

**Yvonne Gassmann**

# Zwischen zusammen wachsen und auseinandergehen

**Eine Studie zur Wahrnehmung und zum Erleben von  
Pflegebeziehungen durch Pflegeeltern**

2., durchgesehene Auflage 2020

1. Auflage 2000

Gassmann, Yvonne Rahel: Zwischen zusammen wachsen und auseinandergehen. Eine Studie zur Wahrnehmung und zum Erleben von Pflegebeziehungen durch Pflegeeltern. Lizentiatsarbeit an der Philosophischen Fakultät der Universität Freiburg (CH), ausgezeichnet mit dem Jungforscherpreis 2000 für Familienforschung der Stiftung für Psychosomatik und Sozialmedizin in Ascona, verliehen vom Institut für Familienforschung und -beratung der Universität Freiburg (CH).

Lysingur Verlag, Bottenwil 2000

Druck: Druckerei Odermatt AG, Dallenwil

(ISBN 3-907164-00-8)

2., durchgesehene Auflage 2020

Gassmann, Yvonne: Zwischen zusammen wachsen und auseinandergehen. Eine Studie zur Wahrnehmung und zum Erleben von Pflegebeziehungen durch Pflegeeltern.

## Vorwort zur 2. Auflage

«Wir werden miteinander oder wir werden gar nicht.» Das ist die zentrale Botschaft des 2018 erschienen Buchs von Donna J. Haraway «Unruhig Bleiben», in der sie das Verhältnis von ‘Menschheit’ und ‘Natur’ untersucht und dekonstruiert, indem sie die Menschheit wieder in die Natur zurückholt. Der Titel «Zwischen zusammen wachsen und auseinandergehen» von Yvonne Gassmanns Pionierstudie zur Schweizerischen Pflegekinderhilfe, in der zum ersten Mal systematisch das Pflegeverhältnis zwischen Pflegeeltern und Pflegekindern in der Schweiz untersucht wurde, weist eine Parallelität zu diesem Slogan von Haraway auf: Es geht zunächst um Wachstum und es geht um die Relationalität durch und im Wachstum. Es ist äusserst spannend zu sehen, wie Yvonne Gassmann es schafft, die zentralen Spannungsmomente des komplexen und dynamischen Pflegeverhältnisses grundlagentheoretisch zu analysieren. Anhand einer umfassenden empirischen Studie über die Wahrnehmung und Deutung dieses Pflegeverhältnisses bei Pflegeeltern buchstabiert sie die Bedeutung dieser Spannungsmomente aus. Verschiedene Facetten spielen in diese Komplexität des Verhältnisses hinein: angefangen von Ressourcen der Pflegefamilien, über Ausgangsbedingungen der beteiligten Akteurinnen und Akteure, bis hin zu deren Belastungen. Deutlich wird anhand dieser quantitativen Auswertung, dass eine defizitorientierte Perspektive nicht nur den Beteiligten, also den Pflegeeltern, Pflegekindern und auch Herkunftsfamilien, nicht gerecht wird, sondern dass im Prozess der Begleitung des Pflegeverhältnisses insbesondere auch die Ressourcen der Pflegeeltern und Pflegekinder gestärkt werden müssen, um die Herausforderungen gut bewältigen zu können. Es geht eben um ein miteinander wachsen, das notwendig ist, dass überhaupt Pflegeverhältnisse die Chance auf ein Gelingen haben.

«Also macht euch verwandt, nicht Babys!» (Make kin, not babies!) Noch eine provokante Botschaft von Haraway, die vielfältige Resonanz mit dem Buch von Yvonne Gassmann findet – oder umgekehrt. Der Wandel der familialen Lebensformen ist Ausgangspunkt ihrer grundlegenden Studie zu den Pflegeverhältnissen. Es geht darum zu erkennen, dass wir in einem Zeitalter leben, in dem die Vorstellung der bürgerlichen Kernfamilie, eine Form von Familie, die nach wie vor als ‘natürlich’ betrachtet wird, immer mehr mit der empirischen Normalität gesellschaftlichen Lebens in Konflikt gerät. Mit den beiden theoretischen Orientierungsrahmen Bindungstheorie und Systemtheorie wählt Yvonne Gassmann Bezugspunkte, die quer zu manchen familiensoziologischen Theorien liegen, die immer noch von dieser Kernstruktur der Familie ausgehen. «Sich-Verwandt-Machen» wird bei Yvonne Gassmann mit der gelungenen

Integration beschrieben, ein Prozess, den sie treffenderweise mit Wachstum (growth) in Verbindung bringt. Haraway weist in diesem Zusammenhang auf die verkürzte Sichtweise der Luhmannschen Systemtheorie hin, wonach das Zusammenleben auf «Terrapolis» (der Ort des gemeinsamen Werdens alles Lebendigen) nicht im Sinne der Autopoiesis zu denken ist, der Entstehung des dominanten, autonomen Subjekts. Vielmehr geht es um Sympoiesis. Sympoiesis heisst Mit-Machen. Wie auf unserem Planeten generell, so bedarf es auch in komplexen und vor allem dynamischen Pflegverhältnissen eines sympoietischen Denkens und Handelns. Dieses ermöglicht ein Mit-Werden. Insbesondere in Pflegeverhältnissen ist dies riskant, wie Yvonne Gassmann schreibt, was vor allem deutlich wird, wenn es um das Verhältnis von Pflegeeltern und Herkunftseltern geht. Hier eröffnen sich spannungsvolle Fragen: Wenn es wirklich stimmt, dass Pflegefamilien, die sich als Ersatzfamilie verstehen, besser klarkommen und ein gelingenderes Umfeld für ihre Pflegekinder bereitstellen, als solche, die sich als Ergänzung zur Herkunftsfamilie verstehen, was bedeutet das in diesem Fall für das Verhältnis der Eltern untereinander? Yvonne Gassmann plädiert hier für Offenheit und Transparenz und dafür den Familien Veränderungen zuzutrauen, auch für eine Unterstützung der Pflegeeltern, die nicht nur Dienstleister\*innen für das Kind, für den Staat, für die Herkunftseltern sein können. Sie sind ‘verwandt’, sie sind bedeutungsvoll für die Kinder und andersherum. ‘Verwandtschaft’ ist nicht exklusiv, sondern ein Fadenspiel, dessen Ende und dessen Enden wir nicht immer erkennen können.

«Die Aufgabe besteht darin, sich entlang erfinderischer Verbindungslinien verwandt zu machen und eine Praxis des Lernens zu entwickeln, die es uns ermöglicht, in einer dichten Gegenwart und miteinander gut zu leben und zu sterben». Die letzte hier zitierte Parallele und noch eine provokante Botschaft, die bereits im Titel der Arbeit von Gassmann angedeutet wird: Es geht um ein gutes Leben («zusammen wachsen»), aber es geht auch um gutes Sterben («auseinandergehen» (zusammengeschrieben!)). Auch wenn auseinandergehen nicht mit Sterben gleichzusetzen ist (wobei natürlich jeder Abschied sprichwörtlich davon etwas in sich trägt), so geht es, hier wie da, um das Fäden-Spinnen und das Auflösen von Fäden. Während die biologische Metapher des Wachsens in der Pädagogik eine lange Tradition hat, fehlt eigentlich das Pendant dazu, obwohl ja in der Pädagogik vielfach vom Sich-Überflüssig-Machen die Rede ist. Der Begriff, den Yvonne Gassmann wählt, ist treffender: Es geht um «auseinandergehen», nicht um ein Überflüssig-Sein wie in der alteuropäischen Forderung nach Autonomie. Es geht um ein Da-Sein in Distanz (durchaus hier als Pendant zu Anne Frommanns Da-Sein in Stellvertretung zu verstehen, mit dem sie das Leben und Arbeiten im Heim beschreibt). Das Auseinandergehen verweist immer auch auf die Nicht-Normalität der

Pflegefamilie, die in Kontrast zur Dauerhaftigkeit anderer, 'normaler' Familien konstruiert wird. Aber in welcher Ideologie sind wir hier gefangen, wenn nur Pflegefamilien das 'Problem' des Auseinandergehens zugeschrieben wird? Yvonne Gassmann hinterläuft diese Ideologie, indem sie das Auseinandergehen schon von vorneherein als Spannungsmoment von Familien fasst – ein Moment, der bei einer Pflegefamilie vielleicht offensichtlicher ist, aber durchaus nicht allein dieser vorbehalten bleibt. Vielleicht liesse sich daher aus solchen paradigmatischen Pflegeverhältnis-Studien, wie sie Yvonne Gassmann vorgelegt hat, auch wichtige Schlüsse für eine andere Familiensoziologie ziehen, eine postfamiliale Theorie von Bindungen, Netzwerken und Systemen, eine sympoietische Theorie des Familialen?

Dorthin ist freilich noch ein weiter Weg, er führt aber nur über das Affizieren-Lassen von diesen verwickelten Geschichten, wie wir sie in Pflegefamilien erkennen und die wir möglicherweise in anderen familialen Konstellationen nicht mehr sehen, weil sie uns zu sehr bekannt sind. Daher freue ich mich, dass diese Pionierstudie nun in zweiter Auflage, 20 Jahre nach ihrem Erscheinen, wieder verfügbar ist und den Leser\*innen die Möglichkeit gibt, dem 'Verwandt-Machen' lesend auf die Spur zu kommen.

St.Gallen, im Oktober 2020

Prof. Dr. phil. habil. Stefan Köngeter



# Vorwort zur 1. Auflage

Den ersten Gedanken zu dieser Arbeit fasste ich vor zwei Jahren, als Sarah, die Pflege Tochter einer befreundeten Familie, im Streit von zu Hause weglief. Die Behörden reagierten prompt: Das Pflegeverhältnis wurde von einem Tag auf den anderen abgebrochen. Sarah stand am Anfang einer Platzierungskarriere. Mein Interesse war geweckt, ich verfolgte nicht nur die Geschichte von Sarah und ihren Pflegeeltern mit viel Empathie, sondern begann mit ersten eigenen Recherchen zum Abbruch von Pflegeverhältnissen. Die nun vorliegende Arbeit fokussiert die Dynamik von Pflegeverhältnissen, ihr Risiko zu scheitern und das Gelingen in widerstandsfähigen Pflegebeziehungen. Die empirische Untersuchung erfasst die Perspektive der Pflegeeltern, ihre Wahrnehmung und das Erleben der Pflegebeziehungen. Die theoretischen Annäherungen im Feld des Pflegekinderwesens sind auf der Basis des Studiums fachliterarischer Werke, aber vor allem auch in Diskussionen und durch Auseinandersetzungen mit kontroversen Vorstellungen entstanden. Die Dialoge mit interessierten, aber auch skeptischen Menschen sowie mein starker Wille, an grundlegenden Überzeugungen festzuhalten, haben mich in allen Phasen der Entstehung dieser Lizentiatsarbeit immer wieder herausgefordert und motiviert. Für die Unterstützung während dieses Entstehungsprozesses möchte ich einigen Menschen danken.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde ich vom Pädagogischen Institut der Universität Freiburg (CH) unterstützt und wissenschaftlich begleitet:

- Allen voran gilt mein Dank Prof. Dr. Dr. h.c. Fritz Oser. Er ermöglichte mir das von mir gewünschte Thema im Rahmen meiner Lizentiatsarbeit anzugehen. Ich bedanke mich für sein Interesse und Engagement sowie für das Einfordern notwendiger Differenzierungen, insbesondere für seine Ausführungen und Anregungen zu den Begrifflichkeiten der Resilienz und des Scheiterns in der Pädagogik. In gemeinsamen Diskussionen ist es uns gelungen, verschiedene Anliegen aufeinander abzustimmen und für die Bearbeitung der Thematik konstruktiv zu vereinen. Diesen Prozess habe ich sehr hilfreich, bereichernd und wertvoll erfahren.
- Ganz besonders möchte ich mich auch bei Dr. Wolfgang Althof bedanken. Er half mir, das gesamte Vorhaben einzufädeln. Seine Hilfestellungen, sein Rat und seine Vorschläge haben zu unterschiedlichen Zeitpunkten entscheidende Schritte eingeleitet.

- Ein spezieller Dank gebührt Dipl.-Psych. Volker Hofmann. Mit seiner grossen Zuversicht, das umfangreiche Datenmaterial zu bewältigen, und durch seine Beratung und Hilfe bei der statistischen Auswertung hat er entscheidend zu dieser Arbeit beigetragen.
- Weiter bedanke ich mich bei lic. rel. sc. Dominik Schenker. Er hat sich immer wieder Zeit genommen, um einzelne Schritte zu analysieren. Seine wertschätzenden Aufmunterungen und inhaltlichen Anregungen waren sehr motivierend.

Ich durfte auch Hilfe von verschiedenen Personen erfahren, die im Bereich des Pflegekinderwesens beratend und administrativ tätig sind. Ihr Einsatz hat die Durchführung der Untersuchung ermöglicht. Ihnen allen spreche ich meinen Dank aus. Besonders erwähnen möchte ich:

- Herrn Markus Brühwiler (Jugendamt des Kantons Zürich),
- alle Verantwortlichen der Jugendsekretariate und Fürsorgestellen der Bezirke des Kantons Zürich,
- Dr. Kathrin B. Zatti (Schweizerische Fachstelle für das Pflegekinderwesen) und
- Frau Rita Aemmer (Pflegekinder-Aktion Bern).

Ohne die wertvolle und zeitbeanspruchende Mitarbeit von rund 250 Pflegeeltern(teilen), die an der Untersuchung und am Vortest teilgenommen haben, hätte diese Arbeit nicht entstehen können. Durch persönliche Kontakte wurde ich für die Anliegen, Probleme, Krisen, Sorgen, Belastungen und Freuden von Pflegeeltern stärker sensibilisiert. Besonders konnte ich mich über aufmunternde Reaktionen freuen, die mir das Gefühl gaben, mit meiner Untersuchung etwas Gewünschtes und Sinnvolles zu tun. Allen diesen Pflegeeltern bin ich zu Dank verpflichtet.

Besonders dankbar bin ich auch Beat Niederberger für sein konstantes Interesse an meiner Arbeit über einen Zeitraum von zwei Jahren hinweg. Er machte mich durch kritische Überlegungen aus der Perspektive eines Pflegevaters und in wertvollen Gesprächen immer wieder auf neue Gedankenansätze in meiner Arbeit aufmerksam. Seine praktischen Erfahrungen haben mich in der Auseinandersetzung mit der Arbeit animiert und immer wieder ein Stück weitergebracht.



Von besonderem Wert ist die Unterstützung, die ich vonseiten meiner Familie erfahren durfte. Insbesondere bedanke ich mich bei meiner Mutter, die mit viel Geduld meine Tätigkeit anerkannte und sich spontan bereit erklärte, die Korrekturlesungen vorzunehmen, sowie meinen Grosseltern, die mich in meiner Entscheidung, Pädagogik zu studieren, von Anfang an unterstützten.

Zum Schluss möchte ich mich bei all jenen Menschen bedanken, die an die Realisierung meines Vorhabens glaubten und mich auf ganz unterschiedliche Art und Weise unterstützten und begleiteten.

Frauenkappelen, im September 1999

Yvonne Rahel Gassmann



# Inhaltsverzeichnis

<b>I</b>	<b>EINLEITUNG</b>	
<b>1.</b>	<b>Pädagogische Relevanz des Themas .....</b>	<b>27</b>
<b>2.</b>	<b>Aufbau der Arbeit .....</b>	<b>31</b>
<b>II</b>	<b>PFLEGEFAMILIEN UND ENTWICKLUNGSSTAND DES PFLEGEKINDER- WESENS: EINE THEORETISCHE AUSEINANDERSETZUNG</b>	
<b>3.</b>	<b>Lebensform Pflegefamilie: Situation und Trends .....</b>	<b>37</b>
<b>3.1</b>	<b>Familien im Wandel .....</b>	<b>37</b>
3.1.1	Individuation und Familiensinn.....	38
3.1.2	Die Pflegefamilie als eine Lebensform.....	40
<b>3.2</b>	<b>Familienplatzierung im historischen Kontext.....</b>	<b>42</b>
<b>3.3</b>	<b>Hauptkontroversen um das Pflegekinderwesen .....</b>	<b>45</b>
3.3.1	Heim- und Familienpflege.....	46
3.3.1.1	Vernachlässigung im Heim und in der Familie .....	47
3.3.1.2	Zwischenplatzierungen im Heim.....	48
3.3.2	Pflegefamilie zwischen Ersatz- und Ergänzungsfamilie .....	51
3.3.2.1	Das Ersatzfamilienverständnis.....	52
3.3.2.2	Das Ergänzungsfamilienverständnis.....	53
3.3.2.3	Ersatzfamilien- versus Ergänzungsfamilienverständnis .....	54
<b>3.4</b>	<b>Formen der Fremdbetreuung und Begriffsklärungen .....</b>	<b>60</b>
3.4.1	Nuancen zwischen Dauerpflege, Adoption und Heim .....	60
3.4.2	Abgrenzung von Dauer-, Wochen- und Tagespflege .....	62
<b>3.5</b>	<b>Schlussfolgerungen .....</b>	<b>63</b>

<b>4.</b>	<b>Metatheoretischer Bezugsrahmen: System- und Bindungstheorie.....</b>	<b>67</b>
<b>4.1</b>	<b>Systemtheoretische Überlegungen .....</b>	<b>67</b>
4.1.1	Allgemeine Systemtheorie.....	68
4.1.2	Systemtheoretische Familienforschung und -diagnostik.....	71
4.1.2.1	Die Mehrebenenperspektive .....	72
4.1.2.2	Die Hierarchie der Ebenen in der (Pflege-)Familie.....	74
4.1.3	Strukturelle Besonderheiten von Pflegefamilien.....	77
4.1.4	Nutzen der systemischen Perspektive.....	82
<b>4.2</b>	<b>Bindungstheorie und Bindungsforschung .....</b>	<b>83</b>
4.2.1	Theoretische Konzepte der Bindung .....	83
4.2.2	Standpunkte der gegenwärtigen Bindungsforschung .....	85
4.2.3	Bindungsentwicklung und Trennungsreaktionen bei Kindern .....	87
4.2.4	Abbruch von Pflegeverhältnissen als erneute Trennungserfahrung .....	89
4.2.5	Beziehungsfähige Kinder und beziehungsfähige Eltern.....	90
4.2.6	Zusammenfassung der bindungstheoretischen Perspektive.....	92
<b>4.3</b>	<b>Integration systemischer und bindungstheoretischer Ansichten .....</b>	<b>94</b>
<b>5.</b>	<b>Ergebnisse der Forschung im Pflegekinderwesen .....</b>	<b>97</b>
<b>5.1</b>	<b>Aufziehen und Aufwachsen in Pflegefamilien: Eine Studie von Bastiaensen und Robbroeckx.....</b>	<b>97</b>
5.1.1	Pflegeelterliche Beurteilung von familiärem Stress und pflegekindlichem Verhalten.....	98
5.1.2	Pflegekindliche Wahrnehmung der Pflege- und Herkunftseltern .....	99
<b>5.2</b>	<b>Befunde zu unterschiedlichen Forschungsbereichen .....</b>	<b>100</b>
5.2.1	Die Situation der Herkunftsfamilien.....	101
5.2.2	Die Situation der Pflegefamilien .....	102
5.2.3	Kontakte des Pflegekindes zur Herkunftsfamilie .....	103
5.2.4	Vorbereitung auf die Pflegeelternschaft .....	103
5.2.5	Erfolgsforschung.....	104
<b>5.3</b>	<b>Bilanz und Perspektiven der Forschung.....</b>	<b>106</b>

<b>6.</b>	<b>Belastung, Gelingen und Resilienz in Pflegebeziehungen.....</b>	<b>109</b>
<b>6.1</b>	<b>Auf die Pflegebeziehung wirkende Belastungsfaktoren.....</b>	<b>109</b>
<b>6.2</b>	<b>Zieldefinition von Pflegebeziehungen .....</b>	<b>112</b>
6.2.1	Gelingen als Nichts Scheitern.....	113
6.2.2	Versuch einer Definition von Gelingen.....	117
6.2.2.1	Integration.....	118
6.2.2.2	Wachstum und Zufriedenheit .....	121
6.2.3	Anwendungsbereich der Definition.....	122
<b>6.3</b>	<b>Resilienz und gelingende Pflegebeziehungen .....</b>	<b>124</b>
6.3.1	Das Konstrukt der Resilienz .....	124
6.3.2	Die Kauai-Längsschnittstudie.....	126
6.3.3	Ein Modell widerstandsfähiger Pflegebeziehungen .....	127
<b>6.4</b>	<b>Belastungsbewältigung und Ressourcen.....</b>	<b>129</b>
6.4.1	Das transaktionale Stressmodell von Lazarus .....	129
6.4.2	Psychologie der Kontrollmeinung .....	131
6.4.3	Kompetenzerwartung und funktionaler Optimismus.....	132
6.4.4	Diskursbereitschaft .....	134
6.4.4.1	Soziale Reversibilität .....	134
6.4.4.2	Pädagogische Präsupposition.....	135
6.4.5	Partnerschaftliche Unterstützung, Rollenverteilung und Familiensinn.....	138
6.4.6	Grenzen und Selbstverständnis der (Pflege-)Familie .....	139
6.4.7	Soziale Unterstützung .....	141
<b>6.5</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>142</b>
<b>III</b>	<b>WAHRNEHMUNG UND ERLEBEN VON PFLEGEBEZIEHUNGEN DURCH PFLEGEELTERN: EINE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG</b>	
<b>7.</b>	<b>Begründung und Überblick .....</b>	<b>149</b>

<b>8.</b>	<b>Zielsetzungen und Fragestellungen.....</b>	<b>151</b>
<b>8.1</b>	<b>Ziele und Grenzen der Untersuchung.....</b>	<b>151</b>
<b>8.2</b>	<b>Hauptthesen .....</b>	<b>152</b>
8.2.1	Hypothesen über Haupteffekte .....	153
8.2.2	Hypothesen über Interaktionen.....	154
8.2.3	Zusammenfassung der Hauptthesen .....	155
<b>9.</b>	<b>Methodologie und Pflegeelternfragebogen.....</b>	<b>157</b>
<b>9.1</b>	<b>Methodologische Überlegungen und Auswahl der Untersuchungsmethode..</b>	<b>157</b>
<b>9.2</b>	<b>Der Fragebogen für Pflegeeltern .....</b>	<b>158</b>
9.2.1	Die theoretische Basis des Pflegeelternfragebogens .....	159
9.2.2	Inhaltlicher Aufbau des Untersuchungsinstrumentes.....	160
9.2.2.1	Hinweise auf ein Gelingen.....	160
9.2.2.2	Die Ausgangsvariablen des Pflegeverhältnisses.....	161
9.2.2.3	Belastungsfaktoren des Pflegeverhältnisses .....	162
9.2.2.4	Ressourcen der Kernpflegefamilie und des erweiterten pflege- familialen Systems .....	164
9.2.3	Formaler Aufbau des Pflegeelternfragebogens .....	165
<b>9.3</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>166</b>
<b>10.</b>	<b>Durchführung der Untersuchung .....</b>	<b>169</b>
<b>10.1</b>	<b>Vortest.....</b>	<b>169</b>
<b>10.2</b>	<b>Die Stichprobe .....</b>	<b>170</b>
10.2.1	Auswahl der Stichprobe.....	170
10.2.1.1	Pflegeeltern im Kanton Zürich .....	170
10.2.1.2	Weitere Auswahlkriterien .....	171
10.2.2	Erhebungsverlauf.....	172
10.2.3	Stichprobenbeschreibung.....	175
10.2.3.1	Vergleichsdaten .....	175

10.2.3.2	Daten des Pflegeelternfragebogens im Vergleich zu den Daten von Juhasz und Sunitsch.....	177
10.2.3.3	Zusammenfassung und Einschätzung zur Repräsentativität der Stichprobe .....	187
<b>10.3</b>	<b>Modelle der Datenanalyse.....</b>	<b>188</b>
10.3.1	Statistische Analyseverfahren.....	189
10.3.2	Verwendete Datensätze .....	189
<b>11.</b>	<b>Ergebnisse.....</b>	<b>191</b>
<b>11.1</b>	<b>Die abhängige Variable Gelingen.....</b>	<b>191</b>
11.1.1	Gelungene Integration .....	191
11.1.2	Unterstützungsverhalten als zusätzliche Aussage zum Gelingen.....	195
11.1.3	Zusammenfassung zum Gelingen.....	197
<b>11.2</b>	<b>Die unabhängige Variable Ausgangsbedingungen .....</b>	<b>198</b>
11.2.1	Formale Art der Beziehungen.....	198
11.2.1.1	Pflegeeltern-Herkunftseltern-Kontakt .....	198
11.2.1.2	Besuchskontakte .....	199
11.2.2	Situation der Herkunftsfamilie und des Pflegekindes.....	200
11.2.2.1	Belastungssituation in der Herkunftsfamilie .....	200
11.2.2.2	Vorgeschichte des Pflegekindes .....	201
11.2.3	Motivationslage in der Pflegefamilie.....	203
11.2.3.1	Aufnahmemotive der Pflegeeltern.....	203
11.2.3.2	Persönliche Betroffenheit .....	205
11.2.3.3	Aufnahmeinitiative .....	207
11.2.4	Vorbereitung der Pflegeeltern auf das Pflegeverhältnis .....	207
11.2.4.1	Persönliche Vorbereitung und externe Begleitung .....	207
11.2.4.2	Informationsdefizite.....	208
11.2.4.3	Vorwissen, Wissenszuwachs und Wissenswunsch.....	208
11.2.5	Typologisierung der Pflegeverhältnisse .....	209
11.2.5.1	Unterschiede zwischen Dauer- und Wochenpflege.....	209
11.2.5.2	Unterschiede zwischen Dauerpflegeverhältnissen mit und ohne Pflegeeltern-Herkunftseltern-Kontakt .....	210
11.2.5.3	Unterschiede zwischen Nichtverwandtschafts- und Verwandtschaftspflege .....	211
11.2.5.4	Unterschiede zwischen Pflegeelternpaaren und alleinerziehenden Pflege- müttern und Pflegevätern.....	212
11.2.5.5	Unterschiede bei der Dauer des Pflegeverhältnisses .....	212
11.2.6	Zusammenfassung zum Verhältnis einzelner Ausgangs- bedingungen .....	213

<b>11.3</b>	<b>Die unabhängige Variable Belastungen.....</b>	<b>214</b>
11.3.1	Probleme des Pflegekinde.....	214
11.3.1.1	Problementwicklung und aktuelle Probleme des Pflegekinde.....	214
11.3.1.2	Beziehung des Pflegekinde zu seiner Herkunft .....	217
11.3.1.3	Aktuelle Familienbeziehungen .....	219
11.3.2	Belastung der Pflegemutter/des Pflegevater .....	220
11.3.2.1	Gewöhnung an das Pflegeverhältnis.....	221
11.3.2.2	Belastung der Pflegeeltern durch Verhaltensauffälligkeiten des Pflegekinde ....	222
11.3.2.3	Belastung in der Rolle als Pflegemutter/Pflegevater .....	223
11.3.2.4	Zeitbelastung.....	224
11.3.2.5	Paarbelastung .....	226
11.3.2.6	Belastung der Pflegemutter/des Pflegevater durch die Beziehung des Pflegekinde zur Herkunftsfamilie .....	227
11.3.2.7	Einmischen .....	228
11.3.3	Zusammenhangsbeschreibungen .....	228
11.3.3.1	Zusammenhänge von einzelnen Problembereichen des Pflegekinde.....	229
11.3.3.2	Zusammenhänge von einzelnen Belastungsfaktoren der Pflegeeltern .....	229
11.3.3.3	Unterschiede in der Belastungswahrnehmung zwischen Pflege- mutter und Pflegevater .....	230
11.3.3.4	Pflegeelterliche Belastungen in Abhängigkeit von der pflegekinde- Belastung .....	231
11.3.4	Zusammenfassung zum Verhältnis unterschiedlicher Belastungsbereiche .....	233
<b>11.4</b>	<b>Die unabhängige Variable Ressourcen .....</b>	<b>234</b>
11.4.1	Ressourcenbereiche auf der Ebene der Person .....	235
11.4.1.1	Lebensfreude.....	235
11.4.1.2	Selbstwirksamkeitserwartung .....	237
11.4.1.3	Aktive Stressverarbeitung.....	239
11.4.1.4	Problemeinschätzung und allgemeiner Optimismus .....	241
11.4.1.5	Offenheit und Interviewbereitschaft .....	242
11.4.1.6	Diskursbereitschaft .....	242
11.4.1.7	Bezüge persönlicher Ressourcen .....	245
11.4.1.8	Unterschiede in den persönlichen Ressourcen zwischen Pflegemüttern und Pflegevätern .....	246
11.4.2	Ressourcenbereiche auf der Ebene der Pflegefamilie.....	246
11.4.2.1	Rollenaufteilung, -verhalten und -zufriedenheit der Pflegeeltern-paare .....	246
11.4.2.2	Selbstverständnis der Pflegefamilie.....	248
11.4.2.3	Pflegegeschwister .....	252
11.4.3	Ressourcenbereiche auf der Ebene des sozialen Umfeldes .....	252
11.4.3.1	Ausserfamiliäre Aktivität und Unterstützung.....	253
11.4.3.2	Verhältnis der Pflegefamilie zur Herkunftsfamilie.....	255



11.4.4	Zusammenhänge zwischen einzelnen Ressourcenbereichen.....	257
11.4.5	Zusammenfassung .....	258
<b>11.5</b>	<b>Beschreibung der Haupteffekte.....</b>	<b>259</b>
11.5.1	Zusammenhänge zwischen Ausgangsbedingungen und Gelingen .....	260
11.5.2	Zusammenhänge zwischen Belastungen und Gelingen.....	264
11.5.2.1	Hypothesen, welche die pflegekindliche Belastung betreffen.....	264
11.5.2.2	Hypothesen, welche die pflegeelterliche Belastung betreffen.....	266
11.5.3	Zusammenhänge zwischen Ressourcen und Gelingen .....	268
11.5.3.1	Hypothesen, welche die pflegeelterlichen Ressourcen betreffen .....	268
11.5.3.2	Hypothesen, welche die pflegefamilialen Ressourcen betreffen.....	269
11.5.4	Zusammenfassung der Haupteffekte .....	271
11.6	Das Zusammenspiel der unabhängigen Variablen.....	273
11.6.1	Kontrolle der Problemeinschätzung .....	274
11.6.2	Schrittweise Regression der Ausgangsbedingungen .....	276
11.6.3	Schrittweise Regression der Belastungen .....	277
11.6.4	Schrittweise Regression der Ressourcen .....	278
11.6.5	Gemeinsames Regressionsmodell .....	280
11.6.6	Beurteilung des Prädiktors Ressource .....	284
<b>12.</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>287</b>
12.1	Diskussion der Untersuchungsmethodik.....	287
12.2	Diskussion der Ergebnisse .....	289
<b>13.</b>	<b>Förderung einer Pädagogik der Ressourcenunterstützung und Prozessorientierung.....</b>	<b>293</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>299</b>



# Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 4-1:	Die Hierarchie der vier (Pflege-)Familienebenen (modifiziert nach Kötter, 1997, 8).....	75
Abbildung 4-2:	Das Familienmodell von <i>Cierpka</i> (1996, 13).....	76
Abbildung 4-3:	Das erweiterte Beziehungsdreieck.....	79
Abbildung 6-1:	Das Konstrukt der Resilienz (Bründel, 1993, 93).....	125
Abbildung 6-2:	Das Modell widerstandsfähiger Pflegebeziehungen.....	128
Abbildung 8-1:	Dreifaktorielle Anordnung zur Formulierung der Hypothesen (2x2x2-Matrix).....	154
Abbildung 8-2:	Das Mediatormodell (mit Ressourcen als vermittelnder Variablen).....	155
Abbildung 9-1:	Methoden der Datengewinnung in der Familiendiagnostik (vgl. Cromwell et al., 1984).....	158
Abbildung 10-1:	Dauer- und Wochenpflege bezüglich Nicht- und Verwandtschaftspflege.....	178
Abbildung 10-2:	Die Stellung des Pflegekindes in der Geschwisterreihe.....	182
Abbildung 10-3:	Pflegekindalter bezüglich Dauer- und Wochenpflege.....	185
Abbildung 10-4:	Aufnahmealter bezüglich Dauer- und Wochenpflege.....	185
Abbildung 10-5:	Altersunterschied zwischen Pflegekind und Pflegemutter/-vater bezüglich Verwandtschafts- und Nichtverwandtschaftspflege.....	186
Abbildung 11-1:	Faktorenanalyse der Items zu Integration, Zufriedenheit und Wachstum (Screeplot).....	192
Abbildung 11-2:	Boxplot zur gelungenen Integration.....	195
Abbildung 11-3:	Boxplot zum Unterstützungsverhalten.....	196
Abbildung 11-4:	Boxplot zur Anpassung „früher“.....	216
Abbildung 11-5:	Boxplot zur Anpassung „heute“.....	216
Abbildung 11-6:	Boxplot zur pflegekindlichen Belastung durch Besuchskontakte.....	219
Abbildung 11-7:	Boxplot zu Schwierigkeiten zwischen den Kindern.....	220
Abbildung 11-8:	Boxplot zur Belastung durch Verhaltensprobleme des Pflegekindes.....	223
Abbildung 11-9:	Boxplot zur Rollenbelastung.....	224
Abbildung 11-10:	Boxplot zur zeitlichen Belastung 1 (zu wenig Zeit für Tätigkeiten).....	226
Abbildung 11-11:	Boxplot zeitlichen Belastung 2 (zu wenig Zeit mit dem Partner/der Partnerin).....	226
Abbildung 11-12:	Boxplot zum Einmischen.....	228
Abbildung 11-13:	Boxplot zur Lebensfreude.....	237
Abbildung 11-14:	Boxplot zur Selbstwirksamkeitserwartung.....	238
Abbildung 11-15:	Boxplot zur aktiven Stressverarbeitung.....	240
Abbildung 11-16:	Boxplot zur Problemeinschätzung.....	241
Abbildung 11-17:	Boxplot zur Orientierung an Prinzipien.....	243
Abbildung 11-18:	Boxplot zur Diskursbereitschaft.....	245
Abbildung 11-19:	Boxplot zum Ersatzfamilienverständnis.....	249
Abbildung 11-20:	Boxplot zum Normalfamilienverständnis.....	250
Abbildung 11-21:	Boxplot zur Beurteilung von Geschwisterplatzierungen (einheitliche positive Einschätzung).....	252
Abbildung 11-22:	Boxplot zur erhaltenen und erwarteten Unterstützung.....	254

Abbildung 11-23: Boxplot zur Unterstützungszufriedenheit.....	254
Abbildung 11-24: Boxplot zum unterstützenden Verhältnis .....	256
Abbildung 11-25: Gelungene Integration in Abhängigkeit von der Problemeinschätzung (Streudiagramm).....	275
Abbildung 11-26: Verteilung der Varianzaufklärung bei der Variante A des Regressions- modells .....	283
Abbildung 11-27: Verteilung der Varianzaufklärung bei der Variante B des Regressions- modells .....	283
Abbildung 11-28: P-P-Diagramm der Residuen der in die Regressionsanalyse eingegan- genen Daten .....	284
Abbildung 11-29: Verteilung der Varianzaufklärung bei stufenweiser Regression .....	286

## Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 3-1:	Indikation für oder gegen Besuchskontakte und Auswahlkriterien für Pflegefamilien nach Kötter.....	57
Tabelle 3-2:	Annahmen für Ersatzfamilien- und Ergänzungsfamilienverständnis und entsprechende Zielvorstellungen.....	58
Tabelle 8-1:	Überblick der Hypothesen.....	156
Tabelle 10-1:	Untersuchungsdesign.....	169
Tabelle 10-2:	Anzahl Pflegefamilien und -kinder im Kanton Zürich.....	173
Tabelle 10-3:	Verteilung des Rücklaufs.....	175
Tabelle 10-4:	Übersicht der Untersuchungen im Kanton Zürich.....	176
Tabelle 10-5:	Statistik des Pflegekinderwesens 1992-1997.....	177
Tabelle 10-6:	Anzahl Dauer- und Wochenpflegeverhältnisse.....	178
Tabelle 10-7:	Anzahl Nichtverwandtschafts- und Verwandtschaftspflegeverhältnisse.....	178
Tabelle 10-8:	Häufigkeiten eines Pflegestellenwechsels.....	179
Tabelle 10-9:	Anzahl Kinder in den Pflegefamilien (Familiengrösse).....	180
Tabelle 10-10:	Pflegekinder als einzige oder jüngste Kinder in den Pflegefamilien.....	181
Tabelle 10-11:	Existenz eines Pflegevertrages.....	182
Tabelle 10-12:	Erhalt eines Pflegegeldes.....	183
Tabelle 10-13:	Entschädigung bezüglich Pflegevertrag.....	183
Tabelle 10-14:	Alleinerziehende Pflegeelternanteile und deren Geschlecht.....	183
Tabelle 10-15:	Alter und Aufnahmealter der Kinder in Dauer- und Wochenpflege.....	184
Tabelle 10-16:	Pflegeelternalter bezüglich Nichtverwandtschafts- und Verwandtschaftspflege.....	185
Tabelle 10-17:	Anzahl Kinder in Nichtverwandtschafts- und Verwandtschaftspflege ...	186
Tabelle 10-18:	Übersicht zu den verwendeten Datensätzen.....	190
Tabelle 11-1:	Hauptkomponentenanalyse der Items zu Integration, Zufriedenheit und Wachstum.....	192
Tabelle 11-2:	Skala gelungene Integration (Faktor).....	194
Tabelle 11-3:	Skala Unterstützungsverhalten (Faktor).....	196
Tabelle 11-4:	HAMEL-Items bezüglich gelungener Integration und Pflegekindalter ..	197
Tabelle 11-5:	Übersicht der Skalen zum Gelingen.....	197
Tabelle 11-6:	Belastungsfaktoren in den Herkunftsfamilien.....	201
Tabelle 11-7:	Items zur Vorgeschichte der Pflegekinder.....	202
Tabelle 11-8:	Belastungssituationen in den Herkunftsfamilien bezüglich Vorerfahrungen.....	203
Tabelle 11-9:	Items zur Aufnahmemotivation.....	204
Tabelle 11-10:	Item zur persönlichen Betroffenheit.....	205
Tabelle 11-11:	Aufnahmemotive bezüglich persönlicher Betroffenheit.....	206
Tabelle 11-12:	Aufnahmemotive bezüglich Verwandtschaftlichkeit.....	206
Tabelle 11-13:	Aufnahmemotive bezüglich aktiver Bemühung.....	206
Tabelle 11-14:	Items zur Aufnahmeinitiative.....	207
Tabelle 11-15:	Items zur Vorbereitung auf das Pflegeverhältnis.....	208
Tabelle 11-16:	Items zum Indikationswissen.....	208

Tabelle 11-17:	Items zum Perspektivenwissen.....	208
Tabelle 11-18:	Items zum Vorwissen, zu Wissenszuwachs und -wunsch .....	209
Tabelle 11-19:	Umgang der Pflegekinder mit dem Wechsel der Bezugspersonen .....	215
Tabelle 11-20:	Umgang der Pflegekinder mit dem Wechsel der Umgebung.....	215
Tabelle 11-21:	Aktuelle Probleme der Pflegekinder.....	217
Tabelle 11-22:	Items zum pflegekindlichen Erleben von Loyalitätskonflikten.....	218
Tabelle 11-23:	Aktuelle Familienbeziehungen.....	219
Tabelle 11-24:	Vorbelastung bezüglich Gewöhnung .....	221
Tabelle 11-25:	Anfangsbelastung bezüglich gegenwärtiger Belastung.....	221
Tabelle 11-26:	Gewöhnung an pflegekindliche Verhaltensauffälligkeiten .....	222
Tabelle 11-27:	Skala Rollenbelastung (Faktor) .....	223
Tabelle 11-28:	Hauptkomponentenanalyse der Items zurzeitbelastung .....	224
Tabelle 11-29:	Skalen zur zeitlichen Belastung (Faktoren).....	225
Tabelle 11-30:	Item zur Paarbebelastung .....	226
Tabelle 11-31:	Items zur Thematisierung der Herkunftsfamilie durch die Pflegeeltern .	227
Tabelle 11-32:	Item zur pflegeelterlichen Belastung durch Besuchskontakte des Pflegekindes .....	227
Tabelle 11-33:	„Übertragung“ der Problemlage von der Herkunftsfamilie auf die Pflegefamilie.....	232
Tabelle 11-34:	Übersicht der pflegekindlichen Anpassungs- und Belastungsskalen .....	233
Tabelle 11-35:	Übersicht der pflegeelterlichen Belastungsskalen.....	233
Tabelle 11-36:	Hauptkomponentenanalyse der Items zur Lebensfreude.....	236
Tabelle 11-37:	Skala Lebensfreude (Faktor) .....	236
Tabelle 11-38:	Hauptkomponentenanalyse der Items zur Selbstwirksamkeits- erwartung .....	238
Tabelle 11-39:	Skala Selbstwirksamkeitserwartung (Faktor).....	238
Tabelle 11-40:	Skala Stressverarbeitung (Faktor) .....	240
Tabelle 11-41:	Skala Problemeinschätzung (Faktor).....	241
Tabelle 11-42:	Item zum allgemeinen Optimismus.....	242
Tabelle 11-43:	Item zur Offenheit .....	242
Tabelle 11-44:	Item zur Interviewbereitschaft.....	242
Tabelle 11-45:	Skala Orientierung an Prinzipien (Faktor).....	243
Tabelle 11-46:	Hauptkomponentenanalyse der Items zur Diskursbereitschaft .....	244
Tabelle 11-47:	Skala Diskursbereitschaft (Faktor) .....	244
Tabelle 11-48:	Bivariate Korrelationen der persönlichen Ressourcen .....	245
Tabelle 11-49:	Traditionelle Rollenverteilung zwischen Pflegemutter und -vater.....	247
Tabelle 11-50:	Zufriedenheit mit der Verteilung der Rollen .....	248
Tabelle 11-51:	Skala Ersatzfamilienverständnis (Faktor).....	249
Tabelle 11-52:	Item zum Adoptionswunsch .....	251
Tabelle 11-53:	Item zur Wiederaufnahmeeinstellung.....	251
Tabelle 11-54:	Item zur Rückkehroption .....	251
Tabelle 11-55:	Item zur Pflegestellenwechseleoption .....	251
Tabelle 11-56:	Item zur Pflegeabbruchoption.....	251
Tabelle 11-57:	Item zum ausserfamiliären Engagement.....	253
Tabelle 11-58:	Items zur Häufigkeit ausserfamiliärer Aktivitäten .....	253

Tabelle 11-59:	Skala erhaltene und erwartete Unterstützung (Faktor) .....	254
Tabelle 11-60:	Halbprofessionelle Kontakte .....	255
Tabelle 11-61:	Professionelle Unterstützungshäufigkeit .....	255
Tabelle 11-62:	Skala unterstützendes Verhältnis (Faktor).....	256
Tabelle 11-63:	Item zur (vermehrten) Austauschbereitschaft.....	257
Tabelle 11-64:	Übersicht der Skalen zu den persönlichen Ressourcen der Pflegeeltern.	258
Tabelle 11-65:	Übersicht der Skalen zu den pflegefamiliären Ressourcen .....	259
Tabelle 11-66:	Effekte der Ausgangsbedingungen auf das Gelingen.....	262
Tabelle 11-67:	Effekte der pflegekindlichen Belastung auf das Gelingen .....	265
Tabelle 11-68:	Effekte der pflegeelterlichen Belastung auf das Gelingen .....	266
Tabelle 11-69:	Effekte der pflegeelterlichen Ressourcen auf das Gelingen.....	268
Tabelle 11-70:	Effekte der pflegefamilialen Ressourcen auf das Gelingen.....	270
Tabelle 11-71:	Ausgangsbedingungen mit einer signifikanten Wirkung auf das Gelingen .....	276
Tabelle 11-72:	Regression der gelungenen Integration auf Ausgangsbedingungen.....	277
Tabelle 11-73:	Belastungen mit einer signifikanten Wirkung auf das Gelingen.....	278
Tabelle 11-74:	Regression der gelungenen Integration auf Belastungen .....	278
Tabelle 11-75:	Ressourcen mit einer signifikanten Wirkung auf das Gelingen .....	279
Tabelle 11-76:	Regression der gelungenen Integration auf Ressourcen.....	279
Tabelle 11-77:	Kontrolle der Problemeinschätzung .....	280
Tabelle 11-78:	Hierarchische Aufnahme der Variablen in die Regressionsgleichung ....	281
Tabelle 11-79:	Regression der gelungenen Integration auf Variante A.....	282
Tabelle 11-80:	Regression der gelungenen Integration auf Variante B.....	282





# I

## EINLEITUNG



# 1. Pädagogische Relevanz des Themas

In jedem pädagogischen Verhältnis sind zumindest zwei Personen betroffen, das Kind (pais) und die leitende/begleitende (agein) Person, die miteinander in eine Beziehung treten. Zumeist sind aber in pädagogischen Systemen sehr viel mehr Personen involviert. In der Entwicklung des Menschen bis zur Selbständigkeit werden viele verschiedene pädagogische Verhältnisse wirksam. Zu erwähnen sind neben der Familie etwa die Spielgruppen, der Kindergarten, die Schule, die Vereine und Verbände sowie die Ausbildungsinstitutionen. Neben den pädagogischen Systemen werden für das Kind mit zunehmendem Alter andere, nicht im pädagogischen Gefälle stehende Systeme immer wichtiger und diese übernehmen je länger umso mehr Aspekte, die vorher den pädagogischen Systemen übertragen waren: Gruppen, Cliques, Szenen, Freundschaften, Partnerschaften, Gesellschaft, Kultur. Obwohl es nicht pädagogische Systeme sind, haben sie einen massgebenden Einfluss auf die Entwicklung des Kindes bzw. des jungen Erwachsenen. In der Schweiz bleibt die Familie, im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern in der Vorschulzeit, relativ lange das einzige pädagogische System und hat deshalb einen besonders prägenden Einfluss auf das Kind. Zudem nimmt der starke Einfluss der Familie nur allmählich ab.

Wenn das Ziel der kindlichen Entwicklung in einer ganzheitlichen Sicht mit den fünf Stichworten der persönlichen Autonomie, der körperlichen Integrität, der Gemeinschaftsfähigkeit, der verantwortungsvollen Weltgestaltung und der sinnstiftenden Wertorientierung zusammengefasst wird, kommen den verschiedenen pädagogischen Systemen jeweils verschiedene Schwerpunktsetzungen zu. Die Familie steht vor dem Anspruch, das Kind in allen Aspekten der Entwicklung, das heisst ganzheitlich, zu fördern und demzufolge Diskurs und Auseinandersetzung, körperliche Versorgung und Entfaltung, tragende Beziehungen, sinnvolle Weltaneignung und wertsetzende Orientierungssysteme anzubieten und zu vermitteln. Die Familie verfügt über die einzigartige Eigenschaft, dass die einzelnen Mitglieder nicht aufgrund einer eigenen Entscheidung oder externen Vorschrift zu diesem System gehören. Die Zugehörigkeit ist verwandtschaftlicher Art, heute mehrheitlich in der Form von Elternschaft respektive Kindschaft. Früher lebten weitere verwandtschaftliche Mitglieder in der Familie (Grosseltern, Tanten, Onkel usw.) und bis vor kurzem auch andere Personen, die zur Arbeitsgemeinschaft gehörten. Die Kleinfamilie verfügt in unserer Gesellschaft über einen hohen Schutz der

Privatheit und der Autonomie. Die Gesellschaft ist sehr zurückhaltend im aktiven Eingreifen in das Familiensystem und akzeptiert eine weitgehende Abgrenzung der Familie gegenüber anderen Systemen.

Wenn das Familiensystem vor diesem umfassenden pädagogischen Anspruch steht, können die Belastungen, die Defizite und schliesslich auch das Scheitern dieses Systems sehr vielfältige Ursachen in verschiedenen Bereichen haben: Überlastung, Überforderung, Krankheiten, materielle Versorgungslücken, Unsicherheiten, Bindungs- und Beziehungsmängel, Bedrohungen, Desorientierungen und Sinnlosigkeitserfahrungen. Unabhängig davon, in welchem Bereich die Defizite entstehen, führen sie fast immer auch zu einer Beeinträchtigung im Bereich der Beziehungen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern. Darum sind gescheiterte Familiensysteme zumeist mit Defiziten in den Beziehungen belastet. Eine intensive Abklärung der Ursachen des Scheiterns ist eine wichtige Voraussetzung bei der Entscheidung, ob ein Kind fremdplatziert werden soll. Nur eine klare Indikation ermöglicht zu entscheiden, wo ein Kind, das nicht mehr im Familiensystem verbleiben kann, platziert werden soll. Oft ist das schwierig, gerade weil die Gesellschaft sich sehr zurückhaltend verhält.

Die Platzierung in einer anderen Familie, die dann zustande kommen kann, wenn die Defizite erkannt werden und auch gehandelt wird, bedeutet für ein Kind immer eine Trennungserfahrung. Umgekehrt ist die Platzierung die Chance für einen Neuanfang, die Herausforderung, neue tragfähige Beziehungen in der Pflegefamilie aufzubauen, das heisst sich im neuen System einzugliedern und Beziehungen aufzunehmen, die verschiedenen Prozesse kennenzulernen und mitzugestalten. Systemisch betrachtet bleibt das Herkunftssystem bestehen, das Kind ist weiterhin Teil davon. Das Kind ist jetzt aber zusätzlich Teil der Pflegefamilie. Schliesslich ist das Kind neu Teil eines dritten Systems, das von der Gesellschaft installiert wird, sei es durch eine Beistandschaft und Kontrolle oder auch durch Unterstützung. Das Kind wird Element eines behördlichen Systems. Unter den verschiedenen Platzierungsmöglichkeiten ist die Pflegefamilie als einziges System, wie die Familie selbst, mit dem Anspruch konfrontiert, den ganzheitlichen, umfassenden Auftrag zu übernehmen. Dieser Auftrag wird regelmässig weder ausdrücklich formuliert, da impliziert wird, dass Familien das schon können, noch wird geklärt, wie die weiterhin nicht defizitären Bereiche der Herkunftsfamilie für die Entwicklung des Kindes einbezogen und nützlich gemacht werden können. Die Integration des Kindes in die Pflegefamilie ist vor diesem Hintergrund umso wichtiger, aber auch umso schwieriger zu realisieren. Erschwerend kommt dazu, dass Pflegefamilien des besonderen Schutzes, der Respektierung der hohen Privatheit und des Zugeständnisses von Autonomie durch die Gesellschaft beraubt werden und damit gerade Haupteigenschaften des Familiensystems verlieren.

Sie sind nicht mehr „normale“ Familien, sie sind öffentlich bewilligte und öffentlich kontrollierte pädagogische Systeme.

Das gesamte Feld des Pflegekinderwesens ist weitläufig und verästelt. Pädagogik, Psychologie, Sozialarbeit, Soziologie und Politologie sind Disziplinen, die dieses Feld fokussieren können. Um einseitige Zuschreibungen, insbesondere vor der Frage des Gelingens und Scheiterns von Pflegebeziehungen, einzuschränken, ist eine umfassende Perspektive notwendig. Trotzdem verbindet sich mit dem Pflegekinderwesen eine Vielzahl massgebender pädagogischer Fragestellungen. Jede Grundfragestellung der Pädagogik bekommt dann eine verstärkte Wichtigkeit, wenn sie in der speziellen und teilweise bewusst zu arrangierenden Situation der Fremdbetreuung gestellt wird. Platzierungen von Kindern in Pflegefamilien sind nicht nur vertraglich festgelegt, sondern bergen auch die Möglichkeit, pädagogische Fragen zu betrachten und bewusste Entscheidungen zu treffen. Pflegeverhältnisse bergen aber nicht nur eine Reihe von Möglichkeiten in sich, sondern sie stehen auch einer Reihe von Aufgaben, Anforderungen und Belastungen gegenüber, es lastet sehr oft auch ein hoher Erwartungsdruck auf ihnen, und sie enden nicht selten mit einem Abbruch.

Der Begriff Pflegefamilie veranschaulicht und ermöglicht besser als die Begriffe Ersatzfamilie oder Ergänzungsfamilie die situationsbezogene, konkrete Definition der Aufgabe der Pflegefamilie. Der Begriff Pflegefamilie macht keine Aussage über die Familie oder über die Art des Verhältnisses zur Herkunftsfamilie, sondern allein über die Aufgabe, die dieser Familie übertragen wird, nämlich die Übernahme der Pflege des Kindes innerhalb einer Familie. Damit wendet sich der Fokus ab von der Familie, hin zur Aufgabe der Pflege. Die Fragen rücken ins Blickfeld, was eine solche Pflege umfasst, ob Familien geeignet sein können, diese Pflege zu übernehmen, und wie ein Gelingen dieser Pflege innerhalb von Familien umschrieben und gemessen werden kann. Vor allem, ob eine Integration verwirklicht werden kann, was eine gelingende Integration umfasst und welche Ressourcen ein solches Gelingen begünstigen, sind zentrale Fragen. Diese Fragen nach den Aufgaben, Möglichkeiten und Bedürfnissen einer Pflegebeziehung zeigen die Relevanz und Notwendigkeit der Betrachtung von Pflegebeziehungen aus einer pädagogischen Perspektive und kennzeichnen das Thema, mit dem sich die vorliegende theoretische und empirische Lizentiatsarbeit befasst. Pflegekinder und Pflegeeltern befinden sich in einem Prozess *zwischen zusammen wachsen und auseinandergehen*, das heisst, sie machen zwar eine gemeinsame Entwicklung durch, befinden sich jedoch in einem Verhältnis, das seine Funktion erfüllt hat, wenn es sich selber wieder auflöst oder aber auch aufgrund externen Eingreifens aufgelöst wird. Dieser Prozess bildet die Grundlage jedes pädagogischen Verhältnisses. Pädagogische Verhältnisse kennzeichnen sich durch *zusammen*

*wachsen und auseinandergehen.* Eltern und ihre Kinder, Lehrerinnen und Lehrer und ihre Schülerinnen und Schüler sowie andere Pädagoginnen und Pädagogen und ihre Klientel befinden sich genau in diesem Prozess. Sie alle machen gemeinsame Schritte, um sich von einer erreichten Basis aus, manchmal auch bevor dieses Ziel erreicht wurde, wieder zu trennen. Im Pflegekinderwesen wurde dieser Prozess besonders erkannt. Pflegebeziehungen sind nicht stabil. Sie brechen einerseits häufig vor der Zeit ab und werden andererseits aber auch nur als Zwischenphase verstanden.

Fragen zum pflegefamilialen System und seiner Komplexität stellen sich meistens dann, wenn es schwierig wird oder wenn Pflegeverhältnisse zu scheitern drohen. Vorher scheinen Pflegeverhältnisse mit viel Engagement und einer Portion Optimismus, vor allem von der Seite der Pflegeeltern her, zu funktionieren. Die vorliegende Arbeit versucht, den gelebten Alltag von Pflegefamilien etwas transparenter zu machen, zu betrachten, ob verschiedene Pflegeeltern ähnlichen Problemen gegenüberstehen und mit welchen Mitteln sie sich ihnen stellen. Es geht um Pflegebeziehungen, die nicht unempfindlich gegenüber Belastungen sind, aber in denen die Bindung zwischen Pflegekind und seinen Pflegeeltern trotz Belastungen entsteht und sich als widerstandsfähig erweist. Beachtung erhalten die Bedingungen und Ressourcen, die dafür verantwortlich sind, denn letztlich wird sich die Frage, wie einfach oder schwierig eine Pflegebeziehung verläuft, vor diesem Hintergrund entschieden. Dabei richtet sich die Aufmerksamkeit im Rahmen dieser Arbeit sowie aus einem persönlichen Interesse auf die Perspektive der Pflegeeltern, auf ihre Wahrnehmung und Beurteilung von Belastungen, auf ihre Freuden, Sorgen und Nöte. Im Vordergrund stehen Prozesse der Belastung und des Gelingens von Pflegebeziehungen, die Fragen, warum Pflegeverhältnisse gelingen, wo die Ressourcen von Pflegeeltern und -familien liegen und wie sich die Pflegeeltern hohen Belastungen stellen. Pflegeeltern befinden sich einzigartig im Spannungsfeld *zwischen zusammen wachsen und auseinandergehen.* Sie versuchen die Gegensätzlichkeiten in sich zu vereinen und leisten koordinative Arbeit. Das sind Elemente dessen, was Oser (1985, 66) die *Realität der inneren Unruhe* nennt, welche in sich das *Potential für Realisierungen* dessen enthält, was *über das hinausgeht, was wir selbst glauben leisten zu können.*

## 2. Aufbau der Arbeit

Die vorliegende theoretische und empirische Arbeit verfolgt von Anfang an zwei Ziele. Zum einen geht es um die Dynamik von Pflegefamilien: Es soll der weitere Kontext, in dem agiert wird, beleuchtet werden. Zum anderen stehen die Ressourcen von Pflegefamilien im Mittelpunkt: Die Aufmerksamkeit soll auf die positiven Bewältigungsmöglichkeiten von Pflegefamilien gerichtet sein. Die Perspektive der Pflegefamilie als eines problemanfälligen Familientypus (vgl. Kaiser, 1995b, 67) soll somit auf gesunde Anteile ausgedehnt werden.

Der Aufbau erfolgt spiralförmig in Richtung dieser Zielsetzungen, einzelne Aspekte werden an verschiedenen Stellen wieder aufgegriffen und weiter thematisiert.

Diese Arbeit ist so aufgebaut, dass sie im *theoretischen Teil* zuerst die aktuelle Situation der Lebensform Pflegefamilie einholt. Auf der Basis der Situationslage lassen sich einerseits Entwicklungsbedürfnisse erkennen, lässt sich andererseits aber auch ein Ziel von Pflegeverhältnissen formulieren. Im Mittelpunkt stehen der Versuch, konkrete Inhalte dieses Ziels zu benennen, und die Suche nach einem theoretischen Modell, das heisst einer Methode, welche die Verwirklichung der Inhalte erlaubt.

Der theoretische Teil beginnt mit der Lebensform Pflegefamilie im *dritten Kapitel*. Ihr Kontext, ihre Situation und Entwicklungstendenzen werden eingeholt, indem eine Reihe relevanter Bezüge hergestellt wird. Vorab geht es um Familien im Wandel sowie um Familienplatzierungen im historischen Kontext. Danach richtet sich die Aufmerksamkeit auf die beiden Hauptkontroversen zum Bereich des Pflegekinderwesens. Eine Streitursache ist die Frage nach der Bevorzugung von Heim- oder Familienpflege zur Erziehungshilfe. Die zweite Meinungsverschiedenheit betrifft das Verständnis, die Bedeutung und Aufgabe der Pflegefamilie als die Herkunftsfamilie des Pflegekindes vollständig ersetzende oder lediglich ergänzende Familie. Am Ende dieses Kapitels geht es um die Form der Dauerpflege, die im Mittelpunkt dieser Arbeit steht. Die Dauerpflege wird einerseits von der Adoption und der Heimpflege und andererseits von Wochen- und Tagespflege abgegrenzt.

Das *vierte Kapitel* befasst sich mit dem metatheoretischen Bezugsrahmen der Arbeit. Dabei erfolgt die Darstellung zweier Theorien, die sich für die Betrachtung von Pflegebeziehungen anbieten und auf die im Forschungs- und theoretischen Bereich des Pflegekinderwesens auch öfters Bezug genommen wird. Es handelt sich erstens um die systemtheoretische Familienforschung und -diagnostik sowie um die systemischen und strukturellen Besonderheiten von Pflegefamilien. Zweitens wird auf die Bindungstheorie und -forschung eingegangen. Im Mit-

telpunkt stehen Trennungserfahrungen, wie sie alle Pflegekinder miteinander teilen, sowie die Bindungsentwicklung und ihre Voraussetzungen.

Das *fünfte Kapitel* gibt einen Überblick über die bisherige empirische Forschung zum Pflegekinderwesen. Zu diesem Forschungsbereich liegen nur einzelne theoretisch fundierte Studien vor. Eine solche Studie aus den Niederlanden von *Bastiaensen und Robbroeckx* (1995), die Aspekte der pflegeelterlichen und der pflegekindlichen Perspektive erfasst, wird eingangs vorgestellt. Danach wird auf Befunde zu unterschiedlichen Forschungsbereichen eingegangen. Das Kapitel schliesst ab mit einer kritischen Bilanz und Perspektiven zur Forschung.

Im anschliessenden *sechsten Kapitel* geht es um die Aspekte Belastung und Gelingen von Pflegebeziehungen. Im ersten Teil des Kapitels werden vor dem theoretischen Hintergrund der System- und Bindungstheorie und anhand der Forschungsergebnisse für Pflegebeziehungen spezifische Belastungsbereiche und -faktoren zusammengestellt. Mit Bezug auf die Belastungssituation wird die Definition eines Ziels und eines Gelingens von Pflegebeziehungen angegangen. Es wird eine Zieldefinition angestrebt, die differenzierter ist als jene des Nichtscheiterns und Nichtabbruchs, die im Pflegekinderwesen häufig Verwendung findet. Danach rücken jene Faktoren ins Zentrum, die zwischen Belastung und Gelingen vermittelnd wirken. Es handelt sich um protektive Faktoren und Ressourcen. Mit der Bezugnahme auf die Resilienz und der Übernahme der Begriffe Belastung, Belastungsbewältigung und Ressourcen liegt ein Modell widerstandsfähiger Pflegebeziehungen vor, dessen Aspekte und Wechselwirkungen im empirischen Teil betrachtet werden.

Im *empirischen Teil* steht die Untersuchung bei Pflegeeltern aus dem Kanton Zürich, die mittels Fragebogen befragt wurden, im Zentrum. Einerseits geht es darum, Pflegefamilien bezüglich soziodemographischer Gesichtspunkte (und anderer Ausgangsbedingungen der Pflegeverhältnisse), aber auch im Hinblick auf die Belastungswahrnehmung und die Einschätzung von Ressourcen zu beschreiben und sie damit etwas verständlicher und fassbarer zu machen. Andererseits steht die Überprüfung der Wirkung von Belastungen und belastenden Ausgangsbedingungen sowie von Ressourcen auf das Gelingen der Pflegebeziehung im Zentrum. Die Bedeutung der Ressourcen gegenüber dem Einfluss der Belastungen soll geklärt werden, das heisst, das Modell widerstandsfähiger Pflegebeziehungen soll geprüft werden. Der Aufbau des empirischen Teils entspricht in weiten Zügen dem chronologischen Ablauf der Untersuchung.



Am Anfang des empirischen Teils steht im *siebten Kapitel* eine Begründung zur Untersuchung, also die Darstellung der Motive, die zur Befragung der Pflegeeltern führten. Es folgt ein kurzer Überblick zum Aufbau der Untersuchung bzw. des empirischen Teils.

Danach stellt das *achte Kapitel* die Zielsetzungen, Fragestellungen und Haupthypothesen vor. Es handelt sich einerseits um Hypothesen über Haupteffekte, die eine Aussage über den jeweils erwarteten Effekt von Ausgangsbedingungen, Belastungen und Ressourcen auf das Gelingen machen. Andererseits betreffen die Hypothesen die Beziehungen zwischen den unabhängigen Variablen Ausgangsbedingungen, Belastungen und Ressourcen.

Im *neunten Kapitel* richtet sich der Fokus auf methodologische Überlegungen und auf die Entwicklung des Pflegeelternfragebogens. Dazu werden die theoretische Basis des Instruments sowie der inhaltliche und formale Aufbau des Fragebogens behandelt.

Im Anschluss daran wird im *zehnten Kapitel* die Durchführung der Untersuchung beschrieben. Zuerst wird auf den Vortest eingegangen und danach die Auswahl der Stichprobe begründet; sodann werden der Erhebungsverlauf und die Stichprobe beleuchtet. Am Ende dieses Kapitels werden die Verfahren vorgestellt, die zur Datenanalyse verwendet werden.

Die Untersuchungsergebnisse stehen im *elften Kapitel*. Zunächst werden die abhängige Variable Gelingen und danach die unabhängigen Variablen Ausgangsbedingungen, Belastungen und Ressourcen einzeln beschrieben. Erst im Anschluss daran werden die Hypothesen über die Haupteffekte, das heisst die Wirkungen der unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable, geprüft. Am Ende des Kapitels geht es um das Zusammenspiel der unabhängigen Variablen. Die Klärung der Bedeutung der Ressourcen, gegenüber der Bedeutung von Ausgangsbedingungen und Belastungen, beim Gelingen einer Pflegebeziehung rückt in den Mittelpunkt.

Die Arbeit wird im *zwölften Kapitel* mit einer Diskussion abgerundet und im *dreizehnten Kapitel* mit pädagogischen Folgerungen und einem Ausblick abgeschlossen.

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung stellen einen Beitrag zur Neueinschätzung der Situation von Pflegefamilien dar. Eine neue Einschätzung wird die Bedürfnisse von Pflegefamilien vielleicht bereits etwas umfassender wahrnehmen und sich an eine neue Zieldefinition heranwagen. Insofern stellt die vorliegende Arbeit eine einzelne Windung auf einer sich hoffentlich weiterdrehenden Spirale dar.



## II

# PFLEGEFAMILIEN UND ENTWICKLUNGSSTAND DES PFLEGEKINDERWESENS: EINE THEORETISCHE AUSEINANDERSETZUNG



### 3. Lebensform Pflegefamilie: Situation und Trends

Mit der Pluralisierung der Möglichkeiten hat sich eine beachtliche Zahl familiärer Lebensformen entwickelt. Im Verlauf eines Lebens werden Erfahrungen mit unterschiedlichen Lebensformen gemacht. Erwachsene können sich dafür entscheiden, Pflegekinder aufzunehmen. Insofern stellt die Pflegefamilie eine von vielen alternativen Lebensformen dar. Auch für die Pflegekinder kann die Pflegefamilie als mögliche Lebensform verstanden werden, obwohl sogenannte unmündige Kinder selten vor der Wahl zwischen unterschiedlichen Lebensformen stehen. Eine Rekonstruktion der Familienplatzierungen im historischen Verlauf veranschaulicht, dass Fremdplatzierungen keine Erfindung der Moderne sind, sondern schon früher Kinder nicht bei ihren leiblichen Eltern aufwuchsen. Beim Adel war es zum Beispiel lange die Regel, dass Kinder von Ammen versorgt wurden. Bereits im Mittelalter konnten fremdplatzierungsbedürftige Kinder von Pflegefamilien oder von Institutionen aufgenommen werden. Darin hat auch eine der beiden Hauptkontroversen um das Pflegekinderwesen ihre Wurzeln, nämlich die Frage, ob die Familien- oder Heimerziehung für die Sozialisation des Kindes besser sei. Die zweite Hauptkontroverse bezieht sich auf die Bedeutung von Besuchskontakten und das mit ihnen verbundene Risiko, dass das Pflegekind die neue Sozialisationschance nicht nutzen kann, wenn Kontakte zu den Herkunftseltern aufrechterhalten bleiben. Die Kontroversen veranschaulichen auch die Formenvielfalt der Fremdplatzierungsmöglichkeiten. In der vorliegenden Arbeit stehen Dauerpflegeverhältnisse im Vordergrund. Sie werden von anderen Formen der Erziehungshilfe abgegrenzt.

Damit sind die Themen genannt, auf die im Folgenden bei der Umschreibung der Lebensform Pflegefamilie eingegangen wird. Die einzelnen Themen werden in vier Unterkapiteln angegangen: Familien im Wandel, Familienplatzierungen im historischen Kontext, Hauptkontroversen um das Pflegekinderwesen und Formen der Fremdbetreuung sowie Begriffsklärungen. Die Situation und die Entwicklungstrends werden anschliessend zusammengefasst sowie Entwicklungsbedürfnisse formuliert.

#### *3.1 Familien im Wandel*

Familien werden durch die Bedingungen der jeweiligen Epoche geprägt und sind einem ständigen strukturellen und funktionellen Wandel ausgesetzt. Angaben über die Rolle der Familie im historischen Verlauf beziehen sich deshalb auf unterschiedliche Familienformen. Vorstel-

lungen von idyllischen Grossfamilien erweisen sich in Anbetracht neuerer Recherchen und differenzierter Betrachtungen teilweise als Mythen. Im 17., 18. und 19. Jahrhundert waren ganze Bevölkerungsteile nicht verheiratet, weil sie *kein Recht dazu hatten – wie Knechte, Mägde, Vagabunden – oder sich eine eigene Familie nicht leisten konnten, weil sie keinen Anspruch auf das väterliche Erbe hatten* (Coontz, 1992, zit. nach Ermert Kaufmann & Wider, 1995, 1). Zudem war die Sterblichkeitsrate viel höher als heute. Die Grossfamilie existierte hingegen unter Einbezug von mehreren Generationen, Bediensteten, Leibeigenen usw. und lebt vielerorts noch weiter, vorwiegend in katholischen und islamischen Regionen der Welt. Bei uns wurde die Grossfamilie von der Kleinfamilie sowie von anderen Lebensformen abgelöst. Kleinfamilien, wie wir sie mit unseren persönlichen Vorstellungen und Erfahrungen assoziieren, sind Ende des 18., anfangs des 19. Jahrhunderts entstanden (vgl. Textor, 1993, 13). Kleinfamilien können auf die Aufnahme einer neuen Person in die Familie nicht in einer tradierten Art und Weise reagieren. Im islamischen Bereich werden Kinder zum Beispiel noch heute als sogenannte Evlats adoptiert, haben sich jedoch im Rahmen der traditionellen Grossfamilienhierarchie den leiblichen Kindern meistens als Bedienstete unterzuordnen.

Die Familie zeigt sich auch heute als wandlungsfähige Lebensform. Neben dem Leben in einer Gemeinschaft hebt sich das Bedürfnis nach Individualität und Individuation hervor. Die mannigfaltigen Familienformen sind Erscheinungen, die unterschiedlichen Bedürfnissen Rechnung tragen. Dieser Entwicklungstrend soll im Folgenden skizziert werden. Eine der zahlreichen Lebensformen ist die Pflegefamilie. Beispielhaft kann an dieser Familienform veranschaulicht werden, dass sich auch die Definition der Familie angesichts der Vielfalt wandeln muss.

### 3.1.1 Individuation und Familiensinn

Familien sind stets und somit auch gegenwärtig auf unterschiedlichen Ebenen einem Wandel ausgesetzt. Die Funktionen und Aufgaben von Familien und das familiäre Zusammenleben, besonders die Eltern-Kind-Beziehungen, haben sich in den letzten Jahrhunderten mit den kulturellen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Verhältnissen sehr verändert. Cocard (1997) bezieht sich auf die These von Lloyd DeMause (1977) und fasst dies folgendermassen zusammen:

„Das Verhältnis der Eltern zu ihren Kindern lässt sich durch eine kontinuierliche Zunahme enger emotionaler Beziehungen charakterisieren, die dadurch entstanden sind, dass jede neue Elterngeneration die Bedürfnisse ihrer Kinder besser erkannt und in zunehmendem Masse zu befriedigen versucht hat.“ (Cocard, 1997, 26)

Andererseits wird eine Individualisierung behauptet, wonach *das einzelne Individuum einen bisher nie erreichten Stellenwert in der Gesellschaft erreicht habe* (Petzold, 1992, 145). Neue und individuelle Werte gewinnen zunehmend an Bedeutung. Das Bedürfnis, in einer Gemeinschaft zu leben, ist dennoch so stark wie früher. Daraus wird eine Polarisierung der Bedürfnisse ersichtlich. Anhand verschiedener empirischer Studien liess sich ein Nebeneinander von individualistischen und familialistischen Lebensformen skizzieren (vgl. Fux, 1994, 126). Durch die Veränderung der Lebensbedingungen, die sich in den Ländern Westeuropas im Rückgang der Heirats- und Geburtenziffern sowie im Anstieg der Scheidungen zeigt, ist eine Pluralisierung der Lebensformen und mit ihr eine beachtliche Zahl von Familienformen entstanden.

Der familiäre Wandel in der industrialisierten und postmodernen Gesellschaft der letzten Jahrzehnte bringt neben der Tendenz zur *Individualisierung von Mann, Frau und Kindern* auch eine Neigung zur *Sequenzialisierung* und *Multiplizierung* der Familie hervor. Immer öfters sind Eltern und Kinder *nicht mehr lebenslanglich in ein einziges familiales System integriert*, sondern hintereinander oder auch gleichzeitig Teil mehrerer Familien. Besonders der Thematisierung der *gleichzeitigen Beziehungen zu mehreren familialen Systemen* kommt die Aufmerksamkeit der aktuellen Familiensoziologie zu (Fux, 1994, 125). Beispielsweise gibt die Untersuchung von Lebensverläufen Einblick in biographische Aspekte der Veränderung und Entwicklung von Familien. Die diskontinuierliche Elternschaft, die gerne anhand der Tatsache veranschaulicht wird, dass in der Schweiz wie in anderen europäischen Ländern jede dritte Ehe geschieden wird, wird in der öffentlichen Diskussion immer wieder für sozial unerwünschte Reaktionen und Auswirkungen bei den betroffenen Kindern verantwortlich gemacht. Diese These wurde von *Bohrhardt* (1999) kritisch überprüft und falsifiziert:

„Als Fazit lässt sich formulieren, dass nicht das Aufwachsen in einer bestimmten Familienkonstellation selbst, sondern erst das zusätzliche Auftreten mehrerer nicht notwendig damit einhergehender Belastungen zu sozialen Problemlagen im späteren Lebensverlauf führt.“ (Bohrhardt, 1999, 172)

Heute ist *der institutionelle Wandel der Familie das zentrale Explanandum der Familienforschung* (Fux, 1994, 125). Während in einem negativen Szenario die *Desinstitutionalisierung* der Familie und die *Entwicklung einer Gesellschaft von Einzelgängern* sowie das Ende der Gesellschaft dargestellt werden, entsteht aufgrund einer anderen Einschätzung ein Bild, in dem die individualistischen Akteurinnen und Akteure *als durchaus gesellschaftsfähige und mündige Wesen* alternative kollektive Lebensformen entwickeln (Fux, 1994, 126). Neben der Desinstitutionalisierung und Kontraktion der Familie, das heisst neben ihrem fortlaufenden und unaufhaltsamen Zerfall, wird in der Debatte um den Wandel der Familie die Transforma-

tion der Familie thematisiert. Diesem Prozess zufolge macht die Familie eine krisenhafte Entwicklung durch; ihre Belastung oder Überlastung wird theoretisiert (vgl. Fux, 1994, 126 f.). Viele Bereiche der Familienforschung, vor allem die Familienpsychologie und Familienpädagogik, befinden sich noch in ihren Anfängen. Trotzdem wird die grosse Bedeutung der Familie von der Gesellschaft, Wissenschaft und Politik anerkannt. In Abhängigkeit von unterschiedlichen Werthaltungen werden jeweils verschiedene Aspekte betont.

Wird nun von der eher soziologischen Perspektive wieder zur individuellen gewechselt, so zeigt sich, dass die Qualität des Zusammenlebens in der Familie die Entwicklung und das Wohlbefinden der einzelnen Familienmitglieder stark bestimmt:

„Die Familie ist für das Kind eine ganze Welt aus Menschen und Bedeutungen, die ihm sehr wichtig sind.“ (Berger & Berger, 1993, 63)

„Familie steht für Freude und Leid, Harmonie und Konflikt, Liebe und Feindseligkeit, Zärtlichkeit und Gewalt.“ (Textor, 1993, 10)

Die Familie hat als Ausgangspunkt für die *lebenslange Reise durch die Gesellschaft* prägende Kraft (Berger & Berger, 1993, 63). Sie wirkt als *Primärgruppe* auf *die physische, kognitive, emotionale, psychische und soziale Entwicklung von Kindern* und *die Grundstruktur ihrer Persönlichkeit* (Textor, 1993, 10). Von aussen betrachtet wird die Familie als Mikrowelt des Individuums erkannt. Diese Mikrowelt ist die *Brücke zur Makrowelt*, weil das Kind durch sie einerseits wichtige *Informationen aus der Makrowelt* erfährt und indem *die Einstellungen und Rollen der Erwachsenen* andererseits in seiner Familie *Strukturen der Makrowelt repräsentieren* (Berger & Berger, 1993, 63). Familien können also die soziale und psychische Entwicklung sowie die Gesundheit ihrer Mitglieder fördern, aber auch die kindliche Entwicklung beeinträchtigen und zu Orientierungslosigkeit und Verhaltensauffälligkeiten beitragen.

### 3.1.2 Die Pflegefamilie als eine Lebensform

Erler (1996, 33) findet aufgrund seiner Datenanalyse, dass in der Bundesrepublik Deutschland nur rund 29 % der Haushalte die *angeblich traditionelle Form der „Normalfamilie“* (Vater, Mutter und Kind bzw. Kinder) repräsentieren. In der entsprechenden Studie wurde dabei zwischen Erstverheiratungen und Wiederverheiratungen bzw. Stieffamilien nicht differenziert. Daneben findet sich eine Vielzahl anderer familialer Lebensformen. Er unterscheidet neben der vollständigen Kernfamilie bzw. „Normalfamilie“ Alleinlebende, kinderlose Ehepaare, nichteheliche Lebensgemeinschaften und Alleinerziehende. Andere unterscheiden noch weitere Formen, zum Beispiel die *traditionelle Familienform*, die *modernisierte Familie*, die *neuen Eltern*, die *Kinderlosen* sowie *zusammengesetzte Familienformen* (Coontz, 1992, zit.



nach Ermert Kaufmann & Wider, 1995, 2). Zu den modernisierten Familienformen rechnet die amerikanische Familienforscherin Coontz zwar Familien mit Tagesmutter, und bei den zusammengesetzten Lebensformen handelt es sich um Stief- und Fortsetzungsfamilien. Mit diesen Begrifflichkeiten, wie auch mit dem Begriff der Patchworkfamilie, sind noch keine Pflegefamilien gemeint.

Angesichts der angedeuteten Vielfalt muss sich die Definition der Familie wandeln. Der psychologische Familienbegriff von *Schneewind* (1987, 973) schliesst – im Gegensatz zu einem rechtlichen oder genealogischen Familienbegriff – familiäre bzw. quasifamiliäre Lebensformen wie Pflegefamilien nicht im Vornherein aus. *Senn* (1996, 9 f.) überprüft den von *Schneewind* (1987) konzipierten Familienbegriff mit seinen Kriterien Abgrenzung, Privatheit, Nähe und Dauerhaftigkeit im Hinblick auf seine Eignung für Pflegefamilien. Ausser dem allgemein ausformulierten Kriterium der Abgrenzung von Familien lässt sich keines der weiteren Kriterien auf die Situation von Pflegefamilien problemlos übertragen. Pflegefamilien müssen sich Mitgliedern der Herkunftsfamilie und Personen aus dem rechtlich-administrativen und pädagogischen Sektor gegenüber öffnen; es kann nur teilweise von einem privaten umgrenzten Lebensraum die Rede sein. Zum Kriterium der Nähe, das heisst *Realisierung von physischer, geistiger und emotionaler Intimität* (*Schneewind*, 1987, 973), muss im Fall von Pflegefamilien die Tatsache berücksichtigt werden, *dass Pflegekinder mit einer Vergangenheit in die Familie kommen, in der sie schon Bindungen eingegangen sind, welche in der neuen Situation weiterwirken* (*Senn*, 1996, 10). Das Kriterium der Dauerhaftigkeit erweist sich für eine Übertragung auf die Pflegefamilie am schwierigsten. Pflegeverhältnisse können zwar im Hinblick auf eine langjährige Stabilität angelegt sein, die Realität sieht aber oft anders aus (vgl. *Senn*, 1996, 10). Im Falle von Pflegeverhältnissen sind zeitliche Perspektiven oft ungeklärt, und Pflegeverhältnisse werden nicht selten abgebrochen. Auch andere Autorinnen und Autoren, wie zum Beispiel *Kreppner* (1993), betonen das Kriterium der unkündbaren Dauerbeziehungen. Wie *Kreppner* richtig ausführt, bleiben Kinder auch nach der Trennung ihrer Eltern deren gemeinsame Kinder. Ein solches Kriterium schliesst Pflegefamilien aus, denn Pflegeverträge sind kündbar. Pflegekinder und Pflegeeltern stehen oft einer tatsächlichen Trennung gegenüber.

Eine offenere Umschreibung der Familie leistet *Cierpka* (1996):

„In einer (Ein- oder Zweieltern-)Familie leben mehrere, meistens die zwei Generationen der (leiblichen, Adoptiv-, Pflege-, Stief-)Eltern und der (leiblichen, Adoptiv-, Pflege-, Stief-) Kinder zusammen. Das Zusammenleben in der Familie ist charakterisiert durch gemeinsame Aufgabenstellungen, durch die Suche nach Intimität und Privatheit und durch die Utopie der Familie.“ (*Cierpka*, 1996, 3)

Die nicht weiter ausgeführten Charakteristika der gemeinsamen Aufgabenstellung, der Suche nach Intimität und Privatheit und die Utopie der Familie scheinen auch für Pflegefamilien bedeutsam und realistisch.

### ***3.2 Familienplatzierung im historischen Kontext***

Obwohl von einer Zunahme enger emotionaler Beziehungen zwischen Kindern und ihren Eltern die Rede ist (vgl. S. 38 f.), ist es nicht immer selbstverständlich, dass Kinder in ihrer Familie aufwachsen. Kinder werden aus ihrer Familie weggegeben oder weggenommen. Sie werden vernachlässigt oder missbraucht. Wenn die Weggabe eines Kindes eine Chance darstellt, beispielsweise als möglicher *Lösungsschritt zur Gewaltvermeidung gegenüber dem Kind*, kann sie als *Fortschritt in der Eltern-Kind-Beziehung* aufgefasst werden (Müller-Schlotmann, 1998, 16 f.).

Auch in den vergangenen Jahrhunderten waren das Aufwachsen und die Erziehung von Kindern in anderen Familien und Gemeinschaften nichts Ungewöhnliches. Kinder wohlhabender Eltern wurden zum Beispiel zu einer Amme gegeben, später zu Hause von Bediensteten betreut und anschliessend im Alter von etwa sieben Jahren für die Ausbildung in andere Häuser geschickt (vgl. de Mause in Müller-Schlotmann, 1998, 17). Müller-Schlotmann (1998, 17) findet eine solche Differenzierung der Weggabe auch in anderen Beschreibungen: Ungewollte Kinder wurden im ausgehenden Mittelalter zum Beispiel bis zum siebten Lebensjahr bei älteren Pflegemüttern untergebracht und kamen anschliessend ins Waisenhaus. Die Kinder – vor allem Jungen – aus den Adelsklassen wurden zur Erziehung und Ausbildung mit einer klaren Perspektive und dem sicheren Wissen, zu welcher Familie sie gehören, weggegeben.<sup>1</sup> Eltern, die ihre Kinder dagegen verkauften oder wegschickten, wollten ihre Kinder, meist aus wirtschaftlichen Gründen, loswerden *und verlangten keine Rechenschaft über deren Verbleib* (Müller-Schlotmann, 1998, 19). Um zu verhindern, dass ungewollte Kinder getötet wurden oder nach ihrer Aussetzung starben, wurden an Klöstern Drehläden eingerichtet, damit Säuglinge – besonders jene von ledigen Müttern – unter Wahrung der Anonymität abgegeben werden konnten (vgl. Heitkamp, 1989 in Müller-Schlotmann, 1998, 18 f.). Elternlose Kinder wurden bis ins 19. Jahrhundert hinein – *nicht zuletzt aus erb- und vermögensrechtlichen Gründen* (Heitkamp, 1995, 19) – in erster Linie von Familien der nächsten Verwandtschaft

---

<sup>1</sup> Bis in die 1970er Jahre hat die Bildungsschicht auch in der Schweiz die elf- bis zwölfjährigen Kinder bzw. Jugendlichen in Internaten von Klosterschulen (fremd-)platziert, wo sie bis zum 20./21. Altersjahr blieben. In England und den USA ist das zum Teil noch bis heute so.

oder Sippe aufgenommen. Ab dem 13. Jahrhundert wurden sie beim Fehlen dieser Möglichkeit mit allen anderen *Elenden* auch ins Hospital gegeben und nach Möglichkeit in eine Pflegefamilie platziert (Bill, 1996, 37).

*Schoch, Tuggener und Wehrli* (1989, 129–153) geben einen interessanten Überblick zur Geschichte des Pflegekinderwesens in der Deutschschweiz: Die Darstellung der Situation von Waisen- und Halbwaisenkindern, aber auch von jenen Kindern, deren Eltern zu arm waren, um einen eigenen Hausstand zu gründen, erfolgt vor einer Skizze des Mittelalters, in dem die Geburten- und Sterberate etwa vier Mal so hoch wie heute war (vgl. Bill, 1996, 36). Fremdplatzierungsbedürftige Kinder konnten bereits im Mittelalter entweder von anderen Familien oder ausserfamiliären Institutionen aufgenommen werden. *Schoch et al.* (1989, 135) verweisen darauf, dass bereits damals *die Frage nach der Zweckmässigkeit der einen oder anderen Versorgungsart aufgegriffen wurde*. Grundsätzlich bestand für Verwandte eine Aufnahmespflicht. Ärmere Pflegefamilien schickten die Pflegekinder und eigenen Kinder zum Betteln. Fünf- oder sechsjährige Kinder arbeiteten bereits wie die Erwachsenen. Im Alter von zehn bis zwölf Jahren wurden die Pflegekinder zu Boten, Knechten oder Mägden. Die Unterbringung von elternlosen Kindern in Hospitälern oder Pflegefamilien dominierte bis ins 17. Jahrhundert hinein (vgl. Schoch et al., 1989).

Waisenhäuser wurden ab dem 17. Jahrhundert errichtet, vorerst nur in den Städten und vor allem im 19. Jahrhundert in grösserer Zahl auch auf dem Land. Die Waisenhäuser waren zunächst mit Armenhäusern und/oder Zucht- und Arbeitshäusern organisatorisch verbunden; sie stellten in merkantilistischer Gesinnung Produktionsbetriebe dar. Diese Kopplung führte im Lauf des 18. Jahrhunderts zu einer wachsenden pädagogischen Kritik. *Schoch et al.* (1989, 136) verstehen die Ablösung vom Hospital als *Trennung von einem fürsorgerisch-pflegerisch ausgerichteten Betrieb*. Im Lichte der Pädagogik der Aufklärung wird *das Waisenhaus als potentiell pädagogische Einrichtung* angesehen. Besonders in Deutschland werden die Waisenhäuser stark kritisiert, da nachgewiesen wurde, *dass die zu jener Zeit sehr hohe Kindersterblichkeit in den Waisenhäusern Spitzenwerte erreichte* (Schoch et al., 1989, 137). Daraus resultierte ein „Waisenhausstreit“ über die Vor- und Nachteile grosser Waisenhäuser sowie die vermehrte Unterbringung von Kindern in Pflegefamilien (vgl. Heitkamp, 1995; Schoch et al., 1989).

Vor allem ab Mitte des 18. Jahrhunderts wurden Kinder hierzulande auch verdingt, das heisst, wer der Gemeinde das kostengünstigste Angebot machte, bekam in der Regel das Geld und das Kind (vgl. Heitkamp, 1995; Schoch et al., 1989). Finanzielle Motive spielten nicht nur für

die abgebenden Eltern, sondern auch für die Pflegefamilien eine zentrale Rolle. Fast ausnahmslos nahmen Familien aus der untersten sozialen Schicht Pflegekinder auf und nutzten das Pflegegeld und die Arbeitskraft des Pflegekindes zur Verbesserung der eigenen wirtschaftlichen Situation (vgl. Müller-Schlotmann, 1998, 19). Die Pflegefamilien konnten Aufgaben, wie dem Pflegekind eine angemessene Erziehung und Bildung zukommen zu lassen, nicht gerecht werden. Wegen der hohen Sterblichkeitsrate in den Anstalten wurden Säuglinge aber trotzdem in Familien untergebracht. Später kam es teilweise zur *Kooperation zwischen Waisenhäusern und Pflegeeltern*, um die *Überlebenschancen des Kindes zu erhöhen und dessen Erziehung und Bildung zu gewährleisten* (Müller-Schlotmann, 1998, 20).

Das Verdingwesen nahm mit der Entstehung von Alternativen zum Waisenhaus allmählich ab. Als *ideeller Wegbereiter* kann *Heinrich Pestalozzi* gesehen werden. Die von ihm *anvisierte Armenerziehungsanstalt sollte nur die Vorteile bisheriger ausserfamiliärer Platzierungsformen kumulativ vereinigen und dadurch gleichzeitig ihre Nachteile ausschalten* (Schoch et al., 1989, 139). Neben den Armenerziehungsanstalten entstanden auch Rettungsanstalten. Das Organisationsmodell für diese Anstalten stellte die Familie, das heisst die *vorindustrielle Familienform des „ganzen Hauses“*, dar. Diese *als grosse Familie konzipierte Anstalt* war mit einem Landwirtschaftsbetrieb verbunden und somit neben Lebens- auch Produktionsgemeinschaft (Schoch et al., 1989, 141). Zu den pädagogischen Grundzügen der Armenerziehungs- und Rettungsanstalten gehörte die Überzeugung, dass die Kinder, um dauerhaft positiv beeinflusst zu werden, möglichst früh aufgenommen und nach Möglichkeit bis zu ihrer Konfirmation in der Anstalt bleiben sollten. Die Kinder wurden etwa ab dem vierten und bis zum zwölften/dreizehnten Lebensjahr aufgenommen. Jugendliche, die oberhalb dieser Grenze waren, wurden in der Regel aus Gründen der mangelnden pädagogischen Erfolgschance nicht mehr aufgenommen. Daraus entwickelte sich ein Defizit für die Platzierung Zwölf- bis Achtzehnjähriger (vgl. Schoch et al., 1989).

Die Aufklärung mit ihren Erziehungsidealen führte neben dem Interesse, den Kindern zu helfen, zu ersten professionellen Formen von Waisenhauskolonien und Gruppen von Pflegeeltern (vgl. Müller-Schlotmann, 1998, 20). Auch die Kritik am Verdingwesen, namentlich von Jeremias Gotthelf in „Der Bauernspiegel“ (1837) und in „Die Armennot“ (1840), trug in der Schweiz zur Gründung privater Fürsorgevereine und zur Schaffung erster gesetzlicher Grundlagen und Kontrollen bei (vgl. Matter, 1997, 96). Mit dem „Waisenhausstreit“ und dem Ausbau der Familienpflege im 19. und 20. Jahrhundert verbesserte sich die Qualität der Erziehungsbedingungen in Pflegefamilien zusätzlich durch die staatliche Kontrolle.

Ab 1836 kann in der Schweiz von einem eigentlichen Pflegekinderwesen in heutiger Form gesprochen werden. Die Gemeinnützige Gesellschaft von Neumünster bei Zürich suchte damals in ihrer Kirchgemeinde Pflegefamilien. Die Pflegefamilien waren gemäss den Statuten, ähnlich wie heute, von einem Mitglied der Gesellschaft jährlich zu besuchen und es war ein Bericht nach vorgeschriebenen Kriterien zu verfassen (vgl. Juhasz & Sunitsch, 1996; Schoch et al., 1989). Die „Waisengesellschaft Neumünster“ war besonders progressiv, sie bemühte sich zum Beispiel um die Finanzierung der Pflegeplätze sowie um die Platzierung von Kindern, die ausserhalb des Kirchgemeindekreises heimatberechtigt waren. Auch in anderen Kantonen gab es private Organisationen, die häufig unter dem Namen „Armenerziehungsvereine“ ähnlich wirkten. Die Funktionen der privaten Vereine gingen mit der Einführung des Zivilgesetzbuches von 1907 an öffentliche Trägerschaften und Instanzen wie Vormundschaftsbehörden, Jugendämter und Jugendsekretariate über (vgl. Schoch et al., 1989).<sup>2</sup>

### ***3.3 Hauptkontroversen um das Pflegekinderwesen***

Zum Pflegekinderwesen gibt es zwei Hauptkontroversen. Die eine betrifft die bessere Eignung von Heim- oder Familienpflege, die andere das Verständnis der Pflegefamilie als Ersatz- oder Ergänzungsfamilie, wie in diesem Abschnitt detailliert ausgeführt werden soll:

- Die Auseinandersetzung mit der Frage, ob das Heim oder die Pflegefamilie besser sei, ist alt. Ein oft entscheidender Vorteil der Familienplatzierung liegt in ihrer Kostengünstigkeit gegenüber der Heimplatzierung. Eine einweisende Stelle muss ihren Entscheid zugunsten des Heimes differenziert begründen können (vgl. Blülle, 1996, 22 f.). Aus pädagogischer Perspektive wird die Frage „Familie oder Heim?“ anders angegangen. Gemeinsame Formen der Nutzung von Heim- und Familienpflege werden unter pädagogischen Gesichtspunkten vermehrt geprüft.
- Die Diskussion um die Befürwortung oder Ablehnung von Besuchskontakten wird heftig und polarisiert geführt. Die gegensätzlichen Meinungen basieren theoretisch auf der kontroversen Auffassung der Pflegefamilie als Ergänzungsfamilie, hauptsächlich vor dem Hintergrund der systemischen Familienforschung, oder als Ersatzfamilie mit Orientierung an

---

<sup>2</sup> Die gültige Eidgenössische Verordnung zur Aufnahme von Pflegekindern stammt aus dem Jahre 1977 und enthält ein paar allgemeine Bestimmungen: Die Vormundschaftsbehörden (oder andere Behörden bzw. Stellen) an den Wohnorten der Pflegeeltern sind zuständig für die Bewilligung und Aufsicht der Pflegeverhältnisse. Die Kantone sind befugt, zusätzliche gesetzliche Grundlagen zu erlassen. Sämtliche Massnahmen zur Förderung des Pflegekinderwesens erfolgen ebenfalls im Ermessen der Kantone (vgl. Eidgenössische Verordnung über die Aufnahme von Pflegekindern vom 19. Oktober 1977; Art. 316 des Zivilgesetzbuches).

der Psychoanalyse. Sabine Kötter hat sich seit vielen Jahren mit der Dynamik im Beziehungsdreieck Pflegeeltern – Pflegekind – Herkunftseltern beschäftigt. Sie legt eine der wenigen empirischen Untersuchungen vor, die sich der jeweils erwarteten Sachverhalte differenziert annehmen (vgl. Kötter, 1997).

### 3.3.1 Heim- und Familienpflege

Die Auseinandersetzung, ob die Anstalt bzw. das Heim oder die Pflegefamilie zur Erziehung fremdplatzierungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher geeigneter seien, hat ihre Wurzeln bereits im 13. Jahrhundert (vgl. Schoch et al., 1989 und 3.2). Damals wurde diskutiert, ob die Kinder im Hospital oder in einer Pflegefamilie untergebracht werden sollten. Dabei standen – wie noch heute – finanzielle Überlegungen und Fragen nach der für die Entwicklung der Heranwachsenden geeignetsten Form der Platzierung im Zentrum. *Heitkamp* (1995) zeichnet die diskontinuierliche Entwicklung der Pflegefamilienerziehung auf, die stark mit wirtschafts- und gesellschaftspolitischen Konstellationen verknüpft ist. Die Förderung der Familienpflege basiert nach *Heitkamp* (1995, 30) nicht zuletzt auf ihrer Kostengünstigkeit gegenüber anderen Formen der Unterbringung fremderziehungsbedürftiger Kinder und der idealisierten *Sichtweise vom heilenden Milieu gesunder Familienbeziehungen*. Die Form familiärer Fremdbetreuung qualifizierte sich aufgrund der Kritik an der Heimerziehung.

Heute sind es vor allem Kinder, die in ihrer Ursprungsfamilie und nicht in Heimen vernachlässigt wurden, für die schützende und förderliche Betreuungsformen gesucht werden müssen. Das Heim und die Pflegefamilie gelten heutzutage beide als notwendige und sinnvolle Möglichkeiten der Fremdbetreuung. Im Einzelfall muss sorgfältig geprüft werden, welches der vielfältigen Angebote (vgl. 3.4) für ein Kind das geeignetste ist. Vermehrt wird eine gemeinsame Nutzung von Heim- und Familienpflege geprüft. Es wird daher auf die Bedeutung einer Zwischenplatzierung eines zukünftigen Pflegekindes im Heim eingegangen.

Die folgenden Ausführungen zur Heim- und Familienpflege stützen sich vorwiegend auf verschiedene Beiträge von in der Familien- und insbesondere in der Bindungsforschung tätigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern. Sie nehmen zudem Bezug auf die Erfahrungen der Kinderpsychologin Monika Nienstedt und des Kinderpsychologen Arnim Westermann, die sich seit 1973 praktisch und theoretisch mit der Sozialisation von Kindern in „Ersatzfamilien“ beschäftigen (zum Ersatzfamilienverständnis vgl. auch 3.3.2.1). Mit ihrer zentralen Orientierung am Wohle des Kindes nehmen Nienstedt und Westermann eine Pionierstellung im Pflegekinderwesen ein.

### 3.3.1.1 Vernachlässigung im Heim und in der Familie

Das Pflegekinderwesen wurde wie das Adoptivkinderwesen aufgrund der Kritik an Säuglingsheimen und der Heimerziehung allgemein Ende der 60er und Anfang der 70er Jahre ausgebaut (vgl. Unzner, 1997, 335). Ermittlungen von *Spitz (1945, 1946)* sowie von *Goldfarb (1943)* und *Bowlby (1946)* legten dar, dass eine frühzeitige Heimerziehung langfristig negative Folgen nach sich ziehen kann (Unzner, 1997, 336). Verschiedene Untersuchungen über Deprivationssyndrome und Hospitalismus zeigten insgesamt, dass Heimkinder emotionale und intellektuelle Retardierungen aufwiesen. Für den Hospitalismus ist es charakteristisch, dass trotz pflegerisch genügender Versorgung *der Entwicklungsquotient der Kinder sinkt, sie infektanfällig werden und Stereotypen entwickeln* sowie dass sie *extrem bindungsunsicher werden*, das heisst entweder distanzlos oder sehr ängstlich (Perrig-Chiello, 1997, 154). Diese Schädigungen werden auf mangelnde persönliche Beziehungen sowie auf einen Mangel an sensorischen Anregungen zurückgeführt. Als besonders negativ erwiesen sich Platzierungen in den ersten drei bis fünf Lebensjahren (vgl. Unzner, 1997, 336).

Die Gründe, warum Kinder fremdplatziert werden, haben sich in den vergangenen Jahren deutlich verändert. In den 60er Jahren war beispielsweise die uneheliche Geburt eines Kindes, die Trennung/Scheidung der Eltern oder die Erkrankung und der Tod eines Elternteils für eine Fremdplatzierung verantwortlich. Gegenwärtig erfolgt die Inpflegung eines Kindes in der Regel aus mehreren Gründen. Die Hauptursachen liegen dabei nicht im Verhalten des betroffenen Kindes. Es werden oft Orte der Fremdbetreuung für Kinder gesucht, die in ihrer Familie hospitalisiert wurden. *Unzner (1997, 338)* meint, dass etwa *80 bis 90 Prozent der Kinder unter sechs Jahren als „Notaufnahme“ platziert werden, weil die Versorgung des Kindes nicht mehr gewährleistet ist*. Die Eltern haben häufig Probleme mit Alkohol und anderen Drogen oder leiden an psychischen Erkrankungen. Die Kinder sollen in diesem Fall *Schutz finden und zur Ruhe kommen* (Hirschfeld, 1995, 507). Sie benötigen Schutz vor Körpermisshandlung, sexuellem Missbrauch, seelischem Missbrauch, Unterversorgung und Vernachlässigung.

Wenn ein (jüngeres) Kind in eine Pflegefamilie kommt, können enge Pflegeeltern-Pflegekind-Beziehungen entstehen; qualitativ anders sehen die Bindungen aus, die Kinder entwickeln, die in ein Heim gegeben werden. Das Heim und die Pflegefamilie stellen beide Orte der Fremdbetreuung dar. Sie haben aber unterschiedliche Möglichkeiten und Kompetenzen. Im Einzelfall muss sorgfältig beurteilt werden, ob die Unterbringung im Heim oder in der Pflegefamilie für das betreffende Kind geeigneter ist. Ein Ausspielen dieser beiden Fremdunterbringungs-

möglichkeiten gegeneinander ist heutzutage weniger häufig, vielmehr wird vermehrt eine sich ergänzende Nutzung geprüft. Die Kernfamilie ist grundsätzlich eine für die Sozialisation von Kindern geeignete *Kulturform menschlichen Zusammenlebens* (Nienstedt & Westermann, 1989, 15). Kinder, die in einer Ersatzfamilie aufwachsen, sind *mit Pflege-Eltern und einem komplexen Familiensystem konfrontiert* (Nienstedt & Westermann, 1989, 20), während Kinder, die in einem Heim leben, nicht von einer Beziehung zu „Eltern“ abhängig sind. *Nienstedt und Westermann* (1989, 22) meinen, dass Erzieherinnen und Erzieher *nicht darauf angewiesen sind, rasch befriedigende Beziehungen herzustellen*. Sie können daher dem Kind tendenziell einen grösseren Spielraum einräumen, als es im Rahmen einer Eltern-Kind-Beziehung erleben kann. *Nienstedt und Westermann* (1989, 23) betonen, dass Kinder, solange sie noch nicht *beziehungsfähig* sind, nicht in eine Ersatzfamilie integriert werden können (vgl. 4.2.5). Die handlungsleitende Frage bei der Platzierung eines Kindes muss daher heissen:

„Ist das Kind jetzt schon oder ist es jetzt noch nicht in der Lage, die Beziehungsmöglichkeiten in einer Familie für sich sinnvoll zu nutzen?“ (Nienstedt & Westermann, 1989, 23)

Für vernachlässigte Kinder müssen Betreuungsformen genutzt respektive gesucht und entwickelt werden, welche die Fehler der Vergangenheit ausschliessen und welche die Bedürfnisse dieser Kinder kennen und berücksichtigen. Nur so lässt sich dem im Vordergrund stehenden Wohl des Kindes hinreichend Rechnung tragen.

### **3.3.1.2 Zwischenplatzierungen im Heim**

Da Kinder oft möglichst schnell platziert werden müssen, ist die erste Aufgabe nach der Aufnahme eines Pflegekindes die Sicherstellung der Versorgung seiner Grundbedürfnisse. Die Kinder brauchen besonders in der ersten Zeit viel emotionale Zuwendung und Trost. Die Platzierung stellt trotz aller erlittenen Nachteile und Mängel eine Trennung von der bisherigen Bezugsperson dar. Die meisten Kinder reagieren dabei in typischer Weise, indem sie Verzweiflung und Kummer offen zeigen (einige Kinder weisen diese Reaktionen allerdings nicht auf; sie scheinen sich infolge der vorangegangenen Erfahrungen losgelöst zu haben). Die Kinder brauchen einen überschaubaren Lebensraum sowie einen geregelten Tages- und Lebensrhythmus, in dem auf ihre individuellen Bedürfnisse eingegangen wird. Solche Kinder sind nach Ansicht von *Nienstedt und Westermann* (1989, 15-43) sowie *Unzner* (1997) vorerst noch nicht offen für neue und tragfähige Bindungen. Die Autorin und die Autoren betonen aufgrund ihrer Erfahrungen sowie gestützt auf Überlegungen der Bindungstheorie (vgl. Kap 4.2.), dass vor allem Kinder mit traumatischen Erfahrungen nicht sofort nach der Herausnahme aus der Herkunftsfamilie in ein anderes Familiensystem integrierbar sind. Bei der soforti-



gen Platzierung *eines Kindes mit emotionalen oder Entwicklungsstörungen* aus der Ursprungsfamilie in eine Pflegefamilie ist *die Integration des Kindes gefährdet* (Unzner, 1997, 345). Solange ein Kind noch nicht beziehungsfähig ist, wird riskiert, *dass es wieder aus der Familie ausgestossen wird* (Nienstedt & Westermann, 1989, 23). Da im Sinne einer Erfahrungsübertragung alle Erwachsenen, wie in der Regel die Bezugspersonen in der Herkunftsfamilie, nicht als vertrauenswürdig und schützend erlebt werden, benötigt das Kind zuerst Distanz zur Ursprungsfamilie, bevor es sich erneut zu binden vermag (vgl. Unzner, 1997, 345). In einem therapeutischen Heimmilieu kann den Kindern geholfen werden, ihre traumatischen Erfahrungen aufzuarbeiten. Da die Kinder oftmals in verwirrenden und ausbeuterischen Familienstrukturen gelebt haben, nehmen *Nienstedt und Westermann* (1989) an, dass gerade nichtfamiliäre Strukturen den Kindern helfen, wieder Vertrauen in Erwachsene zu finden und die Bereitschaft zu erlangen, neue Beziehungen einzugehen. Die Kinder brauchen ein Beziehungsangebot und nicht die Einforderung einer Beziehung, wie sie sich in einer Pflegefamilie normalerweise einstellen würde. Eine Familie wird in der Regel nicht in der Lage sein, ein therapeutisches Milieu herzustellen, da in ihr *die verschiedenen Beziehungsebenen konkurrieren* (Nienstedt & Westermann, 1989, 20), besonders dann nicht, wenn rivalisierende Geschwisterkinder da sind oder andere typische Belastungsfaktoren auf die Familie einwirken (vgl. 6.1). In der Heimerziehung ist ein Kind nicht auf Elternbeziehungen angewiesen und *Nienstedt und Westermann* (1989) glauben, dass einem Kind in einem Heim mit mehr Toleranz begegnet werden kann. *Unzner* (1997, 349) räumt ein, dass bei einer längerfristigen Heimerziehung die Tatsache, dass die Kinder *mit vielen Personen konfrontiert sind*, besonders für kleinere Kinder ein Problem darstellt. Nach *Unzner* (1997, 350) rechtfertigen heute nur schwerwiegende Gründe die Aufnahme kleiner Kinder in die Heimerziehung, und familienähnliche Formen sind der traditionellen Heimgruppe vorzuziehen, wenn eine längerfristige Platzierung notwendig ist.

*Nienstedt und Westermann* (1989) verantworten ihre Empfehlung, Kinder vor der Vermittlung in eine Pflegefamilie vorübergehend in einem Heim zu platzieren, damit, dass ihnen kein Fall bekannt sei, in dem sich ein Kind so stark an eine Erzieherin oder einen Erzieher gebunden habe, dass die Integration in eine Ersatzfamilie dadurch erschwert worden wäre:

„In der Konkurrenzbeziehung zu sechs, acht oder zehn anderen Kindern, die alle erhöhte Anforderungen an die Betreuer stellen, und in der Beziehung zu einem Erwachsenen, der seine Arbeit erledigt, völlig unabhängig davon, ob gerade dieses Kind in der Gruppe lebt oder ein anderes, entwickelt kein Kind Eltern-Kind-Beziehungen.“ (Nienstedt & Westermann, 1989, 41)

Unter günstigen Bedingungen wird ein Kind bei einer Zwischenplatzierung im Heim eine Vorstellung davon entwickeln, dass eine erwachsene Person nicht bedrohlich ist, sondern sich um die primäre Bedürfnisbefriedigung des Kindes sorgt, es schützt und sich einführend sowie helfend verhält. Durch *helfende Beziehungen* können gerade Kinder, die in früheren Beziehungen traumatische Erfahrungen gemacht haben, die Fähigkeit erlangen, sich ohne allzu grosse Angst auf *Abhängigkeitsbeziehungen* einzulassen und sich *befriedigende Eltern-Kind-Beziehungen zu wünschen* (Nienstedt & Westermann, 1989, 41). Die Platzierung in eine Pflegefamilie kann dann geplant werden, *wenn das Kind deutliche Bindungswünsche signalisiert* (Unzner, 1997, 345).

Der Übergang vom Heim in eine Pflegefamilie stellt eine neue Trennung dar und muss sorgfältig vorbereitet sowie begleitet werden. Für diesen Prozess ist eine möglichst sichere therapeutische Beziehung zu einer Bezugserzieherin oder einem Bezugserzieher, das heisst zu einer einzelnen Person, die besondere Verantwortung für das Kind übernommen hat, notwendig, da diese Bezugsperson als positives Modell für zukünftige Beziehungen dienen kann (vgl. Strauss & Schmidt, 1997; Unzner, 1997). Es ist wahrscheinlich, dass Kinder, die sich von einer solchen Bezugsperson trennen müssen, typische Kummerreaktionen (Widerspenstigkeit, Verzweiflung, Gleichgültigkeit) zeigen, obwohl dies weder von *Nienstedt und Westermann* (1989) noch von *Unzner* (1997) thematisiert wird. Eine Untersuchung von *Fein* (1996, 93) legte dar, dass institutionell untergebrachte Kinder nach sechsmonatiger Gruppenbetreuung, wenn sie *des regelmässigen Kontaktes mit einer stabilen Bezugsperson beraubt* wurden, Kummerreaktionen zeigten. *Nienstedt und Westermann* (1989) sowie *Unzner* (1997) machen indes keine Angabe zur Dauer von Zwischenplatzierungen, die ein Ausbleiben der Kummerreaktionen allenfalls zu klären vermag.

Vom Heim aus kann auch eine Reintegration in die Herkunftsfamilie oder zu einem Elternteil begleitet werden. Es soll in diesem Fall vor allem versucht werden, bei den Eltern die Sensibilität für die Signale und Bedürfnisse des Kindes zu erhöhen, damit positive Interaktionen ermöglicht werden und dadurch die Basis einer sicheren Bindung erreicht wird. Wenn sich die Notwendigkeit einer längerfristigen Fremdunterbringung stellt, muss mit den leiblichen Eltern möglichst daraufhin gearbeitet werden, dass sie die Fremdbetreuung emotional akzeptieren können.

„Für das Kind ist es häufig von entscheidender Bedeutung zu spüren, dass die leibliche Mutter mit den neuen Eltern einverstanden ist.“ (Unzner, 1997, 348)

*Textor* (1995a) plädiert ebenfalls für eine Zwischenplatzierung, speziell wenn eine sofortige Herausnahme des Kindes aus seiner Herkunftsfamilie angezeigt ist. Er rät den platzierungsbe-

gleitenden Fachkräften der Behörden, *mehr Zeit für die Vorbereitung der ausgewählten Pflegeeltern auf das für sie vorgesehene Kind* sowie für die *Kontaktanbahnung* einzuplanen. Die Fachkräfte können sich während einer Zwischenplatzierung *ein Bild vom Kind verschaffen* und die zukünftigen Pflegeeltern können sich *in Ruhe* vorbereiten (vgl. Textor, 1995a, 504). Wenn die Pflegeeltern an der Aufnahme des Kindes interessiert sind, sollten sie es kennenlernen können. Bei älteren Kindern ist hierfür ein längerer Zeitraum vorzusehen. Auch die Herkunfts- und die Pflegefamilie sollten sich in dieser Vor-Platzierungsphase kennenlernen und gegenseitige Erwartungen klären. Textor (1995a) fordert, dass die Betreuung der Pflegefamilie durch die Fachkräfte zeitlich über die Phase der Platzierung hinausgehen sollte. Neben der Begleitung der Pflegefamilie ist auch die Begleitung der Herkunftsfamilie wichtig. Platzierungsbegleitende Personen übernehmen eine komplexe Aufgabe, denn sie müssen zwischen Herkunftsfamilie, Pflegefamilie und Heim vermitteln. Zudem erfolgt die Entscheidung für eine definitive Platzierung in Abhängigkeit von weiteren Personen und Institutionen, wie Psychologinnen und Psychologen oder der Schule.

### 3.3.2 Pflegefamilie zwischen Ersatz- und Ergänzungsfamilie

Zur Aufgabe, Rolle und Funktion der Pflegefamilie als Ersatzfamilie oder als Ergänzungsfamilie hat in den vergangenen Jahren eine rege fachliche Diskussion eingesetzt. Mit Blick auf die Pflegekinder stellen sich vor allem die Fragen, welche psychische und soziale Bedeutung die Herkunftsfamilie und die bisherige Lebensgeschichte für das Kind haben und ob Kinder fähig sind, Bindungen zu zwei Familien zu unterhalten, ohne unlösbare Loyalitätskonflikte und Ambivalenzen zu erfahren. Die Fragestellung verschärft sich, *wenn Kinder in ihren Ursprungsfamilien vernachlässigt, misshandelt oder traumatisiert wurden*. Vor dem Hintergrund der Psychoanalyse wird argumentiert, *dass eine exklusive Bindung an eine dem Kind zugewandte Person sowohl Voraussetzung für persönliches und seelisches Wachstum ist als auch Bedingung für die Lösung aus einer traumatischen Beziehung* (Blandow, 1996, 56). Hauptsächlich Nienstedt und Westermann (1989), die sich am Wohl des Kindes und nicht an einem Familienwohl oder an Systemzwängen orientieren, repräsentieren diese Richtung. Dem gegenüber steht die systemische Perspektive, welche die Auseinandersetzung mit den biologischen Eltern betont und pragmatisch mit der rechtlichen und sozialen Wirklichkeit der Pflegeverhältnisse argumentiert (vgl. Blandow, 1996). Ein Beziehungsabbruch ist aus dieser Sicht höchstens eine kurzfristige Erleichterung, die in Wirklichkeit die Verletzungen des Kindes verschärft (vgl. zum Beispiel Wiemann, 1994, 209 ff.).

### 3.3.2.1 *Das Ersatzfamilienverständnis*

Die folgende Skizze eines Ersatzfamilienverständnisses basiert auf *Kötters* (1997, 65 ff.) Ausführungen zum *Ersatzfamilienkonzept* und auf den Erläuterungen von *Nienstedt und Westermann* (1989), die in der öffentlichen Diskussion als Hauptvertreterin und Hauptvertreter eines Ersatzfamilienkonzeptes gelten. Beide beschäftigen sich seit vielen Jahren mit der psychologischen Begutachtung sowie psychotherapeutischen Begleitung von Pflege- und Adoptivkindern. Theoretisch orientieren sie sich vorwiegend an der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie und der Bindungstheorie (vgl. 4.2). Ihre Theorien zur innerpsychischen Verarbeitung und Bewältigung traumatischer Erfahrungen von Pflegekindern und deren Sozialisation in der Pflegefamilie sind im Pflegekinderwesen in breiten Kreisen anerkannt. *Nienstedt und Westermann* (1989) entwickelten ein Konzept der Pflegefamilie, die gegenüber der Herkunftsfamilie relativ geschlossen ist. Während eine gedankliche Beschäftigung mit den Herkunftseltern befürwortet wird, wird eine reale Begegnung in Form von Besuchskontakten prinzipiell abgelehnt und das Ziel eines schrittweisen emotionalen Ablösens des Pflegekindes von der Herkunftsfamilie verfolgt. *Nienstedt und Westermann* (1989) postulieren die Orientierung an diesen Grundsätzen in den ihren Erfahrungen zufolge überwiegenden Fällen, in welchen die Beziehung zwischen dem Pflegekind und den Herkunftseltern stark beeinträchtigt oder gestört ist und somit eine Dauerplatzierung des Pflegekindes vorgesehen ist. Sie gehen davon aus, dass die traumatischen Erfahrungen (Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch) in der Herkunftsfamilie das entscheidende Hindernis der meisten Pflegekinder sind. Die Pflegekinder benötigen für den Nachentwicklungsprozess (vgl. 6.2.2.1.2) ein möglichst sicheres und funktionales Bezugssystem. Beim Ersatzfamilienverständnis wird neben der Vermutung, dass viele Kinder traumatische Erfahrungen machten, oft angenommen, dass die Erziehungsfähigkeit der Herkunftseltern erheblich eingeschränkt ist und Besuchskontakte von diesen zur Aufrechterhaltung der Illusion einer befriedigenden Eltern-Kind-Beziehung gebraucht und missbraucht werden. *Nienstedt und Westermann* (1989) denken zudem nicht, dass mit dem Einbezug der Herkunftseltern und mit der daraus resultierenden problematischen Konstellation der Dreiecksbeziehung (Pflegeeltern-Pflegekind-Herkunftseltern) die Probleme der Herkunftseltern gelöst werden könnten oder sich ihre Erziehungsfähigkeit verbessern liesse. Speziell wird darauf hingewiesen, dass die Pflegeeltern nicht sowohl das Pflegekind als auch die Herkunftseltern unterstützen können. Eine Fortsetzung der angstbesetzten oder dysfunktionalen Pflegekind-Herkunftseltern-Bindung steht der Nutzung der neuen Sozialisationschance des Kindes in der Pflegefamilie entgegen, da das Kind durch die anhaltenden Verlust- und Deprivationserfahrungen an Verleugnungen und Verdrängungen sowie an negativen

Selbstdefinitionen festhalten muss. Nach *Nienstedt und Westermann* (1989) ist der Kontaktabbruch eine Voraussetzung dafür, dass sich das Pflegekind auf neue Beziehungen einlassen kann. Sie glauben, dass das Pflegekind insgesamt weniger verunsichert wird, wenn keine Besuchskontakte stattfinden, und betonen das Recht des Kindes auf einen Neuanfang:

„Die Trennung und Scheidung des Kindes von seinen Eltern, die Ablösung aus verpflichtenden, lähmenden Angstbindungen ist eine Voraussetzung dafür, dass das Recht des Kindes auf einen Neuanfang in neuen Eltern-Kind-Beziehungen überhaupt verwirklicht werden kann.“ (Nienstedt & Westermann, 1989, 302)

Eine Orientierung am Kindeswohl verlangt bei gestörten Eltern-Kind-Beziehungen demnach, *die neue wachsende Bindung* des Pflegekindes zu den Pflegeeltern zu stärken und *die Pflegeeltern bei der Entstehung einer „faktischen Elternschaft“<sup>3</sup> zu unterstützen* (Kötter, 1997, 67). Ähnlich zentral und auf der Basis psychoanalytischen Wissens orientieren sich auch *Goldstein, Freud und Solnit* (1982; 1991) allein am Wohl des Kindes und nicht am Wohl der Eltern, der Familie oder einer Fürsorgeinstitution.

### **3.3.2.2 Das Ergänzungsfamilienverständnis**

Das Ergänzungsfamilienverständnis basiert auf familientherapeutischen und systemischen Überzeugungen (vgl. 4.1). Es greift zudem auf die Bindungstheorie zurück und hebt speziell die Bedeutung der primären Mutter-Kind-Bindung hervor (vgl. 4.2). Hauptvertreterinnen und Hauptvertreter eines Ergänzungsfamilienkonzeptes scheinen weniger in Gestalt einzelner Personen als in Form von Behörden zu existieren. So vertritt zum Beispiel in Deutschland das Deutsche Jugendinstitut ein klares Ergänzungsfamilienkonzept (vgl. Kötter, 1997; Nienstedt & Westermann, 1989). Grundsätzlich kann angenommen werden, dass sich Fürsorgebehörden tendenziell an einem Ergänzungsfamilienkonzept orientieren. Es handelt sich um eine (herkunfts-)familienideologische Orientierung (Nienstedt & Westermann, 1989, 296 f.).

Besuchskontakte dienen, so wird aus dieser Perspektive argumentiert, sowohl dem Erhalt der primären Bindungen als auch einer realistischen Auseinandersetzung des Pflegekindes mit seiner Situation. Aus bindungstheoretischer Perspektive kann zudem angenommen werden, dass Kinder grundsätzlich fähig sind, Bindungen zu mehreren Personen aufzubauen (vgl. S. 90 f.). Besuchskontakte *verhindern, dass die Herkunftseltern idealisierte oder verteuflelte Phantasiegestalten werden und die Kinder ihre Wurzeln verleugnen* (Kötter, 1997, 68).

---

<sup>3</sup> *Goldstein, Freud und Solnit* (1991, 29) führten den Begriff „faktische Adoptiveltern“ ein, *um die psychologische Bindung zu bezeichnen, die ein Kind Erwachsenen gegenüber entwickelt, die weder dem Geburtszeugnis noch einer den gesetzlichen Vorschriften entsprechenden Adoption nach seine Eltern sind. Solche Beziehungen können sich entwickeln, wann immer Eltern ihr Kind Fremden oder Verwandten für längere Zeit zur Pflege übergeben.*

Ein Ergänzungsfamilienverständnis appelliert an die Notwendigkeit, dem Pflegekind die Beziehungen zu den verschiedenen Erwachsenen zuzugestehen und Konkurrenz oder einen Beziehungsabbruch auf der Ebene der Erwachsenen zu vermeiden (vgl. 4.1.3). Nur wenn die Pflege- und Herkunftseltern ein kooperatives und unterstützendes Verhältnis offenbaren, wird das Pflegekind nicht in Loyalitätskonflikte geraten. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass sich die Dreieckskonstellation zu einem pathogenen respektive „perversen“ Dreieck entwickelt (vgl. 6.4.6). Ein Ergänzungsfamilienkonzept fokussiert neben der Pflegeeltern-Pflegekind-Beziehung immer auch die Beziehung zwischen den Erwachsenen und beabsichtigt *die Etablierung eines funktionalen erweiterten Elternsystems* (Schumann, 1987, zit. nach Kötter, 1997, 69). Die Herkunftseltern werden somit zu einem Subsystem der Pflegefamilie auf der Elternebene. Die Pflegefamilie wird als *erweitertes Familiensystem* und *nicht als Kernfamilie mit einem quasi-adoptierten Kind* betrachtet (Gudat, 1987, zit. nach Kötter, 1997, 69).

Bei der Auswahl der Pflegeeltern muss vor diesem Hintergrund darauf geachtet werden, dass die Pflegeeltern sowohl fähig sind gegenüber dem Pflegekind eine Elternrolle einzunehmen als auch partnerschaftlich und wertschätzend mit den Herkunftseltern zusammenzuarbeiten. Obwohl die Bereitschaft zur Zusammenarbeit vonseiten der Herkunftseltern nicht in jedem Fall vorausgesetzt werden kann, und die Pflegekinder zum Teil auch traumatische Erfahrungen machten sowie gestörte Bindungen entwickelten, wird auch in diesen Fällen kein Beziehungsabbruch zwischen der Pflegefamilie und den Herkunftseltern oder eine dauerhafte Platzierung des Kindes in der Pflegefamilie geplant (vgl. Kötter, 1997, 65 ff.). Mit einem Ergänzungsfamilienverständnis gewinnt auch die Funktion der Fachkräfte an Bedeutung, sie werden den Beziehungsaufbau zwischen Pflege- und Herkunftseltern begleiten müssen.

### **3.3.2.3 Ersatzfamilien- versus Ergänzungsfamilienverständnis**

An einem Ersatzfamilienkonzept kann bemängelt werden, dass es die Herkunftsfamilie weder miteinbezieht noch beachtet und der Herkunftsfamilie damit in keiner Weise gerecht wird. In diesem Zusammenhang wird allgemein beklagt, dass kaum familienbegleitende Massnahmen (vgl. zum Beispiel Mercurio-Pade, 1995) genutzt werden, welche die Herkunftsfamilien befähigen würden, wieder selbst für die Erziehung ihrer Kinder verantwortlich zu werden. *Blandow* (1996, 59) und *Müller-Schlotmann* (1998, 49 f.) führen allerdings aus, dass gerade dort, wo familienunterstützende Hilfen versagten, die pädagogischen Anforderungen an eine Pflegefamilie steigen. Mit dem Angebot an *Hilfsmöglichkeiten im „Vorfeld“ der Fremdplatzierung* wächst die Notwendigkeit *ältere, dann aber – eventuell nach vielfältigen gescheiterten „Vorfeld-Massnahmen“ – auch eher „gestörtere“ Kinder* zu platzieren, *die dennoch*

durch ihre Vorerfahrungen in ihrem Herkunftsmilieu geprägt sind und an ihm hängen (Blandow, 1996, 59). Dies spricht für eine Professionalisierung der Pflegefamilie, die Müller-Schlotmann (1998, 50 ff.) vor dem Hintergrund eines Ergänzungsfamilienverständnisses skizziert.

Nienstedt und Westermann (1989, 296 f.) kritisieren am Ergänzungsfamilienkonzept, wie es zum Beispiel vom Deutschen Jugendinstitut vertreten wird, dass durch die Fremdplatzierung zwar der Familie, jedoch nicht dem Kind geholfen werde, weil elementare entwicklungspsychologische Hintergründe vernachlässigt würden. Sie stellen sich zugunsten des Wohles des Kindes deutlich gegen eine Orientierung am Familienwohl. Nienstedt und Westermann (1989) denken, dass es unrealistisch ist, zu glauben, dass alle leiblichen Eltern auch erziehungsfähige psychologische Eltern sind, und führen diesbezüglich aus:

„Viele der von uns untersuchten Kinder sind distanz- und beziehungslose Kinder, die uns nach einer zweistündigen Untersuchung fragen, ob sie nicht für immer bei uns bleiben könnten. Es sind Kinder, die in die Rolle von Eltern geraten, die auf ihre eigenen Eltern wie auf Kinder aufpassen und für sie und für ihr Wohlergehen die Verantwortung tragen müssen. Aber mit einer derartigen Rollenumkehr – wie sie für misshandelte und vernachlässigte Kinder typisch ist – ist eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung nicht mehr möglich: Wenn man das Kind solchen pathologischen Beziehungsformen ausgesetzt lässt, beraubt man es seiner Kindheit.“ (Nienstedt & Westermann, 1989, 297)

Eine Aufrechterhaltung der Beziehung zwischen traumatisierten Pflegekindern und ihren Herkunftseltern befriedigt nach Nienstedt und Westermann (1989) lediglich die Bedürfnisse der Eltern, aber nicht diejenigen der Kinder.

Ersatzfamilien- und Ergänzungsfamilienverständnis unterscheiden sich erstens in Bezug auf die theoretische Orientierung, wobei sich lediglich Nienstedt und Westermann (1989) ausgiebig der Darstellung der theoretischen Basis ihrer Argumentation zur Pflegefamilie als Ersatzfamilie widmen. Die Vertreterinnen und Vertreter des Ergänzungsfamilienkonzeptes nennen zwar den theoretischen Bezug, nehmen aber keine Ausführungen vor. Zweitens unterscheiden sich die Formen des Verständnisses in dem, was einer Pflegefamilie zugemutet und zugetraut wird. Die Frage, ob Pflegeeltern sowohl die Elternrolle gegenüber dem Pflegekind als auch eine partnerschaftlich-therapeutische Rolle gegenüber den Herkunftseltern einnehmen können, wird aus den beiden Perspektiven gegensätzlich beantwortet. Nienstedt und Westermann (1989), die ein familienersetzendes Konzept vertreten, betonen, dass eine solche Doppelaufgabe eine Überforderung der Ressourcen der Pflegeeltern darstellt. Aus der anderen Perspektive wird den Pflegeeltern diese Aufgabe und ein damit verbundener professioneller Umgang mit den Herkunftseltern zugetraut. Allerdings unterscheiden sich die beiden Perspektiven und ihre Konzepte im Hinblick auf eine entscheidende Vorannahme: Ein Ersatzfamilienkonzept

basiert auf der Prämisse, dass ein grösserer Teil der Herkunftseltern beziehungsgestört und nicht erziehungsfähig ist. Ein Ergänzungsfamilienkonzept geht hingegen mit der Annahme einher, dass solche Herkunftseltern einen kleineren Anteil ausmachen. Die widersprüchlichen Einschätzungen spiegeln sich in den unterschiedlichen Zielsetzungen wider, das heisst in der Orientierung am Kindeswohl und der Etablierung der Pflegefamilie als faktischer Adoptivfamilie einerseits sowie in der Fokussierung eines erweiterten pflegefamilialen Systems und der Möglichkeit einer Verbesserung der Lage der Herkunftsfamilie anderseits.

Einigkeit besteht zwischen den beiden Vorstellungen darin, dass sie sich letztlich beide an einer *Permanenz-Lösung* orientieren (Niederberger & Zeindel, 1989, 54). Nämlich (faktische) Adoption des Pflegekindes einerseits und Reintegration in die Herkunftsfamilie anderseits. Die Polarisierung und die Kontroverse um die Pflegefamilie als Ersatz- oder Ergänzungsfamilie entschärft sich, wenn die Vielfältigkeit faktischer Pflegeverhältnisse, das heisst ihre unterschiedlichen Hintergründe, die Besonderheiten der jeweiligen Geschichte des Pflegekindes und die Besonderheiten der Lebensumstände der Herkunft- und Pflegeeltern Berücksichtigung erfahren. *Blandow* (1996) führt zu diesem Sachverhalt aus:

„Denn natürlich stellt sich das Problem für ein Kind, das als Kleinst- oder Kleinkind in eine Pflegefamilie vermittelt wurde, anders als für ein älteres Kind [...]. Schliesslich ist es natürlich von grosser Bedeutung, welche Erfahrungen das Kind bei den Herkunftseltern tatsächlich gemacht hat. Hilfreich für eine differenzierte Argumentation wäre es auch, zur Kenntnis zu nehmen, dass jeweils etwa ein Drittel der Kinder in der Pflegefamilie ihren dauerhaften Lebensort findet (nicht selten mit einer Adoption verbunden), ein zweites Drittel aber schon nach oft kurzer Zeit zu den Eltern zurückkehrt und das letzte Drittel aus irgendeinem Grunde nicht in der Pflegefamilie verbleibt, aber auch nicht zu den leiblichen Eltern oder Verwandten zurückkehrt.“ (Blandow, 1996, 58)

*Kötter* (1997), welche 51 Pflegefamilien im Hinblick auf den Zusammenhang der Existenz von Besuchskontakten zwischen Pflegekind und Herkunftseltern und der Entwicklung der Pflegeverhältnisse untersuchte, kommt zu folgendem Schluss:

„Insgesamt scheinen die Besuchskontakte insbesondere von den Pflegeeltern, aber auch von den Pflegekindern kurz- und mittelfristig eher negativ verarbeitet zu werden.“ (Kötter, 1997, 247)



Kötter (1997) verweist auf verstärkte Verhaltensstörungen der Pflegekinder während und nach den Besuchskontakten und auf Loyalitätskonflikte des Pflegekindes bezüglich der beiden Elternpaare. Sie macht den Vorschlag, wenn Besuchskontakte geplant seien, gezielt nach geeigneten Pflegeeltern zu suchen und nennt diesbezüglich aufgrund ihrer Befunde eine Reihe von Kriterien:

Tabelle 3-1: Indikation für oder gegen Besuchskontakte und Auswahlkriterien für Pflegefamilien (Kötter, 1997, 244)

Besuchskontakte	keine Besuchskontakte
<u>Indikation</u>	
Hauptziel des Pflegeverhältnisses: Erhalt der Beziehungen des Pflegekindes zur Herkunftsfamilie	Hauptziel des Pflegeverhältnisses: Aufbau neuer Objektbeziehungen in der Pflegefamilie
<u>Auswahlkriterien für Pflegefamilien</u>	
karitative Aufnahmemotive der Pflegeeltern	familienstrukturelle Aufnahmemotive der Pflegeeltern
leibliche Kinder in der Pflegefamilie	keine leiblichen Kinder in der Pflegefamilie
ältere Pflegemütter	jüngere Pflegemütter
ausgeprägte extrapflegefamiliale Ressourcen (Aussengrenzen eher offen)	
hohe Belastbarkeit der Pflegeeltern	
pflegeelterliches Ergänzungsfamilienkonzept	pflegeelterliches Ersatzfamilienkonzept

Die von Kötter (1997, 247) befragten Pflegeeltern verstanden sich, bis auf drei Ausnahmen, alle als Ersatzfamilien und nicht als Ergänzungsfamilien, dies unabhängig davon, ob Besuchskontakte stattfanden, abgebrochen wurden oder nie stattfanden, und ebenso unabhängig von der Entwicklung des Pflegeverhältnisses.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Ersatzfamilien- und das Ergänzungsfamilienverständnis auf gegensätzlichen und zu wenig reflektierten Voraussetzungen basieren, die in unterschiedlichen Zielvorstellungen münden:

Tabelle 3-2: Annahmen für Ersatzfamilien- und Ergänzungsfamilienverständnis und entsprechende Zielvorstellungen

Ersatzfamilienverständnis	Ergänzungsfamilienverständnis
<u>Annahmen</u>	
Herkunftseltern sind nicht beziehungs- und erziehungsfähig	Beziehungs- und Erziehungsfähigkeit der Herkunftseltern ist nur zeitweilig eingeschränkt
Der grösste Teil der Pflegekinder machte traumatische Erfahrungen	Der kleinere Teil der Pflegekinder machte traumatische Erfahrungen
Pflegekinder müssen vor den Eltern geschützt werden, um sich gesund entwickeln zu können	Eine gesunde Entwicklung setzt die reale Auseinandersetzung mit der Herkunftsfamilie voraus
Pflegekinder können sich nur auf neue Beziehungen einlassen, wenn die alten abgebrochen werden	Pflegekinder können sich nur auf neue Beziehungen einlassen, wenn die alten aufrechterhalten werden
Pflegeeltern können nur begrenzte therapeutische Funktionen übernehmen. Sie sind nicht belastbar	Pflegeeltern können gegenüber dem Pflegekind und gegenüber den Herkunftseltern therapeutische Funktionen übernehmen. Sie sind belastbar
Pflegefamilien sind nur als relativ geschlossene Systeme funktional	Pflegefamilien sind nur als relativ offene Systeme funktional
<u>Ziel</u>	
Dauerhafte Platzierung	Zeitweilige Platzierung
Emotionale Ablösung des Pflegekindes von der Herkunftsfamilie	Beziehungsaufbau bzw. -stabilisierung zwischen Pflegekind und Herkunftsfamilie
Hauptziel ist eine faktische Adoption des Pflegekindes durch die Pflegeeltern	Hauptziel ist die Reintegration des Pflegekindes in seine Herkunftsfamilie

Neben den in Tabelle 3-2 zusammengestellten Unterschieden werden auch die Orientierung am Kindwohl beim Ersatzfamilienverständnis und jene am Familienwohl beim Ergänzungsfamilienverständnis behauptet. Diese Behauptungen sind nicht haltbar:

- Wer einem Pflegekind Hilfe bietet für eine konstruktive Biographiearbeit und eine reale Auseinandersetzung mit den Herkunftseltern, wie es im Rahmen des Ergänzungsfamilienverständnisses postuliert wird, wird sich ebenfalls am Wohl des Kindes orientieren. Eine verantwortungsvolle Auseinandersetzung mit den Herkunftseltern erlaubt Kontakt, Besuche, Ferien und Teilidentifikation, aber auch Schutz und Abgrenzung. Die Bedeutung der Herkunftsfamilie für die eigene Biographiearbeit zeigte sich auch im Falle von sogenannten inkognito-adoptierten Kindern, die sich in der Adoleszenz stark mit ihrer eigenen Herkunft auseinandersetzen und oft nach ihren leiblichen Eltern suchen (vgl. zum Beispiel Barske, 1997 und 3.4.1).

- In der befürworteten Abgrenzung von der Herkunftsfamilie beim Ersatzfamilienverständnis kann eine Idealisierung der Pflegefamilie als abgeschlossene und harmonische Kleinfamilie gesehen werden. Erst im Hinblick auf eine Familienideologie zeichnet sich zum Beispiel die Frage ab, wie weit eine Familie therapeutische Funktionen übernehmen kann, die sich nicht nur auf eine klar umschriebene und beschränkte Situation beziehen, bzw. ob das therapeutische Verhalten an und für sich im Widerspruch zum Zusammenleben in der Familie steht. *Giesecke* (1993, 93 ff.) nimmt das Thema der Familie als therapeutische Situation und Institution auf. Er plädiert für den „Normalfall“, in welchem Familienmitglieder miteinander authentisch und nicht therapeutisch umgehen. Die Kinder sind nicht die Klientinnen und Klienten der Eltern. Wer Gieseckes Ausführungen Gehör schenkt, wird therapiebedürftige Pflegekinder und/oder therapiebedürftige Herkunftseltern professionellen Erzieherinnen und Erziehern oder Therapeutinnen und Therapeuten anvertrauen. Das ist ein entscheidender Punkt, denn unabhängig davon, ob ein Ergänzungs- oder Ersatzfamilienverständnis vorliegt, können im Rahmen des Pflegekinderwesens Fachpersonen an verschiedenen Orten beratende, begleitende, betreuende und therapeutische Aufgaben übernehmen (vgl. 4.3).

Das Ersatzfamilienverständnis erliegt der Illusion, das Herkunftssystem hinter sich lassen zu können und alle Aufgaben innerhalb der Pflegefamilie lösen zu können. Dieses Verständnis vernachlässigt die positiven Erfahrungen und die weiterhin vorhandenen Ressourcen der Herkunftsfamilien einerseits und die weiterhin wirksamen Folgen der Defizite und die aktuell wirkenden Beeinträchtigungen andererseits. Vor allem aber wird das starke Band der Blutsverwandtschaft mit seinen Auswirkungen zu wenig mitbedacht.

Das Ergänzungsfamilienverständnis erliegt der Illusion, das Herkunftssystem nur vorübergehend entlasten und/oder ergänzen zu müssen, in der Hoffnung, dass das Herkunftssystem oder das beeinträchtigte fremdplatzierte Kind sich erholt und Defizite verschwinden. Es soll eine Rückplatzierung angestrebt werden, weil sie als möglich angesehen wird. Dieses Verständnis vergisst, dass Systeme dauernd in Prozessen stehen, sich wandeln und dass das Entfernen eines Elements aus dem Herkunftssystem dieses massiv verändert und neue Prozesse auslöst, so dass es nie darum gehen kann, einen vergangenen Zustand wiederherzustellen (das System gesund zu machen) und dann zurück zu platzieren. Zugleich kann sich das Pflegefamiliensystem unmöglich auf den defizitären Bereich beschränken und wird darum Prozesse auch in den anderen Bereichen anstreben und auslösen, die nicht ohne Auswirkung auf das Pflegekind bleiben.

Beide Verständnisse werden der komplexen Situation von Pflegeverhältnissen nicht gerecht und sind darüber hinaus auf die Familie fokussiert, weshalb sich hinter diesen Verständnissen scheinbar mehr bürgerliche Familienideologie versteckt als echte Sorge um das Wohl des Kindes. Beide Verständnisse gehen weitgehend von einem statischen Familienbild aus. Sie vernachlässigen die Prozesse in den einzelnen und zwischen den einzelnen Systemen, die Individualität einzelner Pflegeverhältnisse sowie die Entwicklung des Pflegekindes.

Im vierten Kapitel wird auf die System- und Bindungstheorie eingegangen. Die Aufgabe und Funktion der Pflegefamilie als Ersatz- oder Ergänzungsfamilie wird vor diesem theoretischen Hintergrund beurteilt und eine Synthese beider Verständnisse skizziert (vgl. 4.3).

### ***3.4 Formen der Fremdbetreuung und Begriffsklärungen***

*Blülle* (1996, 71 ff.) fasst für die Schweiz familienergänzende und familienersetzende Erziehungsangebote zusammen. Es lassen sich die folgenden Formen der Familienpflege unterscheiden: Tagespflege, Wochenpflege, SOS-Familie, heim-assoziierte Pflegefamilie, Dauerpflegefamilie, heilpädagogische Pflegefamilie. Daneben gibt es verschiedene Heime und Institutionen sowie Formen des begleiteten Wohnens. Welche Formen des Zusammenlebens die Angebote repräsentieren, kann anhand der einzelnen Begriffe oft nicht ausgemacht werden. Nach *Niederberger und Bühler-Niederberger* (1988) zeigt sich eine kombinatorische Willkür unterschiedlicher Elemente innerhalb der Angebote.

Im Folgenden werden Dauerpflegeverhältnisse von der Adoption und der Heimpflege einerseits und von der Wochen- und Tagespflege andererseits unterschieden.

#### **3.4.1 Nuancen zwischen Dauerpflege, Adoption und Heim**

Obwohl Dauerpflege, Adoption und Heimpflege grundsätzlich unterschiedliche Formen der Erziehungshilfe darstellen, lassen sich im jeweiligen Grenzbereich zwischen Pflege- und Adoptivfamilie sowie zwischen Familienpflege und Heimerziehung Abgrenzungen nur schwer vollziehen. Auf diese Grauzonen soll im Folgenden beispielartig eingegangen werden.

Vermehrt wird von einer Inkognito-Adoption abgeraten und eine offene Adoption befürwortet, da sich die Konflikte des Adoptivkindes mit der Adoleszenz und der Zunahme des Interesses an der eigenen Herkunft verschärfen, aber auch alle anderen Beteiligten einer besonderen Identitätsproblematik gegenüberstehen und oft eine Deprivation erfahren (vgl. Barske,

1997). Eine offenere Form der Adoption wird Adoptivfamilien den Pflegefamilien ähnlicher werden lassen, da auch die abgebenden Eltern stärker im Bewusstsein des Adoptivkindes und der Adoptivfamilie sind. Andererseits sind Pflegefamilien, die keinen Kontakt zur Herkunftsfamilie pflegen, faktische Adoptivfamilien (vgl. 3.3.2.1; Fussnote 3). Adoptiveltern müssen ein Kind mindestens zwei Jahre in Pflege nehmen, bevor sie es adoptieren können. Während dieses Zeitraums sind zukünftige Adoptiveltern offiziell Pflegeeltern.<sup>4</sup>

Auch die Grenzziehung zwischen Pflegefamilie und Heim hat sich in den letzten Jahren verändert. Pflegeeltern erlangen vermehrt professionelle Ausbildungen und die Strukturen der familiären sowie jene der Heimerziehung nähern sich im Grenzbereich einander an. So gibt es einerseits professionelle pädagogische oder heilpädagogische Grossfamilien, die mehrere Generationen von Kindern aufnehmen. Andererseits gibt es Heime, die sich an familienähnlichen Strukturen orientieren. So wird zum Beispiel im Kinderhaus Thalwil/ZH momentan die dritte Langzeitgruppe eingerichtet, in die Kinder mit einem voraussichtlich länger dauernden Heimaufenthalt gleichzeitig in eine alters- und geschlechtergemischte Gruppe aufgenommen werden. Nach der Eintrittsphase werden keine neuen Kinder mehr in die Gruppe aufgenommen. Die Kinder werden von maximal zwei Generationen Erzieherinnen und Erziehern betreut, das heisst, dass jede einzelne Person des Leitungsteams höchstens einmal durch eine neu eingestellte Person ersetzt werden darf. Die Langzeitgruppe funktioniert relativ autonom und mit dem Austritt des letzten Kindes löst sich die Gruppe auf.<sup>5</sup> *Güthoff* (1996) stellt weitere *Sonderformen* der erzieherischen Hilfe für Kinder und Jugendliche *zwischen traditioneller Familienpflege und Heimerziehung* vor. Bei *Niederberger und Bühler-Niederberger* (1988, 95 ff.) finden sich ebenfalls Beispiele und weitere Charakteristiken von *quasi-familialen Abteilungen von Heimen*.

Die Beispiele veranschaulichen, dass die Grenzen zwischen Pflege- und Adoptivfamilie und zwischen Familien- und Heimpflege nicht klar gezogen werden können. Das liegt daran, dass die Pflegefamilie als Erziehungshilfe zwar zwischen Adoption und Heim eingeordnet werden kann, aber in sehr unterschiedlichen Formen in Erscheinung treten kann.

---

<sup>4</sup> Vgl. Art. 264 des Zivilgesetzbuches.

<sup>5</sup> Vgl. Projektpapier (1997). *Rahmenkonzept. Projekt Langzeitgruppe 2* des sozialpädagogischen Kinder- und Jugendheims Kinderhaus Thalwil/ZH.

### 3.4.2 Abgrenzung von Dauer-, Wochen- und Tagespflege

Formal können drei Arten der Familienpflege unterschieden werden: Dauerpflege, Wochenpflege und Tagespflege.<sup>6</sup> Dauerpflege bezeichnet die Form der Familienpflege, bei der Kinder grundsätzlich kontinuierlich und ohne regelmässige Unterbrechungen in der Pflegefamilie leben. Dauerpflege stellt eine Form der Vollzeitpflege dar, die ihrerseits in Dauer- und Kurzzeitpflege unterteilt werden kann. Kurzzeitpflege ist eine Lösung für Kinder, die vorübergehend oder besonders dringend fremdplatziert werden müssen. Eine Erziehungsplanung muss in diesen Fällen erst noch erfolgen. Solche Formen der Bedarfs- oder Übergangspflege sind unter dem Namen SOS-Pflegefamilien zusammengefasst. Auch im Heimbereich gibt es (Not-) Aufnahmegruppen. Bei Dauerpflege wird ein Kind für eine längere, oft unbestimmte Zeit oder bis zum Erreichen der Selbständigkeit, das heisst meistens bis zum Ende der Schulzeit, aufgenommen. Dabei kann von vornherein eine längerfristige Aufnahme geplant sein oder aus einer Kurzzeitpflege eine Dauerpflege werden.

Die vorliegende Arbeit fokussiert Dauerpflegeverhältnisse. Ihre Abgrenzung von Wochenpflegeverhältnissen ist nicht ganz einfach, da keine einheitliche Definition der Wochenpflege vorliegt (vgl. Warndorf, 1995, 7 ff.). Wochenpflege bezeichnet eine Form der Familienpflege, bei der das Kind tendenziell an den Wochentagen, aber nicht am Wochenende in der Pflegefamilie lebt. Aufgrund der Untersuchung von *Juhász und Sunitsch* (1996) lässt sich für den Kanton Zürich aufzeigen, dass Wochenpflegeplätze oft von arbeitenden, alleinerziehenden Müttern genutzt werden, die erziehungs- und beziehungsfähig sind, aber eine zeitlich umfassende Betreuung für ihre Kinder beanspruchen, beispielsweise weil sie unregelmässige Arbeitszeiten haben (vgl. S. 187 f.).

Wochenpflege nimmt demnach eine Stellung zwischen Dauer- und Tagespflege ein. Es ist demgemäss davon auszugehen, dass unter der Bezeichnung Wochenpflege tatsächlich sehr unterschiedliche Pflegeverhältnisse laufen. Vor allem sind Kinder aus sehr unterschiedlich belasteten Herkunftsfamilien zu erwarten.

Tagespflege ist ein Erziehungsangebot, das für in ihrer (Herkunfts-)Familie lebende Kinder beansprucht wird. Die Tagespflegekinder übernachten anders als die Dauer- und Wochenpflegekinder nicht in der Pflegefamilie bzw. bei der Tagespflegemutter. Meistens wird ein Tages-

pflegeplatz aus ähnlichen Überlegungen wie ein Kinderhort- oder Kinderkrippenplatz genutzt. Tagespflegeverhältnisse sind wie Dauer- und Wochenpflegeverhältnisse gesetzlich meldepflichtig, hingegen nicht bewilligungspflichtig. Allerdings ist mit einer sehr hohen Dunkelziffer zu rechnen (vgl. zum Beispiel Lausch, 1985). Die Unterbringung eines Kindes in die Tagespflege erfolgt meistens infolge der Erwerbstätigkeit der Eltern. *Lausch* (1985, 25) betont dabei neben dem Aspekt der Alleinerziehung die ungünstige finanzielle Situation als Motiv, die Kinder in Tagespflege zu geben. Heutzutage werden Tagespflegeplätze auch von Elternpaaren beansprucht, die nicht nur aus finanziellen Überlegungen, sondern auch aus anderen Gründen beide zumindest teilzeitlich berufstätig sein wollen.

Wochen- und Tagespflege werden neben der Nutzung als mögliche Erziehungshilfe für berufstätige Eltern auch vermehrt als ambulante Hilfe für die Arbeit mit den (Herkunfts-) Familien genutzt (vgl. Mikuszeit & Rummel, 1986, 98). Im Zusammenhang mit Wochen- und Tagespflege wird immer wieder die besondere Problematik des wöchentlichen respektive täglichen Wechsels der Bezugspersonen thematisiert. In letzter Zeit werden vermehrt auch Wochenendpflegeplätze für Kinder gesucht, die durch die Woche hindurch in Heimen leben. Die Kinder sollen die Wochenenden in einer Familie verbringen, zudem stellt diese Massnahme eine Entlastung für die Heime dar (vgl. Juhasz & Sunitsch, 1996, 9 f.). Obwohl im Verlauf der letzten Jahre die Anzahl der in Pflegefamilien platzierten Kinder etwa gleichgeblieben sein dürfte, zeigte sich einerseits eine deutliche Zunahme der Tagespflegeverhältnisse und andererseits ein Rückgang der Dauerpflegeverhältnisse (vgl. Warndorf, 1995, 7 f.). Dieser Trend gilt auch für die Pflegeverhältnisse des Kantons Zürich.

### ***3.5 Schlussfolgerungen***

In den vorangegangenen Abschnitten wurde veranschaulicht, dass die Pflegefamilie eine der vielen familialen Lebensformen darstellt. Diese Form des Zusammenlebens ist nicht neu, aber sie hat sich wie andere Familienformen gewandelt und ist einem ständigen strukturellen und funktionalen Wandel ausgesetzt. So hat sich seit dem Bestehen dieser Betreuungsform auch immer wieder die Frage gestellt, ob eine Familien- oder Heimerziehung der Situation, den

---

<sup>6</sup> Tagespflegeverhältnisse sind meldepflichtig, Dauer- und Wochenpflegeverhältnisse sind melde- und bewilligungspflichtig. Die Melde- und Bewilligungspflicht gilt auch für die Grosseltern der Kinder und andere Verwandte. Pflegeverhältnisse stehen unter Aufsicht, das heisst, jedes Pflegekind wird normalerweise jährlich von einer Vertreterin oder einem Vertreter der Behörden besucht (vgl. zum Beispiel Verordnung über die Pflegekinderfürsorge des Kantons Zürich vom 11. September 1969; Pflegekinderverordnung des Kantons Bern vom 4. Juli 1979).

Bedürfnissen und den Wünschen von platzierungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen gerechter wird. Diese Frage lässt sich jeweils nur für den einzelnen Fall beantworten. Es zeigt sich zwar eine Tendenz, jüngere Kinder, Mädchen und unauffällige Kinder eher in Pflegefamilien unterzubringen, hingegen Jugendliche, Jungen und Kinder, die deviantes Verhalten zeigen, eher in Heimen zu platzieren (vgl. Schoch et al., 1989 und 5.2.1). Aber auch solche generellen Empfehlungen müssen auf die individuelle Situation hin überprüft werden. In den vorangegangenen Abschnitten wurde daher die Meinung vertreten, dass beide, die Pflegefamilie und das Heim, notwendige und sinnvolle Möglichkeiten der Erziehungshilfe darstellen. Es wurde dafür plädiert, vermehrt eine Kombination beider Platzierungsarten zu prüfen, das heisst, die Vorteile beider Möglichkeiten zu vereinen. Eine integrative Platzierungsform wurde am Beispiel von Zwischenplatzierungen zukünftiger Pflegekinder im Heim ausgeführt: Mit der Zwischenplatzierung eines zukünftigen Pflegekindes im Heim soll die Chance einer späteren Integration des Kindes in die Pflegefamilie steigen. Neben der Möglichkeit, die ein Kind im Heim hat, schrittweise eine sichere Basis aufzubauen und somit beziehungsfähig zu werden, wird mit der Zwischenplatzierung auch ein überstürztes Handeln vermieden. Während der Zwischenplatzierung können sich Fachkräfte und Pflegeeltern umfassend auf eine Familienplatzierung vorbereiten. Auch die Herkunftseltern können sich in dieser Phase etwas Klarheit über ihre Perspektiven verschaffen und einer Platzierung in einer Pflegefamilie besser zustimmen. Die Überlegung, dass sich das gesamte Umfeld durch dieses Verfahren besser vorbereiten kann, spricht für dieses Vorgehen. Allerdings ist es wahrscheinlich, dass die Kinder auch Trennungsreaktionen zeigen, wenn sie sich von einer bestimmten Bezugsperson im Heim trennen müssen. Es ist deshalb erforderlich, entsprechend sensibel zu agieren.

Die zweite Kontroverse im Pflegekinderwesen dreht sich um die polarisierte Auseinandersetzung der Pflegefamilie als Ersatz- oder Ergänzungsfamilie. Ein gangbarer Ausweg aus dieser gegensätzlichen Betrachtung zeichnet sich ebenfalls vor der Berücksichtigung und Befürwortung individueller Formen der Pflegefamilie ab. Stellungnahmen gegen oder für Besuchskontakte zwischen Pflegekind und Herkunftsfamilie erweisen sich erst als sinnvoll, wenn sie mit der Orientierung am Wohle des einzelnen Kindes erfolgen. Um die Frage nach Besuchskontakten für den Einzelfall anzugehen, könnte die gezielte empirische Forschung zur Suche und Prüfung von Kriterien, die für oder gegen Besuchskontakte wegweisend sein dürften, sinnvoll sein (vgl. Kötter, 1997).

Die vorgenommenen Betrachtungen sprechen für eine differenzierte Untersuchung und Beurteilung von Pflegeverhältnissen respektive Pflegefamilien. Es wird angenommen, dass sich Kinder grundsätzlich in verschiedenen Kontexten entfalten können. Die Fragen nach dem



Wohle des Pflegekindes und jene nach dem Gelingen des Pflegeverhältnisses stehen dabei im Vordergrund. Statt nach Formen der Erziehungshilfe und ihrer Effizienz zu fragen, ist es sinnvoller, nach Faktoren zu suchen, die zum Gelingen eines Pflegeverhältnisses beitragen. Dabei wird an protektive Faktoren oder Ressourcen gedacht. Ihnen soll vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden, weshalb sie im Rahmen dieser Arbeit im Vordergrund stehen. Letztlich wird sich der Erfolg oder Misserfolg nicht an der Existenz oder Nichtexistenz von Besuchskontakten festmachen lassen, sondern erst im Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren sichtbar werden. Dieses Zusammenspiel, das heisst die Dynamik von Pflegefamilien, sollte in Zukunft vermehrt beachtet werden.

Um die Frage nach der Dynamik der Pflegefamilie und die Suche nach protektiven Faktoren anzugehen, bedarf es erstens eines metatheoretischen Bezugsrahmens, womit sich das nächste Kapitel befasst. Zweitens werden die vorliegenden empirischen Studien daraufhin analysiert, inwieweit sie mit Belastungs- bzw. Risiko- und protektiven Faktoren zusammenhängen. Diese Untersuchung erfolgt im übernächsten Kapitel.



## **4. Metatheoretischer Bezugsrahmen: System- und Bindungstheorie**

Im Pflegekinderwesen haben sich in den letzten Jahren zwei verschiedene Richtungen entwickelt, die kontrovers diskutiert werden: Die eine bezieht sich vor allem auf individuumzentrierte, entwicklungspsychologische Aspekte. Sie basiert auf psychoanalytischem sowie bindungstheoretischem Gedankengut und postuliert die Pflegefamilien als Ersatzfamilien mit einer Dauerperspektive. Die andere Richtung umfasst die Pflege- und Herkunftsfamilie des Pflegekindes. Sie nimmt Bezug auf systemische Konzepte und orientiert sich ebenfalls an der Bindungstheorie, hebt jedoch andere Aspekte hervor. Vor diesem Hintergrund stellen Pflegefamilien Ergänzungsfamilien mit einer zeitlich beschränkten Aufgabe dar (vgl. 3.3.2). Die aufgezeigte Polarisierung verdeutlicht, dass Pflegefamilien ihrer Erziehungsaufgabe in sehr unterschiedlicher Weise nachkommen und sehr verschiedene Aufgaben übernehmen können und müssen.

In diesem Kapitel werden die beiden Theorien vorgestellt, die im Rahmen des Pflegekinderwesens neben psychoanalytischen Zugängen hauptsächlich Beachtung finden. Es handelt sich um die Bindungs- und die Systemtheorie. Die beiden wurden gegenüber der Psychoanalyse als theoretischer Bezugsrahmen favorisiert, da sie, wie noch gezeigt wird, unabhängig von einem Verständnis der Pflegefamilie, als Ersatz- oder Ergänzungsfamilie für die Betrachtung von Pflegeverhältnissen relevant sind. Zudem stellen die Bindungs- und die Systemtheorie den metatheoretischen Bezugsrahmen der vorliegenden Arbeit dar. Im Folgenden wird zuerst auf systemtheoretische Überlegungen und danach auf die Bindungstheorie und -forschung eingegangen. Die Ausführungen bemühen sich um eine Integration von Standpunkten beider Theorien.

### ***4.1 Systemtheoretische Überlegungen***

Die Systemtheorie im Kontext von Pädagogik nutzbar zu machen und sie zur Betrachtung von Pflegefamilien heranzuziehen, erfolgt im Rahmen des angedeuteten familiären und gesellschaftlichen Wandels. In einer Welt, in der Individualität zunehmend an Bedeutung gewonnen hat, lohnt es sich, den übergreifenden Kontext, in dem gehandelt wird, zu fokussieren. Nicht nur, um die Interessen des Individuums gegenüber Systemzwängen zu reflektieren, sondern vielmehr, um Antworten auf veränderte gesellschaftliche Fragestellungen zu suchen. Die

Aufmerksamkeit verschiebt sich von persönlichen Fragestellungen zu sozialen Fragen, hin zu ökologischen Zusammenhängen und zur globalen Ebene. Systemtheorie ist system- und frontübergreifend und *macht nicht an Disziplingrenzen halt* (Hollstein-Brinkmann, 1993, 15). Es gibt keine einheitliche Systemtheorie. Die entsprechenden Denkmodelle sind heterogen. Es gibt eine Reihe verschiedener Ansätze, *welche sich in ihrer Komplexität, in ihrem Abstraktionsgrad, in ihrem Geltungsbereich, in ihrem disziplinären Hintergrund und in ihrer Terminologie unterscheiden* (Schiepek, 1988, 55). Müller (1996, 9) macht auf die Breite der internen Widersprüche der Systemtheorie aufmerksam, indem er betont, dass sich ein Zusammenhang lediglich in den *internen Kontroversen* und durch die *Verarbeitung externer Kritik* zeige. Die systemtheoretischen Überlegungen, wie sie an dieser Stelle vorgenommen werden, müssen daher eine spezifische Auswahl darstellen. Dazu gehören zuerst ein Bild der Allgemeinen Systemtheorie, wie sie der Biologe Ludwig von Bertalanffy formulierte und begründete, sowie eine Charakterisierung lebender Organismen bzw. offener Systeme. Danach wird auf die familiensystemtheoretische Forschung eingegangen. Die Betrachtungsweise der Familien erfolgt durch die Hierarchie ihrer Ebenen, wie sie der Mediziner *Cierpka* (zum Beispiel 1996) darstellt, und die Erweiterung dieser Hierarchie durch *Kötter* (1997), welche gerade für die Betrachtung von Pflegefamilien bedeutsam wird. Danach wird das Familienmodell von *Cierpka* (1996) vorgestellt. Im Anschluss daran werden strukturelle Besonderheiten von Pflegefamilien skizziert. Dies erfolgt einerseits exemplarisch, andererseits wird die von *Tazer und Schubert* (1988) vorgenommene systemische Analyse von Heimkindern zwischen Institution und Familie auf Pflegekinder und ihre Situation übertragen.

### 4.1.1 Allgemeine Systemtheorie

Systemisches – ganzheitliches – Denken bemüht sich, einzelne Aspekte und verschiedene wissenschaftliche Disziplinen zu integrieren, ihre Wechselbeziehungen zu klären und ein „Ganzes“ hervorzubringen. Dieses *Denken in Ganzheit* lässt auch Bezüge zur dialektischen Denkrichtung von *Hegel und Marx* erkennen und hat seine Wurzeln *in der Naturmystik, in der Eingebundenheit des einzelnen Menschen und der Gesellschaft in die zyklischen Vorgänge der Natur* (Hollstein-Brinkmann, 1993, 21). Aussagen zur Systemtheorie können in Beziehung zur Molekularbiologie und schliesslich zur Atomphysik gesetzt werden. Die moderne Atomphysik denkt schon lange (seit Einstein, Eisenstein und anderen) in Systemen und hat gezeigt, dass der Aufbau der Materie eben nicht aus Atomen (Teilchen) besteht, sondern aus komplex funktionierenden, unstatistischen, sich dauernd verändernden und bewegenden Systemen. Die Materie ist kein Zustand, sondern ein höchst bewegtes und spannungsreiches Sys-

tem. Die Elektronen kreisen um die Neutronen und Protonen keinesfalls in gleichwertiger, dahinfließender Bewegung, sondern in dauernder Dynamik und gegenseitiger Beeinflussung (Ionisierung). Die Atomphysik hat ebenfalls gezeigt, dass sich die Materie nicht festlegen lässt und sich unseren Erkenntnismethoden immer noch entzieht; konkret heisst das, Elektronen lassen sich entweder in ihrer Bewegung beobachten (die Geschwindigkeit ist feststellbar) oder es lässt sich ihre Masse feststellen. Aber nicht beides miteinander. Was in der Atomphysik Geltung hat, gilt auch in der Systemtheorie: Statisches Betrachten oder prozesshaftes, bewegungsorientiertes Betrachten sind für die Systemtheorie die beiden möglichen Zugänge. Es ist eine methodische Vorentscheidung, ob im System die einzelnen Teile in ihrer Masse (zum Beispiel die Identität und Eigenart einzelner Personen) angeschaut und dargestellt oder ob die Bewegung, die Beziehung und Prozesse fokussiert werden. Systeme sind lang gewachsene und ständigem Wandel unterworfenen Grössen. Es kann weder von einem Ausgangszustand noch von einem Zielzustand gesprochen werden, Ausgangs- und Zielzustand sind theoretisch. Es wird nicht bei null begonnen und nie am Ende angekommen. Es wird immer nur ein Ausschnitt betrachtet.

Der Biologe Ludwig von Bertalanffy gilt als Begründer der Allgemeinen Systemtheorie (General System Theorie). Er erkannte vorerst auf der Basis seiner biologischen Experimente das Leben als ein System der Selbststeuerung. Diese Erkenntnis lässt sich auf unterschiedliche Kontexte übertragen. Von Bertalanffy (1950, zit. nach Watzlawick, Beavin & Jackson, 1990, 115) bezeichnet diese Theorie als *die Formulierung und Ableitung jener Prinzipien, die für „Systeme“ im allgemeinen gelten*. In von Bertalanffys (1968) globaler wissenschaftsübergreifender Definition ist ein System *ein Komplex interagierender Elemente* (zit. nach Schneewind, 1987, 975). Um in wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Kontexten regelhafte Abläufe und Strukturen aufzufinden, stellte von Bertalanffy also ein dynamisches, im Austausch mit der Umwelt stehendes Modell des lebenden Organismus dar. Nach der klassischen Systemdefinition von Halls und Fagan ist ein System *ein Aggregat von Objekten und Beziehungen zwischen den Objekten und ihren Merkmalen*. Da zwischen zwei Objekten immer eine Form von Beziehung besteht, müssen *wichtige und bemerkenswerte Beziehungen eingeschlossen und bedeutungslose und unwesentliche Beziehungen ausgeschlossen werden* (Hall & Fagan, 1956, zit. nach Watzlawick et al., 1990, 116).

Lebende Organismen werden grundsätzlich als offene Systeme begriffen, *das heisst, dass sie mit ihrer Umwelt Stoffe, Energie oder Information austauschen* (Hall & Fagan, 1956, zit. nach Watzlawick et al., 1990, 117). Nur Systeme, die im Austausch mit der Umwelt stehen,

sind fähig, sich Veränderungen anzupassen und funktionsfähig zu bleiben (vgl. Cierpka, 1996, 9). Offene Systeme haben eine Reihe charakteristischer Eigenschaften:

- Das Systemganze ist mehr als die Summe der Systemteile. In diesem Zusammenhang wird von *Übersummation* (Watzlawick et al., 1990, 120) respektive *Übersummativität* (Duss-von Werdt, 1996, 44) gesprochen. Das Systemganze wird aber auch als weniger als die Summe seiner Teile begriffen. Die Systemtheorie gliedert Systeme in Unter- bzw. Subsysteme, die wiederum eigene Systeme darstellen. Übergeordnete Systeme umfassen jeweils alle untergeordneten Systeme. Solche Strukturen reduzieren die Komplexität, das heisst, dass Systeme immer eine gewisse Ordnung herstellen. *Luhmann* (1999, 250) spricht von einem *Komplexitätsgefälle* zwischen Umwelt und System. Während im *Chaos* alles *gleich wahrscheinlich* war, sind im System nicht mehr alle Verbindungen zwischen den Elementen denkbar (Krieger, 1996, 14 f.).
- Systeme kennzeichnen sich im Gegensatz zu einem ungeordneten „Haufen“ – welcher *nicht mehr als die Summe seiner Teile* ist – durch *einen relativen Grad von Ganzheit* (Watzlawick et al., 1990, 119). Eine Veränderung eines Teils wirkt sich auf das ganze System und seine Ganzheit aus, da jeweils jeder Teil eines Systems mit den anderen Teilen verbunden ist.<sup>7</sup> In diesem Zusammenhang findet auch die Bezeichnung *Koevolution* Verwendung, welche die gemeinsame Entwicklung der Familienmitglieder hervorhebt und besagt, dass sich verschiedene Vorgänge gegenseitig bedingen und beeinflussen (Cierpka, 1996, 10).
- Die Teile eines Systems sind miteinander *nicht summativ oder einseitig verbunden* (Watzlawick et al., 1990, 121). Systemtheoretisches Denken ist zirkulär, kreisförmig – nicht linear –, die Umwelt wird unter den Aspekten *Beziehungen, Interaktionen, Transaktionen und Zusammenhänge* (Bernler & Johnsson, 1997, 56) wahrgenommen; eine *Folge von Ursachen und Wirkungen* führt zur Ausgangsursache zurück und *bestätigt oder verändert* diese, während bei einer Linearität die Ursache-Wirkungs-Sequenz nicht zurückführt (Simon & Stierlin, 1984, zit. nach Duss-von Werdt, 1996, 45). Die Eigenschaften der Rückkopplung und ständigen Selbsterneuerung in Systemen werden mit dem Begriff *Autopoiesis* (Selber-Tun, Selber-Schaffen, Selbstwirksamkeit) umschrieben (Cierpka, 1996, 10).
- Daneben finden zur Beschreibung kreisförmiger, selbstregulierender Systeme die Begriffe Äqui- und Multifinalität Verwendung. Die Äquifinalität besagt, dass verschiedene Aus-

---

<sup>7</sup> An dieser Stelle muss kritisch angemerkt werden, dass nach *Luhmann* (1999) innerhalb eines sozialen Systems nicht jedes Element mit jedem anderen verknüpfbar oder de facto verknüpft ist. Ohne Kenntnis des jeweiligen Systems lässt sich jedoch nicht vorhersagen, welche Verknüpfungen, das heisst Beziehungen, zwischen den Elementen realisiert werden und welche nicht.

gangszustände und verschiedene Wege zu gleichen Endzuständen führen können, das heisst, das Ergebnis wird durch die Natur des Prozesses festgelegt (vgl. Duss-von Werdt, 1996; Watzlawick et al., 1990). Dazu führt von Bertalanffy Folgendes aus:

„Die Stabilität offener Systeme ist durch das Prinzip der Äquifinalität gekennzeichnet; d.h., im Gegensatz zum Gleichgewicht in geschlossenen Systemen, die durch ihre Anfangszustände determiniert sind, können offene Systeme einen von Zeit und Ausgangszuständen unabhängigen Zustand einnehmen, der nur durch die Parameter des Systems bedingt ist.“ (von Bertalanffy, 1968, zit. nach Watzlawick et al., 1990, 122)

Da das äquifinale Verhalten offener Systeme auf der Unabhängigkeit der Ausgangsbedingungen basiert, folgt daraus, dass nicht nur verschiedene Ursprünge denselben Endzustand haben, sondern, was die Multifinalität behauptet, auch ähnliche Ausgangsbedingungen und Wege zu ungleichen Endzuständen führen können (vgl. Duss-von Werdt, 1996; Watzlawick et al., 1990).

Beim Vorliegen vielfacher Bedingungsfaktoren, wie in der Biologie, den Verhaltenswissenschaften oder der Soziologie, handelt es sich um multivariate Systeme (vgl. Cierpka, 1996, 9). Es stellt sich die Frage, nach welchen Regeln und mit welcher Zielrichtung solche Systeme funktionieren oder ob alles einfach dem Zufall überlassen ist. Ökosysteme zeigen zum Beispiel eine sehr hohe Komplexität auf, die eigentlich nicht für einen Zufall spricht. Die Frage des Zufalls ist hier aber nicht definitiv zu klären. Soziologische Systeme müssen indes als Kulturleistungen des Menschen verstanden werden. Sie sind deshalb nicht zufällig und können an verschiedenen Orten gänzlich unterschiedliche Ausprägungen erfahren.

### **4.1.2 Systemtheoretische Familienforschung und -diagnostik**

„Familien sind komplexe Gewebe und man kann nie genau wissen, wo sie anfangen und ausfransen, woher ihre Muster stammen und wer wo und wann welche knüpfte.“ (Duss-von Werdt, 1995, 181)

In den Sozialwissenschaften wird schon lange über soziale Systeme diskutiert. So stellt auch die Familie ein soziales System dar. Seit den 60er Jahren findet die Systemtheorie im Rahmen der familientherapeutischen Forschung Verwendung (vgl. Cierpka, 1996; Kötter, 1997). Die systemtheoretische Familienforschung bettet die Familie als System in das übergreifende soziale Gesellschaftssystem. Während die Systemtheorie allgemein die Bedeutung der Beziehungen zwischen den Teilen für die Ganzheit hervorhebt, werden in der systemtheoretischen Familienforschung speziell die Interaktionen der Individuen betrachtet, um das gesamte Familiensystem zu verstehen. Die Fragestellungen der systemischen Familienforschung betreffen somit einerseits *das Verhältnis des Systems Familie zu seiner Umwelt* und andererseits *die in-*

*terne Komplexität der familiären Subsysteme* (Erler, 1996, 18). Die Tatsache, dass im Rahmen der systemtheoretischen Familienforschung die Familie als Ganzheit verstanden wird, ist eine methodische und ideologische Vorentscheidung. Je nachdem, welcher Ausschnitt fokussiert wird, könnte auch das Individuum oder das übergeordnete Gesellschaftssystem als Ganzheit aufgefasst werden. Die Betrachtung der Kleinfamilie als Ganzheit erfolgt vor unserem kulturellen Hintergrund und mit der Orientierung an bestimmten Werten und westeuropäischen Familienvorstellungen. Das Verständnis der Pflegefamilie als Ersatz- oder Ergänzungsfamilie (vgl. 3.3.2) ist aus der Sicht der Systemtheorie eine Vorentscheidung dessen, was mit Blick auf die Pflegefamilie als Ganzheit verstanden wird.

Im allgemeinen Rahmen der systemtheoretischen Familienforschung und -diagnostik wird angenommen, dass die Familie einen inneren Bereich definiert und gleichzeitig eine Grenze zwischen dem eigenen System und dem fremden Systemen festlegt (vgl. Kreppner, 1993). Im Folgenden wird zuerst auf die der Familie übergeordneten Systeme und anschliessend auf die innerfamiliären und familialen Strukturen eingegangen, im Wissen darum, dass Forschungs- und Diagnose- sowie Therapiekonzepte die Komplexität notgedrungen reduzieren, indem sie immer nur einzelne Facetten beleuchten und miteinander verbinden (vgl. Duss-von Werdt, 1995).

#### **4.1.2.1 Die Mehrebenenperspektive**

Eine Situationsanalyse durch die Mehrebenenperspektive erlaubt Interaktionsnetze im Systemkontext eines Kleinsystems wie der Familie zu betrachten. Es können die drei folgenden Analyseebenen differenziert werden (vgl. Kaiser, 1995a, 221 f.):

Die *Mikroebene* umfasst alle Situationsbeteiligten und -aspekte sowie Ereignisse, mit denen sich einzelne Personen und kleine Systeme wie Familien in ihren unmittelbaren Lebenszusammenhängen auseinandersetzen.

Der *Mesoebene* werden lokale oder regionale institutionalisierte Systeme (wie Behörden, Betriebe oder Gemeinden) und deren Mitglieder, Umstände und Ereignisse, die mit den Systemen, Mitgliedern, Umständen und Ereignissen der Mikro- sowie der Makroebene interagieren, zugerechnet. Die Systeme, die zur Mesoebene gehören, sind vom Individuum in der Regel nicht direkt beeinflussbar, wirken ihrerseits aber auf das Alltagsleben des Individuums.



Zur *Makroebene* gehören Systeme (wie globale Ökosysteme, Staat, Gesellschaft oder Recht) und deren Mitglieder, Umstände und Ereignisse, die Rahmenbedingungen für die untergeordneten Systeme darstellen und mit diesen interagieren.

Systemisches Denken verlangt, dass der Blickwinkel dauernd geändert und im komplexen Zusammenwirken verschiedenster Systeme und ihrer Teile vernetzt gedacht wird. Die Systemtheorie fordert eine synoptische, vernetzte, systemische Betrachtungsweise.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird die Mikroebene fokussiert. Die Meso- und die Makroebene sind für Pflegeverhältnisse ebenfalls relevant. Pflegeverhältnisse haben einen sozialpolitischen Aspekt und sind rechtlich besonders geregelt. Damit üben die sozialpolitischen und rechtlichen Meso- und Makrosysteme einen grösseren Einfluss auf das Pflegefamiliensystem aus als auf andere Familiensysteme. Die verstärkte Einmischung der übergeordneten Systeme verändert sowohl das Herkunftssystem des Pflegekindes als auch das Aufnahmesystem in besonderer Weise, da sie öffentlich in diese zwei Subsysteme eingreift. Beide Subsysteme werden einer wesentlichen, oft eingeforderten und sonst auch geschützten Eigenschaft familiärer Systeme beraubt, nämlich ihrer relativ hohen Privatheit und Autonomie. Pflegefamiliensysteme sind öffentlich und unterstehen einer offiziellen Aufsichtspflicht (die nicht erst im Krisenfall aktiv wird). Damit sind Pflegefamilien einer charakteristischen Qualität familiärer Lebensformen beraubt. Die Tatsache, dass die Pflegefamilie dauernd öffentlich überwacht und verhandelt wird, kann für Pflegeeltern und Pflegekinder eine wesentliche Belastung darstellen. Systemtheoretisch ist die Frage bedeutsam, wer in Systemen und Subsystemen über die Macht verfügt. Pflegeeltern erfahren es beispielsweise als Belastung, dass sie keine Entscheidungsmacht besitzen und systeminterne und systemabhängige Prozesse zur Entfaltung des pflegefamilialen Systems von systemfremden Menschen beeinflusst, unterbrochen und untersagt werden können. Kinder werden in Pflegefamilien mit der Motivation platziert, dem Pflegekind (weiterhin) Familienerfahrungen anzubieten, und mit dem Anspruch, dass die Pflegefamilie die familiären Aufgaben übernimmt. Die Pflegefamilie wird aber wesentlicher Merkmale der Familie – der hohen Privatheit und der relativ weitgehenden Autonomie – beraubt. Diese Sachverhalte können dazu führen, dass die Aufgaben der Pflegefamilie nicht mehr im normalen familiären Rahmen gelöst werden können und das Pflegekind keine normalen Familienerfahrungen machen kann. Durch die öffentliche Platzierung und Kontrolle wird der Pflegefamilie teilweise gerade das verunmöglicht, was von ihr verlangt wird, nämlich das Angebot eines privaten, intimen und weitgehend selbstregulierenden und autonomen pädagogischen Systems.

Damit die übergeordneten Meso- und Makrosysteme erfolgreich auf das Mikrosystem Pflegefamilie Einfluss nehmen können und die Unterstützung durch die der Pflegefamilie übergeordneten Systeme letztlich nicht als Belastung erfahren wird, müssen die handlungsleitenden Normen und Werte immer wieder reflektiert sowie personale und finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden und es muss bewusste und sensible Systemarbeit geleistet werden.

#### ***4.1.2.2 Die Hierarchie der Ebenen in der (Pflege-)Familie***

Die Familie kennzeichnet sich durch eine bestimmte Regelmäßigkeit und Organisation des Zusammenlebens. Aufgrund der systemischen Betrachtungsweise beeinflussen sich alle Familienmitglieder wechselseitig; im Zustand der Homöostase befinden sie sich in einem Kräftegleichgewicht. Störungen der Balance werden durch den Vorgang der Rückkopplung korrigiert. Meistens wird zum alten Zustand zurückgekehrt (negative Rückkopplung). Wenn die Antwort auf eine Abweichung eine positive Rückkopplung ist, bedeutet dies, dass der Abstand zum ursprünglichen Gleichgewicht vergrößert wird. Diese Form der Rückkopplung ist somit veränderungsorientiert. In diesem Zusammenhang wird auch von einer Veränderung zweiter Ordnung (Morphogenesis) gesprochen, die eine Neueinstellung des Gleichgewichts bedeutet, während eine Veränderung erster Ordnung (Morphostasis) eine Regulation in Richtung der Wiederherstellung der alten Balance bezeichnet (vgl. Kreppner, 1993).

Familien werden in den verschiedenen Varianten der Systemtheorie als autonome Systeme begriffen, wobei Autonomie im Sinne von „Handeln nach eigenen Gesetzen“ und nicht als absolute Selbständigkeit oder ökonomische Unabhängigkeit verstanden wird. Das heisst, Familien müssen bei *der Organisation des familiären Binnenverhältnisses* im Prinzip auf *sinn- und systemfremde Faktoren* keine Rücksicht nehmen (vgl. Erler, 1996, 18). An dieser Stelle weicht die Organisation der Pflegefamilie von der in der Familiensystemtheorie und -forschung gebräuchlichen Organisation der Familie deutlich ab. Die Pflegefamilie ist ein Familiensystem, in dem Personen aus verschiedenen Herkunftssystemen zusammenleben. Die Eigenarten der verschiedenen Herkunftssysteme haben wesentlichen Einfluss auf die Eigenarten und Prozesse im Pflegefamiliensystem. Das Pflegekind selbst lebt in zwei Systemen: Biographisch stammt es vom Herkunftssystem und ist davon geprägt, gegenwärtig lebt und entwickelt es sich im Pflegefamiliensystem. Diese Systeme können sich sehr ähnlich sein oder starke Unterschiede aufweisen, aber die Herkunftsfamilie nimmt in jedem Fall Einfluss auf das Pflegekind und seine neue Lebensgemeinschaft. Kötter (1997, 7 ff.) spricht von vier gegenüber drei (Pflege-)Familienebenen und veranschaulicht diese, indem sie *die Hierarchie der Ebenen in der Familie* von Cierpka (zum Beispiel 1996, 8) erweitert:

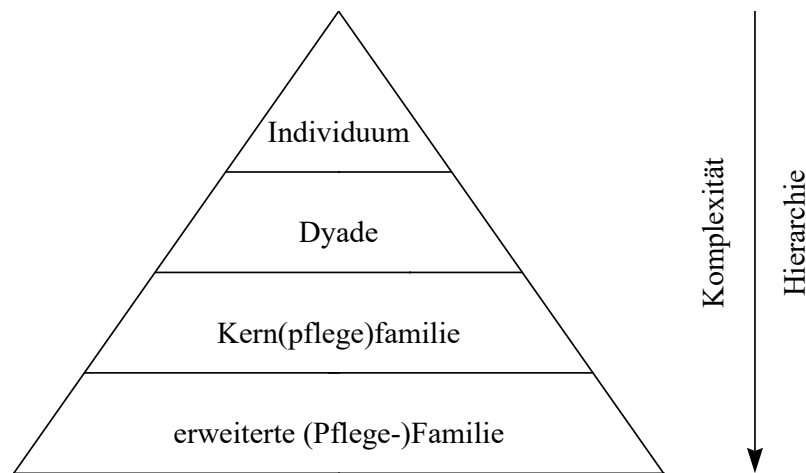


Abbildung 4-1: Die Hierarchie der vier (Pfleger-)Familienebenen  
(modifiziert nach Kötter, 1997, 8)

Herkömmlicherweise werden in der Familienforschung und -diagnostik die drei Organisationsebenen der Individuen, der Dyaden und der Gesamtfamilie differenziert. Der Begriff „Ebene“ verweist auf die hierarchische Gliederung der (Sub-)Systeme und veranschaulicht die Zunahme der Komplexität. Kötter (1997, 8) ergänzt die Hierarchie durch eine vierte Ebene, die „erweiterte Familie“. Wenn die Familie als hierarchisch gegliedertes System aufgefasst wird, lässt sie sich den Ebenen entsprechend diagnostizieren und erforschen.

Das Individuum steht einerseits wegen seiner Entwicklung in Abhängigkeit von seinem Gegenüber und bringt andererseits spezifische Charakteristika in die Familie ein. Es gestaltet die Familiendynamik mit. Das Individuum differenziert sich sowohl von anderen Familienmitgliedern und der Gesamtfamilie als es sich auch mit der Familie als Ganzes identifiziert. Daneben spielen Aspekte der physischen und psychischen Gesundheit sowie andere Aspekte des Individuums wie Kognition oder Motivation eine Rolle.

Die Ebene der Dyade entspricht den familialen Beziehungen. Im Rahmen der Familiendiagnostik gebührte die Aufmerksamkeit bisher vor allem der Mutter-Kind-Dyade und dem elterlichen Subsystem. Für die Diagnostik der dyadischen (oder tryadischen) Interaktionen auf der interpersonellen Ebene schlägt Cierpka (1996, 13 f.) in Anlehnung an das „Process Model of Family Functioning“ (Steinhauer et al., 1984, zit. nach Cierpka 1996, 13 f.) ein relativ komplexes Familienmodell mit sieben Variablen – *Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation, Emotionalität, affektive Beziehungsaufnahme, Kontrolle und Werte und Normen* – vor, das auch die Interaktionen bedeutsamer Variablen klärt (vgl. Abb. 4-2). Das Familienmodell beansprucht, einen systematischen Überblick grundlegender Familienfunktionen zu geben und Wirkgrößen zu beschreiben, damit *Stärken und Schwächen in der Familie als*

*Teilfunktionen eines Ganzen* (Cierpka, 1996, 19) strukturiert und analysiert werden können. Veränderungen an den einzelnen Wirkgrößen müssen aus systemtheoretischer Sicht Veränderungen an den anderen Funktionen bedingen.

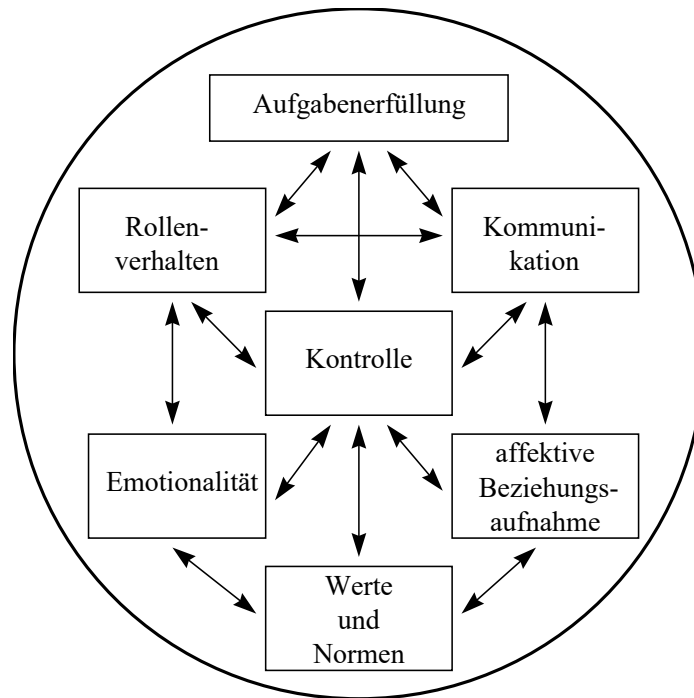


Abbildung 4-2: Das Familienmodell von *Cierpka* (1996, 13)

*Kötter* (1997, 8) verweist vor allem auf die Bedeutung der *Kommunikationstheorie* zum Verständnis dyadischer Beziehungen, wie sie von *Watzlawick et al.* (1990) mit der Differenzierung des Inhalts- und Beziehungsaspektes von Interaktionen ausgeführt wird.

Auf der Ebene des Familiensystems werden familiäre Funktionen und der *Gesamtwirkungsmechanismus* (Cierpka, 1996, 20) erfasst. Die Familie als Ganzes zeichnet sich durch ihre Struktur, Funktion und Organisation aus. Um die Bedürfnisse ihrer Mitglieder zu sichern, grenzt sich die Familie auch von der Aussenwelt ab. *Werte, Normen, Geheimnisse, Mythen und eine gemeinsame Geschichte* werden von den Mitgliedern der Familie geteilt (Kötter, 1997, 9).

Die Ebene der erweiterten Familie bezieht sich nach *Kötter* (1997, 9) vor allem auf die Herkunftsfamilie der Mutter und des Vaters, welche die Kernfamilie überwiegend durch die gemeinsame Geschichte beeinflussen. Die Grosseltern, Tanten und Onkel der Kinder können von der Kernfamilie als sozial unterstützend, aber auch als belastend erlebt werden.

Alle Ebenen können als Teilaspekte des Gesamtsystems untersucht werden. Neben den einzelnen Ebenen werden auch die Schnittstellen und Beziehungen zwischen den Ebenen be-

schrieben. Der Beobachtungsschwerpunkt wird von den Teilaspekten auf die Interaktion zwischen diesen verlagert, das heisst, es wird eine systemische Perspektive eingenommen. Wenn das gesamte System im Gleichgewicht ist, verlagern sich Probleme eines einzelnen Familienmitgliedes nicht einfach auf andere Mitglieder. Störungen im Gleichgewicht eines Subsystems können aber zu Spannungen an den Schnittstellen mit anderen Subsystemen führen. Falls die Störungen im Subsystem nicht korrigiert werden können, müssen sie durch das hierarchisch übergeordnete System kompensiert werden. Lang andauernde oder schwerwiegende Störungen können zu Anpassungsleistungen der Familienstruktur führen (vgl. Cierpka, 1996, 22). Kötter (1997) gibt zum genannten Sachverhalt ein einfaches Beispiel:

„Ein gestörtes Pflegekind wird [...] durch das infolge der Trennung von seiner Herkunftsfamilie ausgelöste Ungleichgewicht in seinem personalen System das Pflegefamiliensystem und damit das Gesamtsystem belasten. Die notwendige Kompensation dieser Störungen kann zu Veränderungen in der Familienstruktur oder zu einem pathologischen Gleichgewicht in der Familie führen.“ (Kötter, 1997, 9)

### 4.1.3 Strukturelle Besonderheiten von Pflegefamilien

Pflegeeltern, Pflegekind und Herkunftseltern stehen in einem Beziehungsdreieck (vgl. Kötter, 1997). Nachfolgend wird kurz auf die drei „Ecken“ eingegangen, wobei bereits bei ihrer Beschreibung Bezug auf die jeweiligen Beziehungen genommen werden muss.

Pflegekinder sind Kinder (oder Jugendliche), die in eine Pflegefamilie fremdplatziert werden und einen Teil eben dieser Familie darstellen. Fremdplatzierungen müssen dann in Betracht gezogen werden, wenn die Betreuung, Erziehung oder Bildung des Kindes im bisherigen Umfeld aus unterschiedlichen Gründen nicht (mehr) ausreichend gewährleistet werden kann.<sup>8</sup>

Das Herauslösen von Kindern aus ihrer Herkunftsfamilie stellt immer eine entscheidende Erfahrung in ihrem Leben und im betroffenen Umfeld dar, die unter verschiedenen Gesichtspunkten (und nicht nur als letzten Ausweg) betrachtet werden muss. Kinder, für die eine Pflegefamilie gefunden werden soll, sind meistens nicht mehr ganz klein und weisen oft behandlungsbedürftige soziale Störungen auf. Sie haben Eltern oder Elternteile, die verständlicherweise meistens nicht daran denken, ihr Kind ganz weg- oder herzugeben.

Pflegeeltern(teile) sind Personen, die ein Pflegekind aufnehmen, und unterscheiden sich von anderen Eltern durch ihren Wunsch und ihre Bereitschaft, ein fremdes Kind aufzunehmen. An

---

<sup>8</sup> In diesem Zusammenhang wird auch oft vom *Kindswohl* gesprochen. Der Begriff des Kindswohls erweist sich aber nicht gerade als unproblematisch. Gesetzlich werden im Kinds- und Familienrecht Entscheidungen zum Wohle des Kinds verlangt, doch es wird nicht definiert, was das Kindswohl tatsächlich ist und was im Einzelfall geleistet werden muss (vgl. Zatti, 1996).

Pflegeeltern werden spezifische Anforderungen gestellt, ihre besondere Situation<sup>9</sup> unterscheidet sich vom gewöhnlichen und bisherigen Verständnis der Eltern- und Familienrolle. Sie erfordert die Bereitschaft, für Erfahrungen und Veränderungen offen zu sein und ihnen kreativ zu begegnen. Pflegefamilie zu sein bedeutet, ein Kind nicht für sich allein zu haben, sondern sich als Familie Mitgliedern der Herkunftsfamilie und Fachkräften gegenüber zu öffnen. Daher erfüllen Pflegekinder auch den Wunsch zum Aufbau einer eigenen Familie von überzähligen Adoptivbewerbern nicht.<sup>10</sup>

Herkunftseltern sind Eltern, deren Situation sich mannigfaltig und unterschiedlich charakterisiert. Letztlich ist über sie am wenigsten bekannt und sie sind auch am seltensten im Zentrum wissenschaftlicher Untersuchungen. Herkunftseltern müssen ihre Kinder loslassen, bevor diese erwachsen sind. Eine Fortnahme der Kinder stellt für ihre Mütter und Väter einen gesellschaftlichen Abstieg dar. *Wiemann (1994, 228)* bezeichnet *die Rolle, Eltern ohne Kind zu sein, als eine der schwersten in dieser Gesellschaft*. Abgebende Eltern werden oft stigmatisiert und es ist nach *Wiemann (1994, 228)* eine Folge dieser Stigmatisierung, dass *manche Eltern um die Rückführung ihres Kindes kämpfen, obwohl real keine Aussicht auf Erfolg besteht*. In der skizzierten Lage wird es den Herkunftseltern nur schwer möglich sein zu akzeptieren, dass ihr Kind in einer Pflegefamilie lebt, und die Pflegeeltern als unterstützend und nicht rivalisierend zu erleben.

Jürgen Blandow, welcher sich seit rund drei Jahrzehnten mit Forschungen im Pflegekinderwesen beschäftigte, beginnt sein Essay zum „modernen“ Pflegekinderwesen folgendermassen:

„Trotz der sehr unterschiedlichen Funktionen, die Pflegefamilien im Laufe der jahrhundertalten Geschichte des Pflegekinderwesens für Staat und Gesellschaft zu erfüllen hatten, zu keiner Zeit wurde es geschafft, das neuralgischste aller Probleme dieses Instituts, seine komplizierte Mehrecks-Konstellation, wirklich zu beherrschen. Ein Kind, zwei Familien und eine Behörde sind die Mindestkonstellation, geteilte Familien, Pflegekinder aus verschiedenen Familien in einer Pflegefamilie, die eigenen Kinder von Pflegepersonen, geteilte Zuständigkeiten auf Behördenseite u.a. können als weitere „Ecken“ dazukommen.“ (Blandow, 1996, 56)

Das Beziehungsdreieck Pflegeeltern – Pflegekind – Herkunftseltern lässt sich unter Berücksichtigung weiterer „Teile“, wie angedeutet, beliebig ergänzen. Die nachfolgende Darstellung des „erweiterten Beziehungsdreiecks“ zeigt die Vielschichtigkeit von Pflegeverhältnissen und die Komplexität der Beziehungen. Aus systemischer Perspektive kommt den Interaktionen zwischen den Teilen bzw. Objekten Bedeutung zu.

<sup>9</sup> Probleme werden oft verkürzt als eine Konstellation „doppelter Elternschaft“ charakterisiert (vgl. Blandow, 1996).

<sup>10</sup> Ein Pflegekind kann unter Umständen Bindungen an seine Pflegeeltern entwickeln, die denen eines Adoptivkindes an seine Adoptiveltern durchaus ähneln (vgl. Masur, 1995, 106), trotzdem leben die Herkunftseltern von Pflegekindern meist relativ stark in deren Bewusstsein.

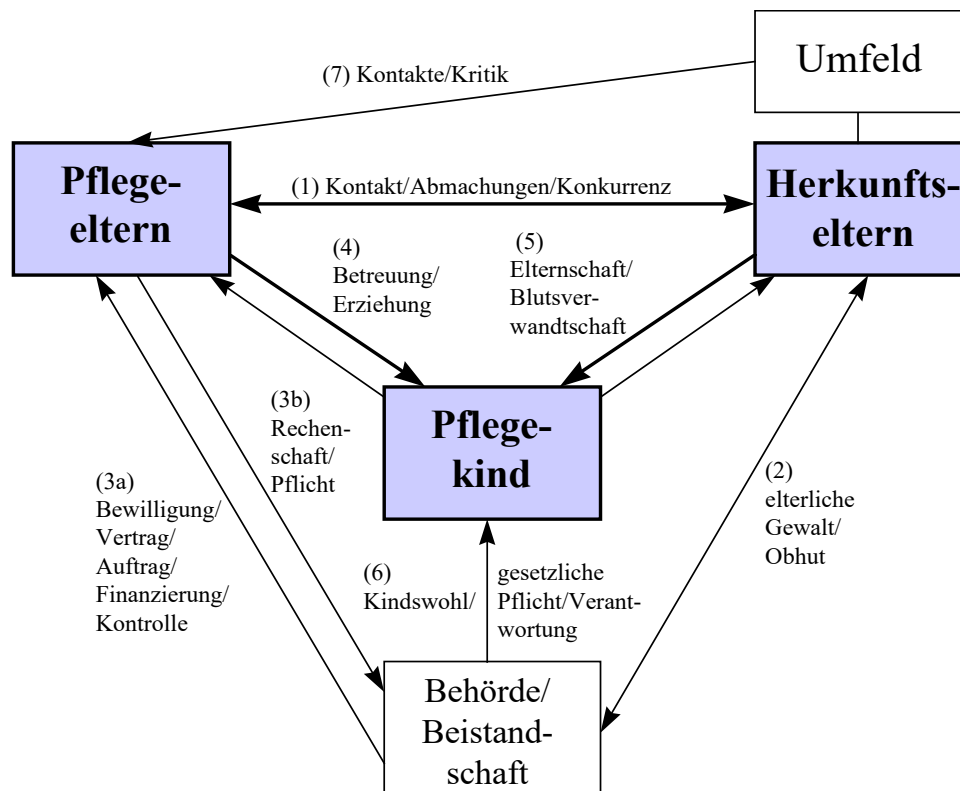


Abbildung 4-3: Das erweiterte Beziehungsdreieck

Die Abbildung 4-3 ist exemplarisch, sie basiert auf der Analyse einer einzelnen Pflegefamilialensituation. Je nach der Dynamik des Systems gewinnen variable und selektive Aspekte Bedeutung. Die im März 1998 interviewten Pflegeeltern erlebten das Umfeld der Herkunftsfamilie, namentlich die Grosseltern des Pflegekindes, als bedeutsam, währenddem sie aber nicht von ihrem eigenen Umfeld berichteten. Zum Zeitpunkt der Betrachtung wurden von den Pflegeeltern die folgenden Problemkonstellationen thematisiert (vgl. die sieben nummerierten Beziehungen in Abb. 4-3):

1. Die Herkunftseltern halten viele Abmachungen mit den Pflegeeltern und mit den Pflegekindern (Besuchskontakte) nicht ein. Die Pflegeeltern werden von den Herkunftseltern kritisiert. Sie wünschen sich mehr Kooperation vonseiten der Herkunftseltern.
2. Die Pflegeeltern wissen nicht, wie die rechtlichen Verhältnisse (elterliche Gewalt, Obhut, Sorgerecht) geregelt sind.
3. Das Pflegeverhältnis ist bewilligt und es existiert ein Pflegevertrag. Die Tatsache, dass der Pflegevertrag kündbar ist, ist stark im Bewusstsein der Pflegeeltern. Sie kennen keine zeitliche Perspektive. Der Auftrag besteht in „Betreuung und Erziehung“, was nicht genauer definiert ist. Die Pflegefamilie wurde bisher einmal von der beaufsichtigenden Behörde besucht. Die Pflegeeltern wünschen sich einen vermehrten Austausch. Die Beistandschaft wechselt häufig. Die Zusammenarbeit wird als mühsam erfahren.
4. Die Pflegeeltern fühlen sich durch Erziehungsaufgaben und in alltäglichen Interaktionen mit dem Pflegekind durch dessen Verhaltensauffälligkeiten stark herausgefordert.

5. Die Pflegeeltern erleben eine starke Koalition zwischen dem Pflegekind und den Herkunftseltern.
6. Es steht zur Diskussion, ob das Pflegekind umplatziert werden soll. Die Generalklausel des Kindeswohls wird in dieser Diskussion nicht als hilfreich erlebt.
7. Das Umfeld wird in weiten Zügen als unberechenbar wahrgenommen. Die Pflegeeltern fühlen sich oft Kritik ausgesetzt. Sie empfinden die Eingriffe in ihre Privatsphäre als verletzend.

Das pflegefamiliale System ist nur mit einem erheblichen Kommunikationsaufwand funktional. Die komplexe Struktur der pflegefamilialen Situation birgt bereits in sich eine Reihe von Konfliktmöglichkeiten. Als Subsysteme können vereinfacht Herkunftsfamilie, Pflegefamilie und Behörden genannt werden. Je unklarer die Kompetenzen, die Macht und die Verantwortung in den Subsystemen verteilt und die Regeln des Kommunikationsablaufs vereinbart sind, desto schwerfälliger und hinderlicher erweisen sich Konflikte. *Tazer und Schubert* (1988) schlüsseln die Situation von Heimkindern zwischen Institution und Familie auf. Analog zu ihren Erkenntnissen kann gesagt werden, dass durch die erschwerten Interaktionen zwischen den Subsystemen Pflegeeltern grossen Belastungen ausgesetzt werden. In erster Linie bedeuten die genannten Prozesse aber einen entscheidenden Nachteil für die Pflegekinder, die *in bewusste oder unbewusste Spannungen, verdeckte oder offene Konflikte hineingezogen* und zum *Medium gestörter Kommunikation* werden (Tazer & Schubert, 1988, 129).

„Insgesamt gilt, dass sich alle Kräfte [...] ständig in einem Prozess gegenseitiger Definition von Macht, Kompetenz und Verantwortlichkeit befinden. Wie aufwendig dieser Prozess abläuft, hängt davon ab, wie klar durchschaubar [...] Strukturen von vornherein festgelegt und aufeinander abgestimmt worden sind.“ (Tazer & Schubert, 1988, 129)

*Tazer und Schubert* (1988) fordern daher grösstmögliche Transparenz, Kenntnis der Möglichkeiten, Grenzen und Probleme der jeweils anderen Subsysteme, klare Kompetenzen und offene Regeln für die Zusammenarbeit.

Zur Interaktion zwischen Pflegefamilie und Herkunftsfamilie scheint eine Übertragung der von *Tazer und Schubert* (1988) genannten Problemkonstellationen zwischen Heim und Familie ebenfalls angebracht. Die nachfolgende Zusammenstellung basiert auf der Darstellung des genannten Autors und der genannten Autorin, wurde aber für die pflegefamilienspezifische Situation adaptiert.

- Wenn die Platzierung nicht von allen Beteiligten als Chance genutzt wird und Entscheidungen und Regeln nicht geklärt werden, können die Interaktionen zwischen der Pflege- und der Herkunftsfamilie zu einer *Spirale gegenseitiger Vorwürfe* und einem *Kleinkrieg um Machtpositionen* werden (Tazer & Schubert, 1988, 131).
- Falls die Integration des Kindes in die Pflegefamilie gelingt (und sich Verhaltensauffälligkeiten bessern), können die Herkunftseltern eine zusätzliche, ihr Versagen bestätigende



Belastung erfahren. Ihre Schuldgefühle können verstärkt und ihr Selbstwertgefühl erneut beeinträchtigt werden. Die Reaktion mancher Herkunftseltern ist, dass sie den Kontakt zum Kind abbrechen wollen, das Interesse am Kind verlieren oder dieses für „tot“ erklären. Andere nehmen eine abwehrende Haltung gegenüber der Pflegefamilie ein und versuchen, deren Leistungen zu schmälern.

- Die umschriebene Haltung der Herkunftseltern gegenüber den Pflegeeltern provoziert bei den Pflegeeltern Abwehr. Die Herkunftseltern können *die Bezeichnungen „schlechte“, „unverlässliche“, „unkooperative“ Eltern erhalten und es entspinnt sich oft ein unbewusster Machtkampf darüber, wer die „besseren Eltern“ sind* (Tazer & Schubert, 1988, 131).
- Im dargestellten *Negativspiel* (Tazer & Schubert, 1988, 131) ist, in Abhängigkeit von den Ressourcen der Herkunftseltern und der rechtlichen Situation, ein Abbruch des Pflegeverhältnisses oder eine völlige Resignation der Herkunftseltern denkbar. Ebenso kann ein Abbruch vonseiten der Pflegeeltern eingeleitet werden.
- Pflegekinder fühlen sich an der Trennung von ihren Herkunftseltern mitschuldig. Die Schuldgefühle werden verstärkt, wenn es den Kindern in der Pflegefamilie gut gefällt und sich tragfähige Beziehungen entwickeln.<sup>11</sup> Auf dieser Basis entstehen Loyalitätskonflikte, deren Ausmass umso bedrohlicher wird, je schlechter die Kommunikation zwischen Pflege- und Herkunftsfamilie funktioniert.
- Durch die Platzierung des Kindes entsteht ein spezifisches Erziehungssystem, das aus dem Subsystem Pflegefamilie und jenem der Herkunftsfamilie besteht. Das Kind ist als einziges Teil beider Subsysteme und hat deshalb eine *Zwischengängerfunktion, die ihm einmal die Rolle des Mittlers, ein anderes Mal die des Bündnispartners gegen die andern nahelegt* (Tazer & Schubert, 1988, 131). Pflegekinder haben oft schon vor ihrer Platzierung solche Rollen übernommen. Sie können von ihnen leicht auf die neue Situation und auf die Interaktion zwischen Pflege- und Herkunftsfamilie übertragen werden.

Während *Tazer und Schubert* (1988) im Falle der Heimsituation einen gangbaren Weg in der umschriebenen Dynamik erkennen, der in einer professionellen Arbeit und dem geplanten Einbezug der Herkunftseltern in die Erziehung besteht, erweist sich ein Umgang mit den vergleichbaren Prozessen in der pflegefamilialen Situation als schwieriger. Daher wird auch vermehrt eine Professionalisierung im Pflegekinderwesen gefordert. Besonders zeigt sich die

---

<sup>11</sup> Daher sind die Pflegekinder in jedem Fall auf das *Okay* ihrer Herkunftseltern angewiesen, um sich in der neuen Situation wohlfühlen zu können (Wiemann, 1991, 40).

Notwendigkeit einer umfassenderen Wahrnehmung der Aufgaben durch die Behörden (Beiständinnen, Beistände und Sozialämter) in Form von Klärung der Verantwortung, Hilfestellung, Begleitung usw.

#### 4.1.4 Nutzen der systemischen Perspektive

Wenn sich die Aufmerksamkeit auf die Lebenswelt richten soll, ist es naheliegend, sich mit der Systemtheorie zu befassen. Systemisch kann sich auf unterschiedliche Ebenen und durchaus verschiedene Ansätze beziehen. Im Zusammenhang mit Pflegeverhältnissen wird die Systemtheorie nutzbar gemacht, um die Vielschichtigkeit von Pflegeverhältnissen zu skizzieren und eine Analyse der Dynamik, insbesondere im Interaktionsfeld zwischen Pflege- und Herkunftseltern, vorzunehmen. In der systemischen Perspektive gilt die Aufmerksamkeit weniger den einzelnen Objekten oder Faktoren, sondern den Beziehungen zwischen diesen. Die Probleme eines Pflegekindes werden erst im Umfeld bedeutsam und zum Beispiel als Verhaltensauffälligkeiten bewertet.

Mittels einer systemischen Betrachtungsweise kann veranschaulicht werden, dass sich Pflegefamilien von anderen Familien dadurch unterscheiden, dass sie bei der Organisation innerfamiliärer Verhältnisse auf ausserfamiliäre Faktoren Rücksicht nehmen müssen. Pflegefamilien stehen im Austausch mit der Herkunftsfamilie und den Behörden. Dadurch wird ihre Organisation wesentlich erweitert. Dies kann mit einer zusätzlichen Ebene (vgl. Kötter, 1997 und S. 74 f.) oder mit zusätzlichen Ecken (vgl. Blandow, 1996 und S. 77 ff.) veranschaulicht werden. Das gesamte pflegefamiliale System ist durch seine Komplexität schwerfällig. Es zeigt sich als umso schwerfälliger, je dysfunktionaler die Kommunikation zwischen den einzelnen Subsystemen ist. Undurchschaubare Strukturen und eine ungeklärte Verteilung von Kompetenzen, Macht und Verantwortung bilden die Basis für Konflikte. Eine solche Dynamik wirkt sich in jedem Fall besonders nachteilig für die Pflegekinder aus, die als einzige Teil aller beteiligten Subsysteme sind. Die Pflegekinder geraten nicht selten in starke Loyalitätskonflikte.

Systemisches Denken kann im Falle der Fremdplatzierung eines Kindes handlungsleitend werden. Das Wissen und die Ansätze basieren dann einerseits auf der Familientherapie und Familienberatung, andererseits können auch typische, weitgehend arbeitsfeldunspezifische Handlungsprobleme systemisch erkannt und definiert werden (vgl. Hollstein-Brinkmann, 1993). Die systemische Familientherapie erwies sich als ebenso effektiv wie andere beraterische und therapeutische Massnahmen. Bedeutsame Nebeneffekte der systemischen Familientherapie gegenüber anderen Methoden lagen in *der Zeit- und Arbeitersparnis* und in der Nei-

gung der systemisch behandelten Personen und Familien, sich den Erfolg oder die Verbesserung selbst zuzuschreiben (Heekerens, 1990, zit. nach Hollstein-Brinkmann, 1993, 141). Diskutiert wird auch, ob ein weiterer Vorteil systemorientierten Arbeitens darin liegt, dass systemisch orientierte Personen bzw. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter insgesamt weniger häufig Massnahmen einleiten (zum Beispiel Unterbringung in einer Pflegefamilie oder einem Heim). Entsprechende empirische Untersuchungen liegen jedoch noch nicht vor (Hollstein-Brinkmann, 1993, 141). Ein systemorientiertes Vorgehen fokussiert die persönlichen und familiären Strukturen und orientiert sich vorwiegend an persönlichen Kompetenzen und am familiären Potential. Eine solche Sichtweise wird sowohl eine Herkunftsfamilie als auch eine Pflegefamilie als autonomes System betrachten und sich primär um die Aktualisierung ihrer Ressourcen bemühen.

## ***4.2 Bindungstheorie und Bindungsforschung***

Da sich die Bindungstheorie ursprünglich auf die Situation der Fremdbetreuung im Allgemeinen bezieht, bietet sie sich für die Betrachtung von Pflegeverhältnissen an. Zudem kommt der Tätigkeit von Pflegeeltern aus bindungstheoretischer Sicht grosse Bedeutung zu.

An dieser Stelle wird zuerst auf die Bindungstheorie, wie sie der englische Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby formulierte und erklärte, eingegangen. Danach sollen neuere Forschungsergebnisse zur Bindungstheorie thematisiert werden. Ein besonderes Forschungsinteresse gilt der Stabilität und Transformationsfähigkeit von Bindungsmustern. Der Aspekt der Trennung und die Entwicklung von Bindungsbeziehungen in der frühen Kindheit erhielten von den Anfängen der Bindungstheorie an bis heute viel Aufmerksamkeit. Da alle Pflegekinder die Erfahrung der Trennung miteinander teilen und viele Pflegekinder mehrere Trennungen erlebt haben, wird auf die Trennung in der frühen Kindheit eingegangen. Im Anschluss daran werden die komplementären Aspekte des Bindungsverhaltens und der Fürsorglichkeit in Bezug auf Pflegeverhältnisse betrachtet.

### **4.2.1 Theoretische Konzepte der Bindung**

Vor einigen Jahren untersuchte Bowlby als Familienpsychologe den Einfluss, den die Trennung von zu Hause auf Kinder hat, die in die *Obhut fremder Menschen* (Bowlby, 1997, 19) gegeben wurden. Er kam in Kontakt mit biologischen Ansätzen, namentlich mit den Ideen von Konrad Lorenz, und fand neue Herangehensweisen, um die Bindungen zwischen Indivi-

duen zu untersuchen. Bindung wird von verschiedenen Autorinnen und Autoren als individuell angepasste, *lang andauernde Beziehung zu bestimmten Personen* definiert, *die nicht ohne weiteres auswechselbar sind* (Zimmermann et al., 1999, 37). Die Bindungsforschung beschäftigt sich mit der Entstehung und der Bedeutung von engen Beziehungen zwischen Kindern und ihren Bezugspersonen von Geburt an und anderen Vertrauensbeziehungen über den ganzen Lebenslauf. Bowlbys Bindungstheorie beschreibt drei aufeinanderfolgende Entwicklungsphasen: Bindungsverhalten, Erkundungsverhalten und Reproduktionsverhalten. Einer zentralen These dieses Ansatzes zufolge können intime Beziehungen in der dritten erwachsenen Phase nur dann unbeeinträchtigt entstehen und weitergeführt werden, wenn eine vertrauensvolle Bindung möglich war und Erkundungsverhalten entwickelt werden konnte.

Die Funktion der Bindung ist die des *Schutzes* (Bowlby, 1997, 21). Das Bindungsverhalten wird immer dann aktiviert, wenn sich ein Kind in irgendeiner Form unwohl fühlt. Trost und Rückversicherung, das heisst die *Erreichung von physischer oder psychischer Nähe* (Zimmermann et al., 1999, 37) beenden das Bindungsverhalten und machen das Kind für andere Aktivitäten und Erkundungen frei. Komplementär zum Bindungsverhalten des Kindes ist die elterliche Fürsorge. Kinder, die *Wärme, Intimität und eine kontinuierliche Beziehung* (Perrez, 1990, 294) mit einer Bindungsfigur nicht erleben können, machen Deprivationserfahrungen. Der pathogene Effekt dieser Erfahrungen hängt von dem Ausmass, der Art der Erfahrungen und den nachfolgenden Bedingungen ab.

Für Bowlby war ursprünglich die Mutterliebe ein zentraler Untersuchungsgegenstand, welcher in Form eines Mangels an Mutterliebe in direkten Zusammenhang mit der Pathogenese des Hospitalismus gebracht wurde. Aufgrund seiner ethologischen Beobachtungen formulierte er die *Monotropie-These, wonach Säuglinge sich aufgrund ihrer biologischen Veranlagung nur an eine Person binden können* (Perrig-Chiello, 1997, 154). Einem feinfühligem, responsivem mütterlichen Verhalten kommt zentrale Bedeutung für die Entwicklung der Bindungssicherheit und für das Selbstvertrauen zu. Mary Ainsworth lieferte für Bowlbys Theorien eine psychologische Begründung und die empirische Basis. Sie unterscheidet drei Varianten der Deprivationsformen: quantitativ ungenügende Interaktion, qualitativ gestörte Interaktion und Diskontinuität (vgl. zum Beispiel Perrig-Chiello, 1997, 154 f.).

Nach Bowlby baut sich das Vertrauen bzw. Misstrauen in die Verfügbarkeit der Bindungsfigur ab der frühen Kindheit auf und bleibt dann in seiner Eigenart lebenslang bestehen. Die Vorstellungen von der Welt und sich selbst, die ein Individuum aufgrund realer Erfahrungen entwickelt, und vor deren Hintergrund Ereignisse wahrgenommen werden und Zukunft vor-

hergesehen und geplant wird, werden von Bowlby als innere Arbeitsmodelle (working models) bezeichnet. Kinder verfügen bis zum fünften Lebensjahr meist über ein differenziertes Arbeitsmodell der Mutter und anderer Bindungsfiguren. Sie können somit Stimmungen und Absichten dieser Personen berücksichtigen und stehen mit einem *komplementären Modell über sich selbst* in einer komplexen, wechselseitigen Beziehung (Bowlby, 1997, 23). Die inneren Arbeitsmodelle der Bindungsbeziehungen beeinflussen der Theorie nach das Verhalten, besonders *das Bindungsverhaltenssystem, also ob und wie man sich in engen Beziehungen verhält* (Zimmermann et al., 1999, 37). Die emotionale Bewertung von Erfahrungen in engen sozialen Beziehungen, die Aufmerksamkeit und das Gedächtnis werden ebenfalls durch die inneren Arbeitsmodelle bestimmt.

### 4.2.2 Standpunkte der gegenwärtigen Bindungsforschung

In der Bindungsforschung wurde eine Reihe von Forschungsentwürfen und Diagnostikverfahren zur Beurteilung von Bindungsqualitäten in unterschiedlichen Altersstufen entwickelt. Unterschiede im interindividuellen Bindungsverhalten können praktisch über die ganze Lebensspanne erfasst werden. Daneben hat die Bindungsforschung auch verschiedene Bezüge zwischen Bindungsqualität und anderen psychologischen Grössen, wie zum Beispiel dem Selbstbild oder dem ausserfamiliären sozialen Verhalten hergestellt.

Neben einem sicheren Bindungsmuster werden ein unsicher-vermeidender, ein unsicher-ambivalenter sowie ein unsicher-desorganisierter Bindungsstatus voneinander abgegrenzt. Diese Unterschiede von sicheren und unsicheren Bindungsmodellen und ihre relative Stabilität in Bereichen der Persönlichkeits- und Beziehungsentwicklung konnten in zahlreichen Längsschnittuntersuchungen nachgewiesen werden (vgl. Scheuerer-Englisch, 1997, 379). Internalisierte Erfahrungen aus früheren Beziehungen werden in neue Beziehungen übertragen und unsichere Modelle so weitertradiert. Die Bindungstheorie hält eine Veränderung im Bindungstyp dennoch für möglich.

„Die Annahme, dass hinter den unsicheren Beziehungsmustern die unerfüllte Sehnsucht nach einem sicheren Beziehungsmodell steht, weist die Bindungstheorie als wachstumsorientiert [...] aus.“ (Scheuerer-Englisch, 1997, 381)

*Scheuerer-Englisch* (1997, 376) vermerkt, dass die im ungünstigen Falle zu Fehlanpassung führenden Modelle von einer *sicheren Basis* aus veränderbar seien. Bisher ist es *in kontrollierten Untersuchungen aber nicht gelungen, den Bindungstyp von Kindern oder ihren Müttern nachhaltig zu verändern* (Minde, 1997, 374). Gerade die weitgehende Unbewusstheit der inneren Arbeitsmodelle der Bindung, die in der frühen Kindheit gebildet wurden, machen

diese besonders änderungsresistent. Die Annahme, dass neue Beziehungen in Übereinstimmung zu den inneren Arbeitsmodellen gestaltet werden, findet in neueren Studien auch teilweise Bestätigung (vgl. Perrez, 1998).

Mangels geeigneter Untersuchungen ist es zurzeit weitgehend unklar, ob frühkindliche Bindungserfahrungen enge Beziehungen im Erwachsenenalter stark beeinflussen. Es stellt sich die Frage, ob Bindungsstile im Erwachsenenalter nicht eher eine Konsequenz von aktuellen Erfahrungen in engen Beziehungen darstellen, denn Erwachsene können in verschiedenen engen Beziehungen unterschiedliche Erfahrungen machen. Zur Konstanz des Bindungsstils in unterschiedlichen Beziehungen derselben Person liegen bisher keine Untersuchungen vor (vgl. Asendorf, 1996, 225). Die Frage, in welchem Ausmass frühkindliche Bindungserfahrungen für die spätere Biographie einer Person bestimmend sind, stellt auch seit einiger Zeit die Hauptkontroverse in der Bindungsforschung dar.

„Trotz der eindrucksvollen Anzahl an empirischen Arbeiten besteht zum jetzigen Zeitpunkt aber weder Konsens in Bezug auf die theoretische Konzeption der Erwachsenenbindungsstile noch in Bezug auf Methoden zu ihrer Erfassung.“ (Schmidt & Strauss, 1996, 144)

Die sogenannten Väter der Bindungsforschung (Spitz, Goldfarb und Bowlby) berichten alle von irreversiblen physischen und psychischen Folgeschäden bei fehlender oder aussetzender (mütterlicher) Zuwendung in der frühen Kindheit. Aus der Perspektive der gegenwärtigen Bindungsforschung beurteilt Perrig-Chiello (1997, 158) die frühe Kindheit zwar als eine *sensible*, aber nicht als die *kritische* Phase des Lebens, da diese nicht die einzige bestimmende Phase sei. Strauss und Schmidt (1997, 9) halten fest, *dass eine unsichere Bindung die Vulnerabilität für die Entwicklung psychologischer Störungen – Bowlby spricht diesbezüglich von Entwicklungsfehlverläufen – erhöht*. Sichere bzw. unsichere frühkindliche Bindungen sind wichtige Schutz- bzw. Risikofaktoren. Mit Bindungssicherheit hängt *eine grössere Kompetenz im Umgang vor allem mit sozial-emotionalen Anforderungen* zusammen. Eine sichere Bindungsorganisation stellt gegenüber einer unsicheren Bindungsorganisation die *bessere Voraussetzung dar, mit Risikofaktoren oder Belastungen umzugehen* (Zimmermann et al., 1999, 40). Zimmermann et al. (1999, 37) verweisen auf die internalen Arbeitsmodelle als *Konstrukt zur Erklärung von Anpassung, Resilienz (Widerstandsfähigkeit, vgl. S. 92 f.) oder Fehlanpassung im Lebensverlauf*.

Der Aufbau einer Bindungsbeziehung hängt nicht von der Mutter, sondern von ihrer Rolle und Funktion ab. Auf der Grundlage der aktuellen Bindungsforschung kann allerdings nicht restlos geklärt werden, wie weit unsicher internalisierte Modellbeziehungen *durch enge Bindungen an eine oder mehrere zusätzliche stabile, einfühlsame Eltern-Ersatzpersonen* (Zimmer

Höfler & Hell, 1996, 6) geändert werden können. Die Praxis bestätigt, dass Eltern-Ersatzpersonen, wie Pflegeeltern, eine wichtige Bedeutung für die Entwicklung innerer Arbeitsmodelle zukommt. Vielleicht übernehmen sie, wie *Strauss und Schmidt* (1997, 10) sie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zusammenfassten, entscheidende Aufgaben, um die *Selbst- und Objektrepräsentanten* neu zu strukturieren.<sup>12</sup> Sicher stellen auch Pflegeeltern für das Pflegekind (wie Therapeutinnen und Therapeuten ihren Klientinnen und Klienten) eine sichere Basis dar, von der aus das Pflegekind Aspekte seines Lebens (neu) explorieren kann, und stehen dem Pflegekind bei seiner Exploration unterstützend und animierend zur Seite. Sie werden ihren Pflegekindern auch behilflich sein frühere Erfahrungen zu verarbeiten und ihnen damit letztlich ermöglichen neue Erfahrungen aus einer neuen Perspektive zu bewerten. Die kindliche Einschätzung der aktuellen emotionalen Verfügbarkeit von Eltern oder Ersatzeltern reflektiert nach *Zimmermann et al.* (1999) eher die aktuelle erzieherische Haltung als frühere Bindungserfahrungen.

### 4.2.3 Bindungsentwicklung und Trennungsreaktionen bei Kindern

Säuglinge haben das Grundbedürfnis, eine emotionale Beziehung zu einer oder mehreren Personen herzustellen. Sie haben die Bindung an eine stärkere und weisere ältere Person als Überlebensstrategie entwickelt. Ältere wie neuere Untersuchungen im Rahmen der Entwicklungspsychopathologie legen dar, dass Säuglinge ohne Bindung keine gesunde Entwicklung durchmachen (vgl. Grossmann & Grossmann, 1998). Bereits nach den ersten Lebenswochen können sie vertraute und unvertraute Personen unterscheiden. Ab dem zweiten Lebenshalbjahr zeigt der Säugling deutlich die Bindung an die vertraute Person, indem er aktiv ihre Nähe sucht. Da Säuglinge vorher noch keine deutlichen Trennungsreaktionen zeigen (vgl. Grossmann & Grossmann, 1998; Nienstedt & Westermann, 1989; Unzner, 1997) und für irgendeine individuelle Bindung an eine zukünftige oder neue Betreuungsperson offen scheinen, wird angenommen, dass ein Kind in den ersten Monaten seines Lebens noch keine spezifischen Bindungen an Menschen entwickelt hat. In diesem Zusammenhang spricht *Schaffer* (1992,

---

<sup>12</sup> *Strauss und Schmidt* (1997) geben eine umfassende Übersicht der möglichen Implikationen der Bindungstheorie für die Psychotherapie. Die Bindungstheorie kann grundlegende Rahmenbedingungen liefern, die für verschiedene Therapieformen anwendbar sind, und eignet sich für die Therapie von Verlusterlebnissen und Traumata. Mittlerweile liegen einige empirische Arbeiten zur therapeutischen Beziehung aus bindungstheoretischer Sicht vor. Wahrscheinlich ist die Anwendung der Bindungstheorie im Bereich psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen bereits am weitesten fortgeschritten. Spezifische Bindungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen werden auch im DSM IV und in der ICD 10 definiert.

34) vom ersten Lebenshalbjahr als einer sicheren Phase<sup>13</sup>. Fremdplatzierungen sollten, gestützt auf Ergebnisse der entwicklungspsychologischen Forschung, vor Ablauf dieser Zeitspanne abgewickelt werden. Dies stellt im Falle von Adoptionen eine weitverbreitete Praxis dar. Das durchschnittliche Aufnahmealter von Pflegekindern in Pflegefamilien liegt allerdings deutlich über dieser Altersgrenze (vgl. S. 101 und S. 184).

Lange Zeit wurde unter dem Einfluss von Sigmund Freud davon ausgegangen, dass Kinder in ihren ersten Lebensjahren geprägt würden und dass die *Würfel* danach bereits *gefallen* seien (Schaffer, 1992, 37). Um diese Vorstellung kritisch zu prüfen, müssten Kinder untersucht werden, die während ihrer frühen Kindheit keine emotionalen Bindungen hatten, denen es aber gelingt, zu neuen Elternfiguren bedeutsame Beziehungen aufzubauen. Solche Studien sind nur aus der Retrospektive denkbar und es gibt nur wenig Forschungsarbeiten zu diesem Thema. Schaffer (1992, 36) ging der Frage nach, ob die Entwicklung erster menschlicher Bindung hinausgeschoben werden kann. Er bezieht sich dazu auf Untersuchungen von Tizard (1977), Hodges und Tizard (1989) sowie Triseliotis und Russell (1984). Er folgert, dass die Vorstellung einer begrenzten Phase, in der Kinder erste emotionale Bindungen aufbauen können, nicht bestätigt werden kann. Zwischen früh und spät adoptierten Kindern wurden keine Unterschiede bei der Entwicklung emotionaler Bindungen gefunden.

„Zumindest bis zum Alter von 7 Jahren lassen sich Kinder offenbar erfolgreich in ihre neuen Familien integrieren.“ (Schaffer, 1992, 44)

Die von ihm betrachteten Arbeiten weisen insgesamt auf die Reversibilität früherer traumatischer Erfahrungen hin. Da Menschen grundsätzlich beziehungsfähig sind und in allen Lebensphasen vielfältige soziale Beziehungen benötigen, kann angenommen werden, dass auch in sehr belastenden Situationen Bindungen entstehen. Emotionale Bindungen basieren, wie verschiedene Untersuchungen zeigen konnten, nicht auf Blutsverwandtschaft, sondern auf sozialer Interaktion (vgl. Nienstedt & Westermann, 1989; Schaffer, 1992). Die mit einer Trennung verbundenen Reaktionen stellen vermutlich die Konsequenz der Beziehungs- und Bindungsfähigkeit und des Bedürfnisses nach sozialen Beziehungen dar. Trennungsreaktionen entstehen bei einem Beziehungs- und Umgebungsfeldwechsel. Unwille, Irritation, Trauer oder Protest bilden eine erste Reaktionsstufe. Diese Reaktionen signalisieren die Bindungsfähigkeit, und ihr Belastungspotential kann durch einfühlsames Verhalten von Betreuungspersonen

---

<sup>13</sup> Der Begriff der sicheren Phase ist missverständlich. Da eine spontane, intensive Trennungsreaktion bei Säuglingen im ersten halben Jahr ausbleibt, darf nicht angenommen werden, dass die Pflegeübernahme durch eine neue Person unproblematisch ist. Grossmann und Grossmann (1998, 71) denken, dass ein Pflegestellenwechsel auch in diesem Zeitraum eine *gravierende Veränderung* darstellt, welche eine *hohe Anpassungsleistung* verlangt.



gemildert werden. Depressive Reaktionen von Kindern stellen eine nächste Stufe dar. Alarmzeichen einer Trennungsproblematik können längerdauernde Appetitlosigkeit, Lustlosigkeit und mangelnde Aktivität, Verzweiflung und psychosomatische Reaktionen sein (vgl. Nufer, 1990).

Obwohl eine Trennung meistens traumatisch erlebt wird, kann der Verbleib eines gefährdeten Kindes in seiner Familie nicht immer einer Trennung vorgezogen werden. Neben dem Verlust der Hauptbezugsperson verliert das Kind die gewohnte Umgebung und seine Identität. Die Herkunftsfamilie stellt in jedem Fall *die Basis für die Identität und das Selbstwertgefühl des Kindes* (Kötter, 1997, 46) dar. Wenn sich die Beziehung des Kindes zu seinen Eltern über zwei bis vier Jahre entwickeln konnte, ist davon auszugehen, dass die entstandene Bindung auch nach der Trennung bestehen bleibt (vgl. Schweitzer & Weber, 1985 in Kötter, 1997, 46). Zudem kommt es bei den Kindern dadurch zu widersprüchlichen Gefühlen, dass Fremdunterbringungen meistens vorerst unklare Zukunftsaussichten haben. Es ist für alle Betroffenen oft unklar, ob das Pflegekind zu den Eltern oder einem Elternteil zurückkehren wird. Dadurch werden sowohl Ablösungs- als auch Bindungsprozesse erschwert. Die traumatische Wirkung der Trennung kann bei Kindern unterschätzt werden, da sich die Trauer oft nicht direkt wahrnehmbar oder in Verhaltensproblemen äussert.

#### **4.2.4 Abbruch von Pflegeverhältnissen als erneute Trennungserfahrung**

Der Abbruch eines Pflegeverhältnisses hat für das Kind weitreichende Konsequenzen, denn es erleidet mindestens den zweiten entscheidenden Beziehungsabbruch in seinem Leben. Auch Pflegeeltern, die einen Abbruch erlebten, berichten von Gefühlen der Hilflosigkeit, der Schuld und von Versagensängsten.

„Schätzungsweise zwei Drittel, sicher aber die Hälfte aller Pflegeverhältnisse endet nicht mit dem natürlichen Herauswachsen der Kinder aus der Pflegefamilie.“ (Zatti, 1997, 5)

Vor dem von Zatti genannten Hintergrund müssen Pflegeeltern – wenn überhaupt eine systematische Vorbereitung erfolgt – auch auf eine Trennung vorbereitet werden. Das Thema Trennung spielt in der Praxis vor und während der Beziehungsanbahnung so gut wie keine Rolle. Die Möglichkeiten einer Rückführung oder Umplatzierung werden im Pflegekinderbereich häufig als eher theoretische Grössen behandelt. Pflegeeltern beginnen ein Pflegeverhältnis überwiegend mit der Erwartungshaltung, einem Kind dauerhaft „Eltern“ zu sein, obwohl viele dieses Ziel nicht erreichen (vgl. Dittrich, 1993). Was den Befund anbelangt, dass Kinder grundsätzlich fähig sind, emotionale Bindungen an neue Bezugspersonen zu entwickeln, dies

auch wenn sie nicht mehr ganz klein sind (vgl. S. 87 f.), ist die optimistische Einstellung von Pflegeeltern, für ein Kind dauerhaft wichtige Bezugspersonen zu sein, lobenswert. An die Intensität der entstehenden Pflegekind-Pflegeeltern-Beziehung können allerdings überhöhte Erwartungen gestellt werden. Aufgrund der Untersuchungsergebnisse von Bastiaensen und Robbroeckx (1995), die in Abschnitt 5.1 ausführlicher referiert werden, ist zu berücksichtigen, dass Pflegekinder eine weniger starke Bindung an ihre Pflegeeltern entwickeln werden (und auch eine weniger starke Bindung zu ihren Herkunftseltern haben) als Kinder in einer gewöhnlichen Eltern-Kind-Beziehung.

Das mit einem Drittel oder höher geschätzte Risiko des Abbruchs (vgl. Dittrich, 1993; Zatti, 1997) kann reduziert werden, wenn Pflegeeltern darauf vorbereitet werden, bereits erste Anzeichen ernsthafter Beziehungsstörungen zu erkennen und angemessen zu reagieren.<sup>14</sup> Vor dem Hintergrund der Bindungstheorie müssen Abbrüche nach Möglichkeit minimiert werden, und falls trotzdem eine Umplatzierung stattfinden soll, muss diese sorgfältig und schrittweise geplant werden. In der Praxis scheint oft überstürzt gehandelt zu werden. Für Umplatzierungen und Rückführungen gilt aufgrund bindungstheoretischer Überlegungen, dass Kinder grundsätzlich fähig sind, Bindungen zu mehreren Personen gleichzeitig aufrechtzuerhalten und aufzubauen, und dass der Erhalt einer Bindung grundsätzlich einem Abbruch, unter Beachtung der Entwicklung des Kindes, vorzuziehen ist. Die Aufrechterhaltung einer pathologischen Beziehung wird dem Aufbau einer neuen Eltern-Kind-Beziehung längerfristig allerdings im Wege stehen. Kinder müssen vor einseitigen, egozentrischen Beziehungswünschen des Mächtigeren geschützt werden (vgl. Nienstedt & Westermann, 1989).

#### 4.2.5 Beziehungsfähige Kinder und beziehungsfähige Eltern

In der Literatur über Pflegekinder/-familien wird der Begriff der Eltern-Kind-Bindung nur teilweise verwendet, häufig wird der eher unspezifischere Begriff der Eltern-Kind-Beziehung gewählt.<sup>15</sup> Manchmal wird diese qualitative Unterscheidung aber nicht vorgenommen und die Begriffe werden auch synonym gebraucht. Gemäss der Bindungstheorie korrespondiert mit dem Bindungsverhalten des Kindes das adäquate Fürsorgeverhalten seiner Bezugsperson.

---

<sup>14</sup> Die von *Nienstedt und Westermann* (1989, 288 ff.) postulierten Integrationsphasen (vgl. 6.2.2.1.2) stellen beispielsweise charakteristische Krisen dar. Aufgrund ihrer Beobachtungen kommen die Psychologin und der Psychologe zum Schluss, dass Pflegeverhältnisse in allen Phasen scheitern können und jede Phase ihr spezifisches Risiko hat.

Diese beiden Verhaltensweisen können auch als Beziehungsfähigkeit aufseiten des Kindes und der Bezugsperson bezeichnet werden. Dieser wechselseitige Prozess wirkt auf den Aufbau von Vertrauensaspekten und wird sowohl als Bindung wie auch als Beziehung bezeichnet. Während die Bindungstheorie den Aufbau einer psychologischen Bindung zwischen Mutter oder Bezugsperson und Kind betont, lässt der Begriff der Beziehung sowohl den Aufbau einer Beziehung als auch ein schrittweises Herauslösen aus dieser zu. Dieser Unterschied kann im Falle von Pflegekindern verständlicherweise relevant werden, wenn es darum geht, die Bindungstheorie oder offenere Alternativen als Erklärungsmodelle heranzuziehen.

(Pflege-)Eltern-(Pflege-)Kind-Beziehungen entstehen erst durch die Befriedigung der Bedürfnisse des Kindes. Die Regulation der kindlichen Bedürfnisse ist davon abhängig, ob eine Bezugsperson fähig ist, eine *vollständig versorgende Haltung gegenüber dem Kind* (Nienstedt & Westermann, 1989, 24) einzunehmen und sich *als befriedigendes „Objekt“ zur Verfügung zu stellen* (Nienstedt & Westermann, 1989, 25). Dabei kann ausgehend von der Bindungstheorie angenommen werden, dass eigene Kindheitserfahrungen diese Fähigkeit weitgehend bestimmen (vgl. Nienstedt & Westermann, 1989; Strauss & Schmidt, 1997). Befriedigende Eltern-Kind-Beziehungen müssen sich während der kindlichen Entwicklung dauernd verändern, da sich auch die Bedürfnisse des Kindes ändern. Dies bedarf einer grossen *Rollenflexibilität* (Nienstedt & Westermann, 1989, 25) der Bezugspersonen. Wenn es diesen nicht gelingt, die Beziehung stets neu zu definieren, wird ihre Beziehungsfähigkeit stark eingeschränkt. *Nienstedt und Westermann* (1989, 103) betonen, dass die Fähigkeit, befriedigende Eltern-Kind-Beziehungen herzustellen, keine Selbstverständlichkeit ist und der Kompetenz der Erwachsenen, sich in die kindlichen Bedürfnisse und Wünsche einzufühlen, sowie der Bewältigung ihrer eigenen Sozialisationserfahrungen bedarf. Verschiedene Eltern überschätzen die Fähigkeiten des Kindes und stellen überhöhte Erwartungen. Misshandelnde Eltern insbesondere wiederholen oft, *was sie selbst in der Beziehung zu ihren Eltern leidvoll erlebt haben* (Nienstedt & Westermann, 1989, 112), und bestrafen ein Kind, weil sie glauben, dass es mehr können sollte, als seinem Alter und Entwicklungsstand entspricht.

Vernachlässigte und misshandelte Kinder machen die Erfahrung, dass sie mit ihren Wünschen und Bedürfnissen keinen Einfluss auf die Menschen haben, von denen sie abhängig sind, und zweifeln daher an der Vertrauenswürdigkeit der Umwelt und am eigenen Selbstwert. Sie sind

---

<sup>15</sup> Der Begriff Eltern-Kind-Beziehung ist grundsätzlich für die Herkunftsfamilie reserviert und verführt, insbesondere vor dem Hintergrund der Ergänzungs- und Ersatzfamiliendiskussion, zu Missverständnissen. Die Bezeichnungen Pflegeeltern-Pflegekind-Beziehung oder Pflegebeziehung sind daher zu bevorzugen. Autorinnen und Autoren wie *Nienstedt und Westermann* (1989), *Textor* (1995b) und *Kötter* (1997) sprechen allerdings von Eltern-Kind-Beziehungen.

nach *Nienstedt und Westermann* (1989) besonders empfindlich gegenüber Ablehnung, Kritik oder Misserfolg und zeigen eine oberflächliche Überanpassung an die Erwartungen von anderen, während der Aufbau einer helfenden Beziehung dadurch erschwert wird, dass ihre Fähigkeit, sich auf Beziehungen einzulassen, herabgesetzt ist.

Kinder, die in der heutigen Zeit fremduntergebracht werden müssen, hatten oft keine förderliche Beziehung, in der die Betreuungsperson verfügbar war und feinfühlig sowie vorhersagbar auf die Signale des Kindes reagierte. Sie erlebten keine Konstanz, mangelnde positive Wertschätzung und fehlende individuelle Förderung. Aufgrund der Anpassung an ein inadäquates Umfeld sind solche Kinder *distanzlos, ängstlich-scheu oder aggressiv* und zeigen eine *desorganisierte oder desorientierte Bindungsorganisation* (Unzner, 1997, 340). Die Kinder brauchen lange Zeit, um sich auf neue Bezugspersonen und Beziehungen einzulassen, das heisst um beziehungsfähig zu werden. Sie begegnen neuen Personen misstrauisch und sind aufgrund der Hospitalisierung in motorischen, sprachlichen und sozialen Bereichen oft entwicklungsverzögert.

#### **4.2.6 Zusammenfassung der bindungstheoretischen Perspektive**

Pflegeeltern übernehmen nicht nur eine wichtige Aufgabe der Gesellschaft, ihrer Tätigkeit kommt auch aus bindungstheoretischer Sicht grosse Bedeutung zu. Wenn es ihnen gelingt, einem Kind eine sichere Basis zu geben, ermöglichen sie diesem, eine sichere Bindung aufzubauen und sich seinen Möglichkeiten gemäss entfalten zu können. Die Kinder, die in der heutigen Zeit platziert werden, machten oft traumatische Erfahrungen und sind dadurch häufig bindungsunsicher. Vernachlässigte Kinder erleben, dass sie mit ihren Wünschen und Bedürfnissen keinen Einfluss auf die Menschen haben, von denen sie abhängig sind. Sie zweifeln daher an der Vertrauenswürdigkeit der Umwelt und am eigenen Selbstwert. Die inneren Arbeitsmodelle, die sich durch reale Interaktions- und Bindungserfahrungen entwickeln, beeinflussen nach der Bindungstheorie das Verhalten und die emotionale Bewertung von Erfahrungen und wirken auch auf die Aufmerksamkeit und das Gedächtnis. Pflegekinder haben oft behandlungsbedürftige Störungen, und ihre unsicheren Bindungsstile werden sich vorerst auch auf neue Beziehungen übertragen, da die inneren Arbeitsmodelle relativ änderungsresistent sind. Diese Kinder müssen wieder beziehungsfähig werden. Komplementär zur Beziehungsfähigkeit des Kindes und zum kindlichen Bindungsverhalten ist die (pflege-)elterliche Beziehungsfähigkeit bzw. Fürsorge. Die Bindungstheorie hebt die Grundbedürfnisse nach Nähe, Schutz und Geborgenheit hervor. Nur wenn auf diese Grundbedürfnisse einführend und

angemessen reagiert wird, können sich enge Bindungen entwickeln. Helfende und unterstützende oder therapeutische Bindungen können diese wichtigen und zugleich verletzlichen Gefühle reaktivieren. Um sich erneut auf Beziehungen einzulassen, brauchen Pflegekinder eine Betreuung, welche die Fehler der Vergangenheit ausschliesst und die Bedürfnisse dieser Kinder kennt. Sie benötigen ein ehrliches Beziehungsangebot. Durch eine enge Bindung an Pflegeeltern können unsicher internalisierte Modellbindungen verändert werden. Selbst in sehr belastenden Situationen können Bindungen entstehen. Es wurde gezeigt, dass auch ältere Kinder, die in ihrer frühen Kindheit keine sichere Bindung hatten, fähig sind, eine bedeutsame Beziehung aufzubauen.

Kinder, die einen bestimmten Entwicklungsschritt aus verschiedenen Gründen nicht zum üblichen Zeitpunkt durchlaufen können, vermögen diesen mit grosser Wahrscheinlichkeit auch später noch nachzuholen. Eine gesunde Entwicklung eines Kindes ist in den verschiedensten Familienformen möglich, und es gibt verschiedene geeignete Methoden der Kindererziehung. Die Auswirkungen von traumatischen Erfahrungen müssen nicht zwangsläufig schädliche Konsequenzen nach sich ziehen, vielmehr können die Folgen von negativen Erfahrungen mit entsprechenden Massnahmen oft minimiert werden.

In neuerer Zeit trat die Frage in den Vordergrund, warum manche Kinder, die negative Erfahrungen machen, relativ unverletzt bleiben oder sich zumindest wieder erholen. In diesem Zusammenhang wird auch von Resilienz gesprochen und damit *das entwicklungspsychologisch erstaunliche und faszinierende Phänomen* beschrieben, *dass es Kinder und Jugendliche gibt, die über Widerstandsquellen zu verfügen scheinen und sich trotz hoher und höchster Belastung zu psychisch gesunden und verhaltensunauffälligen Menschen entwickeln* (Bründel, 1993, 90). Diese Kinder sind nicht unempfindlich gegenüber Belastungen, aber sie erweisen sich als „invincible“, das heisst unbesiegbar (Werner & Smith, 1982), und entwickeln im Grossen und Ganzen keine nennenswerten Auffälligkeiten und Störungen (vgl. 6.3). Pflegekinder, die Pflegeeltern gefunden haben, welche sensibel, einfühlsam und responsiv mit ihnen interagieren, haben eine sichere Basis, um sich gesund zu entwickeln. Sie erfahren in dieser Hinsicht Resilienz und auch wenn ihnen ein langer und steiler Weg bevorsteht, werden sie diesen erfolgreich gehen können.

Bindungsmodelle finden sich in den verschiedensten Beziehungen: *in der Beziehung zum eigenen Selbst, das heisst wie Personen mit sich selbst umgehen*, in Eltern-Kind- und Partnerschaften sowie im Beziehungssystem der Familie und in ausserfamiliären Beziehungen, wie sie Beziehungen zu Gleichaltrigen oder zu einer Lehrperson darstellen (Zimmermann et

al., 1999, 43). Die Einsicht in die Besonderheit von Bindungsbeziehungen sowie das Verständnis für die zentralen Prozesse des Bindungsaufbaus und die Internalisation von Bindungserfahrungen werden in der Gestaltung von Erziehungshilfen, vor allem bei der Fremdplatzierung in ein Heim oder eine Pflegefamilie, in letzter Zeit vermehrt berücksichtigt (vgl. Unzner, 1997; Zimmermann et al., 1999). Kenntnis über *frühkindliche Traumata und deren Auswirkungen auf das Bindungs- und Beziehungsverhalten* sowie Wissen über die *komplexen Bindungs- und Entwicklungsprozesse* können entscheidend zur Wirksamkeit von Hilfen zur Erziehung beisteuern sowie *ein Scheitern von Kindern in ihrer Entwicklung verhindern* (Zimmermann et al., 1999, 43).

### ***4.3 Integration systemischer und bindungstheoretischer Ansichten***

Die Diskussion um die Pflegefamilie als Ersatz- oder Ergänzungsfamilie erwies sich als *verkürzte Polarisierung* (Gintzel, 1996, 7). Bei einer genaueren Betrachtung liefert denn auch weder die System- noch die Bindungstheorie Argumente in der Kontroverse der Pflegefamilie als Ersatz- oder Ergänzungsfamilie. Die Bindungstheorie fokussiert die Bindung zwischen Pflegekind und Pflegeeltern, aber auch die Bindung zwischen Pflegekind und Herkunftseltern. Die Systemtheorie nimmt Bezug auf zirkuläre Konzepte, das heisst, sie hebt das Zusammenspiel unterschiedlicher Elemente hervor und umfasst die Pflege- und Herkunftsfamilie des Pflegekindes und andere Subsysteme. Vor dem Hintergrund der Bindungstheorie liess sich zwar die einzigartige Bedeutung einer Bindungsbeziehung veranschaulichen, aber es zeigte sich, dass es durchaus realistisch ist, gleichzeitig und sicher im Verlauf des Lebens zu mehreren Personen enge Bindungen zu entwickeln. Die Systemtheorie hebt die Bedeutung der Herkunftsfamilie besonders hervor. Sie verdeutlicht mit dieser Betonung auch die Schwierigkeiten in den Beziehungen zwischen Pflege- und Herkunftsfamilie. Die vorliegende Arbeit orientiert sich an einer Integration beider Theorien. Auf der Basis von beiden können handlungsleitende Implikationen erkannt werden, die einander nicht ausschliessen.

Die Bindungstheorie besagt, dass sich enge Bindungen nur entwickeln können, wenn die Grundbedürfnisse nach Nähe, Schutz und Geborgenheit angemessen befriedigt werden. Dies akzentuiert die Bedeutung von Bezugspersonen, die feinfühlig und responsiv oder anders gesagt beziehungsfähig sind. Die Beziehungsfähigkeit von Pflegeeltern kann gezielt gefördert werden, wenn deren Kompetenz, sich in die kindlichen Bedürfnisse und Wünsche einzufühlen, ausgebaut und wenn ihnen Gelegenheit gegeben wird, ihre eigenen Sozialisationserfah-

rungen zu reflektieren. Wenn Pflegeeltern verstehen können, dass ihre Fürsorge in direkter Beziehung zum kindlichen Bindungsverhalten steht, kann dadurch das Vertrauen in die eigenen Handlungsmöglichkeiten gestärkt werden.

Heute ist bekannt, dass Kinder Bindungen zu mehreren Personen haben können. Der Kontakt des Pflegekindes zu seiner Herkunftsfamilie wird den Aufbau einer Bindung zu den Pflegeeltern nicht prinzipiell gefährden. Konflikte zwischen den Erwachsenen werden sich allerdings im Sinne einer Triangulation auf das Kind übertragen. Es ist daher notwendig, Pflegeeltern auch auf den Kontakt mit der Herkunftsfamilie und dem weiteren Umfeld des Kindes vorzubereiten und ihnen diesbezüglich Kompetenzen zu vermitteln. Die Vielschichtigkeit von Pflegeverhältnissen und die Menge von Belastungs- und Risikofaktoren, die auf sie wirken, fordern neben der Betrachtung aus bindungstheoretischer Sicht auf, eine systemische Perspektive einzunehmen und die Pflegebeziehung als Subsystem anzusehen.

Die Bindungstheorie und die Systemtheorie machen auf eine Reihe wesentlicher Aspekte aufmerksam, die bei der Ausbildung von platzierungsbegleitenden Fachkräften und bei der Vorbereitung von Pflegeeltern berücksichtigt werden müssen. Die Implikationen, die sich aus der System- und Bindungsforschung ableiten lassen, können für die gesamte psychosoziale Prävention und Intervention im Bereich des Pflegekinderwesens von grosser Bedeutung sein. Im Rahmen des Pflegekinderwesens wurden bisher vor allem Belastungsfaktoren untersucht. Die Erweiterung der Forschung durch die Analyse von protektiven Faktoren und Ressourcen von Pflegefamilien ist sinnvoll. Um dieses Forschungsfeld zu erweitern, bietet sich einerseits die systemische Familienforschung an, aber auch die Bindungstheorie kann psychologische und soziale Ansätze zusammenfügen.





## 5. Ergebnisse der Forschung im Pflegekinderwesen

*Kötter* (1997, 90) bemängelt, dass es bisher in der Pflegekinder-/Pflegefamilienforschung *kaum theoriegeleitete Untersuchungen* gibt. Auch *Textor* (1995b, 43) betont, dass die von ihm betrachteten Beiträge zum grössten Teil *strengen wissenschaftlichen Kriterien nicht entsprechen*. Das zeigt, dass im Bereich des Pflegekinderwesens nur wenig wissenschaftlich fundierte Studien vorliegen. Oft ist unklar, welcher Ausschnitt der sozialen Wirklichkeit untersucht wurde und auf welchen wissenschaftlichen Erkenntnissen die Analysen basieren. Eine fundierte Studie stammt aus den Niederlanden von *Bastiaensen und Robbroeckx*. Sie wird einleitend vorgestellt. Die Ergebnisse sind interessant, weil *Bastiaensen und Robbroeckx* (1995) nicht nur die Pflegeeltern, sondern auch die Pflegekinder befragten, was äusserst selten der Fall ist. Danach wird auf Untersuchungsergebnisse zu den Bereichen Herkunftsfamilie, Pflegefamilie, Besuchskontakte zwischen Pflegekind und Herkunftsfamilie, Vorbereitung von Pflegeeltern auf die Pflegeelternschaft und auf die Erfolgsforschung eingegangen. Am Kapitelende folgt eine Bilanz zur bisherigen Forschung mit besonderer Berücksichtigung der Erfolgsforschung.

### 5.1 Aufziehen und Aufwachsen in Pflegefamilien: Eine Studie von Bastiaensen und Robbroeckx

Die Situation der Erziehung von Pflegekindern unterscheidet sich aufgrund der spezifischen problematischen Vorgeschichte in vielfacher Weise von der Situation von „normalen“ Kindern. *Bastiaensen und Robbroeckx* (1995) formulieren das folgendermassen:

„Foster children often have inadequate feelings, problems with attachment and loyalty and a disturbed development because of traumatic experience. Besides, the child-rearing relation between a foster child and a foster parent is not obvious and natural, but is created.“ (*Bastiaensen & Robbroeckx*, 1995, 2)

*Bastiaensen und Robbroeckx* interessieren sich dafür, wie Pflegeeltern und -kinder ihre Situation erfahren. Sie untersuchten den generellen Stress, den Pflegeeltern erleben, und wie diese das Verhalten ihres Pflegekindes wahrnehmen. Ferner beleuchteten sie die unterschiedlichen Gefühle der Pflegekinder gegenüber ihren Pflegeeltern und ihren biologischen Eltern. Da ihr Beitrag einen der wenigen wissenschaftlich fundierten darstellt und seine Aspekte im Rahmen der vorliegenden Arbeit von Interesse sind, werden ihre Studie und die wichtigsten Befunde an dieser Stelle referiert. *Bastiaensen und Robbroeckx* (1995) untersuchten im Rahmen einer

Langzeitstudie in den Niederlanden eine Gruppe von 65 Pflegekindern im Alter von acht bis dreizehn Jahren und deren Pflegeeltern. Diese Kinder lebten zum Untersuchungszeitpunkt zwischen zwei und acht Monaten in der Pflegefamilie.

Zur Untersuchung des Familienstress, den Pflegeeltern wahrnehmen, wurde der *Nijmegen Child-Rearing Situation Questionnaire* (Wels & Robbroeckx, 1989) verwendet. Die Verhaltens- und emotionalen Probleme der Pflegekinder wurden mittels *Child Behavior Checklist* (Verhulst et al., 1990) erfasst. Und um zu erforschen, wie Pflegekinder ihre Familienbeziehungen erfahren, fand der *Nijmegen Family Relations Test* (Oud & Welzen, 1989) Verwendung (vgl. Bastiaensen & Robbroeckx, 1995, 3 f.).

### **5.1.1 Pflegeelterliche Beurteilung von familiärem Stress und pflegekindlichem Verhalten**

Der Fragebogen zur Erfassung der Erziehungssituation umfasst 116 Fragen zu den Gebieten Familienstress, Einschätzung der Erziehungssituation, Attributionen und erwartete Hilfe. Es liegen die Daten einer Kontrollgruppe von Kindern und Eltern in „normalen“ Verhältnissen und einer klinischen Gruppe von Kindern mit psychischen Entwicklungsstörungen in Institutionen vor: Was den erfahrenen Familienstress und die Problematik der Erziehungssituation betrifft sowie hinsichtlich der Stärke der Bedürfnisse nach Veränderung, Hilfe und Unterstützung, nehmen Pflegeeltern eine mittlere Position zwischen den Eltern der Kontrollgruppe und jener der klinischen Gruppe ein. Pflegeeltern tendieren gegenüber Eltern in regulären Verhältnissen dazu, ihre Lage den Problemen des Kindes zuzuschreiben, und erleben gegenüber den regulären Eltern weniger Freude am Kind (vgl. Bastiaensen & Robbroeckx, 1995, 4 f.).

Die Checkliste des kindlichen Verhaltens hat 120 Items zu folgenden Bereichen: Meidungsverhalten, somatische Beschwerden, ängstlich-depressives Verhalten, soziale Probleme, Denkprobleme, Aufmerksamkeitsprobleme, delinquentes Verhalten und aggressives Verhalten: Das Verhalten von zwei Dritteln aller Pflegekinder fällt in den normalen Bereich. Ein Drittel zeigt ernsthafte Verhaltensprobleme (klinischer Bereich) oder Borderline-Verhalten. Demgegenüber haben nur 5 % der Kinder in regulären Verhältnissen Probleme im klinischen oder Borderline-Bereich. Die Pflegekinder mit Verhaltensproblemen zeigen vor allem Aufmerksamkeits- und soziale Probleme. Bastiaensen und Robbroeckx (1995, 6) verweisen auf die häufigen Berichte von Aufmerksamkeitsproblemen bei Pflegekindern und bringen die sozialen Probleme in Beziehung zum Fehlen sozialer Kompetenzen und zu den erlebten Deprivations- und Trennungserfahrungen der Kinder. In der betrachteten Studie sind die Werte

für delinquentes und aggressives Verhalten im Vergleich zu anderen Untersuchungen relativ niedrig ausgefallen, was Bastiaensen und Robbroeckx mit der geringen bisherigen Verweildauer der Pflegekinder in den Pflegefamilien und der damit einhergehenden (Über-)Anpassungsphase erklären (vgl. 6.2.2.1.2). Eine andere Erklärung stellt die Tatsache dar, dass niederländische Kinder mit mehr externalisierten Problemen in Heimen platziert werden.

Pflegemütter und Pflegeväter unterscheiden sich im Hinblick auf die Menge des erfahrenen Stresses und die Erfahrung der Erziehungssituation nicht. Pflegemütter schreiben die Erziehungslage aber häufiger der mangelnden Unterstützung durch den Partner (Poor Share of Partner) zu. Zudem haben sie häufiger einen Wunsch nach Veränderung und das Bedürfnis nach innerfamiliärer (internal oriented) Unterstützung. Im Vergleich zu den Pflegevätern tendieren Pflegemütter auch dazu, die internalen und externalen Verhaltensprobleme des Pflegekindes stärker zu erleben (es liegen diesbezüglich keine Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen vor). Die genannten Unterschiede bringen *Bastiaensen und Robbroeckx* (1995, 5 f.) in einen Zusammenhang mit der primären Erziehungsaufgabe und -verantwortung der Pflegemütter in den meisten Pflegefamilien.

### **5.1.2 Pflegekindliche Wahrnehmung der Pflege- und Herkunftseltern**

Die Dimensionen des *Family Relation Tests* sind Vertrauen, Fairness, Verletzlichkeit und Dankbarkeit sowie affektive Bindung und Über-Ich-Bindung (Superego-Bond). Das wichtigste Resultat in Bezug auf die Gefühle der Pflegekinder ist die Tatsache, dass die Werte für den grössten Teil der Dimensionen sowohl gegenüber den Eltern als auch gegenüber den Pflegeeltern im Vergleich zu den Werten von Kindern in einer gewöhnlichen Eltern-Kind-Situation niedrig waren. Das weist darauf hin, dass die Pflegekinder sowohl zu ihren Eltern als auch zu ihren Pflegeeltern eine relativ schwache Bindung haben. Eine mögliche Erklärung für die niedrigen Werte ist, dass die Kinder der betreffenden Studie zum Untersuchungszeitpunkt erst seit kurzer Zeit in der Pflegefamilie lebten. Aber auch die Bindungsprobleme, die Pflegekinder aufgrund ihrer Herkunft und der prinzipiellen und strukturellen Unsicherheit sowie ihrer verwirrenden Situation aufweisen, in der sie ihre Gefühle für Pflege- und Herkunftseltern teilen müssen, werden von *Bastiaensen und Robbroeckx* (1995, 7) thematisiert. Beim Vergleich der Resultate der Pflegeeltern mit jenen der biologischen Eltern zeigt sich, dass Pflegekinder eine stärkere Über-Ich-Bindung (Ausmass, in welchem ein Kind in der Beziehung zu einem Familienmitglied Normalität erfährt, vgl. Bastiaensen & Robbroeckx, 1995, 4) und weniger Verletzlichkeit in der Beziehung zu ihren Pflegeeltern erfahren als in der Beziehung zu ihren

biologischen Eltern. Da die biologischen Eltern keine tägliche Erziehungsverantwortung wahrnehmen, wird diese Beziehung mehr und mehr zu einer emotionalen Beziehung. Pflegekinder haben ein Bedürfnis, ihren eigenen Eltern (physisch) nahe zu sein, und erfahren diese als verletzlicher als ihre Pflegeeltern, das heisst, dass die Kinder die Gefühle von Verletzung, Einsamkeit und Kummer ihrer Eltern mitfühlen (vgl. Bastiaensen & Robbroeckx, 1995, 7). Dies kann damit erklärt werden, dass viele Pflegekinder aus problematischen Familiensituationen mit Eltern kommen, die Probleme damit haben, ihre persönlichen und beziehungs-mässigen Aufgaben zu bewältigen. Pflegekinder haben häufig das Gefühl, dass sie auf ihre Eltern aufpassen müssen.

*Bastiaensen und Robbroeckx* (1995) kommen zum folgenden Schluss:

„Foster children’s feelings towards both parents and foster parents are weak and there is little bond, which is natural but alarming.“ (Bastiaensen & Robbroeckx, 1995, 8)

## ***5.2 Befunde zu unterschiedlichen Forschungsbereichen***

Eine Fülle von Forschungsergebnissen zum Pflegekinderwesen wird von *Textor* (1995b) und *Kötter* (1997, 89-108) zusammengefasst und referiert. *Textor* wertete 40 deutsch- und englischsprachige Untersuchungen aus, die in den Jahren 1983 bis 1993 veröffentlicht wurden. *Kötter* bezieht sich auf eine ähnliche Menge von Untersuchungen in diesem Zeitraum, berücksichtigt aber auch eine Reihe älterer Studien. Die älteste von *Cowan und Stout* stammt aus dem Jahre 1939 (*Kötter*, 1997, 105). Die wichtigsten Befunde von *Textor* (1995b) und *Kötter* (1997) zu den Schwerpunkten Herkunftsfamilie, Pflegefamilie und Besuchskontakte werden im Folgenden zusammengefasst. Dabei werden vorwiegend Resultate aus neueren Studien (1983-1993) und jene Untersuchungen berücksichtigt, die zu mehr oder weniger einheitlichen Befunden führen.<sup>16</sup> Danach wird mittels der Studien von *Textor* (1995a 1995c) auf die Vorbereitung von Pflegeeltern auf die Pflegeelternschaft eingegangen. Ergebnisse zur Erfolgsforschung werden anschliessend anhand der Recherchen von *Niederberger und Zeindel* (1989), *Textor* (1995b), *Jordan* (1996b) und *Kötter* (1997, 96 f.) referiert.

---

<sup>16</sup> Beispielsweise fällt die Beurteilung einer gemeinsamen Platzierung von Geschwistern, eines Zusammenhangs zwischen Alter und Besuchsfrequenz oder des Rückgangs von problematischen Verhaltensweisen und Symptomen im Verlauf des Pflegeverhältnisses in verschiedenen Untersuchungen kontrovers aus.

### 5.2.1 Die Situation der Herkunftsfamilien

Die Herkunftsfamilie ist zum Zeitpunkt der Inpflegegabe durch grosse Belastungen gekennzeichnet (vgl. Textor, 1995b, 43 ff.): Schätzungsweise drei Viertel aller Pflegekinder lebten vor der Inpflegegabe nicht mit beiden Elternteilen zusammen, einige von ihnen haben einen Elternteil durch Tod verloren, die Kinder haben oft viele Geschwister, die Eltern sind oftmals arbeitslos oder haben finanzielle Probleme. *Ehekonflikte, Erziehungsschwierigkeiten, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Krankheiten, psychische Störungen, Kriminalität und Prostitution* (Textor, 1995b, 46) sind weitere Belastungen der Herkunftsfamilie.

Die Hauptgründe für die Platzierung liegen zumeist *nicht im Verhalten des betroffenen Kindes* (Textor, 1995b, 47). Dennoch haben die zu vermittelnden Kinder eine Reihe von emotionalen Problemen und Verhaltensstörungen. *Kötter* (1997, 92) fasst diesbezüglich *Aggressivität, Distanzlosigkeit, motorische Unruhe, geringe Frustrationstoleranz und Ängste* zusammen, welche – empirisch schwer nachweisbar – auf problematische Beziehungen der Pflegekinder zu ihren Herkunftseltern zurückgeführt werden. Der Anteil traumatisierter Kinder kann aufgrund der von *Kötter* betrachteten Untersuchungen nur unzuverlässig auf 30-50 % geschätzt werden.

In einer von *Textor* (1995b, 46) aufgegriffenen Studie gab es in 47 % der Fälle eine positive Beziehung zwischen dem Kind und mindestens einem Elternteil. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Situation in den Herkunftsfamilien vielleicht nicht immer so schlecht ist, dass eine Fremdplatzierung realisiert werden muss. Zumindest eine von *Textor* betrachtete Studie zeigte, dass mittels ambulanter Hilfeleistungen drei Viertel der Fremdplatzierungen verhindert werden konnten. Bei einer behördlichen Herausnahme sind viele Herkunftseltern bereits zu Beginn des Pflegeverhältnisses mit der Inpflegegabe nicht einverstanden (vgl. *Kötter*, 1997).

Mädchen, jüngere Kinder und solche ohne psychische Probleme wurden gemäss einer von *Textor* (1995b) betrachteten Studie tendenziell eher in Pflegefamilien als in Heimen platziert. Bei der Platzierung von Geschwistern überwiegt die Unterbringung in einer Pflegefamilie ebenfalls. Das durchschnittliche Aufnahmealter von Kindern beträgt in von *Textor* aufgenommenen Untersuchungen rund sechs bis sieben Jahre. Bei den etwas älteren von *Kötter* (1997, 91) betrachteten Studien liegt es mit drei bis vier Jahren deutlich darunter. Die Dauer der Fremdunterbringung wird von *Textor* (1995b, 47 f.) für laufende Pflegeverhältnisse mit 5.4 Jahren und für abgeschlossene mit 5.2 bis 8.8 Jahren angegeben. Herkunftseltern wurden bisher relativ selten befragt. 40-60 % der Pflegekinder kommen nach *Kötter* (1997, 94) wieder in die Herkunftsfamilie zurück. Nach den ihr vorliegenden Untersuchungen sind die *Prognos-*

*sen für eine geglückte Rückkehr aber eher schlecht, da sich in den meisten Fällen [...] die Situation der Herkunftseltern nicht ausreichend verändert und sie die Voraussetzung für eine erfolgreiche Rückführung [...] meist nicht erfüllen* (Kötter, 1997, 94).

## 5.2.2 Die Situation der Pflegefamilien

In einer von *Textor* (1995b, 48 f.) berücksichtigten Studie lag das Durchschnittsalter für Pflegemütter bei 44 und jenes für Pflegeväter bei 48 Jahren. In zwei Dritteln der Pflegefamilien lebten zuvor schon Pflegekinder. Oft werden zwei oder mehr Pflegekinder gleichzeitig in einer Familie versorgt. Weitere Studien besagen, dass rund zwei Drittel der Pflegeeltern leibliche Kinder hatten, durchschnittlich 2,3, die zumeist noch zu Hause lebten. In der Regel sind die Pflegeväter voll erwerbstätig und auch viele Pflegemütter gehen einer Erwerbstätigkeit nach.

Als Motive für die Aufnahme eines Pflegekindes werden unterschiedliche Aspekte genannt. In den von *Textor* (1995b, 49) referierten Untersuchungen waren der *Wunsch nach einem Kind, das andere Kinder ersetzen oder als Gefährte dienen sollte*, bzw. *Altruismus/soziales Bewusstsein* die häufigsten Gründe. Als häufigste Beweggründe zählt *Kötter* (1997, 95 f.) anhand älterer Untersuchungen Kinderlosigkeit, eine „Empty-Nest“-Situation oder ein karitatives Engagement auf.

Die pflegefamiliale Dynamik wurde in der Pflegekinder-/Pflegefamilienforschung bisher kaum thematisiert (vgl. *Kötter*, 1997, 98 ff.). Die Pflegeverhältnisse verlaufen in vielen Fällen positiv. *Textor* (1995b, 49 ff.) kommt zum Schluss, dass in den weitaus meisten Pflegefamilien enge Eltern-Kind-Beziehungen entstehen, die Pflegeeltern das Pflegekind bald als „eigenes“ Kind ansehen und von diesem in der Elternrolle akzeptiert werden. Pflegeeltern sind aber auch besonderen Belastungen ausgesetzt, vorwiegend werden in den von *Textor* zusammengefassten Studien Probleme mit dem Verhalten des Pflegekindes genannt. Die Beziehungen zwischen den Pflegekindern und den leiblichen Kindern der Pflegeeltern gestalten sich aus unterschiedlichen Gründen nicht ganz einfach. Eine von *Textor* (1995b, 52) verwendete Studie hob hervor, dass sich alle Pflegemütter bewusst waren, *dass es zwischen ihren leiblichen Kindern und den Pflegekindern Eifersucht, Rivalität und Konflikte gab*. *Kötter* (1997, 98) referiert eine Studie, in der die leiblichen Kinder *ein erhöhtes Mass an Ängsten, Eifersuchtsgefühlen und Interaktionsproblemen* zeigten. Ein phasenhafter Verlauf der Integration des Pflegekindes in die Pflegefamilie, wie er von *Nienstedt und Westermann* (1989) skizziert wird (vgl. 6.2.2.1.2), konnte bisher nur teilweise empirisch nachgewiesen werden; *das Auftreten*

einer Anpassungsphase mit der Tendenz des Pflegekindes zur Überanpassung (Kötter, 1997, 98) konnte bestätigt werden.

### 5.2.3 Kontakte des Pflegekindes zur Herkunftsfamilie

Aufgrund der von Kötter (1997, 100 ff.) und Textor (1995b, 53 ff.) betrachteten Untersuchungen lässt sich keine genaue Aussage darüber treffen, wie viele Pflegekinder zu ihren Herkunftseltern Kontakt haben, die Angaben variieren zwischen 30 und 60 bzw. 40 und 80 %. Die Kontakte unterscheiden sich allerdings hinsichtlich ihrer Häufigkeit. Je länger das Pflegeverhältnis dauerte, umso seltener fanden Kontakte statt. Damit steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass das Pflegekind nicht mehr in die Herkunftsfamilie zurückkehrt (vgl. Kötter, 1997).

Verschiedene Untersuchungen berichteten, dass eher wenige Pflegeeltern gegenüber den leiblichen Eltern eine positive Haltung zeigten (vgl. Kötter, 1997; Textor, 1995b). Besuchskontakte werden von den Pflegeeltern oft ambivalent erlebt. Die Besuche verlaufen für das Kind umso komplizierter, je schlechter die Einstellung der Pflegeeltern zu den Herkunftseltern ist (vgl. Kötter, 1997). Pflegekinder können sich auch dann an die Pflegeeltern binden, wenn regelmässige Besuchskontakte stattfinden. Besuchskontakte stellen somit eine *notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die weitere Bindung an die Herkunftseltern* (Kötter, 1997, 105) dar. Kinder, die eine stärkere Bindung an ihre Herkunftseltern haben, erleben durch die Besuchskontakte auch stärkere Loyalitätskonflikte als solche, die eine schwächere Bindung an ihre Herkunftseltern haben (vgl. Kötter, 1997). Auch eine nicht geklärte Zukunftsperspektive kann die Entstehung von Loyalitätskonflikten fördern.

Kötter (1997, 247) kommt aufgrund ihrer eigenen Untersuchung zum Schluss, dass Besuchskontakte sowohl von den Pflegekindern als auch den Pflegeeltern zumindest kurz- und mittelfristig belastend erlebt werden (vgl. S. 45 f.).

### 5.2.4 Vorbereitung auf die Pflegeelternschaft

Wiemann (1994, 78) sagt interessierten Pflegeeltern in ihrem Ratgeber voraus, dass das Leben mit einem Pflegekind *unvorstellbar dicht, turbulent, voller Rückschläge und voller Zerreißproben* sein wird. Für Pflegeeltern hat sich in den letzten Jahren ein formenvielfältiges Vorbereitungsangebot entwickelt (vgl. Heinze, 1995; Masur, 1995; Textor, 1995a; Textor, 1995c; Wohnlich, 1998). Die Effizienz dieser Vorbereitungsangebote wurde bisher nur teilweise

überprüft (vgl. Masur, 1995, 106 ff.). Der Beitrag, den sie zur Sensibilisierung der zukünftigen Pflegeeltern leisten, ist offensichtlich.<sup>17</sup>

Eine Umfrage von *Textor* (1995a, 503) ergab, dass 38 % der befragten Pflegeeltern die Vorbereitung auf die Pflegeelternschaft als *mangelhaft* bezeichnen. Der grössere Teil der befragten Personen glaubt, nicht ausreichend über seine Aufgaben informiert worden zu sein. In der Praxis zeigt sich auch, dass viele Pflegeeltern gegenüber den Behörden recht kritisch eingestellt sind und ihre Erfahrungen gerne reflektieren würden (vgl. *Textor*, 1995c). Nur 22 % der Personen, die an der Umfrage von *Textor* teilnahmen, gaben an, ein Vorbereitungsseminar besucht zu haben. Aus den Befragungsergebnissen von *Textor* geht zudem hervor, dass ein grosser Teil der Pflegeverhältnisse plötzlich begann. Eine längerfristige Kontaktanbahnung, wie sie von *Nienstedt und Westermann* (1989) propagiert wird, war die Ausnahme.

„Ein Grossteil der Pflegeeltern konnte somit kaum eine auf Informationen und persönlichen Eindrücken beruhende Entscheidung für oder gegen die Inpflegenahme des jeweiligen Kindes fällen. Die Betroffenen liessen sich unvorbereitet auf ein Abenteuer ein – und so überrascht es nicht, dass es [...] zu Pflegestellenabbrüchen kommt.“ (*Textor*, 1995a, 504)

### 5.2.5 Erfolgsvorschung

Nach Schätzungen der Schweizerischen Fachstelle für das Pflegekinderwesen enden zwei Drittel, sicher aber die Hälfte aller Pflegeverhältnisse, *nicht mit dem natürlichen Herauswachsen der Kinder aus der Pflegefamilie* (*Zatti*, 1997, 5). Etwa ein Drittel der Pflegeverhältnisse wird abgebrochen, weil die Beziehung zwischen Pflegeeltern und Pflegekind nicht gelingt (*Zatti*, 1997, 5).

„Der Erfolg von Pflegeverhältnissen wird nicht einheitlich definiert.“ (*Kötter*, 1997, 96)

Wenn Pflegeverhältnisse nicht abgebrochen werden, wird von verschiedenen Autoren und Autorinnen bereits von Erfolg gesprochen. Daneben werden unter Erfolg aber auch der Aufbau und das Fortbestehen einer befriedigenden Eltern-Kind-Beziehung verstanden (vgl. *Kötter*, 1997; *Nienstedt & Westermann*, 1989).

Die an dieser Stelle referierten Untersuchungen beziehen sich mehrheitlich auf einen Misserfolg, der in Form eines Abbruchs sichtbar wurde. Wenn der Versuch unternommen wird, Abbruch zu erklären, kann hypothetisch auf die folgenden Faktoren Bezug genommen werden:

---

<sup>17</sup> Gemäss einer mündlichen Mitteilung der „Pflegekinder-Aktion Bern“ haben sich rund 50 % der interessierten Bewerberinnen und Bewerber nach der Teilnahme an einem Vorbereitungskurs gegen die Aufnahme eines Pflegekindes entschieden.



Merkmale des Kindes, Merkmale der Pflegeeltern, Merkmale der Herkunftseltern und Merkmale der Versorgerin und des Versorgers (vgl. Niederberger & Zeindel, 1989). Pflegeverhältnisse haben eine Abbruchquote, die gemäss der von *Textor* (1995b, 57 f.) betrachteten Untersuchungen zwischen 20 und 40 % und nach *Kötter* (1997, 96 f.) zwischen 25 und 50 % angesiedelt werden kann. Die von *Jordan* (1996a, 84) aufgegriffenen Untersuchungen variieren, was die Abbruchquote betrifft, besonders stark: Sie liegt zwischen 10 und 60 %. Die meisten Pflegeverhältnisse werden in den ersten beiden Jahren abgebrochen. Pflegeverhältnisse mit Pflegekindern, die zum Zeitpunkt ihrer Inpflegung bereits älter waren, sind besonders abbruchgefährdet (vgl. zum Beispiel *Textor*, 1995b, 57). Während *vor allem Verhaltensstörungen des Pflegekindes, Beziehungsschwierigkeiten zwischen Pflegekind und Pflegeeltern oder zwischen Pflegekind und leiblichen Eltern sowie Gefühle von Überforderung bei den Pflegeeltern* (*Kötter*, 1997, 97) als Ursachen für Abbrüche genannt werden, konnten bisher keine einheitlichen Kriterien gefunden werden, die den Erfolg von Pflegeverhältnissen bestimmen. *Textor* (1995b, 57) fasst dennoch eine Reihe von Bedingungen zusammen, welche die Wahrscheinlichkeit eines Pflegestellenabbruchs verringern: Pflegeeltern, die älter als 40 Jahre sind, zur unteren Sozialschicht gezählt werden, gut vorbereitet wurden bzw. einen Vorbereitungskurs besuchten oder mit dem Pflegekind verwandt sind. Ebenso zeigen ein weiteres Pflegekind in der Pflegefamilie, positive Kontakte zwischen Herkunftsfamilie und Pflegefamilie/-kind sowie eine gute Beziehung der Herkunftseltern zur begleitenden Fachperson vorteilhafte Effekte (vgl. *Textor*, 1995b, 57). Es liegen auf den ersten Blick vielleicht erstaunliche Untersuchungsergebnisse vor, die einen positiven Zusammenhang zwischen pflegekindlicher Retardierung und Platzierungserfolg feststellen. Allerdings gibt es diesbezüglich unterschiedliche Befunde (vgl. *Niederberger & Zeindel*, 1989). Zusammenhänge zwischen dem Erfolg von Pflegeverhältnissen und pflegeelterlichen Ressourcen wurden bisher nicht gezielt untersucht.

Manche Pflegekinder durchlaufen eine ganze Reihe von Fremdplatzierungen, da auch die neuen Pflegeverhältnisse häufig wieder abgebrochen werden. In den von *Textor* (1995b) zusammengefassten Arbeiten zu Mehrfachplatzierungen wurden rund 10 bis 50 % der Pflegekinder bereits drei- und mehrmals platziert. Pflegestellenabbrüche und Umplatzierungen sind für Pflegekinder generell besonders belastend. Allerdings können Umplatzierungen teilweise auch gewollt sein (vgl. *Niederberger & Zeindel*, 1989). Zum Beispiel kann die Tatsache, dass sich ein Kind seit der Inpflegung bereits an seinem zweiten Platz befindet, dadurch bedingt sein, dass eine zeitweilige Zwischenplatzierung im Heim oder in einer SOS-Pflegefamilie stattfand.

### 5.3 Bilanz und Perspektiven der Forschung

Empirische Untersuchungen von Pflegeverhältnissen führen in verschiedenen Bereichen zu sich widersprechenden Ergebnissen. Besonders deutlich zeigt sich dies am Beispiel des Zusammenhangs zwischen gemeinsamer Vermittlung von Geschwistern und dem Erfolg von Pflegeverhältnissen. Theoretisch wird angenommen, dass sich Geschwisterkinder als eigenes Subsystem zu stark von der restlichen Pflegefamilie abgrenzen und somit eine Integration erschwert wird oder Pflegeverhältnisse scheitern oder abgebrochen werden. *Jordan* (1996b, 84) referiert entsprechende Studien und findet widersprüchliche Aussagen:

1. Geschwistervermittlungen wirken sich abbruchbegünstigend aus.
2. Zwischen Einzel- bzw. Geschwistervermittlung und Abbruchraten gibt es keinen Unterschied.
3. Geschwistervermittlungen führen zu einem positiven Ergebnis.

*Jordan* (1996b, 84) fasst zusammen, dass die Versuche, Erfolg und Misserfolg von Pflegeverhältnissen anhand einer geringen Zahl quantifizierbarer oder objektiv überprüfbarer Variablen (Alter, Geschlecht, vorhergehende Lebensorte, Zeitpunkt der Trennung, Grösse der Pflegefamilie etc.) zu bestimmen, weitgehend gescheitert sind, das heisst zu widersprüchlichen Ergebnissen geführt haben. Die sich widersprechenden Befunde haben ihre Ursache wohl auch in der fehlenden Vergleichbarkeit der verschiedenen Untersuchungen: Die Stichprobenzusammensetzung und -grösse, die Erhebungsmethode und der Untersuchungszeitpunkt und -zeitraum sind sehr unterschiedlich. Auch die Fragestellungen variieren. Während oft davon ausgegangen wird, dass eine lange Platzierungszeit als Erfolg interpretiert werden kann, liegen Studien vor, die eine Rückplatzierung zu den Herkunftseltern als wünschenswert sehen. Je nachdem, was als erstrebenswert betrachtet wird, werden unterschiedliche Faktoren ermittelt, die den entsprechenden Verlauf begünstigen sollen (vgl. *Niederberger & Zeindel*, 1989, 53).

*Textor* (1995b) und *Kötter* (1997) erkennen und betonen, dass die meisten Untersuchungen nicht strengen wissenschaftlichen Kriterien entsprechen. Die Befunde sind oft weitgehend theorielos. Zudem wurde die Kontrolle von Kovariaten zum Teil vernachlässigt. *Jordan* (1996b, 84 ff.) zeigt auf, dass in der Untersuchung von *Beridge und Cleaver* (1987) die Kontrolle des Alters des Pflegekindes den Effekt neutralisiert, dass Geschwistervermittlungen abbruchbegünstigend seien. Das heisst, dass Geschwisterkinder durchschnittlich mit einem höheren Alter in die Pflegefamilie kamen als Einzelkinder und das höhere Alter abbruchbegünstigend war. Theoretisch wird ausgeführt, dass jüngere Kinder generell anpassungsfähiger

sind. Aber auch die Tendenz, jüngeren Kinder Defizite eher zuzugestehen als älteren Kindern, wird thematisiert. Auch bei der teilweise auf empirischen Ergebnissen begründeten Annahme, dass kinderlose Paare erfolgreicher sind als Paare mit Kindern, ist die Bedeutung des Alters des Pflegekindes zu beachten. *Jordan (1996b, 85) nimmt an, dass kinderlosen Paaren eher jüngere Kinder vermittelt werden (quasi als Adoptionsersatz).* Der negative Effekt könnte auch in diesem Fall wesentlich durch die Altersvariable bedingt sein.

In der Erfolgsforschung besteht zudem die Schwierigkeit, dass Erfolg nicht einheitlich definiert ist. Es ist zum Teil unklar, ob dieser mit Nichtabbruch gleichgesetzt wird, und wenn dies der Fall ist, basieren die Erhebungen auf einer retrospektiven Beurteilung. Die Zuschreibung von Abbruchursachen kann dadurch verzerrt werden. Auch *Lausch (1985, zit. nach Jordan, 1996b, 85) findet in seiner Zusammenstellung empirischer Ergebnisse nur ein einheitliches Resultat: Je jünger die Kinder zum Zeitpunkt der Inpflegung waren, desto erfolgreicher verliefen die Pflegeverhältnisse.* Die folgenden Variablen zeigten alle keinen einheitlichen Zusammenhang zum Erfolg bzw. Misserfolg des Pflegeverhältnisses: *vorherige Beziehung des Pflegekindes zu seiner Mutter, Geschlecht des Pflegekindes, Geburtsstatus (ehelich bzw. nichtehelich) des Pflegekindes, Auswirkungen eines vorherigen Heimaufenthaltes, Wechsel der vorherigen Lebensorte vor Inpflegung, Verhaltensauffälligkeiten des Pflegekindes, Alter der Pflegeeltern, eigene Kinder der Pflegeeltern, Schichtzugehörigkeit der Pflegeeltern, vorherige Lebensgeschichte der Pflegeeltern, Kontakte zu den leiblichen Eltern.*

Die Ergebnisse der Prognoseforschung erlauben zwar eine Sensibilisierung für entwicklungsbedingte Probleme von Pflegekindern und mögliche Krisen in Pflegefamilien (vgl. *Jordan, 1996b*), empirische Befunde müssen aber sorgfältigst interpretiert werden, bevor sie bei der Vermittlung von Pflegekindern handlungsleitend werden. Einzelne Faktoren, die eine Angabe über Erfolg und Misserfolg von Pflegeverhältnissen machen, bekommen ihre wahre Bedeutung immer erst im Kontext der jeweiligen pflegefamilialen Dynamik (vgl. *Blandow, 1980 in Jordan, 1996b, 86*). Merkmale wie die Familiengröße oder die Stellung des Pflegekindes in der Geschwisterreihe bilden die familiendynamischen Prozesse nicht ausreichend ab.

*Textor (1995b, 59 ff.) fasst aufgrund der Forschungsergebnisse dennoch einen umfassenden Massnahmenkatalog zusammen, der sich vor allem an die Verantwortlichen der Behörden (Pflegekinderdienste) richtet. Er plädiert unter anderem für eine bessere Vorbereitung der Pflegeeltern, Berücksichtigung ihrer Erwartungen und Erfahrungen bei der Auswahl eines Kindes, lange Kontaktabstimmung, intensive Unterstützung während der Integrationsphase und Beratung bei Verhaltensauffälligkeiten und Problemen.* Er betont die herausragende Be-

deutung der für Pflegekinder zuständigen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. So sollte die zuständige Fachkraft seiner Meinung nach *eine separate, vertrauensvolle Beziehung* zum Pflegekind aufbauen, *regelmässige Kontakte unter vier Augen* pflegen und den Kontakt auch nach der formalen Beendigung des Pflegeverhältnisses nach Möglichkeit aufrechterhalten. Textors Ratschläge verneinen Vorstellungen von Pflegefamilien als „Normalfamilien“; sie heben die Bedeutung eines professionellen Pflegekinderwesens hervor. Obwohl Textors Forderungen auf empirischen Befunden beruhen, wird die Realität immer wieder eine flexible Handhabung erforderlich machen, weil sich Pflegeverhältnisse im Spannungsfeld zwischen Alltagserfahrung und Professionalisierung bewegen. Wenn Pflegeeltern zum Beispiel ein Pflegekind aus einer persönlichen Betroffenheit heraus aufnehmen, kann nicht mehr von einer Auswahl eines geeigneten Pflegekindes die Rede sein.

Im folgenden Kapitel wird eine Lösung der diskutierten Probleme angegangen, indem Erfolg und Scheitern von Pflegebeziehungen nicht statisch, sondern dynamisch definiert werden (vgl. 6.2). Es wird ein Modell widerstandsfähiger Pflegebeziehungen entwickelt, das Erfolg und Scheitern veranschaulichen soll (vgl. 6.3).

## **6. Belastung, Gelingen und Resilienz in Pflegebeziehungen**

Das sechste Kapitel greift zuerst die auf die Pflegebeziehung einwirkenden Belastungsfaktoren auf. Dieser Überblick basiert auf den vorangehenden Kapiteln und kann als Situationsanalyse verstanden werden. Das Wissen, dass Pflegefamilien einer Reihe von Belastungen gegenüberstehen, darf nicht vernachlässigt werden, wenn ein Ziel von Pflegebeziehungen definiert wird. Im Folgenden wird versucht, das Gelingen bzw. Misslingen einer Pflegebeziehung fassbar zu machen. Das Gelingen wird als Prozess verstanden, der mit einem Modell widerstandsfähiger Pflegebeziehungen dargestellt wird. In Anlehnung an das Konstrukt der Resilienz wird das Gelingen als Wechselwirkung zwischen Belastung einerseits und Belastungsbewältigung und Ressourcen andererseits verstanden. Auf die Prozesse der Belastungsbewältigung und die unterschiedlichen Ressourcen wird im letzten Abschnitt dieses Kapitels eingegangen. Wie weit die Ressourcen einen messbaren Effekt auf das Gelingen der Pflegebeziehung haben, soll im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit geklärt werden.

### ***6.1 Auf die Pflegebeziehung wirkende Belastungsfaktoren***

Wie sich die Beziehung Pflegekind-Pflegeeltern gestaltet, wird von einer Reihe verschiedener Faktoren mitbestimmt. Die Gestaltung dieser Beziehung kann als verantwortlich für den Aufbau und Verlauf des Pflegeverhältnisses sowie für seinen Erfolg bzw. Misserfolg angesehen werden. Pflegeverhältnissen scheinen allgemein hohe Anforderungen gegenüberzustehen. Belastungsfaktoren sind Bedingungen oder Variablen, die in der einschlägigen Literatur häufig mit einem Scheitern der Pflegebeziehung in Zusammenhang gebracht und diskutiert werden. Sie lassen sich vor den theoretischen Überlegungen der Bindungs- und Systemtheorie, aber auch aufgrund der Forschungsergebnisse zusammenfassen. Nachfolgend wird auf die Belastungs- bzw. Risikofaktoren eingegangen. Es handelt sich um eine Zusammenstellung vorwiegend theoretisch abgeleiteter und teilweise empirisch untersuchter Faktoren. Sie basiert auf den vorausgegangenen Kapiteln vier und fünf. Es können Belastungsfaktoren zu den folgenden Belastungsbereichen differenziert werden: Lebensgeschichte und Entwicklung des Pflegekindes, Pflegefamilienstruktur, Persönlichkeit der Pflegeeltern, Vermittlungs- und Begleitungspraxis der Behörden sowie Situation der Herkunftsfamilie. Die Darstellung erfolgt den genannten Bereichen entsprechend. Selbstverständlich ist auch an die Interaktionen zwi-

schen den jeweiligen Bereichen zu denken, die zugunsten der Übersicht nur in den einzelnen Bereichen angedeutet werden.

In Verbindung von Belastungs- und Risikofaktoren werden allgemein auch protektive Faktoren diskutiert und erforscht. Dieser zweiten Faktorengruppe wurde im Rahmen des Pflegekinderwesens bisher nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt. Belastungs- und Schutzfaktoren könnten hier wohl kaum im Sinne eines additiven Modells einander gegenübergestellt werden, aber die gezielte Betrachtung von protektiven Faktoren und Ressourcen von Pflegefamilien würde das Forschungs- und Praxisfeld bereichern (vgl. 6.3 und 6.4).

- *Bedingungen aus der Lebensgeschichte und der Entwicklung des Pflegekindes:* Je höher das Alter des Pflegekindes bei seiner Aufnahme ist, desto schwieriger ist eine Integration. Generell stellt die Adoleszenz eine kritische Phase dar. Die unklare Familienzugehörigkeit kann zu starken Loyalitätskonflikten führen. Daneben spielen die Vorgeschichte, speziell die Existenz, die Häufigkeit, die Dauer und der Verlauf vorangegangener Platzierungen, ein unsicherer Bindungsstil, traumatische Erfahrungen (starke Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch) sowie deren Verarbeitung und deviantes Verhalten des Pflegekindes eine entscheidende Rolle. Pflegekinder zeigen häufig eine Reihe von mehr oder weniger spezifischen Problemen und Verhaltensstörungen wie Aggressivität, Distanzlosigkeit, motorische Unruhe, geringe Frustrationstoleranz und Ängste. Diese Aufzählung kann aufgrund der Recherchen von *Jordan* (1996b, 79) folgendermassen ergänzt werden: Weglaufen, Schlafstörungen, sexuelle Abweichung, Gehemmtheit, Stehlen, Kontaktstörungen und andere Deprivationssyndrome.
- *Pflegefamilienstrukturelle Bedingungen:* Die Bildung einer erweiterten Familie aus Pflegekind und aufnehmender Familie geht mit der Erhöhung der dyadischen Beziehungen innerhalb der Pflegefamilie einher. Pflegekinder kommen mit bestehenden Beziehungen, Interaktionsmustern und Regelvorstellungen wiederum in ein bestehendes Beziehungsnetz. Das neue Familiensystem ist zu Beginn durch die Veränderung der familiären Prozesse besonders labil. Neue Pflegeverhältnisse bis zu einer Dauer von zwei Jahren werden daher als besonders anfällig für Störungen bezeichnet. Die Familie muss sich den Änderungen (veränderte Kommunikationsbedingungen, Rollenwechsel etc.) anpassen. Eigene Kinder, vor allem gleichaltrige oder jüngere als das Pflegekind und Kleinkinder, erschweren die Integration des Pflegekindes. Die Veränderung der bisherigen Geschwisterreihenfolge ist auch für die eigenen Kinder belastend und beansprucht das veränderte Familiensystem stark.

- *Aspekte der Persönlichkeit der Pflegeeltern:* Pflegeeltern sind oft nicht genügend auf ihre neue Aufgabe und Rolle vorbereitet. Ein funktionalisierendes Rollenverständnis und besonders funktionalisierende Aufnahmemotive der Pflegeeltern gelten als Risikofaktoren. Ein Pflegekind darf zum Beispiel nicht (unreflektiert) anstelle eines Adoptivkindes oder eines gestorbenen eigenen Kindes aufgenommen werden. Probleme auf der Paarebene, labile Familienbeziehungen oder die Rigidität von Grenzen, Regeln, Rollen und Werten können die Identität einer Familie dysfunktional werden lassen und machen sie als Pflegefamilie ungeeignet. Informationsdefizite der Pflegeeltern über die Entwicklung und traumatische Erfahrungen des Kindes in der Herkunftsfamilie, sowie eine unzureichende Akzeptanz der Herkunft und bisherigen Sozialisation des Pflegekindes, stellen weitere Risiko- bzw. Belastungsfaktoren dar. Vorurteile gegenüber den Herkunftseltern können zu einer ungenügenden Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit diesen führen. Die fehlende Bereitschaft, sich als Familie zu öffnen, über Probleme zu reden und sich frühzeitig Hilfe zu organisieren und diese anzunehmen, die mangelnde Fähigkeit zur Selbstreflexion und zur kongruenten Kommunikation und Metakommunikation stellen allgemein Risikofaktoren dar. *Jordan (1996b, 79)* nennt zudem neben einem besonders hohen oder besonders tiefen Lebensalter der Pflegeeltern ein pessimistisches Weltbild, einen rigiden Erziehungsstil, hohe Leistungsanforderungen, an das Pflegekind gestellte Dankbarkeitserwartungen, Leugnung der Differenz von leiblicher und sozialer Elternschaft und Abgabedrohung bei Krisen als Risikofaktoren.
- *Bedingungen aufseiten der Behörden:* Die Vermittlung von Pflegekindern in Pflegefamilien erfolgt oft unqualifiziert, das heisst zu schnell oder schleichend und weitgehend ungeplant. Die bei diesen Vorgehensweisen ungeklärte Indikation, die ungewissen Zukunftsaussichten oder ihre unrealistische Darstellung sind Belastungs- und Risikofaktoren. Auch eine ungenügende oder unqualifizierte Unterstützung vonseiten der Behörden und Beistandschaft wirkt als Belastung. Es mangelt zum Beispiel an wirksamer und professioneller Vorbereitung und Begleitung, an Unterstützung in Entscheidungsfindungsprozessen sowie an prompten und funktionierenden Kriseninterventionsmöglichkeiten. Die oft unzureichende Zuteilung von Entscheidungskompetenzen an die Pflegeeltern und die damit verbundene Trägheit des komplexen Systems ist besonders zu erwähnen. Zudem wird die Unterstützung der Herkunftsfamilie zur Vermeidung einer Fremdplatzierung, in Form einer ambulanten Hilfestellung, häufig vernachlässigt.

- *Bedingungen aufseiten der Herkunftsfamilie:* Generell sind die Lage der Herkunftsfamilie zum Zeitpunkt der Inpflegegabe ihres Kindes und die Entwicklung der Herkunftsfamilie nach der Inpflegegabe für den Verlauf des Pflegeverhältnisses bedeutsam. Fehlende Begleitung der Herkunftsfamilie in der Ablösungsphase, unverarbeitete Schuld- und Scheitungsgefühle, Neid und Konkurrenzgefühle belasten die Herkunftsfamilie und wirken sich auch auf die Pflegefamilie aus. Pflegeeltern können durch die Herkunftseltern und das Umfeld des Pflegekindes belastet werden. Beispielsweise können unterschiedliche Interessen und Werte in Erziehungsfragen, Vorurteile, Konkurrenz, offene oder verdeckte Schuldzuweisungen eine Zusammenarbeit und Kooperation zwischen Herkunftsfamilie und Pflegefamilie erheblich erschweren. Grosseltern, die glauben, dass sie ihre Kinder nicht genügend unterstützen konnten, versuchen manchmal ihre Versagensgefühle an den Grosskindern abzuarbeiten und beanspruchen die (Pflege-)Elternrolle. Wenn die Indikation und die Kompetenzen der Herkunftseltern nicht geklärt wurden oder die Voraussetzungen einer Rückkehr nicht deklariert sind, können die Herkunftseltern eine Rückkehr einfordern. Andauernde Unklarheiten behindern die Sicherheit der Pflegeeltern in der Beziehung zum Kind.

## **6.2 Zieldefinition von Pflegebeziehungen**

Pflegefamilien stehen einer Reihe von Anforderungen gegenüber. Sie müssen sich gegenüber Mitgliedern der Herkunftsfamilie und Fachkräften öffnen und werden somit zu offenen Familiensystemen. Aus bindungstheoretischer Sicht sind Kinder grundsätzlich fähig, zu mehreren Personen Bindungen zu entwickeln. Rund ein Drittel aller Pflegeverhältnisse wird jedoch abgebrochen, weil die Beziehung Pflegeeltern-Pflegekind nicht gelingt (vgl. S. 104 f.). Nach *Nienstedt und Westermann* (1989) ist das Ziel eines Pflegeverhältnisses, eine neue, intensive und individuelle Eltern-Kind-Beziehung zu ermöglichen. Bezüglich dieses Ziels können Pflegeeltern-Pflegekind-Beziehungen gelingen oder scheitern. Ob eine Beziehung gelingt, ist letztlich immer eine Frage normativer Erwartungen und wenn überhöhte Erwartungen an Pflegebeziehungen gestellt werden, sind sie zum Scheitern verurteilt. Wie *Bastiaensen und Robbroeckx* (1995) zeigten, sind die Gefühle von Pflegekindern gegenüber ihren Pflege- und Herkunftseltern schwach und es besteht zu beiden nur eine geringe Bindung (vgl. 5.1.2). In diesem Zusammenhang gesehen kann die Erwartung, dass sich eine enge und intensive Bindung entwickelt, bereits überhöht sein. Eine Aussage über Scheitern oder Gelingen lässt sich nur in Hinsicht auf ein Ziel der Pflegebeziehung treffen. Dieses Ziel spiegelt sich zumindest teilweise in Erwartungen wider, die im konkreten Umgang mit dem Pflegekind wirksam wer-



den. Ein *Scheitern beruht genau genommen auf enttäuschten Erwartungen* (Nienstedt & Westermann, 1989, 288). Ein Gelingen repräsentiert hingegen die Erfüllung von Erwartungen.

Im Folgenden wird vorerst auf die Definition von Gelingen als ein Nichtscheitern eingegangen, wie sie sich vor dem Hintergrund der vorliegenden Pflegekinder-/Pflegefamilienliteratur abzeichnet. Dabei sollen unterschiedliche Facetten des Scheiterns betrachtet werden. Danach wird der Versuch einer eigenen Definition von Gelingen unternommen, die zur Beurteilung eines Gelingens in laufenden Pflegeverhältnissen herangezogen werden kann.

### 6.2.1 Gelingen als Nichtscheitern

Die Frage nach dem Gelingen eines Pflegeverhältnisses wird in der einschlägigen Literatur zum Pflegekinderwesen nicht beantwortet. Der Erfolg kennzeichnet sich hier als ein Nichtmisserfolg. Die fehlende Definition des Gelingens hat ihre Ursache auch im Fehlen von Zielen und/oder in der fehlenden Verbindlichkeit eines Ziels von Pflegeverhältnissen oder allgemein in der fehlenden Verbindlichkeit von Erziehungszielen. Die Erziehungsziele sind dem gesellschaftlichen Wandel unterworfen (Kaiser & Kaiser, 1991, 51 ff.). Mit der Pluralisierung und Differenzierung verändern sich nicht nur die Normen und Erwartungen, es werden auch unterschiedliche Aspekte und konkurrierende Ansprüche betont. Zudem wurde erkannt, dass *eine die individuellen Voraussetzungen berücksichtigende Erziehung [...] wesentlich erfolgreicher sein wird als eine normierende Erziehung, die alle über einen Leisten schlagen möchte* (Rollett, 1996, 47).

Scheitern muss in pädagogischen Verhältnissen immer mitbedacht werden, scheint aber in den wenigsten Fällen wünschenswert zu sein. An dieser Stelle soll auf die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtungsweise des Begriffs Scheitern hingewiesen werden, indem auf vier unterschiedliche Aspekte des Scheiterns eingegangen wird:

1. Reaktionsformen auf ein Scheitern
2. Die Idee der Unmöglichkeit des Scheiterns
3. Das vorprogrammierte Scheitern
4. Die positive Seite des Scheiterns

Die ausgewählten Aspekte erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie dienen aber als Grundlage für eine differenziertere Definition von Gelingen als jene des Nichtscheiterns.

1. Scheitern wird oft vereinfacht mit einem Abbruch der Pflegebeziehung gleichgesetzt (allerdings führt das Scheitern nicht immer zu einem Abbruch und ein Abbruch setzt andererseits nicht zwingend Scheitern voraus):

- „Aus dem Scheitern werden dramatische Konsequenzen gezogen und das Pflegeverhältnis – u. U. von einem Tag auf den andern – beendet.“ (Nienstedt & Westermann, 1989, 286)

Vielfach wird im Bereich des Pflegekinderwesens nur diese Form des Scheiterns erkannt. Obwohl ein Scheitern zeitlich vor dem Abbruch festgestellt wurde, wird das Scheitern nicht benannt. Es gibt wahrscheinlich eine Reihe von gescheiterten Pflegebeziehungen, die nicht zum Abbruch führen. Ihre Bestimmung müsste mittels sensiblerer Kriterien als des Kriteriums des Abbruchs vorgenommen werden. Ein Scheitern kann daher über längere Zeit unbemerkt bleiben. Unabhängig von den Ursachen, die zum Scheitern der Pflegebeziehung führen, nennen *Nienstedt und Westermann* (1989) als Reaktionsformen auf ein Scheitern neben Abbruch aber auch Verleugnung, Resignation und Kompensation:

- „Das Scheitern wird verleugnet, verharmlost, bagatellisiert und nicht realistisch wahrgenommen, weil das Eingeständnis des Scheiterns für die (*Pflege-*)Eltern eine erhebliche Kränkung darstellen würde, was sie mit ihrer Rollendefinition, unentbehrlich oder ein unermüdlicher Helfer zu sein, nicht in Einklang bringen können.
- Das Scheitern wird resignativ zur Kenntnis genommen, ohne dass irgendeine Veränderungsmöglichkeit gesehen wird, sei es, dass die Pflegeeltern keine Veränderungsmöglichkeiten beim Kind oder dass sie aufgrund ihrer eigenen Sozialisationserfahrung keine Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten mehr bei sich selbst sehen, so dass sie sich auf den Status quo einstellen, besonders dann, wenn ein Elternteil an der Beziehung zum Pflegekind festhält.
- Das Scheitern wird realistisch wahrgenommen und die Eltern versuchen, es durch eine Neudefinition der Beziehung zu kompensieren bzw. die an das Kind gerichteten Erwartungen zu verändern, etwa indem sie – u. U. auch nur vorübergehend – einem jugendlichen Pflegekind gegenüber eine grössere Distanz einnehmen und ihren Erziehungsanspruch reduzieren.“ (Nienstedt & Westermann, 1989, 286)

Wird das Scheitern durch eine Neudefinition der Beziehung, das heisst durch das Loslassen von Erwartungen, kompensiert, wandelt sich der Prozess des Scheiterns unter Umständen in Richtung eines Gelingens.

2. *Oelkers* (in Vorb, 6) denkt, dass Erziehung, wenn sie *als Kette „fördernder“ Einwirkungen* begriffen wird, *gar nicht scheitern, sondern nur verhindert werden kann, wenn nämlich äussere Mächte stärker sind als die guten Absichten und ihre versammelten Kräfte*. Erziehung *kann vor der Zeit abbrechen, gestört werden und nicht alle Erwartungen erfüllen*. Diese Verhinderung, das Abbrechen vor der Zeit und die unerfüllten Erwartungen sind für die Erziehungssituation in der Pflegebeziehung nicht selten eine Realität. Pflegebeziehun-

gen können von unterschiedlichen Seiten und spontan abgebrochen werden. Dazu ein Beispiel aus einem Brief eines Beistands an die Pflegeeltern:

„Das Telefongespräch von heute Morgen will ich hiermit auch schriftlich bestätigen. Es ist richtig, dass ich für Annika und Niels<sup>18</sup> einen anderen Pflegeplatz suche. Die Gründe dafür liegen in den Gesprächen, welche ich mit der Lehrerin und dem Hausarzt der Kinder sowie mit einer Mitarbeiterin der Jugend- und Familienberatung geführt habe. Es herrscht die Meinung vor, dass ein Kind mit der Erkrankung und der familiären Vorgeschichte wie Niels unbedingt in eine Familie integriert sein sollte. Eine therapeutische Ausbildung der Pflegeeltern wäre von Vorteil. Ganz wichtig scheint mir, dass die Geschwister nicht auch noch auseinandergerissen werden. Aus diesem Grund bin ich auf der Suche nach einer therapeutischen Grossfamilie.“ (pers. Mitteilung)

Die handlungsleitenden Überzeugungen des Beistands sollen an dieser Stelle nicht thematisiert werden. Vielmehr soll mit diesem Briefausschnitt angedeutet werden, dass diese Mitteilung die Pflegeeltern sehr überraschend traf. Neben den Pflegekindern sind auch sie von einem solchen Entscheid direkt betroffen. Die Pflegeeltern haben weder ein Mitspracherecht noch eine Entscheidungsbefugnis darüber, wo die Pflegekinder in Zukunft leben werden. Aus dem Brief geht zudem nicht hervor, was sich die leiblichen Eltern der Kinder und vor allem die Pflegekinder selbst wünschen. Der Mitteilung des Beistands ist zu entnehmen, dass das eine der beiden Pflegekinder aufgrund der Beurteilung des Beistands nicht in die Pflegefamilie integriert ist und dass die Pflegeeltern nicht über die gewünschte Ausbildung verfügen. Es stellt sich die Frage, was gescheitert ist.

*Oelkers* (in Vorb., 6) nennt drei Voraussetzungen, damit Gelingen oder Scheitern in der Erziehung überhaupt erkannt werden kann: *ein Ziel oder bestimmte Standards, die erreicht werden sollen und aber auch verfehlt werden können, einen Prozess oder mindestens darauf bezogene Versuche sowie die Erfahrung von Vorankommen oder Zurückbleiben*. Auf dieser Grundlage wäre ein plötzliches Scheitern oder Gelingen ausgeschlossen (vgl. *Oelkers*, in Vorb., 6).

*Oelkers* Kriterien sollen im Folgenden auf die Situation der Pflegebeziehung übertragen werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass das *Ziel* eines Pflegeverhältnisses, wie im Beispiel, die Integration des Pflegekindes in die Pflegefamilie ist. Integration ist die Bedingung der Möglichkeit, dass die Erziehung zum autonomen Menschen gelingt, dass sich der Mensch seinen Möglichkeiten entsprechend entwickeln kann. Insofern ist die Integration nur ein Teilziel des Pflegeverhältnisses. Integration im Sinne gelingender Beziehungsverhältnisse stellt die Basis zur persönlichen Entwicklung und Entfaltung dar. In Pflegeverhältnissen muss, wie in anderen Erziehungsverhältnissen auch, letztlich das Ziel der

---

<sup>18</sup> Die Namen sind frei erfunden.

Autonomie fokussiert werden (vgl. 6.2.2.1). Die Integration erfolgt schrittweise, in einem *Prozess*. Bei diesem Prozess kann sich ein *Vorankommen oder Zurückbleiben* abzeichnen. Allerdings ist es nicht ganz einfach, die Richtung dieser Bewegung zu erkennen: Die Integrationstheorie von *Nienstedt und Westermann* (1989), die in Abschnitt 6.2.2.1.2 vorgestellt wird, veranschaulicht, dass auch scheinbare Rückschritte Fortschritte sein können.

3. *Herzog* (in Vorb., 8) veranschaulicht, dass in der familiären Erziehung, wo der *Einschluss der ganzen Person in das pädagogische Verhältnis* ausser Frage steht, ein *Scheitern eher sichtbar wird* als in Bereichen der professionellen Erziehung. Professionelle Erzieherinnen und Erzieher müssen sich nicht höchstpersönlich betroffen fühlen. *Herzog* (in Vorb., 12) formuliert aus, dass die Bewältigung des Scheiterns *in professionellen Kreisen eher möglich scheint als im Verhältnis Eltern-Kind*, weil professionelle Erziehungspersonen ein *letztes Mittel zur Bewältigung* haben, über das Eltern im Normalfall nicht verfügen: den *Berufsaustritt*. Aus dieser Perspektive beurteilt nehmen Pflegeeltern wiederum eine besondere Stellung ein. Sie verfügen wie die professionellen Erzieherinnen und Erzieher über dieses letzte Bewältigungsmittel. In diesem Zusammenhang sprechen *Nienstedt und Westermann* (1989, 286) auch von der ständig vorprogrammierten *Alternative Abbruch*, die eine dauernde Drohung darstellt und durch welche die Interventionsmöglichkeiten erheblich eingeschränkt werden.

Eltern, Pflegeeltern und professionelle Erzieherinnen und Erzieher haben zum Kind alle eine pädagogische Beziehung: Eltern haben zu ihren Kindern eine pädagogische Beziehung sowie eine nichtauflösbare Bindung durch die Blutsverwandtschaft. Pflegeeltern haben zum Pflegekind eine pädagogische Beziehung und eventuell haben sich in der Lebensgemeinschaft intensive Beziehungen und starke Bindungen entwickelt. Professionelle Erzieherinnen und Erzieher haben zum Kind eine pädagogische Beziehung und eine professionelle Abgrenzung. Die Beziehungen sind auf der pädagogischen Ebene überall auflösbar. Unterschiede liegen in der Qualität der eingegangenen Beziehungen. Die Auflösung enger, persönlicher und emotionaler Bindungen auf der Beziehungsebene ist schmerzhaft und schwierig. Das Bewältigungsmittel Berufsaustritt oder die Alternative Abbruch stehen Pflegeeltern nur so weit zur Verfügung, wie es ihnen möglich ist, die eingegangenen Beziehungen wieder aufzulösen.

4. Die Frage, ob es ein Scheitern in der Pädagogik überhaupt gibt, erweist sich als komplex. So schildert *Funke* (1996, 83) eine durchwegs positive Seite des Scheiterns, wenn er betont, dass Scheitern sicher schmerzhaft, aber *oft der Schritt in eine neue Lebensqualität* ist.

Er bezeichnet Scheitern als eine Grenzerfahrung, die zum Eingeständnis führt, dass es so nicht mehr geht:

„Die Kraft reicht nicht aus, das Ziel war zu hoch, ich habe mich überschätzt oder überschätzt, habe mich übernommen, zu viel gewollt. Eine Grenze ist erreicht. Und diese Grenze nötigt uns etwas ab, wir müssen etwas oder uns verändern, meistens beides zusammen.“ (Funke, 1996, 83)

*Funke (1996, 84) führt zur Bedeutung des Scheiterns im Alltag aus, dass wir lernen, trotz des Scheiterns zu leben. Und das ist etwas sehr Befreiendes und Hoffnungsvolles:*

„Obwohl wir wissen, dass uns nichts endgültig Gutes gelingt, müssen wir dieses Gute doch tun, wir müssen es versuchen.“ (Funke, 1996, 84)

Ähnlich sieht auch *Oser<sup>19</sup> keinen Widerspruch zwischen Hoffnung und Scheitern:*

„Scheitern ist kein Ziel, aber es ist eine Tatsache, die jegliche Begegnung und jeden fruchtbaren Moment [...] mitgestaltet. Scheitern enthält aber auch nicht notwendigerweise Tragik, sondern nur Offenheit.“

Scheitern kann trotz der ganzen Tragik, die ein weiterer Beziehungsabbruch im Leben eines Kindes bedeuten kann, nicht nur als dringend zu vermeidende Katastrophe angesehen werden, sondern birgt, wenn sensibel agiert wird, die Möglichkeit eines wünschenswerten Neuanfangs in sich.

Die vier Aspekte des Scheiterns, wie sie hier kurz umrissen wurden, finden im nächsten Schritt als Basis für den Versuch einer Definition von Gelingen, die differenzierter als ein Nichtscheitern ist, Verwendung.

## 6.2.2 Versuch einer Definition von Gelingen

Formal kann ein Pflegeverhältnis dann als gescheitert verstanden werden, wenn seine Fortsetzung nicht sinnvoll ist. Diese Frage kann dabei nur im Hinblick auf ein bestimmtes Ziel beantwortet werden. So unterschiedlich diese Zieldefinition auch sein mag, sie sollte den Aspekt des Kindeswohls in irgendeiner Form umschreiben. Um das Ziel, das heißt das Gelingen eines Pflegeverhältnisses, zu erkennen, muss dieses Gelingen definiert werden. Dabei können unterschiedliche Facetten betont werden. Weitgehend Einigkeit scheint im Pflegekinderwesen darin zu bestehen, dass die Integration des Pflegekindes in die Pflegefamilie beabsichtigt werden muss. Die Integration ihrerseits bedürfte einer Definition. Es stellt sich die Frage, was Integration heißt und wann sie gelungen ist. Die Frage nach der Verwirklichung der Integration lässt sich am ehesten für den Einzelfall beantworten: Wie die Integrationstheorie von

*Nienstedt und Westermann* (1989), die im Folgenden zusammengefasst wird, veranschaulicht, lässt Integration auch scheinbare Rückschritte zu. Integration wird somit als Prozess verstanden. Neben der Integration gewinnt ein zweites Kriterium Bedeutung, die Erfahrung von Vorkommen. Diese Erfahrung kann als Wachstum bezeichnet werden und äussert sich im Gefühl der Pflegeeltern, das Pflegekind fördern zu können und selbst in der Begegnung mit dem Pflegekind zu wachsen. Diese Erfahrung hängt unmittelbar mit einem dritten Kriterium zusammen. Es handelt sich um die Zufriedenheit mit der Entwicklung der Pflegebeziehung sowie um die Zufriedenheit der Pflegeeltern mit ihrer Rolle. Pflegeeltern, die eine generelle Zufriedenheit erfahren, werden sich auch mit schwierigen Situationen persönlich auseinandersetzen, ohne vorschnell auf eine Alternative in Form von Abbruch zurückzugreifen. Pflegeeltern, die sensibel sind, um bereits minimales Wachstum zu erkennen, werden vielleicht aber auch die Offenheit entwickeln, um dann, wenn sie selbst nicht mehr in der Lage sind, ein Pflegekind seinen Möglichkeiten und Bedürfnissen entsprechend zu fördern, ein Scheitern zuzulassen und das Kind für einen neuen Anfang freizugeben.

Die Definition des Gelingens, wie sie im Rahmen dieser Arbeit Verwendung findet und zur Beurteilung des Gelingens von Pflegebeziehungen herangezogen wird, basiert somit auf den drei Elementen Integration, Wachstum und Zufriedenheit.

### **6.2.2.1 Integration**

Integration ist die Bedingung der Möglichkeit bzw. die Voraussetzung für die Entwicklung eines Pflegekindes. Erst die Zurverfügungstellung von Lebensraum und Beziehungen ermöglichen es dem Pflegekind, sich zu einem lebensfähigen und autonomen Menschen zu entwickeln. Pflegebeziehungen können als gelungen erkannt werden, wenn die Integration verwirklicht ist, das globale Ziel eines Pflegeverhältnisses muss sich jedoch an höheren Zielen, an Idealvorstellungen und „pädagogischen Utopien“ (vgl. Oser, 1985) orientieren.

#### **6.2.2.1.1 Wann ist die Integration gelungen?**

Die Frage, wann die Integration gelungen ist, *führt schnell auf das Feld weltanschaulicher Überzeugungen* (Krameyer-Schön, 1998, 108). *Krameyer-Schön* (1998, 108 f.) findet in ihrer (zweiten) Befragung von 15 Pflege- und Adoptivfamilien mit insgesamt 19 im Grundschulalter aufgenommenen Kindern Beispiele für eine Reihe unterschiedlicher Zielsetzungen. So versucht die eine Pflegefamilie, möglichst professionell mit der kaum zu beeinflussenden Be-

---

<sup>19</sup> In „Ein Gedanke zum Jahreswechsel“ an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pädagogischen Instituts (31. Dezember 1997).

hinderung ihres Pflegekindes umzugehen, während sich ein kinderloses Paar mit einem traumatisierten Pflegekind in wechselseitiger Anpassung um den Aufbau einer Familie bemüht. Auf die Frage, ob die Pflegeeltern ihr Pflegekind wie ein eigenes (leibliches) Kind empfinden, erhält *Krameyer-Schön* (1998) sehr unterschiedliche Antworten. Einig sind sich die befragten Personen hingegen darüber, dass sich eine ursprüngliche Fremdheit allmählich abbauen konnte. Sie nehmen die aufgenommenen Kinder *heute* sogar (*weitestgehend*) als „ihre“ Kinder wahr (*Krameyer-Schön*, 1998, 199 und vgl. 5.2.2). In der ersten Phase des Kennenlernens muss die anfängliche Fremdheit von der aufnehmenden Familie und dem Pflegekind überwunden werden. Zu diesem Zeitpunkt können Pflegeeltern ein Pflegekind jederzeit wieder zurückgeben, da noch keine emotionalen Bindungen bestehen. Fragen zur Überwindung der Fremdheit und Integration sind letztlich auch Fragen zur Neuanpassung des Verhaltens an veränderte Situationen. Die Neuanpassung wird als wichtiger Faktor in der Forschung zu kritischen Lebensereignissen thematisiert. Dabei steht die Frage im Vordergrund, *unter welchen personen- und/oder kontextspezifischen Bedingungen* ein Wechsel respektive Übergang in eine neue soziale Rolle erfolgreich vollzogen wird (*Filipp*, 1981, 5). Dies ist eine Frage nach inner- und ausserhalb der Person liegenden Ressourcen.

Die Erfahrung von Anpassung erfolgt subjektiv. Integrationsgefühle lassen sich für die Perspektive des Pflegekindes und für die Perspektive der Pflegeeltern erfragen:

Gelingende Pflegebeziehungen sind Pflegebeziehungen, in denen das Pflegekind aus der Perspektive der Pflegeeltern integriert ist und die Pflegeeltern die Integration aus der Sicht des Pflegekindes als verwirklicht einschätzen.

#### **6.2.2.1.2 Die Theorie zur Integration des Pflegekindes von *Nienstedt und Westermann***

Nach Ansicht von *Nienstedt und Westermann* (1989, 48-88) erfolgen die Nachentwicklung des Pflegekindes und seine Integration in der Pflegefamilie in drei Phasen. Nach dem Durchlaufen dieser drei Phasen hat das Pflegekind nach Ansicht der Autorin und des Autors neue persönliche Objektbeziehungen aufgebaut. Dabei hat sich auch eine schützenswerte Bindung entwickelt. Bei den von *Nienstedt und Westermann* beschriebenen Stadien handelt es sich um eine Orientierungs- und Gewöhnungsphase, eine meist konfliktreiche Integrationsphase und eine Phase des intensiven Beziehungsaufbaus durch Regression.

1. In der *Anpassungsphase* (*Nienstedt & Westermann*, 1989, 51 ff.) zeigen sich zunächst eine Überanpassung und eine Vermeidung offener Konflikte. Das Kind ist gegenüber den Bedürfnissen der neuen Eltern übersensibel. Mit dieser starken Einfühlsamkeit sollen intra-

psychische Konflikte, wie zum Beispiel die verminderte Objektbeziehungsfähigkeit, überspielt werden.

2. Diese erste Eingewöhnungsphase wird von einer Phase der *Wiederholung früherer Beziehungsformen in der Übertragungsbeziehung* (Nienstedt & Westermann, 1989, 67 ff.) abgelöst. Das Kind überprüft seine früheren Verhaltensweisen bezüglich deren Relevanz in der Pflegefamilie, das heisst, es überträgt die Konflikte mit den Herkunftseltern auf die Pflegeeltern. Während sich das Pflegekind in der ersten Integrationsphase gut angepasst verhielt, treten in der zweiten Phase scheinbare Verhaltensrückschritte auf. Diese Verhaltensstörungen, die über eine längere Zeit bestehen können, werden als Fortschritte verstanden. Sie werden sichtbar, weil *das Kind eine grössere Sicherheit in der neuen Situation gewonnen, seine Angst reduziert und die Pflegeeltern als nicht bedrohlich und potentiell befriedigend wahrgenommen hat* (Nienstedt & Westermann, 1989, 67).
3. Auf die zweite Phase folgt die Phase der *Entwicklung persönlicher Beziehungen durch regressive Beziehungsformen* (Nienstedt & Westermann, 1989, 81 ff.). Das Kind fällt in dieser Phase in frühere Entwicklungsphasen zurück und zeigt frühkindliche Verhaltensweisen. Das wird so interpretiert, dass das Kind die Nähe zu seinen Pflegeeltern ganz besonders sucht, um sich von einer sicheren Basis aus gleichzeitig loszulösen. Die Übertragungsbeziehungen der vorausgegangenen Phase werden damit (über die Regression) zu wirklichen Bindungen.

Die von Nienstedt und Westermann postulierten Integrationsphasen können helfen, Integrationsprozesse besser nachzuvollziehen. Das Wissen darum, dass die Wiederholung früherer Beziehungsformen in der Übertragungsbeziehung nicht als Rückschritt, sondern als Fortschritt zu bewerten ist, kann erheblich entlasten. Ein phasenhafter Verlauf des pflegekindlichen Anpassungsprozesses, wie er auch von anderen Autorinnen und Autoren diskutiert wird, ist bisher erst in Ansätzen empirisch bestätigt worden (vgl. Kötter, 1997, 98 f.). Ein pädagogischer Effekt zeigt sich zudem immer erst im Nachhinein (vgl. Oelkers, in Vorb., 4). Inwieweit eine Integration des Pflegekindes in die Pflegefamilie im Laufe der Zeit tatsächlich stattfinden konnte, soll sich nach *Nienstedt und Westermann* (1989) erst in der Adoleszenz, im Ablösungsprozess von den Pflegeeltern, zeigen.



### 6.2.2.2 *Wachstum und Zufriedenheit*

Das Kriterium Wachstum wird vorwiegend in Anlehnung an die Burnoutforschung verwendet. Zudem findet sich der Begriff des Wachstums aber auch im Rahmen der entwicklungspsychologischen Forschung. Im Kontext der Life-span-Psychologie wird die lebenslange Entwicklung und besonders das Wechselspiel von Wachstum (Gewinn) und Abbau (Verlust) hervorgehoben (vgl. Baltes, 1990, 8 ff.).

Burnout ist *das Resultat andauernder oder wiederholter emotionaler Belastung im Zusammenhang mit langfristigem, intensivem Einsatz für andere Menschen* (Kramis-Aebischer, 1995, 42) mit der erstmals von *Freudenberger* (1974 in Kramis-Aebischer, 1995, 42) beschriebenen Symptomatik von Erschöpfung, Müdigkeit, Reizbarkeit, Misstrauen, Halsstarrigkeit, Zynismus und Depression. *Kramis-Aebischer* (1995, 54) stellt das kybernetische Modell von Burnout von *Heifetz und Bersani* (1983) vor, deren Perspektive sich statt auf Stressquellen auf *Kriterien der Zufriedenheit und Erfüllung in Sozialberufen* richtet. Im Mittelpunkt dieses Modells steht die Selbstentfaltung (personal growth) von Helferpersonen. Es umfasst *zwei grundlegende Bedürfnisse der Helferpersonen: 1. ein Bedürfnis, Wachstum bei andern zu fördern und 2. ein Bedürfnis, in der Arbeit selbst zu wachsen*. Eine Person wird sich in ihrer Rolle nicht ausgebrannt fühlen, solange sie das Gefühl hat, dass sie die zu betreuende Person fördern kann und dass sie selbst in der Begegnung und Beziehung mit dieser Person wächst. Mit anderen Worten ist die Tatsache, in seiner Arbeit, seinen Bemühungen und seinem Engagement Sinn zu erfahren, ein entscheidender Schutzfaktor dafür, nicht nur nicht Gefahr zu laufen auszubrennen, sondern auch die Bemühungen aufrechtzuerhalten.

Bei *Krameyer-Schön* (1993) findet sich eine Tendenz der interviewten Pflege- und Adoptiveltern, die schwierigsten Zeiten im Nachhinein als Chance für das persönliche Wachstum zu interpretieren. Eine von ihrer befragten Pflegemutter führte zum Beispiel aus:

„Auf der einen Seite waren da diese riesigen Schwierigkeiten und auf der andern waren diese unheimlich vielen Dinge, die wir wirklich dazu gelernt haben, die unser Leben bereichern [...] andere Einstellungen [...] Toleranz.“ (Krameyer-Schön, 1993, 127)

Fast alle von *Krameyer-Schön* (1993, 129) untersuchten Pflegeeltern würden *es noch einmal tun*:

„Ich denke, es ist gut gewesen, wie es war ... irgendwie überwiegt im Nachhinein immer das Gute.“ (Krameyer-Schön, 1993, 130)

Viele erfuhren Zufriedenheit über die Bewältigung der Schwierigkeiten:

„Wir haben das an und für sich ganz gut hingekriegt ... wir können mit ruhigem Gewissen behaupten, dass wir das Richtige getan haben, auch wenn das überheblich klingt (von Einzelheiten abgesehen).“ (Krameyer-Schön, 1993, 130)

Ob es gelingt, ein Kind fördern zu können, Erfolg zu haben, ist eine subjektive Einschätzung vor dem Hintergrund von Erwartungen und oft eine (Re-)Interpretationsleistung (vgl. Kohli, 1991, 314). Diese Einschätzung hängt mit der Zufriedenheit mit der Entwicklung der Pflegebeziehung und mit der Zufriedenheit mit der pflegeelterlichen Rolle zusammen. Wachstum und Zufriedenheit stellen neben der Integration weitere Kriterien zur Veranschaulichung eines Gelingens dar:

Gelingende Pflegebeziehungen sind Pflegebeziehungen, in denen die Pflegeeltern das Gefühl haben, dass sie das Pflegekind fördern können und denken, selbst in der Begegnung mit dem Pflegekind zu wachsen. Die Pflegeeltern sind mit der Entwicklung der Pflegebeziehung und ihrer Rolle als Pflegeeltern zufrieden.

### 6.2.3 Anwendungsbereich der Definition

Die vorgeschlagene Definition des Gelingens mit den Elementen Integration, Zufriedenheit und Wachstum (vgl. Kästchen S. 118 f. und oben) erlaubt eine Beurteilung des Gelingens aus der Perspektive der Pflegeeltern. Integration ist dabei die Hauptfrage der Beziehung und Bindung. Wachstum ist einerseits eine Frage der Förderung, das heisst der Erziehung und Entwicklung, und andererseits eine Frage der persönlichen Entwicklung. Zufriedenheit ist eine Frage der persönlichen Motivation.

Neben den pflegeelterlichen und pflegekindlichen Integrationsgefühlen wird Integration immer auch aus weiteren Perspektiven eingeschätzt. Auch die Beurteilung der Förderung erfolgt von verschiedenen Seiten. Pflegeverhältnisse haben eine politische Dimension. Systemtheoretisch sind die Integration des Pflegekindes in das pflegefamiliale System und die Förderung des Pflegekindes, das heisst das gesamte Gelingen der Pflegebeziehung, ganz wesentlich davon abhängig, wie neben den Pflegeeltern auch die Vertreterinnen und Vertreter des Herkunftsfamiliensystems und jene des behördlichen Systems diese Prozesse beurteilen. Das verlangt, dass die Definition einer verwirklichten Integration und sinnvollen Förderung bzw. des Gelingens von allen drei Systemen gemeinsam geleistet wird oder dass zumindest eine vorgegebene Definition von allen drei Systemen explizit bejaht wird. In vielen Fällen ist dies nicht gewährleistet und die drei Systeme haben eine jeweils andere Vorstellung von Gelingen, was dann zu Konflikten und in ihrer Folge zu Abbrüchen führen kann (vgl. Beispiel, S. 113 ff.). Die platzierenden und platzierungsbegleitenden Behörden und die von ihnen beauftragten

Fachkräfte müssen die Verantwortung dafür übernehmen, dass solche gemeinsamen Definitionen vorhanden sind. Dabei sind solche Definitionen dynamisch, als im Prozess der Entwicklung des Pflegeverhältnisses stets zu überprüfende und anzupassende, aufzufassen. Eine prozessorientierte Definition des Gelingens, auf der Ebene des gesamten Systems, könnte folgendermaßen ausfallen:

Gelingende Pflegeverhältnisse sind Pflegeverhältnisse, die in einem gemeinsamen Prozess der beteiligten Systeme (Pflegefamilie, Herkunftsfamilie, Behörde) und deren Vertreterinnen und Vertreter gestaltet werden. In diesem Prozess werden Ziele und Aufgaben gemeinsam umschrieben, überprüft und dauernd den aktuellen Anforderungen angepasst, dies alles mit dem Ziel, das Kindwohl zu realisieren und zu erhalten und dem Pflegekind mit den entsprechenden Rahmenbedingungen eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen. Entscheidend sind dabei vor allem die Zielübereinstimmung der beteiligten Systeme und die Übereinkunft über die zur Zielerreichung erforderlichen Aufgaben.

Damit wäre gesagt, dass das Gelingen einer Pflegebeziehung stärker vom Gelingen des komplexen Prozessverlaufs der drei Systeme abhängig ist als von den inhaltlichen Zielen. Ob es gelingt oder nicht gelingt, ist aufgrund dieser systemischen Betrachtungsweise vom Umgang der Erwachsenen miteinander abhängig und weniger vom Umgang der Pflegeeltern mit dem Pflegekind.

Eine Problematik dieses Ansatzes liegt darin, dass es Pflegeverhältnisse eigentlich nur gibt, weil eines dieser Systeme in seiner Funktion derart beeinträchtigt ist, dass entweder aus eigener Einsicht oder auf Eingreifen des gesellschaftlichen Übersystems das Pflegekind aus diesem System herausgelöst wurde. Die Gestaltung des Prozesses der drei Systeme ist folglich von der Ausgangslage her schwierig und wird immer mit einer hohen Energieleistung verbunden sein. Es gehört zu den schwierigen Aufgaben dieses Prozesses, den Stellenwert und die Autonomie des Herkunftssystems und dessen Einflussmöglichkeiten auf das Pflegekind abzuklären und eventuell stark einzuschränken. Kompetenzen, Entscheidungs- und Einflussmöglichkeiten der drei Systeme müssen sorgfältig geklärt, verteilt und gegebenenfalls umverteilt werden.

Pflegeverhältnisse gelingen, wenn es gelingt, den Prozess und das Verhältnis zwischen den beteiligten Systemen kompetent zu gestalten. Damit ist nämlich eine Voraussetzung geschaffen, die dann die Gestaltung des pädagogischen Verhältnisses Pflegeeltern-Pflegekind gelingen lässt. Insofern ist die Einschätzung der Pflegeeltern zu Integration, Wachstum und Zufriedenheit ein Indikator für das Funktionieren des Gesamtsystems.

## 6.3 Resilienz und gelingende Pflegebeziehungen

Die Resilienzforschung hat ihre Wurzeln in den frühen Arbeiten von *Bowlby* (1951 in Bliesener, 1988, 13) zum Einfluss des mütterlichen Verhaltens auf die Entwicklung des Kindes (vgl. auch 4.2). Psychische Störungen wurden zunehmend auf ursächliche Erfahrungen zurückgeführt, die später als Risikofaktoren deklariert wurden. Das Aufwachsen in einer Pflege- oder Stieffamilie stellt aufgrund einer Untersuchungsübersicht von *Honig* (1986 in Bliesener, 1988, 14) einen solchen Risikofaktor dar. Dem Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren gebührt somit auch bei der Betrachtung von Pflegefamilien Aufmerksamkeit. Im Folgenden wird zuerst das Konstrukt der Resilienz und danach die eindruckliche und viel zitierte Kauai-Längsschnittstudie zur Resilienz vorgestellt.

Das Konstrukt der Resilienz richtet seine Aufmerksamkeit herkömmlicherweise auf widerstandsfähige Kinder und Jugendliche. Da es neben Risikofaktoren und Belastungsbewältigung auch Schutzfaktoren berücksichtigt, wird die dreiteilige Basis dieses Konstrukts auch zur möglichen Veranschaulichung eines Gelingens von Pflegeverhältnissen (im Sinne einer erfolgreichen Belastungsbewältigung) verwendet.

### 6.3.1 Das Konstrukt der Resilienz

Kinder und Jugendliche, die zwar unter hohen Belastungen stehen, aber erfolgreiches Bewältigungsverhalten zeigen, hatten vorerst besonders in den USA das Interesse auf sich gezogen. Unterdessen liegen zahlreiche Studien vor. Diese Kinder und Jugendlichen können in Anlehnung an das englische „resilience“ als „resilient“ (widerstandsfähig)<sup>20</sup> bezeichnet werden. Im Rahmen von Resilienzstudien wird versucht, die Frage zu beantworten, über welche Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten Kinder und Jugendliche verfügen müssen, um Belastungen erfolgreich bewältigen zu können.

Zur Resilienz gibt es unterschiedliche konzeptuelle Ansätze (vgl. Köferl, 1988, 224 ff.). Den Modellen kommen zumeist strukturierende und weniger erklärende Funktionen zu. Verschiedene Modelle, wie jenes von *Werner und Smith* (1982), wurden zudem für einen bestimmten Kontext konzipiert. Der Entwicklungsstand der Resilienzforschung wird daher oft mit Bezug auf Schlüsselvariablen (Belastung, Risikofaktor, Belastungsbewältigung, Schutzfaktor und andere) umschrieben.

---

<sup>20</sup> „Resilience“ meint nicht Stressresistenz oder Unverletzlichkeit (vgl. Rutter, 1985). Der Begriff kann am ehesten mit Widerstandsfähigkeit übersetzt werden.

Die hier vorgenommene Skizze orientiert sich vorwiegend am *Konstrukt der Resilienz*, wie es von *Bründel* (1993, 90 ff.) dargestellt wird. Belastungen haben im Resilienzkonzept zwar eine wichtige Funktion, *denn sie wirken auf die Kinder und Jugendlichen ein und hinterlassen auch ihre Spuren, aber dies offensichtlich ganz unterschiedlich. Es muss also noch andere Merkmale geben*, die dafür verantwortlich gemacht werden können, dass auch Höchstbelastungen relativ *unbeschadet und unversehrt* überstanden werden (*Bründel*, 1993, 96). Diese Merkmale liegen in den protektiven Faktoren. Nach den Bielefelder Resilienzstudien an Heimkindern sind diese das soziale Netzwerk, die soziale Unterstützung, Freundschaftsbeziehungen und das Copingverhalten (*Bründel*, 1993, 96). Ein Modell der Resilienz lässt sich nach *Bründel* (1993) folgendermassen darstellen:

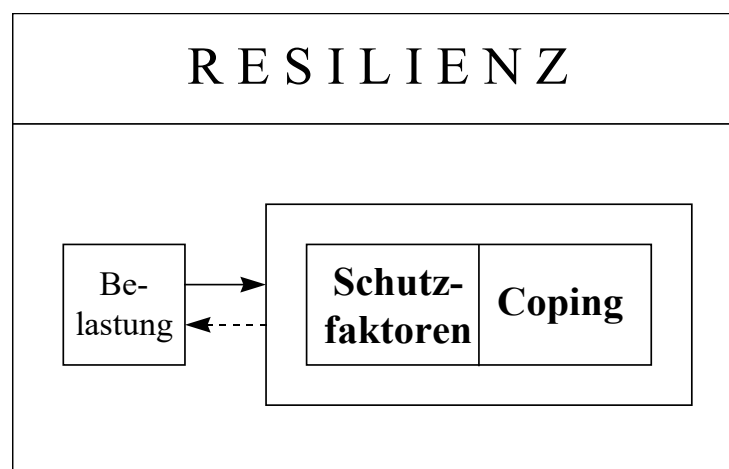


Abbildung 6-1: Das Konstrukt der Resilienz (*Bründel*, 1993, 93)

Die isolierte Fokussierung von Belastungen vermag die psychische Reaktion eines Individuums nicht vorauszusagen. Das Resilienzkonstrukt basiert auf Belastung, Schutzfaktoren und Coping, wobei an Stelle von Belastung in der Resilienzforschung, im Unterschied zur Stressforschung, häufig der Begriff Risikofaktoren verwendet wird (vgl. *Bliesener*, 1988, 14). Obwohl alle drei Faktoren dazu gehören, kommt der Interaktion von Schutzfaktoren und Coping eine besondere Bedeutung zu (vgl. *Bründel*, 1993, 93).

Resilienz beruht im Wesentlichen auf personalen und sozialen Merkmalen, die Schutzfunktionen übernehmen. Dabei gewinnt die Resilienz besondere Bedeutung, wenn sie nicht als additives Modell, in dem mit dem Anstieg der Belastungen bzw. Risikofaktoren ein Anstieg an Ressourcen bzw. Schutzfaktoren zur Belastungsbewältigung erforderlich würde, sondern als interaktives Modell aufgefasst wird. Ein interaktives Modell der Resilienz wird vor allem von *Rutter* (1987) vertreten. Interaktion bezeichnet die Dynamik zwischen den Risiko- und Schutzfaktoren, das heisst ihr Zusammenwirken. Gegenüber einem additiven Modell finden

weniger die einzelnen Risiko- und Schutzfaktoren Beachtung als die risikoerhöhenden und risikomildernden Mechanismen. In einem interaktiven Modell stehen somit Prozessvariablen im Vordergrund. Es zeigte sich, dass die Qualität, nicht aber die Quantität der Ressourcen von Bedeutung ist. Zum Beispiel kann ein älterer Bruder, eine ältere Schwester oder eine verständnisvolle Lehrperson eine entscheidende Rolle spielen, damit hohe Belastungen angegangen und wohlbehalten überstanden werden können (vgl. nächster Abschnitt).

### 6.3.2 Die Kauai-Längsschnittstudie

Die Kauai-Längsschnittstudie ist eine der wenigen Untersuchungen, die das Netz von Risiko- und Schutzfaktoren und die individuelle Widerstandskraft (Resilienz) in einer Langzeitperspektive erfasst. Die Studie basiert, so kommentiert *Hantel-Quitmann* (1997, 13), auf einer *unglaublichen Energieleistung*. Untersucht werden alle 698 Personen, die 1955 auf der Inselkette Kauai, Hawaii, geboren wurden, vom Zeitpunkt ihrer Geburt an. Es handelt sich um japanische, philippinische, hawaiische und weiße Kinder.

*Werner* (1997) referiert die wissenschaftlichen Ergebnisse der seit mehr als 40 Jahren laufenden Kauai-Studie, an der sie seit über drei Jahrzehnten mitarbeitet. Rund 30 % der Studienpopulation wurden in eine Risikosituation (bedingt durch Faktoren wie chronische Armut, geburtsbedingte Komplikationen, Belastung der Familie durch dauerhafte Disharmonie und elterliche Psychopathologie) hinein geboren:

„Zwei Drittel dieser Kinder, die im Alter von zwei Jahren vier oder mehr solchen Risikofaktoren ausgesetzt waren, entwickelten schwere Lern- oder Verhaltensprobleme in der Schulzeit, wurden straffällig im Jugendalter, hatten psychische Probleme oder wurden schwanger. Auf der anderen Seite entwickelte sich ein Drittel dieser Kinder trotz der erheblichen Risiken, denen sie ausgesetzt waren, zu kompetenten, zuversichtlichen und fürsorglichen Erwachsenen. Im Alter von 40 Jahren gibt es in dieser Population im Vergleich mit der Altersgruppe die niedrigste Rate an Todesfällen, chronischen Gesundheitsproblemen und Scheidungen. Trotz der schweren ökonomischen Rezession haben alle diese Erwachsenen Arbeit, und keiner von ihnen hatte Konflikte mit dem Gesetz. Ihre Ehen sind stabil. Sie schauen hoffnungsvoll und positiv auf die Zukunft. In ihren Berichten über sich selbst gibt es wenig, worüber sie im Ärger sprechen, aber sehr viel Mitgefühl für andere Menschen.“ (Werner, 1997, 194)

*Werner* (1997, 195) führt aus, dass ihre Befunde aus anderen in den USA und Europa durchgeführten Längsschnittstudien zeigen, dass resiliente Kinder *Temperamenteigenschaften besitzen, die bei Sorge- und Erziehungspersonen positive Reaktionen – Aufmerksamkeit und Wärme – auslösen*. Andere protektive Faktoren, die im Individuum liegen (lebensbegünstigende Eigenschaften), wurden bei den Kauai-Kindern und in anderen Studien in einer internen Kontrollüberzeugung und einem positiven Selbstkonzept gefunden:

„Durch die wiederholte erfolgreiche Meisterung frustrierender Situationen, entweder durch eigene Initiative oder mit Hilfe anderer, entwickelten die widerstandsfähigen Jungen und Mädchen in ihrer Kindheit Vertrauen in die Fähigkeit, ihre Lebenswelt positiv zu beeinflussen.“ (Werner, 1997, 196)

Ein wesentlicher protektiver Faktor, der ausserhalb des Individuums liegt, stellt aufgrund der Befunde der Kauai-Studie die Chance dar, *eine enge Bindung mit mindestens einer kompetenten und stabilen Person*, die auf die Bedürfnisse des Kindes eingestimmt ist, aufbauen zu können (Werner, 1997, 196). Innerhalb der Familie spielten diesbezüglich die Grosseltern und älteren Geschwister eine entscheidende Rolle. Zudem scheinen die widerstandsfähigen Kinder *eine besondere Gabe zu besitzen, Ersatzeltern anzuziehen, die ihre Fähigkeiten belohnen, ihr Verantwortungs- und Autonomiestreben unterstützen und Modelle der Hilfsbereitschaft und Fürsorge darstellen*. Ein positives Rollenmodell bildet zum Beispiel eine Lieblingslehrerin oder ein Lieblingslehrer. Die Studie in Kauai sowie eine Anzahl anderer Längsschnittstudien zeigen, dass sich widerstandsfähige Kinder und Jugendliche *auf einige Freunde und Freundinnen (aus stabilen Familien), Nachbarn und ältere Menschen in der Gemeinde als Quelle emotionaler Unterstützung verlassen* (Werner, 1997, 197 f.). Solche Verbindungen tragen dazu bei, dass die resilienten Kinder Distanz zwischen sich und dem eigenen Elternhaus herstellen und eine positive Lebensperspektive entwickeln können.

Die Ergebnisse der Langzeitstudien zur Entwicklung von sogenannten Risikokindern veranschaulichen, dass protektive Faktoren den entscheidenderen Einfluss auf das Leben der Kinder und späteren Erwachsenen ausüben als Risikofaktoren oder stresserzeugende Lebensereignisse. Werner (1997, 198) spricht von den *selbstkorrigierenden Tendenzen*, mit welchen sich die meisten Kinder vor den negativen Folgen ungünstiger Lebensumstände schützen können. Die Schutzfaktoren scheinen dabei *ethnische, sozioökonomische und geographische Grenzen zu überschreiten*.

### **6.3.3 Ein Modell widerstandsfähiger Pflegebeziehungen**

Die dreiteilige Basis des Konstrukts der Resilienz, das heisst die Berücksichtigung von Risikofaktoren, Belastungsbewältigung und Schutzfaktoren, wird, analog zur erfolgreichen Belastungsbewältigung, als Modell des Gelingens von Pflegebeziehungen herangezogen und daher das obige Modell als Strukturierungshilfe verwendet:

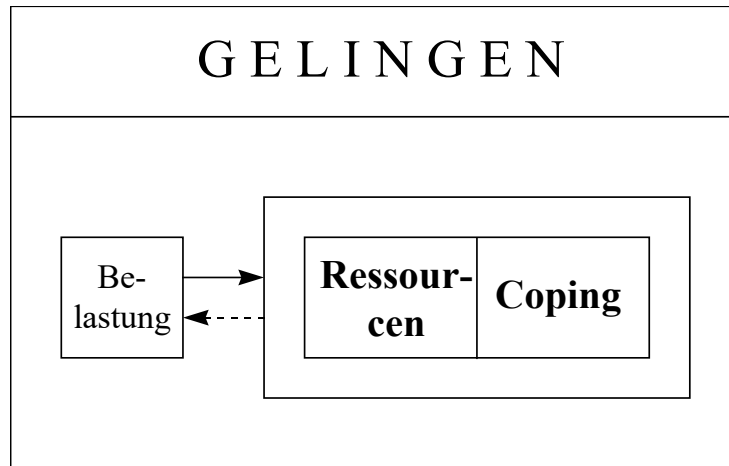


Abbildung 6-2: Das Modell widerstandsfähiger Pflegebeziehungen

Da Gelingen weniger Ergebnis ist, sondern, wie bereits angedeutet wurde, einen Prozess darstellt, steht das Zusammenspiel der drei Faktoren im Vordergrund. Widerstandsfähige, das heisst resiliente Pflegebeziehungen sind Pflegebeziehungen, die sich hohen und höchsten Belastungen gegenübersehen, aber über Widerstandsquellen verfügen. Es handelt sich um Bindungen zwischen Pflegekindern und ihren Pflegeeltern, die trotz hoher Anforderungen und Belastungen entstehen und sich als „unbesiegt“ erweisen. Das Hauptinteresse richtet sich dabei auf die Verfügbarkeit notwendiger Ressourcen, damit eine Pflegebeziehung resilient ist. Die Aufmerksamkeit richtet sich folglich auf Ressourcen, die für ein Bestehen der Pflegebeziehung förderlich sein könnten und bei der Bewältigung von Anforderungen hilfreich scheinen. Der Erfolg eines Pflegeverhältnisses wird von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Die vorliegende Arbeit fokussiert Einflussgrößen, die innerhalb und ausserhalb des Interaktionssystems der Pflegefamilie liegen und mit dem Gelingen der Pflegebeziehung korrespondieren. Unter den protektiven Faktoren werden allgemein interpersonale Aspekte wie Zuvorsicht, Kontrollüberzeugung und Selbstvertrauen sowie Faktoren, die ausserhalb der Person liegen, wie soziale Unterstützung, zusammengefasst. Solche Faktoren werden im empirischen Teil dieser Arbeit für die Pflegeeltern untersucht.

Wenn auf Anforderungen, die an die Pflegebeziehung gestellt werden, nicht mehr konstruktiv reagiert werden kann, scheitern Pflegeverhältnisse. Während in resilienten Pflegeverhältnissen den Agonistinnen und Agonisten Möglichkeiten zur Verfügung stehen, um den Belastungen zu begegnen, fehlen scheidenden Pflegeverhältnissen solche Ressourcen.

Das Hauptinteresse richtet sich auf Pflegeverhältnisse, die nicht unempfindlich gegenüber Belastungen sind, aber in denen die Bindung zwischen Pflegekind und seinen Pflegeeltern trotz hoher Belastung entsteht und sich als widerstandsfähig erweist.



## ***6.4 Belastungsbewältigung und Ressourcen***

Die drei Basisaspekte der Resilienz sind Risikofaktoren, Belastungsbewältigung sowie Schutzfaktoren und Ressourcen. Auf die Risiko- und Belastungsfaktoren wurde bisher mehrfach eingegangen. Eine Reihe von Belastungsbereichen und relevanten Belastungsfaktoren wurde in Kapitel 6.1 zusammengefasst. Nun wird auf die Belastungsbewältigung und auf unterschiedliche Ressourcen eingegangen.

Die Belastung wird im Rahmen von Untersuchungen zur Resilienz und im Stressmodell von Lazarus relativ einheitlich definiert (vgl. Bliesener, 1988, 6 ff.). Wenn eine Situation negative Gefühle auslöst, wird sie als belastend respektive stressend erlebt, womit angedeutet wird, dass eine Person vorwiegend nur selbst beurteilen kann, ob etwas für sie belastend ist oder nicht. Die Diskrepanz zwischen dem Individuum und den Anforderungen der Umwelt führt nicht zwangsläufig zur Beeinträchtigung der psychischen und physischen Gesundheit, vielmehr sind interindividuelle Differenzen des Bewältigungserfolgs zu erwarten. In beiden Ansätzen wird die Belastungsbewältigung als dynamischer Prozess verstanden. Im Folgenden wird der Prozess der Belastungsbewältigung mit Hilfe des transaktionalen Stressmodells von Lazarus veranschaulicht. Danach wird auf die Psychologie der Kontrollmeinung und auf Konzepte zur Kompetenzerwartung eingegangen, um die Bedeutung der subjektiven Bewertung im Bewältigungsprozess hervorzuheben. Somit wird bereits der eigentliche Bereich der Ressourcen angesprochen. Als weitere für Pflegebeziehungen bzw. Pflegeeltern relevante Ressource wird zusammen mit der Kompetenzerwartung der funktionale Optimismus aufgegriffen. Danach wird Diskursbereitschaft als Ressource thematisiert und auf partnerschaftliche Unterstützung, Rollenverhalten und Familiensinn eingegangen. Die Ressourcen Grenzen und Selbstverständnis der Pflegefamilie sowie soziale Unterstützung werden im Anschluss daran behandelt.

### **6.4.1 Das transaktionale Stressmodell von Lazarus**

Bei der Belastungsbewältigung wird vom „Coping-Modell von Lazarus“<sup>21</sup> ausgegangen, das ursprünglich zur Erforschung von Bewältigungsprozessen bei Stressreaktionen entwickelt wurde. Das Modell von Lazarus ist eines der weitestentwickelten und meistgeprüften Modelle der Stressforschung. Einer neueren Darstellung von Lazarus entsprechend bezieht sich

---

<sup>21</sup> Die Ausführungen basieren zum Teil auf einem Referat von *Claudia Ermert Kaufmann* (Wintersemester 1996/97) im Rahmen des Seminars „Psychologie und Krebs. Belastung und Belastungsverarbeitung“.

psychologischer Stress *auf eine Beziehung mit der Umwelt, die vom Individuum im Hinblick auf sein Wohlergehen als bedeutsam bewertet wird, aber zugleich Anforderungen an das Individuum stellt, die dessen Bewältigungsmöglichkeiten beanspruchen oder überfordern* (Lazarus & Folkman, 1986, zit. nach Krohne, 1997, 268). Das heisst, dass Stress Resultat einer kognitiven Einschätzung der Situation (primary appraisal) und der eigenen Handlungsmöglichkeiten (secondary appraisal) ist. Die erste Beurteilung der Situation als Störung des Wohlbefindens und Herausforderung, Bedrohung, Schädigung oder Verlust leitet eine zweite Abschätzung ein. In diesem zweiten Schritt werden interne bzw. persönliche Ressourcen – Problemlösefähigkeiten, aber auch Wertvorstellungen und Überzeugungen – sowie externe Ressourcen – Beziehungen oder soziale Unterstützung – und in ihrem Rahmen die eigenen Handlungsmöglichkeiten eingeschätzt. Der zweistufige Bewertungsprozess wiederholt sich, während sich eine Person mit der stressrelevanten Situation bzw. Person-Umwelt-Beziehung beschäftigt, und es kann somit zu einer Neubewertung (reappraisal) kommen.

Das Konzept der kognitiven Bewertung kann zur Erklärung interindividueller Unterschiede in Bezug auf die *Art, Intensität und Dauer ausgelöster stressrelevanter Prozesse* bei sonst gleichen Umweltbedingungen herangezogen werden. Es wird angenommen, dass es entscheidend von der Einschätzung der persönlichen Ressourcen abhängt, *ob sich jemand in einer Stress-Situation als bedroht oder als herausgefordert fühlt* (Krohne, 1997, 268). Stress ist demzufolge immer ein subjektives Erleben auf der Basis der Interpretation eines Ereignisses.

Die wahrgenommene Diskrepanz zwischen der primären und der sekundären Einschätzung entspricht dem Ausmass des erlebten Stresses respektive dem Gefühl, den gestellten Anforderungen nicht gewachsen zu sein. Alle Anstrengungen, die ein Individuum zur Minimierung dieser Diskrepanz unternimmt, werden als Bewältigung bzw. Coping verstanden. Nach Lazarus meint Coping somit nicht nur (objektiv) erfolgreich bewältigen. Jede Bemühung zur Problemlösung ist Coping, unabhängig davon, wie erfolgversprechend oder angemessen sie ist. Die Bewältigungsstrategie kann problemfokussiert bzw. instrumental sein und die Bewältigung wahrgenommener Anforderungen durch direkte Auseinandersetzung beabsichtigen oder die Veränderung emotionaler und kognitiver Aspekte zum Ziel haben und somit emotionsregulierend wirken (palliatives bzw. emotionsbezogenes Coping). Innerhalb der genannten Funktionen des problemfokussierten und palliativen Copings können jeweils die folgenden vier Bewältigungsarten unterschieden werden: *Informationssuche, direktes Handeln, Unterlassen von Handlungen sowie intrapsychisches Bewältigen* (Krohne, 1997, 269). Dieselbe Strategie, wie zum Beispiel „Umdeuten“ (intrapsychisches Bewältigen), kann somit sowohl eine instrumentelle als auch eine emotionsreduzierende Aufgabe übernehmen. In der Regel

sind die beiden Funktionen eng miteinander verbunden, erst in Situationen, die als unkontrollierbar eingeschätzt werden, dominiert das palliative Bewältigungsverhalten.

*Bliesener* (1988) fasst die folgenden Grundüberlegungen des Modells von Lazarus zusammen:

„Coping ist ein transaktiver Prozess, der durch situative Merkmale und die subjektive Bewertung der Situation bestimmt ist. Bestimmungsgrößen der subjektiven Bewertung sind zum einen persönliche Ressourcen, wie die eigene Gesundheit, Kraft, Ausdauer und spezielle Fertigkeiten, zum andern Ressourcen, die nicht innerhalb der Person liegen, wie die Unterstützung durch das soziale Netzwerk oder materielle und instrumentelle Ressourcen im Umfeld.“ (Bliesener, 1988, 10)

Das transaktionale Stressmodell hebt den Aspekt der subjektiven Bewertung in Abhängigkeit von Ressourcen besonders hervor. Pflegeeltern machen unabhängig vom Ausmass der erlebten Belastungen verschiedene Bewältigungsprozesse durch. Einerseits muss zum Beispiel die Inpflegenahme des Pflegekindes bewältigt werden, andererseits dessen Integration in die Pflegefamilie.

## 6.4.2 Psychologie der Kontrollmeinung

Seit Mitte der 70er Jahre ist das Interesse hauptsächlich der klinischen Psychologie an der Kontrolle, anfänglich vor allem als Gegenspielerin zur Hilflosigkeit, kontinuierlich gestiegen. In der ursprünglichen Theorie zur erlernten Hilflosigkeit von *Seligman* (1975, zit. nach *Pekrun*, 1990, 242) wurden *Motivations- und Verhaltensdefizite* mit der mangelnden *Kontrollierbarkeit von Verhaltenskonsequenzen* erklärt. Kontrolle haben bedeutet, Ziele zu erreichen, Lebensbedingungen zu bewältigen, Freiheit zu erfahren, funktionsfähig und glücklich zu sein. Kontrolle impliziert neben persönlichem Verdienst, Macht und denkbarem globalem Fortschritt immer auch Verantwortung (vgl. *Flammer*, 1990).

Der Berner Professor *Flammer* (1990) unterscheidet die Formen der primären und sekundären Kontrolle. Beide Formen dienen dem *Ziel der Passung zwischen der subjektiven Welt* bzw. den Ansprüchen des Individuums *und der subjekt-externen Welt* (*Flammer*, 1990, 160):

- Die Ausführung primärer Kontrolle meint aktives Herbeiführen eines bestimmten Zielzustandes durch Veränderung der subjekt-externen Gegebenheiten. Dies setzt voraus, dass das Ziel bekannt, als persönliches Ziel bedeutsam und ausgewählt wird, dass der Weg zum Ziel, das heisst die Methode, erkannt wird und dieser Weg auch gegangen werden kann und tatsächlich gegangen wird. Die indirekte Kontrolle stellt eine Form der primären Kontrolle dar, bei welcher Handlungen nicht selbst ausgeführt, sondern gezielt an einflussrei-

che andere und Mittelsleute delegiert werden. Die sekundäre Einschätzung, respektive die Einschätzung der Handlungsmöglichkeiten in der Bewältigungstheorie von Lazarus, entspricht der primären Kontrolle bzw. der primären Kontrollmeinung.

- Sekundäre Kontrolle bedeutet das Kontrollieren und Bewältigen von Schwierigkeiten, die sich der primären Kontrolle entziehen. Durch eine Veränderung der subjekt-internen Bedingungen werden objektiv nicht kontrollierbare oder nicht kontrollierte Ereignisse subjektiv kontrollierbar oder kontrolliert. *Rothbaum et al.* (1982, zit. nach Flammer, 1990, 145) unterscheiden folgende Formen sekundärer Kontrolle: verzerrte, geringe oder negative Erwartungen, die der Vermeidung von Enttäuschungen dienen (prädikative Kontrolle), *der Glaube, dass man auf der Seite des glücklichen Zufalls steht* (illusorische Kontrolle), die *Identifikation mit den Kontrollinhabern* (vikarisierende Kontrolle) und die *Uminterpretation der eigenen Ansprüche* (interpretative Kontrolle). Das palliative Bewältigungsverhalten bei Lazarus enthält Elemente der sekundären Kontrolle.

„Vielleicht noch wichtiger als tatsächliche Kontrolle ist der Glaube, man habe Kontrolle, ob dieser Glaube gerechtfertigt oder eine Illusion ist.“ (Flammer, 1990, 22)

Menschen, die glauben, keine oder zu wenig Kontrolle zu haben, wagen keine Kontrollhandlungen mehr und fühlen sich ohnmächtig. Daher kommt der Kontrollmeinung als persönlichen Meinung über das Ausmass der Kontrolle und als Teil des Selbstkonzepts grosse Bedeutung zu. Die Kontrolle verhält sich zur Kontrollmeinung so wie die Kausalität zur Kausalattribution: Obwohl *jedes Ereignis* respektive jede Wirkung *an viele Bedingungen gebunden* ist, wird *im Alltag jeweils nur eine als Ursache bezeichnet* (Flammer, 1990, 32). Die Ursachenzuschreibung erfolgt somit immer als eine mögliche Interpretation der Wirklichkeit.

### 6.4.3 Kompetenzerwartung und funktionaler Optimismus

Funktionaler Optimismus bezeichnet die Tendenz, die eigenen Handlungsmöglichkeiten angesichts von Gefahr zu überschätzen (vgl. Schwarzer & Renner, 1998, 49). Es lassen sich zwei Arten von konstruktiven Überzeugungen unterscheiden, die ihrerseits auch Elemente der Kontrollmeinung sind: die Konsequenzerwartung (outcome expectancy) als Überzeugung, *dass es überhaupt wirksame Handlungen* gibt, und die Kompetenzerwartung (self-efficacy expectancy) als Überzeugung, *dass man selbst dazu in der Lage ist, die Handlungen auszuführen* (Bandura, 1995, zit. nach Schwarzer & Renner, 1998, 49). Die Befunde von Bandura heben die Bedeutung der Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserwartung hervor. Nur Personen, die glauben, über passende Bewältigungsmöglichkeiten zu verfügen, sind gewillt, ein Problem instrumentell zu lösen.

„Kompetenzerwartungen dürfen nicht zu unrealistisch sein, sonst verführen sie zu riskanten Handlungen, mit denen man allzu leicht Schiffbruch erleiden kann. Eine Überschätzung der eigenen Möglichkeiten birgt das Risiko des Scheiterns. Aber andererseits muss die Selbstwahrnehmung des eigenen Handlungspotentials eine optimistische Komponente enthalten, weil man nur so beflügelt werden kann, schwierige Herausforderungen anzugehen, die ein Maximum an Anstrengung und Ausdauer erfordern.“ (Schwarzer & Renner, 1998, 50)

Somit sind *Optimismus und positive Illusionen von Handlungsmöglichkeiten* wichtige Bestandteile der Kompetenzerwartung (Schwarzer & Renner, 1998, 50).

Zur älteren Theorie der erlernten Hilflosigkeit liegt eine neuere Form vor, in welcher die interne, stabile und globale Zuschreibung (Kausalattribution) von negativen Ereignissen, das heisst der „*depressive Attributionsstil*“, als „*pessimistischer Interpretationsstil*“ deklariert wurde (Seligman, 1991, zit. nach Schwarzer & Renner, 1998, 50). Optimistische Personen hingegen interpretieren negative Vorkommnisse external, variabel und spezifisch, was ihnen positive, aber eventuell auch unrealistische oder verzerrte Erwartungen erlaubt. *Schwarzer und Renner* (1998, 51) beurteilen den Begriff Optimismus, wie ihn die Seligman-Gruppe verwendet, als ungeeignet, da sich deren Untersuchungen auf hypothetische Szenarien und deren Beurteilung aus der Retrospektive beziehen. Optimismus hingegen impliziert eine prospektive Richtung. Der Begriff betrifft die zukünftigen und ungewissen Ereignisse des Lebens.

Von *Jerusalem und Schwarzer* (1993) liegt eine Skala zur Bestimmung der „generalisierten Kompetenzerwartung“ vor. Die generalisierte Kompetenzerwartung versucht über die Beurteilung von allgemeinen Handlungsressourcen *funktionalen Optimismus zum Ausdruck zu bringen* (Schwarzer & Renner, 1998, 56). Defensiver Optimismus leugnet im Gegensatz zum funktionalen Optimismus das Risiko, allerdings liegt zwischen den beiden Formen des Optimismus ein positiver Zusammenhang vor, *in dem Sinne, dass selbstbezogene Kognitionen in bestimmten Phasen generell durch positive Illusionen (Verzerrungen) gekennzeichnet sind* (Taylor & Gollwitzer, 1995, zit. nach Schwarzer & Renner, 1998, 57). Auch die empirischen Befunde von *Schwarzer und Renner* (1998, 57 ff.) weisen darauf hin, dass Personen, die ihre Ressourcen funktional optimistisch überschätzen, dazu neigen, gleichzeitig defensiv optimistisch ihre Gefährdung zu unterschätzen. Die theoretische Aufgliederung des Optimismus in den funktionalen und den defensiven Optimismus spiegelt sich somit auf der Phänomenebene nicht wider, führt aber einmal mehr zu der Einsicht, dass sinnvolle Prävention nicht nur durch Risikokommunikation, sondern auch durch Ressourcenkommunikation erfolgen soll.

Es ist *normal, adaptiv und gesund* (Taylor, 1989, zit. nach Schwarzer & Renner, 1998, 58), gegenüber dem Selbst die positive Illusion der Selbstüberhöhung, gegenüber der Welt jene der überhöhten Kontrollüberzeugung bzw. Kontrollillusion und gegenüber der Zukunft die

positive Illusion der überhöhten Kompetenzerwartung bzw. des unrealistischen Optimismus zu kultivieren. Die Überschätzung der Handlungskompetenzen kann sich genauso wie die Unterschätzung eines Risikos als dysfunktional erweisen. *Baumeister* (1989, zit. nach *Schwarzer & Renner*, 1998, 59) nimmt daher an, *dass diese Illusionen generell nützlich und vorteilhaft sind, solange sie relativ gering sind*. Diese Beurteilung trifft aber nicht auf alle Situationen zu, in denen positive Illusionen in Erscheinung treten. Situationen, in denen auch stark überhöhte Erwartungen sinnvoll sind, sind durchaus denkbar. *Mogel* (1985, 62 f.) spricht, was die Selbstwirksamkeit anbelangt, von der überragenden Bedeutung der angemessenen oder unangemessenen Ausprägung und nicht von der Stärke bzw. der Schwäche ihrer Ausprägung.

#### **6.4.4 Diskursbereitschaft**

Menschliche Beziehungen werden durch die Qualität der Interaktionen bestimmt. Interaktionen zwischen Eltern und Kindern werden in letzter Zeit besonders aufmerksam untersucht. Eltern orientieren sich vermehrt an einem Prinzip der Gegenseitigkeit und binden Kinder vermehrt in familiäre Entscheidungsprozesse mit ein (vgl. *Cocard*, 1997, 33 f.). Allerdings ist soziale Reversibilität, wie das Prinzip der Gegenseitigkeit bei *Tausch und Tausch* (1991, 166 ff.) genannt wird, lange nicht in allen Eltern-Kind-Beziehungen verwirklicht. *Gordon* (1997) veranschaulicht zudem, dass nicht nur die Eltern gegenüber den Kindern Macht ausüben können, sondern auch die Kinder gegenüber den Eltern. Die Gegenseitigkeit, miteinander so umzugehen, wie es von einem Gegenüber erwartet wird, die Bedürfnisse der anderen so zu berücksichtigen wie die eigenen, und die Bemühung um eine gemeinsame Lösung in Konfliktsituationen finden sich auch in *Oser's* (1993) pädagogischer Präsupposition und in der von ihm eingeforderten Diskursbereitschaft (1998) von professionellen Erzieherinnen und Erziehern. Die Diskursbereitschaft wird hier als Ressource vorgeschlagen, die entscheidend auf die Eltern-Kind-Beziehung wirkt und zum Gelingen der Pflegebeziehung beiträgt.

##### **6.4.4.1 Soziale Reversibilität**

„Soziale Reversibilität/Irreversibilität charakterisiert die Gleichwertigkeit/Ungleichwertigkeit zwischen Personen.“ (*Tausch & Tausch*, 1991, 166)

In asymmetrischen zwischenmenschlichen Beziehungen sind Sprache und Handlungen selten sozial umkehrbar und gleichwertig. Die hierarchisch höherstehende Person nimmt gegenüber einer hierarchisch tieferstehenden Person oft eine Haltung ein, die sich Letztere gegenüber der

Ersteren nicht leisten kann, ohne offensichtlich missachtend und verletzend zu sein. Werden Aussagen und Handlungen im Hinblick auf ihre Reversibilität hingegen überprüft, so wird ihre Angemessenheit erkannt: Wenn Äusserungen, Handlungen und Massnahmen sozial reversibel sind, lebt die agierende Person gegenüber ihrer Partnerin bzw. ihrem Partner *Achtung-Anteilnahme, ein gewisses Verstehen ihrer/seiner inneren Welt sowie Echtheit* (Tausch & Tausch, 1991, 166). Bei Irreversibilität werden dagegen häufig die Gegenpole der drei genannten Dimensionen, nämlich Geringschätzung-Teilnahmslosigkeit, fehlendes Verstehen sowie Fassadenhaftigkeit-Unechtheit, vorliegen.

*Tausch und Tausch* (1991) erheben das Kriterium der Reversibilität/Irreversibilität zum Massstab für sozial verantwortliches Handeln:

„Dasjenige Handeln einer Person gegenüber einer anderen ist verantwortlich, dass diese Person für sich selbst anstelle des davon betroffenen anderen akzeptiert und als angemessen empfindet. Wir handeln verantwortlich, wenn wir unsere Handlungen und Entscheidungen in der Lage des davon Betroffenen für hilfreich, sinnvoll und angemessen, also für sozial reversibel und umkehrbar empfinden.“ (Tausch & Tausch, 1991, 170)

*Gordon* (1997) stellt in seiner Familienkonferenz ausführlich dar, dass nicht nur die Eltern ihre Macht gegenüber den Kindern einsetzen oder ausspielen können, sondern auch die Kinder ihre gegenüber den Eltern. *Gordon* differenziert zwar zwei Methoden, aber beide sind letztlich dadurch gekennzeichnet, dass die eine Seite versucht, sich gegen die andere durchzusetzen. Die dritte Methode unterscheidet sich wesentlich von den „Sieg-Niederlage-Methoden“, sie hebt die Notwendigkeit der Machtanwendung auf und wird deshalb als „niederlagslose Methode“ bezeichnet. Bei der von *Gordon* (1997, 210 ff.) propagierten niederlagslosen und machtlosen Konfliktbewältigung bitten die Eltern ihre Kinder, gemeinsam nach einer Lösung zu suchen, die für beide (oder alle) annehmbar ist. Dabei wird so vorgegangen, dass zuerst Lösungsvorschläge gesammelt und danach kritisch beurteilt werden. In einem nächsten Schritt wird eine Entscheidung für eine endgültige Lösung gefällt, die alle akzeptieren können. Gordons Methode ist nicht einem bestimmten Elterntyp vorbehalten, sondern einübbar und lernbar.

#### **6.4.4.2 Pädagogische Präsupposition**

*Oser* (1998) entwickelte zur Veranschaulichung des Berufsethos, das in Konfliktsituationen besonders relevant wird, eine fünfstufige Skala zur Diskursorientiertheit. Eine hohe Diskursorientierung stimmt mit einem vollständigen pädagogischen Diskurs überein. Die Stufen entsprechen sogenannten Diskurskriterien. Eine bestmögliche Form der Konfliktlösung beabsichtigt die *drei Werte* bzw. *Verpflichtungsaspekte* der *Gerechtigkeit*, der *Fürsorge* und der

*Wahrhaftigkeit* auszubalancieren (Rechenbach & Oser, 1998, 43 ff.) und wird durch die Realisierung aller fünf Kriterien ermöglicht. Die Kriterien sind: 1. *Wissen um die notwendige Verantwortung*, 2. *Engagement für eine Lösung*, 3. *Realisierung einer Lösung*, 4. *Präsupposition von Begründungsfähigkeit und Balance* und 5. *Mitentscheidung* (Oser, 1998, 66 ff.). Diesen Kriterien werden fünf Entscheidungstypen zugeordnet: a) *Vermeidung*, b) *Absicherung*, c) *Alleinentscheidung*, d) *unvollständiger Diskurs* und e) *vollständiger Diskurs* (Oser, 1998, 70 ff.). Alle fünf Kriterien bzw. Stufen werden im Folgenden kurz erläutert. Allerdings repräsentieren erst die beiden letzten Kriterien die Präsupposition von Begründungsfähigkeit und die Mitentscheidung, das Engagement für und in einem Diskurs. Eine höhere Stufe umfasst jeweils alle Elemente der vorangehenden Stufe:

1. Das *Wissen um die notwendige Verantwortung* stellt die Voraussetzung dar, um überhaupt aktiv werden zu können. Nur wenn erkannt wird, dass einer der drei Verpflichtungsaspekte (Gerechtigkeit, Fürsorge oder Wahrhaftigkeit) verletzt wird, kann Verantwortung übernommen oder die Übernahme der Verantwortung vermieden werden.
2. Der Wille, etwas zu tun, zeigt sich im *Engagement für eine Lösung*. Die Lösung wird auf dieser Stufe eingeleitet, indem Hilfe organisiert wird. Die Realisierung der Lösung wird an eine andere Person delegiert.
3. Die *Realisierung einer Lösung* steht im Mittelpunkt, wenn zielstrebig und im Alleingang Handlungen unternommen werden, um die vorliegende Verletzung der Verpflichtungsaspekte zu überwinden.
4. Bei der *Präsupposition von Begründungsfähigkeit und Balance* unterstellt die Person, die den Diskurs initiiert,<sup>22</sup> allen Beteiligten den Willen und die Fähigkeit, *Verantwortung zu übernehmen und die übertragene Verantwortung nicht zu missbrauchen*, die Orientierung *an den gleichen Verpflichtungsaspekten* sowie die Absicht *ein angemessenes Gleichgewicht (Balance) zu finden*. Dieses Ziel wird durch die Methoden *Koordination von Bedürfnissen, Konsequenzen, Intentionen* und durch die Begründung des eigenen Handelns erreicht. Es wird angenommen, dass ein Kind versteht, warum eine Autoritätsperson so und nicht anders entscheidet, und dass *die Begründung der Handlung genüge*, damit ein Handlungsbedürfnis verstanden und eine Massnahme von allen Beteiligten akzeptiert werden kann (Oser, 1998, 68). Oser (1998) beschreibt die Haltung der Autoritätsperson folgendermassen:

<sup>22</sup> Die Person, welche aufgrund ihrer Rolle, Funktion oder Macht die Möglichkeit hat, einen Diskurs zu initiieren, ist im Sinne Oser (1998) eine Autoritätsperson (eine Lehrerin, ein Lehrer oder eine andere Berufsperson). Da es sich um ein strukturelles Machtgefälle zwischen der diskursinitiiierenden Person und anderen Betroffenen handelt, lässt sich Oser's Diskurstheorie auch auf die Interaktion zwischen Eltern und Kindern übertragen.



„In einem Diskurs muss diese Hürde des Misstrauens gegenüber der kindlichen Unvernunft in besonderer Weise überwunden werden. Es ist zu akzeptieren, dass Kinder fähig sind, in den Diskurs zu treten, sofern die Probleme ihre eigenen sind und sofern ihr Argumentationsniveau berücksichtigt wird. Es ist zu akzeptieren, dass sie Verantwortung übernehmen können, sofern die Verantwortung aus der ihnen gemeinsamen Problemlage herauswächst. Allerdings, so muss eingeschränkt werden, wird hier nur Diskursfähigkeit unterstellt, nicht aber Entscheidungsfähigkeit.“ (Oser, 1998, 68)

Weil auf der Stufe der Präsupposition von Begründungsfähigkeit und Balance nicht explizit angenommen wird, dass die Kinder fähig sind, Entscheide zu fällen, wird von einem unvollständigen Diskurs gesprochen. Dieser unterscheidet sich vom vollständigen Diskurs durch die Aufhebung des genannten Defizits, das heisst durch die Realisierung der Mitentscheidung.

5. Metaphorisch spricht Oser (1998) vom „Runden Tisch“, was veranschaulicht, dass alle in eine Problemsituation involvierten Personen gleichberechtigt mitentscheiden können. Wenn das Kriterium der *Mitentscheidung* verwirklicht werden soll, bedingt das, dass die Entscheidungsmacht an alle delegiert werden muss, so dass die Gruppe *als Ganzes* entscheidungsfähig wird. *Dieses Kriterium ist am schwersten zu erfüllen. Die Präsupposition der Entscheidungsfähigkeit* akzeptiert, dass Kinder mitentscheiden können. Durch die Abgabe der Autorität lernen Kinder *Verantwortung zu übernehmen und Konsequenzen zu tragen* (Oser, 68 f.).

Oser bezeichnet den vollständigen pädagogischen Diskurs als einen *realistischen* Diskurs, er entmystifiziert ihn durch den Hinweis darauf, dass Mitentscheidungen schmerzhaft sein können, er verneint seine Idealisierung und betont, dass das Diskursverfahren lernbar sei (Oser, 1998, 68 f.).

Obwohl die Diskurskriterien unterschiedlich interpretierbar sind, ist *das Vorhandensein bzw. Nicht-Vorhandensein der jeweiligen Dimensionen interessant* und empirisch überprüfbar (Oser, 1998, 66).

Die Haltung und Realisierung der pädagogischen Unterstellung, des Zumutens, Zutrauens und Vor-Vertrauens arbeitete Oser (1993, 4 f.) auch unter dem Begriff der „pädagogischen Präsupposition“ heraus. Sie ist *eine Als-Ob-Unterstellung von Fähigkeiten, die noch nicht entwickelt sind*. Die positive Unterstellung entspricht der *zum Ausdruck gebrachten Erwartung, dass eine Person fähig ist, sich in Richtung des Zieles auf den Weg zu machen*. Sie fokussiert somit primär den Prozess und weniger das Ziel. Die Antizipation einer Subjektivität des Kindes ist die Voraussetzung von partizipativem und demokratisch prozessorientiertem Handeln. Die Präsupposition ist insofern realistisch, dass Schritte in Richtung der zugetrauten Fähigkeiten vom aktuellen Entwicklungsstand aus wirklich machbar sind. Der pädagogische Diskurs

zwischen dem Kind und seinen Erziehungspersonen muss selbstverständlich in entwicklungs-gemässer Form erfolgen:

„Eine Problematik, die heute leider zunehmend an Bedeutung gewinnt, ist die zu frühe ‚Parentifizierung‘ von Kindern, das vorzeitige Zuschreiben einer ‚vernünftigen‘ Erwachsenen-, das heisst aber oft Elternrolle.“ (Rollett, 1996, 47)

### **6.4.5 Partnerschaftliche Unterstützung, Rollenverteilung und Familiensinn**

Eingangs wurden verschiedene Veränderungsprozesse erwähnt, denen Familien in den letzten Jahrzehnten gegenüberstehen: Tendenzen zu weniger Eheschliessungen, weniger Kinder und mehr Scheidungen sowie die Entwicklung vielfältiger Lebensgemeinschaften wie nicht-ehelicher Familien, Ein-Eltern-, Stief- und Pflegefamilien. *Hantel-Quitmann* (1996, 73) ergänzt diese Reihe von Veränderungsprozessen *durch eine Tendenz zu vermehrter Unzufriedenheit der Frauen mit Ehe und Familie*. Diese Unzufriedenheit wird von *Hantel-Quitmann* (1996, 81 ff.) auf die Diskrepanz zwischen vermehrter Berufstätigkeit der Frauen einerseits und kaum erfahrener Entlastung in den Bereichen Haushalt und Erziehung von ihren Partnern andererseits zurückgeführt. Das Emanzipationsinteresse ist aber auch in den Zusammenhang mit den strukturellen Veränderungen und insbesondere mit der Individualisierungstendenz zu bringen. Nur da, wo Individuen Wahlmöglichkeiten haben, können sich die Betroffenen entscheiden, ihr Zusammenleben egalitärer zu gestalten. In den 90er Jahren wird innerfamiliäre Partnerschaft grundsätzlich als eine gewünschte Lebensform verstanden und manches Mal gelebt (vgl. Hemmerich, 1991).

Obwohl eine Zunahme der Ehescheidungen verzeichnet wird, weisen Familien in der Phase, in der Kinder aufgezogen werden, eine verhältnismässig grosse Stabilität auf. Und ein grosser Teil der Menschen in unserer Gesellschaft wünscht sich Kinder und ist bereit, dafür andere Bedürfnisse und Möglichkeiten der Lebensgestaltung hintanzustellen. Die anhaltende und positive Familienorientierung hängt mit hohen Erwartungen zusammen: Der konflikträchtigen äusseren Realität wird oft der Wunsch nach einer harmonischen Familie gegenübergestellt und die Aufgaben der Familie werden stark emotionalisiert (vgl. Kraul et al., 1996, 202 ff.). Pflegefamilien sind häufig Familien, die ihren Kinderwunsch mit besonderem Engagement realisieren und/oder mit besonderer Offenheit ja zu Kindern sagen. Daher ist anzunehmen, dass Pflegeeltern eine besonders starke Familienorientierung und tendenziell die Bereitschaft haben, auf anderes zu verzichten. Mit der starken Familienorientierung hängt tendenziell auch eine Absage an eine Verbindung von Beruf und Familie für beide Elternteile

zusammen. Die Rollenverteilung erfolgt oft so, dass der Vater auswärts erwerbstätig ist und die Mutter im häuslichen und emotionalen Bereich tätig ist. Diese Rollenverteilung stellt heutzutage kein allgemein verbindliches Muster dar. Ihr Vorteil wird aber nach wie vor in der stärkeren Kontinuität der Bindung des Kindes zu einer Bezugsperson gesehen, welche wiederum besondere Bedeutung für Pflegekinder haben könnte. Zudem kann eine klare Aufgaben- und Rollenverteilung eine erhebliche Orientierungserleichterung darstellen. Eine traditionelle Rollenverteilung kann aber nur so lange erfolgreich sein, wie sie von der Mutter und dem Vater als ideal verstanden wird und gewünscht ist.

#### 6.4.6 Grenzen und Selbstverständnis der (Pflege-)Familie

Obwohl lebende Systeme offene Systeme sind, sind sie auch autonom, selbstreferenziell und autopoietisch und haben Grenzen. *Luhmann* (1999, 52) spricht von der *Doppelfunktion* der Grenzen, nämlich jener des Trennens und Verbindens von System und Umwelt, und führt aus:

„Elemente müssen, wenn Grenzen scharf definiert sind, entweder dem System oder dessen Umwelt zugerechnet werden. Relationen können dagegen auch zwischen System und Umwelt bestehen. Eine Grenze trennt also Elemente, nicht notwendigerweise auch Relationen; sie trennt Ereignisse, aber kausale Wirkungen lässt sie passieren.“ (Luhmann, 1999, 52)

Grenzen schliessen ein oder aus und regulieren die Offenheit bzw. Geschlossenheit des jeweiligen Systems. Sie reduzieren die interne und externe Komplexität (vgl. Luhmann, 1999). Familien sind solche auf sich selbst zentrierte soziale Systeme, die ihre eigene Lebenswelt mehr oder weniger eigenständig und unabhängig gestalten (vgl. 4.1).

„Die Familie hat eine Grenze, mit der sie einen inneren Bereich definiert und gleichzeitig die Trennlinie zieht zwischen sich und anderen Systemen.“ (Kreppner, 1993, 5)

Diese Definitionsleistungen prägen auch das Selbstverständnis der Familie. Familiensysteme, die *zwar im Energieaustausch mit ihrer Umwelt stehen, jedoch nur ein geringes Mass an emotionalen Aussenbeziehungen zulassen*, werden als geschlossen bezeichnet (Minuchin, 1983, zit. nach Kötter, 1997, 19). Zu geschlossene Familiensysteme werden ebenso wie zu offene allgemein als dysfunktional verstanden, wobei Geschlossenheit und Offenheit in der neueren Entwicklung der Systemtheorie nicht als gegensätzliche Typen, sondern eher im Sinne eines Kontinuums begriffen werden (vgl. Luhmann, 1999).

Die familiären Grenzen regeln Nähe und Distanz in physikalischen, kognitiven, informativen und emotionalen Bereichen und bestimmen dadurch das Selbstverständnis der Familie. Das System der Pflege- und jenes der Herkunftsfamilie hängt durch physikalische Verbindungen (Besuchskontakte), durch Informationsaustausch und emotionale Bindungen (vgl. Kötter,

1997, 19 ff.) und natürlich dadurch, dass das Pflegekind Element beider Systeme ist, zusammen. Sie haben ein gemeinsames Element und damit nehmen zwei Systeme interessiert Einfluss auf dieses Element. Pflegekinder sind Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die dauernd wiederholt Grenzüberschreitungen vornehmen müssen. Sie sind in einer Person eben Tochter oder Sohn und Pflegetochter oder -sohn.

Neben der Regulation von Nähe und Distanz spielt die Grenze auch für die Flexibilität des Systems eine Rolle. Joraschky (1996, 324) spricht von *der komplexen Dimension „Grenzen“*. Grenzüberschreitungen kennzeichnen *kritische Stellen im Entwicklungsprozess* der Familie und zwingen die Familie zu *Veränderungen ihrer Rollen und der damit im Zusammenhang stehenden Regeln*. Das Ausmass der *Flexibilität und Anpassungsfähigkeit der Familie* wird durch die *Grenzregulation* bestimmt. Die Qualität der Grenze kann starr oder durchlässig sein. Neben der Grenze der Familie zur Umwelt können Grenzen zwischen Subsystemen (zum Beispiel Generationen oder Geschlechter) und individuelle Selbstgrenzen unterschieden werden. Die Grenzen werden in jeder Beziehung bzw. Dyade neu ausbalanciert.

„Extrem rigide Grenzen um eine Dyade schliessen den Dritten aus, extrem durchlässige Grenzen führen zur völligen Beziehungsverstrickung.“ (Joraschky, 1996, 325)

Die Aufnahme eines Pflegekindes bedingt Flexibilität und eine Neuanpassung der Subsystemgrenzen. Extrem starre Grenzen um ein Subsystem führen zur Ausgrenzung von Familienmitgliedern, bei extrem durchlässigen Grenzen kann es zu Triangulationen kommen. Bei der Triangulation handelt es sich *um die Erweiterung einer konflikthaften Zweierbeziehung um eine dritte Person, die den Konflikt verdeckt oder entschärft* (Joraschky, 1996, 330). Wie Kötter (1997) ausführt, zeigen sich solche Mechanismen auch im Beziehungsdreieck Pflegeeltern – Pflegekind – Herkunftsfamilie. Wenn in einem Konflikt auf der Elternebene die Herkunfts- oder Pflegeeltern besonders stark Partei für das Pflegekind ergreifen, kann mit der Koalition eine starke Verbindung zwischen Herkunftseltern und Pflegekind oder zwischen Pflegeeltern und Pflegekind entstehen. Typischerweise werden derartige Koalitionen gezeugnet und es kommt zu Loyalitätskonflikten, Verwirrungen und Mystifikationen (vgl. Joraschky, 1996, 330). Haley (1967, zit. nach Joraschky, 1996, 330) führt für solche Dreiecksstrukturen die Bezeichnung „perverses Dreieck“ ein. Solche Strukturen bedingen *Probleme mit Symptombildung, Gewalttätigkeit und Auflösung des Systems*.

Die Qualität der familiären Innen- und Aussengrenze zeigt sich nicht nur in der Beziehungsregulation, sondern auch in der Fähigkeit, inner- und ausserfamiliäre Unterstützung anzunehmen. Die Qualität der Grenzen ist ein diagnostischer Indikator für die Funktionalität der Familie (vgl. Joraschky, 1996). Grenzen sollen klar sein. Sie müssen für die Entwicklungsfähig-

keit des Systems aber auch ein gewisses Mass an Durchlässigkeit besitzen. Pflegefamiliale Systeme müssen durchlässiger sein als andere familiale Systeme, da von der Öffentlichkeit Transparenz gefordert wird. Die Balance zwischen der Bestimmtheit und Flexibilität der Grenzen ist eine besondere Aufgabe, die Pflegefamilien erfüllen müssen (vgl. 4.1.2.1 und 4.1.3).

### **6.4.7 Soziale Unterstützung**

Der positive Einfluss von emotionaler und praktischer sozialer Unterstützung bei der Bewältigung von kritischen Lebensereignissen (life events), aber auch bei der Bewältigung des Alltagsgeschehens (life stress, daily hassles) gilt als unbestritten. Entscheidend sind dabei sowohl die helfenden Aspekte der Unterstützung als auch das Gefühl, den stresserzeugenden Ereignissen (Stressoren) nicht allein gegenüberzustehen.

Soziale Interaktionen wie die Bindung an eine andere Person und die soziale Unterstützung tragen als stabilisierende und stützende Faktoren zum seelischen und körperlichen Wohlbefinden bei. Im Umgang mit Stress spielt neben der Situationseinschätzung, der Beurteilung der eigenen Handlungsmöglichkeiten und internen Ressourcen auch die Verfügbarkeit externer Ressourcen eine Rolle. Die Unterstützung von Freundinnen, Freunden und Bekannten, aber auch von Institutionen ist hilfreich, wenn es darum geht, belastende Situationen zu meistern oder kritische Lebensereignisse zu bewältigen. Forschungen zur sozialen Unterstützung und zu sozialen Netzwerken befassen sich vor allem mit der Frage, wie die Unterstützung anderer hilft. Ihre Befunde weisen darauf hin, dass mangelnde soziale Unterstützung und fehlende Inanspruchnahme des sozialen Netzwerks vor allem auf die psychische Gesundheit negative Auswirkungen hat (vgl. Ellgring, 1990, 316). Soziale Unterstützung kann als Hauptaufgabe des sozialen Netzwerks verstanden werden. Sie ist von der Begrifflichkeit her hilfreich. Dieses Attribut muss für das soziale Netzwerk nicht zwangsläufig gelten. Eine Person kann sich im sozialen Netzwerk aufgehoben wissen und wohlfühlen, aber sie kann sich auch unter Druck oder ausgeschlossen fühlen (vgl. Schaefer et al., 1981 in Bründel, 1993, 97 f.). Eine positive Wirkung der sozialen Unterstützung ist im sozialen Netzwerk somit nicht per se vorhanden, sondern einerseits vom Hilfeangebot abhängig, andererseits davon, inwiefern eine Person das Angebot wahrzunehmen vermag und zu nutzen weiss.

Zur Erklärung der Wirkmechanismen der sozialen Unterstützung liegen verschiedene Modelle vor. Alle gehen davon aus, dass ein Stressor die Gesundheit bedroht und die soziale Unterstützung dieser Bedrohung entgegengesetzt wird. Die Modelle unterscheiden sich allerdings

in Bezug auf den angenommenen Ansatzpunkt, an dem die soziale Unterstützung wirksam wird: Es können Modelle zur direkten Wirkung und indirekten Einwirkung der sozialen Unterstützung differenziert werden. Annahmen über die direkten und indirekten Einflüsse bleiben aber spekulativer Art, da in den empirischen Studien in der Regel nur korrelative Zusammenhänge und keine intervenierenden Prozesse untersucht wurden (Ellgring, 1990, 316 f.). Zudem erweist sich das Gebiet der sozialen Unterstützung in Abhängigkeit von den jeweiligen wissenschaftlichen Disziplinen als facettenreich und heterogen. *Kramis-Aebischer* (1995, 76) findet aber immerhin, was die Konzepte der sozialen Integration, der erhaltenen Unterstützung und der erwarteten Unterstützung anbelangt, einen gewissen Konsens: Soziale Integration stellt eine notwendige Bedingung der sozialen Unterstützung dar. Mit der sozialen Unterstützung wird *der qualitative oder funktionale Aspekt der Sozialbeziehung* ausgedrückt (*Kramis-Aebischer*, 1995, 76), sie umfasst daher sowohl die tatsächlich erhaltene als auch die – falls erforderlich – erwartete soziale Unterstützung. Für beide Arten der sozialen Unterstützung können die Dimensionen emotionale, instrumentelle und informationelle Unterstützung unterschieden werden (vgl. *Kramis-Aebischer*, 1995, 76). Die Konzepte der erhaltenen und erwarteten Unterstützung korrelieren kaum miteinander (vgl. *Dunkel-Schetter & Bennett*, 1990 in *Kramis-Aebischer*, 1995, 77). Die individuelle Bewertung einer Situation erfolgt vor dem Hintergrund vom Wissen über die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung. Somit ist nicht allein die objektive Unterstützung als Copingressource von Bedeutung, sondern die Überzeugung, auf sie zurückgreifen zu können.

## **6.5 Zusammenfassung**

Pflegeverhältnisse stehen allgemein hohen Anforderungen gegenüber. In diesem Kapitel wurde zuerst eine Übersicht jener Belastungsbereiche und Belastungsfaktoren gegeben, die auf den Aufbau und das Bestehen der Pflegebeziehung einwirken. Die Belastungssituation kann vor dem theoretischen Hintergrund der Bindungs- und der Systemtheorie betrachtet werden. Sie erweist sich als hoch komplex und facettenreich.

Nach der Situationsanalyse wurde auf das Ziel, das heißt das Gelingen von Pflegebeziehungen eingegangen. Die Zieldefinition sollte differenzierter sein als die herkömmlichen Annahmen im Bereich des Pflegekinderwesens, die das Gelingen einer Pflegebeziehung lediglich im Nichtscheitern erkennen. Das Ziel eines Pflegeverhältnisses stellt primär die Integration des Pflegekindes in die Pflegefamilie dar. Integration wird als Prozess verstanden. Daher wird Wachstum als zusätzliches Kriterium in die Definition des Gelingens aufgenommen. Wach-

tum steht für das Gefühl der Pflegeeltern, das Pflegekind fördern zu können und selber in der Pflegebeziehung zu wachsen. Mit Wachstum hängt auch das Kriterium Zufriedenheit zusammen. Zufriedenheit meint die Zufriedenheit mit der Entwicklung der Pflegebeziehung und Zufriedenheit mit der Rolle als Pflegemutter oder Pflegevater.

Beim Integrationsprozess handelt es sich um einen eigentlichen Bewältigungsprozess. Die Belastungsbewältigung erfolgt, wie anhand des transaktionalen Stressmodells von Lazarus sowie mittels der Psychologie der Kontrollmeinung und der Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserwartung gezeigt wurde, im Zusammenhang mit der subjektiven Bewertung und subjektiven Erwartung. Im Forschungsbereich der Resilienz gewinnen neben Belastungsfaktoren auch Schutzfaktoren an Bedeutung. In interaktiven Modellen zur Resilienz steht die Wechselwirkung zwischen Schutz- und Risikofaktoren im Vordergrund. Ressourcen gebührt im Sinne der Resilienz die grössere Aufmerksamkeit als den Belastungen, da erstere letztlich den entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der Pflegebeziehung haben werden.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit steht die Frage im Vordergrund, ob es den Pflegeeltern gelingt, das Pflegekind in die Pflegefamilie zu integrieren. Dabei steht in Anlehnung an das Konstrukt der Resilienz das Zusammenspiel belastender oder widriger Umstände auf der einen Seite und verschiedener Ressourcen auf der anderen Seite im Zentrum. Es wurde auf eine Reihe von pflegeelterlichen Ressourcen eingegangen, von denen angenommen wird, dass sie wesentlich zu einem Gelingen beitragen. Sie werden im Folgenden nochmals zusammengefasst. Im empirischen Teil dieser Arbeit werden sie operationalisiert und wird ihr Beitrag zum Gelingen überprüft:

- Die Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserwartung und der funktionale Optimismus stellen Komponenten dar, von welchen allgemein und auf der Basis von Resilienzstudien angenommen wird, dass sie im Prozess der Belastungsbewältigung eine entscheidende Funktion übernehmen. Nur Personen, die glauben, dass ihre Handlungen auch Wirkungen zeigen, werden sich für Lösungen engagieren. Wer mit einem pragmatischen Optimismus durch das Leben geht, wird demnach länger an seine Fähigkeiten glauben und daher mit mehreren Möglichkeiten auf schwierige Umstände reagieren können. Solche lebensfrohen Menschen werden zudem dazu tendieren, das Risiko weniger hoch einzuschätzen. Und weil die Gefahr dann nicht als allzu bedrohlich, sondern vielleicht lediglich als herausfordernd erlebt wird, wird der Handlungsspielraum wiederum grösser werden.
- Eine hohe Diskursbereitschaft wird als Ressource ausgewählt, da angenommen wird, dass Personen, die bereit sind, sich auf einen Diskurs einzulassen, auch bereit sind, sich auf einen Prozess einzulassen, der ihnen etwas abverlangt und sicher auch schmerzhaft sein

kann. Dieser Prozess mündet aber letztlich in einem allgemeinen Konsens und in Zufriedenheit. Die Beziehung zwischen Pflegekind und Pflegeeltern wird sich befriedigend gestalten, wenn dem Kind als eigenständiger Person begegnet wird, die weiss, was ihr guttut, und verstehen kann, dass andere unterschiedliche Bedürfnisse und Ansichten haben.

- Partnerschaftliche Unterstützung, Zufriedenheit mit der Rollenverteilung und Familiensinn nennen einen ganzen Ressourcenbereich. Die erlebte und erwartete Unterstützung des Partners bzw. der Partnerin wird als eine wichtige Ressource im Bewältigungsprozess verstanden. Sowohl die tatsächliche Unterstützung als auch das Wissen, den Schwierigkeiten nicht alleine gegenüberzustehen, sondern innerhalb der Familie Unterstützung zu haben, wird daher hilfreich sein. Es wird angenommen, dass in Pflegefamilien eine zentrale Familienorientierung im Vordergrund steht. Dieser Familiensinn mag häufig auch mit einer traditionellen Rollenverteilung zwischen Frau und Mann einhergehen. Eine solche Rollenverteilung ihrerseits kann eine wesentliche Ressource darstellen, da sie zum Beispiel für eine kontinuierliche Beziehung zu einer Bezugsperson steht. Allerdings wird betont, dass der Zufriedenheit mit der Rollenverteilung wesentliche Bedeutung zukommt, da mit der Aufnahme eines Pflegekindes von beiden Pflegeeltern ein Erziehungsauftrag übernommen wird.
- Grenzen und Selbstverständnis der Pflegefamilie umschreiben einen weiteren Ressourcenbereich. Das Selbstverständnis gewinnt in der Abgrenzung der Pflegefamilie zur Herkunftsfamilie besondere Bedeutung. Für alle Familien gilt, dass die Grenzen klar sein, aber ein gewisses Mass an Durchlässigkeit aufweisen müssen. Für Pflegefamilien spielt diese Flexibilität der Grenzen in besonderer Weise eine Rolle. Nur wenn die Existenz und die Entwicklungsbedürfnisse der Herkunftsfamilie nicht ausgeklammert werden und es gleichzeitig glückt, eine pflegefamiliale Identität zu entwickeln, können Pflegeverhältnisse gelingen. Eine hohe Funktionalität der Grenzen wird deshalb als weitere Ressource verstanden.
- Mit der sozialen Unterstützung ist eine allgemein anerkannte Ressource genannt. Soziale Unterstützung hilft bei kritischen Lebensereignissen, zu welchen auch die Bewältigung der Inpflegenahme und Integration eines Pflegekindes gezählt werden kann, sowie bei der Bewältigung des Alltagsgeschehens. Bei der sozialen Unterstützung können die Form der erwarteten Unterstützung, was in etwa dem Gefühl entspricht, Schwierigkeiten nicht allein bewältigen zu müssen, und jene der erhaltenen Unterstützung differenziert werden. Beide Dimensionen der Unterstützung können emotioneller, instrumenteller oder informationeller Art sein und stellen zwei wesentliche Bewältigungsressourcen dar.



Hiermit wird der *theoretische Teil* dieser Arbeit beendet. Im anschliessenden *empirischen Teil* werden Pflegefamilien und ihre Belastungssituation beschrieben. Es werden die Wirkung von Belastungen und belastenden Ausgangsbedingungen sowie jene von Ressourcen auf das Gelingen der Pflegebeziehung überprüft. Die Bedeutung der Ressourcen gegenüber dem Einfluss der Belastungen wird geklärt, das heisst das Modell widerstandsfähiger Pflegebeziehungen geprüft.



### III

# WAHRNEHMUNG UND ERLEBEN VON PFLEGEBEZIEHUNGEN DURCH PFLEGEELTERN: EINE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG



## 7. Begründung und Überblick

Aufgrund der in der Literatur und in Forschungsberichten festgestellten Mängel in allen Bereichen des Pflegekinderwesens kann die Wichtigkeit empirischer Forschung leicht begründet werden. Viele bisherige Befunde sind weitgehend theorielos. Es fehlt häufig eine Integration der verschiedenen empirischen Ergebnisse. Für die Schweiz liegen nur einzelne Untersuchungen vor, und das Pflegekinderwesen ist hier weitgehend unerforscht und somit unbekannt. Eines der vernachlässigten Gebiete stellt, wie gezeigt wurde, auch die Erfolgsforschung dar (vgl. 5.2.5 und 5.3). Es soll vorerst ein Pflegevater in einem Brief an seine Pflegetochter zu Wort kommen:

„Vor zwei Monaten hast du uns verlassen. Du hast dich mit Rea (Pfleagemutter, Anm. d. A.) gestritten und du hast es nicht mehr ausgehalten. Du musstest gehen. Im Streit bist du weggegangen und zu deinen Grosseltern geflüchtet. Dein Weggehen hat vieles ausgelöst. Der ganze Frust, den du in den letzten zweieinhalb Jahren erlebt hast, ist nochmals hochgekommen und wir sind mit massiven Vorwürfen überschüttet worden. Nun bist du weg, seit zwei Monaten lebst du nicht mehr bei uns. Ich weiss nicht, ob du wieder zu uns zurückkommen wirst.“ (pers. Mitteilung)

Geschichten und Entwicklungsgänge von Pflegeeltern und Pflegekindern zeigen, dass Gefühle des Alleinseins, des Nichtgenügens, Deprimiertheit, Ärger, Angst wie erfreuliche und angenehme Gefühle zum Alltag von Pflegeeltern gehören, und sie wecken ein Interesse, das heisst ein Forschungsinteresse. Auch der folgende Ausschnitt eines Briefes einer Pfleagemutter (die an der Untersuchung teilgenommen hat) veranschaulicht das Bedürfnis nach mehr Wissen im Bereich des Pflegekinderwesens:

„Diese Umfrage hat mich sehr gefreut. Ich bin froh, dass die Pflegefamiliensituation in der Schweiz genauer angeschaut wird, und hoffe, dass daraus eine positive Entwicklung hervorgeht. Pflegefamilie sein und betreuen betrifft mich auch in meiner Arbeit im Heim, wo ich zum Teil Kinder aus abgebrochenen Familienplatzierungen betreue. Meist sind es zu wenig differenziert abgeklärte Pflegeverhältnisse.“ (pers. Mitteilung)

Die vorliegende Untersuchung ist als ein Versuch zu verstehen, Pflegefamilien und Pflegeverhältnisse etwas transparenter zu machen und ein Bild ihrer Entwicklung und ihres aktuellen Entwicklungsstandes sowie ihres Gelingens zu geben. Im Mittelpunkt des Interesses stehen die folgenden Hauptaspekte:

1. Hinweise auf ein Gelingen des Pflegeverhältnisses
2. Ausgangsvariablen des Pflegeverhältnisses (soziodemographische Aspekte und die Konzeption des Pflegeverhältnisses)

3. Belastungen des Pflegeverhältnisses (Beurteilung der Belastung in Bezug auf das Pflegekind und die Herkunftsfamilie sowie die gesamte pflegeelterliche Belastung)
4. Ressourcen der Kernpflegefamilie und des erweiterten sozialen Systems

Im Folgenden wird zuerst auf die konkreten Zielsetzungen und Fragestellungen eingegangen (*achtes Kapitel*). Anschliessend werden im *neunten Kapitel* methodologische Überlegungen sowie der Pflegeelternfragebogen als Erhebungsinstrument erläutert. Im Rahmen der Untersuchungsdurchführung wird dann im *zehnten Kapitel* auf den Vortest, die Stichprobe und die Datenanalyse eingegangen. Im weiteren Verlauf stehen im *elften Kapitel* die Darstellung der Ergebnisse zu den vier Hauptaspekten, ihren Effekten und ihrem Zusammenspiel im Zentrum. Der empirische Teil wird im *zwölften Kapitel* mit einer Diskussion sowie im *dreizehnten Kapitel* mit Folgerungen und einem Ausblick abgeschlossen.

## 8. Zielsetzungen und Fragestellungen

Im ersten Abschnitt wird auf die Ziele der Untersuchung, aber auch auf ihre Grenzen eingegangen. Danach werden die Haupthypothesen formuliert.

### *8.1 Ziele und Grenzen der Untersuchung*

Die vorliegende Untersuchung verfolgt Ziele, die sich in zwei unterschiedlichen Bereichen ansiedeln lassen. Zum einen geht es um allgemeine Aspekte zu Pflegefamilien und ihrer Dynamik, die untersucht und mittels Verfahren der deskriptiven Statistik beschrieben und erklärt werden sollen. Daneben stehen die Ressourcen von Pflegefamilien im Mittelpunkt. Die Aufmerksamkeit soll auf die positiven Bewältigungsmöglichkeiten von Pflegefamilien gerichtet sein und damit soll die Perspektive der Pflegefamilie als eines problemanfälligen Familientypus (vgl. Kaiser, 1995b, 67) auf gesunde Anteile ausgedehnt werden. Somit richtet sich das Hauptinteresse auf Pflegeverhältnisse, die nicht unempfindlich gegenüber Belastungen sind, aber in denen die Bindung zwischen Pflegekind und seinen Pflegeeltern trotz hoher Belastung entsteht und sich als widerstandsfähig erweist (vgl. 6.3). Das sind Pflegeverhältnisse, in denen die Pflegeeltern mit der Entwicklung der Pflegebeziehung und ihrer Rolle als Pflegeeltern zufrieden sind. Sie haben das Gefühl, dass sie das Pflegekind fördern können, und denken, selbst in der Begegnung mit dem Pflegekind zu wachsen. In diesen Pflegefamilien ist das Pflegekind aus seiner Perspektive, sowie aus der Sicht der Pflegeeltern, gut integriert. Es sollen Ressourcen erfasst werden, die für dieses definierte Gelingen (vgl. 6.2) verantwortlich sein können, und es soll ihre Wirkung überprüft werden.

Anhand der Theorie zu Pflegekindern und Pflegefamilien können nur sehr allgemeine Fragestellungen und unpräzise Hypothesen formuliert werden. Auf der Basis der Theorie lassen sich Zusammenhänge zwischen erschwerenden Ausgangsbedingungen und hohen Belastungen auf der einen Seite und dem Nichtgelingen eines Pflegeverhältnisses auf der anderen Seite vermuten. Um eine allgemeine Hypothese am konkreten Gegenstand überprüfen zu können, müssen spezifische Sätze deduktiv abgeleitet werden können (vgl. Mayring, 1990, 23). Mit Hilfe eines Fragebogens wurde versucht, die genannten Sammelbegriffe sowie den Begriff Ressourcen zu operationalisieren. Trotzdem erhält das Vorgehen teilweise induktive Anteile. Da die theoretischen Grundlagen ungenügend sind, besteht bei der vorliegenden Arbeit ein Interesse am Beobachten, das heisst, dass sich ein Teil der Zusammenhangsvermutungen und

hypothetischen Zusammenhänge erst mit der Betrachtung der vorliegenden Daten zeigt. Das Forschungsvorhaben basiert auf teilweise vorhandenen Theorien und im Bereich der Operationalisierung auf teilweise formulierten Hypothesen, einer explorativen Phase und einer Weiterentwicklungs- und Ergänzungsphase (vgl. Atteslander, 1995, 49). Somit lässt sich das Forschungsvorhaben zu den Grundlagenforschungen zählen. *Die empirische Überprüfung der Hypothesen soll nicht nur ihrer Verifizierung oder Falsifizierung, sondern auch der Ergänzung der Theorie dienen* (Atteslander, 1995, 48).

## 8.2 Haupthypothesen

Die vorliegende Untersuchung beabsichtigt einerseits Pflegeverhältnisse zu beschreiben und andererseits Aspekte zu untersuchen, die zum Gelingen eines Pflegeverhältnisses beitragen können. Die Arbeit ist somit teilweise beobachtender und explanatorischer Art, andererseits wurden auf der Basis einer Reihe von Hauptfragestellungen empirische Aussagen zum Bereich des Gelingens formuliert, das heisst Hypothesen aufgestellt. Im Folgenden wird auf diese Haupthypothesen eingegangen.

Auf der Basis der bisherigen Forschung und Erfolgsvorschung von Pflegeverhältnissen (vgl. Kapitel 5) wurde die folgende Haupthypothese formuliert:

**H<sub>I</sub> Das Gelingen eines Pflegeverhältnisses ist sowohl von den Ausgangsbedingungen als auch von den Belastungen abhängig.**

Aufgrund der Annahme, dass auch Ressourcen einen entscheidenden Einfluss auf das Gelingen eines Pflegeverhältnisses haben (vgl. Kapitel 6), wurde eine weitere Haupthypothese formuliert:

**H<sub>II</sub> Das Gelingen eines Pflegeverhältnisses ist neben der Ausgangssituation und den Belastungen auch von den Ressourcen abhängig.**

Das Gelingen eines Pflegeverhältnisses kann primär eine Frage der Ressourcen (im Sinne einer Mediatorvariablen) und weniger eine Frage der Ausgangssituation und/oder der Belastung sein. Das ist die *klärende Idee* (Atteslander, 1995, 31), die zur Aufstellung der dritten Hypothese führte:

**H<sub>III</sub> Die unabhängige Variable Ressourcen ist ein besserer Prädiktor für die abhängige Variable Gelingen als die unabhängigen Variablen Ausgangsbedingungen und/oder Belastungen.**



Die Hypothesen H<sub>I</sub>, H<sub>II</sub> und H<sub>III</sub> unterscheiden sich voneinander bezüglich ihrer theoretischen Basis. Während sich die erste Hypothese direkt auf die Literaturrecherchen und bekannten Forschungen im Bereich des Pflegekinderwesens stützt, wurde die zweite Hypothese in Anlehnung an unterschiedliche Untersuchungen zur Belastungsbewältigung (vgl. 6.4) und Resilienzforschung (vgl. 6.3) formuliert. Die dritte Hypothese stellt eine noch innovativere Behauptung auf. Ihre theoretische Verankerung findet sich am ehesten in den Überlegungen und Untersuchungen zur Resilienz. Das Themengebiet der Resilienz wurde bisher nicht in den Zusammenhang mit Pflegeverhältnissen oder der Dynamik von Pflegefamilien gebracht.

Hypothesen lassen sich in Bezug auf die Wirkungen von unabhängigen Variablen auf eine abhängige Variable (*Hypothesen über Haupteffekte*) und bezüglich der *Interaktionen* zwischen mehreren unabhängigen Variablen unterscheiden (Huber, 1987, 144). Bei den Hypothesen H<sub>I</sub> und H<sub>II</sub> handelt es sich um Hypothesen über Haupteffekte. Die Hypothese H<sub>III</sub> trifft neben einer Aussage über einen Haupteffekt auch eine Aussage über das Verhältnis der unabhängigen Variablen. H<sub>III</sub> besagt, dass die Ressourcen einen stärkeren Effekt auf das Gelingen haben als die Ausgangsbedingungen und Belastungen. Im Folgenden werden alle drei Hauptthesen bezüglich Haupteffekten bzw. Interaktionen, das heisst ihres Zusammenspiels, ausformuliert.

### 8.2.1 Hypothesen über Haupteffekte

- H<sub>1a</sub> Das Gelingen eines Pflegeverhältnisses steht im positiven Zusammenhang mit vereinfachenden Ausgangsbedingungen.
- H<sub>1b</sub> Wenn erschwerende Ausgangsbedingungen vorliegen, gelingen Pflegeverhältnisse eher nicht.
- H<sub>2a</sub> Das Gelingen eines Pflegeverhältnisses steht in negativem Zusammenhang mit Belastungen.
- H<sub>2b</sub> Wenn viele Belastungen wahrgenommen werden, gelingen Pflegeverhältnisse eher nicht.
- H<sub>3a</sub> Das Gelingen eines Pflegeverhältnisses steht im positiven Zusammenhang mit vorhandenen Ressourcen.
- H<sub>3b</sub> Wenn es an Ressourcen mangelt, gelingen Pflegeverhältnisse eher nicht.

In Abschnitt 11.5 werden die Hypothesen über die Haupteffekte geprüft. An genannter Stelle findet sich zu jeder Hypothese eine Reihe von präzisen Teilhypothesen.

## 8.2.2 Hypothesen über Interaktionen

Wenn vorerst vereinfacht angenommen wird, dass alle unabhängigen Variablen (UV) nur in zwei Ausprägungen vorliegen (1, 2), lässt sich eine Untersuchungsanordnung mit Hilfe einer 2x2x2-Matrix veranschaulichen (vgl. Huber, 1987, 142; Abb. 8-1).

		Ausgangsbedingungen (UV A)			
		a1 (vereinfachend)		a2 (erschwerend)	
		Belastung (UV B)		Belastung (UV B)	
		b1 (niedrig)	b2 (hoch)	b1 (niedrig)	b2 (hoch)
Ressourcen (UV R)	r1 (viel)	H <sub>4a</sub>	H <sub>5a</sub>	H <sub>6a</sub>	H <sub>7a</sub>
	r2 (wenig)	H <sub>4b</sub>	H <sub>5b</sub>	H <sub>6b</sub>	H <sub>7b</sub>

Abbildung 8-1: Dreifaktorielle Anordnung zur Formulierung der Hypothesen (2x2x2-Matrix)

Es lässt sich logisch für jedes der acht Felder der Abbildung 8-1 eine Hypothese mit einer Prognose hinsichtlich des Gelingens formulieren:

- H<sub>4a</sub> Wenn die Ausgangsbedingungen vereinfachend sind, wenige Belastungen vorliegen und viele Ressourcen vorhanden sind, gelingen Pflegeverhältnisse eher.
- H<sub>4b</sub> Wenn die Ausgangsbedingungen vereinfachend sind und wenige Belastungen vorliegen, aber auch wenige Ressourcen vorhanden sind, gelingen Pflegeverhältnisse eher nicht.
- H<sub>5a</sub> Wenn die Ausgangsbedingungen vereinfachend sind und hohe Belastungen vorliegen, aber auch viele Ressourcen vorhanden sind, gelingen Pflegeverhältnisse eher.
- H<sub>5b</sub> Wenn die Ausgangsbedingungen vereinfachend sind, hohe Belastungen vorliegen und wenige Ressourcen vorhanden sind, gelingen Pflegeverhältnisse eher nicht.
- H<sub>6a</sub> Wenn die Ausgangsbedingungen erschwerend sind, wenige Belastungen vorliegen und viele Ressourcen vorhanden sind, gelingen Pflegeverhältnisse eher.
- H<sub>6b</sub> Wenn die Ausgangsbedingungen erschwerend sind, wenige Belastungen vorliegen und wenige Ressourcen vorhanden sind, gelingen Pflegeverhältnisse eher nicht.
- H<sub>7a</sub> Wenn die Ausgangsbedingungen erschwerend sind, hohe Belastungen vorliegen und viele Ressourcen vorhanden sind, gelingen Pflegeverhältnisse eher.
- H<sub>7b</sub> Wenn die Ausgangsbedingungen erschwerend sind, viele Belastungen vorliegen und wenige Ressourcen vorhanden sind, gelingen Pflegeverhältnisse eher nicht.

Um die Hypothesen H<sub>4</sub> bis H<sub>7</sub> zu prüfen, müssen in der Stichprobe alle acht theoretischen Typen (vgl. Abb. 8-1) in genügender Häufigkeit vorkommen. Es ist allerdings nicht anzunehmen, dass sich alle diese (logischen) Typen in der sozialen Wirklichkeit und in der Stichprobe finden lassen. Es stellt sich zum Beispiel die Frage, ob sich tatsächlich eine Personengruppe ausfindig machen lässt, die vereinfachende Ausgangsbedingungen und wenige Belas-

tungen erlebt, aber auch wenige Ressourcen hat. Solche Überlegungen basieren auf der Annahme, dass die unabhängigen Variablen Ausgangsbedingungen, Belastungen und Ressourcen zusammenspielen, das heisst, dass ihre Wirkungen nicht unabhängig voneinander sind.

Eine alternative Hypothese zur Hypothese  $H_{4b}$  würde zum Beispiel heissen:

$H_{4b-A}$  Der Fall, dass die Ausgangsbedingungen vereinfachend sind, wenige Belastungen vorliegen und wenige Ressourcen vorhanden sind, lässt sich in der Stichprobe nur vereinzelt ausmachen.

Die Hypothesen  $H_4$  bis  $H_7$  wurden alle aufgrund der Annahme formuliert, dass die Ressourcen einen stärkeren Effekt auf das Gelingen haben als Ausgangsbedingungen und Belastungen. Das lässt sich mittels eines Modells, in dem die Ressourcen als Mediatorvariable eine besondere Stellung einnehmen, schematisch veranschaulichen (vgl. Abb. 8-2; ein solches Modell wird in Abschnitt 11-6 geprüft).

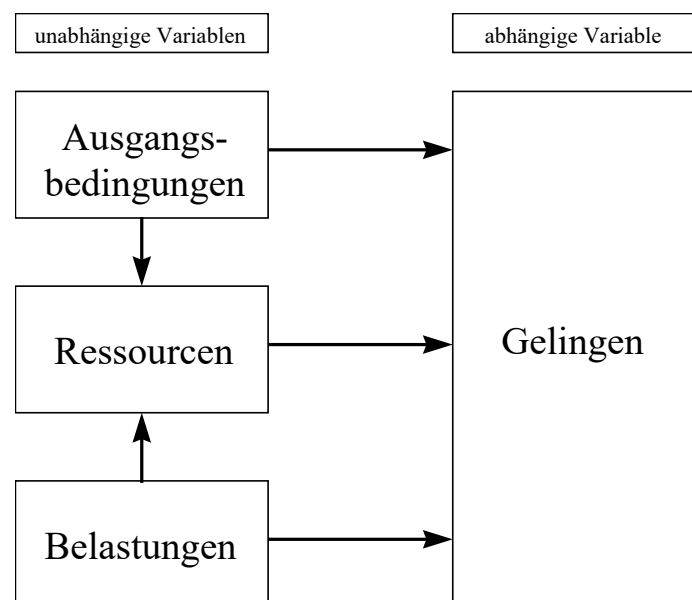


Abbildung 8-2: Das Mediatormodell (mit Ressourcen als vermittelnder Variablen)

### 8.2.3 Zusammenfassung der Haupthypothesen

Die Hypothesen  $H_1$  bis  $H_7$  wurden jeweils in einer Variante für ein „eher Gelingen“ (Index a) und einer analogen Variante für „eher Nichtgelingen“ (Index b) formuliert. In Tabelle 8-1 werden alle Haupthypothesen zusammengefasst und ihre Teile jeweils durch den *logischen Operator* „wenn – dann“ verbunden (Atteslander, 1995, 56), das bedeutet, dass unter bestimmten Bedingungen (Wenn-Komponente) bestimmte Tatbestände (Dann-Komponente)

auftreten (vgl. Opp, 1995, 31 ff.). In den Hypothesen H<sub>1</sub> bis H<sub>3</sub> wird jeweils nur eine Bedingung formuliert, der Gesamtsatz bezieht sich somit auf einen grossen Anwendungsbereich, da nichts über zusätzliche Bedingungen ausgesagt wird. Die Hypothesen H<sub>4</sub> bis H<sub>7</sub> beinhalten in der Wenn-Komponente drei Teilsätze, die mit „und“ verbunden sind. Da alle Teilsätze erfüllt werden müssen, macht der gesamte Satz jeweils eine sehr spezifische Aussage.

Tabelle 8-1: Überblick der Hypothesen

Hypothesen, die „eher Gelingen“ prognostizieren:		Hypothesen, die „eher Nichtgelingen“ prognostizieren:	
H <sub>1a</sub>	<i>Wenn die Ausgangsbedingungen vereinfachend sind, dann gelingen Pflegeverhältnisse eher.</i>	H <sub>1b</sub>	<i>Wenn die Ausgangsbedingungen erschwerend sind, dann gelingen Pflegeverhältnisse eher nicht.</i>
H <sub>2a</sub>	<i>Wenn wenig Belastungen vorliegen, dann gelingen Pflegeverhältnisse eher.</i>	H <sub>2b</sub>	<i>Wenn viele Belastungen vorliegen, dann gelingen Pflegeverhältnisse eher nicht.</i>
H <sub>3a</sub>	<i>Wenn viele Ressourcen vorhanden sind, dann gelingen Pflegeverhältnisse eher.</i>	H <sub>3b</sub>	<i>Wenn wenige Ressourcen vorhanden sind, dann gelingen Pflegeverhältnisse eher nicht.</i>
H <sub>4a</sub>	<i>Wenn die Ausgangsbedingungen vereinfachend sind und wenige Belastungen vorliegen und viele Ressourcen vorhanden sind, dann gelingen Pflegeverhältnisse eher.</i>	H <sub>4b</sub>	<i>Wenn die Ausgangsbedingungen vereinfachend sind und wenige Belastungen vorliegen und wenige Ressourcen vorhanden sind, dann gelingen Pflegeverhältnisse eher nicht.</i>
H <sub>5a</sub>	<i>Wenn die Ausgangsbedingungen vereinfachend sind und viele Belastungen vorliegen und viele Ressourcen vorhanden sind, dann gelingen Pflegeverhältnisse eher.</i>	H <sub>5b</sub>	<i>Wenn die Ausgangsbedingungen vereinfachend sind und viele Belastungen vorliegen und wenige Ressourcen vorhanden sind, dann gelingen Pflegeverhältnisse eher nicht.</i>
H <sub>6a</sub>	<i>Wenn die Ausgangsbedingungen erschwerend sind und wenige Belastungen vorliegen und viele Ressourcen vorhanden sind, dann gelingen Pflegeverhältnisse eher.</i>	H <sub>6b</sub>	<i>Wenn die Ausgangsbedingungen erschwerend sind und wenige Belastungen vorliegen und wenige Ressourcen vorhanden sind, dann gelingen Pflegeverhältnisse eher nicht.</i>
H <sub>7a</sub>	<i>Wenn die Ausgangsbedingungen erschwerend sind und viele Belastungen vorliegen und viele Ressourcen vorhanden sind, dann gelingen Pflegeverhältnisse eher.</i>	H <sub>7b</sub>	<i>Wenn die Ausgangsbedingungen erschwerend sind und viele Belastungen vorliegen und wenige Ressourcen vorhanden sind, dann gelingen Pflegeverhältnisse eher nicht.</i>

Die Definitionen der in den Hypothesen verwendeten Begriffe „vereinfachende bzw. erschwerende Ausgangsbedingungen“, „Vorliegen von vielen bzw. wenigen Belastungen“, „Vorhandensein vieler bzw. weniger Ressourcen“ und „eher Gelingen bzw. eher Nichtgelingen“ werden durch die Operationalisierung der Variablen ersichtlich (vgl. 11.5).

## 9. Methodologie und Pflegeelternfragebogen

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit Überlegungen zur Methodologie, mit der Entwicklung des Fragebogens und seinem inhaltlichen und formalen Aufbau.

### *9.1 Methodologische Überlegungen und Auswahl der Untersuchungsmethode*

Wie im Theorieteil dieser Arbeit veranschaulicht wurde, weisen Pflegefamilien und Pflegeverhältnisse eine Reihe mehr oder weniger gemeinsamer struktureller Besonderheiten auf (vgl. 4.1.3). Andererseits handelt es sich bei Pflegefamilien wie bei anderen Familienformen auch um Familien, die sich in ihrer Individualität mannigfaltig unterscheiden. Da sich die Pflegefamilienforschung im Bereich der Grundlagenforschung bewegt und relativ wenig bekannt ist, kristallisierte sich in Gesprächen am Pädagogischen Institut der Universität Freiburg (CH) heraus, dass zuerst die strukturellen Gemeinsamkeiten und dann die individuelle Vielfalt untersucht werden müssen. Damit wurde ein quantitativer Schritt einem qualitativen Schritt vorangestellt. Da es sich nicht um eine Auftragsforschung handelt, kann im Rahmen dieser Arbeit nur der erste Schritt angegangen werden und es bietet sich hierzu eine Fragebogenuntersuchung an. Der Vorteil einer Fragebogenerhebung wird allgemein in besseren Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) gesehen, insbesondere kann eine grössere Anzahl von Familien befragt werden. Neben dem Bedürfnis, eine grössere Anzahl von Pflegeeltern relativ umfassend zu befragen, wurde das Fragebogenverfahren auch gewählt, da es neben der Erfassung von soziodemographischen Daten bzw. Ausgangsbedingungen eine Operationalisierung von Belastungen, Ressourcen und Gelingen erlaubt.

Um Pflegefamilien wissenschaftlich zu betrachten, ist es naheliegend, sich vorerst den Untersuchungen und diagnostischen Verfahren der Familienforschung zuzuwenden. Es gibt eine Reihe von sehr heterogenen Ansätzen, um familiendynamische Prozesse empirisch zu erfassen. Diagnostische Verfahren werden in der Praxis aus Gründen des Aufwandes aber wenig angewendet und sind daher ungenügend validiert. Eine Standardisierung von formalisierten diagnostischen Verfahren kann zudem meist nicht für unterschiedliche Familienformen als Vergleich herangezogen werden und Fragebogeninventare als methodischer Zugang wurden gegenüber den Beobachtungsverfahren eher vernachlässigt (vgl. Cierpka, 1988). Teilweise wird dafür die Schwierigkeit der Selbstberichtsmethode verantwortlich gemacht. Wenn einzel-

ne Personen Stellung beziehen sollen, wie sie sich und ihre Familien wahrnehmen, wird diese Wahrnehmung natürlicherweise subjektiv verzerrt. Mit Einführung von Skalen, die soziale Erwünschtheit messen, kann die angesprochene Schwierigkeit relativiert werden (vgl. Cierpka, 1988). Ein weiteres Kriterium, das durchaus für die Verwendung eines Fragebogens als Erhebungsinstrument spricht, ist, dass im Rahmen dieser Untersuchung gerade das persönliche Erleben und das persönliche Wahrnehmen im Vordergrund stehen sollen. *Durch Befragung erhobene Daten sind in jedem Fall Konstrukte der sozialen Wirklichkeit*, unabhängig davon, ob die Befragung mittels offener Interviews oder eines strukturierten Fragebogens erfolgt. Es wäre *absurd* zu fordern, dass eine Befragung frei von Verzerrungen sein müsste, da alle sozialen Situationen äusserst komplex sind (Atteslander, 1995, 201).

*Cromwell et al.* (1984) unterscheiden vier Forschungsansätze bzw. Erhebungsmethoden, die sich für die Untersuchung von Familien anbieten (vgl. Abb. 9-1).

		Art der Daten	
		subjektiv	objektiv
Bezugsrahmen des Berichterstatters / der Berichterstatlerin	Insider	Selbstberichtsmethoden	verhaltensbezogene Selbstberichte
	Outsider	subjektive Beobachter/-innen- berichte	Verhaltensmethoden

Abbildung 9-1: Methoden der Datengewinnung in der Familiendiagnostik  
(vgl. Cromwell et al., 1984)

Multiple Messungen erlauben Bilder der Familien aus unterschiedlichen Perspektiven. Es ist bisher anzunehmen, dass zwischen den Messungen der verschiedenen Erhebungsmethoden eher geringe Übereinstimmungen bestehen (vgl. Kötter, 1997, 109 f.). Im Pflegeelternfragebogen werden zwei der von *Cromwell et al.* (1984) genannten Methoden verwendet: Selbstberichte und verhaltensbezogene Selbstberichte.

## 9.2 Der Fragebogen für Pflegeeltern

Im Folgenden wird auf die theoretischen Grundlagen des Pflegeelternfragebogens eingegangen. Der Fragebogen wurde neben einem inhaltlich logischen Konzept auch auf der Basis psychologischer Überlegungen aufgebaut. Die Darstellung des Inhalts und des formalen Aufbaus des Fragebogens erfolgt einzeln.

### 9.2.1 Die theoretische Basis des Pflegeelternfragebogens

Der Fragebogen zum Erleben und zur Wahrnehmung der Pflegebeziehung durch die Pflegeeltern wurde einerseits auf der Basis eines breiten Literaturstudiums und andererseits anhand einer Reihe von offenen Gesprächen und Interviews entwickelt. Diese konnten am Pädagogischen Institut der Universität Freiburg (CH), mit der Schweizerischen Fachstelle für das Pflegekinderwesen und anderen im Bereich des Pflegekinderwesens engagierten Personen sowie mit Pflegeeltern selbst geführt werden.

Der Fragebogen für Pflegeeltern ist ein theoriegeleitetes Instrument, das vom Verständnis der Pflegefamilie als Beziehungsdreieck von Pflegeeltern, Pflegekind und Herkunftseltern ausgeht, sich dabei aber immer auf den Blickwinkel der Pflegeeltern bezieht. Das Verfahren wurde entwickelt, um Wahrnehmung, Erleben und Gelingen der Pflegebeziehung aus der Perspektive der Pflegeeltern zu erfassen, und basiert auf dem theoretischen Hintergrund von System- und Bindungstheorie (vgl. Kapitel 4). Die Untersuchung und Beurteilung des Gelingens aus der Sicht der Pflegekinder wäre sicher interessant, aber es wäre natürlicherweise zu erwarten, dass die Pflegeeltern – wie in fast allen bekannten Untersuchungen (vgl. Kötter, 1997, 133) – zur Bedingung ihrer Teilnahme gemacht hätten, dass die Pflegekinder nicht befragt werden. Eine Pflegemutter hatte dennoch mitgeteilt, dass ihr Pflegekind auch gerne einen Fragebogen ausgefüllt hätte.

Der Fragebogen umfasst Ausgangsvariablen und die Dimensionen Belastung, Ressourcen und Gelingen (bzw. gelungene Integration). Diese Bereiche werden in der Endversion des Fragebogens durch rund 200 Items repräsentiert. Zeitlich beziehen sich die Fragen vom Beginn des Pflegeverhältnisses (Entstehungsbedingungen) bis zum aktuellen Entwicklungsstand.

Bei der Konstruktion des Fragebogens wurden die wenigen pflegefamilienspezifischen Untersuchungsmethoden berücksichtigt. So konnten einzelne Items aller Bereiche in inhaltlicher Anlehnung an den Interviewleitfaden zur Erfassung der Dynamik auf verschiedenen Ebenen der Pflegefamilie und der pflegefamilialen Aussengrenzen von Kötter (1994) formuliert werden. Der Pflegeelternfragebogen orientiert sich im gesamten Aufbau teilweise an Kötters Interviewleitfaden. Kötter (1997) untersuchte in 51 Pflegefamilien die Entwicklung von Pflegeverhältnissen im Zusammenhang mit Besuchskontakten der Pflegekinder und ihrer Herkunftseltern. Der Anlass ihrer Untersuchung war *der Theorienstreit im Pflegekinderwesen um die Auffassung der Pflegefamilie als Ersatz- oder Ergänzungsfamilie und um die Beurteilung von Besuchskontakten* (Kötter, 1997, 246). Kötter stützt sich auf den theoretischen Hintergrund

der systemorientierten Familienforschung und der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie und berücksichtigt ebenfalls Aspekte der Systemtheorie und der Bindungstheorie.

Es konnte nur in einzelnen Fällen (wenn die Fragen nicht pflegeelternspezifisch waren) auf bestehende Skalen zurückgegriffen werden. Items der folgenden validierten Verfahren wurden für die Untersuchung der Pflegeeltern ausgewählt:

- Hamburger Erziehungsverhaltensliste für Mütter HAMEL (Baumgärtel, 1979)
- Stressverarbeitungsfragebogen SVF (Janke, 1985)
- Generalisierte Kompetenzerwartung (Jerusalem & Schwarzer, 1993)
- Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI (Fahrenberg, 1989)
- State-Trait-Angstinventar STAI (Laux, 1981)

Inhaltliche Anregungen zur Zufriedenheit und Selbstwirksamkeitserwartung der Pflegeeltern wurden den Aussagen zur Berufszufriedenheit von Lehrpersonen von *Cloetta und Hedinger* (1981) entnommen.

## 9.2.2 Inhaltlicher Aufbau des Untersuchungsinstruments

Der Pflegeelternfragebogen wurde konstruiert, um die vier Hauptaspekte Gelingen, Ausgangsvariablen, Belastungen und Ressourcen zu operationalisieren. Die Inhalte dieser Hauptaspekte werden im Folgenden aufgegliedert. Die Items und Skalen des Fragebogens geben Aufschluss über die konkrete Umsetzung der Fragestellungen. Der Fragebogen und die vollständige Item- und Skalenübersicht befinden sich im Anhang dieser Arbeit.

### 9.2.2.1 Hinweise auf ein Gelingen

- Das Gelingen soll primär durch die Integration des Pflegekindes (Integrationsgefühle) ausgedrückt werden (vgl. 6.2.2.1):
  1. Beurteilung des Integrationsgefühls des Pflegekindes durch die Pflegemutter/den Pflegevater (Items: G2; G6)
  2. Beurteilung des Integrationsgefühls der Pflegemutter/des Pflegevaters (Items: G1; G5)
- Die Aspekte Zufriedenheit und Wachstum sollen weitere Hinweise auf ein Gelingen (der Integration) geben (vgl. 6.2.2.2):
  3. Zufriedenheit mit der Rolle als Pflegemutter/Pflegevater (Items: G3; G8; G11; G15) und das Gefühl, sich dabei selbst entfalten zu können (Items: G14; G18)



4. Zufriedenheit mit der Entwicklung der Pflegebeziehung (Items: G9; G12; G14) und das Gefühl der Pflegemutter/des Pflegevaters, das Pflegekind fördern, unterstützen und begleiten zu können (Items: G7; G10; G13; G16; G17)
- Die Dimension des Gelingens wird zusätzlich durch die tatsächliche Unterstützung, die das Pflegekind erfährt, beurteilt:
    5. Die erfahrene Unterstützung wird mit vier Items zur Unterstützung aus der Hamburger Erziehungsverhaltensliste für Mütter HAMEL (Baumgärtel, 1979) erfasst (Items: G19 bis G22)

### ***9.2.2.2 Die Ausgangsvariablen des Pflegeverhältnisses***

- Eine Reihe soziodemographischer Faktoren wird berücksichtigt. Diese werden auch zur Beschreibung der Stichprobe verwendet:
  1. Geschlecht des Pflegeelternteils, der den Fragebogen ausfüllt
  2. Alter der Pflegemutter/des Pflegevaters bei der Aufnahme des Pflegekindes und zum Untersuchungszeitpunkt
  3. Alter des Pflegekindes bei seiner Aufnahme und zum Untersuchungszeitpunkt
  4. Altersunterschied zwischen dem Pflegekind und der Pflegemutter/dem Pflegevater
  5. Anzahl der Personen, die in der Pflegefamilie zusammenleben (Familiengrösse und weitere Personen)
  6. Existenz und Anzahl eigener (leiblicher und adoptierter) Kinder und weiterer Pflegekinder in der Pflegefamilie sowie die Stellung des Pflegekindes in der Geschwisterreihe
  7. Existenz eines Partners/einer Partnerin (der/die die Rolle des Pflegevaters/der Pflegemutter übernimmt)
- Über die formale Art des Pflegeverhältnisses geben die folgenden Aspekte Auskunft:
  8. Dauer des Pflegeverhältnisses
  9. Form des Pflegeverhältnisses: Dauer- oder Wochenpflege und Nichtverwandtschafts- oder Verwandtschaftspflege
  10. Existenz eines Pflegevertrages sowie Erhalt einer Entschädigung
  11. Existenz (und Ausmass) von Kontakt zwischen Pflege- und Herkunftseltern
  12. Zudem wird bei Dauerpflege zwischen Pflegeverhältnissen mit und ohne (bzw. abgebrochenen) Besuchskontakten zwischen dem Pflegekind und der Herkunftsfamilie unterschieden
- Die Belastungssituation in der Herkunftsfamilie wird folgendermassen berücksichtigt:

13. Belastungssituation (Existenz von Belastungsfaktoren) in der Herkunftsfamilie vor der Inpflegegabe des Pflegekindes (Items: A1 bis A14)
  14. Änderung der Belastungssituation in der Herkunftsfamilie bis zum Untersuchungszeitpunkt
- Zur Vorgeschichte des Pflegekindes werden die folgenden Aspekte erfasst:
    15. Vorhandensein einer körperlichen und/oder geistigen Behinderung (und Art der Behinderung)
    16. Anzahl der Betreuungsorte des Pflegekindes vor seiner Aufnahme
    17. Existenz traumatischer Erfahrungen vor der Inpflegenahme (Item: A15)
    18. Verhaltensauffälligkeiten des Pflegekindes (werden zu Beginn des Pflegeverhältnisses beurteilt; Item: A16)
  - Zur Konzeption des Pflegeverhältnisses durch die Pflegefamilie kommen die folgenden Themenbereiche hinzu:
    19. Aufnahmemotivationslage in der Pflegefamilie (Existenz karitativer, religiöser, familienstruktureller und selbstwertbezogener Aufnahmemotive sowie Art der persönlichen Betroffenheit; Items: A17 bis A23) und Rekrutierung der Person, welche die Initiative ergriff, um das Pflegekind aufzunehmen (Items: A24; A25)
    20. Vorbereitung auf das Pflegeverhältnis (externe Begleitung, Information und persönliche Vorbereitung; Items: A26 bis A28)
    21. Informationsdefizite: Klärung der zeitlichen Perspektiven des Pflegeverhältnisses und Wissen über die Gründe der Fremdplatzierung (werden einzeln für Pflegeeltern und Pflegekind erfragt; Items: A29 bis A32)
    22. Wissen des befragten Pflegeelternanteils über die Vergangenheit des Pflegekindes (Vorwissen, Wissenswunsch und Wissenszuwachs; Items: A33 bis A35)

### **9.2.2.3 Belastungsfaktoren des Pflegeverhältnisses**

- Die folgenden Faktoren und Gruppen von Belastungsfaktoren, die das Pflegekind betreffen, werden untersucht:
  1. Bewältigung der Inpflegegabe durch das Pflegekind, das heisst Anpassung (Umgebungswechsel, Wechsel der Bezugspersonen) zu Beginn des Pflegeverhältnisses und zum Untersuchungszeitpunkt (Items: B1 bis B4)
  2. Entwicklung der Problemsituation seit das Pflegekind in der Pflegefamilie lebt (Item: B5)

3. Aktuelle Probleme des Pflegekindes (Aggressionen, Unruhe, Schlafstörungen, Ängstlichkeit, Schulschwierigkeiten, anderes) und ihr Ausmass (Items: B6 bis B12)
  4. Beziehung des Pflegekindes zu seiner Herkunft (Reden über die Herkunftsfamilie, Schwierigkeiten mit einer bestimmten Person der Herkunftsfamilie sowie Existenz, Ausmass und Bedeutung von Besuchskontakten) und das Vorhandensein von Loyalitätskonflikten und das Statusbewusstsein des Pflegekindes als solches (Items: B13 bis B17)
- Auf die aktuellen emotionalen Beziehungen in der Pflegefamilie wird folgendermassen eingegangen:
    5. Rekrutierung der Person, mit der sich das Pflegekind in der Pflegefamilie am besten versteht, und derjenigen, mit der es die meisten Probleme hat, insbesondere wird festgehalten, ob das Pflegekind mit beiden Pflegeeltern gleich gut auskommt (Items: B18 bis B20)
    6. Ermittlung von Streit und Eifersucht zwischen Pflegekindern und eigenen Kindern, falls welche in der Pflegefamilie leben (Items: B21; B22)
  - Bezüglich der Belastung der Pflegemutter/des Pflegevaters durch das Pflegeverhältnis und des Bewältigungspotentials werden die folgenden Aspekte erhoben (bei Paaren werden zusätzlich zu den genannten Aspekten die jeweiligen Unterschiede in der Belastungsbeurteilung zwischen Pflegemutter und Pflegevater berücksichtigt):
    7. Einschätzung der pflegeelterlichen Belastung vor (gedankliche Beziehungsaufnahme) und zu Beginn (allgemein und insbesondere Zurechtkommen mit Verhaltensproblemen des Pflegekindes) des Pflegeverhältnisses (Items: B23; B25)
    8. Einschätzung der Gewöhnung und allgemeinen gegenwärtigen pflegeelterlichen Belastung und Zurechtkommen der Pflegemutter/des Pflegevaters mit Verhaltensproblemen des Pflegekindes (Items: B24; B26 bis B29)
    9. Belastung des Pflegeelternanteils in seiner Rolle als Pflegemutter/Pflegevater (Gefühle der Überforderung, Existenz von Befürchtungen etc.), zeitliche Belastung durch das Pflegeverhältnis und Belastung der Paarbeziehung (Items: B30 bis B41)
    10. Belastung der Pflegemutter/des Pflegevaters durch die Beziehung des Pflegekindes zu seiner Herkunftsfamilie (Belastung durch Besuchskontakte und Belastung durch das Thema Herkunftsfamilie; Items: B42 bis B44)
  - Zum Erleben externer Belastung wird folgender Aspekt hinzugenommen:
    11. Erleben von Einmischung anderer Personen (Items: B45; B46)

#### ***9.2.2.4 Ressourcen der Kernpflegefamilie und des erweiterten pflegefamilialen Systems***

- Die folgenden Kriterien werden im Sinne von persönlichen Ressourcen der Pflegemutter/des Pflegevaters erhoben (insbesondere werden Unterschiede zwischen Pflegemüttern und Pflegevätern beurteilt):
  1. Allgemeine Lebensfreude (wird durch vier Items des Freiburger Persönlichkeitsinventars FPI (Fahrenberg, 1989) sowie acht Items zur Trait-Angst aus dem State-Trait-Angstinventar STAI (Laux, 1981) abgebildet; Items: R1 bis R12)
  2. Selbstwirksamkeitserwartung (es wurden acht der zehn Items zur generalisierten Kompetenzerwartung von *Jerusalem und Schwarzer* (1993) sowie eigene Items zur Selbstwirksamkeit aufgenommen; Items: R13 bis R22)
  3. Aktive Stressverarbeitung (es wurden sechs Items des umfangreichen Stressverarbeitungsfragebogens SVF von Janke (1985) herangezogen; Items: R23 bis R28)
  4. Problemeinschätzung und allgemeiner Optimismus (Items: R29 bis R32)
  5. Offenheit und Interviewbereitschaft (Items: R33; R34)
  6. Diskursbereitschaft und Orientierung an Prinzipien (Items: R35 bis R46)
- Diese Kriterien sollen innerfamiliäre Ressourcen veranschaulichen:
  7. Rollenaufteilung, -verhalten und -zufriedenheit der Pflegeeltern (Items: R47 bis R51)
  8. Selbstverständnis der Pflegefamilie (Ersatz- oder Ergänzungsfamilienverständnis, Normalfamilienverständnis und Existenz eines Adoptionswunsches, einer Wiederaufnahme-, Rückkehr-, Pflegestellenwechsel- und Pflegeabbruchoption; Items: R52 bis R62)
  9. Urteil über die Aufnahme von Pflegekindergeschwistern, wenn mehrere Kinder derselben Herkunftsfamilie in der Pflegefamilie leben (Items: R63; R64)
- Allgemeine Aussenkontakte der Pflegemutter/des Pflegevaters und wahrgenommene Unterstützung:
  10. Ausserfamiliäres Engagement und Häufigkeit ausserfamiliärer Kontakte (soziale Integration; Items R65 bis R68)
  11. Ausmass der erwarteten und der erhaltenen sozialen Unterstützung (Items: R69 bis R71)
  12. Erhaltene und erwartete Unterstützung durch Verwandte, Freundinnen und Freunde bzw. Bekannte und andere Personen
  13. Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung (Items: R72; R73)

- Halbprofessionelle oder professionelle Kontakte der Pflegefamilie:
  14. Kontakt zu anderen Pflegeeltern und Mitgliedschaft in einer Pflegeelterngruppe (Items: R74; R75)
  15. Kontakthäufigkeit zu einer Begleitperson (Sozialarbeiter/-in oder Supervisor/-in; Item: R76)
  16. Erhaltene und erwartete Unterstützung durch eine Fachperson
- Verhältnis der Pflegefamilie zur Herkunftsfamilie:
  17. Erhaltene und erwartete Unterstützung durch die leiblichen Eltern (oder einen Elternteil) und Verwandte des Pflegekindes
  18. Beziehung zwischen den Pflegeeltern und Herkunftseltern bzw. anderen Mitgliedern der Herkunftsfamilie (Kontaktwunsch, unterstützendes oder distanziertes Verhältnis. Items: R78 bis R81)

### 9.2.3 Formaler Aufbau des Pflegeelternfragebogens

Der Fragebogen wurde neben logischen auch nach *psychologischen Gesichtspunkten* gestaltet, die der befragten Person Orientierung und Sicherheit vermitteln (Atteslander, 1995, 194). Der Fragebogen sollte neben seinem Einsatz für Forschungszwecke in seinem Aufbau und seiner Form für Pflegeeltern attraktiv gestaltet werden, motivierend sein und eventuell ein praktisch-diagnostisches Reflektieren der eigenen Situation ermöglichen. Der Fragebogen ist in drei Hauptteile gegliedert, die jeweils mehrere Themenkreise umfassen:

*Teil A: Erfahrungen rund um die Inpflegenahme*

*Teil B: Familien- und Aussenbeziehungen*

*Teil C: Kontakte und Grenzen zwischen Pflege- und Herkunftsfamilie*

Daneben werden allgemeine Angaben zu Pflegefamilie und Pflegekind erhoben und es wird gefragt, ob die Person, die den Fragebogen ausfüllt, zur Teilnahme an einem Interview bereit wäre.

Fragen zum selben Themenkreis folgen nacheinander, besondere und eher unvertraute Aspekte werden jeweils nach den allgemeinen und eher vertrauten Aspekten thematisiert. Es wurde besonderer Wert daraufgelegt, dass das Ausfüllen des Fragebogens für die befragten Personen spannend ist und dass diese durch einzelne Fragen möglichst nicht verunsichert oder verletzt werden. Die Hauptteile und die einzelnen Themenkreise wurden jeweils mit einem kurzen Begleittext eingeleitet. Damit sollten auch konventionelle Schranken abgebaut werden (vgl. Atteslander, 1995, 195). Beispiel: „In Familien können Aufgaben, aber auch die Verantwor-

tung [...] ganz unterschiedlich verteilt sein.“ Der Fragebogen dreht sich seinem Aufbau nach allgemein um die Wahrnehmung und das Erleben der Pflegeeltern, somit konnte vermieden werden, dass die Untersuchung des Gelingens von den befragten Personen erkannt werden konnte.

Teil A erfasst Erfahrungen der Pflegeeltern vor, bei und nach der Aufnahme des Pflegekindes. Dieser Teil beinhaltet die Gründe, welche die Pflegemutter/den Pflegevater veranlasst haben, das Pflegekind aufzunehmen, die Vorbereitung auf die Inpflegenahme und deren Erleben. Daneben werden Probleme des Pflegekindes und die Gewöhnung an die Pflegebeziehung thematisiert. Es werden dabei auch Belastungen der Pflegeeltern im Zusammenhang mit dem Pflegeverhältnis und ihr Umgang damit angesprochen.

Familien- und Aussenbeziehungen werden in Teil B behandelt. Es geht um die Beurteilung der Beziehung zwischen Pflegekind und dem Pflegeelternanteil, der den Fragebogen ausfüllt, sowie um die Beurteilung anderer Beziehungen der Familienmitglieder untereinander. Die Aufteilung von Aufgaben und Verantwortung in der Familie wird ebenfalls erfasst. Daneben beinhaltet dieser Teil Kontakte, die ausserhalb der Familie gelebt werden und Unterstützung, die erhalten, und im Falle, dass sie erforderlich würde, erwartet wird.

Kontakte und Grenzen zwischen Pflege- und Herkunftsfamilie werden in Teil C thematisiert. Es geht um Belastungen, denen die Herkunftsfamilie vor der Inpfleggabe des Kindes gegenüberstand, und um die Veränderung der Belastungssituation. Die Wahrnehmung der Herkunftsfamilie durch das Pflegekind wird beurteilt und Besuchskontakte zwischen dem Pflegekind und der Herkunftsfamilie werden erfasst. Zudem wird das Verhältnis zwischen den Pflege- und Herkunftseltern aufgenommen. Daneben geht es um die Selbstbeurteilung der Pflegemutter bzw. des Pflegevaters in ihrer bzw. seiner Rolle.

### ***9.3 Zusammenfassung***

Eine Fragebogenuntersuchung wurde als geeignetes Instrument beurteilt, um möglichst viele Pflegeeltern relativ umfassend zu befragen und um die Hauptaspekte des Untersuchungsinteresses zu operationalisieren. In der Familienforschung allgemein und im Bereich der Pflegefamilienforschung insbesondere liegen wenige (oder keine) validierte Untersuchungsverfahren vor. Daher musste für die vorliegende Untersuchung ein Fragebogen konstruiert werden. Dieser Fragebogen orientiert sich inhaltlich und in seinem Aufbau teilweise am Interviewleitfaden von *Kötter* (1994). Der Pflegeelternfragebogen basiert auf Aspekten der System- und

der Bindungstheorie, berücksichtigt aber nur die Perspektive der Pflegeeltern. Methodisch verwendet er Selbstberichte und verhaltensbezogene Selbstberichte, um das Erleben und Wahrnehmen der Pflegeeltern zu erfassen. Einzelne Items aus validierten Verfahren konnten in den Fragebogen einbezogen werden.





## 10. Durchführung der Untersuchung

Die Tabelle 10-1 gibt einen Überblick über das Untersuchungsdesign, das bei der vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchung der Pflegeverhältnisse zur Anwendung kam.

Tabelle 10-1: Untersuchungsdesign

Instrumente	Zeitraum	Population	
Diskussionen/Interviews Spontaninterview	Sommer/Herbst 1997	Expertinnen/Experten Pflegeeltern	
		Entwicklung des Pflegeelternfragebogens	
Vortest	Mai 1998	Pflegeeltern	
		Überarbeitung des Pflegeelternfragebogens	
Fragebogenerhebung	Juni – September 1998	Pflegeeltern	
		Analyse der Pflegeelternfragebogendaten	

Der Bericht des Untersuchungsverlaufs und der Ergebnisse erfolgt chronologisch. Im vorhergehenden Kapitel wurde auf den Beitrag von Diskussionen mit Expertinnen und Experten und Spontaninterviews mit Pflegeeltern bereits aufmerksam gemacht. Zudem wurde der Pflegeelternfragebogen vorgestellt. Im Folgenden wird der Vortest beschrieben und auf seinen Beitrag zur Überarbeitung des Pflegeelternfragebogens eingegangen. Danach erfolgt die Beschreibung der Stichprobe unter Verwendung der soziologischen Studie von *Juhász und Sunitsch* (1996) über Pflegefamilien im Kanton Zürich als Vergleichsstudie zur Beurteilung der Repräsentativität der vorliegenden Daten. Im Anschluss daran wird auf Modelle der Datenanalyse und die statistische Auswertung eingegangen.

### 10.1 Vortest

Im Mai 1998 wurde eine Pilotstudie durchgeführt und eine Testversion des Pflegeelternfragebogens 17 Pflegeeltern vorgelegt, die in nichtverwandtschaftlichen Dauerpflegeverhältnissen stehen und ausserhalb des Kantons Zürichs wohnhaft sind. Diese Pflegeeltern wurden von der Pflegekinder-Aktion Bern (Rita Aemmer) ausgewählt. Die Testversion des Fragebogens ist kürzer, da sie keine Items aus bestehenden Skalen beinhaltet. Der Vortest wurde

zur Prüfung der Einführung und Instruktion, des formalen Aufbaus und des Verständnisses sowie der Eindeutigkeit der Fragestellungen herangezogen. Für die überarbeitete Version des Fragebogens wurden diesbezüglich einzelne Änderungen vorgenommen. Daneben diente die Pilotstudie zur Beurteilung der Variationsbreite der Antworten. Einzelne Items wurden stärker bzw. schwächer formuliert, um eine breitere Streuung im Antwortbereich (trifft zu – trifft eher zu – trifft eher nicht zu – trifft nicht zu) zu erzielen und somit mehr Informationen zu erhalten. Im Begleitbrief wurde den Pflegeeltern, die am Vortest teilnahmen, erläutert, dass der ihnen vorliegende Fragebogen nochmals überarbeitet wird und Hinweise, die *beispielsweise auf Dinge aufmerksam machen, die das Ausfüllen des Fragebogens erschweren*, erwünscht sind. Aufgrund einzelner Mitteilungen konnten schwierige Fragen und solche, die eventuell zu Missverständnissen führten, überarbeitet werden.

## ***10.2 Die Stichprobe***

### **10.2.1 Auswahl der Stichprobe**

#### ***10.2.1.1 Pflegeeltern im Kanton Zürich***

*In der Schweiz gibt es schätzungsweise gegen 14'000 Pflegekinder, die in etwa 12'000 Pflegefamilien leben. Trotz dieser enormen Zahl ist nach Ansicht der Schweizerischen Fachstelle für das Pflegekinderwesen über die genauere Situationslage relativ wenig bekannt (Bamert, 1999, 59). Das Pflegekinderwesen ist gesamtschweizerisch betrachtet (noch) eher ungenügend ausgebaut. Die Verhältnisse variieren zwischen den Kantonen so stark, dass nicht Pflegefamilien aus unterschiedlichen Kantonen betrachtet werden können. Die erste Wahl der Stichprobe fiel – um eine genügend grosse und vergleichbare, homogene Stichprobe zu erhalten – auf Pflegeeltern, die im Kanton Zürich wohnhaft sind und von Jugendsekretariaten oder Pflegekinderfürsorgestellen des Kantons betreut werden. Im Kanton Zürich ist das Pflegekinderwesen gut ausgebaut, was eine Erhebung begünstigt bzw. erst ermöglicht. Gegenwärtig sind im Kanton Zürich rund 700 Dauer- und Wochenpflegeverhältnisse gemeldet.<sup>23</sup> Das Pflegekinderwesen weist im Kanton Zürich zudem keine Besonderheiten auf (vgl. Juhasz & Sunitsch, 1996, 17). Neben der Gruppe von Pflegekindern in Dauer- und Wochenpflege gibt es eine Gruppe von*

---

<sup>23</sup> Aufgrund der Beurteilung vonseiten der Abteilung Pflegekinder des Jugendamtes kann von einer relativ geringen Dunkelziffer ausgegangen werden.

Kindern an Tagesplätzen und eine von Kindern in Adoptionsverhältnissen (gesetzliche zweijährige Pflegekindzeit). Die beiden letzten Gruppen sollten im Rahmen dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden. Die genannten Gruppen können im Kanton Zürich unterschieden werden. Zudem konnte mit der Unterstützung und der Mitarbeit der Verantwortlichen des Jugendamtes und der Jugendsekretariate und Pflegekinderfürsorgestellen des Kantons Zürich, die sich bereits bei der von *Juhász und Sunitsch* (1996) durchgeführten soziologischen Forschungsarbeit interessiert und sehr engagiert zeigten, gerechnet werden.

### **10.2.1.2 Weitere Auswahlkriterien**

Da die Studie im Bereich der Grundlagenforschung anzusiedeln ist (vgl. S. 152), sollten alle Pflegeeltern mit Dauer- und Wochenpflegeverhältnissen angeschrieben werden und es fand keine spezifischere Auswahl der Stichprobe statt, demzufolge ist in der Stichprobe mit einer gewissen Heterogenität zu rechnen. Insbesondere ist zu erwarten, dass die Pflegeverhältnisse, was die folgenden Kriterien betrifft, stark variieren:

1. Dauer- und Wochenpflegeverhältnisse unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Konzeption.
2. Nichtverwandtschafts- und Verwandtschaftspflegeverhältnisse sind unterschiedlich. Bei Verwandtschaftspflege sind zum Beispiel oft die leiblichen Grosseltern des Pflegekinds die Pflegeeltern.
3. Es ist neben „vollständigen“ Dauer- und Wochenpflegefamilien auch mit „unvollständigen“ Pflegefamilien zu rechnen, in denen die Pflegemutter oder der Pflegevater allein-erziehend ist.
4. In Bezug auf die Familiengrösse können sich Pflegeverhältnisse unterscheiden, es gibt Pflegefamilien ohne leibliche oder adoptierte Kinder und grosse Familien, in die zusätzlich Pflegekinder aufgenommen werden.
5. Das Alter der Pflegekinder kann stark variieren. Adoleszenz- und Ablösungskonflikte können zum Beispiel einen entscheidenden Einfluss auf den aktuellen Verlauf des Pflegeverhältnisses haben.
6. Die Herkunft der Pflegekinder bzw. die Indikation der Platzierung kann stark variieren: Es gibt zum Beispiel behinderte Kinder, Kinder, die ein kurzes Leben vor sich haben, Kinder aus „Suchtfamilien“, Kinder, die misshandelt oder missbraucht wurden, Kinder ausländischer Eltern und Flüchtlingskinder.
7. Die Dauer der Pflegeverhältnisse kann stark unterschiedlich sein. Es sind zum Beispiel Anpassungskonflikte in Pflegeverhältnissen mit einer Dauer von weniger als zwei Jahren

- zu erwarten. Insbesondere bei Pflegekindern mit einem höheren Aufnahmealter sind natürlicherweise stärkere Anpassungsschwierigkeiten wahrscheinlich (vgl. 5.2.5 und 5.3).
8. In Bezug auf den Kontakt des Pflegekindes zu seiner Herkunftsfamilie sind Pflegeverhältnisse mit laufendem, abgebrochenem und ohne Kontakt zu unterscheiden. Es gibt Pflegeeltern, die Kontakt (eventuell mehr als den nötigsten) und solche, die keinen Kontakt zu den Herkunftseltern haben.
  9. Zudem besteht die Möglichkeit, dass sich in der Stichprobe auch einige „professionelle“ Pflegeeltern befinden.

### 10.2.2 Erhebungsverlauf

Im Kanton Zürich unterliegt die Bewilligung und Aufsicht von Pflegeverhältnissen den Jugendsekretariaten der einzelnen Bezirke und im Falle der Städte Zürich und Winterthur der jeweiligen Pflegekinderfürsorge. Im April 1998 konnten an einer Sitzung der Fachgruppe Pflegekinderwesen des Kantons Zürichs das Untersuchungsvorhaben und die Testversion des Pflegeelternfragebogens den Vertreterinnen und Vertretern der einzelnen Bezirke, die im Vorfeld ein Abstract erhalten hatten, vorgestellt und diskutiert werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendsekretariate und Pflegekinderfürsorgestellen sagten aus Gründen des Datenschutzes zu (es existiert keine Liste aller Pflegefamilien im Kanton Zürich), die Pflegeeltern mit Dauer- und Wochenpflegeverhältnissen im Namen des Jugendamtes des Kantons Zürich (Markus Brühwiler) anzuschreiben und ihnen den Fragebogen zuzustellen. Mit dem Fragebogen wurde ein Begleitbrief der Untersucherin verschickt, der den Anlass der Studie kurz erklärte und Hinweise zum Ausfüllen gab. Unter anderem wurde darauf hingewiesen, dass die Fragen aufgrund der persönlichen Situation und eigenen Erfahrung beantwortet werden sollten und dass das Ausfüllen des Fragebogens etwa eine Stunde Zeit benötige. Zudem wurde zugesichert, dass alle Angaben anonym und vertraulich behandelt werden. Die Fragebogen wurden – in zwei Exemplaren<sup>24</sup> – allen Pflegefamilien mit Dauer- und Wochenpflegeverhältnissen des Kantons Zürichs im Juni 1998 zugestellt. Es wurden insgesamt 480 Pflegefamilien angeschrieben. Davon wurden 129 Familien ein zweites Mal angefragt.<sup>25</sup> Dem zweiten Schreiben lag zusätzlich ein Brief der Schweizerischen Fachstelle für das Pflegekinderwesen (Kathrin Zatti) bei, welche das Untersuchungsvorhaben ihrerseits unterstützt.

---

<sup>24</sup> Jede Pflegefamilie hatte jeweils zwei Fragebogen erhalten, damit ein Pflegeelternanteil einen Fragebogen oder beide Pflegeelternanteile je einzeln einen Fragebogen ausfüllen konnten.

<sup>25</sup> Aus Kapazitätsgründen war es nicht allen Jugendsekretariaten bzw. Fürsorgestellen möglich, einen zweiten Versand zu machen.

Tabelle 10-2 gibt einen nach den einzelnen Bezirken aufgegliederten Überblick zu den von den jeweiligen Verantwortlichen zum Verschicken angeforderten Fragebogendossiers und zu den ein- bzw. zweimal angeschriebenen Pflegefamilien. Als Vergleichszahlen liegen vom Jugendamt des Kantons Zürich nur die Zahl der Kinder an Wochen- und Dauerpflegeplätzen (inklusive Adoptionsverhältnisse) für die Jahre 1996 und 1997 vor, nicht aber jene der Pflegefamilien (exklusive Adoptionsverhältnisse).

Tabelle 10-2: Anzahl Pflegefamilien und -kinder im Kanton Zürich

Bezirk	Zahl der Pflegefamilien ...			Zahl der Pflegekinder ...	
	... für die von den Verantwortlichen der Bezirke Fragebogen bestellt wurden Mai 1998	... denen Fragebogen zuge stellt wurden (1. Anschreiben) Juni 1998	... die ein 2. Mal angeschrieben wurden Juli 1998	... an Wochen- und Dauerpflegeplätzen 31. 12. 1996	... an Wochen- und Dauerpflegeplätzen 31. 12. 1997
1 Affoltern	32	24	24	31	31
2 Andelfingen	25	22	0	23	26
3 Bülach	40	31	0	36	45
4 Dielsdorf	35	31	0	40	33
5 Dietikon	42	31	31	50	46
6 Hinwil	39	39	0	50	47
7 Horgen	39	39	0	57	52
8 Meilen	39	21	21	41	52
9 Pfäffikon (zwei Stellen)	18	18	18	52	49
10 Uster	35	35	35	66	56
11 Winterthur-Land	31	29	0	32	36
12 Stadt Winterthur	31	29	0	54	42
13 Zürich	143	131	0	229	213
<b>Kanton</b>	<b>549</b>	<b>480</b>	<b>129</b>	<b>761</b>	<b>728</b>

Interessant scheint die Tatsache, dass die Verantwortlichen der Jugendsekretariate und Pflegekinderfürsorgestellen im Mai 1998 deutlich mehr Fragebogendossiers bestellt hatten, als sie tatsächlich den Pflegefamilien senden konnten (vgl. Tab. 4-2; 2. und 3. Spalte). Vom Sozialdepartement der Stadt Zürich liegt diesbezüglich eine Erklärung vor:

„Nach Erhalt des umfangreichen Fragebogens haben wir Leute, die wenig Deutsch sprechen, nicht angeschrieben.“

Was die teilweise hohe Differenz der angeforderten und tatsächlich verschickten Dossiers in den Bezirken Meilen, Dietikon, Bülach und Affoltern erklären könnte, ist nicht bekannt, sie mag aber mit der hohen Auflösungs- und Neueingangsquote von Pflegeverhältnissen zusammenhängen (vgl. Tab. 10-5, S. 177).

Insgesamt haben von den 480 Familien Personen aus 170 Familien den Fragebogen ausgefüllt und zurückgesandt. Dies entspricht einem Rücklauf von 35.4 %.<sup>26</sup> Einzelne Personen haben mitgeteilt, warum sie den Fragebogen nicht ausfüllen konnten. Dabei wurde thematisiert, dass die persönliche Betroffenheit mit der Situation des Pflegeverhältnisses zurzeit zu belastend sei, dass der Fragebogen der aktuellen Situation nicht entspreche (Pflegeverhältnis beendet, Tages- oder Adoptionspflege), Sprachschwierigkeiten das Ausfüllen verunmöglichten oder kein Interesse bestehe. Bedenken, dass solche Untersuchungen zu einem „Schemadenken“ führen können oder der Individualität nicht gerecht werden, veranlassten offenbar einzelne Personen, den Fragebogen, obwohl sie ihn ausgefüllt hatten, nicht abzuschicken. Zudem benötigten die Pflegeeltern rund eine Stunde Zeit, um den Fragebogen auszufüllen. *Huber* (1987, 170) betont, dass die Ablehnung der Teilnahme weniger mit dem Thema als mit dem Aufwand zu tun hat. Von der Seite einzelner Jugendsekretariate und Fürsorgestellen wurde die Vermutung geäußert, dass der Fragebogen relativ anspruchsvoll sei und daher für einige der Pflegeeltern eine Überforderung darstellen könnte.

Gemäss den Angaben der Jugendsekretariate und Fürsorgestellen sind von den 480 angeschriebenen Pflegefamilien 277 Dauerpflege- und 100 Wochenpflegefamilien. Für 103 Familien liegt diesbezüglich keine Angabe vor. In 268 Fällen handelt es sich um Nichtverwandschaftspflege und in 136 um Verwandtschaftspflege. Für 76 Fälle fehlt die Angabe.

Ein Nachfassen war nur in den Bezirken Affoltern, Dietikon, Meilen, Pfäffikon (beide Stellen) und Uster möglich. 129 der zuvor angeschriebenen 480 Familien erhielten ein zweites Schreiben. Das Nachfassen ist zeitlich mit den Schulsummerferien zusammengefallen, was die Erreichbarkeit der Familien eventuell geschmälert hatte.

Tabelle 10-3 gibt einen Überblick über die Verteilung des Rücklaufs nach dem ersten und zweiten Anschreiben der Pflegefamilien in Bezug auf die Anzahl eingegangener Fragebogen von Pflegemüttern, Pflegevätern und Pflegeelternpaaren, bei denen sowohl die Pflegemutter als auch der Pflegevater einen Fragebogen ausfüllte.

---

<sup>26</sup> Drei Fragebogen fanden in der Untersuchung keine Verwendung, da sie sehr unvollständig ausgefüllt wurden. Diese Fragebogen wurden in der Berechnung der Rücklaufquote und im Weiteren nicht berücksichtigt.

Tabelle 10-3: Verteilung des Rücklaufs

	Rücklauf nach ...		Total
	... dem 1. Anschreiben von 480 Familien	... dem 2. Anschreiben von 129 Familien	
Fragebogen bzw. Personen	N 201	31	232
Frauen	N 84	8	92
Männer	N 15	1	16
Paare	N 51 (= 102 Personen)	11 (= 22 Personen)	62 (= 124 Personen)
Familien	N 150 in % 31.3 (von 480)	20 15.5 (von 129)	170 35.4 (von 480)

232 Personen haben einen Fragebogen ausgefüllt. Davon sind 154 weiblich und 78 männlich. Die gesamte Stichprobe besteht somit aus zwei Dritteln Pflegemüttern und einem Drittel Pflegevätern.

### 10.2.3 Stichprobenbeschreibung

Die Beschreibung der Stichprobe und Beurteilung ihrer Repräsentativität erfolgt unter Verwendung von Daten einer Vergleichsstudie.

#### 10.2.3.1 Vergleichsdaten

Zum Vergleich der mittels Pflegeelternfragebogen erhobenen Daten liegt neben einer jährlich geführten Statistik des Jugendamtes des Kantons Zürichs, die eine Aussage über die Anzahl der Pflegekinder an Tagesplätzen und in Wochen- und Dauerpflegeverhältnissen (inklusive Adoptionsverhältnisse) sowie über die Anzahl beendeter und neuer Pflegeverhältnisse macht, die soziologische Forschungsarbeit von *Juhasz und Sunitsch* (1996 und 1997) vor. Die im Rahmen einer Forschungsarbeit am Soziologischen Institut der Universität Zürich erhobenen Daten liefern erstmals genauere Daten zu Pflege- und Herkunftsfamilien in der Schweiz.<sup>27</sup> Eine weitere Untersuchung, die ebenfalls im Kanton Zürich durchgeführt wurde, stammt von *Niederberger und Zeindel* (1989). Die Autoren berichten insbesondere über mehrfach fremdplatzierte Kinder (in Pflegefamilien und Heimen) und *Faktoren, die die Entwicklung einer Fremdplatzierungs-Karriere bestimmen* (Niederberger & Zeindel, 1989, 46). In Tabelle 10-4 sind die Untersuchungen zum Pflegekinderwesen, die im Kanton Zürich durchgeführt wurden, zusammengefasst. Aus der letztgenannten Untersuchung können keine Daten für einen Vergleich herangezogen werden.

<sup>27</sup> Angabe gemäss Kathrin Zatti von der Schweizerischen Fachstelle für das Pflegekinderwesen.

Tabelle 10-4: Übersicht der Untersuchungen im Kanton Zürich

	Stichprobe	Datenerhebung
<i>Niederberger und Zeindel</i> (1989)	1264 fremdplatzierte Kinder	Versorgerbefragung
<i>Juhasz und Sunitsch</i> (1996 und 1997)	726 Pflegekinder aus 641 Herkunftsfamilien in 592 Pflegefamilien	Akten (amtliche Routedatensammlung)

Untersucht wurden von *Juhasz und Sunitsch* (1996 und 1997) für das Jahr 1996 sämtliche legalen Pflegeverhältnisse im Kanton Zürich mittels der auf den Jugendsekretariaten und Pflegekinderfürsorgestellen registrierten Daten von 726 Pflegekindern aus 641 Herkunftsfamilien in 592 Pflegefamilien. Tagespflegeverhältnisse wurden nicht erfasst.

Da *Juhasz und Sunitsch* im Grunde dieselbe Gruppe von Personen untersuchten, die den Fragebogen erhalten hat, bietet sich ein Vergleich der Teilgruppe, das heisst der Stichprobe, die den Fragebogen ausgefüllt und zurückgesandt hat, mit der von *Juhasz und Sunitsch* untersuchten Population an. Bei einem Vergleich der mittels Pflegeelternfragebogen erhobenen Daten mit denjenigen von *Juhasz und Sunitsch* muss Verschiedenes beachtet werden:

1. *Juhasz und Sunitsch* berücksichtigten die Adoptionsverhältnisse mit. Beispielsweise berichten sie, dass mehr weibliche als männliche Pflegekinder in den von ihnen untersuchten Pflegefamilien leben. Der höhere Anteil der Mädchen ist jedoch lediglich durch die Adoptionsverhältnisse bedingt (vgl. *Juhasz & Sunitsch*, 1997, 7). 15 % der 726 von *Juhasz und Sunitsch* erfassten Pflegekinder befinden sich in Adoptionspflegeverhältnissen. Es ist nicht bekannt, wie viele der 592 erfassten Pflegefamilien tatsächlich ein Kind oder eventuell mehrere Kinder zur Adoption aufgenommen hatten und sich in der Phase der zweijährigen Pflegekindzeit befanden.<sup>28</sup>
2. *Juhasz und Sunitsch* interessierten jeweils alle Pflegekinder einer Pflegefamilie. Wenn mehrere Pflegekinder in einer Pflegefamilie leben, richtete sich die Aufmerksamkeit der Pflegeeltern, die einen Fragebogen ausfüllten, jeweils nur auf eines ihrer Pflegekinder.
3. Zudem muss beachtet werden, dass Pflegeverhältnisse nicht stabil sind, die Studie von *Juhasz und Sunitsch* wurde rund zwei Jahre vor dieser Untersuchung durchgeführt. Einer Statistik des Jugendamtes des Kantons Zürich ist beispielsweise zu entnehmen, dass 1997 45 % aller Dauer- und Wochenpflegeverhältnisse entweder aufgelöst oder neu eingegangen wurden. Zudem ist die Anzahl laufender Pflegeverhältnisse generell etwas rückläufig (vgl. Tab. 10-5. Die Tabelle wurde nach einer Tabelle des Jugendamtes gestaltet).

<sup>28</sup> Wenn jeweils nur ein zukünftiges Adoptivkind in eine Familie aufgenommen worden wäre (was plausibel erscheint) und in der entsprechenden Familie kein Pflegekind leben würde, würden für die Dauer- und Wochenpflegeverhältnisse 483 Familien verbleiben. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden 480 Pflegefamilien angeschrieben.



Tabelle 10-5: Statistik des Pflegekinderwesens 1992-1997

Wochen- und Dauerpflege		1992	1993	1994	1995	1996	1997
1	Total betreute Pflegekinder	1'161	1'068	992	996	970	963
2	Anzahl aufgelöster Pflegeverhältnisse	268	292	221	249	224	235
3	Anzahl neu eingegangener Pflegeverhältnisse	265	175	217	220	221	202
4	Summe der aufgelösten und neu eingegangenen Pflegeverhältnisse	N 533 in % 46 %	467 44 %	438 44 %	469 47 %	445 46 %	437 45 %

### 10.2.3.2 Daten des Pflegeelternfragebogens im Vergleich zu den Daten von Juhasz und Sunitsch

*Juhasz und Sunitsch* (1996 und 1997) untersuchten in erster Linie die Familienstrukturen der Pflege- und Herkunftsfamilien. Sie zeigten eine Reihe signifikanter Unterschiede zwischen unterschiedlichen Pflegeverhältnissen auf (Entwurf einer Typologie von Pflegeverhältnissen; vgl. Juhasz & Sunitsch, 1997, 27). Zur Beschreibung und Beurteilung der Stichprobe der Pflegeeltern, die den Fragebogen ausgefüllt haben, lassen sich die folgenden Resultate der Untersuchung von Juhasz und Sunitsch heranziehen: Die Verteilung von Dauer- und Wochenpflegeverhältnissen sowie Verwandtschaftspflege und Nichtverwandtschaftspflege, die Dauer des Pflegeverhältnisses, die Häufigkeit eines Pflegestellenwechsels, das Alter des Kindes bei der Inpflegegabe, die Stellung des jeweiligen Pflegekindes in der Geschwisterreihe und die Existenz von Pflegekindergeschwistern (Kinder derselben Herkunftsfamilie in einer Pflegefamilie). Die Untersuchung liefert des weiteren Ergebnisse zum Vorhandensein eines Pflegevertrages und den Erhalt eines Pflegegeldes. Sie macht eine Aussage über den Anteil alleinerziehender Pflegeelternteile und deren Geschlecht sowie über Familiengrösse und weitere Personen, die im Haushalt der Familie leben. Im zweiten Teil ihres Berichts gehen Juhasz und Sunitsch auf Unterschiede zwischen Wochen- und Dauerpflegeverhältnissen und zwischen Verwandtschafts- und Nichtverwandtschaftspflege ein. Diese Resultate bieten sich ebenfalls für einen Vergleich an.

#### 10.2.3.2.1 Art des Pflegeverhältnisses

Bei der Aufteilung in Dauer- und Wochenpflegeverhältnisse und Verwandtschafts- und Nichtverwandtschaftspflege berücksichtigten Juhasz und Sunitsch die tatsächliche Zahl der Pflegekinder bzw. -verhältnisse, während die mittels Pflegeelternfragebogen erhobenen Daten auf der Anzahl der Pflegefamilien beruhen (vgl. Tab. 10-6 und Tab. 10-7).

Tabelle 10-6: Anzahl Dauer- und Wochenpflegeverhältnisse

		Pflegeelternfragebogen	Juhasz/Sunitsch
Dauerpflege	N	126	444
	in %	74 %	73 %
Wochenpflege	N	44	165
	in %	26 %	27 %

Tabelle 10-7: Anzahl Nichtverwandtschafts- und Verwandtschaftspflegeverhältnisse

		Pflegeelternfragebogen	Juhasz/Sunitsch*
Nichtverwandtschaftspflege	N	122	407
	in %	72 %	75 %
Verwandtschaftspflege	N	48	138
	in %	28 %	25 %

\* Die Angaben zur Verwandtschaftlichkeit liegen bei Juhasz und Sunitsch nur für 75 % der Fälle vor.

Jeweils rund ein Viertel der Dauer- und Wochenpflegeverhältnisse ist anhand der Daten des Pflegeelternfragebogens verwandtschaftlicher Art (vgl. Abb. 10-1).

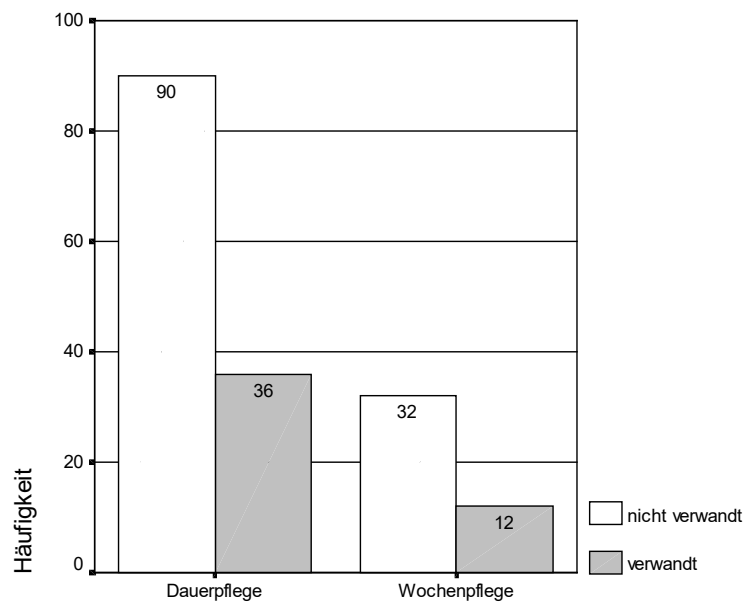


Abbildung 10-1: Dauer- und Wochenpflege bezüglich Nicht- und Verwandtschaftspflege

### 10.2.3.2.2 Dauer des Pflegeverhältnisses

26.1 % der mittels des Pflegeelternfragebogens erfassten Pflegeverhältnisse hatten eine Dauer bis zu zwei Jahren. Bei Juhasz und Sunitsch waren dies 33.8 % der Pflegeverhältnisse. Diese prozentuale Differenz kann vermutlich wiederum auf die Berücksichtigung der Adoptionspflegeverhältnisse zurückgeführt werden, die eine maximale Dauer von zwei Jahren haben. Währenddem die Pflegeverhältnisse mit einer Dauer bis zu fünf Jahren bei Juhasz und Sunitsch rund zwei Drittel ausmachen und das längste Pflegeverhältnis sechzehn Jahre dauert, haben in der Pflegeelternfragebogenerhebung nur rund die Hälfte der Pflegeverhältnisse eine

Dauer bis zu fünf Jahren, die andere Hälfte liegt darüber und die längste Dauer beträgt achtzehn Jahre.<sup>29</sup>

### 10.2.3.2.3 Pflegestellenwechsel

In Tabelle 10-8 wird angegeben, wie oft wie viele Pflegekinder ihren Pflegeplatz vor der aktuellen Platzierung wechselten. Juhasz und Sunitsch verfügten in 39 % der Fälle nicht über Daten zu einer früheren Platzierung des Kindes in einer anderen Pflegefamilie oder einem Heim. Sie bezeichneten ihre Angabe zur Anzahl der vorhergehenden Platzierungen zudem als nur beschränkt aussagekräftig, da die Interpretation der Antworten *nicht ganz einfach* war (Juhasz & Sunitsch, 1997, 8).

Tabelle 10-8: Häufigkeiten eines Pflegestellenwechsels

		Pflegeelternfragebogen	Juhasz/Sunitsch
keine vorhergehende Platzierung	N in %	72 52.6 %	331 74.7 %
eine vorangehende Platzierung	N in %	26 19 %	81 18.3 %
zwei vorangehende Platzierungen	N in %	20 14.6 %	23 5.2 %
drei oder mehr vorangehende Platzierungen	N in %	19 13.8 %	8 1.8 %

Die prozentuale Differenz zwischen den Angaben in der Vergleichsstudie und den Resultaten des Pflegeelternfragebogens in Bezug auf die Pflegekinder ohne vorhergehende Fremdplatzierung lässt sich wiederum durch die Adoptionsfälle, die nur bei Juhasz und Sunitsch berücksichtigt wurden, erklären. Während Juhasz und Sunitsch offenbar über Daten zu vorausgehenden Platzierungen in anderen Pflegefamilien oder Heimen verfügten, wurde im Pflegeelternfragebogen zudem allgemeiner nach einem Betreuungsortswechsel gefragt, und die Pflegeeltern konnten auch nicht offizielle Platzierungen dazu rechnen. Ein Kind hatte seinen Betreuungsort vor der aktuellen Platzierung zehnmal gewechselt.

### 10.2.3.2.4 Alter des Kindes bei der Inpflegegabe

In der Vergleichsstudie wurden 26.6 % der Pflegekinder bis zum ersten vollendeten Lebensjahr und 44.8 % der Pflegekinder bis zum vollendeten dritten Lebensjahr aufgenommen. Bei den Daten des Pflegeelternfragebogens sind es 32.1 % der Kinder, die bis zum ersten und 50 %, die bis zum dritten vollendeten Lebensjahr in Pflege gegeben wurden. Das älteste

<sup>29</sup> Gesetzlich enden Pflegeverhältnisse mit der Vollendung des fünfzehnten Lebensjahres des Pflegekindes. Sechs Pflegekinder haben das sechzehnte Lebensjahr bereits erreicht. Offenbar werden die Pflegeverhältnisse auch nach ihrem offiziellen Ende weiterhin registriert.

Pflegekind wurde in der Vergleichsstudie mit siebzehn Jahren in Pflege gegeben, nach Angaben der Pflegeeltern wurden die ältesten beiden Pflegekinder mit vierzehn Jahren in Pflege gegeben.

### 10.2.3.2.5 Familien- und Haushaltsgrösse

Insgesamt leben 231 eigene (leibliche und adoptierte) Kinder in den mittels Pflegeelternfragebogen erfassten Pflegefamilien. In 61 der 170 Pflegefamilien lebten zum Untersuchungszeitpunkt keine eigenen Kinder. 33 Familien haben ein eigenes Kind, 41 zwei, 26 drei, sieben vier und zwei Familien fünf eigene Kinder (vgl. Tab. 10-9).

Tabelle 10-9: Anzahl Kinder in den Pflegefamilien (Familiengrösse)

		Pflegeelternfragebogen	Juhasz/Sunitsch
keine eigenen Kinder	N	61	345
	in %	35.9 %	58.3 %
ein eigenes Kind	N	33	89
	in %	19.4 %	15 %
zwei eigene Kinder	N	41	95
	in %	24.1 %	16.1 %
drei und mehr eigene Kinder	N	35	63
	in %	20.6 %	10.6 %

Die Differenzen können auch in diesem Fall durch die Berücksichtigung der Adoptionspflegeverhältnisse in der Vergleichsstudie erklärt werden. Viele Adoptiveltern haben keine eigenen Kinder (Kinderlosigkeit als Aufnahmemotiv, vgl. zum Beispiel Matter, 1997, 127).

In der Vergleichsstudie leben nur in 4 % der Fälle weitere Personen (wie beispielsweise die Grosseltern) im Haushalt. Im Pflegeelternfragebogen wird nicht explizit nach solchen Personen gefragt, es lässt sich aber in 6.5 % der Fälle eine positive Differenz zwischen der Summe Pflege- und eigenen Kindern und Elternteilen einerseits und der Haushaltsgrösse andererseits ausmachen. Interessanterweise fällt diese Differenz in 10.6 % der Fälle negativ aus, das heisst, dass die Haushaltsgrösse in diesen Fällen mit weniger Personen festgehalten wurde, als tatsächlich Pflege-, eigene Kinder und Elternteile in der Familie leben. Das hängt damit zusammen, dass insbesondere einzelne Personen mit Wochenpflegeverhältnissen die Pflegekinder offenbar nicht zur Anzahl der Personen, die zurzeit in ihrem Haushalt leben, zählen ( $\chi^2 = 22.403$ ,  $df = 1$ ;  $p < .001$ ).

### 10.2.3.2.6 Stellung des Pflegekindes in der Geschwisterreihe

In 41 der mittels Pflegeelternfragebogen untersuchten Pflegefamilien lebt das Pflegekind zurzeit als einziges Kind in der Pflegefamilie (vgl. Tab. 10-10). In 129 Pflegefamilien lebt noch mindestens ein eigenes Kind oder ein weiteres Pflegekind.

49 Pflegefamilien haben zum Untersuchungszeitpunkt mehr als ein Pflegekind aufgenommen: In 35 Pflegefamilien leben zwei, in sieben drei, in fünf vier und in zwei Familien fünf Pflegekinder.

Tabelle 10-10: Pflegekinder als einzige oder jüngste Kinder in den Pflegefamilien

		Pflegeelternfragebogen	Juhasz/Sunitsch
einziges Kind	N	41	430
	in %	24.1 %	59.2 %
jüngstes Kind	N	67	199
	in %	39.4 %	27.4 %
einziges oder jüngstes Kind	N	108	629
	in %	63.5 %	86.6 %

Die deutlichen Differenzen scheinen einerseits dadurch entstanden zu sein, dass in den Daten, die mit dem Fragebogen erhoben wurden, Geschwister auch berücksichtigt werden, wenn sie bereits volljährig sind, aber noch in der Familie leben. Andererseits sind sie dadurch erklärbar, dass Juhasz und Sunitsch die Stellung des Pflegekindes in Bezug auf die Geschwisterreihe nur hinsichtlich leiblicher und adoptierter Kinder berücksichtigen, während bei dieser Angabe für die Analyse der vorliegenden Daten auch weitere Pflegekinder in den Pflegefamilien einbezogen werden. Wenn Juhasz und Sunitsch weitere Pflegekinder miteinbeziehen, ist das Pflegekind nur noch in 44.5 % der Fälle das einzige Kind in der Pflegefamilie (vgl. Juhasz & Sunitsch, 1997, 10).

Anhand der Daten des Pflegeelternfragebogens kann die Stellung des Kindes in der Geschwisterreihe weiter aufgegliedert werden. In Abbildung 10-2 wird differenziert, ob das Pflegekind, falls es das jüngste Kind ist, mehr oder weniger als drei Jahre Altersabstand zum nächstälteren Kind in der Pflegefamilie hat:

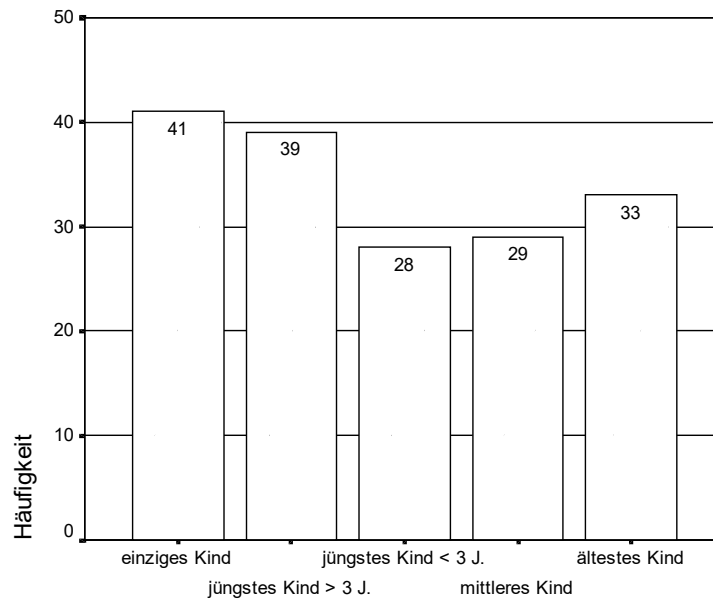


Abbildung 10-2: Die Stellung des Pflegekindes in der Geschwisterreihe

#### 10.2.3.2.7 Existenz von Pflegekindergeschwistern

Für die Existenz von Pflegekindergeschwistern (mehreren Pflegekindern derselben Herkunftsfamilie), die in derselben Pflegefamilie leben, können Juhasz und Sunitsch eine Angabe von 18.2 % machen. In der Pflegeelternfragebogenuntersuchung machen sie einen Anteil von 17.1 % aus.

#### 10.2.3.2.8 Existenz eines Pflegevertrages und Erhalt eines Pflegegeldes

Tabelle 10-11: Existenz eines Pflegevertrages

		Pflegeelternfragebogen	Juhasz/Sunitsch
Pflegevertrag	N	136	294
	in %	81 %	58.7 %
kein Pflegevertrag	N	32	207
	in %	19 %	41.3 %

Entweder haben tatsächlich mehr Personen, bei denen ein Pflegevertrag existiert, an der Fragebogenuntersuchung teilgenommen oder die prozentuale Differenz lässt sich durch den Anteil der fehlenden Daten (31 %) in der Vergleichsstudie erklären (vgl. Tab. 10-11).

Tabelle 10-12: Erhalt eines Pflegegeldes

		Pflegeelternfragebogen	Juhasz/Sunitsch
Pflegegeld	N	155	458
	in %	91.2 %	74.2 %
kein Pflegegeld	N	15	159
	in %	8.8 %	25.8 %

Die Pflegeeltern, die den Fragebogen ausgefüllt haben, geben häufiger an, ein Pflegegeld zu erhalten, als die in der Vergleichsstudie erfassten Pflegeeltern, für welche aber in 15 % der Fälle keine Angaben vorliegen (vgl. Tab. 10-12). Es stellt sich die Frage, ob Personen, die für ihre Betreuungsaufgabe entschädigt werden, tatsächlich eher bereit waren, den Fragebogen auszufüllen.

Der Erhalt eines Pflegegeldes hängt mit der Existenz eines Pflegevertrages zusammen ( $p < .001^{30}$ ; vgl. Tab. 10-13).

Tabelle 10-13: Entschädigung bezüglich Pflegevertrag

		Pflegevertrag		Total
		ja	nein	
Entschädigung	ja	132	22	154
	nein	4	10	14
Total		136	32	168

Gemäss der Untersuchung von *Juhasz und Sunitsch* (1997, 9 f.) liegt die Höhe des Pflegegeldes zwischen 500 und 1500 SFr. monatlich.

### 10.2.3.2.9 Anteil alleinerziehender Pflegeeltern und deren Geschlecht

In Tabelle 10-14 wird die Anzahl alleinerziehender Pflegemütter und -väter angegeben.

Tabelle 10-14: Alleinerziehende Pflegeeltern und ihr Geschlecht

		Pflegeelternfragebogen	Juhasz/Sunitsch
alleinerziehende Frauen	N	20	84
	in %	87 %	78.5 %
alleinerziehende Männer	N	3	12
	in %	13 %	12.5 %
alleinerziehende Personen	N	23	96
	in %	13.5 % (von 170)	16.4 % (von 585)

Der Autorin und dem Autor der Vergleichsstudie liegen Daten zum Zivilstand der Pflegeeltern vor. Auffallend finden *Juhasz und Sunitsch* (1996, 34) die hohe Zahl verheirateter Personen: 82.6 % der Pflegemütter und 92.9 % der Pflegeväter sind verheiratet.

<sup>30</sup> Ein Chi-Quadrat lässt sich nicht berechnen, da in einer Zelle eine Häufigkeit erwartet wird, die kleiner als fünf ist. Die Signifikanzangabe bezieht sich auf den Fisher's Exact Test.

### 10.2.3.2.10 Vergleich zwischen Dauer- und Wochenpflegeverhältnissen

Beim Vergleich zwischen Dauer- und Wochenpflegeverhältnissen haben Juhasz und Sunitsch die Adoptionsfälle nicht in die Betrachtung miteinbezogen. Diese Ergebnisse sind daher für einen Vergleich mit den Daten des Pflegeelternfragebogens besonders geeignet. In der Vergleichsstudie unterscheiden sich Dauer- und Wochenpflegeverhältnisse insbesondere in drei Bereichen: dem Alter und Aufnahmealter der Pflegekinder, der Familiensituation in der Herkunftsfamilie und verordneten Kinderschutzmassnahmen. Der zuerst genannte Bereich bietet sich für einen Vergleich an. Eine leichte Verzerrung des jeweiligen Durchschnittsalters ist zu erwarten, da der Fragebogen, wenn mehrere Pflegekinder in einer Familie leben, nur für dasjenige Pflegekind ausgefüllt wurde, dessen Alter am nächsten bei zehn Jahren liegt.<sup>31</sup> Trotzdem zeigt sich das Ergebnis, dass Wochenpflegekinder jünger sind und ein niedrigeres Aufnahmealter aufweisen als Dauerpflegekinder (vgl. Tab. 10-15).

Tabelle 10-15: Alter und Aufnahmealter der Kinder in Dauer- und Wochenpflege

	Pflegeelternfragebogen	Juhasz/Sunitsch
Durchschnittliches Alter der Kinder in ...		
... Dauerpflege	10.6 Jahre (Range: 0.6 – 18.4)	10.4 Jahre
... Wochenpflege	8.7 Jahre (Range: 1.7 – 16.4)	8.3 Jahre
... Dauer- und Wochenpflege	10.1 Jahre	9.8 Jahre
Durchschnittliches Aufnahmealter der Kinder in ...		
... Dauerpflege	4.1 Jahre (Range: 0 – 14.4)	5.4 Jahre
... Wochenpflege	4 Jahre (Range: 0 – 11.3)	4 Jahre
... Dauer- und Wochenpflege	4.1 Jahre	5 Jahre

Die Boxplots<sup>32</sup> geben eine Übersicht über das Alter (Abb. 10-3) und Aufnahmealter (Abb. 10-4) der mittels Pflegeelternfragebogen erfassten Pflegekinder in Bezug auf Wochen- und Dauerpflege.

<sup>31</sup> Pflegeeltern mit mehreren Pflegekindern wurden gebeten, alle Fragen jeweils nur für ein Pflegekind zu beantworten:

„Bitte kennzeichnen Sie von den Pflegekindern, die heute bei Ihnen wohnen, dasjenige mit ★, dessen Lebensalter am nächsten bei 10 Jahren liegt. Falls heute nur ein Pflegekind bei Ihnen wohnt, kennzeichnen Sie dieses. Beantworten Sie bitte alle nachfolgenden Fragen in Bezug auf dieses eine Kind (bzw. Ihr Pflegekind). Das Symbol ★ steht jeweils für den Namen dieses Kindes. Sie können es in Gedanken mit dem Namen des Kindes ergänzen.“

<sup>32</sup> Ein Boxplot veranschaulicht die Häufigkeitsverteilung. Die Box wird vom ersten und dritten Quartil umzäunt. Die Linie in der Box entspricht dem Median. Ausserdem sind der kleinste und der grösste Wert sowie Ausreisser gekennzeichnet (vgl. Bühl & Zöfel, 1999 und S. 191).



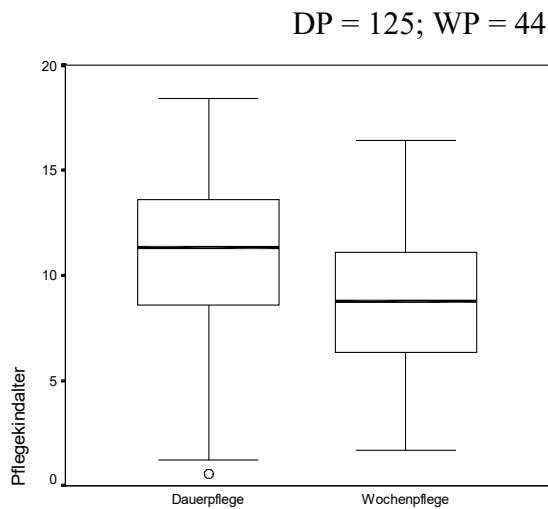


Abbildung 10-3: Pflegekindalter bezüglich Dauer- und Wochenpflege

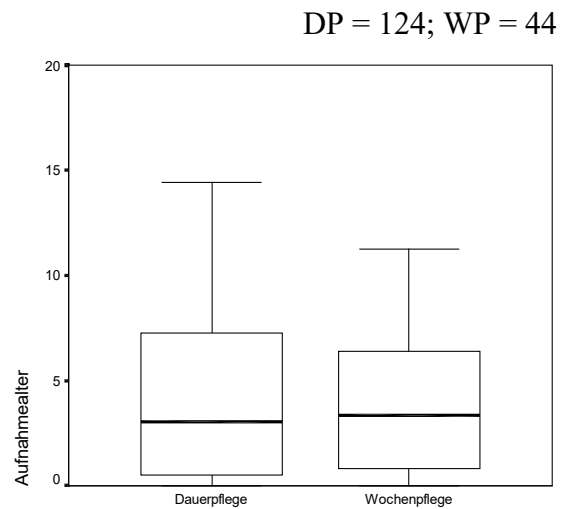


Abbildung 10-4: Aufnahmealter bezüglich Dauer- und Wochenpflege

**10.2.3.2.11 Vergleich zwischen Verwandtschafts- und Nichtverwandtschaftspflege**

Unterschiede zur Verwandtschaft bzw. Nichtverwandtschaft liessen sich in der Vergleichsstudie am deutlichsten hinsichtlich des Alters der Pflegeeltern ausfindig machen. Pflegeeltern in Verwandtschaftspflege sind deutlich älter als solche in Nichtverwandtschaftspflege; dieser Unterschied zeigt sich auch in der Untersuchung mittels Pflegeelternfragebogen (vgl. Tab. 10-16). Er ist dadurch bedingt, dass viele Pflegeeltern die leiblichen Grosseltern der Pflegekinder sind.

Tabelle 10-16: Pflegeelternalter bezüglich Nichtverwandtschafts- und Verwandtschaftspflege

	Pflegeelternfragebogen	Juhasz/Sunitsch
Durchschnittliches Alter der Nichtverwandtschaftspflegeeltern		
- Mütter	45 Jahre (Range: 25.1 – 69.3)	45 Jahre
- Väter	46 Jahre (Range: 29 – 73.5)	47 Jahre
Durchschnittliches Alter der Verwandtschaftspflegeeltern		
- Mütter	50 Jahre (Range: 29.4 – 75.2)	53 Jahre
- Väter	56 Jahre (Range: 31.2 – 70.3)	54 Jahre

Die Boxplots in Abbildung 10-5 stellen die Altersunterschiede zwischen Pflegekind und Pflegeeltern (aufgrund der Angaben der Pflegeelternfragebogenuntersuchung) in Bezug auf Nichtverwandtschafts- und Verwandtschaftspflege dar:

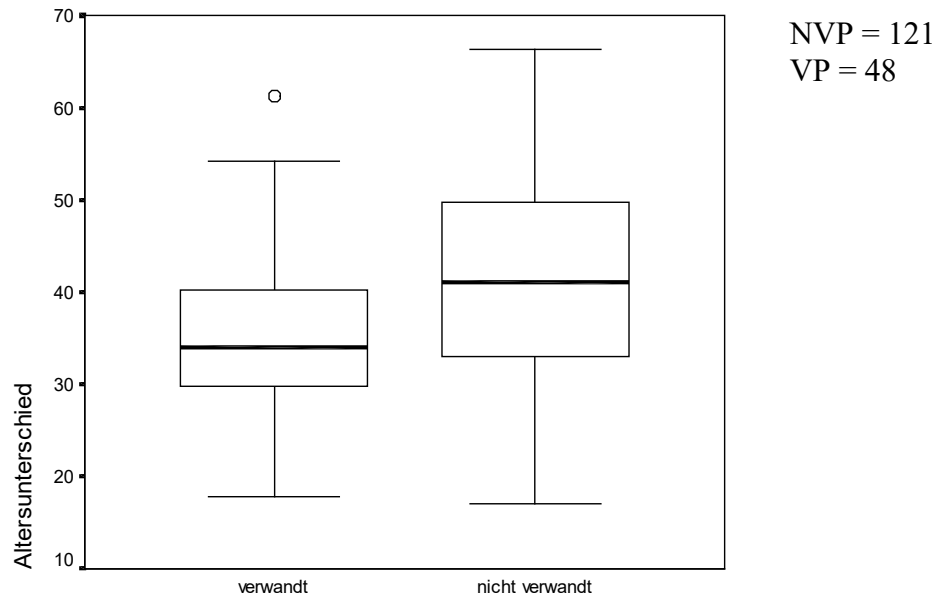


Abbildung 10-5: Altersunterschied zwischen Pflegekind und Pflegemutter/-vater bezüglich Verwandtschafts- und Nichtverwandtschaftspflege

Ein weiterer Unterschied zwischen diesen beiden Pflegeverhältnistypen besteht in der Grösse der Pflegefamilie. In verwandtschaftlichen Pflegeverhältnissen leben durchschnittlich weniger eigene Kinder (vgl. Tab. 10-17). Dies kann vermutlich wiederum durch den Faktor Grosselternpflege erklärt werden. In diesem Fall werden eigene Kinder seltener zu Hause wohnen. Diesbezüglich zeigen sich ebenfalls Unterschiede in den Daten des Pflegeelternfragebogens gegenüber jenen der Vergleichsstudie.

Tabelle 10-17: Anzahl Kinder in Nichtverwandtschafts- und Verwandtschaftspflege

	Pflegeelternfragebogen	Juhasz/Sunitsch
Durchschnittliche Anzahl Kinder in Nichtverwandtschaftspflege		
- eigene Kinder	1.5 (Range: 0 – 5)	1
- Pflegekinder	1.5 (Range: 1 – 5)	1.3
Durchschnittliche Anzahl Kinder in Verwandtschaftspflege		
- eigene Kinder	1 (Range: 0 – 5)	0.5
- Pflegekinder	1.3 (Range: 1 – 4)	1.1

Auch der höhere Anteil alleinerziehender Mütter bei Verwandtschaftspflege in der Vergleichsstudie (17 % bestehen nur aus Pflegekind und einem Pflegeelternanteil) lässt sich meiner Meinung nach durch verwitwete Pflegegrosselfelternanteile erklären. Diese Tatsache zeigt sich ebenfalls anhand der Daten des Pflegeelternfragebogens (19 %).

Zur Dauer des Pflegeverhältnisses geben *Juhasz und Sunitsch* (1996, 58) an, dass verwandtschaftliche Pflegeverhältnisse tendenziell länger dauern als die anderen. Diese Tendenz zeigt sich durch die Daten des Pflegeelternfragebogens weniger deutlich, verwandtschaftliche Pflegeverhältnisse dauern nur rund zwei Monate länger als nichtverwandtschaftliche.

### ***10.2.3.3 Zusammenfassung und Einschätzung zur Repräsentativität der Stichprobe***

Theoretisch stellen die Pflegeeltern, die den Fragebogen ausfüllten, eine Teilgruppe der von Juhasz und Sunitsch untersuchten Population dar. Allerdings kann, wie dargestellt wurde, nicht davon ausgegangen werden, dass tatsächlich dieselben Fälle berücksichtigt wurden. Die beiden Stichproben lassen sich auch daher nur bedingt vergleichen, da die Daten von Juhasz und Sunitsch teilweise nur unter Berücksichtigung der Adoptionsfälle vorliegen. Auch stehen nicht immer vollständige Vergleichsdaten zur Verfügung. Die Interpretation der Daten erwies sich für Juhasz und Sunitsch in einzelnen Fällen offenbar als schwierig. Die prozentuale Verteilung der Dauer- und Wochenpflege sowie der Verwandtschafts- und Nichtverwandtschaftspflege ist vergleichbar. In diesen Gruppen liessen sich auch betreffend das durchschnittliche Alter der Pflegekinder, die Existenz eigener Kinder und das Durchschnittsalter der Pflegeeltern übereinstimmende Daten aufzeigen. Es fanden sich Ähnlichkeiten bezüglich der Verteilung der Dauer der Pflegeverhältnisse, der Pflegestellenwechsel, des Aufnahmealters des Pflegekindes und der Stellung des Kindes in der Geschwisterreihe, der Existenz eigener Kinder in der Herkunftsfamilie und auch zum Anteil alleinerziehender Pflegeeltern. Der deutlichste Unterschied zeigte sich hinsichtlich der Existenz eines Pflegevertrages. Prozentual geben viel mehr Personen, die den Fragebogen ausfüllten, an, dass ein Pflegevertrag existiert, als dies in der Erhebung von Juhasz und Sunitsch der Fall ist. In der Studie von Juhasz und Sunitsch fehlt in über 30 % der Fälle die entsprechende Angabe, diese dürfte auch auf den Jugendsekretariaten und Fürsorgestellen nicht registriert sein. Der Befund, dass Personen, die einen Fragebogen ausfüllten, tendenziell auch Pflegeverträge besitzen, kann allerdings auch mit Sprachkompetenzen und entsprechenden Interessen in Verbindung gebracht werden.

Zusammenfassend kann beurteilt werden, dass die Personengruppe, die an der Fragebogenuntersuchung teilgenommen hat, die Grundgesamtheit der Pflegeeltern im Kanton Zürich weitgehend repräsentiert.

In Abschnitt 11.2 werden weitere Ausgangsbedingungen des Pflegeverhältnisses geschildert und wird die eigentliche Stichprobenbeschreibung damit abgeschlossen. Im Folgenden wird auf einige der zusätzlichen Befunde von Juhasz und Sunitsch hingewiesen, da die entspre-

chenden Fragen im Pflegeelternfragebogen nicht berücksichtigt werden konnten. Es ist anzunehmen, dass diese Hintergrundinformationen durchaus auch auf die Stichprobe der Pflegeeltern, die einen Fragebogen ausfüllten, zutreffen. Eine Reihe der oben aufgezeigten Gemeinsamkeiten der beiden Untersuchungsgruppen spricht dafür: Wochenpflegeplätze werden tendenziell *von alleinstehenden, arbeitsfähigen Müttern mit jüngeren Kindern* genutzt, während *im Falle von Schwierigkeiten oder Krisen innerhalb der Herkunftsfamilie* eher Dauerpflegeplätze für die *Plazierung älterer Kinder* beansprucht werden (Juhasz & Sunitsch, 1997, 27). Was verordnete Kinderschutzmassnahmen betrifft, unterscheiden sich Dauer- und Wochenpflegeverhältnisse deutlich: Bei Dauerpflegeverhältnissen wurde häufiger eine Erziehungsbeistandschaft eingesetzt und öfters eine Aufhebung der elterlichen Obhut verordnet als in Wochenpflegeverhältnissen (vgl. Juhasz & Sunitsch, 1996, 51 f.). Während Pflegeeltern, die mit dem Pflegekind verwandt sind, in Bezug auf Nationalität, Zivilstand und Beruf tendenziell der Durchschnittsbevölkerung entsprechen, sind bei den nichtverwandten Pflegeeltern überdurchschnittlich viele Schweizerinnen und Schweizer anzutreffen, die verheiratet sind und soziale Berufe ausüben (vgl. Juhasz & Sunitsch, 1997, 27). In Bezug auf Kinderschutzmassnahmen unterscheiden sich nichtverwandtschaftliche und verwandtschaftliche Pflegeverhältnisse nicht (vgl. Juhasz & Sunitsch, 1996, 55).

### ***10.3 Modelle der Datenanalyse***

Die vorliegende Untersuchung will neben der Beschreibung von Pflegefamilien hypothesenprüfend mögliche Auswirkungen von Ausgangsbedingungen, Belastungen und Ressourcen auf das Gelingen betrachten und das Zusammenspiel von Ausgangsbedingungen, Belastungen und Ressourcen erfassen. Überlegungen zur zirkulären Kausalität in vernetzten Systemen ermöglichen an sich keine Unterscheidung der Variablen in abhängige und unabhängige (vgl. Kötter, 1997, 131 und S. 68 ff.). Da aber eine zeitlich linear verlaufende Wirkrichtung zwischen den Variablen Ausgangsbedingungen, Belastungen und Ressourcen einerseits und der Variable Gelingen andererseits angenommen werden kann, wurden erstere Variablen als unabhängige Variablen und letztere als abhängige Variable definiert (erstere wirken auf letztere).

Der Effekt der unabhängigen Variablen Ausgangssituation, Belastungen und Ressourcen auf die abhängige Variable Gelingen soll überprüft werden. Das Ergebnis der abhängigen Variablen, das heisst, ob ein Pflegeverhältnis als eher gelingend oder eher nicht gelingend zu bezeichnen ist, soll durch die unabhängigen Variablen vorhersagbar werden (vgl. Huber, 1987, 64 f.). Der vermutete Einfluss der unabhängigen Variablen auf die abhängige wurde in den

Hypothesen über die Haupteffekte formuliert. Es handelt sich dabei um eine univariate (da nur eine einzige abhängige Variable untersucht wird), aber mehrfaktorielle Untersuchung (da mehrere unabhängige Variablen einbezogen werden).

### 10.3.1 Statistische Analyseverfahren

Die gesamten statistischen Auswertungen erfolgen mittels der Auswertungsprogramme von SPSS für Windows (Version 8). Für die Datenanalyse werden zwei grundsätzlich verschiedene Auswertungsmöglichkeiten genutzt: multivariate Verfahren (Faktoren- und Regressionsanalysen) zur Untersuchung von Merkmalszusammenhängen vieler Variablen sowie zur Auswahl der Variablen und klassische Verfahren zur Überprüfung von Zusammenhängen und Unterschiedshypothesen.

In einem ersten Schritt werden zur Beschreibung der abhängigen Variablen und der unabhängigen Variablen jeweils einerseits deskriptive Verfahren – Frequenzanalysen und Kreuztabellen – verwendet und andererseits Skalen mittels Faktorenanalysen gebildet. Faktorenanalysen werden immer dann vorgenommen, wenn theoretische Skalen bestehen. Die faktorenanalytischen Untersuchungen sollen die empirische Relevanz der Skala klären und zur Auswahl optimaler Variablen beitragen. Die Prüfung der Interreliabilitäten der Skalen erfolgt mittels Berechnung des Cronbachs-Alpha-Koeffizienten. Im Anschluss daran werden für die intervallskalierten Variablen jeweils Korrelationen und für den Vergleich von Gruppen Varianzanalysen (einschliesslich ANOVA) gerechnet. Daten auf Nominalskalenniveau bzw. dichotome Variablen werden mit Hilfe von Kreuztabellen und Chi-Quadrat-Tests (inklusive eines einseitigen „Fisher’s Exact Tests“) untersucht. Zur Klärung eines besonderen Effekts der unabhängigen Variablen Ressourcen auf das Gelingen (vgl. Hypothese H<sub>III</sub>) wurde auf Verfahren der Regressionsanalyse zurückgegriffen. Unterschiede werden generell dann als bedeutsam angesehen, wenn sie eine Signifikanz auf dem 5%-Niveau aufweisen.

### 10.3.2 Verwendete Datensätze

Für die Auswertung wird mit drei verschiedenen Datensätzen gearbeitet (vgl. Tab. 10-18). Der 1. Datensatz umfasst die Daten aller 232 Pflegeeltern, die den Fragebogen ausgefüllt haben, unabhängig davon, ob es sich bei den Personen um die 108 Einzelpersonen oder um die 124 Personen (von 62 Paaren) handelt, deren Partner bzw. deren Partnerin jeweils auch einen Fragebogen ausfüllte. Der 2. Datensatz wurde so zusammengestellt, dass er die Daten von den 170 Pflegefamilien erfasst. Um diesen Datensatz zu erhalten, wurden für Pflegefamili-

lien, in welchen beide Pflegeelternteile den Fragebogen ausgefüllt hatten, zufällig jeweils die Daten eines Pflegeelternteils nicht verwendet, indem alternierend die Daten der Pflegemutter oder des Pflegevaters gelöscht wurden. Anhand dieses Datensatzes wurde die Stichprobenbeschreibung vorgenommen. Mit den 124 Personen aus 62 Pflegefamilien, in welchen beide Pflegeelternteile einen Fragebogen ausgefüllt hatten, wurde ein 3. Datensatz gebildet.

Tabelle 10-18: Übersicht zu den verwendeten Datensätzen

		1. Datensatz	2. Datensatz	3. Datensatz
Pflegefamilien	N	170	170	62
Pflegemütter	N	154	123	62
	in %	66.4	72.4	50.0
Pflegeväter	N	78	47	62
	in %	33.6	27.6	50.0
Personen	N	232	170	124

Der 1. Datensatz wird immer dann verwendet, wenn es um die Pflegeeltern geht. Zudem wird der vollständige Datensatz für sämtliche Faktorenanalysen gebraucht. Für Untersuchungen von Aspekten, welche die Pflegefamilien oder die Pflegekinder betreffen, wird der 2. Datensatz herangezogen. Der 3. Datensatz wird benutzt, wenn es um die Beurteilung von Geschlechtsunterschieden geht. Im Ergebnisteil wird am Anfang der einzelnen Abschnitte jeweils auf die verwendeten Datensätze verwiesen.

## 11. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Datenanalyse dargestellt. Zu Beginn werden die abhängige Variable Gelingen und die unabhängigen Variablen Ausgangsbedingungen, Belastungen und Ressourcen beschrieben. Wo theoretische Skalen vorliegen, werden diese empirisch überprüft und wird ihre Reliabilität berechnet. Anschliessend werden die Hypothesen über die Haupteffekte geprüft, das heisst, es werden die Wirkungen zwischen Ausgangsbedingungen und Gelingen, Belastungen und Gelingen sowie Ressourcen und Gelingen untersucht. Danach sollen die Hypothesen zu den Interaktionen geprüft werden und soll das Zusammenspiel der unabhängigen Variablen geklärt werden. Es werden Verfahren der Regressionsanalyse verwendet, um die unterschiedliche Wirkung der unabhängigen Variablen auf das Gelingen und insbesondere die Bedeutung der Ressourcen aufzuschlüsseln.

### 11.1 Die abhängige Variable Gelingen

Das Ergebnis der abhängigen Variablen, das heisst, ob ein Pflegeverhältnis als eher gelingend oder eher nicht gelingend zu bezeichnen ist, soll später durch die unabhängigen Variablen Ausgangsbedingungen, Belastungen und Ressourcen vorhergesagt werden. An dieser Stelle wird die abhängige Variable Gelingen beschrieben. Sie umfasst die Hauptbereiche Integration, Wachstum und Zufriedenheit und einen zusätzlichen Bereich Unterstützungsverhalten. Alle Analysen zum Gelingen werden anhand des vollständigen 1. Datensatzes vorgenommen.

#### 11.1.1 Gelungene Integration

Um die abhängige Variable Gelingen zu operationalisieren, wurde eine Skala gebildet. Die insgesamt 20 Items des Pflegeelternfragebogens zu Integration, Wachstum und Zufriedenheit wurden dazu gemeinsam faktor analysiert. Mit dem statistischen Verfahren der Faktorenanalyse soll *einem grösseren Variablensatz* mittels Faktoren *eine ordnende Struktur* unterlegt werden (Bortz, 1993, 472). Jeder Faktor umfasst eine Gruppe von mehr oder weniger hoch korrelierenden Items. Bei der Faktorenanalyse bzw. Hauptkomponentenanalyse der Items zu Integration, Zufriedenheit und Wachstum zeigen sich fünf Faktoren mit einem eins übersteigenden Eigenwert, das heisst, nach dem Kaiser-Guttman-Kriterium würden fünf bedeutsame Faktoren vorliegen (vgl. Bortz, 1993, 503). Einer dieser Faktoren hebt sich mit einem Eigenwert

von 8.081 aber deutlich von den anderen ab. Tabelle 11-1 zeigt den Eigenwertverlauf und stellt dar, welcher Anteil der Varianz von den einzelnen Faktoren sowie von allen Faktoren gemeinsam (kumulierte Varianz) aufgeklärt wird.

Tabelle 11-1: Hauptkomponentenanalyse der Items zu Integration, Zufriedenheit und Wachstum

Hauptkomponente	Eigenwert	Varianz	kumulierte Varianz
1	8.081	40.4 %	40.4 %
2	1.645	8.2 %	48.6 %
3	1.204	6.0 %	54.6 %
4	1.185	5.9 %	60.6 %
5	1.069	5.3 %	65.9 %

Neben dem Kaiser-Guttman-Kriterium kann auf den Scree-Test von Cattell zurückgegriffen werden (vgl. Bortz, 1993, 504). Dabei wird anhand des Eigenwertdiagramms untersucht, nach welchem Faktor sich der Eigenwert auffällig abflacht (vgl. Abb. 11-1).

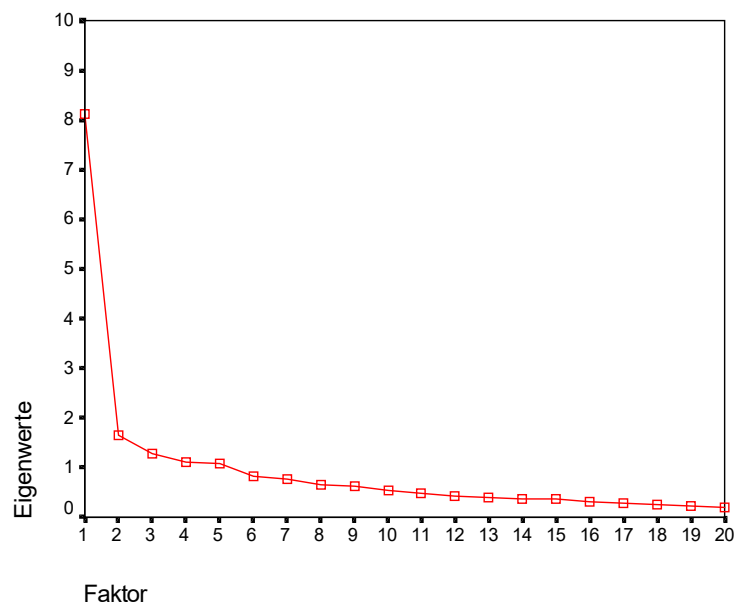


Abbildung 11-1: Faktorenanalyse der Items zu Integration, Zufriedenheit und Wachstum (Screeplot)

Die graphisch dargestellte Steigungsänderung wird als Indiz verwendet, dass nach der Änderung (also dem Knick) im Kurvenverlauf nur noch zufällige Korrelationen die Faktoren bedingen. Der Scree-Test findet vor allem dann Anwendung, wenn eine grosse Anzahl von Faktoren extrahiert wurde oder wenn nach einigen starken Faktoren eine Anzahl von Faktoren auftritt, welche den Eigenwert von eins nur leicht übersteigen. Da der erste Faktor eine Vari-



anz von 40.4 % aufklärt, soll die abhängige Variable Gelingen durch eine Gesamtskala abgebildet werden.<sup>33</sup>

Die Korrelationen der einzelnen Items mit dem Faktor werden als Ladungen bezeichnet. Die quadrierten Ladungen geben den Prozentsatz der Varianz eines Items an, welcher durch einen Faktor aufgeklärt wird. Das Item A1 lädt zum Beispiel mit 0.842 hoch auf dem Faktor. Der Faktor klärt 70.9 % der Varianz des Items A1 auf. Die nachfolgenden Faktorenladungen sind das Resultat einer „einfachen Komponentenanalyse“. Zwei Items wurden nicht weiterverwendet, da ihre Ladungen kleiner als .330 waren (was einer Varianzaufklärung von rund 10 % entspricht). In Tabelle 11-2 sind die Items nach der Höhe ihrer Ladungen geordnet. Der Faktor kann anhand des Ladungsmusters inhaltlich gedeutet werden. Der Faktor lädt auf dem Item G1 „[...] die Integration [...] ist gut gelungen“ sehr hoch, er klärt 70.9 % der Varianz des Items und auch über 50 % der Varianzen der Items G2, G3, G4, G5, G6 und G7 auf (vgl. Tab. 11-2). G1, G2, G5 und G6 sind die Items zur Integration. Der Faktor lässt sich als „gelungene Integration“ bezeichnen.

Die Trennschärfe klärt die Eignung eines Items, ein bestimmtes Merkmal zu messen. Der Trennschärfenkoeffizient entspricht dem Korrelationskoeffizienten zwischen dem Einzelitem und dem Gesamtskalenwert (vgl. Bühl & Zöfel, 1999, 455). In Tabelle 11-2 werden die Trennschärfenkoeffizienten der einzelnen Items der Skala gelungene Integration angegeben.

Die Reliabilität einer Skala lässt sich durch den Cronbachs-Alpha-Koeffizienten veranschaulichen. Cronbachs Alpha bezeichnet mit einem Wert zwischen 0 und 1 die Genauigkeit, mit der ein Merkmal durch einen Test bzw. eine Skala abgebildet wird (vgl. Bühl & Zöfel, 1999, 455).<sup>34</sup> Die Reliabilität der Skala gelungene Integration ist hoch:  $\alpha = .9157$ .

---

<sup>33</sup> Die Berücksichtigung von zwei oder drei Faktoren hat sich auch in Bezug auf die inhaltliche Bedeutung der einzelnen Faktoren nicht als sinnvoll erwiesen.

<sup>34</sup> Zur Berechnung des  $\alpha$ -Koeffizienten vgl. Bortz (1993, 517 f.).

Tabelle 11-2: Skala gelungene Integration (Faktor)

Item	Faktorladung	Trennschärfenkoeffizient
G1 <sup>35</sup> Ich denke, die Integration von ___* in unsere Familie ist gut gelungen.	.842	.7694
G2 Ich glaube, dass ___* grosses Vertrauen zu mir hat.	.805	.7348
G3 Mit meiner Beziehung zu ___* bin ich sehr zufrieden.	.795	.7330
G4 Ich erlebe die Aufnahme von ___* in unsere Familie als grosse Bereicherung.	.784	.7031
G5 Ich glaube, dass ___* heute wie ein eigenes Kind zu unserer Familie gehört.	.773	.6667
G6 Ich glaube, dass sich ___* unserer Familie zugehörig fühlt.	.745	.6875
G7 Ich würde sagen, dass ___*, seit sie/er bei uns ist, viele Fortschritte gemacht hat.	.722	.6448
G8 Ich kann sagen, dass ich im Grossen und Ganzen nur Freude an meiner Rolle als Pflegemutter/Pflegevater habe.	.685	.6404
G9 Ich glaube, alle in unserer Familie sind heute mit der Aufnahme von ___* sehr zufrieden.	.660	.6026
G10 Ich sehe zunehmend weniger Möglichkeiten, ___* in ihrer/seiner Entwicklung sinnvoll zu unterstützen.*	.639	.5952
G11 Ich bin sehr gerne Pflegemutter/Pflegevater.	.614	.5413
G12 Manchmal habe ich das Gefühl, dass das Pflegeverhältnis eher schwieriger als leichter wurde.*	.585	.5794
G13 Ich denke, wir können ___* durch einen sehr wichtigen Lebensabschnitt begleiten.	.577	.5405
G14 Ich bin mit der heutigen Pflegesituation durchaus zufrieden.	.553	.5266
G15 Ich denke, dass ich eine sehr gute Pflegemutter/ein sehr guter Pflegevater bin.	.539	.4938
G16 Die Entwicklung von ___* bereitet mir oft Sorgen.*	.530	.5311
G17 Ich denke, wir können ___* nicht genügend fördern.*	.516	.5067
G18 Ich glaube, dass wir in den alltäglichen Begegnungen mit ___* wachsen.	.468	.4059

Die mit \* gekennzeichneten Items sind negativ formuliert und wurden umgepolt.

Die einzelnen Items der Skala zur gelungenen Integration wurden so codiert, dass ein hoher Punktwert einer eher gelungenen Integration und ein niedriger einer eher nicht gelungenen Integration entspricht. Die Summe aller Items wird, um einen vergleichbaren Skalenwert zu erhalten, durch die Anzahl Items dividiert. Der Mittelwert liegt auf einer Skala von 1 bis 4 bei 3.49 (ein Mittelwert wurde nur berechnet, wenn mindestens 16 der 18 Items beantwortet wurden).

<sup>35</sup> Die alphanumerische Bezeichnung der Items wurde für den Text gewählt. Der Buchstabe G soll diejenigen Items kennzeichnen, welche die abhängige Variable Gelingen operationalisieren. Die Numerierung der Items, wie sie im Fragebogen verwendet wurden, wurde in den Skalen beibehalten, welche im Anhang sind.

Der Boxplot macht eine Aussage zur Häufigkeitsverteilung. Er besteht aus einer Box, die vom ersten und dritten Quartil (25. bzw. 75. Perzentil) begrenzt wird und deren innere Linie den Median repräsentiert. Zudem werden der kleinste und der grösste Wert markiert sowie Ausreisser (welche mit Kreisen markiert sind) und Extremwerte (Sterne) angegeben (Bühl & Zöfel, 1999, 201). Als Ausreisser werden Werte bezeichnet, die zwischen anderthalb und drei Boxlängen ausserhalb der Box liegen; Extremwerte liegen über drei Boxlängen ausserhalb (Bühl & Zöfel, 1999, 547).

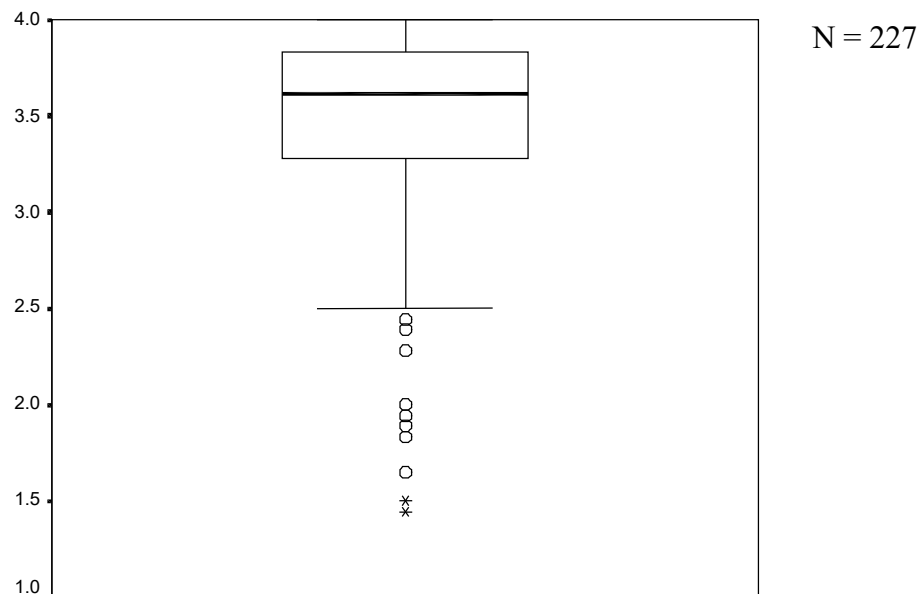


Abbildung 11-2: Boxplot zur gelungenen Integration

### 11.1.2 Unterstützungsverhalten als zusätzliche Aussage zum Gelingen

Neben der gelungenen Integration soll die Unterstützung, die das Pflegekind von den Pflegeeltern tatsächlich erfährt, eine zusätzliche Aussage zur abhängigen Variablen Gelingen machen. Die Hamburger Erziehungsverhaltensliste für Mütter HAMEL (Baumgärtel, 1979) umfasst die drei Dimensionen Unterstützung, Strenge und Zuwendung. Vier der neun Items der Skala zur Unterstützung wurden im Pflegeelternfragebogen berücksichtigt. Die HAMEL wurde zur Erfassung des mütterlichen Erziehungsverhaltens entwickelt, das sich von Erziehungseinstellungen oder -stilen unterscheidet. Sie wird zur Differenzierung der Beurteilung eines Gelingens von Pflegebeziehungen herangezogen, da sie im Sinne eines verhaltensbezogenen Selbstberichts Daten aus einer zusätzlichen Perspektive liefert (vgl. 9.1). Zur Interpretation der Testresultate liegen für Jungen und Mädchen und nach Lebensjahren getrennt standardi-

sierte Referenzwerte vor. Die HAMEL wurde ursprünglich für die Mütter von neun- bis fünfzehnjährigen Kindern entwickelt. Mit dem Pflegeelternfragebogen wurden einzelne Items der HAMEL sowohl Pflegemüttern als auch -vätern vorgelegt. Die Daten liegen zudem für alle Pflegekinder vor, unabhängig davon, ob sie in das vorgesehene Alterssegment passen.

Mittels Faktorenanalyse der HAMEL-Items lässt sich ein Faktor mit einem eins übersteigenden Eigenwert extrahieren. Dieser Faktor hat einen Eigenwert von 2.637 und eine Varianzaufklärung von 65.9 %. Die Reliabilitätsanalyse ergibt für die Skala zum Unterstützungsverhalten einen Cronbachs-Alpha-Koeffizienten von .8231.

Tabelle 11-3: Skala Unterstützungsverhalten (Faktor)

Item		Faktorladung	Trennschärfenoeffizient
G19	Wie oft haben Sie dem Kind gesagt, dass Sie es gerne haben?	.837	.6726
G20	Wie oft haben Sie zusammen mit dem Kind etwas unternommen?	.837	.6895
G21	Wie oft haben Sie das Kind getröstet, wenn ihm etwas schiefgegangen ist?	.832	.6890
G22	Wie oft haben Sie dem Kind Dinge erklärt, die es nicht verstanden hat?	.737	.5571

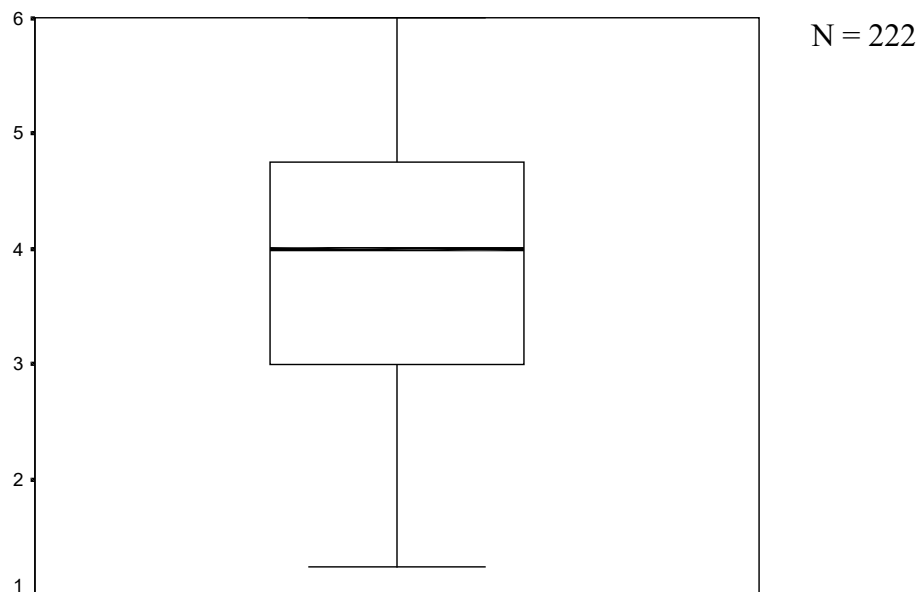


Abbildung 11-3: Boxplot zum Unterstützungsverhalten

Die jeweiligen Häufigkeitsangaben, die zur Beantwortung der Fragen der HAMEL zur Auswahl stehen, werden von 1 bis 6 codiert. Durchschnittlich erzielt eine Person einen Mittelwert von 3.89 (ein Mittelwert wurde berechnet, wenn mindestens drei der vier Fragen beantwortet wurden). Der Boxplot (Abb. 11-3) veranschaulicht die Häufigkeitsverteilung.

Ein durchschnittlicher Wert aller HAMEL-Items, das heisst die Skala zum Unterstützungsverhalten, korreliert mit dem Skalenwert der gelungenen Integration ( $r = .347$ ,  $p < .001$ ). Für jüngere Pflegekinder liegt ein höherer durchschnittlicher Skalenwert vor, das heisst, sie erfahren mehr Unterstützung ( $r = .425^{36}$ ,  $p < .001$ ).

In Tabelle 11-4 werden die einzelnen Items der HAMEL in Beziehung zur gelungenen Integration und dem Alter des Pflegekindes gestellt. Die Items G19, G20 und G21 korrelieren signifikant mit der gelungenen Integration, nicht aber das Item G22. Alle HAMEL-Items korrelieren erwartungsgemäss hoch signifikant mit dem Alter des Pflegekindes. Jüngere Kinder erfahren mehr Unterstützung.

Tabelle 11-4: HAMEL-Items bezüglich gelungener Integration und Pflegekindalter

Item			gelungene Integration	Alter des Pflegekindes
G19	Wie oft haben Sie dem Kind gesagt, dass Sie es gerne haben?	r	.461	.299
		p	.001	.001
G20	Wie oft haben Sie zusammen mit dem Kind etwas unternommen?	r	.386	.435
		p	.001	.001
G21	Wie oft haben Sie das Kind getröstet, wenn ihm etwas schiefgegangen ist?	r	.190	.396
		p	.005	.001
G22	Wie oft haben Sie dem Kind Dinge erklärt, die es nicht verstanden hat?	r	.063	.279
		p	.354	.001

### 11.1.3 Zusammenfassung zum Gelingen

Die gelungene Integration ist die Hauptaussage zum Gelingen. Das Unterstützungsverhalten wird wegen seiner starken Abhängigkeit vom Alter des Pflegekindes und der Einschränkung seiner problemlosen Eignung auf das Alterssegment neun- bis fünfzehnjähriger Kinder nur als zusätzliche zweite Aussage behandelt. In Tabelle 11-5 werden einzelne Angaben zu den beiden Skalen zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 11-5: Übersicht der Skalen zum Gelingen

Skala	Anzahl Items	Antwortspektrum	Anzahl Fälle ( $N_{\max} = 232$ )	Mittelwert	Streuung	Interne Konsistenz: Cronbachs $\alpha$
S1	gelungene Integration	18	1 – 4	3.49	.49	.9157
S2	Unterstützung	4	1 – 6	3.89	1.16	.8231

Ein erstes Interesse der vorliegenden Untersuchung gilt der Frage, ob die Pflegeverhältnisse gelingen. Der hohe Skalenmittelwert der gelungenen Integration von 3.49 (Skala: 1 bis 4)

<sup>36</sup> Es liegt ein positiver Zusammenhang zwischen niedrigem Alter des Pflegekindes und Unterstützungsverhalten vor. Die Korrelation wird positiv angegeben, da sie sich dem Text zufolge so verhält. Die Richtung der Korrelation wird hier und im Folgenden immer im Text beschrieben.

veranschaulicht, dass für die Mehrheit aller Pflegeverhältnisse angenommen werden kann, dass eine eher verwirklichte Integration vorliegt. Die Hälfte der Pflegefamilien bewegt sich im Bereich von 3.61 (Median) bis 4 (vgl. Abb. 11-2).

## ***11.2 Die unabhängige Variable Ausgangsbedingungen***

Die unabhängige Variable Ausgangsbedingungen umfasst 1. soziodemographische Aspekte, 2. die formale Art der Beziehungen im Beziehungsdreieck Pflegeeltern-Pflegekind-Herkunftsfamilie und 3. Bedingungen, die bereits vor der Aufnahme des Pflegekindes existierten. Die meisten Items zur Soziodemographie (und einzelne Items aus den beiden anderen Gruppen) wurden bereits zur Beschreibung der Stichprobe herangezogen (vgl. 10.2.3).

Ausser für die Betrachtung der Aufnahmemotive und der persönlichen Betroffenheit wird für die Beschreibung der Ausgangsbedingungen der 2. Datensatz – Daten der 170 Pflegefamilien – verwendet.

### **11.2.1 Formale Art der Beziehungen**

An dieser Stelle sollen die Pflegeverhältnisse hinsichtlich der Existenz von Kontakten zwischen den Pflege- und den Herkunftseltern und was Besuchskontakte zwischen dem Pflegekind und der Herkunftsfamilie anbelangt beschrieben werden. Die Darstellung hinsichtlich Dauer- und Wochenpflege, Nichtverwandtschafts- und Verwandtschaftspflege und bezüglich der Dauer der Pflegeverhältnisse sowie der Existenz eines Pflegevertrages und des Erhalts eines Pflegegeldes wurde bereits in der Beschreibung der Stichprobe vorgenommen.

#### ***11.2.1.1 Pflegeeltern-Herkunftseltern-Kontakt***

80.7 % der Pflegeeltern der 170 Pflegefamilien geben an, mit den Herkunftseltern des Pflegekindes (bzw. zu einem Elternteil) oder mit anderen Herkunftsfamilienmitgliedern (falls beide Elternteile unbekannt oder verstorben sind) Kontakt zu haben. Von den kontakthabenden Pflegeeltern halten 52.3 % mehr als den nötigsten Kontakt.

### 11.2.1.2 Besuchskontakte

Bei Wochenpflegeverhältnissen existieren per Definition Besuche des Pflegekindes in seiner Herkunftsfamilie. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden jene Pflegeverhältnisse als Wochenpflege bezeichnet, bei denen das Pflegekind *normalerweise durch die Woche, aber nicht am Wochenende* in der Pflegefamilie lebt.<sup>37</sup>

Die Dauerpflegeverhältnisse, das heisst Pflegeverhältnisse, in denen das Pflegekind *grundsätzlich auch am Wochenende* in der Pflegefamilie lebt, lassen sich hinsichtlich der Existenz von Besuchskontakten unterscheiden: In 75.2 % der 126 Dauerpflegeverhältnisse gibt es zurzeit Besuchskontakte, in 14.4 % wurden die Besuchskontakte abgebrochen und in 10.4 % hat es nie welche gegeben. In 80.6 % der Fälle, in denen Besuchskontakte existieren, aber nur in 35.7 %, in denen diese früher existierten, finden bzw. fanden regelmässig (mindestens sechs Mal) pro Jahr Besuchskontakte statt.

Nach der Untersuchung von Kötter (1997, 156) sind prozentual deutliche Unterschiede bezüglich der Existenz leiblicher Kinder in den genannten Gruppen (laufende, abgebrochene und ohne Kontakte) zu erwarten. Diese Unterschiede zeigen sich anhand der Daten des Pflegeelternfragebogens aber nicht. Kötter (1997, 155) stellte in ihrer Stichprobe einen tendenziell signifikanten (10%-Niveau) Unterschied zwischen den Pflegemüttern der Familien ohne Kontakte zwischen Pflegekind und Herkunftsfamilie und jenen mit laufenden Kontakten fest: Erstere sind jünger, Letztere älter (Pflegermütter mit abgebrochenen Kontakten liegen in Bezug auf ihr Alter zwischen den beiden anderen Gruppen). Eine entsprechende Hypothese wurde auch mit den Daten des Pflegeelternfragebogens überprüft. Es liegt kein entsprechendes Verhältnis vor. Ein auf dem 10%-Niveau signifikanter Unterschied zeigt sich aber, wenn Pflegemütter und -väter mit laufenden Kontakten mit solchen ohne laufende (abgebrochene oder ohne) Kontakte verglichen werden. Pflegeeltern ohne laufende Kontakte sind in diesem Fall jünger als Pflegeeltern mit laufenden Besuchskontakten ( $df = 1$ ;  $F = 2.967$ ,  $p < .088$ ). Dieses Verhältnis lässt sich nicht etwa auf die Verwandtschaftspflegeverhältnisse mit tendenziell älteren Pflegeeltern zurückführen. Wenn Verwandtschaftspflegeverhältnisse nicht berücksichtigt werden, zeigt sich sogar ein auf dem 5%-Niveau signifikanter Unterschied ( $df = 1$ ;  $F = 6.315$ ,  $p < .014$ ). Es war anzunehmen, dass Pflegekinder ohne Besuchskontakte tendenziell mehr Betreuungsorte hatten als die Gruppe der Pflegekinder mit Kontakten oder mit abgebrochenen (vgl. Kötter, 1997, 156). Dieser Unterschied konnte nicht bestätigt werden.

---

<sup>37</sup> Zur uneinheitlichen Definition von Wochenpflege vgl. 3.4.2.

## 11.2.2 Situation der Herkunftsfamilie und des Pflegekindes

Im Folgenden wird auf die Belastungssituation der Herkunftsfamilie und auf Bedingungen der Situation des Pflegekindes vor der Inpflegegabe, die in der Stichprobenbeschreibung noch nicht dargestellt wurden, eingegangen.

### *11.2.2.1 Belastungssituation in der Herkunftsfamilie*

Die Belastungssituation der Herkunftsfamilie vor der Inpflegegabe wird im Pflegeelternfragebogen erfasst, indem beurteilt werden soll, ob zwölf Belastungsmöglichkeiten in der Herkunftsfamilie existierten. Die Liste der Belastungen konnte von den Pflegeeltern durch zwei weitere ergänzt werden, somit konnten maximal vierzehn Belastungen genannt werden. Durchschnittlich wurden deren drei angegeben.

Die Pflegeeltern, die eine oder zwei zusätzliche Belastungsfaktoren angaben, nannten sehr unterschiedliche Aspekte. Am häufigsten wurden Scheidung/Trennung oder Eheprobleme genannt, daneben die Unfähigkeit der Eltern (bzw. der Mutter), das Kind zu betreuen, zu erziehen oder deren Überforderung. Danach wurde erwähnt, dass das Kind unerwünscht war. In fünf Fällen wurde von einem gewalttätigen Vater oder Stiefvater berichtet. Der in der Pflegekinderliteratur häufig genannte Belastungsaspekt Prostitution und Leben im Milieu wurde drei Mal angegeben.

Tabelle 11-6 liefert eine Übersicht zur Häufigkeit der genannten Belastungsfaktoren. Da sich Dauer- und Wochenpflegeverhältnisse hinsichtlich der Belastungssituation in der Herkunftsfamilie unterscheiden, werden die Angaben für Dauer- und Wochenpflege einzeln gemacht.



Tabelle 11-6: Belastungsfaktoren in den Herkunftsfamilien

		Dauerpflege		Wochenpflege		Total	
		N	in %	N	in %	N	in %
A1	Belastung durch Alleinerziehung eines Elternteils	66	52.4	28	63.6	94	55.3
A2	finanzielle Probleme	61	48.4	15	34.1	76	44.7
A3	Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit eines oder beider Elternteile	58	46.0	8	18.2	66	38.8
A4	anderes 1: ...	49	38.9	12	27.3	61	35.9
A5	Arbeitslosigkeit	36	28.6	8	18.2	44	25.9
A6	schwere körperliche oder seelische Erkrankung eines oder beider Elternteile	31	24.6	4	9.1	35	20.6
A7	ein Elternteil ist mit dem Gesetz in Konflikt geraten	27	21.4	3	6.8	30	17.6
A8	Tod der Mutter	22	17.5	8	18.2	30	17.6
A9	ungeeignete Wohnbedingungen	16	12.7	1	2.3	17	10.0
A10	Überforderung durch viele Kinder	11	8.7	3	6.8	14	8.2
A11	die Eltern sind eingewandert oder Flüchtlinge	10	7.9	3	6.8	13	7.6
A12	anderes 2: ...	11	8.7	1	2.3	12	7.1
A13	Tod des Vaters	9	7.1	1	2.3	10	5.9
A14	Selbstmordversuch eines Elternteils	5	4.0	4	9.1	9	5.3
Durchschnittliche Anzahl berichteter Belastungsfaktoren		3.27		2.25		3.01	

Die Belastungssituation in der Herkunftsfamilie hat sich in 37.1 % aller Fälle bis zum Untersuchungszeitpunkt verbessert, blieb bei 55.6 % praktisch unverändert (oder hatte sich verlagert) und hat sich in 7.3 % der Fälle verschlechtert.

### 11.2.2.2 Vorgeschichte des Pflegekindes

Zur Vorgeschichte des Pflegekindes wurde erfasst, ob es sich beim Pflegekind um ein Kind mit einer körperlichen und/oder geistigen Behinderung handelt, wie häufig das Pflegekind seinen Betreuungsort wechselte (vgl. S. 179), ob das Pflegekind traumatische Erfahrungen machte und ob es Verhaltensauffälligkeiten zeigte.

9.4 % aller erfassten Pflegekinder haben eine körperliche und/oder geistige Behinderung. Vier Kinder weisen eine körperliche und geistige Behinderung auf. Dabei wurde die Behinderung bei drei der vier Kinder von den Pflegeeltern als schwer bezeichnet. Sechs Kinder haben eine körperliche Behinderung, bei der Hälfte handelt es sich um Kinder, die HIV-positiv oder an Aids erkrankt sind. Und sechs Kinder haben eine geistige Behinderung, die in der Hälfte der Fälle als leichte Behinderung beschrieben wurde.

54.5 % der Pflegeeltern glauben, dass es zutrifft oder eher zutrifft, dass das Pflegekind vor der Inpflegung traumatische Erfahrungen machen musste (vgl. Tab. 11-7; A15). Dieselbe Men-

ge von Pflegeeltern berichtet von auffälligem Verhalten des Pflegekindes in der ersten Zeit nach der Aufnahme (A16). Für 36 der 170 Kinder liegen jeweils keine Angaben vor.<sup>38</sup>

Tabelle 11-7: Items zur Vorgeschichte der Pflegekinder

			trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
A15	Ich denke, dass ___* vor der Inpflegenahme schlimme Erfahrungen (starke Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch) machen musste.	N in %	44 32.8	29 21.6	15 11.2	46 34.3
A16	In der ersten Zeit nach der Aufnahme verhielt sich ___* oft auffällig.	N in %	50 37.3	23 17.2	23 17.2	38 28.4

Zu den Zusammenhängen zwischen den vier Faktoren Höhe der Belastung in der Herkunftsfamilie (sie wird durch die Anzahl der genannten Belastungsfaktoren abgebildet), traumatische Erfahrungen des Pflegekindes, dessen Betreuungsortswechselhäufigkeit und auffälliges Verhalten wurden Hypothesen formuliert:

H<sub>A1</sub> Pflegekinder aus hoch belasteten Herkunftsfamilien machten eher traumatische Erfahrungen, wechselten ihren Betreuungsort häufiger und zeigten eher Verhaltensauffälligkeiten (zu Beginn des Pflegeverhältnisses) als Pflegekinder aus Herkunftsfamilien mit niedriger Belastung.

H<sub>A2</sub> Es bestehen Zusammenhänge zwischen traumatischen Erfahrungen, der Häufigkeit eines Betreuungsortswechsels und Verhaltensauffälligkeiten.

Es bestehen hoch signifikante Zusammenhänge zwischen der Anzahl der genannten Belastungsfaktoren in der Herkunftsfamilie und traumatischen Erfahrungen des Pflegekindes ( $r = .362$ ,  $p < .001$ ) sowie auch mit der Häufigkeit seines Betreuungsortswechsels ( $r = .315$ ,  $p < .001$ ) und auffälligem Verhalten in der ersten Zeit des Pflegeverhältnisses ( $r = .372$ ,  $p < .001$ ). Die Zusammenhänge zwischen traumatischen Erfahrungen und der Häufigkeit des Betreuungsortswechsels ( $r = .306$ ,  $p = .001$ ) und Verhaltensauffälligkeiten ( $r = .580$ ,  $p < .001$ ) sind hoch signifikant. Die Beziehung zwischen Verhaltensauffälligkeiten und der Häufigkeit eines Betreuungsortswechsels ist ebenfalls signifikant ( $r = .267$ ,  $p < .002$ ).

Im Sinne eines explorativen Vorgehens wurde überprüft, welche spezifischen Belastungsfaktoren in der Herkunftsfamilie mit traumatischen Erfahrungen, der Häufigkeit eines Betreuungsortswechsels und Verhaltensauffälligkeiten des Pflegekindes einhergehen. In der Tabelle

<sup>38</sup> Die Pflegeeltern, die keine Angaben machten, schienen aufgrund einer Unklarheit im Aufbau des Fragebogens anzunehmen, dass der gesamte Teil A2 des Pflegeelternfragebogens nur von Pflegeeltern, die Pflegekinder mit einer Behinderung haben, auszufüllen sei.

11-8 werden die gefundenen Beziehungen zusammengefasst. Es werden nur die Korrelationen angegeben, die mindestens auf dem 5%-Niveau signifikant sind.

Tabelle 11-8: Belastungssituationen in den Herkunftsfamilien bezüglich Vorerfahrungen

			traumatische Erfahrungen	Häufigkeit des Betreuungs-ortswechsels	Verhaltensauffälligkeiten
A1	Belastung durch Alleinerziehung eines Elternteils	df	-	1	-
		F	-	4.198	-
		p	-	.042	-
A2	finanzielle Probleme	df	1	1	1
		F	7.843	5.077	5.073
		p	.006	.026	.026
A3	Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit eines oder beider Elternteile	df	1	-	1
		F	20.467	-	11.089
		p	.001	-	.001
A5	Arbeitslosigkeit	df	1	1	1
		F	8.989	7.781	4.333
		p	.003	.006	.039
A7	ein Elternteil ist mit dem Gesetz in Konflikt geraten	df	1	1	-
		F	4.692	7.503	-
		p	.032	.007	-
A9	ungeeignete Wohnbedingungen	df	1	1	-
		F	4.105	8.389	-
		p	.045	.004	-
A12	anderes 2 (Nennung von zwei zusätzlichen Belastungsfaktoren)	df	-	1	1
		F	-	6.682	4.166
		p	-	.011	.043

### 11.2.3 Motivationslage in der Pflegefamilie

Die Motivationslage in der Pflegefamilie wird einerseits durch Aufnahmemotive der Pflegeeltern und die Art ihrer persönlichen Betroffenheit und andererseits durch die Rekrutierung der Person bzw. Personen, die sich in der Pflegefamilie für die Inpflegenahme engagierte bzw. engagierten, erfasst.

#### 11.2.3.1 Aufnahmemotive der Pflegeeltern

Es wurden je ein Item für karitative (vgl. Tab. 11-9; A17), selbstwertbezogene (A18) und religiöse Motive (A20) und zwei Items für familienstrukturelle Motive (A19, A21) konstruiert. Im Folgenden werden alle 232 Fragebogen (1. Datensatz) für die Analyse verwendet, da sich die Angaben über Motive der Pflegemütter und -väter in Bezug auf dasselbe Kind unterscheiden können. Pflegemütter von Paaren (3. Datensatz) denken beispielsweise häufiger als ihre Partner, dass es zutrifft oder eher zutrifft, dass sie ein Pflegekind aufnehmen wollten, weil sie sich eine grössere Familie wünschten ( $\chi^2 = 4.393$ ,  $df = 1$ ;  $p < .028$ ).

Tabelle 11-9: Items zur Aufnahmemotivation

			trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
A17	Ich wollte ___* aufnehmen, da ich ihr/ihm helfen wollte.	N in %	157 68.6	41 17.9	15 6.6	16 7.0
A18	In der Aufnahme eines Pflegekindes sehe ich eine persönliche Herausforderung.	N in %	123 54.2	57 25.1	16 7.0	31 13.7
A19	Ich wollte ein Pflegekind aufnehmen, weil ich mir eine grössere Familie wünschte.	N in %	49 22.2	34 15.4	27 12.2	111 50.2
A20	Bei der Idee, ein Pflegekind aufzunehmen, hat mein Glaube eine wichtige Rolle gespielt.	N in %	47 20.5	27 11.8	44 19.2	111 48.5
A21	Ich wollte ein Pflegekind aufnehmen, weil ich mir eine Veränderung in der Familie wünschte.	N in %	29 13.0	27 12.1	33 14.8	134 60.1

Aufgrund der Angaben waren Hilfe- und Herausforderungsmotive weit häufiger entscheidend für die Aufnahme eines Pflegekindes als Glaubens- oder Familienmotive.

Im Folgenden wird über einige signifikante Zusammenhänge zwischen den Aufnahmemotiven und anderen Ausgangsbedingungen berichtet. Insbesondere waren aufgrund der Studie von *Kötter* Zusammenhänge zwischen der Existenz leiblicher Kinder, älterer Pflegemütter, Besuchskontakten und karitativen Aufnahmemotiven sowie zwischen keinen leiblichen Kindern, jüngeren Pflegemüttern, keinen Besuchskontakten und familienstrukturellen Aufnahmemotiven zu erwarten (vgl. *Kötter*, 1997, 244).

- Pflegemütter und -väter, die ein Pflegekind aufnahmen, weil sie diesem helfen wollten, waren bei der Aufnahme des Pflegekindes tendenziell älter ( $r = .170$ ,  $p < .010$ ) und haben auch eher ältere Kinder aufgenommen ( $r = .148$ ,  $p < .025$ ).
- Personen, die in der Aufnahme eines Pflegekindes eine persönliche Herausforderung sehen, haben häufiger Kinder aufgenommen, die traumatische Erfahrungen machten ( $r = .244$ ,  $p < .001$ ) und den Betreuungsort vor der Inpfleggabe häufig wechselten ( $r = .191$ ,  $p < .008$ ). Zudem leben in diesen Familien oft Kinder, die jünger als das Pflegekind sind ( $r = .139$ ,  $p < .036$ ).
- Die Aufnahme eines körperlich behinderten Kindes steht im Zusammenhang mit Glaubensmotiven ( $p < .021^{39}$ ). Personen, die angeben, dass der Glaube bei der Idee, ein Pflegekind aufzunehmen, eine Rolle spielte, haben signifikant mehr eigene Kinder ( $r = .230$ ,  $p < .001$ ).
- Der Wunsch nach einer grösseren Familie wurde vor allem von Personen geäussert, die wenig (oder keine) eigene Kinder ( $r = .244$ ,  $p < .001$ ), aber viele Pflegekinder ( $r = .229$ ,

<sup>39</sup> Die Berechnung eines Chi-Quadrates ist nicht möglich, da in einer Zelle weniger als fünf Häufigkeiten erwartet werden. Die Signifikanzangabe entspricht dem Fisher's Exact Test.

$p = .001$ ) haben oder hatten und mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin zusammenleben ( $p < .001^{39}$ ). Auch der Wunsch nach einer Veränderung steht im Bezug zu wenig eigenen Kindern ( $r = .200, p < .003$ ), insbesondere zu wenigen Kindern, die älter sind als das Pflegekind ( $r = .155, p < .021$ ). Vor allem jüngere Personen ( $r = .238, p = .001$ ), die bei der Aufnahme des Pflegekindes auch signifikant jünger waren ( $r = .258, p = .001$ ) und eine niedrigere Altersdifferenz zum Pflegekind haben ( $r = .195, p = .004$ ), wünschten sich eine grössere Familie. Die jüngeren Pflegeeltern haben tendenziell Kinder aufgenommen, die ihren Betreuungsort vor der Inpflegenahme nicht oft gewechselt hatten ( $r = .185, p < .011$ ).

Das religiöse Motiv ist das einzige Aufnahmemotiv, bei dessen Angabe sich die Pflegeeltern (des 3. Datensatzes) in Bezug auf ihr Geschlecht unterscheiden. Frauen berichten tendenziell häufiger eine oder eine ausgeprägtere religiöse Motivation ( $df = 1; F = 5.536, p < .020$ ).

### 11.2.3.2 *Persönliche Betroffenheit*

Zur Beurteilung der persönlichen Betroffenheit wurde wie zur Analyse der Motive der 1. Datensatz herangezogen.

Tabelle 11-10: Item zur persönlichen Betroffenheit

			<b>ja</b>	<b>nein</b>
A22	Ich habe mich zur Inpflegenahme von ___* entschieden, weil ich sie/ihn persönlich kennengelernt habe oder mit ihrer/seiner Situation selbst konfrontiert wurde.	N in %	99 43.0	131 57.0

Das Item A22 fragt, ob eine persönliche Betroffenheit zur Aufnahme des Pflegekindes beigetragen hat (vgl. Tab. 11-10). Zusätzliche Anhaltspunkte zur Art der persönlichen Betroffenheit gibt die Unterscheidung in Verwandtschafts- und Nichtverwandtschaftspflege sowie das Item A23: „Wir wurden angefragt, ob wir \_\_\_\* in Pflege nehmen würden.“ Diese Frage konnte mit ja oder nein beantwortet werden. Bei ihrer Verneinung kann vermutet werden, dass sich die Pflegefamilie aktiv um die Aufnahme des Pflegekindes bemühte.

Wenn die Aufnahmemotive in Hinsicht auf persönliche Betroffenheit, Verwandtschaftspflege und aktive Bemühung betrachtet werden, zeigen sich die in Tabellen 11-11, 11-12 und 11-13 zusammengestellten Zusammenhänge. Es werden nur auf dem 5%-Niveau signifikante Zusammenhänge berichtet.

Tabelle 11-11: Aufnahmemotive bezüglich persönlicher Betroffenheit

		persönliche Betroffenheit		keine pers. Betroffenheit		df	F	p
		$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s			
A17	Ich wollte ___* aufnehmen, da ich ihr/ihm helfen wollte.	3.75	.56	3.27	1.05	1	17.189	.000
A18	In der Aufnahme eines Pflegekindes sehe ich eine persönliche Herausforderung.	2.97	1.14	3.36	.97	1	7.671	.006
A19	Ich wollte ein Pflegekind aufnehmen, weil ich mir eine grössere Familie wünschte.	1.69	1.06	2.42	1.28	1	19.877	.000
A21	Ich wollte ein Pflegekind aufnehmen, weil ich mir eine Veränderung in der Familie wünschte.	1.43	.86	2.04	1.17	1	18.272	.000

Tabelle 11-12: Aufnahmemotive bezüglich Verwandtschaftlichkeit

		Nichtverwandschaftspflege		Verwandschaftspflege		df	F	p
		$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s			
A17	Ich wollte ___* aufnehmen, da ich ihr/ihm helfen wollte.	3.33	.99	3.89	.32	1	18.253	.000
A19	Ich wollte ein Pflegekind aufnehmen, weil ich mir eine grössere Familie wünschte.	2.40	1.27	1.23	.60	1	44.950	.000
A21	Ich wollte ein Pflegekind aufnehmen, weil ich mir eine Veränderung in der Familie wünschte.	1.93	1.14	1.33	.79	1	13.471	.000

Tabelle 11-13: Aufnahmemotive bezüglich aktiver Bemühung

		aktive Bemühung		Inpflegenahme nach Anfrage		df	F	p
		$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s			
A17	Ich wollte ___* aufnehmen, da ich ihr/ihm helfen wollte.	3.73	.67	3.38	.96	1	7.306	.007
A19	Ich wollte ein Pflegekind aufnehmen, weil ich mir eine grössere Familie wünschte.	1.53	.99	2.32	1.26	1	19.570	.000
A21	Ich wollte ein Pflegekind aufnehmen, weil ich mir eine Veränderung in der Familie wünschte.	1.40	.86	1.93	1.14	1	10.827	.001

Pflegeeltern mit einem Hilfemotiv haben Pflegekinder tendenziell aus einer persönlichen Betroffenheit heraus aufgenommen, während familienstrukturell motivierte Pflegeeltern sowie jene mit einer selbstwertbezogenen Motivation eher keine persönliche Betroffenheit berichten (vgl. Tab 11-11). Die Pflegeeltern mit einem Hilfemotiv sind mit den Pflegekindern eher verwandt, jene mit familienstrukturellen Motiven sind hingegen eher nicht verwandt mit den Pflegekindern (vgl. Tab. 11-12). Pflegeeltern mit einem karitativen Motiv haben sich tendenziell aktiv um die Aufnahme eines Pflegekindes bemüht. Familienstrukturell motivierte Pflegeeltern wurden hingegen eher angefragt, ob sie ein Kind in Pflege nehmen würden (vgl. Tab. 11-13).

### 11.2.3.3 Aufnahmeinitiative

Es wurde für jede Pflegefamilie erfasst, wer in der Familie die Idee hatte, das Pflegekind aufzunehmen, und wer sich für die Aufnahme einsetzte. Mehrheitlich waren die Pflegemütter die Personen, die sich für die Inpflegenahme engagierten (vgl. Tab. 11-14).

Tabelle 11-14: Items zur Aufnahmeinitiative

			Pflege- mutter	beide Pflege- elternteile	ganze Familie	Pflege- vater	ein Kind
A24	Wer hatte in Ihrer Familie zuerst die Idee, ___★ aufzunehmen?	N in %	78 46.4	54 32.1	23 13.7	10 6	3 1.8
A25	Wer hat sich am meisten für die Aufnahme von ___★ eingesetzt?	N in %	69 41.6	57 34.3	29 17.5	10 6	1 .6

## 11.2.4 Vorbereitung der Pflegeeltern auf das Pflegeverhältnis

Die Vorbereitung der Pflegeeltern sollte (retrospektiv) beurteilt werden. Zudem wurden Informationsdefizite bezüglich der Klärung der Indikation und der Klärung der zeitlichen Perspektive des Pflegeverhältnisses jeweils aufseiten der Pflegeeltern und des Pflegekindes erfasst. Informationsdefizite der Pflegeeltern werden als mangelnde Vorbereitung (teilweise sicher durch das Verschulden der Behörden) aufgefasst. Zudem wird die Wissenssituation durch Vorwissen, Wissenswunsch und Wissenszuwachs beurteilt.

### 11.2.4.1 Persönliche Vorbereitung und externe Begleitung

Tabelle 11-15 veranschaulicht, dass sich die Pflegeeltern sehr unterschiedlich auf das Pflegeverhältnis vorbereiten konnten. Obwohl sich etwas mehr als die Hälfte der Pflegefamilien (eher) ausreichend vorbereiten konnte, (eher) ausreichend informiert wurde und eine positive Beratung erlebte, sind die Prozentzahlen der Personen hoch, die sich insgesamt (eher) nicht genügend vorbereiten konnten (40.8 %), die (eher) nicht ausreichend informiert wurden (39.2 %) und die die Beratung nicht positiv erlebt haben (46.7 %).

Tabelle 11-15: Items zur Vorbereitung auf das Pflegeverhältnis

			trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
A26	Ich konnte mich insgesamt ausreichend auf die Aufnahme von ___* vorbereiten.	N in %	61 36.5	38 22.8	30 18.0	38 22.8
A27	Ich denke, dass wir ausreichend über Rechte, Pflichten und Zuständigkeiten informiert wurden.	N in %	61 36.7	40 24.1	34 20.5	31 18.7
A28	Unsere Vorbereitung durch beratende Personen habe ich insgesamt sehr positiv erlebt.	N in %	43 26.4	44 27.0	26 16.0	50 30.7

### 11.2.4.2 Informationsdefizite

Während die Indikation der Inpflegegabe mehrheitlich bekannt ist (vgl. Tab. 11-16), ist die zeitliche Perspektive des Pflegeverhältnisses in über der Hälfte der Fälle nicht geklärt (vgl. Tab. 11-17).

Tabelle 11-16: Items zum Indikationswissen

			ja	nein
A29	Wurden Sie über die Gründe, warum ___* fremdplatziert (bzw. umplatziert) werden sollte, informiert?	N in %	151 91.5	14 8.5
A30	Weiss ___*, warum sie/er fremdplatziert (bzw. umplatziert) wurde?	N in %	135 80.8	32 19.2

Tabelle 11-17: Items zum Perspektivenwissen

			ja	nein
A31	Wissen Sie, wie lange ___* voraussichtlich bei Ihnen leben soll?	N in %	81 48.8	85 51.2
A32	Weiss ___*, wie lange sie/er voraussichtlich bei Ihnen leben wird?	N in %	77 45.6	92 54.4

Das Indikations- und Perspektivenwissen der Pflegekinder korreliert mit dem Lebensalter. Jüngere Pflegekinder wissen eher nicht, warum sie fremdplatziert wurden ( $r = .403, p < .001$ ) und für wie lange sie platziert sind ( $r = .211, p < .001$ ).

### 11.2.4.3 Vorwissen, Wissenszuwachs und Wissenswunsch

Tabelle 11-18 gibt einen Überblick zum Vorwissen, Wissenszuwachs und Wissenswunsch der Pflegeeltern im Hinblick auf die Geschichte des Pflegekindes. 65.9 % der Pflegefamilien wussten (bereits) bei der Inpflegenahme (eher) genug und 72.2 % haben heute (eher) keinen Wissenswunsch. 58.5 % hatten im Laufe des Pflegeverhältnisses einen (eher) hohen Wissenszuwachs.



Tabelle 11-18: Items zum Vorwissen, zu Wissenszuwachs und -wunsch

			trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
A33	Ich denke, dass ich bei der Inpflegenahme von ___* genug über ihre/seine Geschichte wusste.	N in %	85 50.0	27 15.9	34 20.0	24 14.1
A34	Heute weiss ich vieles mehr über die Vergangenheit von ___*.	N in %	67 40.4	30 18.1	20 12.0	49 29.5
A35	Ich würde gerne mehr über die Vergangenheit von ___* wissen.	N in %	24 14.8	21 13.0	31 19.1	86 53.1

### 11.2.5 Typologisierung der Pflegeverhältnisse

Bereits aus der Stichprobenbeschreibung wird ersichtlich, dass sich verschiedene Typen von Pflegeverhältnissen, was die Ausgangsbedingungen betrifft, unterscheiden. Bei der Beschreibung der Besuchskontakte wurden zudem Pflegeverhältnisse mit laufenden, abgebrochenen und ohne Besuchskontakte differenziert und im Hinblick auf die, nach den Befunden von *Kötter* (1997), zu erwartenden Unterschiede überprüft. Solche Typen stellen unabhängige Variablen dar. Neben Dauer- und Wochen- sowie Nichtverwandtschafts- und Verwandtschaftspflege wurden die Existenz bzw. Nichtexistenz von Kontakten zwischen den Pflege- und den Herkunftseltern, Pflegeverhältnisse von Paaren und Alleinerziehenden und die Dauer des Pflegeverhältnisses als unabhängige Variablen ausgewählt. Es soll untersucht werden, inwieweit je nach Pflegeverhältnistyp andere Ausgangsbedingungen vorliegen. Es wurden keine expliziten Hypothesen formuliert, die Unterschiede waren aber teilweise durch die Folgerungen von *Juhász und Sunitsch* (1996 und 1997) zu erwarten (vgl. 10.2.3).

#### 11.2.5.1 Unterschiede zwischen Dauer- und Wochenpflege

Wie bereits im Rahmen der Stichprobenbeschreibung dargestellt wurde, sind bezüglich Dauer- und Wochenpflege Unterschiede zu erwarten (vgl. 10.2.3): Kinder in Wochenpflegeverhältnissen sind jünger als Dauerpflegekinder ( $df = 1$ ;  $F = 8.281$ ,  $p < .005$ ). Beim Aufnahmealter zeigt sich auf dem 5%-Niveau kein signifikanter Unterschied. Die Wochenpflegeeltern sind durchschnittlich jünger als die Dauerpflegeeltern ( $df = 1$ ;  $F = 4.523$ ,  $p < .035$ ) und Erstere leben auch häufiger mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin zusammen ( $df = 1$ ;  $F = 9.710$ ,  $p < .002$ ). Dauerpflegeverhältnisse dauerten tendenziell länger als Wochenpflegeverhältnisse ( $df = 1$ ;  $F = 6.143$ ,  $p < .014$ ). Wochenpflegeeltern berichten häufiger als Dauerpflegeeltern, dass sie sich insgesamt (eher) ausreichend auf die Pflegebeziehung vorbereiten konnten ( $\chi^2 = 7.316$ ,  $df = 1$ ;  $p < .005$ ). Die zeitliche Perspektive des Pflegeverhältnisses ist hingegen in Dauerpflegeverhältnissen öfters geklärt, sowohl die Pflegeeltern ( $\chi^2 = 10.134$ ,  $df = 1$ ;  $p <$

.001) als auch die Pflegekinder ( $\chi^2 = 8.023$ ,  $df = 1$ ;  $p < .004$ ) wissen häufig, wie lange das Pflegeverhältnis voraussichtlich dauern wird.

Die Herkunftsfamilien von Kindern in Dauerpflege waren bei der Inpflegegabe des Kindes belasteter (Nennung mehrerer Belastungsfaktoren; vgl. Tabelle 11-6) als jene von Wochenpflegekindern ( $df = 1$ ;  $F = 12.148$ ,  $p < .001$ ). Insbesondere zeigen sich signifikante Unterschiede, was die folgenden Belastungsfaktoren anbelangt, die von Dauerpflegeeltern signifikant häufiger berichtet werden: Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit ( $\chi^2 = 10.650$ ,  $df = 1$ ;  $p < .001$ ), schwere körperliche oder seelische Erkrankung eines oder beider Elternteile ( $\chi^2 = 4.800$ ,  $df = 1$ ;  $p < .020$ ) und Konflikt mit dem Gesetz ( $\chi^2 = 4.790$ ,  $df = 1$ ;  $p < .020$ ). Kinder in Wochenpflege machten (eher) keine traumatischen Erfahrungen vor ihrer Platzierung ( $\chi^2 = 9.146$ ,  $df = 1$ ;  $p < .002$ ) und zeigten zu Beginn des Pflegeverhältnisses gegenüber Kindern in Dauerpflege (eher) keine Verhaltensauffälligkeiten ( $\chi^2 = 4.886$ ,  $df = 1$ ;  $p < .022$ ).

#### ***11.2.5.2 Unterschiede zwischen Dauerpflegeverhältnissen mit und ohne Pflegeeltern-Herkunftseltern-Kontakt***

Alle Wochenpflegeeltern haben Kontakt zu den Herkunftseltern (oder zur Herkunftsfamilie). Im Folgenden werden Unterschiede zwischen Dauerpflegeverhältnissen, in welchen die Pflegeeltern Kontakt (73.8 %) zu den Herkunftseltern haben, und solchen, in denen sie keinen Kontakt (26.2 %) haben, aufgezeigt: Wenn die Pflegeeltern keinen Kontakt zu den Herkunftseltern haben, finden häufig auch keine Besuchskontakte zwischen dem Pflegekind und seiner Herkunftsfamilie statt ( $\chi^2 = 35.908$ ,  $df = 1$ ;  $p < .001$ ). Es erfolgen weniger häufig Kontakte, wenn die leibliche Mutter des Pflegekindes verstorben ist ( $\chi^2 = 12.528$ ,  $df = 1$ ;  $p < .001$ ). Wenn keine Kontakte stattfinden, existiert auch seltener ein Pflegevertrag ( $\chi^2 = 4.753$ ,  $df = 1$ ;  $p < .031$ ).<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> Pflegeverträge regeln häufig auch die Besuche und Ferienabwesenheiten des Pflegekindes (vgl. zum Beispiel Pflegevertragsformular für Familienpflegekinder vom Kantonalen Jugendamt Bern).

### 11.2.5.3 Unterschiede zwischen Nichtverwandtschafts- und Verwandtschaftspflege

Die Pflegeeltern der Kinder in Verwandtschaftspflege sind häufig älter ( $df = 1$ ;  $F = 14.431$ ,  $p < .001$ ) und waren zum Zeitpunkt der Inpflegenahme bereits älter ( $df = 1$ ;  $F = 14.853$ ,  $p < .001$ ), was auf der Grundlage der Studie von *Juhasz und Sunitsch* (1996, 56 f.) zu erwarten war und, wie in der Stichprobenbeschreibung thematisiert wurde, durch die Grosseltern bei verwandtschaftlichen Pflegeverhältnissen bedingt ist. In einzelnen Familien, in welchen die Grosseltern die Pflegeeltern sind, lebt die Mutter oder der Vater des Kindes ebenfalls in der Familie, was statistisch auch durch einen höheren Altersunterschied des Pflegekindes zum nächstälteren Kind in der Familie veranschaulicht wird ( $df = 1$ ;  $F = 13.273$ ,  $p < .001$ ).

Die nichtverwandtschaftlichen Pflegefamilien sind grösser ( $df = 1$ ;  $F = 9.465$ ,  $p < .002$ ). In Pflegefamilien, die mit dem Pflegekind nicht verwandt sind, leben insbesondere häufiger und mehr jüngere Kinder ( $df = 1$ ;  $F = 6.248$ ,  $p < .013$ ). Nichtverwandtschaftspflegeeltern haben öfters auch schon früher bzw. gegenwärtig mehrere Pflegekinder aufgenommen ( $df = 1$ ;  $F = 8.253$ ,  $p < .005$ ).

In verwandtschaftlichen Pflegeverhältnissen ist die zeitliche Perspektive des Pflegeverhältnisses den Pflegekindern ( $\chi^2 = 4.409$ ,  $df = 1$ ;  $p < .027$ ) und den Pflegeeltern ( $\chi^2 = 3.713$ ,  $df = 1$ ;  $p < .040$ ) eher bekannt. Verwandtschaftspflegeeltern haben das Pflegekind häufiger, weil sie diesem helfen wollten (vgl. Tabelle 11-13), und aufgrund einer persönlichen Betroffenheit aufgenommen ( $\chi^2 = 10.850$ ,  $df = 1$ ;  $p < .001$ ). Sie haben sich öfter aktiv um die Aufnahme bemüht ( $\chi^2 = 24.981$ ,  $df = 1$ ;  $p < .001$ ).

Verwandtschaftspflegeeltern denken häufiger, dass sie bei der Inpflegenahme (eher) genug über das Pflegekind wussten ( $\chi^2 = 26.693$ ,  $df = 1$ ;  $p < .001$ ), sie denken (eher) nicht, dass sie heute (bzw. zum Untersuchungszeitpunkt) vieles mehr wissen ( $\chi^2 = 22.187$ ,  $df = 1$ ;  $p < .001$ ), und haben auch (eher) keinen Wissenswunsch ( $\chi^2 = 4.242$ ,  $df = 1$ ;  $p < .028$ ). Im Unterschied zu Pflegeeltern, die mit dem Pflegekind nicht verwandt sind, berichten sie seltener, dass sie durch beratende Personen positiv auf das Pflegeverhältnis vorbereitet wurden ( $\chi^2 = 6.133$ ,  $df = 1$ ;  $p < .011$ ). Es existiert in Verwandtschaftspflegeverhältnissen seltener ein Pflegevertrag ( $\chi^2 = 9.516$ ,  $df = 1$ ;  $p < .003$ ).

#### ***11.2.5.4 Unterschiede zwischen Pflegeelternpaaren und alleinerziehenden Pflegemüttern und Pflegevätern***

Pflegeelternpaare haben häufiger ein Kind aufgenommen, weil sie sich eine grössere Familie (oder eine Familie) wünschten ( $\chi^2 = 9.538$ ,  $df = 1$ ;  $p < .001$ ). Pflegeelternpaare wurden öfters angefragt, ob sie ein Kind aufnehmen würden, als alleinerziehende Pflegemütter und -väter, die häufiger selber aktiv wurden ( $\chi^2 = 10.239$ ,  $df = 1$ ;  $p < .002$ ) und tendenziell persönlich mit der Situation eines bestimmten Kindes konfrontiert wurden ( $\chi^2 = 3.695$ ,  $df = 1$ ;  $p < .046$ ). In sogenannten vollständigen Familien leben mehr eigene Kinder ( $df = 1$ ;  $F = 6.382$ ,  $p < .012$ ). Alleinerziehende Pflegeelternanteile sind älter ( $df = 1$ ;  $F = 12.238$ ,  $p < .001$ ), waren bei der Aufnahme des Pflegekindes bereits älter ( $df = 1$ ;  $F = 8.144$ ,  $p < .005$ ) und haben öfters ein älteres Pflegekind ( $df = 1$ ;  $F = 4.733$ ,  $p < .031$ ). Die Dauer der Pflegeverhältnisse von alleinerziehenden Personen ist länger ( $df = 1$ ;  $F = 9.710$ ,  $p < .002$ ), was eventuell darauf hinweist, dass die Pflegekinder früher mit beiden Pflegeeltern zusammenlebten. Insbesondere ist auf die verwitweten Pflegegrosselfternteile hinzuweisen.

#### ***11.2.5.5 Unterschiede bei der Dauer des Pflegeverhältnisses***

Die folgenden Pflegeverhältnisse dauern oft (noch) nicht lange: Pflegeverhältnisse von Pflegeeltern, die Kinder aus Familien, die durch viele Kinder belastet waren, aufgenommen haben ( $r = .193$ ,  $p < .012$ ), Pflegeverhältnisse mit Flüchtlingskindern ( $r = .171$ ,  $p < .027$ ) und Pflegeverhältnisse mit Kindern, die eine körperliche Behinderung haben ( $r = .220$ ,  $p < .004$ ) – die Hälfte dieser Kinder sind HIV-positiv oder an Aids erkrankt. Die Pflegeverhältnisse von Pflegeeltern, die angeben, dass sie das Kind infolge einer persönlichen Betroffenheit aufgenommen haben, sind ebenfalls von kürzerer Dauer ( $r = .211$ ,  $p < .006$ ). Die Pflegeeltern mit kürzer dauernden Pflegeverhältnissen haben häufiger einen Wissenswunsch ( $r = .195$ ,  $p < .014$ ).

In weniger lang dauernden Pflegeverhältnissen ist die zeitliche Perspektive sowohl aus Sicht der Pflegeeltern ( $r = .231$ ,  $p < .003$ ) als auch aus der Perspektive des Pflegekindes ( $r = .230$ ,  $p < .003$ ) seltener geklärt. Mit der Dauer des Pflegeverhältnisses nimmt die Anzahl eigener Kinder ab, die jünger als das Pflegekind sind ( $r = .203$ ,  $p < .008$ ). In Pflegeverhältnissen, die länger dauern, ist die Pflegemutter bzw. der Pflegevater eher älter ( $r = .452$ ,  $p < .001$ ), ebenso auch das Pflegekind ( $r = .569$ ,  $p < .001$ ), das zusätzlich zum Zeitpunkt seiner Inpflegenahme eher jünger war ( $r = .542$ ,  $p < .001$ ). In Pflegeverhältnissen, die weniger lange dauern, haben Pflegeväter häufiger einen Fragebogen ausgefüllt ( $r = .175$ ,  $p < .024$ ).

### 11.2.6 Zusammenfassung zum Verhältnis einzelner Ausgangsbedingungen

Die Herkunftsfamilien von Dauerpflegekindern waren bei der Inpflegegabe des Kindes erwartungsgemäss belasteter als die Herkunftsfamilien von Wochenpflegekindern. Kinder aus mehrfachbelasteten Herkunftsfamilien wechselten ihren Betreuungsort häufiger, machten tendenziell traumatische Erfahrungen und zeigten tendenziell Verhaltensauffälligkeiten. Zusammenfassend kann vermutet werden, dass Dauerpflege tendenziell dann beansprucht wird, wenn die Herkunftseltern ihren elterlichen Pflichten nicht (mehr) nachkommen können. Wochenpflege wird dagegen eher bei intakten Eltern-Kind-Beziehungen genutzt. Zum Beispiel können sich alleinerziehende Mütter, die unregelmässig arbeiten und ihr Kind damit nicht in Tagespflege geben können, für eine Wochenplatzierung entscheiden (vgl. 10.3.3.4). Die Belastungssituation hat sich nur in elf Herkunftsfamilien seit der Inpflegegabe des Pflegekindes weiter verschlechtert, die anderen Situationen wurden als unverändert oder verbessert eingeschätzt, was einen Hinweis auf die Bedeutung der Pflegefamilien als gesellschaftliche Resource gibt.

Verwandtschaftliche Pflegeverhältnisse stellen insofern eine Besonderheit dar, als die Pflegeeltern die Pflegekinder bei der Inpflegenahme selbstverständlich besser kennen. Pflegeeltern, die mit dem Pflegekind verwandt sind, haben oft ein bestimmtes Kind, zum Beispiel ihr Enkelkind, aufgenommen, während nichtverwandtschaftliche Pflegeeltern öfters mehrere Pflegekinder (nacheinander oder gleichzeitig) aufgenommen haben. Zur Dauer der Pflegeverhältnisse werden die folgenden Befunde zusammengefasst: Die zeitliche Perspektive klärt sich erst mit der Dauer des Pflegeverhältnisses. Pflegeverhältnisse dauern, wie aufgrund der bisherigen Erfolgsforschung von Pflegeverhältnissen zu erwarten war (vgl. 5.2.5 und 5.3), länger, wenn die Pflegekinder ein jüngeres Aufnahmealter haben und wenn wenige (oder keine) eigene Kinder, die jünger als das Pflegekind sind, in der Familie leben.

In rund drei Viertel aller Dauerpflegeverhältnisse gibt es Besuchskontakte. In vielen Pflegeverhältnissen ohne Besuchskontakte besteht auch kein Pflege-Herkunftseltern-Kontakt. Die Aufnahmemotive „helfen wollen“ und „Familienstruktur“ hatten keine bedeutsame Wirkung auf die Existenz von Besuchskontakten. Es zeigte sich aber, dass Pflegeeltern mit einem Hilfefmotiv tendenziell älter sind und Pflegeeltern, die sich eine grössere Familie wünschten, tendenziell jünger sind. Personen mit einem karitativen Motiv handelten häufiger aus einer persönlichen Betroffenheit heraus, sind öfters mit dem Pflegekind verwandt und haben sich häufiger aktiv um eine Aufnahme bemüht. Während für Personen mit familienstrukturellen Moti-

ven jeweils das Gegenteil gilt: Sie waren weniger persönlich betroffen, sind seltener mit dem Pflegekind verwandt und wurden tendenziell angefragt, ob sie das Pflegekind aufnehmen wollen.

### ***11.3 Die unabhängige Variable Belastungen***

Die unabhängige Variable Belastungen beinhaltet die zwischen Pflegekind und Herkunftsfamilie und zwischen Pflegekind und Mitgliedern der Pflegefamilie wahrgenommene Belastung sowie die zwischen Pflegeeltern und Pflegekind und zwischen Pflege- und Herkunftseltern erlebte Belastung. Im Hinblick auf die für das Pflegekind beurteilte Belastung und die erlebte Belastung der Pflegeeltern lassen sich folglich zwei Bereiche unterscheiden: 1. Die Bewältigung der Inpflegegabe durch das Pflegekind, aktuelle Probleme des Pflegekindes und Belastungen, die das Pflegekind hinsichtlich der Beziehungen zur Herkunftsfamilie erlebt, und aktuelle emotionale Beziehungen in der Pflegefamilie. 2. Die Belastung der Pflegeeltern vor dem Pflegeverhältnis, zu Beginn und während des Pflegeverhältnisses und die Erhebung verschiedener Belastungsbereiche, welche die Pflegeeltern betreffen.

#### **11.3.1 Probleme des Pflegekindes**

Zu den Problemen des Pflegekindes wurden seine (ungenügende) Anpassung, die Problem-entwicklung und eine Reihe aktueller Probleme erfasst. Zudem wurden pflegekindliche Belastungsaspekte durch die Beziehung des Pflegekindes zu seiner Herkunft berücksichtigt und die aktuellen Familienbeziehungen in der Pflegefamilie zusammengetragen. Zur Beschreibung der pflegekindlichen Belastung wird der 2. Datensatz (170 Pflegefamilien respektive 170 Pflegekinder) verwendet.

##### ***11.3.1.1 Problementwicklung und aktuelle Probleme des Pflegekindes***

###### **11.3.1.1.1 Anpassungsverlauf und Anpassungsschwierigkeiten**

Die Anpassung des Pflegekindes an die neuen Bezugspersonen und an die neue Umgebung wurde jeweils für zwei Zeitpunkte erfasst: Die Pflegeeltern wurden gefragt, ob sie denken, dass \_\_\_\* *grosse Probleme mit dem Wechsel ihrer/seiner Bezugspersonen (B1) bzw. ihrer/seiner Umgebung (B3) hatte*, und ob sie glauben, dass \_\_\_\* *heute mit dem Wechsel ih-*

rer/seiner Bezugspersonen (B2) bzw. ihrer/seiner Umgebung (B4) ganz gut zurechtkommt (zum grossen Anteil fehlender Daten vgl. Fussnote 38, S. 202).

Die Kreuztabellen geben einen Überblick zum Anpassungsverlauf bezüglich Bezugspersonen (Tab. 11-19) und der Umgebung (Tab. 11-20):<sup>41</sup>

Tabelle 11-19: Umgang der Pflegekinder mit dem Wechsel der Bezugspersonen

	(B2:) Wechsel der Bezugspersonen t <sub>2</sub> (Untersuchungszeitpunkt)		Total
	keine Probleme	Probleme	
(B1:) Wechsel der Bezugspersonen t <sub>1</sub> („früher“)	keine Probleme	87	95
	Probleme	28	35
Total		115	130

Tabelle 11-20: Umgang der Pflegekinder mit dem Wechsel der Umgebung

	(B4:) Wechsel der Umgebung t <sub>2</sub> (Untersuchungszeitpunkt)		Total
	keine Probleme	Probleme	
(B3:) Wechsel der Umgebung t <sub>1</sub> („früher“)	keine Probleme	89	96
	Probleme	32	36
Total		121	132

Nach der Integrationstheorie von *Nienstedt und Westermann* (1989, 48–88) zeigen Pflegekinder zu Beginn des Pflegeverhältnisses eine Überanpassung (vgl. 6.2.2.1.2). Acht Pflegekinder, die anfangs keine Probleme mit dem Wechsel der Bezugspersonen hatten, und sieben Pflegekinder, die anfangs keine Probleme mit dem Wechsel der Umgebung hatten, haben gegenwärtig Probleme mit dem Wechsel der Bezugspersonen bzw. der Umgebung. Bei diesen Pflegekindern könnte es sich um solche Kinder handeln, die sich zum Untersuchungszeitpunkt in der Regressionsphase befanden (vgl. *Nienstedt und Westermann*, 1989, 48–88).

Die Fragen zum Wechsel der Bezugspersonen und zum Wechsel der Umgebung bilden für beide Zeitpunkte jeweils eine Skala zum Ausmass der Anpassung. Die Skalen haben die folgenden Reliabilitäten:  $\alpha = .8139$  und  $\alpha = .8104$ .

Durchschnittlich erhielt ein Pflegekind auf jeweils einer Skala von 1 bis 4 einen Wert von 3.04 für die frühere Anpassung und einen Wert von 3.48 für die Anpassung heute bzw. zum Untersuchungszeitpunkt. Zwischen den beiden Skalen liegt der folgende Zusammenhang vor:  $r = .164$ ,  $p < .065$ . Die Boxplots zur früheren Anpassung (Abb. 11-4) und gegenwärtigen Anpassung (Abb. 11-5) veranschaulichen, dass die Ausprägung der Anpassung im Verlauf des

<sup>41</sup> Die Berechnung eines Chi-Quadrats ist in beiden Fällen nicht zulässig, da jeweils eine Zellenhäufigkeit erwartet wird, die kleiner als fünf ist. Die Fisher's Exact Tests zeigen jedoch eine hohe Signifikanz ( $p < .001$ ).

Pflegeverhältnisses zunimmt. Der grösste Teil der Pflegekinder ist „heute“ sehr gut angepasst (vgl. Abb. 11-5).

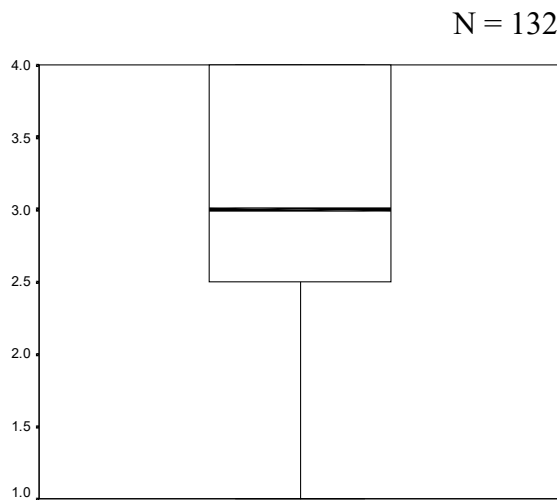


Abbildung 11-4: Boxplot zur Anpassung „früher“

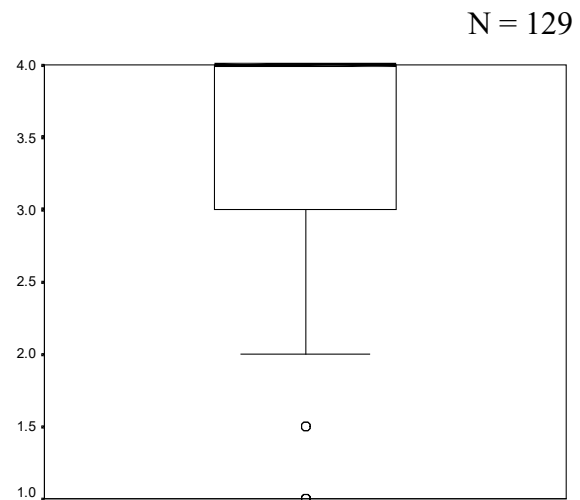


Abbildung 11-5: Boxplot zur Anpassung „heute“

#### 11.3.1.1.2 Allgemeine Problementwicklung

Auf die Frage (B5), ob die Pflegeeltern glauben, *dass sich an der Menge oder am Ausmass der Probleme von \_\_\_\*, seit sie/er bei Ihnen lebt, etwas verändert hat*, antworteten 59 % damit, dass das Pflegekind heute weniger Probleme zeigt. 36.6 % denken, dass die Situation praktisch unverändert ist (oder dass sich die Probleme verlagert haben). 4.5 % geben an, dass das Pflegekind heute mehr Probleme aufweist.

#### 11.3.1.1.3 Aktuelle Probleme des Pflegekindes

Zu den aktuellen Problemen der Pflegekinder wurde die in Tabelle 11-21 zusammengefasste Beurteilung vorgenommen. Für 28 Kinder liegen die entsprechenden Daten nicht vor (vgl. Fussnote 38, S. 202). 30 Pflegeeltern nannten einen, 15 zwei zusätzliche Problemaspekte. Es wurden dabei unterschiedliche Aspekte aufgegriffen und nur einzelne mehr als ein- oder zweimal erwähnt: sechsmal wurde Eifersucht, viermal Lügen, je dreimal Minderwertigkeitsprobleme bzw. -gefühle und Regression bzw. Entwicklungsverzögerung für ein Kind angegeben. Einige der aufgegriffenen Aspekte liessen sich zu einer Gruppe „Schwierigkeiten im Sozialverhalten“ zusammenfassen.



Tabelle 11-21: Aktuelle Probleme der Pflegekinder

			keine	leichte	deutliche	starke
B6	Aggressionen	N	66	51	18	7
		in %	46.5	35.9	12.7	4.9
B7	Unruhe (Hyperaktivität)	N	66	45	20	11
		in %	46.5	31.7	14.1	7.7
B8	Schlafstörungen (oder Bettnässen)	N	108	22	10	2
		in %	76.1	15.5	7.0	1.4
B9	Ängstlichkeit	N	69	45	19	9
		in %	48.6	31.7	13.4	6.3
B10	Schulschwierigkeiten (oder Lernprobleme)	N	65	36	27	14
		in %	45.8	25.4	19.0	9.9
B11	anderes 1:	N	-	13	15	17
		in %	-	9.2	10.6	12.0
B12	anderes 2:	N	-	2	7	6
		in %	-	1.4	4.9	4.2

Wenn für „leichte“ ein, für „deutliche“ zwei und für „starke“ drei Punkte verteilt werden, erhalten die Pflegekinder für alle sieben Problemaspekte durchschnittlich 4.54 Punkte (maximal könnten 21 Punkte erzielt werden).

### ***11.3.1.2 Beziehung des Pflegekindes zu seiner Herkunft***

Die Beziehung des Pflegekindes zu seiner Herkunft respektive ihr inliegendes Belastungspotential wurde durch folgende Aspekte erfasst: Statusbewusstsein, Erleben von Loyalitätskonflikten, Schwierigkeiten mit jemandem in der Herkunftsfamilie und Belastung durch Besuchskontakte.

#### **11.3.1.2.1 Statusbewusstsein**

92.8 % aller Pflegekinder wissen, dass sie Pflegekinder sind. Zwölf Kinder wissen nicht, dass sie Pflegekinder sind. Das Statusbewusstsein ist eine Frage des Alters der Pflegekinder ( $df = 1$ ;  $F = 23.825$ ,  $p < .001$ ). Nur zwei der zehn Kinder mit einer geistigen Behinderung wissen nicht, dass sie Pflegekinder sind.

#### **11.3.1.2.2 Loyalitätskonflikte**

Die Items B13 und B14 sollen eine Aussage zu möglichen Loyalitätskonflikten, die das Pflegekind erlebt, machen (vgl. Tab. 11-22). Sie werden im weiteren als Einzelitems verwendet ( $r = .247$ ,  $p < .001$ ).

Tabelle 11-22: Items zum pflegekindlichen Erleben von Loyalitätskonflikten

			trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
B13	Ich denke, dass sich ___* oft zwischen der Herkunfts- und der Pflegefamilie hin- und hergerissen fühlt (bzw. Loyalitätskonflikte erlebt).	N in %	40 24.5	30 18.4	39 23.9	54 33.1
B14	___* spricht oft von ihrer/seiner Herkunftsfamilie.	N in %	31 18.9	25 15.2	30 18.3	78 47.6

Vor dem Hintergrund, dass in der einschlägigen Literatur zum Pflegekinderwesen immer wieder Loyalitätskonflikte der Pflegekinder thematisiert werden, fällt die Einschätzung der Pflegeeltern überraschend aus: 57 % der Pflegekinder erfahren (eher) selten Loyalitätskonflikte.

### 11.3.1.2.3 Schwierigkeiten in der Herkunftsfamilie

Der grössere Teil der 170 Pflegekinder erlebt bzw. erlebte mit niemandem in seiner Herkunftsfamilie besondere Schwierigkeiten. 55 Pflegekinder (32.4 %) haben oder hatten *mit jemandem in der Herkunftsfamilie besondere Schwierigkeiten* (B15a). Wenn Schwierigkeiten berichtet wurden, wurde gefragt, *mit wem* (B15b) das Pflegekind besondere Schwierigkeiten hat bzw. hatte. 23 Kinder haben oder hatten mit ihrer Mutter und 16 mit ihrem Vater Schwierigkeiten. In 16 Fällen betreffen die Schwierigkeiten jemand anderen oder mehrere Personen. In keinem Fall wurde angegeben, dass das Kind mit einem Geschwister Schwierigkeiten hat bzw. hatte.

### 11.3.1.2.4 Belastung durch Besuchskontakte

B16: „Ich denke, dass \_\_\_\* im Grossen und Ganzen positiv auf die Besuchskontakte reagiert“ und B17: „Ich denke, dass die Besuchskontakte für \_\_\_\* von sehr grosser Bedeutung sind“ bilden eine Skala. Die Reliabilität dieser Skala liegt bei  $\alpha = .7501$ .

Die Items wurden so codiert, dass ein niedriger Punktwert für die positive Reaktion auf Besuchskontakte und für die Bedeutung von Besuchskontakten steht, hingegen ein hoher Punktwert einer allgemeinen pflegekindlichen Belastung durch Besuchskontakte entspricht. Durchschnittlich bekommt ein Pflegekind einen Wert von 1.98 auf einer Skala von 1 bis 4, das bedeutet, wie auch durch den Boxplot (Abb. 11-6) ersichtlich wird, dass etwa die Hälfte der Pflegekinder durch Besuchskontakte nicht oder nur leicht belastet wird.

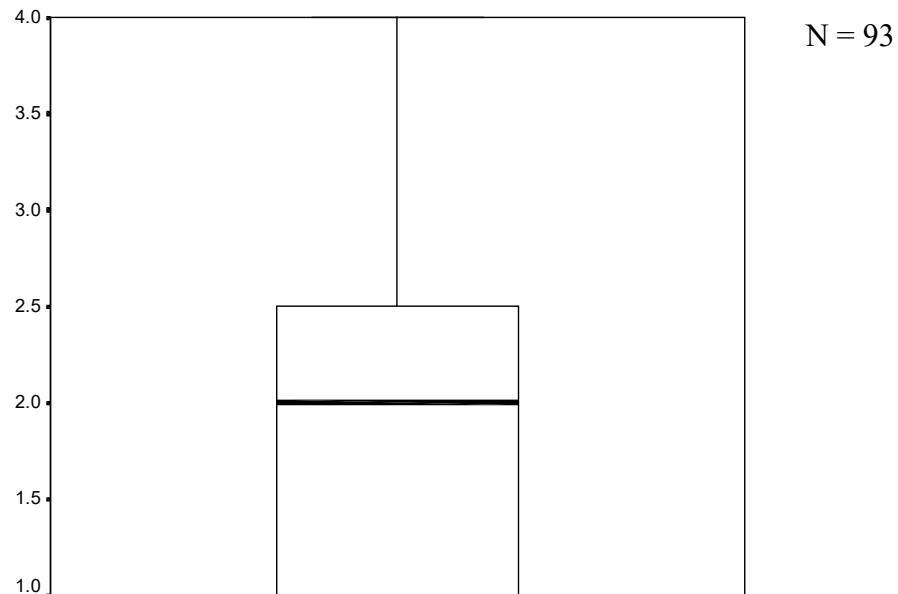


Abbildung 11-6: Boxplot zur pflegekindlichen Belastung durch Besuchskontakte

### 11.3.1.3 Aktuelle Familienbeziehungen

#### 11.3.1.3.1 Familienbeziehungen

Auf die Frage B18: „Kommt \_\_\_\* heute mit beiden Pflegeeltern gleich gut aus?“ antworten 79.6 % der Pflegeeltern (die nicht alleinerziehend sind) mit ja. In 15 % der Fälle kommt das Pflegekind mit der Pflegemutter und in 5.4 % der Fälle mit dem Pflegevater besser aus.

In Tabelle 11-23 wird zusammengetragen, mit wem das Pflegekind in der Pflegefamilie die meisten Probleme hat (B19) und mit wem es sich am besten versteht (B20).

Tabelle 11-23: Aktuelle Familienbeziehungen

			Pflege- mutter	Pflege- vater	anderes Kind	wechselnd	keinem
B19	Mit wem hat ___* in Ihrer Familie die meisten Probleme?	N in %	13 7.6	13 7.6	33 19.4	23 13.5	88 51.8
B20	Mit wem versteht sich ___* am besten in der Pflegefamilie?	N in %	81 47.6	12 7.1	17 10.0	56 32.9	4 2.4

Der Befund, dass sich fast die Hälfte der Pflegekinder mit den Pflegemüttern am besten versteht, spiegelt eventuell die Bedeutung der Pflegemutter als stabile Bezugsperson wider (vgl. 6.4.5).

### 11.3.1.3.2 Eigene-Kinder-Pflegekind-Beziehungen

Das Item B21: „Zwischen meinen Kindern (bzw. meinem Kind) und \_\_\_\* erlebe ich viel Eifersucht“ und das Item B 22: „Meine Kinder (bzw. mein Kind) und \_\_\_\* streiten sich oft“ stellen eine Skala zu Schwierigkeiten zwischen den Kindern dar ( $\alpha = .7788$ ).

Durchschnittlich erreicht ein Pflegekind einen Wert von 1.97 auf einer Skala von 1 bis 4. Wie durch den Boxplot (Abb. 11-7) gezeigt wird, gibt es in der Hälfte der Pflegefamilien mit eigenen Kindern keine oder keine besonderen Schwierigkeiten zwischen dem Pflegekind und eigenen Kindern.

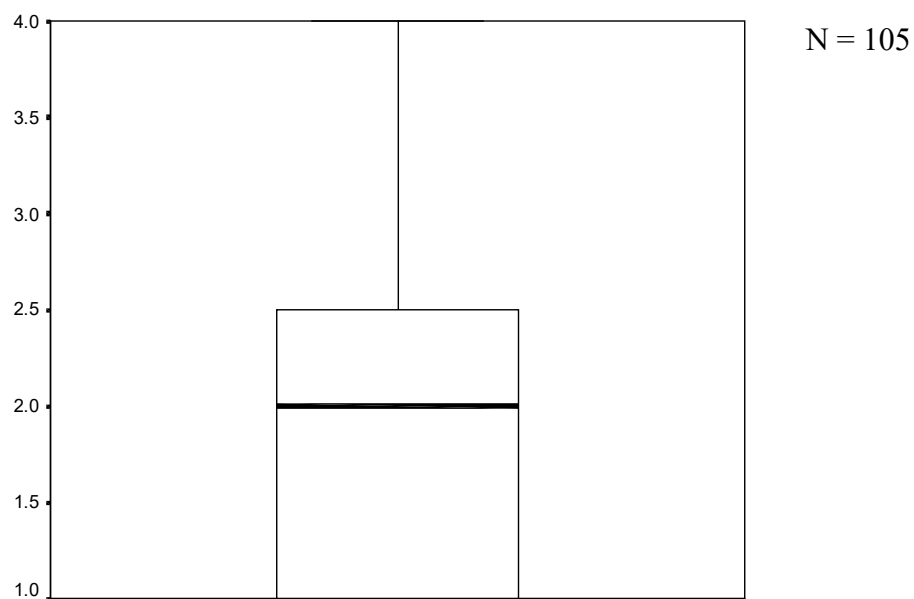


Abbildung 11-7: Boxplot zu Schwierigkeiten zwischen den Kindern

## 11.3.2 Belastung der Pflegemutter/des Pflegevaters

Zu den Belastungsbereichen der Pflegemutter/des Pflegevaters zählen erstens Bereiche, die direkt mit der Pflegebeziehung und mit der Interaktion zwischen Pflegemutter/-vater und Pflegekind zusammenhängen: die (ungenügende) Gewöhnung an die Pflegebeziehung, die Belastung durch pflegekindliche Verhaltensauffälligkeiten und die Belastung in der Rolle als Pflegemutter/-vater. Zweitens wird auf die zeitliche Belastung und die Paarbebelastung eingegangen. Zudem wird drittens die pflegeelterliche Belastung durch die Beziehung des Pflege-

Kindes zur Herkunftsfamilie sowie durch Einmischen aussenstehender Personen erfasst. Zur Beschreibung der pflegeelterlichen Belastung wird der 1. Datensatz (232 Pflegeeltern) verwendet.

### 11.3.2.1 Gewöhnung an das Pflegeverhältnis

Die Kreuztabellen veranschaulichen den Verlauf der pflegeelterlichen Gewöhnung (Tab. 11-22) bzw. die Belastungsentwicklung (Tab. 11-23):

Tabelle 11-24: Vorbelastung bezüglich Gewöhnung

		B24: Ich habe mich inzwischen sehr gut an die Pflegebeziehung gewöhnt (t <sub>2</sub> )		Total
		trifft (eher) zu	trifft (eher) nicht zu	
B23: Vor der Inpflegenahme fragte ich mich oft, ob ich meiner neuen Rolle gewachsen sein werde (t <sub>1</sub> )	trifft (eher) zu	93	2	95
	trifft (eher) nicht zu	125	7	132
Total		218	9	227

Neun Pflegeeltern denken, dass sie sich nicht gut an die Pflegebeziehung gewöhnt haben. Davon hatten zwei vor der Inpflegenahme bereits Befürchtungen, dass sie ihrer Rolle als Pflegemutter/Pflegevater nicht gewachsen sein werden. Insgesamt befürchteten 95 Personen ihrer Rolle nicht gewachsen zu sein. 93 davon glauben sich inzwischen gut an die Pflegebeziehung gewöhnt zu haben.<sup>42</sup>

Tabelle 11-25: Anfangsbelastung bezüglich gegenwärtiger Belastung

		B26: Gegenwärtig fühle ich mich durch die Pflegebeziehung stark belastet (t <sub>2</sub> )		Total
		trifft (eher) zu	trifft (eher) nicht zu	
B25: In der ersten Zeit nach der Inpflegenahme von ___★ fühle ich mich stark belastet (t <sub>1</sub> )	trifft (eher) zu	37	70	107
	trifft (eher) nicht zu	23	95	118
Total		60	165	225

Von den 60 Pflegeeltern, die sich gegenwärtig belastet fühlen, hatten sich 37 bereits zu Beginn des Pflegeverhältnisses belastet gefühlt, bei 23 entwickelte sich die Belastung hingegen erst im Verlauf des Pflegeverhältnisses. Es liegt ein signifikanter Zusammenhang zwischen Anfangs- und gegenwärtiger Belastung vor ( $\chi^2 = 6.532$ ,  $df = 1$ ;  $p < .008$ ).

<sup>42</sup> Da eine Zellenhäufigkeit erwartet wird, die kleiner als fünf ist, ist die Berechnung eines Chi-Quadrats nicht zulässig. Der Fisher's Exact Test zeigt keine Signifikanz.

Die Items B23 und B25 messen Vor- und Anfangsbelastung, die Items B24 und B26 gegenwärtige Belastung und Gewöhnung. Diese vier Items werden im weiteren als Einzelitems verwendet und repräsentieren den zeitlichen Belastungsverlauf. Pflegeeltern, die sich in der ersten Zeit nach der Inpflegenahme stark belastet fühlten, fragten sich tendenziell bereits vor der Inpflegegabe oft, ob sie ihrer neuen Rolle gewachsen sein werden ( $r = .283, p < .001$ ), und fühlen sich auch gegenwärtig eher belastet ( $r = .228, p < .001$ ). Anfangsbelastete Pflegeeltern haben sich weniger gut an die Pflegeelternschaft gewöhnt ( $r = .166, p < .013$ ). Pflegeeltern, die sich nicht gut an die Pflegeelternschaft gewöhnt haben, sind auch gegenwärtig belasteter ( $r = .218, p < .001$ ).

### 11.3.2.2 *Belastung der Pflegeeltern durch Verhaltensauffälligkeiten des Pflegekindes*

Die Kreuztabelle 11-26 zeigt den Verlauf der Gewöhnung der Pflegeeltern von Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten:

Tabelle 11-26: Gewöhnung an pflegekindliche Verhaltensauffälligkeiten

	B28: Das Verhalten von ___* bereitet mir gegenwärtig grosse Sorgen ( $t_2$ )		Total
	trifft (eher) zu	trifft (eher) nicht zu	
B27: Die Verhaltensschwierigkeiten von ___* erlebte ich anfangs als grosse Belastung ( $t_1$ )	trifft (eher) zu	21	68
	trifft (eher) nicht zu	27	48
Total	74	42	116

27 der 48 Personen, welche die pflegekindlichen Verhaltensauffälligkeiten anfangs nicht belastend erlebten, machen sich gegenwärtig Sorgen wegen des Verhaltens der Pflegekinder. Insgesamt sorgen sich gegenwärtig 74 Pflegeeltern wegen des pflegekindlichen Verhaltens. Es liegt kein signifikanter Zusammenhang zwischen der anfänglichen und gegenwärtigen Belastung durch Verhaltensauffälligkeiten vor.

Die Fragen B27 und B28 sowie die Frage B29: „Ich mache mir oft Gedanken über die Gründe der Verhaltensprobleme von \_\_\_\*“ wurden nur von Pflegeeltern beantwortet, deren Pflegekinder mindestens ein Problem (vgl. Items B6 bis B12, S. 217) bis heute deutlich oder stark ausgeprägt haben. Die Items B28 und B29 bilden eine Skala zum (gegenwärtigen) Umgang mit Verhaltensproblemen des Pflegekindes ( $\alpha = .6481$ ).

Die Pflegeeltern erhalten einen durchschnittlichen Wert von 3.03 (Skala: 1 bis 4) für die Belastung durch deviantes Verhalten des Pflegekindes. Etwa die Hälfte der Pflegeeltern von

Pflegekindern, die sich deviant verhalten, fühlt sich durch das Verhalten des Pflegekindes stark belastet (vgl. Abb. 11-8).

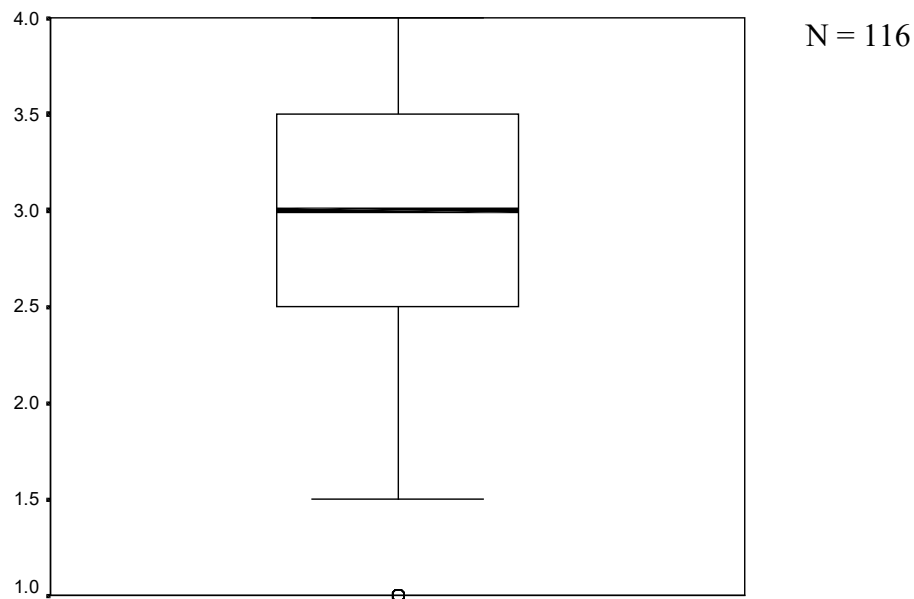


Abbildung 11-8: Boxplot zur Belastung durch Verhaltensprobleme des Pflegekindes

### 11.3.2.3 Belastung in der Rolle als Pflegemutter/Pflegevater

Wenn die Items zur Rollenbelastung (vgl. Tab. 11-27) faktoranalysiert werden, lässt sich ein Faktor mit einem eins übersteigenden Eigenwert extrahieren. Der Faktor hat einen Eigenwert von 3.248 und eine Varianzaufklärung von 65 %. Die Reliabilitätsanalyse ergibt ein Alpha von .8571 (wenn das Item B34 eliminiert würde, würde Alpha auf .8630 steigen).

Tabelle 11-27: Skala Rollenbelastung (Faktor)

Item		Faktorladung	Trennschärfenoeffizient
B30	Durch Erziehungsschwierigkeiten mit ___* fühle ich mich manchmal überfordert.	.899	.8081
B31	Manchmal fühle ich mich in meiner Rolle als Pflegemutter/Pflegevater überfordert.	.845	.7311
B32	Manchmal habe ich den Eindruck, dass ___* ein besonders „schwieriges“ Kind ist.	.793	.6615
B33	Manchmal befürchte ich, dass mir die Probleme über den Kopf wachsen.	.785	.6419
B34	Ich habe manchmal das Gefühl, dass ___* Dinge mit Absicht tut, um mich zu provozieren.	.695	.5540

Wenn alle Items beantwortet wurden, wurde ein Skalenmittelwert berechnet. Der Mittelwert der Rollenbelastung liegt auf einer Skala von 1 bis 4 durchschnittlich bei 1.84. Der grössere

Teil aller Pflegeeltern fühlt sich in der Rolle als Pflegemutter bzw. Pflegevater kaum belastet (vgl. Abb. 11-9).

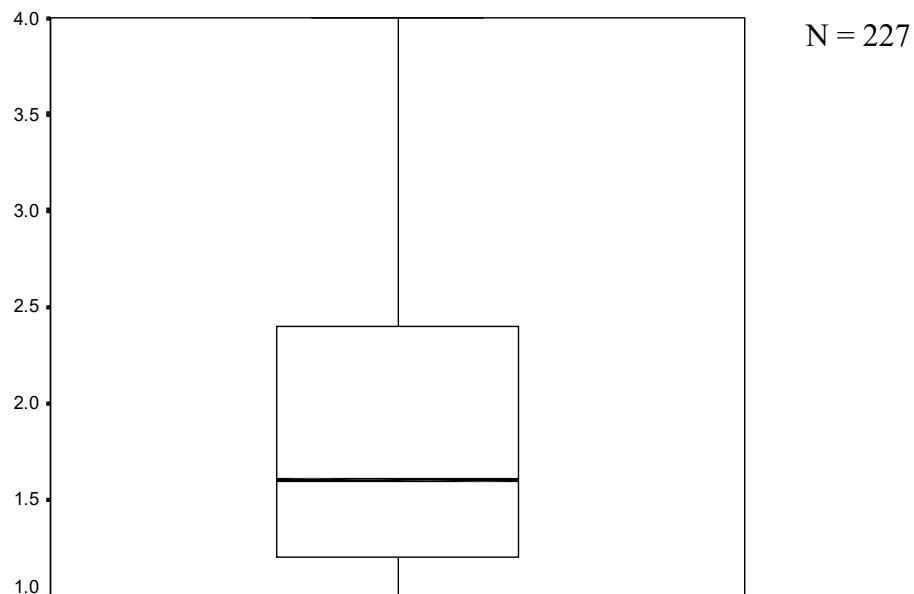


Abbildung 11-9: Boxplot zur Rollenbelastung

### 11.3.2.4 Zeitbelastung

Um die zeitliche Belastung der Pflegemütter und -väter zu erfassen, wurden je zwei Items zum Gefühl, zu wenig Zeit zu haben, zu Aussenkontakten und dem Wunsch, mehr Zeit ohne die Familie und/oder mit dem Partner bzw. der Partnerin zu verbringen, konstruiert. Wenn die gesamte Itemgruppe faktoranalysiert wird, finden sich aber nur zwei Faktoren, deren Eigenwert eins übersteigt.

Tabelle 11-28: Hauptkomponentenanalyse der Items zur zeitlichen Belastung

Hauptkomponente	Eigenwert	Varianz	kumulierte Varianz
1	3.082	51.4 %	51.4 %
2	1.176	19.6 %	71 %



Bei einer varimaxrotierten Hauptkomponentenanalyse<sup>43</sup> verteilen sich die Items folgendermassen auf die zwei Faktoren. In der Tabelle 11-29 werden Ladungen, die kleiner als .330 sind, nicht wiedergegeben:

Tabelle 11-29: Skalen zur zeitlichen Belastung (Faktoren)

Item		1. Komponente		2. Komponente	
		Ladung	Trennschärfen- koeffizient	Ladung	Trennschärfen- koeffizient
B35	Es gibt Tätigkeiten, die mir wichtig sind, für die ich aber kaum noch Zeit finde, seit ich Pflegemutter/Pflegevater bin.	.845	.6741		
B36	Manchmal denke ich, dass ich durch ___* so sehr beansprucht werde, dass ich fast keine Zeit mehr für mich selbst habe.	.843	.5976		
B37	Seit der Aufnahme von ___* habe ich eher weniger Kontakte ausserhalb der Familie.	.701	.5943		
B38	Ich wünsche mir eher mehr Aussenkontakte.	.617	.5459	.376	
B39	Ich würde gerne mehr ohne die Familie oder nur mit meinem Partner/meiner Partnerin unternehmen.			.907	.7542
B40	Ich würde gerne mehr Zeit mit meinem Partner/meiner Partnerin verbringen.			.905	.7542

Die erste Komponente (B35, B36, B37 und B38) bildet einen Faktor, der die zeitliche Belastung veranschaulicht, indem der Wunsch nach Zeit für Tätigkeiten, die einem wichtig sind (Zeit für sich selbst, Zeit für Aussenkontakte), geäussert wird. Die zweite Komponente (B39 und B40) bezieht sich auf den Wunsch, mehr Zeit mit dem Partner/der Partnerin zu haben (oder ohne die Familie etwas zu unternehmen). Die beiden Skalen messen somit erstens zu wenig Zeit für Tätigkeiten und zweitens zu wenig Zeit mit dem Partner/der Partnerin. Die erste Skala zur zeitlichen Belastung hat eine Reliabilität von  $\alpha = .7916$ , die 2. von  $\alpha = .8598$ .

Ein Skalenmittelwert wurde jeweils nur berechnet, wenn alle Items beantwortet wurden. Er liegt für „zu wenig Zeit für Tätigkeiten“ durchschnittlich bei 1.74 und für „zu wenig Zeit mit dem Partner/der Partnerin“ bei 2.35 (Skala jeweils von 1 bis 4). Die zeitliche Belastung, die durch das Gefühl, zu wenig Zeit zu haben, entsteht, liegt für die Hälfte aller Pflegeeltern im unteren Bereich, hingegen zeigt sich eine mittlere Belastung für einen grossen Teil der Pflegeeltern durch das Gefühl, zu wenig Zeit für den Partner bzw. die Partnerin zu haben (vgl. Abb. 11-10 und 11-11).

<sup>43</sup> Bei einer Varimaxrotation werden die ermittelten Faktoren nach dem „Varimax-Kriterium“ rotiert, mit dem Ziel, eine möglichst gute Einfachstruktur zu erhalten, das heisst, die Items sollen möglichst nur auf einem einzigen Faktor laden.

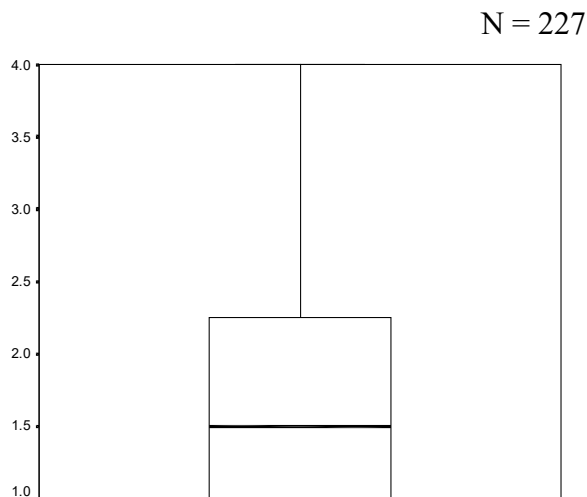


Abbildung 11-10: Boxplot zur zeitlichen Belastung 1 (zu wenig Zeit für Tätigkeiten)

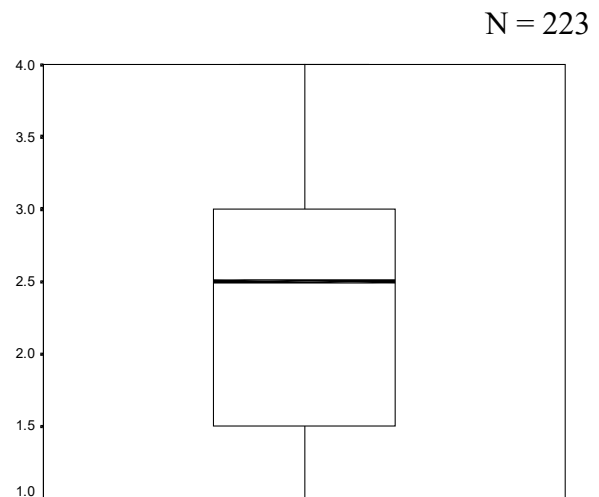


Abbildung 11-11: Boxplot zeitlichen Belastung 2 (zu wenig Zeit mit dem Partner/der Partnerin)

### 11.3.2.5 Paarbebelastung

Tabelle 11-30: Item zur Paarbebelastung

			trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
B41	Ich glaube, dass die Inpflegenahme manchmal auch die Beziehung zu meinem Partner/meiner Partnerin belastet.	N in %	19 8.4	47 29.3	61 27.1	98 43.6

Die Frage B41 wurde allen Pflegeeltern gestellt, auch jenen, die nicht mit einem Partner bzw. einer Partnerin zusammenleben (vgl. Tab. 11-30. Sieben Personen haben die Frage nicht beantwortet). 37.7 % aller Pflegeeltern glauben, dass die Pflegebeziehung die Beziehung zum Partner/der Partnerin tendenziell belastet.

### 11.3.2.6 Belastung der Pflegemutter/des Pflegevaters durch die Beziehung des Pflegekindes zur Herkunftsfamilie

#### 11.3.2.6.1 Belastung durch das Thema Herkunftsfamilie

Tabelle 11-31: Items zur Thematisierung der Herkunftsfamilie durch die Pflegeeltern

			trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
B42	Ich spreche das Thema „Herkunftsfamilie“ oft an.	N in %	37 16.4	65 28.8	72 31.9	52 23.0
B43	Es fällt mir nicht leicht, mit ___* über ihre/seine Herkunftsfamilie zu sprechen.	N in %	18 7.9	23 10.1	49 21.6	137 60.4

10.9 % der Pflegeeltern, die das Thema Herkunftsfamilie (eher) oft ansprechen, und 24.2 % der Pflegeeltern, die dieses Thema (eher) nicht oft ansprechen, fällt es (eher) nicht leicht, mit dem Pflegekind über die Herkunftsfamilie zu reden (vgl. Tab. 11-31). Die Items B42 und B43 werden im weiteren als Einzelitem verwendet ( $r = -.154$ ,  $p < .021$ ).

#### 11.3.2.6.2 Belastung durch Besuchskontakte

Tabelle 11-32: Item zur pflegeelterlichen Belastung durch Besuchskontakte des Pflegekindes

			trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
B44	Ich selber erlebe diese Kontakte als belastend.	N in %	23 17.3	35 26.3	34 25.6	41 30.8

In 61 Fällen handelt es sich um Wochenpflege und in 33 Pflegeverhältnissen finden keine laufenden Kontakte statt. Diese beiden Personengruppen haben die Frage B44 daher nicht beantwortet. 43.6 % der Dauerpflegeeltern mit Besuchskontakten erleben die Besuchskontakte (eher) als Belastung (vgl. Tab. 11-32).

Dauerpflegeeltern, deren Pflegekinder zurzeit keinen Kontakt zur Herkunftsfamilie haben, wurden gefragt, ob sie einverstanden wären, wenn das Pflegekind (wieder) Besuchskontakte zu seiner Herkunftsfamilie aufnehmen würde. 63.6 % wären damit einverstanden, 36.4 % nicht.

### 11.3.2.7 Einmischen

Die Items B45: „Manchmal habe ich das Gefühl, dass ich mit guten Ratschlägen überhäuft werde“ und B46: „Manchmal habe ich das Gefühl, dass Leute versuchen sich einzumischen“ bilden eine Skala ( $\alpha = .5559$ ).

Durchschnittlich wurde ein Belastungswert von 1.66 (Skala: 1 bis 4) erzielt. Nur einzelne Pflegeeltern erfahren eine mittlere oder hohe Belastung dadurch, dass sich andere einzumischen versuchen (vgl. Abb. 11-12).

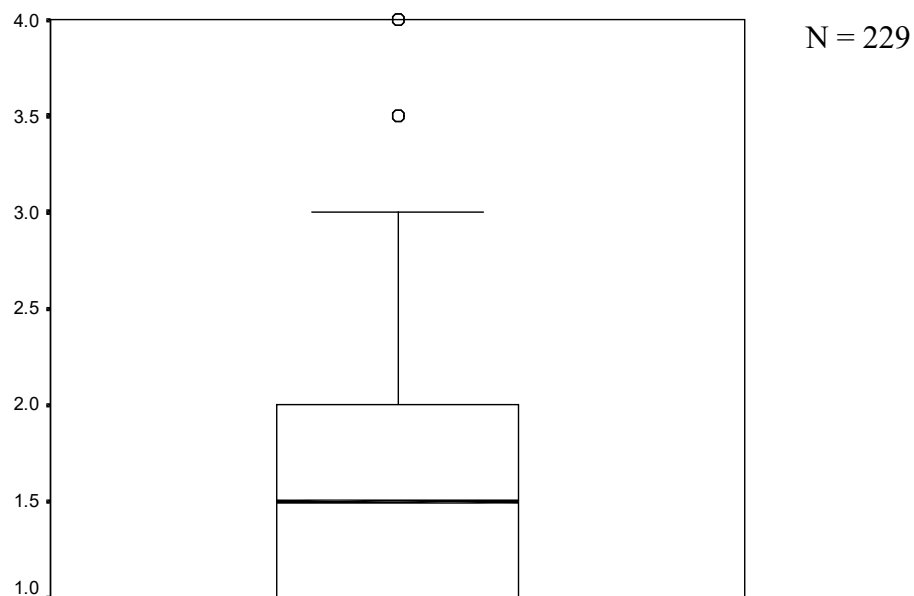


Abbildung 11-12: Boxplot zum Einmischen

### 11.3.3 Zusammenhangsbeschreibungen

Im Folgenden werden zuerst einige Zusammenhänge der Problembereiche des Pflegekindes (anhand des 2. Datensatzes) und der pflegeelterlichen Belastungsfaktoren (anhand des 1. Datensatzes) einzeln beschrieben. Insbesondere wird auf Unterschiede in der Belastungsbeurteilung zwischen Pflegemüttern und Pflegevätern von Paaren (3. Datensatz) eingegangen. Diesbezüglich ist Resultaten von *Kötter* (1997, 176) zufolge zu erwarten, dass sich Pflegemütter insgesamt belasteter fühlen. Danach wird auf die pflegeelterliche Belastung in Abhängigkeit von der pflegekindlichen Belastung eingegangen (1. Datensatz). Ausser für die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen der pflegeelterlichen und pflegekindlichen Belastung, zu welcher in der Untersuchungsanordnung einzelne sich entsprechende Items formuliert wurden,

und der Prüfung der Belastungsbeurteilung zwischen Pflegemüttern und -vätern, hinsichtlich der in der genannten Studie zu erwartenden Befunde, wurde dabei explorativ vorgegangen.

### ***11.3.3.1 Zusammenhänge von einzelnen Problembereichen des Pflegekindes***

Pflegekinder, die mit jemandem in ihrer Herkunftsfamilie besondere Schwierigkeiten haben oder hatten, haben insgesamt auch mehr und/oder ausgeprägtere Probleme ( $r = .319$ ,  $p < .001$ ). Ebenso haben Pflegekinder, die Loyalitätskonflikte erleben, mehr respektive ausgeprägtere Probleme ( $r = .315$ ,  $p < .001$ ). Besuchskontakte werden vor allem von Pflegekindern, die mit niemandem in ihrer Herkunftsfamilie besondere Schwierigkeiten haben bzw. hatten, unbelastend erlebt ( $r = .368$ ,  $p < .001$ ). Die Kinder, welche die Besuchskontakte positiv erleben, sprechen öfter von ihrer Herkunftsfamilie ( $r = .230$ ,  $p < .029$ ). Wenn das Pflegekind viele Probleme hat ( $r = .412$ ,  $p < .001$ ), oft von seiner Herkunftsfamilie spricht ( $r = .408$ ,  $p < .001$ ), Loyalitätskonflikte erlebt ( $r = .328$ ,  $p < .001$ ) oder mit jemandem in der Herkunftsfamilie besondere Schwierigkeiten hat oder hatte ( $r = .199$ ,  $p < .042$ ), dann sind zwischen Pflegekind und eigenen Kindern eher Schwierigkeiten (Streit und Eifersucht) vorhanden.

Pflegekinder mit wenig und/oder wenig ausgeprägten Problemen konnten sich schnell an die neuen Bezugspersonen und die neue Umgebung anpassen ( $r = .403$ ,  $p < .001$ ) und sind gegenwärtig besser angepasst ( $r = .247$ ,  $p < .005$ ). Besser angepasste Pflegekinder erleben weniger Loyalitätskonflikte ( $r = .267$ ,  $p < .002$ ). Zwischen Pflegekindern, die zu Beginn des Pflegeverhältnisses Anpassungsprobleme zeigten, und eigenen Kindern bestehen öfters Schwierigkeiten ( $r = .258$ ,  $p < .016$ ).

### ***11.3.3.2 Zusammenhänge von einzelnen Belastungsfaktoren der Pflegeeltern***

Pflegeeltern, die sich zurzeit durch die Pflegebeziehung belastet fühlen, werden gegenwärtig, falls das Pflegekind Verhaltensschwierigkeiten zeigt, auch durch diese belastet ( $r = .571$ ,  $p < .001$ ). Anfangsbelastete Pflegeeltern erlebten Verhaltensschwierigkeiten des Pflegekindes am Anfang als grosse Belastung ( $r = .434$ ,  $p < .001$ ). Die anfängliche Belastung durch Verhaltensschwierigkeiten korreliert auf dem 5%-Niveau auch mit der Stärke der Vor- und gegenwärtigen Belastung. Pflegeeltern, die gegenwärtig ( $r = .549$ ,  $p < .001$ ) bzw. früher ( $r = .291$ ,  $p < .002$ ) durch die Verhaltensschwierigkeiten des Kindes belastet sind bzw. waren, fühlen sich auch in ihrer Rolle belastet.

Die Anfangs- und gegenwärtige Belastung der Pflegeeltern hängt neben der Belastung durch deviantes Verhalten auch mit ihrer Rollenbelastung, der zeitlichen Belastung, der Belastung

der Paarbeziehung und mit der Belastung durch Besuchskontakte des Pflegekindes in der Herkunftsfamilie – falls welche stattfinden – zusammen. Ausser für die zweite Komponente der Zeitbelastung „zu wenig Zeit mit dem Partner/der Partnerin“ ( $p < .004$  bzw.  $p < .029$ ) und für die Belastung durch Besuchskontakte ( $p < .045$  bzw.  $p < .004$ ) sind alle Zusammenhänge sehr hoch signifikant ( $r = .268 - .666$ ,  $p < .001$ ). Pflegeeltern, die sich gegenwärtig belastet fühlen ( $r = .154$ ,  $p < .022$ ), wie auch die vorbelasteten ( $r = .144$ ,  $p < .031$ ), sprechen zudem das Thema „Herkunftsfamilie“ öfters an.

Personen, die sich in ihrer Rolle als Pflegemutter oder Pflegevater belastet fühlen, fühlen sich auch zeitlich belastet (zu wenig Zeit für Tätigkeiten:  $r = .391$ ,  $p < .001$  bzw. zu wenig Zeit mit dem Partner/der Partnerin:  $r = .229$ ,  $p < .001$ ) und denken, dass auch ihre Paarbeziehung belastet wird ( $r = .441$ ,  $p < .001$ ). Zudem sprechen diese Pflegeeltern das Thema Herkunftsfamilie öfters an ( $r = .147$ ,  $p < .028$ ) und werden durch Besuchskontakte häufiger belastet ( $r = .351$ ,  $p < .001$ ). Pflegeeltern, deren Paarbeziehung belastet wird, fühlen sich auch zeitlich belastet (zu wenig Zeit für Tätigkeiten:  $r = .357$ ,  $p < .001$  bzw. zu wenig Zeit mit dem Partner/der Partnerin:  $r = .306$ ,  $p < .001$ ). Pflegeeltern, die zu wenig Zeit für Tätigkeiten haben, die ihnen wichtig sind, fühlen sich auch durch Besuchskontakte belastet ( $r = .296$ ,  $p < .001$ ) und es fällt ihnen zudem nicht leicht, über die Herkunftsfamilie zu sprechen ( $r = .180$ ,  $p < .007$ ). Pflegeeltern, die zu wenig Zeit für Tätigkeiten haben ( $r = .140$ ,  $p < .035$ ), sich in ihrer Rolle ( $r = .152$ ,  $p < .022$ ) und/oder durch Besuchskontakte ( $r = .215$ ,  $p < .013$ ) belastet fühlen, erleben es häufiger, dass Personen versuchen sich einzumischen.

### ***11.3.3.3 Unterschiede in der Belastungswahrnehmung zwischen Pflegemutter und Pflegevater***

Werden die Pflegemütter und Pflegeväter der 62 Paare (3. Datensatz) miteinander in Bezug auf die Belastungswahrnehmung (Belastung vor und zu Beginn des Pflegeverhältnisses, gegenwärtige Belastung und Gewöhnung, Paarbelastung, Belastung durch Besuchskontakte und das Thema Herkunftsfamilie, Belastung durch Verhaltensprobleme, Rollenbelastung und zeitliche Belastung sowie Erleben von Einmischen) verglichen, so zeigen sich auf dem 5%-Niveau nur im Umgang mit Verhaltensproblemen und in der Häufigkeit des Ansprechens des Themas Herkunftsfamilie Unterschiede zwischen den Geschlechtern:

- Pflegemütter von Pflegekindern mit Verhaltensproblemen fühlen sich durch die Probleme belasteter als die Pflegeväter dieser Kinder ( $df = 1$ ;  $F = 6.320$ ,  $p < .014$ ).
- Pflegemütter sprechen das Thema Herkunftsfamilie öfters bzw. (eher) oft an ( $\chi^2 = 3.958$ ,  $df = 1$ ;  $p < .035$ ).

#### ***11.3.3.4 Pflegeelterliche Belastungen in Abhängigkeit von der pflegekindlichen Belastung***

Es wurde angenommen, dass zwischen pflegekindlichen und entsprechenden pflegeelterlichen Belastungsfaktoren Zusammenhänge bestehen, und es zeigten sich diesbezüglich für nahezu alle untersuchten „Variablenpaare“ signifikante Zusammenhänge: Pflegekinder, die gut mit dem Wechsel ihrer Bezugspersonen und ihrer Umgebung zurechtkommen, haben auch Pflegeeltern, die berichten, dass sie sich gut an die Pflegebeziehung gewöhnt haben ( $r = .298$ ,  $p < .001$ ). Wenn Besuchskontakte für das Pflegekind wertvoll sind, werden diese von den Pflegeeltern nicht als Belastung wahrgenommen ( $r = .507$ ,  $p < .001$ ). Die Pflegeeltern von Pflegekindern, die viele und/oder ausgeprägte Probleme haben, fühlen sich sowohl in ihrer Rolle als Pflegeeltern ( $r = .629$ ,  $p < .001$ ) als auch zeitlich (zu wenig Zeit für Tätigkeiten:  $r = .290$ ,  $p < .001$  bzw. zu wenig Zeit mit dem Partner/der Partnerin:  $r = .241$ ,  $p < .001$ ) stärker belastet. Zudem denken diese Pflegeeltern eher, dass die Inpflegung manchmal auch die Beziehung zu ihrem Partner/ihrer Partnerin belastet ( $r = .284$ ,  $p < .001$ ). Wenn die Summe der aktuellen Probleme des Pflegekindes niedrig ist, dann stimmen die Pflegeeltern den Aussagen, dass sie sich gegenwärtig ( $r = .497$ ,  $p < .001$ ) und in der ersten Zeit nach der Inpflegung ( $r = .278$ ,  $p < .001$ ) stark belastet fühlen bzw. fühlten, eher nicht zu. Für Pflegeeltern, die bei ihren Pflegekindern mindestens ein Problem deutlich oder stark ausgeprägt beobachten, liegen Beurteilungen dazu vor, wie sie die Verhaltensprobleme erleben. Wiederum zeigt sich, dass die Pflegeeltern belasteter sind, wenn das Pflegekind mehrere oder ausgeprägtere Probleme hat ( $r = .517$ ,  $p < .001$ ). Die Pflegeeltern erlebten die Verhaltensschwierigkeiten in diesem Falle auch früher belastender ( $r = .374$ ,  $p < .001$ ).

Die Pflegeeltern, die das Thema Herkunftsfamilie öfter ansprechen, sind Pflegeeltern von Pflegekindern, die öfter von ihrer Herkunftsfamilie sprechen ( $r = .607$ ,  $p < .001$ ) und eher Loyalitätskonflikte ( $r = .241$ ,  $p < .001$ ) erleben. Die Pflegeeltern von Pflegekindern, welche zwischen der Herkunfts- und der Pflegefamilie hin- und hergerissen sind, fühlen sich in ihrer Rolle ( $r = .294$ ,  $p < .001$ ) belasteter und haben weniger Zeit für Tätigkeiten, die ihnen wichtig sind ( $r = .149$ ,  $p < .026$ ). Ebenso wird ihre Paarbeziehung eher belastet ( $r = .180$ ,  $p < .007$ ).

Pflegeeltern, deren Pflegekinder früher Mühe hatten, sich an die neuen Bezugspersonen und die neue Umgebung anzupassen ( $r = .272$ ,  $p < .001$ ), und zum Untersuchungszeitpunkt Anpassungsschwierigkeiten hatten ( $r = .255$ ,  $p < .001$ ), fühlen sich in ihrer Rolle belasteter. Pflegeeltern von Pflegekindern mit gegenwärtigen Anpassungsschwierigkeiten sind zudem zeitlich belasteter (zu wenig Zeit für Tätigkeiten:  $r = .300$ ,  $p < .001$  bzw. zu wenig Zeit mit dem Partner/der Partnerin:  $r = .167$ ,  $p < .024$ ) und ihre Paarbeziehung ist belasteter ( $r = .181$ ,  $p < .013$ ). Wenn das Pflegekind mit der Anpassung an die neuen Bezugspersonen und die Umgebung früher Mühe hatte, kommt es darüber hinaus häufiger vor, dass Personen versuchen sich einzumischen ( $r = .207$ ,  $p < .018$ ).

In Pflegefamilien, in welchen es zwischen dem Pflegekind und eigenen Kindern Schwierigkeiten (Eifersucht und Streit) gibt, sind bzw. waren die Pflegeeltern öfters im Voraus ( $r = .161$ ,  $p < .050$ ) und anfangs belastet ( $r = .296$ ,  $p < .001$ ) sowie gegenwärtig ( $r = .316$ ,  $p < .001$ ) belastet und haben sich nicht gut an die Pflegebeziehung gewöhnt ( $r = .208$ ,  $p < .001$ ). Pflegeeltern von Kindern mit Schwierigkeiten untereinander hatten vor allem anfangs mit Verhaltensproblemen des Pflegekindes Mühe ( $r = .378$ ,  $p < .001$ ) und denken eher, dass ihre Paarbeziehung belastet wird ( $r = .291$ ,  $p < .001$ ). Sie fühlen sich in ihrer Rolle ( $r = .502$ ,  $p < .001$ ) und zeitlich („zu wenig Zeit für Tätigkeiten“:  $r = .234$ ,  $p < .004$  bzw. „zu wenig Zeit mit dem Partner/der Partnerin“:  $r = .244$ ,  $p < .003$ ) ebenfalls belasteter. Zudem sprechen diese Pflegeeltern das Thema Herkunftsfamilie öfters an ( $r = .334$ ,  $p < .001$ ).

Zusätzlich wurde überprüft, ob im Sinne einer Problemübertragung das Pflegekind, falls es mit einem Elternteil in der Herkunftsfamilie besondere Schwierigkeiten hat oder hatte, heute mit dem gleichgeschlechtlichen Pflegeelternanteil ebenfalls Probleme hat. Diese Hypothese wurde falsifiziert. Die Tabelle 11-33 gibt einen entsprechenden Überblick.

Tabelle 11-33: „Übertragung“ der Problemlage von der Herkunftsfamilie auf die Pflegefamilie

		(B15:) Schwierigkeiten mit ...				Total
		Herkunfts- mutter	Herkunfts- vater	jemand anderem/ mehreren Personen	niemandem	
(B19:) Probleme mit ...	Pflegemutter	3	-	3	7	13
	Pflegevater	2	-	1	10	13
	einem Kind	3	7	5	18	33
	wechselnd	3	3	2	15	23
	mit keinem	12	6	5	65	88
Total		23	16	16	115	170



### 11.3.4 Zusammenfassung zum Verhältnis unterschiedlicher Belastungsbereiche

Im Grossen und Ganzen stehen die betrachteten Pflegekinder zurzeit nicht übermässig vielen Problemen gegenüber, für viele Pflegekinder wurden keine Probleme berichtet und nur sechs Pflegekinder zeigen mehr Probleme, seit sie in Pflege gegeben wurden. Die Tabellen 11-34 und 11-35 geben eine Übersicht zu den pflegekindlichen und den pflegeelterlichen Belastungsskalen:

Tabelle 11-34: Übersicht der pflegekindlichen Anpassungs- und Belastungsskalen

Skala	Anzahl Items	Antwortspektrum	Anzahl Fälle ( $N_{\max} = 170$ )	Mittelwert	Streuung	Interne Konsistenz: Cronbachs $\alpha$	
S3	Anpassung $t_1$ („früher“)	2	1 – 4	132	3.04	.90	.8139
S4	Anpassung $t_2$ („heute“)	2	1 – 4	129	3.48	.75	.8104
S5	Belastung durch Besuchskontakte	2	1 – 4	93	1.98	.86	.7501
S6	Schwierigkeiten zwischen den Kindern	2	1 – 4	150	1.97	.86	.7788

Tabelle 11-35: Übersicht der pflegeelterlichen Belastungsskalen

Skala	Anzahl Items	Antwortspektrum	Anzahl Fälle ( $N_{\max} = 232$ )	Mittelwert	Streuung	Interne Konsistenz: Cronbachs $\alpha$	
S7	Belastung durch Verhaltensprobleme des Pflegekindes	2	1 – 4	116	3.03	.86	.6481
S8	Rollenbelastung	5	1 – 4	227	1.84	.79	.8571
S9	„zu wenig Zeit für Tätigkeiten“	4	1 – 4	227	1.74	.73	.7916
S10	„zu wenig Zeit mit dem Partner/der Partnerin“	2	1 – 4	223	2.35	1.03	.8598
S11	Einmischen	2	1 – 4	229	1.66	.67	.5559

Es fällt auf, dass sich die meisten Pflegekinder eher gut an die neue Situation anpassen konnten (hohe durchschnittliche Skalenwerte). Bei den Belastungsskalen für die Pflegeeltern wird zudem ersichtlich, dass die Pflegeeltern durch Verhaltensschwierigkeiten – falls das Pflegekind welche hat – und eventuell (grosse Streuung) durch das Gefühl, zu wenig Zeit mit dem Partner/der Partnerin verbringen zu können, besonders belastet werden.

Pflegekinder mit Verhaltensproblemen konnten sich weniger schnell anpassen und sind weniger gut angepasst. Insbesondere wenn die Anpassung länger dauerte, gibt es öfters Schwierigkeiten zwischen dem Pflegekind und eigenen Kindern. In diesem Fall kommt es auch öfters vor, dass Aussenstehende versuchen sich einzumischen. Insofern ist die Aussage zur früheren

Anpassung ein geeigneter Indikator für zu erwartende oder vorhandene Schwierigkeiten. Pflegeeltern von Pflegekindern, welche sich nicht gut an die Pflegebeziehung gewöhnten, konnten sich selbst ebenfalls weniger gut an die Pflegebeziehung gewöhnen.

Pflegeeltern fühlen sich durch Verhaltensprobleme umso belasteter, je mehr und je ausgeprägter die Probleme des Pflegekindes sind. Pflegemütter erleben Verhaltensschwierigkeiten der Pflegekinder besonders belastend. Pflegeeltern von Kindern mit Verhaltensproblemen fühlen sich tendenziell in ihrer Rolle und zeitlich belastet. Zudem wird ihre Paarbeziehung belastet. Die Einschätzung der gegenwärtigen pflegeelterlichen Belastung hängt neben den genannten Belastungsaspekten auch mit der Belastung durch Besuchskontakte zusammen. Wenn das Pflegekind die Besuchskontakte als belastend erlebt, werden diese auch von den Pflegeeltern selbst so wahrgenommen. Die Pflegeeltern fühlen sich auch belastet, wenn das Pflegekind Loyalitätskonflikte erlebt, deren Vorhandensein hängt zum Beispiel wiederum mit Verhaltensproblemen und Schwierigkeiten zwischen Pflegekind und eigenen Kindern zusammen. Aufgrund einer umfassenden Reihe signifikanter Zusammenhänge, von denen an dieser Stelle nur einige zusammengefasst wurden, kann gesagt werden, dass die pflegeelterliche Belastungswahrnehmung von der pflegekindlichen Belastungserfahrung abhängig ist. Natürlich ist die Wirkrichtung nicht geklärt und es ist mit Wechselwirkungen zwischen der pflegeelterlichen und der pflegekindlichen Belastung zu rechnen. Zur Entwicklung der pflegeelterlichen Belastung kann festgehalten werden, dass vor- und anfangsbelastete Pflegeeltern tendenziell auch gegenwärtig belastet sind.

### ***11.4 Die unabhängige Variable Ressourcen***

Die unabhängige Variable Ressourcen umfasst unterschiedliche Bereiche und Aspekte, von denen angenommen wird, dass sie positiv zum Gelingen eines Pflegeverhältnisses beitragen und vermittelnd wirken, indem sie gegen Belastungen oder die Konsequenzen erschwerender Ausgangsbedingungen wirken. Die einzelnen Ressourcenbereiche lassen sich drei (system-) theoretischen Ebenen zuordnen. Diese betreffen erstens die Ebene der Person, das heisst die Pflegemutter bzw. den Pflegevater und ihre bzw. seine persönlichen Kontakte, beziehen sich zweitens auf die Ebene der Pflegefamilie und drittens auf die Ebene des sozialen Umfeldes der Pflegefamilie. Zum sozialen Umfeld werden halbprofessionelle und professionelle Kontakte der Pflegeeltern und das Verhältnis zur Herkunftsfamilie gezählt.

## 11.4.1 Ressourcenbereiche auf der Ebene der Person

Zur Beschreibung der persönlichen Ressourcen werden die Daten aller 232 Pflegeeltern (1. Datensatz) verwendet.

### 11.4.1.1 Lebensfreude

Ein Bereich zur „allgemeinen Lebensfreude“ wurde aus acht Items des State-Trait-Angstinventars STAI (Laux, 1981) konstruiert, die niedrige Ängstlichkeit abbilden sollen, und aus vier Items zur Lebenszufriedenheit aus dem Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI (Fahrenberg, 1989).

Für das von Spielberger, Gorsuch und Lushene (1970) entwickelte „State-Trait Anxiety Inventory“ liegt eine deutschsprachige Adaption vor. Im STAI werden *Angst als momentaner Zustand (State-Angst)* und *Angst als relativ überdauernde Persönlichkeits-Eigenschaft (Trait-Angst)* bzw. Ängstlichkeit unterschieden (Laux, 1981, 7). Um eine Aussage über die generelle Ängstlichkeit der Pflegeeltern teile zu erhalten, wurden acht der zwanzig Items zur Trait-Angst in den Pflegeelternfragebogen integriert. Die Trait-Angst bezieht sich *auf relativ stabile interindividuelle Differenzen in der Neigung, Situationen als bedrohlich zu bewerten* (Laux, 1981, 7). Die im STAI vorgegebenen Antwortmöglichkeiten sind „fast immer“, „oft“, „manchmal“ und „fast nie“. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung werden eher niedrig-ängstliche Personen als Personen bezeichnet, die eher hohe Lebensfreude erfahren.

Neben niedriger Ängstlichkeit sollen auch Items zur Lebenszufriedenheit aus dem FPI eine Aussage zur allgemeinen Lebensfreude machen. Das FPI erfasst verschiedene, relativ überdauernde Persönlichkeitsmerkmale mehrdimensional. Die Skala zur Lebenszufriedenheit des FPI bildet eine dieser Eigenschaftsdimensionen ab, bezüglich welcher interindividuelle Unterschiede aufgezeigt werden können. Der Bereich Lebenszufriedenheit umfasst sehr verschiedene Aspekte (vgl. Fahrenberg, 1989, 15). Für den Pflegeelternfragebogen wurden vier der zwölf Items zur Lebenszufriedenheit ausgewählt. Den Pflegeeltern wurden vier Antwortmöglichkeiten („trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“) vorgegeben, obwohl im FPI nur mit „stimmt“ und „stimmt nicht“ geantwortet werden kann. Die verwendeten Items des FPI werden in der Tabelle 11-37 *kursiv* gekennzeichnet.

Die acht Items aus dem STAI und die vier Items aus dem FPI bilden gemeinsam eine theoretische Skala Lebensfreude. Wenn die Skala faktoranalytisch wird, liegen zwei Faktoren mit

einem Eigenwert über eins vor. Da sich der erste Faktor aber vom zweiten abhebt (vgl. Tab. 11-36), soll Lebensfreude durch eine Gesamtskala abgebildet werden.

Tabelle 11-36: Hauptkomponentenanalyse der Items zur Lebensfreude

Hauptkomponente	Eigenwert	Varianz	kumulierte Varianz
1	4.515	37.6 %	37.6 %
2	1.113	9.3 %	46.9 %

Das Item R1: „Ich bin ausgeglichen“ lädt mit 0.747 am höchsten, das Item R2: „Ich bin glücklich“ lädt mit 0.706 am zweithöchsten auf dem Faktor. Es kann daher angenommen werden, dass die Skala tatsächlich so etwas wie „Freude am Leben“ misst. Der Faktor klärt 55.8 % der Varianz des Items R1 und 49.8 % der Varianz des Items R2 und mindestens über 25 % der Varianzen der restlichen Items auf (vgl. Tab. 11-37). Die Skala Lebensfreude hat die folgende Reliabilität:  $\alpha = .8425$ .

Tabelle 11-37: Skala Lebensfreude (Faktor)

Item	Faktorladung	Trennschärfenoeffizient
R1 Ich bin ausgeglichen.	.747	.6405
R2 Ich bin glücklich.	.706	.5922
R3 Ich neige dazu alles schwer zu nehmen.*	.680	.5746
R4 Ich bin vergnügt.	.657	.5588
R5 Ich bin zufrieden.	.607	.5035
R6 Mir fehlt es an Selbstvertrauen.*	.591	.4802
R7 <i>Ich bin immer guter Laune.</i>	.589	.4879
R8 <i>Oft habe ich alles gründlich satt.*</i>	.585	.4890
R9 Mir ist zum Weinen zumute.*	.573	.4858
R10 <i>Meistens blicke ich voller Zuversicht in die Zukunft.</i>	.556	.4577
R11 <i>Ich bin mit meinen gegenwärtigen Lebensbedingungen oft unzufrieden.*</i>	.518	.4547
R12 Ich werde schnell müde.*	.503	.4270

\*Diese Items sind negativ formuliert und wurden für die Auswertung umgepolt.

Die Items zur Lebensfreude wurden so codiert, dass ein hoher Punktwert (auf einer Skala von 1 bis 4) einer hohen Lebensfreude entspricht. Der durchschnittliche Mittelwert, den eine Person über die ganze Skala Lebensfreude erzielte, liegt bei 3.38. Es wurde kein Mittelwert für Personen berechnet, die weniger als zehn der zwölf Fragen beantwortet haben. Der grösste Teil der Pflegeeltern hat eine ausgeprägte Lebensfreude (vgl. Abb. 11-13).

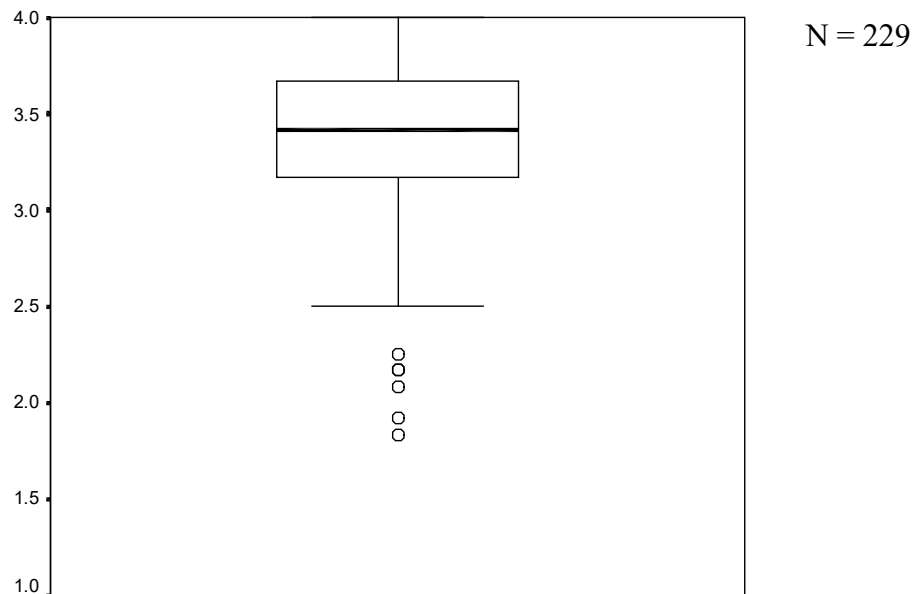


Abbildung 11-13: Boxplot zur Lebensfreude

### 11.4.1.2 Selbstwirksamkeitserwartung

Um die Selbstwirksamkeits- und Kompetenzerwartung der Pflegeeltern und ihre Kontrollmeinung zu beurteilen (vgl. 6.4.3 und 6.4.2), wurden acht der zehn Items zur generalisierten Kompetenzerwartung von *Jerusalem und Schwarzer* (1993) herangezogen. Die so gekürzte Skala wurde durch drei eigene Items ergänzt, die nach Meinung der Verfasserin des Fragebogens für Eltern bzw. Pflegeeltern spezifischere Kompetenzen erfragen. Diese Items sind in der Tabelle 11-39 *kursiv* geschrieben. Damit die Items von Jerusalem und Schwarzer unter die anderen Items des Pflegeelternfragebogens gemischt werden konnten, wurden anstelle der Antwortkategorien „stimmt genau“, „stimmt eher“, „stimmt kaum“ und „stimmt nicht“, die Antwortmöglichkeiten „trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“, wie sie sonst vorwiegend verwendet wurden, beibehalten.

Der Cronbachs-Alpha-Koeffizient liegt für die gesamte Skala Selbstwirksamkeitserwartung bei .8363. Wenn das Item „Wenn mir jemand Widerstand leistet, finde ich Mittel und Wege mich durchzusetzen“ eliminiert wird, steigt das Alpha auf .8437. Mittels Faktorenanalyse lassen sich zwei Faktoren mit einem Eigenwert über eins (aus der um ein Item gekürzten Skala) extrahieren. Der eine hebt sich in seinem Eigenwert aber deutlich vom anderen ab (vgl. Tab. 11-38), daher soll Selbstwirksamkeitserwartung durch eine Gesamtskala repräsentiert werden.

Tabelle 11-38: Hauptkomponentenanalyse der Items zur Selbstwirksamkeitserwartung

Hauptkomponente	Eigenwert	Varianz	kumulierte Varianz
1	4.295	42.9 %	42.9 %
2	1.008	10.1 %	53.0 %

Tabelle 11-39: Skala Selbstwirksamkeitserwartung (Faktor)

Item	Faktorladung	Trennschärfeffizient
R13 <i>Ich bin gut gerüstet, um Schwierigkeiten kreativ zu begegnen.</i>	.777	.6896
R14 In unerwarteten Situationen weiss ich immer, wie ich mich verhalten soll.	.751	.6496
R15 Was auch immer passiert, ich werde schon klar-kommen.	.721	.6040
R16 <i>Auseinandersetzungen fürchte ich nicht.</i>	.680	.5717
R17 <i>Ich traue mir zu, auch schwierige Probleme meistern zu können.</i>	.679	.5616
R18 Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Fähigkeiten verlassen kann.	.679	.5882
R19 Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut damit zurechtkommen werde.	.626	.5151
R20 Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	.590	.4857
R21 Wenn ich mit einem Problem konfrontiert werde, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich damit fertig werde.	.510	.4146
R22 Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	.471	.3796

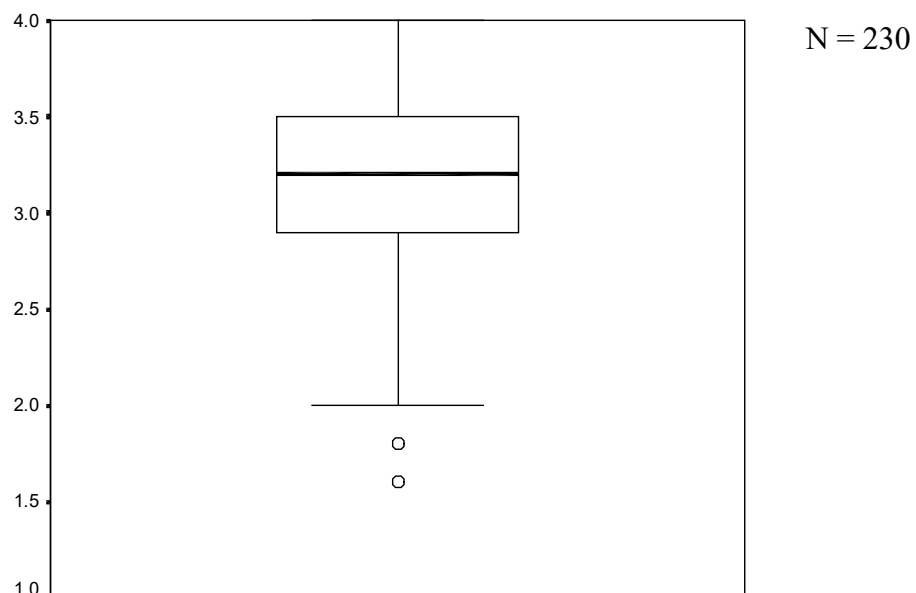


Abbildung 11-14: Boxplot zur Selbstwirksamkeitserwartung

Der durchschnittliche Wert für die Selbstwirksamkeitserwartung liegt (auf einer Skala von 1 bis 4) bei 3.2. Die Mittelwerte wurden nur für Personen berechnet, die mindestens sieben der

zehn Fragen beantworteten. Über die Hälfte der Pflegeeltern hat eine sehr hohe Selbstwirksamkeitserwartung (vgl. Abb. 11-14).

### **11.4.1.3 Aktive Stressverarbeitung**

Der Stressverarbeitungsfragebogen SVF (Janke, 1985) ist ein umfangreiches, standardisiertes Verfahren, um die von Lazarus diskutierten Zusammenhänge zwischen Coping und Belastungsreaktion nachzuweisen und Stressbewältigungsmassnahmen abzuschätzen (vgl. 6.4.1). Es umfasst 19 Subtests mit jeweils sechs Items. Insgesamt sechs Items aus drei Subtests sollen veranschaulichen, wie die Pflegemutter bzw. der Pflegevater in einer verallgemeinerten Situation, das heisst, wenn sie bzw. er *durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden* ist, reagiert, das heisst, diesen Stress verarbeitet. Die Items wurden so gewählt, dass im Pflegeelternfragebogen je zwei zum Bedürfnis nach sozialer Unterstützung (R23, R27), zu Situationskontrollversuchen (R24, R25) und zur gedanklichen Weiterbeschäftigung (R26, R28) vorliegen. Die Items werden mittels einer fünfstufigen Skala beantwortet, die von „gar nicht“ über „kaum“, „möglicherweise“ und „wahrscheinlich“ bis „sehr wahrscheinlich“ reicht. Der SVF umfasst auch Massnahmen, deren Wert zur Stressbewältigung nicht unproblematisch ist, wie zum Beispiel die gedankliche Weiterbeschäftigung, die in einer Stresserhöhung resultieren kann (vgl. Janke, 1985, 11). Unabhängig davon soll mit den sechs Items eine Skala zur Aktivität in Stresssituationen gebildet werden. Ein hoher durchschnittlicher Wert steht dabei für die Tendenz einer Person, auf Stresssituationen aktiv zu reagieren, ein niedriger soll eher passives Verhalten abbilden.

Mittels Faktorenanalyse lässt sich aus der Gruppe der SVF-Items (vgl. Tab. 11-40) nur ein Faktor (mit einem eins übersteigenden Eigenwert) extrahieren. Sein Eigenwert ist 2.882, seine Varianzaufklärung 48 %. Die Skala zur Stressverarbeitung hat ein Alpha von .7730.

Tabelle 11-40: Skala Stressverarbeitung (Faktor)

Item	Faktorladung	Trennschärfenoeffizient
Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin ...		
R23 ... muss ich mich einfach mit jemandem aussprechen.	.746	.5933
R24 ... überlege ich mein weiteres Verhalten ganz genau.	.741	.5704
R25 ... versuche ich die Gründe, die zur Situation geführt haben, genau zu klären.	.721	.5556
R26 ... kann ich lange Zeit an nichts anderes mehr denken.	.684	.5378
R27 ... bitte ich jemanden mir behilflich zu sein.	.642	.4646
R28 ... beschäftigt mich die Situation hinterher noch lange.	.605	.4311

Durchschnittlich liegt der Mittelwert der aktiven Stressverarbeitung auf einer Skala von 1 bis 5 bei 3.55. Ein Mittelwert wurde nur berechnet, wenn mindestens fünf der sechs Fragen beantwortet wurden. 32 Personen hatten keine der sechs Fragen beantwortet. Es handelt sich dabei vor allem um jene Personen, die den Teil A2 des Fragebogens nicht ausfüllten (vgl. Fussnote 38, S. 202). Stress wird von den meisten Pflegeeltern zwar eher aktiv, aber nicht besonders aktiv verarbeitet (vgl. Abb. 11-15).

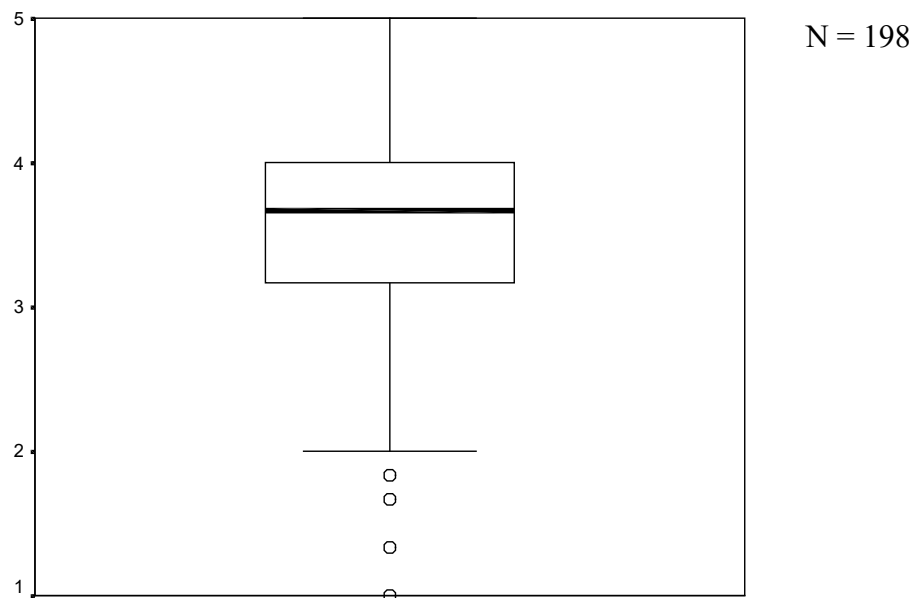


Abbildung 11-15: Boxplot zur aktiven Stressverarbeitung



### 11.4.1.4 Problemeinschätzung und allgemeiner Optimismus

Aus den Fragen zur Problemeinschätzung (vgl. Tab. 11-41) lässt sich ein Faktor mit einem Eigenwert von 1.915 und einer Varianzaufklärung von 63.8 % extrahieren. Dies ist der einzige Faktor, dessen Eigenwert eins übersteigt. Dieser Faktor bildet eine Skala zur Problemeinschätzung. Die Skala zur Problemeinschätzung hat eine Reliabilität von  $\alpha = .7132$ .

Tabelle 11-41: Skala Problemeinschätzung (Faktor)

Item		Faktorladung	Trennschärfe Koeffizient
R29	Die Pflegebeziehung hat sich meiner Meinung nach problemlos entwickelt.	.809	.5526
R30	Im Zusammenhang mit dem Pflegeverhältnis gab und gibt es eigentlich keine nennenswerten Schwierigkeiten.	.802	.5316
R31	Niemand in unserer Familie hat oder hatte mit _____* irgendwelche Schwierigkeiten.	.786	.5116

Ein durchschnittlicher Mittelwert für das Ausmass der Problemeinschätzung liegt auf einer Skala von 1 bis 4 bei 2.00. Es wurde ein Mittelwert berechnet, wenn mindestens zwei der drei Fragen beantwortet wurden. Rund die Hälfte der Pflegeeltern schätzt die Probleme niedrig ein (vgl. Abb. 11-16).

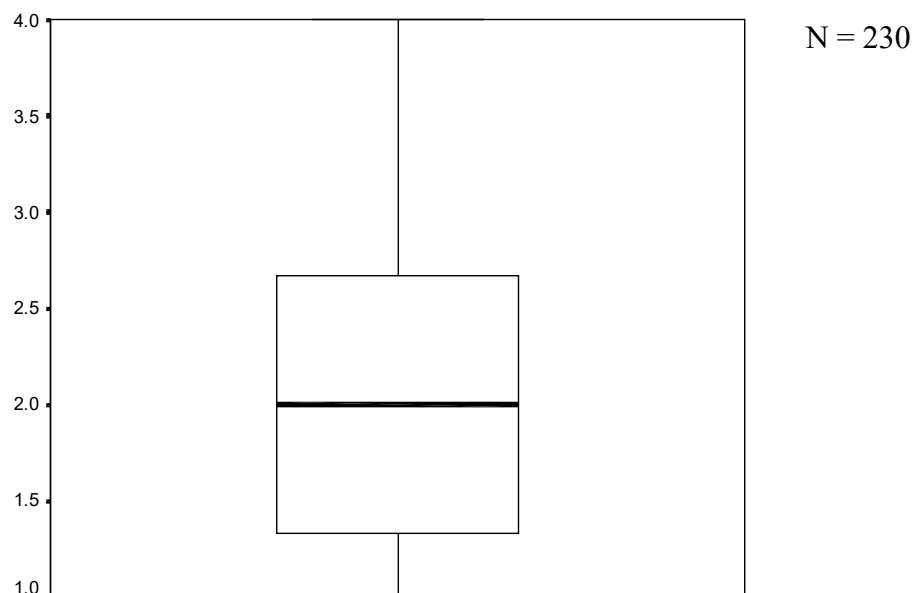


Abbildung 11-16: Boxplot zur Problemeinschätzung

Tabelle 11-42: Item zum allgemeinen Optimismus

			trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
R32	Ich erlebe das Pflegemuttersein/Pflegevatersein als spannende Herausforderung	N in %	125 54.3	83 36.1	17 7.4	5 2.2

Das vorliegende Einzelitem zum allgemeinen Optimismus (vgl. Tab. 11-42) steht in keinem signifikanten Zusammenhang zur Problemeinschätzung ( $r = .056$ ,  $p < .400$ ).

### 11.4.1.5 Offenheit und Interviewbereitschaft

Tabelle 11-43: Item zur Offenheit

			trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
R33	Es macht mir gar nichts aus, über Schwierigkeiten zu reden.	N in %	110 48.0	79 34.5	31 13.5	9 3.9

Tabelle 11-44: Item zur Interviewbereitschaft

				ja	nein
R34	Ich kann mir grundsätzlich vorstellen, an einem Interview teilzunehmen.	N in %		136 58.6	96 41.4

Die Interviewbereitschaft liegt bei 58.6 %. Einzelne Pflegeeltern hatten mit der Untersucherin Kontakt aufgenommen und ihre Situation persönlich geschildert. Dabei ist der Eindruck entstanden, dass einige Pflegeeltern ein Bedürfnis nach Austausch und/oder professioneller Unterstützung und Begleitung sowie nach vermehrter Anerkennung ihrer Arbeit haben, die nicht zuletzt durch eine höhere Entschädigung ausgedrückt werden könnte.

Die Items zur Offenheit (vgl. Tab. 11-43) und Interviewbereitschaft (vgl. Tab. 11-44) werden als Einzelitem verwendet ( $r = .054$ ,  $p < .446$ ).

### 11.4.1.6 Diskursbereitschaft

Die Diskursbereitschaft der Pflegeeltern umfasst einerseits die Alleinentscheidung und Orientierung an Prinzipien und andererseits die Fähigkeit der Pflegeeltern, sich auf einen Diskurs einzulassen. Die entsprechenden theoretischen Skalen wurden in Anlehnung an die Diskurstheorie von Oser (1998) entwickelt (vgl. 6.4.4).

### 11.4.1.6.1 Orientierung an Prinzipien

Für Alleinentscheidung bzw. Orientierung an Prinzipien wurde eine theoretische Skala mit vier Items entwickelt. Diese Skala hat einen Cronbachs-Alpha-Koeffizienten von .5313. Wenn das Item „Ich denke, dass wichtige Entscheide in der Familie von den (Pflege-)Eltern allein (ohne die Kinder) getroffen werden müssen“ eliminiert wird, erhält die Skala ein Alpha von .6082. Mittels empirischer Überprüfung der so gekürzten Skala (vgl. Tab 11-45) bildet sich ein Faktor mit einem Eigenwert von 1.717 und einer Varianzaufklärung von 57.2 %. Bei der Betrachtung der vorliegenden Items zeigt sich, dass die Skala Orientierung an Prinzipien (weniger Alleinentscheidung) misst.

Tabelle 11-45: Skala Orientierung an Prinzipien (Faktor)

Item		Faktorladung	Trennschärfe-Koeffizient
R35	Ich lege grossen Wert darauf, dass ___ * Regeln auch einhält.	.842	.5339
R36	Ich glaube, dass für ___ * klar festgelegte Grenzen von grosser Bedeutung sind.	.728	.3883
R37	Ich spreche auch einmal ein Machtwort.	.692	.3540

Für eine Person wurde ein durchschnittlicher Skalenmittelwert von 3.67 (Skala: 1 bis 4) ermittelt. Ein Mittelwert wurde nur berechnet, wenn alle drei Fragen beantwortet wurden. Die Hälfte der Pflegeeltern orientiert sich besonders ausgeprägt an Prinzipien (vgl. Abb. 11-17).

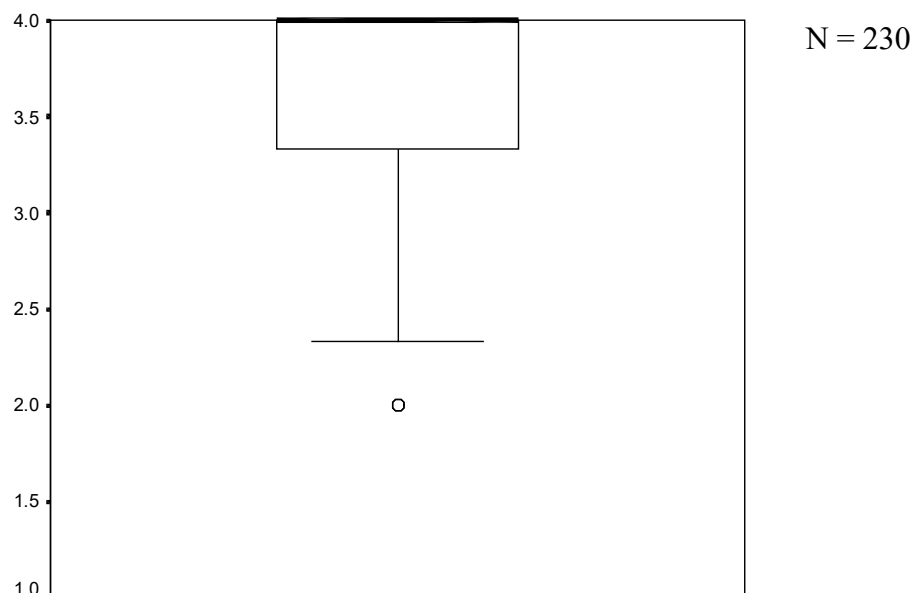


Abbildung 11-17: Boxplot zur Orientierung an Prinzipien

### 11.4.1.6.2 Diskurs

Neun Items bilden eine theoretische Skala zum Diskurs (vgl. Tab. 11-47). Wenn die Items zum Diskurs bzw. zur Diskursbereitschaft faktoranalysiert werden, liegen drei Items mit einem Eigenwert vor, der grösser als eins ist. Der erste Faktor hebt sich mit einem Eigenwert von 3.479 und einer Varianzaufklärung von 38.4 aber von den anderen Faktoren ab (vgl. Tab. 11-46). Daher wird zur Messung des Diskurses die Gesamtskala verwendet. Die Skala zur Diskursbereitschaft hat ein Alpha von .7884.

Tabelle 11-46: Hauptkomponentenanalyse der Items zur Diskursbereitschaft

Hauptkomponente	Eigenwert	Varianz	kumulierte Varianz
1	3.479	38.7 %	38.7 %
2	1.372	15.2 %	53.9 %
3	1.117	12.4 %	66.3 %

Tabelle 11-47: Skala Diskursbereitschaft (Faktor)

Item		Faktorladung	Trennschärfenoeffizient
R38	Wenn es um ___* geht, soll sie/er meiner Meinung nach auch mitreden.	.764	
R39	Ich denke, dass ___* meine Sicht der Dinge gut verstehen kann.	.684	
R40	Ich glaube, dass ___* für ihre/seine Entscheide auch Verantwortung übernehmen kann.	.674	
R41	Ich bin grundsätzlich bereit, auch einmal stundenlang mit ___* zu diskutieren.	.669	
R42	Wenn eine Entscheidung für ___* von Bedeutung ist, muss sie/er meiner Meinung nach auch mitentscheiden können.	.640	
R43	Wenn ich ein Problem mit ___* habe, spreche ich sie/ihn immer direkt darauf an.	.583	
R44	Über Pläne reden wir in der ganzen Familie ausführlich.	.552	
R45	Über Probleme reden wir in der ganzen Familie ausführlich.	.486	
R46	Ich denke, dass ___* uns ihre/seine Bedürfnisse deutlich mitteilt.	.486	

Durchschnittlich erzielte eine Person auf der Skala von 1 bis 4 zur Diskursbereitschaft einen Mittelwert von 3.41. Ein Mittelwert wurde berechnet, wenn sieben der neun Items beantwortet wurden. Fast alle Pflegeeltern haben eine sehr hohe Diskursbereitschaft (vgl. Abb. 11-18).

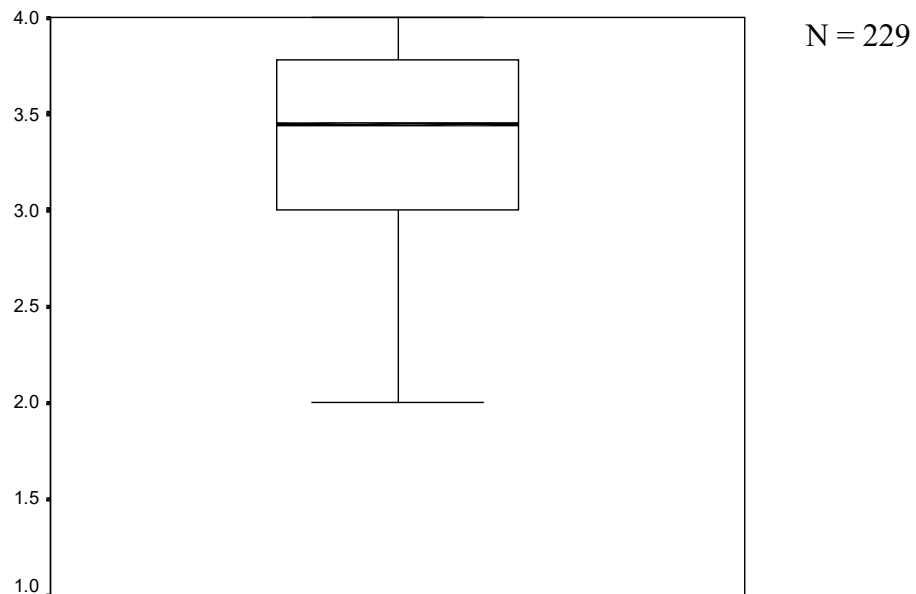


Abbildung 11-18: Boxplot zur Diskursbereitschaft

#### 11.4.1.7 Bezüge persönlicher Ressourcen

Die Bezüge der persönlichen Ressourcen werden tabellarisch zusammengefasst. Es werden nur Korrelationen angegeben, die mindestens auf dem 5%-Niveau signifikant sind:

Tabelle 11-48: Bivariate Korrelationen der persönlichen Ressourcen

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Lebensfreude	r	1.0								
	p	.001								
2. Selbstwirksamkeitserwartung	r	.600	1.0							
	p	.001	.001							
3. passive Stressverarbeitung	r	.287	.237	1.0						
	p	.001	.001	.001						
4. niedrige Problemeinschätzung	r	.467	.396	.211	1.0					
	p	.001	.001	.003	.001					
5. Optimismus	r	.319	.327	-	-	1.0				
	p	.001	.001	-	-	.001				
6. Offenheit	r	-	.244	.148	-	.168	1.0			
	p	-	.001	.037	-	.011	.001			
7. Interviewbereitschaft	r	-	-	-	.147	.270	-	1.0		
	p	-	-	-	.026	.001	-	.001		
8. Orientierung an Prinzipien	r	-	-	.235	-	-	-	-	1.0	
	p	-	-	.001	-	-	-	-	.001	
9. Diskursbereitschaft	r	.410	.435	-	.413	.224	-	.281	-	1.0
	p	.001	.001	-	.001	.001	-	.001	-	.001

### **11.4.1.8 Unterschiede in den persönlichen Ressourcen zwischen Pflegemüttern und Pflegevätern**

Anhand der Daten von Paaren (3. Datensatz) wurde überprüft, ob sich Pflegemütter und Pflegeväter bei einzelnen persönlichen Ressourcen unterscheiden. Es wurden die folgenden signifikanten Unterschiede gefunden:

- Die Pflegemütter verarbeiten Stress aktiver als die Pflegeväter ( $df = 1$ ;  $F = 19.213$ ,  $p < .001$ ).
- Die Pflegemütter haben eine höhere Diskursbereitschaft als die Pflegeväter ( $df = 1$ ;  $F = 4.801$ ,  $p < .030$ ).
- Den Pflegemüttern macht es weniger aus, über Schwierigkeiten zu reden, als den Pflegevätern ( $df = 1$ ;  $F = 8.790$ ,  $p < .004$ ) bzw. macht es den Pflegemüttern tendenziell (eher) gar nichts aus, über Schwierigkeiten zu reden ( $\chi^2 = 3.668$ ,  $df = 1$ ;  $p < .046$ ).

## **11.4.2 Ressourcenbereiche auf der Ebene der Pflegefamilie**

Zur Darstellung der innerfamiliären Ressourcen wird – ausser für die Beschreibung der Aufgabenverteilungszufriedenheit zwischen Partnerin und Partner und der individuellen Unterstützung durch den Partner bzw. die Partnerin – der 2. Datensatz (170 Pflegefamilien) verwendet.

### **11.4.2.1 Rollenaufteilung, -verhalten und -zufriedenheit der Pflegeelternpaare**

In 23 (13.5 %) der 170 Pflegefamilien, für die Angaben vorliegen, ist ein Pflegeelternpaar alleinerziehend. Die Informationen zur Rollenaufteilung, -verhalten und -zufriedenheit liegen sinngemäss nur für Pflegefamilien, in denen ein Elternpaar lebt (86,5 % der Fälle), vor. Es wurde im Rahmen der Erhebung nicht differenziert, ob es sich bei den Paaren um Ehepaare handelt oder nicht.

#### **11.4.2.1.1 Berufstätigkeit**

In 66 (45.2 %) Pflegefamilien sind beide Pflegeelternpaare ganz oder teilweise berufstätig, in 80 Pflegefamilien (54.8 %) nicht.

### 11.4.2.1.2 Rollenaufteilung

Die Items R47 und R48 sollen eine traditionelle Rollenaufteilung des Pflegeelternpaares veranschaulichen. Wenn beiden Items zugestimmt wird, wird die Pflegefamilie als traditioneller Familientyp bezeichnet, wenn beiden Items nicht zugestimmt wird, handelt es sich um einen untraditionellen Familientyp. Daneben können (wenn einem Item zugestimmt wird, dem anderen aber nicht) zwei „Mischtypen“ ausfindig gemacht werden. Um diese Typologisierung vorzunehmen, wurden die Items so recodiert, dass nur Zustimmung „ja“ („trifft zu“, „trifft eher zu“) und Ablehnung „nein“ („trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“) unterschieden wurden (vgl. Tab. 11-49). Die 116 Pflegefamilien, die den Fragen R46 und R47 zustimmten, werden im weiteren als „traditionelle Familientypen“ bezeichnet und von allen anderen Familien unterschieden, die als „nichttraditionelle Typen“ zusammengefasst werden.

Tabelle 11-49: Traditionelle Rollenverteilung zwischen Pflegemutter und -vater

			R48: In unserer Familie ist der (Pflege-) Vater mehrheitlich ausser Haus erwerbstätig		Total
			ja	nein	
R47: In unserer Familie kümmert sich die (Pflege-)Mutter mehrheitlich um den Haushalt	ja	N in %	116 <sup>44</sup> 85.9	19 14.1	135 100
	nein	N in %	2 18.2	9 81.8	11 100
Total		N in %	118 80.8	28 19.2	146 100

### 11.4.2.1.3 Rollenverhalten

Die Items R49: „Ich glaube, dass mein Partner/meine Partnerin und ich gleichviel Verantwortung für die Erziehung der Kinder tragen“ und R50: „Ich glaube, dass mein Partner/meine Partnerin und ich gleichviel Verantwortung für den Haushalt tragen“ beziehen sich auf die Verteilung der Aufgaben. Sie bilden eine Skala zur Verantwortungsteilung von Aufgaben ( $\alpha = .6105$ ).

### 11.4.2.1.4 Zufriedenheit mit der Verteilung der Rollen

Das Item R51 macht als Einzelitem zusätzlich zur Aufgabenverteilung eine Aussage zur Zufriedenheit mit dieser. Nur 4.3 % aller Pflegeeltern (1. Datensatz) sind mit der Verteilung der Aufgaben (eher) unzufrieden (vgl. Tab. 11-50).

<sup>44</sup> Der hohe Anteil von Familien mit einer traditionellen Rollenteilung (79.5 %) ist vor dem Hintergrund, dass vor allem Personen mit einer „familienzentrierten Einstellung“ Pflegeeltern werden, nicht überraschend (vgl. Jordan, 1996a und 6.4.5).

Tabelle 11-50: Zufriedenheit mit der Verteilung der Rollen

			trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
R51	Ich bin mit der Verteilung der Aufgaben zwischen mir und meinem Partner/meiner Partnerin zufrieden.	N in %	150 72.1	49 23.6	8 3.8	1 0.5

Zwischen der Verantwortungsteilung für Aufgaben und der Zufriedenheit mit der Verteilung besteht ein signifikanter Zusammenhang ( $r = .327$ ,  $p < .001$ ).

#### 11.4.2.1.5 Partnerschaftliche Unterstützung

90.0 % der befragten Pflegeelternteile (1. Datensatz) erhalten von ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin Unterstützung. 6 der 209 Personen, die mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin zusammenleben, geben an, dass sie keine Unterstützung vom Partner bzw. der Partnerin erhalten. Dafür werden 6 Personen der 23 Personen, die nicht mit einem Partner oder einer Partnerin zusammenleben, von einem Partner bzw. einer Partnerin unterstützt. 88.2 % aller Pflegeeltern glauben, dass sie, wenn plötzlich alles zu viel würde, von ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin Unterstützung erfahren würden. 8 Personen, die mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin zusammenleben, erwarten in diesem Fall von der Partnerin bzw. dem Partner keine Unterstützung. Hingegen erwarten 3 der alleinerziehenden Pflegeeltern von einem Partner bzw. einer Partnerin Unterstützung.

#### 11.4.2.2 Selbstverständnis der Pflegefamilie

Anhand des 3. Datensatzes (62 Paare) wurde untersucht, ob angenommen werden kann, dass es sich beim Selbstverständnis der Pflegefamilie eher um eine innerfamiliäre Ressource (gemäß der theoretischen Überlegung) als um eine persönliche Ressource handelt. Zwischen den Pflegemüttern und Pflegevätern der 62 Paare zeigten sich keine (signifikanten) Unterschiede in Bezug auf das Selbstverständnis (Ersatz- und Normalfamilienverständnis, Existenz eines Adoptionswunsches, einer Wiederaufnahmeeinstellung, einer Rückkehr-, Pflegestellenwechsel- oder Pflegeabbruchoption). Daher wird das Selbstverständnis als innerfamiliäre Ressource betrachtet und der 2. Datensatz (170 Pflegefamilien) zu seiner Analyse herangezogen.

##### 11.4.2.2.1 Ersatzfamilien- versus Ergänzungsfamilienverständnis

Wenn die Items R51, R52 und R53 (vgl. Tab. 11-51) faktoranalysiert werden, zeigt sich ein Faktor mit einem Eigenwert von 2.214 und einer Varianzaufklärung von 73.8 % (vgl. Tab. 11-51). Die Skala mit den drei Items hat eine Reliabilität von  $\alpha = .8207$ .



Tabelle 11-51: Skala Ersatzfamilienverständnis (Faktor)

Item		Faktorladung	Trennschärfenoeffizient
R52	Ich glaube, ___ ★ sieht uns als „richtige“ Eltern an.	.892	.7320
R53	Ich habe das Gefühl, dass ich ___ ★ die Mutter/den Vater ersetze.	.856	.6685
R54	Ich glaube, dass wir für ___ ★ neben ihrer/seiner Herkunftsfamilie nur eine Art zweite Familie darstellen.*	.828	.6288

\* Dieses Item wurde umgepolt.

Es wird angenommen, dass Personen, die einen hohen durchschnittlichen Punktwert erzielen, sich eher als Ersatzfamilien, solche, die einen niedrigen Wert haben, sich eher als Ergänzungsfamilien verstehen. Auf einer Skala von 1 bis 4 ist der Skalenmittelwert 2.99. Es wurde nur dann ein Mittelwert berechnet, wenn alle drei Items beantwortet wurden. Rund die Hälfte der Pflegeeltern hat ein ausgeprägtes Ersatzfamilienverständnis. Nur einzelne Pflegefamilien sehen sich als Ergänzungsfamilien (vgl. Abb. 11-19).

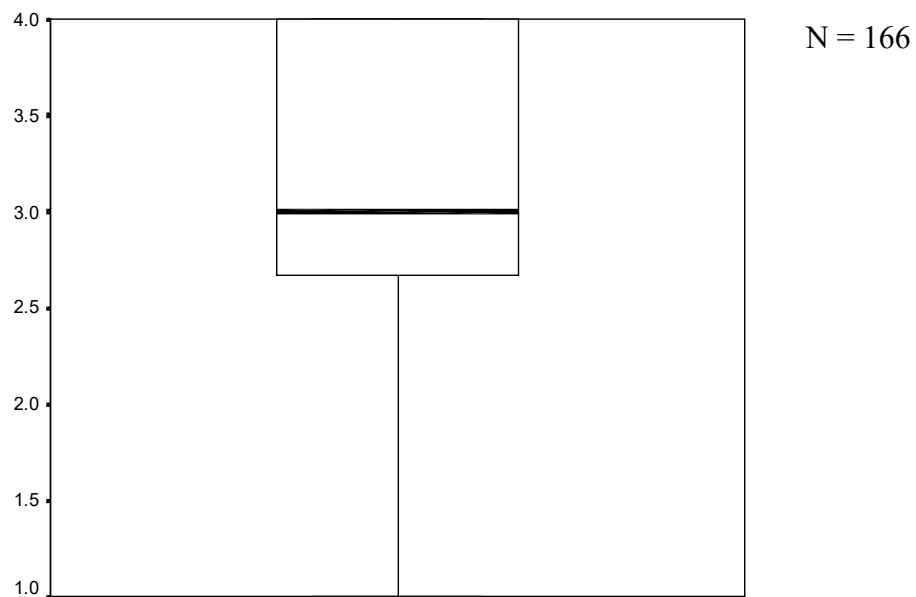


Abbildung 11-19: Boxplot zum Ersatzfamilienverständnis

### 11.4.2.2.2 Normalfamilienverständnis

Das Item R55: „Ich finde, dass Pflegefamilien sich nicht von anderen Familien unterscheiden“ und das umgepolte Item R56: „Ich glaube, dass wir als Pflegefamilie eine andere Aufgabe haben als eine *normale* Familie“ bilden eine Skala ( $\alpha = .4622$ ). Diese soll das Normalfamilienverständnis abbilden.

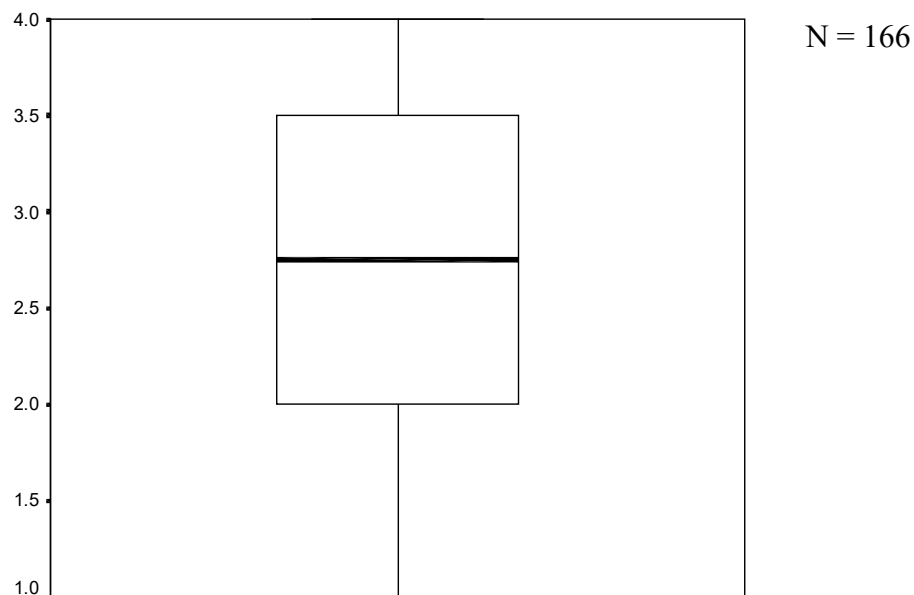


Abbildung 11-20: Boxplot zum Normalfamilienverständnis

Personen, die einen hohen durchschnittlichen Punktwert haben, sehen sich eher als Normalfamilie, jene, die einen niedrigen Wert haben, tun dies eher nicht. Der Mittelwert der Skala von 1 bis 4 liegt bei 2.69. Ein stark ausgeprägtes Normalfamilienverständnis (vgl. Abb. 11-20) kommt bei den Pflegeeltern seltener vor als ein ausgeprägtes Ersatzfamilienverständnis (vgl. Abb. 11-19).

Der Zusammenhang zwischen Ergänzungsfamilienverständnis und Normalfamilienverständnis ist signifikant ( $r = .258$ ,  $p < .001$ ).

### 11.4.2.2.3 Einstellungen und Optionen zum Selbstverständnis

Die Tabellen 11-52 bis 11-56 veranschaulichen, dass die Pflegeeltern tendenziell einen Adoptionswunsch und eine Wiederaufnahmeeinstellung und tendenziell keine Rückkehr-, Pflegestellenwechsel- oder Pflegeabbruchoption sehen. Dadurch wird auch veranschaulicht, dass die Pflegeeltern zumeist eine *klare Dauerperspektive* haben (Kötter, 1997, 218).

Tabelle 11-52: Item zum Adoptionswunsch

			trifft <b>zu</b>	trifft <b>eher</b> zu	trifft <b>eher nicht</b> zu	trifft <b>nicht</b> zu
R57	Ich könnte mir vorstellen, ___★ zu adoptieren.	N in %	69 42.6	25 15.4	23 14.2	45 27.8

Es ist anzunehmen, dass Pflegeeltern mit laufenden Besuchskontakten seltener einen Adoptionswunsch haben. Zwischen den Gruppen mit und ohne Besuchskontakte zeigt sich diesbezüglich auch ein tendenziell signifikanter Unterschied ( $df = 1$ ;  $F = 2.939$ ,  $p < .089$ ). Bei laufenden Kontakten des Pflegekindes zur Herkunftsfamilie liegt wahrscheinlich auch das Sorgerecht eher bei den Herkunftseltern (vgl. Kötter, 1997, 206 f.).

Tabelle 11-53: Item zur Wiederaufnahmeeinstellung

			trifft <b>zu</b>	trifft <b>eher</b> zu	trifft <b>eher nicht</b> zu	trifft <b>nicht</b> zu
R58	Ich würde ohne zu zögern wieder ein Pflegekind in unsere Familie nehmen.	N in %	57 35.0	34 20.9	34 20.9	38 23.3

Tabelle 11-54: Item zur Rückkehroption

			trifft <b>zu</b>	trifft <b>eher</b> zu	trifft <b>eher nicht</b> zu	trifft <b>nicht</b> zu
R59	Ich denke, dass ___★ eines Tages in ihre/seine Herkunftsfamilie zurückgeht.	N in %	39 23.8	17 10.4	45 27.4	63 38.4
R60	Die Vorstellung, dass ___★ in ihre/seine Herkunftsfamilie zurückgeht, erlebe ich als belastend.	N in %	36 22.5	45 28.1	26 16.3	53 33.1

Tabelle 11-55: Item zur Pflegestellenwechseleoption

			trifft <b>zu</b>	trifft <b>eher</b> zu	trifft <b>eher nicht</b> zu	trifft <b>nicht</b> zu
R61	Wir haben uns auch schon überlegt, ob ___★ an einem anderen Pflegeplatz glücklicher wäre.	N in %	13 7.8	8 4.8	27 16.3	118 71.1

Tabelle 11-56: Item zur Pflegeabbruchoption

				<b>ja</b>	<b>nein</b>
R62	Hatten Sie schon einmal so grosse Probleme, dass Sie sich überlegten, das Pflegeverhältnis mit ___★ aufzulösen?	N in %		30 17.9	138 82.1

Wer sich vorstellen kann, das Pflegekind zu adoptieren, erlebt die Vorstellung, dass das Pflegekind in die Herkunftsfamilie zurückgeht, eher belastend ( $r = .262$ ,  $p < .001$ ), hat sich eher noch nie überlegt, ob das Pflegekind an einem anderen Pflegeplatz glücklicher wäre ( $r = .229$ ,  $p < .001$ ) und dachte tendenziell noch nie daran, das Pflegeverhältnis aufzulösen ( $r = .217$ ,  $p < .001$ ).

### 11.4.2.3 Pflegegeschwister

38 Pflegekinder haben ein Geschwister, das in derselben Pflegefamilie lebt. Die Items R63: „Ich halte es für wichtig und hilfreich, dass die Pflegekindergeschwister in unserer Familie zusammenleben können“ und R64: „Ich würde einer anderen Pflegefamilie zur Aufnahme von Geschwisterkindern raten“ bilden eine Skala zur Beurteilung von Geschwisterplatzierungen ( $\alpha = .8000$ ).

Durchschnittlich wurde für eine Pflegefamilie mit Pflegekindergeschwistern ein Mittelwert von 3.76 (Skala: 1 bis 4) ermittelt. Wie der Boxplot (Abb. 11-21) zeigt, beurteilen alle Pflegeeltern (abgesehen von drei „Ausreißern“) die Aufnahme von Pflegegeschwistern sehr positiv und empfehlenswert.

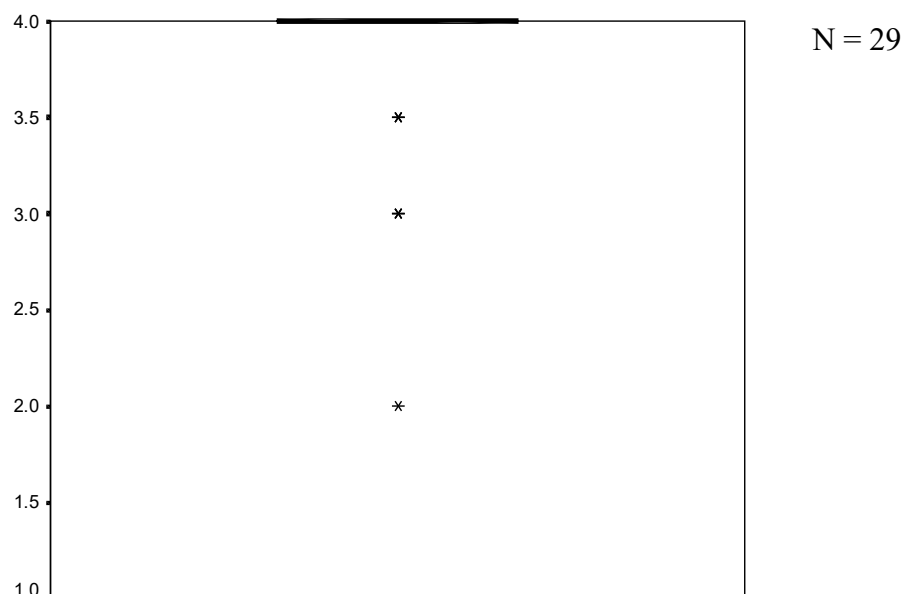


Abbildung 11-21: Boxplot zur Beurteilung von Geschwisterplatzierungen (einheitliche positive Einschätzung)

### 11.4.3 Ressourcenbereiche auf der Ebene des sozialen Umfeldes

Zur Beschreibung der ausserfamiliären Aktivität und Unterstützung, halbprofessioneller und professioneller Kontakte der Pflegefamilie und des Verhältnisses zwischen der Pflege- und der Herkunftsfamilie wird der 2. Datensatz verwendet. Was ausserfamiliäre Aktivität und Unterstützung, halbprofessionelle und professionelle Kontakte angeht, und in Bezug auf die Beurteilung des Verhältnisses zwischen der Pflege- und der Herkunftsfamilie, unterscheiden sich die Pflegemütter und Pflegeväter der 62 Paare (3. Datensatz) nicht signifikant.

### 11.4.3.1 Ausserfamiliäre Aktivität und Unterstützung

#### 11.4.3.1.1 Ausserfamiliäre Aktivität

Das Item R65 macht eine Angabe zum ausserfamiliären Engagement. 59.6 % der Pflegeeltern haben (eher) genügend Zeit, um sich auch ausserhalb der Familie zu engagieren (vgl. Tab. 11-57).

Tabelle 11-57: Item zum ausserfamiliären Engagement

			trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
R65	Ich habe genügend Zeit, mich aktiv in einem Verein, einer Organisation oder anderen Gruppe zu engagieren.	N in %	71 42.3	29 17.3	44 26.2	24 14.3

Tabelle 11-58: Items zur Häufigkeit ausserfamiliärer Aktivitäten

			mind. 1 x pro Woche	mind. 1 x pro Monat	mind. 1 x pro Jahr	seltener
R66	Wie häufig unternehmen Sie ohne die Kinder etwas mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin?	N in %	40 25.0	71 44.4	37 23.1	12 7.5
R67	Wie häufig unternehmen Sie allein (oder gemeinsam mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin) etwas mit anderen Leuten?	N in %	59 35.3	68 40.7	23 13.8	17 10.2
R68	Wie häufig engagieren Sie sich in einem Verein, einer Organisation oder anderen Gruppe?	N in %	71 72.5	39 23.4	19 11.4	38 22.8

72.5 % der Pflegeeltern engagieren sich wöchentlich in einem Verein, einer Organisation oder anderen Gruppe (vgl. Tab. 11-58; R 68). Die einzelnen Häufigkeitsitems werden im weiteren als Einzelitem verwendet.

#### 11.4.3.1.2 Erhaltene und erwartete Unterstützung

76.0 % aller Pflegefamilien erhalten von Freunden, Freundinnen oder Bekannten, 58.7 % von Verwandten und 27.1 % von einer anderen Person (die auch keine Fachperson und nicht mit dem Pflegekind verwandt ist) Unterstützung. In 68.1 % der Fälle wird von Freunden, Freundinnen und Bekannten, in 50.6 % von Verwandten und in 20.0 % von anderen Personen Unterstützung erwartet, falls diese erforderlich würde.

Zur Erfassung der erhaltenen und in Zukunft erwarteten Unterstützung liegt eine Skala mit drei Items vor (vgl. Tab. 11-59). Sie hat einen Eigenwert von 1.787 und eine Varianzaufklärung von 59.6 %. Ihre Reliabilität liegt bei  $\alpha = .6642$ .

Tabelle 11-59: Skala erhaltene und erwartete Unterstützung (Faktor)

Item		Faktorladung	Trennschärfenoeffizient
R69	Während der Inpflegenahme und in der Zeit danach habe ich viel Unterstützung erhalten.	.839	.5493
R70	Ich glaube, ich hätte ausserhalb der Familie Unterstützung, wenn plötzlich alles zu viel würde.	.738	.4628
R71	Über meine Gedanken im Zusammenhang mit der Pflegebeziehung spreche ich oft mit anderen.	.734	.4320

Durchschnittlich wird ein Mittelwert von 2.92 (Skala: 1 bis 4) ermittelt. Ein Mittelwert wurde nur berechnet, wenn alle drei Fragen beantwortet wurden. Rund die Hälfte der Pflegeeltern erfährt viel Unterstützung (vgl. Abb. 11-22).

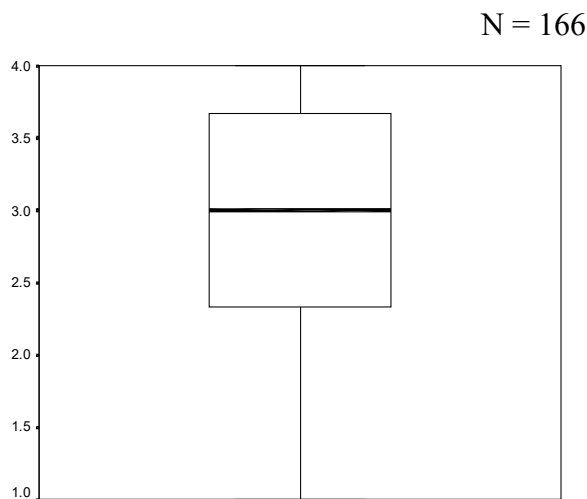


Abbildung 11-22: Boxplot zur erhaltenen und erwarteten Unterstützung

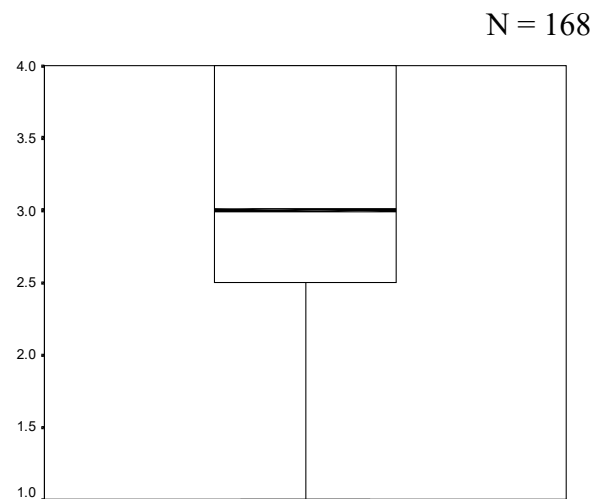


Abbildung 11-23: Boxplot zur Unterstützungszufriedenheit

Zur Frage nach der Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung liegt eine theoretische Skala mit drei Items vor. Wenn das Item: „Ich denke, dass es anderen oft schwerfällt, sich in meine Lage als Pflegemutter/Pflegevater zu versetzen“ eliminiert wird, steigt der Cronbachs-Alpha-Koeffizient von .6225 auf .7916. Die daraus resultierende Skala besteht aus dem Item R72: „Mit der erhaltenen Unterstützung bin ich insgesamt sehr zufrieden“ und dem umgepolten Item R73: „Ich wünsche mir mehr Unterstützung“.

Durchschnittlich wird ein Mittelwert von 2.95 erzielt. Etwa die Hälfte der Pflegeeltern ist mit der erhaltenen Unterstützung (sehr) zufrieden (vgl. Abb. 11-23).

#### 11.4.3.1.3 Halbprofessionelle und professionelle Kontakte

62 Pflegefamilien haben Kontakt zu einer anderen Pflegefamilie. 11.2 % der Pflegeeltern sind in einer Pflegeelterngruppe (vgl. Tab. 11-60).

Tabelle 11-60: Halbprofessionelle Kontakte

			<b>ja</b>	<b>nein</b>
R74	Haben Sie Kontakt zu anderen Familien, die auch ein Pflegekind haben?	N in %	62 36.7	107 63.3
R75	Sind Sie in einer Pflegeelterngruppe?	N in %	19 11.2	150 88.8

66.5 % der Pflegefamilien erhalten von Fachpersonen Unterstützung (Verständnis, Rat, Hilfe usw.) und 80.6 % würden, wenn plötzlich alles zu viel würde, von Fachpersonen Unterstützung erwarten. 56 der 170 Pflegefamilien erhalten keine Unterstützung von Fachpersonen und 32 erwarten diese nicht.

Tabelle 11-61: Professionelle Unterstützungshäufigkeit

			mind. 1 x pro <b>Woche</b>	mind. 1 x pro <b>Monat</b>	mind. 1 x pro <b>Jahr</b>	<b>seltener</b>
R76	Wie häufig haben Sie Kontakt zu jemandem, der Sie als Pflegeeltern betreut oder begleitet (Sozialarbeiter, Supervisorin oder Ähnliches)?	N in %	5 3.0	38 22.6	93 55.4	32 19.0

Über die Hälfte der Pflegefamilien hat jährlich Kontakt zu jemandem, der sie betreut (vgl. Tab. 11-61). Es handelt sich diesbezüglich wahrscheinlich um einen offiziellen Kontakt vonseiten der Ämter. *Kötter* (1997, 193 f.) fand in Pflegefamilien mit laufenden Besuchskontakten intensivere Kontakte zu einer Sozialarbeiterin oder einem Sozialarbeiter. Ein solcher Befund bestätigte sich anhand der vorliegenden Daten nicht.

### ***11.4.3.2 Verhältnis der Pflegefamilie zur Herkunftsfamilie***

#### **11.4.3.2.1 Erhaltene und erwartete Unterstützung vonseiten der Herkunftsfamilie**

29.9 % aller befragten Pflegefamilien geben an, von den leiblichen Eltern (oder einem Elternteil) des Pflegekindes Unterstützung zu erhalten, und 31.3 % erwarten von diesen Unterstützung. 22.0 % werden von Verwandten des Pflegekindes unterstützt und 22.8 % erwarten Unterstützung von dieser Personengruppe.

#### **11.4.3.2.2 Unterstützendes versus distanziertes Verhältnis**

Ob die Pflegeeltern zu den Herkunftseltern (oder Mitgliedern der Herkunftsfamilie) ein unterstützendes oder distanziertes Verhältnis haben, wird mit vier Items erfasst. Aus dieser Gruppe lässt sich ein Faktor mit einem eins übersteigenden Eigenwert extrahieren. Der Eigenwert des

Faktors ist 2.522, seine Varianzaufklärung 63.1 % (vgl. Tab. 11-62). Die Skala hat eine Reliabilität von  $\alpha = .8016$ .

Tabelle 11-62: Skala unterstützendes Verhältnis (Faktor)

Item	Faktorladung	Trennschärfenoeffizient
R77 Ich denke, wir erleben im Zusammenhang mit den Herkunftseltern von ___★ viel Schwierigkeiten.*	.813	.6549
R78 Ich glaube, dass die Herkunftseltern von ___★ im Grossen und Ganzen positiv von uns denken.	.801	.6222
R79 Ich denke, dass wir in wichtigen Erziehungsfragen mit den Herkunftseltern von ___★ einig sind.	.784	.5922
R80 Manchmal empfinde ich gegenüber den Herkunftseltern von ___★ Wut.*	.777	.6045

\* Diese Items wurden umgepolt.

Ein hoher durchschnittlicher Punktwert veranschaulicht ein eher unterstützendes, ein niedriger ein eher distanziertes Verhältnis. Durchschnittlich erzielt eine Familie einen Wert von 2.94 (Skala: 1 bis 4). Rund die Hälfte der Pflegeeltern denkt, dass zwischen ihnen und den Herkunftseltern des Pflegekindes ein unterstützendes Verhältnis besteht (vgl. Abb. 11-24).

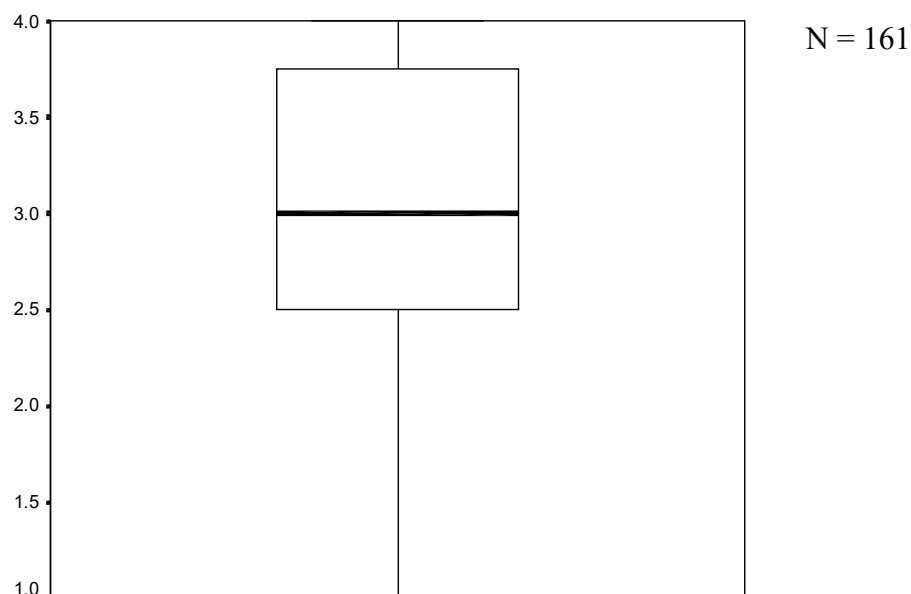


Abbildung 11-24: Boxplot zum unterstützenden Verhältnis

Auf der Grundlage der Ergebnisse von Kötter (1997, 197 ff.), welche die Zusammenarbeit zwischen den beiden Familien (insbesondere die Unterstützung, welche die Herkunftsfamilie durch die Pflegeeltern erfährt) untersuchte, könnte ein Zusammenhang zwischen einem eher unterstützenden Verhältnis und laufenden Besuchskontakten bestehen. Ein solcher Zusammenhang konnte nicht bestätigt werden.



### 11.4.3.2.3 Austauschbereitschaft

Tabelle 11-63: Item zur (vermehrten) Austauschbereitschaft

			trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
R81	Ich wäre zu einem (vermehrten) Austausch mit den Herkunftseltern gerne bereit.	N in %	38 23.8	38 23.8	34 21.3	50 31.3

Etwas über die Hälfte der Pflegeeltern wünscht sich keinen vermehrten Austausch mit den Herkunftseltern (vgl. Tab. 11-63). In Bezug auf die Austauschbereitschaft war anzunehmen, dass Pflegeeltern ohne oder mit abgebrochenen Besuchskontakten weniger zu einem (vermehrten) Austausch mit den Herkunftseltern bereit sind als Pflegeeltern mit laufenden Kontakten (vgl. Kötter, 1997, 200). Diesbezüglich zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge.

## 11.4.4 Zusammenhänge zwischen einzelnen Ressourcenbereichen

Die Zusammenhänge zwischen den persönlichen Ressourcen sind in Tabelle 11-48 (S. 245) angegeben. Die Korrelationen, die im Folgenden berechnet werden, werden (im Sinne persönlicher Einstellungen) anhand des 1. Datensatzes vorgenommen.

Pflegeelternteile mit hoher Lebensfreude glauben tendenziell, dass sie und ihr Partner bzw. ihre Partnerin gleichviel Verantwortung tragen ( $r = .232, p < .001$ ), und sind zufrieden mit der Verteilung der Aufgaben ( $r = .353, p < .001$ ). Pflegeeltern, die sich durch eine hohe Lebensfreude auszeichnen, haben tendenziell sowohl ein Normalfamilienverständnis ( $r = .320, p < .001$ ) als auch ein Ersatzfamilienverständnis ( $r = .229, p < .001$ ). Sie erleben zudem das Verhältnis zu den Herkunftseltern eher unterstützend ( $r = .244, p < .001$ ).

Pflegeeltern mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung haben ebenfalls ein Ersatzfamilien- ( $r = .210, p < .001$ ) und ein Normalfamilienverständnis ( $r = .206, p < .002$ ). Diese Pflegeeltern teilen sich tendenziell mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin die Verantwortung für Aufgaben ( $r = .223, p < .001$ ) und sind mit der Rollenverteilung tendenziell zufrieden ( $r = .255, p < .001$ ).

Pflegeeltern mit einer aktiven Stressverarbeitung haben eher kein Normalfamilienverständnis ( $r = .288, p < .001$ ). Sie glauben tendenziell nicht, dass die Pflegemutter und der Pflegevater gleichviel Verantwortung übernehmen ( $r = .171, p < .022$ ). Sie orientieren sich tendenziell an ihren Prinzipien ( $r = .235, p < .001$ ) und erleben das Verhältnis zu den Herkunftseltern eher distanziert ( $r = .209, p < .004$ ).

In den Familien von Pflegeeltern mit einer hohen Problemeinschätzung sind oft beide Pflegeeltern (teilweise) berufstätig ( $r = .188$ ,  $p < .007$ ). Pflegeeltern, die Probleme hoch einschätzen, denken nicht, dass sie sich die Verantwortung für Aufgaben gleichmässig teilen ( $r = .146$ ,  $p < .036$ ), und sind mit der Verteilung der Aufgaben eher unzufrieden ( $r = .165$ ,  $p < .017$ ). Sie haben tendenziell kein Normalfamilienverständnis ( $r = .435$ ,  $p < .001$ ) und eher ein Ergänzungsfamilienverständnis ( $r = .173$ ,  $p < .009$ ). Das Verhältnis zu den Herkunftseltern erleben sie eher distanziert ( $r = .301$ ,  $p < .001$ ).

Pflegeeltern aus Pflegefamilien, in denen beide Pflegeeltern (teilweise) berufstätig sind, können sich häufig vorstellen, an einem Interview teilzunehmen ( $r = .144$ ,  $p < .038$ ). Diese Pflegeeltern erleben das Verhältnis zu den Herkunftseltern eher distanziert ( $r = .142$ ,  $p < .045$ ). Verantwortungsteilende Pflegeeltern haben tendenziell eine hohe Diskursbereitschaft ( $r = .222$ ,  $p < .001$ ) sowie ein Ersatzfamilienverständnis ( $r = .149$ ,  $p < .032$ ). Personen, die mit der partnerschaftlichen Aufgabenverteilung zufrieden sind, haben tendenziell eine hohe Diskursbereitschaft ( $r = .224$ ,  $p < .001$ ).

Pflegeeltern, die zum Diskurs bereit sind, haben tendenziell ein Normalfamilien- ( $r = .211$ ,  $p < .001$ ) und Ergänzungsfamilienverständnis ( $r = .211$ ,  $p < .001$ ). Den diskursbereiten Pflegeeltern macht es tendenziell wenig aus, über Schwierigkeiten zu reden ( $r = .281$ ,  $p < .001$ ). Pflegeeltern mit einem Normalfamilienverständnis erleben das Verhältnis zu den Herkunftseltern tendenziell unterstützend ( $r = .301$ ,  $p < .001$ ).

## 11.4.5 Zusammenfassung

Die Tabellen 11-64 und 11-65 geben einen Überblick zu den persönlichen und familiären Ressourcen der Pflegefamilien:

Tabelle 11-64: Übersicht der Skalen zu den persönlichen Ressourcen der Pflegeeltern

Skala	Anzahl Items	Antwortspektrum	Anzahl Fälle ( $N_{\max} = 232$ )	Mittelwert	Streuung	Interne Konsistenz: Cronbachs $\alpha$	
S12	Lebensfreude	12	1 – 4	229	3.38	.41	.8425
S13	Selbstwirksamkeit	10	1 – 4	230	3.20	.46	.8437
S14	aktive Stressverarbeitung	6	1 – 5	198	3.55	.72	.7730
S15	Problemeinschätzung	3	1 – 4	230	2.00	.85	.7132
S16	Orientierung an Prinzipien	3	1 – 4	230	3.67	.46	.6062
S17	Diskursbereitschaft	9	1 – 4	229	3.41	.45	.7884

Tabelle 11-65: Übersicht der Skalen zu den pflegefamiliären Ressourcen

Skala	Anzahl Items	Antwortspektrum	Anzahl Fälle (N <sub>max</sub> = 170)	Mittelwert	Streuung	Interne Konsistenz: Cronbachs $\alpha$	
S18	Verantwortungsteilung	2	1 – 4	147	2.88	.84	.6105
S19	Ersatzfamilienverständnis	3	1 – 4	166	3.02	.92	.8207
S20	Normalfamilienverständnis	2	1 – 4	166	2.77	.91	.4622
S21	erhaltene und erwartete Unterstützung	3	1 – 4	166	2.95	.73	.6642
S22	allgemeine Unterstützungszufriedenheit	2	1 – 4	168	3.12	.84	.7916
S23	unterstützendes Verhältnis zur Herkunftsfamilie	4	1 – 4	161	2.94	.90	.8016
S24	Geschwisterplatzierungen	2	1 – 4	29	3.78	.47	.8000

Kötters (1997) Befunde betreffend höhere Austauschbereitschaft, intensiveren Kontakt zu einer Sozialarbeiterin oder einem Sozialarbeiter und vermehrte Unterstützung zwischen Pflege- und Herkunftsfamilie von Pflegeeltern mit laufenden Besuchskontakten gegenüber jenen ohne Besuchskontakte zeigten sich nicht.

Es offenbarte sich, dass in der Mehrheit aller Pflegefamilien (85.9 %) die Rollen traditionell verteilt sind. In Bezug auf die persönlichen Ressourcen erwies sich, dass Pflegemütter eine aktivere Stressverarbeitung, eine höhere Diskursbereitschaft und eine grössere Offenheit haben.

Was die Ressourcen anbelangt, lassen sich Gruppen von Pflegeeltern ausfindig machen. Personen mit einer hohen Lebensfreude und einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung haben zum Beispiel eher ein Ersatzfamilien- und Normalfamilienverständnis, sie teilen sich die Verantwortung für Aufgaben und sind mit der Verteilung der Rollen zufrieden. Diese Personengruppe schätzt Probleme tendenziell niedrig ein und hat eine passive Stressverarbeitung. Personen mit einer hohen Problemeinschätzung und einer aktiven Stressverarbeitung haben hingegen eher kein Normalfamilienverständnis und glauben tendenziell nicht, dass beide Pflegeeltern gleichviel Verantwortung übernehmen.

### ***11.5 Beschreibung der Haupteffekte***

In diesem Kapitel werden die in den Hypothesen über die Haupteffekte behaupteten Beziehungen (vgl. 8.2.1) überprüft. Gelingen wird bei der Prüfung der Hypothesen durch die Skala

gelungene Integration operationalisiert. Zusätzlich wird auf die Skala zum Unterstützungsverhalten zurückgegriffen, um neben einer Aussage, die eher eine Einstellung misst, eine zweite Aussage hinzuzuziehen, die eher das Handeln betrifft. Die Befunde im Zusammenhang mit der Unterstützung werden im Folgenden nur berichtet, wenn signifikante Unterschiede vorliegen, wenn die Befunde unerwartet ausfallen oder wenn sie die Darstellung bereichern.

Zur Präzisierung der jeweiligen Hypothesen über die Haupteffekte wurde jeweils eine als sinnvoll betrachtete Anzahl von Teilhypothesen formuliert. Diese basieren einerseits auf der zusammengetragenen Forschung und Theorie, andererseits handelt es sich um plausibel erscheinende Vermutungen. Da zur gelungenen Integration und zum Unterstützungsverhalten Skalen vorliegen, kann Gelingen als ein Kontinuum begriffen werden. Für Items, die dichotome Antwortmöglichkeiten haben, wird eine Varianzanalyse (inklusive ANOVA) vorgenommen. Die Items mit den Antwortmöglichkeiten „trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“ wurden ebenfalls so recodiert, dass zwei Gruppen gebildet wurden: „trifft (eher) zu“ und „trifft (eher) nicht zu“. Wo Skalen vorhanden sind, werden Korrelationen berechnet.

Die Verifizierung bzw. Falsifizierung der Hypothesen erfolgt, indem Gelingen durch die Skala gelungene Integration operationalisiert wird. In den Tabellen 11-66 bis 11-70 wird mit einem Symbol (+, –) angegeben, welche der Hypothesen beibehalten bzw. falsifiziert werden:

- + Die Hypothese wird bestätigt. Der vermutete Zusammenhang zeigt sich in Bezug auf das Gelingen, das durch die Skala gelungene Integration operationalisiert wird.
- Die Hypothese wird verworfen. Der vermutete Zusammenhang zeigt sich in Bezug auf das Gelingen, das durch die Skala gelungene Integration operationalisiert wird, nicht.

Bei bestätigten Hypothesen verweist die Anzahl Sternchen auf das Signifikanzniveau.<sup>45</sup> Zudem werden die Ergebnisse der Hypothesenprüfungen kurz kommentiert. Bei signifikanten Ergebnissen wird in Klammern das Testresultat angegeben.

### **11.5.1 Zusammenhänge zwischen Ausgangsbedingungen und Gelingen**

Es wurden die folgenden Hypothesen zur Wirkung der Ausgangsbedingungen auf das Gelingen formuliert:

---

<sup>45</sup> \* =  $p < .050$   
\*\* =  $p < .010$   
\*\*\* =  $p < .001$

H<sub>1a</sub> Das Gelingen eines Pflegeverhältnisses steht im positiven Zusammenhang mit vereinfachenden Ausgangsbedingungen.

H<sub>1b</sub> Wenn erschwerende Ausgangsbedingungen vorliegen, gelingen Pflegeverhältnisse weniger gut.

Um „vereinfachende“ und „erschwerende“ Ausgangsbedingungen zu operationalisieren, kann bei Variablen, für die zwei Merkmale (zum Beispiel Dauer- und Wochenpflege) bzw. die in zwei Merkmalsausprägungen vorliegen, das eine Merkmal bzw. die eine Merkmalsausprägung als vereinfachend und die andere als erschwerend eingeschätzt werden. Für eine Reihe solcher Variablen wurden entsprechende Teilhypothesen formuliert. Sie werden anhand des 2. Datensatzes – 170 Pflegeverhältnisse – überprüft.

H<sub>1.1</sub> Verwandtschaftspflegeverhältnisse gelingen besser als Nichtverwandtschaftspflegeverhältnisse.

H<sub>1.2</sub> Dauerpflegeverhältnisse gelingen besser als Wochenpflegeverhältnisse.

H<sub>1.3</sub> Pflegeverhältnisse gelingen besser, wenn das Pflegeverhältnis länger dauert.

H<sub>1.4</sub> Pflegeverhältnisse mit Pflegekindern, die ein niedrigeres Aufnahmealter haben, gelingen besser.

H<sub>1.5</sub> Pflegeverhältnisse mit jüngeren Pflegekindern gelingen besser.

H<sub>1.6</sub> Pflegeverhältnisse gelingen besser, wenn das Pflegekind das einzige oder das jüngste Kind in der Pflegefamilie ist.

H<sub>1.7</sub> Pflegeverhältnisse gelingen besser, wenn die Pflegeeltern keinen Kontakt zu den Herkunftseltern haben.

H<sub>1.8</sub> Pflegeverhältnisse, in welchen die Pflegeeltern Kontakt zu den Herkunftseltern haben, gelingen besser, wenn sie mehr als den nötigsten Kontakt haben.

H<sub>1.9</sub> Dauerpflegeverhältnisse ohne Besuchskontakte gelingen besser als solche mit Besuchskontakten.

H<sub>1.10</sub> Dauerpflegeverhältnisse mit Besuchskontakten gelingen besser, wenn die Kontakte regelmässig stattfinden.

H<sub>1.11</sub> Pflegeverhältnisse gelingen besser, wenn die Herkunftsfamilie zum Zeitpunkt der Inpflegegabe wenigen Belastungen gegenüberstand.

H<sub>1.12</sub> Pflegeverhältnisse gelingen besser, wenn sich die Situation in der Herkunftsfamilie seit der Inpflegegabe nicht verschlechtert hat.

H<sub>1.13</sub> Pflegeverhältnisse gelingen besser, wenn das Pflegekind keine (bzw. eher keine) traumatischen Erfahrungen machen musste.

- H<sub>1.14</sub> Pflegeverhältnisse gelingen besser, wenn das Pflegekind zu Beginn des Pflegeverhältnisses keine (bzw. eher keine) Verhaltensauffälligkeiten zeigte.
- H<sub>1.15</sub> Pflegeverhältnisse gelingen besser, wenn das Pflegekind seinen Betreuungsort vor der Inpflegegabe nicht oft wechselte.
- H<sub>1.16</sub> Pflegeverhältnisse von Pflegeeltern, die sich aktiv um die Aufnahme eines Pflegekindes bemühten, gelingen besser.
- H<sub>1.17</sub> Pflegeverhältnisse von Personen, die sich insgesamt ausreichend (bzw. eher ausreichend) auf die Aufnahme des Pflegekindes vorbereiten konnten, gelingen besser.
- H<sub>1.18</sub> Pflegeverhältnisse von Personen, die über die Indikation der Platzierung informiert sind, gelingen besser.
- H<sub>1.19</sub> Pflegeverhältnisse von Personen, die über die zeitliche Perspektive des Pflegeverhältnisses informiert sind, gelingen besser.
- H<sub>1.20</sub> Pflegeverhältnisse von Pflegefamilien, in welchen nur ein Pflegeelternteil einen Fragebogen ausgefüllt hat, gelingen besser (diese Pflegeeltern erfahren weniger Leidensdruck).

Tabelle 11-66: Effekte der Ausgangsbedingungen auf das Gelingen

Nr.	Effekte	Kommentar
H <sub>1.1</sub>	+ *	In Verwandtschaftspflegeverhältnissen ist die Integration des Pflegekindes stärker gelungen als in nichtverwandtschaftlichen Pflegeverhältnissen (df = 1; F = 5.401, p < .021). In Bezug auf die Unterstützung zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen.
H <sub>1.2</sub>	-	Dauer- und Wochenpflegeverhältnisse unterscheiden sich in Bezug auf das Ausmass der gelungenen Integration nicht signifikant. Dauerpflegekinder erfahren erwartungsgemäss mehr Unterstützung (df = 1; F = 7.310, p < .008).
H <sub>1.3</sub>	-	Bezüglich der Dauer der Pflegeverhältnisse zeigte sich kein signifikanter Unterschied im Hinblick auf die Integration. Pflegekinder in neueren Pflegeverhältnissen – jüngere Kinder – erhalten jedoch mehr Unterstützung (r = .162, p < .040). Die Dauer korreliert mit dem Alter des Pflegekindes: r = .569, p < .001).
H <sub>1.4</sub>	+ **	Die Integration der Pflegekinder in ihre Pflegefamilien erweist sich als umso stärker verwirklicht, je jünger die Pflegekinder bei der Inpflegeaufnahme waren (r = .245, p < .002). Pflegekinder mit einem niedrigen Aufnahmealter erfahren auch mehr Unterstützung (r = .202, p < .011; die Korrelation zwischen Aufnahme- und Lebensalter beträgt .374, p < .001).
H <sub>1.5</sub>	+ *	Je jünger die Pflegekinder sind, umso stärker ist ihre Integration gelungen (r = .160, p < .040). Jüngere Pflegekinder erhalten mehr Unterstützung (r = .400, p < .001).

H <sub>1.6</sub>	–		In Bezug auf das Ausmass einer gelungenen Integration liegt kein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe von Pflegekindern, die einziges oder jüngstes Kind, und jener, die mittleres oder ältestes Kind in der Pflegefamilie sind, vor. Pflegekinder, die das jüngste oder einzige Kind sind, erfahren jedoch mehr Unterstützung (df = 1; F = 4.445, p < .037).
H <sub>1.7</sub>	–		Die Existenz bzw. Nichtexistenz von Kontakten zwischen den Pflege- und Herkunftseltern steht nicht im Zusammenhang mit dem Gelingen der Integration.
H <sub>1.8</sub>	+	*	Falls die Pflegeeltern Kontakt zu den Herkunftseltern haben, ist die Integration des Pflegekindes stärker verwirklicht, wenn die Pflegeeltern mehr als den nötigsten Kontakt zu den Herkunftseltern haben (df = 1; F = 6.385, p < 013). Zudem bekommt das Pflegekind in diesem Fall mehr Unterstützung (df = 1; F = 4.681, p < .032).
H <sub>1.9</sub>	–		Zwischen der Existenz bzw. Nichtexistenz von Besuchskontakten zwischen dem Pflegekind und der Herkunftsfamilie und dem Gelingen der Integration besteht kein Zusammenhang. Pflegekinder erhalten jedoch mehr Unterstützung von den Pflegeeltern, wenn keine Besuchskontakte stattfinden (df = 1; F = 4.856, p < .029).
H <sub>1.10</sub>	–		Die Regelmässigkeit der Besuchskontakte des Pflegekindes steht nicht im Zusammenhang mit dem Gelingen der Integration oder mit dem Ausmass der Unterstützung.
H <sub>1.11</sub>	–		Zwischen der Anzahl der genannten Belastungsfaktoren, welchen die Herkunftsfamilie zum Zeitpunkt der Inpflegegabe gegenüberstand, und einer (weniger) gelungenen Integration des Pflegekindes in die Pflegefamilie besteht auf dem 5%-Niveau keine signifikante Beziehung (r = .140, p < .073).
H <sub>1.12</sub>	+	***	Falls sich die Belastungssituation in der Herkunftsfamilie verschlechtert hat, ist das Pflegekind tendenziell schlechter integriert (df = 1; F = 10.695, p < .001).
H <sub>1.13</sub>	+	***	Eine weniger gut verwirklichte Integration des Pflegekindes hängt mit der Annahme zusammen, dass das Kind vor der Inpflegegabe traumatische Erfahrungen machen musste (df = 1; F = 10.934, p < .001).
H <sub>1.14</sub>	–		Auf dem 5%-Niveau zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen weniger verwirklichter Integration und Verhaltensauffälligkeiten des Pflegekindes zu Beginn des Pflegeverhältnisses (df = 1; F = 3.588, p < .060).
H <sub>1.15</sub>	–		Auf dem 5%-Niveau zeigt sich streng genommen kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Betreuungsortswechsels und dem Gelingen bzw. Misslingen der Integration des Pflegekindes (r = .168, p < .051).

H <sub>1.16</sub>	–		Die Unterschiede in Bezug auf das Gelingen zwischen Personen, die angefragt wurden, das Pflegekind aufzunehmen, und solchen, die sich wahrscheinlich selbst aktiv um die Aufnahme bemühten, sind nicht signifikant.
H <sub>1.17</sub>	+	**	Wenn sich die Pflegemutter oder der Pflegevater insgesamt ausreichend auf die Pflegebeziehung vorbereiten konnte, ist das Pflegekind besser in die Pflegefamilie integriert (df = 1; F = 8.960, p < .003) und wird mehr unterstützt (df = 1; F = 4.972, p < .027).
H <sub>1.18</sub>	–		Die Tatsache, ob den Pflegeeltern die Indikation der Platzierung bekannt ist oder nicht, wirkt sich nicht auf das Gelingen der Integration und die Unterstützung des Pflegekindes aus.
H <sub>1.19</sub>	–		Kenntnisse der Pflegeeltern über die zeitliche Perspektive des Pflegeverhältnisses stehen nicht im Zusammenhang mit der Verwirklichung der Integration und der Unterstützung des Pflegekindes.
H <sub>1.20</sub>	+	*	Wenn nur ein Pflegeelternteil den Fragebogen ausgefüllt hat, ist die Integration des Pflegekindes besser gelungen, als wenn beide Pflegeelternteile einen Fragebogen ausfüllten (df = 1; F = 1.336, p < .017). Dieser Sachverhalt lässt eine Reihe von Vermutungen zu (vgl. 11.6 zum Zusammenspiel der unabhängigen Variablen).

## 11.5.2 Zusammenhänge zwischen Belastungen und Gelingen

Es wurden die folgenden Hypothesen zur Wirkung der Belastungen auf das Gelingen formuliert:

- H<sub>2a</sub> Das Gelingen eines Pflegeverhältnisses steht in (negativem) Zusammenhang mit Belastungen.
- H<sub>2b</sub> Wenn viele Belastungen wahrgenommen werden, gelingen Pflegeverhältnisse weniger gut.

### 11.5.2.1 Hypothesen, welche die pflegekindliche Belastung betreffen

Die folgenden Teilhypothesen betreffen die Wirkung der pflegekindlichen Belastungen auf das Gelingen. Ihre Prüfung erfolgt anhand des 2. Datensatzes (170 Pflegekinder).

- H<sub>2.1</sub> Pflegeverhältnisse mit Pflegekindern, die mit niemandem in ihrer Herkunftsfamilie besondere Schwierigkeiten haben bzw. hatten, gelingen besser.
- H<sub>2.2</sub> Pflegeverhältnisse mit Pflegekindern, die nicht wissen, dass sie ein Pflegekind sind, gelingen besser.
- H<sub>2.3</sub> Pflegeverhältnisse mit Pflegekindern, die zu Beginn Anpassungsschwierigkeiten hatten, gelingen weniger gut.



- H<sub>2.4</sub> Pflegeverhältnisse mit Pflegekindern, die sich bis heute nicht gut an die neuen Bezugspersonen und die neue Umgebung anpassen konnten, gelingen weniger gut.
- H<sub>2.5</sub> Pflegeverhältnisse mit Pflegekindern, die viele und/oder ausgeprägte Probleme haben, gelingen weniger gut.
- H<sub>2.6</sub> Pflegeverhältnisse mit Pflegekindern, die keine (bzw. eher keine) Loyalitätskonflikte erleben, gelingen besser.
- H<sub>2.7</sub> Pflegeverhältnisse mit Pflegekindern, welche Besuchskontakte zur Herkunftsfamilie haben, gelingen besser, wenn die Kontakte vom Pflegekind eher unbelastend erlebt werden.
- H<sub>2.8</sub> Pflegeverhältnisse, in denen das Pflegekind und eigene Kinder miteinander Schwierigkeiten haben, gelingen weniger gut.

Tabelle 11-67: Effekte der pflegekindlichen Belastung auf das Gelingen

Nr.	Effekte		Kommentar
H <sub>2.1</sub>	+	**	Die Integration des Pflegekindes in die Pflegefamilie erweist sich als weniger gut verwirklicht, wenn das Pflegekind mit jemandem in der Herkunftsfamilie besondere Schwierigkeiten hat bzw. hatte (df = 1; F = 9.381, p < .003).
H <sub>2.2</sub>	+	*	Pflegekinder, welche sich ihres Status als Pflegekinder nicht bewusst sind, sind besonders gut in ihre Pflegefamilie integriert (df = 1; F = 6.400, p < .012) und erfahren viel Unterstützung (df = 1; F = 5.015, p < .027). Vor allem jüngere Kinder sind sich ihres Status nicht bewusst (df = 1; F = 23.825, p < .001).
H <sub>2.3</sub>	+	**	Pflegekinder, die sich schnell an die neuen Bezugspersonen und die neue Umgebung anpassen konnten, sind gut in ihre Pflegefamilie integriert (r = .239, p < .006).
H <sub>2.4</sub>	+	***	Je besser die Pflegekinder gegenwärtig angepasst sind, umso stärker ist ihre Integration verwirklicht (r = .408, p < .001).
H <sub>2.5</sub>	+	***	Pflegekinder die weniger oder weniger ausgeprägte Probleme haben, sind besser integriert (r = .518, p < .001).
H <sub>2.6</sub>	+	***	Pflegekinder, die (eher) keine Loyalitätskonflikte erleben, sind besser in ihre Pflegefamilie integriert (df=1, F = 13.667, p < .001).
H <sub>2.7</sub>	-		Das positive Erleben von Besuchskontakten durch das Pflegekind macht keine direkte Aussage über das Gelingen der Integration.
H <sub>2.8</sub>	+	***	Wenn zwischen dem Pflegekind und eigenen Kindern in der Pflegefamilie Probleme bestehen, gelingt die Integration des Pflegekindes weniger gut (r = .405, p < .001).

### 11.5.2.2 Hypothesen, welche die pflegeelterliche Belastung betreffen

Zur Wirkung der pflegeelterlichen Belastungserfahrung auf das Gelingen wurden nachfolgende Teilhypothesen formuliert und anhand des 1. Datensatzes (232 Pflegeeltern) überprüft.

- H<sub>2.9</sub> Wenn sich die Pflegeeltern gut an die Pflegebeziehung gewöhnt haben, gelingen Pflegeverhältnisse besser.
- H<sub>2.10</sub> Wenn sich die Pflegeeltern gegenwärtig durch die Pflegebeziehung nicht (bzw. eher nicht) stark belastet fühlen, gelingen Pflegeverhältnisse besser.
- H<sub>2.11</sub> Wenn sich die Pflegeeltern zu Beginn des Pflegeverhältnisse nicht (bzw. eher nicht) stark belastet fühlten, gelingen Pflegeverhältnisse besser.
- H<sub>2.12</sub> Wenn sich die Pflegeeltern vor der Inpflegenahme nicht (bzw. eher nicht) darum sorgen, ob sie ihrer Rolle gewachsen sein werden, gelingen Pflegeverhältnisse besser.
- H<sub>2.13</sub> Wenn sich die Pflegeeltern (mit verhaltensauffälligen Pflegekindern) durch die Verhaltensauffälligkeiten gegenwärtig belastet fühlen, gelingen Pflegeverhältnisse weniger gut.
- H<sub>2.14</sub> Wenn sich die Pflegeeltern durch die Verhaltensauffälligkeiten anfangs belastet fühlen, gelingen die Pflegeverhältnisse weniger gut.
- H<sub>2.15</sub> Die Pflegeverhältnisse von Pflegeeltern, die sich in ihrer Rolle als Pflegemutter bzw. Pflegevater belastet fühlen, gelingen weniger gut.
- H<sub>2.16</sub> Die Pflegeverhältnisse von Pflegeeltern, die zu wenig Zeit für Tätigkeiten haben, die ihnen wichtig sind, gelingen weniger gut.
- H<sub>2.17</sub> Die Pflegeverhältnisse von Pflegeeltern, die zu wenig Zeit mit dem Partner/der Partnerin verbringen können, gelingen weniger gut.
- H<sub>2.18</sub> Die Pflegeverhältnisse von Pflegeeltern, deren Paarbeziehung durch das Pflegeverhältnis belastet (bzw. eher belastet) wird, gelingen weniger gut.
- H<sub>2.19</sub> Die Pflegeverhältnisse von Pflegeeltern, die sich durch Besuchskontakte des Pflegekindes belastet fühlen, gelingen weniger gut.
- H<sub>2.20</sub> Pflegeverhältnisse von Pflegeeltern, welche die Erfahrung machen, dass sich andere einmischen, gelingen weniger gut.

Tabelle 11-68: Effekte der pflegeelterlichen Belastung auf das Gelingen

Nr.	Effekte		Kommentar
H <sub>2.9</sub>	+	***	Wenn sich die Pflegeeltern gut an die Pflegebeziehung gewöhnt haben, ist die Integration des Pflegekindes in die Pflegefamilie besser gelungen (df = 1; F = 15.786, p < .001).

H <sub>2.10</sub>	+	***	Pflegeeltern, die sich gegenwärtig (eher) nicht stark belastet fühlen, haben Pflegekinder, deren Integration stärker verwirklicht ist (df = 1, F = 56.547, p < .001).
H <sub>2.11</sub>	+	***	Bei Pflegeverhältnissen mit anfangsbelasteten Pflegeeltern ist das Pflegekind weniger gut integriert (df = 1; F = 10.667, p < .001).
H <sub>2.12</sub>	-		Zwischen der Vorbelastung und dem (Nicht-)Gelingen der Integration liegt kein signifikanter Zusammenhang vor. Vorbelastete Pflegeeltern tendieren interessanterweise dazu, ihre Pflegekinder besonders zu unterstützen (df = 1, F = 5.347, p < .022).
H <sub>2.13</sub>	+	***	Wenn sich die Pflegeeltern gegenwärtig durch Verhaltensauffälligkeiten belastet fühlen, ist die Integration des Pflegekindes in die Pflegefamilie weniger stark verwirklicht (r = .382, p < .001).
H <sub>2.14</sub>	+	*	Pflegeeltern, die sich zu Beginn des Pflegeverhältnisses durch Verhaltensauffälligkeiten des Pflegekindes belastet fühlten, haben Pflegekinder, deren Integration weniger stark verwirklicht ist (df = 1; F = 6.332, p < .013). Die gegenwärtige Belastung durch Verhaltensauffälligkeiten steht im Zusammenhang mit der anfänglichen Belastung (df = 1; F = 14.726, p < .001).
H <sub>2.15</sub>	+	***	Pflegeeltern, die sich in ihrer Rolle belastet fühlen, haben weniger gut integrierte Pflegekinder (r = .666, p < .001). Zudem werden die Pflegekinder weniger unterstützt, wenn sich die Pflegeeltern in ihrer Rolle belastet fühlen (r = .149, p < .028).
H <sub>2.16</sub>	+	***	Wenn die Pflegeeltern zu wenig Zeit für wichtige Tätigkeiten haben, sind die Pflegekinder weniger gut integriert (r = .254, p < .001).
H <sub>2.17</sub>	+	***	Pflegeeltern, die glauben, zu wenig Zeit mit dem Partner bzw. der Partnerin verbringen zu können, haben weniger gut integrierte Pflegekinder (r = .222, p < .001).
H <sub>2.18</sub>	+	***	Wenn die Paarbeziehung belastet wird, ist die Integration weniger verwirklicht (df = 1, F = 27.849, p < .001). Pflegekinder von Pflegeeltern, deren Paarbeziehung belastet wird, erfahren weniger Unterstützung (df = 1, F = 10.469, p < .001).
H <sub>2.19</sub>	+	*	Die Integration des Pflegekindes gelingt weniger gut, wenn die Pflegeeltern sich durch Besuchskontakte belastet fühlen (df = 1; F = 4.743, p < .031).
H <sub>2.20</sub>	+	*	Wenn die Pflegeeltern die Erfahrung machen, dass Aussenstehende sich einmischen, gelingen Pflegeverhältnisse weniger gut (r = .148, p < .026).

### 11.5.3 Zusammenhänge zwischen Ressourcen und Gelingen

Es wurden die folgenden Hypothesen zur Wirkung der Ressourcen auf das Gelingen formuliert:

H<sub>3a</sub> Das Gelingen eines Pflegeverhältnisses steht im positiven Zusammenhang mit vorhandenen Ressourcen.

H<sub>3b</sub> Wenn es an Ressourcen mangelt, gelingen Pflegeverhältnisse eher nicht.

#### 11.5.3.1 Hypothesen, welche die pflegeelterlichen Ressourcen betreffen

Die Überprüfung der entsprechenden Teilhypothesen erfolgt anhand des 1. Datensatzes (232 Pflegeeltern).

H<sub>3.1</sub> Wenn die Pflegeeltern viel Lebensfreude haben, gelingen die Pflegeverhältnisse besser.

H<sub>3.2</sub> Wenn die Pflegeeltern eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung haben, gelingen die Pflegeverhältnisse besser.

H<sub>3.3</sub> Wenn die Pflegeeltern eine hohe Diskursbereitschaft haben, gelingen die Pflegeverhältnisse besser.

H<sub>3.4</sub> Wenn sich die Pflegeeltern stärker an der Aufrechterhaltung von Strukturen orientieren, gelingen Pflegeverhältnisse weniger gut.

H<sub>3.5</sub> Wenn die Pflegeeltern Probleme niedrig einschätzen, gelingen Pflegeverhältnisse besser.

H<sub>3.6</sub> Wenn die Pflegeeltern eine passive Stressverarbeitung haben, gelingen die Pflegeverhältnisse besser.

Tabelle 11-69: Effekte der pflegeelterlichen Ressourcen auf das Gelingen

Nr.	Effekte	Kommentar
H <sub>3.1</sub>	+ ***	Je mehr Lebensfreude die Pflegeeltern haben, umso stärker ist die Integration des Pflegekindes in die Pflegefamilie verwirklicht ( $r = .552$ , $p < .001$ ). Zudem erfahren die Pflegekinder von lebensfrohen Pflegeeltern mehr Unterstützung ( $r = .153$ , $p < .022$ ).
H <sub>3.2</sub>	+ ***	Je höher die Selbstwirksamkeitserwartung der Pflegeeltern ist, umso stärker ist das Pflegekind integriert ( $r = .406$ , $p < .001$ ). Die Pflegekinder dieser Pflegeeltern werden auch mehr unterstützt ( $r = .275$ , $p < .001$ ).
H <sub>3.3</sub>	+ ***	Je höher die Diskursbereitschaft der Pflegeeltern ist, umso eher ist die Integration gelungen ( $r = .498$ , $p < .001$ ). Pflegekinder von diskursbereiten Pflegeeltern erfahren mehr Unterstützung ( $r = .221$ , $p < .001$ ).

H <sub>3.4</sub>	-		Die Orientierung an Prinzipien steht nicht im Zusammenhang mit Gelingen bzw. Misslingen der Integration.
H <sub>3.5</sub>	+	***	Wenn die Pflegeeltern eine niedrige Problemeinschätzung haben, ist die Integration stärker verwirklicht ( $r = .714$ , $p < .001$ ). Die Pflegekinder von Pflegeeltern mit einer niedrigeren Problemeinschätzung werden eher unterstützt ( $r = .205$ , $p < .002$ ).
H <sub>3.6</sub>	+	*	Pflegeeltern, die eine eher passive Stressverarbeitung haben, haben Pflegekinder, deren Integration eher gelungen ist ( $r = .164$ , $p < .021$ ).

### 11.5.3.2 Hypothesen, welche die pflegefamilialen Ressourcen betreffen

Die Überprüfung der entsprechenden Teilhypothesen erfolgt anhand des 2. Datensatzes (170 Pflegefamilien).

- H<sub>3.7</sub> Wenn die Pflegeeltern ein Ersatzfamilienverständnis haben, gelingen die Pflegeverhältnisse besser.
- H<sub>3.8</sub> Wenn die Pflegeeltern ein Normalfamilienverständnis haben, gelingen die Pflegeverhältnisse besser.
- H<sub>3.9</sub> Wenn die Pflegeeltern eine traditionelle Rollenaufteilung haben, gelingen die Pflegeverhältnisse besser.
- H<sub>3.10</sub> Wenn nicht beide Pflegeeltern ganz oder teilweise berufstätig sind, gelingen die Pflegeverhältnisse besser.
- H<sub>3.11</sub> Wenn die beiden Pflegeeltern mit der Verteilung der Aufgaben zufrieden sind, gelingen die Pflegeverhältnisse besser.
- H<sub>3.12</sub> Wenn das Verhältnis zwischen Pflege- und Herkunftseltern von den Pflegeeltern als unterstützend erlebt wird, gelingen Pflegeverhältnisse besser.
- H<sub>3.13</sub> Wenn die Pflegeeltern mehr Unterstützung erhalten und erwarten, gelingen Pflegeverhältnisse besser.
- H<sub>3.14</sub> Wenn die Pflegeeltern von mehreren Personen bzw. Personengruppen Unterstützung erhalten und erwarten, gelingen Pflegeverhältnisse besser.
- H<sub>3.15</sub> Wenn die Pflegeeltern mit der erhaltenen Unterstützung zufrieden sind, gelingen Pflegeverhältnisse besser.
- H<sub>3.16</sub> Pflegeverhältnisse von Pflegeeltern, die sozial gut integriert sind (häufig etwas mit anderen Leuten unternehmen oder sich häufig in einem Verein, einer Organisation oder Gruppe engagieren), gelingen besser.
- H<sub>3.17</sub> Pflegeverhältnisse von Pflegeeltern, die in einer Pflegeelterngruppe sind (oder Kontakt zu anderen Pflegeeltern haben), gelingen weniger gut.

- H<sub>3.18</sub> Wenn die Pflegeeltern eher wieder ein Pflegekind aufnehmen würden, gelingen die Pflegeverhältnisse besser.
- H<sub>3.19</sub> Wenn sich die Pflegeeltern vorstellen (bzw. eher vorstellen) können, das aufgenommene Kind zu adoptieren, gelingen Pflegeverhältnisse besser.
- H<sub>3.20</sub> Pflegeeltern, die nicht denken, dass das Pflegekind an einer anderen Pflegestelle besser aufgehoben wäre (und solche, die nicht daran denken, das Pflegeverhältnis abzubrechen), haben gelungenere Pflegeverhältnisse.

Tabelle 11-70: Effekte der pflegefamilialen Ressourcen auf das Gelingen

Nr.	Effekte		Kommentar
H <sub>3.7</sub>	+	***	Wenn die Pflegeeltern ein Ersatzfamilienverständnis haben, sind die Pflegekinder besser in die Pflegefamilie integriert ( $r = .417, p < .001$ ) und erfahren mehr Unterstützung ( $r = .261, p < .001$ ).
H <sub>3.8</sub>	+	***	Pflegeeltern mit einem ausgeprägteren Normalfamilienverständnis haben besser integrierte Pflegekinder ( $r = .394, p < .001$ ).
H <sub>3.9</sub>	-		Zwischen einer traditionellen Rollenaufteilung und der Verwirklichung der Integration zeigt sich auf dem 5%-Niveau kein signifikanter Unterschied ( $df = 1; F = 3.524, p < .063$ ).
H <sub>3.10</sub>	-		Zwischen der Berufstätigkeit beider Pflegeelternanteile und dem Gelingen bzw. Misslingen der Integration besteht kein Zusammenhang. Pflegekinder erfahren nicht mehr Unterstützung, wenn nicht beide Pflegeelternanteile berufstätig sind.
H <sub>3.11</sub>	+	***	Pflegeeltern, die mit der Aufgabenverteilung zufrieden sind, haben besser integrierte Pflegekinder ( $df = 1; F = 20.223, p < .001$ ). Die Pflegekinder dieser Pflegeeltern werden zudem mehr unterstützt ( $df = 1; F = 6.170, p < .014$ ).
H <sub>3.12</sub>	+	***	Wenn das Verhältnis zwischen den Pflege- und Herkunftseltern als unterstützend erlebt wird, ist das Pflegekind besser in die Pflegefamilie integriert ( $r = .337, p < .001$ ).
H <sub>3.13</sub>	+	*	Je mehr Unterstützung die Pflegeeltern erhalten und erwarten, umso stärker ist die Integration des Pflegekindes verwirklicht ( $r = .187, p < .017$ ). Pflegeeltern, die mehr Unterstützung erhalten und erwarten, unterstützen ihre Pflegekinder mehr ( $r = .254, p < .001$ ).
H <sub>3.14</sub>	-		Die Tatsache, ob von vielen verschiedenen Personen bzw. Personengruppen Unterstützung erhalten und/oder erwartet wird, steht nicht im Zusammenhang mit dem Gelingen der Integration.
H <sub>3.15</sub>	+	***	Die Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung hängt mit dem Gelingen der Integration zusammen ( $r = .291, p < .001$ ).

H <sub>3.16</sub>	–		Zwischen sozialer Integration der Pflegeeltern und der Verwirklichung der Integration des Pflegekinds liegt kein Zusammenhang vor.
H <sub>3.17</sub>	+	*	Die Pflegekinder von Pflegeeltern, die in einer Pflegeelterngruppe sind (df = 1; F = 5.349, p < .022) oder Kontakt zu anderen Pflegeeltern haben (df = 1, F = 3.887, p < .050), sind weniger gut integriert. Die Pflegeeltern bemühen sich wahrscheinlich eher um einen Austausch bzw. Kontakt zu anderen Pflegeeltern, wenn die Pflegeverhältnisse weniger gut laufen.
H <sub>3.18</sub>	+	*	Pflegeeltern, die (eher) wieder ein Pflegekind aufnehmen würden, haben tendenziell gut integrierte Pflegekinder (df = 1; F = 5.499, p < .020).
H <sub>3.19</sub>	+	***	Pflegeeltern, die das aufgenommene Pflegekind (eher) adoptieren würden, haben besser integrierte Pflegekinder (df = 1; F = 15.763, p < .001). Die Pflegekinder dieser Pflegeeltern erfahren viel Unterstützung (df = 1; F = 11.633, p < .001). Ein Adoptionswunsch steht nicht im signifikanten Zusammenhang mit dem Alter oder Aufnahmealter des Pflegekinds.
H <sub>3.20</sub>	+	***	Pflegeeltern, die (eher) nicht daran denken, das Pflegekind umzuplatzieren (df = 1; F = 57.945, p < .001) bzw. das Pflegeverhältnis aufzulösen (df = 1; F = 27.721, p < .001), haben Pflegekinder, deren Integration stärker verwirklicht ist.

### 11.5.4 Zusammenfassung der Haupteffekte

Die Hypothesen H<sub>I</sub>: „Das Gelingen eines Pflegeverhältnisses ist sowohl von den Ausgangsbedingungen als auch von den Belastungen abhängig“ und H<sub>II</sub>: „Das Gelingen eines Pflegeverhältnisses ist [...] auch von den Ressourcen abhängig“ konnten anhand der Prüfung einer Reihe von Teilhypothesen nicht falsifiziert werden. Verschiedene Ausgangsbedingungen, Belastungsfaktoren und Ressourcen zeigten bedeutsame Effekte auf das Gelingen der Integration des Pflegekinds in die Pflegefamilie.

An dieser Stelle werden die mittels Hypothesen überprüften signifikanten Zusammenhänge zwischen einzelnen Items und Skalen der unabhängigen Variablen und einer gelungenen Integration zusammengefasst. Da diese Zusammenhänge in Abschnitt 11.7 zur Hypothesenprüfung H<sub>III</sub>: „Die unabhängige Variable Ressourcen ist ein besserer Prädiktor für die abhängige Variable Gelingen als die unabhängigen Variablen Ausgangsbedingungen und/oder Belastungen“ herangezogen werden sollen, wurden für die Zusammenfassung nur jene berücksichtigt, die jeweils die ganze oder den grössten Teil der Stichprobe und nicht nur spezifischere Fälle (wie zum Beispiel Pflegefamilien, in denen eigene Kinder leben, oder Pflegeeltern, die Pflegekinder mit Verhaltensproblemen haben) betreffen. Zudem werden die Zusammenhänge

nicht berichtet, von denen angenommen wird, dass das Gelingen eher die Bedingung (unabhängige Variable) als das Resultat (abhängige Variable) darstellt (vgl. H<sub>1.20</sub>, H<sub>3.18</sub>, H<sub>3.19</sub> und H<sub>3.20</sub>).

- Zusammenhänge zwischen Ausgangsbedingungen und gelungener Integration:

Die Integration des Pflegekindes ist stärker verwirklicht bzw. umso stärker verwirklicht, ...

1. ... wenn es sich um Verwandtschaftspflege handelt.\*<sup>46</sup>
2. ... je niedriger das Aufnahmealter des Pflegekindes ist.\*\*
3. ... je jünger das Pflegekind ist.\*
4. ... wenn sich die Belastungssituation in der Herkunftsfamilie nicht verschlechtert hat.\*\*\*
5. ... wenn das Pflegekind (eher) keine traumatischen Erfahrungen machen musste.\*\*\*
6. ... wenn sich die Pflegeeltern insgesamt (eher) ausreichend vorbereiten konnten.\*\*

- Zusammenhänge zwischen Belastungen und gelungener Integration:

Die Integration des Pflegekindes ist stärker verwirklicht bzw. umso stärker verwirklicht, ...

7. ... wenn das Pflegekind mit niemandem in der Herkunftsfamilie besondere Schwierigkeiten hat bzw. hatte.\*\*
8. ... wenn sich das Pflegekind schnell anpassen konnte.\*\*
9. ... wenn das Pflegekind gegenwärtig gut angepasst ist.\*\*\*
10. ... je weniger bzw. je weniger ausgeprägte Probleme das Pflegekind hat.\*\*\*
11. ... wenn das Pflegekind eher keine Loyalitätskonflikte erlebt.\*\*\*
12. ... wenn sich die Pflegeeltern gut an die Pflegebeziehung gewöhnt haben.\*\*\*
13. ... wenn sich die Pflegeeltern gegenwärtig (eher) nicht stark belastet fühlen.\*\*\*
14. ... wenn die Pflegeeltern (eher) keine Anfangsbelastung erfahren haben.\*\*\*
15. ... wenn sich die Pflegeeltern in ihrer Rolle nicht belastet fühlen.\*\*\*
16. ... je mehr Zeit die Pflegeeltern für Tätigkeiten haben.\*\*\*
17. ... je mehr Zeit die Pflegeeltern mit dem Partner/der Partnerin verbringen.\*\*\*
18. ... wenn die Paarbeziehung (eher) nicht belastet wird.\*\*\*
19. ... je weniger sich jemand einzumischen versucht.\*

- Zusammenhänge zwischen Ressourcen und gelungener Integration:

Die Integration des Pflegekindes ist stärker verwirklicht bzw. umso stärker verwirklicht, ...

20. ... je mehr Lebensfreude die Pflegeeltern haben.\*\*\*
21. ... je höher die Selbstwirksamkeitserwartung der Pflegeeltern ist.\*\*\*
22. ... je höher die Diskursbereitschaft der Pflegeeltern ist.\*\*\*

---

<sup>46</sup> Die Sternchen kennzeichnen das Signifikanzniveau.



23. ... je niedriger die Problemeinschätzung der Pflegeeltern ist.\*\*\*
24. ... je passiver die Pflegeeltern Stress verarbeiten.\*
25. ... je ausgeprägter das Ersatzfamilienverständnis der Pflegeeltern ist.\*\*\*
26. ... je ausgeprägter das Normalfamilienverständnis ist.\*\*\*
27. ... wenn die Pflegeeltern mit der Aufgabenverteilung zufrieden sind.\*\*\*
28. ... je unterstützender das Verhältnis zwischen Pflege- und Herkunftseltern ist.\*\*\*
29. ... je mehr Unterstützung erhalten und erwartet wird.\*\*
30. ... je zufriedener die Pflegeeltern mit der erhaltenen Unterstützung sind.\*\*\*

## ***11.6 Das Zusammenspiel der unabhängigen Variablen***

Wie in Abschnitt 11.5 dargestellt wurde, haben sowohl Ausgangsbedingungen und Belastungen als auch Ressourcen einen Einfluss auf das Gelingen einer Pflegebeziehung und auf das Gelingen der Integration des Pflegekindes in die Pflegefamilie. Mit Hilfe der in Abschnitt 11.5.4 zusammengefassten Beziehungen zwischen den einzelnen unabhängigen Variablen und der abhängigen Variablen „gelungene Integration“ soll im Folgenden die Beantwortung der Frage, ob Ressourcen einen besseren Prädiktoren für eine gelungene Integration darstellen als Ausgangsbedingungen und/oder Belastungen, das heisst die Prüfung der Hypothese H<sub>III</sub>: „Die unabhängige Variable Ressourcen ist ein besserer Prädiktor für die abhängige Variable Gelingen als die unabhängigen Variablen Ausgangsbedingungen und/oder Belastungen“, angegangen werden.

Da es sich bei der theoretischen Überlegung, auf der die Hypothese H<sub>III</sub> basiert, nicht um ein additives Modell handelt, kann diese Hypothese empirisch bzw. mathematisch nicht vorbehaltlos überprüft bzw. verifiziert oder falsifiziert werden. Erschwerende Ausgangsbedingungen oder hohe Belastungen mit einem Summenwert abzubilden, würde der Dynamik im pflegefamilialen System kaum gerecht (vgl. 4.1). In Anlehnung an die Überlegungen zu einem interaktiven Modell der Resilienz ist es auch nicht die Summe der Ressourcen, die sich entscheidend auf ein Gelingen auswirkt, sondern sind es einzelne entscheidende Ressourcen, deren Vorhandensein zur Integration des Pflegekindes in die Pflegefamilie beiträgt (vgl. 6.3).

Um das Zusammenspiel der unabhängigen Variablen im Hinblick auf das Gelingen zu überprüfen, wird im Folgenden auf Verfahren der Regressionsanalyse zurückgegriffen. Die Regressionsanalyse ist eine Möglichkeit, um den Wert einer abhängigen Variablen aus dem Wert einer unabhängigen Variablen (einfache lineare Regression) oder aus den Werten mehrerer

unabhängiger Variablen (multiple lineare Regression) vorherzusagen (vgl. Bühl & Zöfel, 1999, 315). Das Ergebnis der Analyse ist eine Gleichung zur Vorhersage des Kriteriumwertes für einen Fall (vgl. Bortz, 1993, 415).

Alle Regressionsanalysen erfolgen anhand des 2. Datensatzes. Der 2. Datensatz wurde dafür so aufbereitet, dass die Daten von „Ausreißern“ bezüglich des Gelingens (vgl. Boxplot S. 195) nicht verwendet werden. Insgesamt werden Daten von 165 Personen, die 165 Pflegefamilien repräsentieren, für die Analysen verwendet. Um übersichtliche Darstellungen zu erhalten, werden alle Items und Skalen, die im Folgenden benutzt werden, so codiert, dass ein hoher Wert im positiven Zusammenhang mit dem Gelingen der Integration steht.

Da die (niedrige) Problemeinschätzung einen wesentlichen Einfluss auf das Gelingen der Integration hat (vgl. 11.5.4), wird auf diese Variable besonders eingegangen. Danach werden die unabhängigen Variablen Ausgangsbedingungen, Belastungen und Ressourcen einzeln betrachtet. Mit einer schrittweisen Regression werden für die drei Bereiche Ausgangsbedingungen, Belastungen und Ressourcen jeweils die Variablen gewählt, die nacheinander den höchsten partiellen Korrelationskoeffizienten mit der abhängigen Variablen gelungene Integration haben. Damit werden die für das Gelingen der Integration bedeutsamen Ausgangsbedingungen, Belastungsfaktoren und Ressourcen ersichtlich. Das Zusammenspiel dieser bedeutsamen Variablen wird in einem hierarchischen Modell betrachtet. Dieser Abschnitt wird mit einer Beurteilung der Ressourcen als eines besonderen Prädiktors für das Gelingen von Pflegebeziehungen beendet.

### 11.6.1 Kontrolle der Problemeinschätzung

Die Problemeinschätzung wurde im Rahmen dieser Untersuchung bisher als Ressource behandelt. Die Korrelation zwischen gelungener Integration und niedriger Problemeinschätzung ist besonders hoch ( $r = .720^{47}$ ,  $p < .001$ ). Das Streudiagramm (Abb. 11-24) veranschaulicht, dass die Integration besonders verwirklicht ist, wenn Pflegeeltern eine niedrige Problemeinschätzung aufweisen, und weniger gelungen ist, wenn die Pflegeeltern eine ausgeprägtere Problemeinschätzung haben (Die Komplexität der „Sonnenblumen“ im Streudiagramm entspricht der Häufigkeit der Fälle). Diese Tatsache muss bei der Prüfung der Hypothese H<sub>III</sub>

---

<sup>47</sup> Der Wert des Korrelationskoeffizienten weicht vom Wert, welcher in Abschnitt 11.5.3 für die entsprechende Korrelation angegeben wurde, leicht ab. Diese Abweichung basiert auf der Verwendung des 1. bzw. 2. Datensatzes für die entsprechende Berechnung.

berücksichtigt werden. Die Variable Problemeinschätzung kann auch als Störvariable betrachtet werden und muss daher kontrolliert werden (vgl. Huber, 1987, 171).

Zwischen der niedrigen Problemeinschätzung und dem Gelingen der Integration liegt ein linearer Zusammenhang vor. In Abbildung 11-25 ist die Regressionsgerade skizziert.<sup>48</sup>

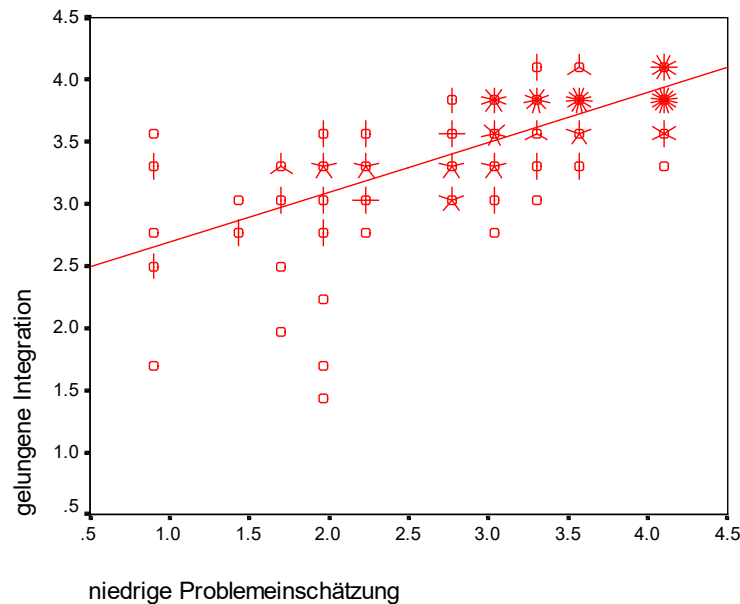


Abbildung 11-25: Gelungene Integration in Abhängigkeit von der Problemeinschätzung (Streudiagramm)

An dieser Stelle soll die Skala zur Problemeinschätzung nochmals betrachtet werden. Sie besteht aus den Items R29: „Die Pflegebeziehung hat sich meiner Meinung nach problemlos entwickelt“, R30: „Im Zusammenhang mit dem Pflegeverhältnis gab und gibt es eigentlich keine nennenswerten Schwierigkeiten“ und R31: „Niemand in unserer Familie hat oder hatte mit \_\_\_ \* irgendwelche Schwierigkeiten“ (vgl. 11.4.1.4).

Auf der Basis der zur Problemeinschätzung gehörenden Items kann einerseits der Eindruck gewonnen werden, dass die Skala möglicherweise einen Teilaspekt der gelungenen Integration abbildet (Das Item R29: „Die Pflegebeziehung hat sich ... problemlos entwickelt“ kann zum Beispiel in einen Zusammenhang mit dem Gelingen gebracht werden). Es kann andererseits sein, dass diese Skala soziale Erwünschtheit misst. Es wäre verständlich, dass die Pflegeeltern ihre Situation nicht problematisieren wollen. Ein grosser Teil der Pflegeeltern – insbesondere jene mit einer niedrigen Problemeinschätzung (vgl. 11.4.4) – erleben offenbar ei-

<sup>48</sup> Die Regressionsgleichung heisst:  $gelingen = 0.401 \cdot n\_probei + 2.294$ . 0.401 ist der Regressionskoeffizient. Die Konstante 2.294 entspricht dem Ordinatenabschnitt (zum Beispiel wird für einen Wert der niedrigen Problemeinschätzung von 2.500 ein Wert von 3.297 für die gelungene Integration erwartet).

nen „normalen“ familiären Alltag und begreifen sich als Ersatz- und „normale“ Familien. Zudem repräsentiert die Untersucherin auch ein Stück weit das Jugendamt, von dem die Pflegeeltern die Fragebogen erhielten. Die Befragung könnte – trotz der Gewährleistung der Anonymität – in den Augen der Pflegeeltern kontrollierenden Charakter bekommen haben. Die grosse Offenheit, mit der viele Pflegeeltern, die den Fragebogen ausgefüllt haben, persönlich auf die Untersuchung reagierten, die Vollständigkeit der Daten, die zahlreichen Bemerkungen und Anregungen sowie die hohe Interviewbereitschaft sprechen allerdings gegen eine Tendenz der Pflegeeltern, ihre Einstellungen nicht wirklich äussern zu wollen.

Als Ressource stellt niedrige Problemeinschätzung einen entscheidender Prädiktor für das Gelingen der Integration dar. Eine niedrige Problemeinschätzung hängt zum Beispiel auch mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung und hoher Lebensfreude zusammen (vgl. Tab. 11-48, S. 245).

### 11.6.2 Schrittweise Regression der Ausgangsbedingungen

In der Tabelle 11-71 sind nochmals jene Ausgangsbedingungen zusammengefasst, die einen signifikanten Effekt auf das Gelingen der Integration zeigten (vgl. 11.5.1). Diese Variablen werden nacheinander in eine Regressionsgleichung aufgenommen, und zwar so, dass schrittweise jeweils diejenige Variable ausgewählt wird, die mit der gelungenen Integration den höchsten partiellen Korrelationskoeffizienten hat. Die Variable mit dem kleinsten partiellen Regressionskoeffizienten wird nach jedem Schritt ausgeschlossen, falls der betreffende Regressionskoeffizient nicht signifikant ist (vgl. Bühl & Zöfel, 1999, 328).

Tabelle 11-71: Ausgangsbedingungen mit einer signifikanten Wirkung auf das Gelingen

Ausgangsbedingungen		Gelingen
Verwandtschaftspflegeverhältnis	→	hoch verwirklichte Integration
niedriges Aufnahmealter des Pflegekindes		
niedriges Lebensalter des Pflegekindes		
Verbesserung/Stabilität in der Herkunftsfamilie		
(eher) keine traumatischen Erfahrungen des Pflegekindes		
(eher) ausreichende Vorbereitung der Pflegeeltern		

Die Variablenauswahl der Ausgangsbedingungen erfolgt in vier Schritten (vgl. Tab. 11-72).

Tabelle 11-72: Regression der gelungenen Integration auf Ausgangsbedingungen

	I. Schritt		II. Schritt		III. Schritt		IV. Schritt	
	$\beta^{49}$	t	$\beta$	t	$\beta$	t	$\beta$	t
(eher) keine traumatischen Erfahrungen des Pflegekin- des	.278**	3.204	.253**	2.982	.263**	3.150	.218*	2.582
Verbesserung/Stabilität in der Herkunftsfamilie			.234**	2.757	.233**	2.800	.228**	2.783
Verwandtschaftspflege- verhältnis					.193*	2.326	.198*	2.430
niedriges Aufnahmealter des Pflegekin- des							.189*	2.245
R <sup>2</sup>	.077		.131		.168		.202	
R <sup>2</sup> <sub>change</sub>			.054**		.037*		.034*	

\* p &lt; .050

\*\* p &lt; .010

Nacheinander werden die Variablen „(eher) keine traumatischen Erfahrungen des Pflegekin- des“, „Verbesserung/Stabilität in der Herkunftsfamilie“, „Verwandtschaftspflegeverhältnis“ und „niedriges Aufnahmealter des Pflegekin- des“ in die Regressionsgleichung aufgenommen. Das Gelingen bzw. Misslingen lässt sich, wie in Abschnitt 11.5.1 gezeigt wurde, teilweise durch traumatische Erfahrungen des Pflegekin- des voraussagen. Die quadrierte Korrelation (R<sup>2</sup>) beträgt hier .077, das heisst, 7.7 % der Varianz der gelungenen Integration lassen sich durch „(eher) keine traumatischen Erfahrungen des Pflegekin- des“ aufklären (vgl. Tab. 11-72; I. Schritt). Werden zusätzlich die Änderung der Situation in der Herkunftsfamilie (II. Schritt), die Verwandtschaftlichkeit (III. Schritt) und das Aufnahmealter des Pflegekin- des (IV. Schritt) berücksichtigt, steigt die Varianzaufklärung in jedem Schritt statistisch bedeutsam (vgl. Tab. 11-72; R<sup>2</sup><sub>change</sub>). Gemeinsam würden die vier Ausgangsbedingungen 20.2 % der Varianz der gelungenen Integration aufklären.

### 11.6.3 Schrittweise Regression der Belastungen

In Tabelle 11-73 sind die Belastungsfaktoren zusammengestellt, die einen bedeutsamen Effekt auf das Gelingen der Integration zeigten (vgl. 11.5.2). Sie werden im Folgenden in eine Re- gressionsanalyse einbezogen.

<sup>49</sup> Beta-Koeffizienten sind Regressionskoeffizienten, welche auf den jeweiligen Wertebereich standardisiert sind. Sie geben die Wichtigkeit der aufgenommenen unabhängigen Variablen an (Bühl & Zöfel, 1999, 329).

Tabelle 11-73: Belastungen mit einer signifikanten Wirkung auf das Gelingen

Belastungen	Gelingen
Pflegekind hat mit niemandem in d. Herkunftsfam. besondere Schwierigkeiten schnelle Anpassung des Pflegekindes hohe gegenwärtige Anpassung des Pflegekindes Pflegekind hat keine (ausgeprägten) Probleme Pflegekind erlebt (eher) keine Loyalitätskonflikte (eher) sehr gute Gewöhnung der Pflegeeltern an die Pflegebeziehung (eher) keine gegenwärtige Belastung der Pflegeeltern (eher) keine Anfangsbelastung der Pflegeeltern niedrige Rollenbelastung der Pflegeeltern niedrige Zeitbelastung 1 (Zeit für Tätigkeiten) niedrige Zeitbelastung 2 (Zeit für Partner/Partnerin) (eher) keine Belastung der Paarbeziehung wenig Einmischen Aussenstehender	→ hoch verwirklichte Integration

Von den Belastungen werden mit der schrittweisen Methode der Regression zwei Variablen ausgewählt (vgl. Tab. 11-74): zuerst die Variable „niedrige Rollenbelastung der Pflegeeltern“ und danach die Variable „hohe gegenwärtige Anpassung des Pflegekindes“.

Tabelle 11-74: Regression der gelungenen Integration auf Belastungen

	I. Schritt		II. Schritt	
	$\beta$	t	$\beta$	t
niedrige Rollenbelastung der Pflegeeltern	.645***	9.292	.585***	8.817
hohe gegenwärtige Anpassung des Pflegekindes			.285***	4.295
R <sup>2</sup>	.416		.494	
R <sup>2</sup> <sub>change</sub>			.078***	

\*\*\* p < .001

Die Belastungsvariable Rollenbelastung klärt 41.6 % der Varianz der gelungenen Integration auf. Wird zusätzlich die gegenwärtige Anpassung des Pflegekindes berücksichtigt (II. Schritt), zeigt sich eine statistisch hoch signifikante Verbesserung der Varianzaufklärung (vgl. Tab. 11-74; R<sup>2</sup><sub>change</sub>). Sie steigt auf 49.4 %.

### 11.6.4 Schrittweise Regression der Ressourcen

Die folgenden in Tabelle 11-75 zusammengetragenen Ressourcen, die bedeutsame Effekte im Hinblick auf das Gelingen der Integration zeigten (vgl. 11.5.3), werden einer Regressionsanalyse unterzogen:

Tabelle 11-75: Ressourcen mit einer signifikanten Wirkung auf das Gelingen

Ressourcen	Gelingen
hohe Lebensfreude der Pflegeeltern hohe Selbstwirksamkeitserwartung der Pflegeeltern hohe Diskursbereitschaft der Pflegeeltern passive Stressverarbeitung der Pflegeeltern ausgeprägtes Ersatzfamilienverständnis ausgeprägtes Normalfamilienverständnis (eher) Zufriedenheit mit der Aufgabenverteilung zwischen den Pflegeeltern unterstützendes Verhältnis zwischen Pflege- und Herkunftseltern die Pflegefamilie erhält und erwartet viel Unterstützung hohe Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung in der Pflegefamilie	→ hoch verwirklichte Integration

Bei den Ressourcen werden die folgenden vier Variablen nacheinander ausgewählt (vgl. Tab. 11-76): „hohe Lebensfreude der Pflegeeltern“, „ausgeprägtes Ersatzfamilienverständnis“, „hohe Diskursbereitschaft der Pflegeeltern“ und „unterstützendes Verhältnis zwischen Pflege- und Herkunftsfamilie“.

35.3 % der Varianz der gelungenen Integration werden durch die Lebensfreude der Pflegeeltern aufgeklärt. Die Varianzaufklärung steigt bei der schrittweisen Berücksichtigung zusätzlicher Variablen jeweils statistisch signifikant (vgl. Tab. 11-76;  $R^2_{\text{change}}$ ): Bei der Hinzunahme des Ersatzfamilienverständnisses steigt die Varianzaufklärung auf 43.8 % (II. Schritt), bei der Hinzunahme der Diskursbereitschaft auf 47.7 % (III. Schritt) und bei der Hinzunahme des unterstützenden Verhältnisses zwischen Pflege- und Herkunftseltern auf 51.7 % (IV. Schritt).

Tabelle 11-76: Regression der gelungenen Integration auf Ressourcen

	I. Schritt		II. Schritt		III. Schritt		IV. Schritt	
	$\beta$	t	$\beta$	t	$\beta$	t	$\beta$	t
hohe Lebensfreude der Pflegeeltern	.594***	8.161	.527***	7.532	.442***	6.019	.382***	5.208
ausgeprägtes Ersatzfamilienverständnis			.298***	4.261	.254***	3.665	.264***	3.936
hohe Diskursbereitschaft der Pflegeeltern					.225**	3.014	.227**	3.161
unterstützendes Verh. zwischen Pflege- u. Herkunftsfamilie							.208**	3.132
$R^2$	.353		.438		.477		.517	
$R^2_{\text{change}}$			.084***		.040**		.040**	

\*\*  $p < .010$

\*\*\*  $p < .001$

### 11.6.5 Gemeinsames Regressionsmodell

Wenn bei einer Regressionsanalyse die Problemeinschätzung in einem ersten Schritt konstant gehalten bzw. kontrolliert wird, zeigt sich, dass von den ausgewählten Variablen (vier Ausgangsbedingungen, zwei Belastungsfaktoren und vier Ressourcen), die in den zweiten Schritt aufgenommen werden, einige ihren starken Einfluss auf das Gelingen verlieren (vgl. Tab. 11-77).

Tabelle 11-77: Kontrolle der Problemeinschätzung

Schritt	Variable	$\beta$	t	Sig.
I	niedrige Problemeinschätzung	.720	11.319	.001
II	niedrige Problemeinschätzung	.353	4.757	.001
	(eher) keine traumatischen Erfahrungen des Pflegekindes	.016	.272	.786
	Verbesserung/Stabilität in der Herkunftsfamilie	.057	1.049	.297
	Verwandtschaftspflegeverhältnis	.048	.929	.355
	niedriges Aufnahmealter des Pflegekindes	.158	2.884	.005
	niedrige Rollenbelastung der Pflegeeltern	.160	1.969	.051
	hohe gegenwärtige Anpassung des Pflegekindes	.141	2.607	.010
	hohe Lebensfreude der Pflegeeltern	.178	2.442	.016
	ausgeprägtes Ersatzfamilienverständnis	.202	3.497	.001
	hohe Diskursbereitschaft der Pflegeeltern	.101	1.696	.093
	unterstützendes Verh. zwischen Pflege- u. Herkunftsfam.	.077	1.345	.181

Von den vier Ausgangsbedingungen hat bei Kontrolle der Problemeinschätzung nur das Aufnahmealter des Pflegekindes einen statistisch signifikanten Einfluss auf das Gelingen der Integration. Die Diskursbereitschaft der Pflegeeltern und das unterstützende Verhältnis zwischen Pflege- und Herkunftsfamilie haben ebenfalls keine signifikanten Effekte, wenn die Problemeinschätzung kontrolliert wird.

Das Zusammenspiel der unabhängigen Variablen wird im Folgenden unter Berücksichtigung der Ausgangsbedingung Aufnahmealter des Pflegekindes, der Belastungsfaktoren Rollenbelastung der Pflegeeltern und gegenwärtige Anpassung des Pflegekindes sowie der Ressourcen Lebensfreude der Pflegeeltern und Ersatzfamilienverständnis betrachtet. Bei den Belastungen und Ressourcen werden somit jene Variablen berücksichtigt, die bei der jeweiligen schrittweisen Regression in den ersten zwei Schritten ausgewählt wurden. Bei den Ausgangsbedingungen ist dies nicht der Fall. Lediglich das Aufnahmealter des Pflegekindes behält bei Kontrolle der Problemeinschätzung einen signifikanten Effekt auf das Gelingen. Es wird eine hierarchische Regressionsanalyse vorgenommen. Bei einer hierarchischen Regression wird selbst, das



heisst theoretisch bestimmt, welche Variablen bzw. Variablengruppen wann in die Regressionsgleichung aufgenommen werden sollen. Es werden die folgenden beiden Varianten überprüft (vgl. Tab. 11-78).

Tabelle 11-78: Hierarchische Aufnahme der Variablen in die Regressionsgleichung

Schritt	Variante A	Variante B
I	Problemeinschätzung	Problemeinschätzung
II	Ressourcen: – Lebensfreude der Pflegeeltern – Ersatzfamilienverständnis	Ausgangsbedingung: – Aufnahmealter des Pflegekindes Belastungen: – Rollenbelastung der Pflegeeltern – Anpassung des Pflegekindes
III	Ausgangsbedingung: – Aufnahmealter des Pflegekindes Belastungen: – Rollenbelastung der Pflegeeltern – Anpassung des Pflegekindes	Ressourcen: – Lebensfreude der Pflegeeltern – Ersatzfamilienverständnis

Die Variante A des Regressionsmodells eignet sich zur Prüfung der Hypothese  $H_{III}$  (vgl. Tab. 11-78). Wenn in einem hierarchischen Regressionsmodell die Ressourcen (vgl. Tab. 11-78; II. Schritt) vor den Ausgangsbedingungen und Belastungen (III. Schritt) aufgenommen werden und durch den dritten Schritt keine zusätzliche Varianz erklärt wird, spielen die Ausgangsbedingungen und Belastungen für das Gelingen von Pflegeverhältnissen keine Rolle. Mit Variante B kann im Prinzip das Gegenteil überprüft werden, das heisst, ob die Ressourcen eine zusätzliche Varianz aufklären, wenn sie nach den Ausgangsbedingungen und den Belastungen im Regressionsmodell berücksichtigt werden (in beiden Varianten wird die Problemeinschätzung im ersten Schritt aufgenommen und kontrolliert). Die Tabellen 11-79 und 11-80 zeigen die Regression der gelungenen Integration auf Variante A und Variante B.

Tabelle 11-79: Regression der gelungenen Integration auf Variante A

	I. Schritt		II. Schritt		III. Schritt	
	$\beta$	t	$\beta$	t	$\beta$	t
niedrige Problemeinschätzung (n_probei)	.720***	11.555	.552***	9.138	.406***	5.805
hohe Lebensfreude der Pflegeeltern (lebensfr)			.256***	4.179	.204**	3.068
ausgeprägtes Ersatzfamilienverständnis (ersatzve)			.279***	5.197	.215***	3.926
niedriges Aufnahmealter des Pflegekindes (n_aufnal)					.155**	2.923
niedrige Rollenbelastung der Pflegeeltern (n_robela)					.179*	2.347
hohe gegenwärtige Anpassung des Pflegekindes (anpasshe)					.146**	2.762
R <sup>2</sup>	.518		.666		.717	
R <sup>2</sup> <sub>change</sub>			.148***		.051***	

\* p &lt; .050

\*\* p &lt; .010

\*\*\* p &lt; .001

Tabelle 11-80: Regression der gelungenen Integration auf Variante B

	I. Schritt		II. Schritt		III. Schritt	
	$\beta$	t	$\beta$	t	$\beta$	t
niedrige Problemeinschätzung (n_probei)	.720***	11.555	.442***	5.673	.406***	5.805
niedriges Aufnahmealter des Pflegekindes (n_aufnal)			.217***	3.973	.155**	2.923
niedrige Rollenbelastung der Pflegeeltern (n_robela)			.299***	4.025	.179*	2.347
hohe gegenwärtige Anpassung des Pflegekindes (anpasshe)			.184**	3.129	.146**	2.762
hohe Lebensfreude der Pflegeeltern (lebensfr)					.204**	3.068
ausgeprägtes Ersatzfamilienverständnis (ersatzve)					.215***	3.926
R <sup>2</sup>	.518		.640		.717	
R <sup>2</sup> <sub>change</sub>			.121***		.078***	

\* p &lt; .050

\*\* p &lt; .010

\*\*\* p &lt; .001

Alle Prädiktoren erweisen sich als statistisch signifikant. Die Problemeinschätzung, das Aufnahmealter des Pflegekindes und seine Anpassung, die pflegeelterliche Rollenbelastung und Lebensfreude und das Ersatzfamilienverständnis klären gemeinsam 71.7 % der Varianz der gelungenen Integration auf bzw. können bei statistischer Kontrolle der Problemeinschätzung,

die inhaltlich nahe beim Gelingen der Integration liegt und/oder ein möglicher Faktor der sozialen Erwünschtheit ist, immer noch 19.9 % der Varianz des Gelingens aufgeklärt werden.

Die Kreisdiagramme (Abb. 11-26 und Abb. 11-27) bilden die (zusätzliche) prozentuale Varianzaufklärung durch die Aufnahme eines Elements in die Regressionsgleichung ab. Sie veranschaulichen, dass unabhängig davon, ob die Ausgangsbedingung Aufnahmealter des Pflegekindes und die Belastungsfaktoren Rollenbelastung der Pflegeeltern und Anpassung des Pflegekindes vor oder nach den Ressourcen Lebensfreude der Pflegeeltern und Ersatzfamilienverständnis in die Regressionsgleichung<sup>50</sup> aufgenommen werden, jeweils alle genannten Variablen entscheidend zur Klärung der Varianz beitragen (prozentual betrachtet spielen die Ressourcen eine etwas bedeutsamere Rolle als das Aufnahmealter des Pflegekindes und die Belastungsfaktoren, vgl. 11.6.6).

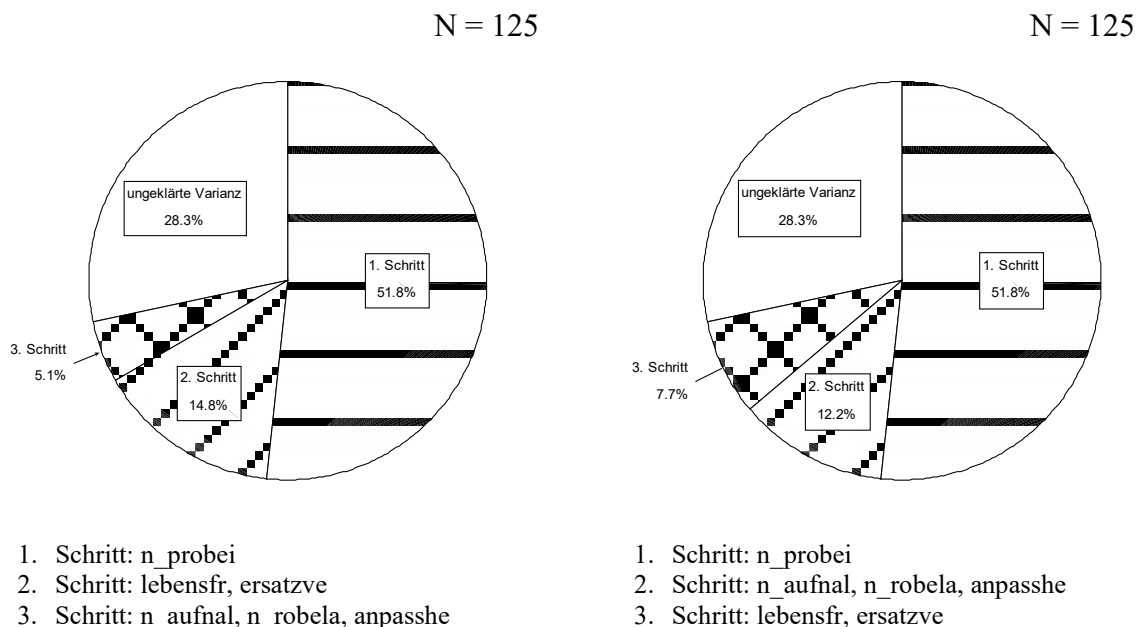


Abbildung 11-26: Verteilung der Varianzaufklärung bei der Variante A des Regressionsmodells

Abbildung 11-27: Verteilung der Varianzaufklärung bei der Variante B des Regressionsmodells

Die Frage, ob die analysierten Daten einer Normalverteilung folgen, ist bei fast allen statistischen Tests wichtig, so auch bei der Regressionsanalyse. Der P-P-Normalverteilungsplot stellt eine Möglichkeit dar, um die entsprechende Prüfung vorzunehmen. In Form eines Streudiagramms werden *die erwarteten kumulierten Häufigkeiten in Abhängigkeit von den tatsächlich kumulierten Häufigkeiten* angegeben (Bühl & Zöfel, 1999, 506). An dieser Stelle werden die

<sup>50</sup> Die Regressionsgleichung zur Vorhersage der gelungenen Integration heisst:  $gelingen = 0.226 \cdot n\_probei + 0.230 \cdot lebensfr + 0.111 \cdot ersatzve + 0.019 \cdot n\_aufnal + 0.105 \cdot n\_robela + 0.093 \cdot anpasshe + 1.135$ .

Residuen, das heisst die Differenzen zwischen beobachteten und theoretisch erwarteten Werten, im Hinblick auf ihre Normalverteilung überprüft. Optisch zeigt sich eine Normalverteilung:

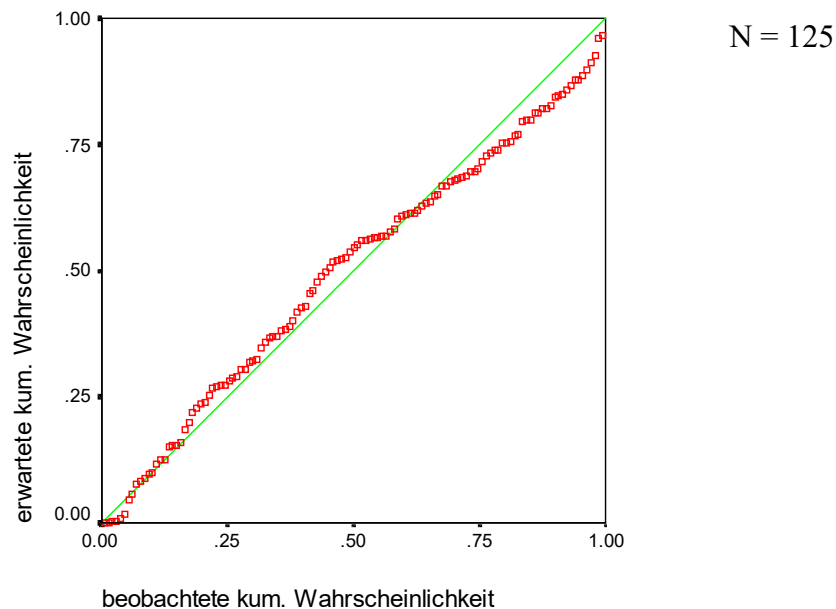


Abbildung 11-28: P-P-Diagramm der Residuen der in die Regressionsanalyse eingegangenen Daten

### 11.6.6 Beurteilung des Prädiktors Ressource

Hypothese H<sub>III</sub> lautet: „Die unabhängige Variable Ressourcen ist ein besserer Prädiktor für die abhängige Variable Gelingen als die unabhängigen Variablen Ausgangsbedingungen und/oder Belastungen.“ Eine schärfere Formulierung dieser Hypothese würde ihre Verifizierung bzw. Falsifizierung vereinfachen. Die Hypothese H<sub>III-S</sub>: „Ausgangsbedingungen und Belastungen sind gegenüber den Ressourcen eines Pflegeverhältnisses nicht relevant“ könnte anhand der beiden Varianten des Regressionsmodells falsifiziert werden. Es zeigte sich, dass sowohl Ressourcen als auch Ausgangsbedingungen und Belastungen zur Klärung der Varianz des Gelingens beitragen.

Die Kreisdiagramme (Abb. 11-26, S. 283 und Abb. 11-27, S. 283) bilden für beide Varianten des Regressionsmodells die Aufklärung der Varianz des Gelingens durch die Problemeinschätzung und die jeweils zusätzliche Varianzaufklärung durch die Aufnahme weiterer Variablen in die Regressionsgleichung ab. Anhand der Kreisdiagramme zeigt sich, dass die Ressourcen jeweils einen grösseren Anteil der Varianz der gelungenen Integration aufklären, als wenn Ausgangsbedingungen und Belastungen an entsprechender Stelle im Regressionsmodell

berücksichtigt werden. Die Problemeinschätzung klärt in beiden Varianten jeweils 51.8 % der Varianz des Gelingens. Werden danach Ressourcen im zweiten Schritt berücksichtigt, so klären sie zusätzlich 14.8 % der Varianz, während die Gruppe der Variablen Ausgangsbedingungen und Belastungen im zweiten Schritt nur 12.2 % zusätzliche Varianz klärt. Eine prozentuale Differenz zeigt sich auch zwischen den Ressourcen und der Gruppe der Variablen Ausgangsbedingungen und Belastungen, wenn der Vergleich für den dritten Schritt vorgenommen wird. Die Hypothese  $H_{III}$  kann (in ihrer ursprünglichen Formulierung) nicht definitiv falsifiziert werden. Wenn die niedrige Problemeinschätzung als Ressource aufgefasst würde (vgl. 5.6.1), könnte die Hypothese  $H_{III}$  bestätigt werden. Die Problemeinschätzung klärt als alleinige Variable 51.5 % der Varianz der gelungenen Integration auf.

Zur weiteren Illustration des Verhältnisses der unabhängigen Variablen und des Anteils, den sie an der Varianz des Gelingens aufklären, werden die sechs bedeutsamen Variablen, die gemeinsam 71.7 % der Varianz der gelungenen Integration erfassen, einer schrittweisen Regression unterzogen. Schrittweise wird jeweils die Variable ausgewählt, die den höchsten partiellen Korrelationskoeffizienten mit der abhängigen Variablen hat. Es zeigt sich die folgende Reihenfolge der Auswahl:

1. niedrige Problemeinschätzung (n\_probei)
2. ausgeprägtes Ersatzfamilienverständnis (ersatzve)
3. hohe Lebensfreude der Pflegeeltern (lebensfr)
4. niedriges Aufnahmealter des Pflegekindes (n\_aufnal)
5. hohe gegenwärtige Anpassung des Pflegekindes (anpasshe)
6. niedrige Rollenbelastung der Pflegeeltern (n\_robela)

Die Ressourcen werden vor der Ausgangsbedingung Aufnahmealter des Pflegekindes und vor den Belastungen ausgewählt, was die Bedeutung der Ressourcen hervorhebt.

Im Kreisdiagramm (Abb. 11-29) wird jeweils die zusätzliche prozentuale Varianzaufklärung durch die Aufnahme des neuen Elements in die Regressionsgleichung dargestellt:

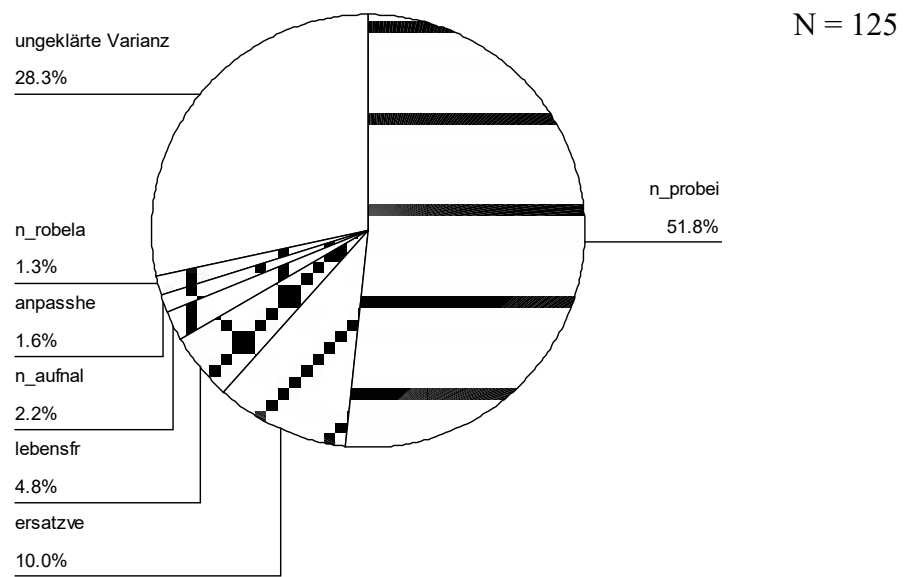


Abbildung 11-29: Verteilung der Varianzaufklärung bei stufenweiser Regression

## 12. Diskussion

In dieser Studie werden einerseits Pflegefamilien und ihre Dynamik beschrieben. Andererseits geht es darum zu analysieren, ob Ressourcen zum Gelingen einer Pflegebeziehung beitragen und wie gross der Beitrag der Ressourcen gegenüber jenem der Ausgangsbedingungen und Belastungen auf das Gelingen ist. Es wurden drei Haupthypothesen formuliert, wobei die zweite auf der Verifizierung der ersten und die dritte auf der Verifizierung der zweiten basiert. Insofern ist die dritte Hypothese die Hauptfragestellung der vorliegenden Arbeit.

- H<sub>I</sub> Das Gelingen eines Pflegeverhältnisses ist sowohl von den Ausgangsbedingungen als auch von den Belastungen abhängig.
- H<sub>II</sub> Das Gelingen eines Pflegeverhältnisses ist neben der Ausgangssituation und den Belastungen auch von den Ressourcen abhängig.
- H<sub>III</sub> Die unabhängige Variable Ressourcen ist ein besserer Prädiktor für die abhängige Variable Gelingen als die unabhängigen Variablen Ausgangsbedingungen und/oder Belastungen.

Hypothese H<sub>III</sub> basiert auf der theoretischen Annahme, dass sich Pflegebeziehungen als widerstandsfähig erweisen, wenn sie über bestimmte Ressourcen verfügen. Die Bearbeitung der Hauptfragestellung erfolgt über die Erhebung von Ausgangsbedingungen, Belastungen und Ressourcen in Pflegefamilien. Die Einschätzungen zu jeweils verschiedenen Aspekten wurden von den Pflegeeltern vorgenommen. Zur Erfassung der soziodemographischen Variablen und der Einschätzungen wurde ein Fragebogen entwickelt.

In der nun folgenden Diskussion wird zuerst auf die Untersuchungsmethodik und danach auf die Ergebnisse eingegangen. Sie bezieht sich auf die Stichprobe, die Erhebungs- und die Auswertungsmethodik. Von den Ergebnissen sollen vor allem die sechs Variablen, die aufgrund der Regressionsanalyse 71.7 % der Varianz des Gelingens aufklären, betrachtet werden.

### *12.1 Diskussion der Untersuchungsmethodik*

Die vorliegenden Befunde basieren auf der Perspektive der Pflegeeltern, auf ihrer persönlichen Wahrnehmung und subjektiven Einschätzung. In „vollständigen“ Pflegefamilien konnte sowohl die Pflegemutter als auch der Pflegevater an der Untersuchung teilnehmen. In der Pflegekinder-/Pflegefamilienforschung wurden bisher eher selten beide Pflegeelternteile befragt. In den meisten Studien erfolgte nur eine Befragung der Pflegemütter (vgl. Kötter, 1997,

231). Für 36.5 % der erfassten Pflegefamilien liegen jeweils von der Pflegemutter und vom Pflegevater Einschätzungen vor. In den restlichen 63.5 % hat entweder die Pflegemutter oder der Pflegevater einen Fragebogen ausgefüllt. Daraus entstand eine methodische Schwierigkeit, der mit der Verwendung unterschiedlicher Datensätze begegnet wurde. Neben dem vollständigen Datensatz mit 232 Pflegeeltern wurde ein Datensatz zusammengestellt, der 170 Pflegefamilien bzw. 170 Pflegekinder repräsentiert. Geschlechtsunterschiede wurden mit einem zusätzlichen Datensatz erhoben, der nur die 62 Pflegefamilien umfasst, für die Daten von beiden Pflegeeltern vorliegen.

Die Studie ist im Bereich der Grundlagenforschungen anzusiedeln und es liegt daher ein großes Interesse beim Beobachten und Beschreiben. Es wurden Pflegeeltern mit ganz verschiedenen Typen von Pflegeverhältnissen in die Stichprobe aufgenommen. Daher ist die Stichprobe relativ heterogen zusammengesetzt. Diese Heterogenität konnte nur teilweise kontrolliert werden. Die gesamte Population der Pflegefamilien, das heisst die Grundgesamtheit, ist ebenfalls sehr heterogen. Die Stichprobe kann bis auf leichte Einschränkungen als repräsentativ für die Pflegeeltern mit Dauer- und Wochenpflegeverhältnissen im Kanton Zürich bezeichnet werden. Vermutlich sind nicht Deutsch sprechende Pflegeeltern in der Stichprobe untervertreten.

Um pflegefamilienrelevante Aspekte erfassen zu können, musste ein neues Erhebungsinstrument entwickelt werden, und es konnten nur einzelne Items aus validierten Verfahren verwendet werden. Inhaltlich orientiert sich der Fragebogen für Pflegeeltern teilweise am Pflegeelterninterview von Kötter (1994), sonst konnten keine Elemente von pflegeelternspezifischen Instrumenten benutzt werden. Der Fragebogen wurde psychologisch so gestaltet, dass er die Pflegeeltern möglichst nicht verunsichert oder verletzt und ein Reflektieren der eigenen Situation erlaubt. Eine Konsequenz eher vorsichtiger Formulierungen ist, dass auf einzelne Fragen tendenziell einheitlich geantwortet wurde. Solche geringen Unterschiede können aber auch eine Frage der sozialen Erwünschtheit sein. Pflegefamilien unterstehen einer öffentlichen Kontrolle, aber es ist letztlich unklar, ob diese Tatsache zu besonderer Offenheit oder Verslossenheit führt. Kötter (1997, 234) nimmt an, dass Pflegeeltern, da sie (seit Jahren) kontrolliert werden, *genau wissen, was sie antworten müssen, um den Vorstellungen einer für die Unterbringung eines Pflegekindes idealen Familie zu entsprechen*. Die Fragebogen scheinen insgesamt sehr sorgfältig ausgefüllt worden zu sein. 65.9 % aller Pflegeeltern haben mindestens einmal die Gelegenheit genutzt und persönliche Bemerkungen zu den Themenbereichen



des Fragebogens gemacht. Verschiedene dieser Bemerkungen bereichern die Angaben qualitativ, geben einen Einblick in das individuelle Erleben und sprechen für eine Offenheit der Pflegeeltern.

Die Skala zur Problemeinschätzung korreliert erstaunlich hoch mit dem Gelingen der Integration. Pflegeeltern mit einer niedrigeren Problemeinschätzung erzielen auf der Skala gelungene Integration eindeutig höhere Werte. Die Skala zur Problemeinschätzung ist pflegeelternspezifisch. Sie besteht nur aus drei Items und es ist unklar, was sie genau misst (Problemeinschätzung, Problembewusstsein, Gelingen, soziale Erwünschtheit oder Optimismus).

Mit den gewählten statistischen Auswertungsverfahren konnte eine Reihe signifikanter Effekte zwischen verschiedenen Variablen und dem Gelingen der Integration des Pflegekindes in die Pflegefamilie aufgezeigt werden. Zur Strukturierung der Daten wurden formal unabhängige und abhängige Variablen unterschieden, kausale Interpretationen dürfen aber nur mit grosser Vorsicht gemacht werden. Beispielsweise kann der Wunsch, ein Pflegekind zu adoptieren, zum Gelingen der Pflegebeziehung beitragen oder eine Folge des Gelingens sein.

Die theoretische Basis, auf der die Untersuchung der Bedeutung von Ressourcen beim Gelingen einer Pflegebeziehung aufbaut, ist ein interaktives Modell. Ein solches nichtadditives Modell lässt sich mathematisch bzw. statistisch nicht problemlos prüfen. Mit der Regressionsanalyse können zwar verschiedene Variablen berücksichtigt werden, ohne einen Belastungs- oder Ressourcenwert konstruieren zu müssen, aber auch ein Regressionsmodell vermag die Dynamik in pflegefamilialen Systemen letztlich nicht abzubilden.

## ***12.2 Diskussion der Ergebnisse***

Zu Beginn dieser Arbeit wurde darauf hingewiesen, dass über Pflegefamilien wenig bekannt ist, und ein Interesse am Beschreiben der pflegefamilialen Situation hervorgehoben. Die Komplexität von Pflegebeziehungen und ihre zirkuläre Dynamik erlaubt keine zusammenfassende Interpretation. Variablen unterschiedlicher Ebenen (Individuum, Dyade, Kernpflegefamilie, erweiterte Pflegefamilie, Meso- und Makroebene) können alle Ebenen der Pflegefamilie beeinflussen. Es zeigte sich zum Beispiel, dass die Pflegekinder durch ihre Herkunft stark geprägt werden. Insbesondere Kinder aus mehrfachbelasteten Herkunftsfamilien machten häufig traumatische Erfahrungen und zeigten zu Beginn des Pflegeverhältnisses tendenziell Verhaltensauffälligkeiten. Kinder aus solchen Familien erleben oft sogenannte Fremdplatzierungskarrieren, das heisst, sie machen wiederholt die Erfahrung eines misslungenen Bezie-

lungsaufbaus oder eines Beziehungsabbruchs. Die Befunde sprechen dafür, dass die Pflegeeltern mit den Pflegekindern mitfühlen und mitleiden. Das hebt hervor, dass ein Teil der Belastung der Herkunftsfamilie über das Pflegekind auf die Pflegefamilie übertragen wird. Direkte Schlüsse von der Belastung der Herkunftsfamilie auf die Belastung der Pflegefamilie sind jedoch unzulässig, sie vernachlässigen das pflegefamiliale Bewältigungspotential und die pflegefamilialen Ressourcen.

Es lässt sich festhalten, dass die folgenden sechs Variablen einen entscheidenden Einfluss auf das Gelingen und Misslingen der Integration haben: 1. Problemeinschätzung, 2. Ersatzfamilienverständnis, 3. Lebensfreude der Pflegeeltern, 4. Aufnahmealter des Pflegekindes, 5. gegenwärtige Anpassung des Pflegekindes und 6. Rollenbelastung der Pflegeeltern.

In der Folge werden diese relevanten Dimensionen und ihr Beitrag zum Gelingen von Pflegebeziehungen thematisiert. Es soll jeweils ein Bezug zur Theorie hergestellt werden:

1. Das deutlichste Ergebnis, das sich in dieser Untersuchung zeigt, ist der sehr hohe statistische Zusammenhang zwischen (niedriger) Problemeinschätzung und dem Gelingen der Pflegebeziehung. Die Frage, was die Skala Problemeinschätzung genau misst, bekommt grosse Bedeutung, wenn bedacht wird, dass über die Hälfte der Varianz der Skala zur gelungenen Integration durch die Problemeinschätzung aufgeklärt wird. Wenn die Problemeinschätzung wegen ihrer inhaltlichen Nähe zum Gelingen der Integration und/oder als möglicher Faktor der sozialen Erwünschtheit statistisch kontrolliert wird, klären das Ersatzfamilienverständnis, die Lebensfreude und Rollenbelastung der Pflegeeltern sowie das Aufnahmealter und die gegenwärtige Anpassung des Pflegekindes immer noch rund 20 % der Varianz der gelungenen Integration.
2. Pflegefamilien, die eher ein Ersatzfamilienverständnis aufweisen, haben Pflegekinder, deren Integration in die Pflegefamilie stärker verwirklicht ist, als Pflegefamilien, die eher ein Ergänzungsfamilienverständnis haben. Dieser Befund ist relevant, da er in der Kontroverse um die Pflegefamilie als Ersatz- oder Ergänzungsfamilie die Bedeutung der Pflegefamilie als Ersatzfamilie hervorhebt. Dieses Ergebnis muss jedoch differenziert beurteilt werden. Es hängt wahrscheinlich mit der Zieldefinition von Pflegebeziehungen, wie sie im Rahmen dieser Untersuchung verwendet wurde, zusammen. Die Kriterien, wie sie hier zur Operationalisierung des Gelingens benutzt wurden, sind Integration, Wachstum und Zufriedenheit. Ersatz- und Ergänzungsfamilien verfolgen explizit oder implizit unterschiedliche Ziele. Als Hauptziele werden faktische Adoption des Pflegekindes durch die Pflegeeltern und Reintegration des Pflegekindes in seine Herkunftsfamilie genannt (vgl. 3.3.2.3). Der Befund, dass Pflegeeltern tendenziell ein Ersatzfamilienverständnis haben, ist nicht unerwartet.

Auch die von *Kötter* (1997) interviewten Pflegeeltern haben ein Ersatzfamilienkonzept entwickelt. Kötter führt diesbezüglich aus:

„Dabei wird deutlich, dass das Ergänzungsfamilienkonzept, das von einer Vorstellung der Pflegefamilie als quasi-leibliche Familie abweicht, bisher – von einigen Ausnahmen abgesehen – lediglich in den Köpfen der Wissenschaftler und Mitarbeiter von Jugendämtern existiert, das Selbstverständnis der Pflegefamilien jedoch bisher kaum beeinflusst.“ (Kötter, 1997, 238)

3. Die hohe Lebensfreude der Pflegeeltern erweist sich als eine entscheidende Ressource beim Gelingen von Pflegebeziehungen. Die Skala Lebensfreude besteht aus Items zur Lebenszufriedenheit (FPI) und niedrigen Ängstlichkeit (STAI). Die Bedeutung der Lebenszufriedenheit lässt sich theoretisch am ehesten mit den Effekten der Kompetenzerwartung und des funktionalen Optimismus erklären (vgl. 6.4.3). Wenn Lebensfreude in einer Regression auf das Gelingen der Integration konstant gehalten wird, zeigt sich, dass die Selbstwirksamkeitserwartung ihren statistisch signifikanten Einfluss auf das Gelingen vollständig verliert.
4. Je niedriger das Aufnahmealter des Pflegekindes ist, umso eher gelingen Pflegeverhältnisse. Damit wird ein einheitlicher Befund bzw. der einzige einheitliche Befund verschiedener Untersuchungen im Pflegekinderwesen bestätigt (vgl. 5.3).
5. Die Integration des Pflegekindes ist eher verwirklicht, wenn das Pflegekind gut angepasst ist, das heisst sich an die neuen Bezugspersonen und die neue Umgebung gewöhnt hat. Damit wird deutlich, dass Integration stark vom Erleben, der Belastungsbewältigungs- und der Bindungsfähigkeit des Kindes abhängig ist und nicht nur durch das Angebot von Lebensraum und Beziehung allein verwirklicht werden kann. Die Entwicklung des Pflegekindes ist immer auch von einer Reihe von Faktoren abhängig, die im Individuum liegen. Die alleinige Betrachtung der gesamtpflegefamilialen Variablen und des gesamten Kontextes ist unzureichend. Auch dem Individuum, das heisst dem Pflegekind selbst, seinem Entwicklungsstand und seinen -bedürfnissen, gebührt Aufmerksamkeit.
6. Eine hohe Rollenbelastung der Pflegeeltern hemmt die Integration des Pflegekindes in die Pflegefamilie. Ähnlich wie oben für das Pflegekind ausgeführt wurde, ist auch das Befinden der Pflegeeltern für die Integration des Pflegekindes in die Pflegefamilie relevant. Systemisch gesprochen muss sich die Aufmerksamkeit von den Beziehungen zwischen den Elementen auch immer wieder zu den Elementen selbst hinwenden.

Gemeinsam machen die sechs (Prädiktor-)Variablen eine gute Vorhersage zum Gelingen (Kriteriumsvariable). Die Variablen erfassen 71.7 % der Varianz der gelungenen Integration. Die hohe Varianzaufklärung spricht für die Güte dieses Modells.

Die Erfolgsforschung konnte bisher keine einheitlichen Kriterien finden, um Erfolg und Misserfolg von Pflegeverhältnissen vorauszusagen. Das Modell, das hier entwickelt wurde, ist umfassend und bezieht sich nicht auf einige quantifizierbare Variablen. Lediglich die Variable Aufnahmealter ist problemlos erhebbar. Bei den Variablen Problemeinschätzung, Ersatzfamilienverständnis, Lebensfreude, pflegekindliche Anpassung und pflegeelterliche Rollenbelastung handelt es sich um Konstrukte. Die Interpretation der Befunde muss unter Berücksichtigung der Operationalisierung der einzelnen Konstrukte vorgenommen werden. Gerade auch Erfolg wurde hier spezifisch definiert. Die Zieldefinition kann unterschiedlich vorgenommen werden. Lediglich über die Orientierung am Kindeswohl scheint Einigkeit zu bestehen, aber das Kindeswohl ist eine Generalklausel. Das Kindeswohl kann sehr unterschiedlich ausgelegt und umgesetzt werden.

Die Indizien sprechen dafür, dass, wie hypothetisch prognostiziert wurde, Gelingen in Abhängigkeit von Ausgangsbedingungen, Belastungen und Ressourcen erfolgt. Die Frage nach den Bedeutungen der Ressourcen kann nicht definitiv beantwortet werden. Die Befunde zeigen aber deutlich, dass Ressourcen wesentlich zum Gelingen beitragen und im Prozess der pflegekindlichen Integration wahrscheinlich eine Schlüsselrolle spielen. Diese Gedanken lassen den Schluss zu, dass sich ein interaktives Modell widerstandsfähiger Pflegebeziehungen eignet, um das Gelingen von Pflegebeziehungen zu skizzieren.

### **13. Förderung einer Pädagogik der Ressourcenunterstützung und Prozessorientierung**

Aufgrund der Ausführungen der vorliegenden Arbeit darf festgehalten werden, dass Pflegeeltern eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe übernehmen. Mit ihrem Ja zu einem Pflegekind nehmen sie einen ganzheitlichen und umfassenden Pflegeauftrag an. Nur sechs Kinder, das sind 3.5 %, zeigen seit Beginn des Pflegeverhältnisses mehr Probleme. Die Belastungssituation der Herkunftsfamilie hat sich seit der Inpflegung des Pflegekindes aufgrund der Einschätzung der Pflegeeltern nur in elf Herkunftsfamilien weiter verschlechtert. Für 93.5 % der Herkunftsfamilien wird die Situation als stabil oder als verbessert beurteilt. Die vorliegenden Befunde heben nicht nur die gesellschaftliche und pädagogische Bedeutung der Rolle von Pflegeeltern hervor, sondern sprechen besonders auch dafür, dass im Pflegekinderwesen vermehrt eine Pädagogik der Ressourcenunterstützung und Prozessorientierung verwirklicht werden soll.

Zurückkommend auf die Hauptfrage dieser Arbeit, welche Bedeutung Ressourcen beim Gelingen einer Pflegebeziehung und beim Gelingen der Integration des Pflegekindes in die Pflegefamilie haben, hat diese Studie gezeigt, dass Ressourcen eine zentrale Stellung im Prozess der Bewältigung der Inpflegenahme und Integration des Pflegekindes in die Pflegefamilie einnehmen. In der Pflegekinder-/Pflegefamilienforschung müsste den Ressourcen von Pflegefamilien in zukünftigen Studien deshalb noch vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die Fokussierung der Ressourcen rechtfertigt sich, da sie mindestens so stark, wenn nicht stärker als die Ausgangsbedingungen und/oder Belastungen auf die Gestaltung der Pflegebeziehung wirken. Auf der Handlungsebene sollte sich eine gezielte Förderung der Ressourcen von Pflegefamilien abzeichnen, das heisst, es sollte eine ressourcenunterstützende Pädagogik respektive eine Ressourcenunterstützung der Pflegeeltern angestrebt werden.

Die Pflegekinder-/Pflegefamilienforschung befindet sich erst am Anfang ihrer Entwicklung. Wenn die pflegefamiliale Dynamik vermehrt verstanden werden will, müssen bei ihrer Untersuchung unterschiedliche Perspektiven eingenommen werden. Erst die Absicht, Prozesse nachzuvollziehen und zu einem ganzheitlichen Verständnis zu gelangen, ermöglicht eine differenzierte Untersuchung und Abschätzung der Entwicklungsbedürfnisse. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie müssen in weiteren Untersuchungen überprüft werden, bevor sie handlungsleitend werden dürften. Eine differenzierte Beurteilung kann eigentlich nur vorgenommen werden, wenn auch Pflegekinder, die Herkunftseltern sowie die platzierenden und beglei-

tenden Fachkräfte untersucht bzw. befragt werden. Dabei sind keine einheitlichen Befunde zu erwarten. Zudem wird Erfolg nur über einen längeren Zeitraum ersichtlich, was für die Durchführung von Langzeitstudien und die Befragung erwachsener Pflegekinder spricht. Pädagogischer Erfolg zeigt sich oft erst im Nachhinein. Das lässt sich an folgendem Beispiel illustrieren: Sarah (vgl. Vorwort zur 1. Auflage) lebt heute wieder in ihrer ersten Pflegefamilie. Ihre Geschichte geht weiter. Nach wie vor gehören auch Auseinandersetzungen zu den Erfahrungen von Sarah und ihren Pflegeeltern. Aber in Konfliktsituationen steht heute ein Abbruch des Pflegeverhältnisses nicht mehr zur Diskussion. Sarah erlebt ihre Pflegefamilie als sichere Basis, von welcher aus sie die Welt explorieren und gestalten kann. Sarah und ihre Pflegeeltern befinden sich im Spannungsfeld *zwischen zusammen wachsen und auseinandergehen*. Diese Erfahrung ist entwicklungsbedingt und wird heute von allen, obwohl manchmal schwierig, als bereichernd erlebt.

Empirische Befunde müssen sorgfältig interpretiert werden, bevor sie bei der Vermittlung von Pflegekindern und der Intervention in Pflegebeziehungen berücksichtigt werden. Für einzelne Variablen gilt, dass sie ihre wahre Bedeutung letztlich erst im Zusammenspiel mit anderen Variablen, das heisst in der pflegefamilialen Dynamik, erhalten. Die vorliegenden Befunde leisten nur mit Vorbehalt einen Beitrag zur Prognosenforschung. Die untersuchten Pflegeeltern geben weitgehend Einschätzungen ab, die ein Bild von gelingenden Pflegebeziehungen entstehen lassen. Viele Pflegeeltern scheinen sich im Spannungsfeld *zwischen zusammen wachsen und auseinandergehen* sicher zu bewegen. Das heisst, ein grosser Teil der Pflegebeziehungen gelingt, aber gerade das darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass verschiedene Pflegefamilien Schwierigkeiten erleben und dass präventive Schritte unternommen werden können, um unnötiges Leiden zu verhindern. Alle Indizien sprechen grundsätzlich für eine umfassende und individuelle Einschätzung einzelner pflegefamilialer Situationen und Prozesse. Insbesondere die Heterogenität der Pflegeverhältnisse stützt diesen Anspruch. Die Forderung nach individueller Beurteilung und hoher Differenzierung, wie sie hier skizziert wird, ist zwar notwendig, aber nicht hinreichend. Insofern lässt diese Studie verschiedene Fragen offen. Mit Blick auf die jeweilige Operationalisierung der einzelnen Variablen können dennoch Folgerungen für die Praxis abgeleitet werden:

1. Integration ist ein wechselseitiger Prozess, er vollzieht sich in gegenseitiger Anpassung und gemeinsamer Entwicklung.
  - a) Ein förderliches Umfeld ist notwendig. Ein ehrliches Beziehungsangebot allein reicht aber nicht, damit Integration verwirklicht werden kann und sich ein Kind seinen Möglichkeiten entsprechend entfalten und als autonomer Mensch die Welt aneignen und gestalten kann.
  - b) Kinder müssen beziehungsfähig sein, bevor sie die Beziehungsangebote in einer Pflegefamilie für sich nützen können (vgl. 4.2.5).
2. Daher ist eine Abklärung des Entwicklungsstandes des Pflegekindes und seiner Wünsche vor seiner Platzierung wichtig. *Nienstedt und Westermann* (1989, 29) empfehlen insbesondere eine Diagnose der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung.
  - a) Eine differenzierte Diagnose stützt die Entscheidung, ob und wo ein Kind platziert werden soll.
  - b) Ein Faktor, der bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden muss, ist das Alter des Kindes zum Zeitpunkt seiner Inpflegegabe bzw. -nahme. Kinder und Jugendliche, die sich entwicklungsbedingt bereits vom Bezugspunkt der Familie ablösen, und sich vermehrt im nichtfamiliären Kontext bewegen, können nur schwer in eine Pflegefamilie integriert werden.
  - c) Psychologische Untersuchungen der Pflegekinder selbst sind nicht unproblematisch und verlangen, wenn ihre Durchführung als sinnvoll erachtet wird, ein sensibles Handeln. Psychologische Abklärungen können ein Gefühl der Pflegekinder, für das Scheitern der Familienbeziehungen verantwortlich oder nicht normal zu sein, bedingen oder unnötig verstärken. Pflegekinder müssen in jedem Fall verstehen, dass sie keine Schuld am Scheitern des herkunftsfamilialen Systems tragen.
  - d) Eine Person, die ein Pflegekind psychologisch abklärt oder befragt, kann aber auch als Anwältin oder Anwalt auftreten, die bzw. der die Bedürfnisse und Wünsche des Kindes vertritt. Darin liegt eine Chance der Abklärung des Kindes.
3. Pflegeeltern, die ihre Pflegekinder erfolgreich integrieren können, haben eine hohe Lebensfreude, Selbstvertrauen und schätzen Probleme niedrig bzw. bewältigbar ein. Das bedeutet: Von Pflegeeltern wird ein pragmatischer Optimismus verlangt. Pflegeeltern, die sich in ihrer Rolle belastet oder überfordert fühlen, werden die ihnen anvertrauten Pflegekinder nicht genügend integrieren und fördern können.
  - a) Die Sorgen von Pflegeeltern sollten daher offengelegt und ihre Bedürfnisse ernst genommen werden.

- b) Das Angebot von Supervision kann ein differenziertes Reflektieren ermöglichen und Mittel zur Kommunikation und Metakommunikation in die Hand geben. Eine kontinuierliche Unterstützung hilft, die Entstehung von Belastung zu dämpfen respektive Schritte der Belastungsbewältigung einzuleiten. Es ist empfehlenswert, dass Pflegeeltern von Personen unterstützt werden, die nicht gleichzeitig Kontrollfunktionen übernehmen.
  - c) Die Ressourcen von Pflegeeltern bzw. Pflegefamilien sowie auch Ressourcen der erweiterten Pflegefamilien (zum Beispiel gesunde Bereiche der herkunftsfamilialen Systeme) müssen vermehrt erkannt und genutzt werden.
  - d) Eine gezielte Unterstützung und Förderung der Ressourcen von Pflegeeltern erlaubt ihnen sicherer zu handeln und hilft die Integration des Pflegekindes zu verwirklichen.
4. Für die Praxis des Pflegekinderwesens können auf der Basis der vorliegenden Befunde auch folgende Konsequenzen erkannt werden:
- a) Wenn Pflegeeltern tendenziell ein Ersatzfamilienverständnis haben, dann soll dies auch offengelegt werden dürfen. Ein Ersatzfamilienverständnis kann die Sorge um das Wohl des Pflegekindes widerspiegeln oder (pflege-)familienbiographisch bedingt sein.
  - b) Gerade wenn dieses Selbstverständnis komplementär zu den Vorstellungen der Herkunftseltern und/oder jenen der Vertreterinnen und Vertreter der Behörden ist, wird erst die Kommunikation der Vorstellungen und Erwartungen ermöglichen, dass platzierungsinitiierende und -begleitende Fachpersonen kompetent agieren können.
5. Pflegefamilien haben widersprüchliche Aufgaben, sie sollen individuelles und emotionales Familienleben anbieten und gleichzeitig einen Teil ihrer Autonomie und Privatheit aufgeben.
- a) Die Vereinigung von Gegensätzen scheint charakteristisch für Pflegeverhältnisse zu sein und stellt eine grosse Herausforderung dar.
  - b) Ein Verständnis für diese Anforderungen und Leistungen der Pflegeeltern und die Anerkennung ihrer Arbeit in breiten Kreisen sind erforderlich.
6. Unterschiedliche Zielvorstellungen von Pflegeeltern, Herkunftseltern und Mitgliedern der Behörden werden ein Scheitern von Pflegebeziehungen mitbedingen. Dies hebt die Notwendigkeit von Kommunikationsräumen hervor, in denen die Pflege- und Herkunftseltern ihre Bedürfnisse, Wünsche und Absichten offen äussern können, ohne Sanktionen erwarten zu müssen.



Erstrebenswert wäre, dass die vermittelnde Arbeit zwischen Pflege- und Herkunftsfamilie in Zukunft weniger als Notwendigkeit und stärker als Möglichkeit wahrgenommen wird, dass die Aufmerksamkeit weniger den Differenzen als den Gemeinsamkeiten gebührt und dass nicht so sehr defizit-, sondern vermehrt ressourcen- und prozessorientiert gearbeitet wird. In regelmässigen Gesprächen und gemeinsamen Prozessen wird zwar allen Beteiligten etwas abverlangt werden, das gegenseitige Interesse und Verständnis kann jedoch zu vermehrter Zufriedenheit führen und wird die Funktionalität und Professionalität im gesamten System erhöhen.



## Literaturverzeichnis

- Asendorf, J.B. (1996). *Psychologie der Persönlichkeit. Grundlagen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Atteslander, P.H. (1995). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (8., bearbeitete Auflage). Berlin: de Gruyter.
- Baltes, P.B. (1990). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Leitsätze. *Psychologische Rundschau*, 41, 1–24.
- Bamert, F. (1999). Wie in einer normalen Familie. *Coopzeitung*, Nr. 24 (16. Juni 1999), 54–59.
- Barske, N. (1997). *Der Aspekt der Beratung in der Adoptionssituation*. Freiburg (CH): Seminararbeit am Pädagogischen Institut der Universität.
- Bastiaensen, P.A.C.M. & Robbroeckx, L.M.H. (1995). *Child rearing in foster homes. The results of research on the way foster parents experience the child-rearing of their foster children and how foster children experience the relation with their biological parents and their foster parents*. Referat gehalten an der „9th International Foster Care Conference“, Bergen, Norwegen.
- Baumgärtel, F. (1979). *Hamburger Erziehungsverhaltensliste für Mütter (HAMEL). Handanweisung*. Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe.
- Berger, P.L. & Berger, B. (1993). *Wir und die Gesellschaft. Eine Einführung in die Soziologie – entwickelt an der Alltagserfahrung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Bernler, G. & Johnsson, L. (1997). *Psychosoziale Arbeit. Eine praktische Theorie*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Bill, M. (1996). Die Geschichte der Pflegefamilie vom Mittelalter bis zur Gegenwart. In: M. Bill, T. Casaulta & S. Senn, *Eltern auf Zeit. Theoretische und praktische Zugänge zur Problematik der Pflegefamilie in der Schweiz* (S. 35–49). Freiburg (CH): Seminararbeit am Heilpädagogischen Institut der Universität.
- Blandow, J. (1996). Kontroversen, Ambivalenzen. Ein Essay zum „modernen“ Pflegekinderwesen. In: U. Gintzel (Hrsg.), *Erziehung in Pflegefamilien. Auf der Suche nach einer Zukunft* (S. 56–64). Münster: Votum.
- Bliesener, T. (1988). *Stressresistenz und die kognitive Konstruktion sozialer Ressourcen*. Bielefeld: Inaugural-Dissertation an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften der Universität.
- Blülle, S. (1996). *Ausserfamiliäre Plazierung. Ein Leitfaden für zuweisende und plazierungsbegleitende Fachleute*. Zürich: Schweizerischer Fachverband für Sozial- und Heilpädagogik.

- Bohrhardt, R. (1999). *Ist wirklich die Familie schuld? Familiärer Wandel und soziale Probleme im Lebensverlauf*. Opladen: Leske + Budrich.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (4., vollständig überarbeitete Auflage). Berlin: Springer.
- Bowlby, J. (1997). Bindung. Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In: G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 17–26). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bründel, H. (1993). *Suizidgefährdete Jugendliche. Theoretische und empirische Grundlagen für Früherkennung, Diagnostik und Prävention*. Weinheim München: Juventa.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (1999). *SPSS Version 8. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows* (5., überarbeitete und erweiterte Auflage). Bonn: Addison Wesley Longman.
- Cierpka, M. (1988). Überblick über familiendiagnostische Fragebogeninventare. In: M. Cierpka (Hrsg.), *Familiendiagnostik*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Cierpka, M. (1996). Familiendiagnostik. In: M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (S. 1–22). Berlin Heidelberg: Springer.
- Cloetta, B. & Hedinger U.K. (1981). *Die Berufssituation junger Lehrer. Eine empirische Untersuchung über Probleme, Einstellungen, Befinden und Schulsituation von Berufsanfängern an Primarschulen des Kantons Bern*. Bern: Haupt.
- Cocard, Y. (1997). *Kommunikation und Verhandeln. Eine Studie über das familiäre Kommunikationsmilieu und die Verhandlungskompetenzen Jugendlicher*. Freiburg (CH): Lizentiatsarbeit an der Philosophischen Fakultät der Universität.
- Cromwell, R.E., Olson, D.H.L. & Fournier, O.G. (1984). Instrumente und Techniken zur Diagnose und Evaluation in Ehe- und Familientherapie. In: E.J.H. Brunner (Hrsg.), *Interaktion in der Familie* (S. 105–131). Berlin Heidelberg New York Tokyo: Springer.
- DeMause, L. (1977). *Hört ihr die Kinder weinen? Eine psychogenetische Geschichte der Kindheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Dittrich, C. (1993). Trennung ein Thema für den Anfang. *Pflegekinder*, 3, 4–5.
- Duss-von Werdt, J. (1995). Wann stellt Familientherapie eine Chance für die gemeinsame Entwicklung einer Familie dar? In: M. Perrez, J.-L. Lambert, E. C. & B. Plancherel (Hrsg.), *Familie im Wandel. Freiburger Beiträge zur Familienforschung* (S. 179–190). Bern: Hans Huber.
- Duss-von Werdt, J. (1996). *Systemtherapie*. Luzern: Duss-von Werdt.
- Ellgring, H. (1990). Sozialpsychologie. Ätiologie/Bedingungsanalyse. In: U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Ätiologie* (S. 308–324). Bern Stuttgart Toronto: Hans Huber.

- Erler, M. (1996). *Die Dynamik der modernen Familie. Empirische Untersuchung zum Wandel der Familienformen in Deutschland*. Weinheim München: Juventa.
- Ermert Kaufmann, C. & Wider, R. (1995). *Zufriedenheit und Belastungen bei alleinerziehenden Müttern*. Freiburg (CH): Psychologisches Institut der Universität.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1989). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI Revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1. Handanweisung* (5., ergänzte Auflage). Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe.
- Fein, G.G. (1996). Die Eingewöhnung von Kleinkindern in die Tagesstätte. In: W. Tietze (Hrsg.), *Früherziehung. Trends, internationale Forschungsergebnisse, Praxisorientierungen* (S. 80–96). Berlin: Luchterhand.
- Filipp, S.-H. (1981). Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In: S.-H. Philipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 3–52). München Wien Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Flammer, A. (1990). *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*. Bern: Hans Huber.
- Funke, G. (1996). Die Dynamik des Scheiterns. In: H. Rotbucher, R. Seit & R. Donnerberg (Hrsg.), *Erfolg und Scheitern. Warum entwickeln sich Kinder nicht so, wie ErzieherInnen es wollen?* (S. 83–97). Salzburg Wien: Otto Müller.
- Fux, B. (1994). *Der familienpolitische Diskurs. Eine theoretische und empirische Untersuchung über das Zusammenwirken und den Wandel von Familienpolitik, Fertilität und Familie*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Giesecke, H. (1993). *Das Ende der Erziehung. Neue Chancen für Familie und Schule* (6. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gintzel, U. (1996). Einleitung. In: U. Gintzel (Hrsg.), *Erziehung in Pflegefamilien. Auf der Suche nach einer gemeinsamen Zukunft* (S. 7–11). Münster: Votum.
- Goldstein, J., Freud, A. & Solnit, A.J. (1982). *Diesseits des Kindeswohls*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Goldstein, J., Freud, A. & Solnit, A.J. (1991). *Jenseits des Kindeswohls* (Nachbearbeitung von 1974). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gordon, T. (1997). *Familienkonferenz. Die Lösung von Konflikten zwischen Eltern und Kind* (23. Auflage). München: Heyne.
- Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (1998). Bindungstheoretische Überlegungen zur Krippenbetreuung. In: L. Ahnert (Hrsg.), *Tagesbetreuung für Kinder unter drei Jahren. Theorien und Tatsachen* (S. 69–81). Bern: Hans Huber.
- Güthoff, F. (1996). Sonderformen zwischen traditioneller Familienpflege und Heimerziehung. In: U. Gintzel (Hrsg.), *Erziehung in Pflegefamilien. Auf der Suche nach einer Zukunft* (S. 120–137). Münster: Votum.

- Hantel-Quitmann, W. (1996). *Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie. Band 2 Grundlagen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Hantel-Quitmann, W. (1997). *Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie. Band 3 Gesundheit und Krankheit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Heinze, E. (1995). Eltern spielen „Vater, Mutter, ... (Pflege-)Kind“. Ein Vorbereitungsseminar für Pflegeelternbewerber. *Humanistische Psychologie*, 18 (2), 37–62.
- Heitkamp, H. (1995). Geschichte des Pflegekinderwesens. In: M.R. Textor (Hrsg.), *Familienpflege. Forschung, Vermittlung, Beratung* (S. 19–30). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Hemmerich, W. (1991). *(K)eine Chance für ein neues Geschlechterverhältnis? Widersprüche und Ambivalenzen im partnerschaftlichen Alltag*. Bielefeld: Kleine.
- Herzog, W. (in Vorb.). Gibt es Metaphern des Scheiterns in der Erziehung? In: J. Oelkers & F. Oser (Hrsg.), *Beiträge zur Paradoxie des Misslingens in Erziehung und Bildung (Arbeitstitel)*.
- Hirschfeld, E. (1995). (Kleine) Kinder in Heimen – Keine Kinder in Heimen? Ein Vergleich zwischen Heimgruppe und „Ersatz“familie. *Unsere Jugend*, 12, 507–515.
- Hollstein-Brinkmann, H. (1993). *Soziale Arbeit und Systemtheorie*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Huber, O. (1987). *Das psychologische Experiment. Eine Einführung*. Bern Göttingen Toronto Seattle: Hans Huber.
- Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, W. (Hrsg.) (1985). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF) nach W. Janke, G. Erdmann und W. Boucsein*. Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1993). Generalisierte Kompetenzerwartung. *Measurement of Perceived Self-Efficacy. Psychometric Scales for Cross-Cultural Research* (S. 15). Berlin: Forschung an der Freien Universität.
- Joraschky, P. (1996). Die System- und Strukturdiagnose. In: M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (S. 317–335). Berlin Heidelberg: Springer.
- Jordan, E. (1996a). Situation und Perspektiven in der Pflegekinderarbeit. In: U. Gintzel (Hrsg.), *Erziehung in Pflegefamilien. Auf der Suche nach einer Zukunft* (S. 14–38). Münster: Votum.
- Jordan, E. (1996b). Vorzeitig beendete Pflegeverhältnisse. In: U. Gintzel (Hrsg.), *Erziehung in Pflegefamilien. Auf der Suche nach einer Zukunft* (S. 76–119). Münster: Votum.
- Juhasz, A. & Sunitsch, C. (1996). *(Un-)Typische Familien. Pflegefamilien im Kanton Zürich – eine empirische Untersuchung*. Zürich: Forschungsarbeit am Soziologischen Institut der Universität.

- Juhasz, A. & Sunitsch, C. (1997). *(Un-)Typische Familien? Pflegefamilien im Kanton Zürich – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung*. Zürich: Jugendamt des Kantons Zürich.
- Kaiser, A. & Kaiser, R. (1991). *Studienbuch Pädagogik. Grund- und Prüfungswissen*. Frankfurt am Main: Cornelsen.
- Kaiser, P. (1995a). Beratung von Pflegefamilien nach dem systemischen Mehrebenenmodell. In: M.R. Textor & P.K. Warndorf (Hrsg.), *Familienpflege. Forschung, Vermittlung, Beratung* (S. 218–234). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Kaiser, P. (1995b). Strukturelle Besonderheiten und Probleme von Pflegefamilien. In: M.R. Textor & P.K. Warndorf (Hrsg.), *Familienpflege. Forschung, Vermittlung, Beratung* (S. 67–77). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Köferl, P. (1988). *Invulnerabilität und Stressresistenz: theoretische und empirische Befunde zur effektiven Bewältigung von psychosozialen Stressoren*. Bielefeld: Inaugural-Dissertation an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften der Universität.
- Kohli, M. (1991). Lebenslauftheoretische Ansätze in der Sozialisationsforschung. In: K. Hurrelmann & D. Ulrich (Hrsg.), *Neues Handbuch der Sozialisationsforschung* (4., völlig neubearbeitete Auflage, S. 303–317). Weinheim Basel: Beltz.
- Kötter, S. (1994). Das Pflegeelterninterview (PFI). In: S. Kötter (Hrsg.), *Besuchskontakte in Pflegefamilien. Das Beziehungsdreieck „Pflegeeltern – Pflegekind – Herkunftseltern“* (S. 281–332). Regensburg: Roderer.
- Kötter, S. (1997). *Besuchskontakte in Pflegefamilien. Das Beziehungsdreieck „Pflegeeltern – Pflegekind – Herkunftseltern“* (2., veränderte Auflage). Regensburg: Roderer.
- Krameyer-Schön, A. (1993). *Schon Schulkind und noch einmal neue Eltern? Integrationschancen grundschulpflichtiger Pflege- und Adoptivkinder* (Patent extra, Bd. 6). Essen: Vereinigung der Pflege- und Adoptiveltern im Lande Nordrhein-Westfalen e. V.
- Krameyer-Schön, A. (1998). *Fünf Jahre später. Zusammenwachsen, auseinandergehen oder was sonst? Integrationschancen grundschulpflichtiger Pflege- und Adoptivkinder. Ergebnisse einer zweiten Befragung* (Patent extra, Bd. 7). Essen: Vereinigung der Pflege- und Adoptiveltern im Lande Nordrhein-Westfalen e.V.
- Kramis-Aebischer, K. (1995). *Stress, Belastungen und Belastungsverarbeitung im Lehrberuf*. Bern Stuttgart Wien: Haupt.
- Kraul, A. et al. (1996). Familiäre Lebenswelten. In: M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (S. 195–221). Berlin Heidelberg: Springer.
- Kreppner, K. (1993). *Die Rolle der Familie für die Entwicklung des Kindes. Stichworte zum Blockseminar*. Referat gehalten im Sommersemester 1993 an der Universität Freiburg (CH).
- Krieger, D.J. (1996). *Einführung in die allgemeine Systemtheorie*. München: Wilhelm Fink.

- Krohne, H.W. (1997). Stress und Stressbewältigung. In: R.H. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 267–283). Göttingen Bern Toronto Seattle: Hogrefe.
- Lausch, A. (1985). *Die Pflegeelternschaft – Erleben und Bewältigen*. Frankfurt am Main Bern New York: Peter Lang.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). *Das State-Trait-Angst-Inventar (STAI)*. Weinheim: Beltz Testgesellschaft.
- Luhmann, N. (1999). *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie* (7. Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Masur, R. (1995). Werbung, Auswahl und Vorbereitung von Pflegeeltern. In: M.R. Textor & P.K. Warndorf (Hrsg.), *Familienpflege. Forschung, Vermittlung, Beratung* (S. 97–112). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Matter, H. (1997). *Sozialarbeit mit Familien. Eine Einführung*. Köniz: Edition Soziothek.
- Mayring, P. (1990). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. München: Psychologie Verlags Union.
- Mercurio-Pade, D. (1995). *Familienbegleitung. Ein Ansatz zur Unterstützung von Erziehungsfunktionen in belasteten Familien (zugleich: Lizentiatsarbeit an der Philosophischen Fakultät der Universität Freiburg (CH), Pädagogisches Institut)*. Köniz: Edition Soziothek.
- Mikuszeit, H. & Rummel, C. (1986). Hilfen zur Familienpflege. In: Arbeitskreis „Pflege- und Heimkinder“ des Deutschen Vereins (Hrsg.), *Familie – Pflegefamilie – Heim. Überlegungen für situationsgerechte Hilfen zur Erziehung* (S. 97–127). Frankfurt am Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Minde, K. (1997). Bindung und emotionale Probleme bei Kleinkindern. In: G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 361–374). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mogel, H. (1985). *Persönlichkeitspsychologie. Ein Grundriss*. Stuttgart Berlin Köln Mainz: Kohlhammer.
- Müller, K. (1996). *Allgemeine Systemtheorie. Geschichte, Methodologie und sozialwissenschaftliche Heuristik eines Wissenschaftsprogramms*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Müller-Schlotmann, R. (1998). *Integration vernachlässigter und misshandelter Kinder in Pflegefamilien. Eine Handreichung für Jugendämter, Beratungsstellen und Pflegeeltern*. Regensburg: Roderer.
- Niederberger, J.M. & Bühler-Niederberger, D. (1988). *Formenvielfalt in der Fremderziehung. Zwischen Anlehnung und Konstruktion*. Stuttgart: Ferdinand Enke.



- Niederberger, J.M. & Zeindel, T. (1989). Karrieren fremdplazierter Kinder. Erste Daten aus einer schweizerischen Studie. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete VHN*, 58/1, 46–62.
- Nienstedt, M. & Westermann, A. (1989). *Pflegekinder. Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien*. Münster: Votum.
- Nufer, H. (1990). Trennungsreaktionen bei Pflegekindern. *Sprachrohr*, 5, 2–4.
- Oelkers, J. (in Vorb.). Gelingen und Scheitern. Ein Versuch über die Zeitstruktur der Erziehung. In: J. Oelkers & F. Oser (Hrsg.), *Beiträge zur Paradoxie des Misslingens in Erziehung und Bildung (Arbeitstitel)*.
- Opp, K.-D. (1995). *Methodologie der Sozialwissenschaften. Einführung in Probleme ihrer Theorienbildung und praktischen Anwendung* (3., völlig neubearbeitete Auflage). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Oser, F. (1985). Das utopische Fundament der Pädagogik oder die Realität der inneren Unruhe. In: G. Bedouelle (Hrsg.), *Utopie und Wirklichkeit* (S. 49–68). Freiburg (CH): Universitätsverlag.
- Oser, F. (1993). *Zu-Mutung. Eine basale pädagogische Handlungsstruktur* (Berichte zur Erziehungswissenschaft Nr. 100). Freiburg (CH): Pädagogisches Institut der Universität.
- Oser, F. (1998). *Berufsethos – die Vermenschlichung des Erfolgs. Zur Psychologie der Berufsmoral von Lehrpersonen*. Opladen: Leske + Budrich.
- Pekrun, R. (1990). Motivation. Ätiologie/Bedingungsanalyse. In: U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Ätiologie* (S. 235–247). Bern: Hans Huber.
- Perrez, M. (1990). Modelle der Sozialisation: Ätiologie/Bedingungsanalyse. In: U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Ätiologie* (S. 288–307). Bern: Hans Huber.
- Perrez, M. (1998). Störungen als Folge der Deprivation: Das bindungstheoretische Modell. In: U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie – Psychotherapie* (S. 225–232). Bern: Hans Huber.
- Perrig-Chiello, P. (1997). Über die lebenslange Bedeutung frühkindlicher Bindungserfahrung. *Kindheit und Entwicklung*, 6/3, 153–160.
- Petzold, M. (1992). *Familienentwicklungspsychologie. Einführung und Überblick*. München: Quintessenz.
- Rechenbach, R. & Oser, F. (1998). Die Verpflichtungsaspekte. In: F. Oser (Hrsg.), *Ethos – die Vermenschlichung des Erfolgs* (S. 43–63). Opladen: Leske + Budrich.

- Rollett, B. (1996). Entwicklungsfördernde und entwicklungshemmende Faktoren. Bedingungen für Erfolg und Scheitern der Erziehung. In: H. Rothbucher, R. Seit & R. Donnenberg (Hrsg.), *Erfolg und Scheitern. Warum entwickeln sich Kinder nicht so, wie ErzieherInnen es wollen?* (S. 43–52). Salzburg Wien: Otto Müller.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316–331.
- Schaffer, H.R. (1992). ... und was geschieht mit den Kindern? *Psychologische Entscheidungshilfen in schwierigen familiären Situationen*. Bern Göttingen Toronto Seattle: Hans Huber.
- Scheuerer-Englisch, H. (1997). Die Bindungsdynamik im Familiensystem. In: G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 375–395). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schiepek, G. (1988). Psychosoziale Praxis und Forschung: ein methodischer Entwurf aus systemischer Sicht. In: L. Reiter, E.J. Brunner & S. Reiter-Theil (Hrsg.), *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive* (S. 51–73). Berlin Heidelberg: Springer.
- Schmidt, S. & Strauss, B. (1996). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 1: Grundlagen und Methoden der Bindungsforschung. *Psychotherapeut*, 41, 139–150.
- Schneewind, K.A. (1987). Familienentwicklung. In: R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch* (2., völlig Neubearbeitete und erweiterte Auflage, S. 971–1014). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schoch, J., Tuggener, H. & Wehrli, D. (1989). *Aufwachsen ohne Eltern. Verdingkinder, Heimkinder, Pflegekinder, Winkenkinder. Zur ausserfamiliären Erziehung in der deutschsprachigen Schweiz*. Zürich: Chronos.
- Schwarzer, R. & Renner, B. (1998). Risikoeinschätzung und Optimismus. In: R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 43–66). Göttingen Bern Toronto Seattle: Hogrefe.
- Senn, S. (1996). Der Sonderfall Pflegefamilie. Überlegungen zur Pflegefamilie anhand von familientheoretischen Ansätzen. In: M. Bill, T. Casaulta & S. Senn, *Eltern auf Zeit. Theoretische und praktische Zugänge zur Problematik der Pflegefamilie in der Schweiz* (S. 8–21). Freiburg (CH): Seminararbeit am Heilpädagogischen Institut der Universität.
- Strauss, B. & Schmidt, S. (1997). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 2: Mögliche Implikationen der Bindungstheorie für die Psychotherapie und Psychosomatik. *Psychotherapeut*, 42, 1–16.

- Tausch, R. & Tausch, A.-M. (1991). *Erziehungspsychologie* (10., ergänzte und überarbeitete Auflage). Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe.
- Tazer, E. & Schubert, M.T. (1988). Systemtherapie im Kinderheim. Das Heimkind zwischen Institution und Familie. In: L. Reiter, E.J. Brunner & S. Reiter-Theil (Hrsg.), *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive* (S. 127–136). Berlin Heidelberg: Springer.
- Textor, M.R. (1993). *Familien: Soziologie, Psychologie. Eine Einführung für soziale Berufe* (2., aktualisierte Auflage). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Textor, M.R. (1995a). Zur Vorbereitung auf die Pflegeelternschaft. *Unsere Jugend*, 47 (12), 503–506.
- Textor, M.R. (1995b). Forschungsergebnisse zur Familienpflege. In: M.R. Textor & P.K. Warndorf (Hrsg.), *Familienpflege. Forschung, Vermittlung, Beratung* (S. 43–66). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Textor, M.R. (1995c). Angebote für Pflege- und Adoptiveltern. *Zentralblatt für Jugendrecht*, 82/12, 538–540.
- Unzner, L. (1997). Der Beitrag von Bindungstheorie und Bindungsforschung zur Heimerziehung kleiner Kinder. In: G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 335–350). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Warndorf, P.K. (1995). Familienpflege – Eine Problemskizze. In: M.R. Textor & P.K. Warndorf (Hrsg.), *Familienpflege. Forschung, Vermittlung, Beratung* (S. 7–18). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1990). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien* (9., unveränderte Auflage). Bern: Hans Huber.
- Werner, E.E. (1997). Gefährdete Kindheit in der Moderne. Protektive Faktoren. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete VHN*, 66/2, 192–203.
- Werner, E.E. & Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but Invincible. A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. New York: McGraw-Hill.
- Wiemann, I. (1991). *Pflege- und Adoptivkinder. Familienbeispiele, Informationen, Konfliktlösungen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Wiemann, I. (1994). *Ratgeber Pflegekinder. Erfahrungen, Hilfen, Perspektiven*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Wohnlich, A. (1998). Drei Tage Kurs sind zu wenig. Einführungskurse für Pflegeeltern sollten Tiefgang haben. *Netz. Schweizerische Zeitschrift für das Pflegekinderwesen*, 3, 9.
- Zatti, K.B. (1996). Das Kindeswohl – Generalklausel oder Worthülse? *Netz. Schweizerische Zeitschrift für das Pflegekinderwesen*, 1, 4–7.
- Zatti, K.B. (1997). Wenn die Pflege endet. *Netz. Schweizerische Zeitschrift für das Pflegekinderwesen*, 3, 4–6.

- Zimmer Höfler, D. & Hell, D. (1996). *Attachment, Neurobiologie und Psychotherapie. Konzepte der Bindungstheorie, neurobiologische Erkenntnisse und Folgerungen für die therapeutische Beziehung*. Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.
- Zimmermann, P. et al. (1999). Bindungsforschung. Bindung und Anpassung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter: Ergebnisse der Bielefelder und Regensburger Längsschnittstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 8/1, 36–48.