



Unterstützungsangebote für Kinder von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern

Ergebnisse der Projektevaluation

Stiftung
Kinderland
Baden-Württemberg

Eine Unterstiftung der

**BADEN-
WÜRTTEMBERG**
STIFTUNG
Wir stiften Zukunft



Impressum

Unterstützungsangebote für Kinder von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern
Ergebnisse der Projektevaluation

Herausgeberin

Stiftung Kinderland
Baden-Württemberg Stiftung gGmbH
Im Kaisemer 1
70191 Stuttgart

Verantwortlich

Birgit Pfitzenmaier

Autoren

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Tanja Hoff
Katholische Hochschule NRW,
Abt. Köln, Fachbereich Sozialwesen

Stefanie Pietsch (M.A.)
Zentrum für Kinder- und Jugend-
forschung an der Evangelischen
Hochschule Freiburg

Bildmaterial

aus den Projekten
Titel: istockphoto.de

Konzeption und Gestaltung

srp. Werbeagentur, Freiburg

© November 2012, Stuttgart
Schriftenreihe der
Baden-Württemberg Stiftung
Gesellschaft & Kultur: Nr. 67
ISSN 1610-4269

Stiftung
Kinderland
Baden-Württemberg

Abkürzungsverzeichnis

N Anzahl der Personen
 \bar{x} Mittelwert
sd Standardabweichung
p Signifikanz

Stilistische Formalia

Kursiv gesetzt sind die Zitate der Interviewten aus den Kinderinterviews bzw. Experteninterviews.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in der Regel die männliche Schreibweise verwendet.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg	4
Christoph Dahl, Geschäftsführer	
Birgit Pfitzenmaier, Abteilungsleiterin	
1. Einleitung	6
1.1 Entwicklungsrisiken und Schutzfaktoren von Kindern psychisch kranker oder suchtkranker Eltern	6
1.2 Präventionsansätze für die Zielgruppe und deren Wirksamkeit	10
1.3 Das Programm „Unterstützungsangebote für Kinder von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern“ der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg	15
2. Wissenschaftliche Begleitstudie	16
2.1 Zielsetzung	18
2.2 Evaluationsmethodik	19
2.2.1 Untersuchungsdesign und Datenerhebung	22
2.2.2 Messinstrumente	23
2.2.3 Auswertungsmethoden	28
2.3 Ausschöpfungsquote	29
3. Ergebnisse	32
3.1 Strukturqualität	33
3.2 Prozessqualität	47
3.2.1 Gruppenangebote für Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern	47
3.2.2 Weitere Projektaktivitäten	57
3.3 Ergebnisqualität	61
3.3.1 Veränderung des kindlichen Wohlbefindens nach Projektteilnahme	61
3.3.2 Bilanzierung der Unterstützungsangebote aus Sicht der Kinder	78
3.3.3 Bilanzierung der Unterstützungsangebote aus Sicht der Eltern	86
3.3.4 Bilanzierung der Unterstützungsangebote aus Sicht der Anbieter	87
4. Zusammenfassung und Diskussion	106
5. Ausblick	116
6. Projektberichte	120
7. Literaturverzeichnis	154

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Kinder und Jugendliche, die in Familien mit psychisch kranken oder suchtkranken Eltern aufwachsen, haben meist erschwerte Startbedingungen – insbesondere im Hinblick auf eine gesunde psychosoziale Entwicklung. Sie sind in erhöhtem Maße gefährdet, selbst eine psychische Erkrankung oder Suchterkrankung zu entwickeln. Dieser Zusammenhang ist empirisch belegt.

Die Zahl der Betroffenen ist hoch: Schätzungen zufolge wachsen bundesweit über fünf Millionen Kinder und Jugendliche in einer suchtblasteten Familie auf. Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, deren familiäre Situation durch die psychische Erkrankung eines oder beider Elternteile geprägt ist, liegt bei etwa drei Millionen.

Oft sind die Kinder von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern auf sich allein gestellt. Sie können das Verhalten der Eltern nicht verstehen und sind mit der Situation meist völlig überfordert. Scham- und Schuldgefühle, Desorientierung, Einsamkeit und die Angst, selbst zu erkranken, begleitet die Kinder im täglichen Leben.

Den betroffenen Kindern fehlen oft positive Vorbilder und die notwendige fürsorgliche Unterstützung, um Selbstvertrauen, Selbstsicherheit, Beziehungs- und Entscheidungsfähigkeit entwickeln zu können. Die Beziehung ihrer Eltern ist oft von Spannungen geprägt. Die Kinder und Jugendlichen erfahren zu viel Unsicherheit und sind einem Wechselbad von Enttäuschung und Hoffnung ausgesetzt. Verhaltensauffälligkeiten in der Schule, Konzentrations- und Leistungsschwäche, Aggressivität oder Depressivität sind nicht selten Ausdruck ihrer problematischen Lebenssituation.

Genau hier setzte das Programm „Unterstützungsangebote für Kinder von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern“ der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg an. Ziel des Programms war es, die positive Entwicklung der Kinder von psychisch kranken und suchtkranken Eltern zu unterstützen. Durch ausgewählte Modellprojekte sollten das Selbstbewusstsein und die Selbstwirksamkeit der Kinder gestärkt werden. In diesem Zusammenhang war es auch wichtig, praktikable Wege zu finden, wie betroffene Kinder gut erreicht werden können. Die Projekte sollten einen Rahmen schaffen, in dem sich Betroffene austauschen können und in dem die Persönlichkeit der Kinder – und nicht die jeweilige Krankheit ihrer Eltern – im Mittelpunkt stand.

Insgesamt 16 Modellprojekte aus ganz Baden-Württemberg wurden für die Teilnahme am Programm ausgewählt und haben auf ganz unterschiedliche Weise versucht, geeignete Maßnahmen zu entwickeln und anzuwenden. Allen Projektbeteiligten spricht die Stiftung Kinderland an dieser Stelle Dank und Anerkennung für die geleistete Arbeit aus.

Die Projekte wurden über einen Zeitraum von knapp vier Jahren wissenschaftlich begleitet und im Hinblick auf ihre Wirksamkeit untersucht. Unser Dank geht an die Wissenschaftlerinnen Professor Dr. Tanja Hoff und Stefanie Pietsch, deren Arbeit durch hohe fachliche Kompetenz und großes Engagement gekennzeichnet war.

Im ersten Teil dieser Publikation stellen wir Ihnen die Ergebnisse und Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Begleitung ausführlich vor. Im zweiten Teil erhalten Sie einen Überblick über die 16 Modellprojekte.

Mit dieser Publikation erhalten Sie hilfreiche Informationen, wie sich zielgerichtet Maßnahmen für Kinder mit psychisch kranken oder suchtkranken Eltern entwickeln und umsetzen lassen. Uns ist es ein großes Anliegen, dass auch nach dem Abschluss des Programms Kinder und Jugendliche psychisch kranker oder suchtkranker Eltern unterstützt werden können.



Christoph Dahl
Geschäftsführer der
Baden-Württemberg Stiftung

Christoph Dahl



Birgit Pfitzenmaier
Abteilungsleiterin Gesellschaftlicher
Wandel & Kultur, Soziale Verantwortung
der Baden-Württemberg Stiftung

Birgit Pfitzenmaier



Unterstützungsangebote für Kinder mit psychisch kranken oder suchtkranken Eltern

1. Einleitung

1.1 Entwicklungsrisiken und Schutzfaktoren von Kindern psychisch kranker oder suchtkranker Eltern

Etwa drei Millionen Kinder in Deutschland erleben im Laufe eines Jahres einen Elternteil mit einer psychischen Störung (Mattejat, 2011), fünf bis sechs Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland haben mindestens einen alkoholabhängigen Elternteil (EMCDDA, 2008) und ca. 40.000 Kinder mindestens einen drogenabhängigen Elternteil (Klein, 2006). Eine elterliche psychische Erkrankung oder Suchterkrankung gilt mittlerweile als gut belegter Risikofaktor, dass betroffene Kinder selbst eine psychische Störung mit klinischer Relevanz entwickeln, so z. B. Angststörungen, Depressionen, Störungen des Sozialverhaltens oder hyperkinetische Störungen (vgl. auch den Überblick von Wiegand-Grefe et al., 2011a).

Kinder psychisch kranker Eltern zeigen drei- bis siebenfach erhöhte Auffälligkeitsraten in der Entwicklung externalisierender und internalisierender Symptome gegenüber der Normalbevölkerung (Wiegand-Grefe et al., 2011a; Vostanis et al., 2006).

Kinder alkoholkranker Eltern haben ein bis zu sechsfach höheres Risiko, selbst eine substanzbezogene Störung im Laufe ihres Lebens zu entwickeln, erkranken aber auch häufiger an anderen psychischen Störungen (Klein, 2005). Die Lebensqualität der betroffenen Kinder fällt umso niedriger aus, je stärker die Eltern das Ausmaß ihrer eigenen Erkrankung wahrnehmen (Jeske et al., 2009; Wiegand-Grefe et al., 2010a).

Trotz der benannten Symptombelastungen und wirkenden Risikofaktoren entwickelt aber auch etwa ein Drittel der Kinder keine klinisch relevanten Probleme bzw. bleibt psychisch stabil (z. B. Werner, 1993; Rutter & Quinton, 1984). Die hier wirksame Resilienz kann mit Fröhlich-Gildhoff & Böse (2009) als Fähigkeit verstanden werden, personale Ressourcen (kindbezogene Faktoren und Resilienzfaktoren) und soziale Ressourcen (innerhalb der Familie, in Bildungsinstitutionen, im weiteren sozialen Umfeld) in Belastungssituationen einsetzen zu können.

Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung

Bei Kindern psychisch oder suchtkranker Eltern besteht in Abhängigkeit von der elterlichen Erkrankungsart eine erhöhte genetische Disposition für eine eigene Störungsentwicklung, jedoch wird „in der Regel nicht die Krankheit als solche vererbt, sondern die Verletzlichkeit für eine Erkrankung. Ob eine erblich bedingte Verletzlichkeit zu einer Erkrankung führt, hängt sehr stark von den Umweltbedingungen ab. Bei Menschen, bei denen eine erbliche Verletzlichkeit vorliegt, ist es besonders wichtig, negative Umweltfaktoren möglichst zu reduzieren und positive Umweltfaktoren zu stärken“ (Mattejat et al., 2011, S. 18). Hinsichtlich der elterlichen Erkrankung scheint weniger die Diagnose als vielmehr der Schweregrad, die Chronizität und Komorbidität sowie die Angemessenheit der Krankheitsbewältigung bedeutsam zu sein. Auf psychosozialer Ebene wirken sich ein niedrigerer sozioökonomischer Status, instabile familiäre Lebensbedingungen, ein unzureichendes soziales Unterstützungssystem sowie das Fehlen außenstehender Bezugspersonen negativ auf das kindliche Befinden und dessen Vulnerabilität aus. Dabei sind weniger einzelne Risikofaktoren, sondern vielmehr deren Kumulation bedeutsam in der Entstehung auffälliger Entwicklungsverläufe betroffener Kinder.

Als mögliche Schutzfaktoren bei Kindern psychisch kranker oder suchtkrankter Eltern gelten auf kindbezogener Ebene (z.B. Kühnel & Bilke, 2004; Klein, 2005; Lenz, 2005):

- Temperament, das positive Aufmerksamkeit im sozialen Umfeld bewirkt und Interaktionen erleichtert (z.B. durch Ausgeglichenheit, Kontaktfreude, Anpassungsfähigkeit)
- positives Selbstwert/-konzept, Selbstwirksamkeit, internale Kontrollüberzeugungen
- soziale und kommunikative Kompetenzen
- Verantwortungsübernahme
- Leistungsmotivation
- mindestens durchschnittliche Intelligenz und positive Schulleistungen.

Wolin und Wolin (1995) identifizierten in retrospektiven Berichten bei resilienten Kindern aus suchtkrankten Familien folgende Schutzfaktoren: Einsicht, Unabhängigkeit, Beziehungsfähigkeit, Initiative, Kreativität, Humor und Moral. Kinder aus psychisch oder suchtkranken Familien profitieren zudem in besonderem Maße von sozialen Schutzfaktoren wie sozialer Unterstützung durch außerfamiliäre Bezugspersonen, stabile Einbindung in Peergruppen und soziale Integration auf mesostruktureller Ebene (z.B. Gemeinde, Vereine).

Familiendynamische Belastungen

Zu den elternbezogenen bzw. familiären Risikofaktoren gehören auch Besonderheiten in der Familiendynamik bei einer elterlichen psychischen Erkrankung. Kinder aus suchtkrankten Familien weisen z.B. ein höheres Risiko auf, in der Familie körperliche und emotionale Vernachlässigung, Misshandlung und Gewalt zu erfahren (Klein, 2005). Zudem ist die Familienatmosphäre häufig durch eine hohe Anspannung und geringere Familienkohäsion, vermehrte und chronische Konflikte, fehlende Verlässlichkeit und Stabilität sowie häufige Trennungen der Eltern gekennzeichnet (z.B. Friedmann et al., 1997; Velleman et al., 2008). Eine elterliche psychische Erkrankung wie auch Suchterkrankung kann mit Einschränkungen in der Erziehungskompetenz einhergehen, wie z.B. einer verminderten emotionalen Responsivität und Empathie, erhöhten Erziehungsunsicherheiten und inkonsistentem und strafendem Erziehungsverhalten, und darüber die psychosoziale Entwicklung der Kinder weiter negativ beeinträchtigen. Erziehungsaufgaben werden häufiger als stressreich und belastend erlebt und ggf. dann auch wegen der eigenen Krankheitsbelastungen vernachlässigt (z.B. Kötter et al., 2010; Kröger et al., 2006).

Die inner- und außerfamiliäre Tabuisierung, das Verschweigen oder Leugnen einer elterlichen psychischen Erkrankung wird als weiterer bedeutsamer Risikofaktor für die Entwicklung und Bewältigungsmöglichkeiten betroffener Kinder gewertet. In einer Studie in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf bei 62 psychisch erkrankten Elternteilen mit Kindern zwischen 4 und 18 Jahren wurde in 37% der Familien nicht über die psychische Erkrankung gesprochen und in 40% den Kindern die Erkrankung nicht erklärt (Wiegand-Grefe et al., 2010b). Die Resilienz betroffener Kinder fällt jedoch umso günstiger

aus, je besser Kinder die elterliche Erkrankung verstehen und einordnen können (Pölkki et al., 2004). Eine alters- und entwicklungsadäquate Informationsvermittlung und Psychoedukation wird daher auch als spezifischer Schutzfaktor in der Entwicklungsförderung der Kinder gesehen (Lenz, 2010). Wesentlich für die Krankheitsbewältigung seitens der Kinder sind neben der Aufklärung der Kinder auch der Umgang mit der Erkrankung, das Vorhandensein von verlässlichen, unterstützenden Beziehungen sowie die Akzeptanz von Unterstützungsmaßnahmen. Wiegand-Greife et al. (2011b) schlagen zur Erklärung der komplexen Bedingungen der Bewältigung einer elterlichen psychischen Erkrankung das „Modell der psychosozialen Entwicklungsbedingungen für Kinder psychisch kranker Eltern“ vor. Hier werden als Schutzfaktoren vor allem der familiäre Kontext, die Angemessenheit der elterlichen Krankheitsbewältigung und eine hohe Qualität familiärer und außerfamiliärer Beziehungen (inkl. sozialer Unterstützung) gesehen.

1.2 Präventionsansätze für die Zielgruppe und deren Wirksamkeit

Die praktische Umsetzung des Risiko- und Schutzfaktorenmodells, das die unterschiedlichen Entwicklungsverläufe betroffener Kinder bei vergleichbarer familiärer Belastung zu erklären vermag, findet sich in Präventionsangeboten häufig in der Förderung von Lebenskompetenzen (life-skills, WHO, 1994) und Schutzfaktoren wieder. Präventionsmaßnahmen für Kinder psychisch und suchtkranker Eltern in Deutschland können nach Reinisch et al. (2011) in Angebote zur frühen Eltern-/Mutter-Kind-Interaktion, in Angebote für Kinder und Jugendliche (vorwiegend Gruppen) sowie in eltern- bzw. familienorientierte Interventionen unterschieden werden. Hinzu kommen internetbasierte Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. www.kinder-krank-eltern.de, www.kidkit.de, www.nacoa.de) und ab dem Jugendalter spezialisierte Selbsthilfegruppen (z. B. www.bapk.de, Alateen), die aber bisher keiner weitergehenden Evaluation unterzogen wurden.

Die Angebotsstruktur für Kinder psychisch kranker oder suchtblasteter Eltern wird insgesamt jedoch immer wieder als defizitär, regional limitiert und aufgrund zeitlich begrenzter Projektfinanzierungen als zu wenig nachhaltig beurteilt (z. B. Reinisch et al., 2011). So untersuchten z. B. Arenz-Greiving & Kober (2007) deutschlandweit die Angebotsstrukturen für Kinder aus suchtblasteten Familien und identifizierten im ambulanten Bereich lediglich ca. 40-50 Angebote sowie zusätzlich vereinzelte Angebote in Fach- und Rehabilitationskliniken der stationären Suchthilfe.

Zudem wird die Erreichbarkeit der betroffenen Kinder für eine Teilnahme häufig als schwierig beschrieben. Nach einer Studie von Ruths et al. (2012) in 48 ambulanten Beratungsstellen fanden Kinder aus suchtblasteten Familien den Weg in die Hilfen meistens über einen in der Einrichtung bereits behandelten Elternteil (23%), über eine Suchtberatungsstelle (15%) oder das Jugendamt (16%); weniger relevant waren Vermittlungswege z. B. über Schulen, Bekannte/Verwandte oder die Eigeninitiative. Schwierigkeiten in den Zugangswegen liegen nach Ruths et al. (2012) häufig in folgenden Aspekten: hoher organisatorischer Aufwand für die Familie, schambehaftes Thema, hohe Hemmschwelle für die Eltern, Angst vor Stigmatisierung, zu geringe Vernetzung im Hilfesystem, häufig fehlende Finanzierung von Angeboten sowie Mangel an evidenzbasierten Evaluationen pädagogischer und therapeutischer Angebote. Hinzu kommen Ängste der Eltern, dass ihnen aufgrund ihrer Erkrankung und des Hilfebedarfs das Sorgerecht entzogen werden könnte (Wiegand-Greife et al., 2011a) – nicht gänzlich unbegründet, denn tatsächlich stellt die psychische Erkrankung eines Elternteils einen Prädiktor für Fremdunterbringungen oder stationäre Aufnahmen von Kindern in der Jugendhilfe dar (Schone & Wagenblass, 2002; Glisson & Green, 2006). Nach Lenz (2005) sind ca. ein Drittel der jährlichen Sorgerechtsentzüge auf psychische Erkrankungen der Eltern zurückzuführen.

Der derzeitige Kenntnisstand zur nachgewiesenen Wirksamkeit präventiver Angebote für Kinder aus psychisch oder suchtkranken Familien wird ebenfalls als kritisch bewertet, da im deutschsprachigen Raum bisher kaum empirische Belege und hochrangige Effizienzstudien (vgl. auch Abbildung 3) vorliegen (Christiansen et al., 2011; Moesgen et al., 2012).

In einer Übersicht zu Angeboten der Prävention depressiver Erkrankungen bei Hochrisikogruppen, die in randomisierten kontrollierten Studien unter-

sucht wurden, zeigten sich kurzfristige und weitgehend stabile langfristige Reduktionen depressiver Symptome bei Kindern und Jugendlichen, u. a. mit verringerten Diagnosehäufigkeiten und Verbesserungen des allgemeinen Funktionsniveaus; methodisch waren die Programme kognitiv-verhaltenstherapeutisch oder interpersonell ausgerichtet (Christiansen et al., 2011). Auch familienorientierte Ansätze führen zu Verbesserungen des psychischen Wohlbefindens bei Kindern psychisch kranker Eltern: So hatten Jugendliche aus Familien mit depressiven Elternteilen nach einer Familienberatung weniger depressive Symptome als Jugendliche einer unbehandelten Kontrollgruppe (Garber et al., 2009). In einer deutschen Studie zum familienorientierten Beratungsansatz CHIMPs (Children of mentally ill parents) zeigten sich nach der Intervention u. a. signifikante Verbesserungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und sozialen Unterstützung der Kinder (Wiegand-Grefe et al., 2012).

In einem systematischen Review zu selektiven Präventionsangeboten für Kinder aus suchtbelasteten Familien von Bröning et al. (2012) finden sich wissenschaftlich evaluierte und als wirksam beurteilte Präventionsprogramme vor allem im US-amerikanischen Raum. In den dort untersuchten Programmen, die i. d. R. zeitlich begrenzt waren, wurden mit den teilnehmenden Kindern die Themen Stress und Coping, Umgang mit Gefühlen, Problemlösefertigkeiten, Familienbeziehungen sowie Psychoedukation zu Sucht und Substanzen erarbeitet. Nach den Ergebnissen des Reviews konnten bei der Mehrzahl der betrachteten Interventionen kurzfristige positive Effekte auf die suchtspezifischen Kenntnisse, das Selbstwert, Coping- und Sozialverhalten der Kinder erreicht werden.

Neben den methodischen Problemen der bisherigen Wirksamkeitsforschung steht die Entwicklung standardisierter, manualisierter Interventionsprogramme für Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern, die einer Wirksamkeitsforschung unterzogen wurden, im deutschsprachigen Raum noch am Anfang. Manualisierte Programme führen nach der Metaanalyse von Christiansen et al. (2011) zwar nicht immer zu höheren Interventionseffekten, bieten aber eine gute Orientierung und Qualitätssicherung in der praktischen Umsetzung und Auswahl wirksamer methodischer Komponen-

ten. Als best-practice-Beispiel für ein wirksames ambulantes Präventionsgruppenangebot, das einer methodisch hochrangigen RCT-Studie unterzogen wurde, sei das Manual „Trampolin“ für Kinder aus suchtbelasteten Familien benannt, das acht Module mit den Themen Entwicklung einer vertrauensvollen Gruppenatmosphäre, Förderung des Selbstwerts, Reden über Sucht in der Familie, Psychoedukation zum Thema Sucht, Förderung des adäquaten Umgangs mit Emotionen, Problemlösen und Erhöhung der Selbstwirksamkeit, Erlernen von Verhaltensstrategien in der Familie, Einholen von Unterstützung und Hilfe sowie positives Abschied nehmen umfasst. Ergänzt werden diese Kindermodule um ein Elternmodul „Eltern stärken“ mit zwei Sitzungen (Moesgen et al., 2012).

Ebenfalls als prospektive, kontrollierte Studie mit Prä-Post-Design wurde das manualisiert vorliegende Präventionsprojekt CHIMPs (Wiegand-Grefe et al., 2011b) positiv evaluiert, das aber kein Kindergruppenangebot, sondern eine psychodynamisch orientierte Familienbehandlung realisiert. Hier werden über einen Zeitraum von ca. einem halben bis einem Jahr in sechs bis acht Sitzungen (zwei bis drei Elterngespräche, danach folgend ein bis zwei Kindergespräche sowie drei Familiengespräche zum Abschluss) die Ziele Information und Aufklärung, Verbesserung der Kommunikation (v. a. über die Erkrankung und damit verbundene familiäre Auswirkungen), Stärkung der Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit der Erkrankung, Verbesserung der Qualität der inner- und außerfamiliären Beziehungen, Überwindung der inner- und außerfamiliären Isolation sowie Einführung eines mehrgenerationalen Verständnisses der elterlichen Erkrankung angestrebt.

Das Manual „Ressourcen fördern“ (Lenz, 2010) bietet zudem Materialien für die Arbeit mit psychisch kranken Eltern und ihren Kindern mit Basismodulen zur Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Psychiatrie und zur Wahrnehmung von Kindern als Angehörige in der Behandlung des erkrankten Elternteils sowie Interventionsmodulen zur Familienarbeit mit den Zielen diagnostische Einschätzung, Förderung von familiärer Kommunikation, Problemlösekompetenz, sozialer Ressourcen und Psychoedukation der Kinder.



1.3 Das Programm „Unterstützungsangebote für Kinder von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern“ der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg

Kinder und Jugendliche psychisch kranker und suchtkranker Eltern weisen also ein erhöhtes Risiko auf, selbst Verhaltensauffälligkeiten oder auch eine psychische Erkrankung zu entwickeln, was vor allem auf die häufig schwierigen Entwicklungsbedingungen zurückzuführen ist, unter denen diese Kinder aufwachsen. Bisher stellt sich eine regelhafte Versorgung und Unterstützung der betroffenen Kinder in Deutschland als unzureichend dar.

Bereits 2003 bis 2005 förderte die Baden-Württemberg Stiftung 16 suchtpräventive Projekte für Kinder aus suchtblasteten Familien (vgl. Bühler, 2007) und trug damit zu einer verbesserten Angebotsstruktur für diese Zielgruppe im Bundesland bei. Die Fokussierung auf eine hochbelastete Risikogruppe unter Kindern in besonderen familiären Lebenssituationen wurde mit dem Programm „Unterstützungsangebote für Kinder von psychisch kranken Eltern oder suchtkranken Eltern“ (2008 bis 2012) erneut vorgenommen; in 16 ausgewählten, durch die Stiftung Kinderland Baden-Württemberg geförderten Projekten wurde das Ziel verfolgt, „die positive Entwicklung der Kinder von psychisch kranken und suchtkranken Eltern durch finanzielle Förderung entsprechender Projekte zu unterstützen“ (Ausschreibungstext der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg, 2008, S. 3), wobei insbesondere die Persönlichkeits- und Ressourcenentwicklung der Kinder im Fokus der Projekte stehen sollte. Die geförderten Projekte werden im sechsten Kapitel (S. 120) dieser Publikation näher vorgestellt.



Untersuchung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der 16 Modellprojekte

2. Wissenschaftliche Begleitstudie

Als Teilgebiet der empirischen Forschung beschäftigt sich die Evaluationsforschung unter Berücksichtigung systematischer sozialwissenschaftlicher Methoden mit der Bewertung eines Evaluationsgegenstandes nach zuvor explizit festgelegten Zielen und relevanten Kriterien (Bortz & Döring, 2006). In Abstimmung mit der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg wurden in der wissenschaftlichen Begleitstudie des Programms die Evaluationsgegenstände Struktur- und Prozessqualität sowie Ergebnisqualität der Projekte in den Blick genommen. Beim vorliegenden Evaluationsdesign handelt es sich also um eine Kombination aus formativer und summativer Evaluation, das heißt, im Fokus der Evaluation stand die Erfassung und Analyse der Programmkonzeption/-struktur, -durchführung sowie -wirksamkeit (Mittag, 2006). Aufgrund der Fülle der Daten werden in dem vorliegenden Bericht ausgewählte Ergebnisse zu allen drei Evaluationsbereichen vorgestellt, die in der Betrachtung der Projektergebnisse auch weiterführende Erkenntnisse für zukünftige zielgruppenspezifische Angebote ermöglichen.

Die 16 ausgewählten und in die Evaluation einbezogenen Modellprojekte waren sowohl in ihrer konzeptionellen Ausgestaltung, der Dauer der Intervention als auch den zu erreichenden Zielgruppen (z. B. Alter, Geschlecht der Kinder, Grad des Einbezugs der Eltern) sehr heterogen. Die Vielfalt der gewählten Zugänge und Methoden, die in den Projekten realisiert wurden, entspricht letztlich der derzeitigen Angebotslandschaft für Kinder aus psychisch kranken oder suchtkranken Familien in unterschiedlichen Settings und konzeptionellen Ausrichtungen. Die Ergebnisse der Begleitevaluation spiegeln somit durchaus ein praxisnahes Bild von Unterstützungsangeboten für diese Zielgruppe wider, ohne dass ein Anspruch auf repräsentative oder allgemeingültige Aussagen besteht.

2.1 Zielsetzung

Auf dem Hintergrund der methodischen Heterogenität der durchgeführten Projekte wurde die wissenschaftliche Begleitevaluation von den in Abbildung 1 dargestellten Themenkomplexen und Fragestellungen geleitet.

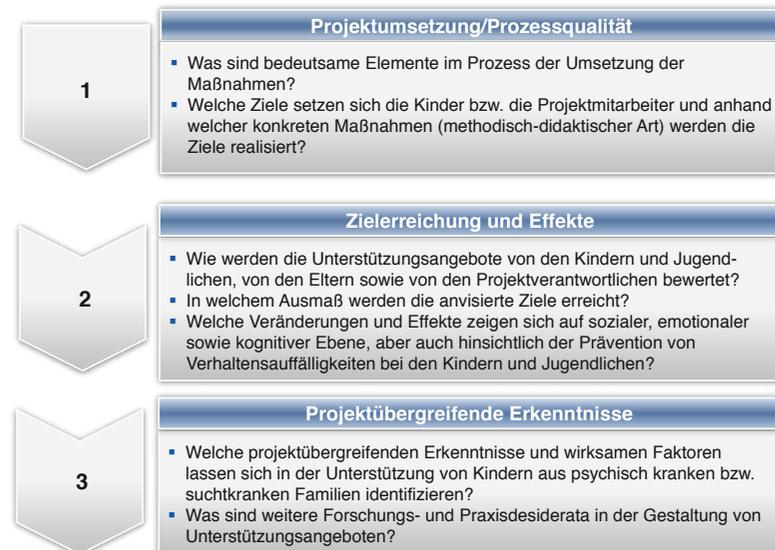


Abb. 1: Zentrale Fragestellungen der Begleitevaluation des Förderprogramms

Die vorliegenden Ergebnisse stellen eine Ergänzung zu den individuellen Zwischen- und Abschlussberichten dar, in denen jedes Projekt über seine durchgeführten Maßnahmen, die angesprochenen und erreichten Zielgruppen, Arbeitsinhalte und Projekterfolge sowie -schwierigkeiten berichtete. Demgegenüber war Ziel des vorliegenden Evaluationsberichts, summarische Aussagen über die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aller Projekte zu treffen und dies aus Perspektive von beteiligten Projektmitarbeitern, teilnehmenden Kindern und Jugendlichen und ihrer Eltern.

2.2 Evaluationsmethodik

Innerhalb der gesundheitsbezogenen und klinischen Präventions- und Interventionsforschung haben sich verschiedene Einteilungsmodelle zur Aussagekraft oder zum Evidenzlevel von Evaluationsergebnissen durchgeführter Maßnahmen etabliert.

Die Präventionsforschung richtet sich in ihrer Bewertung der Ergebnisgüte von Präventionsprogrammen häufig nach dem Sechs-Phasen-Modell der wissenschaftlich fundierten Einführung von Präventionsprogrammen (Uhl, 1997; Springer & Uhl, 1998) (vgl. Abbildung 2). Das hier evaluierte Programm „Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker oder suchtkranker Eltern“ befindet sich nach dem Sechs-Phasen-Modell in Phase 4: Die geförderten Projekte basieren auf Erkenntnissen aus der Grundlagen- und Präventionsforschung, weisen einen niedergelegten Konzeptentwurf vor und wurden in der Förderphase erprobend durchgeführt, auf Basis der Praxiserkenntnisse weitergehend modifiziert und in der Begleitstudie hinsichtlich Machbarkeit, Effektivität und unerwünschten Nebenwirkungen evaluativ überprüft. Dabei konnten aufgrund der Praxisfeldbedingungen Aspekte wie z.B. gleicher Untersuchungszeitraum oder vergleichbare Konzepte der durchführenden Institutionen und zudem auch aus ethischen Gründen (Warte-)Kontrollgruppen nicht realisiert werden.

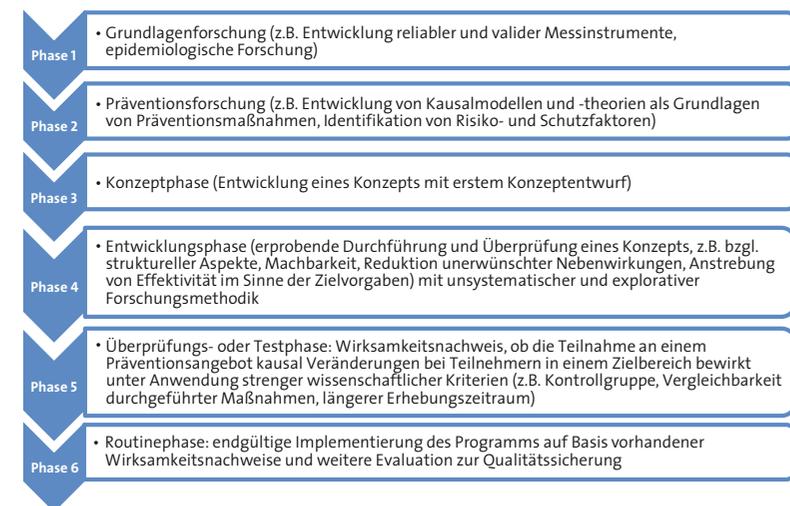


Abb. 2: Sechs-Phasen-Modell der wissenschaftlich basierten Einführung von Präventionsprogrammen

Während in dem skizzierten Sechs-Phasen-Modell auch Aspekte der Programmentwicklung, der Struktur- und Prozessevaluation einbezogen werden, fokussiert die evidenzbasierte Forschung vor allem auf die Aussagekraft von Interventionsstudien zu einer ggf. nachgewiesenen kausalen Wirksamkeit. Hier wird die Effektivität von (v.a. verhaltenbezogenen) Interventionen zur Risikoreduktion bzw. Therapie von Erkrankungen in den Blick genommen. Den Grundgedanken der evidenzbasierten Forschung formulierte einer der Begründer der evidenzbasierten Medizin David Sackett (2002, S. 11) folgendermaßen: „Da randomisierte, kontrollierte klinische Studien und besonders systematische Übersichten dieser Studien uns mit höherer Wahrscheinlichkeit korrekt informieren und falsche Schlussfolgerungen weniger wahrscheinlich sind, wurden sie zum ‚Goldstandard‘ für die Beantwortung der Frage, ob Therapiemaßnahmen mehr nützen als schaden“. Die Forschungsperspektiven der evidenzbasierten Medizin finden in den vergangenen Jahren zunehmend Eingang in die Präventions- und Gesundheitsforschung sowie in die Wissenschaft Soziale Arbeit, wenn auch zum Teil kritisch diskutiert (vgl. zur Diskussion z. B. Elkeles, 2010; Otto et al., 2010; Sommerfeld & Hüttemann, 2007). Prinzipiell werden unterschiedliche Evidenzebenen des Wirksamkeitsnachweises von Interventionen unterschieden (z. B. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 1999; Harbour & Miller, 2001) (vgl. Abbildung 3); je höher das Evidenzlevel der Studienlage ist, desto besser gilt die wissenschaftliche Begründung für eine Interventionsempfehlung.

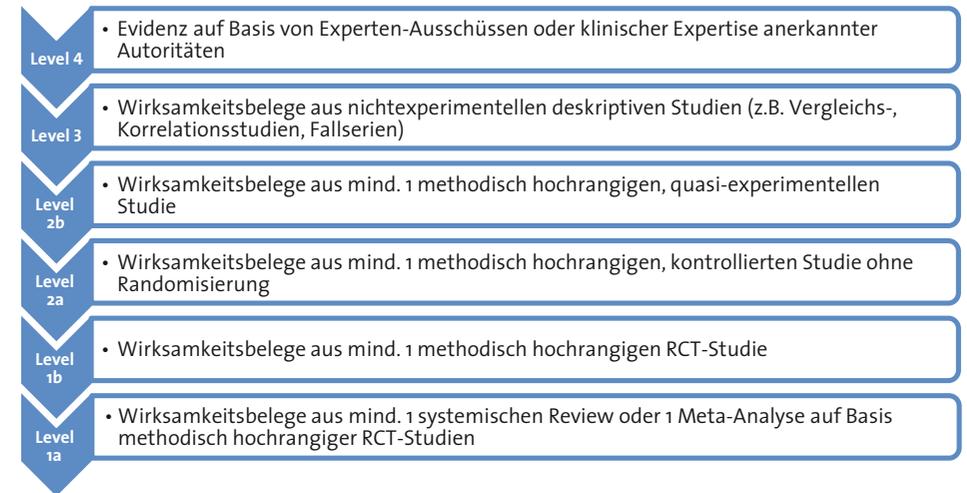


Abb. 3: Evidenzebenen klinischer Forschung (RCT= randomized controlled trials, das heißt Studien, bei denen Klienten nach einem Zufallsverfahren auf Experimental- und Kontrollgruppen verteilt werden)

In Übereinstimmung mit der überwiegenden Studienlage zu Präventionsangeboten für Kinder psychisch kranker Eltern lassen sich die erfassten Wirksamkeitsergebnisse der Kinder- und Jugendlichengruppen im Förderprogramm dem Evidenzlevel 3 der Wirksamkeitsforschung zuordnen – möchte man also einen kausalen Effekt der Intervention auf die teilnehmenden Kinder untersuchen, bedarf es noch weiterer, vor allem experimentell ausgerichteter Forschung zu den vorliegenden oder vergleichbaren Projekten.

2.2.1 Untersuchungsdesign und Datenerhebung

Alle 16 Anbieter der geförderten Interventionsprojekte nahmen an der wissenschaftlichen Begleitevaluation teil. In dem umgesetzten Untersuchungsdesign (vgl. Abbildung 4) wurden gleichermaßen qualitative wie auch quantitative Erhebungsmethoden eingesetzt.

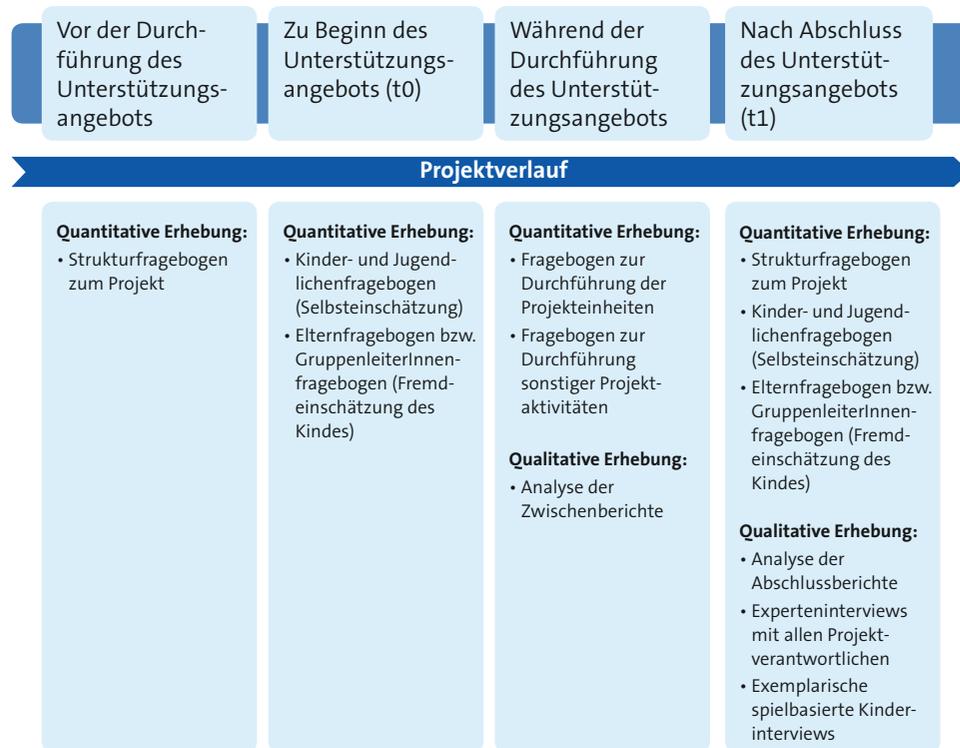


Abb. 4: Untersuchungsdesign

Die Projektstrukturfragebögen wurden zu Beginn und zum Ende der Förderlaufzeit bei den Projektverantwortlichen erhoben. Die quantitativen Daten über die teilnehmenden Kinder wurden durch die Gruppenleiter, die Eltern sowie die Kinder selbst (je nach Altersstufe) ausgefüllt; die t0- und t1-Messungen erfolgten zu Beginn und zum Ende der Projektteilnahme; Voraussetzung war die elterliche Einwilligung in die Teilnahme an der

Studie (informed consent). Die begleitenden qualitativen Kinderinterviews zur Ergebnisqualität wurden im Zeitraum September 2011 bis Januar 2012 von wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des Zentrums für Kinder- und Jugendforschung (ZfKJ) der Evangelischen Hochschule Freiburg in den Projektinstitutionen geführt; die qualitativen Interviews mit den Projektverantwortlichen zur Ergebnisqualität wurden im Zeitraum August 2011 bis März 2012 als Telefoninterviews ebenfalls von wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des ZfKJ realisiert.

Die Projektdauer der 16 geförderten Projekte lag außer bei einem einjährigen Projekt zwischen zwei und drei Jahren (\bar{x} = 2,69 Jahre). Aufgrund unterschiedlicher Start- und Laufzeiten der Projekte betrug der Untersuchungszeitraum der Evaluation insgesamt vier Jahre (2008 bis 2012).

2.2.2 Messinstrumente

Strukturqualität

Quantitativer Projektstrukturfragebogen (Prä-Post-Erhebung):

Der Projektstrukturfragebogen beinhaltete Basisdaten zur geplanten Projektstruktur/-konzeption, wie u. a. Darstellung des Projektvorhabens, Einbettung des Projekts in die Trägerorganisation, anvisierte Zielbereiche, geplante Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten bzw. Öffentlichkeitsarbeit. Nach Abschluss des Unterstützungsangebots wurde überprüft, inwiefern die gesetzten Ziele erreicht wurden, zu welchen konzeptionellen Veränderungen es im Projektverlauf kam und welche Netzwerkstrukturen und öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen sich als positiv herausgestellt haben.

Qualitative Analyse der jährlichen Zwischenberichte und des Abschlussberichts:

Zur besseren Vergleichbarkeit der Projekte wurden in den jährlichen Zwischenberichten Projektinhalte, Themenschwerpunkte und Projektverlauf anhand eines strukturierten Orientierungsleitfadens erfasst. Nach Projektende wurden im Abschlussbericht Aspekte wie z. B. die Bilanzierung des Projektverlaufs, die Wahrnehmung der Interventionseffekte auf die Kinder, wirksame Elemente bei der Projektumsetzung, Nachhaltigkeit und Verstetigungspotenziale sowie Stärken und Schwächen des Projekts dokumentiert, die inhaltsanalytisch ausgewertet wurden.

Prozessqualität

Fragebogen zur Projektgruppeneinheit (nach jeder Projektgruppeneinheit):

Ein studienspezifisch entwickelter Fragebogen zu den stattgefundenen Projektgruppeneinheiten beinhaltete die Einschätzung und Bewertung der Gruppenstunden, die mit Kindern und ggf. ihren Eltern durchgeführt wurden. Neben der Dokumentation von Anwesenheitsstruktur, Beteiligung der Teilnehmenden, durchgeführten methodisch-didaktischen Ansätzen und der subjektiven Beurteilung des Erfolgs der jeweiligen Gruppenstunde fand eine Einschätzung der trainierten Lebensfertigkeiten – orientiert an den Lebenskompetenzen der WHO (1994) – sowie der eingesetzten Präventionshandlungselemente vor dem Hintergrund der zentralen Förderziele des Unterstützungsprogramms statt.

Fragebogen zu Projektaktivitäten (nach jeder Projektaktivität):

In Abgrenzung zu den Kindergruppen (ggf. mit teilnehmenden Eltern) wurden sogenannte „Projektaktivitäten“ unterschieden, die alle sonstigen Projektbausteine, Maßnahmen, Angebote, Initiativen und Aufgaben der Projektteilnehmer (z. B. Pressegespräche, Informationsabende, Netzwerkaufbau usw.) enthielten. Hierzu wurden im „Fragebogen zu Projektaktivitäten“ die Art der Maßnahme, Inhalte und Ziele, verwendete Methoden, Zielgruppe, Anzahl der Teilnehmer sowie Dauer der Aktivität ebenso wie die subjektive Einschätzung des Maßnahmenenerfolgs dokumentiert.

Ergebnisqualität

Kinderfragebogen für Kinder zwischen 8 und 10,9 Jahren (Prä-Post-Erhebung):

Der Kinderfragebogen beinhaltete die Selbsteinschätzung des Kindes in den Bereichen Lebensqualität, Stressbewältigungsverhalten, Substanzkonsum sowie Projektzieldefinition. Hierzu wurde ein Ratingbogen zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern (ILK; Matthejat & Remschmidt, 2006) eingesetzt, welcher die Lebensqualität in getrennten Bereichen (Schule, Familie, soziale Kontakte zu Gleichaltrigen, Interessen und Freizeitgestaltung, körperliche Gesundheit, psychische Gesundheit, Gesamtbeurteilung der Lebensqualität) anhand eines Problem- und Lebensqualitätsscore abbildet. Zur Erfassung der kindlichen Stressbewältigungsstrategien wurde auf den

SSKJ 3-8 (Lohaus, Eschenbeck, Kohlmann & Klein-Heßling, 2006) rekurriert (Erfassung der Stresssituation „Streit mit Freunden“); fakultativ konnten die Kinder die Skalenitems zur Bestimmung der Stressvulnerabilität des SSKJ 3-8 beantworten. Zum Substanzkonsum wurden die Lebenszeitprävalenzen von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen erfasst.

Weiterhin wurde in der Prä-Erhebung erfragt, welche persönlichen Ziele das Kind im Rahmen des Unterstützungsangebots selbst habe; in der Post-Erhebung wurde entsprechend erfasst, inwiefern die selbstgesteckten Projektziele aus Sicht der Kinder auch erreicht wurden, welche durch das Unterstützungsangebot initiierten Veränderungen sie erlebt hatten und wie zufrieden sie mit dem Unterstützungsangebot waren.

Jugendlichenfragebogen für Jugendliche ab 11 Jahre (Prä-Post-Erhebung):

Ergänzend zu den erfassten Bereichen im Kinderfragebogen wurden im Jugendlichenfragebogen darüber hinaus der SDQ-Selbst11-16 (Goodman, 2005) mit den fünf Subskalen „Verhaltensprobleme“, „Emotionale Probleme“, „Hyperaktivität“, „Probleme mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“ eingesetzt sowie erweiterte Daten zum Substanzkonsum (Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz von Tabak, Alkohol sowie illegalen Drogen) erhoben. Weiterhin wurde die Art der elterlichen Erkrankung sowie die Wahrnehmung der Familiensituation anhand einer modifizierten und ergänzten Fassung des CAST-6 (Klein & Zobel, 2000) erfragt.

Elternfragebogen (Prä-Post-Erhebung):

Der Elternfragebogen ermittelte die elterliche Fremdeinschätzung des am Projekt teilnehmenden Kindes in den Bereichen Lebensqualität (ILK, Matthejat & Remschmidt, 2006) und Verhaltensauffälligkeiten (SDQ-Eltern4-16, Goodman, 2005) sowie die Bewertung des elterlichen Stresserlebens (PSI in der deutschen Adaptation von Lauth & Heubeck, 2006). War die Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern ein ausdrückliches Projektziel laut Projektbeschreibung, wurde zusätzlich der APQ (in der deutschen Übersetzung von Reichle & Franiek, 2007, 2009) durchgeführt. Neben soziodemografischen Angaben zum Kind und zum Elternteil erfasste der Fragebogen Einzelaspekte zur Krankheitsbiographie des betroffenen Elternteils sowie die derzeitigen genutzten familiären Unterstützungsmaßnahmen.

In der Post-Erhebung wurden im Elternfragebogen ergänzend die persönliche Zufriedenheit mit dem Projekt, die wahrgenommenen Auswirkungen auf das Kind sowie potenzielle persönliche Effekte der Projektteilnahme ermittelt.

Gruppenleiterfragebogen (Prä-Post-Erhebung):

Der Gruppenleiterfragebogen sollte als fakultativ einzusetzendes Instrument dann genutzt werden, wenn eine Fremdeinschätzung zum Kind durch die Eltern nicht vorlag. Neben soziodemografischen Daten (Alter, Geschlecht, Betreuungs- bzw. Schulform, Wohnform) und der Fremdeinschätzung von Lebensqualität und Verhaltensauffälligkeiten des teilnehmenden Kindes berücksichtigte der Gruppenleiterfragebogen zudem Fragen zur Einschätzung der elterlichen Erkrankung und Nutzung von familiären Unterstützungsleistungen. Im Post-Gruppenleiterfragebogen wurde ergänzend der subjektiv wahrgenommene Gewinn des Angebots für das jeweilige Kind (z. B. Angaben zur Kontinuität der Teilnahme und wahrgenommenen Veränderungen) eingeschätzt.

Zur Messung der Ergebnisqualität ergab sich demnach folgendes Erhebungsschema zur Selbst- und Fremdeinschätzung in Abhängigkeit des Alters des teilnehmenden Kindes in Tabelle 1:

	Selbsteinschätzung	Fremdeinschätzung durch Eltern	Fremdeinschätzung durch Gruppenleiter, soweit keine Elterneinschätzung vorhanden
Kinder unter 8 Jahren	–	X	X
Kinder zwischen 8 und 10,9 Jahren	X (Kinder-FB)	X	X
Kinder ab 11 Jahre	X (Jugend-FB)	X	X

Tab. 1: Erhebungsschema zur Selbst- und Fremdeinschätzung des Kindes – Prä-Post-Erhebung

Die quantitativen Methoden zur Ergebnisqualität wurden zum Abschluss der Projekte nochmals durch die Sichtweise der Akteure – Projektverantwortliche und teilnehmende Kinder bzw. Jugendliche – in qualitativen Interviews ergänzend erfasst:

Qualitative Experteninterviews (Post-Erhebung):

In allen 16 Projekten fand mit den Projektverantwortlichen der Unterstützungsangebote ein leitfadengestütztes Experteninterview statt. Der Schwerpunkt der Interviews lag dabei auf der Beschreibung konkret erinnelter Situationen in der Durchführung der Projekteinheiten (z. B. Beschreibung typischer Gruppenstunden, Herausforderungen und bewährte Aspekte, eingesetzte Methoden zur Förderung der Bewältigungsstrategien der Kinder, Beschreibung der Kinder und ihrer Lernerfolge im Projektverlauf, Zusammenarbeit mit den Eltern und beobachtete Veränderungen in der Eltern-Kind-Interaktion). Ziel der qualitativen Experteninterviews mit narrativen Episoden war dabei die Rekonstruktion des Sonderwissens der Projektdurchführenden, ihrer Handlungsorientierungen sowie ihrer konkret erlebten Erfahrungen.

Qualitative spielbasierte Kinderinterviews (Post-Erhebung):

In sechs ausgewählten Projekten wurden exemplarisch elf spielbasierte Kinderinterviews durchgeführt, wobei das Selektionskriterium die Freiwilligkeit der Interviewteilnahme des Kindes oder Jugendlichen sowie eine vorhandene Einwilligung der Eltern war. Spielbasierte Befragungsmethoden (hier durchgeführt mithilfe des Spielbretts „Gruppenstunde“, vgl. Abbildung 5) eröffnen Kindern eine leicht zugängliche und von Spaß geprägte Teilnahme an einem Interview (Sturzbecher, 2001). Ziel der Kinderinterviews war es, den Kindern oder Jugendlichen die Möglichkeit zu geben, als bedeutsam erlebte Inhalte und Erlebnisse im besuchten Unterstützungsangebot zu berichten sowie Lerneffekte zu bilanzieren. Die Stichprobe der interviewten Kinder umfasste die Altersspanne 9 bis 13 Jahre; unter den elf Kindern befanden sich acht Mädchen.

Abb. 5: Im Projekt entwickeltes Spielbrett zur Durchführung der spielbasierten Interviews (vgl. Als, 2012)



2.2.3 Auswertungsmethoden

Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte mit der Statistiksoftware SPSS (Version 17); offene Fragen in den teilstandardisierten Fragebögen wurden anhand von Kategorien kodiert und ausgewertet. Die Ergebnisdarstellung beruht dabei auf validen Fällen, d.h., fehlende Angaben wurden von der Darstellung ausgeschlossen und nicht durch ermittelte Kennwerte ersetzt. Zur Darstellung von Häufigkeitsverteilung bei intervallskalierten Daten wurden zum Teil sogenannte Top Boxes zur besseren Darstellung des Ausmaßes hoher Zustimmung ausgewertet (in der Regel die beiden oberen Skalenpunkte einer Skala).

Gruppenunterschiede wurden bei kategorialen Daten mittels Chi²-Test, bei nicht normal-verteilten intervallskalierten Daten mittels Mann-Whitney-U-Test oder bei vorhandener Normalverteilung und hinreichend großen Subgruppen als t-Test oder ANOVA-Analysen auf Signifikanz überprüft. Bei Prä-Post-Vergleichen wurden nicht-parametrische Testverfahren (Wilcoxon-Test, Chi²-Test nach McNemar) aufgrund der häufig fehlenden Varianzhomogenität und Normalverteilung der Daten eingesetzt, ansonsten t-Tests für abhängige Stichproben bei intervallskalierten Daten. Zugunsten der Lesbarkeit werden bei den Signifikanztests die Signifikanzniveaus (p), nicht aber die detaillierten Prüfwerte angegeben; bei Fragen können sich interessierte Leser an die Autorinnen wenden.

Die Ergebnisse der qualitativen Interviews sowie die Zwischen- und Abschlussberichte wurden inhaltsanalytisch nach Mayring (2010) ausgewertet. Hierzu wurden Kategorien deduktiv und induktiv aus den zentralen Themenkomplexen der eingesetzten Leitfäden und des empirischen Materials gebildet und die Fälle entlang dieser Kategorien komparativ miteinander auf Gemeinsamkeiten, Unterschiede bzw. Differenzierungen verglichen und analysiert.

2.3 Ausschöpfungsquote

Von Oktober 2008 bis Mai 2012 konnten insgesamt 1110 Fragebögen zu durchgeführten Projektgruppenstunden, Prä- und/oder Post-Fragebögen zu 301 gruppenteilnehmenden Kindern und Jugendlichen (Selbst- und/oder Fremdeinschätzung; davon liegen von 189 Kindern sowohl die Prä- als auch die Posterhebung vor) sowie 331 Fragebögen zu sonstigen Projektaktivitäten erfasst werden. Alle Projekte füllten zudem zu Beginn und nach Abschluss des Projekts den Strukturfragebogen aus. Tabelle 2 stellt den in die Gesamtevaluation einbezogenen Fragebogenrücklauf aller 16 Projekte dar.

Projekt-Nr.	Projektstrukturfragebogen		Kinder-/Jugendlichenfragebögen (Selbsteinschätzung des Kindes)		Elternfragebögen (Fremdeinschätzung des Kindes)		Gruppenleiterfragebögen (Fremdeinschätzung des Kindes)		Prozessbögen zu Gruppenstunden und Projektaktivitäten	
	Prä	Post	Prä	Post	Prä	Post	Prä	Post	Fragebogen zur Projektgruppeneinheit (Gruppenstunden)	Fragebogen zu sonstigen Projektaktivitäten
1	1	1	8	5	12	8	-	-	-	1
2	1	1	3	3	14	14	-	-	30	31
3	1	1	6	6	10	5	-	1	39	10
4	1	1	9	6	8	5	3	3	57	-
5	1	1	4	4	8	6	-	-	76	25
6	1	1	47	28	28	16	25	19	235	33
7	1	1	18	13	8	3	10	14	149	68
8	1	1	-	-	12	8	2	2	80	7
9	1	1	18	12	18	12	-	1	42	9
10	1	1	7	2	1	2	6	2	31	2
11	1	1	17	16	16	8	4	4	42	2
12	1	1	20	20	28	19	9	7	41	41
13	1	1	6	7	6	4	1	2	38	17
14	1	1	19	20	22	21	8	9	136	83
15	1	1	7	8	5	6	4	4	57	-
16	1	1	11	7	9	6	2	4	57	2
Ges.	16	16	200	151	205	143	74	72	1110	331

Tab. 2: Rücklauf der Fragebögen aus den Projekten

Je nach Projekt wurden in der Prä-Erhebung zwischen 3 und 47 Selbsteinschätzungen von den Kindern bzw. Jugendlichen vorgenommen und zwischen 7 und 53 Fremdeinschätzungsfragebögen zum Kind ausgefüllt (Eltern-/Gruppenleiterfragebogen). In der Post-Erhebung gingen zwischen 3 und 28 Selbsteinschätzungen der Kinder sowie zwischen 4 und 35 Fremdeinschätzungen zum Kind pro Projekt in die Erhebung ein. Eine Ausnahme bildet das Projekt 8, in dem aufgrund des jungen Alters der Kinder keine Selbsteinschätzungsfragebögen ausgefüllt werden konnten.

Hinsichtlich der hohen Spannweite erfasster Fragebögen in den verschiedenen Projekten ist zu beachten, dass die Projekte – ausgehend von ihren konzeptionellen Projektanträgen – zum einen unterschiedliche Förderzeiträume (ein bis drei Jahre), zum anderen unterschiedliche Förderbudgets zur Verfügung hatten, so dass durch die abweichenden Rahmenbedingungen sich auch die Möglichkeiten bzw. Ziele in der Erreichungsquote der Kinder und Jugendlichen unterschieden.

Bezogen auf die Anzahl vollständiger Prä-Post-Datensätze (N= 189) beträgt die Ausschöpfungsquote 33,9% bei insgesamt 558 erreichten Kindern (vgl. Seite 42); bezieht man alle Datensätze (t0 und t1, nur t0, nur t1, N= 301) ein, liegt eine Ausschöpfungsquote von 53,9% vor (vgl. auch Abbildungen 6 und 7). Hinsichtlich der 301 an der Befragung teilnehmenden Kinder bzw. deren Eltern und Gruppenleiter liegt eine Gesamtrücklaufquote von 62,8% mit vollständigen Prä-Post-Datensätzen vor, über die auch Veränderungen der Kinder während der Projektlaufzeit zu ermitteln sind.

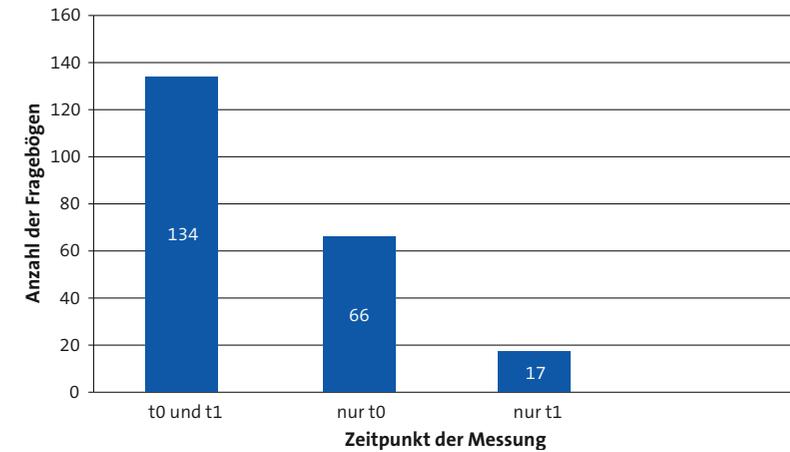


Abb. 6: Rücklauf der Kinder- und Jugendlichenfragebögen (Selbsteinschätzung)

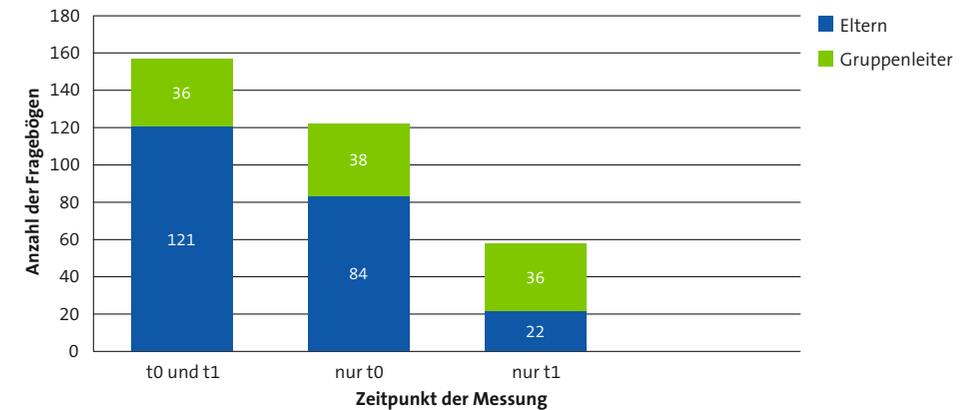


Abb. 7: Rücklauf der Eltern- und Gruppenleiterfragebögen (Fremdeinschätzung teilnehmender Kinder)



Durchweg positive Bewertung der Unterstützungsangebote

3. Ergebnisse

3.1 Strukturqualität

Einbettung der Förderprojekte in bestehende Angebotsstrukturen für Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern

In insgesamt 8 der 16 geförderten Projekteinrichtungen bestanden vor Projektbeginn Erfahrungen im Handlungsfeld der Unterstützungsangebote und Präventionsmaßnahmen für Kinder psychisch kranker oder suchtkranker Eltern in Form von Gruppenangeboten. Tabelle 3 differenziert die unterschiedlichen Angebote für Kinder und Familien mit psychisch oder suchtkranken Elternteilen weiter aus, die vor Projektbeginn in den geförderten Institutionen bereits vorgehalten wurden. Die von der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg geförderten Institutionen wiesen demnach bereits eine Expertise, zum Teil auch langjährig, mit zielgruppenspezifischen Angeboten auf; es kamen jedoch auch Projekte zur Förderung, die innovative Projektstrukturen in ihrer Region aufbauten.

Bestehende zielgruppenspezifische Gruppen vor Projektbeginn	Anzahl der anbietenden Institutionen	Durchschnittliche Gruppenanzahl pro Institution: Mittelwert (Range)	Durchschnittliche Anzahl der Kinder pro Gruppe: Mittelwert (Range)
Gruppe für Kleinkinder (0-5 Jahre)	3	1,00 (Range: 1-1)	5,00 (Range: 5-5)
Gruppe für Kinder im Grundschulalter (6-10 Jahre)	5	1,60 (Range: 1-4)	6,40 (Range: 3-10)
Gruppe für Jugendliche (11-14 Jahre)	4	1,00 (Range: 1-1)	5,00 (Range: 2-7)
Gruppe für ältere Jugendliche (15-19 Jahre)	4	1,25 (Range: 1-2)	5,00 (Range: 2-8)
altersübergreifende Gruppe	2	1,00 (Range: 1-1)	5,00 (Range: 5-5)
Eltern-Kind-Gruppe	3	2,67 (Range: 1-5)	7,00 (Range: 4-10)
Elterngruppe	2	1,00 (Range: 1-1)	3,50 (Range: 3-4)

Tab. 3: Bestehende Gruppen für Kinder in den beteiligten Institutionen vor Projektbeginn (N= 8)

Besonderer Entwicklungsbedarf für die Zielgruppe Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern wurde vor Projektbeginn von den Fachkräften in den Bereichen „Aufbau von Netzwerken und stärkere Kooperation mit bestehenden Diensten“ (5 Nennungen), „Altersgruppenspezifisches Erreichen der Kinder sucht- und psychisch kranker Eltern“ (4 Nennungen), „Aufklärungsarbeit an Schulen und Öffentlichkeitsarbeit“ (2 Nennungen) sowie „Stärkere Einbeziehung der Kinder in die Behandlung von Eltern- bzw. Mutter-Kind-Gruppen“ (2 Nennungen) gesehen. Weiterer Entwicklungsbedarf wurde in den Punkten „Motivation und Durchhaltevermögen der Eltern“, „Ausbau der finanziellen Unterstützung“, „Bereitstellung ambulanter und stationärer Versorgungsmöglichkeiten“, „Früherkennung“ sowie „Bereitstellung von Informationen für Fachkräfte“ konstatiert (Einzelnennungen). Zu einigen Aspekten wurden bereits vor Projektbeginn Initiativen ergriffen und Maßnahmen entwickelt, um den aufgeführten Bedarfen gezielt zu begegnen (vgl. Tabelle 4).

Vor Projektbeginn bestehende Entwicklungsbedarfe im Handlungsfeld Kinder psychisch oder suchtkranker Familien	Vor Projektbeginn bestehende Initiativen zur Problemlösung
Aufbau von Netzwerken und stärkere Kooperation mit bestehenden Diensten	Stärkere Vernetzung bestehender Dienste, gegenseitiges Vorstellen der Angebote und Einrichtungen, Pressemitteilungen, Konferenzen
Altersgruppenspezifisches Erreichen der Kinder und Jugendlichen suchtkranker und psychisch kranker Eltern	Fragebogenaktion für Schulkinder und Jugendliche zu ihrer Situation (Wünsche und Freizeitverhalten), Einrichtung von Patenschaften, Kinderzimmer für Krisenzeiten
Stärkere Einbeziehung der Kinder in die Behandlung von Eltern	Durchführung von Bedarfserhebungen
Motivation der Eltern	Motivations- und Informationsarbeit durch Einrichtungsmitarbeiter, attraktive Freizeitangebote
Bereitstellung ambulanter und stationärer Versorgungsmöglichkeiten	Voruntersuchungen und Screenings zur Vorbereitung und indikativen Vermittlung in bestehende Angebote

Tab. 4: Entwicklungsbedarfe und Problemlösungen vor Projektbeginn (N= 16)

Konzeption der Unterstützungsangebote

Bezogen auf das Projekt der Stiftung Kinderland gaben 10 von 16 Institutionen zu Projektbeginn an, eine verbindliche Konzeption aufzuweisen (62,5%). Sechs Einrichtungen (37,5%) planten die Umsetzung weiterer, über die Kinderunterstützungsgruppen hinausgehender Ideen; hierzu gehörten die „Förderung von Patenfamilien und Assistenzansätze von Familien“ (3 Nennungen), „Ausweitung der Kooperationen“ (2 Nennungen), „Implementierung von Mutter-Kind-Angeboten oder Mütterunterstützungsangebote MUT!“ und „Stärkung der Eltern in punkto Erziehungskompetenz“ (jeweils 1 Nennung), im Wesentlichen also die Schaffung notwendiger Kooperationsstrukturen sowie – analog zum wissenschaftlichen Kenntnisstand – die Förderung der Eltern-Kind-Beziehung bzw. der Erziehungskompetenzen betroffener Elternteile.

In der Realisierung wandten sich vier Projekte (25,0%) ausschließlich an Kinder suchtkranker Eltern, fünf Projekte ausschließlich an Kinder psychisch kranker Eltern (ohne Suchterkrankung) (31,2%) und sieben Projekte sowohl an Kinder aus psychisch als auch aus suchtkranken Familien (43,8%).

Zwei Projekte führten ausschließlich Angebote für Mädchen durch, in fünf weiteren wurden zusätzlich zu den Gruppenangeboten geschlechtsspezifische Aktivitäten angeboten. In fünf Projekten wurden zudem Kinder oder Jugendliche mit besonderem Förderbedarf (z. B. geistige oder körperliche Behinderungen) betreut; hierfür stand in zwei Institutionen eine zusätzliche Fachkraft zur Verfügung.

Hinsichtlich der methodischen Ansätze konnten in den durchgeführten Angebotsstrukturen der Projekte folgende Unterstützungsformen identifiziert werden:

- **Pädagogische, kontinuierlich stattfindende (i.d.R. wöchentliche) Gruppenangebote** für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern (8 Projekte) (50,0%)
- **Erlebnispädagogische Mehrtages-/Wochenendprojekte bzw. Intensivmaßnahmen** für Kinder und deren psychisch kranke bzw. suchtkranke Eltern (3 Projekte) (18,8%)

- **Mädchenspezifische pädagogische, kontinuierlich stattfindende (i.d.R. wöchentliche) Gruppenangebote** für Töchter psychisch kranker und suchtkranker Eltern (2 Projekte) (12,5%)
- **Manualisierte, psychoedukativ orientierte Gruppenangebote** für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern (2 Projekte) (12,5%)
- **Patenschaften** für Kinder psychisch kranker Eltern (1 Projekt) (6,2%)



Abb. 8: Methodische Ansätze der geförderten Unterstützungsangebote (N=16, Angaben in absoluten Zahlen)

Alle Projekte verstanden sich als Maßnahme der Primärprävention (frühzeitige Krankheitsvermeidung, Gesundheits- und Resilienzförderung), 14 Projekte fokussierten dabei auf die Prävention psychischer und/oder Suchterkrankungen bei den teilnehmenden Kindern; ebenso spielten Maßnahmen der Weitervermittlung in sonstige Regel- und Interventionsangebote (14 Projekte) bzw. indikativ in therapeutische Angebote eine Rolle (12 Projekte) (vgl. Abbildung 9). Die Projekte waren dabei in ihrer Umsetzung generell eher präventiv-pädagogisch und weniger therapeutisch orientiert; dies wird u.a. auch darin deutlich, dass gezielte Screenings zur Erfassung etwaiger bestehender Verhaltensauffälligkeiten mit potenziell weitergehendem Interventionsbedarf nur in drei Projekten sowie therapeutisch orientierte Maßnahmen bei bestehenden Auffälligkeiten nur in vier Projekten zu Projektbeginn eingeplant wurden.

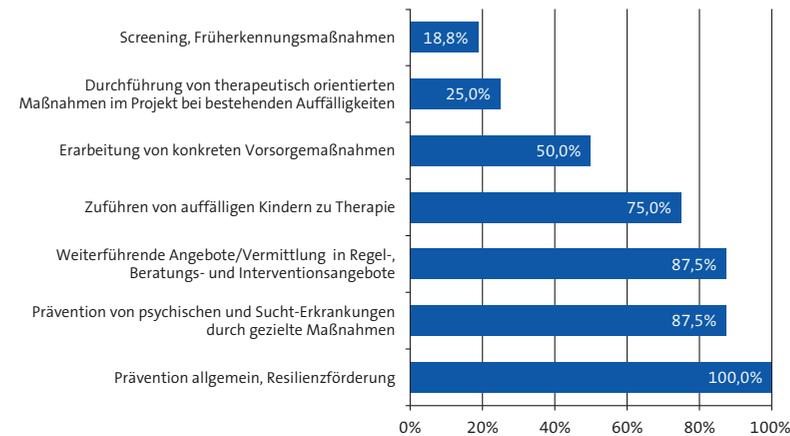


Abb. 9: Zu Projektbeginn geplante präventive und therapeutische Ansätze in den Kinderunterstützungsangeboten (N=16)

Zur Qualitätssicherung besuchten Mitarbeiter aus 15 Projekten während der Förderlaufzeit themenspezifische Fortbildungen mit einer durchschnittlichen Dauer von 1-2 Tagen. Inhaltliche Schwerpunkte dieser Fortbildungen waren u. a. die Lebenssituation von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern, Unterstützungsmöglichkeiten für betroffene Kinder und Familien (z. B. Präventionsangebote, Aufbau von Vernetzungsstrukturen, familientherapeutische Behandlungsmöglichkeiten, psychosoziale Hilfen, Basisarbeit mit Eltern), spezifische Fragestellungen zur Klientel (z. B. Drogenabhängigkeit und Schwangerschaft, Kinderschutz und Kindeswohlgefährdung) oder Ideen für die Praxis (z. B. Gestaltung der Gruppenarbeit).

Konzeptionelle Verankerung der Förderung von Lebenskompetenzen und Präventionselementen in den Kinderunterstützungsangeboten

Eine psychische oder Suchterkrankung einer Hauptbezugsperson kann einen Risikofaktor oder bedeutsamen Stressor in der kindlichen Entwicklung darstellen; dem stehen risikomildernde kind- und umgebungsbezogene Schutzfaktoren gegenüber, welche die Resilienz des Kindes unterstützen und somit zu einer Bewältigung der familiären Belastungssituationen und einer Reduktion von Entwicklungsrisiken beitragen. Die Akzentuierung und Förderung von Lebenskompetenzen in Präventionsangeboten kann als

Umsetzungsstrategie des Risiko- und Schutzfaktorenmodells interpretiert werden und zielt auf den Aufbau oder die Verbesserung vorhandener intrasubjektiver auch interpersonaler Schutzfaktoren. Nach der BzGA (2005, S. 16) weist der Kompetenzbegriff „zum einen auf die Zuständigkeit für die eigene Gesundheit im Sinne von Verantwortlichkeit und Selbstbestimmung hin, bedeutet aber auch gleichzeitig, die persönlichen Voraussetzungen und Fähigkeiten zu eben dieser Zuständigkeit zu besitzen“. Die von der WHO (1994) als gesundheits- und präventionsrelevant postulierten zehn Lebenskompetenzen umfassen die Bereiche (BzGA, 2005):

- **Selbstwahrnehmung:** Einschätzung der eigenen Person, der Stärken und Schwächen sowie Wünsche und Abneigungen
- **Empathie:** Fähigkeit, sich in andere (fremde) Personen hineinzusetzen sowie andere Sichtweisen verstehen und akzeptieren zu können
- **Kreatives Denken:** Fähigkeit, Alternativen für Handlungen zu finden und auf verschiedene Konsequenzen hin zu überdenken, wobei Kreativität zur verbesserten flexiblen Bewältigung von Alltagssituationen beiträgt
- **Kritisches Denken:** Fertigkeit, Informationen und Erfahrungen objektiv und distanziert zu analysieren
- **Entscheidungsfähigkeit:** Fähigkeit, konstruktiv mit (Alltags-)Entscheidungen und deren Konsequenzen umgehen zu können
- **Problemlösefertigkeit:** Fähigkeit, Probleme systematisch und effektiv anzugehen
- **Effektive Kommunikationsfertigkeit:** Angemessene Äußerung verbaler und nonverbaler Meinungen und Wünsche, Bedürfnisse und Ängste
- **Interpersonale Beziehungsfertigkeit:** Fähigkeit, Freundschaften und gute Beziehungen zu schließen und aufrecht zu halten bzw. auch konstruktiv zu beenden
- **Gefühlsbewältigung:** Bewusstwerden über eigene und fremde Gefühle sowie die Fertigkeiten, angemessen mit Gefühlen umgehen zu können
- **Stressbewältigung:** Erkennen der Ursachen, welche Stressempfindungen hervorrufen, sowie das Wissen um Strategien, das Stressniveau zu regulieren

Zu Beginn des Projektes wurden die Projekte danach befragt, welche Lebenskompetenzen sie bei den Kindern und Jugendlichen fördern wollten; ergänzend zu den WHO-Lebenskompetenzen wurde hier die Kategorie Entspannung erfasst als Fähigkeit, Anspannungen und Ängste zu regulieren und eine positive psychophysische Grundstimmung herzustellen, da dies von vielen Projekten als zu fördernder Zielbereich in der Projektplanung benannt wurde. Alle Projekte planten die Förderung der Selbstwahrnehmung der Kinder sowie die Unterstützung eines konstruktiven Umgangs mit Gefühlen; nahezu alle Projekte beabsichtigten zudem die Förderung von Kreativität/kreativem Denken sowie Stressbewältigung (vgl. Abbildung 10).

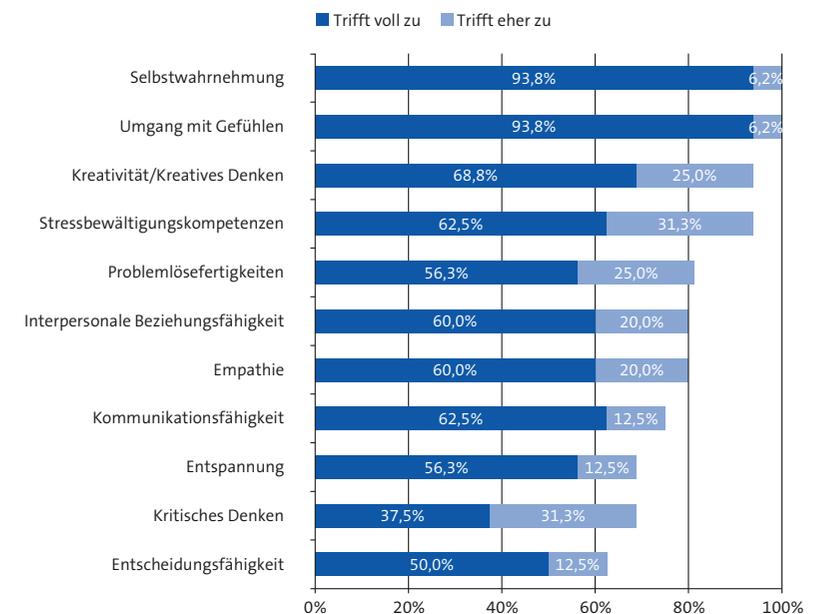


Abb. 10: Zustimmung zu WHO-Lebenskompetenzbereichen, die zu Projektbeginn in den Kinderunterstützungsangeboten gefördert werden sollten (N= 16, Skala von 1= „trifft nicht zu“ bis 5= „trifft voll zu“; Angabe der Top Boxes als Maß der hohen Zustimmung = Werte 4 und 5)

Die Förderung der WHO-Lebenskompetenzen wurde also in allen Projekten angestrebt mit einer deutlichen Betonung emotionaler Selbstreflexion und Fertigkeiten gegenüber anderen Bewältigungsformen wie interaktionellen oder kognitiven Fertigkeiten.

Zu Beginn des Projektes wurden die Projekte ebenfalls danach befragt, welche Handlungsziele der Prävention sie zur Unterstützung der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen in den vorgesehenen Kindergruppenangeboten umsetzen wollten. Hier gaben alle Projekte einstimmig an, dass die Stärkung des Selbstbewusstseins der Kinder im Mittelpunkt stehen sollte, gefolgt von der Unterstützung im Umgang mit Konflikten und Krisen, der Unterstützung im Umgang mit den Eltern bzw. der elterlichen Erkrankung und der Förderung von Eigeninitiative.

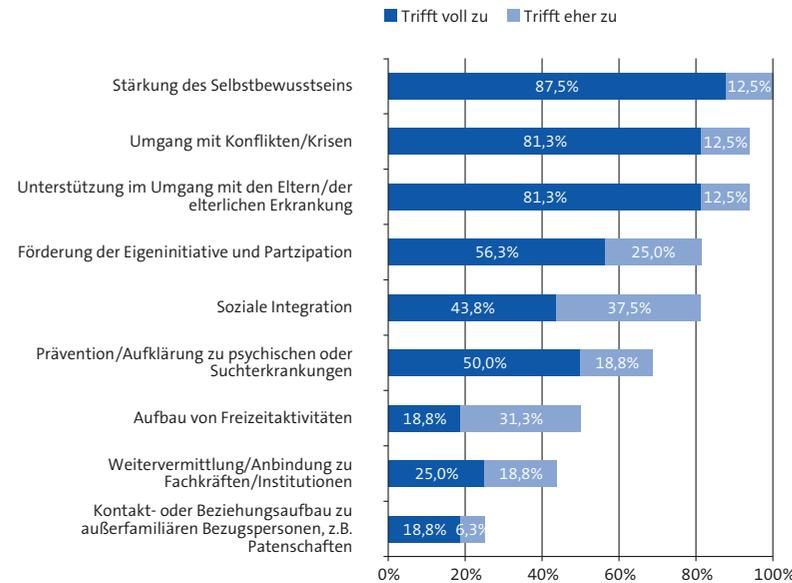


Abb. 11 : Zustimmung zu präventiven Handlungselementen, die zu Projektbeginn in den Kinderunterstützungsangeboten geplant wurden (N= 16, Skala von 1= „trifft nicht zu“ bis 5= „trifft voll zu“, Angabe der Top Boxes als Maß der hohen Zustimmung = Werte 4 und 5)

In Kapitel 3.2.1 wird darauf eingegangen, inwiefern die Projekte in der Realisierung der Gruppenstunden für Kinder und Jugendliche Lebenskompetenzen auch gefördert haben und welche Präventionselemente zum Einsatz kamen.

Geplante und erreichte Anzahl von Kindern und Jugendlichen in den Kinderunterstützungsangeboten

Die Projektverantwortlichen gaben zu Beginn und zum Ende des Projekts an, wie viele Kinder sie innerhalb ihres Projektes erreichen wollten bzw. dann tatsächlich erreicht hatten. Tabelle 5 dokumentiert die geplante und realisierte Erreichungsquote, unterschieden nach Projekten für Kinder psychisch kranker Eltern, für Kinder suchtkranker Eltern und Projekten, die sowohl an Kinder von psychisch kranken als auch Kinder von suchtkranken Eltern gerichtet waren. In Tabelle 6 wird die Erreichungsquote mit den jeweiligen Altersgruppen und Angebotsstrukturen zusätzlich nach Projekten aufgeschlüsselt.

Zielgruppenausrichtung	Anzahl der Projekte	Durchschnittliche Anzahl der Kinder pro Projekt		Durchschnittliche Angabe der Altersgruppe	
		Geplant	Erreicht	Geplant	Erreicht
Projekte für Kinder psychisch kranker Eltern	5	31 (Range: 5-100)	24 (Range: 10-50)	2-18 Jahre	1-18 Jahre
Projekte für Kinder suchtkranker Eltern	4	37 (Range: 8-70)	29 (Range: 13-60)	3-18 Jahre	1-17 Jahre
Projekte für Kinder sowohl psychisch kranker als auch suchtkranker Eltern	7	13 Kinder psychisch kranker Eltern (Range: 6-20)	50 Kinder psychisch kranker Eltern (Range: 10-115; Angaben aus 6 Projekten)	0-18 Jahre	0-18 Jahre
		13 Kinder suchtkranker Eltern (Range: 6-20)	6 Kinder suchtkranker Eltern (Range: 5-7; Angaben aus 3 Projekten)		

Tab. 5: Geplante und realisierte Erreichungsquote (N=16)

In den Projekten für Kinder psychisch kranker Eltern und in den Projekten für Kinder suchtkranker Eltern konnten etwas weniger Kinder erreicht werden als ursprünglich geplant. Projekte, die sich an beide Zielgruppen richteten, erreichten deutlich mehr Kinder psychisch kranker Eltern, jedoch weniger Kinder aus suchtkrankeren Familien als vorgesehen. Die etwas höhere geplante Erreichungsquote ist ggf. auch auf eine Unterschätzung der besonderen Schwierigkeiten in den Zugangswegen und/oder auf eine besonders hohe Motivation der Projektmitarbeiter, betroffene Kinder erreichen und unterstützen zu wollen, zu Projektbeginn zurückzuführen.

Auch wenn die Erreichungsquote in der Realisierung etwas niedriger ausfiel, konnten laut Projektangaben nach Laufzeitende insgesamt mindestens 558 Kinder in dem Gesamtförderprogramm erreicht und in ihrer spezifischen Lebenssituation durch Gruppen- oder andere Angebote unterstützt werden.

Zielgruppenausrichtung	Projektlaufzeit in Jahren	Methodischer Ansatz	Anzahl der Kinder		Altersgruppe	
			Geplant	Erreicht	Geplant	Erreicht
Projekte für Kinder psychisch kranker Eltern	3	Patenschaften	20	50 (sowie 2 Kinder suchtkranker Eltern)	2-18 Jahre	1-18 Jahre
	1	Pädagogisches Gruppenangebot	10	10	5-9 Jahre	5-9 Jahre
	2	Pädagogisches Mehrtages- bzw. Wochenendangebot	20	12	6-12 Jahre	7-14 Jahre
	3	Pädagogisches Gruppenangebot	5	15	4-7 Jahre	5-8 Jahre
	3	Therapeutisch orientiertes, manualisiertes Angebot	100	34	6-12 Jahre	6-13 Jahre
Projekte für Kinder suchtkranker Eltern	3	Pädagogisches Gruppenangebot	8	13	6-8 Jahre	5-11 Jahre
	3	Pädagogisches Gruppenangebot	20	60	6-12 Jahre	6-15 Jahre
	3	Pädagogisches Mehrtagesangebot	70	14	3-14 Jahre	1-10 Jahre
	3	Pädagogisches Gruppenangebot	50	29	3-18 Jahre	5-17 Jahre

Anzahl durchgeführter Kindergruppen		Angebotsstruktur	
Geplant	Erreicht	Geplant	Erreicht
entfällt	entfällt	1-2 Mal pro Woche Kontakt zur Patenfamilie	o.A.
1 Kindergruppe mit 10 Kindern	1 Kindergruppe mit 10 Kindern	1 Mal pro Woche	1 Mal pro Woche
1 Kindergruppe mit 3 Phasen mit 8-10 Kindern	1 altersübergreifende Gruppe mit 6 Kindern, 1 Gruppe für Eltern mit 2 Erwachsenen	1 Mal pro Woche	1 Mal pro Woche
1 Kleinkindgruppe mit 4-6 Kindern	1 Kindergruppe mit 6 Kindern	1 Mal pro Woche	1 Mal pro Woche
Mehrere Kindergruppen mit 8 Kindern	4 Kindergruppen mit 8 Kindern	1 Mal pro Woche (jeweils 1 Quartal lang)	1 Mal pro Woche (10-12 Termine)
1 Kindergruppe mit 8 Kindern	1 Kindergruppe mit 8-10 Kindern	1 Mal pro Woche	1 Mal pro Woche
1 Kindergruppe mit 6-8 Kindern, 1 Jugendlichengruppe mit 6-8 Jugendlichen, 1 Elterngruppe mit 8 Erwachsenen	2 Kindergruppen mit 10 Kindern, 2 Jugendlichengruppen mit 8 Jugendlichen, 1 Gruppe für ältere Jugendliche mit 6 Jugendlichen, 4 altersübergreifende Gruppen, 1 Eltern-Kind-Gruppe	1 Mal pro Woche	1 Mal pro Woche
1 Eltern-Kind-Gruppe	4 Eltern-Kind-Gruppen	1 Mal im Quartal	1 Mal im Quartal
1 altersübergreifende Gruppe mit 5-12 Kindern/Jugendlichen	Mehrere altersübergreifende Gruppen mit ca. 5-8 Kindern/Jugendlichen, Eltern-Kind-Gruppe	2 Mal pro Monat	Intensivmaßnahme plus Kindergruppe

Zielgruppenausrichtung	Projektlaufzeit in Jahren	Methodischer Ansatz	Anzahl der Kinder		Altersgruppe	
			Geplant	Erreicht	Geplant	Erreicht
Projekte für Kinder sowohl psychisch kranker als auch suchtkranker Eltern	3	Pädagogisches Gruppenangebot	k. A.	50 Kinder psychisch kranker Eltern	0-18 Jahre	0-18 Jahre
	2	Pädagogisches Gruppenangebot ausschließlich Mädchengruppe	20 Kinder psychisch kranker und 20 Kinder suchtkranker Eltern	10 Kinder psychisch kranker Eltern und 5 Kinder suchtkranker Eltern	9-13 Jahre	k. A.
	3	Therapeutisch orientiertes, manualisiertes Angebot	k. A.	99 Kinder psychisch kranker und 7 Kinder suchtkranker Eltern	4-17 Jahre	4-15 Jahre
	3	Pädagogisches Gruppenangebot	6 Kinder psychisch kranker und 6 Kinder suchtkranker Eltern	k. A.	6-12 Jahre	8-14 Jahre
	3	Pädagogisches Gruppenangebot	k. A.	115 Kinder psychisch kranker Eltern	6-18 Jahre	0-18 Jahre
	3	Pädagogisches Gruppenangebot	20 Kinder psychisch kranker Eltern und 20 Kinder suchtkranker Eltern	14 Kinder psychisch kranker Eltern und 6 Kinder suchtkranker Eltern	Ab 8 Jahre	8-12 Jahre
	2	Pädagogisches Gruppenangebot ausschließlich Mädchengruppe	6 Jugendliche psychisch kranker Eltern und 6 Jugendliche suchtkranker Eltern	13 Jugendliche psychisch kranker Eltern	13-16 Jahre	13-15 Jahre

Anzahl durchgeführter Kindergruppen		Angebotsstruktur	
Geplant	Erreicht	Geplant	Erreicht
1 Kindergruppe mit 8 Kindern	1 Kindergruppe mit 14 Kindern	1 Mal pro Woche	1 Mal pro Woche
1 Jugendlichengruppe mit 8 Jugendlichen	1 Kindergruppe mit 6 Kindern	1 Mal pro Woche	1 Mal pro Woche
k. A.	7 Kinder- und Jugendlichengruppen	1 Mal pro Woche	1 Mal pro Woche
2 Kindergruppen mit jeweils 6 Kindern, 1 Jugendlichengruppe mit ca. 7 Jugendlichen	1 altersübergreifende Gruppe mit 5-6 Kindern/ Jugendlichen	1 Mal pro Woche	1 Mal pro Woche
2 Kindergruppen mit 8 Kindern, 1 Jugendlichengruppe mit 7 Jugendlichen	1 Gruppe für Kleinkinder, 1 Gruppe für Kinder mit jeweils 12 Kindern, 1 Gruppe für Jugendliche mit 8 Jugendlichen, 1 Gruppe für ältere Jugendliche mit 5 Jugendlichen, 1 Gruppe für Eltern mit 5-8 Erwachsenen	2 Mal pro Monat je Gruppe	2 Mal pro Monat je Gruppe
1 Kindergruppe mit 8 Kindern, 1 Gruppe für Jugendliche mit 8 Jugendlichen, 1 Gruppe für ältere Jugendliche mit ca. 8 Jugendlichen	3 Kindergruppen mit 7 Kindern	1 Mal pro Woche	1 Mal pro Woche
1 Jugendlichengruppe mit 6 Jugendlichen	1 Jugendlichengruppe mit 13 Kindern pro Gruppe	1 Mal pro Woche	1 Mal pro Woche

Tab. 6: Geplante und erreichte Zielgruppengröße mit Alters- und Gruppenangebotsstruktur (N=16)¹

¹ Die in den Tabellen verwendete Reihenfolge entspricht nicht der Reihenfolge der dargestellten Projekte im zweiten Teil der Publikation; entsprechend sind Rückschlüsse auf Einzelprojekte aus den angegebenen Daten außer beim Patenschaftsprojekt nicht möglich.

Psychische Krankheitsbelastung der Eltern teilnehmender Kinder

Nach einer groben Einschätzung der Projektmitarbeiter zu Projektende waren die Eltern teilnehmender Kinder von einer hohen Bandbreite psychischer Erkrankungen, vorrangig aber von affektiven Störungen (hier insbesondere von depressiven Erkrankungen) betroffen (vgl. Abbildung 12).

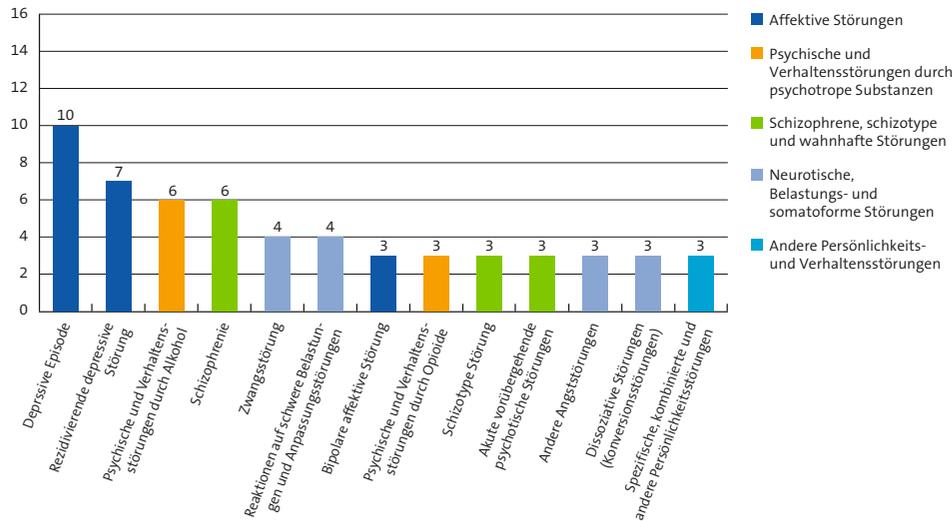


Abb. 12: Einschätzungen der Erkrankungsarten der Eltern teilnehmender Kinder aus Sicht der Projektmitarbeiter (N=16, Mehrfachnennungen möglich (insg. 58 Nennungen), Angaben in absoluten Zahlen)

Dabei ist zu beachten, dass in der Versorgung psychisch kranker Erwachsener die Belastung durch komorbide Störungen zunehmend an Bedeutung gewinnt, entsprechend bei erkrankten Eltern eher mehrere als nur eine psychiatrische Diagnose zu erwarten sind und affektive Störungen häufige Begleiterkrankungen anderer Störungsbilder darstellen (vgl. zusammenfassend z.B. Gouzoulis-Mayfrank et al., 2008).

67,0% der befragten Eltern, die selbst einen Bogen ausfüllten, gaben eine eigene psychische Erkrankung oder Suchterkrankung an, 20,6% waren nicht selbst betroffen und 12,4% machten hierzu keine oder unvollständige Angaben. Das Auftreten von Einfach- oder Doppeldiagnosen nach Selbst-

auskunft der Eltern wird in Abbildung 13 dargestellt; unter den Elternteilen mit vorhandener Selbstaussage zur eigenen Erkrankung – als streng valide gewertete Angaben im Vergleich zu Fremdeinschätzungen durch jugendliche Kinder oder Gruppenleiter – befanden sich demnach 40,0%, die von Mehrfachdiagnosen betroffen waren. Diese Elterngruppe ist insofern von besonderer praxisorientierter Bedeutung für die Kinderunterstützungsangebote, da das Vorhandensein mehrerer psychiatrischer Störungsbilder in vielen Studien als hoher Risikofaktor für die kindliche Entwicklung gewertet wird (Wiegand-Grefe et al., 2011a) und gerade für diese Zielgruppe Unterstützungsangebote zur Resilienzförderung und Prävention eigener psychischer Erkrankungen daher von besonderer Relevanz sind.

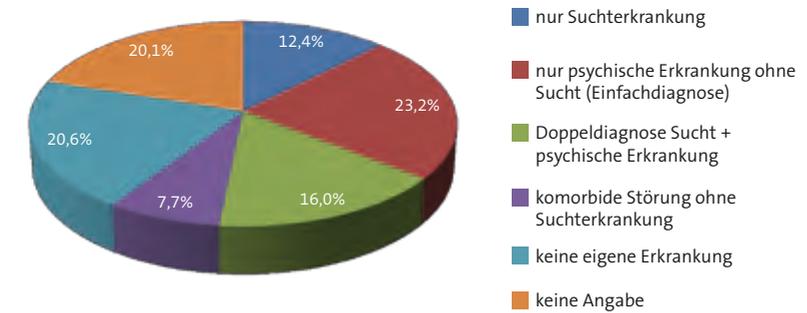


Abb. 13: Einfach- und Mehrfachdiagnosen psychischer und/oder Suchterkrankungen: Selbstaussage der Eltern (N=205)

3.2 Prozessqualität

3.2.1 Gruppenangebote für Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern

Die folgenden Ergebnisse beruhen auf den Daten des Fragebogens zur Projektgruppeneinheit, die die Gruppenleiter nach jeder Gruppenstunde mit Kindern, Jugendlichen und/oder Eltern ausfüllen sollten. Dabei entfällt aus dieser Darstellung das Patenschaftsprojekt, da dieses gemäß der Projektkonzeption keine Kindergruppenangebote vorhielt.

Teilnehmerzahlen in den durchgeführten Kindergruppenangeboten

In den dokumentierten Gruppenstunden für Kinder und Jugendliche waren durchschnittlich 5,44 Kinder (sd= 3,72) anwesend, zwar mit einer insgesamt

großen Spannweite zwischen 1 und 30 Kindern, jedoch mit einem deutlichen Schwerpunkt auf Kindergruppengrößen mit bis zu 7 Kindern, wie dies auch in Abbildung 14 deutlich wird.

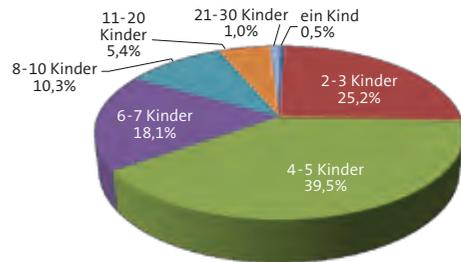


Abb. 14: Anzahl teilnehmender Kinder an Gruppenangeboten (N= 1099 Angaben aus 1110 Projektgruppeneinheiten in 15 Projekten)

In den gemischtgeschlechtlichen Gruppenstunden, die sich in ihrer Konzeption also nicht ausschließlich an Mädchen richteten, waren durchschnittlich eher mehr Jungen als Mädchen anwesend (Jungen \bar{x} = 3,02 (sd= 2,03), Mädchen \bar{x} = 2,51 (sd= 1,91), vgl. Abbildung 15).

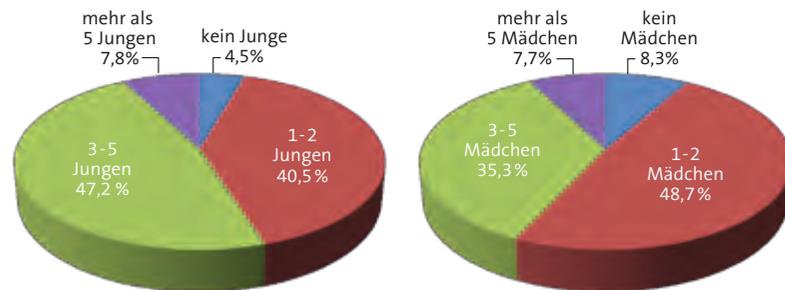


Abb. 15: Anzahl teilnehmender Jungen und Mädchen an den Gruppenangeboten (N= 995 Angaben aus 1110 Projektgruppeneinheiten in 13 Projekten unter Ausschluss der mädchenspezifischen Projekte)

In 19,1% der dokumentierten Gruppenstundenangebote waren Elternteile anwesend. Soweit an Eltern gerichtete Gruppenangebote vorgehalten wurden bzw. diese an den Kindergruppenangeboten anwesend sein konnten, nahmen in diesen Gruppenstunden zwischen 1 und 16 Elternteile (\bar{x} = 3,86, sd= 2,84) (vgl. Abbildung 16) teil.

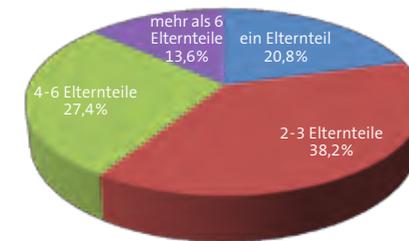


Abb. 16: Anzahl teilnehmender Eltern an den Gruppenangeboten (N= 212 Angaben aus 1110 Projektgruppeneinheiten in 15 Projekten)

Zeitliche Struktur und Inhalte der Kindergruppenangebote

Die Dauer der durchgeführten Gruppenstunden reichte von 20 bis zu 320 Minuten (\bar{x} = 116 Minuten, sd= 56,6), bei ein- oder mehrtägigen Angeboten von 1 bis zu 8 Tagen, z. B. bei Ferienfreizeiten (\bar{x} = 1,41 Tage, sd= 1,23) (vgl. Abbildung 17).

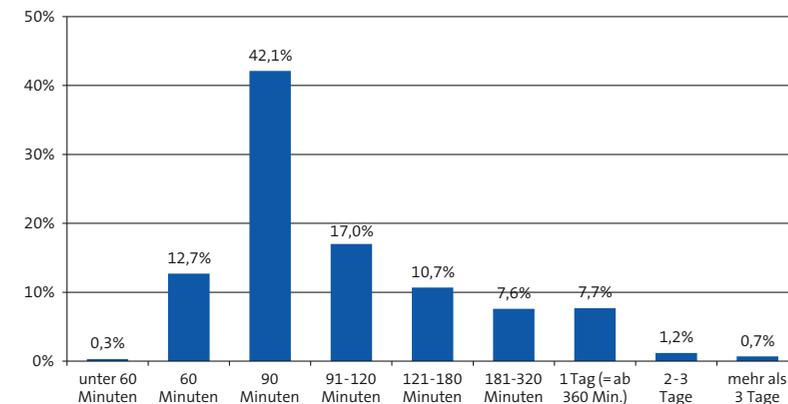


Abb. 17: Dauer der durchgeführten Gruppeneinheiten (N= 1110 Projektgruppeneinheiten in 15 Projekten)

Die Inhalte und Aktivitäten sowie die eingesetzten Methoden, die in dem begleitenden Fragebogen zur Projektgruppeneinheit dokumentiert wurden, sind in den nachfolgenden Tabellen 7 bis 10 veranschaulicht, unterschieden nach den methodischen Ausrichtungen der Projekte. Dabei wird ersichtlich, dass in allen methodischen Ansätzen Gesprächsrunden und die Verbalisierung von Befindlichkeiten, gemeinsame Aktivitäten (bzw. auch Spiele) sowie die kindgerechte, gruppenspezifisch angepasste Thematisierung der elterlichen Erkrankung im Vordergrund standen.

Projektausrichtung	Exemplarische Themen/Inhalte (Häufige Nennungen)	Exemplarische Methoden (Häufige Nennungen)
Regelmäßige, meist wöchentliche pädagogische Gruppenangebote (8 Projekte, N=808 Bögen)	Alters- und entwicklungsadäquate Informationsvermittlung (Aufklärung über psych. Erkrankungen bzw. Sucht und Umgang damit), Ausdruck von Gefühlen und Befindlichkeiten, Förderung der Selbstwahrnehmung, Stärkung des Selbstwerts, Sammeln positiver Erfahrungen/Erlebnisse, Erleben gruppendynamischer Prozesse (Begrüßung, Abschied, Regelerarbeitung), Zusammensein in der Gruppe	Gesprächsrunde (Blitzlicht), jahreszeitbezogene Aktivitäten, Spiele zu gruppendynamischen Prozessen (an Gruppenphasen orientiert), freies Spiel, Interaktionsspiele, Kreativangebote, Bewegungsangebote, Geburtstage, Feste und Feiern, Ausflüge

Exemplarische Zitate aus den Experteninterviews zum Verlauf der pädagogischen Gruppenstunden

„Wir spielen am Anfang immer ein gemeinsames Interaktionsspiel ... und dann singen wir gemeinsam, diese erste Einheit dauert ungefähr eine halbe Stunde ..., dann machen wir eine kurze Pause mit gemeinsamem Trinken und Essen und die Kinder haben die Möglichkeit, dort auch mal frei zu spielen. Da ergeben sich auch immer Situationen, dass die Kinder auch noch einmal alleine zu mir kommen ... und der zweite Teil ist dann thematisch geprägt, das entscheidet auch immer der Gruppenprozess, aber ich habe immer etwas vorbereitet. Eine typische Gruppenstunde wäre zum Beispiel, wir gehen zusammen in den Tonraum und gestalten etwas aus Ton. Oder wir haben auch schon Bücher zur Thematik gelesen ... und dass wir dann daraus gestalterisch auch arbeiten und dann schließen wir die Stunde auch immer gleich ab, kommen alle noch einmal zusammen ...“

„Zunächst haben wir mit einer Anfangsrunde begonnen, wir hatten eine Dinouhr, wo unterschiedliche Dinos mit unterschiedlichen Gefühlen abgebildet waren, wo man einfach sagt, wie komm ich heute hier an, was habe ich vielleicht Schönes erlebt am Tag, was habe ich vielleicht Schlechtes erlebt. ... Dass man ein Stimmungsbild bekommt, wie die Kinder in der Gruppe starten. Dann ging's meistens nach dem Gruppenplan, wir schauen uns z. B. ein Bilderbuch zum Thema psychische Erkrankungen an oder wir machen etwas zum Thema Familie ... meistens haben wir immer noch ein Spiel gemacht ... und geendet hat unsere Gruppe immer mit einer Komplimente-Runde, das heißt, dass wir eine kleine Glücksmurmelt hatten, die reihum ging und wo jedes Kind dem anderen sagen konnte, was es besonders gut an dem Kind heute fand.“

Tab. 7: Inhalte, Methoden & exemplarische Zitate aus den Experteninterviews zu den pädagogischen Gruppenangeboten

Projektausrichtung	Exemplarische Themen/Inhalte (Häufige Nennungen)	Exemplarische Methoden (Häufige Nennungen)
Erlebnispädagogische Mehrtages-/ Wochenendprojekte bzw. Intensivmaßnahmen für Kinder und Eltern (3 Projekte, N=127 Bögen)	Gespräche über die Familiensituation (Austausch über Erziehungserfahrungen/-fragen), Förderung der Eltern-Kind-Interaktion und des Beziehungsverhaltens, Alltags- und Freizeitgestaltung, Kennenlernen neuer Bewältigungsstrategien bzw. funktioneller Verhaltensweisen, Kreativität und Spielfreude, Verminderung sozialer Isolation	Ausflug, Gespräche, Mutter-Kind-Parcours, Kreative Gruppenarbeit, Bewegungsspiele, Interaktions- und Kommunikationsspiele, gruppendynamische Spiele, Rollenspiele, Theaterarbeit, Kinderpsychodrama

Exemplarische Zitate aus den Experteninterviews zum Verlauf der Intensivmaßnahmen für Kinder und Eltern

„Wenn wir dann unterwegs waren, dann war's ganz klassisch, wie das dann halt einfach auch so ist, ankommen, auspacken, zunächst mal gemeinsam Regeln aufstellen, Erwartungen ans Wochenende, Befürchtungen, Speiseplan geschrieben, Haushaltsplan geschrieben. Also alles immer zusammen mit den Klienten, die aber auch sehr stark in die Verantwortung genommen wurden – vor allem bei größeren Kindern haben wir schnell gemerkt, dass sich die Eltern schnell rausziehen möchten und so die Verantwortung der Kinder uns übertragen; die eigenen Bedürfnisse der Eltern waren eigentlich immer sehr stark im Vordergrund, sodass wir immer wieder explizit drauf hinweisen mussten, dass sie die Verantwortung für ihre Kinder übernehmen. ... An den Wochenenden haben wir viele Interaktionsspiele, viel erlebnispädagogische Elemente gemacht, wo es immer wieder stark darum geht, dass die Eltern etwas mit ihren Kindern zusammen machen, ... die Eltern halt bewusst mit ihren Kindern in die Interaktion gehen ... Es ging auch um viele tagesstrukturierende Maßnahmen, gerade bei den kleineren Kindern, z. B. Mittagsschlaf einhalten, zusammen überlegen, was für Abendrituale kann es denn geben ... es ging auch viel um gesunde Ernährung.“

„Wir fahren gemeinsam dann nach (Ort) ... Zur Tagesstruktur: Wir haben zweimal mit den Erwachsenen Therapiegruppen in dieser Zeit, für die Kinder oder Jugendlichen ein eigenständiges Kreativangebot, wie Basteln, Theaterspielen oder was draußen. Einmal am Tag gibt's dann von elf bis zwölf eine therapeutische Kindergruppe, wo es schwerpunktmäßig auch nochmal um das Thema Alkohol geht.“

Tab. 8: Inhalte, Methoden & exemplarische Zitate aus den Experteninterviews zu den Intensivmaßnahmen

Projektausrichtung	Exemplarische Themen/Inhalte (Häufige Nennungen)	Exemplarische Methoden (Häufige Nennungen)
Mädchenspezifische Angebote (2 Projekte, N=92 Bögen)	Ausdruck von Gefühlen und Befindlichkeiten, (Verbalisierung aktueller Geschehnisse, Emotionen), Grenzen/Selbstbehauptung, Probleme und Sorgen von Erwachsenen (Auseinandersetzung mit psychischer Erkrankung/Sucht), Ressourcenstärkung und Stärkung der Selbstwahrnehmung	Gesprächsrunde, Körper- und Entspannungsübungen, Bewegungsspiele/Tanzen, künstlerische und kreative Angebote, Genogrammarbeit, jahreszeitliche Aktivitäten und Ausflüge, Rollenspiele

Exemplarische Zitate aus den Experteninterviews zum Verlauf der mädchenstpezifischen Gruppenstunden

„Wir haben teilweise etwas vorbereitet und teilweise aber auch gemeinsam die Mädchen planen lassen, z.B. Bogenschießen gehen, Schnitzen ... Dieses Kreative war auch das, was die Mädchen verbunden hat, also das hat ihnen total Spaß gemacht, da konnte auch jede aufhören, wenn sie wollte, hatte auch diese Freiheit, das war ganz wichtig: Wenn die Mädchen nur für sich waren und auch spielen konnten und so Kontakt halten konnten, da kamen schon auch manchmal Gespräche auf zwischen den Mädchen, wie ist das bei deinem Vater, der ja auch krank ist ... die setzen sich doch damit auseinander ... wir haben ja auch kindgerechte Aufklärung gemacht, aber da hatten die manchmal so gar keine Lust drauf, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen, aber eben in diesen Freiräumen, da kamen dann solche Gespräche auf.“

„Wir hatten eine kurze Runde, wo die Mädchen sich präsentiert haben mit dem, was gerade los ist bei ihnen zuhause, in der Schule oder mit Freunden und dann haben wir eine Entspannungsphase, so eine Selbstberuhigungsphase gemacht ... und dann haben wir das Thema, was von den Mädchen eingebracht war oder ein Thema von uns im Sinne von Ressourcen, Ziele, Selbstwert umgesetzt über verschiedene Methoden.“

Tab. 9: Inhalte, Methoden & exemplarische Zitate aus den Experteninterviews zu den mädchenstpezifischen Gruppenangeboten

Projektausrichtung	Exemplarische Themen/Inhalte (Häufige Nennungen)	Exemplarische Methoden (Häufige Nennungen)
Psychoedukativ ausgerichtete Gruppen mit manualisiertem Konzept (2 Projekte, N=83 Bögen)	Psychoedukation, Klären der für die Kinder relevanten Fragen (Auseinandersetzung mit elterlicher Erkrankung/Sucht bzw. Auswirkungen auf die Familie und Umgang damit), Arbeit am Selbstkonzept und Stärkung des Selbstwertgefühls, Wahrnehmung eigener Emotionen, Stärkung der Handlungskompetenz (Bewältigungsstrategien aus- und aufbauen, Umgang mit Schuldgefühlen, Notfallplan/ Krisenmanagement), Kennenlernen gruppendynamischer Prozesse	Gesprächsrunde, Geschichte, Stimmungsabfrage („Wetterbericht“), Wochenrückblick, Teamarbeit/Spiele zu gruppendynamischen Prozessen (an Gruppenphasen orientiert), Spiele zur Körperwahrnehmung, Erstellung von Notfallplänen

Exemplarische Zitate aus den Experteninterviews zum Verlauf der psychoedukativ ausgerichteten Gruppenstunden

„Also eine charakteristische Stunde sah so aus, dass am Anfang die Stimmungskärtchen ausgeteilt worden sind, die jedes Kind beschrieben hat, dies waren so Wetterberichts-kärtchen, das Kind dann jeweils gesagt hat, wie es sich heute fühlt und dann benannt hat warum ... Dann ist z.B. eine Schatzkiste gebastelt worden, wo die Kinder verschiedene Dinge für sich reinpacken können, die sie weiter stärken können ... Dabei hat man die Kinder unterschiedlich intensiv unterstützt oder die Kinder unterstützen sich gegenseitig. Dann wird zwischendurch gespielt, das ist ganz wichtig für die Kinder, dass gespielt wird und Spaß gehabt wird ... Was wir immer wieder machen, sind Rollenspiele, wo es um Situationen geht für die Kinder, die typisch sind: Was mache ich denn, wenn ich zuhause eine kranke Mama habe und eigentlich trotzdem gerne meine Freundin einladen möchte? Oder wie geht's mir denn damit, wenn ich in der Schule bin und auf dem Pausenhof blöd angesprochen werde von einem Klassenkameraden auf meine Mutter oder auf meinen Vater? Wie kann ich mich denn da so verhalten, dass es mir besser geht? ... Und zum Schluss dann gibt's dann so eine Süßigkeitenkiste, die rumgeht und wo dann alle nochmal berichten, wie ihnen die Gruppenstunde gefallen hat, was einem gefallen hat oder was einem nicht so gut gefallen hat und dann vergehen eineinhalb Stunden im Flug.“

Tab. 10: Inhalte, Methoden & exemplarische Zitate aus den Experteninterviews zu den psychoedukativ ausgerichteten Gruppenangeboten

Realisierte Förderung von WHO-Lebenskompetenzen in den Kindergruppenangeboten

Abbildung 18 verdeutlicht, welche WHO-Lebenskompetenzen in den Gruppenangeboten für die Kinder und Jugendlichen in Relation zur Planung tatsächlich realisiert wurden. Die angegebenen Werte „erreichte Ziele“ basieren auf der Summe der subjektiven Bewertung der durchgeführten und evaluierten Gruppenstunde durch die Gruppenleiter hinsichtlich der vorgegebenen Lebenskompetenzen, gemittelt über die Projekte.

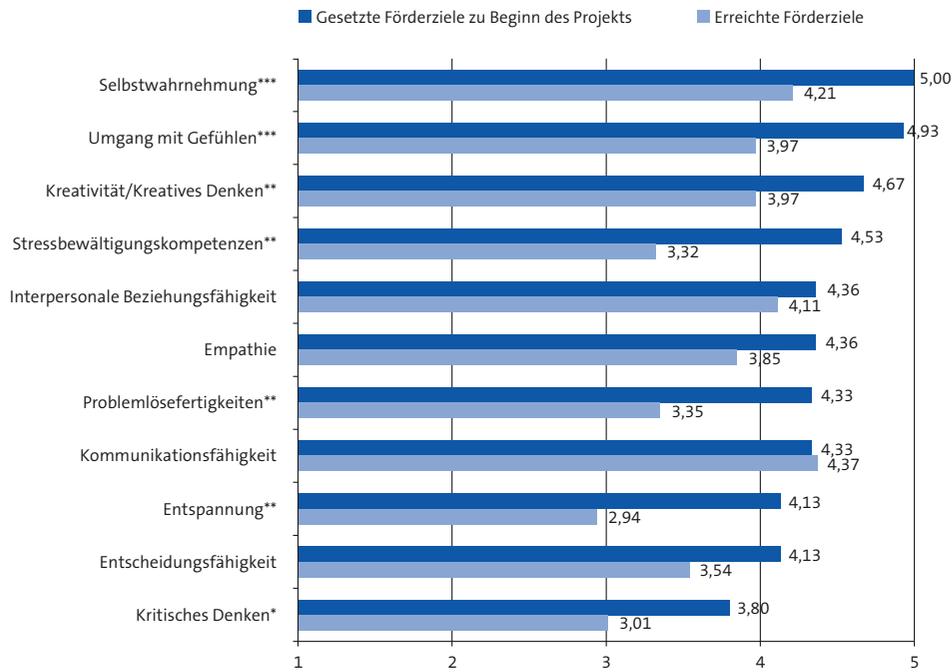


Abb. 18: Vergleich der angestrebten und tatsächlich geförderten WHO-Lebenskompetenzen in den Projektgruppenstunden (Projektbeginn N= 15 Angaben aus Projektstrukturfragebogen, Projektverlauf N= 1110 Projektgruppeneinheiten in 15 Projekten; Skala von 1= „trifft nicht zu“ bis 5=„trifft voll zu“, Angabe der Mittelwerte, *p≤.05, **p≤.01, ***p≤.001)

Insgesamt bestand in der Gruppenumsetzung eine deutliche Fokussierung der Gruppenleiter auf emotionale (Selbstwahrnehmung, Umgang mit Gefühlen), kommunikative und kreative Copingfertigkeiten; kognitiv orientierte Bewältigungsstrategien wie Problemlösefertigkeiten, Entscheidungsfähigkeit oder kritisches Denken sowie generelle Stressbewältigungskompetenzen wurden demgegenüber eher weniger in den Blick genommen. Im Vergleich zur Planung zeigt sich, dass die anvisierten emotionalen und kreativen Copingfertigkeiten im hohen Maße auch auf Handlungsebene von den Gruppenleitern umgesetzt wurden, wenn auch etwas weniger ausgeprägt als ursprünglich angestrebt. Demgegenüber wurden interaktionale Fertigkeiten wie Kommunikationsfähigkeit, interpersonelle Beziehungsfähigkeit und Empathie entsprechend der ursprünglichen Planungen auch gefördert. Die Förderung von Stressbewältigungskompetenzen und kognitiven Copingfertigkeiten fällt in der Umsetzung deutlich geringer aus als konzeptionell angestrebt.

Umsetzung von Präventionselementen in den Kindergruppenangeboten

Abbildung 19 verdeutlicht, welche Präventionselemente zur Unterstützung der Kinder tatsächlich realisiert wurden; die angegebenen Werte basieren wieder auf der Summe der subjektiven Bewertung der durchgeführten und evaluierten Gruppenstunden durch die Gruppenleiter hinsichtlich der vorgegebenen Handlungsformen, gemittelt über die Projekte. Hier fällt auf, dass die Stärkung des Selbstbewusstseins auch in der praktischen Umsetzung im hohen Maße fokussiert wurde, gleichermaßen aber auch eine Förderung von sozialer Integration, Eigeninitiative und Partizipation stattgefunden hat. Eher geringer fällt die Förderung des Umgangs mit Konflikten und Krisen, des Umgangs mit den Eltern bzw. deren Erkrankung sowie insbesondere die Prävention/Aufklärung zu psychischen oder Suchterkrankungen aus.

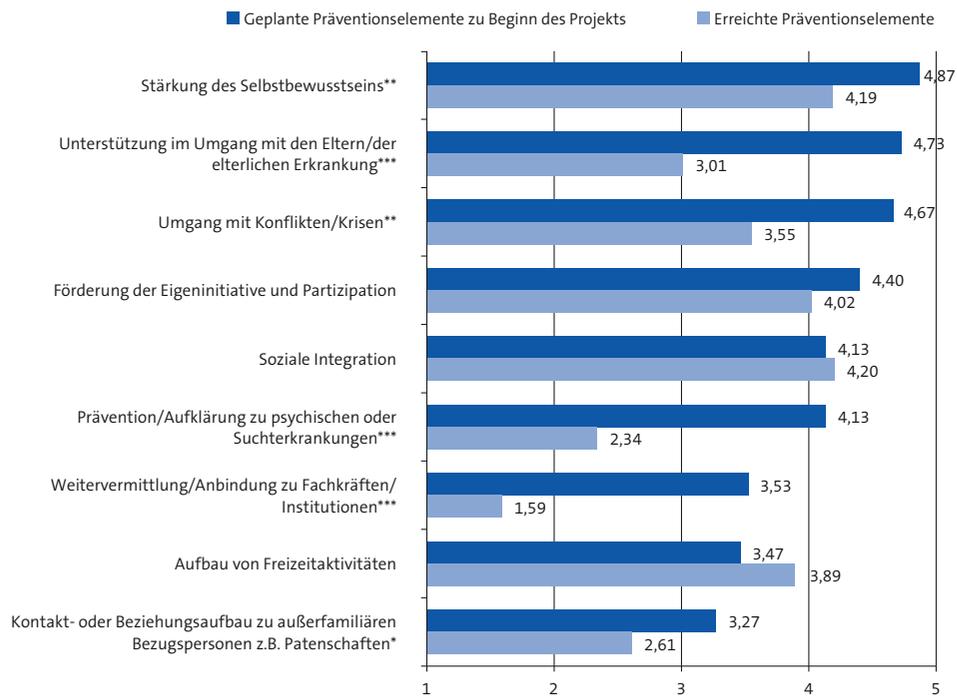


Abb. 19: Vergleich der angestrebten und tatsächlich umgesetzten Präventionselemente in den Projektgruppenstunden (Projektbeginn N= 15 Angaben aus Projektstrukturfragebogen, Projektverlauf N= 1110 Projektgruppeneinheiten in 15 Projekten; Skala von 1= „trifft nicht zu“ bis 5= „trifft voll zu“, Angabe der Mittelwerte, *p≤.05, **p≤.01, ***p≤.001)

Gesamtbewertung der durchgeführten Kindergruppenangebote

Der Erfolg der Gruppenangebote, die mit den Kindern und Jugendlichen aus betroffenen Familien durchgeführt wurden, fällt im Urteil der durchführenden Fachkräfte insgesamt sehr positiv aus (vgl. Abbildung 20): 90,0% der Gruppenleiter bewerteten am Ende der durchgeführten Gruppenstunde diese selbst als „gut“ oder „sehr gut“. In Kapitel 3.3 zur Ergebnisqualität wird darauf eingegangen, welche positiven Veränderungen sich bei den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen nach Projektteilnahme gezeigt haben, was ggf. auch auf den hier – wenn auch subjektiv eingeschätzten – positiven Verlauf der Gruppenstunden zumindest anteilig zurückzuführen sein könnte.



Abb. 20: Subjektive Einschätzung des Gelingens der durchgeführten Projektgruppeneinheiten (N= 1092 gültige Angaben aus 1110 Projektgruppeneinheiten in 15 Projekten, \bar{x} = 1,63, sd = 0,75)

Eine Gesamteinschätzung der aktiven Mitarbeit anwesender Kinder und Eltern und damit das Gelingen der Ansprache, Integration und Aktivierung der Teilnehmer in den Gruppenangeboten wird ebenfalls deutlich positiv von den Gruppenleitern bewertet: Auch hier bewerteten 90,0% der Gruppenleiter zum Ende der Gruppenstunde die aktive Mitarbeit als „sehr gut“ oder „gut“ (vgl. Abbildung 21).



Abb. 21: Subjektive Einschätzung der aktiven Mitarbeit anwesender Kinder und Eltern (N= 1085 gültige Angaben aus 1110 Projektgruppeneinheiten in 15 Projekten, \bar{x} = 1,54, sd = 0,74)

Dies korrespondiert auch mit der Erfassung der Anzahl aktiv teilnehmender Kinder bzw. Eltern in Relation zur Anzahl anwesender Kinder bzw. Eltern: Die Gruppenleiter wurden neben der vorgenannten Grobeinschätzung zudem nach der Anzahl der anwesenden Kinder bzw. Eltern gefragt, die sich aktiv beteiligten. In 93,1% der Gruppenstunden nahmen alle anwesenden Kinder aktiv am Gruppengeschehen teil, in 6,1% der Stunden wurden 1 oder 2 und in 0,8% der Stunden 3 bis max. 11 inaktivere Kinder beobachtet. Wenn Eltern anwesend waren, beteiligten sich in 79,5% dieser Gruppenstunden alle anwesenden Elternteile, in 10,5% wurden 1 oder 2 inaktive Elternteile beobachtet und 10,0% der Gruppenstunden beteiligten sich 3 bis max. 7 Elternteile nicht oder nur wenig am Gruppengeschehen.

3.2.2 Weitere Projektaktivitäten

Weitere, über die durchgeführten Kindergruppen hinausgehende Projektaktivitäten wurden von den Projektmitarbeitern über einen Fragebogen dokumentiert. Im Rücklauf von 331 Fragebögen aus 14 Projekten wird die Vielfalt der Initiativen und Aktivitäten der durchführenden Projekte

deutlich. Dabei legten die Projektmitarbeitenden ihren Schwerpunkt in der Darstellung sonstiger Aktivitäten insbesondere auf Maßnahmen der Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit (vgl. Abbildung 22 und Tabelle 11).

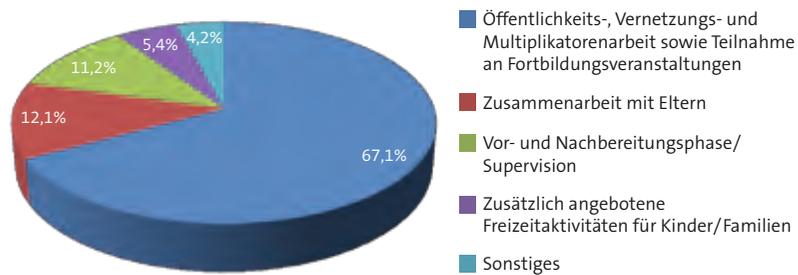


Abb. 22: Art der sonstigen Projektaktivitäten aus 14 Projekten (N=331)

Art der Maßnahme	Ziele und Inhalte	Zielgruppe	Konkrete Methoden
Öffentlichkeits-, Vernetzungs- und Multiplikatorenarbeit sowie Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen	Bekanntmachung, Information und Werbung zum Projekt, Sensibilisierung für die Situation und Erlebniswelt der betroffenen Kinder, Aufbau kommunaler Vernetzung und Kooperation	Teilnehmende von Arbeitskreisen und Institutionen, (Fach-) Öffentlichkeit, Betroffene Familien, Ehrenamtliche, Pressevertreter	Vorträge zum Projekt, fachlicher Austausch, Kooperationstreffen, Arbeitskreise, Pressearbeit, Fortbildungen/ Workshops, Werbemaßnahmen
Zusammenarbeit mit Eltern	Vorstellung des Projekts, Motivierung und Beteiligung der Eltern am Projekt, Unterstützung der elterlichen Kompetenzen, Ansprache und Einbeziehung neuer Kinder in bestehende Projekte, Einblicke in die jeweilige elterliche/familiäre Situation	Eltern	Telefonate, Hausbesuche, Familiengespräch, gemeinsame Aktivitäten
Vor- und Nachbereitungsphase/ Supervision	Projektsteuerung, Kennenlernen der Mitarbeitenden, Reflexion der Gruppenarbeit	Mitarbeitende, Ehrenamtliche	Absprachen, Planungen, Reflexionsgespräche
Zusätzlich angebotene Freizeitaktivitäten für Kinder/Familien	Gemeinsames Beisammensein und Austausch zwischen den Teilnehmern, öffentliche Aktivitäten (z. B. offene Theatergruppe) zur niedrigschwelliger Ansprache betroffener Kinder	alle Gruppen, Eltern, Förderer der Projekte	Angebote zusätzlicher, gruppenübergreifender Unternehmungen (z. B. Museumstag, Theatergruppe, Picknick, Kletterhalle, Feste)

Tab. 11: Ziele, Zielgruppen und Methoden der sonstigen Projektaktivitäten

Die Teilnehmerzahl variierte erheblich von Einzelsprachen (z. B. bei Multiplikatorenarbeit) bis hin zu Großveranstaltungen mit bis zu 500 Personen, auch in Abhängigkeit der intendierten Ziele der Projektaktivitäten. Es lässt sich aber ein deutlicher Trend zu eher kleineren Gruppengrößen feststellen, die angesprochen und erreicht werden (vgl. Abbildung 23).

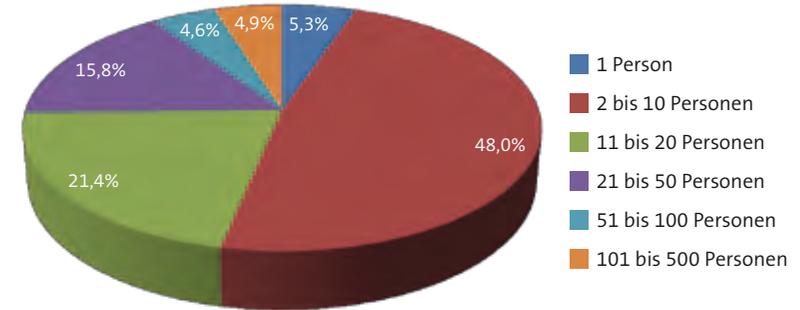


Abb. 23: Teilnehmerzahlen bei sonstigen Projektaktivitäten (N=304, \bar{x} = 25,62, sd = 52,65)

Der Erfolg der durchgeführten Aktivitäten wurde von den Projektmitarbeitenden auf einer Notenskala subjektiv eingeschätzt und anschließend begründet:



Abb. 24: Subjektive Einschätzung des Gelingens der durchgeführten Aktivität (N=293, \bar{x} = 1,58, sd = 0,72)

Die Begründungen der insgesamt sehr positiven subjektiven Bilanzierung der Projektaktivitäten sind in Tabelle 12 aus den qualitativen Angaben der Projektmitarbeitenden kategorial zusammengefasst.

Art der Maßnahme	Einschätzung des Gelingens	Begründungsbeispiele für erreichten oder wahrgenommenen Erfolg bzw. Misserfolg	
Öffentlichkeits-, Vernetzungs- und Multiplikatorenarbeit sowie Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen (N=198)	sehr gut: 62,6%	Erfolgskriterien: Klientenakquise, An- und Nachfragen von verschiedenen Institutionen und Familienangehörigen, Abbau von Berührungängsten und Interesse am Projekt, aktive Beteiligung, nachhaltiges Interesse und Diskussion der Teilnehmenden, Aufbau von Kooperationen, Entwicklung interdisziplinärer Handlungsstrategien und neuer Ideen, Spenden	
	gut: 28,8%		
	befriedigend: 7,6%		
	ausreichend: 0,5%		
	mangelhaft: -		
sehr schlecht: 0,5%		Misserfolgskriterien: keine Anmeldungen, geringe Teilnahme, hoher Aufwand der Projektaktivität	
$\bar{x}=1,48, sd=0,73$			
Zusammenarbeit mit Eltern (N=31)	sehr gut: 22,6%		Erfolgskriterien: Interesse, Motivation und aktive Beteiligung der Eltern, Ermöglichung der Teilnahme der Kinder, wahrgenommene Zufriedenheit und positive Rückmeldungen der Eltern
	gut: 67,7%		
	befriedigend: 6,5%		
	ausreichend: 3,2%		
	mangelhaft: -		
sehr schlecht: -		Misserfolgskriterien: negative Beeinflussung der Gruppenstimmung durch psychische Konstitution und Stimmung einzelner Elternteile, Zugang zu den Eltern trotz Niedrigschwelligkeit noch zu hoch	
$\bar{x}=1,90, sd=0,65$			
Vor- und Nachbereitungsphase/ Supervision (N=34)	sehr gut: 26,5%		Erfolgskriterien: wahrgenommene Motivation und Interesse an der Vorbereitung, guter Organisationsablauf, Passgenauigkeit von Angebot und Klientel, positive Gruppendynamik
	gut: 67,6%		
	befriedigend: 5,9%		
	ausreichend: -		
	mangelhaft: -		
sehr schlecht: -		Misserfolgskriterien: geringe Teilnahme von Ehrenamtlichen bei Treffen	
$\bar{x}=1,79, sd=0,54$			
Zusätzlich angebotene Freizeitaktivitäten für Kinder/Familien (N=17)	sehr gut: 47,1%		Erfolgskriterien: Interesse, Spaß und gute Teilnahme an den Aktivitäten, persönlicher Austausch zwischen Familien und Mitarbeitenden, Vernetzung der Eltern untereinander
	gut: 41,2%		
	befriedigend: 11,7%		
	ausreichend: -		
	mangelhaft: -		
sehr schlecht: -		Misserfolgskriterien: zu hohe Strukturierung des Angebots, zu geringer Einbezug der Kinder	
$\bar{x}=1,65, sd=0,70$			

Tab. 12: Benotung und Begründung der sonstigen Projektaktivitäten

3.3 Ergebnisqualität

3.3.1 Veränderung des kindlichen Wohlbefindens nach Projektteilnahme

In den folgenden Ergebnissen wird auf die psychischen Veränderungen der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen während der Projektteilnahme eingegangen, die weitgehend über normierte und standardisierte Testverfahren erfasst wurden. Zunächst wird in den jeweiligen psychologischen Bereichen die Ausgangssituation beschrieben, um einen Eindruck zu psychischen Belastungen, aber auch Ressourcen der in den Projekten teilnehmenden Kinder und Jugendlichen zu erhalten (alle vorliegenden Prä-Datensätze). In den vorgenommenen Prä-Post-Vergleichen gehen sodann alle Datensätze ein, bei denen vollständige Prä- und Post-Fragebögen über die Kinder und Jugendlichen vorliegen. Da sich die Kindergruppenangebote vor allem an unterschiedliche Altersgruppen richteten und die kognitiven und emotionalen Bewältigungsmöglichkeiten einer elterlichen Erkrankung sich zudem altersabhängig unterscheiden, wird der Fokus auf eine altersspezifische Auswertung gelegt.

Lebensqualität

Zur Erfassung der Lebensqualität wurde zur Selbst- und Fremdeinschätzung der Kinder und Jugendlichen das Screening-Instrument ILK (Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen) eingesetzt. Lebensqualität wird als multidimensionales Konstrukt verstanden, das körperliches, psychisches sowie verhaltensbezogenes Wohlbefinden und diesbezügliche Handlungsfähigkeit umfasst. Lebensqualität ist „die subjektive Wahrnehmung und Beurteilung der wichtigsten Aspekte der eigenen Lebenssituation, insbesondere des eigenen Gesundheitszustandes, der eigenen Funktionsfähigkeit, der sozialen Integration und der eigenen Teilhabe an altersentsprechenden Lebensvollzügen“ (Mattejat & Remschmidt, 2006, S.12).

Abbildung 25 vergleicht den Problemscore PRO-7 (= Maß für die Anzahl der vorliegenden Probleme in allen im ILK erfassten Bereichen, also Schule, soziale Kontakte etc.) und den Lebensqualitätsscore LQo-28 (= Maß für die Lebensqualität über alle im ILK erfassten Bereiche) der Kinderlandstudie

mit einer vorliegenden repräsentativen Schülerstichprobe und einer klinischen Stichprobe psychisch kranker Kinder (Mattejat & Remschmidt, 2006). Exemplarisch werden hier nur die Selbsteinschätzungen der Kinder und Jugendlichen herangezogen.

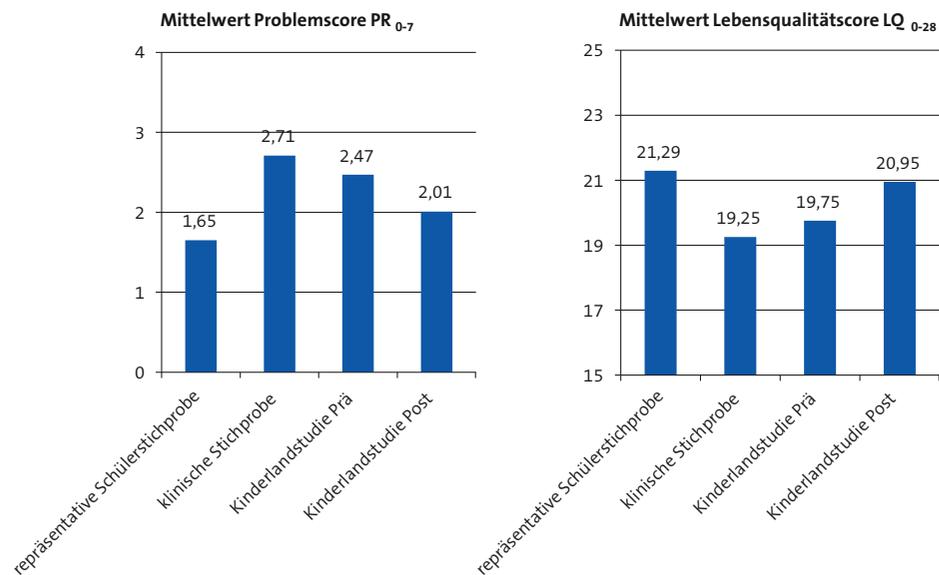


Abb. 25: Vergleich der Mittelwerte im Problemscore PRo-7 und Lebensqualitätsscore LQo-28 (Selbsteinschätzung) der Kinder aus den Kinderunterstützungsprojekten (N= 134 mit vollständigen Prä-Post-Daten) mit einer repräsentativen Schülerstichprobe (N= 9327) sowie klinischen Stichprobe (N= 620) (Mattejat & Remschmidt, 2006) (Interpretation: PRo-7: je höher der Problemscore ist, umso ungünstiger ist das Testergebnis (min.= 0, max.= 7); LQo-28: je höher der Lebensqualitätsscore ausfällt, desto höher ist die Lebensqualität (min.= 0, max.= 28))

Kinder in der Kinderlandstudie lagen demnach im Problem- und Lebensqualitätsscore vor Projektteilnahme näher an den Vergleichswerten psychisch kranker Kinder, näherten sich nach Projektteilnahme jedoch eher der repräsentativen Schülerstichprobe an. Die Prä-Post-Veränderungen der Kinder in den Kinderunterstützungsprojekten sind in dieser altersübergreifenden Betrachtung hochsignifikant (PRo-7 und LQo-28 jeweils $p= 0,00$).

Es bestehen hier keine geschlechtsspezifischen Unterschiede vor und nach Projektteilnahme, auch nicht bei Einbeziehung der geschlechtsangepassten Normbereiche „auffällig“ versus „unauffällig“ (PRo-7) bzw. „unterdurchschnittlich“ bis „überdurchschnittlich“ (LQo-28).

Betrachtet man differenzierter und altersspezifisch die selbst- und fremdeingeschätzte Problembelastung und Lebensqualität hinsichtlich ihrer Veränderungen nach Projektteilnahme im Rahmen des Kinderlandprojekts, so zeigten sich bei Grundschulern (6 bis 10 Jahre alt) deutliche Verbesserungen in der selbsteingeschätzten Problembelastung, die sich auch in der Fremdeinschätzung durch Gruppenleiter zumindest tendenziell widerspiegeln (vgl. Tabelle 13). Auch die Lebensqualität der Kinder steigt signifikant in der Selbst- und Fremdeinschätzung durch die Gruppenleiter.

Jugendliche (ab 11 Jahre) veränderten sich in ihrer subjektiven Problembelastung und Lebensqualität hingegen nicht. In der elterlichen Fremdeinschätzung der Jugendlichen zeigen sich ebenfalls keine Veränderungen, jedoch in der Fremdeinschätzung durch die Gruppenleiter, nach deren Urteil die Lebensqualität in beiden ILK-Kennwerten auch bei den Jugendlichen nach Projektteilnahme signifikant besser lag.

ILK-Kennwert	Altersgruppe	Art der Einschätzung	N	Prä \bar{x} (sd)	Post \bar{x} (sd)	p
Problemscore PR₀₋₇	6 bis 10 Jahre	Selbsteinschätzung (ab 8 Jahre)	86	2,5 (1,74)	2,02 (1,53)	0,02
		Fremdeinschätzung durch Eltern	81	2,25 (1,71)	1,85 (1,86)	n.s.
		Fremdeinschätzung durch Gruppenleiter	40	4,12 (2,09)	2,77 (2,43)	n.s.
	ab 11 Jahre	Selbsteinschätzung	65	2,53 (1,67)	2,05 (1,58)	n.s.
		Fremdeinschätzung durch Eltern	49	3,02 (1,91)	2,84 (1,99)	n.s.
		Fremdeinschätzung durch Gruppenleiter	29	4,31 (1,96)	3,53 (1,75)	0,01
Lebensqualitäts-score LQ₀₋₂₈	6 bis 10 Jahre	Selbsteinschätzung (ab 8 Jahre)	86	19,81 (3,99)	20,98 (3,14)	0,00
		Fremdeinschätzung durch Eltern	81	20,40 (3,48)	20,66 (3,75)	n.s.
		Fremdeinschätzung durch Gruppenleiter	40	15,94 (4,07)	18,59 (4,25)	0,03
	ab 11 Jahre	Selbsteinschätzung	65	19,56 (3,47)	20,63 (3,16)	n.s.
		Fremdeinschätzung durch Eltern	49	18,60 (3,35)	19,12 (3,75)	n.s.
		Fremdeinschätzung durch Gruppenleiter	29	14,93 (3,90)	16,70 (3,15)	0,02

Tab. 13: Veränderungen der Lebensqualität nach Projektteilnahme (ILK, Skalenroh-werte, Interpretation: PR₀₋₇: je höher der Problemscore ist, umso ungünstiger ist das Testergebnis (min.= 0, max.= 7); LQ₀₋₂₈: je höher der Lebensqualitätsscore ausfällt, desto höher ist die Lebensqualität (min.= 0, max.= 28))

Copingstrategien

Die Stressbewältigungskompetenzen wurden in der Selbstwahrnehmung der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen mittels des Testverfahrens SSKJ 3-8 ermittelt und zwar anhand der vorgegebenen Stresssituation „Streit mit Freunden“. Abbildung 27 stellt die vorhandenen Stressbewältigungsstrategien bei Kindern und Jugendlichen zu Projektbeginn entsprechend der Normwertverteilungen des SSKJ 3-8 dar. Hier zeigen sich für den

Großteil der Kinder und Jugendlichen unauffällige, durchschnittliche Werte; allerdings wandten etwa 25% überdurchschnittlich häufig vermeidende und destruktiv-ärgerbezogene Bewältigungsstrategien bei sozialen Konflikten an (vgl. Abbildung 26). 20,2% der Kinder und Jugendlichen waren durch eine überdurchschnittliche Stressvulnerabilität belastet.

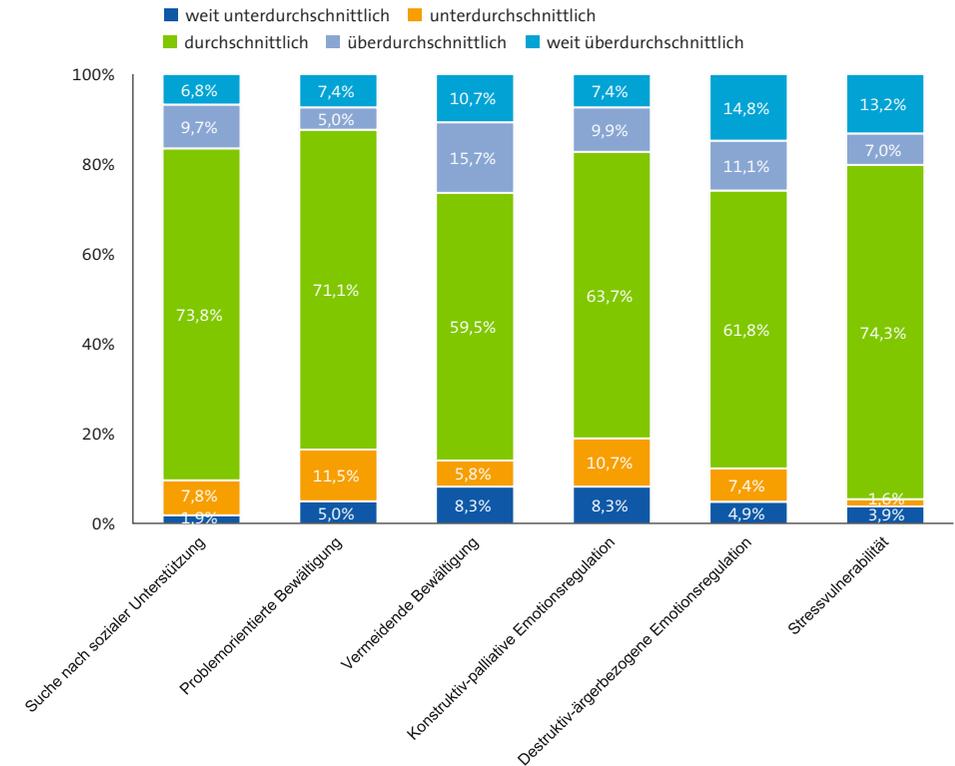


Abb. 26: Copingstrategien und Stressvulnerabilität (SSKJ 3-8, Selbsteinschätzung) der Kinder und Jugendlichen zu Projektbeginn (N= 121; alters- und geschlechtsangepasste Normbereiche)

Im Prä-Post-Vergleich erlebten Kinder ab 8 bis 10 Jahren zwar keine Verbesserung im Ausmaß der Stressvulnerabilität; sie reduzierten jedoch im Projektverlauf den Einsatz destruktiv-ärgerbezogener Bewältigungsstrategien (vgl. Tabelle 14). Im Sinne der Copingforschung ist der überhöhte Einsatz destruktiv-ärgerbezogener und/oder vermeidender Bewältigungs-

strategien als eher ungünstig für eine gesundheitsbezogene Bewältigung von Stressereignissen einzuschätzen; daher ist eine Verbesserung bzw. Reduktion der destruktiven Emotions- und Stressregulation auf Kinder-ebene im Projektverlauf positiv zu bewerten. Dabei zeigen sich leichte geschlechtsspezifische Besonderheiten, wenn man die geschlechtsangepassten Normwerte (Staninewerte) vergleicht: Während sich Mädchen und Jungen im Grundschulalter vor Projektbeginn nicht in ihren Copingstrategien unterschieden, wandten nach Projektteilnahme die Jungen die Suche nach sozialer Unterstützung als Stressbewältigungsstrategie stärker an (Jungen $\bar{x}=6,82$ ($sd= 1,97$), Mädchen $\bar{x}= 5,43$ ($sd= 1,94$), $p= 0,02$), wenn auch beide Geschlechter hier im durchschnittlichen Bereich liegen.

Tab. 14: Veränderungen der Stressbewältigungsstrategien und der Stressvulnerabilität im Prä-Post-Vergleich (SSKJ 3-8, Skalenrohwerte (min.= 6, max.= 24); Interpretation: höhere Werte = höhere Ausprägung)

Altersgruppe	SSKJ-3-8-Subskalen	Prä \bar{x}	(sd)	Post \bar{x}	(sd)	p
Bis 10 Jahre (N= 54)	Suche nach sozialer Unterstützung	17,00	(5,89)	17,42	(6,43)	n.s.
	Problemorientierte Bewältigung	18,81	(6,69)	19,15	(6,45)	n.s.
	Vermeidende Bewältigung	14,74	(6,13)	14,56	(4,87)	n.s.
	Konstruktiv-palliative Emotionsregulation	14,15	(6,60)	14,70	(6,70)	n.s.
	Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation	15,59	(6,91)	13,22	(6,01)	0,02
	Stressvulnerabilität	15,45	(4,35)	15,72	(4,00)	n.s.
Ab 11 Jahre (N= 44)	Suche nach sozialer Unterstützung	15,17	(5,41)	16,26	(5,25)	n.s.
	Problemorientierte Bewältigung	21,02	(5,35)	21,77	(5,00)	n.s.
	Vermeidende Bewältigung	14,56	(5,11)	14,93	(5,44)	n.s.
	Konstruktiv-palliative Emotionsregulation	16,60	(6,06)	16,60	(6,44)	n.s.
	Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation	14,23	(6,76)	13,81	(5,74)	n.s.
	Stressvulnerabilität	16,32	(3,76)	15,43	(3,45)	0,04

Unter Jugendlichen ab 11 Jahren ergeben sich demgegenüber keine signifikanten Veränderungen der selbst wahrgenommenen Copingstrategien, jedoch verbesserte sich die Stressvulnerabilität im Projektverlauf. Zwischen jugendlichen Mädchen und Jungen bestehen weder vor noch nach Projektteilnahme Unterschiede in der Stressbewältigung und -vulnerabilität, die über die geschlechtsangepassten Normwerte des SSKJ 3-8 (Staninewerte) hinausgehen.

Alkoholkonsum

Unter den 112 acht- bis zehnjährigen Kindern mit Selbstauskunft gaben 77,7% zu Projektbeginn an, noch nie Alkohol probiert oder getrunken zu haben; 20,5% hatten an einem Glas Alkohol einmal „genippt“ und 2 Kinder hatten zweimal und mehr ein Glas Alkohol getrunken. Von denjenigen Kindern ohne Alkoholerfahrungen probierten im Laufe der Projektzeit 4% zum ersten Mal Alkohol; dieses Ergebnis ist aber statistisch nicht bedeutsam.

Die Abbildungen 27 und 28 verdeutlichen den Alkoholkonsum sowie die Trunkenheitserfahrungen der teilnehmenden Jugendlichen (11 bis 17 Jahre, Selbstauskunft) vor Projektbeginn. Trunkenheitserfahrungen gelten als Indikator für einen problematischen Alkoholkonsum.

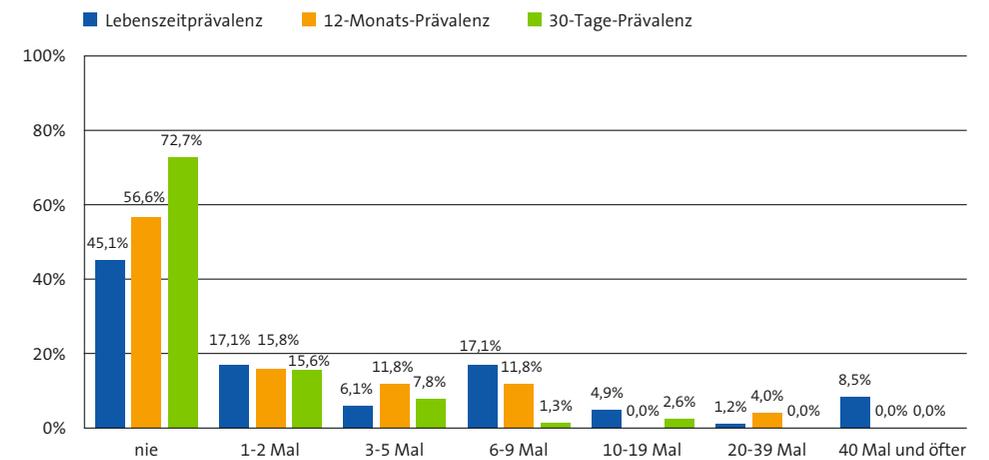


Abb. 27: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums teilnehmender Jugendlicher (11-17 Jahre) zu Projektbeginn (N= 82)

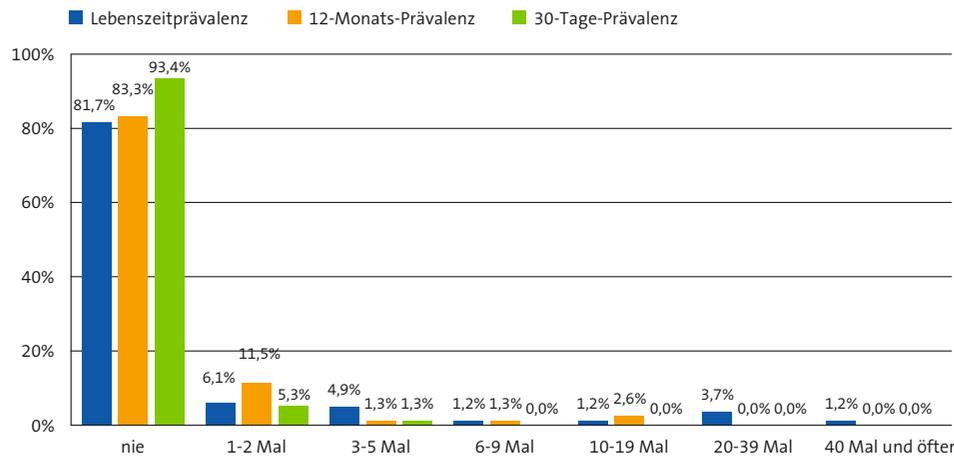


Abb. 28: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz von Trunkenheitserfahrungen teilnehmender Jugendlicher (11-17 Jahre) zu Projektbeginn (N= 82)

45,1% der Jugendlichen in den Kinderunterstützungsangeboten hatten noch nie in ihrem Leben Alkohol konsumiert. Damit weisen sie im Vergleich zu den repräsentativen Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS, Lampert & Thamm, 2007), in dem ebenfalls 11-17 Jährige untersucht wurden, eine geringere Lebenszeitprävalenz auf als andere Jugendliche: In der KiGGS-Studie hatten 64,8% der Jungen und 63,8% der Mädchen schon einmal Alkohol getrunken.

Da für die Ergebnisse des aktuellen Konsums (12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz) sowie die Trunkenheitserfahrungen ein Vergleich mit der Drogenaffinitätsstudie (BzGA, 2012a) vorgenommen werden soll, werden nun nur die dort ebenfalls untersuchten 12-17-Jährigen unter Ausschluss der 11-Jährigen betrachtet. 17,2% der Jugendlichen der Kinderlandstudie gaben an, in den letzten 12 Monaten vor Projektbeginn seltener als einmal monatlich und 50,0% gar keinen Alkohol getrunken zu haben. Damit liegt auch hier wieder die Anzahl abstinenten Jugendlichen aus der Kinderlandstudie über den bundesweiten Vergleichsdaten (Drogenaffinitätsstudie: seltener als monatlich 23,5%, nie 35,6%). Ein ähnliches Ergebnis

ergibt sich in der 30-Tage-Prävalenz (Konsum von Alkohol in den letzten 30 Tagen: Kinderlandstudie 28,8%, Drogenaffinitätsstudie 42,0%). In den Erfahrungen des Betrunkenseins liegen die Jugendlichen in den Kinderunterstützungsprojekten jedoch vergleichbar zum Bundesdurchschnitt: Unter den 12-17-Jährigen hatten 24,2% schon mindestens einmal in ihrem Leben ein Trunkenheitserlebnis im Vergleich zu 27,1% der Jugendlichen in der Drogenaffinitätsstudie (12-Monats-Prävalenz: Kinderlandstudie 21,7%, Drogenaffinitätsstudie 23,0%; 30-Tage-Prävalenz: Kinderlandstudie 8,6%, Drogenaffinitätsstudie 6,7%).

Wie auch in der KiGGS- und der Drogenaffinitätsstudie steigen die Prävalenzen des Alkoholkonsums und der Trunkenheitserfahrungen bei den an den Kinderunterstützungsprojekten teilnehmenden Jugendlichen mit zunehmendem Alter an.

Im Projektzeitraum der Kinderunterstützungsangebote ergeben sich signifikante Veränderungen in der Lebenszeitprävalenz und der 12-Monats-Prävalenz des Alkoholkonsums (vgl. Tabelle 15): Der Anteil Jugendlicher, der mit dem Alkoholkonsum begann bzw. häufiger und regelmäßiger Alkohol trank, stieg während der Projektteilnahmezeit signifikant an, was jedoch auch ein erwartungsgemäßer Trend durch die generelle Entwicklung des Alkoholkonsums im Jugendalter ist. Keine Veränderungen ergeben sich während der Projektteilnahme in der Häufigkeit von Trunkenheitserfahrungen als Indikator für besonders problematischen Alkoholkonsum. An den Projekten teilnehmende Jungen wiesen zu Beginn eine höhere 30-Tage-Prävalenz auf als Mädchen ($p= 0,02$), nach Projektende zeigen sich hier hingegen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede mehr.

		Prä	Post	p
Lebenszeitprävalenz	Nie	56,0%	53,1%	0,00
	1-2 Mal	16,0%	10,9%	
	3-5 Mal	4,0%	9,4%	
	6-9 Mal	18,0%	6,3%	
	10-19 Mal	2,0%	9,4%	
	20-39 Mal	2,0%	7,8%	
	40 Mal und öfter	2,0%	3,1%	
12-Monats-Prävalenz	Nie	68,2%	66,1%	0,02
	1-2 Mal	15,9%	9,6%	
	3-5 Mal	9,1%	8,1%	
	6-9 Mal	4,5%	6,5%	
	10-19 Mal	-	6,5%	
	20-39 Mal	2,3%	3,2%	
	40 Mal und öfter	-	-	
30-Tage-Prävalenz	Nie	80,4%	79,0%	n.s.
	1-2 Mal	10,9%	9,7%	
	3-5 Mal	4,3%	6,5%	
	6-9 Mal	2,2%	3,2%	
	10-19 Mal	2,2%	1,6%	
	20-39 Mal	-	-	
	40 Mal und öfter	-	-	

Tab.15: Veränderungen der Prävalenzen des Alkoholkonsums teilnehmender Jugendlicher (11-17 Jahre) vor und nach Projektteilnahme (N=64 mit vollständigen Prä-Post-Daten)

Tabakkonsum

Von den acht- bis zehnjährigen Kindern in den Kinderunterstützungsangeboten gaben zu Projektbeginn nur wenige, nämlich acht von 112 Kindern erste Erfahrungen mit dem Probieren von Zigaretten an. Nach Beendigung der Projektteilnahme zeigen sich hier keine Veränderungen in der Lebenszeitprävalenz unter den Kindern.

Zur Erfassung des aktuellen Tabakkonsums wurde in der vorliegenden Studie bei Jugendlichen die 30-Tage-Prävalenz erhoben; demnach waren 82,4% der Jugendlichen zu Projektbeginn Nichtraucher, was dem bundesweiten

Durchschnitt von 79,6% Nichtrauchern unter den 11-17-Jährigen in der KiGGS-Studie (Lampert & Thamm, 2007) entspricht. Auch im Vergleich zur Drogenaffinitätsstudie (BzGA, 2012b) zeigen 12-17-jährige Jugendliche keine Auffälligkeiten in der 30-Tage-Prävalenz (Nichtraucher: Kinderlandstudie 78,5%, Drogenaffinitätsstudie 74,7%), wohl aber in Lebenszeitprävalenz: So haben 29,2% aller 12-17-jährigen Jugendlichen in der Drogenaffinitätsstudie (BzGA, 2012b) schon einmal geraucht, während bereits 46,9% der Jugendlichen in den Kinderunterstützungsangeboten Raucherfahrungen vorweisen. Das heißt: Jugendliche in den Kinderunterstützungsangeboten unterscheiden sich zwar nicht in ihrem aktuellen Tabakkonsum, haben aber insgesamt mehr Konsumerfahrungen mit Tabak.

Die Prävalenzen des Tabakkonsums bei den an den Kinderunterstützungsprojekten teilnehmenden Jugendlichen steigen mit steigendem Lebensalter, wie dies auch in der Datenlage der KiGGS- und Drogenaffinitätsstudie zu finden ist. Dementsprechend befanden sich auch unter den zunächst jugendlichen Nichtrauchern zum Abschluss der Projektteilnahme 11,1%, die während des Projektzeitraums mit dem Rauchen begonnen hatten (dabei alle weniger als 1 Zigarette/Tag bis zu 5 Zigaretten/Tag, p= 0,01). Geschlechtsspezifische Unterschiede im Rauchverhalten ergeben sich weder vor noch nach Projektteilnahme, was ebenfalls den bundesweiten Daten entspricht (Lampert & Thamm, 2007; BzGA, 2012b).

Konsum illegaler Drogen

8,4% aller Jugendlichen ab 11 Jahren hatten zu Projektbeginn schon einmal illegale Drogen probiert oder konsumiert (N= 82; Lebenszeitprävalenz nie= 91,6%, 1-2 Mal= 2,4%, 3-9 Mal = 3,6%, 40 Mal und häufiger = 2,4%). Die beiden Jugendlichen, die einen Konsum von über 40 Mal angaben, waren zwischen 15 und 16 Jahre alt, sodass es sich hier ggf. um valide Aussagen handeln könnte. 8,0% der Jugendlichen konsumierten in den letzten 12 Monaten, jedoch lediglich zwei Jugendliche in den letzten 30 Tagen illegale Drogen.

Erste Erfahrungen mit illegalen Drogen lagen bei den Jugendlichen in den Kinderunterstützungsangeboten zu Projektbeginn auf etwa vergleichbarem bundesweitem Niveau, wenn man die Altersgruppe der 12-17-Jährigen mit der Stichprobe der Drogenaffinitätsstudie vergleicht (mindestens einmal

im Leben probiert: Kinderlandstudie 11,3%, Drogenaffinitätsstudie 7,2%). Allerdings fallen die Jugendlichen in den Kinderunterstützungsangeboten durch einen höheren Konsum illegaler Drogen im letzten Jahr (12-Monats-Prävalenz) auf: Während unter den projektteilnehmenden 12-17-Jährigen 10,5% in den letzten 12 Monaten illegale Drogen konsumierten, waren dies im bundesweiten Vergleich lediglich 4,9% (BzGA, 2012c).

Nach Abschluss der Projektteilnahme waren nur zwei weitere Einzelfälle zu beobachten, die im Projektzeitraum erstmals Erfahrungen mit illegalen Drogen machten; aufgrund der für diese Berechnungen zu geringen Stichprobengröße sind hier aber keine weiteren Schlüsse möglich. Zudem scheinen in der Postbefragung nach Durchsicht der Rücklauffragebögen von den Jugendlichen häufiger keine Angaben zu illegalen Drogen gemacht worden zu sein, sodass hier die Daten zu illegalen Drogen ggf. eine Unterschätzung darstellen.

Verhaltensauffälligkeiten

Mindestens ein Drittel der Kinder und Jugendlichen, die an den Kinderunterstützungsangeboten teilnahmen, zeigten im SDQ-Elternurteil zu Projektbeginn psychische Probleme im auffälligen Normbereich und zwar hinsichtlich des Verhaltens, der Emotionen und den sozialen Kontakten mit Gleichaltrigen sowie im summarischen Gesamtproblemwert (vgl. Abbildung 29). Bezieht man auch noch die Kinder mit grenzwertigen SDQ-Werten ein, waren über 50% der teilnehmenden Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten belastet.

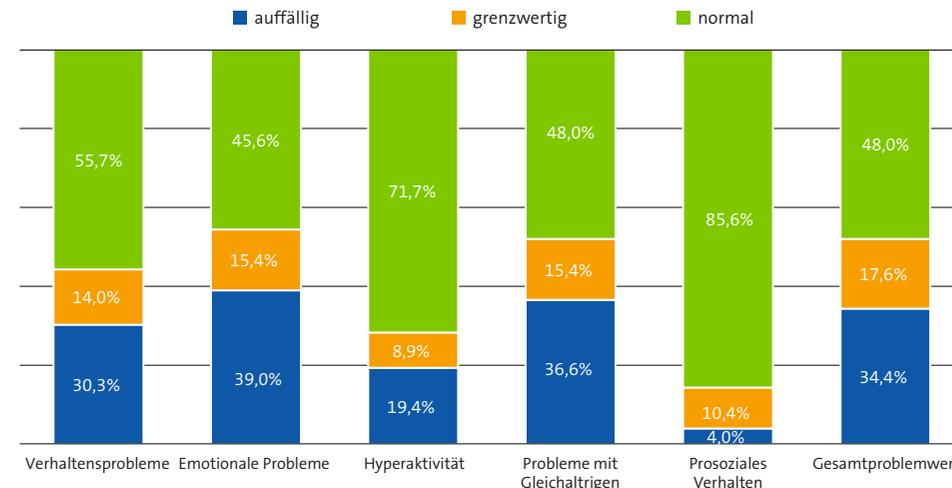


Abb. 29: Verhaltensauffälligkeiten (SDQ) der teilnehmenden Kinder zu Projektbeginn: Fremdeinschätzung durch Eltern (N= 125 Eltern, altersangepasste Normwerte)

Auch Kinder, für die keine Fremdeinschätzung der Eltern vorlag, wiesen dann in der Fremdeinschätzung durch Gruppenleiter ein erhebliches Maß an psychischen Verhaltensauffälligkeiten auf, was u.a. in dem Gesamtproblemwert von 46,3% auffälligen und 18,5% grenzwertigen Kindern zum Ausdruck kommt (vgl. Abbildung 30). Unter diesen Kindern, die nicht von ihren Eltern beurteilt wurden, fielen die emotionalen Probleme geringer und Hyperaktivität höher aus; gleichzeitig bewerteten die Gruppenleiter das prosoziale Verhalten deutlich positiver.

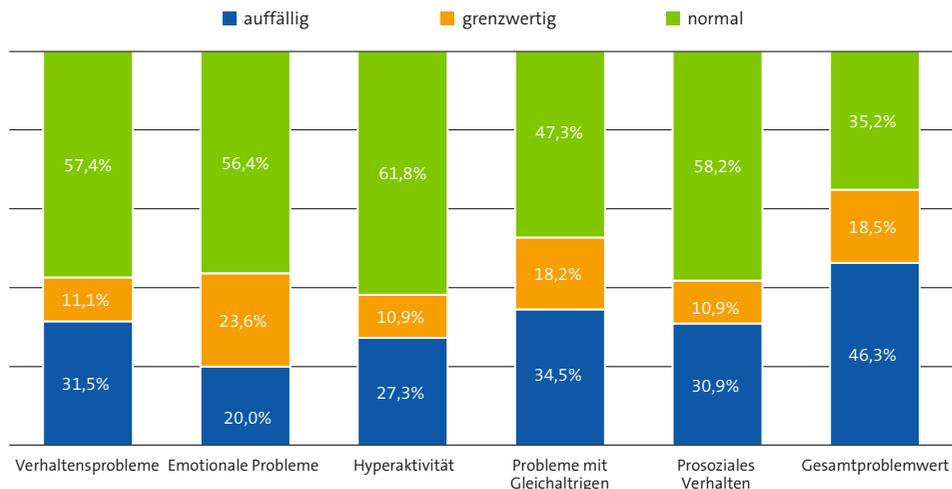


Abb. 30: Verhaltensauffälligkeiten (SDQ) der teilnehmenden Kinder zu Projektbeginn: Fremdeinschätzung durch Gruppenleiter (N= 55 Gruppenleiter, altersangepasste Normwerte)

Hinsichtlich der Veränderungen nach Teilnahme an den Kinderunterstützungsangeboten zeigen sich signifikante Verbesserungen der emotionalen Probleme konsistent sowohl bei den Kindern (elterliche Einschätzung) als auch bei den Jugendlichen (Selbst- und elterliche Fremdeinschätzung) (vgl. Tabelle 16). Im Elternurteil verbessern sich auch die Verhaltensprobleme Jugendlicher im Kontakt mit Gleichaltrigen; zudem sinkt hier die Gesamtproblembelastung durch Verhaltensauffälligkeiten sowohl bei Kindern als auch bei Jugendlichen im Verlauf der Prä-Post-Erhebung. Interessanterweise verändern sich die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen aus der Gruppenleiterperspektive in den Prä-Post-Ergebnissen nur wenig; lediglich die Hyperaktivität sinkt bei Kindern und das prosoziale Verhalten bei Jugendlichen steigt an.

Altersgruppe	SDQ-Subskalen	Einschätzung	Prä		Post		p
			\bar{x}	(sd)	\bar{x}	(sd)	
Bis 10 Jahre (N= 73 Eltern / 22 Gruppenleiter)	Emotionale Probleme	Eltern	3,99	(2,82)	3,24	(2,78)	0,01
		Gruppenleiter	4,09	(3,12)	3,68	(2,42)	n.s.
	Verhaltensprobleme	Eltern	2,85	(2,06)	2,64	(2,03)	n.s.
		Gruppenleiter	2,54	(2,46)	2,59	(2,42)	n.s.
	Hyperaktivität	Eltern	4,76	(2,76)	4,72	(2,81)	n.s.
		Gruppenleiter	5,41	(3,07)	4,36	(2,68)	0,05
	Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	Eltern	2,44	(2,10)	2,51	(2,24)	n.s.
		Gruppenleiter	4,27	(2,98)	3,84	(2,57)	n.s.
	Prosoziales Verhalten	Eltern	7,53	(1,84)	7,88	(1,77)	n.s.
		Gruppenleiter	5,55	(3,04)	6,09	(2,58)	n.s.
	Gesamtproblemwert	Eltern	14,05	(6,74)	13,06	(7,63)	0,04
		Gruppenleiter	16,32	(8,53)	14,48	(7,50)	n.s.
Ab 11 Jahre (N= 49 Jugendliche / 26 Eltern / 11 Gruppenleiter)	Emotionale Probleme	Selbst	4,13	(2,52)	3,66	(2,73)	0,03
		Eltern	4,17	(2,39)	3,31	(2,29)	0,04
		Gruppenleiter	4,36	(2,50)	3,45	(2,58)	n.s.
	Verhaltensprobleme	Selbst	2,47	(1,86)	2,18	(1,60)	n.s.
		Eltern	2,92	(2,40)	2,50	(1,77)	n.s.
		Gruppenleiter	3,73	(2,24)	2,82	(1,60)	n.s.
	Hyperaktivität	Selbst	3,95	(2,27)	3,82	(2,32)	n.s.
		Eltern	3,97	(2,34)	3,36	(1,85)	n.s.
		Gruppenleiter	4,09	(2,30)	3,27	(2,20)	n.s.
	Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	Selbst	3,40	(1,96)	3,40	(2,03)	n.s.
		Eltern	3,17	(2,19)	2,38	(2,04)	0,05
		Gruppenleiter	3,45	(1,69)	2,82	(1,94)	n.s.
	Prosoziales Verhalten	Selbst	7,18	(1,78)	7,29	(2,05)	n.s.
		Eltern	7,23	(1,95)	6,96	(1,78)	n.s.
		Gruppenleiter	5,55	(2,91)	7,09	(1,87)	0,02
	Gesamtproblemwert	Selbst	13,74	(5,77)	13,07	(6,10)	n.s.
		Eltern	14,07	(6,96)	11,50	(6,02)	0,01
		Gruppenleiter	15,63	(6,07)	12,36	(5,87)	n.s.

Tab. 16: Veränderungen der Verhaltensauffälligkeiten im Prä-Post-Vergleich (SDQ, Skalenrohwerte, Interpretation: höherer Wert = höhere Ausprägung)

Gruppenleiter nahmen dabei geschlechtsspezifische Unterschiede wahr: Entsprechend der generellen geschlechtsspezifischen Befunde zu externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten fielen Jungen in deren SDQ-Urteil durch ein signifikant höheres Ausmaß an Hyperaktivität sowohl vor als auch nach Projektteilnahme auf (vorher: Jungen \bar{x} = 5,27 (sd=2,75), Mädchen \bar{x} = 3,76 (sd=2,56), p = 0,02 / nachher: Jungen \bar{x} = 4,89 (sd=2,59), Mädchen \bar{x} = 3,10 (sd= 2,67), p = 0,01). Zudem findet sich im Gruppenleiterurteil bei Mädchen ein niedrigerer Gesamtproblemwert nach Projektende (Jungen \bar{x} = 14,78 (sd=6,28), Mädchen \bar{x} = 11,19 (sd=6,96), p = 0,03). Demgegenüber unterschieden sich im Elternurteil Mädchen und Jungen nur vor der Projektteilnahme in den Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen (Jungen \bar{x} = 3,42 (sd=2,29), Mädchen \bar{x} = 2,61 (sd=2,38), p = 0,01) und dem prosozialem Verhalten (Jungen \bar{x} = 6,99 (sd=1,95), Mädchen \bar{x} = 7,72 (sd= 1,80), p = 0,01), auch hier mit einer geringeren Symptombelastung der Mädchen.

Mädchen im Jugendalter, die eine Selbsteinschätzung ausfüllten, zeigten demgegenüber in der Selbstwahrnehmung vorher und nachher größere Probleme im emotionalen Bereich als Jungen (vorher: Jungen \bar{x} = 3,31 (sd=2,58), Mädchen \bar{x} = 4,44 (sd= 2,50), p = 0,00 / nachher: Jungen \bar{x} = 2,48 (sd=2,39), Mädchen \bar{x} = 4,16 (sd=2,48), p = 0,05). Mädchen erlebten sich selbst also emotional als problembelasteter als Jungen, was jedoch von ihren sozialen Bezugspersonen (Eltern, Gruppenleiter) weniger wahrgenommen wird. Die Selbsteinschätzung der Verhaltensprobleme vor Projektteilnahme korrespondiert demgegenüber mit den vorangegangenen Fremdeinschätzungen im Sinne einer höheren Symptombelastung der Jungen (Selbsteinschätzung: Jungen \bar{x} = 3,31 (sd=2,19), Mädchen \bar{x} = 2,35 (sd=1,89), p = 0,04). Jungen bewerteten sich zudem nach Projektteilnahme in geringerem Maße als prosozial, als dies Mädchen taten (Jungen \bar{x} = 6,67 (sd=2,08), Mädchen \bar{x} = 7,68 (sd=1,96), p = 0,03).

Wahrnehmung der elterlichen Erkrankung

Die Jugendlichen wurden zudem vor und nach Projektteilnahme zu ihrer Wahrnehmung der elterlichen Problembelastungen und den Auswirkungen

gen auf ihr Befinden in der Familie befragt. Tabelle 17 stellt die wahrgenommene Familiendynamik zu Beginn des Unterstützungsangebots unter dem Einfluss einer elterlichen psychischen und/oder Suchterkrankung dar.

	\bar{x}	(sd)	Top Boxes
Ich kann meinen eigenen Interessen und Hobbys nachgehen, ohne dass die anderen in meiner Familie deswegen sauer wären.	2,01	(1,32)	67,1%
Ich wünsche mir schon manchmal, dass es bei uns zu Hause so wäre wie bei meinen Freunden, deren Eltern nicht erkrankt sind.	2,32	(1,53)	61,6%
Ich werde in meiner Familie ernst genommen, wenn ich erzähle, wie es mir geht oder was mich gerade stört oder ärgert.	2,40	(1,53)	58,3%
Ich mache mir schon manchmal Gedanken über die Schwierigkeiten, die durch die Erkrankung meines Vaters oder meiner Mutter entstanden sind.	2,60	(1,42)	45,8%
Ich ärgere mich manchmal über die Erkrankung meines Vaters oder meiner Mutter oder bin auch schon mal wütend geworden.	3,04	(1,56)	37,0%
Ich wünsche mir manchmal, dass es jemanden gäbe, mit dem ich mehr über die Probleme in meiner Familie reden könnte.	3,41	(1,59)	34,2%
Meine Gedanken kreisen öfter um die Erkrankung meines Vaters oder meiner Mutter.	3,25	(1,48)	34,2%
Es kommt manchmal vor, dass ich nicht weiß, wie ich mich gegenüber meinem Vater oder meiner Mutter verhalten soll, wenn er/sie krank ist.	3,33	(1,31)	27,8%
Die psychischen Probleme meines Vaters oder meiner Mutter macht mir schon öfter mal Angst.	3,56	(1,41)	21,9%
Manchmal ist mir die Erkrankung meines Vaters oder meiner Mutter peinlich; ich schäme mich dann.	3,77	(1,48)	21,9%
Ich denke manchmal, dass ich verantwortlich bin oder Schuld habe an der Erkrankung meines Vaters oder meiner Mutter.	4,05	(1,34)	16,4%

Tab. 17: Wahrnehmung der eigenen Familie aus Sicht der Jugendlichen (Prä-Erhebung, N= 73 Jugendliche, Skala von 1= „trifft zu“ bis 5= „trifft nicht zu“, Top Boxes als Maß der hohen Zustimmung= Werte 1 + 2)

In der Wahrnehmung der Familiendynamik haben sich im Prä-Post-Vergleich wenig Veränderungen ergeben, außer in den Aussagen „Ich wünsche mir manchmal, dass es bei uns zu Hause so wäre wie bei meinen Freunden, deren Eltern nicht erkrankt sind“ (vorher/nachher: \bar{x} = 2,31 (sd=1,50) / \bar{x} = 2,75 (sd=1,76), p = 0,04) und „Ich wünsche mir manchmal, dass es jemand gäbe, mit dem ich mehr über die Probleme in meiner Familie reden könnte“ (vorher/nachher: \bar{x} = 3,21 (sd=1,54) / \bar{x} = 3,56 (sd=1,40), p = 0,05). Das heißt, Jugendliche erfuhren eine Verbesserung und Entlastung in dem subjek-

tiven Wunschbild ihrer Familie sowie in den Möglichkeiten, für familiäre Probleme geeignete Ansprechpartner zu haben. Jungen reagierten dabei vor Projektbeginn weniger mit Ausdruck von Wut oder Ärger über die elterliche Erkrankung als Mädchen (Jungen \bar{x} = 3,53 (sd=1,47), Mädchen \bar{x} = 2,65 (sd=1,54), p = 0,03).

3.3.2 Bilanzierung der Unterstützungsangebote aus Sicht der Kinder

Die Kinder wurden zu Beginn des Projekts gefragt, welche zwei Ziele sie sich im Projekt setzen möchten. Von 291 Nennungen (131 Kinder nannten zwei Ziele, 29 Kinder ein Ziel) wurden dabei am häufigsten die Aspekte „Kennenlernen neuer Freunde und Akzeptanz in der Kindergruppe“ (79 Nennungen), „Unterstützung im Umgang mit Eltern/über Probleme reden“ (51 Nennungen), „Spiel und Spaß“ (43 Nennungen) sowie „Kreative Aktivitäten/Unternehmungen“ (28 Nennungen) aufgeführt.

Die nachfolgende Abbildung 31 gibt einen Überblick über die gesetzten Ziele der Kinder in Abhängigkeit ihres Alters. Dabei wird deutlich, dass Kinder im Grundschulalter durch die Projekte insbesondere neue Freunde finden sowie Spiel und Spaß erleben wollten, währenddessen Jugendliche neben dem Knüpfen neuer Freundschaften im Umgang mit der elterlichen Erkrankung unterstützt werden wollten. Geschlechtsunterschiede bestehen nicht.

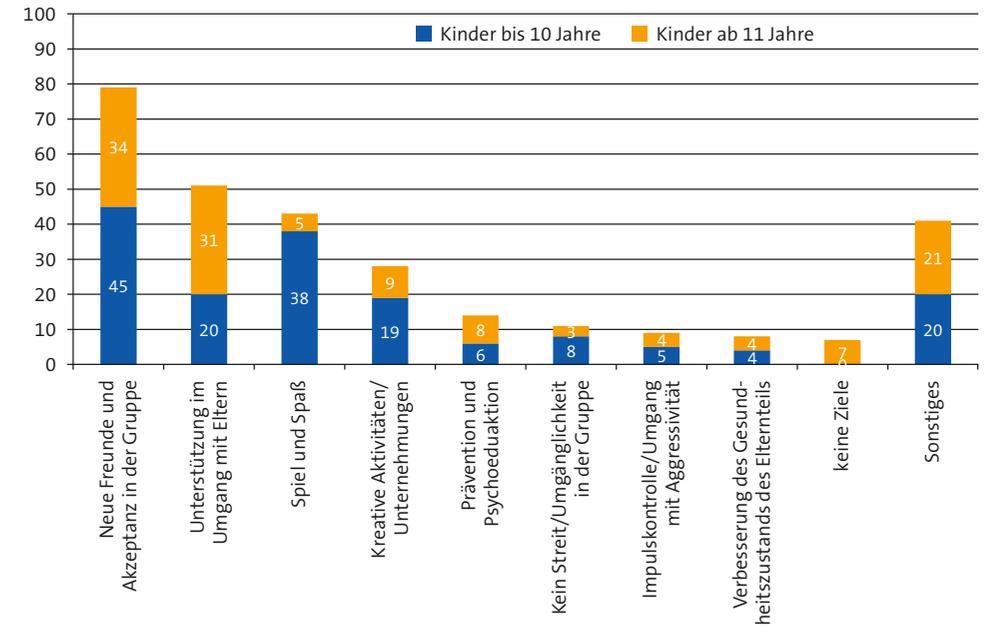


Abb. 31: Ziele der Kinder zu Beginn des Projekts in Abhängigkeit vom Alter (N= 291 Nennungen; Angaben in absoluten Zahlen)

Zur Erfassung der Zielerreichung wurden die Kinder nach der Projektteilnahme gefragt, inwiefern die gesetzten Ziele auch erreicht worden sind. In der Nacherhebung gaben 40 Kinder zwei und 24 Kinder ein Ziel an, das identisch zu den benannten Zielen in der Vorerhebung war (= insg. 104 Nennungen). 62,5% der gesetzten Ziele wurden dabei „völlig und weitgehend“, 28,9% „teilweise“ sowie 8,6% „nicht erreicht“. Abbildung 32 spiegelt den Grad der Zielerreichung wider.

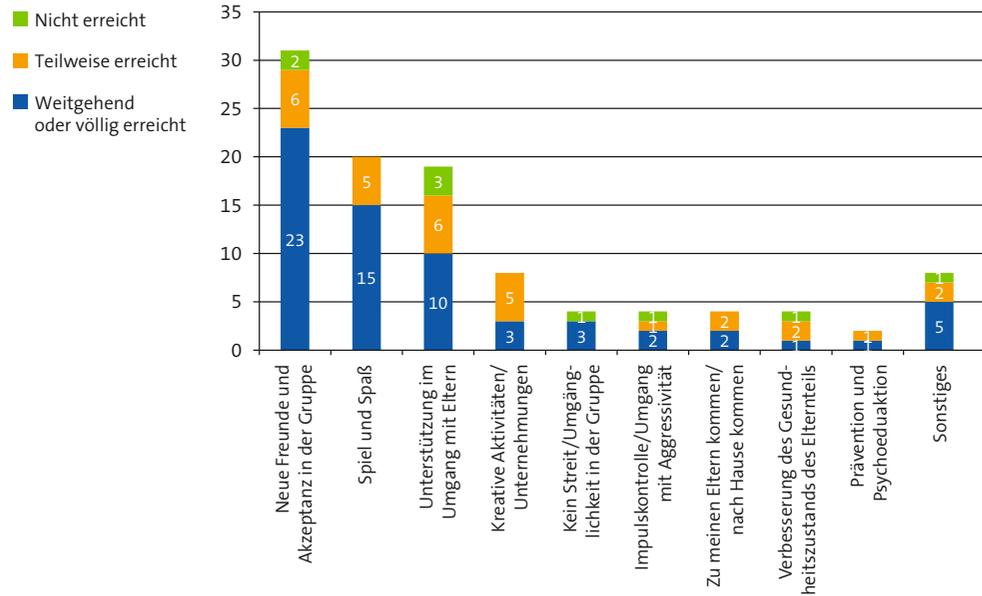


Abb. 32: Einschätzung der persönlichen Zielerreichung durch die Kinder (N= 104 Nennungen, Angaben in absoluten Zahlen)

Insgesamt wurden die Projekte sehr positiv aus Sicht der Kinder erlebt, wie in Abbildung 33 deutlich wird. Dabei bewerteten Jugendliche (ab 11 Jahren) die Projekte etwas kritischer als Kinder (8 bis 10 Jahre) und zwar hinsichtlich der Themen und Inhalte der Treffen ($p= 0,03$), Unterstützung durch die Mitarbeiter ($p= 0,03$) und Gesamtbewertung des Projektes ($p= 0,01$), hier aber nie schlechter als mit einer durchschnittlichen Bewertung von 2,16 ($sd= 1,12$). Im Vergleich zu Jungen fällten Mädchen etwas bessere Urteile bezüglich der Inhalte der Treffen ($p= 0,05$) sowie der Gesamtbewertung der Projekte ($p= 0,04$).

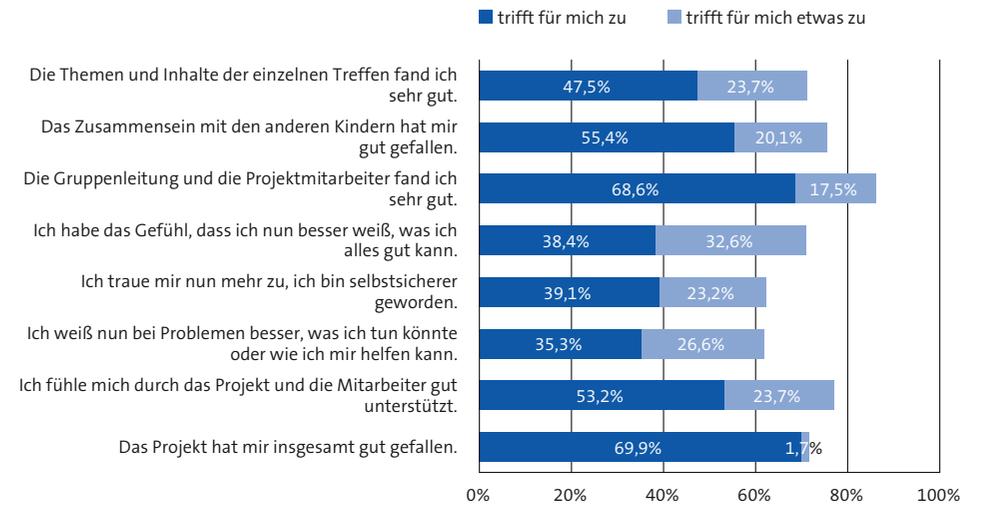


Abb. 33: Bewertung der Projekte aus Sicht der Kinder (N= 139, Skala von 1 = „trifft für mich zu“ bis 5 = „trifft für mich gar nicht zu“; Angaben der Top Boxes als Maß der hohen Zustimmung = Werte 1 + 2)

Die Wichtigkeit, dass ein Kinderunterstützungsangebot vorhanden war und besucht werden konnte, wird deutlich in den Antworten der Kinder, die zusätzlich in den qualitativen Interviews befragt wurden, ob es einen Unterschied mache, dass man eine Unterstüztungsgruppe besuche oder nicht. Die Kinder betonten hier die Wichtigkeit der Gruppe, u. a. als eigenes soziales Unterstützungsnetzwerk.

I: „Und denkst Du es macht einen Unterschied, ob man so eine Gruppe besucht oder nicht?“
 K: „Das macht einen sehr großen Unterschied. Einmal, man findet Gemeinschaft, man findet Freunde, man lernt sich zu wehren, man lernt anderen zu helfen, ja man knüpft halt irgendwie sein eigenes Netz, wo man sich halt geborgen fühlt.“

K: „Also bei uns in der Gruppe wird niemand ausgeschlossen, da sind alle fest zusammen, wenn jetzt jemand neues reinkommen würde, wir würden den alle neu empfangen und würden den lieb aufnehmen und würden uns versuchen mit dem anzufreunden.“

Auf die Frage, was genau anders sein würde, gaben die Kinder an, dass sie durch die Gruppe lernen würden, offener über Gefühle und Probleme zu sprechen, weniger introvertiertes Verhalten zeigen würden (weniger ängstlich, weniger verschlossen), das Wissen haben, dass sie nicht allein mit der elterlichen Problematik seien und Verständnis von anderen Kindern erfahren, Tipps und Ratschläge bekommen sowie lernen, sich verbal zu verteidigen (vgl. Tabelle 18).

Was ist der Unterschied, wenn man an einer Unterstützungsgruppe teilnimmt? Kinder lernen...	Konkretisierungsbeispiele / exemplarische Zitate der Kinder
... offener über Gefühle und Probleme zu kommunizieren (6 Nennungen)	„Also wenn man in der Gruppe ist, geht es einem viel viel besser, wenn man nicht so in einer Gruppe ist, dann wird man immer von den Problemen geplagt, ja und kann nicht drüber reden ja.“
... weniger ängstlich und verschlossen zu sein (4 Nennungen)	„Ja, weil ähm, wenn man so eine Gruppe oder so besucht dann ist man dann, kann man viel offener sein und so und wenn man die nicht besucht oder gar nicht drüber redet dann oder alles in sich hinein verschlingt dann ist man so und so also noch ein bisschen ängstlich. Dass man ähm, auch mehr drüber redet oder so wenn man Kummer hat oder so und wenn man, wenn man jetzt nicht die Gruppe besucht oder so dass man dann einfach ähm ja halt viel verschlossener ist und man, ähm weiß nicht, man weint dann vielleicht auch viel mehr oder so, weil man hat Angst.“
... dass sie nicht allein sind mit der elterlichen Problematik und entwickeln gegenseitiges Verständnis und Mitgefühl (3 Nennungen)	„Äh ich denk schon, dass es ein Unterschied macht, also sonst ist man halt ALLEIN mit seinem Problem und weiß halt nicht genau oder denkt halt auch ja ähm warum grad ich? Ich mein niemand anderes von meinen Freunden hat des und so ja, dann ähm weiß man auch, dass man nicht ALLEINE damit ist, dass auch andere irgendwie ähm des gleiche Problem sozusagen haben und ja.“ „Ja, weil man, weil man zum Beispiel Freunde hat oder so die das nicht haben dann und das mal erzählt dann können die das nicht so gut verstehen – und hier hab ich jetzt Freunde, die können das verstehen, die wissen wie das ist.“
... Tipps und Ratschläge, um mit Situationen umgehen zu können (3 Nennungen)	„Auf jeden Fall denke ich, also eben man bekommt Tipps wie man selber damit besser klarkommt oder ähm ja wie man sich zurückziehen kann und solche Sachen.“ „Weil man kann manchmal auch drüber reden und denen das sagen und die können dir Tipps geben die Leiterinnen und ja wenn man nicht da ist dann - hat man halt keine Tipps und hat kein Anhaltspunkt und so, weil die Eltern können ja auch nicht sagen ja du kannst ja jetzt des aufn Blatt schreiben deine Sorgen und dann verbrennen oder so.“
... sich verbal zu wehren bzw. auszudrücken (2 Nennungen)	„Ja, sie hat mit jetzt auch so geholfen, weil ah früher in der Grundschule ähm und so da wurde ich halt auch manchmal öfter gehänselt und ähm und wenn das jetzt bei andre so ist, die wissen jetzt gar nicht, wie sie sich wehren sollen und die Gruppe hilft jetzt halt auch dadurch ähm das man dann halt lernt, was man machen könnte oder was man halt machen sollte.“

Tab. 18: Vorteile einer Gruppenteilnahme aus Sicht der Kinder in den qualitativen Interviews (N= 11)

Die soziale Unterstützungsfunktion der Kinder-/Jugendlichengruppen wurde auch in der Nennung von Personen, bei denen sich die Kinder Hilfe bei Problemen holen würden, deutlich: Am häufigsten wird hier die Gruppe benannt (Anzahl der Nennungen: Gruppe: 5, Freunde: 4, Familie: 3, Mitarbeiter: 2, Erwachsene: 2, andere Personen (Pflegermutter, Nachbarin, Lehrerin, Familienhelferin): jeweils 1). Um Probleme konkret zu besprechen, würden sie sich insbesondere an die Projektmitarbeiter (5 Nennungen), Freunde (4 Nennungen) und die Familie (4 Nennungen) wenden.

K: „Also wenn ich zum Beispiel Probleme in der Familie hab, dann geh ich dann immer, warte ich dann bis Montag ab und erzähl's dann immer in der Gruppe und da haben wir ja auch die Schweigepflicht, dass man nichts weiter erzählen darf.“

Am besten gefielen den interviewten Kindern in den Gruppenstunden die Elemente „gemeinsames Spiel und Zusammensein mit den anderen Kindern“, (4 Nennungen), „die Gespräche mit den anderen Kindern und das Zuhören“ (Anfangsrunde, Gefühlrunde) (4 Nennungen), „die kreativ-handwerklichen Aktivitäten“ (tonen, basteln, bauen) (3 Nennungen) sowie „das Sozialtraining“ (sich mit Worten ausdrücken bzw. auch wehren können) (2 Nennungen).

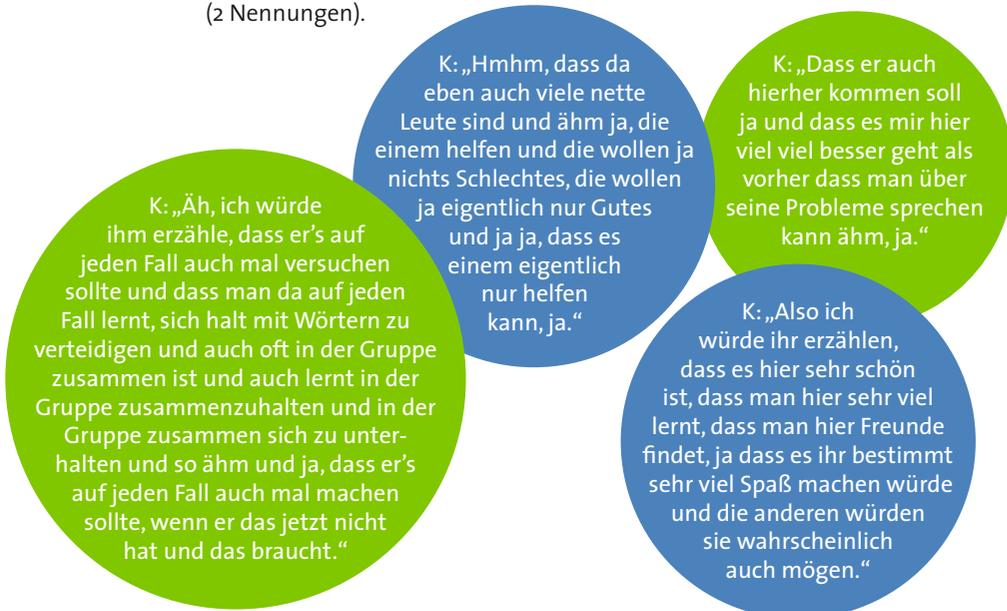
K: „Äh, eben die Anfangsrunde, also weil äh das, ich find das tut einfach gut mit jemandem drüber zu reden und so und ähm auch den anderen so zuzuhören, dass es nicht nur einem selber nur so geht, sondern auch andere des ähm betrifft.“

I: „Und wenn du und die anderen Kinder hier zusammen die Stunde verbringst, was gefällt dir am besten?“
K: „Weiß nicht, dass wir halt einfach zusammen sind, spielen und so dass halt keiner alleine ist. ... Und wir können halt auch drüber reden, wenn, über unsre Eltern oder so, weil dann denkt man nicht, halt, dass dass man der einzige ist, der das hat.“

K: „Also am besten hat mir gefallen ähm immer dieses Spiel am Anfang mit den Sonnen und ähm da konnte man halt immer sagen, wie man sich fühlt, das hat mir richtig Spaß gemacht und ähm ähm wir haben auch gebastelt und des hat mir auch sehr Spaß gemacht.“

K: „Sich jetzt, also was ich ganz gut halt dabei finde, sich zu verteidigen ohne jetzt irgendwie, manche hauen ja dann gleich oder so äh, das halt ohne, mit halt mit Wörtern jetzt ähm sich verteidige zu können, jetzt zum Beispiel wie das: ‚LASS MICH IN RUHE!‘ Dass man das halt deutlich und laut sagt, dass der vielleicht auch ein bisschen erschrickt, ja und dann halt denkt: ‚Uh‘.“

Die positiven Erlebnisse und Gruppenidentifikation der Kinder in den Gruppen spiegeln sich auch in der Frage wider, was die Kinder einem anderen Kind, das nicht an dem Gruppenangebot teilnehmen kann, über die Gruppe berichten würden. Dabei antworteten die Kinder insbesondere, dass das Angebot sehr schön sei und Spaß mache (3 Nennungen), dass man offen über Probleme und Gefühle sprechen könne (3 Nennungen), es einem viel besser gehe, wenn man an einer Gruppe teilnehmen kann (2 Nennungen), man Tipps und Hilfe erhalte (2 Nennungen), neue Freunde finde (2 Nennungen) sowie Zusammenhalt und Unterstützung durch die Gruppe erfahre (2 Nennungen).



Mögliche Lerneffekte und Veränderungen aus Sicht der Kinder wurden in den spielbasierten Interviews mit der Frage „Und jetzt stell dir vor, du triffst dein Ich aus der Vergangenheit, als es das erste Mal zur Gruppenstunde geht und du erzählst ihm, dass du jetzt Dinge kannst, die du damals noch nicht gekonnt hast. Welche Dinge sind das?“ erfasst. Hierauf gaben die Kinder am häufigsten an, dass sie insbesondere über verbesserte Problembewältigungsstrategien (über Probleme reden können, Umgang mit schwierigen Situationen) verfügen, Veränderungen hinsichtlich sozialer

Kompetenzen (Aufbau neuer Freundschaftsbeziehungen) sowie Fortschritte im emotionalen Bereich (besseres Gesamtbefinden, weniger Ängstlichkeit und mehr Freude, differenzierte Gefühlswahrnehmung, Anstieg der Selbstsicherheit, sich stärker, um sich selbst kümmern und eigene Bedürfnisse wahrnehmen) an sich wahrnehmen konnten. Weiterhin hätten sie sich in der Schule verbessert bzw. neue Hobbys/Interessen dazugewonnen (vgl. Tabelle 19).

Veränderungsbereiche durch das Projekt aus Sicht der Kinder	Konkretisierungsbeispiele/exemplarische Zitate der Kinder
Problembewältigung: Sprechen über das Problem und Umgang mit dem Problem (7 Nennungen)	<p>„Ja, ich konnte, ich konnte nicht so richtig offen über meine Probleme reden, also jetzt kann ich das auch viel besser und ähm viel mehr erzähl ich halt.“</p> <p>„Hmhm ja, eben besser mit bestimmten Situationen klarzukommen und vor allen Dingen auch besser, über die Dinge reden zu können und ähm ja zu wissen, dass man jemand hat der einem auch zuhört und ja einfach die Situation besser ähm sich da besser drin wohlfühlen oder ja.“</p> <p>„Dass ich über meine Probleme sprechen kann, dass es mir viel viel besser geht in so einer Gruppe als vorher.“</p>
Soziale Kompetenz/ Aufbau neuer Freundschaftsbeziehungen (6 Nennungen)	<p>„Und ähm, was ich vorher noch nicht hatte, ich hatte vorher nicht so viele Freunde also ich wurde vorher in der Schule gemobbt und da hatte ich halt nicht so viele Freunde, ich hab jetzt auch nicht grad viel Freunde, aber in der Gruppe hab ich wirklich, sind alle mit mir befreundet und das ist auch ziemlich gut so.“</p> <p>„Ja hier findet man halt auch Freunde, weil manchmal traut man sich nicht so richtig, hier zum Beispiel zu fragen: `Willst du meine Freundin sein?` oder so, dass man des jetzt auch kann.“</p>
Emotionale Kompetenz (5 Nennungen)	<p>„Bin ich auch selbstbewusster geworden und ich traue mich auch eher mehr Sachen als davor ja, früher hab ich halt eher so geachtet, was andere von mir meinen oder so, also zum Beispiel, wenn ich morgens irgendwie vorm Kleiderschrank stand und so denke ich so, hmhm. Ich weiß nicht, was soll ich anziehen, was denken die anderen oder so und jetzt ist es einfach jetzt denk ich halt einfach meine Meinung, also ja ja, dass ähm dass ich auch nicht immer nur an andere denk, sondern auch mal an mich also ja, weil ich mich ich hab auch mich immer so ähm zu arg um meine Schwester gekümmert und ähm, dass ich sozusagen fast schon Ersatzmutter für sie war und das ist jetzt auch nicht mehr so, jetzt ist halt einfach dass ich ähm eben auch an mich denk’ und nicht nur an andere.“</p> <p>„Hmhm ich bin halt, dann ist man auch nicht mehr so ängstlich und so, man kann mal fröhlich sein oder man kann auch schlecht gelaunt sein und dann später ist man wieder fröhlich oder so.“</p>
Schule/Hobbys (3 Nennungen)	<p>„Ja ähm ich bin auch selbstsicherer eben in der Schule.“</p> <p>„Dass ich jetzt schon in der Schule bin, in der vierten Klasse, ich sehr gut in Deutsch bin, nicht so wie früher.“</p>

Tab. 19: Lerneffekte durch das Gruppenangebot aus Sicht der Kinder in den qualitativen Interviews (N= 11)

3.3.3 Bilanzierung der Unterstützungsangebote aus Sicht der Eltern

Auch die Eltern bewerteten das Projekt insgesamt sehr positiv, und zwar hinsichtlich der erfahrenen Unterstützung für das Kind als auch für sich selbst, aber auch in der Motivation des Kindes zur Teilnahme und der Einbindung der Eltern bzw. Angehörigen in das Projekt (vgl. Abbildung 34).

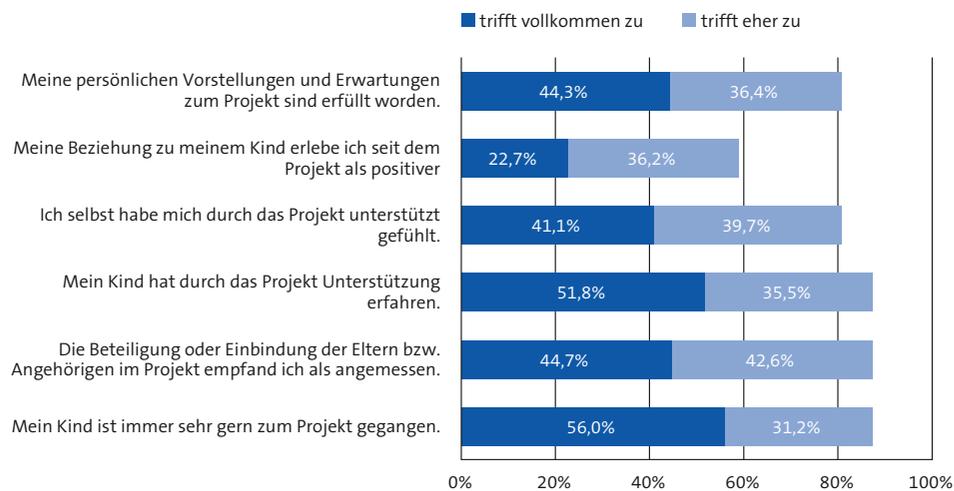


Abb. 34: Bewertung der Projekte aus Sicht der Eltern (N= 141, Skala von 1 = „trifft gar nicht zu“ bis 5 = „trifft vollkommen zu“; Angaben der Top Boxes als Maß der hohen Zustimmung = Werte 4 + 5)

Dass auch die Eltern selbst in ihrer elterlichen Stressbelastung zumindest teilweise von der Teilnahme ihrer Kinder an den Kinderunterstützungsangeboten profitierten, wird in den Ergebnissen des PSI-Fragebogens deutlich: Um das familiäre Stressniveau zu erheben, wurde in der Vor- und Nacherhebung eine Kurzform des PSI (Parenting Stress Index) eingesetzt, um mögliche familiäre Belastungen der begleiteten Familien im Verlauf zu eruieren. Untersucht man die durchschnittlichen Veränderungen im Projektverlauf, ergeben sich verschiedene Veränderungen auf Itemebene des PSI, die bei genauerer Analyse ausschließlich auf Elternteile zurückgehen, bei denen selbst eine psychische Erkrankung vorliegt (vgl. Tabelle 20).

	Prä \bar{x}	(sd)	Post \bar{x}	(sd)	p
Ich habe nicht mehr so viel Interesse an anderen Menschen wie früher.	3,03	(1,46)	2,64	(1,41)	0,03
Mein Kind reagiert sehr heftig, wenn etwas passiert, das es nicht mag.	3,46	(1,35)	3,13	(1,29)	0,03
Im letzten halben Jahr war ich körperlich erschöpfter und hatte mehr Beschwerden als sonst.	3,43	(1,49)	3,03	(1,59)	0,04
Ich habe manchmal ein schlechtes Gewissen wegen der Gefühle, die ich meinem Kind gegenüber habe.	2,79	(1,52)	2,46	(1,48)	0,02
Ich fühle mich oft alleine und ohne Freunde/Freundinnen.	3,23	(1,43)	2,69	(1,33)	0,00

Tab. 20: Signifikante Veränderung des elterlichen Stresserlebens: PSI (N= 78 Elternteile mit Angabe einer eigenen psychischen Erkrankung, Skala von 1= „trifft gar nicht zu“ bis 5= „trifft vollkommen zu“)

Der für das Kind und ggf. auch für sich selbst erlebte Unterstützungseffekt der Angebote wird auch in der elterlichen Bewertung einer möglichen weiteren Teilnahme des Kindes deutlich: 78,0% der an der Nacherhebung teilnehmenden Eltern würden ihr Kind zum Projektende gerne weiterhin daran oder an einem vergleichbaren Angebot teilnehmen lassen, 14,9% waren sich hier nicht sicher, lediglich 7,1% lehnten eine weitere Teilnahme ab. 52,5% der Eltern befürworteten dabei ein regelmäßiges wöchentliches Angebot, 16,4% ein monatliches, 4,9% ein zweimonatiges und 8,2% ein Ferienprogramm; unter sonstigen zeitlichen Vorschlägen (14,8%) wurde häufiger „zweiwöchentlich“ ergänzt.

3.3.4 Bilanzierung der Kinderunterstützungsangebote aus Sicht der Anbieter

Die 16 projektdurchführenden Institutionen bilanzierten sowohl in den Zwischen-/Abschlussberichten als auch in den halbstandardisierten Strukturfragebögen den Verlauf und die Ergebnisse ihrer Kinderunterstützungsangebote. Die inhaltsanalytisch nach Mayring (2010) vorgenommene Auswertung der Zwischen- und Abschlussberichte hatte zum Ziel,

die Unterstützungsangebote auf ausgewählte Fragestellungen auf dem Hintergrund des professionellen Wissens der teilnehmenden Fachkräfte zu untersuchen.

Allgemeine Bewertung und erreichte Projektziele

Mit der Projektumsetzung und dem Gesamtverlauf waren 37,5% der Projektverantwortlichen „sehr zufrieden“ und 62,5% „zufrieden“. Die Umsetzung der Unterstützungsangebote wurde zudem als durchgehend erfolgreich eingeschätzt, auch wenn teilweise viel Zeit zur Angebotsimplementierung und zum Aufbau effektiver und auch als essentiell bewerteter Vernetzungsstrukturen – u. a. zur Erreichung der angesprochenen Zielgruppe der Kinder – investiert werden musste. Die Projektverantwortlichen schätzten dann die Angebote besonders hilfreich ein, je länger die Kinder am Projekt teilgenommen hatten. Insgesamt positiv bilanzierten die Projektmitarbeiter die rege Beteiligung der Kinder am Projekt sowie das Gelingen einer guten Durchführung der Kindergruppen. Die Projektmitarbeiter beobachteten „große Freude, Spaß und Gelassenheit bei den Kindern“, die Kinder kamen gern zur Gruppe, zeigten Interesse am Projekt und den anderen Kindern und ließen sich intensiv auf das Angebot ein.

Zur Einschätzung des Erreichens der Projektziele in Relation zu den konzeptionellen Planungen wurden die in den Projekten individuell zunächst fokussierten und dann tatsächlich realisierten Förderbereiche in den Kinderunterstützungsangeboten erfasst. In Anlehnung an den Einsatz der Goal Attainment Scale in der Gesundheitsforschung (Kirusek & Sherman, 1968; Schaefer & Kolip, 2010) wurden die 16 Projekte also zu Projektbeginn und -abschluss nach ihren drei zentralen Zielen, den hierzu eingesetzten Methoden sowie nach dem wahrgenommenen Zielerreichungsgrad befragt. Über die Hälfte der Projekte gab dabei an, dass die Stärkung und Persönlichkeitsentwicklung der Kinder im Vordergrund ihrer Angebote stehe. Der wahrgenommene Zielerreichungsgrad wird bei fast allen Projekten auf einer dreistufigen Skala insgesamt positiv bewertet (vgl. Tab. 21).

Gesetztes Ziel	Zielerreichungsgrad	Konkretisierungsbeispiele	Zur Zielerreichung eingesetzte Methoden	Kriterien für den Erfolg
Allgemeine Stärkung und Unterstützung der Kinder in ihrer Persönlichkeitsentwicklung (N=9)	Ja = 9 Projekte Teilweise/Nein = 0 Projekte	Ressourcenförderung, Gefühls- und Bedürfniswahrnehmung Unterstützung einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung der Kinder	Spiele, Kreativangebote, Kunsttherapie, Einsatz positiver Bestärkung Therapeutische Gruppenangebote, Zusammensein der Kinder mit etablierten Paten über mindestens 1 Nachmittag/Woche	Kinder fühlen sich gestärkt gegenüber den Eltern und Freunden, gute Beziehung zur Kursleiterin Kinder sind offener und selbstsicherer im sozialen Kontakt und trauen sich mehr zu, Eltern berichten von positiven Veränderungen
Stabilisierung der Eltern-Kind-Beziehung, Sensibilisierung der Eltern für die Bedürfnisse der Kinder (N= 7)	Ja = 5 Projekte Teilweise = 2 Projekte Nein = 0 Projekte	Positive Beeinflussung des Interaktions- und Beziehungsverhaltens innerhalb der Eltern-Kind-Beziehung	Freizeit- und erlebnispädagogische Methoden, Beratungsangebote für Kinder und Jugendliche, sozialpädagogische Gruppenarbeit, Paar-, Eltern-/Elternteil-, Familiengespräche, systemisch-familientherapeutische Methoden	Konsequente Beteiligung der Eltern und Kinder an den Programmpunkten, Auseinandersetzung mit den eigenen Familienstrukturen, Sensibilisierung der Eltern für die kindlichen Bedürfnisse und Entwicklungsschritte, Häufigkeiten der Beratungen für die Mütter
Errichtung eines spezifischen Gruppenangebots (N= 6)	Ja = 6 Projekte Teilweise / Nein = 0 Projekte	Aufbau eines kontinuierlichen Gruppenangebots	Familienbegleitung, Sensibilisierung der Fachöffentlichkeit, intensive Vernetzungsarbeit, Angebot an Kindergruppen	Anzahl und Rückmeldungen der erreichten Kinder; fortlaufendes Angebot, hohes Engagement der durchführenden Mitarbeiter
Ausbau der Kooperationsstrukturen und Vernetzung (N= 6)	Ja = 5 Projekte Teilweise = 1 Projekt Nein = 0 Projekte	Bestmögliche Vernetzung mit den sozialen und medizinischen Kooperationspartnern vor Ort	Kooperationsgespräche, Informationen, informelle Wege, Koordination der Hilfen, Teilnahme und Mitwirkung an/bei diversen Arbeitskreisen, Vorstellungen in unterschiedlichsten Gremien	Bekanntheit des Angebots bei Kooperationspartnern, Nachfrage und Vermittlung von Kindern, Nachfrage nach Vortragstätigkeit und Einladung zu Veranstaltungen
Sensibilisierung der (Fach-)Öffentlichkeit für die Situation und Erlebenswelt der betroffenen Kinder (N= 5)	Ja = 2 Projekte Teilweise = 3 Projekte Nein = 0 Projekte	Sensibilisierung für und Enttabuisierung von psychischen und Suchterkrankungen	Pressearbeit, Fortbildungsveranstaltungen, Flyer, Presse, Informationsstände	Bekanntmachung des Projekts: ja; genug Enttabuisierung: nein, Situation der Kinder wird besser wahrgenommen und in die therapeutische/bzw. Beratungsarbeit mit einbezogen, bessere Vernetzung von Jugendhilfe u. Psychiatrie
Verminderung sozialer Isolation und Aufbau von Freundschaften, neuen Netzwerken für die Kinder (N=4)	Ja = 4 Projekte Teilweise / Nein = 0 Projekte	Kinder/Jugendliche werden aus ihrer sozialen Isolation herausgeführt; den Kindern wird die Gruppe und die Mitarbeiter/-innen stärkend zur Seite gestellt	Gruppenpädagogische Methoden, offene Gruppenstrukturen, die neue TN positiv begrüßt	Treffen der Teilnehmer/-innen auch außerhalb des Projekts, Freude beim gemeinsamen Spiel
Etablierung einer dauerhaften Hilfestruktur und Sicherung einer Anschlussfinanzierung (N= 3)	Ja = 1 Projekt Teilweise = 1 Projekt Nein = 1 Projekt	Realisierung einer Anschlussfinanzierung, Etablierung von Hilfsangeboten für betroffene Kinder	politische Arbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Einbezug politischer Verantwortungspersonen	Zufriedenheit der Beteiligten, Mitarbeit in verschiedenen Arbeitskreisen, Einbezug von politisch Verantwortlichen
Sonstiges (Einzelnennungen): z.B. Entwicklung eines Manuals zur Durchführung solcher Gruppen, Screening psychisch kranker Erwachsener, um Kinder zu erreichen				

Tab. 21: Angestrebte und realisierte Projektziele (N= 16)

Eine generelle Herausforderung besteht nach Projektförderungen häufig in der Überführung in finanzierte Regelangebote. Sieben der geförderten Projekte gaben zum Projektende eine Weiterfinanzierung und Überführung in Regelangebote an (finanzielle Unterstützung u.a. durch Drittmittelförderung, Landratsämter, Jugendämter, Sozialhilfeausschüsse, Vereine für psychisch Kranke), bei sieben Projekten war eine Anschlussfinanzierung noch offen, zwei Projekte konnten keine Weiterfinanzierung erreichen. Die Förderung der Projekte durch die Stiftung Kinderland Baden-Württemberg hat also bei 43,8% der Projektstandorte zu einer zumindest mittelfristigen sicheren Verstetigung der Angebotsstrukturen für Kinder psychisch und/oder suchtkranker Eltern beitragen können. Dabei wird es weiterhin von besonderer Bedeutung sein, die bestehenden Netzwerke nun zu pflegen und weiter auszubauen, auch im Sinne der noch anzustrebenden verbesserten Erreichbarkeit der Zielgruppe.

Wahrgenommene Veränderungen der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen aus Sicht der Anbieter

Über alle Projekte hinweg konnten mit unterschiedlicher Akzentuierung Veränderungen bei den Kindern und Jugendlichen auf unterschiedlichen Ebenen seitens der Projektmitarbeiter festgestellt werden (vgl. Abbildung 35).

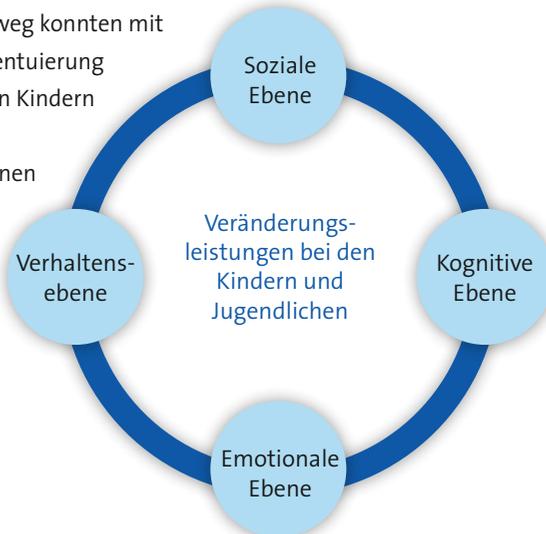


Abb. 35: Allgemein intendierte und erreichte Veränderungsebenen/-bereiche bei den Kindern und Jugendlichen aus Sicht der Projektmitarbeitenden nach Projektende

Die nachfolgenden Beschreibungen rekonstruieren die subjektiven Wahrnehmungen der beteiligten Projektmitarbeiter und ergänzen aus deren Sichtweise damit die in Kapitel 3.3.1 vorgestellten objektivierten erhobenen Veränderungsmaße bei den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen.

- **Veränderungen auf sozialer Ebene:** Durch das kontinuierlich laufende Gruppenangebot konnten die Kinder Gruppenregeln formulieren und einüben sowie die Entstehung einer Gruppenidentität miterleben und gestalten. Kinder, die sich sonst als Außenseiter erlebten, machten die Erfahrung, von anderen Kindern respektiert und integriert zu werden, es entstanden Freundschaften sowie verlässliche Beziehungen zu den Gruppenmitarbeitern bzw. auch Paten. Durch diese neu erfahrenen Netzwerkbeziehungen wurde den Kindern ihr Beziehungsmuster zu wichtigen Personen in ihrem Leben neben ihrem erkrankten Elternteil stärker bewusst und sie konnten feststellen, dass jemand (auch in Notfällen) zuverlässig für sie da ist. Viele der Kinder zeigten zunehmend die Fähigkeit, mit anderen Personen über die elterliche Erkrankung zu reden sowie familiäre und außerfamiliäre Konfliktsituationen (z. B. Mobbing-situationen in der Schule, Konflikte mit Lehrern, Streit mit Freunden) besser zu lösen.
- **Veränderungen auf kognitiver Ebene:** Die Vermittlung von altersangemessenem Wissen bzw. der Austausch über die elterliche Erkrankung trug zum Abbau von Tabuisierung, Schuld- und Loyalitätskonflikten bei. Die Kinder wurden darin bestärkt, ein realistischeres und differenziertes Bild über die psychische bzw. Suchterkrankung ihres Elternteils zu entwickeln und sich hier von ggf. verzerrten Vorstellungen lösen, so z. B. das häufige Gefühl, am Zustand des erkrankten Elternteils schuld zu sein. Häufig benannten die Gruppenmitarbeiter die Erfahrung, dass Kinder sich erst nach sechs bis acht Treffen trauten, über ihre Probleme zu sprechen. Die psychoedukativen Elemente wurden in den Projekten in unterschiedlicher Strukturintensität in die Einheiten integriert; so geschah der Austausch über die elterliche Erkrankung in einigen Projekten weniger, eher beiläufig forciert, während dies in anderen Projekten bewusst zum Thema des Treffens gemacht wurde. Wichtig war, dass die Eltern ihren Kindern – als offen ausgesprochene Aussage oder indirekt über ihr Verhalten – die Erlaubnis gaben, über die Situation zu Hause zu sprechen.

- **Veränderungen auf emotionaler Ebene:** Zunehmend konnten die Kinder und Jugendlichen in den Projekten besser ihre eigenen Gefühle wahrnehmen, ausdrücken und ggf. modulieren. Das Erkennen von eigenen Fähigkeiten, Stärken und Interessen trug zu einer Verbesserung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeit bei. Zudem war das Erleben, trotz herausfordernder Lebensumstände „Kind sein zu dürfen“, Spaß, Spiel und Ablenkung haben zu dürfen, ein wichtiger Veränderungsbereich in den Projekten: Die Kinder und Jugendlichen sollten in vielen Projekten in erster Linie Entlastung erfahren und durch gemeinsame Aktivitäten und Spiele Unbeschwertheit in einer häufig belastenden Lebenssituation erleben können.

- **Veränderungen auf Verhaltensebene:** Im Umgang mit der elterlichen Erkrankung erweiterte sich das kindliche Handlungsrepertoire, mit Belastungen sicherer und spielerischer umzugehen. Dazu trug das Wissen um Lösungen und Wege, um in kritischen Situationen für sich hilfreich zu reagieren, die Rollenspiele sowie konkrete Notfallpläne bei.

Die Veränderungen der Kinder gestalteten sich aus Sicht der Projektmitarbeiter sehr individuell und waren von verschiedenen Faktoren (wie z. B. Dauer der Teilnahme oder Offenheit der Eltern gegenüber der Gruppenteilnahme) abhängig. Dennoch können einige generelle Fördereffekte in Abhängigkeit von der strukturell-konzeptionellen Ausrichtung der Projekte identifiziert werden:

- **Im Patenschaftsprojekt** konnten aus Sicht der Projektmitarbeiter Veränderungen in Abhängigkeit vom Alter der Kinder festgestellt werden. So nahmen sie bei kleineren Kindern (unter 6 Jahren) Fortschritte in der fein- und grobmotorischen Entwicklung, in der Sprachentwicklung, der Konzentrationsfähigkeit sowie im Sozialverhalten wahr. Bei den älteren Kindern und Jugendlichen zeigte sich ein stärkeres Selbstbewusstsein; sie gewannen an Selbstvertrauen und Selbstsicherheit in sozialen Kontakten, lernten eine verbesserte Kommunikation ihrer Bedürfnisse und entwickelten neue Interessen. Die Wirkung der Patenkontakte lässt sich aus Sicht der Mitarbeiter so erklären: „*Das Kind lernt durch die Paten ein anderes Modell*

von Lebensbewältigung, Lebensgestaltung, Familienleben und Freizeitgestaltung kennen. Es kann später als Erwachsener auf diese Erfahrungen zurückgreifen. Die Kinder haben durch die Patenschaft die Möglichkeit, aus dem oft geschlossenen System ihrer Herkunftsfamilie heraus zu kommen und für einige Stunden in der Woche bei den Paten Kind zu sein und die Sorgen um die Eltern hinter sich zu lassen“.

- **In den erlebnispädagogisch orientierten Mehrtagesangeboten/Wochenenden/Intensivmaßnahmen** für Kinder und Eltern konnten aus Sicht der Mitarbeiter aufgrund der zeitlichen – zwar intensiven, dann aber insgesamt begrenzten – Angebotsdauer eher kurzfristige Effekte erzielt werden: Die Kinder konnten in den Angeboten „Kind sein“, erfuhren eine Resilienzstärkung (insb. Förderung von Eigeninitiative und Kreativität), lernten ihre Bedürfnisse wahrzunehmen und zu äußern. Da in diesen Projekten gleichermaßen die Eltern involviert waren, konnten das Gesamtsystem Familie unterstützt (u. a. durch Weitervermittlung bzw. Bereitstellung weiterführender Hilfen), elterliche Erziehungsfragen geklärt sowie die Eltern-Kind-Bindung positiv beeinflusst werden.

- **In den kontinuierlich stattfindenden, meist wöchentlichen Gruppenangeboten** konnten sich die teilnehmenden Kinder insbesondere in ihrer sozialen Kompetenz verbessern. Die Gruppe wurde als Ressource genutzt, um das „selbstverschuldete Einzelschicksal“ zu überwinden: „*Im Rahmen des Angebots erfahren die Kinder, dass andere Kinder in der gleichen Situation leben. Die Rollenfixierung wird dabei verändert und Schuldgefühle abgebaut. Die meisten Kinder erhalten durch unsere Gruppentreffen die Möglichkeit, ihre soziale Isolation zu verlassen“.* In den Gruppenstunden wurde zudem eine Verbalisierung und ein Austausch über die spezifische Lebenssituation ermöglicht sowie das Erlernen neuer Bewältigungsstrategien, z. B. durch Information und konkrete Notfallpläne. Bei vielen Kindern nahmen die Mitarbeiter eine Entwicklung kommunikativer Kompetenzen wahr: Die Kinder erfuhren Entlastung durch die Mitteilung von Gefühlen und Erfahrungen, die sie im Hinblick auf die Erkrankung des Elternteils und in ihrem sozialen Umfeld gemacht haben. Gegenseitiges Zuhören in einem geschützten Rahmen, sich mit anderen auszutauschen, sich sowohl anzupassen als auch eigene Interessen einzubringen, situationsadäquat Verantwortung zu übernehmen und eine Balance zwischen dem Engagement in der Gruppe

und persönlicher Abgrenzung zu finden, waren u.a. die hierzu beitragenden Schwerpunkte in den Gruppenstunden. Die Begegnung mit Anderen eröffnete aus Fachkräftesicht vielen Kindern ein neues soziales Lernfeld, in dem positive und zuverlässige Erfahrungen außerhalb der häufig belasteten familiären Situation möglich wurden. Durch neue Impulse (z.B. Freizeitgestaltung) konnten sich viele Kinder den eigenen Bedürfnissen und Interessen stärker widmen und die Belange der Eltern mehr „loslassen“. Die kontinuierliche Erfahrung, dass sie trotz der schwierigen Lebensumstände Spaß haben und lachen dürfen sowie eigene Grenzen wahrzunehmen, zu formulieren und durchzusetzen, war für betroffene Kinder im Umgang mit der elterlichen Erkrankung aus Sicht der Projektmitarbeiter sehr wichtig.

- *In den Projekten mit manualisiertem Konzept* und psychoedukativen Elementen konnte nach Projektende insbesondere ein deutlicher Wissens- und Verständnisszuwachs bei den Kindern im Hinblick auf die elterliche Erkrankung festgestellt werden: *„Die Kinder nahmen die informativen Einheiten interessiert auf. Insbesondere bei der langen psychoedukativen Einheit zu den jeweilig möglichen Krankheiten waren alle Kinder mit vielen Nachfragen dabei. ... Ein besseres (reales) Verständnis für die Erkrankungen der Eltern entstand und ersetzte eigene, initial oft falsche oder irrealerklärungs-muster (z.B. weil ich böse war, ist Mama jetzt krank) der Kinder“.*

Zusammenführend sind in Tabelle 22 die schwerpunktmäßigen Fördereffekte in Abhängigkeit von der konzeptionellen Ausrichtung der Projekte aufgeführt. Diese Übersicht ist dabei als grundlegende Orientierung zu interpretieren und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die herausgestellten Fördereffekte können als Anhaltspunkte gelesen werden, welche Schwerpunkte in den einzelnen Projektausrichtungen gesetzt wurden und welche Funktionen diese verschiedenen Herangehensweisen für die Kinder und Jugendlichen zu erfüllen vermögen. Zu beachten ist, dass die Einteilung durch die Praxisorientierung der zu evaluierenden Angebote nicht gänzlich trennscharf ist; so weisen einzelne wöchentliche Gruppenangebote auch ganztägige Aktivitäten auf, ebenso wie mehrtägige Angebote auch in bestimmten Projektzeiten wöchentliche Angebote vorhielten.

Projektausrichtung	Initiierung konkreter Unterstützungsleistungen	Beurteilung des schwerpunktmäßigen Fördereffekts aus Sicht der Projektverantwortlichen
Patenschaftsprojekt (1 Projekt)	Einrichtung von Patenschaften	Beziehungsaufbau zu Paten, neue Lernumgebung, Unbeschwertheit, Stärkung des Selbstbewusstseins, Bedürfniswahrnehmung, Soziale Kompetenz, Offenheit, motorische Entwicklung, Konzentrationsfähigkeit, Sprachentwicklung
Regelmäßige, meist wöchentliche Gruppenangebote (auch Mädchenangebote) (10 Projekte)	Kontinuierliches Gruppenangebot, Beratungsmöglichkeiten für Eltern und Kinder	Stärkung sozialer Kompetenz, des Selbstvertrauens und des Selbstbewusstseins, Vermeidung sozialer Isolation, Verbalisierung und Wahrnehmung von Bedürfnissen, Aufbau von Resilienz, alters- und entwicklungsgerechte Krankheitsinformationen und Austausch über elterliche Erkrankung, Integration in wohnortnahe Bezüge
Erlebnispädagogische Wochenenden bzw. Intensivmaßnahmen für Familien (3 Projekte)	Projekte, Ausflüge und themenbezogene Veranstaltungen für die Familien, Intensivierung der Einzelkontakte, Einbindung in Hilfesysteme, Einzelberatungen	Kurzfristig sehr positive Effekte (intensive Begleitung, Stärkung der Gesamtfamilie), langfristig eher weniger effektiv aufgrund des kürzeren (zeitlichen) Betreuungsrahmens, Kinder haben hohen Bedarf an konstanter Förderung und an externen Bezugspersonen
Psychoedukativ ausgerichtete Gruppen mit manualisiertem Konzept (2 Projekte)	Psychoedukative Gruppen, Beratung für Eltern	Psychoedukation, Vermittlung von Fachwissen über die elterliche Erkrankung, Erfahrungsaustausch, Abnahme von Tabuisierung, Schul- und Loyalitätskonflikten, Verwirklichung von Zielen, Interesse am eigenen Leben

Tab. 22: Beurteilung der Fördereffekte aus Sicht der Projektverantwortlichen (extrahierte Darstellung aus den Abschlussberichten)

Erreichte Zusammenarbeit mit den Eltern

Um eine gute Zusammenarbeit mit den erkrankten wie auch nicht erkrankten Elternteilen im Projekt zu ermöglichen, setzten sich die Projekte zum Ziel, flankierend zu den Kinderangeboten verschiedene Angebote für die Eltern bereitzustellen. Die vor Maßnahmenbeginn geplanten Methoden für die elterliche Zielgruppe konnten in den Projekten dann auch überwiegend realisiert werden (vgl. Tabelle 23). In allen Projekten spielte die Weitervermittlung zu Ämtern bzw. anderweitigen Fachstellen eine tragende Rolle, was die Notwendigkeit der integrierten, vernetzten Unterstützung betroffener Familien verdeutlicht. Ebenso fanden in nahezu allen Projekten allgemeine Beratungsgespräche, Gespräche über die Entwicklung des Kindes im Projekt sowie Informationsveranstaltungen für Eltern statt; 75,0% der Projekte realisierten zudem Hausbesuche. Niedrigschwellige, kontinuier-

liche und intensive Elternarbeit stellt dabei ein wesentliches Qualitätskriterium von Präventionsangeboten für Kinder aus psychisch kranken oder suchtkranken Familien dar, da hierüber auch häufig eine Erreichbarkeit und kontinuierliche Teilnahme der Kinder an Gruppenangeboten erst ermöglicht und gesichert werden kann.

Elternorientierte Methoden	Anzahl der Projekte, in denen die Methoden geplant / realisiert wurden (Nennungen)		Angaben in Prozent	
	Geplant	Realisiert	Geplant	Realisiert
Allgemeine Beratungsgespräche	16	15	100,0	93,8
Vermittlung von Kontakten zu Ämtern und anderen Fachstellen	14	16	87,5	100
Gespräche über die Entwicklung des Kindes im Projekt	14	15	87,5	93,8
Tür- und Angelgespräche/Gespräche zu den Bring- und Abholzeiten	13	13	81,3	81,3
Handzettel, Aushänge, Flyer zur Elternansprache	13	13	81,3	81,3
Infoveranstaltungen über das Kinderangebot	11	13	68,8	81,3
Home-Based-Maßnahmen (Hausbesuche)	11	12	68,5	75,0
Elterninfobriefe	11	8	68,8	50,0
Freizeitangebote für Familien	8	7	50,0	43,8
Elternveranstaltungen zu pädagogischen Themen	6	5	40,0	31,3
Vermittlung von Kinderbetreuung	5	4	31,3	25,0
Mutter-Kind-Angebote	4	5	25,0	31,3
Thematische Elterngesprächskreise	3	4	18,8	25,0
Vater-Kind-Angebote	2	2	12,5	12,5
Elternkurse	0	3	0,0	18,8

Tab. 23: Geplante und realisierte Methoden der Zusammenarbeit mit den Eltern (N= 16, Mehrfachnennungen möglich)

Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Eltern gaben in der Projektbilanzierung über vier Fünftel der Projekte an, dass ihnen insbesondere die Bereitstellung individueller familienorientierter Unterstützungsleistungen gelungen sei (vgl. Abbildung 36).

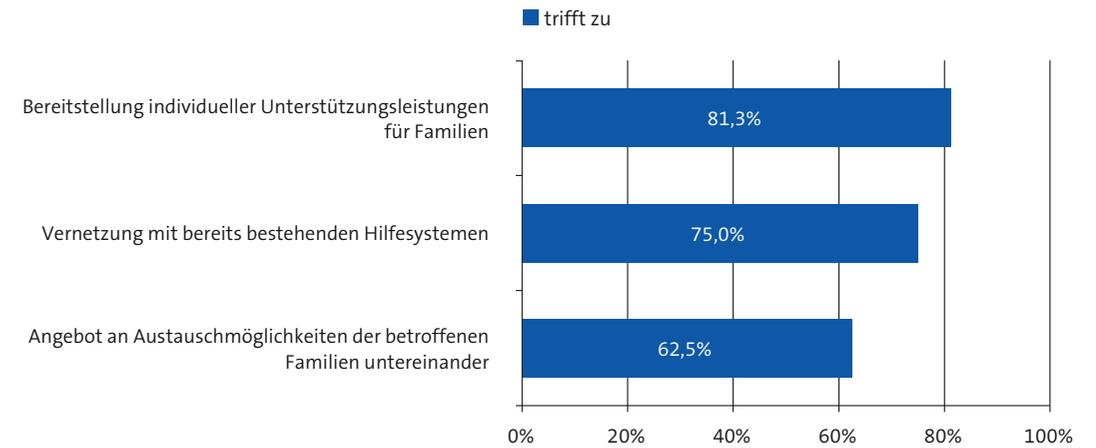


Abb. 36: Erreichung verschiedener Ziele in der Zusammenarbeit mit den Eltern (N= 16, Angaben der Antworten „trifft zu“ auf einer Skala von 1= „trifft zu“ bis 4= „trifft nicht zu“)

Die Projektträger wurden zudem zu Beginn und nach Abschluss gefragt, welche Schwierigkeiten sie hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Eltern erwarteten bzw. welche dann auch tatsächlich auftraten. In der Projektbilanzierung fielen das Engagement der Eltern und die Nutzung der Angebote deutlich höher aus als zuvor prognostiziert und befürchtet (vgl. Abbildung 37).

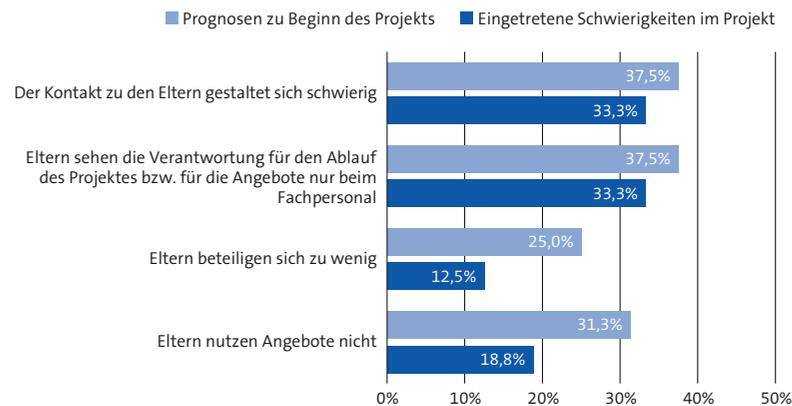


Abb. 37: Erwartete und aufgetretene Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den Eltern (N= 16, Angaben der Antworten „sehr oft“ und „oft“)

Die Eltern erlebten in der Wahrnehmung der Fachkräfte die Projektangebote häufig nicht als Stigmatisierung; hierfür war es aber wichtig, zu Projektbeginn für das Unterstützungsangebot in einer Form zu werben, dass sich die Eltern nicht in ihrer elterlichen Rolle, Fürsorge und Kompetenzen bedroht oder entwertet fühlten. Einzelne Projekte erfuhren eine hohe Akzeptanz und Annahme von Eltern-Kind-Aktivitäten, hingegen ein geringeres Interesse an Elternabenden. Eine längere Projektteilnahme der Kinder und Familien wurde als wichtiger Wirkfaktor für einen höheren Effekt der Unterstützungsangebote gewertet. Die Zusammenarbeit mit den Eltern gestaltete sich aus Sicht der Projektmitarbeiter insbesondere dann gut, wenn die Eltern zur Mitarbeit bereit waren und sich ohne Vorbehalte auf das Projekt einlassen konnten. In diesen Fällen konnte eine „hohe Mitwirkungsbereitschaft“ konstatiert werden, die Eltern „Entlastung durch die Gruppe“ erfahren sowie „Anregungen aufnehmen“.

Herausfordernd war die Zusammenarbeit mit den Eltern bei geringem Bewusstsein der Eltern für die Wichtigkeit der Unterstützung der Kinder, wenig Krankheitseinsicht, komorbiden Störungen, hohen Erwartungen der Eltern an das Projekt, elterlicher Überbehütung sowie bei ausgeprägter Scham über die Krankheit und deren Konsequenzen oder auch bei Scheu, sich insgesamt der Thematik „Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern“ zu stellen:

„Also was mich immer wieder herausfordert ist, also wenn’s nicht nur eine Suchterkrankung ist, sondern wenn auch noch hohe Beziehungskonflikte da drin sind, ja und also ich schon auch häufig erleb’, dass entweder die Elternteile sich getrennt haben, in Trennung sind und oft das Ganze dann nicht so gut für die Kinder abgewickelt wird und das erlebe ich als eine Riesenherausforderung.“

Die wünschenswerte Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung der Kinder in den Projekten stellte für die Mitarbeiter gelegentlich eine Herausforderung im Umgang mit den Eltern dar, nämlich wenn die Kinder ihre eigenen Bedürfnisse und Interessen im Projektverlauf wahrnahmen und umsetzen wollten und dies für die Eltern Angst und Missbehagen hervorrief:

„Es gab ein Elternteil, welcher sich beschwert hat, weil das Kind zu aufmüffig wurde und da war dann das Thema natürlich Sicherheit und Fürsorge einerseits für das Kind, also die war einfach sehr in Sorge, dass sie das Kind gefährdet, weil es jetzt so viel Bedürfnisse hat mit Freunden auszugehen ... und dieses Kind wollte einfach jetzt auch die Welt kennenlernen, wie die Welt nun wirklich ist, wie ihre Freunde sie auch erleben und das habe ich versucht mit dem Elternteil dann zu klären und Ideen zu finden, wie sie sich irgendwie einigermaßen sicher fühlen kann, also dieses Gefühl hat, es passiert nichts und dass auch das Kind trotzdem Freiräume hat.“

Barrieren und Herausforderungen in der Projektumsetzung

Die Projekte wurden zu Laufzeitbeginn befragt, welche Schwierigkeiten sie hinsichtlich der Kinder- bzw. Jugendlichengruppe als „sehr oft“ bzw. „oft“ erwarteten, sowie zum Projektende zu den dann tatsächlich aufgetretenen Problematiken. Zu Beginn befürchteten die Befragten eher, dass es den Kindern aufgrund von Loyalitätskonflikten gegenüber den Eltern schwer fallen könnte, sich auf das Projekt einzulassen. In der Einschätzung nach Projektende trat dieser Aspekt lediglich in einem Projekt „oft“, in sechs Projekten „manchmal“, hingegen in neun Projekten nur „sehr selten“ auf. Ein häufigeres Problem in der Projektumsetzung war demgegenüber, dass die Kinder die Thematisierung der elterlichen Erkrankung teilweise ablehnten (2 Projekte: „oft“, 6 Projekte: „manchmal“). Weder zu Beginn noch nach Ab-

schluss des Projekts stellten Aspekte wie „Die Gruppe wächst nicht als Unterstützungsgruppe zusammen“ bzw. „Die Kinder beteiligen sich zu wenig aktiv am Projekt“ eine Herausforderung für die geförderten Anbieter dar.

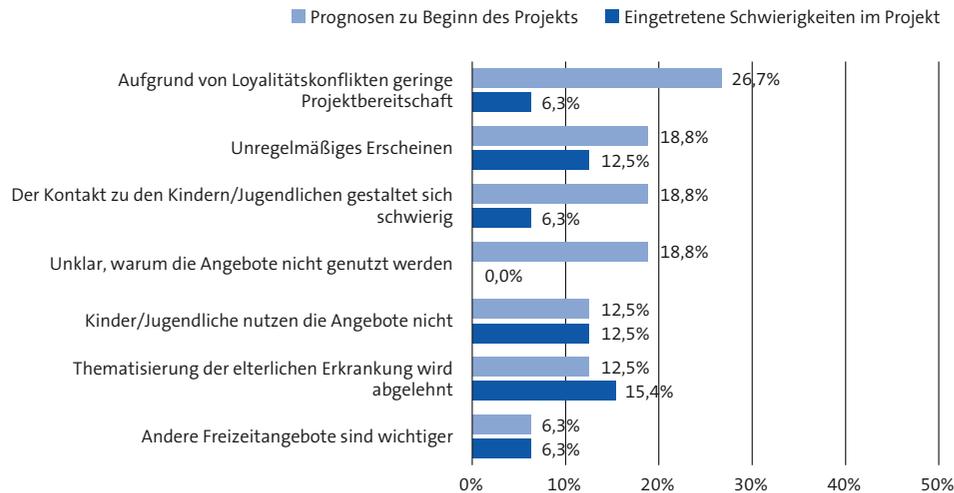


Abb. 38: Erwartete und aufgetretene Schwierigkeiten in der Umsetzung der Kinderunterstützungsangebote (N=16, Angabe der Antworten „sehr oft“ und „oft“)

Als herausfordernde Situationen wurden aus Sicht der Projektmitarbeiter am ehesten Anforderungen in der Durchführung der Kindergruppe benannt und hierzu die Aspekte „Schwierigkeiten im Verhalten der Kinder“ (ADS/ADHS oder aggressive Verhaltensweisen), „individuelle Bedürfnisse der Kinder“ bzw. auch das „Schweigen der Kinder“ aufgrund von Tabuisierungstendenzen angeführt:

„Dann sind da auch diejenigen, die dann schweigen, ja auch wenn's ihnen ganz schlecht geht und dies erlebe ich manchmal schon auch als sehr schwierig, ja. Wenn alle Anzeichen eigentlich dafür stehen, dass in der Familie das Elternteil wieder rückfällig ist, ... und man da aber nicht rankommt, ... weil das Kind einfach nichts sagt.“

Die Projektmitarbeiter waren in den Stunden gefordert, sowohl haltgebende und ritualisierte Gruppenstrukturen anzubieten, die Kinder zu motivieren, zu unterstützen und zu begleiten als auch klare Grenzen zu setzen.

Häufig war es für die Kinder eine Grundthematik, sich überhaupt auf die Gruppe sicher einlassen zu können und Vertrauen zu entwickeln.

Grenzen stellten sich aus Sicht der Projektverantwortlichen insbesondere und nach wie vor in der Erreichbarkeit der Familien und der Akquise der Teilnehmer dar:

„Viele Familien schotteten sich ab. Das Leid durch die psychische Erkrankung wird nicht nach außen gezeigt aus Angst vor Stigmatisierung und davor, die Kinder zu verlieren.“ *„Liegt eine mangelnde Krankeneinsicht des erkrankten Elternteils vor, ist es fast unmöglich, dass das Kind bzw. die Kinder in das Projekt aufgenommen werden können.“*

Der Zugang zu betroffenen Kindern und Eltern, die bisher nicht in Unterstützungssysteme (z.B. Hilfen zur Erziehung, Sozialpsychiatrie) eingebunden waren, gelang nach den Projektaussagen der Abschlussberichte eher weniger; demgegenüber wurden vor allem Familien erreicht, die bereits in Unterstützungsmaßnahmen integriert waren. Dies spiegelt sich auch in den Angaben der Eltern bzw. Gruppenleiter zur Inanspruchnahme von Hilfen der teilnehmenden Kinder zu Projektbeginn wider (vgl. Abbildung 39).

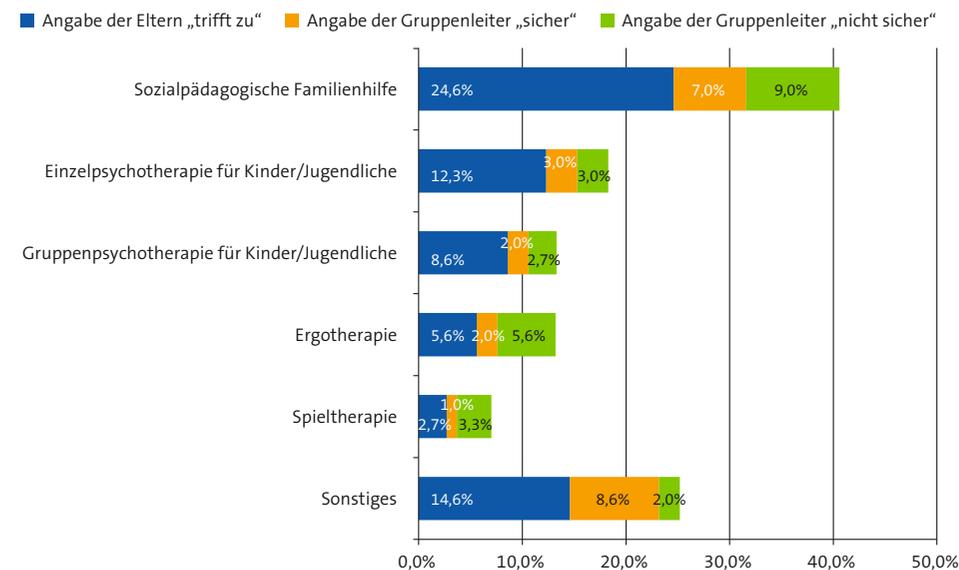


Abb. 39: Inanspruchnahme anderer Hilfsangebote für die Familie bzw. die Kinder zu Projektbeginn (Eltern N= 142, Gruppenleiter N= 58; die Gruppenleitereinschätzungen erfolgten nur dann, wenn keine Elternangaben vorlagen, sind also summarisch zu verstehen)

Erfolgsfaktoren in der Projektumsetzung

Aus den Strukturfragebögen wie auch den Abschlussberichten lassen sich die folgenden Erfolgsfaktoren der von der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg geförderten Unterstützungsangebote für Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern aus Sicht der Projektinstitutionen herauskristallisieren.

- **Zielgruppenspezifische Ausrichtungen der Projekte:** Durch die konzeptionell bedingte Auseinandersetzung mit der Erreichbarkeit suchtbelasteter bzw. psychisch kranker Familien gelang es vielen Projekten, dass die Unterstützungsangebote als Hilfeangebot und nicht als Kontrolle durch die Eltern wahrgenommen wurden. Dadurch konnten häufig vorhandene Hemmschwellen abgebaut, Isolation durchbrochen und ein besserer Zugang zur Lebenswelt der betroffenen Familien geschaffen werden.
- **Gestaltung der Gruppenangebote:** Positiv für viele Kinder erwies sich in den Projekten der Gruppenkontext und die Rückmeldungen von anderen Kindern bzw. Jugendlichen. Ähnliche Erlebnisse führten zu einem Zusammengehörigkeitsgefühl und unterstützten die Entstehung von Freundschaftsbeziehungen. Positiv hat sich dabei die Bildung kleiner, homogener Gruppen (bezogen auf das Alter der Kinder, Familienverhältnisse, extern installierte Hilfen) erwiesen bzw. die Teilung der Gruppen bei Bedarf. Die wöchentlichen Treffen gaben Struktur und schufen Verbindlichkeit. Je nach Altersgruppe konnte die Gestaltung der Gruppen, das Aufstellen von Regeln und Ritualen selbstbestimmt erfolgen, um eine hohe Selbstwirksamkeit für die Kinder erfahrbar zu machen. In den Gruppenstunden mit jüngeren Kindern hat sich das offene Spielangebot bewährt, ebenso eigneten sich Geschichten, mit denen sich die Kinder identifizieren konnten, sodass die Psychoedukation leichter verständlich war. Für den Aufbau der Gruppen waren verschiedene Arbeitsphasen hilfreich, an deren Ende ein Ausstieg bzw. ein Neueinstieg von Kindern möglich war (halboffene Gruppen). Wichtig war eine vielfältige Gestaltung der verschiedenen Einheiten, die die Resilienz fördern und die Kinder auf der Basis von spaßigen Erlebnissen zur Teilnahme motivieren und aktivieren.
- **Gestaltung der Patenschaftsangebote:** Hier waren neben der gezielten Patenwerbung wichtige Komponenten für den Projekterfolg die inhaltliche

Begleitung der Patenschaften durch die Fachkräfte, eine monatliche Aufwandsentschädigung für die Paten als Anerkennung sowie die Schaffung einer adäquaten Passung von Kind und Paten (u. a. bezogen auf soziales Milieu, gemeinsame Interessen, Wunschvorstellung der Paten bzgl. des Kindes, räumliche Nähe, Belastbarkeit der Paten etc.): *„Entscheidend für den Verlauf einer Patenschaft war in erster Linie der Schritt, die passenden Paten für das jeweilige Patenkind zu finden. Je besser die Interessen und Wünsche beider Parteien zusammenpassen, umso zufriedener fühlten sich alle Beteiligten mit der Patenschaft“*. Dabei konnte es unterschiedlich lange dauern, bis die Kinder über ihre häusliche Situation mit den Paten sprachen bzw. von Begebenheiten berichteten, die sie belasten: *„Die Paten sind angewiesen, nicht explizit nachzufragen, sondern abzuwarten, ob die Kinder von sich aus erzählen möchten. Es gibt Kinder, die sich vieles von der Seele reden und andere, die kaum über ihre häusliche Situation sprechen und dennoch von der Patenschaft profitieren“*.

- **Gestaltung der Zusammenarbeit mit Eltern und ganzheitlicher Blick auf das Familiensystem:** Die begleitende Elternarbeit war ein weiteres wirksames Element: Nur wenn die Eltern das Unterstützungsangebot als Hilfeleistung und nicht als Bedrohung wahrnehmen, kann eine vertrauensvolle Basis der Zusammenarbeit entstehen. Die Kinder weisen häufig eine hohe Sensibilität dafür auf, wenn die Eltern den Besuch einer Gruppe oder auch eines Paten als problematisch erleben; reaktiv ziehen sich Kinder dann ggf. unter Vorwänden zurück und beenden ihren Teilnahme am Angebot. Hintergrund ist sicherlich auch, dass Kinder ihre ohnehin belasteten Eltern nicht durch das Unterstützungsangebot weiter zusätzlich belasten oder verletzen wollen. In der Zusammenarbeit und Einbindung der Eltern sollte aus den Erfahrungen von Projektmitarbeitern in der Gesprächsführung auf drei Phasen geachtet werden:

- 1) **Kontaktphase:** Eingangsgespräche mit den Eltern und ihren Kindern, begleitender Entscheidungsprozess (kein Loyalitätskonflikt)
- 2) **Kontraktphase:** Verbindliche Teilnahme der Kinder an der Gruppe, begleitende Beratungsgespräche mit Elternteilen und Paaren nach Bedarf sowie Einzelgespräche mit allen beteiligten Familienmitgliedern und anderen Familienhelfern im Laufe des Gruppenprozesses
- 3) **Prozessorientiertes Abschlussgespräch** aller Beteiligten

- **Ausreichendes und qualifiziertes Personal:** Für alle Beteiligten war die Qualität der fachlichen Begleitung ein ausschlaggebender Erfolgsfaktor. Dabei waren themenorientierte Fortbildungen bzw. auch umfassendere Weiterbildungen mit ressourcen- und lösungsorientierten Ansätzen für die Wirksamkeit der Prozessbegleitung aus Sicht der Projektmitarbeiter von großer Bedeutung.

In den vornehmlich pädagogisch orientierten Gruppenangeboten gaben die Projektverantwortlichen im Weiteren an, dass die Kinder und Jugendlichen z.T. sehr viel Aufmerksamkeit benötigten und Grenzen durch Schwierigkeiten oder Verhaltensauffälligkeiten (u. a. Aggressivität, Bindungsmuster, Rückzug vom Gruppengeschehen) einzelner Kinder entstanden seien. Günstig hat es sich erwiesen, mindestens zwei Mitarbeiter in den Gruppen einzusetzen, um auf Bedürfnisse, aber auch häufigere Verhaltensauffälligkeiten der Kinder umfassend eingehen zu können – dies macht aber auch die Personalintensität deutlich, die bei einer qualitativ anspruchsvollen Durchführung vergleichbarer Unterstützungsangebote notwendig ist.

- **Organisatorische Rahmenbedingungen:** Um eine kontinuierliche Projektteilnahme zu sichern, stellte sich insbesondere die Etablierung von – teils ehrenamtlichen – Fahrdiensten als probates Mittel heraus, was von mehreren Projekten umgesetzt wurde. Hilfreich, wenn auch zeitaufwändig war eine telefonische Kontaktaufnahme zu den Eltern vor stattfindenden Terminen der Kindergruppenangebote, um an die verbindliche Teilnahme des Kindes am Projekt zu erinnern. Einen weiteren bedeutenden Stellenwert kann die Umsetzung der Angebote in geeigneten Räumlichkeiten (z. B. Jugendzentrum) einnehmen; durch die Verlagerung außerhalb psychiatrischer oder suchtspezifischer Einrichtungen erlebten die Kinder ggf. weniger Angst vor Stigmatisierung.

- **Zugangswege zu den betroffenen Familien und Kindern:** Auch bei insgesamt hohem Aufwand und dennoch schwieriger Erreichbarkeit der Familien und Kinder ließen sich einzelne Zugangswege als besonders praktikabel herausarbeiten. So erfolgte die Zuweisung vieler Kinder häufig über das Jugendamt, was eine entsprechende Kooperationsnotwendigkeit

verdeutlicht. In zwei Projekten wurde die Zahl von Selbstmeldern ohne Vermittlung durch die zielgruppenspezifische Ausrichtung und Ansprache als relativ hoch eingeschätzt, was auch für den durch die Eltern selbst wahrgenommenen Bedarf und die erlebte Unterstützung in den Projekten spricht. In einem Projekt konnte in einer suchtpsychiatrischen Tagesklinik nach Vorstellung des Unterstützungsangebots eine Sprechstunde für suchtkranke Personen, die eine Fürsorgeverpflichtung für Kinder hatten, eingerichtet werden. Damit konnte ein Personenkreis erreicht werden, der zumindest selbst in Behandlung ist und ggf. auch eine entsprechende Krankheitseinsicht aufweist, aber nach den Projekterfahrungen noch nie oder kaum Kontakte mit dem Jugendhilfesystem aufwies. Es wird dennoch weiterhin eine Herausforderung bleiben, weitere Zugangswege zu den betroffenen Familien zu finden.

- **Gute Vernetzungsarbeit als das „A und O“:** Die Projekte gaben mehrheitlich an, dass im Projektverlauf eine Verbesserung der Kooperationen mit sozialpsychiatrischen Diensten, dem ASD, dem Jugendamt, der Erwachsenenpsychiatrie sowie im Falle der Projekte für Kinder suchtbelasteter Familien verbesserte Netzwerke zwischen Jugend- und Suchthilfe erreicht werden konnte, die aber personelle und zeitliche Ressourcen und Kontinuität bedeuten.
- **Präsenz des Themas in der (Fach-)Öffentlichkeit und partielle Enttabuisierung:** Durch Berichterstattungen in der Presse, Akquisemaßnahmen und Vorträge wurde die Öffentlichkeit an die Situation von Kindern psychisch kranker und/oder suchtkranker Eltern herangeführt. Darüber hinaus konnten mithilfe von angebotenen Qualifizierungsmaßnahmen für Fachkräfte zur Aufklärung, Wissensvermittlung und zum fachlichen Austausch beigetragen werden.
- **Organisationale Effekte:** Die Projekte führten u. a. auch zu Veränderungen bzw. neuen Aufgabengebieten innerhalb der eigenen Organisation. So kam es in einem Projekt zu einer internen Sensibilisierung und Professionalisierung im Umgang mit dem Thema Kindeswohl und Kinderschutz, in einem anderen Projekt wurde die Thematik der bisher fehlenden Standardisierung der Jugendhilfe im Umgang mit suchtkranken Personen fokussiert.



**Drei Viertel der Kinder
fühlten sich in hohem
Maße durch die
Projekte unterstützt**

4. Zusammenfassung und Diskussion

Zur Evaluation der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der 16 Modellprojekte im Rahmen des Programms „Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker oder suchtkranker Eltern“ wurden Struktur-, Prozess- und Ergebnisdaten aus allen Projekten sowie Veränderungsdaten (Prä-Post) zu 189 teilnehmenden Kindern und Jugendlichen ausgewertet. Die befragten Kinder und deren Eltern, die sich zum Ausfüllen der Fragebögen bereit erklärten, stellen ggf. keine repräsentative Auswahl an betroffenen Familien und Kindern dar, sodass die folgenden Ergebnisse zu Aussagen der Eltern und/oder Kinder keine repräsentativen Schlussfolgerungen auf den Gesamtbevölkerungsanteil Kinder psychisch kranker oder suchtkranker Eltern bzw. aller projektteilnehmenden Familienmitglieder erlauben.

Insgesamt konnten mit dem Programm 558 Kinder psychisch kranker oder suchtkranker Eltern in Baden-Württemberg erreicht und in ihrer spezifischen Lebenssituation unterstützt werden. Die allgemein bekannten Schwierigkeiten in den Zugangswegen und der Motivierung betroffener Familien zur Annahme von Hilfen spiegeln sich darin wider, dass die Projekte ursprünglich sogar eine noch etwas höhere Erreichungsquote geplant hatten.

Die befragten Eltern der teilnehmenden Kinder waren von einer hohen Bandbreite psychischer Störungen inklusive Abhängigkeitserkrankungen betroffen; allein 40,0% gaben dabei mehrere Krankheitsdiagnosen an. Diese Elterngruppe und deren Kinder in Hilfsangeboten zu erreichen, ist von besonders hoher Praxisrelevanz, da das Vorhandensein einer Komorbidität als bedeutsamer Risikofaktor für die kindliche Entwicklung gewertet wird.

An den Projekten nahmen vor allem Kinder teil, die selbst oder deren Eltern bereits in Unterstützungsmaßnahmen integriert waren (z. B. Jugendamt, Psycho- oder Suchttherapie der erkrankten Elternteile). Letzteres verweist auf die Problematik, gerade die Familien und Kinder zu erreichen, die noch unbehandelt sind, in denen die Kinder aber gleichzeitig eine höhere Gefährdung und Problembelastung auf psychosozialer Ebene aufweisen (z. B. Klein, 2005). Im Sinne der noch weiter zu optimierenden Präventionsbemühungen sollte dem Aspekt innovativer und kreativer Zugangswege in zukünftigen Projekten eine höhere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Konzeptionelle Umsetzung der Unterstützungsangebote

Die Projekte waren sowohl an Institutionen mit Erfahrungen mit der Zielgruppe, als auch an solchen, die hierzu neue Angebote aufbauten, angesiedelt. Die umgesetzten Konzeptionen sahen mehrheitlich pädagogische, kontinuierliche Gruppen (62,5%) vor; andere Projekte boten erlebnispädagogisch orientierte Mehrtages-/Intensivmaßnahmen, manualisierte und psychoedukativ ausgerichtete Gruppen oder Patenschaften an.

Alle Projekte verstanden sich als Maßnahmen der Prävention und Resilienzförderung. Die Projekte waren dabei in ihrer Umsetzung generell eher präventiv-pädagogisch und weniger therapeutisch orientiert. Im Rahmen der selektiven Prävention (= Präventionsangebote für eine Hochrisikogruppe) ist eine pädagogische Ausrichtung angemessen; durch eine stärkere Integration von Screeningverfahren zur Erfassung von Kindern mit bereits bestehenden Auffälligkeiten könnte jedoch zu einer verbesserten indikativen Prävention (Präventionsangebote bei bestehenden Verhaltens- und Erlebensauffälligkeiten bis hin zu bestehenden Erkrankungen) und frühzeitigeren Möglichkeiten der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Versorgung beigetragen werden.

Zwei Projekte führten ausschließlich Gruppen für Mädchen durch, in fünf weiteren wurden zusätzlich zu den Gruppenangeboten geschlechtsspezifische Aktivitäten angeboten. Dabei wurden in den gemischtgeschlechtlichen Kinder- und Jugendgruppen etwas mehr Jungen als Mädchen erreicht. Geschlechtsspezifische Besonderheiten sollten auch auf dem Hintergrund der Ergebnisse zu unterschiedlichen Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten von Mädchen und Jungen z.B. aus suchtbelasteten Familien (vgl. Hoff & Klein, 2005) in zukünftigen Projekten noch stärker einbezogen werden.

Zufriedenheit mit den Unterstützungsangeboten

Im Gesamturteil von Projektleitungen, aber auch den teilnehmenden Kindern und deren Eltern fallen die Unterstützungsangebote sehr positiv aus. Mit der Projektumsetzung und dem Gesamtverlauf waren 37,5% der Projektleitungen sehr zufrieden und 62,5% zufrieden. Die teilnehmenden

Kinder fühlten sich zu 75,9% in hohem Maße durch die Projekte unterstützt und bewerteten vor allem die Projektmitarbeiter, das Zusammensein mit anderen Kindern, die Themen der einzelnen Treffen und die erlebte Ressourcenstärkung positiv. Nach ihren persönlichen Teilnahmezwecken zu Projektbeginn gefragt, wünschten sie sich vor allem das Kennenlernen neuer Freunde, die Akzeptanz durch andere Kinder in den Kindergruppen, die Unterstützung im Umgang mit der elterlichen Erkrankung und einen kommunikativen Austausch darüber, Spiel und Spaß sowie kreative Aktivitäten. Altersentsprechend wollten Kinder im Grundschulalter häufiger neue Freunde finden und Spiel und Spaß erleben, während Jugendliche häufiger in der Bewältigung der elterlichen Erkrankung Unterstützung erfahren wollten. Nach Projektteilnahme bewerteten 62,5% der Kinder und Jugendliche ihre Ziele als „völlig oder weitgehend“ und 28,9% als „teilweise“ erreicht.

Auch 87,3% der Eltern gaben in hohem Maße eine beobachtete Unterstützung für ihr Kind an, 80,8% fühlten sich aber auch selbst durch die Projekte gut unterstützt. 87,2% berichteten von einer hohen Motivation und Freude ihres Kindes am Besuch des Projektes. Bei Eltern, die selbst von einer psychischen Erkrankung betroffen waren, reduzierte sich zudem in Einzelaspekten die elterliche Stressbelastung (z.B. gestiegenes Interesse an anderen Menschen, geringere Erschöpfung, geringere soziale Isolation).

Umgesetzte Methoden in den Kindergruppen

Methodisch wurden in allen Kindergruppenangeboten und Intensivmaßnahmen Gesprächsrunden, die Verbalisierung von Befinden und Emotionen, gemeinsame Aktivitäten sowie die kindgerechte, gruppenspezifisch angepasste Thematisierung der elterlichen Erkrankung realisiert.

Hinsichtlich der Förderung von Lebenskompetenzen im Sinne der WHO (1994) bestand nach den standardisiert abgefragten Inhalten in den Gruppenumsetzungen eine deutliche Fokussierung der Fachkräfte auf emotionale, kommunikative und kreative Copingfertigkeiten; dies ist auf dem Hintergrund der häufigen innerfamiliären Tabuisierung von Gefühlen und Sorgen in Präventionsangeboten für die angesprochene Zielgruppe begrüßenswert. Andererseits bleibt zu beachten, dass vor allem eine Flexibilität und größere Bandbreite von Copingfertigkeiten zu einer verbesserten

Stressbewältigung bei krisenhaften Lebenssituationen und Entwicklungs-herausforderungen beiträgt (Vogt & Hoff, 2012). Eine gleichgewichtigere Förderung auch kognitiver Copingfertigkeiten (z. B. Problemlösung, Entscheidungsfähigkeit) sowie genereller Stressbewältigungskompetenzen in vergleichbaren Angeboten wäre daher zu befürworten.

Als präventiv wirksame Elemente wurden in der praktischen Umsetzung die Stärkung des Selbstbewusstseins, gleichermaßen aber auch eine Förderung von sozialer Integration, Eigeninitiative und Partizipation in hohem Maße fokussiert; im Sinne des Empowerment-Ansatzes sind die letztbenannten Aspekte wichtige Bestandteile präventiven Handelns. Eher geringer fallen die Förderung des Umgangs mit Konflikten und Krisen, des Umgangs mit den Eltern bzw. deren Erkrankung sowie insbesondere die Prävention und Aufklärung zu psychischen Erkrankungen aus; gerade hierauf sollte jedoch in Anlehnung an die evidenzbasierten Ergebnisse zu Präventionsangeboten für Kinder psychisch kranker bzw. suchtkranker Eltern in Zukunft stärker geachtet werden.

Veränderungen der Kinder während der Projektteilnahme

Abbildung 40 stellt summarisch die Veränderungen der an den Unterstützungsangeboten teilnehmenden Kinder und Jugendlichen dar, die sich aus der Auswertung der Prä-Post-Daten über den Zeitraum der Projektteilnahme ergeben.

Lebensqualität

- altersübergreifend und speziell bei Kindern bis 10 Jahre: hochsignifikante Verbesserung der Gesamtlebensqualität sowie der Anzahl lebensqualitätsbelastender Probleme im Selbsterleben

Copingstrategien

- Kinder bis 10 Jahre: signifikante Reduktion des dysfunktionalen Einsatzes destruktiv-ärgerbezogener Bewältigungsfertigkeiten; zudem bei Jungen eine stärkere Suche nach sozialer Unterstützung als Copingstrategie; keine Veränderung der anderen Copingfertigkeiten
- Jugendliche ab 11 Jahre: keine Veränderungen

Substanzkonsum

- Kinder bis 10 Jahre: keine Auffälligkeiten im Substanzkonsum
- im Vergleich zu repräsentativen Bundesdaten: zu Projektbeginn insgesamt deutlich mehr Jugendliche, die keinen Alkohol tranken; erwartungsgemäßer altersbezogener Trend der Zunahme des Alkoholkonsums während der Projektteilnahme
- im Vergleich zu repräsentativen Bundesdaten: zu Projektbeginn mehr Jugendliche mit Nikotinerfahrungen in ihrem Leben; erwartungsgemäßer altersbezogener Trend der Zunahme des Nikotinkonsums während der Projektteilnahme

Verhaltensauffälligkeiten

- signifikante Verbesserungen der emotionalen Probleme sowohl bei Kindern als auch bei Jugendlichen
- aus Elternsicht zudem Verringerung der Verhaltensprobleme bei Jugendlichen sowie der Gesamtproblembelastung durch Verhaltensauffälligkeiten bei beiden Altersgruppen
- aus Gruppenleitersicht: Verringerung der Hyperaktivität bei Kindern und Verbesserung des prosozialen Verhaltens bei Jugendlichen

Wahrnehmung der elterlichen Erkrankung im Jugendalter

- Entlastung der Jugendlichen im subjektiven Wunschbild der Eltern und der Familie
- Verbesserung des Gefühls, geeignete Ansprechpartner für familiäre Probleme zu haben

Abb. 40: Zusammenfassende Darstellung der Veränderungen von Kindern (bis 10 Jahre) und Jugendlichen (ab 11 Jahre) im Zeitraum ihrer Teilnahme an den Unterstützungsprojekten

Teilnehmende Kinder und Jugendliche zeigen demnach verschiedene deutliche Verbesserungen in der subjektiven Lebensqualität, dem psychischen Befinden, ihren Verhaltensweisen wie auch einzelnen Copingstrategien, wenn auch andere Bereiche (z.B. Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen, Einsatz konstruktiver Copingstrategien) sich nicht veränderten. Dabei ist zu beachten, dass die Projekte heterogen sowie nicht oder nur wenig therapeutisch orientiert waren, sich aber dennoch diese positiven Entwicklungen abzeichnen und auch keine Verschlechterungen auftreten, die über die altersgemäßen Trends im Substanzkonsum hinausgehen. Mit Bühler (2007) ist aufgrund altersbedingter Zunahmen im Jugendalter jedoch bereits eine ausbleibende Zunahme und nicht nur eine Abnahme von Verhaltensauffälligkeiten als Präventionserfolg zu werten.

Die festgestellten Effekte können jedoch durch das praxisbedingte Evaluationsforschungsdesign (keine Kontrollgruppen) nur als erste vorsichtige Hinweise auf den Projekterfolg gewertet und nicht kausal auf die Projektteilnahme zurückgeführt werden. Ob es sich also um entwicklungsbedingte oder durch andere soziale Einflussfaktoren verursachte Veränderungen handelt oder aber um Effekte, die durch die Teilnahme an den Präventionsangeboten verursacht sind, kann hier nicht abschließend beantwortet werden.

Erfolgsfaktoren der Projekte aus Sicht der Fachkräfte

Abbildung 41 spiegelt die Vielfalt der Erfolgsfaktoren in der Umsetzung von Unterstützungsangeboten für Kinder psychisch kranker oder suchtkranker Eltern aus Sicht von Fachkräften wider.



Abb. 41: Wirksame Elemente der Projektumsetzung aus Sicht der Projektmitarbeiter

Um eine große Akzeptanz seitens des Hilfesystems für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern zu erreichen, ist eine gute Vernetzungsarbeit eine unabdingbare Voraussetzung. Auch können hier Zugangswege zur Klientel über Vertrauenspersonen einer bereits bestehenden Unterstützungsleistung sensibel angebahnt werden. Dabei ist eine enge, transparente Kooperation mit weiteren am Hilfeprozess beteiligten Instan-

zen und Personen vonnöten, um kontra- oder doppelindizierte Hilfen zu vermeiden und ein differenziertes Bild über den Hilfebedarf der Familien und die Belastungen der Kinder zu erhalten. In diesem Zusammenhang ist eine mögliche Gratwanderung zwischen Hilfe für betroffene Familien und gleichzeitiger Kontrolle der elterlichen Fürsorge ein ernstzunehmendes Thema, welches nur durch einen reflektierten, sensiblen professionellen Habitus und einen stetigen, überprüfenden Blick auf die kindlichen Bedürfnisse und das Kindeswohl gemeistert werden kann.

In der Elternarbeit zeigten sich weniger Barrieren als zu Beginn von den Projektmitarbeitern selbst befürchtet. Für eine bessere Zusammenarbeit mit den Eltern wurden vorwiegend allgemeine Beratungsgespräche, Gespräche über die Entwicklung des Kindes, Vermittlung zu anderen Hilfen sowie generelle Informationsveranstaltungen realisiert, zudem in 75% der Projekte Hausbesuche. Niedrigschwellige, kontinuierliche Elternarbeit stellt ein wesentliches Qualitätskriterium dar, da hierüber auch die Angebotsteilnahme betroffener Kinder häufig erst ermöglicht und gesichert werden kann. Besonders bedeutsam erlebten die Fachkräfte, dass sich Eltern in ihrer Elternrolle und Fürsorge nicht bedroht oder entwertet fühlten.

Für Kinder aus psychisch belasteten und suchtblasteten Familien sind Unterstützungsleistungen notwendig, die

- 1) frühzeitig einsetzen,
- 2) zielgruppenspezifisch selektiv ausgerichtet sind,
- 3) dauerhaft und beständig sind,
- 4) möglichst das gesamte Familiensystem ansprechen und einschließen,
- 5) das vorhandene Entwicklungsrisiko adäquat einschätzen und bearbeiten,
- 6) Resilienzen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien fördern bzw. entwickeln,
- 7) mit anderen Hilfsangeboten zusammenarbeiten und vernetzt sind sowie
- 8) die (Fach-)Öffentlichkeit für die Thematik sensibilisieren und die Zielgruppen entstigmatisieren.

Nachhaltigkeit der Projekte

Nach der Förderung durch die Stiftung Kinderland Baden-Württemberg konnten 43,8% der Projekte eine Weiterfinanzierung und Überführung in Regelangebote (finanzielle Unterstützung u. a. durch Drittmittelförderung, Landratsämter, Jugendämter, Sozialhilfeausschüsse, Vereine für psychisch Kranke) erreichen, bei weiteren 43,8% war eine Anschlussfinanzierung noch offen, lediglich bei zwei Projekten ergab sich keine finanziell unterstützte Fortführung. Damit ist bei fast der Hälfte der Projekte eine zumindest mittelfristig sichere Verfestigung der Angebotsstrukturen für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern erreicht worden.



Breiter Maßnahmenkanon zur Unterstützung der „vergessenen Kinder“

5. Ausblick

Kinder, deren Eltern unter einer psychischen oder Abhängigkeitserkrankung leiden, weisen nach dem derzeitigen Kenntnisstand bedeutsame Risiken in ihrer psychosozialen Entwicklung auf, die auch an den höheren Raten psychischer Erkrankungen von Töchtern und Söhnen psychisch kranker bzw. suchtkranker Eltern sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter ersichtlich werden. Im Sinne einer effektiven selektiven Prävention für diese Risikogruppe bedarf es methodisch und personell qualifizierter und nachhaltiger Angebote. Dabei gilt es, die vielfältigen Handlungsakteure im Blick zu behalten: von der Vernetzung unterschiedlicher Hilfesysteme (wie z. B. Suchthilfe oder Erwachsenenpsychiatrie mit der Kinder- und Jugendhilfe, die im deutschen Versorgungssystem häufig immer noch eher nebeneinander als miteinander agieren), der Sensibilisierung, Entstigmatisierung, Enttabuisierung und Unterstützung der betroffenen Eltern selbst, der ressourcenorientierten Arbeit mit Kindern vom Kleinkind- bis zum Jugendalter bis hin zu den nach wie vor erforderlichen Öffentlichkeitsmaßnahmen für ein breites öffentliches Bewusstsein über die „vergessenen Kinder“.

Die hier vorgestellten Unterstützungsangebote für Kinder aus psychisch kranken oder suchtkranken Familien, die über einen Zeitraum von insgesamt vier Jahren in Baden-Württemberg von der Stiftung Kinderland gefördert wurden, geben kreative Impulse, welche methodischen Ansätze in der Arbeit mit der Zielgruppe möglich und machbar sind. Sie spiegeln Herausforderungen und Erfolge der Fachkräfte aus der zielgruppenspezifischen Praxis wider. Die Evaluationsergebnisse zeigen auf deskriptiver Ebene, dass sich Kinder und zum Teil auch Eltern auf psychosozialer Ebene während des Untersuchungszeitraums positiv entwickeln. Inwiefern diese Veränderungen kausal auf die Teilnahme in den Kinder- bzw. Familiengruppenangeboten und die Patenschaftsaktivitäten zurückzuführen sind, muss aufgrund der methodischen Limitationen der praxisbegleitenden Evaluationsstudie offen bleiben.



Im Sinne einer nachhaltigen und effizienten Unterstützung betroffener Kinder und Familien bedarf es in Praxis und Forschung auch in Zukunft weiterer Anstrengungen und zwar:

- die Durchführung repräsentativer Studien, die eine genauere Einschätzung des Handlungs- und Unterstützungsbedarfs der Kinder psychisch und/oder suchtkranker Eltern, auch unter besonderer Berücksichtigung z. B. von Alter und Geschlecht, erlauben, um Präventionsangebote noch passgenauer entwickeln zu können;
- die stärkere Berücksichtigung von Kindern, deren Eltern und/oder die selbst noch keine Unterstützung durch das Sozial- und Gesundheitssystem erhalten und ggf. auch noch nicht dazu motiviert sind; hierfür sind auch Anstrengungen um weitere praktikable Zugangswege erforderlich, um die Erreichungsquoten zu erhöhen und damit eine frühzeitige Prävention von Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsrisiken zu ermöglichen;
- die systematische Beachtung und Einbeziehung von Elementen aus der Präventions- und Interventionsforschung in der Konzeptionsentwicklung (z. B. Psychoedukation, systematische Thematisierung der elterlichen Erkrankung, umfassende Beachtung von Schutz- und Risikofaktoren, gezielte Prävention psychischer Erkrankungen, Förderung vielfältiger Stressbewältigungsfertigkeiten im Sinne der Copingforschung, Screenings für indizierte Präventionsmaßnahmen);
- die methodische Ausrichtung von Präventionsangeboten an best-practice-Modellen, die möglichst einer hochrangigen Wirksamkeitsuntersuchung unterzogen wurden, um so auch die Durchführung möglichst wirksamer Angebote – zumindest nach dem aktuellen Kenntnisstand – zu gewährleisten;
- die Ermöglichung von quasi-experimentellen und experimentellen Interventionsstudien mit (Warte-)Kontrollgruppendesigns, um kausale Effekte von Unterstützungsangeboten weiter zu untersuchen und nachzuweisen; dies betrifft auch die durchführenden Rahmenbedingungen in einer Hilfelandschaft u. a. der Sozialen Arbeit, die sich auch im Sinne der eigenen Qualitätsansprüche hin zu einer forschenden Praxis entwickeln sollte;
- und nicht zuletzt die langfristige und flächendeckende Sicherung der Finanzierung von Angeboten für betroffene Kinder durch die Regelversorgung.



Die 16 Modellprojekte im Einzelnen

6 Projektberichte

ANKER – Angebot für KINDER psychisch kranker ELTERN

Projekträger: Unser Angebot für Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern (ANKER) startete offiziell in Freiburg am 1. November 2008 und fand im Herbst 2011 seinen Abschluss. Drei Jahre wurde das ANKER-Projekt über die Stiftung Kinderland Baden-Württemberg finanziert und von MAKS-Modellprojekt Arbeit mit Kindern von Suchtkranken durchgeführt. MAKS ist eine Einrichtung des AGJ-Fachverbandes für Prävention und Rehabilitation in der Erzdiözese Freiburg e.V.

Projektziele/Zielerreichung

Unser Projektvorhaben, ein Hilfe- und Unterstützungsangebot für Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern aus Freiburg und Umgebung zu installieren, ist uns mit folgenden Themenschwerpunkten erfolgreich gelungen:

Da Kinder von psychisch kranken Eltern immer noch eine sehr geringe Aufmerksamkeit durch die Institutionen sozialer Arbeit und medizinischer Versorgung erfahren, war eine Sensibilisierung für die Situation und Belastungen der betroffenen Kinder erforderlich. Zur Erreichung der Zielgruppe und zur Etablierung sowie Sicherung einer nachhaltigen Stabilisierung der Kinder durch unser Projekt war es im gesamten Durchführungszeitraum notwendig, Netzwerkstrukturen auf- und auszubauen sowie aufrecht zu erhalten.

- Intensive Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit mit sozialen und medizinischen Versorgungsangeboten für psychisch Kranke sowie Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe,
- Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern; Vorstellung von ANKER als konkretem Hilfsangebot in der Region.

Im Mittelpunkt von ANKER stand ein wöchentlich stattfindendes Gruppenangebot für Kinder psychisch kranker Eltern im Grundschulalter. Damit einher gingen

- die Akquise der Kinder,
- (Vor-) Gespräche mit (betroffenen) Eltern und Bezugspersonen sowie Multiplikatoren/innen von Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe oder Psychisch-Kranken-Hilfe
- und wenn möglich kontinuierliche und bedarfsorientierte Elterngespräche.

Einerseits haben die betroffenen Kinder Unterstützung und Begleitung in Form eines Gruppenangebotes erfahren. Dieses bot ihnen einen strukturierten und vertrauensvollen Rahmen an, in dem sie sich mit ebenso betroffenen Gleichaltrigen austauschen konnten. Andererseits gab es ein vielschichtiges Angebot von Freizeitaktivitäten, das ebenso Resilienz fördernde Erfahrungsräume eröffnete und die häufig existierende Isolation verringerte.

Die Möglichkeit, sich Anderen mitzuteilen und dadurch Unterstützung zu erfahren, ist einer der wichtigsten Resilienzfaktoren für die Kinder, um die Erkrankung eines Elternteils bewältigen zu können. Auf Anfragen von betroffenen Familien, die außerhalb unserer Zielgruppe (Kinder im Grundschulalter) lagen, reagierten wir auch im letzten halben Jahr sehr bedürfnisorientiert mit einer Integration in weitere MAKS-Gruppen für Kinder und Jugendliche suchtselasteter Familien oder mit Einzelgesprächen. Des Weiteren erschien uns die Einbeziehung der ganzen Familie beispielsweise in Form von Familiengesprächen, gemeinsamen Freizeitaktivitäten oder Vermittlung weiterer Hilfen zur familiären Unterstützung für eine ganzheitliche Wahrnehmung des Familiensystems wichtig und notwendig.

Besondere, positive Erfahrungen

Eine Stärke von ANKER war es, dass mögliche (oder angefragte) Hilfe sofort beginnen und auch so lange wie erforderlich bestehen konnte. Mit einer flexiblen Dauer der Gruppenzugehörigkeit, einer Integration in bereits (alters- und geschlechtsspezifische) bestehende Gruppen von MAKS und Kontakt in Form von Einzelgesprächen reagierte ANKER auf individuelle Problemlagen der Familien. Angemessene Hilfen für die Familien werden häufig nicht nur durch eine einzige Institution angeboten. Deshalb richtete sich im Projektverlauf unser Fokus immer wieder auf die Vernetzung von Angeboten und die Zusammenarbeit verschiedener Versorgungssysteme.

Kontakt

Ansprechpartnerinnen: Helga Dilger und Claudia Quilitzsch
Kartäuserstraße 77, 79104 Freiburg
Telefon 0761 33216
maks@agj-freiburg.de

KiP – Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern

Projektträger: Arkade e.V. Ravensburg

Das Angebot richtet sich an Kinder von 1 bis 17 Jahren, bei denen

- mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist,
- deren Familien in kein soziales Netz eingebunden sind, auf das sie zurückgreifen können,
- denen kein zuverlässiger erwachsener Ansprechpartner außerhalb der Familie zur Verfügung steht.

Die Ziele

Mit unserem Patenschaftsprojekt möchten wir

- das bestehende erhöhte Erkrankungsrisiko der Kinder verringern,
- die betroffenen Kinder entlasten und eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung unterstützen,
- die Trennung der Kinder von ihren Eltern verhindern.

Zielerreichung

Wir stellen betroffenen Kindern einen ehrenamtlichen, erwachsenen Paten zur Seite, bei dem sie einen Nachmittag in der Woche verbringen und der nach Möglichkeit einen Platz für das Patenkind in Krisenzeiten bieten kann. Die Patenschaften werden von uns fachlich begleitet durch regelmäßige Kontakte mit Eltern, Paten und Kooperationspartnern. Die Paten werben wir an über Zeitungsanzeigen, Zeitungsberichte und Aushänge in Arztpraxen. Die betroffenen Familien werden uns durch Mitarbeiter des Jugendamtes, den sozialpsychiatrischen Dienst und die psychiatrische Tagesklinik vermittelt.

Besondere Erfahrungen

Sehr erfreulich ist, dass unser Angebot nach der 3-jährigen Förderung durch die Stiftung Kinderland nun für weitere 5 Jahre vom Landkreis Ravensburg weiter finanziert wird.

Die ersten drei Projektjahre, in denen wir über die Stiftung Kinderland finanziert wurden, haben gezeigt, dass dieses Angebot eine große Hilfe für die betroffenen Kinder ist. Die Paten geben den Kindern Sicherheit und sind eine zuverlässige Unterstützung. Die Kinder freuen sich auf die wöchentlichen Treffen und genießen die Zuwendung durch die Paten. Im Laufe der Patenschaft werden sie selbstbewusster und offener im Kontakt. Die Paten sehen die Potentiale der Kinder und fördern sie. In Absprache mit den Eltern wurden Patenkindern in Sportvereine, Tanzkurse etc. vermittelt.

Kleine Kinder haben mit Hilfe der Paten Schwimmen, Rad fahren und Klettern gelernt.

Die meisten Eltern fühlen sich unterstützt und freuen sich, dass die Patenschaft ihrem Kind guttut. Auch die Möglichkeit, die Kinder im Falle einer Krise oder eines stationären Aufenthaltes bei den Paten unterzubringen, ist für die Eltern, die dies in Anspruch nahmen, eine große Entlastung und gibt den Kindern Sicherheit.

Positiv ist auch die Tatsache, dass ein Drittel der Paten und Kinder auch nach Beendigung der Patenschaft noch im Kontakt miteinander bleiben und sich sporadisch sehen.

Allerdings erreichen wir mit unserem Angebot überwiegend Familien, die sich bereits einer Hilfe von außen geöffnet haben, d.h. über das Jugendamt und den sozialpsychiatrischen Dienst.

Es zeigt sich, dass viele betroffene Familien eine Unterstützung ablehnen aus Angst, dass das Jugendamt die Kinder herausnehmen könnte. Deshalb bekommen wir bisher nur sehr wenige Anfragen aus den örtlichen Kliniken. Vermutlich sind auch die Kinder der Patienten bei den Fachkräften der Kliniken noch nicht ausreichend im Fokus. Nur durch wiederholte behutsame Gespräche mit den Patienten über ihre Kinder können diese Ängste und Vorbehalte aufgeweicht werden. In den Kliniken müssen wir deshalb immer wieder für unser Angebot werben.

Fazit

Mit der Einrichtung von Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern erreichen wir mit relativ geringem finanziellem Aufwand viele Kinder. Durch die ehrenamtliche Tätigkeit der Paten entsteht eine private Beziehung zwischen Kind und Paten, die dem Kind im besten Fall über lange Zeit erhalten bleibt und es in seiner Entwicklung unterstützt und fördert.

Kontakt

Arkade e.V.
 KiP – Kinder psychisch kranker Eltern
 Ansprechpartnerin: Christine Franke
 Eisenbahnstraße 30/1, 88212 Ravensburg
 Telefon 0751 3665590

„Skipsy“ – Singener Kinder und Jugendbetreuung psychisch kranker Eltern

Projekträger: Arbeiterwohlfahrt KV Konstanz und Förderverein Sozialpsychiatrie Singen

Projektziele allgemein

Die Gruppen bieten Kindern und Jugendlichen einen Raum um:

- entwicklungsgerechte und individuelle Informationen über die psychische Erkrankung des betroffenen Elternteils zu bekommen,
- zu erfahren, dass andere Kinder in einer ähnlichen Lebenssituation und sie nicht alleine sind mit ihren Fragen und Sorgen,
- ein realistisches Bild über die Erkrankung der Eltern zu erhalten,
- Entlastung von Schuldgefühlen zu erfahren,
- eigene Gefühle wahrzunehmen und adäquat damit umgehen zu lernen,
- das Selbstvertrauen zu stärken und soziale Kompetenzen einzuüben,
- wenn notwendig weitere therapeutische Maßnahmen zu vermitteln und zu begleiten,
- einen Notfallplan zu erarbeiten,
- Unbeschwertheit und Normalität zu erleben.

Projektziel speziell für die „Kinderlandgruppe“

Bei Kindern, die mehrfach belastet sind, wie z.B. durch Entwicklungsverzögerung, Wahrnehmungsstörung, Sinnesbehinderung etc. und psychisch erkranktes Elternteil, fließen Wahrnehmungs- und Koordinationsspiele, Konzentrations- und Entspannungsübungen mit ein.

Zielerreichung

Eltern werden in Sprechstunden in der Tagesklinik, über das Jugendamt und über niedergelassene Ärzte, über Schulsozialarbeiter und Sonderschullehrer und über die Frühförderstelle auf unser spezielles Gruppenangebot aufmerksam gemacht und darüber informiert.

Als hilfreiche Maßnahmen in den Gruppenstunden hat sich die Themenarbeit mit Kinderbüchern, mit Handpuppen, Psychodrama und kunsttherapeutisches Gestalten mit plastischen Materialien und verschiedensten Farben und Papier bewährt; ebenso wurden Bewegungsspiele, Gesellschaftsspiele, Wahrnehmungs- und Rollenspiele durchgeführt und der Austausch im Gespräch immer wieder angeregt.

Vierteljährlich fanden Projekte außerhalb statt (z. B. Besuch der Bibliothek, Zauberer, Zirkussport, Indoor-Spielhalle, Schatzsuche am See, Besuch des Eselhofes etc.).

Elternkontakte finden bei Bedarf jederzeit statt und regelmäßig werden Familiengespräche auch in Anwesenheit des Kindes durchgeführt. Parallel zur Kindergruppe wurde Mai/Juni 2012 eine Elterngruppe angeboten.

Besondere Erfahrungen

Regelmäßige Teilnahme an den Gruppenstunden war bei einigen Kleinen nur durch ehrenamtlichen Fahrdienst gewährleistet.

Stärkung der Sozialkompetenz z. B. einander zuhören und warten können musste immer wieder geübt und eingefordert werden. Eigene Gefühle und die der anderen mussten kennengelernt werden und adäquate Ausdrucksmöglichkeiten gefunden werden.

Die Arbeit am Thema „psychische Erkrankung“ konnte nur in kurzen Sequenzen immer wieder mit einfließen und über Malen, plastisches Gestalten, im Gespräch und durch Nachspielen von Szenen aus Kinderbüchern z. B. „Fufu und der grüne Mantel“ bearbeitet werden. Als Projekt wurde für die Museumsnacht von den Kindern das Pilzhaus und Fufu mit seinen Freunden plastisch gestaltet.

Besonders positiv war, dass die Kinder gerne kamen, das Zusammenwachsen als Gruppe gut zu beobachten war und auch die Bereitschaft da war, neue Kinder mit zu integrieren.

Kontaktadressen

Arbeiterwohlfahrt KV Konstanz
Projekt "Skipsy"
Telefon 07731 95800
oder
Heilpädagogische Praxis
Maria Müller
Telefon 07733 5225
www.skipsy.de

KNOSPE – unterstützendes Angebot für Kinder von sucht- und/oder psychisch kranken Eltern

Projektträger: AGJ Suchtberatung Konstanz, des Fachverbandes für Prävention und Rehabilitation der Erzdiözese Freiburg e.V.

Projektziele

Rahmenschaffung für wirkungsvolle Arbeit mit betroffenen Kindern und Eltern mit der Zielsetzung „Durchbrechen der Isolationsspirale“ durch:

- Öffentlichkeitsarbeit, Multiplikatoren Arbeit, Vernetzung und neu entwickelte Kooperationen.
- Öffentliche „Räume gewinnen“ – durch das Kinderkulturzentrum in Konstanz.
- Erstkontakte und begleitete Gruppenfindungs- und Lösungsprozesse.
- Langfristig angelegte, sozialpädagogische Gruppenarbeit und Einzelgespräche mit den Kindern und ihren individuellen Themen, um Resilienz zu entwickeln und Ressourcen zu aktivieren, die sie selbst vor einer Abhängigkeitserkrankung schützen.
- Zugang schaffen zu kontinuierlicher, prozessbegleitender Elternarbeit.
- Eltern unterstützen, chronische Verläufe der eigenen Abhängigkeit aufzulösen.
- Fachliche Weiterentwicklung durch begleitende Reflexion, Supervision, Fachspezifische Weiterbildung, Dokumentation, Evaluation und Zertifizierung.

Zielerreichung

- Öffentlichkeitsarbeit:
 - Erarbeitung von Informationsträgern: Flyer, Visitenkarten
 - Vorstellung des Projekts in der Fach- und Gesamtöffentlichkeit: Kontinuierliche Teilnahme an Teamsitzungen, „Runden Tischen“, Stadtteilkonferenzen und Presse.
 - Kooperationen mit allen sozialen Diensten der öffentlichen und freien Träger der Kinder- und Jugendarbeit in Konstanz und ehrenamtlichen Sponsoren.
 - Besondere Kooperationen mit:

1) Der Städtischen Kinder- und Jugendarbeit – durch Öffnung der Kindergruppe zum Gemeinwesen hin.

- 2) Dem Städtischen Jugendamt – sowohl durch Vermittlung von betroffenen Familien mit und ohne Auflage als auch Vermittlung von zusätzlich notwendigen familienunterstützenden oder ergänzenden Maßnahmen.
 - 3) Den regionalen und überregionalen Arbeitsgemeinschaften.
- Zeitintensive, persönliche Elternarbeit:
Erstgespräche mit Kontakt- und Kontraktphase, kontinuierliche Prozessbegleitung – vor allem mit telefonischen Beratungsgesprächen nach Bedarf und Abschlussgespräch aller Beteiligten.
 - Regelmäßige Sozialpäd. Gruppenarbeit mit Fokus Selbstwirksamkeitserleben:
Ein bewährtes Ritual der wöchentlichen Gruppenstunden (2 Zeitstunden):
1. Teil: Gesprächskreis (mit Befindlichkeitsuhr),
2. Teil: Bewegung (oder Werken)

Besondere Erfahrungen

Gute Rahmenbedingungen schaffen von Anfang an das Vertrauen in das Gelingen eines neuen Projektes bei allen Beteiligten.

Neben viel Spaß und persönlichem Engagement (z.B. Fahrdienste) kommt es beim Erfolg des gesamten Projektes auf die Qualität der fachlichen Begleitung an. Sowohl Fortbildungen z.B. zum Thema „Traumatisierte Kinder“, als auch umfassendere Weiterbildungen mit lösungsorientiertem Ansatz „Systemischer Berater und Familientherapeut“, sind für die Wirksamkeit der Leitung des gemeinsamen Prozesses von großer Bedeutung.

Eine Schwierigkeit bestand in der Gruppenkonstellation: Die große Nähe von Kindern sowohl von sucht- als auch psychisch kranken Eltern führte zur individuellen Erfahrungsaufarbeitung. Aus diesem Grund wurde eine Kinder- und Jugendgruppe von suchtbelasteten Eltern über den Suchthilfverbund des Landkreises Konstanz im Anschluss installiert und über den Landkreis Konstanz nachhaltig adäquat weiterfinanziert.

Kontakt

AGJ Suchtberatung Konstanz
Beate Link, Suchtprävention, Psychosoziale Beratung
Luisenstraße 7, 78464 Konstanz
Telefon 07531 3655855
beate.link@agj-freiburg.de, www.suchtberatung-konstanz.de

„Tandem“

Projektträger: Caritasverband für den Schwarzwald-Baar-Kreis e.V.

Das Projekt „Tandem“ wurde von September 2008 bis September 2011 in Zusammenarbeit mit dem Baden-Württembergischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH Fachstelle Sucht und dem Jugendamt für den Schwarzwald-Baar-Kreis durchgeführt. Die Kooperationspartner begleiteten das Projekt während des gesamten Verlaufes im Rahmen eines „Beirates“ und sehen sich auch nach Abschluss des Projektes für den Fortbestand der Kindergruppe in der Verantwortung.

Das Projekt „Tandem“ hatte drei Standbeine

- Die Durchführung von Kindergruppen als ein präventives Unterstützungsangebot für Kinder mit psychisch und suchtkranken Elternteilen;
- Eltern- und Familienarbeit, um das familiäre Zusammenleben zu unterstützen und die Kommunikation in der Familie zu verbessern;
- Öffentlichkeitsarbeit, damit die Situation der Kinder mehr gesehen und in die alltägliche Arbeit mit einbezogen wird; Ziel war auch eine bessere Vernetzung von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie.

Die Kindergruppen „Tandem“

Während der Projektzeit wurden drei Gruppen für Kinder von 8 bis 12 Jahren angeboten. Die Treffen waren wöchentlich zwei Stunden und wurden von einer Sozialpädagogin und einem Psychologen geleitet. Es gab einen Fahrdienst für die Kinder und das gesamte Angebot war für die Familien kostenlos. Ziele der Kindergruppen waren:

- Der Kontakt und Austausch mit anderen Kindern in ähnlicher, schwieriger Lebenssituation sollte Entlastung bringen.
- Kindgerechte Informationen über psychische und Suchterkrankung sollten die Kinder in ihrem Umgang mit den Eltern stärken und befreiend von Schuldgefühlen und Ängsten wirken.
- Dazu sollte die Kindergruppe ein geschützter Ort sein, wo die Kinder zwanglos toben, spielen und sich frei ausdrücken können.
- Die Eltern sollten in ihrer Elternrolle und Erziehungskompetenz unterstützt werden und ein offener Umgang in der Familie mit dem Thema psychische oder Suchterkrankung möglich werden.
- Beratung und Weitervermittlung von Hilfen sowie das gemeinsame Erstellen eines „Notfallplans“ für den Fall, dass der Vater oder die Mutter einen Klinikaufenthalt hat. Die Kinder sollten damit einen weiterhin verlässlichen Alltag haben.

Entsprechend diesen Zielen waren die Gruppeninhalte eine Mischung aus Spaß und Ernst. Die Gruppenleiter machten altersgemäße Angebote zur Förderung des Ausdrucks von Gefühlen und Selbstreflexion, zur Beschäftigung mit psychischen Erkrankungen und Süchten und um Erfahrungen der Kinder in ihrer Lebenssituation zu thematisieren. Natürlich wurden auch die Fragen beantwortet, kindgerechte Informationen gegeben. Weiter gab es Spiele, Malen, Töpfern und Werken, Toben, gemeinsames Kochen und Backen, Schwimmen gehen, Klettern und Ausflüge.

Die Eltern- und Familienarbeit: Unsere Erfahrungen zeigten nach Abschluss der Gruppen: Die Eltern empfanden die Gruppe als hilfreich, weil jetzt ein offeneres Gespräch über die Erkrankung möglich war und sie sich dem Kind gegenüber sicherer fühlten. Die Rückmeldung der Kinder war: Es hatte Ihnen Spaß gemacht, zu uns zu kommen. Als einen großen Erfolg werteten wir, dass die meisten Kinder sich weniger Gedanken über die Erkrankung ihrer Eltern machten und sich nicht mehr so verantwortlich fühlten. Dazu waren ihnen das Verhalten und die Stimmungen der Eltern klarer und verständlicher, weil sie von uns Krankheitsinformationen bekommen hatten. Alle Kinder freuten sich, neue Freunde gefunden zu haben. Dies werteten wir als einen weiteren Erfolg, weil einige Kinder bereits jetzt sozial stark isoliert waren.

Öffentlichkeitsarbeit: Es fanden regelmäßige Informationsveranstaltungen und Vorträge über das Projekt statt in den Fachdiensten und Systempartnern des Projektträgers z. B. in Beratungsstellen (Sozialpsychiatrischer Dienst, Sozialdienst etc.), in der Psychiatrie, den Ämtern der Jugendhilfe und bei niedergelassenen Ärzten. Dazu kamen Artikel in den lokalen Zeitungen und das Verschicken von Informationsmaterial (Flyer).

Ausblick: Nach drei Jahren Projektarbeit sehen wir eine langsame aber gute Entwicklung was das Interesse und die Aufmerksamkeit für Kinder von psychisch oder suchtkranken Eltern in den Fachdiensten angeht. Allerdings ist der Fortbestand der Kindergruppe in Zukunft finanziell nicht gesichert. Der Beirat bemüht sich weiterhin, einen Kostenträger zu finden, um sicher zu stellen, dass die Kindergruppen als regelmäßiges Angebot der Tagesstätte für psychisch erkrankte Menschen weitergeführt werden können.

Kontakt

Andrea Klumpe-Burghardt, Tagesstätte „Die Brücke“
Gerwigstraße 6, 78050 Villingen-Schwenningen
Telefon 07721 840780; tagesstaette@caritas-sbk.de

KISIKO – Kinder sind kompetent, schwierige Lebenssituationen zu bewältigen

Projektträger: Suchtberatung des Caritasverbandes Mannheim e.V. in Kooperation mit der Erziehungsberatung des Caritasverbandes Mannheim e.V.

Projektziele

Ziel war die Förderung einer positiven Entwicklung von Kindern suchtkranker Eltern. Mit dem Aufbau von altersgestaffelten Gruppen wollten wir einen Rahmen schaffen, in dem die Kinder über ihre Erfahrungen angstfrei reden konnten und mit kindgemäßen, an den Ergebnissen der Resilienzforschung orientierten Elementen ein Unterstützungsangebot entwickeln, das eine Verarbeitung des Erlebten zuließ. Nicht zuletzt mussten praktikable Wege gefunden werden, um die betroffenen Kinder zu erreichen.

Zielerreichung

Die Vernetzung, Interdisziplinarität, Koordination und Kooperation mit anderen Arbeitsfeldern trug maßgeblich dazu bei, Kinder suchtkranker Eltern zu erreichen. In Zusammenarbeit mit Fachkräften aus der Jugend- und Suchtkrankenhilfe entwickelten wir in den vergangenen drei Jahren ein praxisnahes Konzept, das Zugangsmöglichkeiten zu den betroffenen Kindern ermöglichte. Besonders hervorzuheben ist hierbei die Zusammenarbeit mit dem Kinderheim St. Josef, der Suchttagesklinik des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, dem Allgemeinen Dienst des Jugendamtes, verschiedene Träger der Sozialpädagogischen Familienhilfe, die Kindeschutzstelle des Jugendamtes Mannheim sowie der Suchtberatung des Caritasverbandes e.V., die gleichzeitig Projektträger war. Das Kinderheim St. Josef entwickelte mit uns zusammen ein Gruppenangebot. Regelmäßig fanden wöchentlich altersgestaffelte Gruppen statt. In der Suchttagesklinik des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim konnten wir nach Vorstellung unseres Unterstützungsangebotes eine Sprechstunde für suchtkranke Personen einrichten, die gleichzeitig eine Fürsorgeverpflich-

tung für Kinder hatten. Damit erreichten wir einen Personenkreis, der zum einen über die eigene Krankheitseinsicht Hilfe sucht und zum anderen oft noch nie Kontakt mit dem (Jugend-)Hilfesystem hatte. Durch Kooperationen mit den verschiedenen Anbietern der Jugendhilfe wurde durch geplantes, abgestimmtes Vorgehen eine optimale Förderung für die Kinder ermöglicht. Durch Einbindung in Hilfeplanprozesse konnten wir bei Eltern die Einsicht und Bereitschaft aufbauen, Hilfe für ihre Kinder in Anspruch zu nehmen und auf diese Weise die Lebenssituation der Kinder zu verbessern. Die Praxis zeigte, dass insbesondere bei Kindern von Eltern, die (noch) keine Veränderungsbereitschaft entwickelt hatten, eine Vernetzung mit Jugendhilfe-Einrichtungen notwendig war, um auch diese Kinder zu erreichen. Mit unserer Öffentlichkeitsarbeit erreichten wir Fachkräfte, die in den zentralen Lebensräumen der Kinder arbeiteten und sensibilisierten sie für die Mitbetroffenheit der Kinder. Im Mai 2011 fand u. a. ein Fachtag zum Thema „Kinderschutz – im Spannungsfeld zwischen Abhängigkeit und Elternschaft“ statt. Die Teilnahme von 140 Fachkräften der Stadt Mannheim zeigt die Bedeutsamkeit der Problematik, die fachübergreifend viele Arbeitsfelder betrifft. Wir wurden auf verschiedene Veranstaltungen eingeladen, um auf unser Projekt aufmerksam zu machen. Insgesamt hielten wir 31 Vorträge. Diese Vorträge trugen maßgeblich zu unserem Bekanntheitsgrad bei und führten zur Vernetzung mit den verschiedensten Arbeitsfeldern. Am Ende der Maßnahme hatten wir drei altersgestaffelte Gruppen aufgebaut.

Besondere Erfahrungen

Es gab viele bewegende Erlebnisse in den vergangenen Jahren, sowohl mit den betroffenen Kindern, Eltern als auch Fachkräften, die das Projekt zu einer unvergesslichen Maßnahme machten. Positiv war insbesondere die Entwicklung einer Zusammenarbeit mit Fachkräften aus der Sucht- und Jugendhilfe. Vorurteile, die aus vergangenen Zusammenarbeiten entstanden waren, konnten abgebaut werden, sodass die Zusammenarbeit für alle eine gewinnbringende Erfahrung wurde. Die Kinder in den Mittelpunkt der Maßnahme zu rücken, zog einen Perspektivwechsel nach, der die Haltung unserer Beratungsstelle bezüglich der Kinder nachhaltig verändert hat. Neben dem kontinuierlichen Gruppenangebot bereicherten die verschiedenen Zusatzaktionen das Projekt. Vier Kinderfreizeiten an Ostsee und in den Odenwald, Familienfreizeiten und Ausflüge ermöglichten es den Kindern, in ihre Kinderrolle zurückzufinden, Eltern Verantwortung zuzumuten und

bei Bedarf zu ermutigen weitere Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. So zeigte sich, dass unsere angebotene Familienfreizeit im November 2010 ein großer Erfolg war, und akzentuierte die Notwendigkeit der Kooperation von Sucht- und Jugendhilfe. Im geschützten Rahmen konnten sich Eltern über Erziehungsfragen, aber auch mit Eltern in ähnlichen Lebenssituationen austauschen. Durch die gemeinsam angebotenen Aktionen für Eltern und Kinder erlebten sich die Beteiligten in einer angenehmen, lockeren Atmosphäre, die Spuren hinterließ.

Die vergangenen drei Jahre haben durch die Finanzierung der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg den Aufbau eines Unterstützungsangebotes ermöglicht, durch die eine sinnvolle Vernetzung der Hilfen erfolgt ist. Eine erfolgreiche Arbeit ist im Wesentlichen von der Kooperation mit anderen Diensten und Stellen abhängig. Die Projektzeit hat gezeigt, dass durch die intensive Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe frühzeitige Intervention und damit Fördermöglichkeiten für die betroffenen Familien geschaffen wurden, die zur Bewältigung der Problematik beigetragen haben. Vor dem Hintergrund der gewachsenen Strukturen hat sich ein praxisnahes Angebot entwickelt, das wir auch in Zukunft weiterführen wollen.

Kontakt

Suchtberatung Caritasverband Mannheim e.V.
 Projektleiterin: Annett Rönnau
 D7, 5, 68159 Mannheim
 Telefon 0621 1250610
 annett.roennau@caritas-mannheim.de

Theaterprojekt „Papa, Mama: Guckt mal, was ich kann!“

Projekträger: Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.

Das Theaterprojekt war für Kinder psychisch kranker Eltern im Alter von 6 bis 12 Jahren konzipiert und auf die Dauer von zwei Jahren angelegt. Es war in drei Arbeitsphasen unterteilt. Am Ende jeder Phase stand eine Aufführung. Die Gruppe traf sich wöchentlich zu zweistündigen Probeterminen; vor den jeweiligen Aufführungen gab es mehrere ganztägige Probenstage.

Projektziele für die Kinder und deren Eltern

Ziele für die Kinder: sich selbst als kompetent, handlungsfähig und kreativ erleben; den eigenen Kräften und Fähigkeiten auf die Spur kommen und

diese entwickeln; an einer Sache dranbleiben und sich bei einer Aufführung präsentieren; den Eltern zeigen, was sie können.

Ziele für die Eltern: Stabilisierung der Eltern-Kind-Beziehung durch kontinuierliche Einbindung der Eltern; sich über die Potenziale ihrer Kinder freuen und stolz auf sie sein.

Arbeitsphasen

In der ersten Phase waren sieben Kinder im Alter von 8 bis 13 Jahren beteiligt. Drei Elternteile waren in das Theaterprojekt direkt involviert. Für die Kinder bedeutete das Sich-Einlassen auf die Gruppensituation und die Theaterarbeit eine große Herausforderung. Sie mussten immer wieder motiviert und ermutigt werden. Wegen der hohen Belastung und Verletzlichkeit der Kinder gab es immer wieder Konflikte im Miteinander, die geduldig ausgetragen und bewältigt werden mussten. Die thematischen Schwerpunkte in dieser Phase waren Szenen aus dem durch die Erkrankung eines Elternteils belasteten familiären Alltag der Kinder (Streitsituationen, Überforderungssituationen der Mutter etc.) und selbst entwickelte Szenen aus „Hänsel und Gretel“ (Trennung, Verstoßen werden von den Eltern, Bewältigung der Trennungssituation, Rückkehr nach Hause).

Den Abschluss der ersten Arbeitsphase im Februar 2009 bildeten zwei kleine Aufführungen. Sieben Kinder waren daran beteiligt und spielten vor ihren Eltern und Geschwistern. Die Aufführungen dauerten jeweils ca. eine halbe Stunde. Zu Beginn und am Ende der Vorstellungen wurde das selbst komponierte Lied „Guckt mal, was ich kann“ vorgetragen. Den Hauptteil des Programms bildeten zwei Szenen mit einem thematischen Bezug zu „Hänsel und Gretel“ und eine Bewegungsübung mit Pois.

In der zweiten und dritten Phase von April 2009 bis Februar 2010 waren fünf Kinder regelmäßig und zwei Elternteile punktuell in die Theaterarbeit einbezogen. Die dritte Arbeitsphase endete mit einer großen Aufführung mit dem thematischen Bezug zu dem Bilderbuch „Grüffello“. Im Vorfeld war das Projekt auf einer Pressekonferenz vorgestellt worden. Eine Beobachterin schreibt über die Aufführung: „Traurigkeit und Lachen liegen hier eng beieinander. Beide Gefühle beherrschen den Zuschauer, abwechselnd, miteinander gar gleichzeitig. Die kleinen Schauspieler sind ganz authentisch. Sie spielen ein Stück weit das, was sie selbst erfahren. Das weiß nicht nur jeder, der heute hier sitzt – das spürt auch jeder. Kein buntes Bühnenbild, keine pompösen Kostüme lenken davon ab.“ Bei der Vorstellung waren etwa

50 Zuschauer dabei, Eltern, Geschwister, Freunde der beteiligten kleinen Schauspieler und einige andere interessierte Zuschauerinnen. Die Aufführung war ein großer Erfolg und die Kinder waren zu Recht voller Stolz.

Zielerreichung und besondere Erfahrungen

Die Zusammenarbeit der beteiligten Dienste der Kinder- und Jugendhilfe der eva, des Sozialpsychiatrischen Dienstes Stuttgart-Freiberg und des regionalen ASD des Jugendamtes liefen gut. Die Projektziele konnten erreicht werden. Die beteiligten Kinder nutzten die Gruppe, um ihre Schwierigkeiten und Nöte zu zeigen. Diese wurden aufgegriffen und an ihnen wurde in der Theaterarbeit mit einem pädagogischen und künstlerischen Zugang gearbeitet. Das Projekt an der Schnittstelle von Pädagogik und Kultur war eine besondere Erfahrung für die Kinder und ihre Familien. Ihre Rückmeldungen waren überwiegend positiv, meist sogar sehr positiv. Die Eltern konnten punktuell sogar stärker einbezogen werden als ursprünglich geplant. Die Kinder zeigten sich sehr dankbar über eine halt gebende Begleitung und Unterstützung. Alle haben sich im Verlauf der Gruppenarbeit entwickelt, haben Vertrauen gewonnen, sind zugänglicher und selbstbewusster geworden. Mehr Stetigkeit ist erkennbar, ein besseres Umgehen mit Kritik und Schwierigkeiten überhaupt und die Fähigkeit, Ärger zu verbalisieren.

Kontakt

Dr. Werner Lude, eva Ev. Gesellschaft Stuttgart
Dienste für Kinder, Jugendliche und Familien in Stuttgart
Tapachstraße 64, 70437 Stuttgart, Telefon 0711 84880722

KISEL – Frühinterventionsgruppe

Hilfen für Kinder von suchtkranken Eltern im Landkreis Lörrach

Projektträger: Jugend- u. Drogenberatung Lörrach des AKRM e.V.

Die Projektidee

Geplant war, ein kontinuierliches Gruppenangebot für Kinder von 6 bis 7 Jahren aufzubauen. Ziel war es, in Kooperation mit dem Sozialen Arbeitskreis Lörrach (SAK) in dessen Gebäude „Altes Wasserwerk“ ein Gruppenangebot mit hohen Synergieeffekten aufzubauen. In der Regel nehmen Süchtige unspezifische Angebote wie z.B. Hausaufgabenhilfen – bedingt durch Scham, Unsicherheiten und diffuse Ängste – nicht in Anspruch. Die

Idee war es, über den SAK den Kindern z.B. den Weg zu Hausaufgabenhilfen oder anderen Angeboten der offenen Kinderarbeit zu ebnen. Zusätzlich versprochen wir uns, Familien zu motivieren, an gemeinsamen Aktivitäten wie z.B. Familiensonntagen teilzunehmen. Durch die Kooperation sollte allgemein der Isolation der Kinder und ihrer Familien entgegengewirkt und ein auf den Landkreis abgestimmtes Hilfsangebot aufgebaut werden. Innovativ an der Projektidee war, dass ein spezifisches Angebot bei einem etablierten Träger der Kinder- und Jugendarbeit „vor Ort“ bereit gehalten werden sollte. Dabei konnten einerseits Kinder aus den Angeboten des SAK unserer Gruppe zugewiesen werden und andererseits die Kinder des Projekts an den bestehenden Maßnahmen des SAK partizipieren. Zudem wird bereits in einem sehr frühen Kindesalter präventiv gearbeitet. Ein altersbedingter Wechsel der Kinder in bereits bestehende Gruppen war gewünscht.

Projektziele

Das Gruppenangebot sollte die Auflösung der oftmals vorhandenen sozialen Isolation der Familien bewirken. Die Kinder können die wichtige Erfahrung machen, dass nicht nur sie suchtkranke Eltern haben. Diese führt zu einer großen Entlastung und bestärkt die Kinder in ihrer Wahrnehmung „Nicht nur bei mir zuhause ist etwas anders.“ Dabei erfahren sie, dass sie keine Schuld an der Sucht haben und diese weder stoppen noch kontrollieren können. Eine altersadäquate Aufklärung über die Sucht ist ebenso wichtig wie das gemeinsame Packen des „Mutmach- und Notfallkoffers“ und das Kennenlernen der eigenen „Bärenkräfte und Ressourcen“. Die Kinder sollen lernen, ihre eigenen Gefühle wahrzunehmen und zu verbalisieren. Regelmäßige Elterngespräche sowie das Einverständnis der Eltern, über die Erlebnisse zuhause sprechen zu dürfen, sollen die Kinder von ihren Loyalitätskonflikten entlasten.

Aus- und Bewertung des Projektes

Als wichtig für das Gelingen des Gruppenaufbaus betrachten wir die gute Vernetzungsarbeit. Insbesondere mit dem Sozialen Arbeitskreis Lörrach – SAK – konnte eine verlässliche und intensive Kooperation gestaltet werden. Grundsätzlich ist zu sagen, dass die große Streubreite an Vermittlungen zeigt, dass es gelungen ist, KISEL als gesamtes Hilfsangebot im Landkreis zu integrieren und eine große Akzeptanz seitens des Hilfesystems zu erreichen. Dabei können wir die Frühinterventionsgruppe nicht isoliert

betrachten. Mittlerweile hat sich das Angebot zu einem unverzichtbaren Bestandteil der Versorgungslandschaft entwickelt. Ein wichtiges Indiz dafür ist, dass die Zahl der Selbstmelder/ohne Vermittlung (insgesamt 6 im Jahr 2011) im Vergleich zu anderen derartigen Projekten sehr hoch ist. In diesem Jahr wurden erstmals Freunde und Geschwister von Teilnehmern eingeladen (insgesamt 2). Die hohe Zahl von Selbstmeldern, die ohne Vermittlung zu KISEL finden, spricht zum einen für den hohen Bekanntheitsgrad, zum anderen aber auch dafür, dass das Projekt von Eltern und Kindern als hilfreiche Unterstützung erlebt wird. Die intensive Kooperation mit den Sozialen Diensten/Jugendamt hat sich ebenfalls bewährt. Als fester Bestandteil zum Anfang der Gruppenstunden bewährte sich das gemeinsame Obst essen. Häufig werden von den Kindern Situationen von zu Hause, der Schule oder Erlebnisse der letzten Woche erzählt. Die Kinder geben sich untereinander Ratschläge und/oder erzählen sich: „Ja, das kenn ich, bei mir ist das auch so!“ Einige Kinder aus der Gruppe treffen sich nun auch privat und es sind Freundschaften entstanden. In den Gruppenstunden bewährt sich mit den jüngeren Kindern das offene Spielangebot. Insbesondere ist ein unterstützender und liebevoller Umgang der Kinder untereinander zu erleben.

Ein Beispiel: Im Kinderbüro des SAK sind große Schaumstoffblöcke vorhanden, mit denen sich die Kinder kleine Häuser bauen können. In einer Blitzlichtrunde schilderte ein Mädchen von einer aktuell belasteten Situation mit der Mutter. Die Mutter hatte wieder einmal getrunken und hielt ihre Versprechen nicht ein. Daraufhin äußerte ein anderes Kind sinngemäß: „Irgendwie leben wir doch alle in dem gleichen Schlamassel“. Nach der Blitzrunde beschlossen alle Kinder, jetzt gemeinsam ein Haus zu bauen. Die räumliche Anbindung an den SAK hat sich bewährt. Die Familien nehmen den Ort als neutral und unbelastet wahr. Die erhoffte Vermittlung seitens des SAK zeigte sich jedoch gering. Dennoch konnte die Kinderaufnahme durch die vermehrte Berichterstattung in der Presse und die daraus folgenden Selbstmelder und anderer Trägervermittlungen ausgeglichen werden, sodass aktuell neun Kinder die Gruppe besuchen und davon fünf Kinder 8 Jahre und jünger sind.

Ein weiteres Ziel im Rahmen des Projektes war, eine Anschlussfinanzierung für die 25% Stellenanteile zu erreichen. Uns ist es gelungen, eine Anschlussfinanzierung ab dem 01.01.2012 über das Landratsamt Lörrach und das Land Baden-Württemberg zu erreichen. Damit ist unser letzter „Meilenstein“ im Rahmen des Projektes umgesetzt worden.

Kontakt

kisel@drogenberatung-loerrach.de, Gruppe ab 6 Jahre
 Sekretariat: 07621 2085 oder
 KISEL mobil 0160 98 545 126 (auch für Kinder)
 www.kisel.de

„KileKile“ Kinder leben – Kinder lernen

Projektträger: Drogenverein Mannheim e.V.

Gesamtprojektzeit: 3 Jahre

Projektziele

- Positive Beeinflussung des Interaktions- und Beziehungsverhaltens innerhalb der Eltern-Kind-Beziehung durch freizeit- und erlebnispädagogische Maßnahmen.
- Stärkung und Förderung der Resilienzen der Kinder und der Erziehungskompetenz der Eltern.
- Anbindung der Klientel an das bereits bestehende Hilfe- und Gesundheitssystem.

Zielerreichung

Im Rahmen der Gesamtprojektzeit von drei Jahren wurden zehn freizeit- und erlebnispädagogische Wochenenden mit drogenabhängigen substituierten Eltern und deren Kinder durchgeführt. Die Teilnehmenden waren jeweils an drei Wochenenden bei unserem Projekt dabei". Im durchgeführten Projekt wurden insgesamt 14 Kinder suchtkranker Eltern im Alter von 1 bis 10 Jahren erreicht.

Besondere Erfahrungen

- Durch den gezielten, differenzierten Blick auf das ganze Familiensystem konnten häufig vorhandene Hemmschwellen der Klientel abgebaut und ein besserer Zugang zu der Lebenswelt geschaffen werden. Dieser beachtete Blick auf die ganze Familie wurde von den Familien durchweg positiv aufgenommen und trug zu einer Stärkung des Familiensystems bei.
- Im Laufe des Projektprozesses konnte die empfundene soziale Isolation der Klientel durch den Kontakt mit Menschen in sehr ähnlichen Lebenslagen vermindert werden. Die Familien erhielten Anregungen und Ideen

für das familiäre Freizeitverhalten und konnten für sich eigene und sinnvolle tagesstrukturierende Maßnahmen finden. Der Erfahrungs- und Erlebnishorizont erweiterte sich durch die vielen Ausflüge sowohl für die Kinder als auch die Eltern und selbst innerhalb der eigenen Stadt wurden fremde Ecken erkundet.

- Die Eltern wurden bewusst in ihrer Elternrolle wahrgenommen und hatten dadurch die Möglichkeit, diese zu festigen und ein individuelles elterliches Selbstverständnis zu entwickeln. Die intensive Auseinandersetzung mit dem eigenen Suchtverhalten im Zusammenhang mit den Themen Elternschaft und elterliche Verantwortung erweiterte die Erziehungskompetenzen der Teilnehmenden und ließ die kindlichen Bedürfnisse und Entwicklungsschritte der Kinder hervortreten. Kurzfristig konnten bei den Kindern an den Wochenenden folgende Faktoren gefördert und unterstützt werden:
- „Kind-sein-dürfen“
- Raum für Nähe und Vertrauen schaffen
- Förderung der Resilienzen (hier insbesondere Unterstützung der Eigeninitiative und Kreativität), Variabilität in der Gefühlswelt, Bedürfniswahrnehmung und Äußerung
- Stärkung des Selbstvertrauens
- Steigerung der Bindungsfähigkeit

Es wurde erreicht, dass einige Kinder über die Maßnahme hinaus in weitere Hilfsangebote eingebettet werden konnten oder die Familien als Verbund Hilfe von außerhalb häufig in Form einer „Sozialpädagogischen Familienhilfe“ bekamen.

Die größte Hürde innerhalb des Projektes lag in der Akquirierung der Teilnehmenden. Angst vor Kontrolle, häufiger Beikonsum, die große organisatorische Herausforderung, die mit einem Wochenende verbunden ist, sowie das Tabu „Sucht“ gegenüber älteren Kindern, trugen dazu maßgeblich bei.

Kontakt

Drogenverein Mannheim e.V.
 K3, 11-14, 68169 Mannheim
 „Hilf.Kids – Hilfen für Kinder von Drogenabhängigen“
 Ansprechpartnerin: Hella-Talina Tatomir (Dipl. Sozialpäd.)
 Telefon 0621 1 59 00-53
 tatomir@drogenverein.de
 www.drogenverein.de

TOWANDA – Mädchengruppe Mädchentreff

Projektträger: TOWANDA-Mädchengruppe Mädchentreff e.V. Tübingen

Ziele

Stärkung des Selbstbewusstseins und Selbstvertrauens, Schulung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, von Wertschätzung der eigenen Person als auch der anderen, Entlastung von Schuldgefühlen, Zutrauen in die eigene Selbstwirksamkeit, eigenen Wünsche und Bedürfnisse wahrnehmen und entdecken, Entwicklung und Förderung der Partizipation und Eigeninitiative am Projekt, Verbesserung des Kontaktes zwischen Kindern und Eltern, Persönlichkeitsentwicklung durch individuelle, ressourcenorientierte Förderung stärken, Sensibilisierung und Enttabuisierung für die Themen psychische Erkrankung und Sucht.

Zeitraum: 01.11.08-31.12.10

Die TOWANDA-Mädchengruppe traf sich im letzten Halbjahr an insgesamt 25 Dienstagen regelmäßig von 16.00 bis 18.00 Uhr. Weiter haben wir Anfang der Sommerferien ein viertägiges Freizeitangebot durchgeführt. Zur Gruppe kamen Anfang Juli noch 3 neue Mädchen, ein Mädchen mussten wir verabschieden. Insgesamt haben wir in den zwei Jahren mit dem Angebot 15 Mädchen und ihre Eltern erreichen.

Die Zusammenarbeit mit Schulsozialarbeit und Jugendhilfeträgern lief gut. Ebenso hatten wir regelmäßigen Kontakt zu einzelnen Eltern, zu einigen war es nicht möglich einen Kontakt aufzubauen. Zu anderen Einrichtungen gestaltete sich vor allem der Kontakt zur Psychiatrie und zu sozialpsychiatrischen Dienst als schwierig. Es gab von unserer Seite Anfragen der Kooperationsmöglichkeit, die unbeantwortet blieben. Durch zwei Fachveranstaltungen konnten wir das Interesse des Fachpersonals wecken, um auf die Situation der Mädchen aufmerksam zu machen. Die Mädchen, die am Projekt teilnahmen, haben durch das Angebot eine Entlastung erfahren und ihre Persönlichkeitsentwicklung wurde positiv beeinflusst.

In der Gestaltung der mehrtägigen Freizeit gab es dahingehend eine Veränderung, dass wir die Freizeit ohne Übernachtung als 4-tägiges Freizeitangebot in den Räumen des Mädchentreffs durchführten.

Organisatorisch haben wir einzelne Mädchen zu Hause abgeholt und heimgebracht, da sonst die Teilnahme der Mädchen nicht möglich gewesen wäre.

Die Gruppentreffen waren so gestaltet worden, dass wir flexibel auf die Befindlichkeiten der Mädchen reagieren konnten. Die kreativen Angebote, wie Mobile aus Holz herstellen, ein Gruppen-Wappen gestalten, Schnitzen, u.a. wurden von den Mädchen gerne angenommen. Kurze eher pädagogisch-therapeutische Einheiten ergänzten das Angebot. So gab es in einer Gruppensitzung z.B. geführtes Zeichnen als Bewegungs- und Ausdrucksmalen mit Pastellkreiden oder Arbeiten am Tonfeld. Ein Schwerpunkt in der Freizeit lag auf erlebnispädagogischen Angeboten. Die erlebnispädagogischen Aktionen und Spiele wie Klettern, Baumhaus bauen, Gruppenaufgaben stärkten die Bereitschaft der Mädchen, sich auf Unbekanntes einzulassen und Herausforderungen in der Gruppe zu meistern. Die unterschiedlichen Fähigkeiten der Mädchen wurden in den Aktionen aktiv einbezogen und stärkten so das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Auch konnten wir beobachten und erhielten von Eltern und Lehrern das Feedback, dass die innere Balance und Ausgeglichenheit sowie die Konzentrationsfähigkeit der Mädchen gestärkt wurde. Die Rückmeldung der Mädchen war sehr positiv. Sie fanden es schade, dass die Gruppe im Dezember aufhören musste, da es noch keine Anschlussfinanzierung gab. Unsere Erfahrung des Angebots war es, dass es wichtig ist, für die Mädchen Bezugspersonen zu haben, zu denen sie Vertrauen aufbauen können, die ihre Wünsche erfüllen und die sie versorgen. Weiter war es wichtig, Räume zu bieten, in denen sie sich bewegen können und die ihnen Vertrautheit und Halt geben.

Kontakt

Mädchentreff e.V.

Weberstraße 8, 72070 Tübingen

Telefon 07071 550022

info@maedchentreff-tuebingen.de

www.maedchentreff-tuebingen.de

„ECHT STARK!“ – Stärkung von Kindern psychisch kranker oder suchtkranker Eltern

Projektträger: Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Projektziel 1: Präventives Gruppenangebot „ECHT STARK!“

Kernstück unserer Arbeit ist unser Gruppenangebot „ECHT STARK!“ für Kinder im Alter von 4 bis 17 Jahren. Das Gruppenmanual besteht aus 10 standardisierten und evaluierten Modulen und ist nach einem systemisch-ressourcenorientierten Ansatz konzipiert. Die Gruppen bestehen jeweils aus 6 bis 8 Kindern bzw. Jugendlichen in ähnlichem Alter. Gruppentreffen finden 1 x wöchentlich am späten Nachmittag über die Dauer von 1,5 Stunden pro Treffen statt. Der Turnus umfasst insgesamt 10 Treffen, wobei sich der erste Termin auf den Familienverband bezieht. Eine erneute Teilnahme nach Durchlaufen von 10 Terminen ist möglich. Was wir erreichen wollen: Stärkung des Selbstwertgefühls und der Selbstwahrnehmung, Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen, Förderung der Wahrnehmung von Gefühlen/eigenen Bedürfnissen sowie der Kommunikationsfähigkeit, Orientierung geben und gemeinsam Spaß haben, Wissenszuwachs in altersangemessener Form (Psychoedukation). Parallel zur Kindergruppe findet nach dem 4. und 10. Modul eine Elterngruppe statt. Themen sind hier neben dem persönlichen Kennenlernen und einem „Update“ zu den Aktivitäten der jeweiligen Gruppe das gemeinsame Besprechen erziehungsrelevanter bzw. aktueller Fragen und der gegenseitige Austausch von Erfahrungen.

Projektziel 2: Durchführung von Beratungs- und Informationsgesprächen für psychisch kranke oder suchtkranke Eltern

Um die betroffene Familien und ihre spezielle Situation besser kennen zu lernen, laden wir die Eltern zu einem Informationsgespräch ein. Zur Einschätzung der kindlichen Risikobelastung wird den Eltern vorab ein standardisierter Fragebogen zu den Stärken und Schwächen ihres Kindes zugeschickt. Im persönlichen Beratungsgespräch beantworten wir die Fragen der Eltern zu unserem Gruppenangebot und geben ihnen eine Rückmeldung über die Ergebnisse des Screening-Fragebogens bzw. ihrer individuellen Einschätzung der Belastungssituation ihres Kindes. Bei Bedarf werden die Eltern über weitere für sie und ihre Familie passende Beratungs-, Hilfs- oder Behandlungsangebote vor Ort informiert.

Projektziel 3: Aufbau eines Kooperationsnetzwerkes, Öffentlichkeitsarbeit

Um Ziel 1 und 2 verwirklichen zu können, war es notwendig, ein Kooperationsnetzwerk vor Ort aufzubauen und die Öffentlichkeit über unsere Arbeit zu informieren.

Zielerreichung

Seit Beginn unseres Projekts im Februar 2009 konnten wir ein Kooperationsnetzwerk mit 14 aktiven Partnern knüpfen. Dieses Netzwerk hat es uns ermöglicht, mit 59 Familien, zu denen 109 Kinder gehören, Beratungsgespräche durchzuführen, die entweder in den Räumen unserer Klinik oder aber vor Ort bei den jeweiligen Kooperationspartnern stattfanden. Bisher konnten wir 7 „ECHT STARK!“ Gruppen durchführen und abschließen, an denen insgesamt 41 Kinder teilgenommen haben. Einige Familien halten auch im Anschluss an die Gruppe Kontakt zu uns und holen sich Rat in Problemsituationen. Derzeit läuft unsere 8. Gruppe. Aktuell erfolgt im Sinne einer Verstetigung die Überleitung des Angebots in die Hände der Jugendhilfe.

Besondere Erfahrungen

Die Teilnahme an der Gruppe „ECHT STARK!“ erleichterte vielen Kindern das Durchbrechen von Tabugrenzen in Bezug auf die elterliche Erkrankung; dies hätte unserer Ansicht nach in Einzelarbeit nicht erreicht werden können. Der Aufbau des Kooperationsnetzes hat einmal mehr bewusst gemacht, wie viele Institutionen und professionelle Helfer vor Ort mit dem Thema Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern befasst sind. Der Zusammenschluss macht Mut, gemeinsam weiter zu konzipieren und zu arbeiten. Besonders große Berührungängste zeigten suchtkranke Eltern (illegale Drogen). Hier konnten überwiegend nur Beratungen und Informationsgespräche mit Eltern oder nicht betroffenen Elternteilen durchgeführt werden. Das Sich-Öffnen dem Kind gegenüber stellt offensichtlich eine fast unüberwindbare Hürde dar.

Kontakt

Frau PD Dr. Ulrike Schulze
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie
Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm
Telefon 0731 500 61 636
ulrike.schulze@uniklinik-ulm.de
www.uniklinik-ulm.de

„Ich bin stark“

Projektträger: „Ich bin stark“ – Weinsberger Hilfsverein e.V.

Der Weinsberger Hilfsverein e.V. unterhält seit über 40 Jahren eine Anzahl von Diensten, die Menschen mit einer psychischen Erkrankung in verschiedenen Lebensbereichen unterstützen. Der Charakter der Angebote ist ausgesprochen ambulant, niederschwellig und lebensweltorientiert. Seit 2004 widmet sich der Weinsberger Hilfsverein e.V. auch der jüngsten Angehörigengruppe, den minderjährigen Kindern psychisch kranker Eltern.

Das Ursprungsprojekt „Kinder psychisch kranker Eltern“ (KiP) wurde mit dem örtlichen Psychiatriearbeitskreis im Jahre 2004 versuchsweise eingerichtet. Ziel des Kinderprojektes ist es, sowohl die Kinder als auch die Eltern in ihrer besonderen Situation zu stützen. Dies gelingt durch Gesprächs- und Kontaktangebote im Rahmen von Einzelgesprächen und einem Freizeitgruppenangebot (für die ganze Familie). Begleitend findet seit 2004 auch eine Vermittlung von ehrenamtlich aktiven Patenfamilien statt.

Das Projekt „Ich bin stark“ (IBS) kam 2008 hinzu, als eines der ausgewählten Modellprojekte der Stiftung Kinderland, finanziert für die Zeitdauer von drei Jahren. Mit diesem Projekt kam 2008 eine ganz neue Form der Hilfe für die angesprochene Gruppe von Kindern und Jugendlichen hinzu.

Der Grundgedanke des Heilbronner Projektes „Ich bin stark“ begründet sich in den Ergebnissen aus der Resilienzforschung, die zeigen, dass eine Anzahl von Schutzfaktoren zu erkennen sind, die Kindern in besonderen Belastungssituationen dazu verhelfen, trotz der angespannten Situation gesund zu bleiben und nicht selbst zu erkranken.

Dieser Gedanke führte zur Idee, nach Möglichkeiten zu suchen, diese Schutzfaktoren von außen zu stärken, um so die Chancen der betroffenen Kinder zu erhöhen, möglichst gesund zu bleiben. Angedacht waren „Ich bin stark“-Kindergruppen, in denen mit den Kindern an ihrem Selbstwertgefühl gearbeitet wird. Gruppen, in denen die Kinder lernen, sich für eigene Belange zu interessieren. Eigene Wünsche und Ziele herauszuarbeiten und gemeinsam in der Gruppe auch Handlungsstrategien kennen zu lernen, mit denen sie eigene Ziele verfolgen und umsetzen können.

In altershomogenen Gruppen fanden (von 2008 bis 2011) 14-tägig stattfindende Gruppenunternehmungen statt. Die Gruppenarbeit unterteilte sich in drei Phasen: in die Vertrauen fördernde und Gruppen bildende Anfangsphase, die Phase der Selbsterfahrung und Vermittlung neuer Handlungsstrategien und die dritte Phase, die Phase der Herausforderung, in der Erlerntes getestet, ausprobiert und überprüft wurde.

Angedacht waren ursprünglich zeitlich begrenzte, wechselnde Gruppen. Dies veränderte sich im Verlaufe des Projektes, da die Kinder nach den Gründen zur Teilnahme befragt, in der Regel den Wunsch äußerten, neue Freunde finden zu wollen. Freundschaften entstanden und so sprachen sich Kinder und Eltern schnell gegen einen Wechsel der Gruppen aus. Die Aufnahmemodalität wurde leicht verändert. Neue Kinder konnten nun laufend in die Gruppen mit einsteigen. Parallel dazu entwickelte sich eine ehrenamtlich betreute Geschwistergruppe mit Elterncafé (1 x im Monat). Dadurch entstand im Laufe der Projektzeit eine gemeinsame Grundstimmung zwischen Kindern, Eltern, beteiligten Ehren- und Hauptamtlichen mit dem Ziel, sich gemeinsam „stark zu machen“.

Im Gegensatz zum Ursprungsprojekt „KiP“, in dem sich erwachsene Ehrenamtliche für die betroffenen Familien bzw. deren Kinder engagieren, sind beim Projekt „IBS“ alle Beteiligten auf Augenhöhe und engagieren sich gemeinsam für das Projektziel.

Hatten wir während des Projektverlaufs von „KiP“ in der Regel einen sehr engen Familienverbund erlebt, der oft nur wenig Einblick zuließ in die familiäre Interaktion, so erlebten wir nun bei „IBS“ ein offeneres Klima um das Thema „psychische Erkrankung und deren Auswirkung auf die Kinder“. Die Eltern nahmen das Projekt „IBS“ sehr gut an, was vermutlich auf die positive Grundhaltung des Projektnamens „Ich bin stark“ zurückzuführen ist. Jeder Elternteil möchte sein Kind gesund und mutig heranwachsen sehen und wird ihm gerne die Chance geben, sich in diese Richtung zu entwickeln.

Die Wirkung dieses positiv besetzten Namens und die Erfahrungen im Kinderprojekt „Ich bin stark“ führten dazu, dass in der Abschlussphase sehr aktiv phantasiert und geplant wurde, wie dieser positive Aspekt im Kinderprojekt auch weiterhin Platz finden kann. Der Gedanke des Projektes „Ich bin stark“ wird nun weitergeführt im neuen Projekt „Fit fürs Leben“, das auf den Erkenntnissen aus dem Projekt „Ich bin stark“ aufbaut und

den Kindern dazu verhelfen soll, bessere außerschulische Bildungschancen wahrnehmen zu können.

Auch „Fit fürs Leben“ wird wieder in altershomogenen, kontinuierlichen Gruppenangeboten stattfinden. Allerdings hier unterstützt durch Einzelbegleitungen bei bestimmten Themen oder Problemen, um das betreffende Kind vor Ort besser zu vernetzen und ihm Bildungsangebote vor Ort zu eröffnen und zugänglich zu machen. Die bereits durch „Ich bin stark“ gestärkten Kinder sollen nun, gemeinsam mit Neueinsteigern, Bildungschancen kennenlernen, die frei zugänglich sind und oft auch unentgeltlich wahrgenommen werden können.

Abschließend bleibt festzustellen: Das Projekt „Ich bin stark“ war für Kinder, Eltern und für das Kinderprojekt eine gute, die Entwicklung fördernde Hilfe. Alle zusammen stehen nun selbstbewusster im Leben und wissen gemeinsam ihre Chancen besser zu nutzen und zu erlangen.

Kontakt

Weinsberger Hilfsverein e.V.,
Kinderprojekte „KiP“, „Ich bin stark“ + „Fit fürs Leben“
Olgastraße 17, 74071 Heilbronn
Projektleitung: Ch. Baum
Telefon 07131 887 19 71
c.baum@hilfsverein.org
www.hilfsverein.org

Esmeralda – wie geht es Dir?

Ein Projekt für Kinder psychisch kranker Eltern – Etablierung niederschwelliger Zugangswege zu Diagnostik, Intervention und Prävention kindlicher Folgestörungen im interdisziplinären Setting

Projektträger: ZfP Südwürttemberg – Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Projektziele

- a) Screening der Kinder (Alter: 6-12 Jahre) stationärer erwachsener psychiatrischer Patienten auf deren psychische Gesundheit/Krankheit (SDQ Fragebogen und psychosozialer Anamnesebogen).
- b) Je nach Ergebnis: Bei auffälligen Fragebogenergebnissen: Angebot einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung. Bei unauffälligen Fragebogenergebnissen: In Kooperation mit dem regionalen Jugendamt Angebot einer präventiven psychoedukativen Gruppe für Kinder in der Altersgruppe 6-12 Jahren u. a. zur Bearbeitung folgende Themen:
 - alters- und situationsentsprechende Information über die Symptomatik, Zuständigkeiten und Hilfsmöglichkeiten der elterlichen Erkrankung,
 - Bearbeitung negativer kindlicher Emotionen, wie Schuld, Scham oder Angst, die infolge der Erfahrungen mit der elterlichen Erkrankung entstehen können,
 - ressourcenorientierte Einheiten zur Stärkung eigener Handlungskompetenz.
- c) Entwicklung eines entsprechenden Gruppenmanuals für psychoedukative Gruppen in dieser Altersgruppe, sodass dieses auch in anderen Institutionen/psychosozialen Kontexten angewandt werden kann.

Zielerreichung

Um Angebote in der Region nicht zu doppeln sowie personelle Ressourcen beiderseits zu nutzen und nach der Projektlaufzeit eine Weiterfinanzierung zu sichern (was gelungen ist), wurde zunächst eine Kooperation mit dem regionalen Jugendamt etabliert. Bei der Durchführung der Gruppenangebote wurde von beiden Seiten ein Mitarbeiter gestellt.

Das Screening und das präventive Gruppenangebot wurde auf allen Stationen in der Erwachsenenpsychiatrie vorgestellt und im Verlauf immer wieder aktualisiert, bzw. daran erinnert. Informative Sprechstunden für die psychisch erkrankten Eltern (was ist das für ein Angebot, aber auch: Was braucht mein Kind) wurden eingerichtet.

Vier psychoedukative Gruppen wurden im Verlauf des Projektzeitraums in der Altersgruppe 6-12 Jahren durchgeführt und evaluiert.

Anhand der Erfahrungen mit den Gruppen wurde ein Manual zur Durchführung von Psychoedukation von Kindern psychisch kranker Eltern, Alterstufe 6-12 Jahren, erstellt, welches im Oktober 2012 im Fachbuchhandel erscheinen wird.

Besondere Erfahrungen

Die Kindergruppen wurden von den teilnehmenden Kindern und deren Eltern durchweg positiv angenommen. Alle Kindergruppen arbeiteten mit Spaß und Interesse mit und profitierten sowohl von den Einheiten als auch von dem Kontakt untereinander. Ein Zugewinn an Wissen, ein wissenschaftlich erwiesener Hauptpräventionsfaktor für eigene Erkrankung der Kinder, fand somit statt. Die kindlichen Ressourcen wurden gestärkt. Die Hauptfigur, Esmeralda, ein Drallefant, eine Mischung aus Drachen und Elefant, welche Pipo, einem Grashüpfer, all ihre Fragen stellen konnte, wurde von den Kindern als Identifikationsfigur akzeptiert. Auch schwierige Fragestellungen wie z. B. Suizidversuche der Eltern, Details einzelner Krankheitsbilder konnten so aufgegriffen werden. Das entwickelte Manual stellte sich als gut handhabbar dar. Verschiedene Gruppenleiter wurden eingesetzt um dessen Übertragbarkeit zu testen. Diese stellte sich als gegeben dar.

Schwierig war die Rekrutierung der Kinder. Einerseits dauerte es sehr lange, bis sich das Screening der Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie etablierte. Es bedurfte fast zwei Jahre der Kontaktpflege und kontinuierlichen Präsenz, um das Projekt soweit zu etablieren, dass Anfragen über die Erwachsenenpsychiatrie kamen. Selbst wenn Eltern dann aber Interesse für ihre Kinder anmeldeten, so war oftmals das Interesse auch wieder erloschen, wenn Patienten entlassen wurden und Alltagsprobleme wie Transport der Kinder zu den Gruppen hätten bewältigt werden müssen. Dadurch zog es sich oftmals hin bis eine entsprechende Anzahl Kinder zusammenkam, um eine Gruppe zu starten.

Zum zweiten stellte sich der Transport zu und von den Gruppen im ländlichen Raum schwierig dar. War der Weg zu weit, kamen die Kinder (v.a. im Winter) gar nicht. Zum Teil war eine Teilnahme nur zu gewährleisten, wenn der Gruppenleiter die Kinder zu Hause abholte. Wichtig war dabei

die „Tür-und-Angel“ Elternarbeit in Hol- und Bringsituationen, in denen jeweils ein kurzer Austausch zu den einzelnen Gruppeneinheiten stattfand. Dies führte zur Entängstigung der Eltern (z. B. „werde ich hier als schlechtes Elternteil dargestellt?“) und guter Compliance.

Kontakt

Dr med. Isabel Böge
KJP ZfP-Südwürttemberg
Weingartshoferstraße 2, 88214 Ravensburg
Telefon 0751 7601 2405
Isabel.Boege@zfp-zentrum.de

Alles was stark macht

Projekträger: Caritas Ulm

Projektziele

Das Angebot der Caritas Ulm richtete sich an Kinder und Jugendliche unterschiedlicher Altersgruppen aus suchtbelasteten Familien. An ein regelmäßiges Gruppenangebot für Kinder und Jugendliche schloss sich ein mehrtägiges Freizeitangebot mit Einbindung der Eltern an.

Das Angebot hat sich zum Ziel gesetzt:

- Kinder und Jugendliche lernen ihr Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken
- Kinder und Jugendliche dürfen stark und schwach sein
- Kinder und Jugendliche erlernen Wege und Lösungsstrategien aus der Überverantwortung dem suchtbelasteten Elternteil auszusteigen
- Kinder und Jugendliche haben eine Recht auf Spaß und Freude

Zielerreichung

Gut konnten wir die Kinder und Jugendlichen erreichen, wenn die Eltern bereits in einen längeren therapeutischen Prozess eingebunden waren. So waren die meisten Eltern bereits in eine ambulante Rehabilitation integriert. An der einwöchigen Freizeitmaßnahme nahmen sowohl die Eltern als auch die Kinder teil. Dieses mehrtägige therapeutische Angebot stellte das zentrale Element des Angebotes dar.

Das regelmäßige Gruppenangebot wurde mit der Methode Kinderpsychodrama durchgeführt. Über diesen spielerischen Zugang stand nicht die

elterliche Erkrankung im Vordergrund, sondern das Symbolspiel, um über diesen Weg das Selbstbewusstsein der Kinder zu stärken.

Besondere Erfahrungen

Das Intensivseminar sorgte mit dem mehrtägigen gemeinsamen Aufenthalt für zahlreiche positive Effekte. Zum einen konnten die Kinder/Jugendlichen erleben, dass die Eltern etwas für ihre Gesundheit tun. Weiterhin kam es über die zahlreichen Angebote sowohl in der Gruppe als auch im Freizeitbereich zu positiven Veränderungen.

Kontakt

Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtkranke und deren Angehörige
Caritas Ulm
Thomas Tilk
Wilhelmstraße 22, 89073 Ulm
Telefon 0731 17588250
psb@caritas-ulm.de

Ich pack's

Projektträger: Landkreis Tübingen

Projektziele

Geschlechtsspezifisches Gruppenangebot für Mädchen von 13 – 15 Jahren, deren Eltern bzw. Elternteile psychisch erkrankt sind oder eine Suchterkrankung haben. Auf der Grundlage einer therapeutischen Gemeinschaft sollen die Mädchen entlastet werden, in ihrer Beziehungsfähigkeit gestärkt werden und ihr Verhaltensrepertoire und soziale Kompetenzen erweitern können. Das Angebot soll gezielt an Mädchen gerichtet werden, die sich bereits im Kontakt mit der Jugend- und Familienhilfe befinden. Methodisch orientiert sich die Gruppenarbeit an kreativen Techniken sowie an anerkanntem therapeutischen Vorgehen.

Zielerreichung

Die Gruppe wurde für die meisten Mädchen zu einem zentralen Bestandteil ihres Alltags. Alle Mädchen haben wertvolle Anregungen erhalten und sie wurden in ihrer Gesamtentwicklung weitergebracht. So entwickelten

sie ein besseres Verständnis für die Situation ihrer Eltern, können sich innerhalb der Familie klarer positionieren sowie die eigenen Bedürfnisse besser artikulieren und bewältigen. Verbale und kreative Ausdrucksmöglichkeiten wurden durch das Angebot positiv beeinflusst.

Trotz intensiver Bemühungen kann das Projekt aufgrund einer zu geringen Zuweisung an Teilnehmerinnen nicht weitergeführt werden.

Kontakt

Landkreis Tübingen,
Jugend- und Familienberatung
Christine Utecht
Bismarckstraße 110, 72072 Tübingen
Telefon 07071 207-2111

Stark für's Leben

Projektträger: Kreisjugendamt Bodenseekreis

Projektziele

Primäres Ziel des Projekts war es, die Neuerkrankungsrate von psychischen Störungen bei Kindern mit erhöhtem Risiko zu senken. Neben der Arbeit mit betroffenen Kindern richtete sich das Projekt auch an die Eltern.

Ziele für die Arbeit mit den Kindern:

- Aufbau und Stärkung von Selbstvertrauen
- Entlastung vom Verantwortungsgefühl der Kinder für ihre Eltern
- Austausch mit ebenfalls betroffenen Kindern
- Gemeinsames Erleben von unbeschwerter Spielzeit
- Förderung von Bewältigungsstrategien der Kinder
- Ermöglichung von „Kindsein“ in strukturiertem Rahmen
- Entlastung durch altersgemäße Aufklärung der Kinder über psychische Erkrankungen

Ziele für die Arbeit mit den Eltern:

- Einbeziehung der Eltern
- Sensibilisierung der Eltern für die Bedürfnisse ihrer Kinder
- Entlastung durch die Betreuung der Kinder schaffen, um allmählich über Vertrauensaufbau andere Zugangswege zu den Eltern finden



Zielerreichung:

- Die Eltern berichten in den Elterngesprächen, dass die Kinder sehr gerne in die Gruppe gegangen sind. Sie haben mit viel Spaß neue, andere Erfahrungen miteinander gesammelt und neue Kontakte zu ebenfalls betroffenen Kindern geknüpft.
- Alle Kinder haben mehr Vertrauen in die eigenen Kompetenzen gewonnen und neue Bewältigungsstrategien im Umgang mit Konflikten erlernt.
- Die Fähigkeiten der Kinder, ihre Gefühle auszudrücken haben sich verbessert, ebenso ihre sozialen Kompetenzen innerhalb einer Gruppe.
- Eltern wurden für die Bedürfnisse ihrer Kinder sensibilisiert und konnten motiviert werden, weitere Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Wichtig für das Gelingen des Projekts war es, eine stabile und verlässliche Beziehung gerade zu den Eltern aufzubauen. Für die unmittelbare Arbeit mit den Kindern war es erforderlich, klar strukturierte Abläufe der Gruppennachmittage zu schaffen. Dies sorgte für Sicherheit und Vertrauen.

Besondere Erfahrungen

Auf unterschiedliche Bedürfnisse der Kinder sollte reagiert werden. Eine Aufteilung in verschiedene Kleingruppen war hier hilfreich (Bewegungsdrang vs. Ruhebedürftigkeit).

Verschiedene Verhaltensauffälligkeiten der Kinder sind immer wiederkehrende Herausforderungen für die Fachkräfte und erfordern eine kontinuierliche Beziehungsarbeit.

Die Bereitstellung eines Fahrdienstes ermöglichte eine regelmäßige Teilnahme der Kinder an den Angeboten und war auch für die Zustimmung der Eltern, dass die Kinder am Projekt partizipieren dürfen, hilfreich.

Kontakt

Kreisjugendamt Bodenseekreis
Sabine Haag
Albrechtstraße 75, 88045 Friedrichshafen
Telefon 07541 204 5279
sabine.haag@bodenseekreis.de

7. Literaturverzeichnis

- Als, A. (2012).** *Erfassung der Projektwirksamkeit, Zielerreichung und Projektfekte von „Unterstützungsangeboten für Kinder von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern“ sowie deren Auswirkungen auf das Familiensystem. Entwicklung, Erprobung und Bewertung eines qualitativen Erhebungsinstrumentes für Kinder.* Unveröffentlichte Masterthesis im Fachbereich Soziale Arbeit, Evangelische Hochschule Freiburg.
- Arenz-Greiving, I. & Kober, M. (2007).** *Metastudie. Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern.* Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006).** *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Berlin: Springer.
- Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P.-M., Schaunig-Busch, I., Ruths, S., Moesgen, D., Pflug, E., Klein, M. & Thomasius, R. (2012).** *Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7, 23.
- Bühler, A. (2007).** *Suchtfrei ins Leben. Dokumentation der Förderprogramme zur Suchtprävention für vorbelastete Kinder und Jugendliche.* Schriftenreihe der Baden-Württemberg Stiftung, Band 24. Stuttgart: Baden-Württemberg Stiftung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzGA (2012a).** *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011.* Teilband Alkohol. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzGA (2012b).** *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011.* Teilband Rauchen. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzGA (2012c).** *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends.* Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.). (2005).** *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht.* Gesundheitsförderung konkret Band 6. Köln: BZgA.

Christiansen, H., Mattejat, F. & Röhrle, B. (2011). Wirksamkeitsbefunde von Interventionen bei Kindern und Familien psychisch kranker Eltern – ein metaanalytisch fundierter Überblick. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern.* Klinik und Forschung (S. 458-481). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Elkeles, T. (2010). Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung? Anmerkungen aus Sicht der Evaluationsforschung. In T. Gerlinger, S. Kümpers, U. Lenhardt & M.T. Wright (Hrsg.), *Politik für Gesundheit* (S. 93-103). Bern: Huber.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA (2008). *Drugs and Vulnerable Groups of Young People. Selected Issue.* Lissabon: EMCDDA.

Friedmann, M.S., McDermut, W.H., Solomon, D.A., Ryan, C.E., Keitner, G.I. & Miller, I.W. (1997). Family functioning and mental illness: A comparison of psychiatric and non-clinical families. *Family process*, 36, 357-367.

Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönna-Böse (2009). *Resilienz.* München: Reinhardt.

Garber, J., Clarke, G.N., Weersing, V.R., Beardslee, W.R., Brent, D.A., Gladstone, T.R.G., DeBar, L.L., Lynch, F.L., D'Angelo, E., Hollon, S.D., Shamsdedeen, W. & Iyengar, S. (2009). Prevention of depression in at-risk adolescents. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 301, 2215-2224.

Glisson, C. & Green, P. (2006). The role of specialty mental Health Care in predicting child welfare and juvenile justice out-of-home-placements. *Research on Social Work Practice*, 16, 480-490.

Goodman, R. (2005). *Strengths and Difficulties Questionnaire.* Zugriff am 08.09.2012. Verfügbar unter <http://www.sdqinfo.org/>

Gouzoulis-Mayfrank, E., Schweiger, U. & Sipos, V. (2008). Komorbide Störungen. In S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 657-677). München: Urban & Fischer.

Harbour, R. & Miller, J. (2001). A new system for grading recommendation in evidence based guidelines. *Br Med J*, 323, 334-336.

Hoff, T. & Klein, M. (2005). Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Kindern aus suchtblasteten Familien. In B. Hasenjürgen & C. Rohleder (Hrsg.), *Geschlecht im sozialen Kontext. Perspektiven für die soziale Arbeit* (S. 89-113). Leverkusen: Barbara Budrich.

Kirusek, T.J. & Sherman, R.R. (1968). Goal Attainment Scaling: A general method for evaluation comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443-453.

- Jeske, J., Bullinger, M., Plaß, A., Petermann, F. & Wiegand-Grefe, S. (2009). Risikofaktor Krankheitsverarbeitung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57, 207-213.
- Klein, M. (2005). *Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien*. Regensburg: Roderer-Verlag.
- Klein, M. (2006). *Kinder drogenabhängiger Mütter*. Risiken, Fakten, Hilfen. Regensburg: Roderer-Verlag.
- Klein, M. & Zobel, M. (2000). Sucht sucht Beziehung – Partner und Kinder im Umfeld von Abhängigkeitsstörungen. *Sucht aktuell*, 8(2), 29-34.
- Kötter, C., Stemmler, M., Bühler, A. & Lösel, F. (2010). Mütterliche Depressivität, Erziehung und kindliche Erlebens- und Verhaltensprobleme. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 109-118.
- Kröger, C., Klein, M. & Schaunig, I. (2006). Sucht und elterliche Stressbelastung: Das spezifische Belastungserleben in der Kindererziehung von alkoholabhängigen Müttern und substituierten opiatabhängigen Müttern. *Suchttherapie*, 7 (2), 58–63.
- Kühnel, S. & Bilke, O. (2004). Kinder psychisch kranker Eltern. Ein interdisziplinäres Präventionsprojekt in der Ostschweiz. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 14 (2), 60-74.
- Lampert, T. & Thamm, M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 5/6, 600-608.
- Lauth, G.W. & Heubeck, B. (2006). *Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder – KES*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (2010). *Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen*. Göttingen: Hogrefe.
- Lohaus, A., Eschenbeck, H., Kohlmann, C.-W. & Klein-Heßling, J. (2006). SSKJ 3-8. *Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11., aktualisierte und erweiterte Auflage). Weinheim: Beltz.
- Mattejat, F. (2011). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wissen wir und was ist zu tun? In F. Mattejat & B. Lisofsky (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker* (S. 68-95). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Mattejat, F., Lenz, A. & Wiegand-Grefe, S. (2011). Kinder psychisch kranker Eltern – Eine Einführung in die Thematik. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz, (2011). *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 13-24). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2006). *ILK. Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Ratingbogen für Kinder, Jugendliche und Eltern*. Göttingen: Hans Huber.
- Mittag, W. (2006). Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. In A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Heßling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 87-112). Göttingen: Hogrefe.
- Moesgen, D., Bröning, S., Ruths, S., Wiedow, A., Wartberg, L., Pflug, E., Schaunig-Busch, I., Thomasius, R. & Klein, M. (2012). Trampolin – Entwicklung eines Programms für suchtbelastete Familien. *Sucht*, 58 (4), 1-9.
- Otto, H.-U., Polutta, A. & Ziegler, H. (2010). Zum Diskurs um evidenzbasierte Soziale Arbeit. In H.-U. Otto, A. Polutta & H. Ziegler, H. (Hrsg.), *What works – Welches Wissen braucht die Soziale Arbeit? Zum Konzept evidenzbasierter Praxis* (S. 7-25). Opladen: Barbara Budrich.
- Pölkki, P., Ervast, S.A. & Hupponen, M. (2004). Coping and resilience of children of a mentally ill parent. *Society of Work Health Care*, 39, 151-163.
- Reichle, B. & Franiek, S. (2007). *Erziehungsstil aus Elternsicht – Deutsche erweiterte Version des Alabama Parenting Questionnaire für Grundschul Kinder (DEAPQ-EL-GS)*. Ludwigsburg: Eigendruck.
- Reichle, B. & Franiek, S. (2009). Erziehungsstil aus Elternsicht. Deutsche erweiterte Version des Alabama Parenting Questionnaire für Grundschul Kinder (DEAPQ-EL-GS). *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 41(1), 12-25.
- Reinisch, A., Heitmann, D. & Griepenstroh, J. (2011). Präventionsangebote und -projekte für Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland – ein Überblick. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (2011). *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 62-83). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Rost, J. (2004). *Lehrbuch Testtheorie – Testkonstruktion*. Bern: Huber.
- Ruths, S., Moesgen, D., Bröning, S., Klein, M. & Thomasius, R. (2012). Präventionsangebote für Kinder aus suchtblasteten Familien – eine bundesweite Bestandsaufnahme. Suchttherapie (im Druck).
- Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). Cambridge: University Press.
- Sackett, D. (2002). Was ist evidenzbasierte Medizin? In M. Perleth & G. Antes (Hrsg.), *Evidenzbasierte Medizin. Wissenschaft im Praxisalltag*. München: Medizin Verlag.
- Schaefer, I. & Kolip, P. (2010). Unterstützung der Qualitätsentwicklung mit Goal Attainment Scaling (GAS). *Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 33, 66-69.
- Schone, R. & Wagenblass, S. (2002). *Wenn Eltern psychisch krank sind ... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster*. Weinheim: Juventa.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1999). *Methodology Review Group: Report on the review of the method of grading guideline recommendations*. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).
- Sommerfeld, P. & Hüttemann, M. (2007). *Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Nutzung von Forschung in der Praxis*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Springer, A. & Uhl, A. (1998). *Evaluation research in regard to primary prevention of drug abuse. European Commission social sciences*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Sturzbecher, D. (Hrsg.). (2001). *Spielbasierte Befragungstechniken. Interaktionsdiagnostische Verfahren für Begutachtung, Beratung und Forschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Uhl, A. (1997). Probleme bei der Evaluation von Präventionsmaßnahmen im Suchtbereich. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 20 (3/4), 93-109.
- Velleman, R. Templeton, L., Reuber, D., Klein, M. & Moesgen, D. (2008). Domestic abuse experienced by young people living in families with alcohol problems; results from a cross-european study. *Child Abuse Review*, 17, 387-409.
- Vogt, I. & Hoff, T. (2012). Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 151-183). Weinheim: Juventa.
- Vostanis, P., Graves, A., Meltzer, H., Goodman, R., Jenkins, R. & Brugha, T. (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health – Findings from the GB national study. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 41, 509-514.
- Werner, E.E. (1993). Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
- WHO (World Health Organization) (Ed.). (1994). *Life Skills Education in schools*. Genf: WHO.
- Wiegand-Grefe, S., Halverscheid, S., Geers, P., Petermann, F. & Plaß, A. (2010a). Kinder psychisch kranker Eltern. Zusammenhänge zwischen der Krankheitsbewältigung einer elterlichen psychischen Erkrankung und der Gesundheit der Kinder. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39 (1), 13-23.
- Wiegand-Grefe, S., Jeske, J., Bullinger, M., Plaß, A. & Petermann, F. (2010b). Lebensqualität von Kindern psychisch kranker Eltern. Zusammenhänge zwischen Merkmalen elterlicher Erkrankung und gesundheitsbezogener Lebensqualität der Kinder aus Sicht der Eltern. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 315-322.
- Wiegand-Grefe, S., Geers, P. & Petermann, F. (2011a). Entwicklungsrisiken von Kindern psychisch kranker Eltern – ein Überblick. In S. Wiegand-Grefe, F. Matthejat & A. Lenz (2011). *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 145-170). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wiegand, S., Halverscheid, S. & Plass, A. (2011b). *Kinder und ihre psychisch kranken Eltern: Familienorientierte Prävention – Der CHIMPs-Beratungsansatz*. Göttingen: Hogrefe.
- Wiegand-Grefe, S., Werkmeister, S., Bullinger, M., Plass, A. & Petermann, F. (2012). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und soziale Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern. Effekte einer manualisierten Familienintervention. *Kindheit und Entwicklung*, 21 (1), 64-73.
- Wolin, S. & Wolin, S. (1995). Resilience among youth growing up in substance-abusing families. *Pediatric Clinics of North America*, 42 (2), 415-442.

Schriftenreihe der Baden-Württemberg Stiftung

Nr.	Titel	erschienen
66	Medienwerkstatt Kindergarten – vom Konsumieren zum Gestalten Ein Programm zur Unterstützung von jungen Eltern	2012
65	Gartenland in Kinderhand Ein Garten für die Kita. Ergebnisse der Projektevaluation	2012
64	Aktionsprogramm Familienbesucher Ein Programm zur Unterstützung von jungen Eltern	2012
63	Gesundheitsförderung in der Grundschule. Komm mit in das gesunde Boot – Grundschule – Leitung: Prof. Dr. Jürgen M. Steinacker	2012
62	Ferienzeit – Gestaltungszeit. Innovative pädagogische Freizeitangebote für Kinder und Jugendliche während der Ferienzeit“ – Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitevaluation des Programms	2012
61	Da sein! – Könnst’ ich das? – Abschlussbericht des Projekts – Ausbau der ambulanten Kinder- und Jugendhospizarbeit in Baden-Württemberg	2012
60	BioLab Baden-Württemberg on Tour – Forschung, Leben, Zukunft	2011
59	Gesundheitsförderung im Kindergarten – Evaluation des Programms „Komm mit in das gesunde Boot“ der Baden-Württemberg Stiftung in Kindergärten in Baden-Württemberg	2011
58	Kompetenzen fördern – Erfolge schaffen – Dokumentation des Programms „KOMET 2 – Kompetenz- und Erfolgstrainings für Jugendliche“	2011
57	Sag’ mal was – Sprachförderung für Vorschulkinder – Zur Evaluation Zur Evaluation des Programms der Baden-Württemberg Stiftung	2011
56	Nanotechnology – Fundamentals and Applications of Functional Nanostructures Th. Schimmel, H. v. Löhneysen, M. Barczewski	2011
55	Fit für den Wiedereinstieg – wie sich Beruf und Familie unter einen Hut bringen lassen – Tipps für eine erfolgreiche Rückkehr in den Beruf	2010
54	„Neue Brücken bauen ... zwischen Generationen, Kulturen und Institutionen“ Programmdokumentation	2010
53	Erzähl uns was! Kinder erzählen Geschichten und hören einander zu Eine Förderinitiative der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg	2010
52	Am Anfang ist es eine Idee – am Ende eine große Erfindung – Ein Leitfaden für die Planung und Umsetzung von naturwissenschaftlich-technischen Projekten	2010
51	Nachhaltigkeit macht fit für die Zukunft – Energie nutzen, Umwelt schützen	2011
50	Männer für erzieherische Berufe gewinnen: Perspektiven definieren und umsetzen Impulse und Anregungen für eine größere Vielfalt in Tageseinrichtungen für Kinder	2010
49	Strategische Forschung 2010 – Studie zur Struktur und Dynamik der Wissenschaftsregion Baden-Württemberg	2010
48	Expeditionsziel: Nachhaltigkeit – Ihr Reiseführer in die Zukunft	2011

Nr.	Titel	erschienen
47	Familiäre Einflüsse als prägender Faktor: Herausforderung für die Suchtprävention Wie Familien für die familienorientierte Suchtprävention zu gewinnen und welche Veränderungen möglich sind	2010
46	Qualifizierung von Prüfern: Entwicklung innovativer Weiterbildungskonzepte. Wie neuen Herausforderungen im Bildungswesen begegnet und Prüfungsqualität gesichert werden kann.	2010
45	Neue Generationennetzwerke für Familien – Wissenschaftliche Evaluation des Förderprogramms der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg	2010
44	Kinder und ihr Umgang mit Geld und Konsum – Dokumentation und Evaluation des Förderprogramms der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg	2009
43	Musisch-ästhetische Modellprojekte in Kindergärten und anderen Tageseinrichtungen für Kinder – Dokumentation des Programms der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg	2009
42	Training bei Demenz – Dokumentation zum Kongress „Training bei Demenz“ Dezember 2008	2009
41	Hilfen und schulische Prävention für Kinder und Jugendliche bei häuslicher Gewalt Evaluation der Aktionsprogramme „Gegen Gewalt an Kindern“ 2004–2008 in Baden-Württemberg	2009
40	Kommunen auf dem Weg zu mehr Familienfreundlichkeit – Dokumentation des Projekts der Landesstiftung Baden-Württemberg „ZUKUNFTSFORUM Familie, Kinder & Kommune“	2009
39	Naturwissenschaftlich-technische Modellprojekte in Kindergärten Dokumentation des Programms der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg	2009
38	Erfolgsgeschichten – Nachwuchswissenschaftler im Porträt – Ergebnisse des Eliteprogramms für Postdoktorandinnen und Postdoktoranden der Landesstiftung Baden-Württemberg	2009
37	„Kinder nehmen Kinder an die Hand“ – Dokumentation des Programms der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg	2009
36	Zeit nutzen – Innovative pädagogische Freizeitangebote für Kinder und Jugendliche während der Ferienzeit – Dokumentation des Förderprogramms der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg	2008
35	E-LINGO – Didaktik des frühen Fremdsprachenlernens – Erfahrungen und Ergebnisse mit Blended Learning in einem Masterstudiengang (erschienen im gnv Gunter Narr Verlag Tübingen)	2008
34	Visionen entwickeln – Bildungsprozesse wirksam steuern – Führung professionell gestalten – Dokumentation zum Masterstudiengang Bildungsmanagement der Landesstiftung Baden-Württemberg (erschienen im wbv W. Bertelsmann Verlag Bielefeld)	2008

Schriftenreihe der Baden-Württemberg Stiftung

Nr.	Titel	erschienen
33	Forschungsprogramm Klima- und Ressourcenschutz – Berichte und Ergebnisse aus den Forschungsprojekten der Landesstiftung Baden-Württemberg	2008
32	Nanotechnology – Physics, Chemistry, and Biology of Functional Nanostructures Results of the first research programme Kompetenznetz „Funktionelle Nanostrukturen“ (Competence Network on Functional Nanostructures)	2008
31	„Früh übt sich ...“ – Zugänge und Facetten freiwilligen Engagements junger Menschen – Fachtagung am 21. und 22. Juni 2007 in der Evangelischen Akademie Bad Boll	2008
30	beo – 6. Wettbewerb Berufliche Schulen – Ausstellung, Preisverleihung, Gewinner und Wettbewerbsbeiträge 2007	2007
29	Forschungsprogramm Mikrosystemtechnik der Landesstiftung Baden-Württemberg – Berichte und Ergebnisse aus den Forschungsprojekten	2007
28	Frühe Mehrsprachigkeit: Mythen – Risiken – Chancen – Dokumentation zum Kongress am 5. und 6. Oktober 2006 in Mannheim	2007
27	„Es ist schon cool, wenn man viel weiß!“ KOMET – Kompetenz- und Erfolgstrainings für Jugendliche – Dokumentation der Programmlinie der Landesstiftung Baden-Württemberg 2005–2007	2007
26	Jugend und verantwortungsvolle Mediennutzung – Medien und Gesellschaft Untersuchungsbericht des Forschungsinstituts tifs e.V.	2007
25	jes – Jugend engagiert sich und jes connection – Die Modellprojekte der Landesstiftung Baden-Württemberg – Bericht der wissenschaftlichen Begleitung 2002–2005	2007
24	Suchtfrei ins Leben – Dokumentation der Förderprogramme zur Suchtprävention für vorbelastete Kinder und Jugendliche	2007
23	Häusliche Gewalt beenden: Verhaltensänderung von Tätern als Ansatzpunkt Eine Evaluationsstudie von Monika Barz und Cornelia Helfferich	2006
22	Innovative Familienbildung – Modellprojekte in Baden-Württemberg Aktionsprogramm Familie – Förderung der Familienbildung	2006
21	Förderung der Selbständigkeit und Eigenverantwortung von Menschen mit Behinderung – Dokumentation der Projekte der Ausschreibung der Landesstiftung Baden-Württemberg 2002–2006	2006
20	Raus aus der Sackgasse! – Dokumentation des Programms „Hilfen für Straßenkinder und Schulverweigerer“	2006
19	„Erfahrungen, die's nicht zu kaufen gibt!“ – Bildungspotenziale im freiwilligen Engagement junger Menschen – Fachtagung 16. und 17. Juni 2005 in der Evangelischen Akademie in Bad Boll	2006
18	beo – 5. Wettbewerb Berufliche Schulen – Dokumentation über die Wettbewerbsbeiträge der Preisträgerinnen und Preisträger 2006	2006

Nr.	Titel	erschienen
17	Forschungsprogramm Nahrungsmittelsicherheit der Landesstiftung Baden-Württemberg – Berichte und Ergebnisse aus den Forschungsprojekten	2006
16	Medienkompetenz vermitteln – Strategien und Evaluation Das Einsteigerprogramm „start und klick!“ der Landesstiftung Baden-Württemberg	2006
15	Forschungsprogramm Optische Technologien der Landesstiftung Baden-Württemberg – Zwischenberichte aus den Forschungsprojekten	2005
14	Jugend. Werte. Zukunft. – Wertvorstellungen, Zukunftsperspektiven und soziales Engagement im Jugendalter – Eine Studie von Dr. Heinz Reinders	2005
13	4. Wettbewerb Berufliche Schulen – Dokumentation des Wettbewerbs 2005 mit den Preisträgerinnen und Preisträgern	2005
12	„Beruf UND Familie“ – wie gestalten wir das UND? – Ein Leitfaden für Praktiker und Praktikerinnen aus Unternehmen und Kommunen	2005
11	Strategische Forschung in Baden-Württemberg – Foresight-Studie und Bericht an die Landesstiftung Baden-Württemberg	2005
10	Jugend und verantwortungsvolle Mediennutzung – Medien und Gesellschaft Untersuchungsbericht des Forschungsinstituts tifs e.V.	2005
9	Dialog Wissenschaft und Öffentlichkeit – Ein Ideenwettbewerb zur Vermittlung von Wissenschaft und Forschung an Kinder und Jugendliche	2005
8	Selbstvertrauen stärken – Ausbildungsreife verbessern – Dokumentation innovativer Projekte im Berufsvorbereitungsjahr 2001/2002	2005
7	FAUSTLOS in Kindergärten – Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten – dokumentiert im Zeitraum von Januar 2003 bis Oktober 2004	2004
6	Hochschulzulassung: Auswahlmodelle für die Zukunft – Eine Entscheidungshilfe für die Hochschulen	2005
5	3. Wettbewerb Berufliche Schulen – Dokumentation des Wettbewerbs 2004 mit den Preisträgerinnen und Preisträgern	2004
4	JUGEND und verantwortungsvolle Mediennutzung – Medien und Persönlichkeitsentwicklung – Dokumentation des Fachtags, 4. Dezember 2003, Gospel Forum Stuttgart	2004
3	2. Wettbewerb Berufliche Schulen – Dokumentation des Wettbewerbs 2003 mit den Preisträgerinnen und Preisträgern	2003
2	Neue Wege der Förderung freiwilligen Engagements von Jugendlichen Eine Zwischenbilanz zu Modellen in Baden-Württemberg	2003
1	1. Wettbewerb Berufliche Schulen – Dokumentation des Wettbewerbs 2002 mit den Preisträgerinnen und Preisträgern	2005

Kontakt

Baden-Württemberg Stiftung gGmbH

Stiftung Kinderland Baden-Württemberg

Birgit Pfitzenmaier

Fon +49.711.24 84 76-18 • Fax +49.711.24 84 76-52

Die Stiftung Kinderland Baden-Württemberg ist eine
Unterstiftung der Baden-Württemberg Stiftung.

www.stiftung-kinderland.de



- Die Baden-Württemberg Stiftung setzt sich für ein lebendiges und lebenswertes Baden-Württemberg ein. Sie ebnet den Weg für Spitzenforschung, vielfältige Bildungsmaßnahmen und den verantwortungsbewussten Umgang mit unseren Mitmenschen. Die Baden-Württemberg Stiftung ist eine der großen operativen Stiftungen in Deutschland. Sie ist die einzige, die ausschließlich und überparteilich in die Zukunft Baden-Württembergs investiert – und damit in die Zukunft seiner Bürgerinnen und Bürger.