Quinton, I. (1984). Parental psychiatric disorders: effects on children. In: Psychological Medicine, 14, 853-880.
- Saarni, C. (1999): The development of emotional competence. New York: Guilford.
- Sahrai, D. (2008). Normativität in der Migrationsforschung. In: J. Ahrens, R. Beer, U.H. Bittlingmayer & J. Gerdes (Hrsg.): Beschreiben und/oder Bewerten? Normativität in sozialwissenschaftlichen Forschungsfeldern. Münster/New York, 131-158.
- Sarason, B.R./Sarason, I.G./Pierce, G.R. (1990). Traditional views of social support and their impact on assessment. In B.R.Sarason, I.G.Sarason & G.R.Pierce (Eds.), Social Support: An interactional view New York: Wiley, 9-25.
- Scheithauer, H./Petermann, F. (1999). Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Kindheit und Entwicklung, 8 (1), 3-14.
- Schmacke, N. (2007). Evaluation von Gesundheitsförderung: Mission Impossible? In: P. Kolip/ B. Schmidt (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Weinheim & München: Juventa, 57-67.
- Schmidt/Kolip (2007). Gesundheit fördern – oder fordern? In: P. Kolip & B. Schmidt (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Weinheim/München: Juventa, 9-19.
- Schnabel, P.-E. (2001). Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. Weinheim/München: Juventa.

- Schnabel P.-E. (2009). Zur Kritik medizinisch-paradigmatischer Normativitäten in der „Präventions“-Politik. In: U. Bittlingmayer, D. Sahrai & P.-E. Schnabel (Hrsg.). Normativität und Public Health. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 183-208.
- Schnabel, P.-E. (2010). Gesundheit(s)-Sozialisation in der Familie. In H. Ohlbrecht & C. Schönberger (Hrsg.): Gesundheit als Familienaufgabe. Zum Verhältnis von Autonomie und staatlicher Intervention. Weinheim/München: Juventa, 25-46.
- Schneewind, K.A. (1999). Familienpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneewind, K. A. (2000). Familienpsychologie im Aufwind. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, E. (2008). Familienhebammen – Chancen und Grenzen der aufsuchenden Begleitung. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutzzentren e.V. (Hrsg.): Entmutigte Familien bewegen (sich). Konzepte für den Alltag der Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdung. 6. Kinderschutzforum 2006.
- Schneider, N. F./Rost, H. (1999). Soziologische Aspekte des Übergangs zur Elternschaft. In B. Reichle & H. Werneck (Hrsg.), Übergang zur Elternschaft. Aktuelle Studien zur Bewältigung eines unterschätzten Lebensereignisses (Der Mensch als soziales und personales Wesen, Bd. 16). Stuttgart: Enke; 19-35.
- Schneider, N. F. (2002). Elternschaft heute. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und individuelle Gestaltungsaufgaben – Einführende Betrachtungen. In: N. F. Schneider & H. Matthias- Bleck (Hrsg.): Elternschaft heute. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und individuelle Gestaltungsaufgaben. Zeitschrift für Familienforschung Sonderheft 2, Opladen, 9–21.
- Serketich, D. & Dumas, M.(1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children. Behavior Therapy, 27, 171-186.
- Signal, L. (1998). The politics of health promotion: insights from political theory. In: Health Promotion International, Vol.13, No. 3, 257-263.
- Smolka, A. (2002). Beratungsbedarf und Informationsstrategien im Erziehungsalltag. Ergebnisse einer Elternbefragung zum Thema Familienbildung (IfB-Materialien, 5/2002). Bamberg: Institut für Bildungsforschung.
- Snell-Johns, J./Mendez, J.L. /Smith, B.H. (2004). Evidence-Based Solutions for Overcoming Access Barriers, Decreasing Attrition and Promoting Change with underserved families. In: Journal of family psychology, 18, 1, S. 19 -35.

Mikrozensus 2009. Statistisches Bundesamt.

Staudinger, U. M. (1999). Perspektiven der Resilienzforschung aus der Sicht der Lebensspannen-Psychologie. In G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.). Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Reinhardt, 343-350.

Steinberg, L./Darling, N.E./Fletcher, A.C. (1995). Autoritative parenting and adolescent development: an ecological journey. In: P.Moen, G.H. Elder; K. Lüscher (Hrsg.) Examining lives in context. Washington D.C.: American Psychological Association, S. 423 – 466.

Stinner-Meißner, B. (2004). Programmevaluation in der Erwachsenenbildung. Vergleich verschiedener Angebotsformen eines Stressbewältigungsprogramms für Eltern. Berlin: Logos Verlag.

Schröder, A./Schmitt, B. (1988): Soziale Unterstützung. In: Brüderl, L. (Hrsg.): Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung. Weinheim/München: Juventa, 149-159.

Schwarzer, R. (1993). Streß, Angst und Handlungsregulation (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. Diagnostica, 40(2), 105–123.

Syme, L. (1991): Individual and Social Determinants of Disease: Experiences and Perspectives. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P 91-205. Berlin: WZB.

Thomas, A./Chess, S. (1977). Temperament and development. New York: Brunner/Mazel.

Thyen, U./Kirchhofer, F./ Wattam, C. (2000): Gewalterfahrungen in der Kindheit – Risiken und gesundheitliche Folgen. In: Das Gesundheitswesen 2000, 62, 311-319.

Tremblay, R.E., LeMarquand, D. & Vitaro, F. (1999). The prevention of oppositional defiant disorder and conduct disorder. In H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), Handbook of disruptive behavior disorders (pp. 525-555). New York: Kluwer Academic/Plenum.

- Tschöpe-Scheffler, S./Niermann, J. (2002). Forschungsbericht: Evaluation von Elternkursen – „Starke Eltern – starke Kinder“ (DKSB), Köln: Fachhochschule.
- Tschöpe-Scheffler, S. (Hrsg.), (2005): Konzepte der Elternbildung – eine kritische Übersicht. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Tschöpe-Scheffler, S. (Hrsg.) (2006): Perfekte Eltern und funktionierende Kinder? Vom Mythos der „richtigen“ Erziehung. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Von Kries, R. (2009): Sozialpädiatrische Epidemiologie. Datengrundlagen und Fragestellungen. In: Schlack, H. G., Thyen, U. & von Kries, R. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 63-73.
- Von Unger, H./ Block, M./Wright, M.T. (2007). Aktionsforschung im deutschsprachigen Raum. Zur Geschichte und Aktualität eines kontroversen Ansatzes aus Public Health Sicht. Berlin WZB: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health.
- Vorwerk Familienstudie 2007. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage zur Familienarbeit in Deutschland. Institut für Demoskopie Allensbach.
- Walter, U./Schwartz, F.W. (2003): Prävention. In: Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch (2. Aufl.), Jena: Urban & Schwarzenberg, 189-214.
- Wandersman, A., Motes, P.S., Lindsay, R., Snell-Johns, J., Amaral, D. & Ford, L. (2002): South Carolina parent survey: A review of the literature and survey development. Columbia, SC: Institute for Families in Society, University of South Carolina.
- WHO (World Health Organization) (Hrsg.) (2001). The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Fact sheet no. 220, Geneva.
- WHO (2005). Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. URL:http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf (zuletzt abgerufen am 26.1.2011)
- WHO (World Health Organization) (2006). World health statistics 2006. Werner, E. E. /Smith, R. S. (1982). Vulnerable but Invincible: A Study of Resilient Children. New York: Mc Graw Hill.
- Werner, E. E. (1993). Risk, Resilience and Recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. In: Developmental Psychopathology, 5, 503-515.

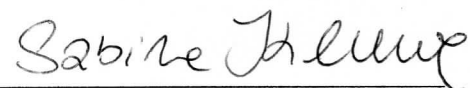
- Werner, E. E. (1999). Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In G. Opp, M. Fingerle und A. Freytag (Hrsg.). Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Reinhardt, 25-36.
- Wille, N./Bettge, G./Ravens-Sieberer, U. (2008) BELLA study group. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*.17 Suppl. 1, 133-147.
- Wittchen, H.U./Jacobi, F. (2005): Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropharmacology*, Vol. 15 No. 4, 357-376.
- Zander, B./Busse, R. (2010). Verbreitung und Strategien zur Bekämpfung chronischer Krankheiten im internationalen Vergleich. *Public Health Forum*, 18(66), 27-28.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die inhaltlich oder wörtlich übernommenen Literaturquellen wurden als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde keiner anderen Universität als Dissertation vorgelegt. Es wurde zu keinem Zeitpunkt eine andere Dissertation an einer Universität beantragt, vorgelegt oder abgelehnt.

Bielefeld, Januar 2011



(Sabine Kluwe)