

Niipel, Katrin

**Unterstützungs- und Entlastungsbedarf von Pflegefamilien  
nach § 33 SGB VIII (Vollzeitpflege)**

eingereicht als

**DIPLOMARBEIT**

an der

**HOCHSCHULE MITTWEIDA (FH)**

---

**UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES**

Fachbereich Soziale Arbeit

Roßwein, 2008

Erstprüfer: Prof. Dr. jur. Marie-Luise Horlbeck

Zweitprüfer: Prof. Dr. phil. Dieter Rink

vorgelegte Arbeit wurde verteidigt am: 25. August 2008

Bibliographische Beschreibung:

Niepel, Katrin:

Unterstützungs- und Entlastungsbedarf von Pflegefamilien nach § 33 SGB VIII (Vollzeitpflege).  
104 S.

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fachbereich Soziale Arbeit,  
Diplomarbeit, 2008

Referat:

Die Diplomarbeit befasst sich mit dem Unterstützungs- und Entlastungsbedarf von Pflegefamilien, die gemäß § 33 SGB VIII Vollzeitpflege durchführen. Dazu wurde eine empirische Untersuchung von 160 Pflegefamilien im Jugendamtsbereich der Landeshauptstadt Dresden durchgeführt.

Neben einem selbst entwickelten Fragebogen zur Erfassung der Familienstruktur, den Rahmenbedingungen der Pflegeverhältnisse, den Ressourcen und Wünschen der Pflegefamilien wurde der international erprobte Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen Child Behavior Checklist (CBCL) in seiner deutschen Fassung zur Einschätzung der Kompetenzen und Belastungen der Pflegekinder verwendet.

Die Ergebnisse der regionalen Befragung wurden mit aktuellen Forschungsergebnissen des Deutschen Jugendinstituts, München und der Universität Bremen auf dem Gebiet der Pflegekinderhilfe verglichen.

## Inhaltsverzeichnis

	Abkürzungsverzeichnis	
	Abbildungsverzeichnis	
	Tabellenverzeichnis	
<b>0</b>	<b>Vorwort</b> .....	<b>8</b>
<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>Grundlagen</b> .....	<b>12</b>
2.1	Begriffsbestimmungen .....	12
2.2	Literaturrecherche .....	13
2.3	Aktuelle Entwicklungen im Pflegekinderwesen in Deutschland .....	18
2.4	Beschreibung des Systems Pflegefamilie nach § 33 SGB VIII .....	24
2.4.1	Rechtliche Grundlagen .....	24
2.4.2	Phasen der Pflegschaft aus der psychologischen Perspektive .....	30
2.4.3	Beteiligte des Helfersystems .....	34
2.4.4	Besondere Belastungen einer Pflegefamilie .....	36
2.5	Stand der empirischen Forschung und praktische Erfahrungen .....	40
2.5.1	Untersuchungen des DJI 1987 und 2005-2008 .....	40
2.5.2	Empirische Forschung zum Pflegekinderwesen an deutschen Universitäten .....	43
2.5.3	Praktische Erfahrungen zur Entlastung und Unterstützung von Pflegefamilien ....	44
2.6	Kurzbeschreibung des Pflegekinderwesens in Dresden .....	48
<b>3</b>	<b>Methode</b> .....	<b>50</b>
3.1	Forschungsdesign .....	50
3.2	Variablenauswahl .....	51
3.2.1	Merkmale der Familie und der Lebenssituation .....	51
3.2.2	Merkmale des Helfersystems .....	51
3.2.3	Merkmale des Pflegekindes .....	52
3.3	Operationalisierung .....	52
3.3.1	Allgemeines .....	52
3.3.2	Verwendete Untersuchungsinstrumente .....	55
3.4	Stichprobenansatz .....	55
3.5	Vorgehen bei der Datenerhebung .....	56
3.6	Auswertungsverfahren .....	56

<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>57</b>
4.1	Art der Ergebnisdarstellung .....	57
4.2	Darstellung der Stichprobe .....	57
4.2.1	Allgemeines .....	57
4.2.2	Merkmale der Familie und der Lebenssituation .....	58
4.2.3	Merkmale des Helfersystems .....	61
4.2.4	Merkmale des Pflegekindes .....	65
4.2.5	Bedürfnisse der Pflegefamilien.....	73
4.2.6	Selbsthilfe-Ressourcen .....	75
<b>5</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>75</b>
5.1	Zusammenfassung der Hauptergebnisse .....	75
5.2	Methodische Kritik .....	76
5.3	Diskussion der Hauptergebnisse.....	77
5.3.1	Familienstruktur und Lebenssituation .....	77
5.3.2	Merkmale des Helfersystems .....	81
5.3.3	Merkmale des Pflegekindes .....	84
5.3.4	Zusammenhänge zwischen den Merkmalen der Familie, der Lebenssituation, den Belastungen und Bedürfnissen .....	88
5.4	Diskussion der Nebenrechnungen .....	90
5.4.1	Vergleich mit der DJI-Studie von 2005/2007 .....	90
5.4.2	Verhaltensauffälligkeiten der Pflegekinder und Einstufung des Erziehungsaufwandes .....	95
<b>6</b>	<b>Zusammenfassende Diskussion und Ausblick</b> .....	<b>99</b>
<b>7</b>	<b>Anlagen</b> .....	<b>105</b>
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>129</b>

## Abkürzungsverzeichnis

ACC	Assessment Checklist for Children
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom
AGSP	Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie, Berlin
AVM	Amtsvormund
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
BAB	Bundesausbildungsbeihilfe
BAföG	Bundesausbildungsförderungsgesetz vom 26.08.1971 in der Fassung vom 23.07.1996 (BGBl. I S. 1088)
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch vom 18.08.1896 (RGBl. S. 195) in der Fassung vom 02.01.2002 (BGBl. I S. 42)...
BGH	Bundesgerichtshof
CBCL	Child Behavior Checklist
Est	Erziehungsstelle (4-faches Erziehungsgeld)
EVM	Einzelvormund
FAE	Fetale Alkoholeffekte
FAS	Fetales Alkoholsyndrom
FG	Familiengericht
FGG	Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit vom 17.05.1898 in der Fassung vom 26.03.2008 (BGBl. I S. 441)
FH	Fachhochschule
DIJuF	Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht
DJI	Deutsches Jugendinstitut
HE	Herkunftseltern
IGFH	Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen
IPP	Intensiv Pädagogisches Programm
Kita	Kindertageseinrichtung
KJND	Kinder- und Jugendnotdienst
PE	Pflegeeltern
PK	Pflegekind
PKD	Pflegekinderdienst
PM	Pflegemutter
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung ( engl. Posttraumatic Stress Disorder)
PV	Pflegevater
P I	Pflegestufe I der Pflegeversicherung
P II	Pflegestufe II der Pflegeversicherung
P III	Pflegestufe III der Pflegeversicherung
S 2	Sonderpflegestufe 2 (2-faches Erziehungsgeld)
S 3	Sonderpflegestufe 3 (3-faches Erziehungsgeld)
SGB VIII	Sozialgesetzbuch Aches Buch Kinder- und Jugendhilfe vom 08.12.1998 in der Fassung vom 27. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3852)
StGB	Strafgesetzbuch vom 15.05.1871 in der Fassung vom 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322)
SHG	Selbsthilfegruppe
TPP	Therapeutisches Programm für Pflegekinder
VM	Vormund
VMG	Vormundschaftsgericht
WG	Wohngemeinschaft

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Übersicht Erzieherische Hilfen (Statistisches Bundesamt 2008, S. 24).....	18
Abbildung 2	Erzieherische Hilfen außerhalb des Elternhauses.....	19
Abbildung 3	Erzieherische Hilfen 1991-2005 (Statistisches Bundesamt 2008, S. 19).....	20
Abbildung 4	Begonnene Vollzeitpflegen (Statistisches Bundesamt 2008, S. 14).....	21
Abbildung 5	Übersicht der Beteiligten am Helfersystem .....	34
Abbildung 6	Internationale Studien zu Verhaltensauffälligkeiten von Pflegekindern .....	42
Abbildung 7	Helfersystem der Pflegefamilie.....	62
Abbildung 8	Einschätzung der Unterstützung durch Jugendamt.....	63
Abbildung 9	Altersverteilung der Pflegekinder nach Geschlecht .....	65
Abbildung 10	Organisationsgrad und Gesamtverhaltensauffälligkeiten .....	67
Abbildung 11	Häufigkeit klinisch relevanter Auffälligkeiten der Mädchen.....	70
Abbildung 12	Häufigkeit klinisch relevanter Auffälligkeiten der Jungen.....	70
Abbildung 13	CBCL4-18 Mittelwerte der Syndromskalen in der Stichprobe.....	71
Abbildung 14	Übersicht Bedürfnisse der Pflegefamilien.....	74
Abbildung 15	Vergleich Alter der Pflegeeltern zum Zeitpunkt der Inpflegegabe.....	79
Abbildung 16	Vergleich Inpflegegabealter der Pflegekinder.....	80
Abbildung 17	Vergleich der Besuchskontakte der Herkunftsfamilien BRD-Dresden .....	82
Abbildung 18	Alter der Inpflegegabe nach Geschlecht Dresdner Stichprobe.....	87
Abbildung 19	Alter der Inpflegegabe in der Altersgruppe der jetzt 7-12 Jährigen .....	87
Abbildung 20	Entlastungsbedarf und Gesamtauffälligkeit der Pflegekinder .....	89
Abbildung 21	Prozentverteilung Altersgruppen DJI-Studie 2005 (DJI/DIJuF 2006, S. 35) .....	91
Abbildung 22	Prozentverteilung Altersgruppen der Dresdner Pflegekinder.....	91
Abbildung 23	Gesamtauffälligkeit der Pflegekinder (nach Bereichen).....	96
Abbildung 24	Pädagogische Ausbildung der Pflegeeltern/Gesamtauffälligkeit .....	98

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Übersicht Studien zur Pflegekinderhilfe ( DJI und DIJuF 2006, S. 11) .....	41
Tabelle 2	Ergebnisse der Untersuchung 2005 (DJI und DIJuF 2005, S. 36).....	41
Tabelle 3	Jugendamt Dresden PKD-Statistik Januar 2008 .....	55
Tabelle 4	Korrelationsanalyse Alter Inpflegegabe/Pflegedauer und.....	61
Tabelle 5	Ranking der Problemfelder .....	62
Tabelle 6	Probleme der Pflegefamilien mit dem sozialen Umfeld .....	63
Tabelle 7	Wöchentliche Aktivitäten mit Freunden .....	65
Tabelle 8	Mehrfachantwortenset Auskommen mit Sozialpartnern .....	65
Tabelle 9	Mehrfachantwortenset Sportarten .....	66
Tabelle 10	Mehrfachantwortenset Lieblingsaktivitäten.....	66
Tabelle 11	Mehrfachantwortenset Mitgliedschaft in Organisationen/Vereinen.....	67
Tabelle 12	Mehrfachantwortenset Pflichten innerhalb oder außerhalb des Haushalts.....	68
Tabelle 13	Mädchen: Häufigkeiten der klinisch relevanten Auffälligkeiten .....	69
Tabelle 14	Jungen: Häufigkeiten der klinisch relevanten Auffälligkeiten .....	69
Tabelle 15	Vergleich Merkmale von Pflegeeltern BRD und Dresden .....	78
Tabelle 16	Kinder im Haushalt * Bedarf an Entlastung über alle Kategorien .....	88
Tabelle 17	Klinisch relevante Verhaltensauffälligkeiten Grundgesamtheit .....	92
Tabelle 18	Erziehungsaufwand/Verhaltensauffälligkeiten Pflegekinder .....	97

**Unsere stärksten Waffen  
gegen die Folgen einer Frühtraumatisierung sind  
unsere Liebe, unsere Fähigkeit viel Nähe zulassen zu können, unsere enge Begleitung,  
unsere Begeisterung, unsere Klarheit, unsere Fähigkeit zur Struktur, unser Humor,  
unsere Gelassenheit, unsere Zeit, unsere Geduld und  
unser Verstand.**

**(Dr. Bettina Bonus, 2007)**

## **0 Vorwort**

Mit dem Thema Pflegekinder/Pflegefamilie beschäftige ich mich theoretisch und praktisch bereits seit dem Jahr 1999. Eine zufällige Hilfsaktion für die kinderreiche, todkranke Tochter einer Arbeitskollegin war der Auslöser für fundamentale Veränderungen in meinem Leben und dem meiner Familie. Wir wurden Pflegefamilie, indem wir die beiden Jüngsten der verwaisten Geschwister aufnahmen. Seit Sommer 2004 ist meine Familie zusätzlich Erziehungsstelle für zwei weitere Geschwisterkinder.

Rückblickend kann ich sagen, dass die letzten acht Jahre die interessantesten, abwechslungsreichsten und am intensivsten erlebten meines bisherigen Lebens waren. Ich habe sehr viel über und vor allem von meinen Pflegekindern gelernt.

Das Zusammenleben mit frühkindlich traumatisierten Kindern stellt unsere Familie immer wieder vor ungewöhnliche Herausforderungen. „Wer ein traumatisiertes Kind aufnimmt, steht in der Pflicht, sich frühzeitig differenziert fachkundig zu machen“ (Hardenberg 2005, S. 11). Nach dem vor vielen Jahren besuchten Pflegeelternseminar folgten Weiterbildung und Erfahrungsaustausch mit anderen Pflegeeltern, Studium von Fachliteratur und schließlich mein Sozialpädagogikstudium, welches ich folgerichtig mit einem Thema aus dem Bereich des Pflegekinderwesens abschließen möchte.

Wenn in dieser Arbeit immer wieder von Verhaltensauffälligkeiten der Pflegekinder und Belastungen dadurch die Rede ist, so soll keinesfalls der Eindruck einer Defizitorientierung in Bezug auf die betroffenen Kinder entstehen. Auf die Frage, was ihnen an ihrem Kind am besten



gefällt, antworten viele Pflegeeltern beispielsweise: Offenheit, Temperament, nicht nachtragend, Kreativität, viele Ideen, musikalische oder sportliche Talente, Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft, Gerechtigkeitssinn, Fröhlichkeit und „es wird nie langweilig“.

Als Leitsatz gelingender Pflegeelternschaft gilt: *„Wir haben immer versucht, das gesunde Kind anzusprechen (nicht die vielen belastenden Auffälligkeiten), das ist unsere Kraftquelle!“* (Pflegermutter, anonym).

Ich danke meinen Kindern und meinem Mann, die in den letzten Monaten sehr geduldig und rücksichtsvoll waren, den Pflegefamilien, die sich die Zeit genommen haben, die umfangreichen Fragebögen auszufüllen, dem Jugendamt Dresden Fachbereich Pflegekinderwesen, und dort besonders Frau Sandra Scheibe (Auszubildende) für die Mühe der Versendung der Fragebögen und die Erhebung statistischer Kennzahlen.

Besonderer Dank gilt Dr. Heinz Kindler vom Deutschen Jugendinstitut, der mir Dateien und Ergebnisse der Erhebungen in Halle-Saale und im Haldensleben-Ohre-Kreis für Vergleiche zur Verfügung gestellt hat.

# 1 Einleitung

Der Auswahl des Themas lagen nachfolgend aufgeführte Gedanken zu Grunde:

Die Komplexität des Helfersystems rings um das Pflegekind konfrontiert die Pflegefamilien mit sehr unterschiedlichen Interessenlagen der beteiligten Institutionen und Personen. Kenntnisse über ihrer Rechte und Pflichten sind bei Pflegeeltern oft nur unzureichend vorhanden. Der Hilfeplanungsprozess wird nur von einem Teil durchschaut und bei Konflikten mit den Beteiligten agieren Pflegeeltern teilweise hilflos und ohnmächtig. In den Selbsthilfegruppen- und Pflegeelternvereinen ist nur eine Minderheit der Pflegeeltern organisiert und aktiv. Etwa zwei Drittel der Pflegeeltern in der Region Dresden kennt nur das Jugendamt. Fortbildungs- und Erfahrungsaustauschmöglichkeiten werden nur von einem kleinen Teil der Pflegeeltern genutzt.

Warum ist das so? Welche Angebote und Maßnahmen sind nötig, um möglichst alle Pflegefamilien zu erreichen? Sind tatsächlich so viele wunschlos glücklich? Oder verharren sie nur notgedrungen in der ihnen zugeschriebenen privaten Familienrolle?

Semiprofessionelle und professionelle Pflegefamilien, die meist mehrere oder besonders anspruchsvolle Pflegekinder haben, klagen seit Jahren über fehlende Entlastungsmöglichkeiten. Der kurzfristigen und zeitweiligen privaten Unterbringung von hochproblematischen Pflegekindern zur Entlastung der Pflegefamilie sind Grenzen gesetzt. Auszeitmöglichkeiten wurden in der Vergangenheit mehr diskutiert, als tatsächlich verwirklicht. In der Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII sind das zusätzlich zu finanzierende Maßnahmen, da z.B. Urlaub der Pflegepersonen im Rahmen dieses finanziellen Konstrukts nicht vorgesehen ist. In Sparzwangzeiten der öffentlichen Kassen bedarf es der Lobbyarbeit um zusätzliche Hilfen durchzusetzen.

In Gesprächen mit Pflegefamilien kann man feststellen, dass die Bedürfnisse der Familien sehr unterschiedlich sind. Angebote, die einer Familie hilfreich erscheinen, werden von einer anderen Familie - selbst mit ähnlicher Familienkonstellation - nicht so empfunden. Neben den vielfältigen strukturellen Unterschieden spielen also persönliche Ansichten, Vorstellungen und Erfahrungen eine große Rolle. Das macht die Organisation von passgenauen Hilfen schwierig. Oder anders formuliert: Es erfordert ein breiteres Spektrum an Angeboten, die jeweils immer nur von einem Teil der Familien angenommen werden.

In der Diplomarbeit soll dieser Problematik mit einer schriftlichen Befragung als empirische Untersuchungsmethode nachgegangen werden.

## Fragestellungen und Hypothesen

Welche besonderen Belastungen haben Pflegefamilien? Welche Ressourcen gibt es? Welchen Einfluss haben die Besonderheiten der Pflegekinder? Welche Bedürfnisse auf Unterstützung und Entlastung gibt es in Pflegefamilien?

Die Einstufung der Pflegekinder mit erhöhtem Erziehungsaufwand (Sonderpflegestufe 2,3 und Erziehungsstellen) entspricht teilweise nicht dem tatsächlichen erzieherischen Aufwand auf Grund der Belastungen durch Verhaltensauffälligkeiten der Pflegekinder.

Die Struktur der Familie beeinflusst die Art und den Umfang der notwendigen Hilfen. Je geringer die Problemlage der Pflegekinder desto familiärer das Selbstverständnis der Pflegefamilie desto geringer der Bedarf an Hilfen, bzw. desto mehr Ressourcen im nicht-professionellen Bereich können genutzt werden. Je schwieriger die Kinder und je mehr Kinder in der Familie desto höheren Hilfebedarf gibt es und desto professioneller müssen die Hilfen sein.

Derzeit angebotene Hilfen befriedigen (noch) nicht die tatsächlichen Bedürfnisse der Pflegeeltern (Region Dresden). Welche Angebote müssten organisiert werden?

## Ziele der Arbeit

Mit der Diplomarbeit soll eine bedarfsgerechte Konzeption von Hilfen für Pflegefamilien in Dresden unterstützt werden. Außerdem soll zur Diskussion über Aufgabenverteilungen und Kooperationen der verschiedenen Jugendhilfeträger in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt der Stadt Dresden angeregt werden. Nicht zuletzt sollen die Pflegefamilien ermuntert werden, Selbsthilfe zur Entlastung in den Bereichen zu organisieren, die mittelfristig nicht aus Mitteln der Jugendhilfe abgedeckt werden.

Die Datenerhebung mittels CBCL - Fragebogen soll in die Untersuchungen des Deutschen Jugendinstituts im Rahmen der Forschung zur Pflegekinderhilfe eingehen.

Es ist nicht das Ziel, ein eigenes Konzept zu entwickeln. Ergebnis der Arbeit werden Vorschläge sein. Die Menge der erhobenen Daten sprengt den Rahmen der Diplomarbeit, so dass nur ein Teil der Daten ausgewertet und diskutiert wird. Weitere Ergebnisse können in späteren Veröffentlichungen dargestellt werden.

## 2 Grundlagen

### 2.1 Begriffsbestimmungen

Die in der Bezeichnung des Themas: „Unterstützungs- und Entlastungsbedarf von Pflegefamilien nach § 33 SGB VIII (Vollzeitpflege)“ enthaltenen Begriffe sollen zunächst hinsichtlich der Verwendung in dieser Arbeit eingeordnet werden.

Als Familie werden laut soziodemografischer (Mikrozensus) Definition erwachsene Personen mit minderjährigen Kindern im Haushalt bezeichnet.

Pflegefamilie ist hier eine Familie, die nicht-leibliche Kinder im Haushalt gemäß § 33 SGB VIII (Vollzeitpflege) also“ rund um die Uhr“ in ihren eigenen Wohnräumen betreut, erzieht und pflegt. Eine ausdrückliche Abgrenzung von nach § 34 SGB VIII arbeitenden Erziehungsstellen wird vorgenommen.

Im Unterschied zum Gesetzgeber, der im SGB VIII von **Pflegepersonen** spricht, sollen als **Pflegefamilie, Pflegeeltern** nachfolgend sowohl Familien mit Elternpaaren als auch erwachsene Personen, die Pflegekinder im Haushalt aufgenommen haben, bezeichnet werden. Von Pflegeperson wird nur gesprochen, wenn der direkte Bezug auf eine einzelne Person notwendig ist.

Unter **Bedarf** wird die „... zum Erreichen eines bestimmten Zieles erforderliche Menge, Intensität, Dauer bzw. der hierzu erforderliche Aufwand“ (Schubert/Klein 2006, o.S.) verstanden.

**Bedürfnis** ist ein „Sammelbegriff für materielle und nicht-materielle Dinge oder Zustände, die für Individuen unumgänglich notwendig sind oder von ihnen angestrebt werden. Elementare (Grund-, Primär-) Bedürfnisse dienen 1) der Selbsterhaltung (Nahrung, Schlaf, Sexualität, Wohnung, Kleidung) und 2) der Sicherheit des Individuums. Erlernte (Sekundär-)Bedürfnisse beziehen sich 3) auf die soziale Anerkennung, 4) die Selbstachtung und 5) die Selbstverwirklichung. Bedürfnisse variieren zwischen unterschiedlichen Kulturen, unterliegen immer psychologisch-subjektiver Empfindung und Einschätzung und unterscheiden sich daher gravierend hinsichtlich der erforderlichen Menge oder Intensität und dem individuellen Grad der Bedürfnisbefriedigung. Vor allem in der Ökonomie wird daher der Begriff 'Bedarf' bevorzugt“ (Schubert/Klein 2006, o.S.).

Als **Entlastung** wird das temporäre oder permanente Freimachen von Aufgaben/Pflichten durch Übernahme dieser durch eine andere Person/Institution verstanden.

**Unterstützung** ist temporäre oder permanente Hilfe bei der Bewältigung von Aufgaben durch personelle, ideelle oder materielle Zuwendungen Dritter.

Der zu untersuchende **Entlastungs- und Unterstützungsbedarf** in Pflegefamilien wird verursacht durch eine über das gewöhnliche Maß hinausgehende Belastung der Pflegefamilie im Vergleich zu einer ähnlich strukturierten Normalfamilie ohne Pflegekind(er).

Die Begriffe **Weiterbildung** und **Fortbildung** werden in dieser Arbeit synonym verwendet.

## 2.2 Literaturrecherche

Bei der Literaturrecherche stand die Suche nach theoretischen und praktischen Konzepten zur Entlastung und Unterstützung von Pflegefamilien im Mittelpunkt. Dieses Thema wird in der einschlägigen Fachliteratur des Pflegekinderwesens meist nur am Rande behandelt und wenig konkretisiert. In einigen, teilweise älteren Artikeln in Fachzeitschriften werden einzelne Beratungskonzepte und therapeutische Ansätze der Gruppenarbeit mit Pflegefamilien und die psychologischen Betreuung von Pflegefamilien vorgestellt (z.B. Balzer/Kasper 1999).

In zahlreichen Veröffentlichungen werden Respekt und Akzeptanz der Leistung der Pflegefamilien angemahnt, sowie Fachdienste und freie Träger zur Unterstützung aufgerufen. Die konkrete Umsetzung der Appelle ist jedoch von den örtlichen Rahmenbedingungen abhängig, denn die Ausgestaltung der Pflegekinderhilfe obliegt der kommunalen Verantwortlichkeit.

Im Online-Handbuch des Deutschen Jugendinstituts (DJI) „Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst“ heißt es beispielsweise: „Die Voraussetzungen für Pflegeverhältnisse sind je nach vermitteltem Kind, dem Selbstverständnis der Pflegeeltern und der Pflegeform ganz unterschiedlich. Mit ihnen variiert auch die Wahrscheinlichkeit sich zuspitzender Krisen und anhaltender Überforderungssituationen. [...] In solchen Situationen brauchen Pflegepersonen **Entlastung**, ggf. **Supervision** und eine **professionelle Krisenbegleitung**. Auch für das Pflegekind kann eine besondere Stützung in der Krise erforderlich werden. Darüber hinaus können Pflegepersonen beanspruchen, dass ihre Leistung auch dann noch gewürdigt wird, wenn sie an die Grenze ihrer Belastbarkeit gekommen sind“ (Blandow 2007, o.S., Herv. d. K. Niepel).

Eine große Bedeutung wird der **Qualifizierung** von Pflegeeltern beigemessen, dies insbesondere im Zusammenhang mit der Vermittlung zunehmend schwierigerer Kinder in die Familienpflege und dem damit verbundenen Trend zur **Professionalisierung** von Pflegefamilien.

PALTINAT und WARZCECHA beschreiben systematisch die Besonderheiten von Pflegeverhältnissen und zeigen Wege auf, wie die Familien bei ihrer anspruchsvollen Tätigkeit unterstützt werden könnten. Beim Vergleich professioneller Pflegefamilien (Erziehungsstellen) mit „Laien“ fällt auf, dass die Anforderungen in großem Umfang gleich sind. „Pflegepersonen verrichten die gleiche 'zwischenmenschliche Beziehungsarbeit' wie Erziehungspflegepersonen, aber sie verrichten sie in der Regel ohne pädagogisch oder psychologisch angemessene Vorbereitung, etwa in Form von Schulungen“ (Paltinat/Warzcecha 1999, S. 72 ff.).

Bei der Qualifizierung von Pflegeeltern ist die Adaption von wissenschaftlichen Erkenntnissen aus Medizin, Psychologie, Pädagogik, Rechtswissenschaft und anderen Wissenschaftszweigen auf die besonderen Verhältnisse der Pflegefamilien sehr wichtig. Die pädagogische Alltags-tauglichkeit der Ratschläge, insbesondere der psychologischen Disziplinen, stellt sich oft als begrenzt heraus. „Fachbeiträge müssen danach bewertet werden, was sie in Hinblick auf die Erziehungswirklichkeit Anwendbares bieten“ (Huber 2005, S. 139). Huber spricht von der Notwendigkeit der Entwicklung einer Pädagogik für Pflegekinder, weil gängige pädagogische Konzepte aufgrund der komplexen Problemkonstellationen der Pflegekinder kaum anwendbar sind.

Besondere Verdienste als Vertretung der Interessen von Pflegekindern hat die „Stiftung zum Wohl des Pflegekindes“ Holzminden, in deren Kuratorium namhafte Vertreter verschiedener Fachrichtungen zusammenarbeiten. Durch regelmäßige Tagungen und zahlreiche Publikationen (z.B. die Jahrbücher des Pflegekinderwesens) wird versucht, die Themen des Pflegekinderwesens aufzunehmen, von verschiedenen Perspektiven zu betrachten und progressive Konzepte und Lösungen bekannt zu machen. Die Stiftung ist Initiator der Vernetzung von Fachkompetenz aus Erziehungs- und Sozialwissenschaften, Medizin, Justiz und anderen Bereichen, die mit Pflegekindern in Berührung kommen.

Die Publikationsorgane der Pflegeelternverbände, die Fachzeitschriften „Pfad“ und „Paten“, leisten ebenfalls einen wesentlichen Beitrag zur Information und Fortbildung der Pflegeeltern.

Die **Beratung** von Pflegefamilien muss sich von der allgemein praktizierten Familienberatung unterscheiden. Viele ansonsten erfolgreich angewandte Modelle und Konzepte von Beratern, Therapeuten, Psychologen können nicht oder nur modifiziert bei Pflegefamilien genutzt werden. Gute Beratung setzt Spezialkenntnisse und Erfahrung voraus.

NIENSTEDT/WESTERMANN (1998) untergliedern in:

- Beratung bei der Vorbereitung von Pflegeverhältnissen,

- Beratung bei der Integration der Pflegekinder,
- Beratung in akuten Krisenfällen und Beratung bei länger anhaltenden Schwierigkeiten und
- Krisenintervention.

Zur Vorbereitung von Pflegeeltern ist einerseits notwendig, offen mögliche Probleme anzusprechen, andererseits gleichzeitig die Gewissheit zu vermitteln, dass sie es schaffen werden. Die aus eigenem Erleben und Erfahrungen resultierenden „Alltagstheorien werden gewöhnlich als unumstößliche Wahrheiten verteidigt“ (Nienstedt/Westermann 1998, S. 278). Das steht einer präventiven psychologischen Beratung im Wege. Außerdem schützt präventive Beratung nicht vor Krisen. „Das Interesse kommt erst dann, wenn die Probleme akut sind. Bis dahin kommt man meist mit einem guten Teil Selbstüberschätzung über die Runden“ (ebd.1998, S.279). Im Integrationsprozess geht es bei der Beratung darum, den Pflegeeltern zu verdeutlichen, dass die Zunahme von Schwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten des Pflegekindes meist Zeichen einer progressiven Beziehungsentwicklung sind (vgl. ebd.1998, S. 281).

Weiter heißt es: „Pflegeeltern brauchen ein zusätzliches Gedächtnis“ (ebd.1998, S. 282). Ansonsten kann es zu einer unangemessenen Dramatisierung von Schwierigkeiten der Pflegekinder durch die Pflegeeltern und zur Verstärkung von Ohnmachtsgefühlen kommen. Dieses „zusätzliche Gedächtnis“ lässt sich nur in einem kontinuierlichen, begleitenden Beratungsprozess herstellen, bei dem der Verlauf des Pflegeverhältnisses dokumentiert werden muss. Möglichkeiten diesem Beratungsbedarf zu entsprechen, werden im Kapitel 1.5.3 am Beispiel der Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie Berlin (AGSP) gezeigt.

Allein die Tatsache, dass an einem Pflegeverhältnis direkt oder indirekt viele Personen in ihren unterschiedlichen Rollen, zum Teil mit Doppelfunktionen beteiligt sind, macht es Pflegefamilien schwer, offen und ohne Angst vor Schuldzuweisungen über ihre Probleme zu sprechen. Die Notwendigkeit der Organisierung von Pflegeeltern in **Selbsthilfegruppen** – Huber bezeichnet sie sogar als „Notgemeinschaften“ (Huber 2005, S. 136) - ist unbestritten. Diese Gemeinschaften sichern durch Rat und Tat ihrer Mitglieder nicht selten das Überleben von Pflegefamilien. Hilfreiche Alltagsrezepte machen die Überwindung von Krisen möglich und befördern so die Weiterführung von Pflegeverhältnissen. Neben der konkreten Alltagswirkung in der Pflegefamilie haben Pflegeelternvereine und -gruppen die Rolle der Interessenvertretung in der Region, und in Verbänden organisiert, auch überregional übernommen. Die Erfolge der Lobbyarbeit (Kampf um

Anerkennung, angemessene Hilfen und finanzielle Unterstützung, Durchsetzung von Rechtsansprüchen des Pflegekindes usw.) tragen ebenfalls zur Entlastung von Pflegefamilien bei.

„Für eine erfolgreiche Arbeit im Pflegekinderwesen reicht es nicht mehr aus, Pflegeeltern zu qualifizieren. Vielmehr geht es künftig verstärkt darum, durch Stärkung von Vereinen und Qualifizierung des Umfeldes die Rahmenbedingungen, unter denen Pflegeeltern ihre verantwortungsvolle Aufgabe wahrnehmen, zu verbessern“ (Henneicke 2006, S. 1).

Engagierte Vereinsarbeit ist, gerade wenn sie parteilich im Interesse der Pflegekinder und Pflegefamilien durchgeführt wird, eine große Ressource für das regionale Pflegekinderwesen. Die Chancen einer kooperativen Zusammenarbeit der zuständigen Institutionen mit den Vereinen im Interesse der Pflegekinder sollten immer wieder hervorgehoben werden.

Im Verlauf des Pflegeverhältnisses wachsen die Erfahrungen und „Pflegeeltern erkennen, dass sie nicht alle Bedürfnisse ihrer Pflegekinder abdecken können, dass ihre Möglichkeiten der Hilfe begrenzt sind, sie somit Unterstützung und Entlastung brauchen. Sie erkennen, dass dies nicht ein Zeichen ihres erzieherischen Unvermögens ist, sondern dass gerade im Erkennen der eigenen Grenzen Chancen für ein dauerhaftes Engagement für die Kinder liegen. Das heißt, dass Pflegeeltern auf ihrer Suche nach ihrer eigenen besonderen fachlichen Qualität sind und deren Chancen und Grenzen abzustecken versuchen“ (Huber 2005, S. 139).

Geht man davon aus, dass über 50 % der Pflegekinder in den Herkunftsfamilien traumatisierte Kinder sind, dann ergeben sich für ein gelingende Familienpflege dieser Kinder andere Prämissen, als bei weniger belasteten Kindern. „Die Jugendhilfe muss Rahmenbedingungen schaffen, die einen ungestörten Ablauf des Integrationsprozesses des traumatisierten Kindes in die Pflegefamilie gewährleisten“ (Hardenberg 2005, S.11). Zu diesen Rahmenbedingungen gehören unter anderem die eindeutige Perspektivklärung für das Kind, Entscheidungen zur Aussetzung von Umgangskontakten des Pflegekindes mit der Herkunftsfamilie sowie gleichzeitig die professionelle Betreuung und Beratung der Herkunftsfamilie und der Pflegefamilie. Immer dann, wenn die eben genannten Aufträge nicht oder nur unzulänglich erfüllt werden, sind Pflegefamilien extremen Belastungen ausgesetzt.

„Pflegeeltern müssen finanzielle Mittel zur Weiterbildung zur Verfügung gestellt werden und bei Bedarf auch zur Ermöglichung einer intensiveren Beratung über das Angebot der Jugendhilfe hinaus. In manchen Fällen ist es notwendig, dass Pflegeeltern eine fundierte Diagnostik des



Kindes einholen. Auch dieses muss finanziell durch die Jugendhilfe ermöglicht werden“ (Hardenberg 2005, S. 11).

In den Empfehlungen des Sächsischen Landesjugendamts heißt es: „ Die Pflegeperson nutzt regelmäßig Beratung, Fortbildung bzw. Supervision. Sie ist in der Lage, durch verschiedene Entlastungsangebote ihr physisches und psychisches Gleichgewicht zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Urlaubszeiten bzw. Freiräume ohne das Pflegekind werden ermöglicht. Diesbezüglich sind mit dem Jugendamt verbindliche Regelungen zu treffen, wobei auch eine Beteiligung von freien Trägern (Beratungsstellen und Einrichtungen) vereinbart werden kann“ (Sächsisches Landesamt für Familie und Soziales, Landesjugendamt 2007b, S. 8). Und weiter: „Der Träger der Erziehungsstellen sichert eine ganzheitliche Beratung und Begleitung der Erziehungsstellenfamilie durch den/die Berater/-in. Ihm obliegt die Fürsorgepflicht gegenüber den Erziehungsstellenfamilien. Er hält Entlastungsangebote personell oder durch Geldmittel bereit und sichert die Organisation von Fortbildungen sowie das Angebot von Supervision für die Erziehungsstellenfamilien“ (ebd. 2007b, S.10-11). Diese Empfehlungen betreffen allerdings nur die Sonderpflegestellen und Erziehungsstellen.

Im benachbarten Österreich ist man bereits dabei, auch für normale Pflegefamilien eine Anbindung an freie Träger zu ermöglichen. „Bei der in Oberösterreich praktizierten Form, Pflegeeltern (auf freiwilliger Basis) durch die Anstellung bei einem freien Träger in einem ‘Betrieb’ zu vereinen, wurde eine praktikable und wirkungsvolle Form gefunden, den professionellen Teil der Pflegeelternaufgabe finanziell, sozialrechtlich und gesellschaftlich anzuerkennen und die Qualität der Arbeit abzusichern und weiterzuentwickeln. Auf dieser Basis kann die Professionalisierung von Pflegeeltern im Einzelnen und in der Gesamtheit als Qualitätssicherung für die Arbeit mit den Kindern weiter umgesetzt werden“ (Wolkerstorfer/Tiefenbacher 2007, S. 27).

Folgende Schwerpunkte lassen sich aus verschiedensten Abhandlungen über das Pflegekinderwesen zum Thema Unterstützungs- und Entlastungsbedarf von Pflegefamilien zusammenstellen:

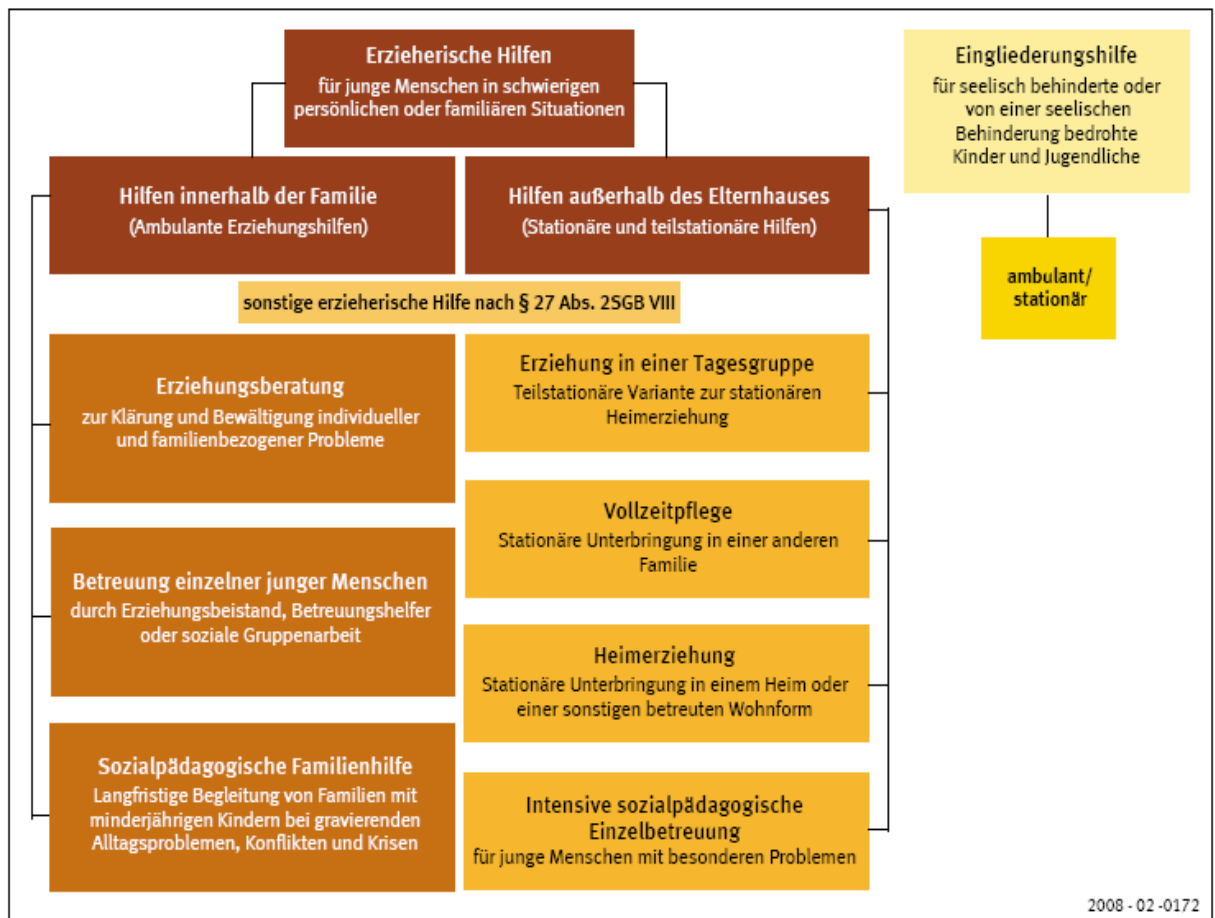
- Beratung von potentiellen und bereits pflegenden Pflegefamilien
- Aus- und Fortbildung von Pflegefamilien
- Supervision
- Krisenintervention und Auszeiten
- Beistandschaften für Pflegefamilien
- Verfahrenspflegschaften für das Pflegekind bei gerichtlichen Auseinandersetzungen

- Selbsthilfegruppen (Pflegeelternvereine und- verbände)
- Begleitete Umgangskontakte der Pflegekinder mit den Herkunftsfamilien
- Zusätzliche Hilfen zur Erziehung ( Tagesgruppe, Sozialpädagogische Familienhilfe, heilpädagogische Angebote, spezielle Therapien für Pflegekinder u.ä.)
- Familienfreizeiten für Pflegefamilien
- Gruppenangebote und Ferienlager für Pflegekinder
- Kuren für Pflegekinder bzw. Mutter/Vater-Kind-Kuren
- Familienentlastender Dienst für behinderte Pflegekinder

## 2.3 Aktuelle Entwicklungen im Pflegekinderwesen in Deutschland

Vollzeitpflege als Unterbringung in einer anderen Familie ordnet sich in Deutschland, wie in der Übersicht des Statistischen Bundesamtes dargestellt, in den Kanon der Hilfen zur Erziehung des Achten Sozialgesetzbuches (SGB VIII) ein.

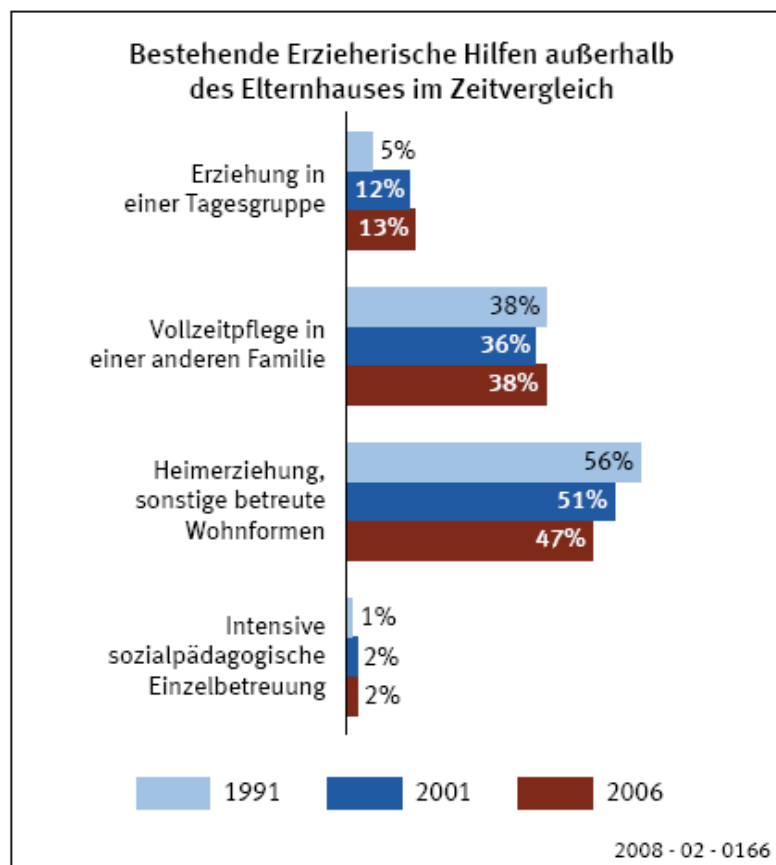
Abbildung 1 Übersicht Erzieherische Hilfen (Statistisches Bundesamt 2008, S. 24)



2008 - 02 -0172

Während die Vollzeitpflege mit einem Anteil von 38 % an den Hilfen zur Erziehung seit Einführung des SGB VIII etwa konstant geblieben ist, hat der Anteil der Tagesgruppenbetreuung stark zugenommen. Rückläufig sind Heimerziehung und sonstige betreute Wohnformen. Der Trend zum längstmöglichen Verbleib der Kinder in der Herkunftsfamilie ist in Abbildung 2 erkennbar. Untermuert wird dies auch durch die grafische Gegenüberstellung der sonstigen ambulanten Hilfen, sozialpädagogischen Familienhilfen (SPFH) und der Hilfen außerhalb des Elternhauses (siehe Abbildung 3). 52.786 Familien wurden im Jahr 2006 durch eine sozialpädagogische Familienhilfe unterstützt. Im Vergleich zu 2001 ist das ein Zuwachs um 56% und zu 1991 ein Zuwachs um 305%. In den 2006 unterstützten Familien lebten 116 545 minderjährige Kinder (2001 waren es rund 80 000 und 1991 rund 33 000 Kinder). Über 60 % der Familien werden von freien Trägern der Jugendhilfe unterstützt. (vgl. Statistisches Bundesamt 2008, S. 11)

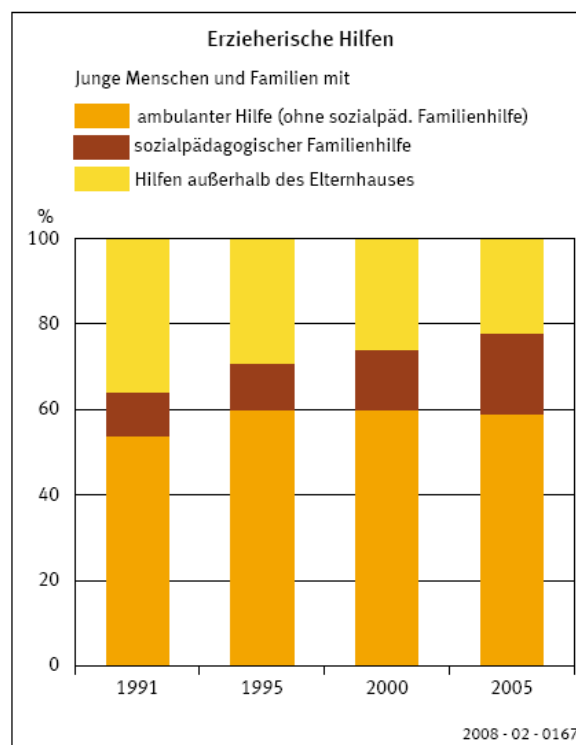
**Abbildung 2 Erzieherische Hilfen außerhalb des Elternhauses (Statist. Bundesamt 2008, S. 18)**



Deutlich erkennbar ist die Zunahme der SPFH seit 1995. Sonstige ambulante Hilfen haben sich seit 1995 auf dem Niveau von ca. 60 % eingependelt, während die Hilfen außerhalb des Elternhauses insbesondere durch den Rückgang der Heimerziehung anteilmäßig abnehmen. Das Ziel seit den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts Kinder aus den Heimen zu holen und in

Pflegefamilien unterzubringen, scheint damit überholt. Die Kinder bleiben in den Herkunftsfamilien und kommen erst gar nicht oder sehr spät ins Heim. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen bei der Aufnahme in die Vollzeitpflege mit bereits vorangegangener Hilfe stieg von 1991 bis 2006 von 64 % auf 78 %.

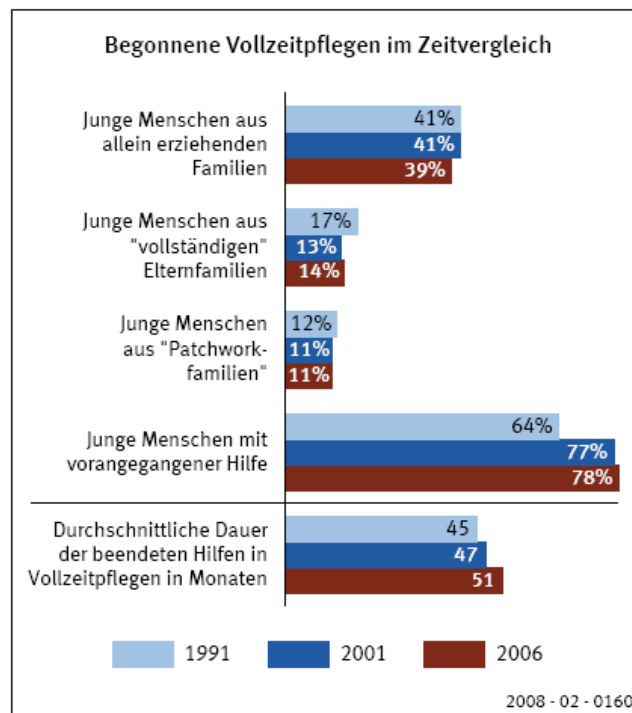
**Abbildung 3 Erzieherische Hilfen 1991-2005 (Statistisches Bundesamt 2008, S. 19)**



Außerdem verlängerte sich die durchschnittliche Dauer der beendeten Hilfen in Vollzeitpflege von 45 auf 51 Monate (Abbildung 4). In der Praxis werden also im Vorfeld der Inobhutnahme von Kindern in den Herkunftsfamilien ambulante Maßnahmen durchgeführt. Trotzdem verlängert sich die durchschnittliche Dauer des Verbleibs der Kinder in Vollzeitpflegemaßnahmen. Das bedeutet die Anzahl chronisch erziehungsunfähiger Eltern nimmt zu.

Die zeitliche Reihenfolge der Hilfen könnte Beratung, SPFH, Tagesgruppe, Heim, Pflegefamilie sein, da bei allen stationären Maßnahmen eine Zunahme von bereits vorher erfolgten Hilfen zu verzeichnen ist.

**Abbildung 4 Begonnene Vollzeitpflegen (Statistisches Bundesamt 2008, S. 14)**



Unter der Überschrift „Wohin steuert das Pflegekinderwesen?“ kamen in der Ausgabe 01/2008 der Fachzeitschrift rund ums Pflegekind und Adoptivkind, die vom PAN Pflege – und Adoptivfamilien NRW e.V. herausgegeben wird, zahlreiche renommierte Autoren der deutschen Pflegekinderhilfe zu Wort. Aus rechtlicher, wissenschaftlicher und praktischer Perspektive wurden die Entwicklungen des Pflegekinderwesens in Deutschland beleuchtet. Das Resümee sieht derzeit nicht sehr positiv aus.

So sind aktuell, trotz zahlreicher fundierter Erkenntnisse aus Hirnforschung, Bindungsforschung, Traumaforschung und Resilienzforschung im Pflegekinderwesen in Deutschland, regional sehr unterschiedliche und widersprüchliche Verfahrensweisen zu beobachten. Die Praxis folgt den klaren Vorgaben der Wissenschaftler und auch des Jugendhilferechts nur zögerlich. „...Tatsache ist, dass die jüngere Rechtssprechung zum Teil wenig Einsicht in die Realität der Jugendhilfe erkennen lässt“ (Zenz 2008, S. 8). Seit Jahren ist die Aus- und Fortbildung der Familienrichter unzureichend. Hinzu kommt, dass die Entwicklung des Familienrechts mit dem Jugendhilferecht nicht Schritt gehalten hat. Die familiengerichtliche Rechtssprechung im Pflegekinderbereich ist sehr widersprüchlich. So sind insbesondere fragwürdige Entscheidungen zum Umgangsrecht der Herkunftseltern mit dem Pflegekind und bei Herausnahmen der Pflegekinder aus Pflegefamilien in der jüngsten Vergangenheit zu verzeichnen. Die positive Entwicklung der 80er und 90er Jahre im Sinne einer wissenschaftlich untersetzten Beachtung des Kindeswohls, untermauert durch einige BGH-Urteile, welche ausdrücklich die Abwägung von Eltern- und Kinderrecht fordern,

scheint beendet. „Gerichte und Jugendämter stellen die dauerhafte Unterbringung von Kindern in Pflegefamilien in Frage. Sie ordnen die durch Dauerhaftigkeit entstandenen Bindungen des Kindes einer eventuellen Stabilisierung der leiblichen Eltern unter“ (Hopp 2008, S. 4). Einige spektakuläre Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (z.B. Fall Görgülü), in deren Umsetzung Elternrecht vor Kinderrecht gesetzt wurde, tragen zur zusätzlichen Verunsicherung der Entscheidungsträger bei Hilfen zur Erziehung bei. Durch den Wegfall der Stellung der Pflegeeltern als Verfahrensbeteiligte im Sorge- und Umgangsrechtsverfahren sind die Pflegeeltern, die keine Personensorge für ihre Pflegekinder innehaben, wieder schlechter gestellt. Es ist ein Unding, dass die Menschen, in deren Familienleben durch richterliche Entscheidungen massiv eingegriffen wird, kein Mitspracherecht haben. Obwohl hier dringender Reformbedarf besteht, sind keine Verbesserungen in Sicht, denn die geplante Reform des Verfahrensrechts will dies nicht ändern (vgl. Zenz 2008, S. 9).

Die Zuweisung der Verantwortung für das Pflegekinderwesen auf die kommunale Ebene bringt für das Pflegekinderwesen in der Bundesrepublik Deutschland auf Grund unterschiedlicher wirtschaftlicher Zugzwänge der verantwortlichen kommunalen Träger der Jugendhilfe große regionale Unterschiede. Pflegefamilien sind Einzelkämpfer für das Wohl der ihnen anvertrauten Kinder, denn sie können nicht auf die Anwendung einer einheitlichen Rechtssprechung, geschweige denn auf einheitliche fachliche Standards vertrauen.

„Die starke kommunale Eigenständigkeit führt zu sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen, sowohl was Finanzen, Hilfen, Betreuung und Image angeht. Die Betreuung der Pflegekinder schwankt in ihrer Qualität und Quantität extrem. Wohl den Pflegefamilien, die an einem für die Pflegefamilie förderlichen Wohnort zuhause sind. - Wir sprechen schon vom 'Glück des Wohnortes'. Ich glaube, es wird Zeit, dass wir notwendige Standards an Sicherheit und Verlässlichkeit für die Pflegekinder und ihre Pflegefamilien als Voraussetzung für unsere Arbeit einfordern. Es ist uns ein Herzensanliegen, Familien für Kinder zu werben – aber wir müssen es auch verantworten können.“ (Hopp 2008, o.S.)

Ähnliche Aussagen sind bei BLANDOW zu finden. „Eingefleischte Vorurteile, Blindheiten gegenüber gesellschaftlichen Entwicklungen und tagespolitische Opportunitäten haben – als Ganzes betrachtet – ein Pflegekinderwesen hervorgebracht, dass sich am besten als chaotisch, ungesteuert und nur zufällig geplant charakterisieren lässt. Wenn Pflegeeltern nicht so gutwillige, sich ihrem Kind verantwortlich fühlende, aber auch voneinander isolierte Einzelkämpfer wären: Das Pflegekinderwesen hätte längst zusammenbrechen müssen“ (Blandow 2006, S. 8).

Umso wichtiger sind Informationsaustausch, Vernetzung und Zusammenarbeit der Pflegefamilien mit allen progressiven Kräften die mit dem Pflegekinderwesen direkt oder indirekt zu tun haben. Neben regionalen Pflegeelternvereinen und den beiden Verbänden Pfad e.V. und KiAP e.V. finden Pflegeeltern zunehmend unter Nutzung moderner Medien, wie dem Internet, Möglichkeiten sich auszutauschen und beizustehen. So gibt es außer der Informationsplattformen [www.moses-online.de](http://www.moses-online.de) und [www.agsp.de](http://www.agsp.de) seit etwa drei Jahren unter [www.pflegeeltern.de](http://www.pflegeeltern.de) und seit Ende 2007 unter [www.pflegeelternnetz.de](http://www.pflegeelternnetz.de) Internetforen für Pflegeeltern. In Zusammenarbeit mit Fachleuten verschiedener Bereiche werden mit großer fachlicher Kompetenz der Erfahrungsaustausch der „Einzelkämpfer“ ermöglicht und konkrete Hilfen durch Beistandschaften und Vermittlung von rechtlicher, pädagogischer und medizinischer Beratung geleistet. Der große Bedarf an Informationen, Kommunikation und Beistand ist an der sich rasant entwickelnden Nutzerzahl der Plattformen ersichtlich. Gerade für Pflegefamilien in ländlichen Gebieten ist diese Möglichkeit des schnellen Kontaktes und der Hilfe in Krisensituationen ein großer Fortschritt. Die Politische Arbeit der Verbände und der „Stiftung für das Kindeswohl“ haben in den letzten Jahren große Erfolge bei der Verhinderung von unüberlegten und nachteiligen Entscheidungen, z.B. des Bundesfinanzhofes, zu Lasten von Pflegefamilien errungen. Derzeit wird um die Verbesserung der Regelungen für Pflegekinder im Zusammenhang mit der Reform des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG) gekämpft.

Auch wenn es zurzeit so scheint, als würde das Pflegekinderwesen in Deutschland in manchen Bereichen um Jahre zurückgeworfen sein, sollte die optimistische und fundierte Aussage Maßstab zukünftigen Handelns sein:

„Wenn auch nicht auf kürzere, so wird sich doch auf längere Sicht das Pflegekinderwesen aus seiner gegenwärtigen Krise herausentwickeln, weil es die mit Abstand beste und kostengünstigste Reaktion auf seelisch und hirngeschädigte Kinder in psychosozial überforderten Familien ist“ (Eberhard 2008, S. 6).

## **2.4 Beschreibung des Systems Pflegefamilie nach § 33 SGB VIII**

### **2.4.1 Rechtliche Grundlagen**

Die Rechtsbeziehungen zwischen Pflegekind, Pflegefamilie, Herkunftsfamilie und Staat sind grundlegend im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und im Sozialgesetzbuch Achtes Buch (SGB VIII) geregelt. Auf weitere Gesetzbücher, die z.B. bei behinderten Pflegekindern oder im Zusammenhang mit rechtlichen Auseinandersetzungen um Sorgerecht, Umgang oder Rückführung des Pflegekindes eine Rolle spielen können, wird hier nicht eingegangen.

Drei wesentliche Vorschriften für das Pflegekinderwesen sind: § 33 SGB VIII, der die Hilfe-maßnahme „Vollzeitpflege“ definiert; § 36 SGB VIII, der Bestimmungen zur Planung des Hilfe-prozesses und zur Beteiligung der Betroffenen regelt und § 37 SGB VIII, der Richtlinien zur Förderung der Zusammenarbeit von Herkunftseltern und Pflegeeltern enthält.

Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII ist eine Form der Hilfe zur Erziehung, die Eltern (Leistungs-empfänger) in Anspruch nehmen können. Voraussetzung ist ein Antrag der Personensorge-berechtigten des Kindes oder Jugendlichen auf Hilfe zur Erziehung beim zuständigen Jugendamt gemäß § 27 SGB VIII. Nach § 1666 BGB können gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls den Antrag der leiblichen Eltern ersetzen.

*„Hilfe zur Erziehung in Vollzeitpflege soll entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder des Jugendlichen und seinen persönlichen Bindungen sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie Kindern und Jugendlichen in einer anderen Familie eine zeitlich befristete Erziehungshilfe oder eine auf Dauer angelegte Lebensform bieten. Für besonders entwicklungsbeeinträchtigte Kinder und Jugendliche sind geeignete Formen der Familienpflege zu schaffen und auszubauen“ (§ 33 SGB VIII).*

Aus dieser Beschreibung der Fremdplatzierung von Kindern und Jugendlichen in Pflegefamilien ergeben sich die verschiedenen Ausgestaltungsmöglichkeiten im Hilfeprozess sowie die Beziehungen der Beteiligten zueinander. So wird ausdrücklich nach einer „zeitlich befristeten Erziehungshilfe“ oder einer „auf Dauer angelegten Lebensform“ unterschieden. In der praktischen Ausgestaltung sind das Bereitschafts- oder Kurzzeitpflege und Dauerpflege. Die „persönlichen Bindungen“ des Kindes/Jugendlichen und die „Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie“ sind entscheidende Variablen, die immer wieder bei der Überprüfung der Eignung der Hilfe im Laufe des Hilfeplanprozesses betrachtet werden müssen



und wesentlichen Einfluss auf die Gestaltung von Umgangskontakten und einer möglichen Rückführung des Pflegekinds in die Herkunftsfamilie haben.

#### Rechtliche Beziehungen zwischen Pflegefamilie, Jugendamt und freiem Träger der Jugendhilfe

Die Pflegefamilie ist „Leistungserbringer“ für das Jugendamt. Nach Erteilung der Pflegeerlaubnis gemäß § 44 SGB VIII können Pflegekinder in die Familie vermittelt werden. Für Verwandtenpflege bedarf es keiner Erlaubnis (siehe § 44 Abs. 2 Pkt. 3 SGB VIII). Das Jugendamt hat Kontrollfunktion für ein Pflegeverhältnis und die Pflegefamilie Rechenschaftspflicht gegenüber dem Jugendamt gemäß § 37 Abs. 3 SGB VIII. Die Pflegeerlaubnis kann zurückgenommen oder widerrufen werden, wenn eine Kindeswohlgefährdung in der Pflegestelle vorliegt und die Pflegeperson nicht bereit oder in der Lage ist, die Gefährdung abzuwenden (siehe § 44 Abs. 3 SGB VIII).

Die Beendigung des Pflegeverhältnisses kann durch Rückführung des Pflegekinds in die Herkunftsfamilie, durch Adoption des Pflegekinds, nach Volljährigkeit des Pflegekinds oder Beendigung der Hilfen für junge Volljährige (gemäß § 41 SGB VIII), durch Herausnahme des Pflegekinds aus der Pflegefamilie und bei Abbruch des Pflegeverhältnisses durch die Pflegefamilie erfolgen.

Die besondere Situation bei Rücknahme des Antrags auf Hilfe zur Erziehung durch die Herkunftseltern ist mit Urteil von Oktober 2007, Amtsgericht Wismar: „Pflegeeltern haben bei Rücknahme des Antrages auf Hilfe zur Erziehung weiterhin Anspruch auf Pflegegeldzahlungen, wenn die Pflegekinder in der Pflegefamilie leben“ (3 F 324/05), positiv entschieden worden. Mit diesem Gerichtsurteil erhalten Pflegeeltern, welche einen Verbleibensantrag nach § 1632 Abs. 4 BGB für ihr Pflegekind stellen, mehr Rechtssicherheit, was die weitere Fortzahlung des Pflegegeldes betrifft (vgl. Malter 2008, S.28-29).

Bei Sonderpflegestellen oder Erziehungsstellen gibt es in der Regel einen freien Träger der Jugendhilfe als weiteren Beteiligten. Dieser schließt seinerseits mit dem Jugendamt einen Leistungsvertrag ab, und betreut und belegt die bei ihm unter Vertrag stehenden Erziehungsstellen und Sonderpflegestellen. Die Beziehung zum freien Träger bei nach § 33 SGB VIII pflegenden Erziehungsstellen ist rechtlich schwierig einzuordnen. Bei dem Vertrag zwischen der Pflegeperson und dem freien Träger der Jugendhilfe (Rechtsform ist meist Verein oder gGmbH) handelt es sich weder um einen Anstellungsvertrag, der arbeitsrechtliche Pflichten und Rechte zur Folge hat, noch um einen Honorarvertrag, der eine Freiberuflichkeit impliziert. Es ist eine konkrete Vereinbarung über Ausgestaltung des Pflegeverhältnisses der Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII im Rahmen des pädagogischen und organisatorischen Konzeptes des freien Trägers.

Neben der Höhe der Vergütung des Erziehungsaufwandes und der monatlichen Sätze zum Unterhalt der Pflegekinder, werden auch die Leistungen, die der Träger der Pflegeperson zur Verfügung stellt, festgelegt. Das sind zum Beispiel: pädagogische Fachberatung, Unterstützung in Krisensituationen, fachlicher Austausch, Beantragung einmaliger Leistungen gemäß § 39 Abs. 3 SGB VIII, Beratung in organisatorischen und finanziellen Fragen und anderes. Bestandteil der Vereinbarung ist in der Regel die Verpflichtung der Pflegeperson zur Berichterstattung über den Verlauf der pädagogischen Arbeit, die Erstellung einer fortlaufenden Hilfeplanung zusammen mit dem Träger und dem zuständigen Jugendamt sowie die Teilnahme an der kontinuierlichen Beratung. Die Bereitschaft zur Fortbildung und Supervision wird vorausgesetzt. Die Vereinbarung ist mit einer festgelegten Frist kündbar. Die kontinuierlichere und bessere fachliche Beratung der Erziehungsstellen im Vergleich mit „normalen“ Pflegefamilien wird hier deutlich.

§ 36 SGB VIII regelt die Beteiligung am Hilfeplan. *„ Die Entscheidung über die im Einzelfall angezeigte Hilfeart soll, wenn Hilfe voraussichtlich für längere Zeit zu leisten ist, im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte getroffen werden. Als Grundlage für die Ausgestaltung der Hilfe sollen sie zusammen mit dem Personensorgeberechtigten und dem Kind oder dem Jugendlichen einen Hilfeplan aufstellen, der Feststellungen über den Bedarf, die zu gewährende Art der Hilfe sowie die notwendigen Leistungen enthält; sie sollen regelmäßig prüfen, ob die gewählte Hilfeart weiterhin geeignet und notwendig ist. Werden bei der Durchführung der Hilfe andere Personen, Dienste oder Einrichtungen tätig, so sind sie oder deren Mitarbeiter an der Aufstellung des Hilfeplans und seiner Überprüfung zu beteiligen“* (§ 36 Abs. 2 SGB VIII).

Zu den Beteiligten am Hilfeplan gehören neben dem Jugendamt, vertreten durch Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) und/oder Pflegekinderdienstes (PKD), die Personensorgeberechtigten, das Kind/der Jugendliche selbst sowie als „andere Personen, Dienste und Einrichtungen“ die Pflegeeltern und der freie Träger, vertreten durch den betreuenden Mitarbeiter.

Bei Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung nach § 33 SGB VIII wird vom Jugendamt entsprechend der landesspezifischen Sätze an die Pflegefamilie ein Unterhaltssatz für das Pflegekind und ein Erziehungsgeld als Aufwandserstattung für die Erziehungsleistung gezahlt. Diese Leistung gilt im Sinne der Wohlfahrtspflege als Beitrag zur Bedarfsdeckung des Kindes. Weitere besondere Aufwendungen der Pflegefamilie werden auf Antrag entsprechend der im Leistungskatalog der jeweils zuständigen Kommune vollständig oder anteilig erstattet (Erstausrüstung, Ferienlager, Klassenfahrt, Hobby, Brille, Schuleinführung, Kommunion, Konfirmation, Jugendweihe u.ä.).

Das Jugendamt nimmt seinerseits die Herkunftseltern - entsprechend der gesetzlichen Regelungen der Heranziehung zu den Kosten gemäß § 91 ff. SGB VIII - in Anspruch.

#### Rechtliche Beziehungen zwischen Pflegefamilie und Pflegekind

Das Pflegekind ist eine im Haushalt der Pflegefamilie lebende minderjährige Person. Mit Ausnahme der Verwandtenpflege ist es ein fremdes Kind, zu dem keine verwandtschaftlichen Beziehungen bestehen.

Entscheidungsbefugnisse der Pflegeeltern werden, soweit das Sorgerecht nicht bei ihnen liegt, in § 1688 BGB geregelt. Für **Angelegenheiten des täglichen Lebens** dürfen die Pflegeeltern Entscheidungen treffen. Für **Entscheidungen von erheblicher Bedeutung** bedarf es der Einwilligung der Personensorgeberechtigten. Das können die Herkunftseltern, ein Amtsvormund oder -pfleger oder ein Einzelvormund sein. § 1629 Abs. 1 Satz 4 BGB gilt entsprechend.

*„Bei Gefahr im Verzug ist jeder (Pflege-) Elternteil dazu berechtigt, alle Rechtshandlungen vorzunehmen, die zum Wohl des Kindes notwendig sind; der andere Elternteil ist unverzüglich zu unterrichten.“*

Die Inhaber der „Alltagssorge“ in Pflegeverhältnissen sind für den täglichen Bedarf in der Regel ausreichend mit Rechten ausgestattet sind. Eine Vollmacht für die Alltagssorge, von den Herkunftseltern unterschrieben, kann zusätzlich hilfreich sein, denn häufig besteht auch bei Mitarbeitern in Behörden, Ärzten, Therapeuten u.a. Unklarheit über den Umfang des Rechtsbegriffs „Alltagssorge“.

Wenn die Pflegeeltern nicht die Personensorgeberechtigten sind, haben sie keine gesetzliche Vertretungsbefugnis für das Pflegekind und sind an Gerichtsprozessen (z.B. bei Streit um Rückführung oder Umgangsrechte) nicht beteiligt. Das hat Folgen für inhaltliche Entscheidungen, finanzielle Aufwendungen für Rechtsberatung und -vertretung, Prozesskosten, z.B. bei Anträgen auf Verbleibensanordnung.

Das Jugendamt soll bei Amtsvormundschaften jährlich prüfen, ob eine geeignete natürliche Person als Einzelvormund zur Verfügung steht, denn der Gesetzgeber zieht einen Einzelvormund dem Amtsvormund vor (vgl. § 56 Abs. 4 SGB VIII). In der Praxis geschieht diese regelmäßige Überprüfung eher selten. Jedoch stehen die Chancen für Pflegeeltern gut, wenn sie Antrag auf die Übernahme der Einzelvormundschaft für ihr Pflegekind bei bestehender Amtsvormundschaft stellen wollen. Auch bei Sorgerechtsentzug nach § 1666 BGB sollte erwogen werden, ob die Pflegeeltern die Einzelvormundschaft übernehmen können. Vorteil ist eine umfassende Entschei-

dungsbefugnis für das Kind (Erzieher und rechtlicher Vertreter sind identisch) und im Zusammenhang mit den oben erläuterten Besonderheiten des Pflegeelternstatus in Rechtsstreiten ein Antrags- und Vertretungsrecht für das Kind. Nachteilig kann eine Einzelvormundschaft sein, wenn erhebliche Differenzen zwischen Herkunftseltern und Pflegeeltern bestehen, die einer „amtlichen Abpufferung“ bedürfen. In diesen Fällen kann ein guter Amtsvormund hilfreich sein. Auch eine andere geeignete natürliche Person als Einzelvormund wäre denkbar.

In Abhängigkeit davon, ob es sich beim Aufenthalt des Pflegekindes um eine auf Dauer angelegte Lebensform handelt, wird das Kind/der Jugendliche in Bezug auf die Gewährung von Leistungen des Staates für Familien in der Pflegefamilie den leiblichen Kindern gleichgestellt. Das betrifft insbesondere das Kindergeld, steuerrechtliche Vorteile, die mit der Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder zusammenhängen, die Eigenheimzulage, die Kinderzulagen bei Riester-Rente, die Kinderzuschläge bei Angestellten im öffentlichen Dienst, die Bundesausbildungsbeihilfe (BAB), die Bundesausbildungsförderung (BAföG) u.a.. Das Kindergeld wird zu einem Anteil, je nach Position des Pflegekindes als „Zählkind“, auf das Pflegegeld angerechnet.

Pflegekinder sind entweder über die Familienhaftpflichtversicherung der Pflegefamilie haftpflichtversichert oder über die freien oder öffentlichen Träger. Dies betrifft jedoch nicht eine Haftung im Binnenverhältnis. Bei Personen- oder Sachschäden, welche ein Pflegekind in der Pflegefamilie verursacht, und umgekehrt, welche die Pflegeperson beim Pflegekind verursacht, besteht über die private Haftpflicht keine Deckung. Nicht alle Jugendämter haben eine diesbezügliche Versicherung für Pflegekinder abgeschlossen. Diese Lücke kann über eine Gruppenversicherung, die der Pflegeelternverband KiAP mit der Allianz Versicherung AG abgeschlossen hat, von Mitgliedern der regionalen Pflegeelternvereine durch Abschluss eines Versicherungsvertrages für ihre Pflegekinder geschlossen werden.

Der familienrechtliche Status des Pflegekindes als leibliches Kind der Herkunftseltern bleibt im Unterschied zu einer Adoption, mit entsprechenden Folgen im Zusammenhang mit dem Sorgerecht, Erbrecht und Unterhaltsrecht, erhalten. Eine Besonderheit gibt es im Rentenrecht. Pflegekinder sind anspruchsberechtigt zum Bezug von Waisenrente nach dem Tod eines Pflegeeltern-teils. Diese Regelung dient dem Verbleib des Pflegekindes bei dem verwitweten Pflegeeltern-teil und mildert zumindest die ökonomischen Folgen eines Todesfalls für die Pflegefamilie.

## Rechtliche Beziehungen zwischen Pflegefamilie und Herkunftsfamilie

Zuerst einmal haben die Herkunftseltern, soweit sie (noch) personensorgeberechtigt sind, ein Wunsch- und Wahlrecht in Bezug auf die Form und Ausgestaltung der Hilfen. So heißt es in § 36 Abs. 1 Satz 3 SGB VIII: *„Ist Hilfe außerhalb der eigenen Familie erforderlich, so sind die in Satz 1 genannten Personen [der Personensorgeberechtigte und das Kind oder der Jugendliche] bei der Auswahl der Einrichtung oder der Pflegestelle zu beteiligen. Der Wahl und den Wünschen ist zu entsprechen, sofern sie nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden sind“* (Einf. d. Katrin Niepel). Das kann in der Praxis gegebenenfalls zur Ablehnung einer bestimmten Pflegefamilie führen. Auch die Pflegeeltern sollten die Aufnahme eines Pflegekindes ablehnen, wenn sie erhebliche Probleme mit den Herkunftseltern erwarten und einschätzen, dass keine Zusammenarbeit zum Wohle des Kindes möglich ist.

Explizit wird unter § 37 SGB VIII die Zusammenarbeit zwischen Herkunftsfamilie und Pflegefamilie geregelt. Es soll darauf hingewirkt werden, dass Pflegeperson und die Eltern zum Wohl des Kindes oder des Jugendlichen zusammenarbeiten. Außerdem soll durch begleitende Beratung und Unterstützung der Familien darauf hingewirkt werden, dass die Beziehung des Kindes zur Herkunftsfamilie gefördert wird.

Welche Beziehungen des Kindes zur Herkunftsfamilie sind förderwürdig? Kaum ein anderes Thema wird im Zusammenhang mit Pflegekindern in Wissenschaft und Praxis so heiß und kontrovers diskutiert wie dieses. Streit zu Umgangsregelungen von Pflegekindern mit der Herkunftsfamilie beschäftigt regelmäßig die Gerichte. Rechtliche Grundlagen zur Umgangsgestaltung von Kindern mit Eltern und anderen Bezugspersonen findet man in den §§ 1684 und 1685 BGB. Weil bisher keine ausdrückliche Unterscheidung von Trennung- und Scheidungskindern und Pflegekindern getroffen ist, kommt es immer wieder zu Gerichtsurteilen, in denen die besondere psychosoziale Situation von Pflegekindern nicht ausreichend berücksichtigt ist.

Die Pflegefamilie ist nicht verpflichtet Besuchskontakten in ihrer Wohnung zuzustimmen oder diese zu dulden. Die Wohnung der Pflegefamilie ist Privatsphäre und verfassungsrechtlich geschützt. Wenn aus praktischen Gründen (z.B. bei Kleinstkindern in Bereitschaftspflege oder bei bislang stabilen und positiven Kontakten zur Herkunftsfamilie) Umgänge in der Wohnung der Pflegeeltern stattfinden, dann haben die Pflegeeltern alle Rechte, die ein Wohnungsinhaber gewöhnlich hat. Sie können fremde Personen aus der Wohnung weisen und dies zur Not auch mit polizeilicher Hilfe durchsetzen. Der Aufenthalt in der Wohnung gegen den Willen des Wohnungsinhabers gilt als Hausfriedensbruch und ist ein Straftatbestand gemäß §§ 123 ff. StGB.

Die Pflegefamilie ist weder Angestellte der Herkunftsfamilie noch des Jugendamtes. Eine Weisungsbefugnis der Genannten gegenüber der Pflegefamilie gibt es demnach nicht. Bei unangemessenen oder nicht dem Kindeswohl dienenden Forderungen mit Eingriffscharakter in das Familienleben sollte stets nach deren gesetzlicher Grundlage gefragt werden.

#### Beratung und Unterstützung der Pflegefamilien

In § 37 Abs. 2 SGB VIII heißt es: „Die Pflegeperson hat vor der Aufnahme des Kindes oder des Jugendlichen und während der Dauer der Pflege Anspruch auf Beratung und Unterstützung; dies gilt auch in den Fällen, in denen dem Kind oder dem Jugendlichen weder Hilfe zur Erziehung noch Eingliederungshilfe gewährt oder die Pflegeperson der Erlaubnis nach § 44 nicht bedarf § 23 Abs. 4 gilt entsprechend.“

Eine weitere Aussage zu Verpflichtungen zur Unterstützung von Pflegefamilien, hier im Zusammenhang mit deren Organisation in Selbsthilfegruppen, findet sich unter § 25 SGB VIII Unterstützung selbstorganisierter Förderung von Kindern: *„Mütter, Väter und andere Erziehungsberechtigte, die die Förderung von Kindern selbst organisieren wollen, sollen beraten und unterstützt werden.“*

Die Ausgestaltung des deutschen Rechts in Bezug auf die aktuelle Lebenswirklichkeit von Pflegekindern ist unzureichend. Das ist, wie es scheint, der Preis der einfachen einseitigen Auflösbarkeit des Pflegeverhältnisses im Gegensatz zur Adoption. „Pflegeeltern müssen auch lernen, mit ihrer schwachen Rechtsposition bewußt und geschickt umzugehen und sich nicht entmutigen zu lassen. Oft bleibt nur der Weg über verbandliche oder politische Aktivitäten (via Interessenverbände, Selbsthilfegruppen, Bürgerinitiativen)“ (Kaiser 1995, S. 75).

#### **2.4.2 Phasen der Pflegschaft aus der psychologischen Perspektive**

Nach NIENSTEDT/WESTERMANN hat der Integrationsprozess des Pflegekindes in die Pflegefamilie mehrere Phasen, die nacheinander aber auch teilweise parallel ablaufen bzw. ineinander übergehen. Das sind: Anpassung und Annahme (1. Phase), Wiederholung früherer Beziehungsformen in der Übertragungsbeziehung (2. Phase) und Entwicklung persönlicher Beziehungen durch regressive Beziehungsformen (3. Phase) (vgl. Nienstedt/Westermann 1998, S. 48 ff.).

In der ersten Phase versucht das Kind sich den neuen Bedingungen scheinbar leicht und konfliktlos anzupassen. Das verführt außen stehender Beobachter, aber oft auch die Pflegeeltern, zur Annahme, dass das Kind für die Integration hinreichend ausgerüstet sei. Das Kind orientiert sich scheinbar altersgemäß im neuen Lebensraum, entwickelt Neugier und Interesse für neue Erfah-

rungen, scheint rasch zu lernen, wie das Leben im neuen Lebensraum funktioniert. Scheinbar ist es in der Lage, „die Befriedigung seiner Bedürfnisse entsprechend den kultur- und gruppenspezifischen Normen in der Familie zu kontrollieren, so dass es seine Bedürfnisse nach Versorgung, Schutz und Sicherheit den in der Familie bestehenden Befriedigungsmöglichkeiten anpassen kann“ (ebd. 1998, S. 52). Ebenso erscheint es, als wäre das Kind in der Lage, „...neue kooperative Beziehungen zu anderen Menschen, deren Andersartigkeit es fraglos toleriert, herzustellen und sich auf ein gemeinsames Leben mit ihnen einstellen zu können“ (ebd. 1998, S. 52). Das gute Funktionieren des Kindes resultiert jedoch aus dem Bemühen her, seine eigene Unsicherheit unter Kontrolle zu halten. Diese Überanpassung kann nur wenige Tage aber auch Monate dauern. Unerfahrene Pflegeeltern sind oft überrascht, wenn ihnen im Vorfeld als schwierig beschriebene Kinder plötzlich keine oder wesentlich geringere Auffälligkeiten zeigen und interpretieren das als Erfolg ihrer besonderen und intensiven Zuwendung zum Kind. Dass dies ein Trugschluss ist, wird spätestens mit dem Einsetzen der 2. Phase klar.

### Übertragungsphase

Nachdem das Kind nach einiger Zeit gewisse Sicherheit in den neuen Lebensumständen gewonnen hat, seine Angst also geringer wird und die neuen Eltern als potentiell befriedigend wahrnehmbar wurden, werden die tatsächlichen Wünsche und Bedürfnisse des Kindes sichtbar. Dann beginnt es, seine alten Erfahrungen in den neuen Lebensraum zu projizieren. Die früheren Erfahrungen und die daran gebundenen Affekte werden nicht als Erinnerung vom Kind wahrgenommen, sondern in der neuen Beziehung inszeniert. Dabei verwechselt das Kind in der jeweiligen Situation die neuen Eltern perfekt mit den früheren elterlichen Bezugspersonen. Dieses Übertragungsverhalten ist ohne ausreichende Kenntnis der Hintergründe schwer aushaltbar. Das Verhalten des Kindes kann eine Gegenübertragung erzeugen, die Emotionen hochbringt, von denen Pflegeeltern überwältigt werden können. Das Kind provoziert immer wieder die Reaktionen, die es aus der alten Beziehung kennt. Das Kind, welches vormals misshandelt wurde, fordert geradezu gewalttätige Reaktionen heraus. Das missbrauchte Kind zeigt stark sexualisiertes Verhalten. Das erscheint paradox, resultiert jedoch aus dem Bestreben der Kinder die Kontrolle über die Situationen zu übernehmen. Hinter den heftigen Übertragungsreaktionen steckt die Chance, diese quasi therapeutische Situation zur Korrektur gestörter Sozialisation zu nutzen (vgl. ebd. 1998, S. 67).

„Nun weiß jeder Erwachsene, dass Liebesbeziehungen nicht damit beginnen, aber oft damit enden, wenn einer den anderen erziehen will, also so haben will, wie er gerade nicht ist; vielmehr

beginnen Liebesbeziehungen gerade damit, daß einer um den anderen wirbt, indem die Wünsche und Bedürfnisse des anderen die eigenen Wünsche beeinflussen“ (ebd. 1998, S. 63). Der Aufbau einer Beziehung ist in einem Pflegeverhältnis von Anfang an wichtiger als Erziehung. Die Gelassenheit vermeintlich unakzeptables Verhalten auszuhalten, muss erlernt werden. Der Grundsatz muss sein: „Alle Wünsche und Bedürfnisse sind erlaubt und alle Ängste und deren Abwehr sind berechtigt“ (ebd. 1998, S.65).

Die Manipulation durch das Kind sollte ausgehalten und ein Machtkampf unbedingt vermieden werden. Mitunter hilft dabei, in Gedanken das Alter des Kindes auf ein Drittel zu reduzieren und sich zu erinnern, welche Anforderungen man an dieses so „verjüngte“ Kind stellen würde. Neben der Relativierung der Ansprüche macht dieser Trick möglich, die Situation mit Humor zu betrachten.

Abweichendes Verhalten ist in der Einzelsituation mit dem Kind recht gut zu ertragen. Schwieriger wird es im Kontext mit leiblichen Kindern in der Familie, den Verwandten, Freunden, Nachbarn, Lehrern usw., die erleben, dass viele von ihnen für selbstverständlich gehaltene Regeln, für das Pflegekind nicht zu gelten scheinen. Pflegeeltern haben also mehrere Spannungsfelder gleichzeitig zu bewältigen. Sie dürfen sich nicht beirren lassen in ihrem Bemühen um den Aufbau einer tragfähigen Beziehung zum Pflegekind. Es ist besser in solchen Situationen erst zu handeln und den Kritikern später unter entspannten Umständen Erklärungen zu geben, als dem Druck der Norm nachzugeben.

Die Ambivalenz von Nähe und Distanz spielt in der Beziehung von Pflegeeltern und –kind eine große Rolle. „Je größer die Distanz zu einem anderen Menschen ist, um so eher ist man in der Lage, fremd erscheinende Eigenschaften und Verhaltensweisen zu tolerieren“ (ebd. 1998, S. 65). Das Dilemma besteht nun darin, dass die Integration des Pflegekindes in die Familie nur bei dem Zulassen von Nähe gelingt. Das setzt die Annahme des Kindes mit allen seinen Verhaltensweisen, von denen man sich eigentlich distanzieren möchte, voraus. Dieses Pendeln zwischen Nähe und Distanz bedarf der reflektorischen Bearbeitung, z.B. durch Supervision für die Pflegeeltern.

Wenn die Geschichte des Kindes bekannt ist und Pflegeeltern auf die Phänomene der Übertragungsphase vorbereitet sind, dann haben sie die Chance die Übertragungsreaktionen besser zu verstehen und angemessener zu reagieren (vgl. ebd.1998, S. 70). Den sozialen Diensten kommt hier die Verantwortung zu, so viele Informationen, wie möglich zur Geschichte des Kindes in Erfahrung zu bringen und an die Pflegeeltern weiterzugeben. Das gibt diesen erst



die Möglichkeit frühe Signale des Kindes zu erkennen und auf die Bedürfnisse einzugehen. Unterbleibt diese Information, unter dem Vorwand des Datenschutzes oder manchmal auch aus der Angst heraus, die Pflegeeltern nicht zu verunsichern, dann ist dies verantwortungslos.

Korrigierende Erfahrungen sind nicht durch Erklärungen zu erreichen, sondern nur durch Handlungen. NIENSTEDT/WESTERMANN heben dies als „Handelndes Sich -Erinnern im Spiel“ (ebd. 1998, S. 79) besonders hervor. Die mögliche Rollenumkehr im Spiel, ermöglicht dem Kind die Annäherung und die Erinnerung an Angst machende Situationen. Das Kind übernimmt erst die Rolle des Aggressors, ehe es sich auf seine eigene Rolle wieder einlassen kann. Das braucht Zeit, viel Zeit und die Bereitschaft, sich auf dieses Spiel einzulassen und „...dass man sich vom Kind an die Hand nehmen lässt“ (ebd. 1998, S. 80). Die Annahme von Ängsten, Wut und Aggression ist nicht auf das Zulassen der Ausdruckformen beschränkt, sondern muss schützend und steuernd durch den Erwachsenen begleitet werden.

### Regressionsphase

Bei der Unterbringung von Kindern in Pflegefamilien wird davon ausgegangen, dass Kinder in der Lage sind noch einmal neue Eltern-Kind-Beziehungen zu entwickeln. Dem Kind muss dabei erlaubt sein, noch einmal auf frühere Stufen seiner Entwicklung zurückzukehren. Als Formen der Regression können die Angst abwehrende Regression und die Regression im Dienste des Aufbaus neuer Beziehungen unterschieden werden.

Im ersten Fall reagiert das Kind zum Beispiel auf beängstigende Nähe der Pflegeeltern aufgrund seiner Überwältigungserfahrungen aus früheren Beziehungen mit Angst und Schrecken. Es rettet sich in dem es regrediert und spricht plötzlich mit piepsender Stimme um sich klein zu machen. Babyhaftes Verhalten findet gewöhnlich eine Resonanz, nämlich Bemutterung.

Die Regression dient dem Aufbau neuer Beziehungen, wenn das Kind Bedürfnisbefriedigung nachholen kann, die in seiner Vergangenheit nie oder nicht ausreichend erfolgte. Der Rückfall in das Verhalten der frühesten Phase des Beziehungs- und Bindungsaufbaus zwischen Menschen ist effektiv, wenn auf diese eigentlich altersunangemessenen Bedürfnisse befriedigend eingegangen wird. In der regressiven Entwicklung können die frühkindlichen Entwicklungsschritte, die für diese Altersstufen typisch sind:

1. totale Versorgung durch die Mutter oder eine andere Bezugsperson (ca. 0-2 Jahre)
2. Abgrenzung, Verteidigung von Selbständigkeit und Unabhängigkeit (ca. 2-3 Jahre)
3. Beziehungskonflikt durch das Entdecken und Akzeptieren des Geschlechtsunterschiedes

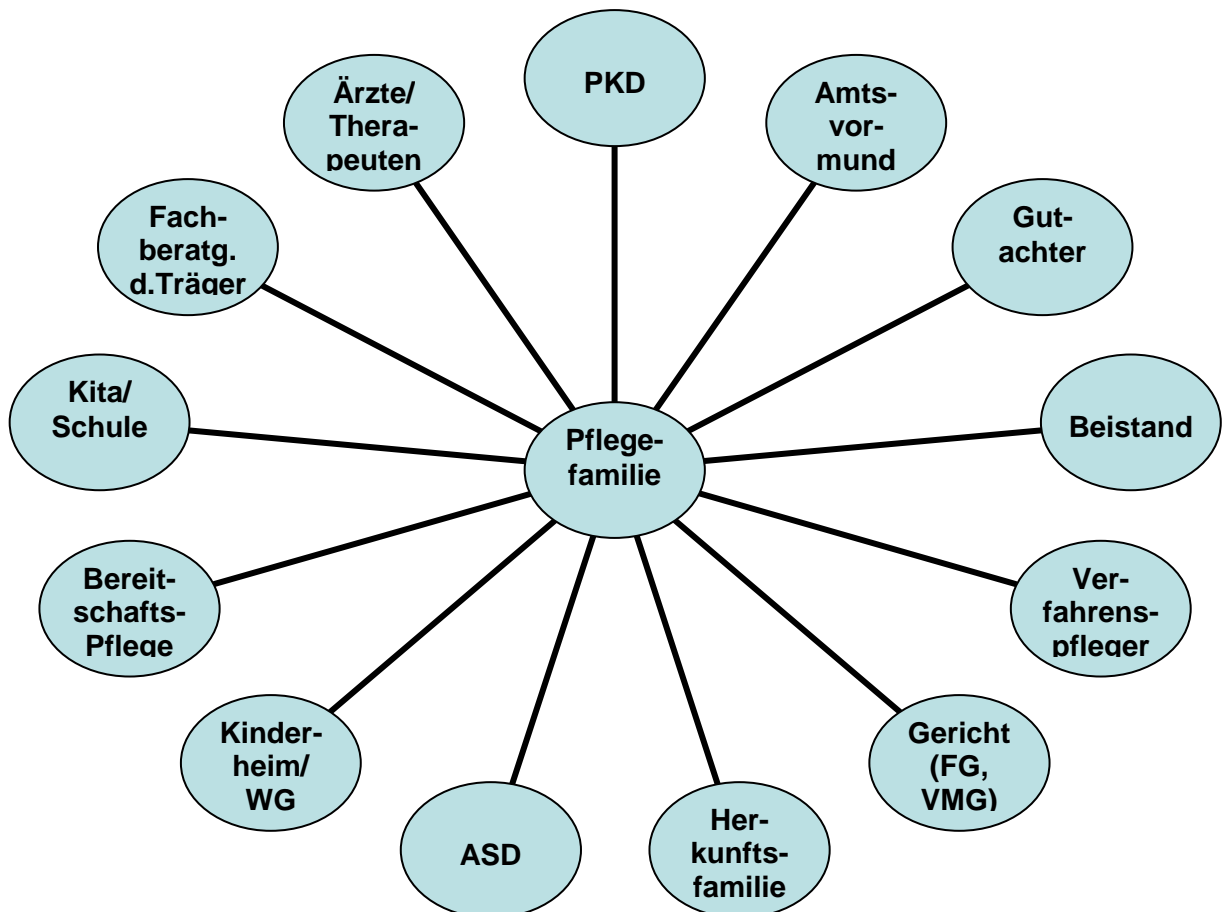
(ca. 3-6 Jahre) nachgeholt werden.

Das Kind, das ständig am Rockzipfel der Mutter hängt und sich plötzlich nicht mehr alleine anzieht, gefüttert werden möchte und eine Babyflasche braucht ist keine Seltenheit. Diese Babyphase kann noch gut zu bewältigen sein. Schwieriger wird es dann bei der Wiederholung der Trotzphase, wenn sich plötzlich 10jährige aufführen, wie 2-3jährige.

Diese vermeintlichen Entwicklungsrückschritte als Chance zum Beziehungsaufbau zu verstehen, ist Aufgabe der Pflegeeltern. (vgl. Nienstedt/Westermann 1998, S. 81 ff.)

### 2.4.3 Beteiligte des Helfersystems

Abbildung 5 Übersicht der Beteiligten am Helfersystem



Die Übersicht soll verdeutlichen, welche Dimension das Helfersystem rund um das Pflegekind erreichen kann. Es wurden die Institutionen und Personen aufgenommen, die von der Anbahnung bis zur Beendigung eines Pflegeverhältnisses mit der Pflegefamilie zu tun haben können.

In der Anbahnungsphase kommt die Pflegefamilie mit den Personen des vorherigen Aufenthaltsortes des Pflegekindes in Kontakt. Das kann ein Kinderheim, eine Wohngruppe, die Bereitschaftspflegefamilie oder seltener direkt die Herkunftsfamilie sein. Meist ist zu diesem Zeitpunkt der ASD noch Fall führend. Wenn ein PKD im Jugendamt vorhanden ist, dann ist dieser gewöhnlich von Anfang an beteiligt. Die Fallführung geht in der Regel nach etwa 2 Jahren bei Dauerpflegschaften an diesen über.

Ist das Sorgerecht (oder Teile davon) den leiblichen Eltern für das Pflegekind entzogen worden, so gibt es einen Amtspfleger oder Amtsvormund. Der Einsatz von Einzel- oder Vereinsvormundschaften ergibt sich in den meisten Fällen erst nach einer längeren Verweildauer des Pflegekindes in der Pflegefamilie.

Ein Beistand für die Pflegefamilie ist von Vorteil, wenn die Familie noch unsicher im Umgang mit Behörden und Institutionen ist, oder es ernsthafte Meinungsverschiedenheiten mit im Hilfeplan beteiligten Personen gibt. Beistände sind häufig engagierte Mitglieder von Pflegeelternvereinen.

Sind gerichtliche Auseinandersetzungen um das Sorgerecht oder Teile davon, um Umgangskontakte, Antrag auf Verbleib des Pflegekindes in der Pflegefamilie anhängig, so werden von den Gerichten oft Gutachter beauftragt oder Verfahrenspfleger eingesetzt, die dann im Rahmen ihres Auftrages mit der Pflegefamilie Kontakt haben.

Um sinnvolle Entscheidungen für das „Wohl des Kindes“ treffen zu können, bedarf es der permanenten Zusammenarbeit, des Informationsaustausches, der Abstimmung von Maßnahmen der beteiligten Institutionen/Personen. Die Entscheidungen können bei der Komplexität und Vielfalt der Problemlagen nur Ergebnis eines einzelfallbezogenen Aushandlungsprozesses sein.

RIETMANN hat die Besonderheiten dieses Aushandlungsprozesses in seinen Untersuchungen zu Interventionen bei Kindeswohlgefährdungen folgendermaßen zusammengefasst:

„Im Ringen um Problemverständnisse und explizit oder unterschwellig mitverhandelte Kompetenzen, diese Probleme zu lösen, werden Verantwortungen und Zuständigkeiten sozial-kommunikativ hergestellt und schließlich (rechts-) verbindlich. Parallel zum Ziel des Kindeswohls geht es in einem komplexen und anforderungsreichen Handlungskontext nicht zuletzt um die der jeweiligen Fachkraft zurechenbare (Eigen-) Verantwortung, ihre persönliche, professionelle und wirtschaftliche Integrität und ihr Selbstwerterleben [...] Interventionen bei Kindeswohlgefährdungen gehen mit der Überschreitung von Systemgrenzen einher, weil sie in einem zirkulär-interdependenten Makrosystem aus Familienmitgliedern und Fachkräften verschiedenster Insti-

tutionen stattfinden, die parallel zum Kindeswohl oder unter dessen „großer Überschrift“ heterogene (Eigen-)Ziele und (Eigen-)Interessen verfolgen“ (Rietmann 2004, S. 247, Herv. i.Orig.).

Eine Übertragung dieser Erkenntnisse auf das Helfersystem von Pflegekindern ist aufgrund der Ähnlichkeit der Strukturen und Problemstellungen naheliegend. Dieser strukturell bedingten Gegebenheiten müssen sich Pflegeeltern bewusst werden, um effektiv und wirksam die Interessen des Pflegekindes und ihre eigenen vertreten zu können.

#### **2.4.4 Besondere Belastungen einer Pflegefamilie**

Aus den bereits erläuterten Besonderheiten des Familiensystems Pflegefamilie ergeben sich Anforderungen und Belastungen, die über ein normales Familienleben hinaus gehen. Zur Verdeutlichung des Unterschiedes zur Familie mit ausschließlich leiblichen Kindern sind nachfolgende Aspekte zu berücksichtigen:

- (1) Der Wunsch, ein Pflegekind aufzunehmen kommt anders zustande als der Wunsch nach einem eigenen Kind.
- (2) Ein Pflegekind kommt anders in die Pflegefamilie als ein leibliches Kind.
- (3) Ein Pflegekind hat einen anderen biografischen Hintergrund und Status sowie andere Beziehungen in der Pflegefamilie als ein leibliches Kind.
- (4) Pflegefamilien haben einen anderen Rechtsstatus und andere Systemkontexte als andere Familien.

Pflegefamilien benötigen daher spezifische Strukturen und Organisationsformen, besondere Ressourcen und Unterstützung, um den sich stellenden Herausforderungen gerecht werden zu können (vgl. Kaiser 1995, S.77 ff.).

Die Art der besonderen Herausforderungen soll nachfolgend beispielhaft konkretisiert werden.

Erhöhter **organisatorischer Aufwand** entsteht durch:

- Vorbereitung und Durchführung der Hilfepläne,
- Anfertigung von Entwicklungsberichten, Protokollen von Besuchskontakten,
- Informationsaustausch zwischen den Helfern,
- Einholung von Erlaubnissen,
- Sicherstellung von Therapien und Arztbesuchen,
- besonders strukturierter Tagesablauf, dadurch Einschränkung spontaner Unternehmungen,

- Sicherstellung der permanenten Beaufsichtigung auch älterer Kinder
- organisatorischer Mehraufwand zur Sicherstellung einer erfolgreichen Schul- und Ausbildungslaufbahn des Pflegekindes

Erhöhte **psychische Belastung** wird verursacht durch:

- Verhaltensauffälligkeiten der Pflegekinder,
- Druck und Unberechenbarkeit der Herkunftsfamilie,
- fehlende Transparenz des Hilfeprozesses,
- unzureichende Perspektivklärung für das Pflegekind,
- Angst vor amtlichen Entscheidungen (z.B. zur Rückführung oder zu Umgängen),
- Folgen von Besuchskontakten,
- ein höheres Maß an Fremdbestimmtheit,
- Unverständnis der Umgebung (z.B. Nachbarn, Freunde, Kindergarten, Schule)

Erhöhte **pädagogische Herausforderungen** gibt es durch:

- Nachholen wichtiger Entwicklungsphasen des Pflegekindes und dadurch komprimierte Anforderungen,
- notwendige Traumapädagogik bei traumatisierten Pflegekindern,
- aufwändigere Zusammenarbeit mit Kindertageseinrichtungen, Schulen, Vereinen,
- den nicht dem tatsächlichen Alter der Kinder entsprechenden Entwicklungsstand kognitiver, emotionaler und sozialer Fähigkeiten,
- die notwendige Differenzierung der Erziehung im Verhältnis zu den leiblichen Kindern.

Während bei anderen sozialen Berufsgruppen das „Zuhause“ als Ort des Rückzuges und der Regeneration der Kräfte fungiert, fehlt diese Möglichkeit den Pflegeeltern. Sie haben faktisch ihre „Klienten“ mit nach Hause genommen. Dieser entscheidende Unterschied ist den Pflegeeltern selbst gar nicht bewusst, wenn sie versuchen, weiterhin dem Bild einer möglichst normalen Familie zu entsprechen. Insbesondere bei der Aufnahme von schwer traumatisierten Kindern, die mit ihren Problemen die Familie an den Rand der Belastbarkeit bringen können, sind Entlastungswünsche legitim und Auszeiten für das Pflegeverhältnis (über)lebensnotwendig. Die Zusammenarbeit mit Fachleuten anderer Sozialisationsorte (z.B. Kindergarten, Schule, Vereine) gestaltet sich zum Teil schwieriger, als bei leiblichen Kindern. Durch die Wahrnehmung des Pflegekindes als quasi „öffentliches Kind“, entsteht der Eindruck, dass es Lehrern und Erziehern aber auch Gutachtern, Ärzten und Therapeuten leichter fällt, die Meinung, die Wünsche und den Willen von Pflegeeltern zu ignorieren. Während bei Kindern leiblicher Eltern, das Elternrecht einen hohen Stellenwert und möglicherweise eine Hemmschwelle für eine einseitige Betrachtung

tungsweise darstellt, kommt es bei Pflegekindern manchmal zu fachlichen Entscheidungen mit - aus Sicht der Pflegeeltern – professioneller Überheblichkeit. Pflegefamilien fühlen sich zu Leistungserbringern degradiert. Ursachen dafür sind nicht zwangsläufig Ignoranz oder Arroganz der Beteiligten, sondern die Bewältigung der jeweils eigenen Unsicherheit und Überforderung.

„Fachkräfte verfügen in unterschiedlichem Ausmaß über institutionelle Macht, über verschiedenes Berufsprestige und hierarchisieren ihre Problemsicht unter Bedingungen eines spannungsvollen Handlungskontextes gegenüber anderen Akteuren nicht selten als *Oberrationalität*. Dies trägt für die Beteiligten insbesondere in schwierigen Fällen dazu bei, anhaltende epistemologische Unsicherheiten und Überforderung durch mehr oder weniger rigiden Verbleib in sicheren Routinen des eigenen Arbeitsbereiches zu bewältigen. Gerade unter Bedingungen von hoher empfundener Unsicherheit können formale Routinen, standardisierte Verfahrensabläufe und Fallmanagement beispielsweise anhand von Checklisten, Gefühle kognitiver Kontrolle und subjektiver Sicherheiten befördern. Die daraus entstehende subjektive Klarheit und Gewissheit erzeugt jedoch neuen Bedarf für fortlaufende Aushandlungen, insbesondere dann, wenn sie auf anders gelagerte subjektive Gewissheiten im Interventionssystem trifft. In diesem Zusammenhang werden komplizierte Ermessensentscheidungen oftmals zu weltanschaulich getönten und stark polarisierten Überzeugungskonflikten, hier begründen sich Schwierigkeiten in der stets personenabhängigen Kooperation, Delegationsketten nehmen an dieser Stelle ihren Anfang und das Kindeswohl [...] wird dabei fast zur Nebensache“ (Rietmann 2004, S. 247, Herv.i.Orig.).

Wer diese permanente Unbestimmtheit der Aushandlungen aushalten will, muss selbstbewusst, empathisch, kompetent, kooperativ, kommunikativ und humorvoll sein und die nötige Gelassenheit, Beharrlichkeit und Widerstandsfähigkeit mitbringen oder erwerben.

Unkooperative Helfersysteme können viel Kraft und Energie der Pflegeeltern binden, die dann dem Pflegekind verloren gehen. Eine besondere Verantwortung kommt in diesem Zusammenhang den sozialen Diensten zu. „Qualität im Pflegekinderwesen lässt sich deshalb am besten mit ‚Koproduktion im Interesse des Kindeswohls‘ umschreiben oder weil diese immer nur prozesshaft entstehen kann, vielleicht besser mit gelingender Koproduzentenschaft zum Wohle des Kindes. Das gilt zwar für jede einzelne Dyade im System Pflegeverhältnis, es gilt aber insbesondere für die Sozialen Dienste mit ihrer Verantwortung für das Ganze und ihrem Überblick über das Ganze. Sie haben sich darum zu sorgen, dass in jeder der Dyaden sich Koproduzentenschaft entwickeln kann, dass schief laufende Prozesse rechtzeitig erkannt und Gegenstrategien entwickelt werden und dass Knoten und Blockierungen aufgelöst werden“ (Blandow 2005a, S. 9 f.).

Damit sind die Fall führenden sozialen Dienste eindeutig in die Pflicht zu nehmen. Dazu gehört, sich in jede der beteiligten Personen einzufühlen und verantwortungsvoll abzuwägen, was dem Wohl des Kindes mit hoher Wahrscheinlichkeit am besten dient. „Der Schlüssel hierfür ist die Entwicklung einer Fachlichkeit, die sich nicht allein auf die individuelle Fortbildung in irgendeiner neuen Form methodischer Einzelfallarbeit stützt, sondern sich als Gestalter und Organisator von gelingender Koproduzentschaft und als Manager von komplexen Systemen, definiert“ (Blandow 2005a, S.11).

Belastungen, die aus dem für den Sozialberufler typischen Rollenkonflikt und der Rollenambiguität erwachsen, treffen für Pflegeeltern in besonderem Maße zu. Pflegefamilien können als burnout-gefährdet eingeschätzt werden, da diese häufig – auf Grund unzureichender pädagogischer oder psychologischer Vorbereitung – nicht die notwendige professionelle Distanz dem Pflegekind gegenüber wahren können. Die Prämisse „Das Kind braucht Liebe!“ reicht nicht aus, um es mit all seinen Problemen unterstützen zu können (vgl. Paltinat/Warzecha 1999, S.73).

Präventive Ansätze zur Burnout-Vermeidung in Bezug auf die Pflegeperson sind die Schaffung persönlicher Freiräume, zum Beispiel durch die Beschäftigung mit Hobbies, ein geschicktes Zeitmanagement (vgl. Etschmann 2006, S.21 ff.), Erlernen und Anwendung von Meditations-techniken oder sportliche Betätigung. Umfassend wirksame Bourn-Out-Prävention kann auf Grund der oben geschilderten Komplexität des Pflegefamiliensystems jedoch nur mit zusätzlicher Entlastung und Unterstützung von Außen funktionieren.

Eine wichtige Rolle zur psychischen Entlastung sollte regelmäßige Supervision spielen. Supervision bietet die Möglichkeit, Herausforderungen aus einer anderen Perspektive zu sehen und neue Lösungsvarianten zu erarbeiten. Im Gespräch mit der Supervisorin oder dem Supervisor werden die eigenen Potentiale, Rollen und Grenzen bewusster und Spielräume in schwierigen Situationen deutlicher, an die man zunächst nicht gedacht hat.

In Bezug auf die Akteure und das gesellschaftliche Umfeld können folgende Spannungsfelder in deren Rahmen sich eine Pflegefamilie bewegt, kategorisiert werden:

- Stressoren im Zentrum der Individualität der Pflegefamilie (Ideale, Motivation)
- Spannungsfeld Kernfamilie (Partnerschaft, leibliche Kinder)
- Spannungsfeld Pflegekind
- Spannungsfeld Herkunftsfamilie
- Spannungsfeld Jugendamt (ASD, PKD, Amtsvormund)

- Spannungsfeld Schule
- Spannungsfeld Gesellschaft
- Spannungsfeld weibliche Rollenzuschreibung (vgl. Paltinat/Warzecha 1999, S. 7-8).

## **2.5 Stand der empirischen Forschung und praktische Erfahrungen**

### **2.5.1 Untersuchungen des DJI 1987 und 2005-2008**

Vom DJI München wurde 1987 als Abschluss des Modellprojektes „Beratung im Pflegekinderbereich“ ein Handbuch herausgegeben. In den Vorbemerkungen schrieb die Arbeitsgruppe warnend: „Allerdings sind wir auch besorgt - besorgt darüber, daß unsere Aussagen mißverstanden werden könnten, nämlich als eine Sammlung von „Rezepten“, die sich auf jedes Pflegeverhältnis - ungeachtet der je spezifischen Problemkonstellationen und Bedürfnislagen - anwenden lassen“ (DJI 1987, S. VI). Diese Sorge erscheint insofern berechtigt, als in der später erschienenen Fachliteratur und in zahlreichen Berichten aus der Praxis in Fachzeitschriften, zu Symposien und Seminaren, immer wieder einseitige Interpretationen von theoretischen Konzepten (z.B. Ersatzfamilie oder Ergänzungsfamilie, systemischer Ansatz als binukleares Familiensystem) zu erbittert ausgetragenen Streit von Vertretern der verschiedenen Theorien führte. Die Gefahr ist, dass je nach dem, welchem der Konzepte die jeweiligen Mitarbeiter in den administrativen Einheiten (Jugendämter, ASD, PKD) anhängen, diese dann den Fällen übergestülpt werden.

Nach knapp 20 Jahren gesellschaftlicher Weiterentwicklung mit solchen einschneidenden Ereignissen, wie der Wiedervereinigung Deutschlands 1990 und deren Folgen, wurde 2005 ein neues Projekt des DJI gemeinsam mit dem Deutschen Institut für Jugend und Familie (DIJuF) zur wissenschaftlichen Untersuchung der „Pflegekinderhilfe“ – Foster Care Service – begonnen. Bis 2008 sollen die gewonnenen Erkenntnisse in einen abschließenden Bericht und ein neues Handbuch einfließen.

In Deutschland hat innerhalb der letzten Dekade wenig empirische Forschung im Pflegekinderwesen im Vergleich zum Ausland stattgefunden.



**Tabelle 1 Übersicht Studien zur Pflegekinderhilfe ( DJI und DIJuF 2006, S. 11)**

Anzahl vorliegender Studien	International		Deutschland	
Längsschnittstudien zur Bindungsentwicklung bei Pflegekindern	5		0	
Epidemiologisch angelegte Studien zu Schulerfolg, Gesundheit und Verhaltensanpassung bei Pflegekindern	Mehr als 30		0	
Studien zu Sichtweisen und Perspektiven von Pflegekindern	11		0	
Verlaufsstudien nach Rückführungen	12		0	
Studien mit Kontrollgruppe zu Interventionen in der Pflegekinderhilfe	Mehr als 30		0	
Längsschnittliche oder multivariate Studien zu Auswirkungen von Besuchskontakten	14		1	

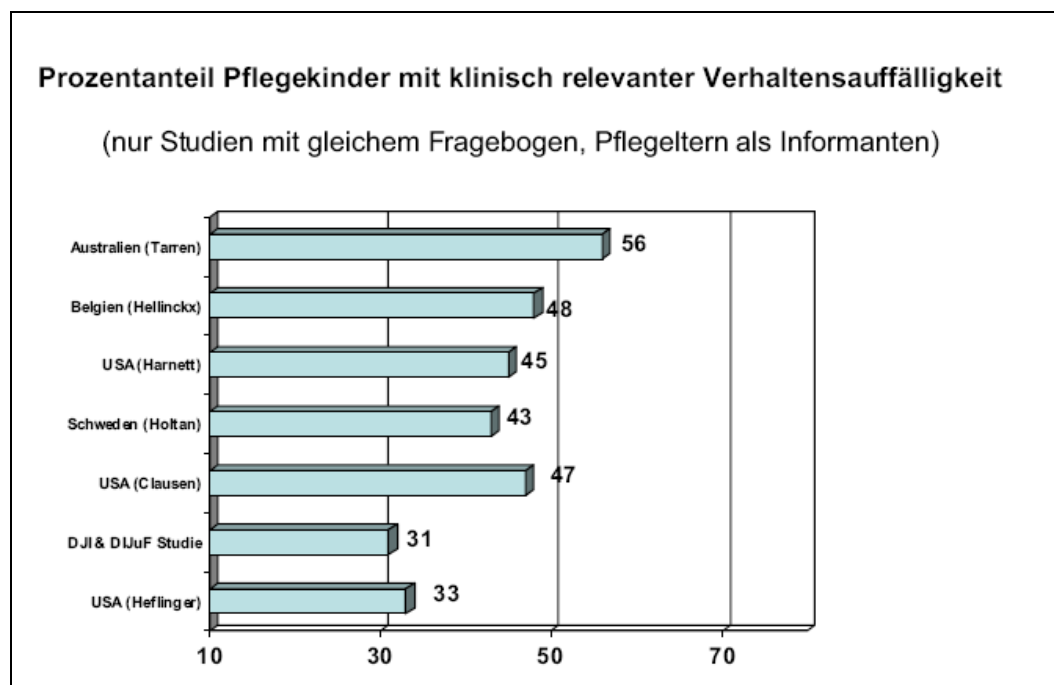
**Tabelle 2 Ergebnisse der Untersuchung 2005 (DJI und DIJuF 2005, S. 36)**

Problembelastung bei Pflegekindern	
<u>Klinisch bedeutsame Verhaltensauffälligkeit</u>	
Externalisierung (nach außen gerichtetes Problemverhalten)	30,9 %
Internalisierung (nach innen gerichtetes Problemverhalten)	39,4 %
Gesamt	31,1 %
<u>Schulschwierigkeiten</u>	
Sonderbeschulung	18,4 %
Mindestens eine Klassenwiederholung	19,9 %
Lernschwierigkeiten	48,6 %
Mindestens eine angegebene Schulschwierigkeit	56,4 %
<u>Gesundheitliche Probleme</u>	
Behinderung / chronische Erkrankung	24,6 %
Klinisch relevante psychosomatische Beschwerden	12,1 %
Mindestens bei einem der beiden Punkte gesundheitliche Probleme	31,5 %

Im Rahmen des DJI/DIJuF- Projektes wurde 2005 und 2007 empirisch die Problembelastung und Verhaltensanpassung von Pflegekindern in Deutschland untersucht. In der ersten Untersuchung 2005 wurden an vier Orten (München, Nürnberg, Ingolstadt und Düsseldorf) bei Pflegeeltern mittels standardisierter Fragebögen Daten zur Problembelastung und Verhaltensanpassung erhoben. Die Rücklaufquote der Fragebögen lag bei 40,6 %. 427 Fragebögen waren verwendbar. Der Anteil Mädchen in der Stichprobe lag bei 47 %. Die in die Untersuchung einbezogenen Pflegekinder aus Deutschland können nicht als durchgehend hoch belastete Gruppe

angesehen werden, weisen aber etwa zur Hälfte in der Beschreibung durch die Pflegeeltern bedeutsame Beeinträchtigungen in einem oder mehreren Bereichen (psychische Gesundheit, körperliche Gesundheit, schulische Entwicklung) auf. Die in Teilbereichen geschilderten Verhaltensauffälligkeiten erreichen bei einem Drittel der Kinder klinische Bedeutsamkeit. Im Verhältnis zur Grundgesamtheit aller Kinder in Deutschland erscheint die Häufigkeit behandlungsbedürftiger Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit mindestens verdoppelt. „Pflegekinder stellen mithin eine besonders vulnerable Untergruppe der Kinder und Jugendlichen einer Gesellschaft dar, deren Versorgung und Förderung gesichert werden muss, wenn ihre Entwicklungschancen gewahrt werden sollen“ (DJI und DIJuF 2006, S. 35).

**Abbildung 6 Internationale Studien zu Verhaltensauffälligkeiten von Pflegekindern**



(Quelle: DJI und DIJuF 2006, S. 36)

Im Vergleich mit methodisch ähnlich gewonnenen internationalen Befunden von Pflegekinderstudien zeigt sich bei der DJI-Studie eine im unteren Drittel der internationalen Befunde liegende Rate an behandlungsbedürftig erscheinenden Verhaltensauffälligkeiten.

„Dies ist zunächst als ein positives Ergebnis zu werten und spricht für die Qualität der Pflegekinderhilfe in Deutschland“ (DJI und DIJuF 2006, S. 36).

## **2.5.2 Empirische Forschung zum Pflegekinderwesen an deutschen Universitäten**

### Universität Siegen

In seinem Einführungsreferat anlässlich der Tagung in Siegen 2006 unter dem Thema „Facetten der Modernisierung. Das Pflegekinderwesen zwischen Milieu, Professionalisierung und Selbstorganisation“ ging WOLF auf das Phänomen des Streits um die Konzepte ein und forderte mehr empirische Forschung in Deutschland auf dem Gebiet des Pflegekinderwesens. Statt theoretischer Diskussionen um „Ersatz- oder Ergänzungsfamilie“ oder „gemeinsame oder getrennte Geschwistervermittlung“ um „Umgangskontakte“ oder „Rückführung“ sollten empirische Untersuchungen der Umsetzungen der unterschiedlichen Konzepte in der Praxis zu den fehlenden Erkenntnissen führen, wann und unter welchen konkreten Umständen welches Konzept die besten Ergebnisse bringt. (vgl. Universität Siegen, ZPE 2006, ONLINE-Tagungsbericht o.S.)

WOLF weist auf die intendierten und nicht-intendierten Wirkungen hin, die durch unterschiedliche konzeptionelle Grundüberzeugungen ausgelöst werden. „Wir sollten es wagen, genau und systematisch hinzusehen, statt ideologische Debatten in selbstreferentiellen Systemen zu führen“ (Wolf 2006, S.8).

Die aktuelle Forschung zum Aufwachsen in Pflegefamilien an der Universität Siegen beschäftigt sich mit dem biografischen Erleben von Pflegekindern. Diese empirische Forschung thematisiert zwar nicht direkt Entlastung und Unterstützung von Pflegefamilien, sie kann aber indirekt durch Erkenntnisgewinn und Übertragung auf konkrete Fälle dazu beitragen. Erste Diplomarbeiten, z.B. von HORNING (2007) liegen vor.

### Universität Bremen

Unter der Leitung von BLANDOW wurde ein Projekt 2001/2002 zur Bestandsaufnahme und strukturellen Analyse der Verwandtenpflege durchgeführt. Daten von 135 Jugendämtern sind in die Untersuchungen eingeflossen. Da über die Verwandtenpflege hinaus sehr umfangreiche Vergleichsdaten zu Fremdpflegeverhältnissen in der Bundesrepublik Deutschland erhoben und ausgewertet wurden, liegt mit dem Abschlussbericht von WALTER (2004) eine sehr ausführliche Vergleichsdatenbasis für weitere empirische Studien vor.

### Universität Jena

Am Institut für Soziologie der Universität Jena wurde von GEHRES (2005) im Projekt „Öffentliche Sozialisation“ eine Studie zu biografischen Entwicklungen und Sozialisationsprozessen von ehemaligen Pflegekindern mittels fallrekonstruktiver Familienforschung durchgeführt. Die ersten

Ergebnisse anhand von sechs Fällen wurden 2005 in der „Zeitschrift für Sozialpädagogik“ vorgestellt. Der Titel des Beitrages „Jenseits von Ersatz und Ergänzung: Die Pflegefamilie als eine andere Familie“ sorgte für entsprechende Aufmerksamkeit. Mit der Feststellung dass „fachlich anspruchsvolle Pflegeeltern in der Lage sind, variabel zwischen den Pflegeelternkonzepten zu agieren... sie das Zusammenleben mit dem Pflegekind so gestalten, als ob familiäre Strukturen auch für diese soziale Familie gelten würden...sie das Milieu als Erfahrungsraum für den Identitätsbildungsprozess ihres Pflegekindes nutzen“ (Gehres 2005, S. 2) wird sozusagen die „Quadratur des Kreises“ von Pflegeeltern erwartet.

WESTERMANN kritisierte an der Jenaer Arbeit, die unzulässige Verallgemeinerung, die unzureichende Offenlegung wichtiger Hintergründe und Rahmenbedingungen und zweifelt die Validität der Erhebung an. (WESTERMANN 2005, o.S.)

Das dazu gehörende Buch von Walter Gehres & Bruno Hildenbrand: Identitätsbildung und Lebensverläufe bei Pflegekindern. Aufwachsen in Pflegeverhältnissen. VS-Verlag, Wiesbaden 2008 (April) mit nunmehr 20 Fallbeispielen kann man nach dem Lesen des Klappentextes und des ersten Kapitels als sehr polemisch empfinden. Welche Wirkung diese Veröffentlichung für das Pflegekinderwesen hat, bleibt abzuwarten.

### **2.5.3 Praktische Erfahrungen zur Entlastung und Unterstützung von Pflegefamilien**

Einige bewährte Einrichtungen und Projekte, die Anregungen für gelingende Unterstützung und Entlastung von Pflegefamilien geben, sollen kurz vorgestellt werden.

#### Aktionsforschung der AGSP Berlin

Die Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie Berlin (AGSP) GbR wurde 1975 von Prof. Dr. Kurt Eberhard (Psychologe und Psychotherapeut) und seiner Frau Soz.-Päd. grad. Gudrun Eberhard (Sozialarbeiterin und Juristin für Familienrecht) gegründet. Das wichtigste Projekt der AGSP, das Therapeutische Programm für Pflegekinder (TPP) wurde 2002 mit dem Förderpreis der Stiftung zum Wohl des Pflegekindes ausgezeichnet. Näheres zu diesem Projekt ist auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft unter [www.agsp.de](http://www.agsp.de) nachzulesen. „Das TPP versucht, die **Vorteile des Heims** (Teamarbeit, Erfahrungsaustausch, fachliche Anleitung, konzeptionelle und institutionelle Kontinuität etc.) mit den **Vorteilen der Pflegefamilie** (familiäre Erziehung, tiefere emotionale Bindung, kein Schichtdienst, Vermeidung von Stigmatisierungen und gegenseitigen dissozialen Infektionen etc.) zu verbinden“ (AGSP 2008, o.S. Herv. i. Orig.)

Merkmale des Konzeptes sind:

- die Pflegefamilien sind mehr Ort der Therapie als der Pädagogik
- Liebe, Ruhe, Stetigkeit für Kinder mit erheblichen Verhaltensschwierigkeiten
- kontinuierliche sozialpädagogische und psychotherapeutische Betreuung und
- gegenseitige kollegiale Supervision für die Pflegeeltern
- Auswahl der Pflegeeltern nach dem Erziehungsergebnis der eigenen Kinder
- Honorarvertrag als heilpädagogische Erzieher/innen
- Qualifikation durch die Praxis, die Beratung, den Erfahrungsaustausch und berufsbegleitende Seminare
- Beratung auch außerhalb der Dienstzeit und Krisenintervention
- Auszeit- und Vertretungsmöglichkeit bei Krankheit oder Krise
- enger Kontakt der „Fachleute“ zu den Pflegeeltern und –kindern,
- kein Dozenten- oder Vorgesetztenverhältnis, sondern Selbstverständnis der Beteiligten als Teil des Projektes
- Umgangskontakte der Kinder mit den leiblichen Eltern gemäß § 1684 nur, wenn das Kindeswohl nicht gefährdet wird
- Nachbetreuung erwachsener Pflegekinder

Dieses „Lebensprojekt“ im doppelten Sinne, charakterisiert die Aussage: „Wir erleben uns als **‘dörfliche’ Solidargemeinschaft**, deren Beziehungen über die gemeinsamen Erziehungsaufgaben weit hinausgehen“ (Eberhard/Eberhard 2001, o.S., Herv. i.Orig.).

Die Verbindung von wissenschaftlicher und praktischer Arbeit über diesen langen Zeitraum ist einzigartig im Bereich der Vollzeitpflege in Deutschland. Insofern haben die Erkenntnisse dieser Einrichtung ein besonderes Gewicht in der Diskussion um praktikable und effektive Konzepte im Pflegekinderwesen.

#### Beratungssetting der Erziehungsstellen beim St. Elisabeth Verein Marburg

Die Pflegefamilien haben alle 4 Wochen Supervision bei einem externen Supervisor. Der Fokus liegt hier auf dem Familiengefüge und der Paarebene. Außerdem gibt es eine vierwöchige Regelberatung sowie Hilfeplanerstellung und Herkunftselternkontakte. Berater sind 4 Frauen und 4 Männer mit themenzentrierter Interaktionsausbildung (TZI). Die Gliederung der Beratungsstruktur erfolgt in Treffen der Regionalgruppen, Fortbildungstage und Tagung. Wobei „ICH“ für Regionalgruppe, „WIR“ für Fortbildungstag und „THEMA“ für Tagung steht. Die Regionalgruppen mit 10 Familien treffen sich alle 4 Wochen für 3,5 Stunden jeweils im Haus einer der Familien. Rituale des Zusammentreffens sind die Ankommensrunde mit der Frage: „Wie geht es mir hier und heute?“ danach: „Wie geht es den Kindern?“ und am Schluss: „Was kann ich annehmen,

mitnehmen?“ Aus der Arbeit der Regionalgruppen ergeben sich die Themenschwerpunkte für die Fortbildungstage der Regionaltreffen. Geleitet werden diese Fortbildungstage im Team. Es gibt angeleitete Untergruppen zur vertieften Auseinandersetzung mit dem Thema.

#### „Tagung

- I. Vermittlung von Informationen Was gibt es Neues?
- II. Reflexion der Berufsrolle Was tue ich? Wie geht das? Wie könnte ich es besser machen?
- III. Selbsterfahrung und Selbstreflexion Wer bin ich, was will ich und wo liegen meine Stärken und Schwächen?
- IV. Biografie und Lebensplan Welche Prägung habe ich in meiner Sozialisation erfahren und wer bin ich?
- V. Transzendenz, Spiritualität und Utopie Wo gehe ich hin? Sinn- und Begründungszusammenhang“ (Balzer, Kasper 1999, S. 327-332).

Weitere Besonderheiten des Angebotes sind:

- In einem wissenschaftlich fundierten Überprüfungsverfahren werden durch Genogramm- und Bindungsarbeit potentielle Erziehungsstellen ausgesucht.
- Elternschulung (Qualifizierungsprogramm für Erziehungsstellenelementern);
- Bei Aufnahme/Anfrage wird überprüft, ob die Erziehungsstelle die individuell benötigten Ressourcen für dieses Kind zur Verfügung stellen kann.
- In Einzelfällen erfolgt die individuelle Begleitung und Beratung der Herkunftsfamilie.
- Kollegiale Krisenunterstützung;
- In den Ferien wird spezielles Freizeitangebot für die Kinder, die an öffentlichen Freizeiten noch nicht teilnehmen können, angeboten.

#### Fachzentrum für Pflegefamilien Sachsen/Anhalt

Ein weiteres Beispiel für Beratung, Qualifizierung und Unterstützung von Pflegefamilien ist dieses Projekt der Stiftung Ev. Jugendhilfe St. Johannis Bernburg, welches vom Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt unterstützt wird. Der Ansatz ist hier ebenfalls die fehlende Teamzugehörigkeit von Pflegeeltern, die bei anderen Angeboten der Hilfen zur Erziehung gegeben ist, auszugleichen.

Das Fachzentrum für Pflegefamilien bietet hierzu Angebote für Qualifizierung, Beratung, Qualitätsentwicklung, Information und Vernetzung an. Dazu gehören Vorbereitungsseminare und weiterführende Bildungsangebote zum Erwerb der notwendigen pädagogischen, psychologischen

und rechtlichen Kenntnisse, Fallberatung und Supervision, Mediation, Konzeptentwicklung mit Fachkräften und Pflegefamilien, Handbuch für das Pflegekinderwesen in Sachsen-Anhalt, Fachveranstaltungen, Homepage und kostenfreier Newsletter, Fachbrief für das Pflegekinderwesen, Werbung für die Belange von Pflegefamilien.

### Pfiff Hamburg

Der **Pflegekinder und ihre Familien Förderverein** (Pfiff e.V.) ist ein freier Träger der Jugendhilfe in Hamburg, der seit 1991 besteht. Unter einem Dach wird die Werbung, Beratung, Aus- und Fortbildung von Pflege- und Patenfamilien, die Vermittlung der Kinder und die Betreuung durchgeführt. Über die Gründung einer Pflegeelternschule hinaus und der Vorbereitung, Organisation und Begleitung von Dauerpflege, wurden im Laufe der Geschichte des Vereins weitere innovative Projekte gestartet. So das bundesweit einmalige Projekt Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern und 2005 das Pilotprojekt AktiF mit zeitlich befristeter Vollzeitpflege. Für Kinder über 10 Jahren, die in der Regel schwer in Pflegefamilien vermittelbar sind, bietet Pfiff e.V. seit 2006 die so genannte Netzwerk-Erkundung an, die helfen soll, Unterstützung im sozialen Umfeld zu finden. Der Verein ist in zahlreichen Gremien zum Thema Jugendhilfe regional und bundesweit vertreten (z.B. im Beirat des Projektes "Pflegekinderhilfe" des DJI und in der Fachgruppe Erziehungsstellen der IGFH). PFIFF e.V. pflegt einen intensiven Austausch mit Trägern aus dem Pflegekinderwesen in anderen deutschen Städten mit dem Ziel, Synergien zu erzeugen und gemeinsam Konzepte und Projekte voranzubringen. Bei PFIFF e.V. wird viel Wert auf die Entwicklung neuer Betreuungsformen und Arbeitsweisen gelegt - mit dem Ziel, Kinder und Eltern in schwierigen Lebensphasen zu unterstützen.

### Ferienfreizeiten für Pflege- und Adoptivkinder

Ferienfreizeiten sind Erlebnisräume für Kinder, die Spaß, Abenteuer, Sport, viele neue Eindrücke, Freundschaften bieten. Aufgrund ihrer Besonderheiten insbesondere im emotionalen und sozialen-kommunikativen Bereich sind manche Pflegekinder mit gewöhnlichen Freizeitangeboten, Ferienlagern oder -reisen überfordert. Sie brauchen kleine Gruppen und ein pädagogisch erfahrenes Betreuungspersonal, welches mit den Verhaltensauffälligkeiten umgehen kann und die Ablehnung und Ausgrenzung der besonderen Kinder verhindert. Leider gibt es bisher nur einige wenige spezialisierte Angebote für Pflegekinder.

Ferienfreizeiten speziell für Pflege- und Adoptivkinder bietet seit einigen Jahren der Verein: **Wildfang e.V. - Freizeit mit Ideen, Berlin** unter dem Motto: „**ICanDo**-Pflegekinder außergewöhnlich betreut“. Wildfang e.V. ist ein gemeinnütziger Verein und anerkannter Träger

der freien Jugendhilfe. Vereinssitz: Brunnenstr. 191, 10119 Berlin, Vereinsregisternummer 17390Nz beim Amtsgericht Charlottenburg. Homepage: <http://www.wildfang-ev.de>

## 2.6 Kurzbeschreibung des Pflegekinderwesens in Dresden

Das Jugendamt der Stadt Dresden hat in der Abteilung Soziale Dienste einen Fachdienst Pflegekinderdienst mit 5,5 Fachkräften. Diese betreuen zurzeit 160 Pflegefamilien mit 208 Pflegekindern (Stand 31.01.2008). Das entspricht dem vom sächsischen Landesjugendamt empfohlenen Schlüssel von 25 Pflegeverhältnissen, bzw. maximal 40 Pflegekindern pro Fachkraft (vgl. Sächsisches Landesamt für Familie und Soziales – Landesjugendamt 2007b, S. 5). Dieser Standard ist eine Voraussetzung für die fachliche Qualität im Pflegekinderwesen.

In 5 Stadtteilsozialdiensten der Stadt Dresden sind direkt oder indirekt mit den Belangen von Herkunftsfamilien und Pflegekindern Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialen Dienstes beschäftigt. Die Anzahl ist auf Grund der Zuständigkeitsänderungen im Laufe des Hilfeprozesses ständig schwankend.

Die Bereitschaftspflege ist dem Kinder- und Jugendnotdienst (KJND) zugeordnet. Für diesen gibt es eine gesonderte Rahmenkonzeption. Dort heißt es: „Die Inobhutnahme von **Kleinkindern in Bereitschaftspflegestellen** (dezentral) wird einer zentralen Unterbringung vorgezogen. Kinder im Alter bis zu 6 Jahren werden hauptsächlich vom ASD im Zuge der Umsetzung des staatlichen Wächteramtes in Obhut genommen oder von anderen Behörden (z.B. Polizei) zunächst wegen Kindeswohlgefährdung in den KJND gebracht bzw. direkt in Bereitschaftspflegestellen untergebracht. Sie sind häufig akut mangelversorgt oder weisen psychische Auffälligkeiten auf. Das **Vorhalten von familiären Strukturen** entspricht dem Bedarf dieser Kinder“ (Landeshauptstadt Dresden, Jugendamt 2004, S. 15 ff., Herv. i.Orig.).

Als freie Träger der Jugendhilfe gibt es in Dresden im Bereich des Pflegekinderwesens:

Diakonisches Werk – Stadtmission Dresden e.V.

Pflegeelternberatung, Georgenstraße 1-3, 01097 Dresden.

Mit 2 fest angestellten Mitarbeiterinnen (Diplomsozialpädagogen) werden Öffentlichkeitsarbeit, Pflegeelternwerbung, Beratung, Pflegeelternausbildung und Abprüfung, Umgangsbetreuung sowie Fortbildungsveranstaltungen für Pflegeeltern und Fachdienste durchgeführt.



„Wegen uns“ Dresdner Pflege- und Adoptivkinder e.V.

Vereinsräume: Pirnaer Landstraße 140, 01257 Dresden

Die Leistungen erbringen, wie bei ehrenamtlich tätigen Vereinen üblich, der Vorstand (mit 4 Vorstandsmitgliedern) sowie einige besonders aktive Mitglieder. Der Verein bietet Öffentlichkeitsarbeit, Pflegeelternwerbung, Beratung, Beistandschaften, (zukünftig) Umgangsbetreuung, Spielgruppe für Pflegekinder, Pflegeelternausbildung und –abprüfung, monatliche Fortbildungsveranstaltungen, Sommerfest, Weihnachtsfeier, Kinderferienlager.

Outlaw Gesellschaft für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH

Region Sachsen, Königsbrücker Straße 49, 01099 Dresden.

Outlaw betreut mit 3 Fachberatern 23 Erziehungsstellen mit einer Kapazität für 36 Kinder in Sachsen, davon 9 Erziehungsstellen mit 16 Plätzen in Dresden. Durch Outlaw wird die Geeignetheit der Bewerber für Erziehungsstellen geprüft und die Fachberatung der Erziehungsstellen sicher gestellt. Die Erziehungsstellen treffen sich etwa alle 2 bis 3 Monate zu Fachberatungen in den Räumen des Trägers. Außerdem werden etwa vierteljährlich Themenabende mit Fortbildungsinhalten durchgeführt. Jährlich findet eine bundesweite Tagung der Erziehungsstellen Standprojekte von Outlaw statt. Für die Pflegekinder in den Erziehungsstellen organisiert Outlaw einen Wandertag im Jahr. Auf dem Bauernhof Mohorn gibt es die Möglichkeit entgeltlich Familienwochenenden zu buchen. Dieses Angebot soll den Pflegeeltern der Stadt Dresden geöffnet werden.

Für Dresden können als Besonderheiten hervorgehoben werden:

Es gibt einen erfahrenen Pflegekinderdienst, der mit einer angemessenen Fallzahl an Pflegefamilien und –kindern pro Fachkraft arbeiten kann. Das ist im bundesweiten Vergleich nicht selbstverständlich.

Die Ausbildung und Abprüfung von Pflegepersonen wurden schon vor Jahren freien Trägern der Jugendhilfe übertragen (Diakonie, Pflegeelternverein, Outlaw). Die Beratung, der Erfahrungsaustausch, die Fortbildung der Pflegeeltern und die Beistandschaften und teilweise die Umgangsbegleitung werden von den freien Trägern angeboten.

Dresden hat als Groß- und Landeshauptstadt ein breites Angebot an medizinischen, psychologischen Beratungs- und Therapieangeboten, Kindertagesstätten, verschiedenen Schulformen, freien Schulen, vielfältigen Kultureinrichtungen. Die infrastrukturellen Rahmenbedingungen sind

also im Vergleich z.B. mit ländlichen Regionen in Bezug auf die Bedürfnisse von (Pflege-)Familien deutlich besser.

Eine sächsische Besonderheit ist die Einrichtung von „Erziehungsstellen“ und „Sonderpflegestellen“ ausschließlich im Rahmen der Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII gemäß der Empfehlungen des Landesjugendamtes von Mai 1994, Juni 2001 und September 2007, jeweils beschlossen vom Landesjugendhilfeausschuss. Die in anderen Bundesländern vorkommenden Formen der Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit besonderen Entwicklungsbeeinträchtigungen in nach § 34 SGB VIII tätigen Pflegestellen, ist in Sachsen nicht explizit vorgesehen.

Zurzeit wird die Rahmenkonzeption zur Weiterentwicklung des Pflegekinderwesens in der Landeshauptstadt Dresden von Juni 2004 im Unterausschuss des Kinder- und Jugendhilfeausschusses überarbeitet. Die Kostenentwicklung der Hilfen zur Erziehung ist nach einem „Sparknick“ im Jahr 2004 seit 2006 wieder leicht ansteigend. Das Budget der Landeshauptstadt Dresden für Hilfen zur Erziehung beträgt für das Jahr 2008 rund 33 Millionen Euro.

## **3 Methode**

### **3.1 Forschungsdesign**

Die vorliegende Untersuchung wurde als schriftliche Befragung mittels standardisierter und strukturierter Fragebögen durchgeführt. Die Wahl fiel auf diese quantitative Forschungsmethode, weil die Menge der zu erhebenden Informationen sehr umfangreich war, eine gute Durchführungs- und Auswertungsobjektivität erreichbar ist, die Datensätze mittels statistischer Datenanalyse schneller auswertbar sind und eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien hergestellt werden kann. Die schnelle Erfassung von Korrelationen ist ein weiterer Vorteil des Designs. Außerdem war die Aussagefähigkeit und Überschaubarkeit der Ergebnisdarstellung ebenfalls ein Kriterium zur Auswahl der Untersuchungsmethode. Zur Anwendung kamen geschlossene Fragen und Alternativfragen, Mehrfach-Auswahl-Fragen, skalierte und nichtskalierte Fragen. Vorschläge und Wünsche wurden mit offenen Fragen erhoben.

## **3.2 Variablenauswahl**

### **3.2.1 Merkmale der Familie und der Lebenssituation**

Bei der Auswahl der Variablen zur Beschreibung des Familiensystems und der Bestimmung der Ressourcen und Belastungen sowie zur Erhebung von Wünschen musste eine Beschränkung auf wesentliche, einfach erfassbare und möglichst aussagefähige Merkmale erfolgen. Nachfolgende Schwerpunkte wurden bei der Ermittlung des Familiensystems beschreibender Daten gesetzt:

#### Familiäre Ressourcen

Familiensituation (sozioökonomische Familienkonstellation)

- Alter der Pflegeeltern
- Ausbildung/Beruf der Pflegepersonen
- Wohnungseigentum und -größe
- pädagogische Ausbildung
- erwachsene leibliche Kinder im Haushalt

#### Familiäre Belastungen/Problemfelder

- Auffälligkeiten und Besonderheiten des Pflegekindes
- Kontakte mit der Herkunftsfamilie
- Probleme mit dem Partner
- Probleme mit dem Umfeld
- Probleme mit dem Jugendamt (ASD/PKD, Vormund)
- Probleme mit der Schule/Kita/Ausbildung)

#### Entlastung

- Inanspruchnahme von Angeboten
- Wünsche, Vorstellungen, Ideen zur Entlastung und Prioritäten
- eigener Beitrag zur Entlastung anderer Familien

### **3.2.2 Merkmale des Helfersystems**

- Beteiligung der Fachdienste
- Wer hat das Sorgerecht für das Pflegekind?
- weitere Beteiligte/Helfer
- Zufriedenheit mit der Unterstützung durch Jugendamt, Träger, Vereine

### **3.2.3 Merkmale des Pflegekindes**

- Alter, Geschlecht
- Alter zum Zeitpunkt der Inpflegegabe
- Eingruppierung erzieherischer Aufwand
- Behinderungen
- Kompetenzen
- Schulart
- Lernschwierigkeiten
- Verhaltensauffälligkeiten

## **3.3 Operationalisierung**

### **3.3.1 Allgemeines**

Unter Operationalisierung ist die Angabe der Vorgehensweise zu verstehen, mit der ein Merkmal erhoben werden soll. Bei einer Befragung ist dies die genaue Frageformulierung mitsamt Antwortvorgaben.

Für die Familienstrukturdaten, sowie die Fragen zu Umfeld, Problemen, Wünschen und Bedürfnissen der Pflegefamilien wurde ein eigener Fragebogen entwickelt (siehe Anlagen 2-7).

Die verwendeten Kategoriensysteme basieren auf der Auswertung der Fachliteratur, Erkundungen im Jugendamt und bei den freien Trägern sowie den eigenen Erfahrungen als Pflegefamilie.

Mit der Entscheidung, zur Erhebung wesentlicher Merkmale der Pflegekinder einen bereits erprobten und international gebräuchlichen Fragebogen mit mehr als 100 Items zu verwenden, war eine Einschränkung der Anzahl der Items des allgemeinen Familienfragebogens verbunden.

Zur Quantifizierung der Belastung von Pflegefamilien durch die Pflegekinder wird die Child Behavior Checklist (CBCL), die ursprünglich von Achenbach und Edelbrock in den USA in den 80er Jahren entwickelt wurde, genutzt. Dabei handelt es sich um einen Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, welcher als valide und reliabel gilt, in zahlreichen internationalen Studien erprobt wurde und bei der Diagnostik im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich breite Anwendung findet.

Für die Einschätzung der Kinder und Jugendlichen im Alter von 4-18 Jahren wurde die CBCL4-18 in der deutschen Fassung der Arbeitsgruppe Deutsche Behavior Checklist von 1993 (Döpfner, M.; Schmeck, K. & Berner, W. (1994) verwendet. Analog gibt es den Fragebogen CBCL 1 ½ -5, der zur Untersuchung von Kindern im Alter von 18 Monaten bis 5 Jahren entwickelt wurde. Für Kinder von 1 bis 3 Jahren wurde dieser Fragebogen benutzt. Da die Diplomarbeit keinen diagnostischen Hintergrund hat, wurde auf eine mehrdimensionale Untersuchung (z.B. Befragung von Lehrern und Erziehern und/oder Selbstbefragung der Pflegekinder) verzichtet.

Aus urheberrechtlichen Gründen können die CBCL-Fragebögen nicht als Anlage beigefügt werden, darum sollen an dieser Stelle einige Erläuterungen zum Inhalt erfolgen und Aussagen zu Validität und Reliabilität gemacht werden.

Die CBCL4-18 misst sowohl soziale Kompetenzen als auch klinisch relevante Verhaltensauffälligkeiten. Sie enthält insgesamt 113 Items zu Einzelsymptomen und problematischen Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen, die von den Eltern auf drei Stufen (0= nicht zutreffend, 1= etwas/manchmal zutreffend, 2=genau/häufig zutreffend) für die letzten sechs Monate einzuschätzen sind.

**Internalisierende Störungen** setzen sich aus drei Skalen zusammen. Sozialer Rückzug: Diese Kinder sind lieber alleine, sind verschlossen, weigern sich zu sprechen, sind schüchtern, wenig aktiv und häufiger traurig verstimmt. Körperliche Beschwerden: Somatische Symptome, wie Schwindelgefühl, Müdigkeit, Schmerzen, Erbrechen, Übelkeit werden angegeben.

Angst/Depressivität: Erfassung von 14 Items, die allgemeine Ängstlichkeit und Nervosität, Klagen über Einsamkeit und soziale Ablehnung sowie Minderwertigkeits- und Schuldgefühle und traurige Verstimmungen beschreiben.

**Externalisierende Störungen** werden durch die Skalen Dissoziales Verhalten (Lügen, Stehlen, Schule schwänzen usw.) und Aggressives Verhalten (Streiten, Gemein zu Anderen, Bedrohung, Zerstörung, Ungehorsam usw.) beschrieben. Weitere Skalen, wie Soziale Probleme, Aufmerksamkeitsstörungen und Schizoid/Zwanghaft und Andere Probleme, die in keine der beiden übergeordneten Störungen eingehen, werden im **Gesamtwert** zusammengeführt (vgl. Döpfner, Schmeck, Berner 1994, S.11).

Mittels Faktorenanalysen zweiter Ordnung sind alle Skalen für die Auswertung zu drei Gruppen zusammengefasst: die **Externalisierenden Störungen**, **Internalisierenden Störungen** und die **Anderen Störungen**, die weder den internalisierenden noch den externalisierenden Störungen

zugeordnet werden können. Aus allen Werten wird der **Gesamtscore** (Gesamtauffälligkeit) ermittelt.

In den Untersuchungen von DÖPFNER u.a. wurde die Validität des CBCL-Fragebogens als Messinstrument für Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen hinlänglich nachgewiesen. So erreichen die übergeordneten Skalen **Internalisierende und Externalisierende Störungen** und die Skala **Gesamtauffälligkeit** gute bis sehr gute interne Konsistenzen. Die Skalen Aggressives Verhalten, Dissoziales Verhalten, Aufmerksamkeitsstörungen und Angst/Depressivität zeigen ebenfalls gute Reliabilitäten und werden sowohl in der Individualdiagnostik, als auch im Rahmen von empirischen Studien angewandt und interpretiert. Die Skalen Sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden und Soziale Probleme sind zufriedenstellend reliabel und sind in der Individualdiagnostik und für die statistische Auswertung im Rahmen von Gruppenstudien anwendbar. Lediglich die Syndromskala Schizoid/zwanghaft wird als nicht ausreichend reliabel angesehen (vgl. Döpfner, Schmeck, Berner 1994, S. 57).

Die Einschätzung der Kompetenzen sollte erst für Kinder ab 6 Jahre vorgenommen werden, da der Kompetenzfragebereich Angaben zu Schul- und Lernproblemen enthält und bei Fehlen dieser Angaben nicht auswertbar ist. DÖPFNER empfiehlt schon bei Fehlen von mehr als einem Kompetenzbereich (Sport, Hobby, Organisationen, Pflichten) auf eine Auswertung zu verzichten. Auf eingeschränkte interne Konsistenzen der Angaben zu den Kompetenzen wird hingewiesen und die Reliabilität der Kompetenzskalen als mangelhaft eingeschätzt (ebd. 1994, S.57).

Die Syndromskalen des CBCL1 ½-5 - Fragebogens für kleinere Kinder unterscheiden sich - dem Alter angemessen - von denen des Fragebogens für die älteren Kinder. So setzt sich die Gruppe der **Internalisierenden Störungen** aus vier Skalen zusammen. Hohe Ausprägung auf der Skala Ängstlich/Depressiv bedeutet, das Kind kann sich nur schwer von den Eltern trennen und ist zu abhängig von ihnen. Oft ist es grundlos traurig und müde, leicht verlegen und verlangt viel Aufmerksamkeit. Emotional-Reaktive Kinder haben nervöse Zuckungen, schnappen schnell ein, quengeln, machen sich Sorgen und lassen sich durch neue Personen oder Abläufe aus der Fassung bringen. Verschiedene körperliche Beschwerden werden in der Skala Somatische Probleme erfasst (Schmerzzustände, Erbrechen, Übelkeit, Essens- und Verdauungsprobleme sowie der Hang zu übertriebener Ordentlichkeit). Kinder die verschlossen sind, nicht auf Zärtlichkeit reagieren, wenig Aktivität und Interesse zeigen, nicht mit anderen Kindern auskommen und sich oft wie kleine Erwachsene verhalten, beschreibt die Skala Sozialer Rückzug.

**Externalisierende Störungen** setzen sich aus zwei Skalen zusammen. Die Skala Aggressives Verhalten enthält Items, die nach trotzigem, ungeduldigem Verhalten von Kindern fragen, bzw. danach, ob die Kinder nicht gehorchen, schnell eifersüchtig werden, oft in Raufereien verwickelt sind, nicht mit anderen teilen wollen, oft schreien und quengeln, Wutausbrüche haben und sich durch Bestrafung nicht in ihrem Verhalten ändern. Unter dem Bereich Aufmerksamkeitsprobleme sind die Kinder beschrieben, die Konzentrationsschwierigkeiten haben, nicht still sitzen können, ungeschickt sind, schnell von einer Beschäftigung zur nächsten wechseln und häufig weglaufen. 7 Items werden zu Schlafproblemen (z.B. Alpträume, Schlaflosigkeit, Reden im Schlaf) zusammengefasst, die weder den **internalisierenden** noch den **externalisierenden Störungen** zugeordnet sind. Schlafprobleme gehen, wie die restlichen 33 Items der Skala **Andere Probleme** ebenfalls in den 102 Items umfassenden Gesamtaufälligkeitwert ein. (vgl. Sfenodis 2003, S. 41)

### 3.3.2 Verwendete Untersuchungsinstrumente

Untersuchungsinstrumente sind ein selbst erstellter standardisierter Fragebogen für die Beschreibung der Familiensituation, die Belastungseinschätzung, die Ermittlung von Ressourcen. (siehe Anlage 1) und ein international erprobter standardisierter Fragebogen zur Messung der Kompetenzen und Verhaltensauffälligkeit von Kindern und Jugendlichen CBCL1 ½-5 und CBCL4-18. CBCL in der deutschen Fassung der Arbeitsgruppe Deutsche Behavior Checklist von 1993 (Döpfner, M.; Schmeck, K. & Berner, W. (1994).

### 3.4 Stichprobenansatz

Die Untersuchung wurde als Vollerhebung sämtlicher Pflegefamilien in der Zuständigkeit des Jugendamtes der Stadt Dresden geplant. Entsprechend der Statistik des Pflegekinderdienstes der Stadt Dresden wurde die Aussendung der Befragung an 160 Pflegefamilien vorbereitet.

**Tabelle 3 Jugendamt Dresden PKD-Statistik Januar 2008**

Anzahl Pflegefamilien	Anzahl Kinder	Anzahl Vollzeitpflege	Anzahl Sonderpflege 2	Anzahl Sonderpflege 3	Anzahl Erziehungsstellen
160	208	133	38	18	19

Die eigentliche Stichprobe ergibt sich aus den Rückläufen der Befragung und aus den davon auswertbaren Fragebögen.

### **3.5 Vorgehen bei der Datenerhebung**

Auf Grund datenschutzrechtlicher Bestimmungen wurde der Autorin durch das Jugendamt Dresden keine Adressliste der Pflegefamilien zur Verfügung gestellt. Das Amt erklärte sich bereit, die Versendung der Fragebögen und eines Erinnerungsschreibens an alle Pflegefamilien im Zuständigkeitsbereich des Jugendamtes Dresden zu übernehmen.

Am 28.01.2008 wurde mit 4 Pflegemüttern (PM) ein Pretest zur Ausfüllung der der Fragebögen in den Räumen des Vereins „Wegen uns- Dresdner Pflege- und Adoptivkinder e.V.“ durchgeführt. Ziele des Pretests waren die Überprüfung der Verständlichkeit des allgemeinen Fragebogens, des Anschreibens und der Ausfüllhilfe sowie die Abschätzung des Zeitaufwandes zur Ausfüllung, insbesondere bei Familien mit mehreren Pflegekindern. Geringfügige Änderungen im Anschreiben und Fragebogen wurden nach Hinweisen der Pretest-Gruppe vorgenommen.

Die Fragebögen wurden vom Jugendamt Dresden in der ersten Februarwoche 2008 versandt. Als Rücksendetermin wurde der 1. März 2008 angegeben.

Bis zum 1. März 2008 sandten 54 Pflegefamilien den allgemeinen Fragebogen mit 70 CBCL4-18 und 8 CBCL1 ½-5 Fragebögen zurück. Alle Fragebögen waren auswertbar. Das entsprach einer Quote von 34,1 % der angeschriebenen Familien und 36,6 % der Pflegekinder. Zur Erhöhung der Rücksendequote wurde vom Jugendamt Dresden ein Schreiben an alle Pflegefamilien mit einem Dank für das Ausfüllen und einer Erinnerung bei noch nicht erfolgter Rücksendung in der ersten Märzwoche 2008 verschickt. Daraufhin sandten weitere 21 Familien mit 30 Kindern die Fragebögen zurück.

### **3.6 Auswertungsverfahren**

Als Auswertungsverfahren werden Methoden der deskriptiven Statistik genutzt:

- Statistische Kennwerte, Tabellen, Grafiken
- bivariate Korrelationsanalyse nach Pearson, Chi Quadrat Test nach Pearson
- Regressionsanalyse

Die Erfassung, Plausibilitätskontrolle und Auswertung der Fragebögen erfolgte mit der SPSS Version 15.0 und mit Hilfe von Excel-Berechnungen.



## 4 Ergebnisse

### 4.1 Art der Ergebnisdarstellung

Im Kapitel 3.2 wird die Stichprobe dargestellt. Zuerst werden Angaben zur Responsequote gemacht und Aussagen zur Ausschöpfung der Grundgesamtheit anhand bekannter Merkmale getroffen. Danach folgen Angaben zu den im Fragebogen erhobenen Merkmalen der Pflegefamilien und der Lebenssituation sowie zu den Merkmalen des Helfersystems. Merkmale der Pflegekinder werden im Kapitel 3.2.4 dargestellt. Hier wurde zur Vergleichbarkeit mit der DJI-Studie die Alters- und Geschlechtsverteilung der Stichprobe sowie die Verteilung der Verhaltensauffälligkeiten nach Altersgruppen und Geschlecht analysiert. Außerdem wird der Zusammenhang zwischen Alter der Inpflegegabe und den Ausprägungen von Verhaltensauffälligkeiten gezeigt. Die Ergebnisse der Frage nach den Bedürfnissen der Pflegefamilien werden in Kapitel 3.2.5 aufgeführt.

Untersuchungen zu Zusammenhängen z.B. mit der Anzahl der Kinder im Haushalt werden ebenfalls erläutert. Ob ein möglicher korrelativer Zusammenhang zwischen den angegebenen Unterstützungsbedarf und Merkmalen der Kinder, ihrer Familie und ihrer Lebenssituation besteht, wird nachfolgend überprüft. Zuletzt wird ein Überblick über die Selbsthilferessourcen gegeben.

### 4.2 Darstellung der Stichprobe

#### 4.2.1 Allgemeines

Die Befragung ist als Vollerhebung angelegt, da alle Dresdner Pflegefamilien angeschrieben worden sind. Es wurden 158 allgemeine Familienfragebögen mit insgesamt 18 Fragebögen CBCL 1 ½ -5 und 195 Fragebögen CBCL 4-18 ausgegeben. Es gab Rückantworten mit 75 allgemeinen Familienfragebögen, 9 Fragebögen CBCL 1 ½ -5 und 97 Fragebögen CBCL 4-18. Davon wurden ein Familienfragebogen ohne CBCL –Fragebögen und zwei Fragebögen CBCL4-18 einzeln, ohne allgemeinen Familienfragebogen zurück gesandt. Die Zahl der auswertbaren Rückläufe (nachfolgend als Stichprobe bezeichnet) beträgt **75 Familien** mit 114 Pflegekindern, davon **99 Pflegekindern** zwischen 4 und 18 Jahren und **9 Pflegekindern** zwischen 1 und 3 Jahren. Das entspricht einer Quote von **47,5% in Bezug auf die Familien** und **50,9% in Bezug auf die Pflegekinder**.

Die Belegung aller Familien mit Pflegekindern in der Grundgesamtheit war bekannt, so dass die No-Responsegruppe mit der Stichprobe verglichen werden konnte. Von den Familien mit einem Pflegekind haben etwa 35 % geantwortet, von den Familien mit 2 Pflegekindern etwa 70 %, von

den Familien mit 3 Pflegekindern etwa 60 % und Familien mit 4 Pflegekindern 100 %. Die Pflegefamilien mit einem Pflegekind sind daher in der Stichprobe unterrepräsentiert. Die Gesamtzahl der angegebenen Pflegekinder mit 114, weicht von der Anzahl der in der Auswertung verwendeten Fragebögen ab, weil zu 6 Kindern keine Fragebögen ausgefüllt wurden, da sie zu jung (< 1 Jahr) oder zu alt (> 18 Jahre) waren (siehe Anlage 8, Tab. 2).

#### **4.2.2 Merkmale der Familie und der Lebenssituation**

##### Familienform (Partnerschaft/alleinerziehend)

Bei den 75 Pflegefamilien gibt es 64 Elternpaare. Eine Unterscheidung nach verheirateten oder Lebenspartnerschaften konnte nicht getroffen werden kann, da der Familienstand nicht erhoben wurde. 9 Pflegemütter und 2 Pflegeväter (PV) erziehen allein. Das entspricht einem Anteil von 14,6 % Alleinerziehender in der Stichprobe.

##### Alter der Pflegepersonen

Das Durchschnittsalter der Pflegemütter der Stichprobe beträgt 43,2 Jahre, das Durchschnittsalter der Pflegeväter 45,5 Jahre

##### Berufsausbildungen (Qualifikation) der Pflegepersonen

Mindestens 95,8 % der Pflegemütter der Stichprobe haben eine abgeschlossene Berufsausbildung. Der Anteil mit akademischem Abschluss (Fachhochschule und Hochschule) beträgt 36,1 %. Unter Fachschulabschlüssen (31,9%) wurden Erzieher, Heilerziehungspfleger und Krankenschwestern und -pfleger eingeordnet. 44,7 % der Pflegeväter haben einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss. 7,7% einen Beruf mit Fachschulabschluss (siehe Anlage 8, Tab. 3 und 4).

##### Pädagogische Ausbildung der Pflegepersonen

Von den Pflegemüttern haben 45,2 % eine pädagogische Ausbildung. Bei den Pflegevätern liegt der Anteil bei 15,4 %. In 45,3 % der Pflegefamilien hat mindestens ein Elternteil eine pädagogische Ausbildung.

##### Berufstätigkeit der Pflegepersonen

Von den Pflegemüttern sind 41,7 % nicht berufstätig von den Pflegevätern 9,2 %. Teilzeittätigkeiten üben 36,1% der Pflegemütter und 6,2 % der Pflegeväter aus. Der Anteil der Vollzeit Beschäftigten beträgt bei den Pflegemüttern 22,2 % und bei den Pflegevätern 84,6 %.

### Wohnraum

Von den Pflegefamilien haben 53,3 % Wohneigentum. Fast 60 % der Pflegefamilien haben Wohnungen mit 5 und mehr Zimmern. 80% der Wohnungen sind größer als 80 m<sup>2</sup> und 40 % der Wohnungen größer als 125 m<sup>2</sup>.

### Leibliche Kinder der Pflegefamilie

18,7 % der Pflegeeltern (PE) haben keine leiblichen Kinder oder Adoptivkinder. 20 Familien haben 2 leibliche Kinder (26,7%), 15 Familien haben 3 leibliche Kinder (20%). Mehr als 3 eigene Kinder haben 12 % der Pflegeeltern. Bei einem Drittel der Pflegefamilien haben alle leiblichen Kinder bereits den Haushalt verlassen.

22,7 % der Pflegekinder sind Einzelkinder, weil keine leiblichen Kinder im Haushalt sind, bzw. keine weiteren Pflegegeschwister in der Familie leben.

57,3 % der Pflegefamilien haben neben den Pflegekindern noch minderjährige leibliche Kinder im Haushalt. Bei 50,6 % der Pflegefamilien leben mindestens 3 Kinder im Haushalt. 8 % der Familien haben 5 und mehr Kinder, wobei Familien mit 7 Kindern 4% ausmachen (siehe Anlage 9, Tab. 5-8).

### Bisherige Dauer der Pflegeverhältnisse

Etwa 10% der Pflegeverhältnisse bestehen erst seit kurzer Zeit, das heißt bis zu einem Jahr. 19,8 % dauern bereits länger als 1 Jahr bis maximal 3 Jahre. Länger als 3 Jahre bestehen rund 70 % der Pflegeverhältnisse (siehe Anlage 10, Tab.10).

### Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Inpflegegabe

Rund 30 % der Kinder waren zum Zeitpunkt der Aufnahme in die befragte Pflegefamilie jünger als 1 Jahr alt. Zwischen 1 und unter 3 Jahren alt waren 18,9 % der Kinder, zwischen 3 und unter 6 Jahre alt, 21,7 % der Kinder und älter als 6 Jahre 29,2 % der Kinder. Die über 12jährigen stellen mit 6,6 % die insgesamt kleinste Gruppe der Kinder dar (siehe Anlage 10 Tab. 11).

### Status des Pflegeverhältnisses

98 Pflegeverhältnisse sind auf Dauer angelegt. Das sind 90,7 % der Stichprobe. Die restlichen 12 Kinder (9,3 %) haben eine unklare Perspektive. Ein Kind hat trotz Dauerpflegestatus nach Angaben der Pflegeeltern eine unklare Perspektive.

### Medizinische Pflegestufen der Pflegekassen

Eine Einstufung mit einer Pflegestufe der Pflegeversicherung haben 10,4 % der Pflegekinder (8,5 % Pflegestufe I und 1,9 % Pflegestufe II).

### Schwerbehindertenausweis

Eine Schwerbehinderung liegt bei 13,2 % der Pflegekinder vor. Bei insgesamt 14 schwerbehinderten Kindern kommen die 50prozentige und die 80prozentige Behinderung mit jeweils 4 Kindern am häufigsten vor.

### § 35a SGB VIII (seelische Behinderung)

Die Einstufung nach § 35a haben nach Angaben der Pflegeeltern 9,5 % der Pflegekinder der Stichprobe.

### Erhöhter Erziehungsaufwand und Erziehungsstelle

Vom Jugendamt sind in der Stichprobe nach Angaben der Pflegeeltern 21,2 % der Kinder mit dem zweifachen Erziehungsgeld (Sonderpflege 2) und 8,5% mit dem dreifachen Erziehungsgeld (Sonderpflege 3) eingeordnet. Der Anteil der Erziehungsstellen der Stichprobe beträgt 22,4 %. Laut Jugendamtsstatistik Dresden von Januar 2008 betrug der tatsächliche Anteil der Erziehungsstellen 9,1 %, der Sonderpflegestufe 2 18,3 % und Sonderpflegestufe 3 9,1 % in der Grundgesamtheit der Dresdner Pflegeverhältnisse (siehe Anlage 11, Tab. 13).

### Sorgerecht

In 26,5 % der Fälle in der Stichprobe haben die leiblichen Eltern die volle Personensorge für die Pflegekinder.

### Besuchskontakte mit der Herkunftsfamilie

Bei 30,3% der Pflegekinder der Stichprobe gibt es keine Kontakte mit der Herkunftsfamilie. Regelmäßige Besuchskontakte im Intervall von maximal 3 Monaten haben 51,2 % der Pflegekinder, monatliche Kontakte 12,8 % der Kinder und Kontakte aller 14 Tage 11 % der Kinder

### Einschätzung der Pflegeeltern zu Problemen mit der Herkunftsfamilie

42,3 % der Pflegefamilien geben an, keine Probleme mit den Herkunftsfamilien zu haben. Starke oder sehr starke Probleme haben 22,6 % der Pflegeeltern. Wenig Probleme bzw. mittel geben 35,2 % der Pflegefamilien an.

Zusammenhang zwischen Alter der Inpflegegabe, Pflegedauer und Anzahl der jährlichen Besuchskontakte

Die Anzahl der jährlichen Besuche bei den Herkunftsfamilien stehen in keinem oder einem zu vernachlässigendem Zusammenhang mit dem Alter der Inpflegegabe. Dagegen scheint die Anzahl der Besuche mit der Dauer des Pflegeverhältnisses sehr wohl in einem Zusammenhang zu stehen. Je länger die Dauer des Pflegeverhältnisses, desto geringer ist die Anzahl der Besuche.

**Tabelle 4 Korrelationsanalyse Alter Inpflegegabe/Pflegedauer und Besuchskontakte**

		Alter Inpflege- ahme	Anzahl Besuche jährl.	PfIDauer
Alter Inpflegegabe	Korrelation nach Pearson	1	,005	-,288(**)
	Signifikanz (2-seitig)		,961	,003
	N	106	104	106
Anzahl Besuche jährl.	Korrelation nach Pearson	,005	1	-,255(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,961		,009
	N	104	104	104
PfIDauer	Korrelation nach Pearson	-,288(**)	-,255(**)	1
	Signifikanz (2-seitig)	,003	,009	
	N	106	104	106

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

**4.2.3 Merkmale des Helfersystems**

Fall führender Fachdienst des Jugendamtes

In 77,7 % der Pflegeverhältnisse ist der Pflegekinderdienst Fall führend. Das entspricht etwa dem Anteil der Pflegeverhältnisse, die bereits mehr als 2 Jahre dauern.

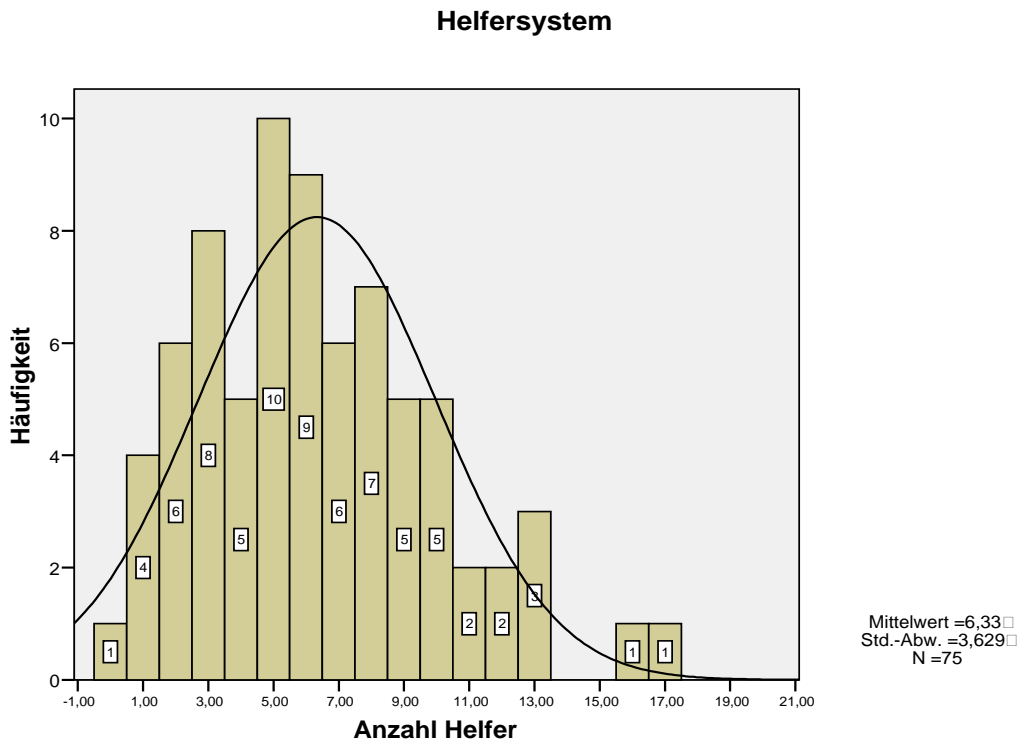
Anzahl der beteiligten Personen

Der Bezug ist hier die Stichprobe der 75 Pflegefamilien und nicht das einzelne Pflegeverhältnis. Die Anzahl der an der Hilfe beteiligten Personen differiert zwischen 1 und 17 Personen. Der Mittelwert beträgt 6 Helfer pro Pflegefamilie (siehe Abbildung 7).

Sorgerecht

Bei einem Amtsvormund liegen für 24,5 % der Pflegekinder die Teilsorge oder die vollständige Sorge. Einzelvormundschaften bestehen für 49,0 % der Pflegekinder (siehe Anlage 10, Tab. 12).

**Abbildung 7 Helfersystem der Pflegefamilie**



Probleme mit den Beteiligten

Aus allen Antworten zu den Merkmalen wurden die Mittelwerte gebildet. Je größer der Mittelwert, desto stärker wurden die Probleme eingeschätzt. Die Rangfolge der Ergebnisse der Befragung zu den Problemfeldern des sozialen Umfelds werden in Tabelle 5 im Überblick dargestellt, ergänzt mit einer Vergleichsstichprobe, die mit demselben Fragebogen im Mai 2008 bei einem bundesdeutschen Pflegefamilientreffen erhoben wurde.

**Tabelle 5 Ranking der Problemfelder**

Dresdner Stichprobe Problemfeld	Rang	MW	bundesdeutsche Stichprobe	
			Rang	MW
Probleme mit Herkunftsfamilie des PK	Rang 1	(2,31)	Rang 1	(3,05)
Probleme mit Verwandten	Rang 2	(1,75)	Rang 7	(1,73)
Probleme mit ASD/PKD	Rang 3	(1,73)	Rang 2	(2,05)
Probleme mit Lehrern	Rang 4	(1,73)	Rang 4	(1,93)
Probleme mit Partner	Rang 5	(1,66)	Rang 3	(2,00)
Probleme mit Mitarbeitern Kita	Rang 6	(1,54)	Rang 8	(1,65)
Probleme mit Freunden	Rang 7	(1,52)	Rang 9	(1,59)
Probleme mit Trainern/Betreuern	Rang 8	(1,51)	Rang 6	(1,75)
Probleme mit den Nachbarn	Rang 9	(1,49)	Rang 5	(1,86)
Probleme mit dem Vormund	Rang 10	(1,45)	Rang 10	(1,28)
	N=75		N=22	

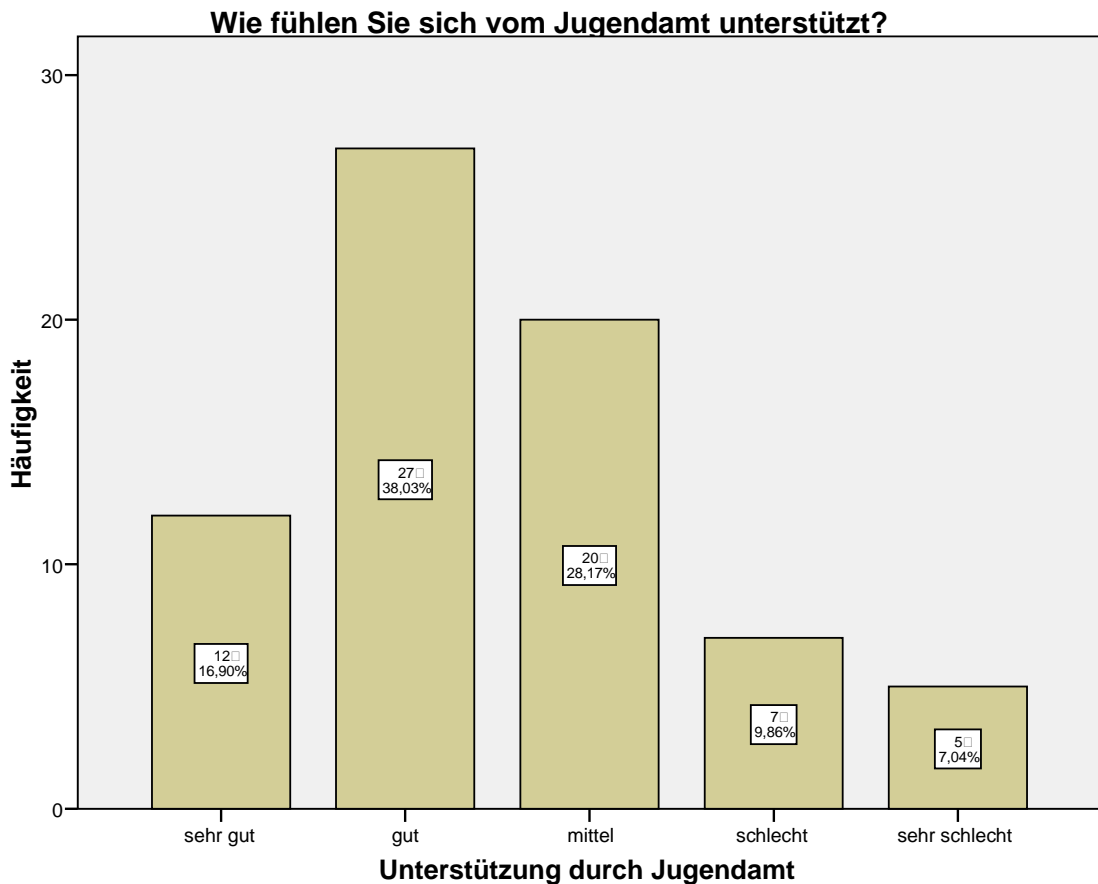
**Tabelle 6 Probleme der Pflegefamilien mit dem sozialen Umfeld**

Probleme	mit Partner	mit Verwandten	mit Freunden	mit Nachbarn	mit Vormund	mit Herkunftsfamilie	mit Mitarbeitern Kita	mit Lehrern	mit Trainern Betreuern	mit ASD/ PKD
keine	58,9%	49,3%	65,3%	66,7%	77,6%	42,3%	71,2%	56,5%	67,8%	55,4%
wenig	21,9%	33,3%	20,0%	21,3%	10,3%	16,9%	13,5%	21,0%	16,9%	28,4%
mittel	15,1%	12,0%	12,0%	9,3%	5,2%	18,3%	9,6%	17,7%	13,6%	8,1%
stark	2,7%	4,0%	2,7%	1,3%	3,4%	12,7%	1,9%	3,2%	0,0%	4,1%
sehr stark	1,4%	1,3%	0,0%	1,3%	3,4%	9,9%	3,8%	1,6%	1,7%	4,1%
n=	73	75	75	75	58	71	52	62	59	74

Zufriedenheit mit Jugendamt und freien Trägern der Jugendhilfe

Von 71 Pflegefamilien fühlen sich 39 gut und sehr gut vom Jugendamt unterstützt. Das entspricht 54,9 % der Stichprobe. Mittelmäßig unterstützt fühlen sich 28,2 % und schlecht und sehr schlecht 16,9% der Pflegefamilien.

**Abbildung 8 Einschätzung der Unterstützung durch Jugendamt**



### Probleme oder Zufriedenheit mit Jugendamt in Abhängigkeit von Fallführung durch ASD/PKD?

Die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch das Jugendamt und Probleme mit dem Jugendamt wurde nicht fallbezogen, sondern nur familienbezogen abgefragt. Aus dem Item zu Problemen mit den Mitarbeitern des ASD/PKD und dem Item zur Zufriedenheit mit der Unterstützung durch das Jugendamt lässt sich jeweils ein Scorewert errechnen. Wird die jeweilige Fallzahl pro Familie ASD/PKD mit dem jeweiligen Wert der Items multipliziert und die Summe dieser Werte dem ASD und PKD zugeordnet und jeweils durch die Summe der ASD- und PKD geführten Fälle dividiert, so ist ein Vergleich dieses Scorewerts möglich. Je höher der Scorewert, desto unzufriedener die Pflegeeltern, bzw. desto stärker werden die Probleme mit dem Jugendamt eingeschätzt.

Probleme mit Mitarbeitern ASD/PKD: **1,78** für ASD und **1,75** für PKD.

Zufriedenheit mit Jugendamt: **2,48** für ASD und **2,47** für PKD

In beiden Fragestellungen schneidet der PKD also geringfügig besser ab. Ein deutlicher Unterschied ist jedoch nicht ersichtlich.

### **Träger Outlaw gGmbH für Erziehungsstellen**

Skala 1-5 (sehr gut, gut, mittel, schlecht, sehr schlecht):

21% der Erziehungsstellen fühlen sich durch die Outlaw gGmbH sehr gut unterstützt, etwa 37% halten die Unterstützung für gut und etwa 42% für mittelmäßig. Die Einschätzung „schlecht“ und „sehr schlecht“ wurden nicht angegeben (siehe Anlage 12, Abb. 2).

### **Freier Träger Diakonie Dresden**

Skala 1-4 (sehr zufrieden, mittelmäßig zufrieden, gar nicht zufrieden, weiß nicht):

Von den 75 Familien machten 58 Familien Angaben zur Diakonie. Davon sind 46,6% sehr zufrieden mit der Unterstützung, 15,5 % mittelmäßig zufrieden und 1,7 % gar nicht zufrieden. Weiß nicht, meinten 36,2%. Wenn die Rubriken „Weiß nicht“ und gar keine Angaben als Maß für Kontakte mit dem Träger herangezogen werden, so liegt die Vermutung nahe, dass 40,7 % der Pflegefamilien der Stichprobe nicht im Kontakt mit der Diakonie sind (siehe Anlage 13, Abb. 3).

### **Freier Träger „Wegen uns“ Dresdner Pflege- und Adoptivkinder e.V**

Skala 1-4 (sehr zufrieden, mittelmäßig zufrieden, gar nicht zufrieden, weiß nicht):

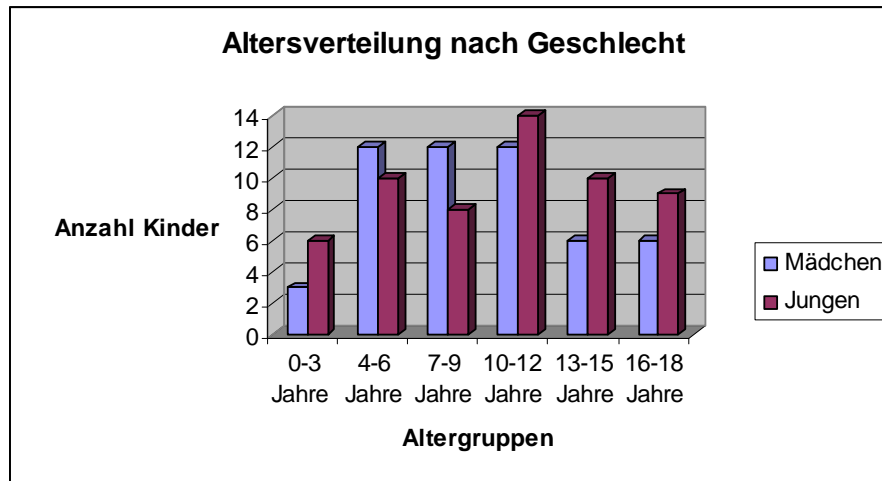
56 von 75 Pflegefamilien machten Angaben zur Zufriedenheit mit der Unterstützung durch den Pflegeelternverein „Wegen uns...“. Von den 56 Familien sind 35,7 % sehr zufrieden, 14,3% mittelmäßig zufrieden und 1,8% gar nicht zufrieden. „Weiß nicht“ sagen 48,2% der Familien. Bei Zusammenzählung der Anzahl fehlende Angaben und „Weiß nicht“ haben 61,3 % der Pflegefamilien vermutlich keinen oder nur wenig Kontakt mit dem Verein (siehe Anlage 13, Abb. 4).



#### 4.2.4 Merkmale des Pflegekindes

##### Alter und Geschlecht

**Abbildung 9 Altersverteilung der Pflegekinder nach Geschlecht**



Die Geschlechterverteilung der Stichprobe beträgt 47,3 % Mädchen und 52,7 % Jungen.

##### Freunde

71,7 % der Pflegekinder haben mehr als einen Freund. Einen Freund haben 12,1 % und keinen Freund haben 16,2 % der Kinder. Von den 16 Kindern ohne Freund sind 12 im schulpflichtigen Alter (>6Jahre) (siehe Anlage 14, Tab. 15).

##### Wie oft Aktivitäten mit Freunden

**Tabelle 7 Wöchentliche Aktivitäten mit Freunden**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weniger als einmal	48	48,5	48,5	48,5
	ein bis zweimal	28	28,3	28,3	76,8
	dreimal oder häufiger	23	23,2	23,2	100,0
	Gesamt	99	100,0	100,0	

##### Auskommen mit Sozialpartnern

**Tabelle 8 Mehrfachantwortenset Auskommen mit Sozialpartnern**

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	N
Auskommen(a)	schlechter	111	28,5%	113,3%
	etwa gleich	222	56,9%	226,5%
	besser	48	12,3%	49,0%
	Einzelkind	9	2,3%	9,2%
Gesamt		390	100,0%	398,0%

a Gruppe

## Sport

17 von 99 Kindern machen keinen Sport. Das entspricht 17,2 % der Stichprobe der 4-18jährigen. Zu 82 Kindern wurden 356 Angaben zu Sportarten zu Zeit der Ausübung und Beherrschung der Sportart in Bezug zu gleichaltrigen Kinder gemacht. Das sind 128 sportliche Betätigungen bei 82 Kindern, das heißt durchschnittlich 1,56 Sportarten pro Kind.

**Tabelle 9 Mehrfachantwortenset Sportarten**

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	N
Sportarten(a)	Ich weiß es nicht	16	4,5%	19,5%
	weniger	43	12,1%	52,4%
	gleich viel	205	57,6%	250,0%
	mehr	92	25,8%	112,2%
Gesamt		356	100,0%	434,1%

a Gruppe

## Lieblingsaktivitäten

Auswertbare Angaben gibt es zu 95 Kindern (zu 4 Kindern keine Angaben) mit insgesamt 416 Antworten zu jeweils maximal 3 Aktivitäten. (208 Aktivitäten entsprechen durchschnittlich 2,18 Aktivitäten pro Kind.)

**Tabelle 10 Mehrfachantwortenset Lieblingsaktivitäten**

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	N
Lieblingsaktivitäten(a)	Ich weiß es nicht	20	4,8%	21,1%
	weniger	51	12,3%	53,7%
	gleich viel	221	53,1%	232,6%
	mehr	124	29,8%	130,5%
Gesamt		416	100,0%	437,9%

a Gruppe

## Organisationen

56,6 % der Pflegekinder sind nicht in Organisationen eingebunden. Die Angabe zur Aktivität im Vergleich zu Gleichaltrigen war bei 72,4% der Antworten „gleich aktiv“, bei 19% „aktiver“ und bei 8,6% „weniger aktiv“.

Ein Zusammenhang zwischen dem Grad der Verhaltensauffälligkeiten der Pflegekinder und ihrer Mitgliedschaft in Organisationen und Vereinen konnte nicht festgestellt werden. Rund 47 % der klinisch relevant verhaltensauffälligen Kinder sind Mitglied in Organisationen und Vereinen. Für die unauffälligen Kinder liegt der Anteil der organisierten Kinder bei 43,2 %. Kinder mit grenzwertigen Gesamtscores sind zu 22,2 % organisiert (siehe Abbildung 10).

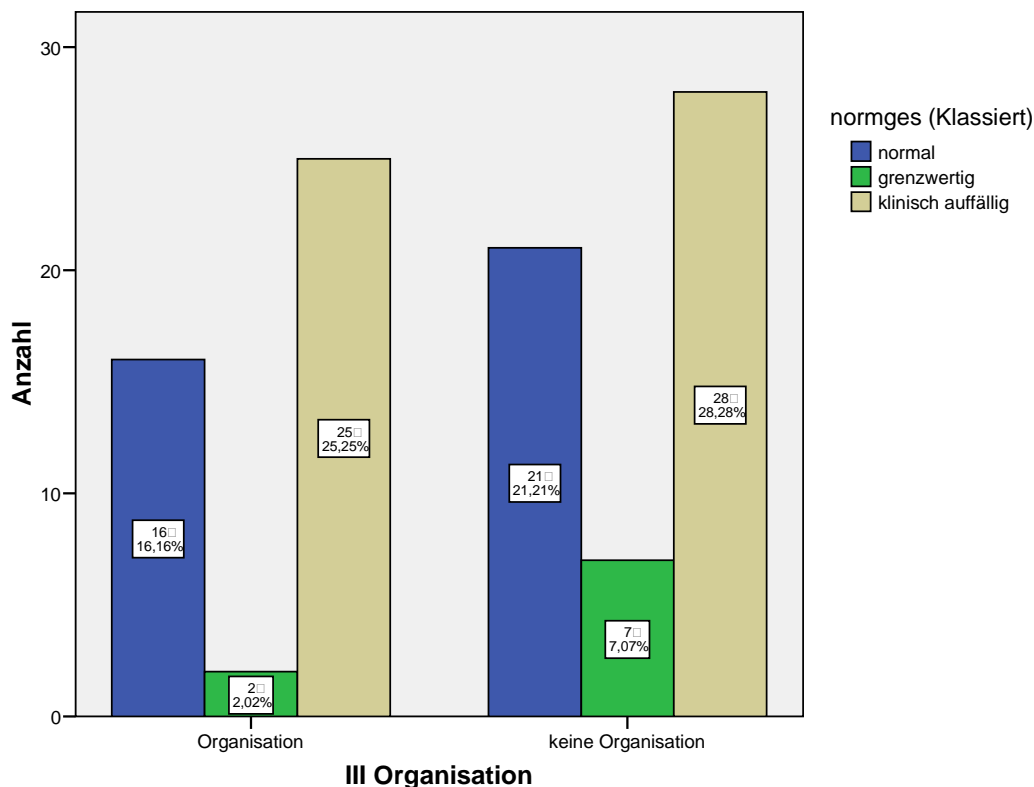
**Tabelle 11 Mehrfachantwortenset Mitgliedschaft in Organisationen/Vereinen**

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	N
Mitgliedschaft Organisation(a)	weniger aktiv	5	8,6%	11,6%
	gleich aktiv	42	72,4%	97,7%
	aktiver	11	19,0%	25,6%
<b>Gesamt</b>		<b>58</b>	<b>100,0%</b>	<b>134,9%</b>

a Gruppe

**Abbildung 10 Organisationsgrad und Gesamtverhaltensauffälligkeiten**

**Pflegekinder 4-18 Jahre Gegenüberstellung Organisation/Verhaltensauffälligkeit**



Pflichten

17,2 % der 99 Kinder haben keine Pflichten im Haushalt oder außerhalb des Haushalts. Wobei bei den pflichtenlosen Kindern (7 Vierjährige, 3 Fünfjährige, 2 Sechsjährige, 1 Zwölfjähriger, 3 Vierzehnjährige, 1 Siebzehnjähriger) die 12 jüngeren Kinder nachvollziehbar (noch) keine Pflichten haben. Zu 82 Kindern sind auswertbare Antworten zu Pflichten vorhanden, wobei bei 192 Antworten die durchschnittliche Anzahl der Pflichten pro Kind bei 2,18 liegt.

**Tabelle 12 Mehrfachantwortenset Pflichten innerhalb oder außerhalb des Haushalts**

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	N
Pflichten(a)	Ich weiß es nicht	6	3,4%	7,3%
	weniger gut	50	27,9%	61,0%
	gleich gut	105	58,7%	128,0%
	besser	18	10,1%	22,0%
<b>Gesamt</b>		<b>179</b>	<b>100,0%</b>	<b>218,3%</b>

a Gruppe

### Schule

Von den 99 Pflegekindern im Alter zwischen 4 und 18 Jahren besuchen 79 Kinder eine Schule. 36,7 % der schulpflichtigen Pflegekinder der Stichprobe besuchen eine Sonderschule oder nehmen integrative Maßnahmen in der Regelschule in Anspruch. Eine Klasse wiederholt haben 31,6 % der schulpflichtigen Pflegekinder. Die Pflegeeltern schätzten bei 75,9 % der Pflegekinder ein, dass Lernschwierigkeiten bestehen. Im Zusammenhang mit der Schule haben 15, 2 % der Pflegekinder, nach Angaben der Pflegeeltern, keine Probleme.

### Gesundheitliche Probleme

Von 99 Kindern der Stichprobe zwischen 4 und 18 Jahren haben 49,5% nach Angaben der Pflegeeltern eine Krankheit, körperliche oder geistige Beeinträchtigungen oder Behinderungen. Anhand der verbalen Beschreibung der Krankheiten wurden vermutlich angeborene Behinderungen und Krankheiten, die wesentlichen Einfluss auf die Ausprägung von Verhaltensauffälligkeiten haben können, gesondert erfasst. Kategorien waren geistige Behinderung, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS), fetales Alkoholsyndrom (FAS) und fetale Alkoholeffekte (FAE), Autismus sowie massive Beeinträchtigungen der Wahrnehmung (starke Sehbehinderung bzw. sensorische Mehrfachbeeinträchtigungen). Zu 33 der 108 Kinder der Stichprobe hatten die Pflegeeltern diesbezügliche Angaben gemacht. Das entspricht 30,55 % der Kinder. 21,2 % der Kinder haben Heuschnupfen und 10,1% Asthma.

## Verhaltensauffälligkeiten

### Legende der CBCL-Kriterien

- ges**    **Gesamtscore** klinisch relevanter Verhaltensauffälligkeiten  
**ext**    **Externalisierende** klinisch relevante Verhaltensauffälligkeiten  
**int**    **Internalisierende** klinisch relevante Verhaltensauffälligkeiten  
**Anz**    **Anzahl** Kinder in der Altersgruppe

**Tabelle 13**      **Mädchen: Häufigkeiten der klinisch relevanten Auffälligkeiten**

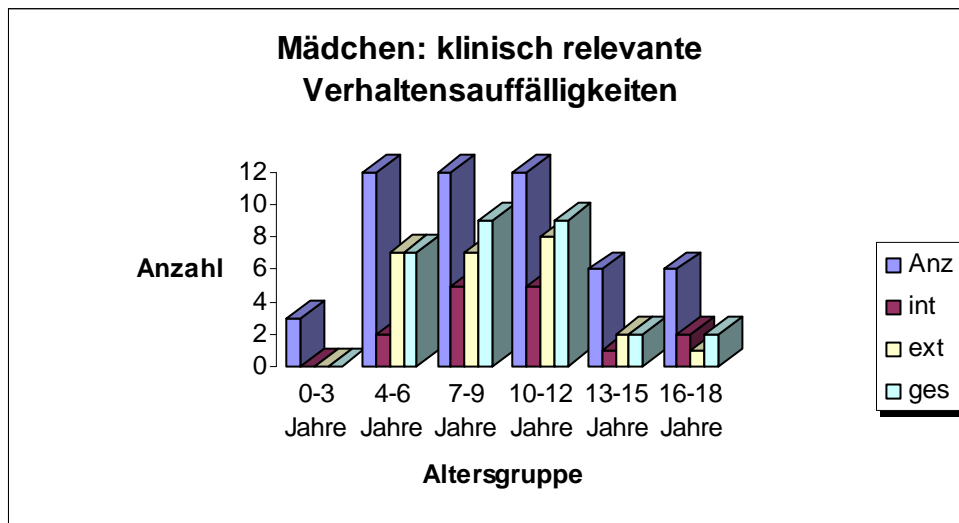
Alter	Anz	int	ext	ges	Ant int	Ant ext	Ant ges
0-3 Jahre	3	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
4-6 Jahre	12	2	7	7	16,7%	58,3%	58,3%
7-9 Jahre	12	5	7	9	41,7%	58,3%	75,0%
10-12 Jahre	12	5	8	9	41,7%	66,7%	75,0%
13-15 Jahre	6	1	2	2	16,7%	33,3%	33,3%
16-18 Jahre	6	2	1	2	33,3%	16,7%	33,3%
	51	15	25	29			
<b>Mädchen</b>		<b>29,4%</b>	<b>49,0%</b>	<b>56,9%</b>			

**Tabelle 14**      **Jungen: Häufigkeiten der klinisch relevanten Auffälligkeiten**

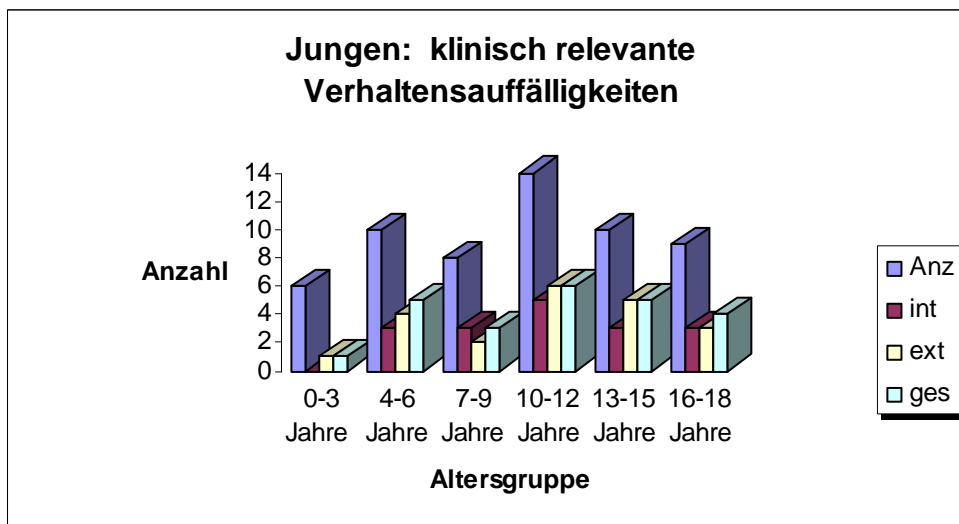
Alter	Anz	int	ext	ges	Ant int	Ant ext	Ant ges
0-3 Jahre	6	0	1	1	0,0%	16,7%	16,7%
4-6 Jahre	10	3	4	5	30,0%	40,0%	50,0%
7-9 Jahre	8	3	2	3	37,5%	25,0%	37,5%
10-12 Jahre	14	5	6	6	35,7%	42,9%	42,9%
13-15 Jahre	10	3	5	5	30,0%	50,0%	50,0%
16-18 Jahre	9	3	3	4	33,3%	33,3%	44,4%
	57	17	21	24			
<b>Jungen</b>		<b>29,8%</b>	<b>36,8%</b>	<b>42,1%</b>			

Die Anteile der klinisch relevanten internalisierenden, externalisierenden und Gesamtaufälligkeiten sind den Altersgruppen unterschiedlich. Die Gruppe der 0-3jährigen ist am geringsten belastet. Mädchen im Alter von 7-12 Jahren sind am stärksten belastet. Bei den Jungen sind es die Altersgruppen der 4-6jährigen und der 13-15jährigen.

**Abbildung 11 Häufigkeit klinisch relevanter Auffälligkeiten der Mädchen**

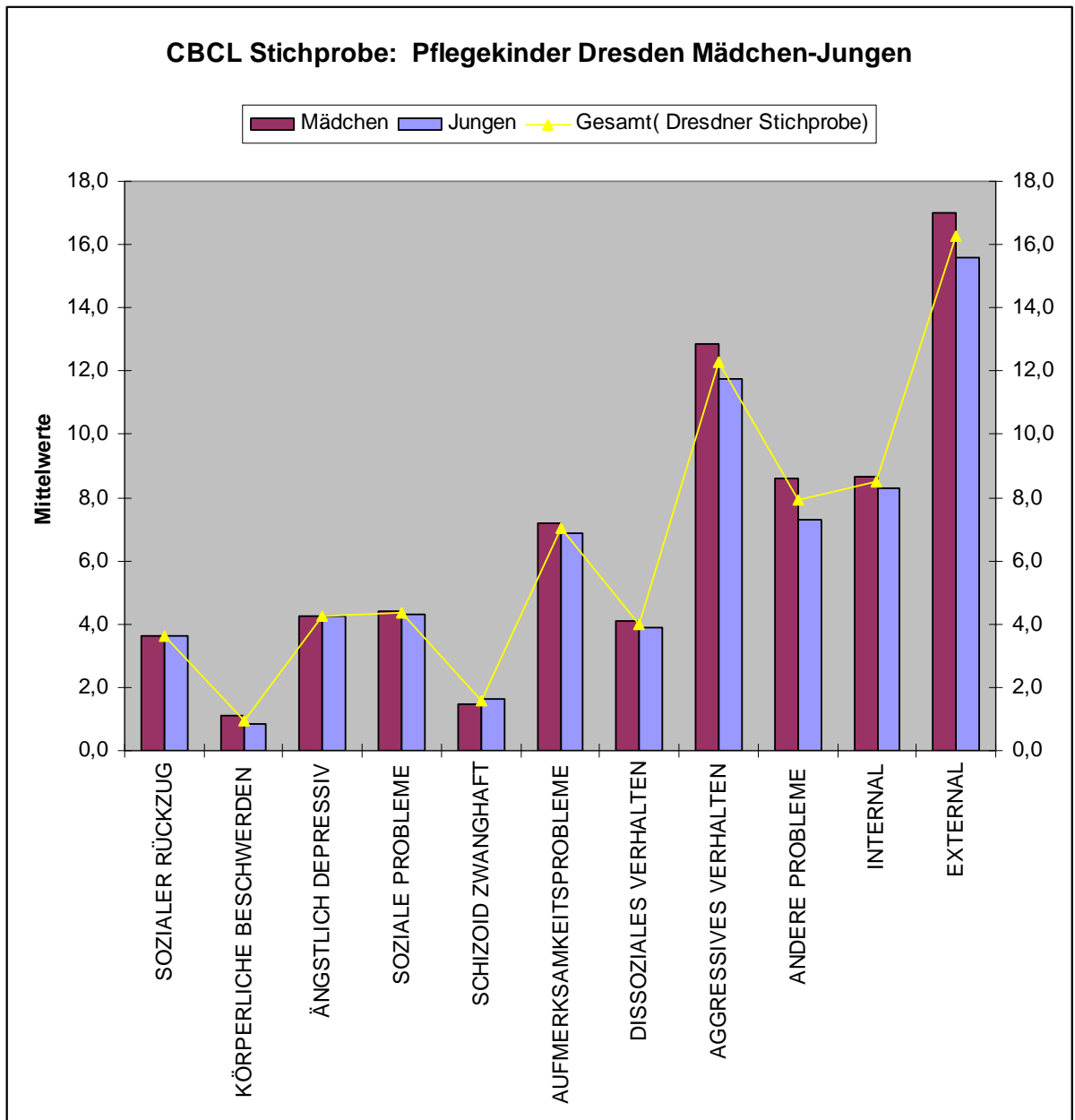


**Abbildung 12 Häufigkeit klinisch relevanter Auffälligkeiten der Jungen**



Die Altersverteilung der Jungen und Mädchen in der Stichprobe unterscheidet sich. Bei den Mädchen ist der Bereich von 13-18 Jahren unterrepräsentiert. In Relation zum stärker repräsentierten Bereich von 4-12 Jahren sind dort die klinisch bedeutsamen Verhaltensauffälligkeiten auch noch geringer. Bei den Jungen ist der Altersbereich 10-12 Jahre überrepräsentiert. Die Anzahl klinisch relevant belasteter Mädchen in der Dresdner Stichprobe ist bei externalisierenden Auffälligkeiten und dem Gesamtscorewert höher als die der Jungen. Der Anteil der internalisierenden klinisch relevanten Auffälligkeiten ist bei den Mädchen und Jungen der Dresdner Stichprobe annähernd gleich hoch.

Abbildung 13 CBCL4-18 Mittelwerte der Syndromskalen in der Stichprobe



Die Mittelwerte der Syndromskalen der Mädchen liegen in fast allen Bereichen höher als die der Jungen.

Zusammenhang zwischen klinisch relevanten Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und dem Alter der Inpflegegabe

Der Anteil von Kindern mit internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten nimmt zu, je älter die Kinder zum Zeitpunkt der Inpflegegabe waren. Bei den im Alter unter einem Jahr in Pflege genommenen Kindern sind 19,2 % internalisierend klinisch relevant auffällig. Bei den im Alter von 1-3 Jahren in Pflege genommenen Kindern ist der Anteil 23,5 %, bei den im Alter von 3-6 Jahren

in Pflege genommenen Kindern 39,1 % , im Alter von 6-12 Jahren 41,7% und bei den älter als mit 12 Jahren in Pflege genommenen Kindern 42,9 %.

Bei den externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten und dem Gesamtscore steigt der Anteil der Kinder mit klinisch relevant ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten, bei Inpflegegaben bis zum 12. Lebensjahr: (externalisierend von 34,6 % auf 62,5 % ; Gesamtscore von 42,3 % auf 62,5 %). Bei der Gruppe der Kinder, die zum Zeitpunkt der Inpflegegabe bereits 12 Jahre und älter waren, sinkt der Anteil auf 28,6 % (externalisierend) und 42,9 % (Gesamtscore) (siehe Anlagen 15 und 16, Tab. 20-22, Anlagen 17 und 18, Abb. 5-7).

Unter Begrenzung des Inpflegegabealters auf 120 Monate wurden Korrelationen berechnet (siehe Anlagen 18, Tab. 23 und 24). Alle drei Merkmale korrelieren gering (Pearson  $R=0,389$  bis  $0,333$ ) aber signifikant mit dem Alter der Inpflegegabe.

Das hohe Anfangsniveau des Risikos schon bei Kleinstkindern könnte mit pränatalen Schädigungen bzw. genetischen Dispositionen erklärt werden. Aus den Fragebögen wurden die Angaben der Pflegeeltern zu geistiger Behinderung, ADHS, Fetalem Alkoholsyndrom (FAS) oder Alkoholeffekten (FAE) zusammengefasst. 30,6 % der Kinder der Stichprobe hatten demnach bereits vorgeburtliche Schäden, die mit der Ausprägung klinischer Verhaltensauffälligkeiten im Zusammenhang stehen können. Die Zuordnung zu den Altersklassen ergab, dass bei den im Alter von unter einem Jahr in Pflege gegebenen Kindern 47,6 % angeborene Behinderungen haben. Von im Alter von 1 bis unter 3 Jahren in Pflege genommenen Kindern haben 29,4 % angeborene Behinderungen. Im Alter von 3 bis unter 6 Jahren sind es 26,9 % und von 6 bis unter 12 Jahren 19,2 % mit angeborenen Behinderungen. Die mit 12 Jahren und älter in Pflege genommenen Kinder sind zu 28,6 % mit angeborenen Behinderungen beschrieben (siehe Anlage 19, Tab. 25).

#### PTBS - Score

Im Alter von 1 bis 6 Jahren sind in der Dresdner Stichprobe 9 Kinder (eingeschätzt mit CBCL 1 ½-5) und 22 Kinder (eingeschätzt mit CBCL 4-18). Für diese wurden die Antworten nach der PTBS-Skala nach DEHON und SCHEERINGA( 2006) herausgefiltert und der PTBS-Scorewert berechnet. Bei 5 Kindern wurde ein Scorewert über 9 festgestellt, das heißt für 5 Kinder besteht ein Verdacht auf Ausprägung einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Das sind 16,1% der Vorschulkinder in der Stichprobe.



#### 4.2.5 Bedürfnisse der Pflegefamilien

Die Einschätzung der Belastung der Pflegefamilien (Skala 1-5: deutlich höher, etwas höher, genauso hoch, etwas weniger, deutlich weniger) hatte folgendes Ergebnis:

59,5 % der Pflegeeltern schätzen ihre Belastung als Familie als deutlich höher als vergleichbare Familien ohne Pflegekinder ein, 31,1% als etwas höher und 9,5% als genau so hoch.

##### Bedarf von Unterstützung und Prioritäten

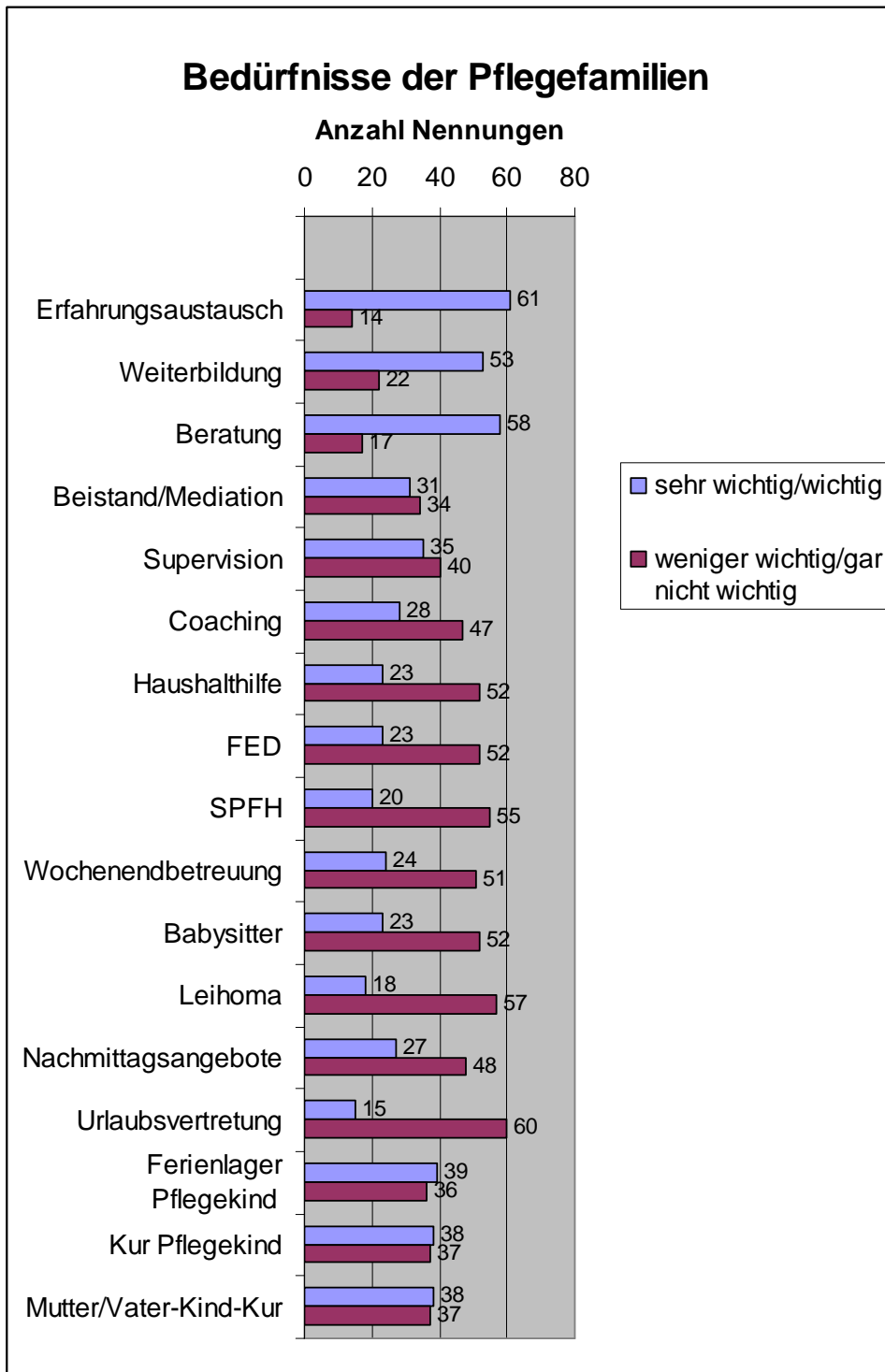
(Skala 1-4: sehr wichtig, wichtig, weniger wichtig, keine Angabe)

Alle Antworten pro Merkmal wurden summiert und der Mittelwert gebildet. Ranking der Bedarfsangaben, je kleiner der Mittelwert, desto wichtiger wurde der Bedarf eingeschätzt.

Rang 1	Beratung	(1,93)	Rang 10	Nachmittagsangebote	(2,76)
Rang 2	Erfahrungsaustausch	(1,95)	Rang 11	FED	(2,80)
Rang 3	Weiterbildung	(2,13)	Rang 12	Babysitter	(2,83)
Rang 4	Mutter/Vater-Kind-Kur	(2,45)	Rang 13	Wochenendbetreuung	(2,83)
Rang 5	Ferienlager PK	(2,47)	Rang 14	Haushalthilfe	(2,84)
Rang 6	Kur PK	(2,47)	Rang 15	Urlaubsvertretung	(2,91)
Rang 7	Supervision	(2,52)	Rang 16	SPFH	(2,96)
Rang 8	Beistand/Mediation	(2,71)	Rang 17	Leih-Oma-Opa	(3,0)
Rang 9	Coaching	(2,76)			

Werden die Anzahl der Nennungen in den Kategorien **sehr wichtig/wichtig** und **weniger wichtig/gar nicht wichtig** zusammengefasst ergeben sich geringfügige Änderungen der Rangreihenfolgen. Die Merkmale der ersten Gruppe: Erfahrungsaustausch, Beratung, Weiterbildung beurteilten jeweils über 70 % der Familien als wichtig und sehr wichtig; Die zweite Merkmalsgruppe: Ferienlager Pflegekind, Kur Pflegekind, Mutter-Vater-Kind-Kur erhielt jeweils ca. 50 % Beurteilungen als wichtig und sehr wichtig. Supervision halten 47 % der Pflegeeltern für sehr wichtig oder wichtig. Die geringste Bedeutung erhielt die Urlaubsvertretung mit 20% Nennungen als sehr wichtig und wichtig.

Abbildung 14 Übersicht Bedürfnisse der Pflegefamilien



#### **4.2.6 Selbsthilfe-Ressourcen**

Von den 75 Pflegefamilien haben 47 in einer oder mehreren Formen Hilfe zur Selbsthilfe angeboten. Das sind 62,7 %. 42,7 % der Pflegefamilien würden an mindestens einem Wochenende im Jahr die Betreuung anderer Pflegekinder übernehmen (siehe Anlage 22, Tab. 29). 26,7 % der Familien könnten sich vorstellen Kinder in Kurzzeitpflege aufzunehmen. 5 Familien gaben keine Dauer an (Wert =1), (siehe Anlage 22, Tab. 30). Eine Betreuung im Ferienlager würden 10,7% der Pflegeeltern übernehmen (siehe Anlage 22, Tab. 31). Als Beistand würden 16 % der Pflegeeltern arbeiten. Wobei das Angebot von 12 Stunden jährlich bis 600 Stunden jährlich reicht. 2 Familien gaben keine Stundenanzahl an (Wert=1) (siehe Anlage 23, Tab. 32). Als Berater in einer Selbsthilfegruppe würden 21,3 % der Pflegeeltern mitwirken. 6 Pflegefamilien gaben keine Zeitangabe an (Wert=1). Der vorgeschlagene Zeiteinsatz reicht von 10 Stunden jährlich bis 100 Stunden jährlich (siehe Anlage 23, Tab. 33).

## **5 Diskussion**

### **5.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse**

1. Die soziodemografischen Merkmale der Dresdner Pflegeeltern unterscheiden sich im Hinblick auf Berufsausbildung, pädagogische Ausbildung, sozialer Beruf, Berufstätigkeit und Wohneigentumsquote deutlich von den bekannten gesamtdeutschen Daten zu Pflegefamilien.
2. Die Belastung der Dresdner Stichprobe in Bezug auf klinisch relevante Verhaltensauffälligkeiten, Lernprobleme und Sonderschulbesuch der Pflegekinder ist höher, als die der vorliegenden Vergleichsstichprobe aus 4 westdeutschen Großstädten (DJI 2005) und aus Halle/Saale (2007).
3. Der Anteil der Dresdner Pflegekinder, die Besuchskontakte mit ihren Herkunftseltern haben, ist im Vergleich zu bundesdeutschen Werten höher. Wobei der wesentliche Unterschied durch den höheren Anteil der Kinder mit weniger als monatlichem Kontakt zustande kommt. Keinen Kontakt haben rund 30% der Pflegekinder
4. Vom Jugendamt fühlen sich mehr als die Hälfte der Pflegefamilien sehr gut oder gut unterstützt. Unterschiede der Zufriedenheit mit dem ASD und PKD konnten nicht festgestellt werden. Beim freien Träger OUTLAW, der für die Erziehungsstellen zuständig ist, fühlen sich ebenfalls über 50 % der Erziehungsstellen gut und sehr gut unterstützt.

5. Zur Zufriedenheit mit den freien Trägern Diakonie und Pflegeelternverein äußern sich nur rund 60% (Diakonie) und 40% (Pflegeelternverein) der Pflegeeltern. Die überwiegende Anzahl der Meinungen ist positiv.
6. Die angegebenen Bedürfnisse der Pflegefamilien auf Unterstützung und Entlastung haben folgende Rangreihenfolge: Beratung, Erfahrungsaustausch, Weiterbildung, Mutter-Vater-Kind-Kur, Ferienlager für Pflegekind, Kur für Pflegekind, Supervision, Beistand/ Mediation, Coaching, Nachmittagsangebote für Pflegekind, FED, Babysitter, Wochenendbetreuung, Haushaltshilfe, Urlaubsvertretung, SPFH, Leih-Oma-Opa.
7. Die Anzahl der mit erhöhtem Erziehungsaufwand eingestuften Pflegekinder der Stichprobe ist wesentlich geringer als die Anzahl der klinisch relevant verhaltensauffälligen Pflegekinder.
8. Unterstützungsangebote im Rahmen von Selbsthilfe machen ca. 63 % der Pflegefamilien. Angebote sind: Wochenendbetreuung von Pflegekindern, Kurzeitpflege, Betreuung von Pflegekindern im Ferienlager, Arbeit als Beistand, Berater in Selbsthilfegruppe. Wobei die Frage nach der Bereitschaft Hilfe zu leisten auf ein Geben und Nehmen angelegt war.

## **5.2 Methodische Kritik**

Eine höhere Responquote der Fragebögen und Ausschöpfungsrate der Stichprobe wäre bei Durchführung der schriftlichen Befragung nach DILLMANN „Total Design Method“ bzw. „Tailored Design Method“ zu erreichen (Rücklauf von über 70%). Eine individuelle Rücklaufkontrolle war jedoch auf Grund der vereinbarten anonymen Rücksendung nicht möglich, so dass ein erneuter Versand der Fragebögen an Nichtbeantworter oder eine telefonische Nachfassaktion von vornherein ausgeschlossen war. Auf eine zweite Erinnerung wurde aus Kostengründen und Kapazitätsgründen des Versenders (Jugendamt) verzichtet. Die erreichte Rücklaufquote von 50 % liegt über den Erwartungen. Mit der Entscheidung, den CBCL-Fragebogen zur Erhebung der Ressourcen und Belastungen der Pflegekinder zu nutzen, war eine Begrenzung der zumutbaren Itemanzahl des selbst entwickelten allgemeinen Familienfragebogens verbunden. Die inhaltliche Einschränkung der Befragung wurde durch die Qualität der Rückläufe – es waren alle Fragebögen auswertbar - aufgewogen. Die Fragebogenkonstruktion des allgemeinen Familienfragebogens wäre verbesserbar durch Anordnung der soziodemografischen Fragen am Schluss des Fragebogens.

Aufgrund der Mächtigkeit des Datenmaterials war von vornherein klar, dass dieses im Rahmen dieser Arbeit nicht vollständig dargestellt und ausgewertet werden kann.

## **5.3 Diskussion der Hauptergebnisse**

### **5.3.1 Familienstruktur und Lebenssituation**

Die Strukturmerkmale der Dresdner Pflegefamilien sollen mit bundesdeutschen Werten verglichen werden. Als Vergleichsdaten wurden die im Rahmen des Forschungsprojekts der Universität Bremen zur Bestandsaufnahme und strukturellen Analyse der Verwandtenpflege in der Bundesrepublik Deutschland 2002/2003 ermittelten Merkmale zu Fremdpflegeverhältnissen herangezogen (vgl. Walter 2004, S. 30 ff. und Blandow 2006, S. 7). In Tabelle 16 werden einige Merkmale im Überblick dargestellt.

Das Durchschnittsalter von Pflegeeltern ist höher als das von leiblichen Eltern. Der Wunsch nach einem Pflegekind entsteht – die vormals kinderlosen Pflegeeltern ausgenommen – meist nach bereits erfolgreicher Erziehung von leiblichen Kindern. In der Regel kommen Pflegekinder als jüngstes Kind in der Geschwisterreihenfolge in die Familie.

Der Anteil allein erziehender Pflegeeltern in der Dresdner Stichprobe mit 14,6 % entspricht nicht dem sächsischen Durchschnittswert allein erziehender Eltern. Als Ursache kann die Vergabepraxis des Jugendamtes vermutet werden, die das klassische Familienmodell (Elternpaar + Kinder) bevorzugt aber auch das geringere Interesse allein erziehender Eltern Pflegekinder aufzunehmen. „1996 waren drei Viertel der Familien mit Kindern unter 18 Jahren in der „klassischen“ Form miteinander verheirateter Eltern erfasst. 2006 lag dieser Anteil nur noch bei 58%“ (Sächsisches Landesamt für Familie und Soziales 2007, S. 49). Das bedeutet, dass ausgehend von der Zunahme alternativer Lebensformen, die Vermittlung von Pflegekindern in Sachsen verstärkt in Familien mit nicht verheirateten Eltern erfolgen müsste. Eine Überprüfung anhand der Dresdner Stichprobe war nicht möglich, weil der Familienstand nicht erhoben wurde.

Das Alter der Pflegeeltern sollte zum Kind passen. Als Kriterien sollten gelten, dass mindestens ein Elternteil das 65. Lebensjahr bei Volljährigkeit des Pflegekindes noch nicht überschritten hat und der Eltern-Kind-Altersabstand mindestens 15 Jahre beträgt. Für 93 % der Dresdner Pflegeeltern trifft dies zu (siehe Anlage 10, Tab. 9). Damit scheint die Vermittlung von Pflegekindern in Dresden im Vergleich zur bundesdeutschen Praxis, stärker dem natürlichen Eltern-Kind-Altersverhältnis zu entsprechen.

Die Kinderlosigkeit zurzeit der Aufnahme des Pflegekindes mit 24% liegt nah am bundesdeutschen Durchschnitt von rund 30%. Die Vermittlung von Pflegekindern in kinderlose Haushalte (eigene Kinder bereits außer Haus) unterscheidet sich um 17%. Da keine Angaben zu den „Nesthocker“-Eigenschaften der leiblichen Kinder im bundesdeutschen Vergleich vorliegen, kann der Unterschied hier nicht interpretiert werden.

Die Wohneigentumsquote der Dresdner Pflegefamilien liegt weit unter der bundesdeutscher Pflegeeltern jedoch über dem regionalen Durchschnittswert (BRD ca. 43 %, Sachsen ca. 30 %). Pflegefamilien heben sich also in diesem Merkmal vom Durchschnitt der Bevölkerung ab. Vermutlich sind praktische Gründe - im Sinne eines familienfreundlichen Wohnens und das bereits fortgeschrittenere Alter der Pflegeeltern- eher ausschlaggebend für diesen Sachverhalt, als eine durchgängige wirtschaftliche Besserstellung gegenüber der Durchschnittsbevölkerung.

Als Besonderheit der neuen Bundesländer in der Nachwirkung der DDR-Sozialisation kann die Berufsabschlussquote der Pflegemütter von 95 % interpretiert werden. Das trifft ebenfalls auf die akademische Ausbildung der Pflegemütter zu.

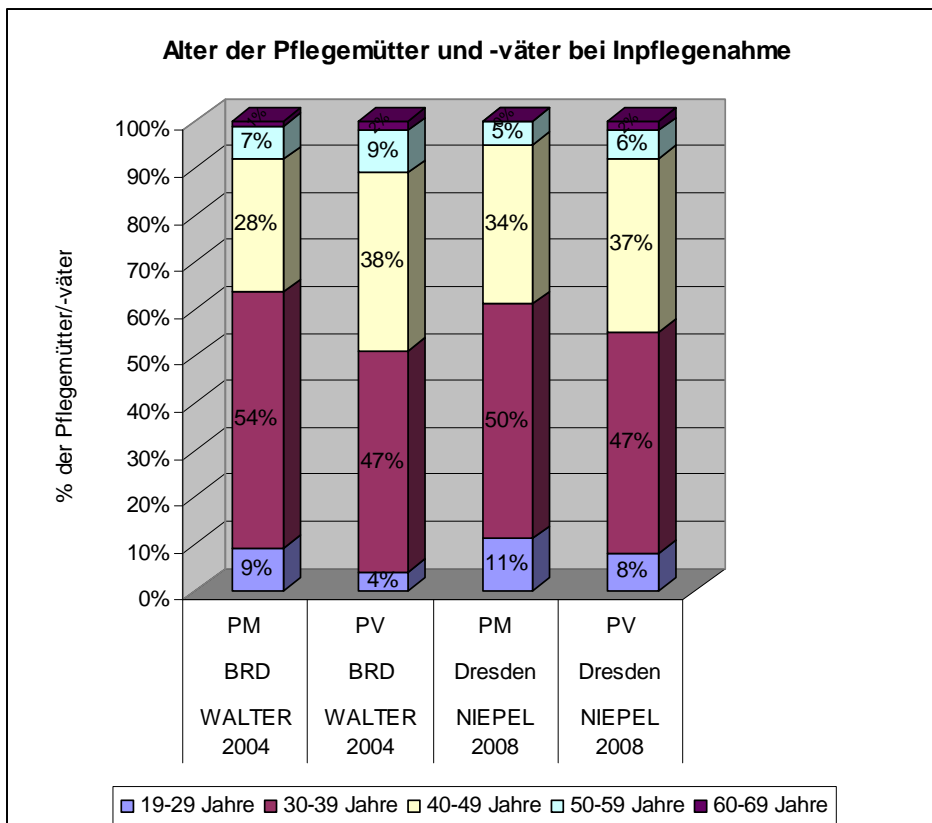
**Tabelle 15 Vergleich Merkmale von Pflegeeltern BRD und Dresden**

Merkmale der Pflegeeltern	WALTER 2004 bundesweite Stichprobe	NIEPEL 2008 Dresdner Stichprobe
Familienstand: verheiratet oder Lebensgemeinschaft	90%	85%
Durchschnittsalter der Pflegeeltern zum Zeitpunkt der Aufnahme der PK	höher als von leiblichen Eltern	PM 38 Jahre PV 40 Jahre
Alter zum Alter der Pflegekinder passen	zwei Drittel	93%
Kinderlosigkeit zum Zeitpunkt der Aufnahme des Pflegekindes	30%	24%
Kinderlose Haushalte - eigene Kinder bereits außer Haus	47%	30%
leibliche Kinder der Pflegeeltern elterlichen Haushalt	53%	57%
Wohneigentumsquote	ca. 70%	53%
abgeschlossene Berufsausbildung der Pflegemütter	ca. 50%	95%
akademische Ausbildung der Pflegeeltern	PM 14% PV 24%	PM 36% PV 45%
pflegerischer oder sozialer Beruf	27%	45%
Berufstätigkeit der Pflegeeltern	PM 36% PV 90%	PM 58% PV 91%

Der Anteil von Pflegeeltern mit pflegerischen oder sozialen Berufen ist in Dresden ebenfalls höher als in der bundesdeutschen Untersuchung. Wahrscheinlich wirkt sich hier die Arbeitsmarktlage in den neuen Bundesländern aus. So scheint die Möglichkeit für arbeitslose Erzieher(innen), Krankenschwestern, Sozialarbeiter(innen), sich als Pflegeeltern bzw. Erziehungsstellen zu bewerben, eine akzeptable Alternative zur außerhäuslichen Berufstätigkeit zu sein. In 45,3% der Dresdner Pflegefamilien gibt es mindestens ein Elternteil mit pädagogischer Ausbildung, bei 14,3 % der Familien sind sogar beide Eltern pädagogisch gebildet. Das kann als Ressource für die zunehmend schwierigeren Kinder angesehen werden. Damit sind die formalen Voraussetzungen für eine Erziehungsstelle oder sozialpädagogische Pflegestelle bei einem großen Teil der Pflegefamilien mit klinisch relevant verhaltensauffälligen Pflegekindern vorhanden.

Die Berufstätigkeit der Pflegemütter (Voll- und Teilzeit) ist in Dresden um mehr als 20 % höher als die der bundesdeutschen Stichprobe. Trotz höherer Arbeitslosenquote in den neuen Bundesländern ist das Selbstverständnis der Berufstätigkeit der Frauen nach wie vor vorhanden. Aufgrund des anteilmäßig hohen akademischen Qualifikationsgrades der Pflegemütter fallen diese vermutlich nicht so schnell in die Arbeitslosigkeit, wie ungelernete oder niedrig qualifizierte Männer.

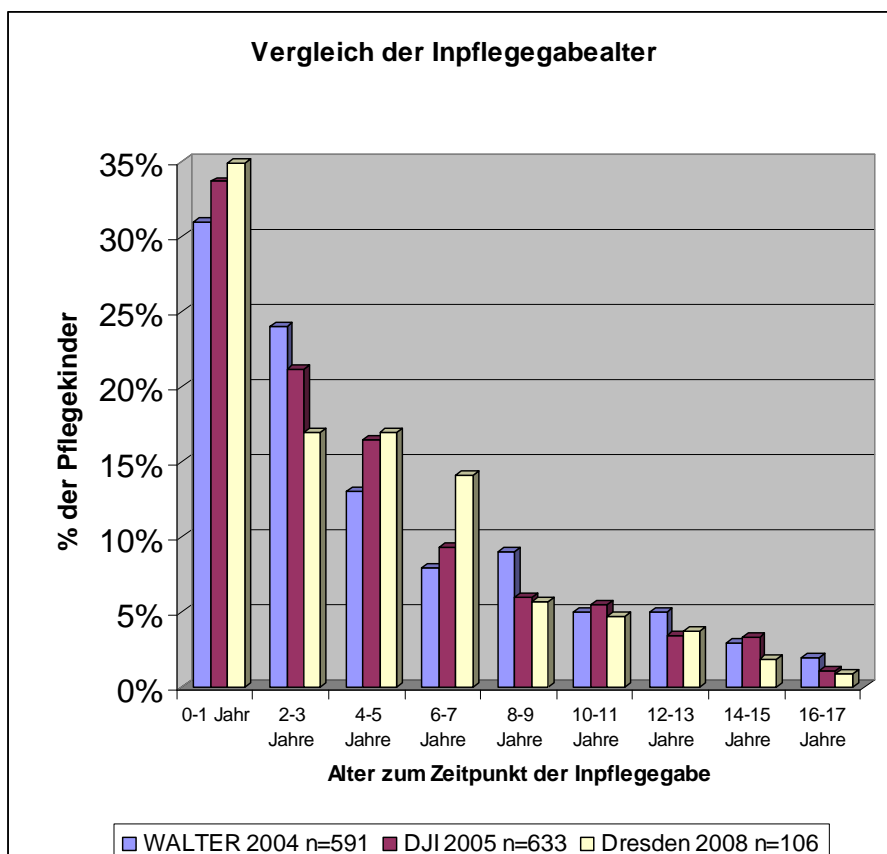
**Abbildung 15 Vergleich Alter der Pflegeeltern zum Zeitpunkt der Inpflegegabe**



Das Alter der Inpflegegabe der Kinder in der Dresdner Stichprobe unterscheidet sich in den Altersbereichen von der bundesdeutschen Stichprobe (vgl. Walter 2004, S. 30). So gibt es eine Verschiebung nach oben im Altersbereich zwischen 2 und 7 Jahren. Das heißt, der Anteil der Kinder die mit 0-3 Jahren in Pflege kommen ist in Dresden geringer, der Anteil im Alter von 4-7 Jahren größer, als in der bundesdeutschen Vergleichsstichprobe. Das deutet auf den längeren Verbleib der Kinder entweder in der Herkunftsfamilie oder in Zwischenstationen wie Heim oder Bereitschaftspflege hin. Inwiefern sich die Vermittlungspraxis in Pflegefamilien in Dresden in den letzten Jahren verändert hat, müsste noch genauer untersucht werden. Im Jahr 2004 gab es, möglicherweise im Zusammenhang mit der in Kraft getretenen Rahmenkonzeption für das Pflegekinderwesen, eine deutliche Zunahme der Vermittlung von Kindern in neu geschaffene Erziehungsstellen. Ein großer Teil der Kinder wurde damals allerdings nach längerer Heimerziehung vermittelt. Dies ist aus Anlage 21, Abbildung 8 mit der Häufung von Pflegeverhältnissen, die 3 und vier Jahre alt sind ablesbar.

Rückschlüsse auf Zwischenstationen bzw. den tatsächlichen Zeitpunkt der Herausnahme aus der Herkunftsfamilie bei den Kindern der Dresdner Stichprobe sind nicht möglich, weil diese Merkmale hier nicht erhoben wurden.

**Abbildung 16 Vergleich Inpflegegebetalter der Pflegekinder**





Der überproportionale Anteil der Inpflegegaben zwischen dem 4. und 7. Lebensjahr in der Dresdner Stichprobe ist erkennbar.

Die Untersuchung eines Zusammenhanges zwischen der Anzahl der Besuchskontakte in Abhängigkeit von der Dauer der Pflegeverhältnisse ergab eine geringe Korrelation ( $R = -0,255$ ) der beiden Variablen. Negativer Wert bedeutet, je länger die Dauer des Pflegeverhältnisses, desto geringer die Anzahl der jährlichen Besuche. Mit dem Alter bei Inpflegegabe korrelieren die Besuchskontakte mit einem Wert von  $R=0,05$  kaum (siehe Tabelle 4).

Das Ergebnis entspricht den Erfahrungen im Verlauf von Pflegeverhältnissen. „Diese Verfahrenslogik besteht in der Verschiebung des Einflusses zugunsten der Pflegefamilie im Zeitverlauf. Man könnte diesen Prozeß auch als 'strukturell bedingtes Herausfallenlassen der Herkunftsfamilie' bezeichnen.“ (Eckert-Schirner 1997, S. 18)

### **5.3.2 Merkmale des Helfersystems**

Mit durchschnittlich 6 Beteiligten im Helfersystem bestätigt sich die Komplexität des Familiensystems Pflegefamilie. Wobei mit Pearson  $R= 0,397$  die Anzahl der Helfer mit der Anzahl der Pflegekinder signifikant gering korreliert.

Die Dresdner Stichprobe zeigt eine hohe Quote von Einzelvormundschaften für die Pflegekinder durch die Pflegeeltern (49 % der Pflegeverhältnisse). Demnach initiiert oder toleriert das Dresdner Jugendamt die Übernahme von Einzelvormundschaften durch die Pflegeeltern in besonderem Maße. Wenn die Pflegeeltern auf Dauer die Erziehung leisten, sollten sie, wenn möglich, auch die gesetzliche Vertretung des Pflegekindes wahrnehmen.

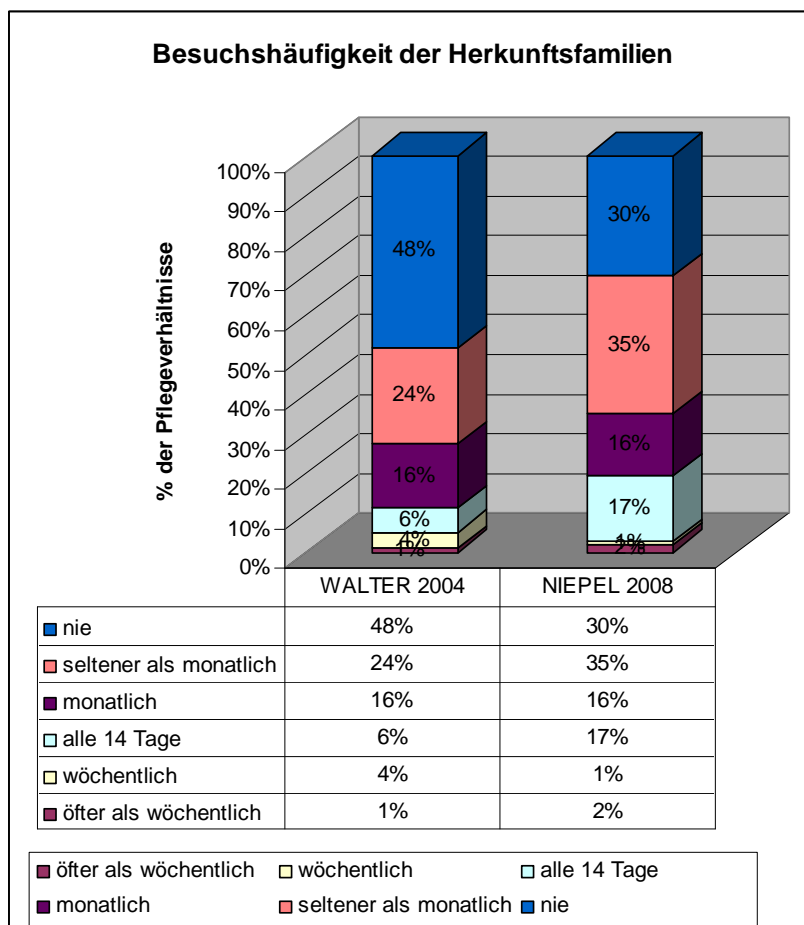
Mittels Kreuztabelle wurden das Merkmal Einzelvormund für 0, 1, 2, 3 oder 4 Pflegekinder den Angaben zu Problemen mit den Herkunftseltern gegenübergestellt (Anlage 11, Tab.14 und Anlage 12, Abb. 1). 38 Familien (53 %) haben die Einzelvormundschaft für mindestens ein Pflegekind. Je mehr Vormundschaften die Pflegeeltern innehaben, desto weniger Probleme mit der Herkunftsfamilie geben sie an.

Bei Einwänden vom Jugendamt, insbesondere aus dem ASD, hört man öfter die Befürchtung, dass bei Einzelvormundschaften durch die verbesserte Rechtsposition der Pflegeeltern die Kooperationsbereitschaft bei der Zusammenarbeit mit der Herkunftsfamilie sich verschlechtern würde. Das müsste sich in der Zahl der Besuchskontakte der Herkunftseltern niederschlagen.

Bei der Gegenüberstellung der bundesdeutschen Daten mit denen der Dresdner Stichprobe wird diese Vermutung jedoch nicht bestätigt. Da bei der Dresdner Befragung nach Besuchskontakten nicht nach den Elternteilen unterschieden wurde und auch andere Personen der Herkunftsfamilie als Besucher zählten, kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen. Zum Vergleich wurden die Kontakte mit den Herkunftsmüttern der bundesweiten Studie herangezogen (vgl. Walter 2004, S. 57). Die Dresdner Werte belegen mehr Kontakte als bei der bundesdeutschen Stichprobe. Nur 30 % der Dresdner Pflegekinder haben keine Besuchskontakte.

Über die Qualität der Besuchskontakte wurden keine Daten erhoben. Vermutlich ist die Qualität der Besuchskontakte in Dresden im Vergleich zum Bundesdurchschnitt besser, da fast 50 % der Pflegekinder durch die Position ihrer Pflegeeltern als Einzelvormünder wirksamer vor destruktiven Besuchsregelungen geschützt werden können. Die Einzelvormünder würden vermutlich die Kontakte reduzieren oder abbrechen, wenn sie dem Wohl ihres Pflegekindes nicht dienen. Wenn sie das nicht tun, dann kann man im Umkehrschluss von förderlichen Kontakten ausgehen.

**Abbildung 17 Vergleich der Besuchskontakte der Herkunftsfamilien BRD-Dresden**



### Probleme mit den Beteiligten

Die Mittelwerte der Problemfelder (1,45 bis 2,31) fallen bei einer Skala von 1 bis 5 insgesamt relativ niedrig aus. Die Frage nach eigenen Problemen ist heikel. Problemeinschätzungen sind stets subjektiv. Da die Autorin bekanntermaßen im Bereich der Pflegekinderhilfe Dresdens involviert ist, könnte dies - trotz der Zusicherung der Anonymität – möglicherweise zu einer vorsichtigeren Benennung von eigenen Problemen geführt haben. Um diese Vermutung zu untersuchen, wurde eine Vergleichsstichprobe herangezogen, die während eines Pflegefamilientreffens im Juni 2008 von 22 Pflegefamilien aus verschiedenen Bundesländern mit demselben Fragebogen erhoben wurde. In dieser Vergleichsstichprobe ist der Mittelwert der Problemeinschätzungen in den Rängen 1-9 durchgängig höher. Nur der letzte Rang fällt niedriger aus (siehe Tabelle 5). Das scheint die eben genannte Vermutung der zurückhaltenden Benennung von Problemen in der Dresdner Stichprobe zu bestätigen.

Die Rangfolge der Problemfelder ist in der Dresdner Stichprobe aussagefähig. Probleme mit der Herkunftsfamilie rangieren an erster Stelle. Probleme mit Verwandten, ASD/PKD und Lehrern folgen als nächste Gruppe mit fast gleichen Mittelwerten. Diese Rangfolge sollte bei der Konzipierung von Angeboten zur Beratung und Unterstützung von Pflegefamilien sowie bei der Öffentlichkeitsarbeit berücksichtigt werden.

### Zufriedenheit mit Jugendamt und freien Trägern der Jugendhilfe

Wenn mehr als die Hälfte der Pflegefamilien die Unterstützung durch das Jugendamt als gut und sehr gut einschätzen, ist das ein positives Erfahrungspotential, welches bei der Verbesserung der gemeinsamen Arbeit genutzt werden sollte. Eine differenzierte Untersuchung war nicht Gegenstand der Erhebung, so dass hier keine speziellen Aussagen zu Problemfeldern und Ursachen der kritischen Einschätzungen gegeben werden können. Es liegt nun im interpretatorischen Ermessen und der Perspektive des Betrachters ob „das Glas nun halb voll oder halb leer“ ist.

Die Bandbreite der Einschätzungen von OUTLAW als betreuender Träger der Erziehungsstellen wurde von den Befragten auf die Stufen gut, sehr gut und mittelmäßig reduziert. Das erscheint im Vergleich zum Jugendamt eine bessere Einschätzung zu sein. Die 42% mittelmäßig sollten jedoch Anlass zu konkreten Nachfragen sein, um auch hier die Qualität weiter zu verbessern. Bei den Einschätzungen von Diakonie und Pflegeelternverein fällt auf, dass die Diakonie im Sinne von Bekanntheit und Kontakten zu den Pflegefamilien besser abschneidet als der Pflegeelternverein. Auch die Zufriedenheit mit der Diakonie ist höher. Bei der Ausbildung von Pflegeeltern ist die Diakonie schon wesentlich länger und mit der doppelten Anzahl der Seminare aktiv, so dass die meisten Pflegeeltern der Stichprobe durch die Diakonie ausgebildet wurden.

Inwiefern sich Angaben zur Zufriedenheit auf aktuelle Kontakte und Zusammenarbeit oder überwiegend auf die Ausbildungsqualität beziehen, kann nicht unterschieden werden. Für beide Träger wäre engerer Kontakt zu mehr Pflegeeltern zu wünschen.

### **5.3.3 Merkmale des Pflegekindes**

#### Kompetenzen

Positiv ist, dass über 70 % der Pflegekinder mehr als einen Freund haben. Allerdings unternehmen nur 51,5 % der Kinder mit ihren Freunden mindestens einmal wöchentlich etwas gemeinsam. Das bedeutet, dass ca. 20 % der Freunde reine Schulfreundschaften sind, die kaum Freizeitbedeutung haben. So relativiert sich der Grad der sozialen Eingebundenheit. Kritisch erscheinen besonders die 16 % der Pflegekinder, die gar keinen Freund haben. Es bedarf also zusätzlicher Angebote für mindestens ein Drittel der Kinder um ihnen einen altersgerechten Beziehungsaufbau zu Kindern außerhalb der Familie zu ermöglichen. Hier wären mehr Angebote der Träger zu gemeinsamen Aktivitäten von Pflegefamilien und auch spezielle Gruppenangebote für Pflegekinder gefragt.

Erfreulich ist, dass über 80% der Pflegekinder sportliche Betätigungen pflegen. Die meisten Kinder beherrschen die Sportarten, nach Angaben ihrer Pflegeeltern, gleich gut, bzw. betreiben sie genauso häufig wie Gleichaltrige. Ein Viertel der Antworten fiel sogar besser aus. Nur etwa 12% sind schlechter oder machen weniger als Gleichaltrige. Sport ist eine gute Möglichkeit Erfolge zu erzielen und dadurch Selbstwert zu entwickeln. Bei den Aktivitäten sehen die Ergebnisse ähnlich aus. Aktivitäten sind selbst gewählte Hobbies und Betätigungen. Sogar 30 % der Antworten zur Intensität und Beherrschung der Aktivitäten waren „besser“. Das lässt auf Spezialisierungen und Talente der Pflegekinder schließen. Bei der Mitarbeit in Organisationen, wie Vereinen, Musik- und Sportgruppen, war eine nicht vermutete gute Einbindung verhaltensauffälliger Kinder das Ergebnis der Erhebung. Vereine und Organisationen stellen somit eine Ressource für eine gelingende Sozialisation der Pflegekinder dar.

Bei Pflichten im Haushalt oder außerhalb bescheinigen die Pflegeeltern den Kindern zu fast 60% gleich gute Erfüllung und in 10% sogar bessere Erfüllung. Verwunderlich war, dass zu 5 älteren Kinder im Alter zwischen 12 und 17 Jahren, keinerlei Pflichten angegeben wurden. Eine Nachforschung zu den Ursachen ist aufgrund der Anonymität der Angaben nicht möglich.

### Schule:

Bundesweit machten im Schuljahr 2006/07 Förderschüler einen Anteil von 4,36 % an der Gesamtanzahl der Schüler aus. (Schüler insgesamt: 9 355 857 davon Förderschüler: 408 085) (Quelle: [www.destatis.de](http://www.destatis.de)) In der DJI-Studie 2005 wurde der Anteil der Pflegekinder, die eine Sonderschule besuchen mit 18,4 % angegeben, in der Dresdner Stichprobe sind es 36,7 % in der Hallenser Stichprobe 42,9%. Die stark differierenden Anteile bei den deutschen Studien geben Anlass, die unterschiedliche Integrationspraxis im Bildungssystem der Bundesländer zu untersuchen. Entweder gibt es in den alten Bundesländern weniger Sonderschulen und die Kinder werden integrativ beschult oder in den neuen Bundesländern erfolgt eine Selektion in Sonderschulen auch bei Kindern, die integrativ beschult werden könnten. Der Sonderschulbesuch bedeutet meist weitere Schulwege für die Kinder. Was wiederum erhöhten Aufwand für Transport bzw. Hol- und Bringdienst für die Pflegefamilien mit sich bringt und die soziale Integration in die Kinderkohorte der Wohngebiete erschwert.

Die Angabe von Lernschwierigkeiten bei über 75% der Pflegekinder ist erstaunlich hoch. Wobei häufig trotz akzeptabler Schulleistungen Schwierigkeiten beim Lernen angegeben wurden. Vermutlich vermengen sich kognitive Defizite und Folgen von Verhaltensauffälligkeiten zu einem allgemeinen Lernproblem in der Schule. Damit bedürfen Pflegekinder zur Wahrung der Chancengleichheit wesentlich größerer Unterstützung und Hilfe im schulischen Bereich.

### Gesundheit

Mit körperlichen oder geistigen Behinderungen oder chronischen Erkrankungen bei über 30 % der Kinder stellen die Dresdner Pflegekinder eine gesundheitlich stark belastete Kindergruppe dar. Die Prävalenz der Pflegekinder bei Heuschnupfen und Asthma ist etwa doppelt so hoch wie die anderer Kinder.

### Verhaltensauffälligkeiten

Da in Ergänzung des CBCL-Fragebogens die Strukturdaten des Familienfragebogens vorlagen, war eine Untersuchung des Zusammenhanges zwischen Alter der Inpflegegabe und der Ausprägung von Verhaltensauffälligkeiten der Pflegekinder möglich.

In der Gegenüberstellung der Variablen in Kreuztabellen ist ersichtlich, je eher die Kinder in Pflege gegeben wurden, desto geringer der Anteil der Ausbildung klinisch relevanter Verhaltensauffälligkeiten in der Stichprobe (Korrelationen siehe Anlage 18, Tab. 23 und 24).

TARREN-SWEENEY und HAZELL (2006), untersuchten in New South Wales, Australien 347 Kinder unter Nutzung der Child Behavior Checklist (CBCL) und der Assessment Checklist for Children (ACC). Ihr Fazit lautete: Kinder, die vor dem siebten Lebensmonat in Pflege kamen, haben geringere Bindungsprobleme als Kinder, die später in Pflege kamen. Kinder, die zwischen dem Alter von 7 Monaten und 30 Monaten in Pflege kamen, haben ein moderates Risiko der mentalen Gesundheit und Bindungsproblemen. Dort wo Kinder im Alter von mehr als 30 Monaten in Pflege kamen, ist das Risiko viel höher.<sup>2</sup> In der australischen Stichprobe wiesen 56 % der Kinder Gesamtscores mit klinisch relevanter Auffälligkeit auf.

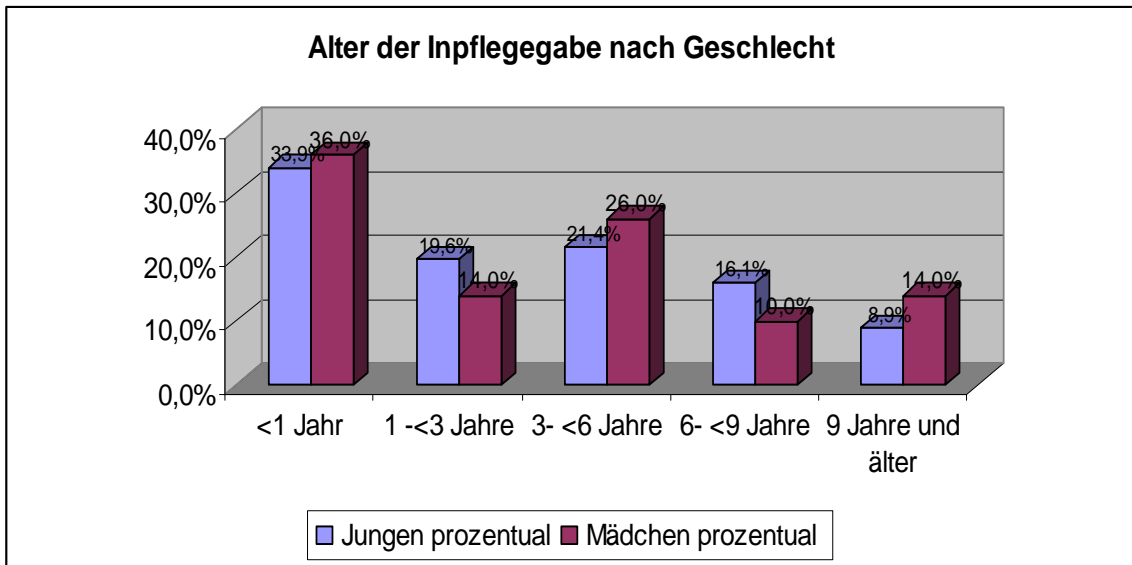
Überraschend ist die höhere Belastung der Mädchen der Dresdner Stichprobe. Das widerspricht den Ergebnissen anderer Studien, in denen die Jungen gewöhnlich die vulnerablere Gruppe darstellten. Anhand der Altersverteilung innerhalb der Geschlechter in der Dresdner Stichprobe und des Anteils von Mädchen und Jungen ist diese Besonderheit nicht erklärbar.

Daher wurde das Alter der Inpflegegabe als Einflussfaktor in die Analyse einbezogen. Die Darstellung über die gesamte Stichprobe (siehe Abbildung 18) sagt dazu lediglich aus, dass im Inpflegegabealter von < 1 Jahr, 3-<6 Jahren und über 9 Jahren der Anteil der Mädchen höher als der Anteil der Jungen ist. Bei Mädchen im Alter zwischen 7 und 12 Jahren konzentrieren sich in der Dresdner Stichprobe die Verhaltensauffälligkeiten. Hier sind 75 % der Mädchen im Gesamtscore klinisch auffällig (siehe Tabelle 13). Bei Betrachtung dieser speziellen Altersgruppe sieht man, dass die Anteile der Inpflegegaben im Alter von 0-3 Jahren niedriger und im Alter von 3-<6 Jahren erheblich höher sind als bei den Jungen (siehe Abbildung 19).

---

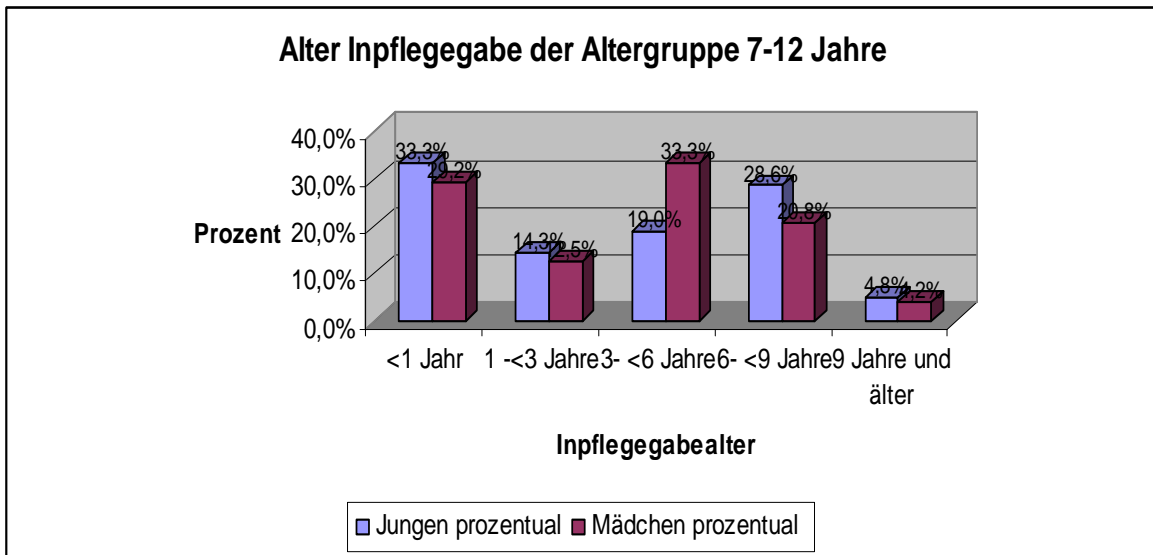
<sup>2</sup> "One of the key findings of this study was that children who entered care before the age of seven months had fewer attachment problems than children placed at older ages. Children who entered care between the age of seven and 30 months had a moderate risk of mental health and attachment problems and those who entered after 30 months had a much higher risk" (Tarren-Sweeney/Hazell 2006, S. 96).

**Abbildung 18 Alter der Inpflegegabe nach Geschlecht Dresdner Stichprobe**



Unter der Annahme, dass eine frühere Inpflegegabe das Risiko der Ausprägung von Verhaltensauffälligkeiten verringert, haben die Mädchen des hoch auffälligen Altersbereiches in der Stichprobe „schlechtere Karten“ gehabt als die Jungen.

**Abbildung 19 Alter der Inpflegegabe in der Altersgruppe der jetzt 7-12 Jährigen**



### 5.3.4 Zusammenhänge zwischen den Merkmalen der Familie, der Lebenssituation, den Belastungen und Bedürfnissen

Tabelle 16 Kinder im Haushalt \* Bedarf an Entlastung über alle Kategorien

Anzahl Kinder im Haushalt		Antworten	Entlastungsbedarf(a)				Gesamt
			sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	keine Angabe	
1	Anzahl		36	60	104	89	17
	Innerhalb AnzKind gesiH%		211,8%	352,9%	611,8%	523,5%	
2	Anzahl		61	90	103	86	20
	Innerhalb AnzKind gesiH%		305,0%	450,0%	515,0%	430,0%	
3	Anzahl		49	90	93	57	17
	Innerhalb AnzKind gesiH%		288,2%	529,4%	547,1%	335,3%	
4	Anzahl		45	54	103	53	15
	Innerhalb AnzKind gesiH%		300,0%	360,0%	686,7%	353,3%	
5	Anzahl		20	4	10	0	2
	Innerhalb AnzKind gesiH%		1000,0%	200,0%	500,0%	,0%	
6	Anzahl		2	4	11	0	1
	Innerhalb AnzKind gesiH%		200,0%	400,0%	1100,0%	,0%	
7	Anzahl		22	17	12	0	3
	Innerhalb AnzKind gesiH%		733,3%	566,7%	400,0%	,0%	
<b>Gesamt</b>		<b>Anzahl</b>	<b>235</b>	<b>319</b>	<b>436</b>	<b>285</b>	<b>75</b>

Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den Befragten.

#### Abhängigkeit des Entlastungsbedarfs von der Anzahl der Kinder im Haushalt?

Die angegebene Wichtigkeit der Kategorien zu Entlastungs- und Unterstützungsbedarf (Frage 16 des Familienfragebogens) werden pro Familie summiert und mit der Anzahl der Kinder im Haushalt gekreuzt (siehe Tabelle 16). Die Spalte **Gesamt** gibt die Anzahl der Familien an.

Familien mit nur einem Kind (dann ist es das Pflegekind), machen zu vielen Kategorien gar keine Angaben, bzw. halten sie für weniger wichtig. Die Kompensation von Belastungen scheint innerhalb dieser Familiensysteme besser möglich zu sein. Familien mit 5 und mehr Kindern sind nur wenige in der Stichprobe enthalten, so dass die Repräsentanz der Angaben für diese Familiengröße nicht unbedingt ausreichend ist. Auffällig ist hier, dass zu allen Kategorien von

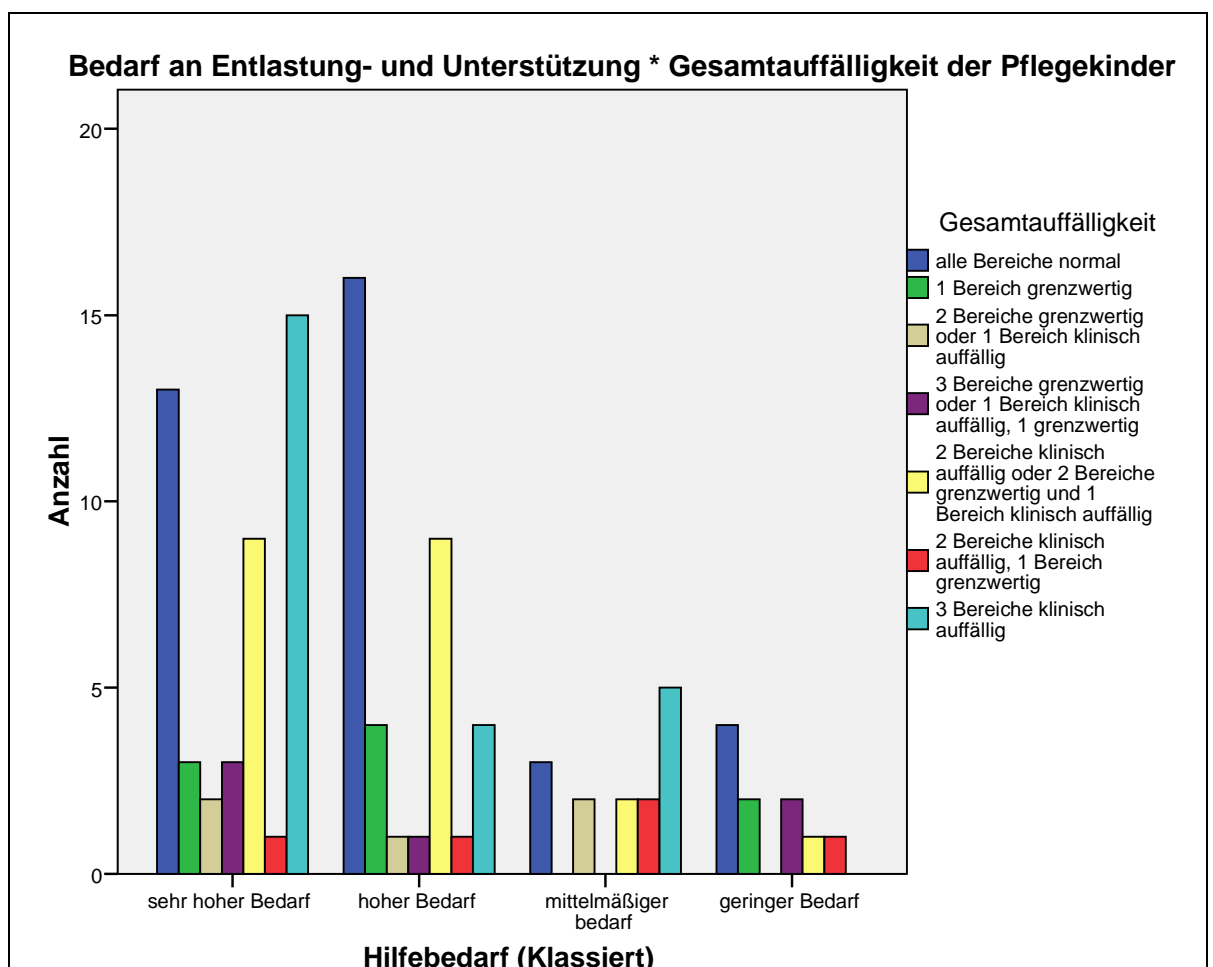


diesen Familien Angaben gemacht wurden. Je mehr Kinder im Haushalt desto wichtiger werden Entlastungsangebote für die Familien.

### Zusammenhang zwischen Entlastungsbedarf und Gesamtauffälligkeit der Pflegekinder

Aus den Angaben zur Wichtigkeit aller Entlastungs- und Hilfsangebote im Familienfragebogen wurde eine Variable „Hilfebedarf“ summiert. Dieser Wert wurde klassifiziert und zur Ermittlung eines vermuteten Zusammenhanges der Gesamtauffälligkeit der Pflegekinder gegenübergestellt. Der Bedarf an Entlastung und Unterstützung korreliert schwach ( $r=0,114$ ) jedoch nicht signifikant mit der Schwere der Verhaltensauffälligkeiten der Pflegekinder. Abgesehen von der Fehlerquelle durch die Zuordnung einer „Familieneinschätzung“ zum einzelnen Pflegekind, hängen die Bedarfsangaben noch von vielen anderen Faktoren ab, die in diese Berechnung nicht eingeflossen sind.

**Abbildung 20 Entlastungsbedarf und Gesamtauffälligkeit der Pflegekinder**



### Zusammenhang zwischen Angaben zum Entlastungsbedarf und pädagogischer Ausbildung

Bei der Untersuchung der einzelnen der Entlastungs- und Hilfsangebote fiel bei einigen wenigen ein Zusammenhang zwischen pädagogischer Ausbildung und den Angaben zur Wichtigkeit auf.

So gibt es schwache aber signifikante Korrelationen der Wichtigkeit von **Weiterbildung** ( $r=0,228$ ) **Supervision** ( $r=0,253$ ) **FED** ( $r=0,312$ ), **Urlaubsvertretung** ( $r=0,252$ ) mit der pädagogischen Ausbildung der Pflegefamilien. (Je „mehr Pädagoge“, desto wichtiger diese Angebote für die Familie.) Bei der Kategorie Urlaubsvertretung deutet dies auf Unterschiede im professionellen Selbstverständnis der Pflegeeltern hin. Viele Pflegeeltern haben Vorbehalte oder lehnen es prinzipiell ab – aus ihrem solidarischen Familienverständnis heraus – ohne ihre Kinder Urlaub zu machen. Pädagogisch ausgebildete Pflegeeltern erkennen möglicherweise eher die Wichtigkeit von kinderlosen Auszeiten für die Regeneration der Kräfte und die Pflege der Paarbeziehung.

Bei den Kategorien Supervision und FED kann die unterschiedlich ausgeprägte Kenntnis der Begriffe bei den Pflegeeltern Einfluss auf die Angaben gehabt haben.

## **5.4 Diskussion der Nebenrechnungen**

### **5.4.1 Vergleich mit der DJI-Studie von 2005/2007**

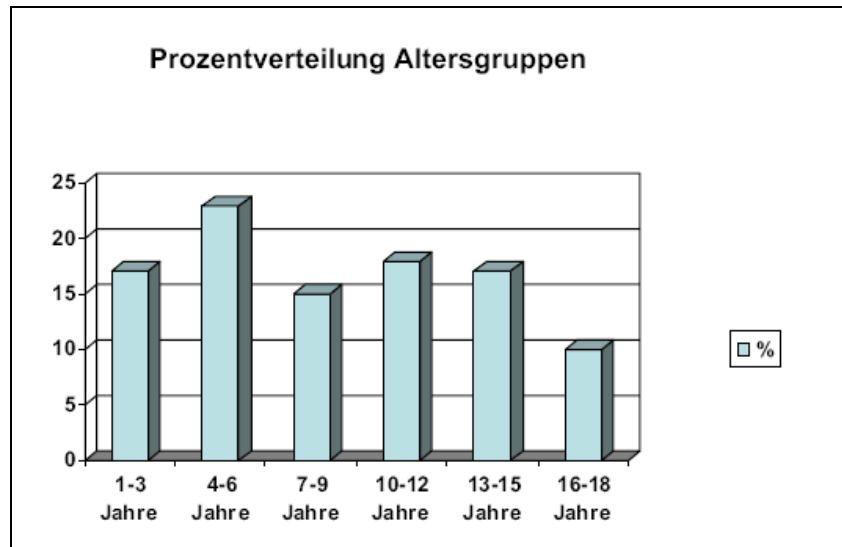
Die Dresdner Stichprobe unterscheidet sich bei den klinisch relevanten Verhaltensauffälligkeiten, Lernschwierigkeiten, Sonderschulbesuch der Pflegekinder erheblich von der Stichprobe der westdeutschen Großstädte (DJI 2006).

Nach dem Ausschluss von Berechnungsfehlern, wurde nach Unterschieden bei der Erhebung der Stichproben gesucht, um die Vergleichbarkeit beurteilen zu können. Die Altersverteilung der DJI-Stichprobe unterscheidet sich etwas von der Dresdner Stichprobe (siehe Abbildungen 21 und 22). Die Geschlechtsverteilung ist mit 47,3 % Mädchenanteil fast gleich.

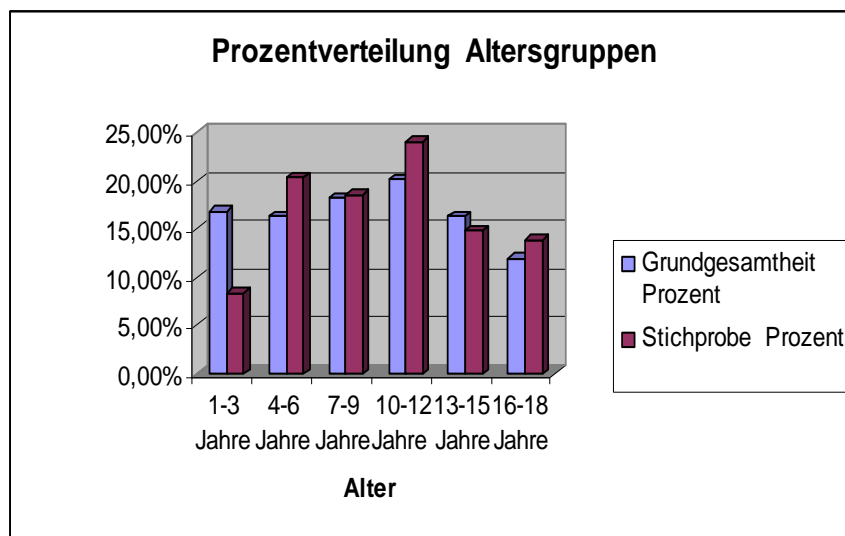
Bei der DJI-Erhebung 2005 wurde jeweils nur für das jüngste Pflegekind in den Pflegefamilien der CBCL - Fragebogen ausgefüllt. Bei der Dresdner Erhebung handelte es sich um eine Vollerhebung aller in den Dresdner Pflegefamilien lebenden Pflegekinder.

Auch nach Filterung der Dresdner Stichprobe auf das jeweils jüngste Pflegekind, wurde keine wesentliche Veränderung des Anteils der klinisch relevanten Belastungsanteile festgestellt. Als ein weiterer Faktor für die hohen Belastungswerte könnte der relativ hohe Anteil von Erziehungsstellenkindern in der Dresdner Stichprobe vermutet werden. Nach dem Herauslassen der Erziehungsstellen aus der Stichprobe sind die Belastungswerte immer noch erheblich höher als die westdeutschen Ergebnisse (siehe Anlage 1).

**Abbildung 21** Prozentverteilung Altersgruppen DJI-Studie 2005 (DJI/DIJuF 2006, S. 35)



**Abbildung 22** Prozentverteilung Altersgruppen der Dresdner Pflegekinder



Sichtbar ist die unterdurchschnittliche Vertretung der Kleinkinder im Alter zwischen 0 und 3 Jahren in der Dresdner Stichprobe. Weil genau in dieser Gruppe die klinischen Belastungswerte der Verhaltensauffälligkeiten in Dresden gering sind, kann es zu einer Verzerrung der Belastungsergebnisse gekommen sein. Unter der Annahme, dass etwa eine Gleichbelastung mit Verhaltensauffälligkeiten in der Stichprobe und in der No-Responsegruppe vorliegt, wurden für die Grundgesamtheit altersgruppenweise die klinisch relevanten Verhaltensauffälligkeiten hochgerechnet (siehe Tabelle 17).

**Tabelle 17      Klinisch relevante Verhaltensauffälligkeiten Grundgesamtheit  
(Hochrechnung)**

<b>Alter</b>	<b>Anz</b>	<b>int</b>	<b>ext</b>	<b>ges</b>	<b>Ant int</b>	<b>Ant ext</b>	<b>Ant ges</b>
0-3 Jahre	35	0	4	4	0,0%	11,4%	11,4%
4-6 Jahre	34	15	16	18	44,1%	47,1%	52,9%
7-9 Jahre	38	15	15	21	39,5%	39,5%	55,3%
10-12 Jahre	42	17	23	25	40,5%	54,8%	59,5%
13-15 Jahre	30	6	13	13	20,0%	43,3%	43,3%
16-18 Jahre	25	8	6	10	32,0%	24,0%	40,0%
	<b>204</b>	<b>61</b>	<b>77</b>	<b>91</b>			
		<b>29,9%</b>	<b>37,7%</b>	<b>44,6%</b>			

Im Ergebnis dieser Hochrechnung verringerten sich folgerichtig die Anteile der klinisch relevanten Scorewerte für eine Betrachtung der Grundgesamtheit. Sie sind jedoch immer noch erheblich höher als die in den 4 westdeutschen Großstädten, so dass für die regionale Kohorte der Dresdner Pflegekinder tatsächlich von einer höheren Belastung ausgegangen werden kann.

Durch Vergleich mit einer ostdeutschen Stichprobe sollte nachgeprüft werden, ob die Abweichung der Dresdner Ergebnisse auf regionale Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern zurückgeführt werden könnte. Dazu lagen Daten des DJI aus einer Erhebung in einer ostdeutschen Region vom Dezember 2007 vor. Die Stichprobe von 52 Pflegekindern aus 2 ostdeutschen Kreisen (Halle/Saale und Haldensleben-Ohre) wurde als Ergänzung zur Fachdienstbefragung 2005 zu den damals bestehenden Pflegeverhältnissen ermittelt.

Um Unterschiede von städtischem und ländlichem Raum auszuschließen, wurden nur die Daten zu 34 Pflegekindern aus Halle-Saale verglichen. Der Anteil Mädchen in dieser Stichprobe beträgt 52,9 %. Im Unterschied zur Dresdner Stichprobe, gibt die Hallenser Stichprobe nicht die Grundgesamtheit der aktuellen Pflegeverhältnisse wieder. So fehlen seit 2005 beendete und seit 2005 begonnene Pflegeverhältnisse. Die Anzahl aktueller Pflegeverhältnisse in Halle beträgt 307 Kinder in 89 Pflegefamilien sowie 20 Sozialpädagogische Pflegestellen und 4 Heilpädagogischen Pflegestellen, die belegt sind. Die Stichprobe Halle mit 34 Kindern stellt nur 11,1% der Grundgesamtheit dortigen Pflegeverhältnisse dar. Außerdem enthält sie keine Erziehungsstellenkinder. Die Altersverteilung unterscheidet sich ebenfalls, da die 0-3jährigen Kinder fehlen und die älteren Kinder (13-18 Jahre) unterrepräsentiert sind.

Die Hallenser Stichprobe ist allerdings ebenso wie die Dresdner Stichprobe in Bezug auf die externalisierenden (44,1%) und Gesamtauffälligkeit (41,2 %) höher belastet, und in Bezug auf die

internalisierenden Auffälligkeiten (23,5 %) geringer belastet, als die westdeutsche Vergleichsstichprobe (siehe Anlage 1, Tab. 1).

Zur Bestätigung der Hypothese, dass die Belastung der Pflegekinder mit Verhaltensauffälligkeiten in den neuen Bundesländern signifikant höher ist, als in den alten Bundesländern, bedürfte es weiterer Erhebungen in anderen ostdeutschen Großstädten (z.B. Leipzig, Chemnitz, Magdeburg). Es deutet sich im Zusammenhang mit den belegbaren soziodemografischen Unterschieden bereits an, dass eine differenzierte Betrachtungsweise der neuen und alten Bundesländer im Bereich des Pflegekinderwesens notwendig ist.

Um die Frage nach den Ursachen der unterschiedlichen Belastungen der Pflegekinder beantworten zu können, müssten Strukturunterschiede und Unterschiede in den Verfahrensweisen im Pflegekinderwesen der Regionen erhoben und analysiert werden.

Die Aussage im Explorationsbericht des DJI 2006, zum deutschen Gesamtbelastungswert von 31 % im Vergleich mit internationalen Studien: „Dies ist zunächst als ein positives Ergebnis zu werten und spricht für die Qualität der Pflegekinderhilfe in Deutschland“ (DJI und DJuF 2006, S. 36) ist im Zusammenhang mit den höheren Dresdner und Hallenser Ergebnissen zu prüfen.

Inwiefern die Belastung mit Verhaltensauffälligkeiten einer Pflegekinderkohorte ein Indikator der Qualität der Pflegekinderhilfe ist, müsste ebenfalls analysiert werden. Fragen dazu sind:

1. Repräsentieren die Stichproben in den Studien tatsächlich die jeweils regionale Pflegekinderkohorte?
2. Wie ist das Verhältnis von Heimerziehung/anderen Formen der Vollzeitpflege und Erziehung in Pflegefamilien in der jeweiligen Region bzw. in welchem Anteil werden schwierigere Kinder in Pflegefamilien vermittelt?
3. Welche Faktoren beeinflussen die Ausprägung von Verhaltensauffälligkeiten bei Pflegekindern vor und während der Fremdplatzierung und in welchem Ausmaß?
4. Welche dieser Faktoren sind durch Maßnahmen der Jugendhilfe beeinflussbar und stellen damit Indikatoren zur Qualitätsbewertung des Pflegekinderwesens dar?
5. Welche Maßnahmen und Hilfen im aktuellen Setting können die Syndrombelastungen der Pflegekinder reduzieren?

Im Zusammenhang mit der Themenstellung soll hier nur ansatzweise auf die Fragen 1, 3 und 5 eingegangen werden. Anhand der Rücklaufquoten und der Erhebungsbedingungen kann die Repräsentativität der DJI-Studie 2005 und der Dresdner Studie angenommen werden. Die Stich-

probe des Halle-Ohre Kreises repräsentiert nicht die aktuelle regionale Pflegekinderkohorte. Zu den vom DJI als Vergleich herangezogenen internationalen Studien liegen der Autorin keine näheren Angaben zur Repräsentativität vor, so dass hier keine Aussage zur Vergleichbarkeit mit diesen Studien gemacht werden kann.

Aus den Ergebnissen der Forschungen zur Entwicklungspsychologie von Kindern ist bekannt, dass Dauer und Zeitpunkt von schädigenden Einflüssen den Grad und die Art der Ausprägung von physischen und psychischen Schäden wesentlich beeinflussen. Der Grad und die Ausprägung postnataler Schäden bei Pflegekindern hängen unter anderem ab:

- von der Dauer des Verbleibs der Kinder unter massiv schädigenden Verhältnissen,
- vom Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Herausnahme aus der Herkunftsfamilie,
- von der Anzahl der Bindungsabbrüche durch Umplatzierungen,
- von der Verfügbarkeit und Nutzung therapeutischer Hilfen,
- von der Verfügbarkeit einer ausreichenden Anzahl qualifizierter Pflegefamilien, um lange Heimaufenthalte zu verhindern

Die Qualität der Pflegekinderhilfe als Bereich der Jugendhilfe sollte also daran gemessen werden, wie sie im wörtlichen Sinne den Kindern hilft. Dazu bedarf es eines Paradigmenwechsels bei den Hilfen zur Erziehung, nämlich – diese nicht vordergründig als Hilfen für Eltern - sondern als Hilfen für die Kinder zu leisten.

Die Unterbringung psychisch und physisch geschädigter Kinder in Familien ist eine Chance für diese Kinder das Modell „Familie“ zu leben, möglichst tragfähige Bindungen und Beziehungen zu erwachsenen Menschen aufzubauen, wichtige Entwicklungsschritte nachzuholen und Fehlentwicklungen zu korrigieren. Die therapeutische Wirkung guter Pflegefamilien ist unbestritten, ist jedoch nicht ausreichend für eine gelingende Integration aller Pflegekinder in die Gesellschaft. Es bedarf flankierender sozialpädagogischer und therapeutischer Maßnahmen um dieses Ziel zu erreichen. Für die Ansprache der Talente und Ressourcen der Pflegekinder bedarf es ausreichender Kapazitäten an Zeit sowie zusätzliche personelle und materielle Hilfen.

Maßnahmen, die manchem als Luxus erscheinen, haben bei Pflegekindern therapeutische Wirkung und sind notwendig für eine gelingende Persönlichkeitsentwicklung. Beispielsweise Kunst- und Musiktherapie sowie heilpädagogisches Reiten sind also keine „Sahnehäubchen“ sondern „Grundnahrungsmittel“ für seelisch tief verletzte und traumatisierte Kinder.

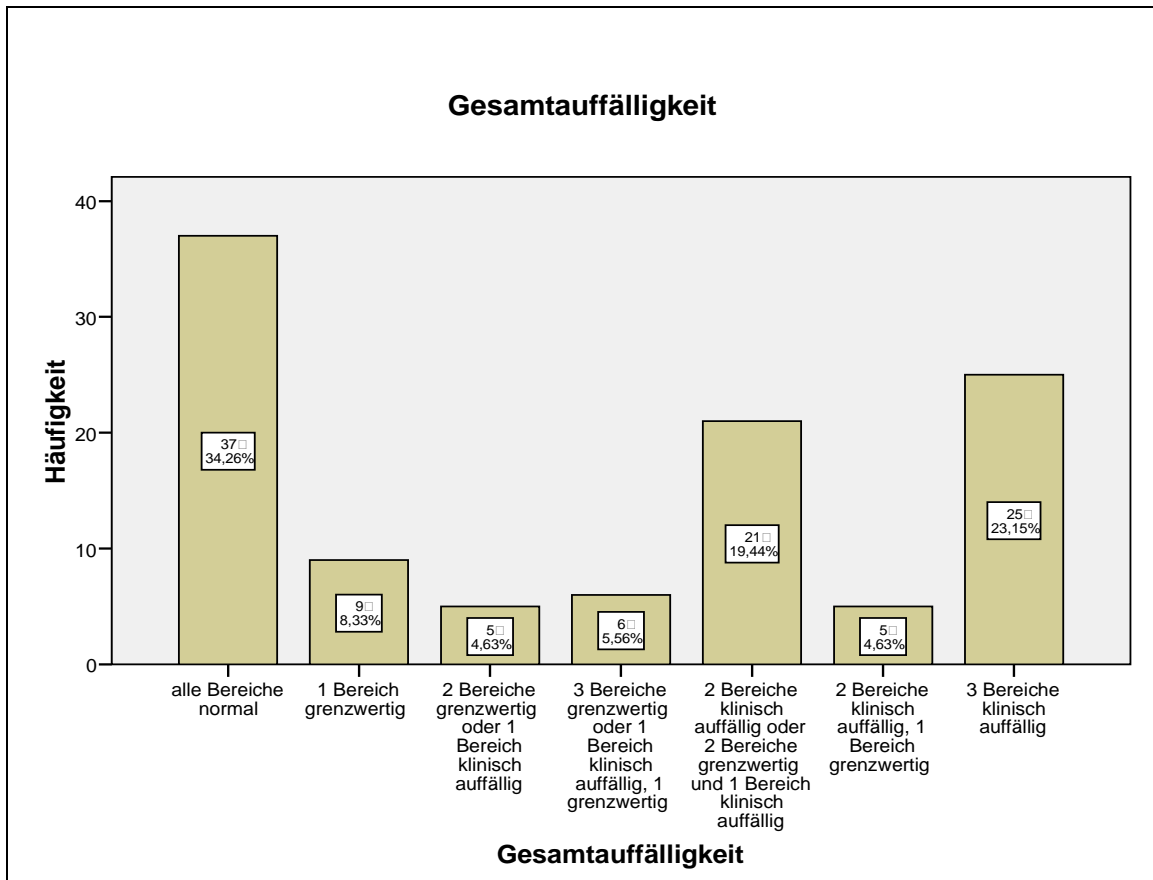
#### **5.4.2 Verhaltensauffälligkeiten der Pflegekinder und Einstufung des Erziehungsaufwandes**

Der Vergleich der Belastungsverteilung innerhalb der Stichprobe und der No-Responsegruppe konnte anhand der Angaben des Jugendamtes Dresden durchgeführt werden. Für die Grundgesamtheit waren die Sonderpflegestufen des Erziehungsaufwandes (S2, S3 und ESt) bekannt (siehe Tabelle 3). Nach Angaben der Pflegeeltern waren von den 104 vom Jugendamt Dresden betreuten Kindern, zu denen der Familienfragebogen zurückgesandt wurde, 19 Erziehungsstellenkinder, 23 Kinder mit Sonderpflegestufe 2, 9 Kinder mit Sonderpflegestufe 3. Das bedeutet, dass im No-Response-Teil (104 Pflegekinder) mit 15 Sonderpflegestufen 2 und 9 Sonderpflegestufe 3 noch ein belasteter Anteil verbleibt.

Allerdings liegt die Einstufung der Pflegestellen mit Sonderpflegestellen und Erziehungsstellen des Dresdner Jugendamtes bezogen auf die Grundgesamtheit nur bei 36 %.

Interessant ist, wie bereits unter Kapitel 4.4.1 beschrieben, dass sich der ermittelte Anteil von Kindern mit klinisch relevanten Verhaltensauffälligkeiten bei Herausrechnung der Erziehungsstellen nicht wesentlich ändert. Das bestätigt die Annahme, dass in den normalen Pflegefamilien viele verhaltensauffällige Kinder ohne ausreichend erhöhte Erziehungsaufwandeinstufung durch das Jugendamt sind. Bei einem Anteil von 49,1% klinisch relevanten Verhaltensauffälligkeiten beim Gesamtscore in der Stichprobe, sowie 9,3% grenzwertigen Fällen ergibt sich vermutlich erhöhter Erziehungsaufwand bei 58,4% der Kinder. Mit erhöhtem Erziehungsaufwand eingestuft, sind insgesamt 52,2% der Stichprobenkinder (21,7% S2, 8,5% S3, 22,6% ESt). Auf den ersten Blick könnte man meinen, die Bilanz in der Stichprobe stimmt annähernd. Der Gesamtscorewert allein, ist jedoch nicht aussagefähig. Die Bereiche internalisierende und/oder externalisierende Auffälligkeiten mit klinischer Relevanz sind ebenfalls in der Beurteilung des tatsächlichen Erziehungsaufwands in Betracht zu ziehen. Sie können auch bei Kindern klinisch ausgeprägt sein, die den klinisch auffälligen Gesamtscorewert nicht erreichen. Um die Gesamtzahl der auffälligen Kinder zu berücksichtigen, wurden die Werte externalisierende, internalisierende und Gesamtscore der CBCL pro Kind zu einer Gesamtauffälligkeit zusammengefasst. Die Werteskala reicht von 3 bis 9, wobei 3= „alle Bereiche normal“ und 9 = „alle 3 Bereiche klinisch auffällig“ bedeuten. Die Bezeichnungen der Varianten für die Werte 5 bis 7 sind in den nachfolgenden Abbildungen und Tabellen nicht in allen möglichen Variationen aufgeführt. Bei mindestens einem Bereich, der klinisch auffällig ausgeprägt ist, kann von erhöhten Belastungen und Aufwendungen der Pflegefamilie ausgegangen werden (siehe Anlage 23, Tab. 34).

Abbildung 23 Gesamtauffälligkeit der Pflegekinder (nach Bereichen)



Die mit der CBCL ermittelbaren Verhaltensauffälligkeiten verursachen allerdings nur einen Teil erhöhten Erziehungsaufwandes. Andere Faktoren, wie Behinderungen des Kindes, Besonderheiten in der Zusammenarbeit mit der Herkunftsfamilie bedingen ebenfalls erhöhten Aufwand. In diesem Zusammenhang sind die Einstufungen einiger Sonderpflegestellen und Erziehungsstellen zu sehen, bei denen keine oder nur geringe Verhaltensauffälligkeiten der Pflegekinder angegeben waren.

Bedenklich für die Dresdner Stichprobe ist der in Tabelle 18 dargestellte rot markierte Bereich, der die Anzahl der Kinder mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten und nicht adäquat eingestuftem Erziehungsaufwand angibt. Hier fehlen 30 % der „normalen“ Pflegefamilien die finanzielle Entlastung durch eine den tatsächlichen Belastungen entsprechende Anpassung des Erziehungsgeldbeitrages und mindestens 16% die fachliche Unterstützung durch Beratungsleistungen, Erfahrungsaustausch und Supervision (Erziehungsstellenkandidaten).



**Tabelle 18 Erziehungsaufwand/Verhaltensauffälligkeiten Pflegekinder**

Kreuztabelle

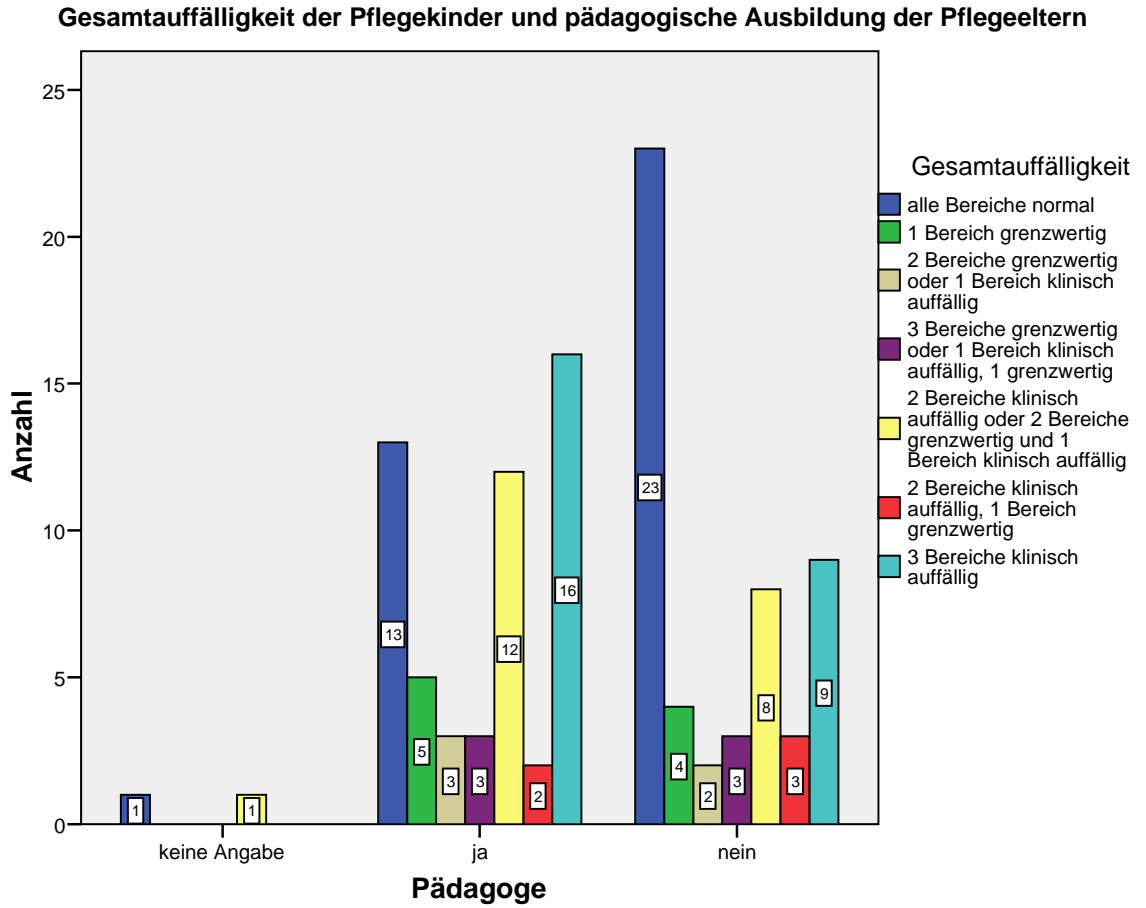
		Gesamtauffälligkeit							Gesamt
		alle Bereiche normal	1 Bereich grenzwertig	2 Bereiche grenzwertig oder 1 Bereich klinisch auffällig	3 Bereiche grenzwertig oder 1 Bereich klinisch auffällig, 1 grenzwertig	2 Bereiche klinisch auffällig oder 2 Bereiche grenzwertig und 1 Bereich klinisch auffällig	2 Bereiche klinisch auffällig, 1 Bereich grenzwertig	3 Bereiche klinisch auffällig	
Erziehungsaufwand	Vollzeitpflege	24 48,0%	7 14,0%	3 6,0%	1 2,0%	7 14,0%	1 2,0%	7 14,0%	50 100,0%
	Sonderpflege2fach	6 26,1%	1 4,3%	1 4,3%	2 8,7%	6 26,1%	1 4,3%	6 26,1%	23 100,0%
	Sonderpflege3fach	2 22,2%	0 ,0%	0 ,0%	1 11,1%	3 33,3%	0 ,0%	3 33,3%	9 100,0%
	Erziehungsstelle	4 16,7%	1 4,2%	1 4,2%	2 8,3%	5 20,8%	3 12,5%	8 33,3%	24 100,0%
Gesamt		36 34,0%	9 8,5%	5 4,7%	6 5,7%	21 19,8%	5 4,7%	24 22,6%	106 100,0%

Bei den bereits als Sonderpflegestufen eingeschätzten Pflegeverhältnissen ist der Grad der Verhaltensauffälligkeiten bei 42 % der Sonderpflegen ebenfalls erheblich höher als eingestuft. Zusätzlich zu den untersuchten 23 Erziehungsstellenkindern kann man nach dem Vergleich der Verhaltensauffälligkeiten bei weiteren 34 Kinder in der Stichprobe einen erzieherischen Bedarf vom Grad eines Erziehungsstellenkindes vermuten.

Durch die Ressource „pädagogische Ausbildung“ wäre die Erziehungsstelleneinstufung formal nach den Vorgaben des Landesjugendamtes zur Mindestqualifikation von Sonderpflegestellen und Erziehungsstellen bei 16 Pflegekindern der Stichprobe sofort möglich, da eine pädagogische Ausbildung mindestens einer Pflegeperson vorhanden ist (siehe Abbildung 24). In der geltenden Dresdner Rahmenkonzeption des Pflegekinderwesens von 2004 heißt es zum Fachstandard einer Erziehungsstelle: „Eine Pflegefamilie/-person verfügt über eine pädagogische oder adäquate Ausbildung, Berufserfahrung und/oder über langjährige Erfahrungen in der Pflegeelternarbeit“ (Jugendamt Dresden 2004, S.10).

Damit wären Einzelfallprüfungen zur Neueinstufung bereits bestehender Pflegeverhältnisse auch ohne pädagogische Ausbildung der Pflegeeltern ohne Weiteres möglich und dringend angebracht. Die Notwendigkeit der intensiven Begleitung, Beratung und Entlastung der nicht adäquat eingestuften Pflegestellen steht außer Zweifel.

**Abbildung 24 Pädagogische Ausbildung der Pflegeeltern/Gesamtauffälligkeit Pflegekinder in der Dresdner Stichprobe 2008**



## 6 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

Die Befragung der Dresdner Pflegefamilien nach Entlastungs- und Unterstützungsbedarf ist auf ein breites Interesse sowohl bei den Pflegefamilien selbst als auch in den Fachgremien des Pflegekinderwesens gestoßen. Das zeigte sich durch die gute Rücklaufquote der Fragebögen, durch zahlreiche sehr aufschlussreiche Gespräche mit Pflegeeltern, Mitarbeitern von ASD und PKD und den freien Trägern der Jugendhilfe Dresdens sowie durch die aktive Unterstützung durch den Pflegekinderdienst des Jugendamts Dresden. Damit ist eine gute Basis für die angestrebte Diskussion der Ergebnisse dieser Arbeit mit allen Beteiligten des Dresdner Pflegekinderwesens gegeben.

Im Vergleich zu anderen Regionen der Bundesrepublik Deutschland hat Dresden einen strukturell und fachlich sehr gut ausgestatteten Pflegekinderdienst. Das hat sich in den Antworten zur Zufriedenheit der Pflegefamilien mit den Fachdiensten des Jugendamtes niedergeschlagen. Es ist hinlänglich bekannt, dass gute Qualität der Arbeit nur bei zu bewältigenden Fallzahlen möglich ist. Dazu gibt es Fachstandards. Der überwiegende Teil der Pflegeeltern empfindet die Unterstützung vom Jugendamt als „gut“ und „sehr gut“. Es gibt aber auch kritische Anmerkungen.

So wünschen sich Pflegeeltern z.B. mehr Hinweise von den Jugendamtsmitarbeitern zu rechtlichen Fragen und bei der Inanspruchnahme von Hilfen, bessere Informationen zu Antragsmöglichkeiten – ohne nachfragen zu müssen. Sie möchten stets als gleichberechtigte Partner behandelt werden, um sich nicht wie lästige Bittsteller fühlen zu müssen. *„Pflegeeltern sollten nicht als Dienstleister angesehen werden sondern als Eltern mit Herz und Verstand“* (Pflegemutter, anonym). Außerdem wünschen sie sich die Einlösung von Hilfsangeboten, die bei der Werbung als Pflegeeltern zugesichert wurden, bei konkretem Bedarf dann aber nicht zur Verfügung gestellt werden. Welcher Bedarf wie und von wem befriedigt werden könnte, wird im Laufe des Kapitels vorgeschlagen.

Bei der Analyse der Problemfelder der Pflegefamilien (Partner, Verwandte, Freunde usw.) fällt auf, dass bei den einzelnen Kategorien, die Probleme nicht so stark empfunden werden. Die meisten Antworten bewegten sich auf der Skala von „keine“ bis „mittel“. Wenn aber die überwiegende Anzahl der Pflegeeltern die Belastungen der Pflegefamilie im Vergleich zur „Familie ohne Pflegekind“ als deutlich höher einschätzt, dann ist die Summe aller Probleme und Anforderungen als „Gesamtbelastung“ der Gradmesser für drohende Überforderung.

Die als maßgeblich ermittelten Probleme mit der Herkunftsfamilie, den Verwandten der Pflegefamilie, den Mitarbeitern ASD/PKD und den Lehrern der Pflegekinder, könnten im Rahmen der bereits bestehenden Veranstaltungsreihen der freien Träger als wichtige Diskussionsthemen aufgegriffen werden. Als Ausgangsansatz sollte dabei stets die Verbesserung der Kommunikation zwischen den Beteiligten, die Offenlegung von gegenseitigen Erwartungen und die Suche nach gemeinsamen Lösungsansätzen stehen. Praktische Hilfe in Einzelfällen kann durch Beratung und Beistandschaft geleistet werden. Das Thema Akzeptanz in der Verwandtschaft sollte auch bei den Pflegeelternseminaren stärkere Beachtung finden. Möglicherweise ist die Einbeziehung nächster Verwandter, wie der Eltern der Pflegeeltern durch gezielte Informationsangebote während der Vorbereitung von Pflegeverhältnissen bei Bedarf sinnvoll.

Auf ein wichtiges Problemfeld, welches bei der Befragung nicht berücksichtigt wurde, haben einige Pflegeeltern aufmerksam gemacht. Es handelt sich um Auswirkungen und Probleme bei den leiblichen Kindern in der Pflegefamilie. Falls der Familienfragebogen noch einmal eingesetzt wird, müsste diese Kategorie ergänzt werden. Auch bei diesem Thema gibt es möglicherweise Beratungs- und Diskussionsbedarf bei den freien Trägern.

Die Erhebung der Kompetenzen und Belastungen der Pflegekinder mittels CBCL-Fragebögen bestätigt die Ergebnisse der Strukturuntersuchung des Forschungsprojektes der Universität Bremen von 2001/2002 unter der Leitung von Prof. Dr. Jürgen Blandow in Bezug auf den Bedarf an besonderen Pflegestellen. Die damals vorsichtige Schätzung, dass etwa 50 % der Fremdpflegekinder besonders entwicklungsbeeinträchtigt sind und entsprechende Pflegestellen benötigen, wird durch die Dresdner Ergebnisse untermauert (vgl. Walter 2004, S. 45 ff.).

Bei höheren Belastungen mit Verhaltensauffälligkeiten brauchen Pflegekinder und Pflegeeltern mehr ergänzende Hilfen und Entlastung. Das ist ein Auftrag der Jugendhilfe liegt in deren Verantwortung. Die fachlich korrekte Einstufung der Pflegeverhältnisse mit erhöhtem Erziehungsbedarf der Kinder ist - im Sinne des Themas dieser Arbeit - Entlastungs- und Unterstützungsbedarf der Pflegefamilien, die Kinder mit erhöhtem Erziehungsbedarf aufgenommen und (noch) keinen diesem Bedarf entsprechenden Status haben.

Das heißt, die Anzahl von Sonderpflegestellen und Erziehungsstellen in Dresden müsste stark zunehmen. Nicht nur bei neu zu schaffenden Plätzen, sondern bei bereits bestehenden Pflegeverhältnissen. Die Offenlegung der Kriterien zur Einstufung von erhöhtem Erziehungs-

bedarf durch das Jugendamt Dresden und deren Diskussion auf der Basis der Ergebnisse der nun vorliegenden Studie wären dringend notwendig.

Das bedeutet zwar, dass sich das monetäre Einsparungspotential von Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII als Alternative zur Heimerziehung pro Platz für die Kommune bei Beginn der Verbesserungen der Hilfe verringert. Langfristig gesehen sind ausreichend Vorteile zu erwarten. Es ist an der Zeit, ganzheitlich und über den Jugendhilfeeat hinaus zu denken. Was nützt die vermeintliche Einsparung von etwa 300 000 € jährlich, wenn damit an anderer Stelle des kommunalen Haushaltes, bzw. perspektivisch gesehen auch im Jugendhilfeeat auf Dauer wesentlich höhere Aufwendungen produziert werden. Hier bedarf es politischer Diskussion um Haushalt-positionen der Stadt Dresden. „Noch immer gehen viele politisch Verantwortliche davon aus, die Hilfe zur Erziehung in Familienpflege sei beinahe zum Nulltarif zu haben. Kinder und Jugendliche können sich jedoch in einer Pflegefamilie nur gut entwickeln, wenn ein breites Spektrum an Beratung und Unterstützung installiert wird, um der Ausnahmesituation, in der sich Kinder, Pflegeeltern und Herkunftseltern befinden gerecht zu werden“ (Wiemann 2001, S. 5).

Das Ziel der Landeshauptstadt Dresden, möglichst viele Kinder, die nicht in ihren Herkunftsfamilien leben können, in Pflegefamilien zu vermitteln und damit auch die teureren Heimkosten zu sparen, wird nur erreicht werden können, wenn eine ausreichende Anzahl gut ausgebildeter und motivierter Pflegeeltern zur Verfügung steht.

Auf den Zusammenhang von Zufriedenheit von Pflegeeltern und Werbung neuer Pflegeeltern wird hingewiesen. Die Weisheit: „Zufriedene Kunden sind die beste Referenz“, ist auch hier zutreffend. Wenn sich die Pflegefamilien der Region ernst genommen, gut unterstützt und in ihren Leistungen angemessen gewürdigt fühlen, dann werden sie diese Lebens- und Arbeitsform auch ohne Einschränkungen weiterempfehlen können.

*„Meine Erfahrung ist: Pflegekinder im Haushalt zu haben, bedeutet einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Der Zeitaufwand für meine beiden ist enorm gewesen, ein 24 Stundenjob, ohne Urlaub. Meiner Begeisterung für diese Arbeit, meiner Leidenschaft habe ich es zu verdanken, dass wir heute eine wundervolle Familiensituation haben“ (Pflegermutter, anonym).*

Die erfolgreiche Werbung und Ausbildung einer ausreichenden Anzahl von Pflegefamilien ist Voraussetzung für die Verhinderung einer Kostenexplosion bei der Vollzeitpflege, wenn die Fälle von Inobhutnahmen von Kindern zunehmen. Berücksichtigt man den derzeitigen Druck in diese Richtung aufgrund der medialen Präsenz von Kindesstötungen und –misshandlungen und der

damit einhergehenden gewollten Sensibilisierung der Bevölkerung, z.B. durch die Plakataktion des Sächsischen Sozialministeriums beginnend im März 2008, kann ein zunehmender Bedarf an Vollzeitpflege in Dresden vermutet werden.

Wie der hohe Anteil von Pflegeeltern mit pädagogischer Ausbildung in der Stichprobe der Dresdner Pflegefamilien zeigt, ist es für diese Berufsgruppe eine Alternative, professionell als Pflegeperson zu Hause tätig zu sein. Der Erfolg der Werbung potentieller professioneller Pflegefamilien aus diesen Berufsfeldern für besonders entwicklungsbeeinträchtigte Kinder wird davon abhängen, ob die Rahmenbedingungen für Erziehungsstellen attraktiver gestaltet werden.

In der Stichprobe sind Pflegeverhältnisse, die seit 2004 und 2005 bestehen überproportional vertreten. Eine Erklärung dafür ist die Umsetzung der Rahmenkonzeption zur Weiterentwicklung des Pflegekinderwesens in der Landeshauptstadt Dresden von 2004, welche für 2004 die Vermittlung von 30 Kindern in Familienpflege zu den bestehenden 170 Pflegeverhältnissen vorsah. Die Konzeption sieht vor, Kinder von 0-6 Jahren grundsätzlich in Familienpflege zu vermitteln. Durch Schaffung von Erziehungs- und Sonderpflegestellen sollten auch besonders entwicklungsbeeinträchtigte Kinder und ältere Kinder in Pflegefamilien aufgenommen werden können. Eine Erhöhung der Ausgaben für die Pflegestellen nach § 33 SGB VIII wurde ausdrücklich an die zu erfolgenden Einsparungen der Vollzeitpflege nach § 34 SGB VIII (Heime und andere betreute Wohnformen) gekoppelt. In der Kalkulation sind Kosten für die Inanspruchnahme von Fachberatung und Supervision für die Sonderpflege- und Erziehungsstellen enthalten (vgl. Jugendamt Dresden 2004, S. 32 ff.).

In Anbetracht der ermittelten Rangfolge der Bedarfe auf Entlastung und Unterstützung fehlen bisher **Auszeitmöglichkeiten** für die Erziehungsstellen. Die laut Empfehlung des Landesjugendamtes eigentlich verpflichtend wahrzunehmende **Supervision** wird nur in Einzelfällen und auf eigene Initiative in Anspruch genommen. Kurz gesagt stehen diese Entlastungsmöglichkeiten bisher nur auf dem Papier. Sie werden aber dringend benötigt.

**Mutter-Vater-Kind-Kur, Kur für Pflegekind** und **Ferienlager für Pflegekind** wurden als Regenerations- und Auszeitmöglichkeiten von den Pflegeeltern ebenfalls für wichtig befunden. Da die Bewilligung von Mutter-Kind-Kuren für Pflegefamilien bei den verschiedenen Krankenkassen und auch regional sehr unterschiedlich gehandhabt wird, wäre es sinnvoll bei den Krankenkassen eine Kampagne zu initiieren, die auf die besondere Situation von Pflegefamilien aufmerksam macht. Unter Berücksichtigung der nachgewiesenen hohen Belastungen müsste die Teilnahme an einer Kurmaßnahme aller 2-3 Jahre (außerhalb des Regelfalls) Standard für Pflegefamilien sein.

Eine Spezialisierung von Kureinrichtungen (wie in einigen Regionen schon vorhanden) für diese Gruppe wäre für einen optimalen Kurerfolg ebenfalls wünschenswert. Das wird nur mit Unterstützung von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege funktionieren. Eine diesbezügliche Initiative von OUTLAW hat Anfang 2008 für einige Pflegefamilien der Region Erfolg gebracht. .

Spezielle Ferienlagerangebote für Pflegekinder gibt es nur wenige. Pflegeeltern behinderter Pflegekinder nutzen oft Angebote der Lebenshilfe, die meist Wochenfreizeiten anbietet. Für Pflegekinder ohne Behindertenstatus gibt es bisher kaum Möglichkeiten in der Region. Hier sind die freien Träger gefragt, entsprechend der Bedürfnisse Angebote zu organisieren.

Die Bedeutung von Erfahrungsaustausch, Beratung und Weiterbildung heben über 70 % der Pflegefamilien hervor. Die Bereitschaft zur Weiterbildung scheint also bei weit mehr Pflegeeltern vorhanden zu sein, als bisher an den Veranstaltungen der freien Träger teilgenommen haben. Das sollte Anlass sein, Themen, Termine, Ort und Publikation der Veranstaltungen zu überprüfen. Es wurde der Wunsch geäußert, die Teilnahme an auswärtigen Weiterbildungsveranstaltungen zu unterstützen, durch anteilige oder vollständige Kostenübernahme durch das Jugendamt. Denkbar wäre hier beispielsweise ein Weiterbildungsgutschein, der innerhalb eines Hilfeplanzeitraumes eingelöst werden kann.

Die Untersuchung der Dresdner Pflegekinder bestätigt: Je eher die Kinder in Pflege genommen wurden, desto geringer das Risiko der Ausprägung klinisch relevanter Verhaltensauffälligkeiten. In Bezug auf das Risiko der Ausprägung klinisch relevanter Verhaltensauffälligkeiten haben postnatale Schädigungen bei Pflegekindern erheblich größeren Anteil als pränatale Schädigungen.

Damit geht der dringende Appell an die sozialen Dienste einher, die Zweckmäßigkeit ambulanter Hilfen bei chronisch pathologischen Familienverhältnissen zu überprüfen. Zeitigere Inpflegegabe von hochgefährdeten Kindern verhindert Deprivation<sup>3</sup> und verringert das Risiko der Ausprägung klinisch relevanter Verhaltensauffälligkeiten bei Pflegekindern.

---

<sup>3</sup> Verlust oder Mangel an mütterlicher Pflege und Zuwendung sowie seine psychischen Folgen (maternal deprivation). Von einem Verlust der mütterlichen Pflege wird gesprochen: a) wenn ein Kind von seiner Mutter oder einer Person, die Mutterfunktionen ausfüllt, getrennt wird und in einem Heim ohne hinreichende emotionale Zuwendung einer Beziehungsperson aufwächst; b) wenn es häufig dem Wechsel der Personen, die Mutterfunktionen ausfüllen, ausgesetzt ist; c) wenn es von seiner Mutter oder einer betreuenden Mutterperson ständig emotional abweisend behandelt wird. – Der Mangel an Nestwärme oder eine längere Trennung des Kindes von seiner Mutter kann schwere Störungen nach sich ziehen: Angst, Kontaktunfähigkeit, Bindungslosigkeit, geistige und körperliche Verkümmern. Von den Variablen, die Art und Ausmaß der Störungen beeinflussen, ist das Alter des Kindes bei Beginn der Deprivation von Bedeutung. Schwere Vernachlässigung, die im ersten Lebensjahr, besonders in der zweiten Hälfte, beginnt und bis etwa drei Jahre anhält, beeinträchtigt sowohl die intellektuelle als auch die psychosoziale Entwicklung schwer und nachhaltig. Setzt längerer und ernster Pflegeverlust erst im zweiten Lebensjahr ein, bleiben nachhaltige Persönlichkeitsstörungen zurück, während der Rückstand in der allgemeinen Intelligenz reversibel ist. Wiederholter Wechsel der Pflegepersonen schädigt in dieser Zeit besonders die emotionale Bindungsfähigkeit. Als Faustregel kann für die ersten drei Lebensjahre gelten, daß die Aussicht auf völlige Rückbildung von psychischen Folgezuständen um so größer ist, je früher im ersten Lebensjahr und je später nach dem ersten Lebensjahr die Deprivation erfolgte.“ (Quelle: [http://www.medpsych.uni-freiburg.de/OL/glossar/body\\_deprivation.html](http://www.medpsych.uni-freiburg.de/OL/glossar/body_deprivation.html))

Die derzeit stattfindende Überarbeitung der Rahmenkonzeption zur Weiterentwicklung des Pflegekinderwesens in der Landeshauptstadt Dresden ist eine Chance, neue Ideen zur Verbesserung des Pflegekinderwesens einfließen zu lassen. Wünschenswert wäre die engere Zusammenarbeit des Allgemeinen Sozialen Dienstes der Stadtteile mit den freien Trägern der Jugendhilfe. In anderen Bereichen der Jugendhilfe (z.B. Interventions- und Präventionsprojekt (IPP) der Jugendgerichtshilfe) sind in Dresden bereits Kooperationen über Ressortgrenzen hinaus gelungen, die beispielgebend sind.

Zur Bestätigung der Hypothese, dass die Belastung der Pflegekinder mit Verhaltensauffälligkeiten in den neuen Bundesländern signifikant höher ist, als in den alten Bundesländern, bedürfte es weiterer Erhebungen in anderen ostdeutschen Großstädten (z.B. Leipzig, Chemnitz, Magdeburg). Es deutet sich im Zusammenhang mit den belegbaren soziodemografischen Unterschieden bereits an, dass eine differenzierte Betrachtungsweise der neuen und alten Bundesländer im Bereich des Pflegekinderwesens notwendig ist. Der Hinweis auf Unterschiedlichkeit darf hierbei nicht abgrenzend oder ideologisierend verstanden werden. Ziel dieser Differenzierung sollte die regional bedarfsgerechte Entwicklung der Hilfen zur Erziehung sein. Eine optimale Ausgestaltung dieses wichtigen und kostenintensiven Bereiches der Jugendhilfe ist nur unter Kenntnis und Nutzung regionaler Besonderheiten möglich. Um die Frage nach den Ursachen der unterschiedlichen Belastungen der Pflegekinder hinreichend beantworten zu können, müssten Strukturunterschiede und Unterschiede in den Arbeitsweisen im Pflegekinderwesen der Regionen mit erhoben und analysiert werden.



## 7 Anlagen

<b>Anlage 1</b>	Tabelle 19	Vergleich Problembelastung bei Pflegekindern (DJI / Dresden/ Halle)
<b>Anlage 2</b>		Allgemeiner Familienfragebogen Seite 1
<b>Anlage 3</b>		Allgemeiner Familienfragebogen Seite 2
<b>Anlage 4</b>		Familienfragebogen Seite 3
<b>Anlage 5</b>		Familienfragebogen Seite 4
<b>Anlage 6</b>		Anleitung zum Ausfüllen des Allgemeinen Fragebogens, Seite 1
<b>Anlage 7</b>		Anleitung zum Ausfüllen des Allgemeinen Fragebogens, Seite 2
<b>Anlage 8</b>	Tabelle 2:	Anzahl der Pflegekinder pro Familie (Stichprobe)
	Tabelle 3:	Berufsausbildung Pflegemutter
	Tabelle 4:	Berufsausbildung Pflegevater
<b>Anlage 9</b>	Tabelle 5:	Minderjährige leibliche Kinder im Haushalt
	Tabelle 6:	Leibliche Kinder im Haushalt
	Tabelle 7:	Anzahl Kinder im Haushalt (gesamt)
	Tabelle 8:	Leibliche Kinder gesamt
<b>Anlage 10</b>	Tabelle 9:	Alter der Pflegeeltern zum Pflegekind passend
	Tabelle 10:	Bisherige Pflegedauer
	Tabelle 11:	Alter des Pflegekindes zum Zeitpunkt der Inpflegegabe
	Tabelle 12:	Personensorge
<b>Anlage 11</b>	Tabelle 13:	Erziehungsaufwand (Einstufung durch das Jugendamt)
	Tabelle 14:	Einzelvormundschaften * Probleme mit der Herkunftsfamilie
<b>Anlage 12</b>	Abb. 1:	Einzelvormundschaften und Probleme mit der Herkunftsfamilie
	Abb. 2:	Einschätzung der Unterstützung durch betreuenden Träger
<b>Anlage 13</b>	Abb. 3:	Einschätzung der Unterstützung durch Träger Diakonie Dresden
	Abb. 4:	Einschätzung der Unterstützung durch Träger Pflegeelternverein
<b>Anlage 14</b>	Tabelle 15:	Anzahl der Freunde
	Tabelle 16:	Sonderbeschulung
	Tabelle 17:	Wiederholung Klasse
	Tabelle 18:	Lernschwierigkeiten
	Tabelle 19:	Anzahl Schulprobleme
<b>Anlage 15</b>	Tabelle 20:	Internalisierende Verhaltensauffälligkeiten in Abhängigkeit vom Alter der Inpflegegabe
	Tabelle 21:	Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten in Abhängigkeit vom Alter der Inpflegegabe
<b>Anlage 16</b>	Tabelle 22:	Gesamtscore der Auffälligkeiten Abhängigkeit vom Alter der Inpflegegabe
	Abb. 5:	Kurvenanpassungen Alter Inpflegegabe zu Verhaltensauffälligkeit (normint)
<b>Anlage 17</b>	Abb. 6:	Kurvenanpassungen Alter Inpflegegabe zu Verhaltensauffälligkeit (normext)
	Abb. 7:	Kurvenanpassungen Alter Inpflegegabe zu Verhaltensauffälligkeit (normges)
<b>Anlage 18</b>	Tabelle 23:	Alter der Inpflegegabe bis 120 Monate und internalisierende, externalisierende und Gesamtauffälligkeit (klassiert)
	Tabelle 24:	Alter der Inpflegegabe bis 120 Monate und internalisierende, externalisierende und Gesamtauffälligkeit (ohne Klassierung)
<b>Anlage 19</b>	Tabelle 25:	Kreuztabelle Alter der Inpflegegabe *angeborene Krankheit/Behinderung
<b>Anlage 20</b>	Tabelle 26:	Kreuztabelle eingestufter Erziehungsaufwand/Verhaltensauffälligkeiten (normges)
	Tabelle 27:	Kreuztabelle eingestufter Erziehungsaufwand/Verhaltensauffälligkeiten (normin)
<b>Anlage 21</b>	Tabelle 28:	Kreuztabelle eingestufter Erziehungsaufwand/Verhaltensauffälligkeiten (normext)
	Abb. 8:	Stichprobe Dresden Dauer des Pflegeverhältnisses (n=106)
<b>Anlage 22</b>	Tabelle 29:	Wochenendbetreuung von Pflegekindern
	Tabelle 30:	Angebot Kurzzeitpflege
	Tabelle 31:	Angebot als Ferienlagerbetreuung für Pflegekinder
<b>Anlage 23</b>	Tabelle 32:	Angebot als Beistand
	Tabelle 33:	Angebot als Berater in einer Selbsthilfegruppe
	Tabelle 34:	Häufigkeiten der zugeordneten Gesamtauffälligkeit

Problembelastung bei Pflegekindern	47% Mädchen	47,30% Mädchen	48,50% Mädchen	52,70% Mädchen	54,50% Mädchen	52,90% Mädchen
	DJI 2005 n=427 Alter 1-18 J.	DD 2008 n=108 Alter 1-18 Jahr	Dresden 2008 n=99 Alter 4-18 J.	Dresden 2008 n=77 ohne EST	Dresden 2008 n=66 nur jüngstes PK	Halle n=34 Alter 4-18
<u>Klinisch bedeutsame Verhaltensauffälligkeit</u>						
<b>Externalisierung</b> (nach außen gerichtetes Problemverhalten)	30,9%	41,7%	45,5%	41,6%	48,5%	44,1%
<b>Internalisierung</b> (nach innen gerichtetes Problemverhalten)	39,4%	29,6%	31,3%	29,9%	34,8%	23,5%
<b>Gesamt</b>	31,1%	49,1%	53,5%	48,1%	56,1%	41,2%
<u>Schulschwierigkeiten</u>						
<b>Sonderbeschulung</b>	18,4%	36,7%	36,7%	30,5%	32,7%	42,9%
<b>Mindestens eine Klassenwiederholung</b>	19,9%	31,6%	31,6%	30,5%	34,7%	19,2%
<b>Lernschwierigkeiten</b>	48,6%	75,9%	75,9%	69,5%	73,5%	41,7%
<b>Mindestens eine angegebene Schulschwierigkeit</b>	56,4%	84,8%	84,8%	81,4%	81,6%	54,2%
<u>Gesundheitliche Probleme</u>						
<b>Behinderung / chronische Erkrankung</b>	24,6%		49,5%	44,2%	51,5%	
<b>Klinisch relevante psychosomatische Beschwerden</b>	12,1%		11,5%	13,5%		
<b>Mindestens bei einem der beiden Punkte gesundheitliche Probleme</b>	31,5%		57,6%	51,9%	60,6%	

Tabelle 1 Vergleich Problembelastung bei Pflegekindern (DJI / Dresden/ Halle)

**Fragebogen zur Situation von Pflegefamilien**

**Allgemeine Angaben**

<b>(1) Alter</b>	<b>(2) Beruf</b>	<b>(3) Berufstätigkeit</b>	<b>(4) pädagogische Ausbildung</b>
Pflegemutter _____	_____	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Pflegevater _____	_____	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>(5) Wohnraum:</b>		<input type="radio"/> Eigentum	<input type="radio"/> Miete
<b>Anzahl Zimmer:</b>		<input type="radio"/> 1- 2 Zimmer <input type="radio"/> 3-4 Zimmer	<input type="radio"/> 5- 7 Zimmer <input type="radio"/> mehr als 7
<b>Größe der Wohnung:</b>		<input type="radio"/> bis 45 qm <input type="radio"/> 46 bis 65 qm <input type="radio"/> 66 bis 80 qm	<input type="radio"/> 81 bis 125 qm <input type="radio"/> 126 bis 150 qm <input type="radio"/> über 150 qm

**(6) Angaben zu eigenen Kindern (leibliche und Adoptivkinder):**

	Alter	im Haushalt		Alter	im Haushalt
Kind 1		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Kind 5		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Kind 2		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Kind 6		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Kind 3		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Kind 7		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Kind 4		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Kind 8		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**(7) Angaben zu den Pflegekindern:**

Bitte Altersangaben in Jahr und Monaten (z.B. 1 Jahr und 5 Monate = 1J5M)

Tragen Sie in den Spalten bitte die zutreffenden Abkürzungen ein, bzw. kreuzen Sie an!

Pflegekind	Alter und Geschlecht  männl. = m weibl. = w	Alter zum Zeitpunkt der Inpflege-nahme	Sonder-pflege-stufe oder Erziehungs-stelle ? <b>S2, S3, ESt</b>	Pflege Versi-cherungs-stufe? <b>PI, PII, PIII</b>	Einstufung Seel. Behind. §35a SGB VIII	Schwer-Behin-derten-ausweis % <b>und Klassen (G, ...</b>	Art der Pflege Dauer <b>(DP)</b> Bereitsch. <b>(BP)</b> Verwandte <b>(VP)</b> unklare Perspektive <b>(UP)</b>	Fall-füh-rend <b>ASD</b> oder <b>PKD?</b>	Sorge-Recht? Herk. eltern <b>(HE)</b> Amts-Vormund <b>(VM)</b> Einzel Vormund/Pflege fam. <b>(EM)</b>
<b>PK 1</b>	Alter:____ m / w				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
<b>PK 2</b>	Alter:____ m / w				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
<b>PK 3</b>	Alter:____ m / w				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
<b>PK 4</b>	Alter:____ m / w				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				

**(8) In welchen Bereichen haben Sie als Pflegeeltern im Zusammenhang mit den Besonderheiten der Pflegekinder Probleme?**

**(Schweregrad 1= keine, 2= wenig, 3= mittel, 4=stark, 5= sehr stark)**

Bitte jeden Bereich beurteilen!

mit dem Partner	1	2	3	4	5	mit der Herkunftsfamilie	1	2	3	4	5
mit Verwandten	1	2	3	4	5	mit den Mitarbeitern d. Kita	1	2	3	4	5
mit Freunden d. PF	1	2	3	4	5	mit d. Lehrern in d. Schule	1	2	3	4	5
mit Nachbarn d. PF	1	2	3	4	5	mit Trainern/Betreuern	1	2	3	4	5
mit dem Vormund	1	2	3	4	5	mit dem ASD/PKD	1	2	3	4	5

**(9) Haben Ihre Pflegekinder Kontakte mit den Herkunftseltern oder anderen Mitgliedern der Herkunftsfamilie? Welcher Zeitaufwand entsteht Ihnen jährlich dafür?**

	Besuchskontakt jährlich	Schriftlicher/telefon. Kontakt	Zeitaufwand für PF in Stunden/Jahr
<b>Pflege-Kind 1</b>	<input type="radio"/> ja ___mal <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____ Stunden
<b>Pflege-Kind 2</b>	<input type="radio"/> ja ___mal <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____ Stunden
<b>Pflege- Kind 3</b>	<input type="radio"/> ja ___mal <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____ Stunden
<b>Pflege- Kind 4</b>	<input type="radio"/> ja ___mal <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____ Stunden

**(10) Welche und wie viele Personen und Institutionen sind insgesamt am Helfersystem rings um Ihre Pflegefamilie beteiligt?**

Bitte tragen Sie jeweils die Anzahl ein!

	Anzahl		Anzahl
Jugendämter		Schulen/Kindertageseinrichtungen	
Sachbearbeiter ASD		Klassenlehrer	
Sachbearbeiter PKD		Beistände	
Vormünder/Pfleger		Ärzte/Therapeuten	
Verfahrenspfleger		Sonstige	

**(11) Wie viele Hilfepläne und Helferkonferenzen werden jährlich insgesamt mit Ihnen durchgeführt?**

Anzahl: \_\_\_\_\_

**(12) Wie fühlen Sie sich vom Jugendamt unterstützt?**

- sehr gut
- gut
- mittel
- schlecht
- sehr schlecht

**(13) Wie fühlen Sie sich durch den betreuenden Träger unterstützt?**  
(betrifft nur Erziehungsstellen)

- sehr gut
- gut
- mittel
- schlecht
- sehr schlecht

**(14) Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch die freien Träger der Jugendhilfe in Dresden?**

**Diakonie**

- sehr zufrieden
- mittelmäßig zufrieden
- gar nicht zufrieden
- weiß nicht

**Pflegeelternverein „Wegen uns..“**

- sehr zufrieden
- mittelmäßig zufrieden
- gar nicht zufrieden
- weiß nicht

**(15) Wie schätzen Sie Ihre familiäre Belastung im Vergleich zu einer ähnlich strukturierten Familie ohne Pflegekinder ein?**

- deutlich höher
- etwas höher
- genauso hoch
- etwas weniger
- deutlich weniger

**(16) Welche Angebote wünschen Sie sich? Wie wichtig wären diese für Sie?**

Bitte auch ankreuzen, wenn Sie diese bereits nutzen!

(1 = sehr wichtig, 2 = wichtig, 3 = weniger wichtig)

<input type="radio"/> Erfahrungsaustausch mit anderen PE	1	2	3
<input type="radio"/> Selbsthilfegruppe/Vereinsmitglied	1	2	3
<input type="radio"/> Weiterbildung	1	2	3
<input type="radio"/> Beratung	1	2	3
<input type="radio"/> Beistandschaft/Mediation	1	2	3
<input type="radio"/> Supervision	1	2	3
<input type="radio"/> Coaching	1	2	3
<input type="radio"/> Haushaltshilfe	1	2	3
<input type="radio"/> Familienentlastender Dienst (FED)	1	2	3
<input type="radio"/> Sozialpädagogische Familienhilfe	1	2	3
<input type="radio"/> Wochenendbetreuung der Kinder	1	2	3
<input type="radio"/> Babysitter	1	2	3
<input type="radio"/> Leih-Oma-Opa	1	2	3
<input type="radio"/> Nachmittagsangebote für PK	1	2	3
<input type="radio"/> Urlaubsvertretung	1	2	3
<input type="radio"/> Ferienlager für Pflegekinder	1	2	3
<input type="radio"/> Kur für Pflegekinder	1	2	3
<input type="radio"/> Mutter/Vater-Kind-Kur	1	2	3
<input type="radio"/> sonstige Ideen	1	2	3

---



---



---



---

**(17) Würden Sie einen eigenen Beitrag zur Entlastung anderer Pflegefamilien leisten, wenn Sie im Gegenzug ebenfalls entlastet werden?**

- an Wochenenden \_\_\_\_\_ Tage/Jahr
- als Kurzzeitpflege \_\_\_\_\_ Tage/Jahr
- als Ferienlagerbetreuung \_\_\_\_\_ Tage/Jahr
- als Beistand \_\_\_\_\_ Stunden im Jahr
- als Berater in Selbsthilfegruppe \_\_\_\_\_ Stunden im Jahr
- sonstige Möglichkeiten und Ideen

---



---



---



---

Ich danke Ihnen für Ihre Mühe und die Zeit, die Sie für diese Untersuchung investiert haben. ☺

**Anleitung zum Ausfüllen des Allgemeinen Fragebogens**

Abkürzungen:

ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
HE	Herkunftseltern
Kita	Kindertagesstätte
PF	Pflegefamilie
PK	Pflegekind
PKD	Pflegekinderdienst

- (1) Bitte geben Sie an wie alt Sie sind.
- (2) Bitte geben Sie Ihren Beruf an. (Höchste erreichte Qualifikation.)
- (3) Geben Sie den Umfang der Berufstätigkeit an.
- (4) Haben Sie eine pädagogische Ausbildung? z.B. Erzieher, Heilpädagoge, Lehrer, Sozialpädagoge o.ä.
- (5) Ist Ihre Wohnung Ihr Eigentum oder gemietet? Wie viele Zimmer stehen Ihrer Familie zur Verfügung. Welche Größe hat Ihre Wohnung?
- (6) Bitte geben Sie das jetzige Alter Ihrer leiblichen oder Adoptivkinder an und kreuzen Sie an, ob diese noch in Ihrem Haushalt leben oder nicht.
- (7) Schätzen Sie hier den Schweregrad der Probleme ein, die Sie auf Grund der Besonderheiten Ihrer Pflegekinder mit dem aufgeführten Personenkreis haben.
- (8) Übernehmen Sie die Nummer (PK 1, PK 2 usw.) die Sie ihrem Pflegekind unter Frage 7 bereits gegeben haben und tragen Sie in Spalte 2 zu jedem Pflegekind die Anzahl der jährlich stattfindenden Besuchskontakte mit der Herkunftsfamilie ein. (Dazu gehören auch Besuchskontakte zu leiblichen Großeltern, Tanten, Onkels und sonstigen leiblichen Verwandten des Pflegekindes.) In Spalte 2 kreuzen Sie an ob telefonischer oder schriftlicher Kontakt besteht und in Spalte 3 schätzen Sie bitte den Zeitaufwand der Ihnen als Pflegefamilie durch diese Kontakte entsteht pro Jahr und Kind ein. (Berücksichtigen Sie dabei auch Zeiten für Hinbringen, Abholen usw.)
- (10) Eine Pflegefamilie hat mit vielen Personen rings um das Pflegekind zu tun. Bitte geben Sie für Ihre Familie die Anzahl der Personen in jeder vorgeschlagenen Rubrik ein. Berücksichtigen Sie bitte alle Ihre Pflegekinder. ( z.B. 1 Jugendamt, aber mehrere Sachbearbeiter, da mehrere Pflegekinder.)
- (11) Bitte geben Sie die Anzahl der jährlich mit Ihnen als Pflegeeltern durchgeführten Hilfepläne und Helferkonferenzen an. (Durchschnittlich letzte 2 Jahre)
- (12) Bitte beantworten Sie die Frage, indem Sie das Zutreffende ankreuzen.
- (13) Bitte beantworten Sie die Frage, indem Sie das Zutreffende ankreuzen.

- 14) Bitte beantworten Sie die Frage, indem Sie das Zutreffende ankreuzen.
- (15) Bitte beantworten Sie die Frage, indem Sie das Zutreffende ankreuzen.
- (16) Bitte kreuzen Sie in allen Rubriken, die sie bereits nutzen oder die Sie sich wünschen die Wichtigkeit für Sie an.  
(Wenn Sie ein einer Zeile nichts ankreuzen, heißt das, dieses Angebot käme für Sie nicht in Frage.)
- (17) Diese Frage ist für die Organisation eines Selbsthilfepools der Pflegeeltern wichtig. Welche Ressourcen haben Sie, die Sie zur Verfügung stellen könnten?

**Sonstiges:**

Wenn Ihnen die vorgeschlagenen Rubriken in den Fragen nicht ausreichen, Sie noch ganz andere Probleme, Ideen oder Vorschläge haben, dann nutzen Sie bitte das letzte freie Blatt für Ihre persönlichen Anmerkungen.

Vielen Dank!



### Anzahl PK

Anzahl PK	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 1,00	45	60,0	60,0	60,0
2,00	23	30,7	30,7	90,7
3,00	5	6,7	6,7	97,3
4,00	2	2,7	2,7	100,0
Gesamt	75	100,0	100,0	

Tabelle 2 Anzahl der Pflegekinder pro Familie (Stichprobe)

### PM Beruf

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ohne Beruf	1	1,3	1,4	1,4
	Facharbeiter	19	25,3	26,4	27,8
	Meister	1	1,3	1,4	29,2
	Fachschulabschluss	23	30,7	31,9	61,1
	FH-Abschluss	11	14,7	15,3	76,4
	Hochschulabschluss	15	20,0	20,8	97,2
	Abitur	1	1,3	1,4	98,6
	selbständig	1	1,3	1,4	100,0
	Gesamt	72	96,0	100,0	
Fehlend	System	3	4,0		
Gesamt		75	100,0		

Tabelle 3 Berufsausbildung Pflegemütter

### PV Beruf

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Facharbeiter	18	24,0	27,7	27,7
	Meister	6	8,0	9,2	36,9
	Fachschulabschluss	5	6,7	7,7	44,6
	FH-Abschluss	12	16,0	18,5	63,1
	Hochschulabschluss	17	22,7	26,2	89,2
	selbständig	6	8,0	9,2	98,5
	Rentner	1	1,3	1,5	100,0
	Gesamt	65	86,7	100,0	
Fehlend	System	10	13,3		
Gesamt		75	100,0		

Tabelle 4 Berufsausbildung Pflegeväter

**Anzahl minderjähriger leiblicher Kinder im Haushalt**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	32	42,7	42,7	42,7
	1	20	26,7	26,7	69,3
	2	20	26,7	26,7	96,0
	3	2	2,7	2,7	98,7
	4	1	1,3	1,3	100,0
	Gesamt	75	100,0	100,0	

**Tabelle 5 Minderjährige leibliche Kinder im Haushalt****leibliche Kinder im Haushalt**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	,00	25	33,3	33,3	33,3
	1,00	29	38,7	38,7	72,0
	2,00	17	22,7	22,7	94,7
	3,00	3	4,0	4,0	98,7
	4,00	1	1,3	1,3	100,0
	Gesamt	75	100,0	100,0	

**Tabelle 6 Leibliche Kinder im Haushalt****Anzahl Kinder im Haushalt**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1,00	17	22,7	22,7	22,7
	2,00	20	26,7	26,7	49,3
	3,00	17	22,7	22,7	72,0
	4,00	15	20,0	20,0	92,0
	5,00	2	2,7	2,7	94,7
	6,00	1	1,3	1,3	96,0
	7,00	3	4,0	4,0	100,0
	Gesamt	75	100,0	100,0	

**Tabelle 7 Anzahl Kinder im Haushalt (gesamt)****Leibliche Kinder gesamt**

Anzahl leibl. Kinder		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	,00	14	18,7	18,7	18,7
	1,00	17	22,7	22,7	41,3
	2,00	20	26,7	26,7	68,0
	3,00	15	20,0	20,0	88,0
	4,00	5	6,7	6,7	94,7
	5,00	3	4,0	4,0	98,7
	7,00	1	1,3	1,3	100,0
	Gesamt	75	100,0	100,0	

**Tabelle 8 Leibliche Kinder gesamt**

## Alter der PE zum PK passend?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine Angaben	2	2,7	2,7	2,7
	Alter passend	68	90,7	90,7	93,3
	Alter unpassend	5	6,7	6,7	100,0
	Gesamt	75	100,0	100,0	

Tabelle 9 Alter der Pflegeeltern zum Pflegekind passend

## Bisherige Pflegedauer

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	bis 1 Jahr	11	10,2	10,4	10,4
	1-3 Jahre	21	19,4	19,8	30,2
	3-5 Jahre	24	22,2	22,6	52,8
	5-7 Jahre	13	12,0	12,3	65,1
	7-10 Jahre	20	18,5	18,9	84,0
	> 10 Jahre	17	15,7	16,0	100,0
	Gesamt	106	98,1	100,0	
Fehlend	System	2	1,9		
Gesamt		108	100,0		

Tabelle 10 Bisherige Pflegedauer

## Alter zum Zeitpunkt der Inpflegegabe

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	bis 1 Jahr	32	29,6	30,2	30,2
	1-3 Jahre	20	18,5	18,9	49,1
	3-6 Jahre	23	21,3	21,7	70,8
	6-12 Jahre	24	22,2	22,6	93,4
	> 12 Jahre	7	6,5	6,6	100,0
	Gesamt	106	98,1	100,0	
Fehlend	System	2	1,9		
Gesamt		108	100,0		

Tabelle 11 Alter des Pflegekindes zum Zeitpunkt der Inpflegegabe

## Sorge

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	HE	27	25,0	26,5	26,5
	AVM	25	23,1	24,5	51,0
	EVM	50	46,3	49,0	100,0
	Gesamt	102	94,4	100,0	
Fehlend	System	6	5,6		
Gesamt		108	100,0		

Tabelle 12 Personensorge

## Erziehungsaufwand

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Vollzeitpflege	50	46,3	47,2	47,2
	Sonderpflege2fach	23	21,3	21,7	68,9
	Sonderpflege3fach	9	8,3	8,5	77,4
	Erziehungsstelle	24	22,2	22,6	100,0
	Gesamt	106	98,1	100,0	
Fehlend	System	2	1,9		
Gesamt		108	100,0		

Tabelle 13 Erziehungsaufwand (Einstufung durch Jugendamt)

## Einzelvormund und Probleme mit der Herkunftsfamilie

		Probleme mit der Herkunftsfamilie					Gesamt
		keine	wenig	mittel	stark	sehr stark	keine
,00	Anzahl	11	6	6	8	2	33
	% von EinzelVM	33,3%	18,2%	18,2%	24,2%	6,1%	100,0%
	% von Probleme mit der Herkunftsfamilie	36,7%	50,0%	46,2%	88,9%	28,6%	46,5%
1 PK	Anzahl	16	2	6	0	5	29
	% von EinzelVM	55,2%	6,9%	20,7%	,0%	17,2%	100,0%
	% von Probleme mit der Herkunftsfamilie	53,3%	16,7%	46,2%	,0%	71,4%	40,8%
2 PK	Anzahl	2	2	1	1	0	6
	% von EinzelVM	33,3%	33,3%	16,7%	16,7%	,0%	100,0%
	% von Probleme mit der Herkunftsfamilie	6,7%	16,7%	7,7%	11,1%	,0%	8,5%
3 PK	Anzahl	0	1	0	0	0	1
	% von EinzelVM	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% von Probleme mit der Herkunftsfamilie	,0%	8,3%	,0%	,0%	,0%	1,4%
4 PK	Anzahl	1	1	0	0	0	2
	% von EinzelVM	50,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% von Probleme mit der Herkunftsfamilie	3,3%	8,3%	,0%	,0%	,0%	2,8%
Gesamt	Anzahl	30	12	13	9	7	71
	% von EinzelVM	42,3%	16,9%	18,3%	12,7%	9,9%	100,0%
	% von Probleme mit der Herkunftsfamilie	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 14 Kreuztabelle Einzelvormundschaften \* Probleme mit der Herkunftsfamilie

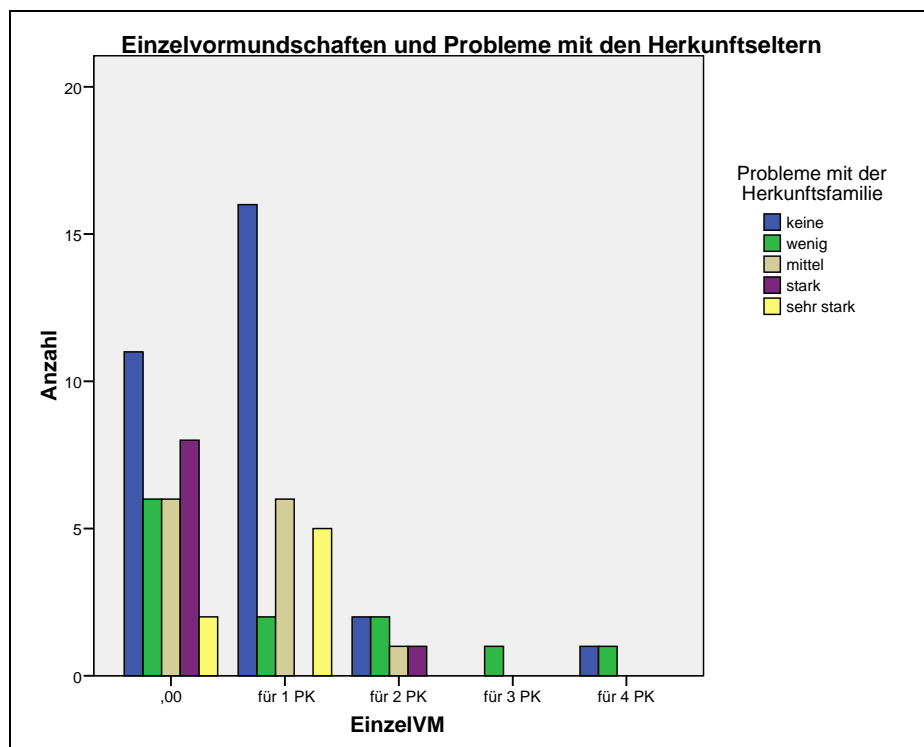


Abbildung 1 Einzelvormundschaften und Probleme mit Herkunftsfamilie

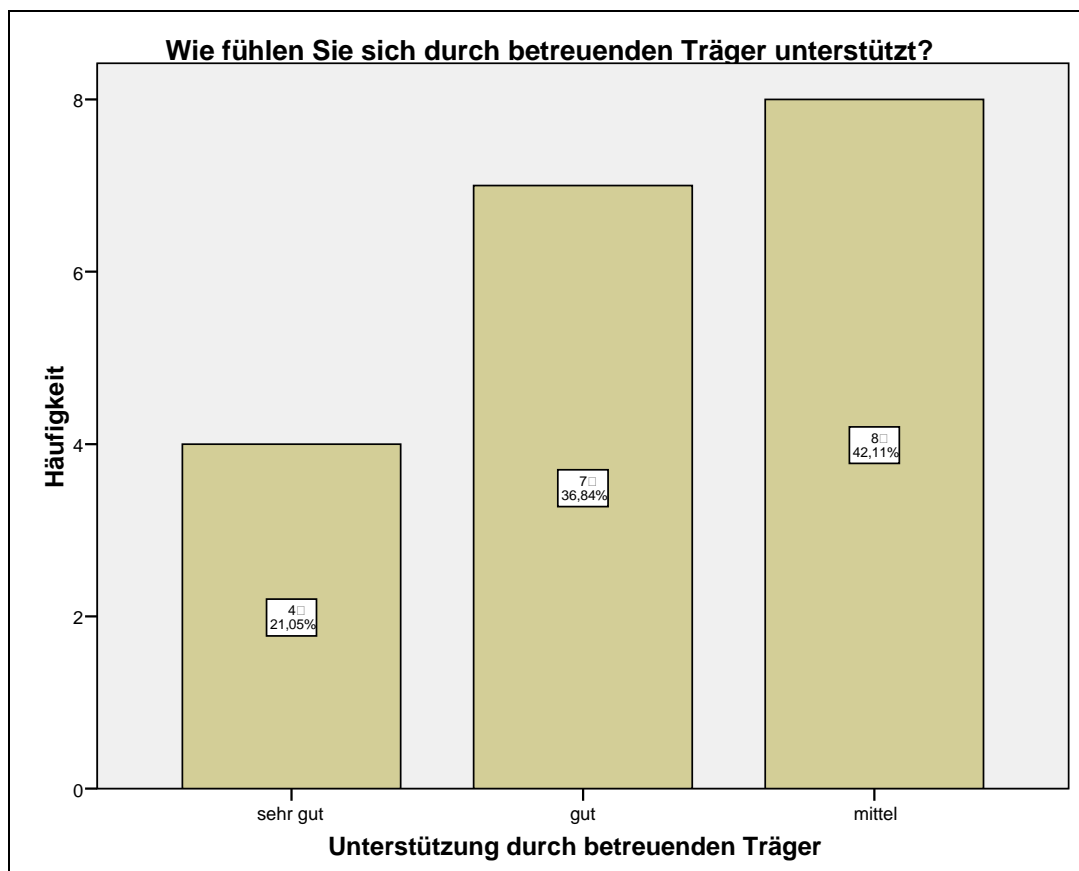


Abbildung 2 Einschätzung der Unterstützung durch betreuenden Träger

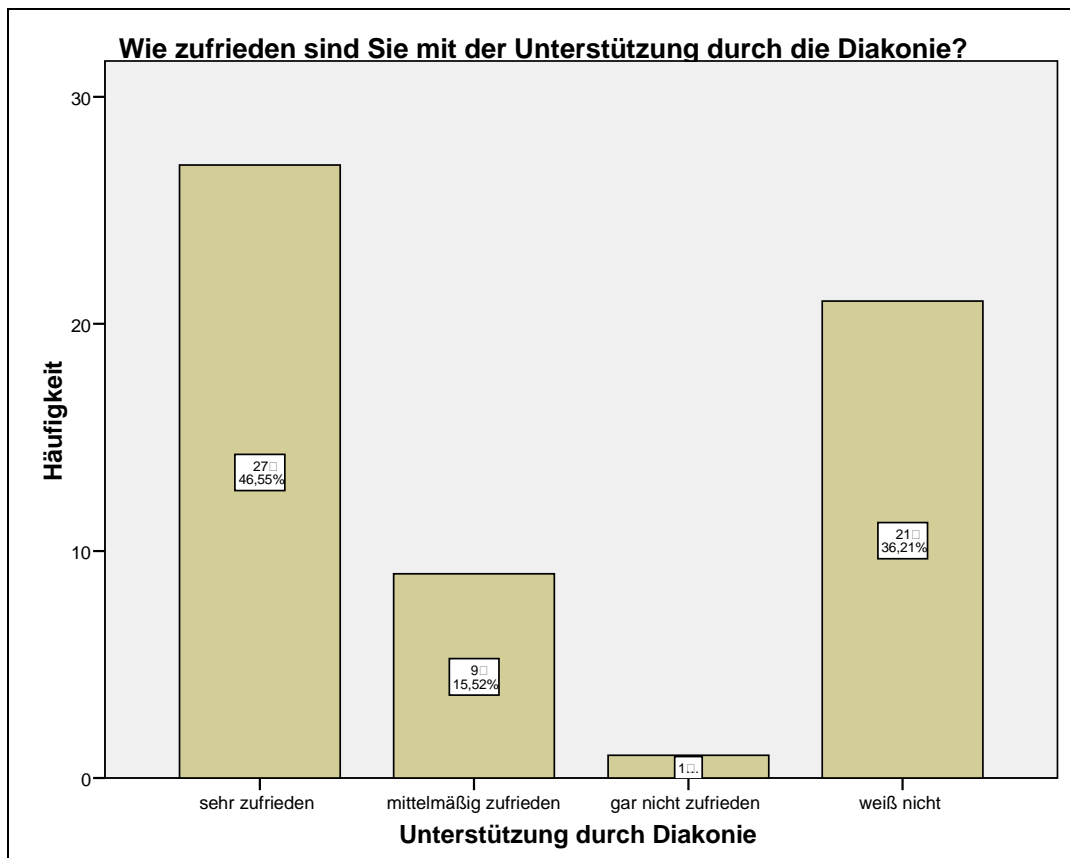


Abbildung 3 Einschätzung der Unterstützung durch Träger Diakonie Dresden

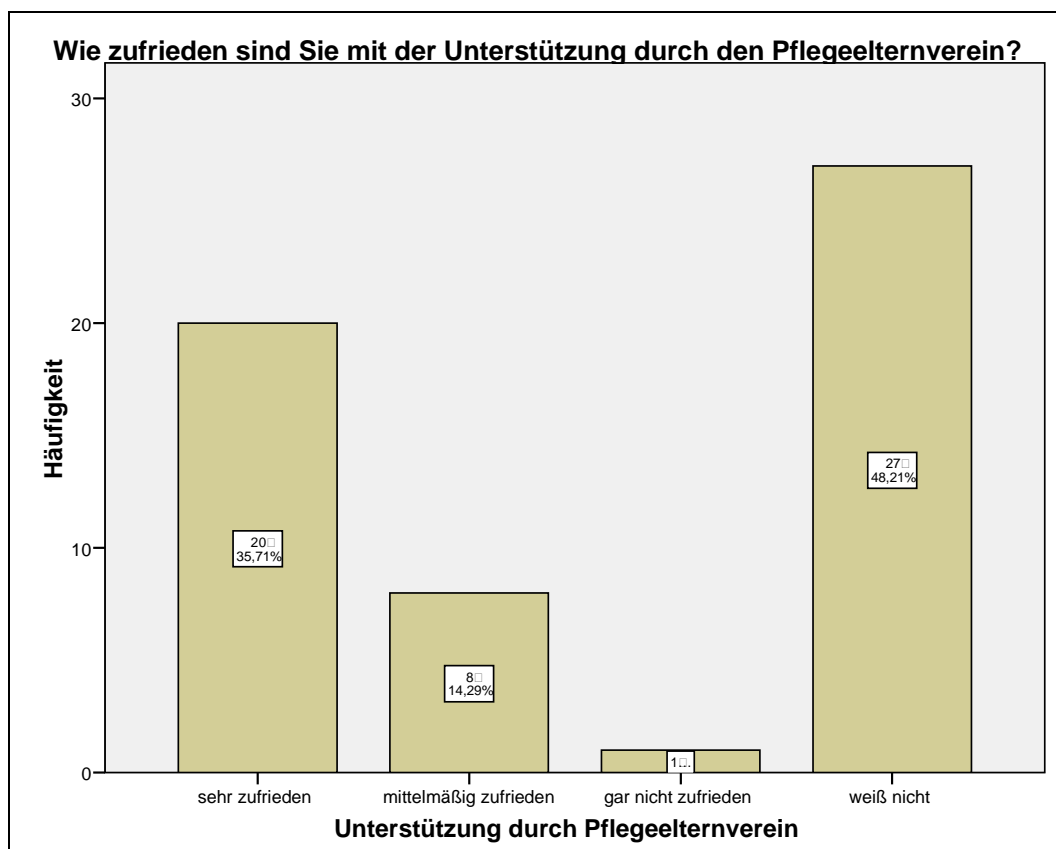


Abbildung 4 Einschätzung der Unterstützung durch Träger Pflegeelternverein

**Wieviel Freunde**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine	16	16,2	16,2	16,2
	einen	12	12,1	12,1	28,3
	zwei bis drei	47	47,5	47,5	75,8
	vier oder mehr	24	24,2	24,2	100,0
	Gesamt	99	100,0	100,0	

**Tabelle 15 Anzahl der Freunde****Sonderschule**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	50	50,5	63,3	63,3
	ja	29	29,3	36,7	100,0
	Gesamt	79	79,8	100,0	
Fehlend	System	20	20,2		
Gesamt		99	100,0		

**Tabelle 16 Sonderbeschulung**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	54	54,5	68,4	68,4
	ja	25	25,3	31,6	100,0
	Gesamt	79	79,8	100,0	
Fehlend	System	20	20,2		
Gesamt		99	100,0		

**Tabelle 17 Wiederholung Klasse**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	19	19,2	24,1	24,1
	ja	60	60,6	75,9	100,0
	Gesamt	79	79,8	100,0	
Fehlend	System	20	20,2		
Gesamt		99	100,0		

**Tabelle 18 Lernschwierigkeiten**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine Probleme	12	12,1	15,2	15,2
	ein Problem	28	28,3	35,4	50,6
	zwei Probleme	33	33,3	41,8	92,4
	drei Probleme	6	6,1	7,6	100,0
	Gesamt	79	79,8	100,0	
Fehlend	System	20	20,2		
Gesamt		99	100,0		

**Tabelle 19 Anzahl Schulprobleme**

			normint (Klassiert)			Gesamt
			normal	grenzwertig	klinisch auffällig	normal
Alter des Kindes bei Inpflegegabe	bis 1 Jahr	Anzahl	19	2	5	26
		% von Alter des Kindes bei Inpflegegabe	73,1%	7,7%	19,2%	100,0%
	1-<3 Jahre	Anzahl	13	0	4	17
		% von Alter des Kindes bei Inpflegegabe	76,5%	,0%	23,5%	100,0%
	3-<6 Jahre	Anzahl	10	4	9	23
		% von Alter des Kindes bei Inpflegegabe	43,5%	17,4%	39,1%	100,0%
	6-<12 Jahre	Anzahl	11	3	10	24
		% von Alter des Kindes bei Inpflegegabe	45,8%	12,5%	41,7%	100,0%
	> 12 Jahre	Anzahl	3	1	3	7
		% von Alter des Kindes bei Inpflegegabe	42,9%	14,3%	42,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	56	10	31	97
		% von Alter des Kindes bei Inpflegegabe	57,7%	10,3%	32,0%	100,0%

Tabelle 20 Internalisierende Verhaltensauffälligkeiten in Abhängigkeit vom Alter der Inpflegegabe

			normext (Klassiert)			Gesamt
			normal	grenzwertig	klinisch auffällig	normal
Alter des Kindes bei Inpflegegabe	bis 1 Jahr	Anzahl	13	4	9	26
		% von Alter des Kindes bei Inpflegegabe	50,0%	15,4%	34,6%	100,0%
	1-<3 Jahre	Anzahl	7	3	7	17
		% von Alter des Kindes bei Inpflegegabe	41,2%	17,6%	41,2%	100,0%
	3-<6 Jahre	Anzahl	8	4	11	23
		% von Alter des Kindes bei Inpflegegabe	34,8%	17,4%	47,8%	100,0%
	6-<12 Jahre	Anzahl	6	3	15	24
		% von Alter des Kindes bei Inpflegegabe	25,0%	12,5%	62,5%	100,0%
	> 12 Jahre	Anzahl	4	1	2	7
		% von Alter des Kindes bei Inpflegegabe	57,1%	14,3%	28,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	38	15	44	97
		% von Alter des Kindes bei Inpflegegabe	39,2%	15,5%	45,4%	100,0%

Tabelle 21 Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten in Abhängigkeit vom Alter der Inpflegegabe



			normges (Klassiert)			Gesamt
			normal	grenzwertig	klinisch auffällig	normal
Alter des Kindes bei Inpflegegabe	bis 1 Jahr	Anzahl	14	1	11	26
		% von Alter des Kindes bei Inpflegegabe	53,8%	3,8%	42,3%	100,0%
	1-<3 Jahre	Anzahl	7	1	9	17
		% von Alter des Kindes bei Inpflegegabe	41,2%	5,9%	52,9%	100,0%
	3-<6 Jahre	Anzahl	6	3	14	23
		% von Alter des Kindes bei Inpflegegabe	26,1%	13,0%	60,9%	100,0%
	6-<12 Jahre	Anzahl	6	3	15	24
		% von Alter des Kindes bei Inpflegegabe	25,0%	12,5%	62,5%	100,0%
	> 12 Jahre	Anzahl	3	1	3	7
		% von Alter des Kindes bei Inpflegegabe	42,9%	14,3%	42,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	36	9	52	97
		% von Alter des Kindes bei Inpflegegabe	37,1%	9,3%	53,6%	100,0%

Tabelle 22 Gesamtscore der Auffälligkeiten Abhängigkeit vom Alter der Inpflegegabe

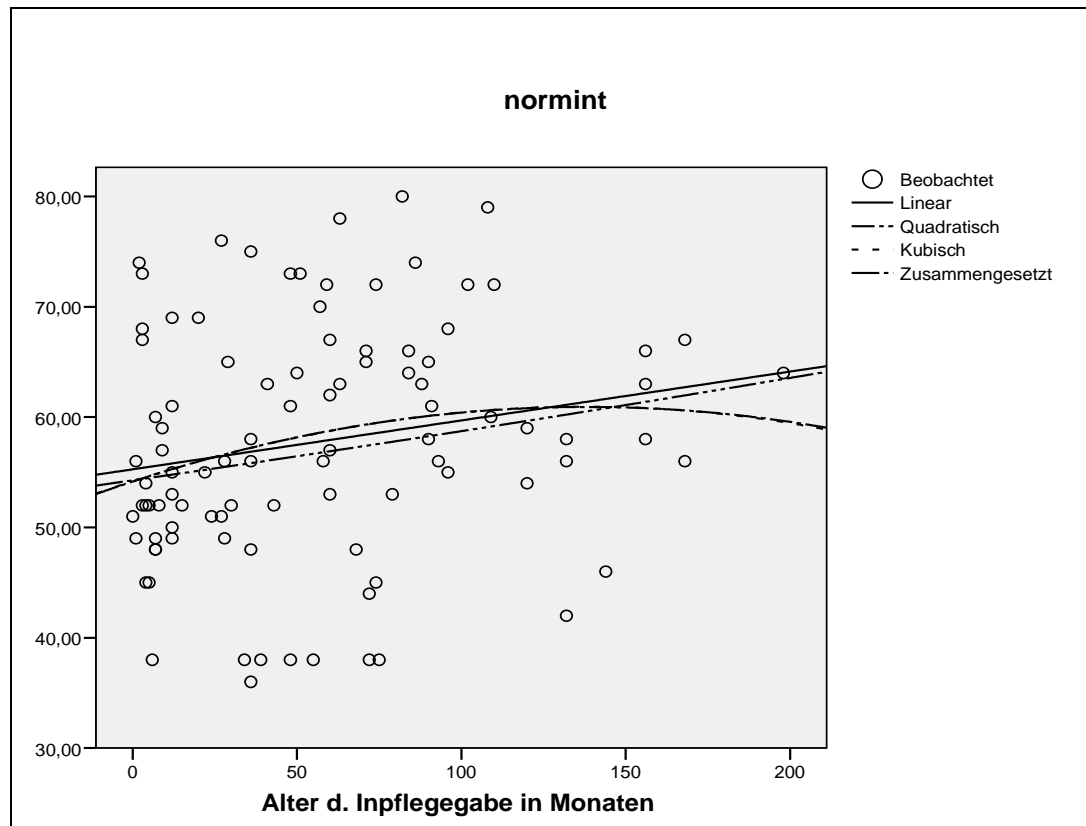


Abbildung 5 Kurvenanpassungen Alter Inpflegegabe zu Verhaltensauffälligkeit (normint)

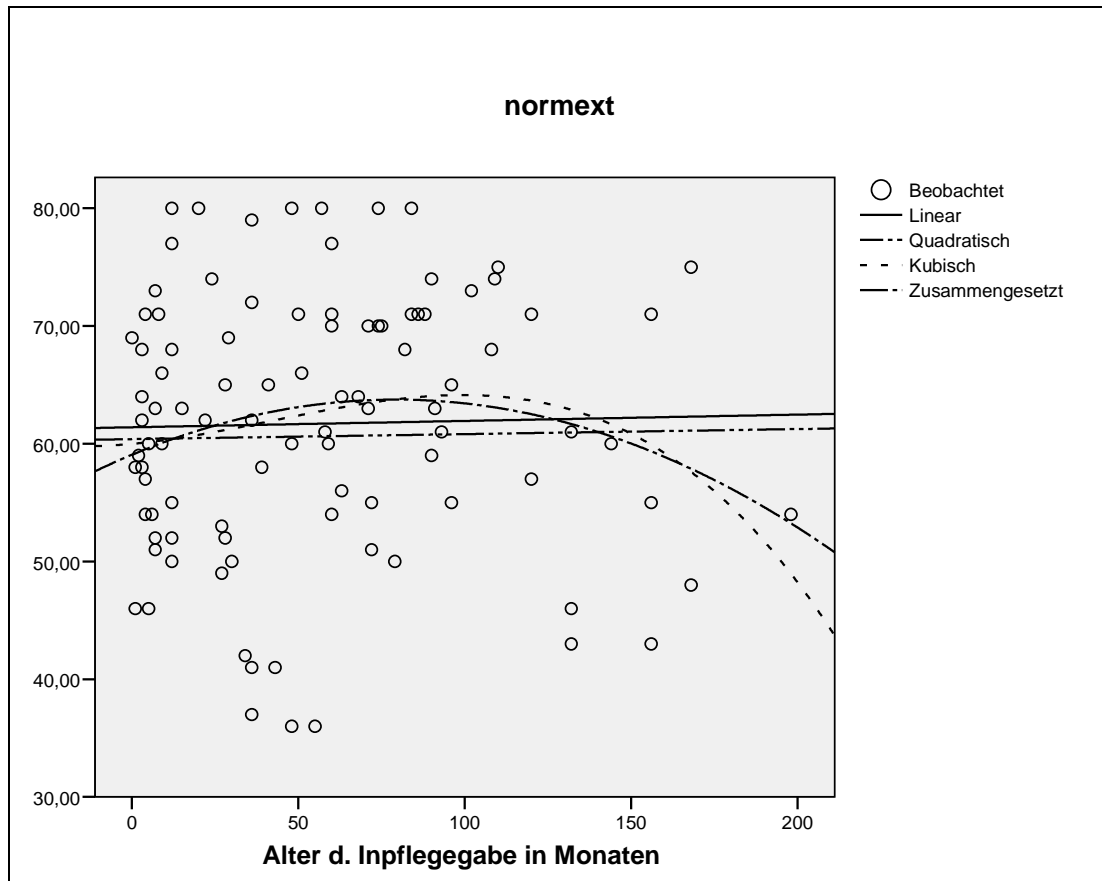


Abbildung 6 Kurvenanpassungen Alter Inpflegegabe zu Verhaltensauffälligkeit (normext)

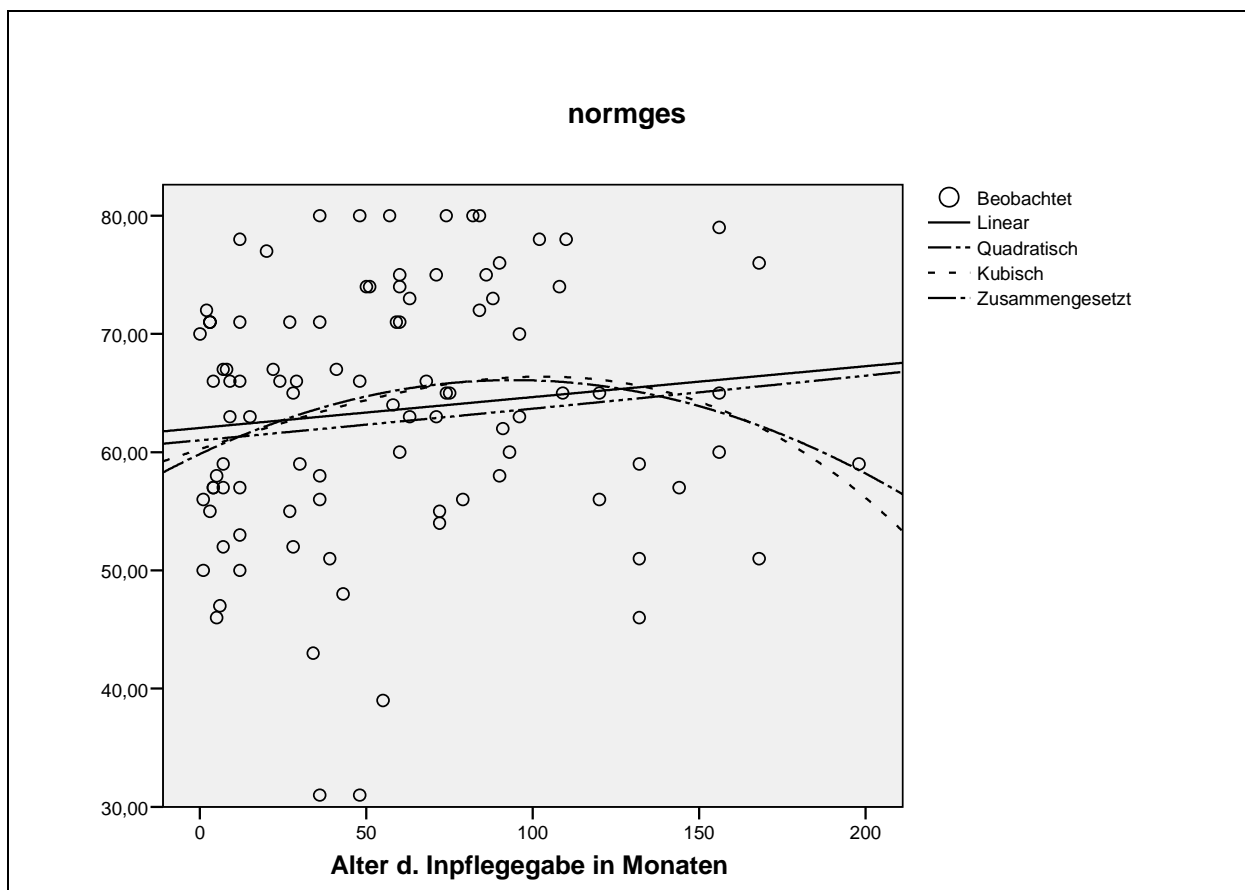


Abbildung 7 Kurvenanpassungen Alter Inpflegegabe zu Verhaltensauffälligkeit (normges)

## Korrelationen

		Alterd. Inpflegegabe in Monaten	normint (Klassiert)	normext (Klassiert)	normges (Klassiert)
Alterd. Inpflegegabe in Monaten	Korrelation nach Pearson	1	,389(**)	,333(**)	,346(**)
	Signifikanz (2-seitig)		,000	,001	,001
	N	94	94	94	94
normint (Klassiert)	Korrelation nach Pearson	,389(**)	1	,482(**)	,607(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,000		,000	,000
	N	94	94	94	94
normext (Klassiert)	Korrelation nach Pearson	,333(**)	,482(**)	1	,853(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,001	,000		,000
	N	94	94	94	94
normges (Klassiert)	Korrelation nach Pearson	,346(**)	,607(**)	,853(**)	1
	Signifikanz (2-seitig)	,001	,000	,000	
	N	94	94	94	94

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

**Tabelle 23** Alter der Inpflegegabe bis 120 Monate und internalisierende, externalisierende und Gesamtaufälligkeit klassiert

		Alterd. Inpflegegabe in Monaten	normint	normext	normges
Alterd. Inpflegegabe in Monaten	Korrelation nach Pearson	1	,322(**)	,314(**)	,355(**)
	Signifikanz (2-seitig)		,002	,002	,000
	N	94	94	94	94
normint	Korrelation nach Pearson	,322(**)	1	,571(**)	,807(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,002		,000	,000
	N	94	94	94	94
normext	Korrelation nach Pearson	,314(**)	,571(**)	1	,894(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,002	,000		,000
	N	94	94	94	94
normges	Korrelation nach Pearson	,355(**)	,807(**)	,894(**)	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	
	N	94	94	94	94

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

**Tabelle 24** Alter der Inpflegegabe bis 120 Monate und Verhaltensauffälligkeiten (ohne Klassierung)

			angeborene Krankheit		Gesamt
			nein	ja	
Alter d. Inpflegegabe (Klassiert)	unter 1 Jahr	Anzahl	11	10	21
		% von Alter d. Inpflegegabe (Klassiert)	52,4%	47,6%	100,0%
		% von angeborene Krankheit	16,2%	34,5%	21,6%
		% der Gesamtzahl	11,3%	10,3%	21,6%
	1 bis unter 3 Jahre	Anzahl	12	5	17
		% von Alter d. Inpflegegabe (Klassiert)	70,6%	29,4%	100,0%
		% von angeborene Krankheit	17,6%	17,2%	17,5%
		% der Gesamtzahl	12,4%	5,2%	17,5%
	3 bis unter 6 Jahre	Anzahl	19	7	26
		% von Alter d. Inpflegegabe (Klassiert)	73,1%	26,9%	100,0%
		% von angeborene Krankheit	27,9%	24,1%	26,8%
		% der Gesamtzahl	19,6%	7,2%	26,8%
	6 bis unter 12 Jahre	Anzahl	21	5	26
		% von Alter d. Inpflegegabe (Klassiert)	80,8%	19,2%	100,0%
		% von angeborene Krankheit	30,9%	17,2%	26,8%
		% der Gesamtzahl	21,6%	5,2%	26,8%
	12 Jahre und älter	Anzahl	5	2	7
		% von Alter d. Inpflegegabe (Klassiert)	71,4%	28,6%	100,0%
		% von angeborene Krankheit	7,4%	6,9%	7,2%
		% der Gesamtzahl	5,2%	2,1%	7,2%
Gesamt	Anzahl	68	29	97	
	% von Alter d. Inpflegegabe (Klassiert)	70,1%	29,9%	100,0%	
	% von angeborene Krankheit	100,0%	100,0%	100,0%	
	% der Gesamtzahl	70,1%	29,9%	100,0%	

Tabelle 25 Kreuztabelle Alter der Inpflegegabe \*angeborene Krankheit/Behinderung

			normges (Klassiert)			Gesamt
			normal	grenzwertig	klinisch relevant	
<b>Erziehungsaufwand</b>	Vollzeitpflege	Anzahl	30	5	15	50
		% von Erziehungsaufwand	60,0%	10,0%	30,0%	100,0%
	Sonderpflege 2fach	Anzahl	8	1	14	23
		% von Erziehungsaufwand	34,8%	4,3%	60,9%	100,0%
	Sonderpflege 3fach	Anzahl	2	1	6	9
		% von Erziehungsaufwand	22,2%	11,1%	66,7%	100,0%
Erziehungsstelle	Anzahl	4	3	17	24	
	% von Erziehungsaufwand	16,7%	12,5%	70,8%	100,0%	
Gesamt	Anzahl	44	10	52	106	
	% von Erziehungsaufwand	41,5%	9,4%	49,1%	100,0%	

Tabelle 26 Kreuztabelle eingestufte Erziehungsaufwand/Verhaltensauffälligkeiten (normges)

			normint (Klassiert)			Gesamt
			normal	grenzwertig	klinisch relevant	
<b>Erziehungsaufwand</b>	Vollzeitpflege	Anzahl	36	6	8	50
		% von Erziehungsaufwand	72,0%	12,0%	16,0%	100,0%
	Sonderpflege 2fach	Anzahl	12	1	10	23
		% von Erziehungsaufwand	52,2%	4,3%	43,5%	100,0%
	Sonderpflege 3fach	Anzahl	6	0	3	9
		% von Erziehungsaufwand	66,7%	,0%	33,3%	100,0%
Erziehungsstelle	Anzahl	11	3	10	24	
	% von Erziehungsaufwand	45,8%	12,5%	41,7%	100,0%	
Gesamt	Anzahl	65	10	31	106	
	% von Erziehungsaufwand	61,3%	9,4%	29,2%	100,0%	

Tabelle 27 Kreuztabelle eingestufte Erziehungsaufwand/Verhaltensauffälligkeiten (normint)

			normext (Klassiert)			Gesamt
			normal	grenz-wertig	klinisch relevant	normal
Erziehungsaufwand	Vollzeitpflege	Anzahl	29	8	13	50
		% von Erziehungsaufwand	58,0%	16,0%	26,0%	100,0%
	Sonderpflege 2fach	Anzahl	9	4	10	23
		% von Erziehungsaufwand	39,1%	17,4%	43,5%	100,0%
	Sonderpflege 3fach	Anzahl	2	0	7	9
		% von Erziehungsaufwand	22,2%	,0%	77,8%	100,0%
Erziehungsstelle	Anzahl	6	4	14	24	
	% von Erziehungsaufwand	25,0%	16,7%	58,3%	100,0%	
Gesamt	Anzahl	46	16	44	106	
	% von Erziehungsaufwand	43,4%	15,1%	41,5%	100,0%	

Tabelle 28 Kreuztabelle eingestufte Erziehungsaufwand/Verhaltensauffälligkeiten (normext)

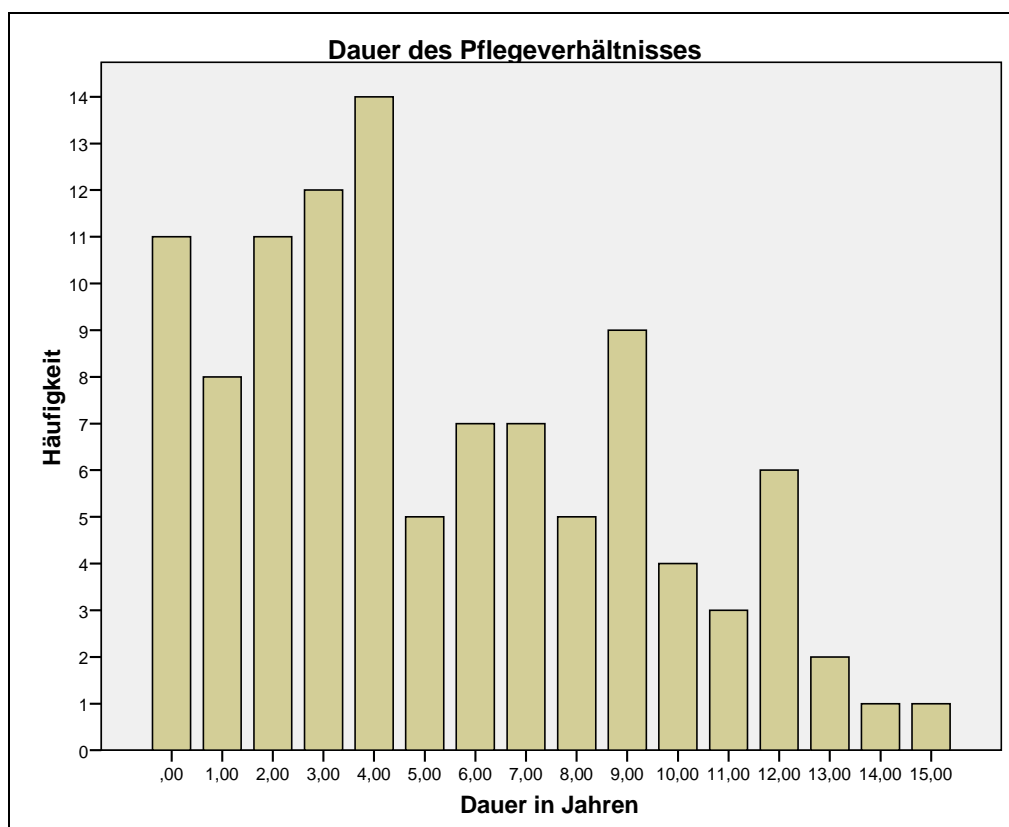


Abbildung 8 Stichprobe Dresden Dauer des Pflegeverhältnisses (n=106)

## Ressourcen Angebot zur Selbsthilfe

### f17.1 Beitrag Wochenende

Anzahl Tage	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent e	Kumulierte Prozente
Gültig ,00	43	57,3	57,3	57,3
1,00	4	5,3	5,3	62,7
2,00	1	1,3	1,3	64,0
3,00	1	1,3	1,3	65,3
4,00	7	9,3	9,3	74,7
5,00	3	4,0	4,0	78,7
6,00	2	2,7	2,7	81,3
8,00	5	6,7	6,7	88,0
10,00	5	6,7	6,7	94,7
12,00	1	1,3	1,3	96,0
20,00	2	2,7	2,7	98,7
100,00	1	1,3	1,3	100,0
Gesamt	75	100,0	100,0	

**Tabelle 29** Wochenendbetreuung von Pflegekindern

### f17.2 Kurzzeitpflege

Dauer in Tagen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ,00	55	73,3	73,3	73,3
1,00	5	6,7	6,7	80,0
5,00	2	2,7	2,7	82,7
7,00	2	2,7	2,7	85,3
14,00	3	4,0	4,0	89,3
20,00	4	5,3	5,3	94,7
21,00	1	1,3	1,3	96,0
30,00	1	1,3	1,3	97,3
120,00	1	1,3	1,3	98,7
365,00	1	1,3	1,3	100,0
Gesamt	75	100,0	100,0	

**Tabelle 30** Angebot Kurzzeitpflege

### f17.3 Ferienlagerbetreuung

Dauer in Tagen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ,00	67	89,3	89,3	89,3
7,00	1	1,3	1,3	90,7
10,00	2	2,7	2,7	93,3
14,00	5	6,7	6,7	100,0
Gesamt	75	100,0	100,0	

**Tabelle 31** Angebot als Ferienlagerbetreuung für Pflegekinder

## f17.4Beistand

Aufwand in Std.	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
,00	63	84,0	84,0	84,0
1,00	2	2,7	2,7	86,7
12,00	2	2,7	2,7	89,3
20,00	2	2,7	2,7	92,0
24,00	1	1,3	1,3	93,3
26,00	1	1,3	1,3	94,7
30,00	2	2,7	2,7	97,3
40,00	1	1,3	1,3	98,7
600,00	1	1,3	1,3	100,0
Gesamt	75	100,0	100,0	

Tabelle 32 Angebot als Beistand

## f17.5BeraterSHG

Aufwand in Std.	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
,00	59	78,7	78,7	78,7
1,00	6	8,0	8,0	86,7
10,00	1	1,3	1,3	88,0
12,00	1	1,3	1,3	89,3
20,00	3	4,0	4,0	93,3
24,00	1	1,3	1,3	94,7
30,00	1	1,3	1,3	96,0
50,00	1	1,3	1,3	97,3
100,00	2	2,7	2,7	100,0
Gesamt	75	100,0	100,0	

Tabelle 33 Angebot als Berater in einer Selbsthilfegruppe

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
alle Bereiche normal (3)	37	34,3	34,3	34,3
1 Bereich grenzwertig (4)	9	8,3	8,3	42,6
2 Bereiche grenzwertig oder 1 Bereich klinisch auffällig (5)	5	4,6	4,6	47,2
3 Bereiche grenzwertig oder 1 Bereich klinisch auffällig, 1 grenzwertig (6)	6	5,6	5,6	52,8
2 Bereiche klinisch auffällig oder 2 Bereiche grenzwertig und 1 Bereich klinisch auffällig (7)	21	19,4	19,4	72,2
2 Bereiche klinisch auffällig, 1 Bereich grenzwertig (8)	5	4,6	4,6	76,9
3 Bereiche klinisch auffällig (9)	25	23,1	23,1	100,0
Gesamt	108	100,0	100,0	

Tabelle 34 Häufigkeiten der zugeordneten Gesamtauffälligkeit



## 8 Literaturverzeichnis

- Adler, Karin Hildegard (2006): Studie über das Sozialverhalten alkoholgeschädigter Kinder und Erwachsener. INAUGURAL-DISSERTATION zur Erlangung des doctor medicinae der medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.  
[http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-3300/diss\\_adler.pdf](http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-3300/diss_adler.pdf),  
verfügbar 27.03.2008
- Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie Berlin (AGSP) (2008): Das Therapeutische Programm für Pflegekinder (TPP) – ein Aktionsforschungsprojekt für psychisch traumatisierte Kinder und Jugendliche in sozialpädagogisch und psychotherapeutisch betreuten Pflegefamilien.  
[www.agsp.de/html/pflegekinder\\_tpp.html](http://www.agsp.de/html/pflegekinder_tpp.html), verfügbar 14.05.2008
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M.Döpfner, J.Plück, S.Bölte, K.Lenz, P.Melchers & K.Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik
- Balzer, Hildegard; Kasper, Bertram (1999) Vom Thema - zum Ich - zum Wir. Ein Fortbildungskonzept für Familien, die mit Kindern leben und arbeiten, am Beispiel der Erziehungshilfen nach § 33/34 SGB IIIV des Elisabeth-Vereins e. V., Marburg. In: Unsere Jugend, 51 (1999) 7-8, S. 327-332
- Blandow, Jürgen (1996): Kontroversen, Ambivalenzen . Ein Essay zum modernen Pflegekinderwesen. In: Gintzel, Ullrich(Hg.): Erziehung in Pflegefamilien. Auf der Suche nach einer Zukunft, S. 56-64. Münster: Votum Verlag
- Blandow, Jürgen (1999) Die Institution Pflegefamilie. In: Blandow, J.;Krumenacker, F.-J.; Luthe, D.; Walter, M.L. (1999) Spezialisierung und Qualifizierung der Vollzeitpflege durch einen Freien Träger. (Abschlussbericht der Wissenschaftlichen Begleitforschung). S. 27-117 Bremen/ Hamburg
- Blandow, Jürgen (2004): Herkunftseltern als Klienten der Sozialen Dienste. Ansätze zur Überwindung eines spannungsgeladenen Verhältnisses. In: Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e.V. (Hg.): Dokumentation der Fachtagung: „Herkunftsfamilien in der Kinder- und Jugendhilfe – Perspektiven für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit“, S. 8-32. München: Eigenverlag
- Blandow, Jürgen (2005a): Fachliche Leitbilder Pflegekinderbereich -Neue Entwicklungslinien und Handlungsfelder in der Familienerziehung. <http://www.agsp.de/html/d27.html>, verfügbar am 14.03.2008
- Blandow, Jürgen (2005b): Pflegefamilien auf dem Weg zur professionellen Familienpflege? – Folgen für Kinder – Auswirkungen auf das Pflegekinderwesen. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hg.): 2. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Pflegekinder in Deutschland – Bestandsaufnahme und Ausblick zur Jahrtausendwende. 2. Aufl. S. 113-125. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag
- Blandow, Jürgen (2006): Zwischen Stagnation und neuem Aufbruch – das Pflegekinderwesen in der fachlichen und jugendhilfe-politischen Diskussion. Referat zur Tagung „Facetten

- der Modernisierung. Das Pflegekinderwesen zwischen Milieu, Professionalisierung und Selbstorganisation. Fachveranstaltung des Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen und der Internationalen Gesellschaft für erzieherische Hilfen, am 27./28.Sept. 2006 in der Universität Siegen, <http://www.pflegekindertagung2006.de>, verfügbar 14.03.2008
- Blandow, Jürgen (2007): Wie kann die Kooperation mit Pflegefamilien gestaltet werden? In: Deutsches Jugendinstitut(Hg.) (2007): Kindeswohlgefährdung Handbuch nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)., Punkt 102, ONLINE-Version [http://213.133.108.158/asd/ASD\\_Inhalt.htm](http://213.133.108.158/asd/ASD_Inhalt.htm), verfügbar 14.04.2008
- Bonus, Bettina (2006) Mit den Augen eines Kindes sehen lernen. Band 1. Zur Entstehung einer Frühtraumatisierung bei Pflege- und Adoptivkindern und den möglichen Folgen. Norderstedt: Verlag Books on Demand GmbH
- Bonus, Bettina (2008) Mit den Augen eines Kindes sehen lernen. Band 2. Die Anstrengungsverweigerung. Norderstedt: Verlag Books on Demand GmbH
- Brisch, Karl-Heinz (2007): Diagnostik und Intervention bei frühen Bindungsstörungen. In: Opp, Günther, Fingerle, Michael (Hg.) (2007): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 2. Auflage, S.136-157. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Burisch, Matthias (1994): Das Burnout-Syndrom – Theorie der inneren Erschöpfung. Berlin, Heidelberg: Springer – Verlag
- Carlson, Neil R. (2004): Physiologische Psychologie. 8. aktualisierte Aufl., Verlag Pearson Studium
- Claus, S., Drößler, T., Gintzel, U., Müller, W., Schäfer, K. (2006): Qualität ist machbar! Abschlussbericht zum sächsischen Landesmodellprojekt. „Qualitätsentwicklung und –steuerung in den erzieherischen Hilfen. In: Arbeitsstelle für Praxisberatung, Forschung und Entwicklung e.V. (apfe) an der Evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit Dresden (FH) (Hg.) Berichte aus Praxis, Forschung und Entwicklung in der Sozialen Arbeit, Dresden, Eigenverlag
- Council for Early Child Development 2007: Putting Science into Action for Children: Early Years Study 2. [www.councilecd.ca/.../EYS2\\_Overview/\\$file/CECD%20-%20EYS2%20-%20Overview%20-%20May%201%202007.ppt](http://www.councilecd.ca/.../EYS2_Overview/$file/CECD%20-%20EYS2%20-%20Overview%20-%20May%201%202007.ppt), verfügbar 26.05.2008
- Dehon, Christopher, Scheeringa, Michael S. (2006). Screening for preschool posttraumatic stress disorder with the Child Behavior Checklist. Journal of Pediatric Psychology, 31 (4), S. 431-435 <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/content/full/31/4/431>, verfügbar 10.05.2008
- Deutsches Jugendinstitut(Hg.) (1987): Handbuch Beratung im Pflegekinderbereich. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Deutsches Jugendinstitut(Hg.) (2007): Kindeswohlgefährdung Handbuch nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). ONLINE-Version [http://213.133.108.158/asd/ASD\\_Inhalt.htm](http://213.133.108.158/asd/ASD_Inhalt.htm), verfügbar 14.04.2008
- Deutsches Jugendinstitut (DJI) und Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht(DIJuF) (2006): Projektbericht „Pflegekinderhilfe in Deutschland – Teilprojekt 1 Exploration“ Projektlaufzeit 01.08.2005 – 31.07.2006, München und Heidelberg: Eigenverlag
- Döpfner, Manfred, Schmeck, Klaus und Berner, Walter (1994): Handbuch Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen

Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik

- Eberhard, Gudrun und Eberhard, Kurt (2001): Aktionsforschung als Grundlage der Pflegeelternausbildung im Intensiv-Pädagogischen Programm (IPP) der Berliner Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie. Artikel Jahrgang 2001 Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie AGSP, Berlin. <http://www.agsp.de/html/a3.html>, verfügbar 13.03.2008
- Eberhard, Kurt (2006): Nähe und Distanz in Pflegefamilien mit stark traumatisierten Kindern. Aufsatz Jahrgang 2006. Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie AGSP, Berlin. <http://www.agsp.de/html/a74.html>, verfügbar 13.03.2008
- Eberhard, Kurt (2008): Wohin steuert das Pflegekinderwesen? In: Paten. Die Fachzeitschrift rund ums Pflegekind und Adoptivkind. 25. Jahrgang, Ausgabe 1/08, S.6
- Eberhard, Kurt, Eberhard, Irina und Malter, Christoph (2001) Das Kindeswohl auf dem Altar des Elternrechts - Erfahrungen mit dem staatlichen Schutz für vernachlässigte und mißhandelte Kinder In: SOZIAL EXTRA, Zeitschrift für Soziale Arbeit & Sozialpädagogik 2001, Jg. 25, Heft 2-3, S. 33-37
- Eckert-Schirmer, Jutta (1997): Einbahnstraße Pflegefamilie? Zur (Un)Bedeutung fachlicher Konzepte in der Pflegekinderarbeit. Universität Konstanz, Sozialwissenschaftliche Fakultät, Forschungsschwerpunkt „Gesellschaft und Familie“.Arbeitspapier Nr. 25 März 1997, ONLINE Bibliothek [http://w3.ub.uni-konstanz.de/v13/volltexte/2005/1625/pdf/AP\\_25.1.pdf](http://w3.ub.uni-konstanz.de/v13/volltexte/2005/1625/pdf/AP_25.1.pdf), verfügbar 10.05.2008
- Etschmann, Katharina (2006): Zeitmanagement als Beitrag zur Burn-out-Prävention. Zeitschrift für Pflege und Adoption. 03/2006. Verein Pflege- und Adoptiveltern Oberösterreich, A-4020 Linz, Stockhofstraße 9/1, S. 20/21
- Fahrmeir, Ludwig, Künstler, Rita, Pigeot,Iris, Tutz, Gerhard (1998): Statistik. Der Weg zur Datenanalyse. 2. verbesserte Auflage, Heidelberg: Springer Verlag
- Faltermeier, Josef, Glinka, Hans-Jürgen und Schefold, Werner (2003): Herkunftsfamilien. Empirische Befunde und praktische Anregungen rund um die Fremdunterbringung von Kindern. Frankfurt am Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge
- Freier, Mechthild und Bödeker, Stefanie (2006): Besonderheiten im Essverhalten von Pflegekindern. Aufsatz Jahrgang 2006. Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie AGSP. <http://www.agsp.de/html/a77.html>, verfügbar am 13.03.2008
- Gehres, Walter (2005): Jenseits von Ersatz und Ergänzung: Die Pflegefamilie als eine andere Familie. Zeitschrift für Sozialpädagogik (2005), Heft 3, S. 246-271.
- Griebel, Wilfried, Ristow, Dietmar (2007): Pflegefamilie als „binukleares Familiensystem“ - eine Kernfamilie mit zwei Kernen <http://www.familienhandbuch.de/cms/Familienforschung-Pflegefamilien.pdf>, verfügbar 13.03.2008
- Grossmann, Karin und Grossmann, Klaus E. (2001): Das eingeschränkte Leben. Folgen mangelnder und traumatischer Bindungserfahrungen. In: Karl Gebauer, Gerald Hüther: Kinder brauchen Wurzeln. Neue Perspektiven für eine gelingende Entwicklung, Düsseldorf und Zürich: Walter Verlag

- Gudat, Ulrich (1987): Systemische Sicht von Pflegeverhältnissen – Ersatz- oder Ergänzungsfamilie? In: Deutsches Jugendinstitut (Hg.): Handbuch Beratung im Pflegekinderbereich, S. 38-59. München: DJI-Verlag
- Häder, Michael (2006): Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Hardenberg, Oliver F. (2001): Psychologische Stellungnahme zum Umgangsrecht – Gegengutachten. Fachpraxis für Psychotherapie und Forensische Psychologie, Bahnhofstraße 9, 48143 Münster
- Hardenberg, Oliver F. (2005): Konsequenzen für die Pflegeeltern Übertragung traumatischer Bindungs- und Beziehungserfahrungen in die Pflegefamilie. Anforderungen an Pflegeeltern und notwendige Unterstützung. Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie AGSP. Artikel Jahrgang 2005. <http://www.agsp.de/html/a66.html>
- Hassenstein, Bernhard und Hassenstein, Helma (2005): Eltern-Kind-Beziehungen in der Sicht der Verhaltensbiologie – Folgerungen für Pflegeeltern und Pflegekinder. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hg.): 3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Kontakte zwischen Pflegekind und Herkunftsfamilie, S. 51-70. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag
- Henneicke, Volker (2006): Von der Qualifizierung von Pflegeeltern zur Qualifizierung für das Pflegekinderwesen. In : "Jugendhilfe", Ausgabe 3/06, S.
- Hochstädter, Dieter (1991): Statistische Methodenlehre. Ein Lehrbuch für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler. 7. Aufl., Frankfurt am Main, Thun: Verlag Harri Deutsch
- Hopp, Henrike (2004a): Die Sprache traumatisierter Pflegekinder und das häufige Nicht-Verstehen dargestellt an Beispielen aus der Praxis. In: PAN Pflege- und Adoptivfamilien NRW e.V. (Hg.): Traumatisierte Kinder in Pflegefamilien und Adoptivfamilien, 2. überarbeitete Aufl. S. 75- 86. Ratingen: Eigenverlag
- Hopp, Henrike (2004b): Verhindern oder zulassen – Welche Möglichkeiten bieten Gesetze, traumatisierte Kinder zu schützen. In: PAN Pflege- und Adoptivfamilien NRW e.V. (Hg.): Traumatisierte Kinder in Pflegefamilien und Adoptivfamilien, 2. überarbeitete Aufl. S. 87-110. Ratingen: PAN Pflege- und Adoptivfamilien NRW e.V., Eigenverlag
- Hopp, Henrike (2005): Beistände in der Praxis. Schwerpunktthema: § 13 SGB X. In: PATEN. Fachzeitschrift rund ums Pflegekind und Adoptivkind 01/2005. S.4-6
- Hopp, Henrike (2008): Pflegeeltern werben Pflegeeltern. Diskussion des Monats April 2008. <http://www.moses-online.de/web/523/776> , verfügbar 10.05.2008
- Hornung, Steffi (2007): Wie beschreiben Pflegekinder ihre Kindheit und Jugend? Eine Einzelfallstudie zur Biographie von Pflegekindern. Diplomarbeit. Universität Siegen / Fachbereich 2, Integrierter Studiengang Sozialpädagogik und Sozialarbeit, <http://www2.uni-siegen.de/~wolf/Diplomarbeiten/Hornung.pdf>, verfügbar am 13.03.2008
- Huber, A. (2005) Zur Notwendigkeit der Organisierung von Pflegeeltern und der Unterstützung ihrer Arbeit. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hg.): 2. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Pflegekinder in Deutschland – Bestandsaufnahme und Ausblick zur Jahrtausendwende. 2. Aufl. S. 134-143. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag
- Hüther, Gerald (2004): Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. In: PAN Pflege- und Adoptivfamilien NRW e.V. (Hrsg.). Traumatisierte

Kinder in Pflegefamilien und Adoptivfamilien, 2. überarbeitete Aufl. S. 21-37. Ratingen: Eigenverlag

- Joachimsen, Peter R.; Trabant, Henning (1989) Pflegefamilien. Eine Einführung in ihre Probleme. Eckernförde: Borbyer Werkstatt Verlag
- Jugendamt Dresden (2004): Rahmenkonzeption zur Weiterentwicklung des Pflegekinderwesens in der Landeshauptstadt Dresden erarbeitet vom: Jugendamt Dresden Sachgebiet Pflegekinderdienst, OUTLAW gGmbH - Projektleitung Erziehungsstellen, Wegen uns – Dresdner Pflege- und Adoptivkinder e. V. Jugendamt Dresden - Abt. Soziale Dienste, Diakonie Dresden - Pflegeelternberatung  
<http://www.jugendinfoservice.de/media/files/konzeptionpkw.pdf>, verfügbar 27.03.2008
- Kaiser, Peter (1995): Strukturelle Besonderheiten und Probleme von Pflegefamilien. In: Textor, M.artin R./ Warndorf, Peter Klaus. (Hg.) (1995) Familienpflege. Forschung, Vermittlung, Beratung, S. 67-77. Freiburg im Breisgau: Lambertus,
- Koppe, Sylvia, Malter, Christoph, Stallmann, Martina (1999): Zur Situation von Familien mit behinderten Pflegekindern. In: Forum Jugendhilfe, H. 1/99, S.  
<http://www.agsp.de/html/a2.html>, verfügbar am 17.02.2008
- Lambeck, Susanne (2004):“ Nur“ schwere Kindheit oder traumatisiert. In: PAN Pflege- und Adoptivfamilien NRW e.V. (Hg.):Traumatisierte Kinder in Pflegefamilien und Adoptivfamilien. 2. überarbeitete Aufl. S. 38-74. Ratingen: Eigenverlag
- Malter, Christoph (2004): Pflegefamilien mit Kindern aus schwierigsten Verhältnissen- Chancen und Bedingungen für eine gelingende Entwicklung. Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie AGSP. Artikel Jahrgang 2004.  
<http://www.agsp.de/html/a46.html>, verfügbar am 17.02.2008
- Malter, Christoph (2005): Schwierigkeiten und Widersprüche in Pflegefamilien und deren therapeutische Potentiale. Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie AGSP. Artikel Jahrgang 2005. <http://www.agsp.de/html/a59.html>, verfügbar am 14.05.2008
- Malter, Christoph (2008): Pflegegeld auch ohne Antrag auf Hilfe zur Erziehung. In: Paten. Die Fachzeitschrift rund ums Pflegekind und Adoptivkind. 25. Jahrgang, Ausgabe 1/08, S 28-29
- Malter, Christoph, Nabert, Birgit (2007): Gelingende und misslingende Rückführung von Pflegekindern in ihre Herkunftsfamilien. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hg.): 4. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Verbleib oder Rückkehr?! Perspektiven für Pflegekinder aus psychologischer und rechtlicher Sicht. S. 129-140. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag
- Nienstedt, Monika und Westermann, Arnim (1998): Pflegekinder. Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien. 5. Aufl. Münster: VOTUM Verlag
- Niestroj, Hildegard (2005): Chancen der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen in Pflegefamilien – Notwendige Hilfen für das Kind in der neuen Eltern-Kind-Beziehung. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hg.): Traumatische Erfahrungen in der Kindheit- langfristige Folgen und Chancen der Verarbeitung in der Pflegefamilie. Tagungsdokumentation der 15. Jahrestagung der Stiftung zum Wohl des Pflegekindes am 14.Juni 2004 in Münster. S. 135-164. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag

- Niestroj, Hildegard (1998): Frühkindliche Traumata – Annäherung an die nur schwer zu erkennenden sprachlosen Traumata der frühen Kindheit. Referat für ein Seminar der Stiftung „Zum Wohl des Pflegekindes“ am 25. April 1998. Stiftung zum Wohl des Pflegekindes, Wilhelmshütte 10a, 37603 Holzminden
- PFAD für Kinder - PFLEGE und ADOPTIVFAMILIEN – Landesverband Hessen e.V. (Hg.) (2005) „Alltagsorge“ Orientierungshilfe für Pflege- und Adoptivpflege-Eltern zu § 1688 BGB Entscheidungsrecht der Pflegeperson. <http://www.pfad-hessen.de/userfiles/file/pdf/Orientierungshilfe1688%20BGB.pdf>, verfügbar am 22.04.2008
- Paltinat, Iris, Warzecha, Birgit (1999): Qualifizierung von Pflegeeltern statt Burnout und Streß. Hilfen für Erwachsene als Hilfen für Pflegekinder. Münster, Hamburg, London: LIT Verlag
- Pflegeelternschule Baden-Württemberg e.V.(2001) Thematische Entwicklung der Pflegeelternschule Baden-Württemberg e.V. , <http://www.pflegeelternschule-bawue.de/download/PESCH-BaWue.pdf>, verfügbar am 14.03.2008
- Richard-Kopa, Anne (1998): Besonderheiten der psychologischen Begutachtung für Pflegekinder in Sorge- und Besuchsrechtsfragen. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hg.): Dokumentation zum 10.Tag des Kindeswohls am 14. November 1998 in Holzminden, S. 71-89. Holzminden: Eigenverlag
- Rietmann, Stephan (2004): Aushandlungen bei Kindeswohlgefährdungen. Entscheidungsrationalitäten fachlich-öffentlicher Intervention. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster (Westf.) [www.soziale-ruehwarnsysteme.de/literatur/stephan\\_rietmann\\_diss.pdf](http://www.soziale-ruehwarnsysteme.de/literatur/stephan_rietmann_diss.pdf), verfügbar am 26.03.2008
- Sächsisches Landesamt für Familie und Soziales - Landesjugendamt (2002): Erhebung des Sächsischen Landesjugendamts zum Pflegekinderwesen in Sachsen. (Beschluss 28/2000). Landesjugendamt Chemnitz
- Sächsisches Landesamt für Familie und Soziales – Landesjugendamt (Hg) (2007a): Sozialstrukturatlas des Sächsischen Landesjugendamtes für den Freistaat Sachsen 2007. Chemnitz: Eigenverlag
- Sächsisches Landesamt für Familie und Soziales – Landesjugendamt (2007b): Empfehlung zur Ausgestaltung der Hilfe zur Erziehung in einer anderen Familie - § 33 SGB VIII (Vollzeitpflege). Verabschiedet vom Landesjugendhilfeausschuss am 06.09.2007.
- Salgo, Ludwig (1998a): Pflegekinder im familiengerichtlichen Verfahren. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hg.) Dokumentation zum 10.Tag des Kindeswohls am 14. November 1998 in Holzminden, S. 10 -29. Holzminden: Eigenverlag
- Salgo, Ludwig (1998b): Anwalt des Kindes. Gesetzliche Grundlagen der Verfahrenspflegschaft im Kindschaftsrechtsreformgesetz. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hg.) Dokumentation zum 10.Tag des Kindeswohls am 14. November 1998 in Holzminden, S. 30-42. Holzminden: Eigenverlag
- Salgo, Ludwig (2005): Gesetzliche Regelungen des Umgangs und deren kindgerechte Umsetzung in der Praxis des Pflegekinderwesens. In: Stiftung zum Wohl des

- Pflegekinder (Hg.): 3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Kontakte zwischen Pflegekind und Herkunftsfamilie, S. 17- 49. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag
- Seifert, Johannes (2005): Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII im Spannungsfeld zur professionellen Pflege nach § 34 SGB VIII. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekinder (Hg.): 2. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Pflegekinder in Deutschland – Bestandsaufnahme und Ausblick zur Jahrtausendwende. , 2. Aufl. S. 126-133. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag
- Sfenodis, Phöbe Felicitas, geb. Elting (2003): Überprüfung der psychometrischen Parameter von CBCL 11/2-5 und C-TRF an einer deutschen Stichprobe. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin des Fachbereiches Medizin der Johann Wolfgang von Goethe Universität Frankfurt am Main.  
<http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=972529713> ,verfügbar am 13.03.2008
- Sonnenmoser, Marion (2008): Kinder und Jugendliche in Einrichtungen der Jugendhilfe: Bessere Versorgung gefordert. PP 7, Ausgabe Februar 2008, S. 76
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2007): „Familien in Deutschland - Ergebnisse des Mikrozensus 2006“ Statement von Präsident Walter Radermacher, Pressekonferenz am 28.11.2007 in Berlin.  
[http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2007/Mikrozensus/statement\\_praes,property=file.pdf](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2007/Mikrozensus/statement_praes,property=file.pdf), verfügbar 12.04.2008
- Statistisches Bundesamt(Hg.)(2008): Ergebnisse der Kinder- und Jugendhilfestatistiken Erzieherische Hilfen 1991 bis 2006 „Von der Erziehungsberatung bis zur Heimerziehung“ . Wiesbaden: Eigenverlag
- Tarren-Sweeney, Michael & Hazell, Philip (2006): The mental health of children in foster and kinship care in New South Wales, Australia. Journal of Paediatrics & Child Health, 42(3), S. 89-97
- Theisen, Robert (2007): 1st International Network Conference on Foster Care Research. Tagungsbericht <http://www.foster-care-research.org>, verfügbar 14.05.2008
- Thomas-Gilsbach, Pia (2004) Aus dem Nest gefallen - Ein Konzept zur Vorbereitung, Fortbildung und Begleitung von Pflegepersonen. In: PFAD-. 2004; 18(1): 13-14
- Universität Siegen, ZPE (2006): Facetten der Modernisierung. Das Pflegekinderwesen zwischen Milieu, Professionalisierung und Selbstorganisation. Online Tagungsdokumentation. [www.pflegekindertagung2006.de](http://www.pflegekindertagung2006.de), verfügbar am 15.04.2008
- Universität Siegen, ZPE (2007): First International Network Conference Foster Care Research. Online Documentation. [www.foster-care-research.org](http://www.foster-care-research.org), verfügbar am 15.04.2008
- Walter, Michael (2004): Bestandsaufnahme und strukturelle Analyse der Verwandtenpflege in der Bundesrepublik Deutschland. Abschlussbericht des Forschungsprojektes. Universität Bremen, Studiengang Sozialpädagogik/Sozialarbeitswissenschaft. <http://www-user.uni-bremen.de/~walter/abschlussbericht/forschungsberichtlang.pdf> , verfügbar am 18.06.2008
- Westermann, Armin (2005): Soziologische Dialektik im Ungewissen. Magazin AGSP Jahrgang 2005. <http://www.agsp.de/html/d170.html> verfügbar am 14.04.2008
- Wiemann, Irmela (2001): Familienpflege als Hilfe zur Erziehung. [www.irmelawiemann.de/dl/dl.pdfa?download=Familienpflege-Wiemann.pdf](http://www.irmelawiemann.de/dl/dl.pdfa?download=Familienpflege-Wiemann.pdf), verfügbar am 14.03.2008

- Wiesner, Reinhard, Schindler, Gila und Schmid, Heike (2006): Das neue Kinder- und Jugendhilferecht. Einführung – Texte – Materialien. Köln: Bundesanzeiger Verlag
- Wolf, Klaus (2006): Pflegekinderwesen im Aufbruch? In: Jugendhilfe-Report des Landschaftsverbandes Rheinland Heft 2/2006: S. 6- 9
- Wolkerstorfer, Monika und Tiefenbacher, Sabina (2007): Pflegeeltern als Beruf: Auf dem Weg zur Profession. Zeitschrift für Pflege und Adoption. 01/2007. Verein Pflege- und Adoptiveltern Oberösterreich, A-4020 Linz, Stockhofstraße 9/1, S. 25-27
- Zenz, Gisela ( 2001): Pflege- und Adoptivfamilien – Entwicklungspsychologische Einblicke. Festvortrag zum 25-jährigen Jubiläum des PFAD-Bundesverbandes der Pflege- und Adoptivfamilien im November 2001 <http://www.agsp.de/html/a28.html>, verfügbar 14.03.2008
- Zenz, Gisela (2008): Wohin steuert das Pflegekinderwesen? Aktuelle Entwicklung im Pflegekinderrecht. In: Paten. Die Fachzeitschrift rund ums Pflegekind und Adoptivkind. 25. Jahrgang, Ausgabe 1/08, S.8-9



## **Erklärung**

Ich erkläre, dass sich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

gez. Katrin Niepel

Dresden, 29.06.2008