



Sophie von Liechtenstein
Stiftung

Frühe Kindheit in Liechtenstein

Familien mit Kleinkindern in belastenden Lebenssituationen
Empfehlungen für ein nachhaltiges Programm „Frühe Hilfen“

Aus der Praxis der Mütter- und Väterberatung

WhatsApp an eine Mütter- und Väterberaterin, Januar 2019

„Hoi!

Carla¹ hat mir soeben von einer alleinerziehenden Messie-Mutter mit 3 Kindern berichtet. Die Verhältnisse müssen schlimm sein. Niemand möchte sie beim Amt melden, da sie Angst haben, man würde ihr die Kinder wegnehmen. Wo müsste man sie melden, damit die Familie Hilfe bekommt?“

¹ Name geändert

Hausbesuchsprotokoll, Februar 2019

Ich machte einen Hausbesuch bei einem Kind, das in Chur auf der Kinderintensivstation betreut wurde und stellte erst vor Ort fest, dass das Kind eine Trisomie 21 hat. Die Eltern sind Ausländer, die Kindesmutter kann kaum Deutsch. Sie hatte keine Hebamme und scheint auch nicht zu verstehen, wofür es die Mütter- und Väterberatung braucht. Die Eltern waren auch nicht über die heilpädagogischen Angebote des HPZ informiert.

Das Kind hatte bereits nach sieben Wochen aufgrund von Fehllagerung einen deformierten Schädel. Das hätte verhindert werden können, wenn uns das Kinderspital Chur von der Entlassung dieses Kindes berichtet hätte. Vielleicht wurde der Kinderarzt informiert, das wissen wir nicht. Wenn dem so wäre, dann besteht auch ein Kommunikationsproblem zwischen dem Kinderarzt und der Mütter- und Väterberatung.

Studienautor



Christoph Jochum

- Studium der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften an der Universität Innsbruck (A)
- Assistent am Institut für Marketing der Universität Innsbruck
- Personalleiter einer Non-Profit-Organisation
- Langjährige Tätigkeit als Unternehmensberater für Non-Profit-Organisationen
- Geschäftsführer der Sophie von Liechtenstein Stiftung

Familienbefragung



Maja Marxer-Schädler

- Bachelor- und Masterstudium der Sozialarbeit an der FH St. Gallen (CH) und St. Pölten (A)
- Masterstudium in Organisationsberatung und -entwicklung an der FH Vorarlberg, Bregenz (A)
- Konzeptentwicklung für das Tagesmütterwesen in FL
- Ehemalige Geschäftsführerin des Eltern Kind Forums
- LINDRA, Praxis für systemische Paar- und Familienberatung, Mediation und Organisationsentwicklung

Befragung von Expertinnen und Experten



Manuela Jäger

- Psychologiestudium, HAP Zürich
- Ausbildung zur Psychotherapeutin, Luzern
- Leitungstätigkeit in Privatwirtschaft und Verwaltung
- Kinder- und Jugendpsychologin und -psychotherapeutin, KJPD Kanton St. Gallen
- Selbständige Psychotherapeutin
- Seit 2016 Stellenleiterin schwanger.li Schaan & Buchs

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	8
1. Zusammenfassung.....	9
2. Einleitung	12
2.1 Entstehung und Auftrag der Studie.....	12
2.2 Begriffsbestimmungen.....	13
2.3 Methodik der Studie	17
3. Ergebnisse der Expertenbefragung	20
3.1 Die Lebenssituation von Schwangeren und Jungfamilien	20
3.2 Die Anzahl mehrfach belasteter Schwangerer und Jungfamilien – Ist-Situation und Entwicklung.....	22
3.3 Die Hälfte aller Mütter hat einen Migrationshintergrund.....	25
3.4 Probleme und Bedürfnisse belasteter Familien	27
3.5 Lücken der Früherkennung mehrfach belasteter Familien	28
3.6 Die medizinische und psychosoziale Versorgung rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit	32
3.7 Das Präventionsdilemma: mangelnde Erreichbarkeit und Kooperationsbereitschaft belasteter Familien	39
3.8 Schlüsselstelle „Amt für Soziale Dienste“	41
3.9 Zusammenarbeit und Vernetzung	44
3.10 Die Arbeitswelt als Belastungsfaktor	54
3.11 Vorschläge der befragten Experten (Zitate).....	55
4. Ergebnisse der Befragung mehrfach belasteter Familien	60
4.1 Zwei Beispiele für die Lebenssituationen der befragten Familien	60
4.2 Probleme der Befragten.....	64
4.3 In Anspruch genommene Hilfen	67
4.4 Schwierigkeiten bei der Suche nach Hilfsangeboten	68
4.5 Was würden die Eltern/die Frauen anderen in einer ähnlichen Situation raten?.....	69
4.6 Schlussfolgerungen	70
5. Zusammenschau: Die Ist-Situation der frühen Prävention in Liechtenstein.....	73
5.1 Mehrfach belastete Jungfamilien.....	73
5.2 Stärken und Schwächen der frühen Prävention (Ist-Situation).....	73

6.	Empfehlung: „Frühe Hilfen“ entwickeln.....	76
6.1	Ziele eines Programms „Frühe Hilfen“	76
6.2	Lücken der Versorgung schliessen	77
6.3	Systematische Früherkennung von mehrfach belasteten Familien	77
6.4	Fachstelle „Netzwerk Familie“ für Case Management und Netzwerkarbeit installieren	78
6.5	Abstimmung der Rollen und Aufgabenverteilung im Bereich der frühen Prävention.....	80
6.6	Finanzielle Anreize in Richtung „Prävention“ prüfen	80
7.	Investitionen in Frühe Hilfen rechnen sich	82
8.	Schlussbemerkungen.....	84
	Literaturempfehlungen.....	85
	Anhang.....	89

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im vorliegenden Dokument abwechslungsweise die weibliche oder die männliche Sprachform verwendet. Dies impliziert jedoch keine Benachteiligung des jeweils anderen Geschlechts, sondern soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen sein.

Abkürzungsverzeichnis

AG	Amt für Gesundheit
AHV	Alters- und Hinterbliebenenvorsorge
AMS	Arbeitsmarktservice
ASD	Amt für Soziale Dienste
D	Deutschland
DAZ	Deutsch als Zweitsprache
DRG	Diagnosis Related Groups – Fallpauschalen in der Krankenhausfinanzierung
CH	Schweiz
CHF	Schweizer Franken
EU	Europäische Union
EKF	Eltern Kind Forum
FAK	Familienausgleichskasse
FL	Fürstentum Liechtenstein
HPZ	Heilpädagogisches Zentrum
Infra	Informations- und Beratungsstelle für Frauen
IV	Invaliditätsversicherung
KJD	Kinder- und Jugenddienst (im Amt für Soziale Dienste)
LANV	Liechtensteinischer Arbeitnehmerinnenverband
LRK	Liechtensteinisches Rotes Kreuz
MVB	Mütter- und Väterberatung (des Liechtensteinischen Roten Kreuzes)
MST	Mobiles Sozialpsychiatrisches Team (des VBW)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (Gesetzliche Krankenversicherung)
PAT	Parents as Teachers – Interventionsprogramm zur Stärkung der Erziehungs- Kompetenz von Eltern von Kleinkindern in belastenden Lebenssituationen
ROI	Return On Investment (Masszahl für die Rentabilität von Investitionen)
SAFE	Sichere Ausbildung für Eltern – Interventionsprogramm zur Stärkung der Eltern- Kind-Bindung und der Erziehungskompetenz von Eltern von Kleinkindern in belastenden Lebenssituationen
SPF	Sozialpädagogische Familienbegleitung (des VBW)
STEEP	Bindungsorientiertes Interventionsprogramm für junge, hoch belastete, z.B. psychisch kranke Mütter, zur Stärkung der Mutter-Kind-Bindung und der mütterlichen Erziehungskompetenz
TWG	Therapeutische Wohngemeinschaft (des VBW)
VBW	Verein für Betreutes Wohnen
VZÄ	Vollzeitäquivalent (100%-Stelle)

1. Zusammenfassung

In der „Rush Hour des Lebens“, zwischen 20 und 35 Jahren, stehen junge Menschen heute vielfältig unter Druck. Es gilt, die richtigen Berufswege einzuschlagen, Ausbildungen zu absolvieren, erste Karriereschritte zu setzen, Familien zu gründen, Wohnungen zu finden und zu finanzieren, Paarbeziehungen in Balance zu halten, schlaflose Nächte mit einem Säugling durchzustehen, Kinderbetreuung zu organisieren, Einkäufe und Arzttermine zu machen etc. – und dies alles bei zunehmender Beschleunigung aller Lebensbereiche.

Etwa 90% der Jungfamilien in Liechtenstein, in guten sozialen und familiären Verhältnissen, bewältigen diese Herausforderung mehr oder weniger gut. Alleinerziehende, Armutsgefährdete, Eltern kranker und behinderter Kinder oder Schreibabys, psychisch belastete Menschen, Ausländer/innen ohne soziales und familiäres Netz usw. können diesem Druck jedoch aus verschiedenen Gründen auf Dauer kaum standhalten.

Die Lebenssituationen von 8 – 10% aller liechtensteinischen Eltern, die ein Kind zur Welt bringen, sind so stark belastet, dass ein deutlich erhöhtes Risiko für Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung mit lebenslangen gesundheitlichen, sozialen, schulischen und beruflichen Nachteilen besteht. Dies betrifft Anfang 2019 ca. 100 bis 130 Familien mit insgesamt ca. 200 Kindern im Alter von 0 – 3 Jahren.

Die Hauptbelastungsfaktoren sind psychische Erkrankungen, finanzielle Probleme/Armut, Ausdünnung familiärer Ressourcen, broken homes (Trennungen in der Herkunftsfamilie), Alleinerziehung, Stress durch mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie und bei Migrant*innen das fehlende familiäre Netz, Sprachprobleme und nicht zuletzt soziale Isolation.

Mehrfach belastete Familien benötigen rund um die Schwangerschaft, Geburt und frühe Elternschaft eine Vielzahl von medizinischen und psychosozialen Diensten, mehrheitlich von über 10 Institutionen. Sie gehen zum Arzt, weil sie für ihr Kind das Beste wollen, nehmen jedoch notwendige psychosoziale Unterstützung (diverse spezialisierte Beratungsangebote, sozialpädagogische Familienbegleitung, Psychotherapie etc.) wenig oder sehr spät in Anspruch. Einerseits führen Überforderung, Erschöpfung, Unkenntnis des vielfältigen Systems und Sprachprobleme dazu, dass die Suche nach geeigneten Hilfen früh scheitert oder gar nicht beginnt. Andererseits bewirken Stolz, Scham, Angst vor externer Kontrolle, vor Kindeswegnahme oder vor Ausweisung, dass Probleme verdeckt und fachliche Unterstützung vermieden, abgelehnt oder zu spät in Anspruch genommen wird.

Aus diesen Gründen stellt es für das Helfersystem eine Herausforderung dar, mehrfach belastete Eltern überhaupt mit ihren Unterstützungsangeboten zu erreichen. Die blossen Information und Empfehlung von Angeboten reicht meist nicht aus. Erforderlich ist vielmehr der Aufbau einer Vertrauensbeziehung, aktive Motivierung zur Inanspruchnahme notwendiger Hilfen, aufsuchende Begleitung und Vermeidung von behördlicher Kontrolle. Viele Eltern verzichten eher auf vorhandene und notwendige Unterstützungen, wenn dies die Involvierung eines Amtes erfordert.

Stärken der derzeitigen frühen Prävention:

- Kleinheit des Landes, kurze Wege
- Gute medizinische Grundversorgung bei Schwangerschaft, Geburt & früher Kindheit
- Breites, aber fragmentiertes Angebot an psychosozialen Hilfen
- Es gibt mit Angeboten des Eltern Kind Forums (Frühe Förderung, schrittweise und Femmes Tische) erste Ansatzpunkte für eine systematische frühe Prävention
- Qualifikation, Engagement und persönliche Vernetzung der Fachpersonen

Schwächen der derzeitigen frühen Prävention:

- Mangelnde Früherkennung von mehrfach belasteten Jungfamilien. Jene medizinischen Fachstellen, die 100% aller Gebärenden erreichen und daher prädestiniert für die Früherkennung von belasteten Familien wären, betreiben kein systematisches psychosoziales Screening (Frauenärzte, Geburtskliniken, Kinderärzte).
- Bestehende Versorgungsengpässe vor allem in den Bereichen Pädiatrie, Hebammen, und niederschwellige sozialpädagogische Familienbegleitung
- Fehlendes Case Management bei mehrfach belasteten Familien (unterhalb der Schwelle zur Kindeswohlgefährdung/Sekundärprävention) – Überforderung erschöpfter Betroffener bei der Organisation von Unterstützung
- Fehlende Kapazitäten für systematische frühe Präventionsarbeit

Problemlagen mehrfach belasteter Eltern „vererben“ sich häufig auf die Kinder („Man kennt die Familie“). Dadurch entstehen langfristig überproportional hohe direkte und indirekte Folgekosten im Gesundheits-, Sozial-, Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Integrationsbereich. Die transgenerationale Weitergabe von Problemlagen der Eltern an die Kinder kann jedoch durch geeignete Interventionen („Frühe Hilfen“) vermindert, zum Teil sogar unterbrochen werden. Daher sind Investitionen in „Frühe Hilfen“ nicht nur ein wirksamer Beitrag zur Gewährleistung von Chancengerechtigkeit für Kinder aus benachteiligten Familien, sondern auch eine nachhaltige Massnahme zur Dämpfung der Kostenentwicklung in den Bereichen Gesundheit, Soziales, Bildung, Arbeitsmarkt und Integration.

Während das einzelne Kind aus schwierigen Verhältnissen durch Investitionen in die frühe Prävention die Chance erhält, ein selbstständiges, gesundes und sozial integriertes Leben zu führen, profitieren Wirtschaft und Gesellschaft davon, dass mehr Menschen als bisher eine erfolgreiche Bildungs- und Berufslaufbahn einschlagen und dass weniger Menschen langfristig hohe Kosten in den Gesundheits- und Sozialsystemen verursachen.

Der Wirtschaftsnobelpreisträger James Heckmann legte dar, dass jeder in die frühe Prävention investierte Franken einen Return on Investment von 1 : 8 bis 1 : 16 durch die langfristige Senkung der Gesundheits- und Sozialkosten und durch die erfolgreichen Berufswege der Unterstützten hat. Weitere hochrangige Studien, zum Beispiel von Johannes Köttl, Senior Economist der Weltbank oder der Nationalen Zentren Frühe Hilfen Deutschland und Österreich, bestätigen diese Aussage.

Empfehlungen

Ziele

Es wird die Entwicklung eines nachhaltigen liechtensteinischen Präventionsprogramms „Frühe Hilfen“ unter professioneller Projektleitung mit folgenden Zielen vorgeschlagen:

1. Annähernde Chancengleichheit für alle Kinder in Liechtenstein durch passgenaue medizinische und psychosoziale Unterstützung von Eltern in belastenden Lebenssituationen („Liechtenstein lässt kein Kind zurück“)
2. Reduktion potentieller und akuter Kindeswohlgefährdungen durch frühe Prävention
3. Entlastung der Einrichtungen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens durch Reduktion der Anzahl von Multiproblem-Familien
4. Reduktion langfristiger Folgekosten im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen, die als Folge belasteter Kindheiten durch spätere körperliche und psychische Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Sucht, geringere Bildungsabschlüsse, Schulabbruch, Delinquenz etc. entstehen

Hauptansatzpunkte für ein Programm „Frühe Hilfen“

1. Gewährleistung eines ausreichenden Angebotes der wichtigsten medizinischen und psychosozialen Dienstleistungen für belastete Familien mit Kleinkindern:
 - Schliessung der Versorgungslücken, besonders in den Bereichen Pädiatrie, Hebammen und niederschwellige sozialpädagogische Familienbegleitung.
 - Reorganisation des Hebammenwesens
2. Schaffung einer Fachstelle für „Frühe Hilfen“ (Namensvorschlag: Netzwerk Familie) in privater Trägerschaft mit dem Schwerpunkt Sekundärprävention, die „Frühe Hilfen“ gemeinsam mit den bestehenden medizinischen und psychosozialen Fachstellen sowie mit dem Kinder- und Jugenddienst (ASD) entwickelt und die folgenden Aufgaben 3–5 professionell organisiert
3. Systematische Früherkennung von belasteten Familien mit Kindern von 0–4 Jahren:
 - Psychosoziales Screening durch Frauenärzte, Geburtskliniken, Kinderärzte, Hebammen und Mütter- und Väterberatung im Rahmen der Anamnesen
 - Entwicklung der Mütter- und Väterberatung in Richtung eines begleitenden Monitorings der kindlichen Entwicklung in den ersten vier Lebensjahren
4. Schaffung eines wirksamen Case Managements zur Organisation passgenauer Hilfen, zur Koordination der diversen spezialisierten Helfer und zur Begleitung belasteter Familien im Zeitablauf (Sekundärprävention)
5. Vernetzung und Qualifizierung der medizinischen und psychosozialen Dienstleister, die mit Eltern von Kleinkindern in belastenden Lebenssituationen arbeiten. Gemeinsame Qualitätsentwicklung im Bereich der Sekundärprävention
6. Prüfung finanzieller Anreize für belastete Familien und Leistungsanbieter für erwünschtes Verhalten im Sinn der Gesundheitsförderung und frühen Prävention
7. Weiterentwicklung familienfreundlicher Rahmenbedingungen: bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf im ersten Lebensjahr des Kindes

2. Einleitung

2.1 Entstehung und Auftrag der Studie

Im Mai 2018 wurde bekannt, dass am 15./16.3.2019 in Dornbirn eine Vierländertagung „Gesundes Aufwachsen für Alle – Frühe Hilfen als erster Baustein einer Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention“ geplant sei. Weil die Beratungsstelle schwanger.li in den letzten Jahren immer wieder die Erfahrung machte, wie schwierig es ist, eine passgenaue Unterstützung für belastete Jungfamilien zu organisieren, schlug die Sophie von Liechtenstein Stiftung dem Ministerium für Gesellschaft vor, dass sich Liechtenstein als fünftes Land an dieser Tagung beteiligt.

Dankenswerterweise griff das Ministerium für Gesellschaft diesen Vorschlag auf. Als Beitrag Liechtensteins zur genannten Fachtagung wurde die Sophie von Liechtenstein Stiftung beauftragt, die Ist-Situation im Bereich der Frühen Prävention in Liechtenstein zu erheben. Regierungsrat Dr. Mauro Pedrazzini formulierte den Auftrag am 10. Juli 2018 wie folgt:

„Gerne nimmt das Ministerium für Gesellschaft das Angebot der Sophie von Liechtenstein Stiftung an und beauftragt diese damit, den Liechtensteinischen Beitrag zu dieser Fünf-Länder-Fachtagung zu koordinieren und bis dorthin die IST-Situation in der Früherkennung und Betreuung von Risikofamilien zu erheben. Zu diesem Zweck wäre es dienlich, wenn Sie mit den in diesem Bereich tätigen Organisationen Kontakt aufnehmen würden. Wir gehen davon aus, dass die jeweiligen Institutionen zur Vorbereitung der Tagung gerne deren Einschätzung der IST-Situation in der Früherkennung und Betreuung von Risikofamilien vornehmen werden.“

Wörtliche Zitate werden kursiv dargestellt.

Dem Land Liechtenstein sind für diese Studie keine Kosten entstanden, sie ist ein Geschenk der Sophie von Liechtenstein Stiftung an die Familien des Landes.

2.2 Begriffsbestimmungen

Im Bereich der Frühen Kindheit kursieren eine Reihe von ähnlichen Begriffen, die sich teilweise inhaltlich überlappen oder konkurrenzieren. Dies kann zu Verwirrung und Verwechslungen führen. Im Rahmen dieser Studie wird folgender Sprachgebrauch gewählt:

Mehrfach belastete Familien

Familien mit mehreren der folgenden Belastungsfaktoren, die in Summe ein erhöhtes Risiko für die gesundheitliche, psychisch-emotionale und soziale Entwicklung des Kindes bewirken und nicht ausreichend durch Schutzfaktoren (siehe B.) gemildert werden.

A. Risikofaktoren

Persönliche Belastungen

- Ungewollte Schwangerschaft
- Aktuelle oder frühere Gewalt-/Missbrauchserfahrung
- Alter < 20 Jahren
- Körperliche Erkrankung
- Psychische Erkrankung (inkl. Suchterkrankung)

Familiäre Belastungen

- Herkunftsfamilie: „broken home“ (Trennung, Scheidung der Eltern)
- Starke Konflikte in der Partnerschaft, Trennung, Scheidung
- alleinerziehend
- Altersabstand des Säuglings zu Geschwisterkindern < 18 Monate
- Geschwisterkinder sind fremduntergebracht

Soziale Belastungen

- Wenig bis keine Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn)
- Dissoziales Umfeld wie Gewalt, Drogen, Alkohol, Prostitution, Kriminalität
- Verständigungsprobleme (Deutsch)
- Mobbing-Situation am Arbeitsplatz

Materielle Belastungen

- Arbeitslosigkeit von mindestens einem Elternteil
- Armut, Bezug von Sozialhilfe
- Wohnsituation unsicher oder wohnungslos

Kindliche Risikofaktoren:

- Frühgeburt
- Schreibaby
- Mehrlinge
- Behindertes oder chronisch krankes Kind
- Schwieriges Temperament

B. Schutzfaktoren

Die Resilienzforschung zeigt, dass gegebene Belastungen durch folgende Schutzfaktoren gemildert oder ganz kompensiert werden können:

Kindebene:

- Das Kind selbst mit seinen persönlichen Eigenschaften, welche positive Reaktionen in seinem Umfeld auslösen („sonniges, fröhliches Kind“)
- Das Kind hat neben der Mutter kontinuierlich mindestens eine weitere Hauptbezugsperson, von der es viel Zuwendung erhält (z. B. Grosseltern)
- Elternebene:
 - Günstiges Familienklima (warmherzige Einstellung zum Kind, beziehungskompetente/r Mutter/Vater, Zusammenhalt, unterstützende Geschwister)
 - Freundschaftsbeziehungen, soziale Unterstützung durch das Umfeld
 - Bereitschaft der Eltern, Unterstützungsbedarf einzugestehen und Hilfe anzunehmen
 - Passung zwischen Eltern und Kind
- Strukturelle Ebene:
 - Vorhandenes professionelles Unterstützungssystem (ASD, sozialpädagogische Familienbegleitung, Mütter- und Väterberaterin, Hausarzt, Psychiaterin ...)
 - Niederschwelliger Zugang zum Hilfesystem

Prävention

Massnahmen zur Abwendung von unerwünschten Ereignissen oder Zuständen, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eintreffen könnten, wenn nichts getan würde.

Synonym: Vorbeugung

lat. praevēnīre:
zuvorkommen, verhüten

Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention im Bereich Familie

Primärprävention (universelle Prävention)

Zielgruppe: Alle Schwangeren, Eltern und Kinder

Medizinische und psychosoziale Massnahmen sowie Informations- und Bildungsmaßnahmen zur Gesundheitsförderung und sozialen Integration aller Familien einschliesslich der Gestaltung familienfördernder Rahmenbedingungen in Gesellschaft und Arbeitswelt

Sekundärprävention (selektive Prävention)

Zielgruppe: Schwangere, Eltern und Kinder in belastenden Lebenssituationen

Medizinische und psychosoziale Massnahmen zur Früherkennung belasteter Familien und zur Förderung ihrer körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit und Integrität

Tertiärprävention (indizierte Prävention)

Zielgruppe: Kinder (und Jugendliche) in Gefährdungssituationen

Behördlich angeordnete medizinische, psychosoziale und rechtliche Massnahmen zum Schutz von gefährdeten Kindern (und Jugendlichen) vor Vernachlässigung, körperlicher, psychischer und sexueller Gewalt, Missbrauch oder Ausbeutung

Frühe Hilfen

In Deutschland und Österreich etabliertes Konzept

Kurzdefinition:

Theoretisch: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention für Familien mit 0- bis 3-jährigen Kindern

Schwerpunkt in der Praxis: Sekundärprävention (Präventionsarbeit mit belasteten Familien), psychische und körperliche Gesundheitsförderung und Prävention

Langdefinition:

„Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe.

Frühe Hilfen umfassen vielfältige sowohl allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen. Grundlegend sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention). Frühe Hilfen tragen in der Arbeit mit den Familien dazu bei, dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden. Wenn die Hilfen nicht ausreichen, eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, sorgen Frühe Hilfen dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden.

Frühe Hilfen basieren vor allem auf multiprofessioneller Kooperation, beziehen aber auch bürgerschaftliches Engagement und die Stärkung sozialer Netzwerke von Familien mit ein. Zentral für die praktische Umsetzung Früher Hilfen ist deshalb eine enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste. Frühe Hilfen haben dabei sowohl das Ziel, die flächendeckende Versorgung von Familien mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten voranzutreiben, als auch die Qualität der Versorgung zu verbessern.“

Quelle: Wissenschaftlicher Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, Köln, 2009

<https://www.fruehehilfen.de/qualitaetsentwicklung-fruehe-hilfen/inhaltlich-zu-klaeren/was-sind-fruehe-hilfen/>

Frühe Förderung

In der Schweiz etabliertes Konzept

Kurzdefinition

Theoretischer Anspruch: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention für Familien mit 0- bis 3-Jährigen

Schwerpunkte in der Praxis: Primärprävention und Frühe Bildung (für alle Familien)

Langdefinition:

„Die Gesamtheit aller formal organisierten und systematischen staatlichen und privaten Massnahmen, die darauf ausgerichtet sind, für die bio-psychoziale Entwicklung von Kindern bis zum Schuleintritt möglichst optimale Rahmenbedingungen zu gewährleisten – angefangen von der Betreuung während der Schwangerschaft, über Ausrichtung von Kindergeld und Elternschaftsurlaub, bis hin zur ärztlichen Versorgung, Elternbildung und -beratung, Angeboten der Frühförderung und der integrativen Förderung sowie familienergänzenden Betreuungs- und Erziehungsangeboten etc.“

Quelle: Hafen, M: Better Together' Prävention durch Frühe Förderung, Präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren, Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit, überarbeitete und erweiterte Version, Luzern 2014

Frühförderung

Angebote der professionellen Förderung von Kindern mit spezifischen Defiziten oder anderen Anomalien wie Hochbegabung, welche die bio-psychoziale Entwicklung ungünstig beeinflussen können. In schulischen Kontexten wird in diesem Zusammenhang auch gerne von integrativer Förderung gesprochen.

Quelle: Hafen, M: Better Together' Prävention durch Frühe Förderung

Heilpädagogische Früherziehung

„In der Heilpädagogischen Früherziehung werden Kinder mit Behinderungen, mit Entwicklungsverzögerungen, -einschränkungen oder -gefährdungen ab Geburt bis zum Schuleintritt mittels Abklärung, präventiver und erzieherischer Unterstützung sowie angemessener Förderung im familiären Kontext behandelt.“

Quelle: Einheitliche Terminologie für den Bereich der Sonderpädagogik, Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren, 25. Oktober 2007; zitiert aus: Fördermassnahmen im liechtensteinischen Bildungswesen – Gesamtkonzept, Schulamt 2012

Frühe Bildung, Frühpädagogik, Elementarpädagogik

Alle institutionalisierten Bildungsprozesse, die dem Schulalter vorangehen.

„Institutionalisiert“ bedeutet, dass der wichtigste Bereich der kindlichen Bildung nicht mit umfasst ist: die Familie.

Quelle: In Anlehnung an Andreas Gold, Minja Dubowy: „Frühe Bildung: Lernförderung im Elementarbereich“, Kohlhammer 2013

2.3 Methodik der Studie

Die vorliegende Studie bedient sich qualitativer Methoden der empirischen Sozialforschung. Sie ist als Delphi-Befragung konzipiert, die ihre Rohergebnisse zum Zweck der Qualitätssicherung an die befragten Expertinnen und Experten zurückspielt und deren Feedbacks in den endgültigen Bericht integriert. Die Analyse beruht auf explorativen, qualitativen Interviews mit teilstrukturierten Fragebögen (siehe Anhang), auf ergänzenden Datenanalysen sowie auf der Auswertung aktueller Fachliteratur.

Die vorliegende Arbeit ist ihrem Charakter nach jedoch weniger eine wissenschaftliche Forschungsarbeit, sondern eine unternehmensberaterische Studie. Ihr Ziel ist nicht der Nachweis komplexer Zusammenhänge, sondern die pragmatische Beschreibung der Hauptprobleme der Ist-Situation sowie die Identifikation von Ansatzpunkten für die Entwicklung problemlösender, effektiver Strategien.

Die Studie besteht aus zwei Befragungen, aus der analytischen Zusammenschau der Befragungsergebnisse sowie aus abschliessenden Empfehlungen.

a) Befragungen von Expertinnen und Experten

Im Zeitraum August 2018 bis Februar 2019 wurden insgesamt 35 Fachpersonen aus dem medizinischen, psychosozialen, Kinderbetreuungs- und Bildungsbereich, die mit liechtensteinischen Schwangeren oder Familien mit Kindern in den ersten drei Lebensjahren arbeiten, durch Christoph Jochum (26 Interviews) und Manuela Jäger (5 Interviews) befragt.

Die Auswahl der folgenden Gesprächspartner erfolgte nach den Kriterien:

- langjährige Tätigkeit mit vielen Patienten, Klienten bzw. Kunden in Liechtenstein
- mindestens zwei Gesprächspartner aus für die Prävention zentralen Bereichen
- Bereitschaft zum Gespräch

Tabelle 1: Anzahl der befragten Expertinnen und Experten und Institutionen

Personen	Institutionen	Personen	Institutionen
Landesverwaltung			
3	Amt für Soziale Dienste/KJD	2	Schulamt/Schulsozialarbeit
Medizinisches System		Psychosoziales System	
3	Frauenärzte	1	Beratungsstelle schwanger.li
1	Frauenklinik Grabs	1	Verein Kindertagesstätten
4	Kinderärzte	2	Leiterinnen von Kitas
3	Hebammen	2	Eltern Kind Forum
3	Mütter- und Väterberatung	3	Kinder- u. Jugendpsychotherap.
3	Psychiater Erwachsene	1	Soz.päd. Fam.begleitung VBW
1	Kinder- u. Jugendpsychiater	2	Sozialpsych. Dienste VBW

Die Expertinnen und Experten erhielten einige Tage vor dem Interview den Fragebogen, sowie einen Fachartikel über Risikofaktoren für die kindlichen Entwicklung, sodass sie sich auf das Gespräch vorbereiten konnten.

Die Gespräche fanden überwiegend am Arbeitsort der Gesprächspartner statt. Sie wurden mit Erlaubnis der Befragten (bis auf eine Ausnahme) aufgezeichnet, anschliessend protokolliert und die Tonaufnahmen in der Folge gelöscht.

b) Befragungen von belasteten Familien

Im Oktober und November 2018 wurden 20 liechtensteinische Klientinnen aus dem Pool der Mütter- und Väterberatung (11) und der Beratungsstelle schwanger.li (9) in anonymen explorativen Interviews mit Hilfe eines teilstrukturieren Fragebogens (Anlage) befragt. Die Frauen wurden von ihrer Beraterin telefonisch kontaktiert und nach ihrer Bereitschaft für ein Interview gefragt. Im Anschluss daran vereinbarte Frau Maja Marxer-Schädler Gesprächstermine und führte die Interviews durch. Die Gespräche fanden mehrheitlich bei den Befragten zuhause statt, sieben Mal gemeinsam mit dem Partner.

Kriterien für die Auswahl der Familien durch die Mütter- und Väterberatung und die Beratungsstelle schwanger.li waren:

- Wohnsitz in Liechtenstein
- Mehrfachbelastung durch persönliche, medizinische, psychosoziale oder wirtschaftliche Faktoren (die Eltern und/oder das Kind betreffend)
- Jüngstes Kind bis zu drei Jahre alt
- Keine „Hochrisikofamilien“ mit bestehender Kindeswohlgefährdung

Das Ziel der Interviews war es zu erheben,

- welche Hilfebedürfnisse in den befragten Familien zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Mütter- und Väterberatung bzw. der Beratungsstelle schwanger.li bestanden,
- welche Hilfsangebote bekannt waren bzw. sind und
- wie die Hilfsangebote von den befragten Familien wahrgenommen und eingeschätzt werden. Von besonderem Interesse war, welche Schwierigkeiten betroffene Frauen und Familien bei der aktiven Suche nach Hilfestellungen hatten.

Von den 20 Interview-Partnerinnen leben 16 in einer festen Beziehung resp. sind verheiratet, drei Frauen leben mit ihrem Kind/ihren Kindern allein, eine Frau lebt mit ihrem Kind in ihrer Ursprungsfamilie.

Die Auswahl der befragten Familien erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität für die Zielgruppe, Tendenzaussagen über die Zielgruppe sind jedoch zulässig.

c) Datenanalyse

Ergänzend zu den beiden Befragungen wurden für die frühe Prävention relevante Daten erhoben und ausgewertet. Sie sind als Erläuterungen in das Kapitel 4. „Ergebnisse der Expertenbefragung“ an thematisch passender Stelle eingearbeitet.

Für die Bereitschaft, statistische Daten zusammen- und für diese Studie zur Verfügung zu stellen, sei folgenden Stellen herzlich gedankt:

- Amt für Soziale Dienste/Kinder- und Jugenddienst
- Schulamt/Schulpsychologischer Dienst
- Amt für Statistik
- Zivilstandsamt
- Liechtensteinischer Krankenkassenverband
- Liechtensteinische Ärztekammer
- Schweizerischer Hebammenverband – Sektion Ostschweiz
- Mütter- und Väterberatung des Liechtensteinischen Roten Kreuzes

d) Delphi-Befragung (Survey-Feedback)

Die Ergebnisse der Studie (Rohfassung) wurden den befragten Expertinnen und Experten Mitte März 2019 vorgelegt. Die Feedbacks wurden in diesen Schlussbericht an das Ministerium für Gesellschaft eingearbeitet.

Ebenso wurde der Rohbericht den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Liechtenstein-Forums der Fünfländertagung „Gesundes Aufwachsen für Alle – Frühe Hilfen als erster Baustein einer Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention“ am 15./16. März 2019 in Dornbirn vorgelegt. Ihr Feedback wurde ebenfalls in diesen Schlussbericht an das Ministerium für Gesellschaft eingearbeitet.

3. Ergebnisse der Expertenbefragung

3.1 Die Lebenssituation von Schwangeren und Jungfamilien

Die befragten Ärzte und Fachpersonen aus dem psychosozialen Bereich beschreiben die Lebenssituation und Probleme von Schwangeren und Familien mit Kleinkindern im Wesentlichen übereinstimmend. Um die Einschätzungen möglichst authentisch wiederzugeben, werden die Aussagen im Folgenden in Form von Gesprächszitaten aufgelistet. Die Reihenfolge der Nennungen erfolgt nach der Häufigkeit der Aussagen.

Positive Entwicklungen

Zitate in kursiver Schrift

Mehrfachnennungen:

- *Die meisten Frauen (ca. 90%) haben ein gutes familiäres Umfeld, ein gutes soziales Netz und „bringen ihr Leben gut auf die Reihe“.*
- *Die ausserhäusliche Kinderbetreuung ist deutlich besser geworden, das lässt sich fast immer lösen. Da haben wir ein gutes Niveau erreicht. Es gibt kaum Wartezeiten auf einen Kita-Platz.*

Einzelennungen:

- *Die Eltern sind heute besser informiert, besuchen auch Kurse, wissen mehr.*
- *Ich beobachte, dass mehr Eltern/Mütter ihre Kinder im ersten Lebensjahr selbst betreuen, als noch vor wenigen Jahren. Warum das so ist, kann ich nicht sagen. Vielleicht ist das Einkommen des Mannes hoch genug, dass sie es sich leisten können.*
- *Es gibt kaum mehr wirkliche Armut, so wie noch vor 30 Jahren. Es gibt schon finanzielle Engpässe, aber dass man zu wenig zu essen hat, das gibt es nicht mehr.*
- *Auch Migranten haben heute akzeptable Wohnungen.*

Hauptprobleme von mehrfach belasteten Familien (Mehrfachnennungen)

- **Die Ressourcen der Kleinfamilien brechen zunehmend weg** (Berufstätigkeit der Grosseltern, Trennungen, Migration). *Dadurch ist die Kleinfamilie stärker belastet als früher.*
- **Psychische Erkrankungen nehmen deutlich zu**, vor allem Depressionen (prä- und postpartal) und Angststörungen.
- **Armut, finanzielle Probleme, Arbeitslosigkeit, Leben am Existenzminimum.** *Das Thema Armut ist sehr schambesetzt. Armut scheint zuzunehmen, aber es gibt weniger krasse Armut als früher (z. B. Hunger).*
- **Vermehrte frühe Berufstätigkeit der Mütter/Unruhe in der Familie.** *Die Mütter stehen durch die frühe Aufnahme der Berufstätigkeit nach der Geburt zunehmend unter Stress. Kaum haben die Mütter ein bisschen in das Muttersein hineingefunden, sind sie schon wieder damit beschäftigt, wie sie sich mit dem Arbeiten organisieren sollen. Da ist*

keine entspannte Situation in der Familie, keine Ruhe, was sich negativ auf das Kind auswirkt:

- Vermehrte Unruhe der Kinder
- Schlafstörungen der Kinder, weil die Mutter unter Spannung steht

- **Beziehungsprobleme der Eltern, hohe Scheidungsrate** *in den ersten Lebensjahren des Kindes. Das ist manchmal eine Katastrophe für die Kinder, weil eine wenig harmonische Situation zuhause besteht. Kinder werden zum Zankapfel im elterlichen Streit.*

- **Mehr Alleinerziehende** *an der Armutsgrenze, tendenziell auf der Psychiatrieschiene. Sie sind erschöpft, sie funktionieren bis zum „geht nicht mehr“. Die Unterstützung aus der Familie fehlt, die Frauen sind alleingelassen.*

- Die Erziehungskompetenz der Eltern nimmt ab
 - Die Mütter sind stark mit dem Handy beschäftigt, dadurch haben sie weniger Aufmerksamkeit für die Signale des Kindes und reagieren nicht angemessen auf das Kind, was die Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung beeinträchtigt. Das Kind lacht sie an, es bekommt aber kein Feedback. Die Mutter zeigt keine Reaktion auf die Signale des Kindes. Das ist fatal. Mütter verlernen, ihr Kind „zu lesen“.
 - Teilweise geben die Mütter den Kindern schon ab einem Jahr das Handy in die Hand, damit sie ruhig sind. Dabei sollten die Kinder in den ersten zwei Lebensjahren eigentlich gar keinen Bildschirm sehen.
 - Die Eltern-Kind-Ordnung stimmt nicht mehr in den Familien. Die Hilflosigkeit der Mütter im Umgang mit 2- bis 3-jährigen Kindern nimmt zu. Eltern behandeln sie wie kleine Erwachsene, alles muss argumentiert werden. So züchten sie kleine Tyrannen und Narzissten. Die Kinder werden schwierig, halten sich an gar nichts, machen Terror, gehorchen nicht, wollen nicht schlafen gehen, jeder Einkauf im Geschäft ist ein Drama. Die Eltern sind erschöpft, auch reflektierte Eltern. Da ist eine Art „Nicht-Erziehung“, eine Art Wohlstandsverwahrlosung.

Weitere genannte Probleme (Einzelnennungen)

- *Sehr junge Schwangere*
- *Ungewollte Schwangerschaften kommen vor, haben aber eher abgenommen.*
- *Die Wöchnerinnen sind nach der Geburt nicht mehr so lange im Spital wie früher und kommen mit Schwierigkeiten nach Hause, die man früher noch im Spital geregelt hat (z. B. Stillprobleme, Brustentzündungen, Baby Blues).*
- *Es scheint für die Mütter schwieriger geworden zu sein, in die Mutterrolle hineinzufinden. Die Eltern sind zunehmend verunsichert, ob sie alles richtig machen. Welche Angebote gibt es, wohin muss ich jetzt mit meinem Baby? Perfektionismus.*
- *Schwere Geschichten der Väter: Missbrauch, Alkoholsucht ihrer Väter (= Grossväter)*
- *Dissoziales Umfeld*

3.2 Die Anzahl mehrfach belasteter Schwangerer und Jungfamilien – Ist-Situation und Entwicklung

Derzeit sind ca. 100 – 130 Schwangere und Jungfamilien mehrfach belastet

Die Angaben der einzelnen Fachpersonen über den Anteil der betreuten „Risikofamilien“ variieren sehr stark, zwischen 5 % (Hebamme, Frauenärztin) und 100 % (Psychiater, Psychologin, VBW). Um eine belastbare Aussage für alle Schwangeren bzw. Mütter von Kleinkindern treffen zu können, wurden nur die Aussagen jener ExpertInnen ausgewertet, die in Summe einen hohen Anteil an allen Frauen betreuen, die ein Kind geboren haben:

Tabelle 2: Anteile mehrfach belasteter Frauen an allen Schwangeren/Müttern, die betreut wurden

Befragte Expert/inn/en	Betreute Frauen p.a. (Summe)	Durchschnittlicher Anteil mehrfach belasteter Frauen	Methode
Drei Frauenärzte	ca. 250 – 260	7,5 %	Schätzung
Frauenklinik Spital Grabs	236	5 – 10 %	Schätzung
Vier Kinderärzte	ca. 300	10 %	Schätzung
Drei Hebammen	ca. 155	11 %	Schätzung
Mütter- und Väterberatung	270	12 %	Auswertung Statistik

Bei der Interpretation der Ergebnisse haben jene Bereiche ein besonderes Gewicht, die von allen Frauen, die ein Kind gebären, über einen längeren Betreuungs- und Beobachtungszeitraum in Anspruch genommen werden. Dies sind die Frauenärzte, die Kinderärzte und die Mütter- und Väterberatung. Ihre Einschätzung des Anteils mehrfach belasteter Frauen variiert zwischen 7,5 % und 12 % aller Frauen.

In der Frauenklinik halten sich Gebärende im Schnitt nur drei Tage auf und befinden sich zudem in einer emotionalen Ausnahmesituation, was die Einschätzung psychosozialer Belastungsfaktoren erschwert.

Wir gehen daher insgesamt von einem Anteil von 8 – 10 % mehrfach belasteter Frauen an allen Gebärenden aus. Berücksichtigt man Familien mit Kindern in den ersten drei Lebensjahren plus einen halben Jahrgang für Schwangere¹, errechnet sich eine Gesamtzahl von 103 – 129 Schwangeren und Jungfamilien, deren Lebenssituation mehrfach belastet ist.

Tabelle 3: Geburten und mehrfach belastete Familien

	2016	2017	2018	Ø 2016 – 18
Geburten	378	338	389	368
8 – 10 %				29 – 37
3,5 Jahrgänge				103 – 129

Quellen Geburten 2016+2017: Amt für Statistik; 2018: Liechtensteinisches Rotes Kreuz

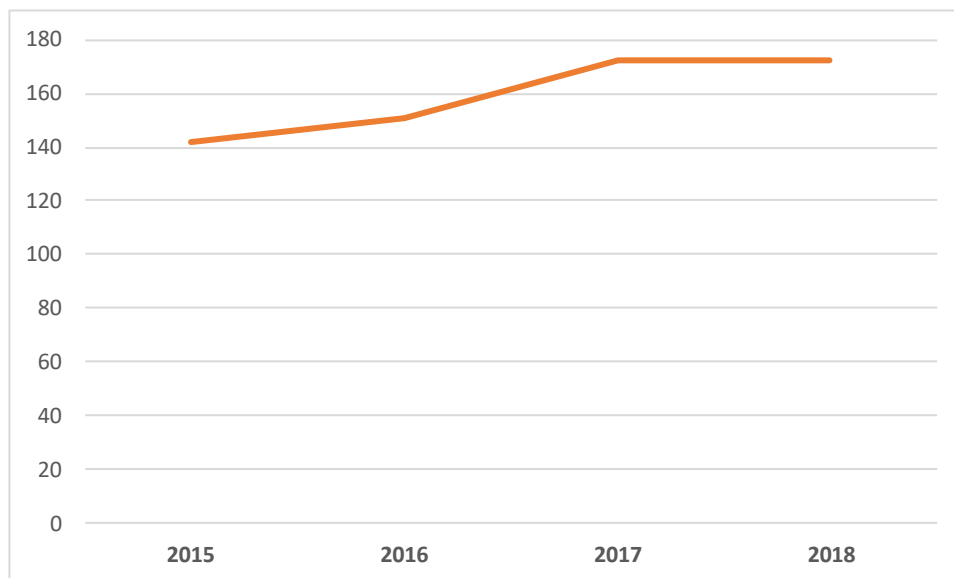
¹ Schwangere sind in die frühe Prävention mit einzubeziehen, da eventuelle Belastungen bereits pränatal auf das werdende Kind einwirken. Es wird hier mit der Hälfte aller Schwangeren eines Jahres gerechnet, da eine Schwangerschaft neun und nicht zwölf Monate dauert und Schwangere häufig erst in der 6. – 8. Schwangerschaftswoche zum Arzt gehen. Vorsichtig kalkuliert kann daher nur etwa die Hälfte aller Schwangeren eines Jahres psychosozial früher erfasst werden.

Indikatoren für die Entwicklung der Anzahl mehrfach belasteter Familien

Es stehen keine validen Daten zur Entwicklung der Anzahl belasteter Jungfamilien zur Verfügung. Für eine wachsende Tendenz sprechen häufigere Berichte von Kindergartenpädagoginnen, Primarschullehrpersonen und schulischen Heilpädagogen über verhaltensauffällige Kinder. Ob dies einer tatsächlichen Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten geschuldet ist oder auf eine erhöhte Sensibilität für Verhaltensauffälligkeiten der befassten Fachpersonen zurückzuführen ist, kann mangels konkreter Statistiken nicht objektiviert werden.

Ein weiteres Indiz für die wachsende Zahl psychosozial belasteter Familien könnte unter Umständen die zunehmende Zahl schulpsychologischer Abklärungen im Kindergarten- und Primarschulbereich sein. Allerdings finden schulpsychologische Abklärungen nicht nur aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten statt. Inkludiert sind ebenso Schulfähigkeitsabklärungen bzw. Schulleistungsabklärungen, vor allem im Zusammenhang mit Sonderschulbedarf oder schulischer Integration. Was die Hauptursache für die Zunahme schulpsychologischer Abklärungen ist, müsste vertieft geprüft werden.

Schaubild 1: Anzahl schulpsychologischer Abklärungen Kindergarten + Primarschule 2015 – 2018



Quelle: Auskunft Schulamt (SPD) 2019

Anzahl von Hochrisikofamilien: konstante Entwicklung, aber komplexere Fälle

Im Hochrisikobereich (Kindeswohlgefährdung) zeigen die Jahresberichte des Amtes für Soziale Dienste seit 2010 im Wesentlichen konstante Zahlen. Nach Einschätzung des Kinder- und Jugenddienstes (ASD) werden die Fälle jedoch komplexer. Die Ressourcen der Kleinfamilien nehmen ab (Berufstätigkeit der Grosseltern, Trennungen, Migration). Dadurch ist die Kleinfamilie stärker belastet als früher.

Wie Tabelle 4 zeigt, erreichte 2018 die Anzahl der erfassten Probleme von Kindern und Jugendlichen und die Anzahl stationärer Betreuung von Kindern und Jugendlichen den Höchststand der letzten 10 Jahre.

Tabelle 4: Fallzahlen des Kinder- und Jugenddienstes 2009–2018 (Auswahl)

Jahr	Probleme Kinder und Jugendlicher	Probleme Erziehender	Meldungen Kindeswohlgefährdung	Ambulante Betreuung	Stationäre Betreuung	Aufwendungen für amb. + stat. Betreuung (CHF)
2009	–	–	20	43	48	1.314.207
2010	148	123	38	89	52	1.522.940
2011	161	146	42	102	46	1.687.543
2012	162	144	56	93	51	1.971.394
2013	140	154	58	77	60	1.598.268
2014	137	160	46	48	52	1.508.086
2015	127	144	41	71	42	1.805.865
2016	123	136	40	78	47	1.764.353
2017	161	165	40	96	55	3.110.028 ²
2018	213	162	37	93	69	3.129.237

Quellen: Jahresberichte des Amtes für Soziale Dienste 2010–2017 + Auskunft des ASD 24.4.2019

Arten der Kindeswohlgefährdung (alle Altersstufen)

- Vernachlässigung und Verwahrlosung
- Körperliche Misshandlung
- Psychische Misshandlung
- Sexueller Missbrauch
- Miterleben von Gewalt in der Familie

Altersstruktur der Klienten 2017

0–4 Jahre	31 %
5–10	13 %
11–15	22 %
16–20	22 %
>20	12 %

Staatsbürgerschaft der Klienten 2017

FL	54 %
EU	17 %
CH	6 %
Andere	13 %
Unbekannt	10 %

² Die Kostensteigerung von 2016 auf 2017 ist auf buchhalterische Einmaleffekte (Umstellung auf Tagsatzsystem, neue Abgrenzung) und auf eine Zunahme der Platzierungen in Kinder- und Jugendinstitutionen zurückzuführen.

3.3 Die Hälfte aller Mütter hat einen Migrationshintergrund

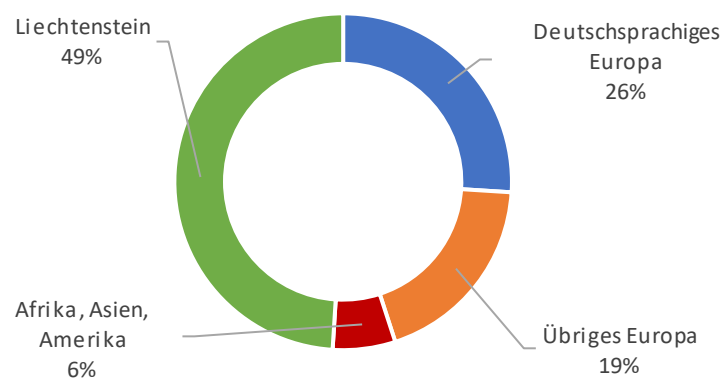
Im Jahr 2017 hatte die Hälfte von allen in Liechtenstein wohnhaften Neugeborenen eine Mutter mit ausländischer Staatsbürgerschaft und 25 % der Kinder eine Mutter mit nicht deutscher Muttersprache. Sie sind Migrantinnen aus allen sozialen Schichten, von der Flüchtlingsfrau aus Syrien bis zur Managerin in einem liechtensteinischen Weltkonzern. Obwohl sich der sozioökonomische Status dieser Frauen stark unterscheidet, haben sie dennoch Gemeinsamkeiten: fehlendes familiäres Umfeld, geringe soziale Integration und Sprachprobleme. Während höher qualifizierte Frauen diese Nachteile durch Zukauf von Dienstleistungen zum Teil ausgleichen können, fehlt weniger qualifizierten Migrantinnen diese Möglichkeit. Sie sind besonders belastet.

Tabelle 5: Geburten 2017 nach der Staatsbürgerschaft der Mutter

Staatsbürgerschaft der Mutter	Anzahl Geburten	Anteil an allen Geburten
Liechtenstein	164	49 %
Schweiz	50	15 %
Österreich	21	6 %
Deutschland	17	5 %
Übrige EWR 31	35	10 %
Übriges Europa	32	9 %
Afrika	10	3 %
Asien	5	1 %
Amerika	4	1 %

Quelle: Zivilstandsstatistik 2017, Amt für Statistik 2018

Schaubild 2: Geburten nach dem Sprachraum der Mutter 2017



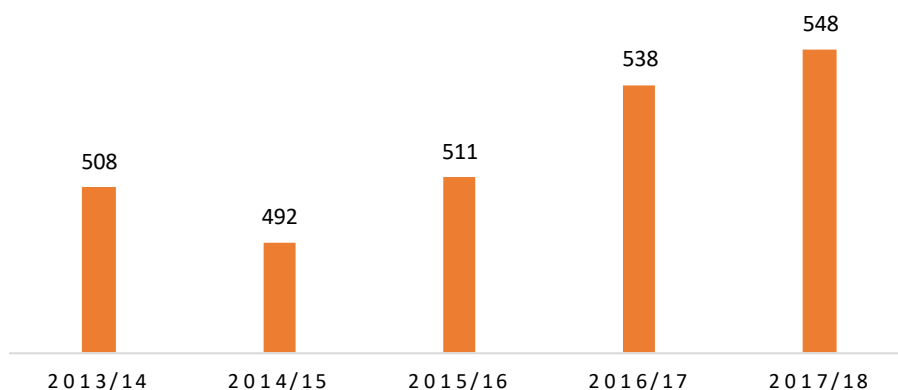
Quelle: Eigene Berechnung auf der Basis der Zivilstandsstatistik 2017

Das liechtensteinische Bildungswesen hat auf diese Entwicklung reagiert, was sich unter anderem an der Anzahl der Schüler der Gemeindeschulen (Kindergarten- und Primarstufe) zeigt, die den „Deutsch als Zweitsprache“-Unterricht besuchen. Seit Anfang der 1990er Jahre, als viele Menschen aus Südosteuropa aufgrund des Balkankriegs nach Liechtenstein kamen, beläuft sich der Anteil an Kindern mit Deutsch als Zweitsprache in den liechtensteinischen Schulen auf durchschnittlich knapp einem Viertel.

Die DaZ-Zahlen variieren von Jahr zu Jahr. Die Zunahme von 511 Schüler/innen im Schuljahr 2015/16 auf 548 Schüler/innen im Schuljahr 2017/18 hängt mit der Eröffnung einer weiteren Klasse des IK DaZ (Intensivkurs DaZ) aufgrund der letzten Flüchtlingswelle bzw. des vermehrten Familiennachzugs zusammen.

Schaubild 3: Deutsch als Zweitsprache (DaZ)

DaZ-Schüler/innen in Kindergarten und Primarschule SJ 2013 – 2018



Quelle: Schulamt 2019

Probleme qualifizierter Migrantinnen

Zitate

- *Qualifizierte ausländische Frauen, die liechtensteinische Männer geheiratet haben, haben Mühe, sich in Liechtenstein, in diesem engen sozialen Rahmen, einzufinden. Sie fühlen sich unter sozialer Kontrolle (Schwiegerfamilie, Dorf), gemassregelt bis hin zu der Idee: Ich nehme meine Kinder und gehe wieder. Der liechtensteinische Ehepartner war im Ausland, wo sie sich kennen lernten, noch offener, freier. Sobald er jedoch wieder in Liechtenstein ist, verändert sich sein Verhalten, er wird „enger“.*
- *Fehlendes familiäres Umfeld, das entlasten könnte.*
- *Teilweise soziale Isolation*

Flüchtlinge: Multiproblemsituationen (Zitate)

- *Die Familienstrukturen sind in den Herkunftsländern völlig anders als hier. Die Familienverbände sind auseinandergerissen, dadurch sind sie hilflos hier. Sie kennen sich mit unserem System nicht aus und wissen nicht, wie sie sich organisieren können.*
- *Unsicherer Aufenthaltsstatus. Sie wissen nicht, ob sie bleiben können. Das macht viel Druck. Wenn der Aufenthaltsstatus lange unklar ist, ist das ein enormer Druck, der*

manchmal direkt in die Depression führt, dann knicken sie ein und sind dann zu nichts mehr fähig. Dann können sie sich auch nicht mehr um das Kind kümmern.

- *Soziale Isolation, schlechte Integration in die Gesellschaft und Schule (Mobbing).*
- *Gewalterfahrungen (Flucht)*

- *Unsichere Wohnsituationen; grosse Familien mit wenig Wohnraum.* Sie leben häufig in sehr kleinen Räumen, was sie von zuhause jedoch meist gewohnt sind. Sie müssen die sanitären Anlagen mit anderen teilen, was im Wochenbett sehr schwierig ist.
- *Arbeitslosigkeit, Bezug von Sozialleistungen*

3.4 Probleme und Bedürfnisse belasteter Familien

Ärztinnen und psychosoziale Fachpersonen nehmen die Probleme und Bedürfnisse belasteter Familien aus ihrer fachlichen Perspektive wahr. Diese Wahrnehmungen unterscheiden sich zum Teil deutlich von der Perspektive der betroffenen Frauen/Paare selbst (siehe Kapitel 4: Ergebnisse der Befragung mehrfach belasteter Familien).

- *Häufig ist das Problem der Mutter nicht klar auf dem Tisch. Dann weiss ich nicht, wo anzusetzen wäre.*
- *Frauen in belasteten Lebenssituationen tun sich häufig schwerer, die Schwangerschaft selbst zu akzeptieren.*
- *Sie kommen häufiger zum Frauenarzt, rufen häufiger an.*
- *Die Belastung färbt sich auf den Schwangerschaftsverlauf ab: unbestimmtes Bauchweh, sie glauben vorzeitige Wehen zu haben, schlaflose Nächte, Krankenstände, sie sind empfindlicher, der Körper ist immer angespannt, sehr früh Rückenweh: vegetativ überlagerte Probleme.*
- *Sprachbarrieren. Oft kann ich mich kaum verständigen.*
- *Oft geht es um Kinderbetreuung, wenn beide Eltern wieder arbeiten müssen. Vielfach geht es um die Erstausrüstung mit Babysachen (Migrantinnen).*
- *Belastete Frauen brauchen viel Beratung, nicht nur zu medizinischen Fragen, z. B. auch zur Alltagsgestaltung.*
- *Engmaschigere Begleitung und längere Besuche geben den Frauen Sicherheit. Es wächst Vertrauen im Rahmen der Begleitung.*
- *Familien in belasteten Lebenssituationen haben sonst schon viele Termine (Hausarzt, Psychiater, Kinderarzt, Spital etc.) und kommen eher weniger, weil sie keine Zeit dafür haben.*
- *Wenn Migrantinnen mit ihren Familien hier sind und durch sie Unterstützung haben, dann kommen sie weniger zu uns (z. B. Türkinnen).*
- *Die meisten unserer Klientinnen sind Multiproblemfamilien (Sucht, finanzielle Probleme, Erziehungsschwierigkeiten), mehr als die Hälfte davon ausländische Familien. Durch die Summe der Schwierigkeiten kommen die Mütter an ihre Grenzen.*

Zitate

3.5 Lücken der Früherkennung mehrfach belasteter Familien

Ein Schlüsselement der frühen Prävention ist, mehrfach belastete Familien möglichst früh zu erkennen und mit einem individuell passgenauen Bündel an Unterstützungen zu entlasten und zu stärken. Einerseits können spätere, gravierendere Probleme (Erkrankungen, soziale Probleme) durch geeignete Massnahmen reduziert oder sogar vermieden werden. Andererseits erweisen sich Interventionen zu einem frühen Zeitpunkt wirkungsvoller, als wenn sie erst dann erfolgen, wenn sich Problemlagen bereits chronifiziert haben.

Wie sieht die Praxis in Liechtenstein aus?

Ärztliche Früherkennung

Einer von drei befragten Frauenärzten befragt alle seine Schwangeren bewusst zu ihrer Lebenssituation („Und wie geht es zuhause?“). Die beiden anderen Frauenärzte konzentrieren sich generell auf die medizinischen Aspekte ihrer Arbeit, fragen aber nach, wenn ihnen etwas auffällt. Zwei von vier befragten Kinderärzten beschreiben, dass sie regelmässig nach dem Befinden der Mütter fragen. Die anderen beiden Kinderärzte konzentrieren sich eher auf die medizinischen Aspekte des Kindes.

Früherkennung Geburtsklinik

Die Ärztinnen der Frauenklinik Grabs erheben systematisch bei allen Frauen nach der Geburt den sog. Edinburgh-Score (Screening der Depressionsneigung). Wenn eine Frau eine bestimmte Punktzahl übersteigt, wird mit der Frau ein ärztliches Gespräch geführt. Zudem werden bei allen Frauen in der Pflegeanamnese auch psychosoziale Faktoren abgefragt.

Früherkennung durch Hebammen

Es ist das Selbstverständnis der Hebammen, die Verfassung der Wöchnerinnen ganzheitlich erfassen und unterstützen zu wollen. Durch ihre regelmässigen Hausbesuche haben sie die Möglichkeit, tiefe Einblicke in die tatsächliche Lebenssituation zu gewinnen. Hebammen sind häufig Vertrauenspersonen der Frau, denen sie sich öffnen. Dies ist grundsätzlich eine gute Voraussetzung, um psychosoziale Belastungen von Frauen bzw. Familien erkennen zu können.

Die Möglichkeit der Hebammen zur Früherkennung psychosozial belasteter Wöchnerinnen ist jedoch derzeit nur eingeschränkt gegeben. Etwa ein Viertel der Frauen hat nach der Geburt keine Hebamme. Zudem dürften gerade sozial schwache Frauen zum Teil deshalb keine Hebamme in Anspruch nehmen, weil das Pikett-Geld von CHF 120 – 200 privat zu bezahlen ist. Das Pikettgeld stellt eine gravierende Fehlsteuerung dar, weil besonders sozial schwache Frauen aus Präventionsgründen dringend eine Hebamme bräuchten.

Tabelle 6: Hebammenbetreuung 2017

	Betreute Frauen	Anteil an allen Geburten 2017
In der Schwangerschaft	138	41 %
Im Wochenbett	245	72 %

Quelle: Schweizerischer Hebammenverband – Sektion Ostschweiz, Tätigkeitserfassung der frei praktizierenden Hebammen 2017

Nach Angaben des ostschweizerischen Hebammenverbandes erhielten die postpartal betreuten Familien in der gesamten Ostschweiz durchschnittlich 7 postpartale Konsultationen. Das Angebot besteht aus Wochenbettbesuchen, Stillberatungen und Abschlussuntersuchungen am Ende des Spätwochenbetts.

Früherkennung durch die Mütter- und Väterberatung (MVB)

Die MVB erreicht knapp 80 % der Mütter im ersten Lebensjahr des Kindes. Den Hebammen in ihrer ganzheitlichen Sichtweise ähnlich, erhebt die Beraterin systematisch bei allen Klientinnen im persönlichen Gespräch diverse psychosoziale Faktoren, wie z. B. die Wohn- und Arbeitssituation, den Beziehungsstatus der Klientin und das soziale Umfeld. Die Herkunftsberufe der Mütter- und Väterberaterin sind Kinderkrankenpflege oder Hebamme. Im Unterschied zu den Hebammen erwerben sie in ihrem Zusatzdiplom zur Mütter- und Väterberaterin psychosoziale und pädagogische Grundqualifikationen.

Tabelle 7: Mütter- und Väterberatung 2016 – 2018

	2016	2017	2018	Durchschnitt
Geburten	378	338	389	368
davon erreicht	295	270	301	289
Beratungsquote	78 %	80 %	77 %	78 %

Quellen: Liechtensteinisches Rotes Kreuz, 2019

2016 – 2018 wurden durchschnittlich Eltern von 650 Kindern beraten. 77 % der Kinder waren im ersten Lebensjahr, 23 % der Kinder waren älter als ein Jahr alt.

Jene 20–25 % der Frauen, die ein Kind gebären und von der Mütter- und Väterberatung nicht erreicht werden, bestehen zum einen aus Zweit- und Drittgebärenden, die aufgrund ihrer Vorerfahrung und eines guten familiären Umfeldes die MVB nicht benötigen. Zum anderen Teil dürften jedoch auch ausländische, sozial schwache Frauen aufgrund der kulturellen Unterschiede und ihrer Sprachprobleme der MVB fernbleiben, ebenso jene Gruppe, die aus gutem Grund Kontrolle von aussen vermeiden möchte.

Früherkennung durch Kinderbetreuungseinrichtungen

Nach Auskunft der befragten Leiterinnen von Kindertagesstätten werden psychosoziale Risikolagen in ihren Einrichtungen kaum wahrgenommen. Hypothesen zu den Ursachen:

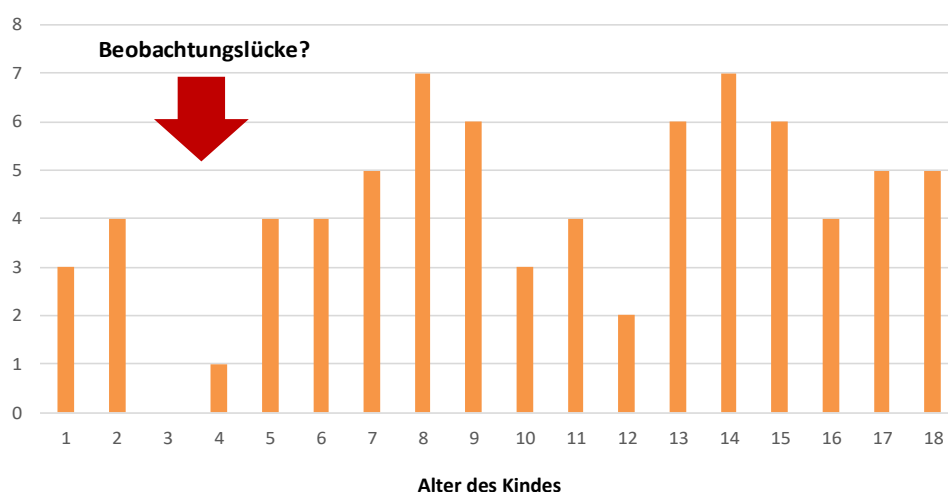
- Durch die hohen Kosten nehmen nur jene sozial schwachen Familien Kinderbetreuung in Anspruch, die dies zwingend müssen. Sozial schwache Familien sind in den Kitas unterrepräsentiert.
- Im Unterschied zur Konsultation von Ärzten verbergen belastete Mütter/Eltern in den Kinderbetreuungseinrichtungen ihre Schwierigkeiten.
- Sind die Mitarbeiterinnen ausreichend darin geschult, psychosozial belastete Familien/Kinder zu erkennen?

Ob andere Wahrnehmungen bei den Tagesmüttern, den Spielgruppen und anderen Kinderbetreuungseinrichtungen bestehen, wurde nicht erhoben.

Beobachtungslücke drittes und viertes Lebensjahr

Im Alter von drei und vier Jahren, also zwischen der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchung U6 (21. – 24. Lebensmonat) und der Untersuchung U7 (5. Lebensjahr) bzw. dem Eintritt in den Kindergarten, könnte eine Lücke in der öffentlichen Wahrnehmung von potentiellen Kindeswohlgefährdungen bestehen. Es gibt in diesem Alter praktisch keine Meldungen.

Schaubild 4: Anzahl Meldungen einer Kindeswohlgefährdung nach dem Kindesalter 2017 + 2018



Quellen: Kinder- und Jugenddienst (ASD), 2019

Die Ist-Situation der Früherkennung belasteter Schwangerer und Jungfamilien

Ein kleiner Teil der Frauen- und Kinderärzte versucht durch aktives Nachfragen bei allen Frauen systematisch, psychosoziale Belastungsfaktoren zu erkennen. Andere sind zumindest hellhörig, wenn psychische Belastungen von der Frau angesprochen oder anderweitig offensichtlich werden. Die Mehrheit der Kinder- und Frauenärzte dürfte jedoch keine systematische Früherkennung von psychosozialen Belastungsfaktoren betreiben. Als Ursachen dafür werden Zeitmangel, aber auch Unsicherheiten angegeben, wie sie im Fall des Falles mit psychosozialen Problemlagen adäquat umgehen können.

Die Frauenklinik Grabs ist sich der Bedeutung von psychosozialen Belastungsfaktoren bewusst und versucht diese systematisch zu erheben. Da sich die Frauen bei einer Geburt im Schnitt nur drei Tage in der Frauenklinik aufhalten und in dieser Zeit ein sehr dichtes Programm zu absolvieren ist, bleibt dafür jedoch wenig Zeit. Zudem dürfte die Erhebung der Edinburgh-Scores zwei Tage nach der Geburt kein geeignetes Instrument zur Früherkennung psychosozialer Belastungsfaktoren sein. Einerseits wird nur in Richtung Depression gescreent, zum anderen dürfte der Erhebungszeitpunkt zwei Tage nach der Geburt kein valides Ergebnis zulassen. Die Frau befindet sich zu diesem Zeitpunkt in einem emotionalen Ausnahmezustand.

In Grabs wurden 2018 zwei Drittel aller liechtensteinischen Kinder geboren. Damit ist die Frauenklinik Grabs zwar DIE Geburtsklinik der Liechtensteinerinnen, was eine grosse Chance für die Früherfassung belasteter Familien zu einem sehr frühen Zeitpunkt bedeutet. Aber mit Grabs allein ist eine flächendeckende Erkennbarkeit mehrfach belasteter Mütter zum Geburtszeitpunkt nicht gegeben. Welche Bedeutung den psychosozialen Belastungen in den anderen Geburtskliniken, insbesondere in Chur, beigemessen wird, ist unbekannt.

Tabelle 8: Geburtsorte 2017

Geburtsort	Anzahl Geburten	Anteil an allen Geburten
Grabs	230	68 %
Chur	78	23 %
Feldkirch	11	3 %
St. Gallen	6	2 %
Hausgeburten FL	4	2 %
Bregenz	3	1 %
Dornbirn	2	1 %
Walenstadt	2	1 %
Immenstadt (D)	1	

Quelle: Zivilstandesamt Vaduz, 2018

Aussagen von Interviewpartnern zur Früherkennung:

- Frauenarzt: *„Ich spreche die psychische Seite nicht systematisch an, nur wenn es offensichtlich ist, dann schon.“*
- Kinderarzt: *„Wenn ich aktiv nach dem Befinden der Frau fragen würde, hätte ich die Befürchtung, dass ich ein Fass aufmache und viel Zeit brauche, die ich dann nicht habe. Meine Probleme damit: 1. Zeit, 2. das Emotionale, 3. mir fehlt das Instrumentarium, geeignete Fragen.“*
- Kinderarzt: *„Wenn wir von morgens 8.00 bis abends 19.00 Uhr die Kinder im 10-Minuten-Takt sehen, dann können wir uns natürlich nicht mehr so gut um die psychosozialen Faktoren kümmern (Telefonate führen, Besprechungen mit Eltern, Lehrern, Psychologen machen etc.), obwohl wir das eigentlich sollten.“*
- Kinderarzt: *„Ich erfasse die psychosozialen Risikofaktoren kaum, diese fehlen im Anamnese-Bogen. Ich erfrage nur, wann die Mutter wieder in den Beruf einsteigen will und ob sie die Kinderbetreuung geregelt hat.“*
- Hebamme: *„Ich kam bei einer Wöchnerin in einen grausig verschmutzten Haushalt mit viel altem Dreck. Vielleicht Zeichen von Überlastung. Aber das Kind versorgt sie gut. Ausserdem ist da ein Mann und eine Nana. Also habe ich nichts gemacht. Wie soll man so etwas ansprechen? Aber das geht mir schon nach.“*

Fazit Früherkennung: Es besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass derzeit viele mehrfach belastete Frauen/Familien nicht in der Phase der Schwangerschaft, Geburt und frühen Elternschaft erkannt werden.

3.6 Die medizinische und psychosoziale Versorgung rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit

Nach Einschätzung vieler Gesprächspartner verfügt Liechtenstein über ein breit gefächertes Netz an Institutionen und Angeboten, die Schwangere und Jungfamilien in unterschiedlichsten Themenbereichen unterstützen. Die Herausforderung wird vor allem darin gesehen, die verschiedenen Dienstleister, ihre Angebote und deren Qualität zu kennen und sich mit ihnen zu vernetzen. Schwangere und Familien dürften noch grössere Mühe als die professionellen Stellen damit haben, sich einen Überblick über die Landschaft der diversen Angebote zu verschaffen.

Nachfolgend eine exemplarische Auflistung von Institutionen, die sich mit ihren Angeboten an Schwangere und Familien mit Kindern von 0 – 4 Jahren wenden, ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Tabelle 9: Fachstellen mit Leistungen für Schwangere & Familien mit Kindern von 0 – 4 Jahren
(ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Institutionen	Leistungen (Beispiele)
Elterninformation, -beratung, -bildung Amt für Soziale Dienste Eltern Kind Forum Mütter- und Väterberatung	Beratung, Broschüre „Familienförderung in Liechtenstein“ Familienportal, Elternberatung, Elternbildung/Kurse Allgemeine Elternberatung
Medizinische Versorgung Frauenärzte Frauenkliniken Kinderärzte Kinderkliniken St. Gallen und Chur Psychiaterin (Erwachsene) Kinder- und Jugendpsychiater	Vorsorgeuntersuchungen Schwangere Geburtshilfe Vorsorgeuntersuchungen Kinder
Medizinnaher Versorgung Hebammen Mütter- und Väterberatung Heilpädagogisches Zentrum Physiotherapie Osteopathie	Vorsorgeuntersuchungen Schwangere, Geburtsvorbereitung, Geburtshilfe, Wochenbettbetreuung, Rückbildung Entwicklungs-, Gesundheits-, Pflege-, Erziehungsberatung Heilpädagogische Früherziehung, Logopädie, Psychomotorik
Materielle Sicherung AHV-IV-FAK Amt für Gesundheit Amt für Soziale Dienste Arbeitsmarktservice Flüchtlingshilfe	Geburtszulage, Kinderzulage, Alleinerziehendenzulage Mutterschaftszulage Wirtschaftliche Sozialhilfe Arbeitsvermittlung und Qualifizierung Unterkunft, materielle Grundsicherung
Psychosoziale Versorgung Amt für Soziale Dienste schwanger.li Eltern Kind Forum Mütter- und Väterberatung Familienhilfe Kinder- und Jugendpsychologinnen Verein für Betreutes Wohnen Frauenhaus LANV Infra Verein für Männerfragen Caritas Hilfswerk	Sozialberatung, Vaterschaft, Obsorge, psychiatr.-psychol. Hilfe Schwangerenberatung, Sozialarbeit, Psychotherapie Elternberatung, schrittweise, Femmes Tische, Frühe Förderung Gesundheits-, Erziehungsberatung, psychosoziale Beratung Entlastung, Haushaltshilfe bei Wöchnerinnen Eltern-, Erziehungsberatung, Psychotherapie Sozialpädagogische Familienbegleitung, Mutter-Kind-Wohnen Schutz vor Gewalt, Unterkunft Arbeitsrechtliche Beratung Beratung Wiedereinstieg in den Beruf, Rechtsberatung Rechtsberatung, Männercoaching, Vater und Kind Finanzielle Unterstützung, Beratung Abgabe von Hilfsgütern (Bekleidung, Schuhe, Babysachen)
Kinder- und Jugendschutz Kinder- und Jugenddienst Sozialpädagogische Dienste (VBW) Sozialpsychiatrische Dienste (VBW)	Beratung, Gefährdungsabklärung, Schutzmassnahmen Sozialpädag. Familienbegleitung; Mutter-Kind-Wohnen Mobiles sozialpsychiatrisches Team
Kinderbetreuung-Elementarpädagogik Eltern Kind Forum Verein Kindertagesstätten Betriebliche Kindertagesstätten Private Einrichtungen	Tagesmütter/Tagesfamilien, Babysittervermittlung Kindertagesstätten Kindertagesstätten Kindertagesstätten Spielgruppen, Kitas, Kinderoase, Müze, Spielraum etc.

3.6.1. Medizinische und psychotherapeutische Grundversorgung

Nach Einschätzung vieler Gesprächspartner ist die medizinische Grundversorgung rund um die Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit derzeit gut, auch im Vergleich zu den Nachbarländern. Die Zielwerte der Bedarfsplanung 2017 sind fast vollständig erreicht.

Tabelle 10: Medizinische und psychotherapeutische Grundversorgung

	Bedarfsplanung 2017 Vollzeitäquivalente	Vakanzen 2019
Frauenärzte	5,5	–
Kinderärzte	5,5	1
Psychiater Erwachsene	8,5	0,5
Psychiater Kinder/Jugendliche	2,0	0,5
Psychotherapie Erwachsene	8,5	0,5
Psychotherapie Kinder	3,0	0,5
Hebammen	Keine Planung	?

Quelle: Auskunft Liechtensteinischer Krankenkassenverband, 6.2.2019

3.6.2. Versorgungslücken

Versorgungslücke 1: Kinderarzt/-ärztin

Durch die Pensionierung von Dr. Dieter Walch besteht derzeit eine kinderärztliche Unterversorgung in Liechtenstein. Diese OKP-Stelle dürfte durch den allgemeinen Mangel an Kinderärzten nicht einfach nachzubesetzen sein. Die kinderärztliche Versorgung ist in Liechtenstein auch deswegen angespannt, weil schweizerische Familien durch den Kinderärztemangel im Sarganserland, Werdenberg und Toggenburg verstärkt liechtensteinische Kinderärzte konsultieren.

Die frauenärztliche Versorgung scheint weniger angespannt zu sein, wie die relativ problemlose Nachbesetzung der 2019 frei gewordenen Stelle zeigt.

Versorgungslücke 2: Hebammen

Seit der Einführung der Fallpauschalen in der Krankenhausfinanzierung (DRGs) hat sich die Aufenthaltsdauer der Wöchnerinnen in den Geburtsabteilungen der Frauenkliniken, wie intendiert, deutlich verkürzt. Nach Angaben der Frauenklinik Grabs beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei einer normalen Geburt heute ca. drei Tage, eine Zeitspanne, die knapp genügt, das umfangreiche medizinische Programm rund um eine Geburt abzuwickeln.

Nach drei Tagen ist die hormonelle Umstellung mit ihren psychischen Belastungen voll im Gang, der Babyblues setzt häufig erst zuhause ein und ist schwer von der postpartalen

Depression zu unterscheiden, es bestehen häufig noch Stillprobleme, es gibt wenig Zeit, um die Mutter im Handling des Babys anzuleiten etc. Aus diesen Gründen ist gerade bei belasteten Frauen, die häufig besonders unruhige Kinder, Schreibabys etc. haben, eine sofortige ambulante Hebammenbetreuung nach der Geburt dringend notwendig. Wenn der Vater nicht zuhause, unkooperativ oder fehlend ist und auch sonst wenig familiäre Unterstützung vorhanden ist, kann die Situation der Wöchnerin und des Kindes gefährlich entgleisen.

Aus diesen Gründen ist es eine Priorität A der Gesundheitspolitik, die Hebammenversorgung gerade bei belasteten Frauen sicherzustellen.

Derzeit bestehen folgende Probleme im Hebammenwesen:

- Es besteht insgesamt ein Mangel an Hebammenkapazität in Liechtenstein. 2017 wurden nur 72 % aller Wöchnerinnen durch eine freipraktizierende Hebamme ambulant nachbetreut. Die Gründe dafür wären zu untersuchen. Die einzelnen Hebammen sind aus- bis überlastet.
- Die Frauenkliniken haben Mühe, bei allen belasteten Frauen die Nachbetreuung durch eine Hebamme sicherzustellen, besonders dann, wenn die Frauen selbst in der Schwangerschaft keine Hebamme organisiert haben (Präventionsdilemma) oder wenn sich in der Sommerzeit die Mehrheit der Hebammen in den Ferien befindet.
- Meldet sich eine Frau bereits in der Schwangerschaft bei einer frei praktizierenden Hebamme zur ambulanten Nachbetreuung nach der Geburt an (was vor allem für psychosozial belastete Frauen wichtig ist), bedeutet dies für die Hebamme Bereitschaftsdienst über mehrere Wochen. Es ist fraglich, ob das Pikett-Geld von CHF 120 (Empfehlung des schweizerischen Hebammenverbands. Praxis 0 – 200 CHF), das sie für diese Bereitschaft erhält, angemessen ist und einen positiven Anreiz darstellt, Frauen in Bereitschaft zu übernehmen.
- Das Pikettgeld müssen die Schwangeren privat bezahlen, wenn sie keine Zusatzversicherung haben. Darin besteht gerade für sozial schwache Frauen ein starker Hindernisgrund, überhaupt eine Hebamme in Anspruch zu nehmen. Damit haben genau jene Frauen keine Hebamme, die sie dringend bräuchten (Fehlanreiz).
- Es entspricht dem Selbstverständnis vieler Hebammen und dem Bedürfnis vieler Mütter, die krankenkassenfinanzierte ambulante Betreuung von 10 Hausbesuchen bei einer normalen Geburt und 16 Hausbesuchen bei Risikosituationen nach Möglichkeit auszuschöpfen. Aus präventiver Sicht macht dies für die einzelne Frau zumeist Sinn. Angesichts des bestehenden Hebammenmangels bedeutet dies jedoch, dass Wöchnerinnen in problematischen Lebenssituationen manchmal keine Hebamme finden können, vor allem dann, wenn sie erst kurzfristig nach einer Hebamme suchen. Es wäre zu überlegen, ob bei gesunden, „fitten“ Wöchnerinnen in guten familiären Verhältnissen die Hebammenbetreuung verkürzt werden könnte, um mehr Frauen eine Hebammenbetreuung zu ermöglichen.
- Einige schweizerische Hebammen scheinen wenig mit der nachbetreuenden Mütter- und Väterberatung bzw. mit psychosozialen Fachstellen zu kooperieren und ihre Kundinnen später an diese abzugeben, als es möglich wäre.

- Nicht alle Hebammen verfügen über die Qualifikation, um mit psychosozial belasteten Familien fachgerecht umzugehen. Dies kann dazu führen, dass
 - psychische Problemlagen nicht erkannt oder falsch eingeschätzt werden,
 - Unsicherheit darüber besteht, wie eine vermutete oder erkannte Problematik angesprochen werden kann,
 - für die Hebamme die Grenze schwer erkennbar ist, ab der sie eine andere Fachperson beziehen sollte.

Fazit: Es besteht ein gesundheitspolitischer Bedarf, das Hebammenwesen in Liechtenstein neu zu organisieren.

Es werden an dieser Stelle keine konzeptionellen Vorschläge gemacht, nur folgende Anregungen gegeben:

- Das Hebammenwesen sollte in die medizinische Versorgungsplanung des Landes mit aufgenommen werden.
- Die liechtensteinischen Hebammen sollten als Berufsgruppe organisiert sein. Es fehlt ein Ansprechpartner für die gemeinsamen Themen der Berufsgruppe.
- Übernahme des Pikett-Geldes der Hebammen durch öffentliche Kostenträger (Krankenkassen, Land, Gemeinden), um die Schwelle zur Inanspruchnahme einer Hebamme für sozial schwache Frauen/Familien zu senken.
- Familystart: Börse für Hebammsuchende und Hebammen mit freien Kapazitäten, siehe Modellprojekte Basel, Zürich.
- Anreize für Hebammen mit klinischer Erfahrung schaffen, um in Liechtenstein frei praktizierende Hebamme zu werden und sich auch psychosozial zu qualifizieren.

Versorgungslücke 3: Niederschwellige sozialpädagogische Familienbegleitung

Kinderärzte, Mütter- und Väterberatung, Eltern Kind Forum, Verein für betreutes Wohnen usw. verweisen eindringlich auf ein bestehendes strukturelles Problem der psychosozialen Versorgung von psychisch belasteten und intellektuell eingeschränkten Müttern/Eltern oder von Eltern mit „problematischem Verhalten“. Zum Schutz des Kindes und zur Förderung der Erziehungsfähigkeit der Eltern wäre immer wieder eine sozialpädagogische Begleitung der Familie erforderlich. Diese ist derzeit nur über das Amt für Soziale Dienste finanzierbar. Den Gang zum Amt lehnen jedoch viele betroffene Familien ab (siehe Kapitel 3.7. „Präventionsdilemma“ und 3.8. „Amt für Soziale Dienste“). Damit fehlt derzeit ein wichtiges Instrument der Sekundärprävention: Die niederschwellige sozialpädagogische Familienbegleitung. Dies stellt ein Risiko für die Entwicklung nicht weniger Kinder in Liechtenstein dar.

Versorgungslücke 4: Psychiatrie mit Spezialisierung auf den peripartalen Bereich

Eine Reihe von Interviewpartnern weist auf das Problem hin, dass es schwierig sei, im Fall von psychischen Erkrankungen bei Schwangeren oder Wöchnerinnen zeitnah eine qualifizierte psychiatrische Konsultation zu organisieren. Dieses Problem ist deswegen von besonderer Bedeutung, weil

- die Zahl der psychisch kranken Schwangeren/Wöchnerinnen mit ca. 10 – 13 % aller Frauen (Aussage der Spezialistin Dr. Jacqueline Binswanger) hoch ist,
- durch die hormonellen Veränderungen in der Schwangerschaft und Stillzeit latente psychische Erkrankungen plötzlich akut werden können,
- unbehandelte psychische Erkrankungen nachweislich negative Effekte auf das (ungeborene) Kind haben können,
- unentdeckte und unbehandelte postpartale Depressionen (Wochenbettdepressionen) ein erhebliches Risiko für das Kind (mangelnde Versorgung, Vernachlässigung bis hin zur Gewalt am Kind) und für die Frau (tiefe Depression, langwieriger Krankenstand, Suizid) bedeuten.

Die qualifizierte Behandlung solcher Problemlagen erfordert spezifisches psychiatrisches Know-how. Dieses reicht von der Frage der psychiatrischen Medikation während der Schwangerschaft und Stillzeit bis hin zur angemessenen Intervention bei hoch gefährlichen Schwangerschaftspsychosen. Nach Einschätzung von Dr. Jacqueline Binswanger besteht nicht selten die Gefahr, dass psychisch kranke Schwangere *„zwischen dem Frauenarzt und dem Psychiater durchrutschen. Der Frauenarzt hat Angst vor der psychischen Erkrankung, der Psychiater hat Angst vor der Schwangerschaft. Daher lassen beide lieber die Finger davon. Die Frage ist, wie die Frau die notwendige Behandlung erhält.“*

Zitat Dr. Jacqueline Binswanger, Bodenseedialoge 2012, Bregenz

Die diesbezügliche Versorgung in Liechtenstein ist mangelhaft. Viele der interviewten Gesprächspartner weisen betroffene Frauen an Frau Dr. Konstanze Römer, Buchs und an Frau Dr. Caroline Garber. Frau Dr. Römer hat jedoch keinen OKP-Vertrag und stellt daher für ökonomisch schlechter gestellte Frauen keine Option dar. Die kurzfristig verfügbaren Termine von Frau Dr. Garber scheinen sehr begrenzt zu sein. Für viele betroffene Frauen sind die Psychiatriezentren des Kantons St. Gallen in Trübbach und in Heerbrugg keine Option, sie gehen nicht hin, da allein der Begriff „Psychiatrie“ abschreckend wirkt.

Im Endergebnis fehlt derzeit in Liechtenstein spezialisiertes psychiatrisches Know-how für die peripartale Phase, vor allem dann, wenn die beiden genannten Ärztinnen wegen Überlastung, Ferien oder Fortbildungen nicht verfügbar sind.

Versorgungslücke 5: Entlastung überlasteter Mütter/Eltern und Krisenpflegeplätze

Zwar selten erforderlich, aber im Einzelfall hoch dringend, sind temporäre Erholungsmöglichkeiten für erschöpfte Mütter (mit und ohne Kind) sowie Krisenpflegeplätze bzw. Pflegefamilien, wenn die Kindeseltern aus unterschiedlichen Gründen ausfallen. Nach Einschätzung mehrerer Gesprächspartner stehen diese Möglichkeiten nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung.

3.6.3. Zitate zur medizinischen und psychosozialen Versorgungslage (Auswahl)

- Frauenarzt: *„Ich bin schon lange im Geschäft, kenne die notwendigen Partner und habe ausreichend Hilfen, wenn ich sie brauche. Ich bin noch nie in Not gekommen.“* Die Versorgungslage allgemein
- Kinderarzt: *„Die kinderärztliche Versorgung ist eigentlich gut, aber es könnte knapp werden, wenn Dr. Walch in Pension geht (und bis jetzt keinen Nachfolger hat) und weil die Schweizer hereindrücken.“*
- Psychiater: *„Grundsätzlich: Wir haben hier ein gutes Versorgungsniveau erreicht.“*
- Kinder- und Jugendpsychologinnen: *„Es gibt eigentlich in Liechtenstein alles, was es braucht und die Zusammenarbeit ist in der Regel gut.“*

- Frauenärztin: *„Die Versorgung mit Hebammen ist wichtig, weil die Hebammen nach der Geburt eine stabilisierende Funktion haben.“* Hebammenversorgung
- Frauenklinik Grabs: *„Wichtig wäre, dass gerade mehrfach belastete Frauen eine Hebamme hätten, die schon mit der Familie vertraut ist und weiss, was läuft. Wir haben die Frauen in einem sehr kurzen Zeitfenster (3 Tage) bei uns, das ist fast nur eine Momentaufnahme. Die Arbeit, die danach kommt, sehe ich als extrem wichtig an und gibt solchen Kindern eine bessere Chance auf eine gute Entwicklung.“*
- Hebamme: *„Ich bin voll ausgelastet und muss jede Woche Frauen absagen, weil ich jetzt schon bis Mitte Mai voll bin. Das geht allen Hebammen hier so. Es tut mir weh, wenn ich Frauen mit Status nach Depression absagen muss, wenn ich voll bin. Laut Spital Grabs haben etwa 70 % der Frauen eine Hebamme im Wochenbett, eigentlich sollte jede Frau eine Hebamme haben.“*

- Frauenarzt: *„Wir brauchen eine bessere psychiatrische Versorgung. Es ist manchmal sehr schwer, zeitnah einen Termin zu bekommen. Ich traue mich da weder bei Psychopharmaka in der Schwangerschaft noch bei der Abschätzung von Suizidalität selbst drüber und brauche einen Psychiater.“* Psychiatrische Versorgung

- SPF: *„Es fehlen Erholungsmöglichkeiten für überlastete Alleinerziehende (ohne Kind), das hängt von der Krankenkasse und vom Amt ab. Wir schreiben manchmal Stiftungen an, dass sie für die Mütter oder Kinder einen Aufenthalt z. B. in der Klinik Waldhaus, Chur, finanzieren, das klappt auch, aber selten.“* Entlastungs- und Erholungsangebote
- ASD: *„Wünschenswerte Hilfen stehen nicht oder zu wenig zur Verfügung, z. B.*
 - Krisenpflegeplätze für Kleinkinder, eine Auffanggruppe für kleine Kinder wie beim Vorarlberger Kinderdorf, wenn mit den Eltern etwas ist
 - Pflegefamilien, Pflegeeltern
 - Niederschwellige Entlastungsangebote für erschöpfte Mütter, aber auch präventiv (z. B. eine Woche ganz ohne Kind)
 - Frühe Unterstützung für Eltern von behinderten Kindern“

3.7 Das Präventionsdilemma: mangelnde Erreichbarkeit und Kooperationsbereitschaft belasteter Familien

Eine häufige Erfahrung aller Präventionspraktiker/innen zeigt eine zentrale Schwierigkeit der Betreuung belasteter Familien: Diejenigen, die die Unterstützung am meisten bräuchten, sind am schwersten erreichbar. Dieses so genannte Präventionsdilemma zeigt sich auch in Liechtenstein deutlich.

Für Frauenärzte, Geburtskliniken und Kinderärzte besteht dieses Präventionsdilemma nicht. Schwangere müssen zum Frauenarzt und Gebärende in die Klinik. Alle Mütter wollen für ihre Kinder das Beste und gehen deshalb auch zum Kinderarzt. Aus diesem Grund sind diese „medizinischen Pflichtstationen“ prädestinierte Ansatzpunkte für die Früherkennung von belasteten Familien.

Alle nachfolgenden Dienstleister haben weit grössere Schwierigkeiten, Zugang zu belasteten Müttern/Eltern zu finden. Bereits die Hebammen und die Mütter- und Väterberatung erreichen nur mehr 70 % bzw. 80 % aller Mütter von Säuglingen. Psychosoziale Dienste tun sich deutlich schwerer und Psychotherapeuten/Psychiater müssen teilweise jahrelang warten, bis jene Patienten zu ihnen gelangen, die ihre Unterstützung schon vor Jahren gebraucht hätten.

Die mangelnde Erreichbarkeit besonders belasteter Mütter/Eltern ist ein zentrales Problem der frühen Prävention. Für die betroffenen Kinder verstreicht wertvolle Zeit, in der sie mangels professioneller Unterstützung der Eltern bereits nachhaltig geschädigt werden können.

Die Hauptursachen für diese Problematik sind:

- Scham
- Stolz
- Überlastung, Erschöpfung und fehlende Energie, um Hilfe zu suchen
- Mangelnde Einsicht in die eigene Problematik und die Problematik der Kinder
- Bedürfnis, die eigene Familie bzw. Familienmitglieder vor fachlicher bzw. behördlicher Einsicht und Kontrolle zu schützen
- Angst vor einer möglichen Kindeswegnahme
- Kulturfremdheit, Sprachbarrieren, Misstrauen
- Angst vor Ausweisung

Typische Zitate:

Kinderärzte

- *Frauen sagen von sich aus nicht, dass sie Probleme haben. Sie verstecken eher, dass sie Probleme haben.*
- *Problematische Familien haben eine grosse Stärke: irgendwann zu verschwinden, zu versanden, nicht mit ihren Problemen sichtbar zu werden. (Scham, Angst)*

- *Inwieweit wollen sie sich helfen lassen? Manchmal ist es schwierig, für sie Helfer zu finden, die sie akzeptieren. Die Familien haben einen Stolz, dass sie die Situation schon selbst bewältigen können und wollen niemanden in die Familie hineinlassen.*

Kinder- und Jugendpsychologinnen

- *Wo ich an die Grenzen meiner Möglichkeiten komme, ist bei psychischen Belastungen oder Erkrankungen, wenn die Eltern nicht bereit sind, das Thema anzugehen. Das ist kein Mangel im Angebot, sondern eine mangelnde Bereitschaft der Eltern.*
- *Wenn ich die sozialpädagogische Familienbegleitung einschalten will, muss ich viel motivieren, manchmal auch Druck machen oder mit Meldung drohen, dass sie hingehen. Öfters gelingt es, manchmal aber auch nicht.*
- *Mit Vorträgen erreichen wir eher die Reflektierten, aber kaum jene, die uns dringender bräuchten. Oft braucht es Jahre, bis Mütter bzw. Eltern bereit sind, Beratung anzunehmen, auch wenn sie öfter darauf hin angesprochen werden.*
- *„Psychotherapie“ oder „Psychologische Beratung“ ist schon vom Begriff her hochschwellig. Da braucht es gute Vermittler, die erklären, was das ist und die das empfehlen.*
- *Wie erreichen wir das ganze Familiensystem, nicht nur die Mutter? Es bräuchte oft auch den Vater und die Grosseltern.*

Psychiater

- *Manche kommen erst, wenn der Problemdruck schon sehr hoch ist.*

Mütter- und Väterberatung

- *Wenn sie vom ASD hier zu uns kommen müssen, ist es schwierig, sie zu halten. Die sind zum Teil beratungsresistent. Manchmal muss man sich ein wenig aufdrängen.*

Eltern Kind Forum

- *Die Motivation der Klientinnen, sich freiwillig helfen/unterstützen zu lassen, ist manchmal nicht gross bzw. muss erst geschaffen werden (Angst).*
- *Die Verbindlichkeit der Klientinnen lässt manchmal zu wünschen übrig. Wir sind ein freiwilliges Angebot.*
- *Wir müssen akzeptieren, dass Familien ihre Grenzen haben bei der Inanspruchnahme von freiwilliger Unterstützung.*

Sozialpädagogische Familienbegleitung

- *Betroffene warten sehr lange zu, bis sie Hilfe in Anspruch nehmen. Sie wollen möglichst selbst durchkommen. Man muss Klientinnen viel motivieren, dass sie Hilfe in Anspruch nehmen. Wenn sie von anderen Kulturen kommen, ist es noch schwieriger zu motivieren.*

3.8 Schlüsselstelle „Amt für Soziale Dienste“

Das Kinder- und Jugendgesetz 2008 beauftragt das Amt für Soziale Dienste (ASD) unter anderem mit der Wahrnehmung der Interessen von Kindern und Jugendlichen, mit der Planung und Entwicklung einer bedarfsgerechten psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, mit der Koordination der öffentlichen und privaten Dienstleistungen für Kinder und Jugendliche und mit der Durchführung von Projekten mit präventiver Zielsetzung. Das Amt für Soziale Dienste nimmt daher eine Schlüsselrolle in der Arbeit mit mehrfach belasteten Schwangeren und Jungfamilien ein.

Dem Amt für Soziale Dienste kommt laut Kinder- und Jugendgesetz die zentrale Rolle in der Kinder- und Jugendhilfe und damit in der Arbeit mit belasteten Eltern zu.

Mehrere Bereiche des ASD sind mit belasteten Schwangeren und Jungfamilien befasst, vor allem der Kinder- und Jugenddienst, die Sozialberatung, die wirtschaftliche Sozialhilfe und der psychiatrisch-psychologische Dienst. Das ASD nimmt dabei folgende Aufgaben wahr:

- Beratung und Unterstützung von Klientinnen
- Materielle Existenzsicherung sozial schwacher Klientinnen (Sozialhilfe)
- Finanzierung von Dienstleistungen psychosozialer Fachstellen (z.B. VBW, EKF)
- Case Management bei Gefährdungslagen (Organisation und Koordination von Massnahmen)
- Kinder- und Jugendschutzmassnahmen (z.B. angeordnete soz.päd. Familienbegleitung zu Abklärungs- und Kontrollzwecken oder Fremdplatzierung des Kindes)

Rollenkonflikt

Insbesondere zwischen den Aufgaben „Beratung und Unterstützung von Klientinnen“ und „Kinder- und Jugendschutzbehörde“ besteht ein Rollenkonflikt. Klientinnen in Problemlagen, die auf freiwilliger Basis effektiv beraten werden sollten, müssten Einblick in ihre persönliche und familiäre Situation geben. Genau diesen Einblick verweigern jedoch belastete Familien häufig, weil sie Kontrolle und behördlich Massnahmen im Sinne des Kinder- und Jugendschutzes befürchten. Familien, die also nicht aus anderen Gründen (z. B. Sozialhilfe) ohnedies zum ASD müssen, meiden das Amt in der Regel.

Der Rollenkonflikt des Kinder- und Jugenddienstes und begrenzte Ressourcen erschweren die präventive Arbeit.

Eine gravierende Folge dieses kaum lösbaren Rollenkonfliktes besteht darin, dass medizinische und psychosoziale Fachstellen sehr lange zögern, eigene Patienten bzw. Klienten an das ASD zu verweisen oder gar zu melden, da sie Gefahr laufen, das Vertrauen der Klientin und damit die Patientin bzw. Klientin selbst zu verlieren. Dies muss jedoch aus Sicht des Kindeswohls vermieden werden, damit die medizinische oder psychosoziale Betreuung nicht abbricht.

Kinder- und Jugenddienst erreicht nur ca. ein Viertel aller belasteten Jungfamilien

Dieser Rollenkonflikt führt dazu, dass belastete Familien für den Kinder- und Jugenddienst auf freiwilliger Basis nur schwer erreichbar sind. Im Jahr 2017 waren nach Auskunft des Kinder- und Jugenddienstes 107 Kinder von 0 – 3 Jahren (bzw. deren Eltern) Klienten des Kinder- und Jugenddienstes. Nach Abzug von „unkritischen Fällen“ (Vaterschaftsfeststellung, Stellungnahmen Obsorge etc.) bleiben 31 Familien mit Kindern von 0 – 3 Jahren, die nach Ansicht des KJD als psychosozial belastet bezeichnet werden können

(„Risikofamilien“). Diese 31 Familien sind ca. ein Viertel aller psychosozial belasteten Familien mit Kindern im Alter von 0 – 3 Jahren (vgl. Kap. 3.2.).

Nach Einschätzung vieler Interviewpartner war der Kinder- und Jugenddienst in den letzten Jahren zudem personell knapp besetzt, litt unter Personalwechsel und Krankenständen. Notwendigerweise konzentrierte sich der Kinder- und Jugenddienst daher auf die Schutzmassnahmen bei besonders gefährdeten Kindern. Für eine wirksame Sekundärprävention dürfte trotz einer deutlichen Aufstockung in jüngster Zeit zu wenig Kapazität vorhanden sein.

Tabelle 11: Kapazität des Kinder- und Jugenddienstes in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)

	2017	2018	2019
VZÄ - KJD	3,6	4,95	5,75

Quelle: Gespräch ASD, Dezember 2018

Selbst bei bester personeller Ausstattung könnte aufgrund des beschriebenen Rollenkonfliktes eine breitflächige, wirksame Sekundärprävention durch das ASD vermutlich kaum betrieben werden.

Typische Zitate zum Amt für Soziale Dienste

Kinderärzte

- *Sobald es Amtscharakter hat, sind viele Eltern sehr zurückhaltend, vor allem die Einheimischen. Je weniger Amt, umso besser.*
- *Der KJD/ASD ist unterbesetzt und überlastet, da dauert es manchmal zu lange, vor allem dann, wenn es schnelle Hilfe braucht.*
- *Sehr viele Stellen sind so belastet, manchmal überbelastet. Das ASD hat schon über längere Zeit personelle Schwierigkeiten. Die müssen schauen, dass sie mit ihrer behördlichen Arbeit nachkommen, für Prävention ist einfach keine Luft. Das ist beim Amt keine Frage der Kompetenz, sondern eine Frage der Kapazität.*

Kita-Leiterin

- *Wenn wir jemanden zum ASD schicken wollten, würde sicher abgeblockt. Das wäre vielleicht bei anderen Stellen leichter.*

Eltern Kind Forum & Mütter- und Väterberatung

- *Wenn es um Alltagsbewältigung geht (kochen, Haushalt, Erziehung), sollten wir die Frau an die sozialpädagogische Familienbegleitung abgeben können, die nur über das ASD finanzierbar ist. Das geht aber nicht, weil wir die Kooperationsbereitschaft der Familie nicht aufs Spiel setzen können.*

Psychiater

- *Bei hoch strittigen Eltern ist es ein Problem, dass das ASD ein Dreivierteljahr für das Gutachten braucht und die Situation in dieser Zeit für das Kind unverändert bleibt. Wir brauchen schnelle pragmatische Hilfen für Übergangszeiten, für ein paar Wochen.*
- *Die Stellenprozente dort wurden gekürzt, obwohl es bereits zum Zeitpunkt der Kürzung zu wenig Stellenprozente hatte. Für eine ernsthafte Arbeit reichen die Stellenprozente dort einfach nicht mehr aus ... Ein sozialpsychiatrisches Zentrum wäre aus meiner Sicht eine Lösung und das Amt (ASD) muss aus dieser Verbindung raus. Das ist für die Leute viel zu schambesetzt.*

ASD-Mitarbeiter

- *In den letzten 20 Jahren war der Kinder- und Jugenddienst 17 Jahre lang unterbesetzt. Da kommt jetzt eine Aufstockung um eine 100%-Stelle. Vermutlich wird der KJD mit dieser Aufstockung nur gerade so durchkommen.*

Fazit „Schlüsselstelle Amt für Soziale Dienste“

1. Soll der Grossteil der Familien, bei denen Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung vorhanden sind, aber noch keine Kindeswohlgefährdung besteht, erreicht und präventiv unterstützt werden, ist ein niederschwelliger, amtsunabhängiger Zugang zu Unterstützungsleistungen notwendig, z.B. über eine Fachstelle „Frühe Hilfen“.
2. Gleichzeitig muss zwischen dem Amt für Soziale Dienste/Kinder- und Jugenddienst und einer vorgelagerten Fachstelle „Frühe Hilfen“ eine gute fachliche Vernetzung bestehen, da sich belastete Familien immer wieder an der Grenze zu behördlich notwendigen Kinderschutzmassnahmen bewegen. Dies erfordert einen fachlichen Austausch zur Einschätzung der Gefährdungslage und zur Abstimmung über Vorgangsweisen. Dieser Austausch wird in der Regel in anonymisierter Form erfolgen, damit die vorgelagerte Fachstelle nicht in den Ruf gerät, ein verlängerter Arm des Amtes zu sein und damit den Zugang zu belasteten Familien verliert. Dies schliesst selbstverständlich nicht aus, dass bei akuten Kindeswohlgefährdungen Meldungen an den Kinder- und Jugenddienst gemacht werden.
3. Im Normalfall wird sich die vorgelagerte Fachstelle „Frühe Hilfen“ darum bemühen, besonders belastete Klientinnen zur selbstständigen Kontaktaufnahme mit dem Amt zu motivieren, um die erweiterten Unterstützungsmöglichkeiten des Kinder- und Jugenddienstes in Anspruch nehmen zu können (z.B. Soz.päd. Familienbegleitung, Mobiles Sozialpsychiatrisches Team, etc.). Dies setzt voraus, dass alle vorgelagerten Fachstellen ihren Klientinnen gegenüber, die Möglichkeiten des KJD zur Unterstützung der Eltern im Sinne des Kindeswohles betonen. Die Vermittlung eines Bildes von „good cop“ (die eigene Institution) und „bad cop“ (das Amt) ist zu vermeiden, da dies betroffenen Eltern die Inanspruchnahme Notwendender Unterstützungen durch den KJD und den Mitarbeiter/innen des KJD deren Arbeit erschwert.
4. Die Schaffung einer vorgelagerten Fachstelle „Frühe Hilfen“ würde/wird das Amt für Soziale Dienste mit seinen begrenzten Kapazitäten entlasten.

Dies waren die Haupt-
erkenntnisse der Vorarl-
berger Landesregierung
nach dem Totschlag des
dreijährigen Cain 2011.

3.9 Zusammenarbeit und Vernetzung

3.9.1. Unterschiedliche Verständnisse von Vernetzung

Bei den meisten Gesprächspartnern ist unbestritten, dass mehrfach belastete Schwangere bzw. Jungfamilien durch ihre Multiproblemsituationen mehrere Formen der Unterstützung durch medizinische und psychosoziale Dienstleister benötigen, die ein Anbieter allein nicht leisten kann. Alle Anbieter sind spezialisiert auf ein bestimmtes Fachgebiet, das nur einen Teil der Gesamtproblematik mehrfach belasteter Frauen bzw. Familien abdeckt. Es wird daher anerkannt bis gefordert, dass die verschiedenen Anbieter medizinischer und psychosozialer Dienstleistungen untereinander gut vernetzt sein müssen.

Das Verständnis von Vernetzung ist stark personenabhängig.

Was unter „guter Vernetzung“ zu verstehen ist, unterscheidet sich jedoch stark von Person zu Person, auch innerhalb derselben Berufsgruppe. Die unterschiedlichen Vorstellungen von Vernetzung machen die tatsächliche Zusammenarbeit schwierig und spiegeln sich folglich auch in deren Qualität wider. Folgende Verständnisse von Vernetzung sind anzutreffen:

Autarkie

Einzelne wenige Gesprächspartner liessen durchblicken, dass sie in der Betreuung ihrer Klientel kaum auf andere Fachstellen angewiesen sind und zu diesen auch kaum direkten Kontakt haben. Dies kann einerseits damit zu tun haben, dass sie sehr wenige mehrfach belastete Klientinnen/Patientinnen betreuen. Andererseits kann dies auch mit der Persönlichkeit der Befragten zu tun haben, die nur ungern mit anderen kooperieren. In Einzelfällen sprachen Interviewpartner auch von der Haltung der „Allzuständigkeit“ anderer Fachpersonen, die die Grenzen des eigenen Fachs nicht wahrzunehmen scheinen.

Nicht-Vernetzung

Psychiater: *„Manchmal werden die Frauen zu spät zum Spezialisten geschickt, weil die Hebamme oder der Hausarzt meinen, sie könnten das schon alleine managen.“*

Frauenarzt: *„Da ich keinen OKP-Vertrag habe, habe ich eine untypische soziale Schichtung des Patientengutes: nur Mittel- und Upperclass, kaum ‚Sozialfälle‘. Meine Patientinnen haben meistens ein gutes soziales Umfeld, das viel abfedert.“*

Frauenarzt: *„Ich brauche von meinen Partnern, dass sie nicht nur Besitzstandswahrung betreiben, sondern gemeinsam Lösungen entwickeln wollen.“*

Kinder und Jugendpsychologin: *„Manche Kinderärzte arbeiten sehr autark und weisen nie jemanden zu.“*

Das Netz kennen und triagieren

Die Mehrheit der Gesprächspartner versteht unter „Vernetzung“, die wichtigen Anbieter von medizinischen und psychosozialen Dienstleistungen innerhalb und ausserhalb des Landes zu kennen und die Patientin/Klientin im Bedarfsfall an die richtige Fachstelle verweisen zu können. Der Frau/Familie wird empfohlen, sich an eine bestimmte Fachstelle zu wenden. Damit enden die eigene Aufgabe und Verantwortung.

Die involvierten Fachstellen haben keinen direkten fachlichen Austausch über die betroffene Frau/Klientin.

Mehrere Gesprächspartner beschreiben es als anspruchsvoll, das vielfältige medizinische und psychosoziale Angebot ausreichend zu kennen, um kompetent verweisen zu können. Es wird das Bedürfnis formuliert, die Fachpersonen persönlich zu kennen, an die verwiesen werden soll. Um dies in ausreichendem Mass zu können, sei jahrelange Vernetzungsarbeit notwendig. Darunter wird verstanden, sich zu treffen und sich über das jeweilige Angebot des Partners auszutauschen.

Kinderarzt: „Wir sollten einander kennen und wissen, was der andere macht. Wir sollten uns mehr treffen und austauschen, sobald man ein Gesicht kennt, greift man leichter zum Telefon.“

In vielen Fällen, bei weniger schweren Belastungssituationen, wird dieses Vernetzungsverständnis als ausreichend betrachtet. Wenn die Patientinnen/Klientinnen über ausreichende persönliche Ressourcen verfügen, wird ihnen zugetraut, in ihrer Eigenverantwortlichkeit die empfohlene Fachstelle selbst kontaktieren und aufsuchen zu können bzw. eine andere geeignete Fachstelle zu finden.

Hebamme: „Ich weise jede Familie darauf hin, welche anderen Unterstützungen es im Land noch gibt. Dann liegt es an der Frau, ob sie diese in Anspruch nimmt.“

Arzt: „Ich glaube, es braucht nicht immer zwingend einen Austausch zwischen den Stellen, aber es gibt sicher Situationen, in denen ein Austausch hilfreich sein könnte.“

Die Organisation und Abstimmung der notwendigen Hilfeleistungen liegt in diesem Vernetzungsverständnis bei der betroffenen Frau/Familie selbst. Es gibt keine Fachstelle, die die Rolle eines Case Managers wahrnimmt.

Bei stärkeren Belastungen sind die Patientinnen/Klientinnen dazu selbst nicht ausreichend in der Lage. Dies ist beispielsweise der Fall bei

- akuten Erkrankungen bzw. medizinischen Gefährdungslagen
- psychisch belasteten bzw. erkrankten Frauen
- erschöpften Frauen/Familien
- ausländischen Frauen/Familien, die unser Gesundheits- und Sozialsystem nicht kennen und/oder Sprachprobleme haben
- kognitiv eingeschränkten Frauen/Familien

Einzelne Ärztinnen und Ärzte, die eine vielschichtige psychosoziale Problematik wahrnehmen und selbst das Case Management nicht übernehmen können oder wollen, haben die Erwartung, dass eine psychosoziale Fachstelle diese Rolle übernimmt und die notwendigen weiteren Dienste organisiert. Bei Kindeswohlgefährdungen wird diese Aufgabe dem Kinder- und Jugenddienst (ASD) zugeschrieben und in dessen Auftrag häufig von der Sozialpädagogischen Familienbegleitung (VBW) wahrgenommen. In weniger schwerwiegenden Situationen, in denen die SPF durch die Hochschwelligkeit des Zugangs nicht eingesetzt werden kann, wird die Wahrnehmung dieser Aufgabe z. B. von einer freischaffenden Psychologin, von der Beratungsstelle schwanger.li oder ebenfalls vom Kinder- und Jugenddienst erwartet. Dies stimmt jedoch nicht immer mit dem Verständnis der Psychologin, der Beratungsstelle schwanger.li bzw. des Kinder- und Jugenddienstes überein.

Aktive Übergabe – Kooperation

In diesem Vernetzungsverständnis nimmt eine Fachstelle direkten, persönlichen Kontakt mit einer anderen benötigten Fachstelle auf. Sie informiert über die Situation der Patientin/Klientin, ersucht um ihre Übernahme und formuliert den weiteren Bedarf der Patientin/Klientin. Im Idealfall bleiben die beiden Fachstellen miteinander im Austausch.

Direkter Kontakt, aber die Verantwortung endet an der Grenze der eigenen Fachstelle. Die Aufgabe der Koordination der Helfer bleibt bei der Patientin/Klientin.

Die aktive Übergabe, die nur mit dem Einverständnis der betroffenen Frau möglich ist, ist innerhalb des medizinischen Systems im Bedarfsfall üblich. So übergeben Frauenärzte Patientinnen aktiv an die Frauenklinik oder an einen Psychiater, die Frauenklinik Grabs übergibt Wöchnerinnen vorbildlich an Frauenärzte, Hebammen und die Mütter- und Väterberatung, Kinderärzte übergeben Kinder aktiv an das Kinderspital.

Hebamme: „Bei schwierigen Situationen rufe ich die Mütter- und Väterberatung oder schwanger.li an, gebe einen mündlichen Bericht und bitte darum, die Frau weiter zu begleiten. Das läuft an sich gut.“

Aktive Übergaben vom medizinischen an das psychosoziale System beschränken sich im Wesentlichen auf Hochrisikofamilien und funktionieren dort in der Regel gut. So ist die aktive Übergabe von Kindern/Familien durch Kinderärzte an Kinderpsychologinnen in Liechtenstein gut eingespielt, ebenso z. B. die Übergabe von Patientinnen durch die Psychiater an die Einrichtungen des Vereins für Betreutes Wohnen. Auch das Entlassungsmanagement des Ostschweizer Kinderspitals St. Gallen zeigt sich vorbildlich. Sowohl Kinderärzte als auch die MVB erhalten einen detaillierten Austrittsbericht über das Kind.

Aktive Übergaben in die umgekehrte Richtung, vom psychosozialen an das medizinische System, gestalten sich in der Regel schwieriger. So wird es von psychosozialen Fachstellen als „nicht immer einfach“ beschrieben, persönlichen Kontakt oder Termine für Klientinnen bei Kinderärzten oder Psychiatern zu bekommen. Dies scheint einerseits mit den knappen Kapazitäten der Ärzte zu tun zu haben, möglicherweise aber auch mit berufsständischen Abgrenzungen. Durch die Kleinheit des Landes gelingt es einzelnen Psychologinnen, Psychotherapeutinnen und Sozialarbeiterinnen jedoch immer wieder, sich bei einem Teil der Ärztinnen und Ärzte fachliche und persönliche Akzeptanz und einen direkten Zugang „auf Augenhöhe“ zu erarbeiten.

Case Management – Koordination

In Situationen, in denen Menschen aufgrund komplexer Problemlagen mehrere Dienste in Anspruch nehmen müssen, zu deren Koordination aber selbst nicht in der Lage sind, können Case Manager die Koordination der unterschiedlichen Leistungsanbieter übernehmen. Ziel ist, dass die Patientinnen/Klientinnen ein individuell passgenaues Bündel an notwendigen Unterstützungsleistungen in einem grösseren Versorgungszusammenhang erhalten. Aufgabe eines Case Managers in diesem Kontext ist es, notwendige medizinische und psychosoziale Dienstleistungen für mehrfach belastete Frauen/Familien zugänglich zu machen, effizient zu koordinieren und im Zeitablauf an die sich verändernden Bedürfnisse der Frau/Familie anzupassen. Dies setzt eine kontinuierliche und verantwortliche Begleitung der Frau/Familie über den definierten Zeitablauf voraus, während einzelne Dienstleister neu hinzukommen und andere wieder wegfallen können.

Der Case Manager als Lotse: Er begleitet die Frau durch das System, macht Hilfen zugänglich und koordiniert die beteiligten Fachstellen.

Case Management ist eine anspruchsvolle Tätigkeit. Es setzt hohe beraterische Fähigkeiten gegenüber den Klientinnen voraus. Gleichzeitig benötigen Case Manager eine hohe Abstimmungsbereitschaft sowie die persönliche und fachliche Akzeptanz der beteiligten Dienstleister.

3.9.2. Stärken der derzeitigen Vernetzung

Das Land ist klein, viele Fachpersonen kennen sich persönlich.

Dies ermöglicht eine unkomplizierte Zusammenarbeit.

Arzt: „Ich bin schon lange im Geschäft, kenne die notwendigen Partner und habe ausreichend Hilfen, wenn ich sie brauche (namentlich Psychologinnen, Psychiater schwanger.li). Das läuft gut. Ich bin noch nie in Not gekommen.“

Viele Fachstellen kooperieren gut

Aus den Interviews wurde erkennbar, dass zwischen vielen Fachstellen eine gute, eingespielte Zusammenarbeit besteht, insbesondere zwischen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit und Ausnahmen bestätigen die Regel):

- Frauenärzte – Hausarzt, Frauenklinik, Psychiater, Psychologin, schwanger.li, Flüchtlingshilfe
- Kinderärzte – Hausärzte, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychologinnen und Kinderpsychiater, Amt für Soziale Dienste (tw = teilweise), Heilpädagogische Frühförderung, Therapeutische Wohngemeinschaft
- Psychiater – Hausärzte, Frauenarzt, Kinderärzte (tw), Psychologin/Psychotherapeutin, Mobiles sozialpsychiatrisches Team, Psychiatrisches Zentrum, LANV, Infra, Frauenhaus, Familienhilfe (tw), private Case Manager, Stiftungen
- Frauenklinik Grabs – Frauenärzte, Kinderärzte, Hebammen, Mütter- und Väterberatung, schwanger.li, Osteotherapie
- Kinderspital St. Gallen – Kinderärzte, Hebammen, Mütter- und Väterberatung, Kinder- und Jugendpsychologinnen

- Hebammen (liechtensteinische) – Kinderarzt (tw), Kinderspital, Mütter- und Väterberatung, Osteopathie, Physiotherapeutin
- Kinder- und Jugendpsychologinnen – Kinderarzt (tw), Kinder- und Jugenddienst (ASD), Psychiater, Erwachsenenpsychotherapeuten, sozialpädagogische Familienbegleitung, heilpädagogische Frühförderung, Logopädie, Stiftungen
- Sozialpädagogische Familienbegleitung – Jugendpsychiater, Psychotherapeuten, Kinderärzte (tw.), Eltern-Kind-Forum, Hebammen, Mütter- und Väterberatung
- Mobiles sozialpsychiatrisches Team + TWG – Psychiater, Kinder- und Jugenddienst (ASD), Frauenärzte, Psychologen/Psychotherapeuten, Familienhilfe, schwanger.li
- Kinder- und Jugenddienst (ASD) – Kinderärzte (tw.), Sozialpädagogische Familienbegleitung, Mobiles sozialpsychiatrisches Team, Kinder- und Jugendpsychologinnen, Familienhilfe, Ombudsstelle für Kinder und Jugendliche, Flüchtlingshilfe
- Eltern-Kind-Forum: u.a. Schuldenberatung (ASD), Psychotherapie, Hausarzt, Sozialpädagogische Familienbegleitung, Infra, Kitas, Mütter- und Väterberatung

Die Qualität der Zusammenarbeit hängt zumeist von den jeweils handelnden Personen ab, weniger von der Stelle an sich. Zitate:

Frauenklinik Spital Grabs: „Wir entlassen keine Frau in einer problematischen Situation, ohne dass sie zuhause eine Hebamme hat. Manchmal ist es jedoch nicht einfach, eine Hebamme zu finden, die sie kurzfristig übernehmen kann. Da braucht es oft mehrere Telefonate.“

Hebamme: „Wichtig sind auch bei uns medizinischen Fachpersonen, dass man notwendige Dinge für die Flüchtlinge einfädelt. Ich rufe viel beim Gynäkologen, beim Kinderarzt usw. für die Flüchtlingsfrauen an, weil sie ungern telefonieren. Sie können die Sprache nicht so gut, sie kennen das System nicht, das ist für sie schwierig.“

Eltern Kind Forum: „Wir triagieren viele Klientinnen an andere Institutionen (Schuldenberatung, Psychotherapie, Hausarzt). Wir verweisen die Klientinnen an die Fachstelle X und überlassen es dann ihr, ob sie das macht (Freiwilligkeit!). In manchen Situationen nehmen wir aber mit Einverständnis der Klientin selbst Kontakt mit der Fachstelle Y auf und schauen, dass die Klientin dort ankommt.“

Entlassungsmanagement der Frauenklinik Grabs und des Kinderspitals St. Gallen

Grabs: Die nachbetreuenden Frauenärzte, Kinderärzte, Hebammen (sofern bekannt) sowie die Mütter- und Väterberatung erhalten einen ausführlichen schriftlichen Austrittsbericht, auf dem auch psychosoziale Risikofaktoren festgehalten werden. Bei besonderen Risikofaktoren wird aktiv eine nachbetreuende Hebamme für die Frau gesucht, sowie die Hebamme und/oder die Mütter- und Väterberatung telefonisch informiert. Je nach Problemlage wird auch schwanger.li oder das Amt für Soziale Dienste/die KESB kontaktiert.

Kinder aus der Region werden nach einer problematischen Geburt, bei Erkrankungen oder Behinderungen häufig in das Kinderspital St. Gallen verlegt. Bei Entlassung des Kindes aus dem Kinderspital erhalten die nachbetreuenden Kinderärzte sowie die Mütter-Väterberatung vorbildliche Entlassungsberichte mit allen notwendigen Informationen.

Manche Ärzte fungieren als Case Manager bzw. Sozialarbeiter

In mehreren Gesprächen wurde deutlich, dass manche Hausärzte, Kinderärzte und Psychiater die Organisation von notwendigen psychosozialen Hilfen für ihre Patientinnen übernehmen. Manche tun dies, weil dies ihrem Verständnis nach zu ihrer Aufgabe gehört, manche unfreiwillig, weil ihre Patientinnen sonst nicht die notwendige Unterstützung bekommen würden und eine Verschärfung der Problemsituation befürchtet wird. Ob der zum Teil erhebliche zeitliche Einsatz von Ärzten in einer sozialarbeiterischen Funktion als sinnvoller Einsatz ihrer Ressourcen betrachtet werden kann, bezweifeln viele von ihnen.

Kinderarzt: „Als Kinderarzt muss man ein halber Sozialarbeiter sein.“

Kinderarzt: „Wenn ich eine andere Fachstelle brauche, mache ich das über den Hausarzt. Ich selbst habe da nicht viele Kontakte. Auch bei psychischen Problemen gehe ich über den Hausarzt, weil der die Frau schon länger kennt.“

Frauenarzt: „Ich mache das seit Beginn meiner Tätigkeit so, dass ich frage, wie es zuhause geht. Brauchst Du Geld oder eine Psychologin oder soll ich einmal mit deinem Mann reden?“

Psychiater: „Ich verwende einen erheblichen Teil meiner Zeit für die Organisation des notwendigen Unterstützungsnetzes für die Frauen, rufe beim Amt oder bei der Stelle X oder beim Arbeitgeber an, das gehört einfach dazu zu meiner Tätigkeit.“

Psychiater: „Die grösste Schwierigkeit ist die tatsächliche Behandlung der psychischen Erkrankung, da die psychosozialen Umstände das oft verhindern. Erst muss ein Weg für die Entlastung anderer Art erfolgen, z. B. im Finanziellen. Ich muss immer erst überlegen, wen ich jetzt für diese Frau organisiere ... Ich gehe auch mal mit, z. B. zum Arbeitgeber. Das ist aber eigentlich keine psychiatrische Arbeit, wird nicht bezahlt und ist extrem aufwändig.“

Psychiater: „Ich verbringe sicher einen Drittel der Zeit mit Versuchen, das System zu aktivieren. Das ist eigentlich Sozialarbeit. Ich mache das gern, aber ich bin nicht wirklich gut darin. Dabei gibt es Leute, die das studiert haben und die sollen das auch bezahlt machen.“

3.9.3. Schwächen der derzeitigen Vernetzung

Mangelnde Zusammenarbeit, wo Kooperation wichtig wäre

Aus den Interviews wird deutlich, dass aus unterschiedlichen Ursachen an bestimmten Schnittstellen, die für die Gewährleistung des Kindeswohls wichtig sind, wenig oder konfliktträchtige Zusammenarbeit besteht, beispielsweise bei:

Frauenärzte (tw) – Kinderärzte, Hebammen

Kinderärzte (tw) – Amt für Soziale Dienste (tw.), Hebammen, Mütter- und Väterberatung

Mütter- und Väterberatung – Frauenklinik und Kinderspital Chur, Kinderärzte, Psychiater, schweizerische Hebammen

Psychiater – Amt für Soziale Dienste, AMS, IV

Als Ursachen für die mangelnde Zusammenarbeit werden genannt:

- Zuwenig Kapazität, Überlastung, andere Prioritäten
- Teilweise wenig Bewusstheit von Erwachsenentherapeuten (ärztlich und psychosozial), dass auch noch Kinder im Spiel sind
- Wenig Bewusstsein für die Bedeutung der Zusammenarbeit für die nachbetreuende Fachstelle
- Persönlichkeit des jeweils anderen Partners
- Sorge, die Patientin/die Klientin an die andere Fachstelle zu verlieren bzw. den Lead in der Prozessgestaltung zu verlieren („Das eigene Gärtlein hüten.“).

Kinder- und Jugendpsychologin: „Das Konkurrenzdenken zwischen den Institutionen macht Kooperation und Vernetzung in Liechtenstein schwierig. Das ist wirklich mühsam.“

Hebamme: „Es würde mir sehr helfen, wenn die Frauenärzte uns Hebammen bei Risikoschwangerschaften aktiv informieren würden. Wir bekommen hier keine Berichte und ich muss bei jeder Frau mühsam die Vorgeschichte erfragen.“

Fehlendes Case Management im sekundärpräventiven Bereich

In schwereren Belastungssituationen reichen eine Triage oder die aktive Übergabe der Patientin/Klientin an eine andere Fachstelle manchmal nicht aus. Die betroffenen Frauen/Eltern sind nicht (mehr) in der Lage, die empfohlenen Fachstellen in Anspruch zu nehmen und selbst zu koordinieren. Deren Kinder drohen auf der Strecke zu bleiben:

Psychiater: „In existenziellen Fragen schicke ich meine Patientinnen z. B. zur Infra oder zum LANV. Schwierig daran ist, dass die Patientinnen manchmal so angeschlagen sind, dass sie dort nicht ankommen. Die Kinder, die zu diesen Personen gehören, gehen dabei wirklich unter. Um die kümmert sich niemand.“

Um solche Situationen zu vermeiden, wäre ein qualifiziertes Case-Management erforderlich, das die Frau/Familie aktiv und nachgehend darin unterstützt, die erforderlichen Hilfen zu erlangen. Dies wäre auch für viele Ärzte eine grosse Hilfe, die „den Dschungel“ der vielfältigen psychosozialen Angebote nicht überblicken.

Frauenarzt: „Ich kenne die psychosozialen Fachstellen nicht. Hilfreich wäre für mich eine kompetente Triage-Stelle, wo ich meine Patientinnen hin motivieren kann und die dann den Fall und das Case Management übernehmen. So eine Anlaufstelle für alles Nicht-Medizinische wäre hilfreich.“

Kinderarzt: „Ich kann das Case Management nicht leisten. Jemand muss den Lead übernehmen. Es wäre hilfreich, wenn es eine Institution gäbe, die losgelöst vom Amt Case Management bei psychosozialen Problemlagen machen könnte. Notwendige Profession: multiprofessionell: Sozialarbeit + Pädagogik + Finanzielles.“

Psychiater: „Es bräuchte ein Case Management, das die Fäden zusammenhält und für konkrete Entlastung der Erwachsenen und Betreuung der Kinder sorgt. Es bräuchte ein niederschwelliges Angebot, unkompliziert und rasch.“

Psychiater: „Die verschiedenen Spezialisten machen die Kernarbeit am Kind oder der Patientin, sind aber nicht für die Netzwerkarbeit zuständig ... Ein Netzwerk um diese verschiedenen Institutionen wäre gut. Es bräuchte jemanden, der diese Netzwerkarbeit macht, der weiss, wer im Netzwerk ist für das Wohnen zuständig, wer für das Kind, wer für die Interaktion in der Familie. Eine Zentrale, die man unkompliziert kontaktieren könnte und die die betroffenen Eltern/Frauen begleitet. Manche von ihnen könnten dann die Wege auch selbst gehen, andere bräuchten ständige Begleitung.“

Psychiater: „Wir brauchen ein unabhängiges sozialpsychiatrisches Zentrum mit interdisziplinärer Zusammenarbeit (Fachärzte, Kinder- und Jugendberatung, SozialarbeiterInnen ...), alles an einem Ort und mit zuständigem Case Management, das die Fäden in der Hand hat. Die neu angemeldeten Patienten sollten binnen 48 Stunden effizient erfasst und gescreent werden – man muss schauen, was es braucht und die zuständigen Stellen involvieren. Meine Erwartung ist, dass es dort schneller zu tragfähigen Lösungen kommt, als ich sie organisieren könnte. Danach kann ich als Psychiater meine Aufgabe machen, nämlich die psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung einer Person.“

Kinder- und Jugendpsychologin: „Die Zusammenarbeit mit anderen Fachstellen ist oft nicht so einfach. Ich initiere viel, dass man sich austauscht und zusammenarbeitet. Das ist oft sehr anstrengend mit Telefonaten, Terminkoordination, Treffen organisieren. Das Case Management sollte nicht unbedingt bei mir als Psychotherapeutin liegen. In gravierenden Fällen liegt es beim ASD/KJD, aber sonst mache ich es meist selbst, da es niemanden gibt, der das übernehmen könnte und ich viele kenne.“

Entlassungsmanagement des Kinderspitals in Chur

Rund ein Fünftel der liechtensteinischen Kinder kommt in Chur zur Welt. Die Frauenklinik Chur sowie das Kinderspital Chur sind somit bedeutende Einrichtungen für unsere Thematik.

Wenn eine Geburt problematisch verläuft (z. B. Frühgeburt) oder das Kind krank oder behindert zur Welt kommt, steigt die Belastung für die betroffenen Eltern enorm an. Gerade dann wäre eine aktive Übergabe der Familie an die nachbetreuenden Fachstellen besonders wichtig. Die Mütter- und Väterberatung beklagt, dass sie in solchen Situationen keinen schriftlichen oder zumindest mündlichen Bericht durch das Kinderspital Chur erhält, obwohl mehrfach darum gebeten wurde.

Manche Frauen- und Kinderärzte scheinen nachbetreuende Fachstellen wenig über psychosoziale Problemlagen zu informieren

In Gesprächen mit Kinderärzten, Hebammen, der Frauenklinik Grabs und der Mütter- und Väterberatung wurde formuliert, wie wichtig eine Vorinformation über psychosoziale Problemlagen durch die Frauen- und Kinderärzte wäre, sofern diese bekannt sind. Es wird angenommen, dass Frauen- und Kinderärzte vieles von den Lebensumständen der Frauen wissen. Die Information über Problemlagen, deren Kenntnis für die nachbetreuenden Fachstellen wichtig wäre, scheint jedoch teilweise nicht weiter gegeben zu werden.

Frauenklinik Spital Grabs: „Bei uns steht und fällt alles mit den Geburtsanmeldungen durch die Gynäkologen. Zum Teil sind diese sehr genau und ausführlich. Es gab jedoch auch schon Anmeldungen, wo nichts stand und die Frau eine psychische Erkrankung hatte. Wenn wir das wissen, können wir ganz anders an die Sache herangehen.“

Kinderarzt: „Ich habe noch nie von einem Frauenarzt einen Hinweis bekommen, dass ich bei dieser Familie ‚dran bleiben‘ soll.“

Mütter- und Väterberatung: „Vor uns sind der Kinderarzt und die Hebamme bei den Frauen. Sie sind deren Vertrauens- und Hauptansprechperson. Für uns ist es schwierig, danach den Anschluss zu finden, wenn wir die Frauen nicht aktiv übergeben bekommen. Dann müssen wir alles neu erfragen. Für die Frauen ist es leichter, wieder bei der Hebamme anzurufen, als zu uns zu kommen und die ganze Geschichte wieder von vorne erzählen zu müssen.“

Wer kümmert sich um die Kinder mehrfach belasteter Mütter/Eltern?

Wenn Frauen/Eltern in ärztlicher Behandlung, Psychotherapie oder psychosozialer Begleitung sind, berücksichtigen manche Fachpersonen die mitbetroffenen Kinder nicht in ausreichendem Masse. Dies kann mit den begrenzten Kapazitäten der Erwachsenen-therapeuten zu tun haben, teilweise dürfte aber auch das systemische Denken, die Aufmerksamkeit für die mitbetroffenen Kinder fehlen. Nicht zuletzt scheint die berufliche Schweigepflicht als Hindernis zur Involvierung anderer Fachstellen wahrgenommen zu werden, obwohl dieses Problem in vielen Fällen durch eine (partielle) Schweigepflicht-entbindung durch die Patientin/Klientin behebbar wäre.

Kinderarzt: „Schlimm, dass in diesem kleinen Land so wenig Vernetzung stattfindet. Ich habe in 20 Jahren zwei Zuweisungen von einem Hausarzt und einem Psychiater bekommen. Es geht ja auch ums Kind! ... Ich bekomme auch meist kein Feedback, wenn ich eine Mutter an einen Kollegen weiterweise.“

Psychiater: „Es ist nicht selbstverständlich, dass die Kinderärzte auch einen Blick auf die Mutter haben. Es ist verheerend, wenn die Mutter nicht in seinem Blick ist.“

Psychiater: „Die Hausärzte und -ärztinnen schicken diese Patienten zu mir. Aber die kümmern sich auch nicht um die Kinder. Um die kümmert sich niemand. Oft kümmern sich die Kinder um die psychisch kranken Eltern und werden selbst krank. Also wenn man das gut machen wollte, müsste man die Kinder screenen, wenn sie einen psychisch kranken Elternteil haben.“

Mütter- und Väterberatung: „Wir werden selten von anderen Fachstellen miteinbezogen, obwohl wir uns sehr um die Vernetzung bemühen, z. B. bei den Psychiatern. Bei Vernetzungstreffen erfahren wir dann, dass sie eine bestimmte Anzahl von Patientinnen mit Kindern „in unserem Alter“ haben, aber wir erfahren aktiv von den Psychiatern gar nichts (Ausnahme: Frau Dr. Römer). Wir haben darum gebeten, dass sie uns bei psychisch kranken Schwangeren bereits in der Spätschwangerschaft kontaktieren, damit wir die Beziehung aufbauen können für die Zeit nach der Geburt. Da passiert gar nichts. Argumente: Datenschutz, Schweigepflicht. Dieses Problem könnte man lösen, wenn man wollte.“

Fazit: Bei Hochrisikofamilien, im Kontext der behördlichen Kinder- und Jugendhilfe (Tertiärprävention), wird das Instrument des Case Managements seit Jahren eingesetzt. Im Bereich der Sekundärprävention, bei zwar vorhandenen Mehrfachbelastungen und Risikofaktoren, jedoch ohne akute Gefährdungslage, fehlt ein systematisches Case Management. Viele der befragten Fachstellen rufen jedoch danach, weil sie selbst dazu nicht in der Lage sind und weil zu viele mehrfachbelastete Familien notwendige Dienstleistungen nicht erhalten bzw. die Unterstützung unkoordiniert und ineffizient erfolgt.

3.10 Die Arbeitswelt als Belastungsfaktor

Kinderarzt: *„Es gibt eine Reihe von Belastungsfaktoren bei Jungeltern, die zunehmen, vor allem jedoch Druck/Stress durch den frühen Wiedereinstieg in den Beruf, wenn beide Einkommen gebraucht werden. Häufig steht die Mutter unter Stress durch die frühe Berufstätigkeit. Das ist keine entspannte Situation, was sich natürlich auch auf das Kind auswirkt. Der Mutterschaftsurlaub ist in Liechtenstein und der Schweiz schlecht geregelt. Notwendig wäre eine längere Elternzeit. Da sind wir schon etwas steinzeitlich unterwegs, bei all den Studien, die es mittlerweile gibt, die zeigen, wie wichtig das wäre.“*

Kinderarzt: *„Ich hatte jetzt schon drei schwangere Mitarbeiterinnen, daher hat sich meine Prämie für die Taggeldversicherung verfünffacht. Das führt natürlich zu einer Diskriminierung der jungen Frauen. Sie werden unter Druck gesetzt, wenn sie schwanger werden und ein Kind bekommen. Sie werden dann auch ungern wieder angestellt, weil wenn sie ein Kind haben, kann auch ein zweites kommen. Die Arbeitgeber versuchen, diese Frauen los zu werden. Ich werde gestraft dafür, dass ich junge Frauen einstelle. Die Schweiz hat das anders: Über die Erwerbsersatzordnung wird diese Belastung auf alle Arbeitgeber verteilt. Das muss unbedingt geändert werden – Das ist ein No go.“*

Frauenarzt: *„Die Frauen brauchen arbeitsrechtliche Beratung, weil es öfter Probleme mit den Arbeitgebern gibt. Die können dann sagen: ‚Lassen Sie sich krankschreiben, damit ich eine Ersatzkraft anstellen kann‘.“*

Psychiater: *„Dann auch die Frage um Elternzeit oder um Jahres- und Lebensarbeitszeiten, um Lohnhöhen in welchem Lebensabschnitt. Bei der Phase der Geburt des Kindes und der Wiederaufnahme der Arbeit, da sind wir wirklich das Schlusslicht. Man muss nicht das österreichische Karenzmodell einführen, aber ich verstehe es nicht, dass der Wert des Sich-Verwurzelns, des sich Sesshaft-fühlens aus Arbeitgebersicht zu wenig bis nicht erkannt wird.“*

3.11 Vorschläge der befragten Experten (Zitate)

Frauenärzte

- Bessere psychiatrische Versorgung. Es ist manchmal sehr schwer, zeitnah einen Termin zu bekommen. Ich traue mich weder bei Psychopharmaka noch bei der Abschätzung von Suizidalität selbst drüber und brauche einen Psychiater, manchmal auch am Sonntag, wenn ich um eine Frau echt Angst habe (Suizidalität). Die psychiatrische Versorgung im Land geht so ... Die Psychiatrie Heerbrugg (Dr. Binswanger) ist den Frauen zu weit weg. Von Trübbach habe ich noch nichts mitbekommen.
- Hebammen sind wichtig, weil sie eine stabilisierende Wirkung haben, was bei belasteten Frauen wichtig ist. Seit ich eine Hebammen-Liste abgeben kann, ist es besser.
- Ich kenne die psychosozialen Fachstellen nicht. Hilfreich wäre für mich eine kompetente Triage-Stelle, die ich persönlich kenne, wo ich meine Patientinnen hin motivieren kann und die dann den Fall und das Case Management übernehmen. So eine Anlaufstelle für alles Nicht-Medizinische wäre hilfreich.

Kinderärzte

- Ein einfaches Instrument (*Screening-Tool*) für das Erfassen der Befindlichkeit der Frau. Einfache Fragen, die nicht zu intim sind, zwei bis drei Trigger-Fragen.
- Bessere Vernetzung. Ich muss wissen, wer für welche Themen zuständig ist.
- Ich kann das Case Management nicht leisten. Jemand muss den Lead übernehmen. Es wäre hilfreich, wenn es eine Institution gäbe, die losgelöst vom Amt Case Management bei psychosozialen Problemlagen machen könnte.
- Ich vermisse die alte Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche, wo ein Sozialpädagoge, ein Psychologe und ein Psychiater gemeinsam im Austausch gearbeitet haben. Heute sind die Unterstützungsangebote fragmentiert. Es wäre aber besser, es gäbe eine Anlaufstelle mit mehreren Qualifikationen und umfassender Begleitung. Dies sollte eine neutrale Stelle in privater Trägerschaft sein, je weniger Amt, desto besser.
- Eine offene, niederschwellige Gruppe („Krabbelgruppe“), wo man sie hinschicken könnte. Dann könnte man die Mütter ermutigen, dort hinzugehen: Da sind Leute, die euch zuhören, die euch helfen können. Fachkompetenz der Gruppenleitung erforderlich: Mütterberatung, Hebamme, Heilpädagogische Frühförderung.
- Mehr Kapazität, ein zweiter Kollege, der mir in der Praxis helfen könnte.
- Zuwenig niederschwelliges Angebot. Es ist für die Eltern ein sehr grosser Schritt, Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil dann ja auch „grosse Massnahmen“ folgen (Psychologe, Frühförderung im Haus). Da wäre so etwas Niederschwelliges, ähnlich schwanger.li, eine Krabbelgruppe oder so, gut. Anonyme Anlaufstelle für Eltern, wo man sich erkundigen kann.
- Was sicher helfen könnte: Mütter-Treffs, damit sie sich gegenseitig helfen können und sehen, dass es anderen auch so geht. Ich bin unsicher, was das für ein Gefäss sein sollte. Mütterberatung, aber mit mehr Ressourcen (sie sind nur einmal in der Woche in der Gemeinde). Krabbelgruppen und jemand ist da, der die Ohren spitzt.

Das gibt es bereits, nämlich der Elterntreff des Eltern Kind Forums. Das ist dem Arzt jedoch unbekannt.

- Wenn die Mütter- und Väterberatung mehr Hausbesuche machen würde. In Chur geht die Mütterberatung die ersten ein, zwei Mal nach Hause, sehen viel und geben dann auch Feedback an die Kinderärzte.

Frauenklinik Grabs

- Wichtig wäre, dass solche Frauen eine Hebamme haben, die mit der Familie vertraut ist. Wir entlassen niemanden, der belastet ist, ohne dass wir eine Hebamme organisiert haben. Es bräuchte mehr Hebammenkapazität für die Nachbetreuung. Hebammen sind sehr bemüht. Ein Viertel der Frauen hat keine Hebamme, wenn sie entlassen werden.

Hebammen

- Mehr Hebammenkapazität. Ich bin für das nächste halbe Jahr ausgebucht. Es tut mir weh, wenn ich Frauen mit Status nach Depression absagen muss, weil ich voll bin.
- Mehr Zeit pro Frau, wenn sie belastet ist.
- Mehr psychiatrische Kapazität.
- Wenn die Hebammen sich besser gegenseitig aushelfen würden (Kannst du mir diese Frau eine Woche „hüten“?) Es ist so, dass man im Sommer einfach zwei Monate in den Ferien ist, ohne für Ersatz für die Frauen zu sorgen. Die Hebammen sprechen sich hier zu wenig ab. Es gibt auch keinen Hebammenverein in Liechtenstein.

Psychiater

- Die grösste Schwierigkeit ist die tatsächliche Behandlung der psychischen Erkrankung selbst, da die psychosozialen Umstände das oft verhindern. Erst muss ein Weg für die Entlastung anderer Art erfolgen, z. B. im Finanziellen. Diese PatientInnen bräuchten auch aufsuchende Unterstützung zu Hause, um die psychosoziale Situation zu entschärfen.
- Eine weitere Schwierigkeit ist, dass ich immer erst überlegen muss, wen ich jetzt für diese Frau organisiere. Dabei gehe ich nie übers Amt. Es bräuchte ein niederschwelliges Angebot, unkompliziert und rasch. Auf jeden Fall ohne Einbezug vom Amt. Es bräuchte ein Case Management, das die Fäden zusammenhält und für konkrete Entlastung der Erwachsenen und Betreuung der Kinder sorgt.
- Wir brauchen ein unabhängiges sozialpsychiatrisches Zentrum mit interdisziplinärer Zusammenarbeit (Fachärzte, Kinder- und Jugendberatung, SozialarbeiterInnen ...), alles an einem Ort und mit zuständigem Case Management, das die die Fäden in der Hand hat. Die neu angemeldeten Patienten sollten effizient erfasst und gescreent werden – man muss schauen, was es braucht und die zuständigen Stellen involvieren. Danach kann ich als Psychiaterin meine Aufgabe machen, nämlich die psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung einer Person.
- Das wäre tatsächlich ein sozialpsychiatrisches Zentrum, dem ich zuweisen könnte. Ich könnte kurz informieren, ich habe die Situation angeschaut, das ganze System ist in

Schieflage, ich weise euch zu mit der Bitte, euch die Aspekte „Wirtschaftliches, Soziales“ anzusehen. Versucht, das System zu stabilisieren. Das Ganze mit einer Aufnahmezeit von 48 Stunden. Die Psychiatriezentren Werdenberg und Heerbrugg z. B. haben die Verpflichtung, die Leute innert 48 Stunden zu sehen, verstehen jedoch unsere liechtensteinischen Verhältnisse zu wenig.

- Gerade die psychisch belasteten Mütter brauchen dringend Raum, um sich zu erholen, auch Raum ohne Kinder. Da wäre noch Bedarf da, dass auch kleine Kinder stundenweise betreut werden. Wenn die Mutter 24 Stunden das Kind hat, wird die Krankheit nicht besser.
- Wenn eine Mutter mit Säugling einen stationären Platz braucht, was regelmässig vorkommt, ist es manchmal schwierig. Wir haben die Klinik Beverin, Münsterlingen mit Mutter-Kind-Betten. Das grosse Problem ist die Wartezeit von 4 – 8 Wochen, weil die Mutter sofort ein Bett braucht, wenn sie eine ausgeprägte Depression hat. Bei der Überbrückung geht es in der Schweiz noch gut mit der Spitex und mit den niedergelassenen Psychiatrieschwestern. Die können auch zwei Mal die Woche kommen, aber nicht nach Liechtenstein. Das mobile sozialpsychiatrische Team des VBW ist oft personell sehr knapp dran, die haben auch niemanden, der speziell auf Kinder ausgebildet ist.
- Die Überbrückung bis zur stationären Aufnahme ist oft schwierig, Ich mache dann auch Hausbesuche, um sie zu stabilisieren. Familienhilfe, Haushaltshilfe ist auch wichtig, die Haushaltshilfe hat auch knappe Kapazitäten, um z. B. mit der Mutter zu kochen und nicht nur für sie zu kochen.
- Bedarf bei depressiven Müttern: flexible, freiberufliche Psychiatrieschwestern ohne starres Konzept, was die dürfen und was nicht. Die Mütter brauchen nicht nur das Essen und die Wäsche, sie brauchen eine Tagesstruktur und Beschäftigung, dass jemand mit ihnen kocht oder Wäsche wascht oder einkaufen geht, die Spülmaschine einräumt, damit sie aufstehen und aktiv werden. Das schafft sie alleine nicht ... Das wäre auch ökonomisch sinnvoll, denn es spart teure Krankenhausaufenthalte. Wir könnten stationäre Aufenthalte abfangen, wenn wir die häusliche Betreuung durch Psychiatrieschwestern aufbauen könnten. Im Hinblick auf die Mutter-Kind-Interaktion bräuchten sie den Auftrag und die Schulung.
- Die Mütter- und Väterberatung macht Hausbesuche, aber zu wenig, das ist eher eine Komm-Struktur.

Mütter- und Väterberatung

- Manchmal hätten wir gerne die sozialpädagogische Familienbegleitung in einer Familie, aber das muss über das ASD gehen, weil es sonst nicht finanziert wird. Das finde ich suboptimal, weil manche Familien nicht zum ASD wollen. Wir könnten das prinzipiell auch ohne ASD regeln, z. B. bei einer kognitiv eingeschränkten Mutter, wo es um z. B. um das Kochen oder und die Erziehung des Einjährigen geht.

- Mehr Hausbesuche, weil ich viel schneller einen Einblick bekomme, was in der Familie läuft. Das erleichtert, du siehst mehr. Wir sind in der privilegierten Lage, noch Hausbesuche machen zu können, wir haben die Kapazität dafür, wenn auch nicht für eine kontinuierliche Begleitung.
- Das Zentralisieren von Angeboten in der Gemeinde in Form eines Familienzentrums mit niederschwelligem Zugang auch für belastete Familien.
- Landesverwaltung: Amt für Soziale Dienste, Amt für Gesundheit, Schulamt, Amt für Berufsbildung und Berufsberatung: jeder macht ein wenig im Bereich der Frühen Kindheit, aber sehr zersplittert. Es hat zu viele Akteure, aber das Miteinander fehlt. Jeder hat das Gefühl, dass er seinen Garten verteidigen muss. Auch der Schulbereich mischt mit: Früherzieherinnen und Heilpädagogik auch schon auf Kindergartenstufe.
- Besseres Entlassungsmanagement der Geburtsstation des Kinderspitals in Chur, speziell, wenn es um Problemgeburten geht. Wir haben das bereits mehrfach reklamiert, erfolglos. Mit dem Kinderspital St. Gallen klappt das wunderbar, wir bekommen einen sauberen Bericht, mit Chur leider nicht.
- Borderline-Eltern sollten vom Amt her den Auftrag haben, regelmässig zu uns zu kommen, weil man weiss, dass bei ihnen die Gefährdung für das Kind gross ist. Wir sollten den klaren Auftrag haben, wir erkennen die Stresszeichen des Kindes. Leider geht kein Psychiater zum Amt und sagt, dass hier ein Risiko für das Kind besteht. Die Psychiater könnten auch direkt auf uns zukommen und eine Art Dreiecksvertrag mit der Mutter und uns machen für einen regelmässigen Kontakt mit der Mütter- und Väterberatung, bis sie stabil bist.
- Wir sollten die sozialpädagogische Familienbegleitung ohne Amt einsetzen können.

Eltern-Kind-Forum

- Entkoppelung der sozialpädagogischen Familienbegleitung vom Amt, damit es die Eltern auch in Anspruch nehmen. Derzeit ist der Zugang sehr hochschwellig.
- Programm schritt:weise auf mehr Plätze ausweiten. Vielleicht sollten wir auch das Programm schritt:weise 1 anbieten, das bereits Familien mit einjährigen Kindern aufnimmt.

Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen

- Erst ab dem 4. Lebensjahr, ab dem Kindergarten, fühlt sich die Gesellschaft zuständig für das Wohl der Kinder. Davor ist die Zuständigkeit im Privatbereich, in der Familie. Daher fehlt eine systematische Früherfassung von Familien mit Unterstützungsbedarf. In den Vorstufen (Frauenärzte, Kinderärzte etc.) müsste die Früherfassung erfolgen.
- Die Finanzierung der sozialpädagogische Familienbegleitung über das Amt ist manchmal eine Hürde für die Familien und die SPF hat nur begrenzte Kapazität.
- Erweiterung von dem, was das Eltern-Kind-Forum macht (Projekt schritt:weise)
- Obligatorische Erziehungsberatung oder Kurse („Erziehungsführerschein“), geknüpft an finanzielle Unterstützung.
- Home-Treatment, eine fachlich qualifizierte „Super-Nanny“, die Hausbesuche macht. Ziel: Vermeidung von Hospitalisationen und Rückfällen nach Spitalsaufenthalt. Wenn man heim geht, sieht man viel schneller, was läuft und kommt schneller zum Punkt.

- Mit einem systematischen Case Management unterhalb der ASD-Schwelle könnte einiges verbessert werden. Wir alle, Kinderpsychotherapeuten, Kinderärzte, Hebammen, Mütter- und Väterberatung können nur wenig Case Management machen, es passiert nur bruchstückhaft. Es wäre gut, wenn es eine professionelle Stelle gäbe, deren Aufgabe es ist, das Unterstützungsnetzwerk zu knüpfen.
- Bezahlung von Übersetzungen der Therapiegespräche bei Fremdsprachigen.

Sozialpädagogische Familienbegleitung (VBW)

- Wir sind in gutem Austausch mit dem Eltern-Kind-Forum. Dieses hat das Problem, dass sie Familien, die SPF dringend bräuchten, zum Amt schicken müssen. Es sollte einen freiwilligen Zugang zur SPF ohne Amt geben. Das würde viel Stress herausnehmen. Wenn es nicht so amtslastig wäre, könnten wir anders mit den Familien arbeiten, mehr auf freiwilliger Basis. Aus Sicht der Klientinnen ist bei der SPF immer ein gewisser Zwangskontext da, was die freiwillige Inanspruchnahme erschwert. Da fehlt was im Land: ein anderer Zugang und eine gesicherte Finanzierung.

Kinder- und Jugenddienst (ASD)

- Was wir sicher in Liechtenstein brauchen könnten, wäre ein freiwilliges, ehrenamtliches Engagement für Familien, ähnlich dem „Netz für Kinder“ in Vorarlberg. Es muss nicht alles der Staat machen.

4. Ergebnisse der Befragung mehrfach belasteter Familien

Autorin des Kapitels: Maja Marxer-Schädler

4.1 Zwei Beispiele für die Lebenssituationen der befragten Familien

Damit die Anonymität der einzelnen Personen gewährleistet bleibt, werden die Beispiele nicht an Einzelschicksalen aufgezeigt, sondern die Problematik von Mehrfachbelastungen zusammenfassend geschildert.

Psychische Probleme der Mutter

Bei jeder Frau führt eine Schwangerschaft zu vielfältigen körperlichen und psychischen Veränderungen. Tatsache ist, dass durch die Schwangerschaft und Geburt eines Kindes die Belastung für die (werdende) Mutter und Eltern grösser wird.

Für Frauen mit einer psychischen Erkrankung stellen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eine besondere Herausforderung dar. In dieser Zeit sind die betroffenen Frauen anfälliger für eine Verschlechterung oder ein Wiederauftreten von Symptomen. Einige Frauen erleben eine leichte Verbesserung ihrer Symptomatik während der Schwangerschaft, andere berichten von einer Verschlechterung, weil sie sich beispielsweise von den Belastungen während der Schwangerschaft überfordert fühlen.

Die im Rahmen dieser Erhebung interviewten Frauen mit psychischen Problemen waren bereits vor der Schwangerschaft in psychologischer und/oder psychiatrischer Behandlung und medikamentös so eingestellt, dass sie einem normalen Arbeitsalltag nachgingen.

Das Beziehungsnetz, das durch die Behandlung bei Psychologinnen und Psychiatern bereits vor der (ungewollten) Schwangerschaft gelegt wurde, hat den Frauen viel Halt und Unterstützung gegeben. Besonders auch die Betreuung durch das Mobile Sozialpsychiatrische Team (MST) des Vereins für Betreutes Wohnen wird als sehr hilfreich erwähnt, da die Betreuung und Begleitung im unmittelbaren Lebensumfeld der Betroffenen, also auch zu Hause, stattfindet. Die Begleitung durch das MST zu Terminen auf Ämter wurde als sehr unterstützend und entlastend empfunden. „Ohne das MST hätte ich es nicht geschafft“, dies eine Aussage einer interviewten Frau.

Besondere und vielfältige Ängste treten bezüglich Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit auf. Unterschiedlichste ärztliche Empfehlungen können zu diesen Verunsicherungen und Ängsten beitragen.

Gemäss nachstehender exemplarischer Tabelle werden folgende Hilfen von den Müttern mit psychischen Problemen in Anspruch genommen.

Tabelle 12: Gegenüberstellung von Hilfen nach der Geburt, die von Müttern einerseits mit und andererseits ohne psychische Erkrankung in Anspruch genommen werden können bzw. müssen.

Hilfen nach Geburt bei Müttern mit psychischen Krankheiten	Hilfen nach Geburt bei Müttern ohne psychische Krankheiten
<p>Medizinische Hilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gynäkologie, Pädiatrie und Spital ○ Hebamme ○ Psychiatrische Behandlung ○ Psychotherapie ○ Physiotherapie ○ Mobiles sozialpsychiatrisches Team ○ Akupunktur ○ Chiropraktik <p>Ämter</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ASD ○ KJD ○ Schulamt ○ Amt für Gesundheit <p>Betreuung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Familienhilfe/Spitex ○ Tagesmutter ○ Kindertagesstätten <p>Beratungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mütter-Väter-Beratung ○ Eltern Kind Forum ○ schwanger.li ○ Kompass ○ Infra ○ Ernährungsberatung <p>Weitere</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ AHV ○ Versicherungsexperte 	<p>Medizinische Hilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gynäkologie, Pädiatrie und Spital ○ Hebamme <p>Beratungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mütter-Väter-Beratung

Frühgeburten und Behinderungen des Frühgeborenen

Die zu früh geborenen Kinder der hier interviewten Mütter oder Eltern wurden in der Frauenklinik des Kantonsspitals in Chur betreut.

Von einer Frühgeburt spricht man bei der Geburt eines Kindes vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche (SSW 37+0). Dies ist in 3 – 4 % aller Geburten der Fall. Eine übliche Schwangerschaft dauert 40 Wochen (SSW 40+0). Unterhalb der abgeschlossenen SSW 34+0 kommt es zu einem deutlichen Anstieg der perinatalen Morbidität und Mortalität. Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 2000g, früher als die vollendete SSW 34+0 geboren, müssen in entsprechenden Zentren (St. Gallen, Chur, Feldkirch) betreut werden.

Die unreifen Organe des zu früh geborenen Kindes führen zu verschiedenen Problemen. Besonders bedeutend und überlebensentscheidend ist das Ausmass der Lungenreifung. Darüber hinaus können weitere Probleme wie Nierenunterfunktion, Hirnblutungen, Darmdurchbruch usw. zu lebensbedrohlichen Situationen führen.

Bei den interviewten Familien dauerte der Aufenthalt ihrer zu früh geborenen Kinder im Spital in Chur drei Monate. Das bedeutet, dass die Eltern, meist die Mutter, drei Monate lang täglich nach Chur fahren, dort den Tag bei ihrem Kind verbringen und am Abend wieder zurück nach Hause fahren musste – mit all den lebensbedrohlichen Informationen im Hinterkopf, was alles passieren könnte.

Was diese Belastung für die Eltern, aber auch für die Geschwister, d. h. für die ganze Familie bedeutet, kann man leicht erahnen. Neben der seelischen Belastung müssen aber auch der Haushalt erledigt und die grösseren Kinder versorgt werden. Das bedeutet, dass viele anfallende Aufgaben zu organisieren sind und ein entsprechendes Organisationsgeschick gefordert ist.

Bei der Geburt eines Kindes stehen dem Vater, je nach Arbeitsvertrag, ein oder mehrere freie Tage zu. Wenn es sich die Familie leisten kann, bezieht der Vater unbezahlten Elternurlaub. Rechtlich stehen ihm dafür 4 Monate zu. Der Arbeitgeber muss mindestens drei Monate vor Bezug informiert werden und kann berechnete Einwände geltend machen. Zwei der hier interviewten Väter haben einen unbezahlten Elternurlaub von einem Monat in Anspruch genommen, um die Situation zu Hause mit dem Neugeborenen unterstützend bewältigen zu können.

Bei Frühgeburten ist es oft so, dass der Säugling mehrere Wochen oder Monate im Spital versorgt werden muss. Für berufstätige Mütter kann dies bedeuten, dass sie ihre Arbeit just zu jenem Zeitpunkt wieder aufnehmen müssen, wenn das zu früh geborene Kind vom Spital nach Hause entlassen wird.

Ist das Baby dann endlich zu Hause, sind andere Belastungen im Vordergrund. Zu Hause gibt es keine Kontrolle mehr durch den Monitor für das Baby wie im Spital. Es gibt noch

keine Routine und das Schlafmanko der Eltern ist meist sehr energieraubend. Die Eltern schweben immer noch zwischen Bangen und Hoffen.

Bei einer Frühgeburt werden Hilfen exemplarisch gemäss nachstehender Tabelle von den Eltern abgeklärt und – sofern möglich – in Anspruch genommen. In der Ausnahmesituation einer Geburt und Frühgeburt ist es eine grosse Herausforderung, herauszufinden, welche Hilfsangebote es überhaupt gibt und die verschiedenen Hilfen und Termine dann optimal zu koordinieren.

Tabelle 13: Gegenüberstellung von genannten Anlaufstellen, die von Eltern nach Geburten mit bzw. ohne Geburtskomplikationen/Behinderung des Kindes in Anspruch genommen werden müssen/können

Hilfen nach Geburt mit Geburtskomplikationen/Behinderung des Kindes	Hilfen nach Geburt ohne Geburtskomplikationen/Behinderung des Kindes
<p>Medizinische Hilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gynäkologie, Pädiatrie und Spital ○ Hebamme ○ Stillhilfe ○ Physiotherapie ○ HPZ: Psychomotoriktherapie <p>Betreuung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Familienhilfe ○ Spitex für Kinder in St. Gallen ○ Tagesbetreuung Kita ○ Eltern Kind Forum ○ APA für Au-Pair <p>Beratungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ schwanger.li ○ Ernährungsberatung ○ Mütter-Väter-Beratung <p>Arbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Arbeitgeber ○ Arbeitsmarktservice ○ LANV <p>Fremdenpolizei in FL und der CH wenn Vater oder Mutter keine liechtensteinischen Staatsangehörige sind</p> <p>Weitere</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ IV ○ Amt für Gesundheit 	<p>Medizinische Hilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gynäkologie, Pädiatrie und Spital ○ Hebamme <p>Beratungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mütter-Väter-Beratung <p>Fremdenpolizei in FL und der CH wenn Vater oder Mutter keine liechtensteinischen Staatsangehörige sind</p>

Diese zwei exemplarischen Fallschilderungen zeigen einerseits, dass es eine Vielzahl an Hilfsangeboten und Institutionen in Liechtenstein und Umgebung gibt, die im Bedarfsfall aufgesucht werden können bzw. müssen. Sie zeigen andererseits aber auch, dass es schwierig ist, sich in dieser Vielfalt zurecht zu finden. Besonders in sehr belasteten Lebens-

situationen ist es eine enorme Herausforderung, sich selbst ein Netzwerk aufzubauen und zu den Hilfestellungen zu kommen, die man wirklich braucht. Die Betroffenen sind oft überfordert und alle Befragten sind an ihre Grenzen gestossen.

4.2 Probleme der Befragten

Durch die Geburt eines Kindes können bereits vorhandene Belastungen verstärkt werden und neue kommen selbstverständlich dazu.

Welche Probleme wurden genannt?

Die Probleme der interviewten Frauen und Paare stehen in enger Verbindung mit der damals bevorstehenden oder der letzten Geburt ihres Kindes. In meist stabile Verhältnisse bringt dieses Ereignis eine enorme Herausforderung. Frühgeburten, traumatische Ereignisse während oder nach der Geburt, Behinderung des Kindes, finanzielle Probleme durch Arbeitsunterbruch oder -verlust, psychische Krankheiten, Wochenbettdepression, Partnerschaftsprobleme usw. destabilisieren und bringen diese Familien oft in grosse Krisen.

Wohin kann man sich wenden?

Wo bekomme ich Hilfe? An wen muss ich mich wenden? Welches ist die richtige Stelle für meine Fragen? Gibt es in meinem Fall überhaupt Hilfe? Gibt es eine Unterstützung und wer kann mir da Auskunft geben? Die Antworten auf diese Fragen müssen sich jede einzelne Frau und jede Familie selber erarbeiten. In jedem Einzelfall bedeutet dies einen aufwändigen Prozess.

Von den 20 Interviewten hatten die meisten mit mehr als nur Arzt/Ärztin oder nur einer Beratungsstelle oder nur einem Amt zu tun. Mehrere Frauen hatten über 10 verschiedene Institutionen und/oder Ansprechpersonen. Bei einer Befragten waren es 17 Personen! Zu Beginn steht meistens ein Arztbesuch, es geht dann weiter zum Spital, zu Therapeuten, Beratungsstellen und Ämtern. In der Regel hat eine Wöchnerin neben der medizinischen Betreuung noch Kontakt zur Mütter-Väter-Beratung und allenfalls zu einer Hebamme.

„Es sollte eine einzige Ansprechperson geben, die einen auch auf die Ämter begleitet.“

Alleine beim Amt für Soziale Dienste sind es mehrere verschiedene Ansprechpersonen, mit denen die Frauen Kontakt aufnehmen müssen, z. B. für die Vaterschaftsankennung, Beantragung von Sozialleistungen, Abklärungen beim Kinder- und Jugenddienst betreffend der Betreuung des Säuglings oder der Kinder, Mietbeihilfe, Unterhaltsbevorschussung usw.

Alle diese hilfeschuchenden Frauen und Familien müssen sehr gut organisiert sein, um einerseits an Informationen zu kommen, welche Ansprüche sie stellen können, wo sie diese stellen können, welche Formulare auszufüllen sind und wie sie die verschiedenen Termine mit einem Kleinkind koordinieren. Wenn Hilfesuchende fit sind, mag das möglich sein. Wenn sie aber durch ihre Lebenssituation bereits vor der Schwangerschaft oder Geburt grossen Belastungen ausgesetzt sind und nach der Geburt wenig Schlaf

„Auf einem Blatt sollte man Klarheit über das ganze System erhalten: medizinisch, finanziell, sozial.“

bekommen, erschöpft und gesundheitlich angeschlagen sind, stossen die meisten an ihre körperlichen und seelischen Grenzen. Aus der Überforderung entsteht noch mehr Belastung. Selbstzweifel und Scham darüber, es nicht allein zu schaffen, führen dazu, dass sich die Betroffenen zurückziehen und versuchen, auf Hilfe ganz zu verzichten. Druck und Überforderung nehmen zu. Es kommt zu einem Teufelskreis.

Finanzielle Probleme

Finanzielle Probleme zeigen sich besonders bei Frauen, die noch in Ausbildung sind und nicht mehr zu Hause wohnen, aber auch in Familien mit einem regelmässigen, aber eher tiefen Einkommen. Hier kommt es zu finanziellen Engpässen, wenn sich Komplikationen ergeben und sich der Vater gezwungen sieht, einen Monat unbezahlten Vaterschaftsurlaub zu beziehen.

„Ich wünschte mir finanzielle Unterstützung – Kitas werden auch unterstützt!“

Für alleinerziehende Frauen, die auf finanzielle staatliche Unterstützung angewiesen sind, eröffnet sich ein weiteres Problem. Sie sind erst anspruchsberechtigt, wenn ihr Kind geboren ist. Dies kann zu Engpässen führen, da diverse Anschaffungen bereits vor der Niederkunft getätigt werden müssen. Ohne die finanzielle Unterstützung von privater Seite, meistens durch die eigenen Eltern, sind diese Hürden kaum zu überwinden.

„Mir hätte materielle Unterstützung sehr geholfen, wenn ich nur z. B. Geld für Windeln oder einen Anteil an den Laptop für die Ausbildung bekommen hätte.“

Finanzielle Probleme zeigen sich auch, wenn sich das Einkommen nur knapp mit 200 Franken über dem Existenzminimum bewegt, oder wenn der Teilzeitverdienst der Mutter vollends für die Kinderbetreuung in der Kindertagesstätte eingesetzt werden muss.

„Ich wünschte mir einen Hausfrauenlohn, für diejenigen, die vor der Geburt gearbeitet haben.“

Psychische Probleme

Wenn die Interviewpartnerinnen bereits vor der Geburt ihres Kindes in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung waren, hat das den interviewten Frauen grossen Halt und Unterstützung gegeben. Sie hatten das Gefühl, dass sie bereits ein Netz haben, das sie auffängt. Besonders hilfreich sind hier Dienste, die die Betroffenen auch zu Hause aufsuchen.

Eine Wochenbettdepression kann sich über mehrere Wochen langsam entwickeln und zu grossen Schwierigkeiten führen, falls diese Depression nicht behandelt wird. Nach einer völlig unbelasteten ersten Geburt fühlen sich die Frauen bei einer zweiten Geburt durch eine Depression völlig überrumpelt und können sich selbst kaum Hilfe holen. „Ich dachte, ich sei eine schreckliche Mutter und ein ganz schrecklicher Mensch.“

„Ich hätte mir gewünscht, dass mich jemand regelmässig aufsucht und mir sagt, was mit mir los ist.“

Psychosoziale Probleme

Ein schwieriges Geburtsergebnis kann eine Partnerschaft sehr belasten. Wenn Menschen aus einem anderen Kulturkreis kommen, nicht unsere Sprache sprechen und keine eigenen Familienangehörigen hier leben, macht das die Situation nicht einfacher.

Es gibt Menschen, die kaum Kontakte zu anderen haben. Sie wissen nicht, wo und wie sie zu solchen Kontakten kommen könnten. Zudem erschwert die Organisation mit Baby und mangelnde Fahrmöglichkeiten ein allfälliges Treffen.

„Ich wünsche mir Kontakt mit Menschen.“

Schwierigkeiten bereitet auch die Organisation der Kinder während eines Sprachkurses. Damit auch die Frau und Mutter einen Verdienst zum Lebensunterhalt beisteuern könnte, muss sie Deutsch lernen und einen Kurs besuchen. Dafür braucht sie eine Kinderbetreuung. Die Kinderbetreuung können sich die Eltern aber nicht leisten und bekommen dafür keine finanzielle Unterstützung. Also besucht sie den Kurs abends. Dies ist aber nicht regelmässig möglich, weil der Mann oft länger arbeiten muss. Am Abend will sie den Kurs auch nicht per Bus besuchen, weil es bei der Rückfahrt bereits Nacht ist. Sie braucht ihren Mann, der sie fährt. Dieses kurze Beispiel zeigt, wie das Bestreben, sich zu integrieren, seinen Beitrag in der Gesellschaft zu leisten, durch kleine Hürden fast verunmöglicht wird.

Der plötzliche Tod eines Babys ist ein dramatisches Ereignis. Die Eltern werden vollkommen überrascht, die Diagnose „plötzlicher Kindstod“ gibt ihnen keine Antwort auf die Frage nach einer Ursache und sorgt für Selbstvorwürfe. Die Probleme nach dem Schock sind vielschichtig und die Trauerarbeit ist essenziell für die ganze Familie.

„Ich hätte mir eine Selbsthilfegruppe nach plötzlichem Kindstod sehr gewünscht.“

Auch Unverständnis des Arbeitgebers kann sehr belastend sein, wenn die Arbeit wegen der neuen, unverhofften Umstände nicht wie vereinbart aufgenommen werden kann. Dadurch sind Eltern zusätzlichem Druck ausgesetzt. Der Mutterschaftsurlaub ist sehr kurz und eine Verlängerung durch einen unbezahlten Elternurlaub können sich die wenigsten leisten.

„Mutter-/ Vaterschaftsurlaub ist viel zu kurz!“

Es gibt Familien, die kaum eine Entlastungsmöglichkeit in einer Notsituation haben, weil sie keine verwandtschaftlichen Verbindungen haben, auf die sie jederzeit zurückgreifen könnten. Besonders an Wochenenden gibt es für sie keine Möglichkeit, die Familienhilfe oder die Spitex zu erreichen und in Anspruch zu nehmen.

„Jeden Monat ein Anruf einer Fachperson hätte mir sehr geholfen.“

Da wir in Liechtenstein keine Geburtenstation mehr im Landesspital haben, werden die Geburten meist in Grabs oder in Chur durchgeführt. In einem Fall bedeutete dies für ausländische Eltern mit Niederlassung in Liechtenstein, dass das Neugeborene nicht den gleichen Aufenthaltsstatus erhalten hatte wie beispielsweise die Mutter oder die Geschwister, die in Liechtenstein geboren wurden.

Medizinische Probleme

Einige Interviews fanden mit Frauen statt, die durch angebliche Fehler oder durch Fehlverhalten im Spital bei der Geburt unter starken Beeinträchtigungen zu leiden hatten. Solche Erfahrungen hinterlassen sehr tiefe Spuren. Die Frauen und Familien fühlen sich hilflos, weil sie denken, gegen die Ärzteschaft hätten sie keine Chance, das erlebte subjektive Unrecht zu thematisieren oder gar einzuklagen. Solche Vorkommnisse oder auch einen wenig respektvollen Umgang des Spitals mit den Betroffenen erleben die Familien als nachhaltig sehr belastend.

„Wir hätten uns respektvollere Informationen durch das Spital gewünscht. Die Diagnose für unser Kind war sehr schwerwiegend.“

4.3 In Anspruch genommene Hilfen

Mehrfach belastete Menschen sind gezwungen, sich Unterstützung und Hilfe bei mehreren verschiedenen Institutionen zu holen. Die Angaben der interviewten Personen wurden nicht auf den Wahrheitsgehalt geprüft. Es wurde allerdings genau nachgefragt und auf allfällige Ungereimtheiten hingewiesen, wenn das Geäusserte nicht ganz schlüssig war.

Private Hilfen/Familie

Bei sehr jungen Müttern, die beispielsweise noch in Ausbildung sind, erfolgt die hauptsächliche Unterstützung durch die eigenen Eltern. Diese unterstützen nicht nur finanziell, sondern helfen auch Informationen zu beschaffen, motivieren, Hilfe in Anspruch zu nehmen und geben Rückhalt. Ohne die eigenen Eltern, so hiess es, wären sie verloren. Erschwerend kommt hinzu, dass die staatliche finanzielle Unterstützung erst ab Geburt des Kindes greift.

Medizinische/psychologische Hilfen

Mit medizinischer Hilfe kommen die Frauen schnell in Kontakt durch regelmässige gynäkologische Untersuchungen, nach der Geburt auch durch die kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen, eventuell durch eine Hebamme und auch durch die Mütter-Väter-Beratung des LRK. Am meisten geschätzt werden diesbezüglich die Hausbesuche der Hebammen oder der Beraterinnen der Mütter-Väter-Beratung. Jeder Termin, der zusätzliche Organisationen von Kind / Kindern, Fahrten etc. bedeutet, erweist sich als schwierig.

Dort wo psychologische und/oder psychiatrische Kontakte bei PsychologInnen, PsychiaterInnen oder dem MST bereits vor der Geburt bestanden, werden sie als hilfreich erfahren.

Staatliche Hilfen über Ämter

Hilfen über Ämter zu erhalten, wird als eher schwierig beschrieben, seien dies Hilfen über das Amt für Soziale Dienste, das Ausländer- und Passamt oder das Arbeitsmarktservice des Amtes für Volkswirtschaft. Zum einen wird beklagt, dass man als Bittstellerin behandelt wird und nicht als eine Person, die selbstverständlich ein Recht auf Unterstützung hat, wenn dies die Abklärungen ergeben. Zum anderen auch, dass man so viele unterschiedliche BeraterInnen aufsuchen muss.

Zu problematischen Situationen kommt es auch, wenn das Arbeitsmarktservice befindet, dass für jemanden in dieser Situation sowieso keine Arbeitsstelle gefunden werden könne. In einem Einzelfall wurde berichtet, dass die betroffene Frau direkt zum Amt für Soziale Dienste geschickt wurde, obwohl sie zuerst einmal Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung gehabt hätte. Sozialhilfeunterstützung ist meist mit zusätzlichen finanziellen Einbussen und Rückstufungen verbunden. Befremdlich wird es betreffend der Ämter, wenn sich die Wahrnehmung des Sachverhalts angeblich plötzlich verändert, sobald ein Anwalt nachfragt oder eingeschaltet wird.

Private Beratungsstellen

Die Beratungsstellen wie beispielsweise schwanger.li oder die Mütter-Väter-Beratung des LRK (alle Befragten hatten Kontakt mit einer oder beiden Institutionen) werden in einem zwischenmenschlichen Sinn als sehr verständnisvoll und unterstützend empfunden. Leider reicht diese Unterstützung nicht in allen Fällen aus. Ohne staatliche Leistungen geht es in der Regel nicht.

4.4 Schwierigkeiten bei der Suche nach Hilfsangeboten

Auf Hilfsangebote wurden die hier befragten Frauen und Paare durch verschiedene Arten aufmerksam, zum Beispiel durch das Internet, Zeitungsinserate, Werbung im Bus, durch Drittpersonen, oft auch erst durch die direkte Auskunft einer Beratungsstelle. Interessanterweise wurde das Familienportal als Informationsquelle nicht genannt, obwohl im Internet Hilfsangebote gesucht wurden.

Schaut man sich das Familienportal Liechtenstein im Internet an, gibt es eine Fülle von Informationen über Hilfs- und Freizeitangebote für Familien in fast allen Lebenslagen. Auf dem Portal sind unzählige Möglichkeiten von A bis Z aufgelistet und die einzelnen Schlagworte können angeklickt werden. Hier sollten Menschen, die nach Beratung und Unterstützung suchen, rasch das Angebot finden, das sie suchen. In den Interviews hat sich aber gezeigt, dass es schwierig ist, ein auf die aktuellen Bedürfnisse abgestimmtes Beratungsangebot zu finden, besonders dann, wenn sich die Lebenssituation in mehreren Lebensbereichen als problematisch gestaltet.

So positiv es sein kann, dass jede und jeder ein Angebot auf das Familienportal stellen kann, so schwierig ist es auch, das Potenzial und die Qualität der Angebote zu erkennen. Nach subjektivem Gutdünken können Familien- und Erziehungsberatungsangebote und anderes mehr ganz einfach und ohne einschlägige Qualifikation oder Ausbildungsnachweis angebracht werden. Gerade weil es als offizielles Portal im Auftrag des Landes betrieben wird, ist das nicht ganz unproblematisch und die Angebote sollten geprüft werden.

Nach unserer Information befindet sich das Familienportal derzeit in Überarbeitung.

Ein erster Kontakt resp. Termin bei den angefragten Institutionen fand bei allen interviewten Personen sehr rasch und zeitnah statt. Ob eine Information ausreichend war, stellte sich erst später heraus, wenn die Betroffenen zufällig erfahren hatten, was es sonst noch für Möglichkeiten gegeben hätte.

Es gibt Spezialfälle, die nachvollziehbar Hilfen bräuchten, die sie entweder selbst nicht bezahlen können oder zu denen kein entsprechendes Angebot vorhanden ist. Zum Beispiel Kinderbetreuung am Wochenende, wenn die Eltern mit einem der Kinder notfallmässig ins Spital müssen und nicht auf Verwandtschaft zurückgegriffen werden kann.

Eine grosse Schwierigkeit besteht darin, dass jede einzelne Familie die Informationen an verschiedenen Stellen erfragen muss. Was sich durchgängig alle Interviewten wünschen oder vorschlagen, ist eine hilfsbereite, professionelle Person, die sich der Sache annimmt, die über alle Hilfsmöglichkeiten gut informiert ist und auch von sich aus nachfragt, wie es

den Betroffenen geht. Die Fachperson sollte auch bereit sein, nach Hause zu kommen und gegebenenfalls einen Behördengang zu organisieren und zu begleiten.

4.5 Was würden die Eltern/die Frauen anderen in einer ähnlichen Situation raten?

Aus den Antworten auf die Frage „Was würden Sie anderen Frauen oder Familien in einer ähnlichen Situation raten?“ lässt sich leicht erkennen, dass jede Frau, jedes Paar, jede Familie zuerst einmal versucht, es alleine zu schaffen, respektive keine Hilfe in Anspruch zu nehmen. Deshalb wird aus der jetzigen Situation heraus den anderen in ähnlichen Situationen geraten:

- Unbedingt Hilfe holen; Hilfe zulassen, von allein wird es nicht besser;
- jedes Angebot annehmen, das man bekommen kann;
- jemanden finden, um sprechen zu können;
- darüber reden, egal mit wem, und Hilfe suchen.

Es sind auch ganz konkrete Ratschläge, die Betroffene anderen in ähnlichen Situationen geben würden, wie z. B. frühzeitig für verlässliche Entlastung im Haushalt sorgen. Da die Familienhilfe immer wieder andere Personen schickt, könne es manchmal für Kinder und damit für die Eltern schwierig sein, weshalb mitunter die gewünschte Entlastung ausbleibt.

Es wird auch geraten, immer und überall gezielt nach Hilfsmitteln oder Unterstützungsmöglichkeiten zu fragen, weil es beispielsweise bei Behinderungen viele Hilfsmittel gibt, die man selbst erst einmal nicht kennen könne.

Ein Vater eines zu früh geborenen Kindes rät, man solle Ruhe bewahren und nicht googeln. Man solle öfter zur Untersuchung während der Schwangerschaft gehen und sich gut versichern, z. B. auch mit einer Rechtsschutzversicherung.

Eine Mutter rät, man solle auf sich selbst hören, beharrlich sein und stark bleiben; auch eine zweite ärztliche Meinung einholen und sich einen Vertrauensarzt suchen, wird geraten.

Eine andere rät, dass sich jede ein Dossier über alle möglichen Hilfen anlegen sollte, wo man immer nachschlagen kann, wenn man Hilfe braucht.

Nachdenklich machen Aussagen, die davon abraten, mit dem Arbeitgeber offen zu sein, das bringe nur Nachteile.

4.6 Schlussfolgerungen

Wie eingangs erwähnt, sollte mit dieser Befragung von 20 Frauen/Paaren in Erfahrung gebracht werden, wo die Hilfe und das Hilfsangebot in Liechtenstein für die Betroffenen gut läuft und wie und wo es sich für die Betroffenen eher schwierig gestaltet. Es interessierte, auf welche Schwierigkeiten die betroffenen Frauen und Familien stossen, wenn sie aktiv Hilfe suchen. Darüber hinaus sollte in Erfahrung gebracht werden, ob und allenfalls wie eine Sekundärprävention im Sinne der „Frühen Prävention“ in Liechtenstein gewährleistet ist.

Für die meisten der genannten Probleme der Befragten gilt, dass in Liechtenstein ein adäquates Hilfsangebot vorhanden ist, das entweder kostenlos oder für die Betroffenen erschwinglich ist. Ebenso gilt, dass bei allen angefragten Institutionen rasch und zeitnah ein Besprechungstermin vereinbart werden konnte. In den meisten Fällen wird die Beratung als einfühlsam und angenehm unterstützend empfunden. Die soziale Absicherung ist gewährleistet.

Nach der Geburt

Nach der Geburt hat die Mutter mit dem Säugling nicht nur enorme soziale Veränderungen zu verarbeiten, sondern auch ihr Körper muss sich von der Geburt erholen. Durch die hormonellen Veränderungen und den Schlafmangel, den ein Baby durch seinen fehlenden Tag-Nacht-Rhythmus in den ersten Wochen nach der Geburt mit sich bringt, sind viele Frauen in der Wochenbett-Zeit sehr sensibel und müde. Etwa die Hälfte aller Wöchnerinnen erlebt einen sogenannten „Baby-Blues“, ein Gefühlschaos von Hochstimmung einerseits und einer Mischung aus Traurigkeit und Überforderung andererseits. Rund um diese Zeit mussten die befragten Mütter und Eltern viele Abklärungen machen, Termine mit verschiedenen Ansprechpersonen vereinbaren und Gesuche stellen. Besonders anspruchsvoll ist es für Frauen, die sich auf keinen Partner und auch nicht auf die Familie abstützen können, ebenso für Frauen, die körperlich und seelisch erschöpft sind. Dies kann dazu führen, dass notwendige Hilfen nicht oder erst verspätet in Anspruch genommen werden können.

Elternzeit

Elternzeit oder Elternurlaub ist immer wieder ein Thema, auch wenn es dieses Thema noch nicht geschafft hat, in den vorderen Teil der politischen Agenda in Liechtenstein zu gelangen. Ein Elternurlaub, der es der Mutter, dem Vater erlauben würde, ohne grosse finanzielle Einbussen im ersten Lebensjahr des Kindes entspannt präsent zu sein und sich voll auf die neue Situation konzentrieren zu können, würde eine grosse Entlastung und Entspannung in die Familie und somit in die Gesellschaft bringen.

Die positiven Auswirkungen von Elternurlaub sind gut untersucht und auch hinlänglich bekannt. Sie haben nicht nur positive Effekte auf die individuelle und familiäre Situation der Betroffenen, sondern auch auf Wirtschaft und Gesellschaft.

Hilfsangebote

Das Angebot bezüglich Beratungen und Unterstützung ist in Liechtenstein vielfältig und die soziale Absicherung ist gewährleistet. Was sich für die Betroffenen als schwierig herausstellt, ist die Frage, wo melde ich mich überhaupt und wo als erstes. Alle Befragten mussten sich jeweils selbst einen Überblick über die Fülle von bestehenden Angeboten verschaffen und herausfinden, welche möglichen Hilfen es überhaupt gibt und welche für sich selbst am ehesten in Frage kommen. Wie sich in der Befragung gezeigt hat, hatte ein Grossteil der Frauen und Paare Termine mit mehr als zehn Institutionen vor und besonders nach der Geburt zu koordinieren.

Aufgrund der durchgeführten Interviews konnte keine direkte Zusammenarbeit der Institutionen untereinander festgestellt werden. Es wurden in der Regel lediglich Telefonnummern und Adressen abgegeben.

Die Kosten für die Kinderbetreuung in Kitas sind vor allem für jene Familien ein Problem, deren Einkommen sich nur wenig über dem Existenzminimum bewegt. Es kommt vor, dass fast das ganze Teilzeiteinkommen eines Elternteils für die Kinderbetreuung eingesetzt werden muss. Dass aber die Finanzierung der Kinderbetreuung während eines Deutschkurses für Menschen am Existenzminimum nicht bezahlt oder der Betrag durch Stiftungen oder Hilfswerke organisiert werden muss, wie es in einem Fall geschildert wurde, ist unverständlich.

Bei der Kontaktaufnahme mit einem Amt schwingt oft die Angst mit, dass man durch eine Registrierung Nachteile zu gewärtigen hat, dass einem das Kind/die Kinder weggenommen werden könnte(n) oder dass man sich einer gewissen Willkür aussetzt. Der Zugang zu sozialen Leistungen müsste grundsätzlich durch niederschwellige Angebote gewährleistet werden, damit auch Bedürftige mit Schwellenängsten oder Sprachbarrieren erreicht werden können. Im Ausland kennt man den „One-Stop-Shop“, wo die behördlichen Angelegenheiten an nur einem Ort abgewickelt werden können. Und natürlich muss den Menschen – bildlich gesprochen – unter die Arme gegriffen werden, und ab und zu müssen sie auch bei der Hand genommen werden.

Sekundärprävention

Die Frage, ob eine ausreichende Sekundärprävention in Liechtenstein gewährleistet ist, muss aufgrund dieser Befragung eindeutig verneint werden. Zentrale Elemente der Sekundärprävention, wie systematische Früherkennung von belasteten Familien, Case Management sowie gezielte **Kooperation und enge Vernetzung von Fachpersonen, Institutionen und Angeboten der spezifischen Bereiche**, fehlen. Jede Frau, jedes Paar, jede Familie ist gezwungen, in einem für sie persönlich sehr belastenden Lebensabschnitt, sich einen eigenen Hilfsplan mühsam zu erarbeiten. Menschen, die dazu aufgrund ihrer Gesamtbelastung nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sind, drohen derzeit durch das Netz zu fallen.

Als erste Anlaufstelle sollte optimalerweise eine Institution fungieren, die Hilfesuchende mit Blick auf ihre ganze Lebenssituation umfassend berät und unterstützt und bei Bedarf andere Fachstellen einschaltet und mit diesen zusammenarbeitet.

Da mehrfach belastete Mütter und Familien häufig nicht (mehr) die Energie dafür haben, selbst allen Belangen aktiv nachzukommen, sollte diese Institution im Sinne einer nachgehenden und aufsuchenden Beratung und Betreuung arbeiten können.

Überaus sinnvoll wäre es, wenn Hilfesuchende eine konstante Ansprechperson zur Verfügung hätten, die die Situation der Familien und die entsprechenden Hilfsangebote kennt, aber auch die Unterstützungsleistungen überblickt und koordiniert. Es geht um ein klassisches Case Management mit Engagement und Empathie und mit dem Anspruch, dass Einwohnerinnen und Einwohner in diesem Land zu ihrem Recht kommen.

5. Zusammenschau: Die Ist-Situation der frühen Prävention in Liechtenstein

5.1 Mehrfach belastete Jungfamilien

Die Lebenssituationen von 8 – 10 % aller liechtensteinischen Frauen/Paare, die ein Kind zur Welt bringen, sind so stark belastet, dass ein erhöhtes Risiko für langfristige gesundheitliche, soziale, schulische und berufliche Nachteile der Kinder besteht. Von der Schwangerschaft bis zum Erreichen des Kindergartenalters betrifft dies derzeit ca. 100 – 130 Familien.

5.2 Stärken und Schwächen der frühen Prävention (Ist-Situation)

Früherkennung mehrfach belasteter Familien

Derzeit wird in Liechtenstein in der Phase der frühen Elternschaft keine systematische, flächendeckende Früherkennung von mehrfach belasteten Familien betrieben. Obwohl prinzipiell erkennbar, bleiben viele „Risikofamilien“ unerkannt, bis ihre Kinder im Schulalter auffällig werden. Damit bleibt die Chance auf wirksame frühe Interventionen, auf die Verbesserung der Entwicklungschancen der Kinder und auf die Reduktion von Kindeswohlgefährdungen vielfach ungenutzt. Es ist sehr wahrscheinlich, dass derzeit mehrfach belastete Eltern und deren Kinder durch das Netz des Gesundheits- und Sozialsystems rutschen, weil sie nicht wahrgenommen werden.

Eine Beobachtungslücke besteht nach der letzten pädiatrischen Untersuchung im Rahmen der Grundversorgung (2 Jahre) bei Kindern im dritten und vierten Lebensjahr. Darauf weisen ausbleibende Meldungen über Kindeswohlgefährdungen in diesem Alter hin. Meldungen finden davor statt, solange die Kinder in ärztlicher Beobachtung sind und setzen danach mit Erreichen des Kindergartenalters wieder ein. Dann sind die Kinder wieder in öffentlicher Verantwortung, davor primär in der Verantwortung der Familien.

Das Angebot an medizinischen und psychosozialen Dienstleistungen

Nach Einschätzung der befragten 35 Expertinnen und Experten besteht ein gutes bis ausreichendes Angebot in folgenden Kernbereichen der frühen Prävention: Frauenärzte, Frauenkliniken, Kinderärzte (noch), Kinderkliniken, materielle Grundsicherung (Sozialhilfe), Mütter- und Väterberatung, Erziehungsberatung, Kinder- und Jugendpsychotherapie, ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie. Begrenzt auf den tertiärpräventiven Bereich scheint nach jüngsten Aufstockungen auch das Angebot der sozialpädagogischen Familienbegleitung und des Mobilen Sozialpsychiatrischen Teams quantitativ ausreichend zu sein, ebenso die Angebote im Bereich Kindertagesstätten und Tagesfamilien.

Ein unzureichendes bis schlechtes Angebot besteht derzeit in folgenden, für die frühe Prävention wesentlichen Bereichen:

- Pädiatrie
- Hebammen
- Niederschwellige sozialpädagogische Familienbegleitung
- Erwachsenenpsychiatrie mit Spezialisierung auf die peripartale Phase
- Erholungsmöglichkeiten für erschöpfte Eltern (mit und ohne Säugling/Kind)
- Pflegefamilien, Krisenpflegeplätze
- Sozial- und arbeitsrechtliche Beratung

Bei einzelnen Fachpersonen im Peripartalbereich (Frauenärzte, Kinderärzte, Frauenkliniken, Hebammen und Mütter- und Väterberatung) fehlt teilweise die Fachlichkeit für das Erkennen von psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemlagen sowie für den professionellen Umgang mit Multiproblemsituationen.

Case Management

Gerade belastete Mütter/Eltern sind häufig nicht in der Lage, die empfohlenen Fachstellen aufzusuchen und selbst zu koordinieren (Erschöpfung, Unkenntnis des Systems, Sprachbarrieren). Teilweise wollen sie dies auch nicht (Angst vor Kontrolle und Kindeswegnahme). Daher unterbleibt häufig gerade bei jenen, die es am meisten bräuchten, die Inanspruchnahme von Fachstellen, die aus Sicht des Kindeswohls dringend indiziert wären.

Die befragten 20 Familien in belastenden Lebenssituationen nahmen im Schnitt 10 – 12 Fachstellen rund um die Schwangerschaft, Geburt und frühe Elternschaft in Anspruch, im Einzelfall sogar 17 Fachstellen.

Sollen mehrfach belastete Familien wirksam stabilisiert werden, ist eine nachgehende, aufsuchende Unterstützung der Eltern, die rasche Organisation fehlender Hilfen sowie eine Koordination der Helfer notwendig, um ein Durchrutschen der Familie durch das Netz und ein ineffektives Nebeneinander der Fachstellen zu vermeiden. Einzelne Frauen- und Kinderärzte, Psychiater und psychosozialen Fachstellen bemühen sich ein Stück weit um dieses Case Management, stossen dabei aber an ihre Kapazitätsgrenzen bzw. sehen dies nicht als ihre Aufgabe an und werden dafür auch nicht honoriert. Zudem raubt ihnen das zeitaufwändige Case Management einen Teil ihrer Kapazität, die in der Folge für ihre therapeutischen Hauptaufgaben fehlt (Fehlallokation der ärztlichen Ressourcen).

Im Bereich der Tertiärprävention (Hochrisikofamilien, Kindeswohlgefährdung) übernimmt das Amt für Soziale Dienste (KJD) als Kinder- und Jugendschutzbehörde das Case Management. Nach Einschätzung vieler Fachstellen ist das ASD jedoch bisher aufgrund zu knapper Kapazitäten dazu nicht immer in der erforderlichen Zeit und Qualität in der Lage.

Im zahlenmässig weit grösseren Bereich der Sekundärprävention (Familien mit mehreren Risikofaktoren, aber noch keine Kindeswohlgefährdung), gibt es derzeit in Liechtenstein kein professionell organisiertes Case Management. Fehlende Früherkennung und fehlendes Case Management sind Ursachen dafür, dass ca. 70 bis 100 mehrfach belastete Familien mit Kindern in den ersten drei Lebensjahren derzeit keine oder nur unzureichende präventive Unterstützung erhalten. Manchmal werden die Mütter/Eltern im Rahmen der medizinischen Grundversorgung noch partiell darin unterstützt, psychosoziale Hilfe für sich selbst zu finden. Kaum jemand hat jedoch die Kapazität, sich auch noch um die Kinder bzw. um die Eltern-Kind-Interaktion zu kümmern.

Vernetzung der medizinischen und psychosozialen Dienstleister

Wichtige Übergänge im medizinischen System sind bei unauffälligen Schwangerschaften und Geburten gut standardisiert, z. B. der Übergang von der frauenärztlichen Schwangerschaftsbetreuung in die Geburtsklinik und von dort zurück zu Frauen- und Kinderärzten, zu Hebammen und zur Mütter- und Väterberatung. Die jeweils nachbetreuenden Einrichtungen berichten jedoch von häufigen Übergabemängeln bei Familien mit besonderen Bedürfnissen, z. B. bei psychischen Erkrankungen der Eltern.

Bei belasteten Familien reichen die medizinischen Standardleistungen zumeist nicht aus. Diese Eltern brauchen ergänzende psychosoziale Unterstützung (Geld, sozialpädagogische Begleitung, Psychotherapie etc.). Die Kooperation zwischen den medizinischen und psychosozialen Diensten wird aus Sicht der psychosozialen Dienste generell als „problematisch“ beschrieben. Positive Ausnahmen: Frauenklinik Grabs, Kinderärzte-Kinderpsychologinnen (teilweise), Psychiater – VBW (teilweise).

Die Art und das Ausmass der Vernetzung zwischen den einzelnen Leistungsanbietern sind stark personenabhängig. Eine strukturelle Vernetzung zwischen den medizinischen und psychosozialen Dienstleistern, die rund um die Geburt und im frühkindlichen Bereich tätig sind, besteht nicht. Eine Organisation der Vernetzung wäre jedoch erforderlich, um wichtige Abläufe, Übergänge und Kooperationen bei „Risikofamilien“ gemeinsam abstimmen und standardisieren zu können und um Qualitätssicherung im Bereich „Frühe Prävention“ betreiben zu können (Sensibilisierung, Runder Tisch, retrospektive Fallbesprechungen, Entwicklung der Systeme, Fortbildung).

6. Empfehlung: „Frühe Hilfen“ entwickeln

Aufgrund der dargelegten Sachlage wird vorgeschlagen, ein nachhaltiges liechtensteinisches Programm „Frühe Hilfen“ unter professioneller Projektleitung zu entwickeln. Die Fachwelt ist sich darüber einig, dass präventive Massnahmen umso wirkungsvoller sind, je früher sie einsetzen. Zielgruppe der Frühen Hilfen sind daher Schwangere und Familien mit 0- bis 3-jährigen Kindern in belastenden Lebenssituationen.

Um ein passgenaues liechtensteinisches Konzept zu entwickeln, sollten die wichtigsten lokalen Systempartner in die Konzeptentwicklung einbezogen werden (medizinische und psychosoziale Grundversorger rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit)

Es wird empfohlen, bewährtes externes Fachwissen aus dem Bereich „Frühe Hilfen“ beratend beizuziehen, z.B. von Netzwerk Familie Vorarlberg (Beste „Frühe Hilfen“-Praxis in Österreich), Prof. Angelika Schöllhorn (Pädagogische Hochschule Thurgau, Kreuzlingen) oder Dr. Heidi Simoni, Marie Meierhofer Institut für das Kind, Zürich.

6.1 Ziele eines Programms „Frühe Hilfen“

1. Annähernde Chancengleichheit für alle liechtensteinischen Kinder. Schwangere und Eltern in belastenden Lebenssituation
 - werden so früh als möglich von Fachstellen erkannt
 - und erhalten die notwendige materielle, medizinische und psychosoziale Unterstützung, sodass Kinder aus belasteten Familien annähernd gleiche Lebenschancen haben, wie alle Kinder: physische und psychische Gesundheit, soziale Integration, Bildungschancen
 - Die Hilfe erfolgt koordiniert und wird im Zeitablauf den sich verändernden Bedürfnissen der einzelnen Familie angepasst (Case-Management)
2. Reduktion potentieller und akuter Kindeswohlgefährdungen durch nachhaltige frühe Präventionsarbeit
3. Entlastung aller Einrichtungen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens
 - Es gibt durch frühe Prävention mittel- und langfristige weniger Multiproblem-Familien
 - Die Unterstützung bestehender Multiproblem-Familien mit Kleinkindern wird professionell gemanagt.
4. Reduktion langfristiger Folgekosten belasteter Kindheiten im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen durch körperliche und psychische Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Sucht, geringere Bildungsabschlüsse, Schulabbruch, Delinquenz, etc.

6.2 Lücken der Versorgung schliessen

Priorität 1

- Besetzung der vakanten Kinderarztstelle
- Hebammenversorgung mehrfach belasteter Mütter gewährleisten, Hebammenwesen neu organisieren (siehe 3.6.2. Versorgungslücke Hebammen)
- Niederschwelliger Zugang zur sozialpädagogische Familienbegleitung schaffen

Priorität 2

- Fachärztin für Psychiatrie mit Spezialisierung auf die peripartale Phase/frühe Elternschaft mit OKP-Vertrag gewinnen
- Erholungsmöglichkeiten für erschöpfte Eltern, mit und ohne Säugling/Kind
- Kapazitäten im Bereich „Pflegefamilien/Krisenpflegeplätze“ schaffen bzw. ausbauen.
- Evidenzbasierte Programme zur Förderung der Eltern-Kind-Bindung und der Eltern-Kind-Interaktion besonders belasteter Eltern (z.B. PAT, SAFE, STEEP) einführen
- Kostenlose arbeits- und sozialrechtliche Beratung von Jungfamilien ermöglichen

6.3 Systematische Früherkennung von mehrfach belasteten Familien

Priorität 1: Früherkennung rund um die Geburt

Frauenärzte, die Frauenkliniken Grabs und Chur, Kinderärzte, Hebammen sowie die Mütter- und Väterberatung verständigen sich auf die Anwendung eines einfachen, einheitlichen und evidenzbasierten Screening-Tools zur Erfassung psychosozialer Risikofaktoren im Rahmen ihrer Anamnese. Im Rahmen des „Frühe Hilfen“-Projektes werden existierende Screening-Tools evaluiert. Es wird ein geeignetes Tool gemeinsam ausgewählt. Zudem werden die Anwender des Tools geschult sowie die Sicherung der Anwendungsqualität organisiert (z.B. durch retrospektive Fallbesprechungen).

Priorität 2: Früherkennung im dritten und vierten Lebensjahr der Kinder

Wie gezeigt wurde, besteht derzeit eine Beobachtungslücke der Kinder im dritten und vierten Lebensjahr, deren Schliessung im Sinne der Prävention ungünstiger kindlicher Entwicklungen wichtig ist. (siehe 3.5. Lücken der Früherkennung).

Es wird vorgeschlagen, die Mütter- und Väterberatung zur nachgehenden, aufsuchenden Begleitung von belasteten Familien mit Kindern von 0 – 4 Jahren weiter zu entwickeln. Die Mütter- und Väterberatung ist prädestiniert dafür, in Kooperation mit den zuweisenden Ärzten, Hebammen und psychosozialen Fachstellen belastete Familien präventiv zu begleiten, zu beraten und im Bedarfsfall zu intervenieren, weil

- sie ein niederschwelliges Angebot ist, das traditionell in Anspruch genommen wird und Frauen/Familien leicht Vertrauen zu einer Mütterberaterin entwickeln,
- die Mütter- und Väterberatung schon jetzt knapp 80% aller Gebärenden erreicht,
- die Mütter- und Väterberatung bis zum vierten Lebensjahr mit der Familie arbeiten kann, auch in Form von Hausbesuchen,
- medizinisch qualifizierte Mitarbeiterinnen mit psychosozialen und pädagogischen Zusatzqualifikationen vorhanden sind. Die Mitarbeiterinnen sind aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung in der Lage zu erkennen, wenn das Kind Stresszeichen zeigt oder das Familiensystem dekompenziert.
- eine vergleichsweise kostengünstige Struktur ist.

6.4 Fachstelle „Netzwerk Familie“ für Case Management und Netzwerkarbeit installieren

Die beste Früherkennung von belasteten Frauen/Familien läuft ins Leere, wenn die erkannten Frauen/Familien in der Folge nicht adäquat „aufgefangen“ und betreut werden können. Wie die Befragung der 35 Expertinnen und Experten zeigte, haben die meisten (spezialisierten) Anbieter medizinischer oder psychosozialer Leistungen bei Multiproblem-Familien den Bedarf nach einer niederschwellig verfügbaren Stelle, die die Frau/Familie umfassend betreuen und passgenaue Hilfen organisieren kann.

Es wird daher die Schaffung einer Case Management-Fachstelle empfohlen, an die die Primärversorger (Frauen- und Kinderärzte, Geburtskliniken, Hebammen, Mütter- und Väterberatung, Kinderbetreuungseinrichtungen und gemeindebasierte Familienzentren) Frauen/Eltern in komplexeren Belastungssituationen zuweisen können.

Die Fachstelle hat folgende Aufgaben:

1. Einzelfallebene: Case Management

- Übernahme der Klientin von den Primärversorgern
- Klärung der Bedarfe der Frau/der Familie
- Organisation passgenauer medizinischer und psychosozialer Unterstützung einschliesslich deren Finanzierung – Einbeziehung bestehender Fachstellen
- Koordination der Helfer (Absprachen, Übergaben, Runder Tisch)
- Nachgehende Begleitung über die Zeit, aufsuchende Beratung der Frau/der Familie, bis sich die Familie stabilisiert hat. Bei Bedarf Anpassung der diversen Hilfen.

Die Aufgabe von „Netzwerk Familie“ ist **NICHT**, bestehende Institutionen durch eigene Angebote zu konkurrenzieren, sondern bestehende Anbieter fallbezogen beizuziehen und zu vernetzen.

2. Strukturelle Ebene: Vernetzung und Qualitätsentwicklung

- Sensibilisierung der medizinischen und psychosozialen Fachstellen für mehrfach belastete Familien
- Entwicklung und Einführung eines psychosozialen Screening-Tools zur Früherkennung psychosozialer Problemlagen der Eltern. Qualifizierung der medizinischen und psychosozialen Fachstellen zur Anwendung des Screening-Tools.

- Vernetzung und institutionalisierter Austausch der medizinischen und psychosozialen Fachstellen, die mit belasteten Familien arbeiten, losgelöst von Einzelfällen.
 - Persönliches Kennenlernen der Fachpersonen und derer Angebote
 - Gemeinsame Fortbildungen
 - Standardisierung der Abläufe, der Information und der Kommunikation bei gemeinsamer Unterstützung von „Risikofamilien“
 - Qualitätssicherung: retrospektive Fallbesprechungen (anonymisiert)
- Entwicklung der Abläufe und Systeme

Trägerschaft

Um belastete Familien niederschwellig erreichen zu können, sollte eine private, amtsunabhängige Trägerschaft für diese Fachstelle gewählt werden. Für die Trägerschaft der Fachstelle sind verschiedene Konstruktionen denkbar. Ob eine der bestehenden psychosozialen Organisationen eine geeignete Trägerschaft für die Fachstelle sein könnte oder ob eine eigene Organisation dafür geschaffen werden sollte, wird eigens zu prüfen sein.

Folgende **Anforderungen** sollte der Träger der Fachstelle idealerweise erfüllt werden:

- Saubere Trennung der Rollen „Case Management“ und „Leistungsanbieter“. Die Fachstelle sollte eine Äquidistanz zu den verschiedenen Leistungsanbietern haben und sich nicht selbst öffentlich finanzierte Aufträge vermitteln können.
- Professionalität auf drei Ebenen:
 - Professionalität in der Fallarbeit (Case Management). Eine fachliche Unterstützung innerhalb der Trägerorganisation (Psychologe/in, Sozialarbeiter/in, Sozialpädagoge/in) wäre vorteilhaft.
 - Professionalität bei der Vernetzung der bestehenden medizinischen und psychosozialen Anbieter, die mit belasteten Familien arbeiten.
 - Management-Professionalität beim Aufbau von „Frühe Hilfen“
- Niederschwelliger Zugang für Familien in belastenden Lebenssituationen.
- Gutes Standing, um insbesondere von Ärztinnen und Ärzten fachlich akzeptiert zu werden und mit diesen „auf Augenhöhe“ kooperieren zu können.
- Akzeptanz bei den verschiedenen psychosozialen Fachstellen, um die Rolle als Case Manager und Vermittler von Angeboten anderer Fachstellen einnehmen zu können.
- Die Ressourcenausstattung des Trägers sollte eine rasche, kontinuierliche und effektive Fallarbeit zulassen.
- Je nach staatlicher Finanzierung von „Frühe Hilfen“ könnte die Fähigkeit eines Trägers, zusätzliche private Mittel für die Unterstützung belasteter Familien zu gewinnen, ein weiteres Kriterium sein.

Benennung der Fachstelle: Vorschlag „Netzwerk Familie“

Bei der Benennung der Fachstelle sollten psychosoziale Fachtermini vermieden werden, um für die Zielgruppe nicht abschreckend zu wirken. Vorschlag: „Netzwerk Familie“. Dieser Name drückt aus, dass es um die Zusammenarbeit verschiedener Fachstellen geht, die durch ihre Kooperation ein Auffang- und Unterstützungsnetzwerk für belastete Familien bilden.

6.5 Abstimmung der Rollen und Aufgabenverteilung im Bereich der frühen Prävention

Sollte sich die Regierung zu einer Initiative im Bereich „Frühe Hilfen“ entschliessen, ist eine Abstimmung der Rollen und Aufgabenverteilung der verschiedenen Systempartner erforderlich. Die Tätigkeitsbereiche verschiedener Institutionen berühren oder überlappen sich. Teilweise bestehen Doppelgleisigkeiten und Konkurrenzbeziehungen.

Um klare, einfache Strukturen und ein konstruktives Zusammenwirken sicherzustellen, wird die Klärung und Koordination der Tätigkeiten zumindest folgender Institutionen, die im Bereich der Frühen Prävention bei belasteten Familien tätig sind, empfohlen:

- Kinder- und Jugenddienst
- Kinderärzte (psychosoziales Screening)
- Hebammen (Wochenbettbetreuung, diese inkludiert Elternberatung)
- Mütter- und Väterberatung (Entwicklungs- und Erziehungsberatung)
- Eltern Kind Form (Frühe Förderung, Elternberatung)
- Frühe Hilfen („Netzwerk Familie), in welcher Trägerschaft auch immer
- Verein für Betreutes Wohnen (Sozialpädagogische Dienste)

6.6 Finanzielle Anreize in Richtung „Prävention“ prüfen

Schwer erreichbare Klientinnen durch Geld zur Inanspruchnahme notwendiger Unterstützungen im Sinne des Kindeswohls motivieren.

Vgl. 3.7
Das Präventionsdilemma

Genau jene belasteten Familien, die die Unterstützung am dringendsten bräuchten, nehmen sie häufig nicht in Anspruch. Sie entziehen sich aus diversen Gründen (Scham, Angst etc.) der Einsicht von aussen. Im Interesse des Kindeswohles sind hier besondere Anstrengungen erforderlich, um diese Familien erreichen und unterstützen zu können.

Dass viele belastete Familien an oder unter der Armutsgrenze leben, könnte helfen, dieses klassische Präventionsdilemma zumindest teilweise zu lösen. Bereits bescheidene finanzielle Anreize könnten ausreichen, um eine Hebamme, die Mütter- und Väterberatung im dritten und vierten Lebensjahr des Kindes oder eine Elternbildungsveranstaltung aufzusuchen. Es könnte eine Art „Eltern-Kind-Pass“ geschaffen werden, in dem die Inanspruchnahme bestimmter Dienstleistungen bestätigt werden. Nach der Absolvierung des vorgesehenen Solls erhält die Familie den Betrag X CHF. Dies könnte eine grössere Zahl an belasteten Familien als derzeit zur Inanspruchnahme präventiver Unterstützung motivieren. Diese Investition würde sich im Hinblick auf das Kindeswohl lohnen.

Hebammenwesen: Fehlanreiz „Pikketgeld“ und Honorierung der Hebammen prüfen

Wie aufgezeigt wurde, könnte das privat zu bezahlende Pikketgeld zur Abgeltung des Bereitschaftsdienstes der Hebammen bewirken, dass gerade sozial schwache, belastete

Vgl. 3.6.2.
Versorgungslücken

Frauen auf eine Hebamme im Wochenbett verzichten. Dies stellt ein gravierenden Fehl-anreiz dar, da gerade bei diesen Frauen die Hebammenbetreuung nach der Geburt zur Früherkennung problematischer Entwicklungen besonders wichtig ist. Es sollte geprüft werden, ob das Picketgeld öffentlich (Krankenkasse, Land, Gemeinden) finanziert werden kann.

Angesichts des generellen Mangels an freischaffenden Hebammen sollte zudem geprüft werden, ob ihre derzeitige Honorierung ein Mitgrund für die offensichtlich mangelnde Attraktivität dieser Tätigkeit darstellt oder ob andere Gründe dafür ausschlaggebend sind.

Honorierung der Ärzteschaft für Präventionsarbeit im Sinn der Frühen Hilfen prüfen

Ärztinnen und Ärzten kommt in der präventiven Arbeit mit Schwangeren und Familien in belastenden Lebenssituationen eine zentrale Rolle zu: Das flächendeckende psychosoziales Screening durch Frauenärzte, Frauenkliniken und Kinderärzte zur Früherkennung belasteter Familien stellt ein Schlüsselement im Konzept „Frühe Hilfen“ dar. Dies erfordert Zeit und Zeit ist des Arztes bzw. der Ärztin knappstes Gut. Bei Multiproblem-Familien („Risikofamilien“) ist zudem die Motivierung der Familien, psychosoziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen sowie die Vernetzung und Kooperation mit psychosozialen Fachstellen zentral, was ebenfalls Zeit erfordert.

Wenn von Ärzten erwartet wird, dass sie sich an einem präventiven System „Frühe Hilfen“ beteiligen, sollte geprüft werden, ob dies im derzeitigen Tarifsysteem angemessen honoriert wird oder ob diesbezüglich Änderungen notwendig und möglich sind.

7. Investitionen in Frühe Hilfen rechnen sich

Es ist derzeit noch nicht abschätzbar, wie viele Ressourcen ein nachhaltiges Programm „Frühe Hilfen“ benötigen würde. Doch eines ist klar: erhebliche Ressourcen, nicht allein durch die Strukturkosten der Stelle „Netzwerk Familie“, sondern auch durch die erforderlichen präventiven Mehrleistungen der Hebammen, der Mütter- und Väterberatung, der sozialpädagogischen Familienbegleitung usw. für belastete Familien.

Vielleicht können folgende Fragen und Fakten an dieser Stelle hilfreich sein:

1. Wieviel Geld geben Land, Gemeinden, Krankenkassen und Unternehmen für die „Reparatur“ und Schadensbegrenzung missglückter familiärer Entwicklungen aus?

Exemplarisch eine begrenzte Auswahl ständig überlasteter „Reparaturbetriebe“:

- 5,75 Stellen (VZÄ-Vollzeitäquivalente) im Kinder- und Jugenddienst (ASD)
- 3,1 Mio. CHF für die ambulante und stationäre Betreuung von gefährdeten Kindern, bis zu Fremdplatzierungen im In- und Ausland (Jahresbericht ASD 2018)
- 3 Stellen (VZÄ) für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
- 2 Stellen (VZÄ) für Kinder- und Jugendpsychiater
- 8,5 Stellen für Erwachsenenpsychiatrie – ein Teil davon darf sicher auch den „missglückten Kindheiten“ zugerechnet werden, ebenso
- X Stellen des Mobilien Sozialpsychiatrischen Teams (VBW)
- X Stellen im psychiatrischen Tageszentrum des VBW
- X Stellen Schulpsychologie und Schulsozialarbeit
- X CHF für Unterbringung von Jugendlichen, die fremdplatziert werden müssen
- X Mio. der Krankenkassen für diverse Therapie- und Rehakosten
- X Mio. der Unternehmen durch Ausfälle von Mitarbeitenden
- X für die Folgen von Vandalismus und Delinquenz junger Erwachsener
- X für die Therapie und den Ausfall von Konsumenten legaler und illegaler Drogen

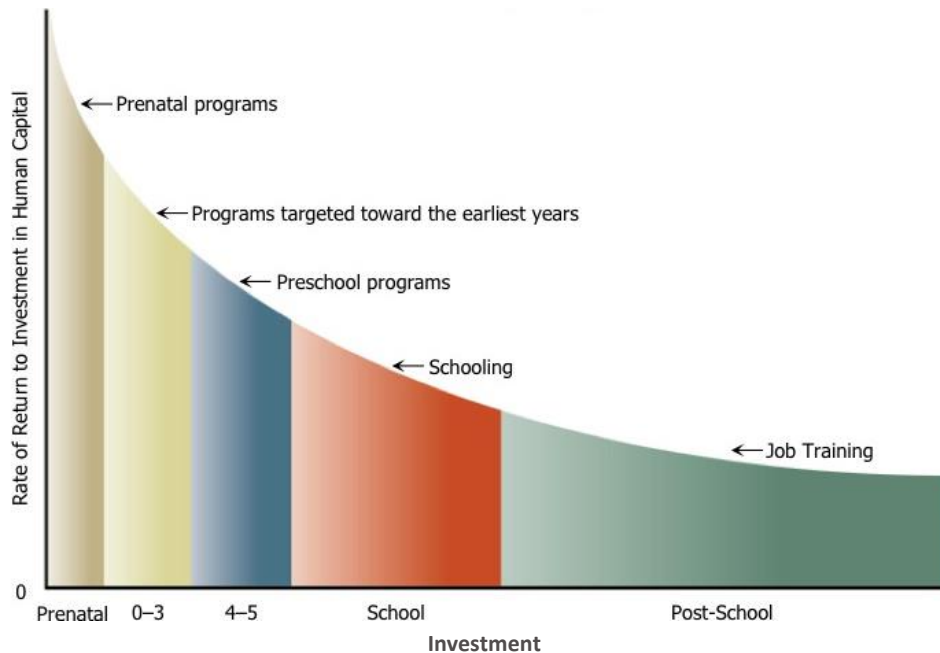
2. Wirtschaftsnobelpreisträger Heckmann und Weltbanker Köttl: Investitionen in die frühe Kindheit rechnen sich.

Präventionsmassnahmen in der frühen Kindheit sind besonders effizient. Der „Return on Investment“ (ROI) und damit das Kosten-Nutzen-Verhältnis sind bei Präventionsmassnahmen in der frühen Kindheit am höchsten. Laut Studien des Wirtschaftsnobelpreisträgers James Heckmann (2017) beträgt die entsprechende Rate etwa 1:8, d. h. pro investiertem CHF kommen etwa 8 CHF zurück. Besonders ausgeprägt ist der ROI bei sozioökonomisch benachteiligten Kindern, wo der bei etwa 1:16 liegt.

Literaturhinweise
im Anhang

Johannes Köttl, Senior Economist der Weltbank, bestätigt: *“Evidence from both developed and developing countries suggests a potential annual rate of return of 7 – 16 % from high-quality ECD (early child development) ... programs targeting vulnerable groups due to positive impacts in education and health, reduced risky behaviors in adolescence (z. B. Alkohol- oder Drogenkonsum, Delinquenz) and increased productivity in adulthood.”*

Schaubild 5: Die Heckmann-Kurve. Stilisierte Erträge von Investitionen in verschiedenen Lebensabschnitten



Je früher im Leben eines Menschen ein Betrag X in seine Förderung investiert wird, umso höher der Return on Investment.

Anders formuliert: In den ersten Lebensjahren kann mit relativ bescheidenen Mitteln eine grosse Wirkung erzielt werden.

In späteren Lebensjahren sind hohe Mittel notwendig, um relativ bescheidene Wirkungen zu erzielen.

Quelle: <https://heckmanequation.org/resource/the-heckman-curve/> Zugriff am 19.2.2019

Studien des deutschen und österreichischen Nationalen Zentrums Frühe Hilfen

Eine Kosten-Nutzen-Analyse des deutschen Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (auf Basis von vier Lebenslaufszenerarien) ergab bei einer Lebenslaufbetrachtung Einsparungen zwischen 400.000 bis 1 Million Euro an volkswirtschaftlichen Kosten (durch ambulante und stationäre Betreuung von Kindern und Jugendlichen, vermehrte medizinische Behandlungen, Unterstützungs- und Integrationskosten im Schul- und Arbeitsmarktbereich, Kosten von Delinquenz, Wertschöpfungsverlust durch geringere berufliche Qualifikation, etc.) durch die Bereitstellung von „Frühen Hilfen“ pro Kind, bei dem Vernachlässigung droht oder bereits gegeben ist. Eine analoge Studie der Gesundheit Österreich GmbH bestätigt diese Ergebnisse.

Fazit: Wir können uns nicht leisten, nicht in Frühe Hilfen zu investieren.

Literaturangaben im Anhang

3. Finanzierung

Aufwendungen für Frühe Hilfen sind keine Sozialausgaben, sondern Investitionen in eine nachhaltige gesellschaftliche Entwicklung des Standorts Liechtenstein. Es wird daher vorgeschlagen, ein Investitionsprogramm „Frühe Hilfen“ vorerst nicht aus den regulären Budgets, sondern aus Investitionsrücklagen von Land, Gemeinden und Krankenversicherungen auf sechs Jahre zu finanzieren. Es wird empfohlen, das Programm „Frühe Hilfen“ im Sinne der Qualitätssicherung und zur Evaluierung der Effektivität und Rentabilität der Investitionen wissenschaftlich begleiten zu lassen. Sollte sich das Programm als wirksam erweisen, kann es in die Regelfinanzierung übernommen werden.

8. Schlussbemerkungen

Ich danke den Familien und den Expertinnen und Experten, die zum Gespräch über ihre Arbeit und deren Schwierigkeiten bereit waren, herzlich.

Ich bin mir bewusst, dass sich nicht alle meiner Schlussfolgerungen aus den Gesprächen mit den Auffassungen meiner Gesprächspartner/innen decken. Die Feedbacks auf den Rohbericht zeigten weitgehende Übereinstimmung in der Diagnose der Ist-Situation, jedoch unterschiedliche Vorstellungen über die zukünftige Gestaltung der Präventionsarbeit mit belasteten Familien. Es ist die Sorge mancher Institutionen spürbar, dass sich an der gewohnten Rollen- und Aufgabenverteilung etwas ändern könnte.

Ich versichere, dass sich keine meiner Schlussfolgerungen und Empfehlungen gegen eine bestimmte Institution richten. Meine Absicht ist ausschliesslich, einen Impuls zur Weiterentwicklung der frühen Prävention in Liechtenstein zugunsten belasteter Jungfamilien zu geben.

Ich bitte jene Ärzte um Verständnis, die sich von mir wegen eines Gesprächstermins bedrängt gefühlt haben. Es ist nicht einfach, Termine bei ihnen zu bekommen. Manchmal ist es mir gelungen, manchmal blieb nur ihre Verärgerung. Das tut mir leid. Ihre Einschätzung der Ist-Situation im Bereich der Frühen Kindheit wäre mir wichtig gewesen.

Christoph Jochum
Sophie von Liechtenstein Stiftung
Bahnhofstrasse 16 – PF 717
9494 Schaan, Liechtenstein
T +0423 79 46000
E c.jochum@svl-stiftung.li

Literaturempfehlungen

Folgen elterlicher Belastungen für die Entwicklung des Kindes

Egle, Ulrich et al. (2016). Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit – ein Update. In: Bundesgesundheitsblatt 2016 · 59:1247–1254, Berlin

Entringer, Sonja et al. (2016). Frühe Stresserfahrungen und Krankheitsvulnerabilität: In: Bundesgesundheitsblatt 2016 · 59:1255-1261, Springer, Berlin

Eickhorst, Andreas et al. (2017). Psychische Belastungen bei Eltern mit Kleinkindern, Faktenblatt 5 zur Prävalenz- und Versorgungsforschung der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Hübner-Liebermann, Bettina et al. (2012). Peripartale Depressionen erkennen und behandeln – Übersichtsarbeit. In: Deutsches Ärzteblatt 2012; 109 (24)

Neuhauser, Alex (2018). Predictors of maternal sensitivity in at-risk families. In: Early Child Development and Care, 2018, Vol. 188, NO. 2, 126–142

Stith, S. M. et al. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. In: Aggression and Violent Behavior, 14 (1), S. 13–29

Ziegenhain, Ute (2004). Frühe Förderung von Resilienz bei jungen Müttern und ihren Säuglingen. Kindheit und Entwicklung, 13, S. 226–234

Grundlagentexte Frühe Hilfen/Frühe Förderung

Hafen, Martin (2014). ‚Better Together‘ – Prävention durch Frühe Förderung. Präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren. Überarbeitete und erweiterte Version des Schlussberichtes zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit, Luzern

Lengning, Anke; Zimmermann, Peter (2013). Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Bereich Frühe Hilfen – Internationaler Forschungsstand, Evaluationsstandards und Empfehlungen für die Umsetzung. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Ziegenhain, Ute et al. (2011). Frühe Hilfen und frühe Intervention im Kinderschutz (e-learning-Unterlagen). Hrsg.: Universitätsklinikum Ulm, KJPP

Lenz, Albert (2017). Eltern mit psychischen Erkrankungen in den Frühen Hilfen, Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, Handreichung Nr.9

Haas, Sabine; Weigl, Marion (2018). Qualitätsstandard Frühe Hilfen. Hrsg.: Gesundheit Österreich, Wien

Wirkungsevaluationen von Frühen Hilfen/Früher Förderung

Lanfranchi, Andrea et al. (2018). Förderung ab Geburt - ZEPPELIN 0-3 und erstes Follow-up ZEPPELIN 5-9, Stand der Forschung in aller Kürze. Hrsg.: Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik, Zürich (*Anmerkung: Evaluation PAT*)

Renner, Ilona (2014). Wirkungsevaluation 'Keiner fällt durchs Netz'. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln (*Anmerkung: Evaluation Familienhebammen*)

Jungmann, Tanja et al (2017). Effectiveness of Four Early Intervention Programs in Europe: How do the Results Inform Program Development and Dissemination? In: Journal of Nursing and Health Sciences

Neuhauser, Alex & Lanfranchi, Andrea (2009). Kriterien wissenschaftlich begründeter Wirksamkeit von Programmen der frühen Förderung - mit Programm-Synopse und Begründung der Programmauswahl. Zürich: Hochschule für Heilpädagogik, unveröffentlichtes Arbeitspapier

Früherkennung und Erreichbarkeit von belasteten Familien

Lanfranchi, Andrea et al. (2015). Hard to reach families - A methodological approach to early recognition, recruitment, and randomization in an intervention study. In: Mental Health & Prevention, 3, S.79–88. Elsevier, Amsterdam

Barth, Michael; Renner, Ilona (2014). Kindermedizin und Frühe Hilfen – Entwicklung und Evaluation des pädiatrischen Anhaltsbogens. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Busch, Ulrike; Backes, Jörg (2010). Die Bedeutung der Schwangerschaftsberatung im Kontext der Frühen Hilfen. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Wilke, Franziska et al. (2014). Welche Familien erreichen Angebote zur Familienbildung? Eine Analyse der Teilnehmerstruktur am Beispiel des modularen Projekts Chancenreich. In: Empirische Sonderpädagogik, Nr. 3, S. 195-210

Empfehlenswerte Praxisbeispiele Früher Prävention

Vorarlberg: Frühe Hilfen - Netzwerk Familie (2019). <https://www.netzwerk-familie.at>

Kanton St. Gallen - Frühe Förderung: <https://www.zepa.info/fruehe-foerderung.html>

Stadt St. Gallen, Vorlage Stadtparlament: Frühe Förderung – Individuelle Prävention und Intervention: Umsetzung des Programms „PAT – Mit Eltern lernen“:
<http://ftp.sg.oca.ch/stadtparlament/4e26ef13248a4d278c0ee5d5c28d3782-332.pdf>

Dormagen (D): Hilgers, Heinz et al. (2011). Von der Verwaltung der Kinderarmut zur frühen umfassenden Hilfe - Das Dormagener Modell. Was es beinhaltet und was man von ihm lernen kann. In: Handbuch Kommunalpolitik, Dr. Josef Raabe Verlag, Stuttgart

Ortenaukreis (D), Frühe Hilfen: http://www.awo-goettingen.de/awo-goettingen/sites/default/files/spr/u_boettinger_fh.pdf

Kosten und Nutzen „Früher Hilfen/Früher Förderung/Früher Bildung“

Heckmann, James et al. (2017). Quantifying the Life-cycle Benefits of a Prototypical Early Childhood Program. Quelle: <https://www.heckmanequation.org>, Zugriff am 19.2.2019

Prof. Heckmann erhielt im Jahr 2000 den Nobelpreis für Wirtschaftswissenschaften

Juraszovich, Brigitte (2017). Zur Wirkung und Wirksamkeit von Frühen Hilfen – Darstellung von Kosten und Nutzen anhand exemplarischer Fallvignetten. Hrsg.: Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Köttl, Johannes; Naudeau, Sophie (2016). Why it pays off to invest in early childhood development- costs and benefits für early childhood development interventions. Quelle: 2. Österreichische Fachtagung zu Frühe Hilfen, 22.9.2016, Wien, Vortragsfolien

Johannes Köttl ist Senior Economist der Weltbank

Meier-Gräwe, Uta; Wagenknecht, Inga (2011). Kosten und Nutzen Früher Hilfen – eine Kosten-Nutzen-Analyse im Projekt ´Guter Start ins Kinderleben`, Hrsg: Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Nationale Strategien Frühe Hilfen/Frühe Förderung

Bundesamt für Gesundheit BAG (2018). Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit, Bern

Stern, Susanne; Schwab Cammarano, Stephanie; De Rocchi, Ariane (2017). Kantonale Strategien und Koordinationsansätze im Bereich der Frühen Bildung, Betreuung und Erziehung - Bestandsaufnahme bei den Kantonen Schlussbericht, überarbeitete Fassung,

Zürich. Hrsg.: Jacobs Foundation in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen (Nationales Programm gegen Armut) und dem Staatssekretariat für Migration

Nationales Zentrum Frühe Hilfen & Gesundheit Österreich GmbH, Wien (2016). Konzept für die langfristige Unterstützung und Begleitung von Frühen-Hilfen-Angeboten in Österreich

Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Deutschland (2019). Ziele und Aufgaben der Frühen Hilfen. Quelle: <https://www.fruehehilfen.de/das-nzfh/ziele-und-aufgaben/aufgaben-des-nzfh/>, Zugriff 19.2.2019

Anhang

Interviewleitfaden Expertenbefragung

1. Wieviel (liechtensteinische) Schwangere bzw. Eltern mit Kindern von 0 – 3 Jahren betreuen Sie pro Jahr?
2. Studien zeigen, dass Nachteile für die kindliche Entwicklung zu erwarten sind, wenn Mütter/Eltern mit mehreren Risikofaktoren gleichzeitig belastet sind. (Risikofaktoren: siehe Beilage 1).

Wie viele (liechtensteinische) Schwangere bzw. Eltern mit Kindern von 0-3 Jahren haben Sie etwa pro Jahr, die Sie als mehrfach belastet einschätzen würden?

3. Welche Entwicklungen beobachten Sie im Hinblick auf Familien in belastenden Lebenssituationen in den letzten Jahren? (Welche Probleme nehmen zu bzw. ab?)
4. Wie erreichen Sie Familien in belastenden Lebenssituationen mit Ihrem Angebot? Wie kommen sie zu Ihnen? Welche Schwierigkeiten gibt es, sie zu erreichen?
5. Mit welchen Bedürfnissen kommen diese Mütter/Väter zu Ihnen? Sehen Sie spezielle Bedürfnisse von Familien in belastenden Lebenssituationen?
6. Welche Schwierigkeiten gibt es in der Betreuung dieser Familien?
7. Was könnte Ihre Arbeit mit Familien in belastenden Lebenssituationen erleichtern?
8. Bei mehrfach belasteten Familien kann jede Fachstelle meist nur einen Teil der Problematik abdecken, z. B. die medizinische Seite, nicht jedoch die finanziellen Probleme oder die Paarkonflikte. Wie gehen Sie vor, wenn Sie bei der Frau/den Eltern Probleme sehen, die über Ihren Zuständigkeitsbereich hinausgehen?
9. Zu welchen anderen Fachstellen schicken Sie Eltern in belastenden Lebenssituationen? Mit welchen Erwartungen?
10. Welche Erfahrungen machen Sie, wenn Sie eine Klientin an eine andere medizinische oder psychosoziale Fachstelle verweisen? Was läuft gut? Was weniger? Wissen Sie, ob die Frau dort ankommt? Haben Sie einen Austausch, bekommen Sie ein Feedback, wie es gelaufen ist? Wäre ein solcher Austausch hilfreich?
11. Und umgekehrt? Welche anderen Stellen schicken Schwangere bzw. Eltern in belastenden Lebenssituationen zu Ihnen? Mit welchen Erwartungen?
12. Wie könnte man die präventive Unterstützung für mehrfach belastete Familien in Liechtenstein verbessern, so dass auch Kinder aus belasteten Familien gute Entwicklungschancen haben? Gibt es Lücken im System? Was bräuchte es?
13. Vernetzungsanalyse: siehe Beilage 2

Elterliche Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung

Die wissenschaftliche Evidenz zeigt: Das kumulative Einwirken mehrerer der folgenden Risikofaktoren kann eine Deprivation der Eltern-Kind-Beziehung bewirken mit einem deutlich erhöhten Risiko für das Kind, vernachlässigt oder misshandelt zu werden bzw. im Erwachsenenalter körperlich und/oder psychisch zu erkranken oder delinquent zu werden. Das Risiko ist umso grösser, je mehr Risikofaktoren gegeben sind und je länger diese gegeben sind.

1. Persönliche Belastungen

- Ungeplante Schwangerschaft
- Jugendlich (< 20 Jahren)
- Psychische Erkrankungen eines Elternteils (z. B. Depression, Angst, Sucht)
- Schwere körperliche Erkrankung eines Elternteils
- Chronisch krankes oder behindertes Geschwisterkind
- Gewalterfahrung der Mutter (aktuell oder früher)
- Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr ohne stabile, gesicherte Kinderbetreuung

2. Familiäre Belastungen

- Starke Probleme in der Partnerschaft, chronische familiäre Disharmonie
- Alleinerziehend
- Altersabstand von Geschwisterkindern < 18 Monate
- Geschwisterkinder sind fremduntergebracht

3. Soziale Belastungen

- Soziale Isolation, wenig bis keine Unterstützung durch Familie oder Freunde
- Dissoziales Umfeld (Gewalt, Drogen, Alkohol, Prostitution, Kriminalität)
- Sprachliche Probleme sich zu verständigen

4. Materielle Belastungen

- Arbeitslosigkeit mindestens eines Elternteils
- Bezug von Sozialleistungen (Armut)
- Unsichere Wohnungssituation oder wohnungslos
- Grosse Familie mit sehr wenig Wohnraum

Erhöhung der Vulnerabilität

Die kalifornische Adverse Childhood Experience Study (ACE Study) untersuchte im Auftrag einer grossen Krankenversicherung den Zusammenhang von acht Kindheitsbelastungsfaktoren und Vulnerabilität im Erwachsenenalter bei mehr als 17.000 Versicherten. Das kumulative Einwirken von 4 oder mehr dieser Belastungsfaktoren in der Kindheit bewirkt ein 2- bis 4-fach erhöhtes Risiko, im fortgeschrittenen Erwachsenenalter an folgenden **körperlichen Erkrankungen** zu leiden:

- Diabetes mellitus Typ 2 („Altersdiabetes“)
- Schlaganfall
- koronare Herzerkrankung
- Hepatitis B
- chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Rachen-, Lungen- und Cervixkarzinome

Im prospektiven Teil der ACE-Studie wurde in einem Zeitraum von 10 Jahren untersucht, inwieweit diese Zusammenhänge zu **Einschränkungen der Lebenserwartung** führen können. Nachgewiesen werden konnte, dass sich das Risiko für in der Kindheit stark belasteter Menschen 2,4-fach erhöht, vor dem 65. Lebensjahr zu sterben.

In einer schwedischen Bevölkerungsstudie (an 1 Mio. jungen Erwachsenen) war das Risiko dieser Kinder für **psychische Erkrankungen**, Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie **Suizidversuche** im jungen Erwachsenenalter 2,5- bis 3,5-fach erhöht.

Kompensatorische Schutzfaktoren

Die Resilienzforschung zeigt, dass gegebene Belastungen durch folgende Schutzfaktoren teilweise oder ganz kompensiert werden können:

- Das Kind selbst mit seinen persönlichen Eigenschaften, welche positive Reaktionen in seinem Umfeld auslösen („sonniges, fröhliches Kind“);
 - Günstiges Familienklima (warmherzige Einstellung zum Kind, beziehungskompetente Mutter/Vater, Zusammenhalt, unterstützende Geschwister)
 - Das Kind hat neben der Mutter kontinuierlich mindestens eine weitere Hauptbezugsperson, von der es viel Zuwendung erhält (z. B. Grosseltern).
- Vorhandene professionelle Unterstützungssysteme (z. B. Elternberatung, sozialpädagogische Familienbegleitung o.ä.)

Quellen:

1. U. T. Egle · M. Franz · P. Joraschky · A. Lampe · I. Seiffge-Krenke · M. Cierpka: Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit – ein Update; Bundesgesundheitsblatt 2016
2. Lenz, A.: Eltern mit psychischen Erkrankungen in den Frühen Hilfen. Materialien zu Frühen Hilfen; Hrsg: Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln 2017
3. Eickhorst, A./Brand, C./Lang, K. u.a.: Die Prävalenzstudie „Kinder in Deutschland KiD 0-3 zur Erfassung von psychosozialen Belastungen und Frühen Hilfen in Familien mit 0- bis 3-jährigen Kindern. In: Soziale Passagen, 2015
4. Stith, S. M./Liu, T./Davies, L. C./Boykin, E. L./Adler, M. C./Harris, J. M. et al. (2009): Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. In: Aggression and Violent Behavior, 14 (1), S. 13–29
5. Ziegenhain, U./Derksen, B./Dreisörner, R. (2004). Frühe Förderung von Resilienz bei jungen Müttern und ihren Säuglingen. Kindheit und Entwicklung, 13, S. 226–234

Vernetzungsanalyse

Beilage 2
zum Interviewleitfaden
Expertenbefragung

Wie oft haben Sie (bzw. Ihre Einrichtung) direkten, persönlichen Kontakt zu folgenden Fachstellen bezüglich einer liechtensteinischen Patientin/Klientin?

Bitte pro Zeile ein
Kästchen ankreuzen!

Fachstelle	einmal oder mehrmals wöchentlich	einmal oder mehrmals monatlich	einmal oder mehrmals jährlich	sehr selten bzw. nie
Frauenarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauenklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiater/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwanger.li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebamme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mütter- und Väterberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfswerk Liechtenstein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caritas Liechtenstein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilpädagog. Frühförderung (HPZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergo-, Physio-, Osteotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eltern-Kind-Forum (Tagesmutter, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kindertagesstätte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amt für Soziale Diensten (KJD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologe/in und Psychotherapeut/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialpädagogische Dienste (VBW)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialpsychiatrische Dienste (VBW)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therap. Wohngemeinschaft (VBW)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ombudsstelle für Kinder- u. Jugendl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüchtlingshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interviewleitfaden Familienbefragung

Anlage 2

Autorin: Maja Marxer-Schädler

1. Familiäre Ist-Situation heute

2. Damalige Problemstellung und Beratungssituation

zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme von schwanger.li bzw. der Mütter- und Väterberatung

3. Sich des Problems bewusst werden

- Wann und wodurch wurde bemerkt, „Ich habe ein Problem“? Was war der Anlass, Hilfe zu suchen?
- Schwangerschaft: Sind Probleme/Krise bereits in der Schwangerschaft aufgetreten?
- Ab wann wurde Hilfe gesucht?
- Wie? Wo?
- Durch wen wurde man allenfalls darauf aufmerksam?
- Gab es Schwierigkeiten bei der Suche eines passenden Hilfsangebotes?
- Falls ja, welche?
- Wenn nicht schon beantwortet:
 - Gab es (auch) Hilfen medizinischer Art?
 - Gab es (auch) Hilfen psychosozialer Art?
 - Wieviel Zeit verstrich, bis zu einem ersten Termin/Gespräch?

4. Hilfe suchen

5. Beratungssituation

- Wie und wo wurde Unterstützung/Hilfe gefunden?
- Mussten mehrere Stellen aufgesucht werden?
- Falls ja: Fand eine Vermittlung (Triage) zur nächsten Stelle statt?
- Haben Beratungsstellen allenfalls zusammengearbeitet?
- Wo ist Beratung/Hilfe gut gelaufen?
- Wo war es schwierig?

6. Was könnte besser laufen?

- Was hätte es aus eigener Sicht eigentlich gebraucht?
- Was hätte man sich gewünscht?
- Was würden Sie heute jemandem in einer ähnlichen Situation empfehlen?

