

Ute Hennige  
Ulambayar Badarch  
Andreas Eickhorst  
Manfred Cierpka

# gesund – geschützt – geborgen

Frühe Hilfen für Familien –  
ein Projekt zur psychosozialen  
Prävention für junge Eltern  
in schwierigen Lebenslagen  
in Ulaanbaatar/Mongolei

(2013–2017)



UNIVERSITÄTS-  
BIBLIOTHEK  
HEIDELBERG



**gesund – beschützt – geborgen**



*Ute Hennige  
Ulambayar Badarch  
Andreas Eickhorst  
Manfred Cierpka*

# **gesund – geschützt – geborgen**

**Frühe Hilfen für Familien –  
ein Projekt zur psychosozialen Prävention  
für junge Eltern in schwierigen Lebenslagen  
in Ulaanbaatar/Mongolei (2013–2017)**



**UNIVERSITÄTS-  
BIBLIOTHEK  
HEIDELBERG**

## Übersetzungen

Odonchimeg Moik, ermächtigte Übersetzerin und allgemein beeidigte Dolmetscherin für die mongolische Sprache, Düsseldorf, Soyolmaa Enkhbat, BA Germanistik, MA Psychologie, Ulaanbaatar, Mongolei

## Datenverarbeitung

Institut für Angewandte Forschung der EH Ludwigsburg,  
Dipl.-Psych. Dr. Kerstin Bernhardt-Grävinghoff,  
wissenschaftliche Mitarbeiterin Nicole Kranz

## Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie, detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.



Dieses Werk ist unter der Creative Commons-Lizenz 4.0 (CC BY-SA 4.0) veröffentlicht.

Text © 2017, Ute Hennige, Ulambayar Badarch, Andreas Eickhorst, Manfred Cierpka

Titelfoto © Ute Hennige

Die Online-Version dieser Publikation ist auf heiBOOKS, der E-Book-Plattform der Universitätsbibliothek Heidelberg, <http://books.ub.uni-heidelberg.de/heibooks>, dauerhaft frei verfügbar (Open Access).

urn: urn:nbn:de:bsz:16-heibooks-book-235-9

doi: <https://doi.org/10.11588/heibooks.235.310>

ISBN: 978-3-946531-55-5 (Softcover)

ISBN: 978-3-946531-54-8 (PDF)

ᠠᠮᠤᠨᠢ ᠠᠷᠢᠮᠤ ᠠᠨᠭᠢᠨᠲᠤ  
ᠰᠠᠯᠤ ᠬᠢᠨᠢᠳᠤ ᠵᠢᠨᠠᠷᠢᠮᠤ

*Wenn man eine Arbeit anfängt,  
soll man sie zu Ende bringen.*

*Wenn man Salz hineintut,  
soll man warten,  
bis es sich aufgelöst hat.*

(Mongolisches Sprichwort)





# Inhalt

<b>Vorwort</b>	<b>11</b>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>15</b>
1 Rahmen und Projektauftrag	15
2 Einsatzkonzept	17
2.1 Theoretischer Hintergrund	17
2.2 Das Material	18
2.3 Klärungsprozesse	19
3 Die Umsetzung	20
4 Die Ergebnisse der Evaluation	23
5 Schluss	26
<b>Einleitung: Der Projektauftrag</b>	<b>29</b>
<b>Teil I: Der politische, ökonomische, soziale Rahmen</b>	<b>33</b>
1 Herausforderungen	33
2 Ressourcen	37
3 Die Jurtenviertel	40
3.1 Wohndichte	40
3.2 Armut	44
4 Die Lage der Familien/ Frauen/ Mütter/ Männer/ Väter	47
5 Die Lage der Kinder	51
6 Die gesundheitliche Versorgung	56
6.1 Das Gesundheitssystem	56
6.2 Die gesundheitliche Versorgung in Chingeltei	58
7 Nicht-Regierungsorganisationen und die Arbeit von World Vision Mongolia	60

<b>Teil II: Projektauftrag und Einsatzkonzept</b>	<b>63</b>
1 Umsetzung des Auftrags	63
1.1 Theoretische Hintergründe	64
1.2 Hochrisikofamilien	65
1.3 Die Heidelberger Belastungsskala (HBS)	67
2 Das Fortbildungsmaterial	68
2.1 Der Elternkurs „Das Baby verstehen“	68
2.2 NEST-Material für Fachkräfte zur Unterstützung ihrer Arbeit mit Familien	73
2.3 Fachliteratur	78
<b>Teil III: Transfer</b>	<b>79</b>
1 Transfer des Programms	79
1.1 Vorbereitung	79
1.2 Projektphasen	82
2 Durchführung	85
2.1 Die zentralen Projektziele und Fragestellungen	85
2.2 Zweck der Evaluation	88
2.3 Die Evaluationsinstrumente	89
2.4 Anmerkungen zur Datenerhebung	90
2.5 Zeitlicher Ablauf und Datenerhebung	91
2.6 Auswertung	92
<b>Teil IV: Ergebnisse</b>	<b>93</b>
1 Vermittlung des theoretischen Hintergrunds	93
2 Die erste Qualifizierung	95
2.1 TeilnehmerInnen	95
2.2 Ablauf	96
2.3 Kulturelle Besonderheiten	98
2.4 Erfahrungen mit der ersten Qualifizierungsrunde	101
3 Die zweite Qualifizierung	104
3.1 Gründe	104
3.2 Neues Projektmanagement	105
3.3 Das Training	106

4	Evaluation der Kurse	109
4.1	Der Rahmen, die TeilnehmerInnen, der Sitzungsverlauf	109
4.2	Kursinhalte: Die Module	112
4.3	Sozialstatistik	121
4.4	Die Sicht der KursteilnehmerInnen	124
4.4.1	Erfahrungen mit dem Kurs	124
4.4.2	Zufriedenheit mit dem Kurs, konkrete Lernergebnisse und Einschätzung der Modulinhalte	126
4.5	Einordnung der Ergebnisse und Diskussion	129
	<b>Teil V: Gesamtbewertung</b>	<b>135</b>
1	Probleme und Erfolge	135
1.1	Mögliche Hintergründe	135
1.2	Beispiele für Probleme	139
1.3	Beispiele für Erfolge	141
1.4	Kulturelle Unterschiede und Erreichbarkeit der Zielgruppe	143
2	Öffentlichkeitsarbeit und öffentliche Auszeichnung	145
3	Weitere Entwicklung	145
	<b>Literatur und Quellen</b>	<b>149</b>
	<b>Bildnachweise</b>	<b>162</b>
	<b>Über die AutorInnen</b>	<b>163</b>
	<b>Danksagung</b>	<b>164</b>



## Vorwort von Ulambayar Badarch

Im Jahr 2009 habe ich Frau Prof. Ute Hennige kennengelernt, nachdem diese an mehreren Kindertagesstätten in Ulaanbaatar ein Familienbildungsprojekt für Eltern mit Kindern im Vorschulalter eingeführt hatte. In einem Gespräch habe ich ihr über die problematische gesundheitliche Situation vor allem der Mütter und der kleinen Kinder im Chingeltei-Distrikt berichtet, über die unzureichende Geburtsvorbereitung von Schwangeren, über Kindersterblichkeit und Erkrankungsrisiken bei Kindern. In diesem Zusammenhang habe ich auch angefragt, ob es eine Möglichkeit gäbe, ein in Deutschland entwickeltes Programm für junge oder werdende Eltern einzuführen, das auf die gesundheitliche Unterstützung von Müttern und Babys ausgerichtet ist und die Familien mit einbezieht.

Tatsächlich gelang es in der Folge, die Voraussetzungen für ein solches Projekt im Chingeltei-Distrikt zu schaffen: Der Ärztliche Direktor des Instituts für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie am Universitätsklinikum Heidelberg, Prof. Dr. Manfred Cierpka, sagte zu, das von ihm und seinem Team entwickelte präventive Elternprogramm *Das Baby verstehen* in ausgewählten Bezirken des Stadtteils einzuführen, das deutsche Bundesministerium für Gesundheit erklärte sich bereit, das Vorhaben finanziell zu fördern, und Focus Familie gGmbH genehmigte die Verwendung und Übersetzung der zugehörigen Handbücher.

So konnten wir schließlich in den Jahren 2014 und 2015 mit der Umsetzung des Programms beginnen, indem MitarbeiterInnen aus dem Heidelberger Team – Dr. Dipl.-Psych. Andreas Eickhorst und Dipl.-Psych. Mariana Rudolf – in entsprechenden Kursen annähernd 80 Ärzte und Ärztinnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, Krankenschwestern, Freiwillige und MitarbeiterInnen von staatlichen und gemeinnützigen Organisationen in der Durchführung von *Das Baby verstehen* schulten; anschließend haben diese Personen das Programm

dann an die Eltern weiter vermittelt. Besonders hilfreich war dabei die Unterstützung von World Vision Mongolia, das über die Jahre hinweg den Druck von über 1000 Handbüchern von *Das Baby verstehen* finanziert hat.

Nachdem das Projekt Ende des Jahres 2015 erfolgreich abgeschlossen werden konnte, haben wir inzwischen fast das gesamte Personal an den Gesundheitsambulanzen und dem zentralen Gesundheitszentrum des Chingeltei – insgesamt rund 500 Ärzte, Ärztinnen, Krankenschwestern und SozialarbeiterInnen – für die Durchführung des Programms qualifiziert, und der Elternkurs wird jetzt an den Gesundheitsambulanzen im Bezirk zwei- bis dreimal im Jahr jungen Eltern mit Kindern unter zwei Jahren angeboten. In den Jahren 2016 / 2017 werden wir auf diese Weise insgesamt rund 1000 Eltern erreicht haben.

Auch wenn unsere Ressourcen begrenzt und insbesondere die Finanzmittel äußerst knapp sind, hoffen wir, dass der Elternkurs auch über das Jahr 2018 hinaus angeboten werden kann. Problematisch bei den Gesundheitsambulanzen ist allerdings neben der großen Arbeitsbelastung die hohe Fluktuation des ärztlichen Personals, das sich noch in Ausbildung befindet. Deshalb suchen wir auch nach anderen Wegen, die Eltern zu erreichen. So möchten wir neue Förderer ansprechen und ein organisatorisches Modell einführen, das es uns erlaubt, junge Eltern bereits früh – z. B. bei der Geburtsvorsorge, der Familienplanung, bei den Hausbesuchen in der Neugeborenenennachsorge – zu erreichen, um ihnen die Möglichkeit zu eröffnen, das Programm auch schon vor oder kurz nach der Geburt ihres Babys kennenzulernen.

Insbesondere richten sich unsere Pläne im Zusammenhang mit dem Bau einer neuen Klinik mit Geburts-, Neugeborenen-, Kinder- und Frauenabteilung im Zentrum von Chingeltei darauf, das Programm in Zukunft als festen Bestandteil unserer Leistungen für Mütter aufzunehmen, wobei auch die ambulante Versorgung integriert werden wird. Unser Ziel ist dabei letztlich, der Einwohnerschaft ein breit ge-

fächertes Angebot zur Verfügung zu stellen und im Distrikt die Voraussetzungen für eine dauerhafte partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Eltern zu schaffen.

So möchte ich an dieser Stelle im Namen des Gesundheitszentrums des Chingeltei Distrikts allen meinen herzlichen Dank aussprechen, die sich dafür eingesetzt haben, dieses Programm Realität werden zu lassen:

- dem Deutschen Bundesministerium für Gesundheit,
- Prof. Manfred Cierpka,
- Prof. Ute Hennige,
- Dr. Andreas Eickhorst und Dipl.-Psych. Mariana Rudolf,
- der Dolmetscherin M. Odontschimeg, die die Handbücher übersetzt hat,
- der Focus Familie und dem Nationalen Zentrum für Frühe Hilfen für die Erlaubnis zur Nutzung und Übersetzung der Handbücher und Materialien,
- und den Teams der Niederlassungen von World Vision, die uns auf vielerlei Art und Weise unterstützt haben!

Ulaanbaatar, 25.04.2017

Ulambayar Badarch





# Zusammenfassung

## 1. Rahmen und Projektauftrag

Die Mongolei, ehemals sozialistische Volksrepublik, ist einerseits ein Land, das nach seiner politischen und wirtschaftlichen Wende vor mehr als 25 Jahren noch immer vor großen Herausforderungen steht. Bisher ist es den führenden Politikern in dem vormaligen Agrarstaat noch nicht gelungen, den Gewinn aus dem Abbau der immensen Bodenschätze des Landes so zu verteilen, dass er allen Schichten der Bevölkerung gleichermaßen zugutekommt – im Gegenteil muss gegenwärtig für die nächsten Jahre aufgrund eines rapiden Falls des Wirtschaftswachstums damit gerechnet werden, dass sich die soziale Ungleichheit und die sozialen Probleme noch verschärfen werden.

Andererseits ist die Mongolei ein Land, das nicht nur über Bodenschätze, sondern auch über viele andere Ressourcen verfügt: Gleichstellung der Geschlechter, hohes Bildungsniveau, starkes zivilgesellschaftliches Engagement und Offenheit für Veränderungen, Zukunftsorientierung und eine überwiegend junge Bevölkerungsstruktur, eine Nomadenkultur, die als „Bindemittel“ der verstreut im Lande lebenden Familien fungiert und nicht zuletzt eine stabile Kooperation mit vielen internationalen Organisationen. Dabei war und ist Deutschland ein gesuchter Kooperationspartner, und noch immer gibt es viele Mongolen und Mongolinnen, auch in Führungspositionen, die Deutsch sprechen und in der ehemaligen DDR und inzwischen auch in der BRD studiert haben.

Die sozialen Probleme des Landes kumulieren außer in bestimmten ländlichen Regionen vor allem in der Hauptstadt Ulaanbaatar in den sogenannten Jurten- oder Gervierteln, die sich wie ein Belagerungsring um die Stadt ziehen und durch stetige Zuwanderung von Tag zu Tag wachsen.

Hier konzentrieren sich in bestimmten Stadtteilen Armut und Arbeitslosigkeit, die Gesundheitsgefährdung ist groß, und durch die hohe Wohndichte in manchen Quartieren bei mangelhafter Infrastruktur und starker Umweltbelastung potenzieren sich die Probleme.

Die Stabilität der Familie – die Nomadenkultur begreift diese als Zentrum des Lebens und Überlebens – ist bedroht, nicht nur in den Gervierteln, aber besonders dort: hohe Scheidungsraten, häusliche Gewalt, geringe Bildung und Alkoholmissbrauch kennzeichnen eine Situation, in der das Wohlergehen von Kindern erheblich gefährdet ist.

So stellt sich die Frage, ob und wie es möglich ist, die meist vom Land zugewanderten jungen Eltern darin zu unterstützen, ihre Kinder von Beginn an verantwortungsbewusst, einfühlsam und zuverlässig aufzuziehen mit dem Ziel, Vernachlässigung, Misshandlung, Erkrankung, Behinderung, Verhaltensproblemen und Entwicklungsbeeinträchtigungen vorzubeugen.

Das Projekt **gesund-beschützt-geborgen** ist ein Projekt, das auf eine solche Stärkung elterlicher Kompetenz abzielt. Es wurde durch die Initiative von Dr. Badarch Ulambayar, einem Allgemeinarzt, Gesundheitswissenschaftler und Leiter der Abteilung öffentliche Gesundheit eines Gesundheitszentrums in einem Stadtteil, in dem sich soziale Probleme häufen – dem Chingeltei –, in Kooperation mit der Projektleiterin ins Leben gerufen. In der Folge gelang es, Prof. Dr. Manfred Cierpka von der Heidelberger Universitätsklinik, der in Deutschland seit Jahren im Zusammenhang mit Frühen Hilfen psychosoziale Präventionskonzepte entwickelt und in die Praxis umsetzt, für das Projekt zu gewinnen.

Ein erster Schritt zur Verbesserung der Lage in Chingeltei sollte, so wurde schließlich entschieden, darin bestehen, beispielhaft in ausgewählten Bezirken des Stadtteils das von Prof. Cierpka und seinem Team entwickelte Präventionsprogramm *Das Baby verstehen* aus dem Projekt *Keiner fällt durchs Netz* sowie die am Nationalen Zentrum für Frühe

Hilfen (NZFH) entwickelten Arbeitsmaterialien *NEST* für junge Familien einzuführen.

## **2. Einsatzkonzept**

Um ein deutschsprachiges Programm in einem kulturell, sozial und gesellschaftlich fremden Land wie der Mongolei bekannt zu machen, bedurfte es der Anpassung und teilweisen Neuentwicklung eines Einsatzkonzepts, das sowohl die kulturellen Besonderheiten als auch die sozialen Probleme der Zielgruppe berücksichtigt.

### **2.1 Theoretischer Hintergrund**

Das Präventionsprogramm des Heidelberger Teams *Keiner fällt durchs Netz* mit dem Kernstück eines Elternkurses mit dem Titel *Das Baby verstehen* beruht auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Bedeutung von Erfahrungen in den ersten Kindheitsjahren für bestimmte neurophysiologische und hirnstrukturelle Parameter. Viele Studien belegen, dass die Kindheitserfahrungen auf den Gesundheitsstatus, die kognitive und emotionale Entwicklung, den Schulerfolg und die Lebensqualität tiefgreifende und lang andauernde Auswirkungen haben. Es gibt z. B. wissenschaftlich gesicherte Risikofaktoren über das Erleben von Gewalt in den ersten Jahren des Lebens, die belegen, dass solche Erfahrungen zu dysfunktionalen neurophysiologischen Veränderungen im Gehirn führen und für ein Kleinkind ein größeres Risiko bedeuten, später im Leben bestimmte gesundheitliche Probleme, psychische Auffälligkeiten oder Lebensprobleme zu entwickeln. Nötig sind deshalb aus Sicht der Präventionsforschung Interventionen in der lebenskritischen Phase des Übergangs vor allem zur ersten Elternschaft.

In den letzten Jahren haben sich in den Frühen Hilfen deshalb immer stärker Familien unterstützende Maßnah-

men durchgesetzt, insbesondere für diejenigen Kinder, die in sogenannten „Hoch-Risiko-Familien“ aufwachsen. Hierbei handelt es sich um Familien, die unter dem Druck mehrerer gleichzeitig auftretender Belastungsfaktoren im materiellen, sozialen und/oder persönlichen Bereich leiden (z. B. Armut, fehlende soziale Unterstützung, frühzeitige Familiengründung, Substanzabhängigkeit) – Faktoren, die zu früher Vernachlässigung, Entwicklungsproblemen oder Erziehungsschwierigkeiten führen, wenn keine ausreichenden kompensatorischen Schutzfaktoren vorhanden sind.

## 2.2 Das Material

Bei dem zum Transfer vorgesehenen Programm *Das Baby verstehen* geht es darum, junge Eltern kurz vor beziehungsweise kurz nach der Geburt ihres Babys auf die neue Lebensphase vorzubereiten. Dies geschieht dadurch, dass sie in mehreren Lerneinheiten für die kindlichen Signale sensibilisiert, ihre Feinfühligkeit und natürlichen elterlichen Verhaltensbereitschaften gestärkt und sie im Aufbau einer positiven Bindungsbeziehung zum Kind unterstützt werden. Darüber hinaus umfasst das Programm Einheiten, die mit der Situation des Paares mit einem neugeborenen Kind, der damit einhergehenden Belastung der jungen Mutter und der Partnerschaft sowie der Rolle des jungen Vaters u. ä. zu tun haben. Dabei werden die Themen mittels einer ausgearbeiteten Anleitung und mithilfe von Videos für fünf bis sieben Familien in mehreren zwei- bis dreistündigen Veranstaltungen in Seminarform von einer Hebamme, Krankenschwester, SozialarbeiterIn, ÄrztIn oder PsychologIn vermittelt.

Das ebenfalls für den Transfer vorgesehene Programm *NEST* – der Begriff steht für eine Umgebung, in der Kinder gesund, geborgen und sicher aufwachsen können – wurde von der deutschen Stiftung Pro Kind und dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) entwickelt und für den Einsatz in der Mongolei zur Verfügung gestellt. Zweck des Materials

ist es, Fachkräften in den Frühen Hilfen zielgruppenspezifische und passgenaue Arbeitshilfen zur Verfügung zu stellen, die sie flexibel in ihrem jeweiligen Arbeitsfeld einsetzen können. *NEST* deckt ein breites Spektrum an Themen der Frühen Hilfen ab, die für Familien von der Schwangerschaft bis zum Ende des zweiten Lebensjahres wichtig sind und besteht aus Arbeitsblättern, die die Fachkräfte mit den Familien bearbeiten. Die Inhalte (Kind und Eltern, Gesundheit, Alltag, Geld und Beruf, Begleitung) sind speziell auf Familien zugeschnitten, die nur über eine grundständige Schulbildung verfügen bzw. die Schriftsprache nicht sicher beherrschen. Wir verwendeten in erster Linie Materialien aus dem Bereich *Kind und Eltern* für das erste Lebensjahr (Förderung einer sicheren Bindung, Mutter/Vater/Elternrolle, Kindliche Entwicklung, Spielen mit Babys u. a.).

## 2.3 Klärungsprozesse

Um jedoch vorab zu klären, wie es überhaupt gelingen kann, ein für Deutschland entwickeltes Programm vor Ort so einzusetzen, dass Familien es annehmen und davon profitieren können, waren mehrere Schritte notwendig:

- vorbereitende Recherchen in Deutschland und vor Ort
- Ermittlung des Hilfebedarfs in der Mongolei
- Auswahl der geeigneten Programmkomponenten
- Übersetzung/Herstellung der Arbeitsmaterialien

Ergebnis des Klärungsprozesses war, dass das Kursprogramm *Das Baby verstehen* im Sinne eines klassischen Angebots in „Kommstruktur“ tatsächlich als Kurs für werdende oder junge Eltern in Ulaanbaatar geeignet war. Da die gesundheitliche Versorgung der Bewohner des Chingelt-Distrikts in im Quartier liegenden Familienambulanzen organisiert ist, wo die Kurse angeboten werden sollten, musste als erstes das mongolische Fachpersonal qualifiziert werden. Dieses sollte dann die Kurse als offenes Angebot in kleinen

Gruppen mit werdenden Müttern und Vätern durchführen. Das erschien ökonomisch, und durch die niedrigschwellige Struktur der Ambulanzen und ihrer Verortung im Quartier war es wahrscheinlich, dass genügend Eltern von dem Angebot Gebrauch machen würden. Das Programm *Das Baby verstehen* wurde deshalb inhaltlich an die Situation der mongolischen Zielgruppe angepasst (z. B. hinsichtlich der Terminologie) und in die mongolische Sprache übersetzt.

Da aber davon auszugehen war, dass – wie in Deutschland auch – gerade Familien in besonders belasteten Lebenslagen solche Angebote nicht wahrnehmen können, wurde für diese der Einsatz des *NEST*-Materials in aufsuchender Arbeit vorgesehen. Es sollte die Grundlage eines für ein halbes Jahr vorgesehenen regelmäßigen Besuchs bei besonders belasteten Eltern im Chingeltei-Distrikt bilden. Hierfür waren Volunteers des Gesundheitszentrums vorgesehen. Die entsprechenden Arbeitsblätter wurden ebenfalls ins Mongolische übersetzt und die zugehörigen deutschen Fotos von Eltern-Kind-Interaktionen durch mongolische Fotos ersetzt.

Schließlich wurden noch außer dem Manual zwei weitere Fachbücher ins Mongolische übertragen, um den MitarbeiterInnen einen breiteren theoretischen Hintergrund vermitteln zu können und so die Qualität ihrer Angebote zu steigern.

Der Druck der Bücher wurde von der NGO World Vision Mongolia finanziert (vgl. S. 26f.), die das Projekt von Beginn an unterstützt und begleitet hat (vgl. S. 60ff.).

### **3. Die Umsetzung**

Hauptziel des Projekts war es also zu klären,

- ob sich das in Deutschland bewährte präventive Projekt *Keiner fällt durchs Netz* mit seinem zentralen Elternprogramm *Das Baby verstehen* und die *NEST*-Arbeitsmaterialien erfolgreich an die sozialen und kulturellen

Bedingungen eines zentralasiatischen Entwicklungs-/ Schwellenlandes adaptieren lassen

- ob dort hinreichend viele junge Mütter und Väter zur Teilnahme motiviert werden können
- ob die Programme bei den Zielgruppen auf Akzeptanz stoßen und
- ob sich positive Wirkungen im Hinblick auf eine Erhöhung der Sensitivität der Eltern im Umgang mit ihrem Kind zumindest in Ansätzen zeigen.

Hierfür wurden zunächst im März 2014 zwei Gruppen von Fachkräften geschult:

- Eine Gruppe von 25 SozialarbeiterInnen und Krankenschwestern, die an ausgewählten Familiengesundheitszentren des Chingeltei-Distrikts angestellt waren, wurde darin qualifiziert, in ihrem Bezirk für junge Familien den Elternkurs *Das Baby verstehen* anzubieten.
- Eine zweite Gruppe von 23 freiwilligen Mitarbeiterinnen des Distrikts, die seit kurzem zur niedrigschwelligen gesundheitlichen Betreuung und Beratung der Bevölkerung im Quartier hatten gewonnen werden können – „lebenserfahrene“ Frauen, die nicht mehr im Arbeitsleben standen, in Chingeltei wohnten und dort verankert waren –, wurde darin qualifiziert, aufsuchende Arbeit mit Hilfe der *NEST*-Materialien durchzuführen.

Die einwöchige Schulung war sehr erfolgreich und wurde von den TeilnehmerInnen in der abschließenden Evaluation sehr positiv bewertet. Umso überraschender war nach Abschluss des Trainings die Nachricht, dass die freiwilligen Helferinnen für den Einsatz in den Quartieren nicht dauerhaft hatten gewonnen werden können und die Gruppe sich aufgelöst hatte.

Auch die MitarbeiterInnen der Gesundheitsambulanzen, die eigentlich das Kursprogramm *Das Baby verstehen* hätten anbieten sollen und von denen einige in unserer Anwesenheit bereits damit begonnen hatten, stellten ihre Arbeit ein.

Im Laufe der Zeit verstärkte sich der Eindruck durch die spärlichen Informationen unseres Projektpartners, dass die gesamte Arbeit im Gesundheitsbereich weitgehend zum Erliegen gekommen war, nicht nur in Chingeltei und im hier thematisierten Projekt, offenbar in Folge einer schweren finanziellen und politischen Krise, die u. a. zu einem Rücktritt der Gesundheitsministerin, dem Austausch von Führungskräften und einer radikalen Reduktion des Haushaltsbudgets mit hohen Einsparungen im öffentlichen Sektor geführt hatte, sodass unter diesen Umständen an eine Fortsetzung unseres Projekts nicht mehr zu denken war.

Um das Vorhaben nicht vorzeitig beenden zu müssen, führten wir im Oktober 2015 schließlich eine weitere Qualifizierung für den Kurs *Das Baby verstehen* durch, dieses Mal organisiert von der Leiterin einer Familienberatungs- und Fortbildungsagentur in Ulaanbaatar, einer Psychologin und Germanistin, mit der die Projektleiterin bereits früher zusammengearbeitet hatte. Unser Kooperationspartner Ulambayar und eine Gruppe von Fachkräften aus dem Gesundheitszentrum des Chingeltei, unserem eigentlichen Projektstandort, nahmen ebenfalls teil.

TeilnehmerInnen der dritten Gruppe waren 28 Fachkräfte aus staatlichen und privaten Krankenhäusern, privaten Praxen, Schulen und Beratungsstellen, überwiegend ÄrztInnen unterschiedlicher Fachrichtung (Pädiatrie, Psychiatrie, Gynäkologie) sowie Psychologinnen und Krankenschwestern. Die Teilnahme am Training war dieses Mal an die Bedingung geknüpft, dass anschließend sofort eine Elterngruppe durchgeführt werden musste, um das Zertifikat zu erwerben; hierfür konnten sich die TeilnehmerInnen zu Teams von drei bis vier Mitgliedern zusammenfinden.

Allerdings konnte keine aufsuchende Arbeit mehr mit den *NEST*-Materialien durchgeführt werden, weil hierfür weder Ressourcen noch entsprechendes Personal zur Verfügung standen und für uns der Zugang zu den Jurtevierteln verschlossen war.



Wie bei der ersten Qualifizierung auch, wurde das Training entsprechend den Vorgaben des Anleitungsmanuals *Das Baby verstehen* durchgeführt, anschließend fanden die Elterngruppen statt. Diese wurden in ihrer Startphase von der Trainerin und der Projektleiterin supervidiert.

## 4. Die Ergebnisse der Evaluation

Nach Abschluss der Elternkurse nach etwa sechs Wochen im Dezember 2015 fand eine Evaluation statt. Sie bezog sich auf die Bewertung der Kurse aus Sicht der Teams und aus Sicht der KursteilnehmerInnen; die entsprechenden Daten wurden bei den Teams mittels quantitativer Fragebögen, bei den Familien mittels standardisierter Interviews erhoben.

An den sechs Kursen nahmen rd. 50 Mütter und einige Väter teil.

Die TeilnehmerInnen gehörten fast alle – was Einkommen, Ausbildung, Beruf usw. betrifft – der in der Mongolei kleinen neuen Mittelschicht an und litten nicht unter besonderen familiären, sozialen, ökonomischen oder persönlichen Belastungen. Sie gehörten also nicht zu der Zielgruppe, die in unserem Plan ursprünglich vorgesehen war – das war auch nicht anders zu erwarten, denn sie waren von den Teams überwiegend aus dem eigenen akademisch gebildeten und besser verdienenden Bekanntenkreis gewonnen worden, nur etwa 20 % kamen aus weniger privilegierten Milieus.

Für uns war hier aber vorwiegend interessant, ob das Programm überhaupt von mongolischen Eltern bzw. Müttern angenommen wurde und sich die Inhalte erfolgreich auf ihre Situation anwenden ließen. Dies war durchwegs der Fall, das Programm wurde verstanden und sehr begrüßt, besonders die enthaltenen Videosequenzen zur Sensibilisierung der Wahrnehmung für die Signale und Interaktionsangebote des Babys, das rechtzeitige Erkennen von Regulationsproblemen des Säuglings, die zu Weinen und Schreien

führen können (Verhaltensweisen des Kindes, die nicht selten elterliche Gewalt zur Folge haben), die zentrale Bedeutung der Eltern-Kind-Bindung und die Notwendigkeit des Sich-Einstellens der jungen Eltern auf eine Neuorientierung der Partnerschaft nach der Geburt eines Kindes. Alle TeilnehmerInnen konnten das Programm weiterempfehlen, alle waren mit dem Angebot und dem Engagement der Teams sehr zufrieden und haben nach eigenen Angaben viel gelernt.

Das Hauptziel des Projekts, nämlich die Akzeptanz des Programms bei mongolischen Müttern und Vätern sowie eine (von diesen berichtete) Erhöhung ihrer elterlichen Sensitivität, konnte also erreicht werden.

Zu den spezifischen Erfolgen zählen vor allem:

- gelungene Anpassung des deutschen Ansatzes / der Materialien
- inhaltlich erfolgreich verlaufene Schulungen bei ca. 80 Personen (mehr als ursprünglich vorgesehen) aus unterschiedlichen Berufsgruppen des Gesundheitssektors
- sehr positive Evaluation der Kursangebote durch die Eltern
- hoher Rücklauf von Fragebögen
- sehr gute Zusammenarbeit mit der Kinderhilfsorganisation World Vision Mongolia inklusive der Teilförderung unseres Projekts
- Möglichkeit der kurzfristigen Hinzugewinnung einer zweiten lokalen Projektkoordinatorin u. a.

Und schließlich:

- Fortsetzung des Projekts mit Aussicht auf eine nachhaltige Implementierung des Programms mit Unterstützung von World Vision Mongolia bei der ursprünglich vorgesehenen Zielgruppe (S. 26).

Allerdings gab es auch Widerstände und Hindernisse. Dabei ist jedoch festzuhalten, dass diese weniger auf der inhaltlichen Ebene lagen als an Kooperations- und Kommunikationsproblemen, insbesondere

1. dass es sich bei der Mongolei nicht nur um ein kulturell fremdes und politisch und ökonomisch kriselndes Land, sondern um ein Transitionsland handelt, das nach einem schockartigen politischen und wirtschaftlichen Umbruch vor nunmehr 25 Jahren noch immer keine Stabilität erreicht hat
2. dass es große Unterschiede in Bezug auf die Organisiertheit z. B. der sozialen Institutionen beider Länder gibt
3. dass in bestimmten Bereichen sehr verschiedene Kulturstandards gelten und
4. dass, was die finanziellen Mittel angeht, das enorme Ungleichgewicht zwischen beiden Ländern manche Interventionen, die für uns trivial erscheinen, sehr schwierig machen können.

Was die Schwierigkeiten während der Projektdurchführung allerdings potenziert hat, war die für alle nichtvorhersehbare ökonomische und politische Krise, die die Projektarbeit für längere Zeit zum Erliegen gebracht und fast zu ihrem Scheitern geführt hätte. Sie konnte nur durch einen „langen Atem“ und die Aufrechterhaltung der Kooperationsbeziehungen bewältigt werden.

Auch wenn also zunächst nicht alle Ziele erreicht wurden und insbesondere die Begleitung und Unterstützung der Hoch-Risiko-Familien nicht weiter verfolgt werden konnte, könnte sich dieses Ziel als leichter erreichbar herausstellen als zunächst gedacht.

In Deutschland besteht eine Hauptschwierigkeit in der begrenzten Zugänglichkeit gerade solcher Familien. Je mehr Belastungen vorliegen, desto schwieriger ist es oft überhaupt einen Kontakt herzustellen. In den Jurtevierteln Ulaanbaatars scheint es hingegen ungleich leichter, die Familien, die Hilfe benötigen, auch zur Teilnahme an einem Programm oder zu begleitender Hilfe zu bewegen. Einerseits sind diese Familien an die Präsenz von freiwilligen HelferInnen in ihren Vierteln gewöhnt und scheinen diese in der Regel auch bereitwillig in ihre Häuser bzw. Jurten zu lassen.

Andererseits scheint es auch nicht sonderlich schwierig zu sein, Familien zu einem Besuch in den Gesundheitszentren des Distrikts zu motivieren. Unter diesen Umständen fallen die zweifelsohne vorhandenen Schwierigkeiten womöglich weitaus weniger ins Gewicht, als zunächst angenommen wurde. Denn wenn der Kontakt zu den bedürftigen Familien einmal gegeben ist, man also relativ zuversichtlich sein kann, dass kaum eine Familie „durchs Netz fällt“, verliert die konkrete Interventionsform und die konkrete Zuordnung einer Fachkraft deutlich an Bedeutung.

## 5. Schluss

Das Projekt konnte somit noch rechtzeitig im vorgesehenen Zeitrahmen und mit positiven Ergebnissen abgeschlossen werden.

Es wurde nach Abschluss mit dem höchsten Orden des Chingeltei-Distrikts, gebilligt von der Stadtverwaltung von Ulaanbaatar, ausgezeichnet.

Eine bemerkenswerte Entwicklung, die auf die Kooperation mit World Vision Mongolia und das weitere Engagement unseres Kooperationspartners im Chingeltei-Gesundheitszentrum zurückgeht, hat inzwischen dazu geführt, dass das Programm nach Projektabschluss nicht nur eine Fortsetzung erfahren hat, sondern sogar für alle betroffenen Mütter und Väter des gesamten Distrikts angeboten wird (vgl. Vorwort):

- In einer Familienambulanz des Chingeltei sind von World Vision besondere Räume für schwangere Mütter ausgestattet worden, die explizit auch für die Durchführung der Elternkurse vorgesehen sind.
- Außerdem wurde nach Abschluss des Projekts das Fachpersonal der Familienambulanzen und des zentralen Gesundheitszentrums in der Durchführung des Kursprogramms *Das Baby verstehen* geschult, fast 500 Personen nahmen teil.

- Nachdem World Vision im Austausch für die gedruckten Handbücher von *Das Baby verstehen* Kursangebote für sämtliche betroffene Mütter und Väter in allen 16 Familienambulanzen des Chingeltei vorgeschlagen hat – ursprünglich waren nur drei vorgesehen –, hat unser Kooperationspartner nach Abschluss unseres Projekts dafür gesorgt, dass anschließend 160 Familien an entsprechenden Kursen teilnehmen konnten.
- Inzwischen (März 2017) haben weitere 300 Mütter und Väter des Distrikts Kurse besucht, und World Vision hat insgesamt über 1000 Exemplare der Handbücher gedruckt, sodass alle Gesundheitsambulanzen des Chingeltei damit ausgestattet werden konnten und das Programm weiteren Eltern angeboten werden kann.
- Ende des Jahres 2017 werden voraussichtlich insgesamt 1000 Eltern aus dem Chingeltei-Distrikt das Programm kennengelernt haben. Es soll zukünftig auch auf weitere Distrikte ausgeweitet werden.

Das ist ein Ergebnis, das sogar über das hinausreicht, das wir ursprünglich anvisiert hatten und lässt eine nachhaltige Implementierung unseres Programms genau bei der Bevölkerungsgruppe, für die es anfangs gedacht war, erwarten.





*Abb. 1: Ulaanbaatar im Schnee im Oktober 2015 – Blick von Chingeltei auf das Stadtzentrum*

## **Einleitung**

### **Der Projektauftrag**

Das Projekt entstand auf Initiative von Dr. Ulambayar Badarch, Arzt für Allgemeinmedizin und Master of Public Health, Leiter der Abteilung für Öffentliche Gesundheit eines Städtischen Gesundheitszentrums in einem der neun Distrikte Ulaanbaatars<sup>1</sup>.

Ulaanbaatar hat 1,4 Millionen Einwohner.<sup>2</sup> Der Distrikt, um den es im Folgenden gehen wird, der sogenannte Chin-

---

1 Die Kontakte zum Gesundheitszentrum Chingeltei entstanden im Jahr 2009 im Zusammenhang mit früheren Familienbildungsprojekten der Projektleiterin in Ulaanbaatar (siehe Vorwort).

2 Alle Angaben aus dem Statistical Handbook 1992–2012 Chingeltei (2013: 36ff); die Angaben über die Kindeswohlgefährdung beruhen auf einer persönlichen Mitteilung des Kooperationspartners und beziehen sich auf konkrete Vorfälle, bei denen Säuglinge zu Tode gekommen waren.

Vgl. auch die umfassende Zusammenstellung von UNICEF und dem Nationalen Statistikbüro der Mongolei, 2014 sowie die Daten



Abb. 2: Chingeltei-Distrikt in Ulaanbaatar

geltei, ist ein flächenmäßig relativ kleiner, jedoch einwohnermäßig stetig wachsender Stadtteil (2013: rd. 151.000 Einwohner). Er beginnt im Zentrum und zieht sich bis zum Stadtrand hin (Abb. 2). Die zentrumsnahen Quartiere sind teilweise gefragte Geschäfts-, Bank-, Botschafts-, Museums- und Wohnviertel, aber 82 % seiner Einwohner leben stadtauswärts im sogenannten Ger- oder Jurtenviertel in traditionellen Rundfilzzelten – Jurten – oder selbstgebauten Häusern, die die winterlichen Extremtemperaturen von -30 Grad und mehr (Ulaanbaatar ist die kälteste Hauptstadt der Welt) selten länger als eine Saison unbeschadet überstehen. Pro Jahr werden in Chingeltei mit ständig steigender Tendenz etwa 4.700 Kinder geboren, die Zahl der Ehescheidungen nimmt in den letzten Jahren ebenso zu wie die Zahl der Eheschließungen abnimmt; Infektionskrankheiten bei Kindern – insbesondere Mumps, virale Hepatitis und Masern – treten wieder gehäuft auf, nachdem sie praktisch besiegt worden waren, und es sind eine relativ hohe Neugeborenensterblichkeit (höher als

---

in United Nations Development Assistance Framework (UNDAF) 2017–2021, Mongolia Draft (2016).



in den Jahren zuvor) und vermehrt Fälle von Kindeswohlgefährdung zu beklagen.

Ulambayar Badarch regte deshalb an, in Chingeltei ein präventives Elternprogramm einzuführen, um die elterlichen Kompetenzen der dort lebenden jungen Mütter und Väter zu stärken. Dahinter stand das zentrale Postulat, dass sich die gesunde körperliche, psychische und soziale Entwicklung eines Babys nur im Rahmen einer geglückten Beziehung zwischen Mutter/Vater/Pflegeperson und Kind vollziehen kann; medizinisch präventive Maßnahmen wie Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Vitamingaben sind unerlässlich, aber Gesundheit meint (ganz im Sinn der klassischen Definition im Sinn der WHO)<sup>3</sup> mehr als nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen – psychische und soziale Einflussgrößen sind ebenso bedeutsam.<sup>4</sup>

Dieser „Paradigmenwechsel“ vom klassischen biomedizinischen Modell zu einer biopsychosozialen und vom Ansatz her gemeinwesen-orientierten Strategie<sup>5</sup> erschien ihm infolge des oben beschriebenen radikalen gesellschaftlichen Wandels notwendig, weil die traditionellen präventiven Maßnahmen offenbar nicht mehr ausreichend griffen, um der nachwachsenden Generation ein gesundes, beschütztes und geborgenes Aufwachsen zu gewährleisten.

In der Folge gelang es, Prof. Manfred Cierpka von der Heidelberger Universitätsklinik, der in Deutschland seit Jahren im Zusammenhang mit sog. Frühen Hilfen psychosoziale Präventionskonzepte entwickelt und in die Praxis umgesetzt hat, für das Projekt zu gewinnen, und das deutsche

---

3 WHO (1948).

4 Der Begriff psychosozial steht hier im Zusammenhang mit primärer Prävention für Vorbeugung gegen die Auswirkungen psychischer und sozialer Belastungen – Distress im Sinne Selyes (1976) –, die in der Bevölkerung sozial ungleich verteilt sind und deren negative Auswirkungen auf die Entwicklung eines Kindes abgewendet werden sollen.

5 Gemeinwesenorientierung und primäre Prävention sind in der Mongolei seit den Zeiten der sozialistischen Volksrepublik vertraute Konzepte (vgl. S. Seite 57).

Bundesministerium für Gesundheit war bereit, die finanzielle Förderung zu übernehmen.

Ein erster Schritt zur Verbesserung der Lage, so wurde schließlich entschieden, sollte deshalb darin bestehen, beispielhaft in ausgewählten Bezirken des Distrikts das deutsche, von Prof. Cierpka und seinem Team an der Universität Heidelberg entwickelte Präventionsprogramm *Das Baby verstehen* bzw. *Keiner fällt durchs Netz* für junge Familien einzuführen.

Hierfür sollten in einer explorativen Studie die Bedingungen für den Transfer sowie die Akzeptanz des Programms bei der Zielgruppe untersucht werden.

Bevor im Folgenden über die Einzelheiten dieses Transfers berichtet wird, soll zunächst die aktuelle Situation in der Mongolei unter politischer, wirtschaftlicher und sozialer Perspektive, soweit diese für die Durchführung des Projekts eine Rolle gespielt hat, diskutiert werden.

# Teil I

## Der politische, ökonomische, soziale Rahmen

### 1. Herausforderungen

Die in Zentralasien gelegene Mongolei, die 1990 den Sprung von einer sozialistischen Volksrepublik in die parlamentarische Demokratie und freie Marktwirtschaft gewagt hat, steht noch immer großen Herausforderungen gegenüber. Sie ist auf der einen Seite der einzige unabhängige Staat der Welt, dessen Volkswirtschaft zumindest zum Teil noch auf traditioneller nomadischer Viehzucht beruht, wenn auch mit abnehmender Tendenz. Auf der anderen Seite hat sie sich in den letzten Jahren durch den Fund enormer Bodenschätze – das Land verfügt über die weltweit größten Rohstoffvorkommen an Kohle, Kupfer, Gold, Zink, Uran, Erdöl, seltenen Metallen und Erden – das Interesse der rohstoffhungrigen Industrienationen gesichert: einige Jahre lang besaß die Mongolei eine der wachstumsintensivsten Volkswirtschaften der Welt überhaupt, und aus dem Ausland wurden gigantische Summen in den Bergbau investiert. Doch kurze Zeit später, seit dem Jahr 2013, sanken die Investitionen infolge einer Mischung aus weltweiten makroökonomischen Entwicklungen und politischen Fehlentscheidungen wieder gegen Null, ohne sich bisher erholt zu haben, und das Wirtschaftswachstum zeigte und zeigt noch immer einen deutlichen Rückgang (2014: 6 %, 2013: 11 %, 2012: 12 %, 2011: 17 %).<sup>6,7</sup> Die gegenwärtigen Prognosen lassen eine baldige Besserung nicht erwarten.

<sup>6</sup> <http://www.auswaertiges-amt.de>, Stand Juni 2016.

<sup>7</sup> ebd.: „Ein drastischer Einbruch wurde auch bei den ausländischen Direktinvestitionen verzeichnet. Sie sanken in 2014 um 62 % auf nunmehr 2,9 Mrd. USD (...) Der bereits 2014 beobachtete starke Rückgang von

Dabei wurden maximale Gewinne erzielt, und der Bevölkerung wurde eine glanzvolle Zukunft prophezeit – sogar Vergleiche mit arabischen Erdölförderstaaten wie Kuwait und der Epoche des großmongolischen Reiches unter dem Herrscher Dschinghis Khan wurden bemüht.

Doch bislang sind wirkliche Verbesserungen nicht eingetreten, ganz im Gegenteil gilt noch immer: „Die Armut ist im Entwicklungsland Mongolei allgegenwärtig.“<sup>8</sup>

Zwar beginnt sich ansatzweise ein Mittelstand von Beserverdienenden herauszukristallisieren,<sup>9</sup> und natürlich gibt es inzwischen auch eine Reihe von Millionären und Milliardären, doch die Armutspopulation liegt im Jahr 2013 (dem Jahr des Projektbeginns) je nach Region zwischen 23 % und 35 %<sup>10</sup> (unter 2 USD pro Tag) bei teilweise desolater Verfassung von öffentlichen Dienstleistungen in der Kinderbetreuung, der Bildung sowie der Gesundheits-, Energie- und Trinkwasserversorgung, der Kommunikation, der Verkehrs- und Stadtplanung usw.<sup>11 12</sup>

---

*ausländischen Direktinvestitionen setzte sich fort und sank 2015 um 33,8 % im Vergleich zum Vorjahr ...“.*

8 Vgl. Zolbaatar (2013: 86).

9 Bruttonationaleinkommen je Einwohner in Euro: 3.965,- (2014), 3.460,- (2013), 3.442,- (2012), 2.129,- (2011) (<http://durchschnittseinkommen.net/liste-durchschnittseinkommen/>). Dem neuen Mittelstand können zugerechnet werden: Arbeitskräfte im Bergbau mit einem durchschnittlichen monatlichen Einkommen von 800,- €, Angestellte bei internationalen Organisationen und ausländischen Vertretungen mit 700,- €, im Wissenschafts- und Technologiebereich mit 500,- €, in der Finanz- und Versicherungswirtschaft mit ebenfalls 500,- €. 30.600 Bürger (Einwohnerzahl 3 Millionen) erhalten den Mindestlohn von rd. 90,- €. Die zahlenmäßig größte Gruppe (115.700 Bürger) verdient zwischen 140,- € und 240,- €. In: Neues aus der Mongolei, 07. bis 13.12.2015 sowie 16. bis 22.06.2014.

10 Die Unterschiede zwischen Stadt und Land sind nach wie vor groß. Während in Ulaanbaatar und den Kreisstädten die Armutsrate bei 23,2 % liegt, liegt sie auf dem Land bei 35,5 %, In: Neues aus der Mongolei, 06. bis 19.05.2013.

11 Vgl. auch: Government of Mongolia, National Authority for Children, United Nations Children's Fund (2014: 82): „*Mongolia's future will be secure (...), if increased investments are made to improve the quality and reach of key services for vulnerable children and their families*“.

12 Im Rahmen der Weihnachtsspendeaktionen im Jahr 2015 wurde in der ARD für Kinder in der Mongolei gesammelt!

Die Gründe sind vielfältig, neben Auseinandersetzungen um Ausbeutungsrechte, Besitzverhältnisse u. a. haben die Länder, die die Rohstoffe der Mongolei fördern, allen voran China, nur geringes Interesse an Investitionen, die nicht unmittelbar ihren Verwertungsinteressen nutzen. Dazu kommt aber, dass vor allem Korruption und die Bereicherung Weniger der Entwicklung des Landes großen Schaden zugefügt haben und noch immer zufügen. Auf dem weltweiten Korruptionsindex („Bestechungsindex“) erhält das Land im Jahr 2016 von insgesamt 176 Ländern einen Rangplatz von 87 und befindet sich mit einem Score von 39/100 Punkten eher im unteren Bereich.<sup>13</sup> In den vergangenen vier Jahren hat sich der Index auch nicht wesentlich geändert, trotz angeblich großer Anstrengungen der jeweiligen Regierungen zur Korruptionsbekämpfung.

Das allein reicht jedoch bei weitem noch nicht aus, um allen Bürgern und Bürgerinnen des Landes eine gleichberechtigte Teilhabe am Wohlstand zu sichern.

Denn hinzu kommen wegen der einseitigen Schaffung von Arbeitsplätzen im Bergbau bei Vernachlässigung anderer Branchen hohe Arbeitslosigkeit, Naturkatastrophen infolge des Klimawandels und der oft umweltzerstörenden Ausbeutung der Bodenschätze, wirtschaftliche Abhängigkeit von den gegenwärtig geringeren Preisen auf dem Weltmarkt für Bergbauprodukte, insbesondere eine schwächere Rohstoffnachfrage des Nachbarn China, der den größten Teil der mongolischen Bodenschätze importiert hat, Landflucht wegen der enormen Disparitäten zwischen Stadt und Land und eine kaum noch beherrschbare Zuwanderungswelle in die stetig wachsenden Vorstädte der Hauptstadt, eine extreme Verteuerung der Lebenshaltungskosten, politischer Dissens, innerparteiliche und innenpolitische Grabenkämpfe ...

So spricht viel dafür, dass die Mongolei gegenwärtig an einem Wendepunkt ihrer Geschichte angekommen ist,

---

13 Transparency International, Corruption Perceptions Index 2016.

denn neue Projekte zur Erschließung der nahezu unerschöpflichen Rohstoffe bieten auf der einen Seite die reale Chance eines Aufbruchs in die Moderne und Wohlstand für alle – bergen aber auch die Gefahr, dass sich die Schere zwischen Arm und Reich noch weiter vergrößert und sich der hart erkämpfte und gefeierte Aufbruch in Demokratie und freie Marktwirtschaft als Fehlschlag erweist. Die Zukunft des Landes hängt wesentlich davon ab, ob die Politik den neuen Reichtum in ein nachhaltiges und sozial gerechtes Wachstum umsetzen kann. Nicht alle Rückschläge, die große Teile der Bevölkerung bisher hinnehmen mussten, waren vermeidbar, sondern sind der weltweiten ökonomischen und politischen Entwicklung geschuldet und aus anderen Ländern mit ähnlichem Hintergrund bekannt.<sup>14</sup> Noch überwiegt bei der Bevölkerungsmehrheit, wie die Wahlen zeigen, offenbar die Bereitschaft, sich mit den Umständen zu arrangieren und abzuwarten.<sup>15</sup>

Eine Expertise von Credendo Group (2014), einer renommierten europäischen Kreditagentur, sagt der Mongolei allerdings längerfristig politische Unruhen vorher (wie es inzwischen auch andere Agenturen tun) und hat bereits eine Höherstufung des politischen Risikos für Investoren vorgenommen. Sie kommt zu folgendem Schluss:

*„Trotz des rasanten Wirtschaftswachstums ist die Stabilität der Mongolei vor allem durch folgende Faktoren gefährdet:*

- *hohe Armut*
- *wachsende Ungleichheiten innerhalb der Bevölkerung*
- *unzureichende Umverteilung der enormen Einnahmen aus dem Bergbausektor*

---

14 Dabei geht es u. a. um die Folgen der Verdrängung oder Vernachlässigung des Industriesektors durch den Rohstoffsektor mit hohen Exportanteilen.

15 Derzeit (2016) sinken die Durchschnittseinkommen der Haushalte, und die Sozialleistungen werden weiter gekürzt. In: Neues aus der Mongolei, 06. bis 19. Februar 2017.

- *fehlende Beschäftigungsmöglichkeiten*
- *mangelnder Umweltschutz ...*<sup>16</sup>

Das könnte potenzielle Investoren weiterhin abschrecken mit der Folge, dass sich die Lage der Bevölkerung noch verschlechtern wird, wenn die politische Elite keine neuen Lösungswege findet.

## 2. Ressourcen

Die Mongolei hat auf der anderen Seite viele Ressourcen – nicht nur an Bodenschätzen –, die sie als potenzielles Partnerland im Vergleich zu anderen asiatischen Entwicklungsländern einzigartig machen. Die mongolische Bevölkerung besitzt durch die Einführung der Schulpflicht seit den zwanziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts ein hohes Bildungsniveau, Männer und Frauen sind gleichberechtigt, und Mädchen haben nicht nur den gleichen Zugang zu Bildungseinrichtungen, sondern sind in den weiterführenden Schulen und Hochschulen sogar stärker repräsentiert als Jungen (die schon früh in den Nomadenfamilien als Arbeitskräfte gebraucht wurden und werden – vgl. S. 49ff.); es gab und gibt noch immer hohes zivilgesellschaftliches Engagement und Offenheit gegenüber Veränderungen.

Gleichzeitig gibt es eine traditionelle Nomadenkultur, von der man sich wünscht, dass sie als Teil der mongolischen Identität auch im 21. Jahrhundert Bestand haben möge<sup>17</sup> (selbst wenn der Anteil der Landbevölkerung höchstwahrscheinlich weiterhin rapide abnehmen wird, weil immer mehr Viehzüchter in die Stadt abwandern), und es gibt noch

---

16 Credendo Group, Mongolei, Länderstudie, Januar 2014. Die Aufgabe der Credendo Group ist die Förderung von internationalen Handelsbeziehungen und die Gewährung einer mittel- und langfristigen Kreditversicherungsdeckung unter staatlichem Schutz.

17 Zur Ambivalenz der nomadischen Identität in der Mongolei vgl. Stolpe (2015).

immer ausgedehnte Familiennetzwerke, die die städtische und ländliche Bevölkerung miteinander verbinden und die nur 3.000.000 über das Land verstreuten Einwohner trotz der enormen Fläche von 1.566.000 qkm „zusammenhalten.“<sup>18</sup>

*Tab. 1: Altersstruktur der mongolischen und deutschen Bevölkerung im Vergleich (2016)*

<b>Mongolei</b>	<b>Deutschland</b>
0-14: 26,92 %	0-14: 12,83 %
15-24: 16,76 %	15-24: 10,22 %
25-54: 45,45 %	25-54: 40,96 %
55-64: 6,68 %	55-64: 14,23 %
65 und mehr: 4,19 %	65 und mehr: 21,76 %

Zudem ist die Mongolei ein sehr „junges“ und damit zukunftsorientiertes Land (Tab. 1<sup>19</sup>): 44 % der Mongolen sind jünger als 24 Jahre (Deutschland 23 %) und nur 4 % älter als 65 Jahre (Deutschland: 22 %). Darüber hinaus wird sich das Durchschnittsalter der Einwohner gerade in den Gervierteln der Hauptstadt unter bisherigen Umständen stetig verjüngen, da einerseits die Geburtenhäufigkeit seit einigen Jahren permanent steigt und andererseits die Zuwanderer vom Land überdurchschnittlich jung sind.<sup>20</sup>

Weiterhin hat das Land nach der „Wende“ und den extrem schwierigen 90er Jahren große Fortschritte in der Bekämpfung sozialer Probleme gemacht, u. a. durch erfolgreiche Kooperationen mit den UN und mit UNIFEM, der WHO und UNICEF, Human Rights Watch u. a., durch die Verbes-

18 Vgl. Zolbaatar (2013: 66f.).

19 The World Factbook Central Intelligence Agency, Age Structure Mongolia, Germany (o. J.).

20 Vgl. Zolbaatar (2013: 55f.).



serung der Gesundheitsversorgung und des Bildungswesens und die Gründung eines Nationalen Zentrums gegen Gewalt, und es sind Hunderte von einheimischen und ausländischen Nicht-Regierungsorganisationen aktiv (S. 60) – auch auf dem Land, wo es besonders nötig ist –, die in vielen Lebensbereichen zu erheblichen Verbesserungen beitragen konnten.

So gibt es vielfältige Gründe für Kooperation und Partnerschaft, zumal die Beziehungen zu Deutschland traditionell freundschaftlich sind. Die enge Verbindung zwischen den beiden Ländern hat ihren historischen Ursprung im Wesentlichen in dem früheren Sonderverhältnis zwischen der DDR und der Mongolischen Volksrepublik. Nicht wenige Führungskräfte aus Wirtschaft und Politik haben in der ehemaligen DDR und inzwischen auch in der BRD studiert, und noch immer sprechen 30.000 MongolInnen Deutsch<sup>21</sup> – eine Ausnahmesituation in Ostasien –, und in Deutschland lebt mit 3.000 offiziell gemeldeten mongolischen Staatsbürgern die zweitgrößte mongolische Auslandsgemeinde nach Südkorea.<sup>22</sup>

Deutschland ist nach Großbritannien auch der wichtigste Handelspartner der Mongolei in der EU und mit Abstand das größte Geberland innerhalb der EU.

*„Dies ist einerseits Ausdruck der guten, freundschaftlichen Beziehungen und andererseits Beleg für die Unterstützung des Transformationsprozesses sowie Anerkennung der erreichten Demokratisierung“,*

so das Auswärtige Amt<sup>23</sup>, denn die Mongolei gehört in der asiatischen Welt zu den wenigen Ländern, die einen stabilen Demokratieindex aufweisen und sich stetig verbessern.

---

21 <http://www.auswaertiges-amt.de> (Kultur und Bildung)

22 Verlag für Standesamtwesen (o. J.).

23 <http://www.auswaertiges-amt.de>. (Entwicklungszusammenarbeit).

### 3. Die Jurtenviertel<sup>24</sup>



*Abb. 3: Hochwertige Wohnanlagen (z. T. „gated communities“), Apartment- und Bürohochhäuser sowie im Hintergrund Jurten-siedlungen, die sich rings um die Stadt ziehen*

#### 3.1 Wohndichte

Seit der Jahrtausendwende wächst die Hauptstadt Ulaanbaatar unaufhaltsam, jedes Jahr kommen etwa 40.000 Neuzuwanderer dazu, jeden Tag durchschnittlich 109 Personen. Weit über die Hälfte der Einwohner Ulaanbaatars lebt inzwischen in Jurtenvierteln.<sup>25</sup> Die offensichtlichste Folge dieses Wachstums ist deren stetige Ausdehnung, von der jeder Bezirk der Stadt betroffen ist. In den drei größten Jurtenvier-

---

<sup>24</sup> Die folgenden Ausführungen beruhen im Wesentlichen auf der bereits zitierten sehr informativen Studie von Zolbaatar (2013) über die Verstädterung in der Mongolei.

<sup>25</sup> Zolbaatar (2013: 72f.).

teln Ulaanbaatars stammen bis zu 93 % der Bewohner aus ländlichen Regionen:

*„Da die ländlichen Einwanderer finanziell nicht in der Lage sind, ziemlich teure Eigentumswohnungen in Ulaanbaatar käuflich zu erwerben oder (zu) mieten, landen sie meist in diesen Teilen der Stadt. Sie kaufen, mieten oder besetzen häufig Grundstücke vor allem am Stadtrand. Sie bauen mit oder ohne Genehmigung selbst Häuser, Hütten und Jurten.“<sup>26</sup>*

Im Distrikt Chingeltei, in dem unser Projekt stattfinden sollte, liegen die meisten Haushalte – rund 80 % – im Jurtenviertel.<sup>27</sup> In diesen Siedlungen leben die Menschen teilweise ohne regelmäßige Müll- und Abwasserbeseitigung, Straßenreinigung und Trinkwasseranschluss. Jurtenviertel werden beispielsweise nur einmal im Monat von der Müllabfuhr bedient, nicht selten sogar nur einmal in drei Monaten, die Sanitäreinrichtungen sind in desolatem Zustand, die Stromanschlüsse unsachgemäß verlegt, die Straßen bei Regen oder im Winter kaum passierbar, Trinkwasser muss an speziellen „Wasserkiosken“ gekauft werden<sup>28</sup> ...

Manche Jurtenviertel sind daher völlig verwahrlost und besitzen die Merkmale von Slums – als solche gelten Wohnviertel „ohne grundlegende Versorgungseinrichtungen“.

Dabei ist das zentrale Problem nicht nur die hohe Zahl der Menschen, sondern auch die Tatsache, dass diese sich wegen der horizontalen Ausbreitung der Besiedlung über eine stetig wachsende Fläche verteilen, was einen enorm hohen „Flächenkonsum“ zur Folge hat<sup>29</sup> (vgl. Abb. 3), denn jeder Mongole hat in Ulaanbaatar Anspruch auf ein Stück Land von 700 qm.<sup>30</sup> Das ist eine enorme Herausforderung an die

---

26 Ebd.

27 Vgl. Hahn & Mehlich (2014).

28 Vgl. Takuya u. a. (2010).

29 Hahn & Mehlich (2014:44).

30 *“The ‘Law on Allocation of Land to Mongolian Citizens for Ownership’*



Abb. 4: Öffentlicher Raum in Chingeltei

Stadtplanung, die auch unter günstigeren Umständen kaum zu bewältigen wäre – der Versuch, in den Gervierteln auf den dortigen Grundstücken 75.000 Wohnblocks zu erstellen und die Bevölkerung mit niedrigen Immobilienkrediten zum Erwerb von Wohneigentum zu bewegen und so „umzusiedeln“, scheint vorerst gescheitert zu sein (vgl. S. 45).<sup>31</sup>

Die Siedlungsdichte bei fehlender Infrastruktur und grundlegenden Lücken in der Basisversorgung bewirkt zudem eine hohe Gesundheitsgefährdung durch wachsende Luft- und Umweltverschmutzung sowie die rasche Verbreitung von ansteckenden Krankheiten. Was einzelne Erkrankungen angeht, so erhöht laut einer Studie von WHO die

---

*stipulates that each household is entitled to the following for ownership: up to 700 m<sup>2</sup> in UB; up to 3,500 m<sup>2</sup> in aimag; or up to 5,000 m<sup>2</sup> in total.* (Takuya u. a. 2010:15).

31 So haben viele Familien mit Hilfe zinsgünstiger Kredite bereits neue Wohnungen bezogen und ihre Gergrundstücke aufgegeben, inzwischen werden jedoch für Geringverdiener keine verbilligten Baudarlehen mehr gewährt. Auch die versprochenen infrastrukturellen Investitionen sind wegen Nichtfinanzierbarkeit ausgeblieben (vgl. Neues aus der Mongolei, 12.09. bis 18.09.2016 sowie 26.09. bis 02.10.2016).



Abb. 5: Chingeltei Sommer 2013

Wohnraumdichte vor allem die Gefahr ansteckender Atemwegs- und Hautkrankheiten sowie anderer leicht übertragbarer Krankheiten. Der enge Wohnraum beeinflusst zugleich die Häufigkeit und Dauer der Krankheiten, da sich die Kontakte zwischen Individuen häufen. Hohe Wohndichte und mangelnde Privatheit erzeugen auch Symptome wie Stress, Reizbarkeit, abweichendes soziales Verhalten und begünstigen psychische Erkrankungen wie Depressionen, so die WHO. Überdies ist für die WHO die Wahrung einer angemessenen Privatsphäre durch ausreichenden Wohnraum ein Merkmal der gesunden Wohnumwelt, denn gesundes Wohnen umfasst

*„funktionierende und adäquate physische, soziale und mentale Bedingungen für Gesundheit, Sicherheit, Hygiene, Komfort und Privatsphäre“.<sup>32</sup>*

32 Zolbaatar (2013: 76). Selbst wenn viele Mongolen aufgrund ihrer oft bescheidenen Lebensumstände und ihrer nomadischen Kultur ein anderes Verhältnis zum privaten Raum haben, sind die Wohnverhältnisse der Jurtenviertelbewohner aufgrund ihrer Armut und der Verwahrlosung des Umfelds in bestimmten Quartieren nur als desolat zu bezeichnen.

Ein weiteres Problem zeigt sich in den Jurtenvierteln, die sich – wie der Chingeltei – in unmittelbarer Nähe zur Innenstadt befinden: sie haben die höchste Einwohnerdichte. Die Familien leben so dicht beieinander, dass öffentliche Freiräume, die über eine ästhetische Funktion hinaus für die Bewohner eine wichtige Schutzfunktion in Bezug auf Lärm, Schadstoffe, schlechte Witterung, Hygiene, Kommunikation und Erholung haben, nicht vorhanden sind. Auch Sport- und Spielplätze existieren so gut wie überhaupt nicht, denn die wenigen Freiflächen werden als Straßen und Wege genutzt (Abb. 4).

Der angespannte Arbeitsmarkt und die mangelhafte Bildung der Zuwanderer vom Land verschärfen die sozialen Probleme wie Armut, Arbeitslosigkeit und Kriminalität. Das Zusammentreffen von sozial Schwachen und vernachlässigten Wohnorten ist in der Regel gleichzeitig der Nährboden für soziale Ausgrenzung, Diskriminierung und Stigmatisierung.

### **3.2 Armut**

In der hohen Dichte von Haushalten mit kritischen sozialen Lagen erhöht sich die Gefahr von „Netzwerkarmut“. Dies bedeutet, dass die in benachteiligten Gegenden lebenden Menschen im Wesentlichen homogene Netzwerke von Personen mit ebenfalls geringen sozialen Ressourcen besitzen. Soziale Beziehungen, die beispielsweise bei der Suche nach Beschäftigungsmöglichkeiten oder in Notsituationen hilfreich sein können, fehlen. Die hohe Konzentration von Arbeitslosen oder Armen fördert gleichzeitig die Bildung von Milieus der Apathie und Resignation, in deren Folge sich die soziale Marginalisierung verfestigt.<sup>33</sup>

---

33 Zolbataar (2013: 79).

Ferner gilt:

- Das jährliche Einkommen von Jurtenviertelbewohnern beträgt nur etwa die Hälfte von dem der Apartmentbewohner.
- In Jurtenvierteln hat fast jeder zweite Erwachsene im arbeitsfähigen Alter keine formelle Arbeit. Die (minimale) staatliche finanzielle Unterstützung – vor allem Rente und Kindergeld – bildet hier für fast  $\frac{3}{4}$  der Familien eine wichtige Einnahmequelle, bei Apartmentbewohnern sind es nur 14 %.
- Die Berufsstruktur und der Bildungsgrad von Jurten- und Apartmentviertelbewohnern weisen ebenfalls erhebliche Disparitäten auf. Über  $\frac{3}{4}$  der Berufstätigen in Jurtenvierteln sind als einfache Arbeiter im industriellen, baulichen, handwerklichen und gewerblichen Sektor tätig (in der Regel sind es die Zuwanderer vom Land).
- Dagegen sind die Apartmentviertelbewohner mehrheitlich in Bereichen wie Dienstleistung, Bildung, Medizin und staatliche Behörden vertreten. Der Anteil der Hochschulabsolventen unter den Apartmentbewohnern ist etwa dreimal so hoch wie in den Jurtenvierteln.
- Zugang zur Hochschulbildung ist für viele Jurtenviertelbewohner nicht zu realisieren.
- Das niedrige Bildungsniveau und die schlechte Ausbildung erlauben nur geringe Arbeitsmarktchancen. Einkommensmarginalität und Armut sind die Folgen zunehmender Bildungsmarginalisierung.

Der enorme Anstieg der Immobilienpreise in den letzten Jahren verfestigt die sozialräumliche Segregation. Die Hoffnung, durch den Kauf einer neuen Wohnung die Jurtenviertel zu verlassen, scheint für viele Familien in weite Ferne gerückt zu sein. Seit dem Jahr 2000 wachsen die Wohnungspreise sowohl bei neueren als auch bei älteren Wohnanlagen stetig (vgl. auch S. 42).

Es zeichnet sich aber auch ein neuer Trend ab: immer mehr Haushalte in den Gervierteln ersetzen jetzt ihre Jurten



Abb. 6-9 (von links nach rechts): Wohnjurte in Chingeltei; hohe, blickdichte Bretter- und Metallzäune; Neubau in Chingeltei (2015); Innenhof mit Müll und Toilette

durch selbstgebaute Häuser – inzwischen gibt es mehr Häuser als Jurten –, die teilweise durchaus komfortabel sind.<sup>34</sup> Offenbar versuchen manche Familien auch im Fall eines finanziellen Aufstiegs gar nicht erst mehr, diesen Ort zu verlassen, sondern richten sich mit den Gegebenheiten ein.<sup>35</sup>

Dazu kommt, dass Einkommen, Lebensstandard, Berufsqualifikation und Bildungsniveau der BewohnerInnen zumindest in einem Teil der Viertel im Steigen begriffen sind, wie auch unsere eigenen Ergebnisse zeigen (S. 122) – mit welchen Folgen auch immer.

34 Eine neue Wohnung in Ulaanbaatar kostete im Jahr 2012 durchschnittlich 1000 USD / m<sup>2</sup> Baufläche (die Preise sind mittlerweile rasant weitergestiegen). Eine ganze Jurte kostet durchschnittlich 600 USD. Ein Haus in Jurtenvierteln kostet im Schnitt fünfmal weniger als eine Dreizimmerwohnung im Hochhausviertel (Zolbataar 2013: 104).

35 Vgl. Neue Züricher Zeitung vom 18.06.2016.



## 4. Die Lage der Familien/Frauen/Mütter/ Männer/Väter

Die **Familieneinheit** hat in einer Nomadenkultur wie der mongolischen einen sehr hohen Stellenwert. Ihre Existenz als Zentrum des Lebens und Überlebens ist jedoch seit der politischen und ökonomischen Transformation und wegen der fortschreitenden Verstädterung und zunehmenden Orientierung an westlichen Wertvorstellungen ebenfalls stark bedroht.<sup>36</sup>

Das wird generell und unabhängig von der politischen Einstellung der Verantwortlichen mit großer Sorge betrachtet, weil damit ein Grundpfeiler des Zusammenhalts der Nation wegzubrechen droht.

Als Beispiele hierfür werden genannt:<sup>37</sup>

- Instabilität von Ehen, Zunahme von Ehescheidungen
- Abnahme der Haushaltsgröße auf Kleinfamilienniveau
- Kinderarbeit, sexuelle Ausbeutung von Kindern, Straßenkinder, Kinderkriminalität
- Schul-Dropouts
- Einschränkung der Fürsorgekapazität der Familien, auch aufgrund der ökonomischen Lage
- Alkoholmissbrauch, vor allem bei Männern, mindestens 20 % von ihnen gelten als exzessive Trinker, oft in Kombination mit Arbeitslosigkeit
- Verantwortungsverweigerung von Vätern, z. B. in der Alimentenzahlung
- Erosion von verwandtschaftlichen Bindungen und Solidargemeinschaften u. a.

---

36 In der Mongolei scheinen zwei Kulturen in einer politischen Einheit zu koexistieren: Das traditionelle Nomadentum, fast die Hälfte der Nation umfassend, setzt den familiären Zusammenhalt für das Überleben des gesamten Clans voraus, während Sesshafte vorwiegend in ihren Kernfamilien leben, die das soziale Umfeld darstellen (vgl. die Analyse über den Wandel der Familie in der Mongolei von Plach 2012). Vgl. hierzu auch Altrangerels (2013) umfassende Darstellung der Lage der Familien und Frauen in der Mongolei im historischen Wandel.

37 Vgl. UNICEF 2009: 11ff. Vgl. hierzu auch Hennig (2010//2014:23f.).

Das größte Problem für Frauen ist zweifellos die **häusliche Gewalt**, die jahrelang verharmlost oder verschwiegen wurde.<sup>38</sup> Sie hat seit den 2000er Jahren stetig zugenommen:

*„Die geschlechtsspezifische Gewalt und insbesondere die häusliche Gewalt ist eine der häufigsten Menschenrechtsverletzungen in der Mongolei. Die politischen und sozioökonomischen Veränderungen seit Beginn des Jahrhunderts wirken – wie in vielen anderen Ländern der ehemaligen Sowjetunion – gesellschaftlich destabilisierend, womit auch eine beunruhigende Zunahme dieses Phänomens einhergeht. Oft steht die Gewalt an Frauen in Verbindung mit Alkoholkonsum, Prostitution und mangelnder Sicherheit. Sie ist vor allem in Bergbaudörfern, aber auch in Vorstädten und ländlichen Gebieten sehr verbreitet.“*<sup>39</sup>

Mangels Daten ist es jedoch schwierig, das genaue Ausmaß zu erfassen. Gleichzeitig herrscht eine „Kultur“ der Straflosigkeit vor.<sup>40</sup>

Man muss davon ausgehen, dass mindestens jede dritte Frau Opfer von Gewalt in der Ehe ist; die innerfamiliäre Gewalt wächst unter dem Einfluss von Alkohol, dabei wird vermutlich die Mehrheit der gewalttätigen Übergriffe überhaupt nicht angezeigt.<sup>41</sup> Das wird als ein Grund gesehen,

---

38 Vgl. Goodrich 2013. In: Bettmann u. a. (2013).

39 Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit der Schweiz (DEZA, 2016): Geschlechtsspezifische Gewalt in der Mongolei anprangern und bekämpfen.

40 Die DEZA plant eine landesweite Erhebung über Gewalt an Frauen in der Mongolei und schreibt: *„Die Mongolei hat die meisten internationalen Menschenrechtsabkommen unterzeichnet, darunter auch das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau. Sie hat 2004 zudem ein Gesetz zur Bekämpfung der häuslichen Gewalt verabschiedet, aber die Kultur der Straflosigkeit ist nach wie vor weit verbreitet. Viele Fälle werden nicht angezeigt, die Opfer haben keinen Schutz, und es fehlt an Mitteln und Maßnahmen, um gegen dieses Phänomen vorzugehen ...“*

41 Traditionell ist in der Mongolei die Frau seit der Herrschaft Dschinghis Khans im altmongolischen Recht vor männlicher Ge-

dass sich der Anteil der Haushalte erhöht hat, der alleine von Frauen geführt wird.<sup>42</sup> Frauengeführte Haushalte sind wiederum von Armut stärker betroffen, knapp die Hälfte von ihnen lebt unterhalb der Armutsgrenze.

Die Situation der **Väter und Männer** in der Mongolei stellt sich ebenfalls ausgesprochen schwierig dar. Der mongolische Männerverband hat im Jahr 2015 zum „Tag der Väter“ einen Aufruf veröffentlicht, in dem die wichtigsten akuten Probleme benannt werden, die übrigens auch in westlichen Ländern Thema sind, z. B. die höhere Gesundheitsgefährdung von Männern, ihre geringere Lebenserwartung, ihr Risikoverhalten usw. (Box 1<sup>43</sup>).

Einen Versuch, die gegenwärtige Krise in der männlichen Rollenübernahme als Vater und Partner zu erklären, findet sich in der bereits zitierten Arbeit über mongolische allein-erziehende Mütter.<sup>44</sup> Dort heißt es:

*Der Systemwechsel von 1990 hat im Land nicht nur einen großen gesellschaftlichen Wandel in Gang gesetzt, sondern eine große Veränderung in der familiären Struktur und in den Elternrollen erwirkt. Die in den 90er Jahren ausgelösten sozialen Probleme wie Arbeitslosigkeit, Alkoholismus und häusliche Gewalt sind nicht länger die alleinige Ursache für zahlreiche Ehescheidungen. Der enorme Wandel junger Männer, aber auch solcher mittleren Alters, die keine Verantwortung mehr übernehmen wollen, weder in Familienleben noch in der Gesellschaft, und sich ihren Pflichten entziehen, ist einer der Hauptgründe für die neue Rolle vieler Frauen. Der niedrige Bildungsstand vieler Män-*

---

walt geschützt, wenn auch nicht als Individuum, sondern zum Schutz der Familiengemeinschaft als wirtschaftlicher Grundeinheit des Staatswesens; Familie definiert sich traditionell über die gemeinschaftliche Lagerführung der nomadischen Viehzüchter (vgl. Verlag für Standesamtswesen). Das Phänomen der häuslichen Gewalt ist ein Produkt der Neuzeit und tritt besonders häufig in Kombination mit der Alkoholisierung des männlichen Partners auf (vgl. Goodrich in Bettmann u. a. 2013).

42 Altangerel (2015:75f.).

43 Tag der Väter am 08.08.2015, aus: Neues aus der Mongolei, 27.07. bis 09.08.2015.

44 Altangerel (2015:162f.).

## **„Tag der Väter“**

Zum elften Mal seit 2005 wurde der 8. August als „Tag der Väter“ begangen. Initiiert worden war der Vatertag seinerzeit vom „Männerverband der Mongolei“ mit dem Ziel, den Beitrag der Väter als Stützen der Familien und bei der Erziehung der Kinder zu würdigen, auf die besondere Gesundheitsgefährdung der Männer aufmerksam zu machen und diese zu mehr Sorgfalt diesbezüglich zu motivieren.

So sind z. B. in der Mongolei 90 Prozent aller von Berufskrankheiten Betroffenen Männer, sie werden öfter Opfer von Arbeits- und Verkehrsunfällen als Frauen.

Alkoholmissbrauch sei hauptsächlich ein Männerproblem, sowohl in der Stadt als auch auf dem Land.

Die Lebenserwartung der mongolischen Frauen sei mit 74,3 Jahren um 9,4 Jahre höher als die der Männer (Stand 2014) – ein Wert um das 2,5-fache höher als im Weltmaßstab. Das Bildungsniveau der Männer verschlechtere sich zunehmend. Nur 39,5 Prozent der Studierenden seien junge Männer. Im Jahresdurchschnitt sterben in der Mongolei 17.000 Menschen, 62 Prozent von ihnen sind Männer.

Jungen sollen stark werden, Mädchen gebildet.

92 Prozent der mongolischen Arbeitskräfte, die im Ausland ihr Geld verdienen, sind Männer. Nur 30 Prozent der Kinder geben an, ein enges Verhältnis zu ihren Vätern zu haben. Gemeinsam mit dem Amt für die Entwicklung von Familie und Kindern in Ulaanbaatar sowie dem Institut für öffentliche Gesundheit strebt der Männerverband an, Maßnahmen umzusetzen, die die Bereitschaft der Männer und Väter, Verantwortung für die Familie und damit für die Entwicklung der Gesellschaft zu übernehmen, fördern sollen und diese Bereitschaft von den Männern nachdrücklich einzufordern.

*Box 1: Tag der Väter*

*ner, dessen Grundstein durch Erziehungsfehler der Eltern im Sozialismus gelegt wurde (Jungen wurden anders als Mädchen in erster Linie auf harte körperliche Arbeit hin erzogen – U.H.), bringt heute erwachsene Männer hervor, die von den gut ausgebildeten und lebensstüchtigen Frauen deswegen verachtet werden und die keinen vergleichbaren Bildungsstand und keinen beruflichen Erfolg haben .... Sie werden von allen Seiten nicht nur als ... pflichtvergessen, sondern auch als ... schlampig, lustlos, energielos bezeichnet. Dies bedeutet, dass die herkömmliche Vorstellung von Männern als treuer, respektvoller Ehemann und verantwortungsbewusster Vater für viele nicht länger als Ideal besteht. Das Idealbild, das bis zur Auflösung des sozialistischen Regimes bestand, und das einen Mann als respektiertes Familienoberhaupt, seine Frau und Kinder ernährenden, schützenden, liebevollen Ehemann und den Kindern Werte vermittelnden Vater darstellte, scheint heute bei zahlreichen Männern verloren gegangen zu sein. Sie erfüllen in der Realität nicht mehr die Hoffnung der Frauen, eine „Stütze und der Familie die Sicherheit garantierende“ und den Kindern miterziehende Väter zu sein ...*

Die Autorin beklagt das „Desinteresse“ und die „Desintegration“ vieler Männer (das aber auch eine Folge der Modernisierung des Landes und eine Auflösung traditioneller Genderrollen ist), die eine physische und psychische Überlastung der Frauen zur Folge habe, und lehnt es ab, die Lösung in der Arbeitsmigration der Männer zu suchen, wie es derzeit vielerorts geschieht. Sie schliesst:

*... das Land benötigt mehr denn je eine familienfördernde Politik.*

## **5. Die Lage der Kinder**

Obwohl sich die Lage der Kinder und die Millenniums-Entwicklungsziel-Indikatoren der Vereinten Nationen wie Senkung der Kindersterblichkeit, der Armut, des Hungers in der Mongolei insgesamt nachhaltig verbessert haben, bleibt

ihre Situation nach wie vor prekär, wenn sie in einem Jurtenviertel Ulaanbaatars wohnen.<sup>45</sup> 10 % der dort lebenden Kinder leiden unter Mangelernährung und Gedeihstörungen, 51 % haben keinen Zugang zu aufbereitetem Trinkwasser, 95 % keine akzeptablen Sanitäreinrichtungen, die Bildungseinrichtungen sind mangelhaft, es fehlt die Umsetzung der an sich von der Mongolei ratifizierten Kinderechtskonvention usw. – alles Einschränkungen, wie sie Kinder in Apartment-siedlungen so gut wie gar nicht kennen. Zudem sind die Stadt und wiederum allem voran die Jurtenviertel insbesondere in den Wintermonaten mit einer massiven gesundheitsgefährdenden Luftverschmutzung belastet, die nicht nur zu Atemwegserkrankungen führt – neben Magen-Darm-Erkrankungen die häufigsten Ursachen von Krankheit und Todesfällen bei Kindern –, sondern auch zu Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten beitragen kann.<sup>46</sup> Ungeborene leiden wegen der damit verbundenen neurophysiologischen und hirnstukturellen Schädigungen noch einmal besonders darunter.<sup>47</sup> Da die Gerviertel permanent ungeplant weiterwachsen und keine entsprechenden sozialen Dienste installiert werden, wachsen auch diese Probleme kontinuierlich mit.<sup>48</sup>

Ein spezielles Problem stellt das Thema körperliche Bestrafung dar. Mehr als ein Viertel der Kinder zwischen 1 und

---

45 Vgl. auch UNICEF – At a Glance: Mongolia – Statistics.

46 UNICEF (2016:53) hat sich mit den Folgen der „outdoor“ und „indoor“ Luftverschmutzung (durch Heizen und Kochen) für die Mongolei beschäftigt (auf der Liste der Städte mit der höchsten Luftverschmutzung weltweit steht Ulaanbaatar auf Rang zwei) und alarmierende Daten vor allem für die Gerviertel veröffentlicht: *“Evidence shows alarmingly strong statistical correlations between seasonal levels of air pollution and pregnancy loss in Ulaanbaatar. In the winter, when air pollution levels are higher due to coal burning for domestic heating, the number of miscarriages increases more than threefold – from 23 foetal deaths per 1,000 live births in May, to 73 per 1,000 live births in December.”*

47 Peterson u. a. (2015).

48 UNICEF Media Centre Launch of the Urban Profile of Children 25.11.2015.

14 Jahren wird zuhause von einem Mitglied der Familie körperlich hart bestraft, davon 3,5 % sehr schwer.

Zu den harten körperlichen Strafen gehören schütteln, mit der bloßen Hand, einem Gürtel, einem Stock, einer Bürste auf das Gesäß oder einen anderen Körperteil des Kindes schlagen, auf die Hand, den Arm, das Bein, den Kopf, das Gesicht, die Ohren schlagen und als schwerste Kategorie: so fest zuschlagen, wie es überhaupt geht. Zählt man Disziplinarmethoden wie anbrüllen, beschimpfen, das Kind als Dummkopf bezeichnen usw. hinzu, so wird insgesamt fast die Hälfte der Kinder von 1–14 Jahren zuhause mit verletzenden (*violent*) Methoden diszipliniert (Abb. 10<sup>49</sup>). Etwa 15 % der Befragten – relativ wenige – meinen, dass ohne solche Methoden Erziehung überhaupt nicht möglich sei, der Bestrafung liegen offenbar meistens andere Motive wie Ärger, Enttäuschung oder Wut zugrunde.<sup>50</sup>

Diese Zahlen haben offenbar so viel Besorgnis erregt, dass man ein neues Kinderschutzgesetz verabschiedet und eine landesweite, gebührenfreie Notrufnummer eingerichtet

---

49 UNICEF/2013). Über die Ursachen der Mißhandlungs- und Mißbrauchsbeziehungen bemerkt World Vision (2013:14): *“Violence and abuse in the home is often due to high levels of alcoholism, with 22 percent of Mongolian men and 5 percent of women dependent on alcohol – rates three times higher than in Europe. Tensions run high as several generations squeeze into overcrowded gers that are not built for privacy. Caregivers lack positive parenting skills to support and educate their children. Teachers lack training on modern styles of discipline, causing them to resort to abusive archaic methods.”* Vgl. auch: Letzte Ausfahrt Ulaanbaatar – NZZ Wirtschaft: Wirtschaftspolitik (12.08.2016): *„Eine Flasche Wodka oder ein 2,5 Liter grosses Bier kosten jeweils 5000 Tugrik, umgerechnet entspricht das rund Fr. 2.50 (Schweizer Franken: UH). Ein mongolischer Mann trinkt im Durchschnitt jährlich annähernd 12 Liter reinen Alkohol; der weltweite Wert beträgt etwas mehr als 6 Liter. Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stirbt jeder fünfte Mongole an Krebs; darunter ist Leberkrebs wegen des immensen Alkoholkonsums die häufigste Todesursache.“*

50 Weltweit betrachtet, gehört die Mongolei nicht zu den Nationen, die ihre Kinder besonders unerbittlich strafen. Im Jemen werden z. B. 95 % der Kinder von 2–14 körperlich diszipliniert (UNICEF 2014:96).

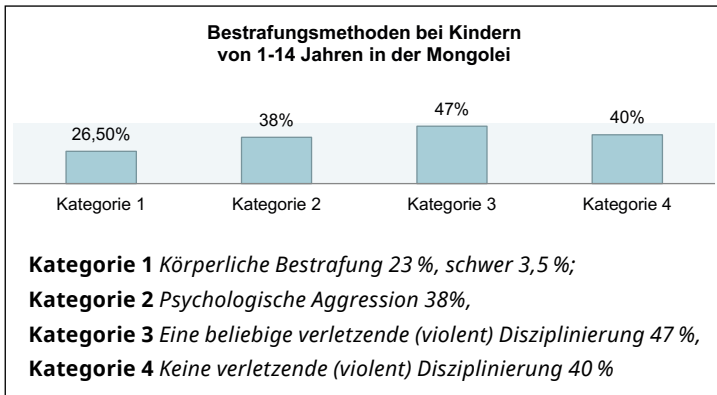


Abb. 10: Methoden der Bestrafung von Kindern

tet hat, die sogar Kinder in entfernten Landesteilen nutzen können.<sup>51</sup>

Dabei ist immer zu berücksichtigen, dass es sich bei den Opfern auch um Säuglinge handeln kann, wenn man davon ausgeht, dass die Bestrafungsmaßnahmen nicht punktgenau mit dem 1. Geburtstag beginnen. In unseren Gruppendiskussionen mit Eltern mit Säuglingen in Chingeltei waren die Teilnehmer überrascht zu hören, dass es Länder gibt, in denen es verboten ist, Kinder zu schlagen (vgl. jedoch S. 55).

Eine wenn auch schon etwas ältere Statistik<sup>52</sup> weist darauf hin, dass es auch nicht unbedingt die Väter sind, die am häufigsten zuschlagen: Die Daten aus der Mongolei zeigten, dass 40 % der Ohrfeigen durch Mütter ausgeteilt wurden, 27 % durch Väter; Schläge mit der Faust gingen ebenfalls in 40 % der Fälle von Müttern aus, in 32 % von Vätern; Misshandlungen/Tritte gingen jeweils zu 31 % von den Müttern und zu 25 % von den Vätern aus.<sup>53</sup>

51 Entstanden durch eine Allianz aus der National Authority for Children, Save the Children, World Vision und UNICEF mit Mobicom, der nationalen Telefongesellschaft (UNICEF 2014).

52 Es ist allerdings anzunehmen, dass sich diese Daten im Laufe der vergangenen 10 Jahre nicht wesentlich verändert haben.

53 Vgl. Save the Children Sweden (2005:147).



Alles in allem zeigen diese Daten, dass das Leben von etwa 50 % der Kinder praktisch vom Säuglingsalter an vor allem in den Jurtenviertel bereits im sozialen Nahraum von Angst vor Strafe, Schmerzen, Demütigung und Misshandlung geprägt sein kann und ihr körperliches Wohlbefinden durch Mangel- und Fehlernährung, unsauberem Trinkwasser und einem unhygienischen Umfeld beeinträchtigt wird.<sup>54</sup>

Dabei gehört die Mongolei weltweit zu der kleinen Zahl von Ländern, die – seit März 2016 – die körperliche Züchtigung und Demütigung von Kindern zuhause verboten hat (in der Schule schon seit 2010), ein bemerkenswerter Beschluss, besonders in Asien:

*„On the 17 of March, Mongolia became the 49th State to prohibit physical and humiliating punishment of children in all settings including schools, institutions and homes. The new legislation is a way forward in the efforts to end violence against children in Asia and around the world.“<sup>55</sup>*

Immerhin geben bereits jetzt 40 % der Befragten in der Mongolei an, ausschließlich nicht verletzende Disziplinierungsmethoden zu verwenden (Abb. 10).<sup>56</sup>

---

54 Auch in Deutschland werden Kinder geschlagen, wenn auch nicht so massiv wie in der Mongolei. Hierzu eine Stellungnahme des Deutschen Kinderschutzbundes Bundesverbandes e.V. (14.12.2012:5) *„In einer repräsentativen Umfrage des Forsa-Institutes vom März 2012 wird der (...) Trend des Rückgangs von Gewalt an Kindern in der Familie weiter bestätigt. Dennoch bestrafen immerhin noch 40 Prozent der Eltern ihr Kind mit einem ‚Klaps auf den Po‘ und 10 Prozent geben eine Ohrfeige bzw. 4 Prozent versohlen ihrem Kind nach eigener Aussage den Hintern. Jungen sind dabei häufiger betroffen.“*

55 Save the Children (o.J.): Mongolia bans physical and humiliating punishment of children | Resource Centre.

56 Das ist ein hoher Prozentsatz, der wahrscheinlich auch damit zusammenhängt, dass in der Studie keine Geschlechtsunterschiede berücksichtigt wurden: Mädchen werden weltweit seltener körperlich gestraft.

## 6. Die gesundheitliche Versorgung

### 6.1 Das Gesundheitssystem<sup>57</sup>

Für das **Gesundheitswesen** ist der mongolische Staat verantwortlich, die medizinische Versorgung ist im Grundsatz kostenlos. Jeder Beschäftigte zahlt einen geringen Beitrag in die Gesundheitsversicherung ein, auch Arbeitslose, Kinder, Pensionäre und Eltern mit Kindern unter zwei Jahren sind versichert. Die Gesundheitsfürsorge wird im Wesentlichen aus dem öffentlichen Haushalt bestritten, wobei verglichen mit anderen Transitionsökonomien die Ausgaben für Gesundheit in der Mongolei relativ hoch sind. Sie reichen jedoch bei weitem nicht aus: für nahezu jede Versorgungsleistung sind Zuzahlungen fällig. Hinzu kommt, dass das medizinische Personal äußerst schlecht entlohnt wird.<sup>58</sup> Medizinisches Fachpersonal aus entwickelten Ländern reist regelmäßig in die Mongolei, um der Bevölkerung kostenlos medizinische Behandlungen anzubieten.

Insgesamt gelten die **Gesundheitsindikatoren** der Bevölkerung relativ zu Ländern mit vergleichbarem Entwicklungsstand zwar als gut, und bestimmte Infektionskrankheiten wie Tuberkulose schienen bis vor kurzem besiegt. Gegenwärtig nehmen sie jedoch im Durchschnitt wieder zu. Außerdem steigt die Mortalitätsrate für Zivilisationserkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Krebs, und Geschlechtskrankheiten wie Syphilis und HIV/Aids breiten sich aus. Ebenfalls erhöht hat sich, wie bereits dargestellt, die Gesundheitsgefährdung durch umweltbedingte Noxen, hier ist die Einwohnerschaft Ulaanbaatars aufgrund der Wohnverhältnisse in manchen Gervierteln und der massiven Luftverschmutzung sowie der Extremtemperaturen besonders bedroht.

---

57 Für die folgenden Ausführungen vgl. Takuya u. a. (2010:75ff.) und Bormann (2016a, 2016b).

58 Vgl. Bormann (2016b).

Vor rd. 20 Jahren wurde das Gesundheitswesen von der Versorgung durch Hospitäler auf das **Modell der medizinischen Grundversorgung** in sogenannten **primären Gesundheitsambulanzen** im Wohnquartier umgestellt. Auch die Verantwortung für die Bereitstellung und Lieferung der Gesundheitsleistungen wurde dezentralisiert und der lokalen Verwaltung in den Distrikten übertragen, wobei jedoch die Festlegung der maßgebenden politischen Leitlinien weiterhin in der Hand des Gesundheitsministeriums liegt – eine Ursache für Konflikte, zumal bei Regierungswechsel.

Alle neun Distrikte Ulaanbaatars verfügen entsprechend der Dezentralisierung der Gesundheitsleistungen über **Gesundheitszentren** mit Gemeinschaftspraxen, die entsprechend der Distrikt-Bewohnerzahl mit Fachkräften, medizinischen Geräten usw. ausgestattet sind; falls erforderlich, werden die PatientInnen an die Distrikthospitäler oder an staatliche Fachkliniken überwiesen.

Das Problem ist, dass die Ausstattung der Gesundheitszentren im Vergleich zu den teuren Krankenhäusern unzureichend ist, d. h. das Ministerium ungleich mehr Mittel für die stationäre Versorgung zur Verfügung stellt und es zudem unverhältnismäßig viele Hospitäler in der Stadt gibt (im Jahr 2010 z. B. mehr als in der EU<sup>59</sup>).

Außerdem bevorzugt das Gesundheitssystem die wohlhabenden Einwohner, denn das zahlenmäßige Verhältnis Patient zu Arzt in den **Gervierteln** ist wesentlich ungünstiger als in den Apartmentvierteln. Die Gesundheitszentren haben zudem in den Gervierteln nicht nur eine veraltete Ausstattung, sondern sind auch personell unterbesetzt. Besonders in der Peripherie der Stadt sind sie außerdem überfüllt, weil es keine Alternativen gibt. In den zentrumsnahen

---

59 Takuya u. a. (2010: 78f.). Vgl. auch Bormann (2016a): In Ulaanbaatar gibt es bei rd. 1,4 Millionen Einwohnern fünf staatliche Krankenhäuser und medizinische Zentren, sechs Stadtbezirks-Krankenhäuser und eine Reihe von internationalen Kliniken und Krankenhäuser mit modernstem Standard. Hinzu kommen mehr und mehr private Kliniken.

Apartmentvierteln sind sie dagegen nicht voll ausgelastet, weil die Auswahl an Krankenhäusern viel größer ist und die wohlhabendere Bevölkerung, die dort wohnt, auch eine der zahlreichen ärztlichen Praxen aufsuchen kann.

Deshalb erfreuen sich die Gesundheitszentren in den Gervierteln nicht durchgängig großer **Beliebtheit**, was Qualität und Erreichbarkeit angeht, und man würde lieber zu einem besser ausgestatteten Hospital gehen, muss aber wegen der hohen Kosten darauf verzichten. Hinzu kommt, dass eigentlich nur **registrierte Einwohner** Zugang zu Sozialleistungen und Gesundheitsdiensten haben, es in den Gervierteln aber wegen der Zuwanderung vom Land immer mehr unangemeldete „illegale“ Haushalte mit geringem Einkommen gibt. Eigentlich dürfen diese weder versichert noch medizinisch versorgt werden.

## 6.2 Die gesundheitliche Versorgung in Chingeltei

Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Chingeltei erfolgt, wie oben ausgeführt, in 16 **primären Gesundheitsambulanzen**, wobei diese über die 19 Bezirke des Distrikts verteilt sind, teilweise sind sie auch zuständig für mehrere Bezirke (Abb. 11). In diesen niedrigschwelligen Einrichtungen, die auch für Gesundheitserziehung und Prävention zuständig sind, arbeiten insgesamt 192 ÄrztInnen, Krankenschwestern und Sozialarbeiterinnen, die auch aufsuchende Arbeit durchführen und in engem Kontakt zur Bevölkerung stehen.<sup>60</sup>

Wenn es auch an vielem fehlt, was für eine medizinische Grundausstattung andernorts selbstverständlich ist, z. B. an Ultraschallgeräten, ist die Versorgung im Distrikt, so der Eindruck, gut organisiert, die Ambulanzen sind rege besucht, und für das Personal werden häufig Fortbildungen angeboten. Zurzeit sind allerdings wegen der kritischen

---

60 Daten von 2013.

wirtschaftlichen Lage des Landes die Mittel noch mehr zurückgenommen worden, z. B. gibt es große Engpässe in der Versorgung mit Medikamenten.

In den **sekundären Gesundheitsdiensten** des Distrikts, zusammengefasst in einem Verwaltungs- und Ärztezentrum – das sog. **Health Center des Chingeltei-Distrikts** – sind insgesamt 311 ÄrztInnen, Krankenschwestern und medizinische AssistentInnen tätig. Es gibt zwei Ambulanzen, zwei Polykliniken – eine weitere entsteht gerade – sowie 20 verschiedene ärztliche Praxen einschließlich einer solchen für Gynäkologie; außerdem stehen 227 Betten für stationäre Aufnahmen zur Verfügung. Es gibt auch eine neue Kinderabteilung. Diese Dienste sind für die medizinische Behandlung der Bevölkerung des Distrikts zuständig.

Die **werdenden Mütter** erhalten während der Schwangerschaft vier bis sechs Vorsorgeuntersuchungen auf freiwilliger Grundlage, sie werden je nach Gesundheitszustand in Risikogruppen eingeteilt. Regelmäßige Geburtsvorbereitungskurse u. ä. werden nicht angeboten, nur in privaten Praxen, sind jedoch geplant.<sup>61</sup>

Die **Geburt** selbst erfolgt im Geburtszentrum des Krankenhauses, es gibt – übrigens in der ganzen Mongolei – so gut wie keine Hausgeburten. Nach der Geburt bleiben die Mütter in der Regel noch einen Tag im Krankenhaus, wenn es keine Probleme gibt; nach einer Kaiserschnittentbindung sind es drei Tage; zuständig sind jeweils eine Ärztin und eine Krankenschwester/Hebamme.

Die Familien erhalten drei Monate nach der Geburt eine Beratung zur weiteren Familienplanung.

Das Baby erhält im Zuge der **Neugeborenennachsorge** vier Kontrolluntersuchungen im 1. Monat und verschiedene Impfungen im 2., 4. und 6. Monat.<sup>62</sup>

---

61 Informationen gewonnen in Interviews mit Hebammen und ÄrztInnen im Geburtszentrum des Krankenhauses im Chingeltei anlässlich eines Informationsbesuchs (Juni 2013).

62 Vgl. die umfassende Zusammenstellung von UNICEF und dem Nationalen Statistikbüro der Mongolei: Key Findings June (2014:10ff).

## 7. Nicht-Regierungs-Organisationen und die Arbeit von World Vision Mongolia



Abb. 11: 11 der 16 Gesundheitsambulanzen des Chingeltai (5 weitere sind nach dem gleichen Design wie das letzte gebaut), in der Regel unter einem Dach mit Bezirksverwaltung und Ordnungsbehörde

In den meisten Distrikten Ulaanbaatars, in denen Familien unter risikoreichen Bedingungen leben, sind nationale und internationale Nicht-Regierungsorganisationen aktiv, um die Bevölkerung in Notlagen und akuten Krisen zu unterstützen, bei häuslicher Gewalt zu intervenieren, schutzlose Kinder aufzunehmen oder Frauen Arbeitsangebote zu vermitteln. Eine besonders aktive Organisation ist das Kinderhilfswerk World Vision Mongolia, das auch unsere Projektarbeit von Beginn an unterstützt hat (Box 2<sup>63</sup>). Dies betraf sowohl das inhaltliche Konzept, das von World Vision bereits vor unserem Einsatz vertreten wurde.<sup>64</sup> Es betraf aber auch

63 World Vision Mongolia (2014:4).

64 "... ECD (Early Childhood Development) provides the foundation for tackling the root causes of later development deficits in the broad areas of health, education, social relations, spirituality, child protection and participation (...) The staff at the WV Institute focus their research specifically on children aged -9 to 0 months (prenatal stages and birth) and 0 to 5 years (postnatal and early childhood stages). This is because

materielle Hilfe, z. B. bei der Durchführung der Trainings (für die wir keine Mittel für Räume, Imbiss usw. vorgesehen hatten) und an denen teilweise auch Mitarbeiterinnen von World Vision teilnahmen (vgl. S. 96).

### **World Vision Mongolia**

#### **Who we are**

World Vision Mongolia is a Christian relief development and advocacy organization dedicated to working with children, families and communities to overcome poverty and injustice. We work with the world's most vulnerable people, serving all regardless of religion, race, ethnicity or gender.

#### **What we do**

We work with local communities to ensure fullness of life for all children. Our work has three key pillars: development, advocacy and disaster relief.

#### **How and where we work**

We started working in Mongolia in 1993. Today World Vision is the largest NGO in Mongolia, present in 16 of 21 provinces. We work toward positive transformation and poverty reduction through the implementation of Area Development Programmes (ADPs). ADPs are long-term projects and focus on the unique needs of

*Box 2: Selbstdarstellung World Vision Mongolia (Fortsetzung auf S. 62)*

Der mongolische Projektpartner versuchte auch, vor Ort noch weitere Bündnispartner zu gewinnen, teilweise durchaus erfolgreich, z. B. in Bezug auf die anderen acht Distrikte

---

*the first few years of a child's life have a determining and irreversible impact on his or her future development and well-being ..."* (Einloth 2010:33).

**World Vision Mongolia (Fortsetzung)**

communities within certain geographical areas (both rural and urban). The main aim of each ADP is to support local communities until they are able to develop independently. In alignment with the World Vision International Partnership, we focus on four child wellbeing aspirations: children enjoy good health, are educated for life, are cared for, protected and participating and experience the love of God and their neighbor. Today there are 33 ADPs across Mongolia.

*Box 2: Selbstdarstellung World Vision Mongolia (Fortsetzung)*

der Stadt, die Interesse zeigten, das Programm auch in ihren Stadtteilen anzubieten. Auch die Ausweitung des Angebots auf alle Gesundheitsambulanzen des Chingeltei-Distrikts – zunächst waren nur die drei kinderreichsten vorgesehen – ist seiner Initiative zu verdanken (vgl. S. 145f). UNICEF Mongolia zeigte ebenfalls Interesse.



## Teil II

# Projektauftrag und Einsatzkonzept

### 1. Umsetzung des Auftrags

Das deutsche FÜhe Hilfen-Präventionsprogramm *Keiner fällt durchs Netz* mit dem Kernstück des Elternkurses *Das Baby verstehen*, das eingesetzt werden sollte, wurde, wie bereits erwähnt, ab 2006 an der Universitätsklinik Heidelberg am Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie von Prof. Cierpka und seinen Mitarbeitern entwickelt. Es wurde in Deutschland bei einer großen Anzahl von Familien erprobt und inzwischen in verschiedenen Bundesländern bzw. Landkreisen als Regelangebot für werdende Mütter und Väter eingeführt.<sup>65 66</sup>

Der Schwerpunkt des Vorgehens liegt dabei auf frühen und präventiven Angeboten und leitet sich aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Folgen von psychosozialen Belastungen für Familien und im Besonderen für Kinder ab.

In einem Land wie der Mongolei ein deutschsprachiges Elternprogramm einführen zu wollen, bedurfte natürlich der teilweisen Neuentwicklung und Anpassung des Einsatzkonzepts, das sowohl die kulturellen Besonderheiten des Landes als auch die sozialen Probleme der Zielgruppe berücksichtigen musste.

Zunächst sollen deshalb die dem Konzept zugrunde liegenden theoretischen Hintergründe dargestellt werden, anschließend werden die Materialien und ihre Einsatzmöglichkeiten in der Mongolei vorgestellt.

---

65 Cierpka (2009:37-4).

66 Sidor u. a. (2015).

## 1.1 Theoretische Hintergründe<sup>67</sup>

Körperliche Misshandlung und emotionale Vernachlässigung in der Kindheit erhöhen lebenslang das Risiko für psychische und funktionelle Störungen, denn die Erfahrungen in den ersten Kindheitsjahren beeinflussen relevante neurophysiologische und hirnstrukturelle Parameter und legen so das Fundament für die gesundheitliche, emotionale, kognitive und soziale Entwicklung eines Menschen. Schwierigste Kindheitsbedingungen können diese Entwicklung in vielfältigster Weise einschränken. Viele Studien belegen mit gesicherten Ergebnissen, dass die Kindheitserfahrungen auf den Gesundheitsstatus, den Schulerfolg und die Lebensqualität tiefgreifende und lang andauernde Auswirkungen haben. Obwohl die frühkindliche Zeit den größten Spielraum für positive, aber eben auch negative Entwicklungen bereithält, werden Kind und Eltern in dieser Phase immer noch am wenigsten unterstützt. Nötig sind deshalb aus Sicht der Präventionsforschung unterstützende Interventionen in der lebenskritischen Phase des Übergangs zur (erneuten) Elternschaft. Dies umfasst den Zeitraum der Schwangerschaft, die Geburt und das erste Lebensjahr.

Unabhängig vom sozioökonomischen Hintergrund bedürfen alle Familien der Unterstützung in der Zeit der Elternschaft, um ein Optimum an Lebensqualität und Gesundheit zu erhalten bzw. zu erreichen. So beginnt die Gesundheitsfürsorge der Mütter für sich selbst und für das Kind schon in der Schwangerschaft. Frauen, die sich inadäquat ernähren, rauchen, Alkohol oder Drogen konsumieren, die psychischem Stress im Zusammenhang mit Armut, Konflikten mit oder ohne Gewalt ausgesetzt sind, tragen ein höheres Risiko in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt. Junge Mütter, die diesen Risiken unterliegen, sind besonders gefährdet, wenn sie über keine guten sozialen Netzwerke verfügen. Diese Risiken bei den Müttern

---

67 Der folgende Abschnitt orientiert sich an Egle u. a. (2016).

stehen im Zusammenhang mit einer Beeinträchtigung der Gesundheit und der adäquaten Entwicklungsmöglichkeiten beim Kind. Ein niedriges Geburtsgewicht beim Kind z. B. bedeutet eine größere Wahrscheinlichkeit für ein späteres schlechteres Gesundheitsverhalten und eine schlechtere Gesundheit. Wenn eine Mutter in Beziehungen Misshandlungen und/oder Missbrauch ausgesetzt ist, bedeutet dies für sie und ihr Kind eine schlechtere Prognose im Hinblick auf Gesundheit, Lebensqualität und Bildungsstand. Frauen, die Gewalt erfahren und in ständiger Angst leben, tun sich schwerer, dem Kind ein sicheres Bindungsverhalten anzubieten, sie haben auch größere Schwierigkeiten beim Stillen. Das Baby hat schlechtere Entwicklungsbedingungen, und es wird wahrscheinlicher, dass sich bei ihm ein unsicheres Bindungsmuster herausbildet. Das Auftreten von Gewalt in den ersten Jahren der Kindheit führt des Weiteren zu dysfunktionalen neurophysiologischen Veränderungen, die für das Baby ein größeres Risiko bedeuten, später eine Depression, eine Angsterkrankung oder andere psychische Leiden und Lebensprobleme zu entwickeln. Das ist aber nicht alles: es wurde auch eine erhöhte Anfälligkeit für bestimmte körperliche Erkrankungen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-2-Diabetes, immunologische Erkrankungen und Schmerzerkrankungen, Speiseröhren- und Lungenkarzinom) und darüber hinaus eine eingeschränkte Lebenserwartung gesichert.<sup>68</sup>

## 1.2 Hochrisikofamilien

Wenn sich primäre Prävention auf die Förderung der Reifungsbedingungen am Anfang des Lebens eines Kindes konzentrieren muss, dann gilt dies insbesondere für diejenigen Kinder, die in sogenannten „Hoch-Risiko-Familien“ aufwachsen. Diese zeichnen sich durch das Vorhandensein mehrerer

---

68 Egle u. a. (2016).

gleichzeitig auftretender Belastungsfaktoren aus (betreffend die Eltern, das Kind, die soziale/familiäre, die persönliche und die materielle Situation). Nachgewiesene Risikofaktoren für Misshandlung und Vernachlässigung sowie Schwierigkeiten in der Erziehung und Entwicklung bestehen z. B. bei<sup>69</sup>

- Geschwistern mit einer Behinderung
- ernsten oder häufigen Erkrankungen in der Kindheit
- körperlichen oder psychischen Erkrankungen der Eltern
- chronischer familiärer Disharmonie
- Abwesenheit des Vaters/alleinerziehende Mutter
- vielen Umzügen und Schulwechselln
- Trennung/Scheidung der Eltern
- Wiederverheiratung und Hinzukommen eines Stiefvaters bzw. einer Stiefmutter
- Verlust eines älteren Geschwisters oder eines engen Freundes
- außerfamiliärer Unterbringung
- Lern- oder Verhaltensstörungen

Nicht alle Kinder aus „Hoch-Risiko-Familien“ sind zwangsläufig in ihrer Entwicklung gefährdet, denn manche verfügen über ausgleichende Ressourcen. Empirisch abgesicherte, kompensatorische, personale und soziale Schutzfaktoren sind:<sup>70</sup>

- positive Temperamentseigenschaften (aktiv, offen)
- intellektuelle Fähigkeiten
- erstgeborenes Kind
- sicheres Bindungsverhalten (Explorationslust)
- Fähigkeit zur Selbstregulation (Stress, Hunger, Tag-Nacht-Rhythmus u. a.)
- wertschätzendes Klima gegenüber dem Kind
- mindestens eine stabile Bezugsperson
- harmonische Paarbeziehung der Eltern
- unterstützendes Umfeld (Verwandtschaft, Freunde, Nachbarn) u. a.

---

69 Egle u. a. (2016).

70 Ebd.

Es gilt also, Eltern aus Hoch-Risiko-Familien, wie man sie gerade in bestimmten Gervierteln Ulaanbaatars antreffen wird, insbesondere in der aufsuchenden Arbeit darin zu unterstützen, Risikofaktoren zu vermindern und Schutzfaktoren aufzubauen oder zu verstärken.

### **1.3 Die Heidelberger Belastungs-Skala (HBS)<sup>71</sup>**

Um diese Familien zu identifizieren – ein sensibler Prozess, der insbesondere mit Scham besetzte Zuschreibungen vermeiden muss, weil sich die Familien dann zurückziehen (vgl. jedoch unten) – wurde im Heidelberger Projekt eine Skala erarbeitet, die Qualität und Ausmaß der familiären Belastungen und Ressourcen erfasst. Sie berücksichtigt

- die Belastung der Eltern (z. B. chronische Überforderung, Abhängigkeitserkrankung)
- die Belastung des Kindes (z. B. erhöhte Krankheitsanfälligkeit, Behinderung)
- die familiäre und soziale Belastung (z. B. Einelternfamilie, dissoziales Umfeld)
- die materielle Belastung (z. B. Armut, Wohnungsenge)

Diese sogenannte Heidelberger Belastungs-Skala (HBS) wird als Screeninginstrument in einem dialogischen Prozess vor allem in Feldern mit knappen Zeitressourcen (Kliniken, Praxen) von den an der Auswahl der Familien beteiligten Fachkräften angewandt, um die Notwendigkeit einer Unterstützung objektiver und zuverlässiger einschätzen zu können als z. B. aufgrund eines ersten Eindrucks oder der Aktenlage. Bei bestehender Risikobelastung in mehreren Bereichen wird ein Zugang zu solchen „Multi-Problem-Familien“ zum Teil bereits schon während der Schwangerschaft gesucht und ausgebaut. Natürlich können sich die Familien auch selbst an die verantwortlichen Stellen wenden.

---

71 Sidor u. a. (2012).

Die Risiko-Skala wurde ins Mongolische übersetzt, mit dem mongolischen Kooperationspartner inhaltlich abgestimmt und ihre Anwendung während des 1. Trainings den Fachkräften im Chingeltei-Gesundheitszentrum (Sozialarbeitern, Krankenschwestern usw.) vermittelt (S. 95). Man hielt die Skala für ein wertvolles Instrument, und unser Projektpartner plante, sie zusätzlich zur Identifikation und Beschreibung von Brennpunkten in Chingeltei einzusetzen, in denen besonders viele Familien unter sehr schwierigen Bedingungen leben.

Es ist aber davon auszugehen, dass wegen der niedrigschwelligen Gesundheitsambulanzen Hochrisikofamilien im Distrikt ohnehin häufiger als z. B. in Deutschland bekannt sind und der Kontaktaufbau zu ihnen schneller gelingt (vgl. S. 143f). Die Anwendung der HBS könnte jedoch auch im Sinne einer klassischen Fallkonferenz mit Einbezug der jeweiligen Familie für die wechselseitige Information, Abstimmung und Planung des weiteren Vorgehens sinnvoll sein, wenn aufsuchende Arbeit erfolgen soll.

## **2. Das Fortbildungsmaterial**

### **2.1 Der Elternkurs *Das Baby verstehen***

*Das Baby verstehen* bezeichnet einen Kursus für Paare, die ein Kind erwarten; am besten ist er geeignet für solche, bei denen es sich um das 1. Kind handelt.

Das Programm (Abb. 12) wurde ursprünglich vom Heidelberger Team im Rahmen von Geburtsvorbereitungskursen junger Eltern entwickelt und ist auch so noch einsetzbar.

- (1) Ich Sorge auch für mich selbst
- (2) Herausforderungen in der Partnerschaft
- (3) Das Baby sendet Signale
- (4) Was geht dem Weinen des Babys voraus
- (5) Vertrauen in die eigenen Kompetenzen

Abb. 12: Die fünf Kursmodule von Das Baby verstehen

Im Projekt *Keiner fällt durchs Netz* wurde sein Einsatz jedoch auch für junge Eltern in risikoreichen Lebenslagen<sup>72</sup> erwogen, um diese vom Ende der Schwangerschaft an und in der ersten Zeit nach der Geburt zu unterstützen. Gerade diese Familien werden allerdings, wie Erfahrungen zeigen, durch solche Kurse in der Regel nicht erreicht, denn Struktur und Inhalt sprechen eher die (akademisch) gebildeten Bevölkerungskreise an. Deshalb wurde das Programm in ein Curriculum für die Ausbildung von sogenannten Familienhebammen integriert, die die Familie oder Mutter ein Jahr lang nach der Geburt eines Kindes unterstützen.<sup>73</sup>

Das Programm kann also entweder im Sinne eines klassischen Angebots in „Kommstruktur“ als Kurs für werdende oder junge Eltern angeboten werden; dabei werden die Themen mittels einer ausgearbeiteten Programmanleitung für

72 Cierpka, u. a. (o. J.: 21ff).

73 Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation. Diese befähigt sie dazu, Eltern und Familien in belastenden Lebenssituationen zu unterstützen. Sie gehen bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes in die Familien, helfen bei der gesundheitlichen Versorgung und leisten psychosoziale Unterstützung. Unter anderem geben Familienhebammen Informationen und Anleitung zu Pflege, Ernährung, Entwicklung und Förderung des Kindes. Dabei binden sie alle Familienmitglieder ein. Die Familienhebammen vermitteln bei Bedarf weitere Hilfen (NZFH „Kompetenzprofil Familienhebammen“, o. J.).

fünf bis sieben Familien in mehreren zwei- bis dreistündigen Veranstaltungen in Seminar- oder Blockform von einer Hebamme, Krankenschwester, SozialarbeiterIn, ÄrztIn oder PsychologIn u. ä. vermittelt (Abb. 13). Oder es kann während der Hausbesuche einer Familienhebamme oder Kinderkrankenschwester in der „Gehstruktur“ vermittelt werden. Dann wird das Programm in der sog. Gehstruktur eingesetzt.<sup>74</sup>

Die Struktur der Kursmodule ist jeweils ähnlich, was die Verständlichkeit und den Erinnerungswert erhöht, und methodisch werden verschiedene Techniken der Erwachsenenbildung und Lernpsychologie eingesetzt:

- Entspannungs- und spielerische Übungen  
→ *Sensibilitätsförderung*
- Videoanalysen alltagsnaher Situationen  
→ *Lernen am Modell*
- Entwicklungspsychologische Information  
→ *Vermittlung von Einsichten*
- Verstärkende, wertschätzende Haltung  
→ *Kompetenzförderung*

In unserem Fall sollte das Programm als offenes Angebot an ausgewählten Familiengesundheitsambulanzen des Distrikts von dann fortgebildeten Krankenschwestern oder SozialarbeiterInnen in kleinen Gruppen mit werdenden Müttern und Vätern durchgeführt werden.

Das erschien ökonomisch, und durch die niedrigheligen Struktur der Ambulanzen und ihrer Verortung im Quartier war es wahrscheinlich, dass genügend Eltern von dem Angebot Gebrauch machen würden.

Für diejenigen, die einen solchen Kurs aufgrund ihrer belasteten Lebenssituation nicht wahrnehmen konnten, schien aufsuchende Arbeit angezeigt. Hierfür wurde ein anderes Konzept entwickelt (S. 73), denn Familienhebammen oder vergleichbare Professionen derart umfangreich auszubilden, hätte die Grenzen des Projekts gesprengt.

---

74 Cierpka, M., K. Scholtes & C. Wölfer, 2009



Zunächst musste deshalb das Kursmanual von *Das Baby verstehen* an die mongolischen Verhältnisse angepasst und übersetzt werden, dabei wurde vor allem auf eine Vereinfachung der Sprache und den Ersatz kulturspezifischer Besonderheiten durch landestypische geachtet (es wurden z. B. rd. 100 Fremdwörter und Fachbegriffe von „Abusus“ bis „Wahrnehmungstätigkeit“ ersetzt); gleichzeitig galt es, die soziale Lage der Zielgruppe zu berücksichtigen, die, auch wenn die Lebensumstände der deutschen Zielgruppe teilweise prekär waren, nicht vergleichbar sind (z. B. das Vorhandensein eines Wohnzimmers, Badezimmers ...).

Da den Schwerpunkt des Programms Videos mit Eltern-Kind-Interaktionen bilden, die unter verschiedenen Fragestellungen den Eltern vorgestellt und mit ihnen diskutiert werden, ergab sich das Problem, dass die Übungs-DVD ausschließlich Videosequenzen mit vorwiegend „deutschstämmigen“ oder zumindest so aussehenden Eltern-Kind-Paaren enthält. Trotz vieler Versuche, diese Sequenzen durch mongolische Clips zu ersetzen, ist es bis heute nicht gelungen, brauchbares Filmmaterial herzustellen. Als „Ersatz“ wurden zumindest in den Text des zugehörigen Manuals Fotos von mongolischen Eltern-Kind-Interaktionen eingefügt, aber es dürfte prinzipiell für die Akzeptanz eines Programms günstiger sein, in einem Entwicklungs- oder Schwellenland – zumal mit einer solchen Vorgeschichte – Filmmaterial mit indigenen „Darstellern“ zu verwenden, selbst wenn das in der Mongolei und vergleichbaren Ländern nicht üblich ist (die meisten westlichen NGOs setzen nach unserer Kenntnis Material mit Abbildungen von Personen mit europäischen Gesichtszügen, heller Haut- und Haarfarbe usw. ein, sogar World Vision). Bei uns wurden die Videos während der Trainings auch nur selten kritisiert (vgl. S. 129).

An sich besteht das Programm aus fünf Modulen, die auch in fünf Sitzungen behandelt werden können, es macht jedoch Sinn, weitere Sitzungen einzuführen, da längere Kurs-

Sitzung 1	Sitzung 2	Sitzung 3	Sitzung 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einstieg und Kennenlernen</li> <li>- Vorstellen des Seminarinhalts</li> <li>- Wünsche, Erwartungen und eigene Erlebnisse und Geschichten der Teilnehmer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DBV*; <b>Lektion 1:</b> Ich Sorge auch für mich selbst</li> <li>- Die eigene Situation mit dem neuen Baby</li> <li>- Bindung und Feinfühligkeit I</li> </ul> <p><i>*DBV=Das Baby verstehen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DBV; <b>Lektion 2:</b> Wie Partner sich unterstützen können</li> <li>- Mutter und Vater und weitere wichtige Personen</li> <li>- Bindung und Feinfühligkeit II</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DBV; <b>Lektion 3:</b> Babys senden Signale aus</li> <li>- Das Baby als aktive und kommunizierende Person</li> <li>- Bindung und Feinfühligkeit III</li> </ul>
Sitzung 5	Sitzung 6	Sitzung 7	Sitzung 8
<p>Freies Thema nach Wahl der Dozentin (ggf. zu kurz Gekommenes; Wiederholungsbedürftiges; Wünsche der Eltern etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DBV; <b>Lektion 4:</b> Was dem Weinen des Babys vorausgeht</li> <li>Regulation als die große Aufgabe im ersten Lebensjahr</li> <li>- Warnung: Schütteln des Babys</li> <li>- Bindung und Feinfühligkeit IV (kurz)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DBV; <b>Lektion 5:</b> Intuitive elterliche Kompetenzen</li> <li><b>plus</b> Abschluss DBV</li> <li>- Eltern und Baby im interaktiven Wechselspiel</li> <li>- Bindung und Feinfühligkeit</li> <li>- Abschluss</li> </ul>	<p>Zusammenfassung und kurze Wiederholung des Kursinhaltes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragen der Eltern</li> <li>- Gestaltung eines „guten“ Abschlusses</li> </ul>

Abb. 13: Struktur und Inhalt der vorgeschlagenen acht Sitzungen des Elternkurses

angebote bessere Erfolge bringen,<sup>75</sup> die TeilnehmerInnen besser miteinander vernetzen sowie die Kontakte zur jeweiligen Familienambulanz intensivieren und eine Art Eltern-Fachkräfte-Partnerschaft aufbauen. Ob eine entsprechende Empfehlung von uns auch umgesetzt werden kann (für ein acht Treffen umfassendes Angebot vgl. das Beispiel in Abb. 13), ist wegen der Sparzwänge aber unwahrscheinlich.

<sup>75</sup> Cierpka u. a. (o. J.:13), hier geht es allerdings um die aufsuchende Arbeit.

## 2.2 *NEST*-Material für Fachkräfte zur Unterstützung ihrer Arbeit mit Familien

Für die aufsuchende Arbeit sollte das sogenannte *NEST*-Material eingesetzt werden, ein neues Frühe-Hilfen-Angebot, das von der deutschen Stiftung Pro Kind und dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) entwickelt und uns freundlicherweise mit der Erlaubnis zur Übersetzung und zum Einsatz in der Mongolei zur Verfügung gestellt wurde.<sup>76</sup> Der Begriff *NEST* steht für eine Umgebung, in der Kinder gesund, geborgen und sicher aufwachsen können – unserem Projekttitel (gesund-beschützt-geborgen) entsprechend. Zweck des Materials ist es, Fachkräften in den Frühen Hilfen zielgruppenspezifische und passgenaue Arbeitshilfen zur Verfügung zu stellen, die sie flexibel in ihrem jeweiligen Arbeitsfeld einsetzen können. Die Materialien sind modular aufgebaut und können programmunabhängig verwendet werden.

*NEST* besteht zum einen aus Arbeitsblättern, die die Fachkräfte mit den Familien bearbeiten und die bei diesen verbleiben, des Weiteren gibt es Anregungen zu Gespräch und Beratung sowie Informationsmaterial und schließlich Hintergrundinformationen, die den Fachkräften den Einsatz des Materials erleichtern.

*NEST* deckt ein breites Spektrum an Themen der Frühen Hilfen ab, die für Familien von der Schwangerschaft bis zum Ende des zweiten Lebensjahres wichtig sind. Die Inhalte sind speziell auf Familien zugeschnitten, die nur über eine höchstens grundständige Schulbildung verfügen; so entsprechen Texte und Grafiken z. B. den Regeln der sog. Leichten Sprache, was auch bei der Übersetzung berücksichtigt wurde.

Das umfangreiche Material ist in fünf Module unterteilt (Abb. 14). Die einzelnen Module gliedern sich wiederum in

---

<sup>76</sup> Das deutsche *NEST*-Material ist abrufbar unter NZFH, <http://www.fruehehilfen.de/serviceangebote-des-nzfh/materialien/publikationen/nest-material>.

Themenbereiche, für die zahlreiche Arbeitsblätter bereitgestellt wurden. Die Mehrzahl der *NEST*-Module behandelt Themen, die auf deutsche Verhältnisse zugeschnitten sind und stark verändert hätten werden müssen; wir verwendeten in erster Linie solche aus Modul 1 (Kind und Eltern) – das waren auch diejenigen Inhalte, die für das Projektziel am wichtigsten waren und ohne größere Abänderungen in der Mongolei eingesetzt werden konnten. Es handelte sich um Themen wie *Förderung einer sicheren Bindung*, *Mutter/Vater/Elternrolle*, *Kindliche Entwicklung* u. a.

- 
- (1) Kind und Eltern, z. B. Förderung einer sicheren Bindung
  - (2) Gesundheit, z. B. psychische Gesundheit: Stress
  - (3) Alltag, z. B. Freunde und Familie
  - (4) Geld und Beruf, z. B. Die Ausbildung beenden
  - (5) Begleitung, z. B. Was ist wichtig im Notfall?

Abb. 14: Aufbau *NEST*: Module 1 bis 5

Die Arbeitsmaterialien, die mit Fotos und Graphiken versehen sind, wurden in einem aufwändigen Verfahren übersetzt, die soziale Lage der Jurtenbevölkerung berücksichtigt, soweit sie in den Texten eine Rolle spielt (Berufe, Schulbildung, (zahn-)ärztliche Versorgung, Ernährung, Freizeitgestaltung, Wohnungseinrichtung usw.) und die Inhalte an mongolische Traditionen angepasst (z. B. Texte von Finger- und Singspielen, Abb. 15).

Aus entsprechenden Statistiken war auch bekannt, dass in Ulaanbaatar mehr als die Hälfte der Kleinkinder nur sehr begrenzt Zugang zu Spielzeug und Bilderbüchern hat, was

bei den Texten zu berücksichtigen war.<sup>77</sup> Die Detailkenntnisse der mongolischen Dolmetscherin waren hier sehr hilfreich.

Im Folgenden Beispiele einiger deutscher und mongolischer Arbeitsblätter.

**Wir spielen ein Finger-Spiel**



Mein Baby sitzt vor mir.  
Wir schauen uns an.  
Ich nehme meine Hände nach vorne.  
Ich bewege alle Finger.

Dabei sage ich:

- 10 kleine Zappel-Männer zappeln hin und her.
- 10 kleine Zappel-Männer tun das immer mehr.  
Ich bewege meine Finger hin und her.
- 10 kleine Zappel-Männer zappeln auf und nieder.
- 10 kleine Zappel-Männer tun das immer wieder.  
Ich bewege meine Hände hoch und runter.
- 10 kleine Zappel-Männer zappeln rund-herum.
- 10 kleine Zappel-Männer, die sind gar nicht dumm.  
Ich bewege meine Hände im Kreis.
- 10 kleine Zappel-Männer spielen mal Versteck.
- 10 kleine Zappel-Männer sind auf einmal alle weg.  
Ich verstecke meine Hände hinter meinem Rücken.

Abb. 15.1: Fingerspiele

<sup>77</sup> Statistisch gesehen verfügen in Ulaanbaatar 41 % der Kinder unter 5 Jahren über 3 und mehr Bücher, 51 % haben 2 oder mehr Spielzeuge. In den Gervierteln dürften eher diejenigen überwiegen, die weder über Spielzeug noch Bücher verfügen, allerdings gibt es auch Hilfsorganisationen, die diese Kinder damit versorgen In: MONGOLIA Social Indicator Sample Survey (SISS) 2013, Key Findings, June (2014:22).

## Хуруугаараа тоглох



Хүүхдээ урдаа суулгана.  
Бид бие биенээ сайн харахаар байна.  
Би гараа урдаа аваад  
хуруунуудаа хөдөлгөнө.

Тэгээд ингэж хэлнэ:

10 бяцхан хуруунууд нь наашаа цаашаа сарвага сарвага.

10 бяцхан хуруунууд нь олон дахин сарвага сарвага.

Хуруунуудаа нааш цааш хөдөлгөнө.

10 бяцхан хуруунууд нь дээшээ доошоо сарвага сарвага.

10 бяцхан хуруунууд нь дахин дахин сарвага сарвага.

Хуруунуудаа дээш доош хөдөлгөнө.

10 бяцхан хуруунууд нь эргэн тойрон эргэн л гэнэ.

10 бяцхан хуруунууд нь тийм ч л танг биш л гэнэ.

Хуруунуудаа тойрог хэлбэрээр хөдөлгөнө.

10 бяцхан хуруунууд нь нуугдаж тоглохоор болжээ.

10 бяцхан хуруунууд нь гэнэт л алга болжээ.

Хуруунуудаа нурууныхаа ардаа нууна.

Эсвэл:

Чихчийхэн чинээ бишээ. Чихээ өөрөө угаая  
Чигчий хуруугаа харуулна. Чихээ угааж буй хөдөлгөөн  
хийнэ.

Тиймээ хэ аа.

Гоёо гоёо гоёо

Хоёр гараа амныхаа урд барина. Алгаа ташина.

Хуруухан чинээ бишээ. Хувцсаа өөрөө угаая.

Долоовор хуруугаа үзүүлнэ. Хувцас угааж буй

хөдөлгөөн хийнэ.

Тиймээ хэ аа

Гоёо гоёо гоёо

Хоёр гараа амныхаа урд барина. Алгаа ташина.

Эрхийхэн чинээ бишээ Ээж заагдаа тусалъя

Эрхий хуруугаа харуулна. Алгаа дэлгэн хоёр тийшээ  
ганхана.

Тиймээ хэ аа

Гоёо гоёо гоёо

Хоёр гараа амныхаа урд барина. Алгаа ташина.

Abb. 15.2: Fingerspiele

### Vor-machen und nach-machen



Ich lege mein Baby auf meine Beine.  
Ich ziehe meine Beine an.  
Mein Baby kann mich jetzt gut erkennen.  
Wir sehen uns an.

- Ich strecke leicht meine Zunge heraus.  
Ich beobachte mein Baby.  
Streckt es auch seine Zunge heraus?
- Mit meinem Mund mache ich ein „O“.  
Ich beobachte mein Baby.  
Kann es mit seinem Mund auch ein „O“ machen?
- Das probiere ich auch noch aus:  
Ich lache.  
Ich mache meine Augen groß.  
Ich ziehe meine Augen-Brauen hoch.

Abb. 16.1: Spiele für Babys 1.–3. Monat

### Зааж үзүүлэх ба дурйж хийх



Хүүхдээ өвдгөн дээрээ хэвтүүлнэ.  
Хөлийг нь өөр рүүгээ татна.  
Миний хүү/ охин одоо намайг хараад сайн  
таньж байна.  
Бид бие биенээ харна.

- **Би хэлээ аажмаар гаргана.**  
Би хүүхдээ одоо ажиглана.  
Хүүхэд маань бас хэлээ гаргах нь уу?
- **Би амаа ангайн “О” гэнэ.**  
Би хүүхдээ одоо ажиглана.  
Хүүхэд маань бас “О” гэж чадах нь уу?
- **Би бас үүнийг оролдож үзнэ:**  
Би инээгээд  
нүдээ том болгон харна.  
Тэгээд хөмсгөө дээш өргөнө.

Abb. 16.2: Spiele für Babys 1.–3. Monat

## 2.3 Fachliteratur

Des Weiteren sollte mit der Übersetzung von Fachbüchern versucht werden, einen Grundstock an wissenschaftlicher Literatur zum Thema Frühe Hilfen anzulegen, indem einmal das zweite, zum Anleitungsmanual gehörige rd. 100 Seiten umfassende Handbuch ins Mongolische übersetzt wurde. Es enthält notwendiges theoretisches Hintergrundwissen und ergänzt das Manual *Das Baby verstehen*.

Außerdem wurden ausgewählte Aufsätze aus einem Praxishandbuch für Familienhebammen und einem Weiterbildungsprogramm zu einem rd. 100 Seiten umfassenden Textband zusammengefasst, so dass jetzt mit dem Anleitungsmanual für *Das Baby verstehen* und den NEST-Arbeitsblättern vier hochwertige Lehrbücher bzw. -materialien vorliegen, die der Fachlichkeit der KursleiterInnen zugutekommen und das Niveau der Kurse inhaltlich anheben:

1. Borchardt, S., M. Cierpka, B. Frey, K. Götzinger, T. Jungmann, D. Nakhla, C. Wölfer (2015). Praxishandbuch für die psychosoziale Präventionsarbeit mit Familien. Ausgewählte Texte. Unveröffentlichtes Manuskript
2. Cierpka, M., A. Gregor und B. Frey (2004). *Das Baby verstehen*. Mit DVD. Anleitungsheft zum Elternkurs. Focus, Heidelberg
3. Gregor, A. und M. Cierpka (2004). *Das Baby verstehen: Das Handbuch zum Elternkurs für Hebammen*. Focus, Heidelberg
4. NEST-Material für Frühe Hilfen. Gekürzte mongolische Fassung für die aufsuchende Arbeit mit Familien im Projekt „gesund – beschützt – geborgen“. Ein Projekt für psychosoziale Prävention in Ulaanbaatar/Mongolei für junge Eltern in schwierigen Lebenslagen (2013–2014)

Die drei erstgenannten Texte liegen dank der Unterstützung von World Vision inzwischen auch in Druckform vor, das NEST-Material wurde kopiert und an die TeilnehmerInnen unserer Fortbildungskurse verteilt.



## **Teil III**

### **Transfer**

#### **1. Transfer des Programms**

##### **1.1 Vorbereitung**

Um zu klären, ob und wie es gelingen kann, für Deutschland entwickelte Programme vor Ort passend und akzeptabel einzusetzen, waren zunächst mehrere Schritte notwendig:

- vorbereitende Recherchen in Deutschland und vor Ort
- Ermittlung des Hilfebedarfs in der Mongolei
- Auswahl der geeigneten Programmkomponenten
- Übersetzung/Herstellung der Arbeitsmaterialien
- Auswahl der jeweils geeigneten Fachkräfte

Als Vorbereitung

- wurden von den deutschen Projektmitgliedern in verschiedenen Bezirken des Gerviertels im Chingeltei-Distrikt eine Reihe von Familien mit Babys und Kleinkindern besucht, um einen Einblick in ihre Lebensumstände zu erhalten.
- wurden mit 10 Familien, die dem Gesundheitszentrum bekannt waren, Interviews und Gruppendiskussionen zum Thema Rolle von Mutter, Vater, erweiterte Familie, Kultur, Eltern-Kind-Interaktion, alltäglicher Umgang mit dem Baby, nötige Hilfen usw. geführt.
- Weitere Interviewpartner waren außer dem mongolischen Kooperationspartner und einigen ambulant in der Geburtshilfe tätigen Ärztinnen sowie der ärztlichen Leiterin einer neuen Kinderabteilung mehrere am Krankenhaus des Gesundheitszentrums Chingeltei tätige Krankenschwestern, Hebammen und Ärztinnen. Themen waren Schwangerschaft, Geburt, nachgeburtliche

Betreuung, Unterstützungsbedarf und Unterstützungsangebote für junge Familien einerseits und Möglichkeiten der strukturellen Verortung regelmäßiger Angebote der Frühen Hilfen andererseits.

- Eine Reihe von Müttern und einige Väter erklärten sich auch für kurze Videoaufnahmen im Kontakt mit ihrem Baby bereit. So konnte erstes Material gesammelt werden, das zum Vergleich mit entsprechenden Aufnahmen deutscher Familien herangezogen werden kann – für die Herstellung von Interaktionssequenzen für die Videoclips des Programms *Das Baby verstehen* eigneten sie sich aber nicht.
- Außerdem wurde noch Kontakt zu möglichen weiteren Unterstützern und Kooperationspartnern in Ulaanbaatar aufgenommen, so etwa zur Staatlichen Universität und zur Hilfsorganisation World Vision (vgl. S. 60f.). Anders als bei World Vision konnte der Kontakt zur Staatlichen Universität trotz des Interesses der dort tätigen KollegInnen nicht ausgebaut werden.<sup>78</sup>
- Schließlich besuchte der mongolische Partner mit einer niedergelassenen Ärztin, die in Ulaanbaatar Geburtsvorbereitungskurse anbietet, für eine Woche das Institut von Prof. Cierpka in Heidelberg und erhielt dort noch einmal einen umfassenden Einblick in die Projektarbeit und den Stand der Frühen Hilfen (vgl. S. 93f.).

Ein wesentliches Ergebnis dieser Gespräche und anschließender Diskussionen war, die geplanten Angebote auf zwei Gruppen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu verteilen:

- Eine Gruppe, die über möglichst viele Fachkenntnisse und Erfahrungen im Bereich Früher Hilfen verfügt, bietet Elternkurse in Anlehnung an das Programm *Das Baby verstehen* an.

---

<sup>78</sup> Ein Grund hierfür war die eingeschränkte Internetverbindung, die einen regelmäßigen Austausch verunmöglichte, denn staatliche mongolische Bildungseinrichtungen leiden an akuter Unterfinanzierung.

- Die andere Gruppe, die bessere und flexiblere Möglichkeiten hat, die Familien direkt zuhause aufzusuchen, leistet zugehende Hilfen und verwendet dabei die *NEST*-Materialien.
- Beide Gruppen sollten örtlich in den Familiengesundheitszentren direkt in den Jurtenvierteln angesiedelt sein.

So wurde – immer im Konsens mit dem mongolischen Projektpartner – folgender Umsetzungsplan entwickelt:

- In den Familienzentren des Chingeltei werden Familien/Müttern, die ein Kind erwarten oder gerade geboren haben, ausgewählte Programmelemente angeboten.
- Das Projekt zielt sowohl auf die Gesamtbevölkerung des Distrikts als auch auf besonders belastete Hochrisikofamilien.
- Für beide sollen jeweils passende Programme von jeweils speziell ausgebildeten MitarbeiterInnen umgesetzt werden.
- Hierfür wird zunächst das geeignete Fachpersonal in einem Qualifizierungskurs durch MitarbeiterInnen des Heidelberger Teams ausgebildet.
- Für die Durchführung des „stationären“ Kursangebots *Das Baby verstehen*, das an ausgewählten Familienambulanzen des Distrikts stattfinden sollte, werden Mitarbeiterinnen des Gesundheitszentrums Chingeltei – Krankenpflegepersonal und SozialarbeiterInnen – qualifiziert.
- Für die aufsuchende Arbeit werden Volunteers gewonnen, die im Distrikt wohnen, mit den Lebensbedingungen der Bevölkerung gut vertraut sind und die Familien in der Regel auch bereits kennen.
- Sie verwenden das Programm *NEST*, in das sie ein Einführungstraining bekommen.
- Welche Familien in das Programm aufgenommen werden, wird vor Ort entschieden.
- Ob und welche weiteren Hilfsmaßnahmen den Familien angeboten werden, wird ebenfalls vor Ort entschieden.

- Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und am Projektende evaluiert.
- Die Startphase wird supervidiert.

## 1.2 Projektphasen<sup>79</sup>

Im Folgenden wird der dreijährige Projektablauf, aufgeteilt in mehrere zeitliche Phasen, wie im anfänglichen Projektplan vorgesehen, dargestellt. Dieser konnte allerdings nicht 1:1 umgesetzt werden. Gründe hierfür waren in erster Linie die schwierige innenpolitische und wirtschaftliche Lage in der Mongolei (vgl. S. 104f.). Es wird deshalb bei den einzelnen Projektphasen jeweils vorwegnehmend beschrieben, wo später Abänderungen vorgenommen werden mussten, welcher Art diese waren und wie ihnen begegnet wurde bzw. wie es gelang, ihnen gelegentlich auch eine produktive Wende zu geben; das Ziel war immer, den Kontakt zum mongolischen Kooperationspartner nicht abreißen zu lassen.

Einzelheiten des Ablaufs werden in den später folgenden Kapiteln dargestellt.

Immerhin konnte die Mehrzahl der insgesamt 18 Arbeitsschritte erledigt werden, wenn auch teilweise in abge-

### **I. Das Jahr 2013**

#### **Phase 1: April bis Mitte Juni 2013**

- Erarbeitung der konzeptionellen und materiellen Grundlage

#### **Phase 2: Mitte Juni bis September 2013**

- Sichtung des Feldes vor Ort, Datensammlung, Konzeptanpassung, Organisation der Qualifizierungsmaßnahme und Übersetzung der Materialien

<sup>79</sup>  = durchgeführt,  = nicht durchgeführt

### **Phase 3, Teil 1: Oktober bis Dezember 2013**

- ☒ Vorgesehen: Vorbereitung und Durchführung der Qualifizierungsmaßnahme in Ulaanbaatar, konnte infolge von organisatorischen Problemen und noch ausstehenden Entscheidungen des mongolischen Projektpartners nicht stattfinden, insbesondere im Hinblick auf die Unterstützung durch World Vision Mongolia, die noch keine Zusage gegeben hatte
- ☒ Neu: Stattdessen: einwöchige Fortbildung des mongolischen Projektpartners am Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Heidelberg, und Verschiebung der Qualifizierung auf das Folgejahr

## **II. Das Jahr 2014**

### **Phase 3, Teil 2: Januar bis April 2014**

- ☒ Qualifizierung der Mitarbeiterinnen des Gesundheitszentrums Chingeltei mit den vorgesehenen Programmen und der Supervision der Startphase

### **Phase 4: Mai bis Juli/August 2014**

- ☒ Vorgesehen: Umsetzung des Programms in den Bezirken des Chingeltei-Distrikts, konnte aufgrund organisatorischer Schwierigkeiten nicht stattfinden
- ☒ Vorgesehene Präsentation des Projekts vor Fachkräften des Gesundheitswesens in Ulaanbaatar durch Prof. Cierpkafand statt

### **Phase 5: September bis Dezember 2014**

- ☒ Vorgesehen: Weitere Umsetzung des Programms in den Bezirken/Supervision, konnte aufgrund organisatorischer Schwierigkeiten nicht stattfinden
- ☒ Neu: weitere Planung mit dem mongolischen Kooperationspartner, der sich in Deutschland aufhielt

### **III. Das Jahr 2015**

#### **Phase 6: Januar bis August 2015**

- Vorgesehen: Auswertung und Abschlusspräsentation, konnte nicht stattfinden
- Neu: Übersetzung des Handbuchs zum Elternkurs in die mongolische Sprache, finanziert durch das Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie des Universitätsklinikums Heidelberg (Prof. Cierpka) sowie Übersetzung eines Textbands für Familienhebammen in die mongolische Sprache

#### **Neu: Phase 7: Oktober bis Dezember 2015**

- Qualifizierung von 28 MitarbeiterInnen aus Kliniken und privaten Praxen von Ulaanbaatar im Oktober 2015 mit dem vorgesehenen Kursprogramm durch ein neues Projektmanagement
- Evaluation des Trainings mittels Fragebogen
- Durchführung von sechs Elternkursen durch die fortgebildeten Teams mit rd. 50 Müttern/Vätern im November/Dezember 2015
- Evaluation der Kurse mittels Befragungen der Teams und KursteilnehmerInnen
- Auswertung der Daten

### **IV. Das Jahr 2016**

#### **Neu: Phase 8: Januar bis Juni 2016**

- Abfassung eines umfassenden Abschlussberichts im 1. Halbjahr 2016
- Die ursprünglich vorgesehene Abschlusspräsentation durch das deutsch-mongolische Projektteam in Ulaanbaatar entfällt.

änderter Form. Das Projekt geriet so zwar ein Jahr in Verzug, konnte dann aber in kurzer Zeit mit einem neuen Projektmanagement rasch und effizient zu Ende geführt werden,

jedoch zeitlich sehr gedrängt. Ein gewisser Zeitverzug war allerdings von vorneherein eingeplant. Gleichzeitig konnten in unserem Fall in der Zeit, in der eigentlich das Programm hätte implementiert werden sollen, eine Reihe neuer Vorhaben entwickelt und umgesetzt werden, die dem Projekt durchaus nutzen, z. B. Übersetzungen und die weitere Qualifizierung der MitarbeiterInnen durch Fachliteratur, der Fortbildungsaufenthalt des mongolischen Projektleiters am Institut von Prof. Cierpka usw. (S. 93ff.). Es steht jedoch außer Zweifel, dass einige Vorhaben, die der nachhaltigen Verankerung des Programms hätten dienen sollen, insbesondere die Begleitung und Beratung der Teams, nicht wie geplant stattfinden konnten.

## **2. Durchführung**

Vorab ist es für das Verständnis der folgenden Ausführung wichtig zu wissen, dass es aus organisatorischen und inhaltlichen Gründen zwei Trainings mit einem 1½ jährigen Abstand zueinander gegeben hat (vgl. Abb. 17 und S. 104ff.). Erst nach dem 2. Training im Jahr 2015 konnten die vollständige Evaluation durchgeführt und die zentralen Fragestellungen beantwortet werden.

### **2.1 Die zentralen Projektziele und Fragestellungen**

Wie vorhergehend ausgeführt und begründet, soll Kindern aus dem Chingeltei-Distrikt von Ulaanbaatar, insbesondere solchen aus Familien mit materiellen, persönlichen und/oder sozialen Risiken, durch psychosoziale Prävention frühzeitig die Chance für ein gesundes, beschütztes und geborgenes Aufwachsen gesichert und eine Gefährdung ihres Wohls durch Misshandlung oder Vernachlässigung verhindert werden. Hierfür erhalten junge Familien, die ein Kind erwarten, ein besonderes Kurs- und/oder Unterstützungs-

angebot, das ihre elterlichen Kompetenzen fördert und vor allem ihre Feinfühligkeit für das Verständnis der Signale ihres Babys stärkt und weiterentwickelt.

Übergeordnete Projektziele in diesem Sinn waren:<sup>80</sup>

- Verbesserung des Gesundheitsschutzes von Müttern bzw. Eltern und Kindern
- Professionelle Betreuung von Schwangeren
- Verbesserung der Lage von Säuglingen und Kleinkindern in jungen Familien in schwierigen Lebenslagen
- Eindämmung von Vernachlässigung und Misshandlungen von Säuglingen und Kleinkindern
- Vorbeugung von Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensproblemen, späteren Erkrankungen und Behinderungen im frühen Lebensalter

Natürlich lassen sich solche Ziele nicht in wenigen Wochen realisieren, sie stellen jedoch den inhaltlichen Rahmen dar, innerhalb dessen unser Projekt angesiedelt war. Für den Nachweis einer nachhaltigen, auch handlungswirksamen Auswirkung des Programms bedürfte es eines wesentlich längeren Projektzeitraums und wesentlich größerer Ressourcen.

Konkretisiert geht es daher um Folgendes:

- Hauptziel war es zu klären, ob sich das in Deutschland bewährte präventive Frühe Hilfen-Projekt *Keiner fällt durchs Netz* mit seinem zentralen Elternprogramm *Das Baby verstehen* an die sozialen und kulturellen Bedingungen eines zentralasiatischen Entwicklungs-/Schwellenlandes adaptieren lässt
- ob sich junge Mütter und Väter zur Teilnahme gewinnen lassen
- ob das Programm verstanden wird und bei den Zielgruppen auf Akzeptanz stößt

---

80 Vgl. Bewilligungsbescheid des Ministeriums für Gesundheit vom 04.03.2013.



- ob sich positive Wirkungen im Hinblick auf eine Erhöhung der Sensitivität der Eltern im Umgang mit ihrem Kind zumindest in Ansätzen zeigen

Bei der abschließenden Evaluation des Projekts ging es dabei speziell um folgende Fragen:

### **1. Die Teams**

- Die Qualifikation der Teams
- Wie wird die Qualifizierungsmaßnahme von den TeilnehmerInnen unter
  - fachlichen
  - beruflichen
  - persönlichen Gesichtspunkten beurteilt?
- Die Teams als KursleiterInnen
  - Wie hat sich die TeilnehmerInnengruppe zusammengesetzt?
  - Wie hoch war die Fluktuation im Kurs?
  - Gab es besondere Ereignisse?
  - Was ist den KursleiterInnen besonders gut gelungen?
  - Was könnten sie in Zukunft noch besser machen?
  - Was haben sie selbst für sich gelernt?
  - Welche Modulinhalte wurden im Kurs umgesetzt?
  - Wie sind die Module bei den TeilnehmerInnen angekommen?
  - Werden sie den Kurs noch einmal durchführen?
  - Gab es kulturelle Unverträglichkeiten?

### **2. Die Mütter/Väter**

- **Die soziale Lage der Familien**
- **Die Abschlussbewertung des Kurses durch die Mütter/Väter/Familien**
  - Welche Mütter/Väter haben teilgenommen (Alter, Beruf, Einkommen usw.)?
  - Konnten sie regelmäßig teilnehmen?
  - Wie wird das Programm von ihnen bewertet?
  - Wie war der Kontakt zu den Teams?

- Welche Inhalte haben die TeilnehmerInnen behalten?
- Was haben sie vermisst?
- Was haben sie praktisch gelernt?
- Was wäre zu verbessern?
- Haben sich durch die Teilnahme neue Kontakte ergeben?
- War die Teilnahme anstrengend für sie?
- Setzten die Mütter/Väter zu Hause Programmteile um?
- Wie kann es weitergehen?

## 2.2 Zweck der Evaluation<sup>81</sup>

Am Ende des Projekts sollten summativ die Ergebnisse festgestellt und Aussagen über seine Auswirkungen gemacht werden.

Direkte Kausalaussagen über positive Veränderungen durch das Programm im Sinne der Untersuchung seiner Effektivität waren aufgrund der gegebenen Rahmenbedingungen nicht möglich und auch nicht angezielt.<sup>82</sup>

Der entscheidende Zweck der Datenerhebung war vielmehr die Beantwortung der Frage: Können wir für dieses Projekt und potentielle zukünftige Projekte in unterschiedlichen kulturellen Kontexten Aussagen im Hinblick auf folgende Fragen machen:

- Lässt sich ein Programm wie *Das Baby verstehen* überhaupt in einer anderen kulturellen Umgebung implementieren?
- Lassen sich die wichtigsten Zielvorgaben erreichen?
- Wo gibt es Passungsschwächen?
- Welche Anpassungen sind möglich oder nötig?
- Wie reagiert die Zielgruppe? u. a.

Außerdem sollte versucht werden, mittels einer Evaluation des internen Entwicklungsprozesses das Programm wäh-

81 Vgl. hierzu auch das World Vision-Institut „Die Zukunft der Kinder erforschen“ sowie den Beitrag von Bangert (2012).

82 Vgl. Wottawa & Thierau (1998:130).

rend des Ablaufs zu steuern und gegebenenfalls zu korrigieren. Hierfür waren weitere Evaluationen vorgesehen, z. B. die Auswirkungen der Supervision in der Startphase der Elternkurse, der noch weitere Supervisionen folgen sollten.

Der Eingriff in den Prozess, der z. B. durch eine Supervision stattfindet, sollte nicht unterschätzt werden, und allein die Tatsache, dass eine Sitzung von den AnbieterInnen wegen der Anwesenheit der Supervisorinnen wie eine Lehrprobe erlebt wird, hat Auswirkungen: in unserem Fall wurde z. B. die von uns supervidierte Elternsitzung von den KursteilnehmerInnen, die die besonderen Umstände gar nicht kannten, übereinstimmend als die für sie wichtigste und beste bezeichnet (vgl. S. 127) – vermutlich war sie die am besten vorbereitete.

Wegen der knappen Ressourcen war es jedoch weder möglich, weitere Supervisionen durchzuführen, noch die Teams mit weiteren Fragebögen zu belasten.

## **2.3 Evaluationsinstrumente**

Die vorwiegend quantitativ ausgerichtete Evaluation erfolgte mittels mehrerer Frage- und Dokumentationsbögen sowie einem standardisierten Familieninterview. Alle Fragebögen bzw. Leitfäden waren Eigenkonstruktionen und bezüglich Formulierung, Anzahl der Fragen, Auswahl der Themen usw. der jeweils zu befragenden Gruppe angepasst, wobei in die Familienfragebögen einige Items aus dem Projekt *Keiner fällt durchs Netz* übernommen wurden.

Eingesetzt wurden insgesamt acht Instrumente (Box 3), alle wurden in die mongolische Sprache übersetzt. Die qualitativen Angaben der Befragten wurden nach Abschluss der Befragungen für Auswertungszwecke in die deutsche Sprache rückübersetzt.

Bei den erhobenen Daten handelt es sich in der Regel sowohl um Selbsteinschätzungen, Urteile und Erfahrungen der TeilnehmerInnen, als um quantitative/objektivierte Angaben.

Da Befragungen dieser Art in der Mongolei unüblich sind und mit unvollständigen Angaben zu rechnen ist, wenn Fragebögen zum Ausfüllen den Familien überlassen werden, suchten in unserem Fall PsychologInnen alle zu Befragenden auf und füllten den Bogen mit ihnen gemeinsam aus. So wurde den Befragten auch deutlich, dass ihre persönlichen Meinungen wichtig für die Umsetzung des Projektkonzepts waren und das Ausfüllen keine anonyme Pflichtaufgabe, sondern EIN Beitrag zu einem wichtigen Vorhaben – wobei natürlich die Anonymität gewährleistet war.

- (1) Evaluationsfragebogen für die dreitägige Qualifizierung (Teams)
- (2) Kurzfragebogen zur Selbstevaluation, Lerntagebuch (verbleiben bei Teams)
- (3) Dokumentationsbogen für die Durchführung der fünf Kurssitzungen (Teams)
- (4) Fragebogen zur Programmdurchführung (Teams)
- (5) Fragebogen Sozialstatistik Familien (Teams)
- (6) Familienbefragungen I (TeilnehmerInnen der Kurse)
- (7) Familienbefragungen II (TeilnehmerInnen der Kurse)

*Box 3: Evaluationsinstrumente*<sup>83</sup>

## 2.4 Anmerkungen zur Datenerhebung

In einem Land wie der Mongolei sind (sozial-) wissenschaftliche Evaluationen nicht üblich. Das heißt, dass auch der penible Umgang mit den Grundregeln sozialwissenschaftlichen Forschens nicht selbstverständlich ist. Dies gilt z. B. für den standardisierten Einsatz der Messinstrumente, die Vollständigkeit von Erhebungen, die Einhaltung des Datenschutzes u. a. m.

---

<sup>83</sup> Die Evaluationsinstrumente können bei den Autoren angefordert werden.

So sind auch die in diesem Projekt erhobenen Daten teilweise mit Mängeln behaftet: Nichtbeachtung der Anonymität, fehlende Daten, sprachliche Missverständnisse, fehlerhaftes Ausfüllen, vergessene Übersetzungen usw.

Deshalb mussten, da nicht alle Fehlerquellen aufgeklärt oder beseitigt werden konnten, Kompromisse geschlossen, manchmal auch auf Informationen verzichtet werden. Insgesamt lässt so die Qualität der Daten zwar zu wünschen übrig, auf der anderen Seite sind aber auch in der kurzen Zeit umfangreiche Erhebungen durchgeführt worden, sodass das sich ergebende Bild der Realität in wichtigen Aspekten doch relativ nahekommen dürfte, zumal der Rücklauf nahezu 100 % betrug. Es spricht viel dafür, dass die überwiegende Mehrzahl der Fragebögen und Interviews korrekt ist.

## 2.5 Zeitlicher Ablauf und Datenerhebung

Qualifizierung der Fachkräfte	Evaluation der Qualifizierung: Instrumente
1. Qualifizierung Gruppe1/Gruppe 2 (n=49) (März/April 2014) 2. Qualifizierung Gruppe 3 (n=28) (Oktober 2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragebogen (alle Teams)</li> <li>- Lerntagebuch (nur Team 3)</li> </ul>
Durchführung der Elternkurse	Evaluation der Kurse: Instrumente
Nur Gruppe 3 (Nov./Dez. 2015): Durchführung von 6 Elternkursen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokumentation (Teams)</li> <li>- Selbstevaluation (Teams)</li> <li>- Teamfragebogen</li> <li>- Sozialstatistik Eltern (ausgefüllt von Teams)</li> <li>- Familieninterview 1 (Mütter)</li> <li>- Familieninterview 2 (Mütter)</li> </ul>

Abb. 17: Timing der Qualifizierung, der Elternkurse und der Datenerhebungen

## **2.6 Auswertung**

Die Daten wurden mit Excel und SPSS ausgewertet.<sup>84</sup>

---

<sup>84</sup> Die Auswertung erfolgte am Institut für Angewandte Forschung der EH Ludwigsburg.

## Teil IV

### Ergebnisse

#### 1. Vermittlung des theoretischen Konzepts

Neues technisches und methodisches Wissen zu vermitteln, ist erfahrungsgemäß einfacher als fest verankerte Denkweisen, Normen und Einstellungen zu verändern, vor allem, wenn diese zentrale Werte betreffen.<sup>85</sup> Annahmen über Gesundheit und Krankheit gehören sicher dazu. Ohne eine Veränderung der Denkgewohnheiten werden jedoch auch die praktischen Umsetzungsprozesse langfristig nicht greifen.

Unser vorrangiges Anliegen war zwar der Transfer neuer Methoden, diese beruhten jedoch auf einem für die Mongolei neuartigen „Denkmodell“. Es war deshalb notwendig, zumindest in Ansätzen auch die theoretischen Hintergründe dieses Konzepts zu vermitteln und seine Bedeutung für die Frühen Hilfen aufzuzeigen.

So wurde auf verschiedenen Wegen vor, nach und während der Trainings bzw. der Durchführung der Kurse versucht, die neuen Sichtweisen zu veranschaulichen, zu vertiefen und zu verbreiten:

1. Der mongolische Kooperationspartner und seine Kollegin besuchten vor dem Projektstart in der Mongolei das Heidelberger Institut für einen einwöchigen

---

<sup>85</sup> Vgl. in diesem Zusammenhang die Arbeit von Jung über die Einführung westlicher Managementmethoden in der Mongolei (2013:13): *„Die Praxis zeigt und Untersuchungen bestätigen, dass es wesentlich leichter ist, technisches Wissen zu vermitteln, als Denk- und Verhaltensweisen zu verändern. Insofern wird die Notwendigkeit der Veränderung von Verhalten und Handeln nach wie vor als zentral angesehen: Veränderung von Werten, Normen und Einstellungen. Das heißt, dass Dauer und Qualität des Prozesses auch wesentlich davon abhängen, inwieweit sich Haltungen und Werte der Menschen verändern und in welchem Maße den Akteuren Aufmerksamkeit und Lernunterstützung zgedacht wird.“*

Fortbildungsaufenthalt. Hier erhielten sie Einblick in die beratende und therapeutische Arbeit des Instituts, hörten Vorträge über die neurobiologischen Grundlagen Früher Interventionen, besuchten örtliche Beratungsstellen zur Geburtsvorbereitung, nahmen an Institutsbesprechungen und Supervisionen teil, diskutierten die Details des Projekts und entwickelten gemeinsam die Einzelheiten der Durchführung in der Mongolei. Diese Einladung wurde, wie der mongolische Partner auch im Nachhinein immer wieder betonte, als sehr bereichernd wahrgenommen.

2. Prof. Cierpka besuchte nach dem ersten Training in Ulaanbaatar den mongolischen Projektpartner, um das Vorhaben und seine Hintergründe dort weiter bekannt zu machen. Er hielt eine Reihe von Vorträgen vor potentiellen Netzwerkpartnern, SozialarbeiterInnen und Krankenschwestern, um sie über die Möglichkeiten von Früher Hilfen und den Elternkurs *Das Baby verstehen* zu unterrichten. Ebenfalls fand ein Vortrag in der Ärztekammer der Mongolei über die neurobiologischen Grundlagen früher Interventionen statt. Außerdem wurde das medizinische Fachpersonal aus weiteren Stadtteilen von Ulaanbaatar und angrenzenden Provinzen über die wissenschaftlichen Grundlagen Früher Hilfen und speziell den vorgesehenen Elternkurs informiert.
3. Bei allen Trainings des Fachpersonals wurden nicht nur die Methoden der Kursdurchführung vermittelt, sondern auch regelmäßig Theorieinputs eingespeist, die sich auf zentrale wissenschaftliche Erkenntnisse bezogen, z. B. Bindung und frühe Eltern-Kind-Interaktion, Kultur und kindliche Entwicklung, die frühe Bedeutung des Vaters für die kindliche Entwicklung, Frühe Hilfen und das Projekt *Keiner fällt durchs Netz*, Regulationsstörungen im frühen Kindesalter u. a. Diese Inputs stießen auf großes Interesse und lösten lebhaft Debatten aus.
4. Es wurde nicht nur das Manual für die Durchführung der Kurse, sondern auch das dazugehörige Handbuch mit



theoretischem Hintergrundmaterial zum Kurs übersetzt sowie eigens ein „Lesebuch“ mit einschlägigen Aufsätzen zum Thema Frühe Hilfen und Entwicklungspsychologie der frühen Kindheit zusammengestellt und allen MitarbeiterInnen des Projekts zugänglich gemacht, teilweise auch nach Projektabschluss bei der Zertifikatsübergabe, um die Motivation zur Weiterbildung und das Interesse am Thema aufrecht zu erhalten.

## 2. Die erste Qualifizierung<sup>86</sup>

### 2.1 TeilnehmerInnen

Im März und April 2014 fanden in einem knapp zweiwöchigen Aufenthalt in Ulaanbaatar durch die Projektleiterin und Dipl.-Psych. Dr. Andreas Eickhorst die Trainings statt, wie geplant für zwei Gruppen. Der mongolische Projektleiter hatte folgende Gruppen, die bereits vor Ort bestanden und seit einiger Zeit mit Aufgaben in der Betreuung der in Frage kommenden Klientel betraut waren, ausgewählt:

- Eine Gruppe von 25 SozialarbeiterInnen und Krankenschwestern, die an den Familiengesundheitszentren des Distrikts angestellt sind, wurde darin qualifiziert, in ihrem Bezirk für junge Familien die Elternkurse *Das Baby verstehen* anzubieten.
- Eine zweite Gruppe von 23 freiwilligen Mitarbeiterinnen des Distrikts, die seit kurzem zur niedrigschwelligen gesundheitlichen Betreuung und Beratung der Bevölkerung im Gerviertel gewonnen werden konnten, wurden darin qualifiziert, aufsuchende Arbeit mit Hilfe der *NEST*-Materialien durchzuführen. Bei diesen Volunteers handelte es sich in der Regel um Frauen im fortgeschrittenen Lebensalter mit unterschiedlicher Ausbildung wie

---

86 Die folgenden Ausführungen orientieren sich an Eickhorst (2014).

Traktorfahrerin, Sekretärin, Arzthelferin, Apothekerin, Ökonomin und Ärztin, die alle nicht mehr im aktiven Berufsleben standen.

## 2.2 Ablauf

Beide Gruppen wurden über mehrere Tage hinweg in Ulaanbaatar in einem Tagungshotel geschult, das von World Vision angemietet worden war. World Vision übernahm auch die Versorgung der rd. 50 TrainingsteilnehmerInnen und der Trainer. Dabei wurden die TeilnehmerInnen zunächst



*Abb. 18: Kleiner Junge in Chingeltei*

mit den Hintergründen des Projektverständnisses von Frühen Hilfen, der Entstehungsgeschichte der Materialien sowie ausgewählten entwicklungspsychologischen, verhaltensbiologischen und kulturwissenschaftlichen Themen und dem Zusammenwirken von Biologie/Entwicklung und Kultur vertraut gemacht. Gleichzeitig konnten sie ihre Sicht der Situation vor Ort und des Hilfebedarfs darlegen, so dass bereits an dieser Stelle deutlich wurde, an welchen Punkten

die eingebrachten deutschen Inhalte gut passend waren und wo eher nicht.

Einen großen Teil der jeweiligen Schulungen nahm das Kennenlernen und Vertrautwerden mit den Materialien ein. Beim *Das Baby verstehen* wurden viele Videoclips gezeigt, diskutiert und übungsweise in Rollenspielen durchgesprochen. Beobachtet wurde, ob es den in den Videos gezeigten Eltern gelingt, eine offene Haltung gegenüber dem Kind einzunehmen, was Eltern und Säugling kommunizieren und wie die beiden jeweils aufeinander bezogen sind – Aspekte, die unter ganz verschiedenen kulturellen Umgebungen wirksam werden und beobachtbar sind.

Bei den *NEST*-Materialien wurde erörtert, welche Fragestellungen, Bedarfe und Schwierigkeiten in den Familien vor Ort zu erwarten sind und inwieweit die Materialien dabei weiterhelfen können. Da die TeilnehmerInnen die *NEST*-Arbeitsblätter insgesamt sehr positiv bewerteten, konnten letztendlich fast alle vorher ausgewählten Blätter verwendet werden. Auch in dieser Gruppe wurde dann vor allem mit Rollenspielen der Einsatz eingeübt.

Beide Gruppen wurden zum Abschluss der Trainingstage in einem Live-Setting supervidiert. Hierzu wurden interessierte Familien zu „Probestunden“ in die Gesundheitsambulanzen eingeladen, und einige TeilnehmerInnen am Training übten sich in der Durchführung einer Kurssitzung von *Das Baby verstehen* bzw. einer Beratungssitzung mit *NEST*-Material. Den Umständen entsprechend – die öffentliche Präsentation hatte durchaus auch Prüfungscharakter, selbst wenn sie faktisch keine Prüfung darstellte –, bewältigten die TeilnehmerInnen die Herausforderungen gut. Weitere Supervisionseinheiten und vertiefende Nachschulungen waren für den Herbst 2014 geplant, wenn bis dahin genügend Erfahrungen mit dem Einsatz der neuen Methoden gesammelt werden konnten und Evaluationsergebnisse von Familienbefragungen vorliegen.

Eine schriftliche Evaluation bei den TeilnehmerInnen zum Abschluss der Schulungswoche spiegelte eine große

Zufriedenheit mit den Inhalten und der Form des Trainings wider.

## 2.3 Kulturelle Besonderheiten

Bei der Erstellung aller Fortbildungsmaterialien und der Interpretation von bestimmten Ereignissen mussten natürlich kulturelle Unterschiede beachtet werden. So spielen Großeltern, Geschwister und Verwandte der Eltern eine wesentlich größere Rolle als in westlichen (städtischen) Milieus, auch in ganz grundsätzlicher (Über-)Lebenshilfe: Säuglinge werden selbstverständlich von der Schwester der Mutter gestillt, wenn diese verhindert oder krank ist und die Schwester ebenfalls einen Säugling hat. Als wir z. B. ein Foto von einer besonders gelungenen Mutter-Kind-Interaktion aufgenommen hatten, stellte sich heraus, dass die „Mutter“ die Tante war.

Auch die Großmütter spielen traditionell eine große Rolle beim Aufziehen von Kindern, z. B. wenn die Mütter aus beruflichen Gründen verhindert sind und keine Kindertageseinrichtungen zur Verfügung stehen. Die großelterliche Unterstützung entfällt, wenn die jungen Eltern vom Land nach Ulaanbaatar ziehen oder dort eine Familie gründen, und es gibt junge Mütter, die ihr Baby dann sofort nach der Geburt aufs Land zu ihren Müttern geben und es nur gelegentlich besuchen.

Ob die biologische Vaterschaft für Eltern-Kind-Beziehungen generell eine geringere Rolle spielt als in westlichen Ländern, ist uns nicht bekannt, es gibt jedoch Hinweise.<sup>87</sup>

---

87 In der Mongolei spielen im Familienrecht noch immer nomadische Traditionen eine Rolle, z. B. im Adoptionsrecht, bei dem der Erhalt des Familienbetriebs an erster Stelle steht, nicht die biologische Vaterschaft: *„Besonders wichtig für die Existenzsicherung der landwirtschaftlichen Familienbetriebe war das Adoptionsrecht, welches die Fortführung des Betriebs durch einen Nachfolger sicherte, auch wenn eigener Nachwuchs ausblieb. Dieser den wirtschaftlichen Notwendigkeiten entsprechende Brauch hat sich auch über alle Veränderungen in*

Wir haben z. B. auch sehr unbefangene und zugewandte „Vater“-Baby-Interaktionen gesehen, bei denen der Vater tatsächlich ein Verwandter oder Freund war, der nur kurz zu Besuch weilte (vgl. Abb. 19).



*Abb. 19: Ein Freund der Familie zu Besuch mit deren Jüngstem*



*Abb. 20: Baby kurz nach der Geburt mit seiner Mutter*

Ein anderer Bereich der kulturellen Differenz von Müttern kurz nach der Geburt betrifft den Umgang mit der Tatsache, dass in der Mongolei (und vergleichbaren Ländern) die Säuglings- und Kindersterblichkeit früher sehr hoch war und in manchen ländlichen Regionen noch immer ist. Es gibt z. B. die Besonderheit, dass die eigentliche Namensgebung eines männlichen Kindes erst nach dessen drittem Geburtstag im Rahmen einer Familienfeier – einer Art von Taufe – mit einem zeremoniellen Haarschnitt erfolgt, um es in den ersten Lebensjahren vor den Einflüssen böser Mächte zu schützen; vorher lässt man ihm die Haare lang wachsen,

---

*sozialistischer und Nachwendezeit bis heute lebendig erhalten.“ (Verlag für Standesamtswesen, Internationales Ehe- und Kindschaftsrecht, Mongolei).*

damit es wie ein Mädchen aussieht (Abb. 18), denn Mädchen sind nicht gefährdet.

Zumindest in Nomadenfamilien wird dieser Brauch noch immer gepflegt, und in den Gervierteln von Ulaanbaatar leben viele zugewanderte Nomadenfamilien.

So wurde auch das ursprünglich vorgesehene *NEST*-Arbeitsblatt „Ein Name für dich“, das eigentlich die Eltern auf das noch nicht geborene Kind vorbereiten soll, wieder aussortiert, weil eine vorzeitige Namensgebung als schlechtes Omen betrachtet wird.

Vermutlich existieren insbesondere im Hinblick auf die mongolischen Mutter- und Vaterbilder weitere kulturelle Differenzen, die sich dem Besucher nicht auf den ersten Blick erschließen, z. B. ein sehr hohes Mutterideal.<sup>88</sup> Sowohl um die Mutter als um die Ehefrau von Dschinghis Khan und andere mongolische Königinnen ranken sich viele Legenden ihrer mütterlichen Größe und Opferbereitschaft, und es gibt einen reichhaltigen Schatz an mongolischen Liedern, die die Mutterverehrung feiern und die man häufig im Radio hören kann.

In neuer Zeit – aber vielleicht auch in früherer – hängt das wahrscheinlich auch mit der Sorge zusammen, die Bevölkerungszahl könne sich so reduzieren, dass die Existenz der Nation gefährdet sei, wenn nicht genügend Kinder geboren würden. Anfang des letzten Jahrhunderts umfasste die mongolische Bevölkerung nur noch 600.000 Personen und schien im Aussterben begriffen. Die Regierung der ersten Volksrepublik wollte die Einwohnerzahl wieder vergrößern und ergriff verschiedene Maßnahmen, eine davon war der „Mutterorden“: Mütter, die sechs Kinder zur Welt brachten, bekamen den Mutterorden II. Grades, diejenigen mit mehr als sechs Kindern den Mutterorden I. Grades. Tatsächlich wuchs die mongolische Bevölkerung rasch an, doch nach der politischen Wende, als es im Land an Vielem fehlte, sank

---

88 „Der Sinn meines Lebens ist die Zukunft meiner Kinder“, so der Titel der Dissertation der Mongolin Altangerel über alleinerziehende Mütter in der Mongolei (2015).

die Geburtenrate wieder. Deshalb wurde der Mutterorden (und das Mutterschaftsgeld) wieder eingeführt, allerdings müssen die Frauen hierfür heute nur vier Kinder zur Welt bringen.

Wie sehr Mutterideal und Realität auseinanderklaffen, zeigt allerdings die bereits erwähnte Tatsache, dass es vor allem die Mütter sind, die ihre Kinder körperlich hart züchtigen und die selbst zudem häufig Opfer häuslicher Gewalt werden (vgl. S. 48, S. 54f.).

Wenn über kulturelle Differenzen in der europäischen und der mongolischen Gesellschaft gesprochen wird, ist natürlich auch immer auch zu beachten, dass es viele Gemeinsamkeiten in den Kulturen gibt, zum Beispiel das intuitive Elternverhalten in der frühen Eltern-Kind-Interaktion (z. B. Blickkontakt: Abb. 19 und 20), ein universelles Verhalten.

## **2.4 Erfahrungen mit der ersten Qualifizierungsrunde**

Eine erste Einschätzung ergibt, dass die Gewinnung geeigneter Fachpersonen und deren Schulung mit den ausgewählten Materialien sinnvoll und möglich ist. Unser lokaler Partner Ulambayar Badarch unterstütze unseren Plan und wählte die TeilnehmerInnen aus seinen MitarbeiterInnen und freiwilligen Helferinnen für das Training aus (die Teilnahme war sehr begehrt). Alle zeigten sich sehr motiviert und interessiert, sowohl an der Sache an sich als auch an den speziellen Methoden. Natürlich gab es manchmal auch kontroverse Diskussionen und Vorschläge über die bestmöglichen Einsatzmöglichkeiten, aber ein generelles Einverständnis war immer vorhanden.

Die nähere Kenntnis der beiden beteiligten Gruppen von Fachpersonen machte deutlich, dass es sinnvoll ist, verschiedene Helfergruppen mit verschiedenen Aufgaben zu beauftragen. So sind die freiwilligen Helferinnen, die im Quartier zu Hause sind, tatsächlich gut bekannt und beliebt

in den Familien des Gerviertels, so dass ihnen der Zugang sehr leicht fällt. Hingegen haben sie nur begrenztes Fachwissen zur Verfügung, so dass die *NEST*-Materialien genau das richtige Anspruchsniveau zur Vermittlung darstellen. Die fachlich besser ausgebildeten SozialarbeiterInnen hingegen können auch anspruchsvollere und komplexere Sachverhalte vermitteln, so dass der Elternkurs bei ihnen besser zugeordnet sein dürfte (vgl. jedoch S. 143ff.).

Des Weiteren erwiesen sich die anfänglichen Bedenken der deutschen Projektdurchführenden, ob eine Übertragung in den unterschiedlichen kulturellen Kontext machbar sei, als unbegründet. Das Thema Kulturunterschiede, insbesondere zwischen Deutschland und der Mongolei, interessierte die TeilnehmerInnen sehr und wurde in allen Trainings ausführlich behandelt. Sorgen der Übertragbarkeit insgesamt bestanden bei den Fachkräften aus Ulaanbaatar indes nicht; es wurde auch schnell deutlich, dass beide Gruppen gut in der Lage waren, diejenigen Inhalte, die jeweils situationsabhängig passend sind, herauszusuchen und den Familien zu vermitteln. Auch zeigte sich, dass die universell gültigen Fakten und Inhalte von Eltern-Kind-Beziehungen, zumindest in diesem Alter und auf einem basalen Level, einen gut verständlichen Ausgangspunkt bilden, auf welchen dann die kulturellen Besonderheiten flexibel angewandt werden können.

Ungewohnter waren die von Projektseite angebotenen Methoden der Inhaltsvermittlung in den Trainings. Während in Deutschland aktivierende und handlungsorientierte Methoden in der Erwachsenenbildung selbstverständlich sind, ist dies in der Mongolei noch nicht überall der Fall, z. B. die spielerische Aneignung von Lerninhalten, Gruppenarbeit, dialogisches Lernen, Rollenspiele u. ä. So machte sich gelegentlich auch Unsicherheit bemerkbar. Die jüngeren SozialarbeiterInnen und Krankenschwestern schienen jedoch bereits mit anderen Arbeitsformen vertraut und äußerten sich anerkennend über die Partnerschaftsübungen und aktivierenden Angebote. Aber auch



die TeilnehmerInnen mit anderen Lernbiographien lernten rasch, sich auf die neuen Methoden einzustellen und genossen die Fortbildung.

Was die Fortsetzung des Programms angeht, so sollten die Jahre 2014 und 2015 nun auch durch die laufende Evaluation zeigen, wie gut der regelmäßige Einsatz der neuen Methoden vor Ort gelingt, wie die Akzeptanz bei den teilnehmenden Familien ist und ob die hohe Ausgangsmotivation der Fachkräfte aufrechterhalten werden kann.

Umso überraschender war nach Abschluss des Trainings deshalb die Nachricht, dass die Volunteers für den Einsatz in den Quartieren nicht dauerhaft hatten gewonnen werden können und die Gruppe sich aufgelöst hatte.

Die MitarbeiterInnen der Gesundheitsambulanzen, die eigentlich das Kursprogramm *Das Baby verstehen* hätten anbieten sollen und von denen einige in unserer Anwesenheit auch bereits damit begonnen hatten, stellten ihre Arbeit ebenfalls wieder ein.

Im Laufe der Zeit verstärkte sich der Eindruck durch die spärlichen Informationen unseres Projektpartners, dass die gesamte Arbeit im Gesundheitsbereich weitgehend zum Erliegen gekommen war, nicht nur in Chingeltei und im hier thematisierten Projekt.

Die Veranstaltung insgesamt war so vom Fachlichen her ein Erfolg, die lokalen Umstände verhinderten jedoch eine nachhaltige Weiterentwicklung. Auch ein kurz danach durchgeführter Vorortbesuch von Prof. Cierpka, der eine Reihe von Vorträgen vor medizinischem Fachpersonal und verantwortlichen Funktionsträgern hielt (vgl. S. 94), konnte keine Wende einleiten.

So ist der 1. Qualifizierungsversuch in mancher Hinsicht zunächst enttäuschend verlaufen, kann aber „in the long run“ durchaus einige vorzeigbare Resultate vorweisen. Dies betrifft neben der erfolgreichen Qualifizierung von insgesamt rd. 50 MitarbeiterInnen des Chingeltei Gesundheitszentrums auch den ersten Druck des Manuals *Das Baby verstehen* in einer zunächst kleinen Auflage durch

World Vision Mongolia, das sich im Übrigen vor Ort trotz aller Hemmnisse als kompetenter Partner erwiesen hat.

### 3. Die zweite Qualifizierung

#### 3.1 Gründe

Ein zweiter Qualifizierungsdurchlauf mit neuen TeilnehmerInnen war im ursprünglichen Projektplan nicht vorgesehen. Er wurde nötig, weil, wie oben beschrieben, die Fortsetzung des Programms in Chingeltei und seine „ordnungsgemäße“ Beendigung und Evaluation gefährdet waren. Trotz aller Versuche unsererseits, das Projekt wieder in Schwung zu bringen, gelang keine Fortsetzung. Der mongolische Projektpartner war, so seine Information, infolge der angespannten und unübersichtlichen innenpolitischen und ökonomischen Lage momentan außerstande, das Programm weiterzuführen, zumal World Vision und andere Unterstützer, z. B. UNICEF, inzwischen über geringere finanzielle Ressourcen verfügten, weil das Land wegen des stark gewachsenen Durchschnittseinkommens der Bevölkerung von der Weltbank als Land mit mittlerem Einkommensstatus eingestuft worden war mit der Folge einer Rücknahme von Fördermitteln.<sup>89</sup>

---

89 In einem Papier der Vereinten Nationen über Rahmenrichtlinien zur Entwicklungshilfe in der Mongolei 2017-2021 heisst es: *“The graduation of Mongolia to upper MIC status (U.H.: Middle Income Status) has been welcomed as an important phase of Mongolia’s economic development however it also has a number of consequences vis-à-vis the role of the United Nations and other traditional development partners. Potentially the implications for the UN within a MIC setting include: (a) fewer UN resident agencies and increasingly, more UN agencies supporting Mongolia from outside the country; (b) reduced UN staffing at the technical level within and/or assigned to Mongolia; and (c) decreased financial resources available to the UN in support of programmes”* (United Nations Development Assistance Framework (UNDAF) 2017-2021, Mongolia).

Die Regierung sah sich zu rigiden Sparmaßnahmen gezwungen, die sie auch dem ärmeren Teil der Bevölkerung auferlegte, z. B. Reduktion der Sozialhilfe, des Mütter- und des Kindergeldes u. a. – was sie davon wirklich ausgeführt hat, ist allerdings nicht bekannt, z. T. wurden die Kürzungen wieder zurückgenommen, dann verschärft erneut aufgelegt usw., was den politischen Zündstoff solcher Maßnahmen erahnen lässt. Auch die Versorgung der Krankenhäuser und Gesundheitszentren mit Medikamenten usw. wurde reduziert oder gar eingestellt (vgl. S. 58), und die zugesagten Gehaltserhöhungen für die städtischen Krankenhausärzte, die durchschnittlich nur 250,- € / Monat verdienten, wurden zurückgenommen; es kam deshalb auch zu größeren Protestdemonstrationen.

### **3.2 Neues Projektmanagement**

Da eine geordnete Weiterarbeit nicht mehr möglich war und das vorzeitige Ende des Projekts drohte, wurde in einem letzten Anlauf beschlossen, die Qualifizierung mit einer neuen Gruppe von Fachkräften durchzuführen, die Rahmenbedingungen jedoch zu ändern. Insbesondere wurde eine weitere mongolische Mitarbeiterin gewonnen, die diplomierte Psychologin und Germanistin Soyolmaa Enkhbat, die in Ulaanbaatar seit mehreren Jahren pädagogisch-psychologische Fortbildungsveranstaltungen im Bereich Kindheit, Jugend und Familie anbietet. Besonders von Vorteil war, dass sie als Germanistin auch als Dolmetscherin tätig war und so sämtliche Übersetzungen (mündlich wie schriftlich) übernehmen konnte.

Soyolmaa Enkhbat war bereit, das Management des Projekts kurzfristig zu übernehmen bei gleichzeitiger Mitwirkung unseres Projektpartners vom Gesundheitszentrum des Chingeltei-Distrikts, der jetzt jedoch nicht mehr die Hauptverantwortung für die Organisation tragen musste.

Über dieses „Experiment“ wird im Folgenden berichtet – Experiment deshalb, weil exemplarisch „ausprobiert“ werden sollte, ob es überhaupt möglich war, das Kursangebot an junge Mütter, deren „Rekrutierung“ jetzt aber den Kursleiterinnen anheimgestellt war, zu vermitteln und anschließend zu überprüfen, ob sie das Programm für sich nutzen konnten. Der Stadtteil Chingeltei sollte personell noch vertreten sein, konnte aber aufgrund der komplizierten Lage nicht mehr die primäre Zielgruppe stellen.

Allerdings konnte keine aufsuchende Arbeit durchgeführt werden, weil hierfür kein entsprechendes Personal mehr zur Verfügung stand und für uns der Zugang zu den Jurtenvierteln gewissermaßen verschlossen war – das ließe sich erst in einem Folgeprojekt mit entsprechenden Ressourcen realisieren, zumal die nötigen Grundlagen hierfür gelegt sind.

### **3.3 Das Training**

Innerhalb von fünf Wochen gelang es der neuen Projektmanagerin, 28 TeilnehmerInnen für das Fortbildungsangebot zu gewinnen und das gesamte Setting unseren Bedingungen entsprechend zu organisieren.

Das Training fand dieses Mal in den Räumen eines auch technisch gut ausgestatteten modernen Bürokomplexes in Ulaanbaatar statt, TeilnehmerInnen waren Fachkräfte aus Krankenhäusern, privaten Praxen, Schulen und Beratungsstellen, überwiegend ÄrztInnen unterschiedlicher Fachrichtung (Pädiatrie, Psychiatrie, Gynäkologie) sowie PsychologInnen und Krankenschwestern (Tab. 2). Auch das Gesundheitszentrum des Chingeltei, dem ursprünglichen Projektstandort, war vertreten.

Wie bei der ersten Qualifizierung auch wurde das Training entsprechend den an die spezifische Situation angepassten Vorgaben des Anleitungsmanuals *Das Baby verstehen* von einer Mitarbeiterin des Heidelberger Insti-

Tab. 2: Berufe der TeilnehmerInnen (n=28) / beteiligte Institutionen (n=7)

Berufe der TeilnehmerInnen des Trainings						Institutionen		
Arzt / Ärztin	Psych.	Krankenschwester	Sozialarb.	Logopädin	Erzieherin	städt. / staatl.*	priv. Praxis	NGO **
13	5	6	2	1	1	4	2	1

\* 1 Gesundheitszentrum, 2 Kliniken, 1 Schule

\*\* NGO=Familienberatungsstelle

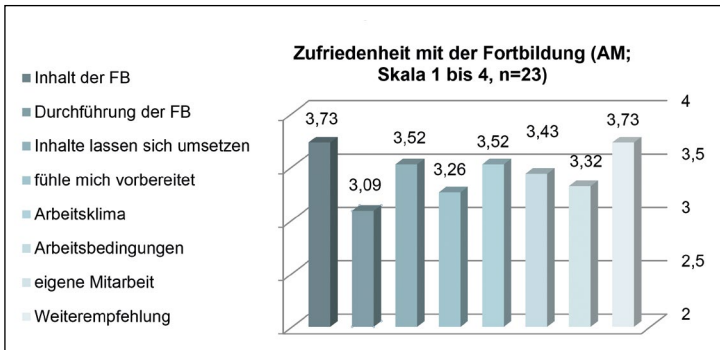


Abb. 21: Ergebnis der Evaluation der Qualifizierung

tuts – Dipl.-Psych. Mariana Rudolf<sup>90</sup> – in drei Tagen durchgeführt, anschließend fanden sofort die ersten Sitzungen der entsprechenden Elterngruppen statt, die von den fortgebildeten TeilnehmerInnen (die sich zu Teams zusammengeschlossen hatten) geleitet wurden.

Sie wurden in ihrer Startphase von der Trainerin und der Projektleiterin supervidiert.

Die TeilnehmerInnen waren hochmotiviert und hatten keine erkennbaren Schwierigkeiten, die modernen Methoden der Erwachsenenbildung für ihren Lernprozess zu nutzen.

<sup>90</sup> Wir danken Frau Dipl.-Psych. Mariana Rudolf für ihr großes Engagement.

zen. Es gab auch immer wieder Bitten um neue Inputs, z. B. Informationen über Regulationsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern, und es gab lebhaftere Diskussionen über Frühe Hilfen (z. B. über das Angebot von Spezialambulanzen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern) und über Schwangerschaft, Geburt und Muttersein in Deutschland und der Mongolei u. a.

Die abschließende Evaluation des Trainings fiel sehr positiv aus (Bewertungsskala von 1–4, vgl. Abb. 21):

- das Training hat inhaltlich sehr viel Neues erbracht (3,7)
- ich würde die Fortbildung sehr weiterempfehlen (3,7)
- die äußeren Arbeitsbedingungen waren sehr gut (3,6)
- das Arbeitsklima war sehr angenehm (3,5)
- die Inhalte lassen sich auch sehr gut in die Praxis umsetzen (3,5)
- ich fühle mich durch die Fortbildung auf die Durchführung des Kurses gut vorbereitet (3,3)
- ich bin mit meiner eigenen Mitarbeit zufrieden (3,3)
- das Training war in der Durchführung abwechslungsreich (3,09)

Sowohl fachlich als auch beruflich und persönlich haben die TeilnehmerInnen offenbar vom Training profitiert, nahezu alle würden es weiterempfehlen. Sie fühlen sich auf die Durchführung des Elternkurses gut vorbereitet und können die Inhalte der Fortbildung in ihre eigene Praxis umsetzen. Eine Teilnehmerin schreibt:

*„Der Inhalt war sehr detailliert vermittelt. Ist eine sehr ertragreiche Fortbildung gewesen. War genau das, was ich in der Zukunft machen will und mich weiterqualifizieren wollte, bin sehr froh und dankbar. Wünsche euch für die Zukunft, noch mehr gute Fortbildungen zu organisieren.“*

Eine weitere meint:

*„Alles war neu, denn obwohl viele Sachen vom praktischen Leben da waren, sind es solche, die man davor nicht so bewusst wahrgenommen hat, insbesondere was das Verstehen des Kindes angeht. Habe Einsichten bekommen, die ich an andere weitergeben will. Vielen Dank an die Lehrer.“*

## 4. Evaluation der Kurse

Alle Teams und die TeilnehmerInnen der Elternkurse füllten während und am Schluss des Programms die vorgesehenen Fragebögen aus bzw. stellten sich den Interviewerinnen zur Verfügung, die sie in der Regel zuhause aufsuchten, der Rücklauf betrug 100 %.

### 4.1 Der Rahmen, die TeilnehmerInnen, der Sitzungsverlauf

Zunächst die wichtigsten Auswertungsergebnisse der **Dokumentationsbögen**, die die Teams nach jeder Sitzung ausfüllten, ergänzt um einige Ergebnisse aus dem **Teamfragebogen**. Eigene Beobachtungen vor Ort werden ebenfalls mitgeteilt.

#### (1) Der Rahmen

Die Elternkurse fanden im November/Dezember 2015 statt. Das Setting war in Abhängigkeit davon, ob die Teams in städtischen oder staatlichen Einrichtungen tätig waren bzw. private Praxen und die entsprechende Klientel hatten, sehr unterschiedlich: auf der einen Seite Bilder, Teppiche, Kissen, Decken, baby-große Puppen zum „Üben“, Erfrischungsgetränke, Pflanzen, Musik, auf der anderen ein kleines Krankenhausbüro oder ein Sitzungsraum, ein Schreibtisch, ein paar Stühle. In einem Land wie der Mongolei sind die sozialen Unterschiede sehr krass.

Durchgeführt wurden die Kurse von sechs Teams, die aus durchschnittlich vier TrainerInnen bestanden, die TeilnehmerInnen waren 50 bis 60 Mütter (einige nahmen nicht an der abschließenden Befragung teil) und einige Väter. Wir nehmen auch an, dass einige Teams von den Kursteilnehmerinnen ein Honorar erhielten, über die Höhe ist uns nichts bekannt. Das ist auch in Deutschland nicht unüblich. Vermutlich wurden in den städtischen oder staatlichen Einrichtungen jedoch keine Honorare erhoben.

## **(2) Die Gruppen**

- Durchschnittlich nahmen acht Mütter an einem Kurs teil, gelegentlich kam auch ein Vater mit. Babys waren normalerweise nicht dabei, nachdem sie geboren worden waren. Eine Gruppe lud die Väter gesondert ein.
- Teilweise bestanden die Gruppen ausschließlich aus Müttern in den letzten Wochen ihrer Schwangerschaft, einige Teilnehmerinnen hatten ihr Baby bereits entbunden oder bekamen es im Laufe des Kurses.
- Bei etwa der Hälfte der befragten Teilnehmerinnen (24 von 50) handelte es sich um das erste Kind.
- Die TeilnehmerInnenzahl schwankte von Mal zu Mal (zwischen 1 und 13); das hatte unterschiedliche Gründe, über die noch berichtet wird (S. 123f.).
- In allen Gruppen außer einer gab es außerdem einen teilweise beträchtlichen Teilnehmerschwund, in einem Fall kamen von ursprünglich 12 Teilnehmerinnen am Schluss nur noch 3, die Gründe sind uns nicht bekannt.
- Ein Team suchte die Mütter auch zuhause auf, nachdem wegen Glatteis die Straßen kaum noch passierbar waren.

## **(3) Besondere Ereignisse**

- Interessant ist, dass die Teams, wie aus ihren Angaben hervorgeht, unseren Selbstevaluationsfragebogen auch genutzt haben – obwohl er nicht abgegeben werden musste.



Offenbar haben sie sich durch die Fragen anregen lassen und sich mit den entsprechenden Themen beschäftigt.

- Von allen Teams wurden am häufigsten die Sitzungen als besonders hervorgehoben, wenn auch Väter anwesend waren. Die Anwesenheit der Väter wurde sehr begrüßt.
- Als besonders positiv wurden von den Teams auch ihre eigenen – mit zunehmender Erfahrung wachsenden – pädagogischen Vermittlungsleistungen wahrgenommen, über die sie mit gewissem Stolz berichteten – durchaus der Intention dieser Frage entsprechend, auch die eigenen Stärken wahrzunehmen und zu würdigen. Äußerungen wie die folgenden veranschaulichen das:
  - *Habe den Teilnehmern die Wichtigkeit der Nähe, die Vermittlung der Nähe der Mutter dem Baby gegenüber gut dargestellt*
  - *Konnte mit den Teilnehmerinnen über das Thema offen reden und auch ihre Wünsche und Anliegen besprechen*
  - *Konnte auf die Fragen der Mütter von letzter Sitzung eingehen, Informationen weitergeben*
  - *Habe die Informationen zu Herausforderungen in der Ehe gut dargestellt*
  - *Die Entspannungsübung wurde gut gemacht*
  - *Ehepaare hatten den Raum, einander positiv zu begegnen*
  - *Die Informationen zur Bindung wurden gut vorgetragen*
  - *Die Power Point zum Thema ist gut gelungen*

#### **(4) Mögliche Verbesserungen**

Was an den eigenen Leistungen noch **verbessert** werden kann, wird von den Teams sehr differenziert beurteilt; am häufigsten werden genannt:

- *Paare, Väter einbeziehen („die psychische Vorbereitung zum Vatersein entwickeln“)*
- *Stärkere Aktivierung der Teilnehmerinnen*
- *Bessere Vorbereitung*
- *Bessere Handouts*
- *Bessere Teamarbeit*

## 4.2 Kursinhalte: Die Module

Den Kursteilnehmerinnen wurden nicht alle Modulinhalte angeboten, sondern es wurde eine Auswahl getroffen bzw. eigene Inhalte hinzugefügt; dies wurde auch bei unseren Supervisionssitzungen deutlich. Diese Spezifizierung musste für die Evaluation berücksichtigt werden.

Welche Inhalte die Teams den Kursteilnehmerinnen angeboten hatten, wird im Folgenden dargestellt, die Reihenfolge spielte eine untergeordnete Rolle.

### Modul 1: Ich Sorge auch für mich selbst

An sich ist der Modulschwerpunkt in Modul 1 die sogenannte Selbstfürsorge der Mutter und des Vaters im Sinn einer elementaren Grundlage elterlichen Fühlens, Denkens und Handelns. Hiermit ist die Fürsorge für sich selbst gemeint, also alle Bemühungen, das eigene körperliche und seelische Wohlbefinden herzustellen.

*„Wenn wir in der Lage sind, uns selbst, also unseren Körper sowie unsere Gefühle wahrzunehmen und uns selbst so anzunehmen wie wir sind, können wir spontan auf unser Baby eingehen. Dann bemerken wir, ohne darüber nachzudenken, was es uns mitteilen möchte und was es gerade braucht ...“<sup>91</sup>*

Teilthemen des Moduls sind<sup>92</sup>

- [1A] Bindungsentwicklung während der Schwangerschaft

<sup>91</sup> Cierpka u. a. (2004: 9).

<sup>92</sup> Die Teilthemen wurden der Modulbeschreibung des Manuals entnommen und stichwortartig in Leichte Sprache (ohne Gewichtung usw.) umformuliert. Die Module umfassen unterschiedlich viele Teilthemen unterschiedlicher Komplexität, was auch nicht berücksichtigt werden musste, weil keine empirischen Modulvergleiche vorgesehen waren.

- [1B] Fähigkeiten des Säuglings
- [1C] Bedeutung des Vaters
- [1D] Videoanalyse und Videobeispiele wie im Textbuch vorgeschlagen
- [1E] Entspannt sein der Pflegeperson als Voraussetzung, um die Signale des Babys wahrzunehmen
- [1F] Normalität von Stress und Strategien, mit Stress umzugehen
- [1G] 6-Punkte Anti-Stress-Programm (Kopiervorlage 1)
- [1H] andere Entspannungsübungen
- [1I] Sonstiges

Von diesem Modul wurden in allen sechs Gruppen die Videobeispiele gezeigt und über die Bedeutung des Vaters gesprochen. 5 von 6 Gruppen behandelten auch das Thema Bindungsentwicklung. 4 von 6 Gruppen beschäftigten sich mit dem Thema Stress, Möglichkeiten der Stressreduktion und einem Anti-Stress-Programm. Nur 3 von 6 Gruppen behandelten das Thema Fähigkeiten des Säuglings (sehen, hören usw., Abb. 22).

Es ist also festzuhalten, dass alle Kursteilnehmerinnen die Videos sehen und diskutieren konnten. Das zentrale Thema Stress und Entspannung kam aber nur bei vier Gruppen zur Sprache – manche Teilnehmerinnen äußerten später auch, dass sie hierüber wenig Kenntnisse hätten (vgl. S. 127).

Warum das so ist, ist nicht ohne Weiteres auszumachen, denn gerade die Entspannungsübung hätte ein interessantes Angebot für alle sein können – es kann aber daran liegen, dass das 6-Punkte-Anti-Stress-Programm bei den Teilnehmerinnen nicht „ankam“ oder den kulturellen Gepflogenheiten nicht entsprach. So wurden in einer Gruppe, wie aus den Dokumentationsbögen ersichtlich, den Müttern z. B. spezifische Massagetechniken vermittelt.

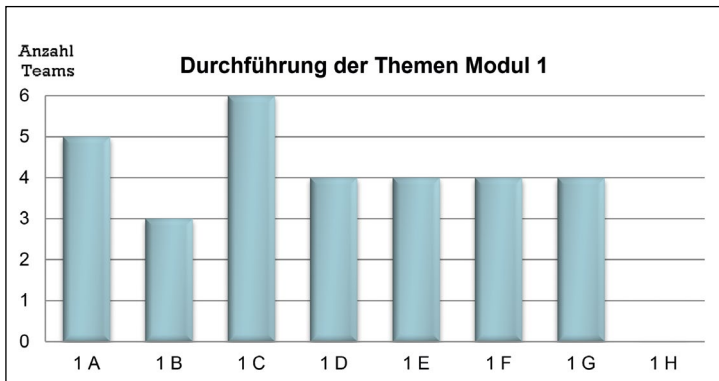


Abb. 22: Modul 1, Durchführung der Teilthemen in den 6 Gruppen

## Modul 2: Herausforderungen in der Partnerschaft

Modulschwerpunkt 2 widmet sich der neuen Rolle der TeilnehmerInnen als Eltern und die Veränderungen, die auf sie zukommen und die damit verbundene „normative Krise“, auf die die Eltern vorbereitet sein sollten, denn der Zusammenhalt in der Partnerschaft ist grundlegend, um auf seine eigenen und die Bedürfnisse des Säuglings eingehen zu können.

Teilthemen des Moduls:

- [2A] Folie: Die körperliche/seelische/soziale Situation einer Mutter nach der Geburt
- [2B] Folie: Die körperliche/seelische/soziale Situation eines Vaters nach der Geburt
- [2C] Bedeutung des Vaters
- [2D] Empfehlungen zur besseren Verständigung (Kopiervorlage 2)
- [2E] Empfehlungen in Rollenspielen üben
- [2F] Kleingruppen/Plenum: Zeitkuchen (Aufteilung der verfügbaren Zeit vor und nach der Geburt unter den Partnern)
- [2G] Kleingruppe/Plenum: Wünsche an den Partner, Rolle als Vater/Mutter, Vorfriede

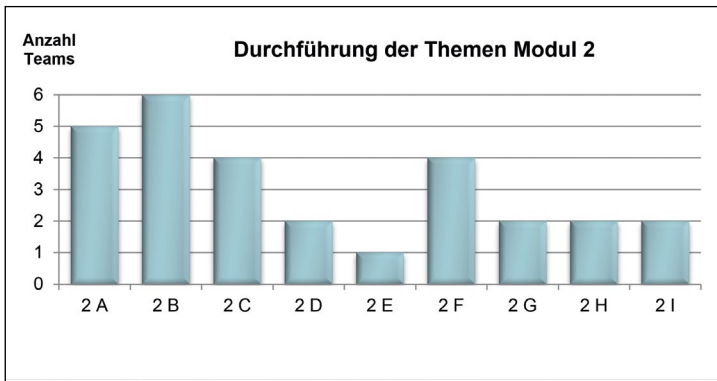


Abb. 23: Modul 2, Durchführung der Teilthemen in den 6 Gruppen

[2H] Zweiergruppen: Kraftquellen auffinden

[2I] Sonstiges

Ergebnis: Nur ein Teilthema wurde von allen Teams gleichermaßen behandelt, nämlich das Thema 2B „Die körperliche/seelische/soziale Situation eines Vaters nach der Geburt“. 5 von 6 Gruppen behandelten auch das Thema „Die körperliche/seelische/soziale Situation einer Mutter nach der Geburt“. Die übrigen Teilthemen (Wünsche an den Partner, „Zeitkuchen“, bessere Kommunikation von Paaren, Bedeutung des Vaters) wurden ein-, zwei-, drei- oder viermal besprochen bzw. geübt (Abb. 23).

### Modul 3: Das Baby sendet Signale aus

Im Mittelpunkt dieser Lektion steht der Begriff der „elterlichen Sensitivität“. Hierbei geht es im Wesentlichen um das Wahrnehmen und das richtige Interpretieren der nicht-sprachlichen Ausdruckssignale des Säuglings. Für eine angemessene und prompte Reaktion auf die Signale des Säuglings sind diese beiden Gesichtspunkte eine entscheidende Voraussetzung. Über ausgewählte Videosequenzen sollen die TeilnehmerInnen lernen, sich in verschiedenen Zustände von Säuglingen einzufühlen.

Teilthemen sind:

- [3A] Aufmerksamkeitszustände des Babys  
(Kopiervorlage 4)
- [3B] Videobeispiele zu verschiedenen Ausdrucksformen  
von Babys wie im Manual empfohlen
- [3C] Signale des Babys (Kopiervorlage 6)
- [3D] Vertiefung durch weitere Videobeispiele
- [3E] Sonstiges

Dieses Modul wurde noch während unserer Anwesenheit als 1. Kurseinheit in allen Gruppen durchgeführt und von uns supervidiert; die entscheidenden Teilinhalte wurden auch von allen Teams vermittelt (Abb. 24),<sup>93</sup> bei den meisten Gruppen allerdings gemischt mit Teilinhalten aus anderen Modulen, z. B. Modul 2 (Partnerschaft)<sup>94</sup> oder Modul 1 (Bindung) – den Teams war von uns nicht vorgeschrieben worden, welche Inhalte sie präsentieren sollten.

Da es sich um die 1. Sitzung handelte, wollten die KursleiterInnen möglicherweise die TeilnehmerInnen mit besonders „attraktiven“ Inhalten gewinnen (z. B. interessanten Übungen oder einer Power-Point-Präsentation). Die meisten Kursteilnehmerinnen waren schließlich nicht aus Eigeninitiative gekommen, sondern weil sie angeworben worden waren, und einige hatten auch eine Teilnahmegebühr bezahlt (vgl. S. 110). Außerdem wird eine Rolle gespielt haben, dass das Projektteam und oft auch noch andere Besucher anwesend waren und man zeigen wollte, was man gelernt hatte, was sich bei ansprechenden Inhalten leichter

---

93 Dieses Modul war von uns als „Supervisionsmodul“ ausgewählt worden, weil hier zahlreiche Videosequenzen gezeigt werden, an denen die Teilnehmer üben können und die sich zur Demonstration des Ansatzes – elterliche Feinfühligkeit – besonders gut eignen; außerdem behandelt es weniger „private“ Details, und eignete sich von daher besser zur „Vorführung“ vor Beobachtern.

94 Das Partnerschaftsmodul passt hier von seiner Logik allerdings weniger – dass die Teams Übungen daraus entnommen haben, liegt vermutlich eher daran, dass diese Abwechslung brachten und die Teilnehmer aktivierte – das ist auch die besondere Stärke dieses Moduls.

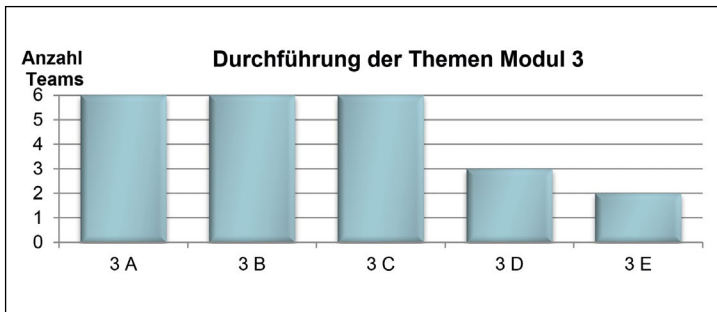


Abb. 24: Modul 3, Durchführung der Teilthemen in den 6 Gruppen

realisieren ließ, weil sich dann wie bei einer „Lehrprobe“ die Gruppe besser zur Mitarbeit motivieren ließ. Alles in allem war diese Präsentation vermutlich sehr gut oder sogar am besten von allen vorbereitet – sie wurde später auch von den teilnehmenden Müttern am besten bewertet (vgl. S. 127).

#### **Modul 4: Was geht dem Weinen des Babys voraus?**

In Modul 4 geht es ebenfalls um den Begriff der „elterlichen Feinfühligkeit“, dabei liegt der Schwerpunkt aber auf der Wahrnehmung und Interpretation von frühen Stress-Signalen beim Kind: Die Kursteilnehmer werden für körper-sprachliche Ausdrucksweisen des Säuglings sensibilisiert, die in der Regel dem Weinen vorausgehen. Das Erkennen dieser ersten Anzeichen und eine entsprechende Reaktion können verhindern, dass das Baby zu schreien beginnt. Ziel dieser Kurseinheit ist es, Unzufriedenheitssignale möglichst frühzeitig erkennen zu lernen.

Teilthemen:

- [4A] Theoretisches Hintergrundwissen, insbesondere außergewöhnliche Belastungen (Folien)
- [4B] Traditionelle Überlieferungen zum Schreien
- [4C] Negative Gefühle gegenüber dem Baby wahrnehmen
- [4D] Schütteln

- [4E] Umgang mit starken Gefühlen des Babys und ihre Kontrolle
- [4F] Hilfen im Alltag (Kopiervorlage 3)
- [4G] Videoanalysen: rechtzeitig Signale von Unzufriedenheit/Überforderung erkennen
- [4H] Beruhigungshilfen (Kopiervorlage 7)
- [4I] Schaukeln als Beruhigungshilfe
- [4J] Vertiefung in weiteren Videosequenzen
- [4K] Sonstiges

Dieses Modul wurde in allen Gruppen sehr gründlich behandelt: Alle Teams haben die Videoanalysen vorgeführt und die traditionellen Überlieferungen zum Schreien behandelt. Ebenso haben 5 von 6 Gruppen über die massive gesundheitliche Gefährdung des Säuglings durch Schütteln gesprochen (besser wären alle Gruppen gewesen), das theoretische Hintergrundwissen dargestellt, wie sich gestresste Säuglinge beruhigen lassen und wie man die eigenen Gefühle, auch die negativen, dem Baby gegenüber erkennt und behandelt. Das Teilthema 4F – Hilfen im Alltag – wurde nur von drei Teams behandelt (Abb. 25).

Alles in allem ist Modul 4 dasjenige, in denen sich die meisten Teams offenbar weitgehend an die Vorgaben des Kursprogramms gehalten und das Thema in seinen verschiedenen Facetten erörtert haben.

### **Modul 5: Vertrauen in die eigenen Kompetenzen**

Modulschwerpunkt der 5. Sitzung ist „spontanes elterliches Verhalten“, das sich zusammensetzt aus angeborenen, weltweit vorkommenden Verhaltensbereitschaften der Eltern gegenüber Säuglingen und kleinen Kindern. Das heißt, dass Eltern auf der ganzen Welt spontan das tun, was für das Kind in diesem Moment das Richtige ist. Sie handeln, ohne lange zu überlegen, sozusagen nach einem von der Natur angelegten Plan.



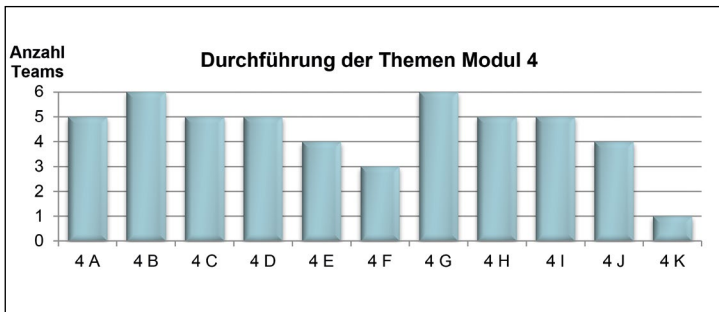


Abb. 25: Modul 4, Durchführung der Teilthemen in den 6 Gruppen

Teilthemen sind:

- [5A] Babysprache
- [5B] Grußreaktion und mimische Übertreibungen
- [5C] Nachahmung des kindlichen Gesichtsausdrucks
- [5D] Vorliebe des Babys für Gesichter
- [5E] Stimmen der Eltern und die Gründe hierfür
- [5F] Räumlicher Abstand beim Zwiegespräch
- [5G] Videoanalysen wie im Manual vorgesehen
- [5H] Kopiervorlagen: Aufmerksamkeitszustände 4 und Aufmerksamkeitszustände 5
- [5I] Rätsel (Entscheide, was du tust, wenn...  
Kopiervorlage 8)
- [5J] Empfehlungen zur Förderung der kindlichen  
Entwicklung (Kopiervorlage 9)
- [5K] Sonstiges

Kein Team hat alle Teilthemen behandelt (Abb. 26), aber immerhin 5 von 6 haben die Videoanalysen wie im Manual vorgesehen vorgeführt und diskutiert. Die einzelnen intuitiven Verhaltensbereitschaften wurden hingegen nur vereinzelt besprochen.

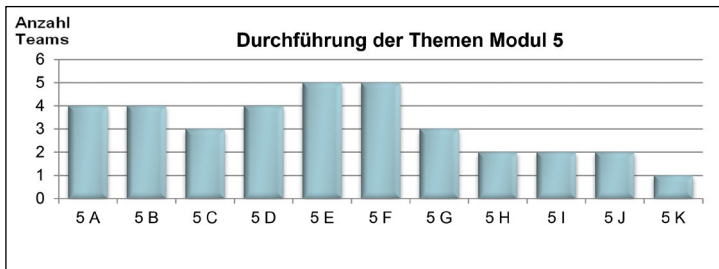


Abb. 26: Modul 5, Durchführung der Teilthemen in den 6 Gruppen

### Zusatzmodul 6: Vater-Kind-Interaktion

Vier Teams haben außerdem das Zusatzmodul A zur Vater-Kind-Interaktion behandelt. Hierbei handelte es sich um mehrere Videobeispiele zur intuitiven Kommunikation zwischen Vater und Säugling.

**Zusammenfassend** lässt sich festhalten, dass Inhalt und Anzahl der durchgeführten Teilmodule in den Kursen beträchtlich variiert haben: in keiner Gruppe außer einer, die jedoch noch andere Themen behandelte, wurden sämtliche 39 Teilthemen angesprochen, in einer sogar weniger als die Hälfte (Abb. 27).

Was die **Fortführung der Kurse** betrifft, so werden drei Teams den Kurs erneut durchführen, bei einem weiteren Team hat er inzwischen stattgefunden. Zwei Teams sind sich nicht sicher – wenig überraschend, dass es sich hierbei um diejenigen handelt, die für ihren ersten Kurs Kolleginnen ihrer Einrichtung gewählt hatten, die ein Kind erwarteten. Wir wissen auch, dass nach fast einem Jahr der Einführung des Programms von einigen Teilnehmerinnen erneut Kurse angeboten werden, das *Baby verstehen* scheint sich also zu „etablieren“ (vgl. auch S. 145f.).

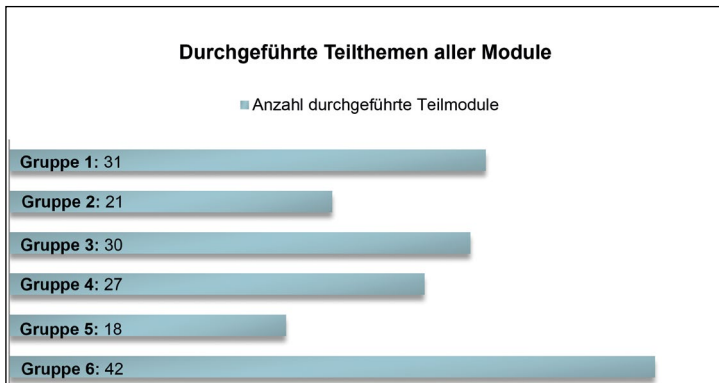


Abb. 27: Gruppenvergleich: Durchführung der Teilthemen aller Module in den 6 Gruppen (Gesamtzahl Teilthemen: 39)

### 4.3 Sozialstatistik

Die folgenden Angaben beziehen sich auf Familienstand, Alter, Ausbildung und Beruf, Einkommen, Wohnverhältnisse und familiäre/soziale/materielle Risikofaktoren bei den Eltern.

- Fast alle der 50 KursteilnehmerInnen (88 %) waren **verheiratet** und im Schnitt 29 Jahre **alt** (Variationsbreite 19–45 Jahre), die Väter im Schnitt ein Jahr **älter** (Variationsbreite 22–46 Jahre). Es gab also nicht nur junge Familien
- Über 90 % der Eltern hatten eine **Hochschulausbildung**
- Als **Berufe der Väter** (n=39) wurden insbesondere hochqualifizierte akademische Tätigkeiten genannt:
  - 9 von 39 Arzt, Jurist und Naturwissenschaftler einschl. Mathematiker
  - 8 von 39 Business/Management/Ökonomie
  - 8 von 39 Ingenieurwesen/IT/Technik
  - Neben drei weiteren Vätern mit ebenfalls akademischen Berufen – Journalist und Dolmetscher – gab es auch einige wenige mit **handwerklicher Ausbildung** oder **angelernten/Hilfsarbeiterberufen** (Aufseher, Automechaniker, Koch)

- bei einigen weiteren waren keine identifizierbaren Berufe angegeben (z. B. „privat“), oder sie waren nicht bekannt
- Ähnliches gilt für die **Mütter** (n=48):
- 9 von 48 Ärztinnen
  - 9 von 48 im Bereich Technik bzw. Rechnungswesen (Buchhaltung)
  - 7 von 48 waren im Bereich Management/Business/Ökonomie beschäftigt
  - 5 von 48 als Lehrerinnen
  - 3 von 48 Krankenschwester bzw. Physiotherapeutin und Sozialarbeiterin
  - 3 von 48 waren Juristinnen
  - 2 waren Dolmetscherinnen, 2 Forscherinnen, 2 Studentinnen u. a.
  - jeweils 1 war Designerin, Kosmetikerin, Tänzerin, Kita-Helferin, Journalistin
  - 1 nicht zuordenbar
- Das von den Teams geschätzte **monatliche Einkommen** der Familien variierte zwischen 50.- € und 1.500.- €, im Durchschnitt betrug es 614.- €, fast das Doppelte des gegenwärtigen Durchschnittseinkommens von 330.- € / Monat (vgl. S. 34, Fußnote 9).
  - Bemerkenswert ist, dass ein großer Teil der KursteilnehmerInnen (über 70 %) in den **Gervierteln** der Stadt lebt (d. h. in Jurten oder einfachen Häusern). Einzelheiten zur Wohnsituation der KursteilnehmerInnen sind uns jedoch nicht bekannt. Es wurde bereits erwähnt, dass sich zurzeit in den Gervierteln eine Veränderung vollzieht und auch wirtschaftlich besser gestellte Mongolen dort ansässig werden, weil bei den gestiegenen Lebenshaltungskosten Immobilien in Apartmenthäusern unerschwinglich geworden sind (vgl. S. 45f.).
  - Bei mehr als der Hälfte der KursteilnehmerInnen liegen keine besonderen **Risikokonstellationen** in der Familie vor – falls welche genannt wurden, handelte es sich fast ausschließlich um materielle Belastungen, vermutlich bei den Geringerverdienenden.

Alles in allem entsprechen die sozialstatistischen Merkmale der Mehrheit der KursteilnehmerInnen – höhere Bildung, gutes Einkommen, höheres Alter, keine besonderen familiären, materiellen, sozialen Risiken – nicht denjenigen der ursprünglich vorgesehenen Zielgruppe aus dem Chingeltei, es wurden vielmehr vor allem Angehörige (der in der Mongolei neuen und kleinen) Mittelklasse erreicht – das ist in Deutschland nicht wesentlich anders (vgl. S. 69). In unserem Fall ist diese Schwerpunktverlagerung natürlich der Tatsache geschuldet, dass die ausschließliche Durchführung des Programms in Chingeltei nicht realisierbar war und die vorwiegend akademisch gebildeten KursanbieterInnen die TeilnehmerInnen aus ihrem Bekannten- und Freundeskreis gewonnen haben.

Allerdings wurden in einer kommunalen Mutter-Kind-Klinik vermutlich relativ viele Mütter vorwiegend aus weniger privilegierten Milieus erreicht – das Team bot zweimal in der Woche ein oder zwei „gemischte“ Module für jeweils sieben bis zehn werdende Mütter oder soeben entbundene an, und sie scheinen es nach einem Jahr noch immer zu tun.<sup>95</sup>

Außerdem gab es auch eine Chingeltei-Gruppe, die den Kurs mit weniger gut verdienenden und ausgebildeten Müttern und Vätern durchführte, sodass alles in allem auch Eltern der Zielgruppe angesprochen wurden – von der Evaluationsstichprobe sind es etwa 20 %.

---

95 Diese Gruppe wollte aber nicht in die Evaluation aufgenommen werden, weil sie wegen der raschen Entlassung der meisten Mütter nach ein oder zwei Tagen nicht das gesamte Programm einsetzen konnte.

## 4.4 Die Sicht der KursteilnehmerInnen

Fast alle 50 Familieninterviews wurden mit Müttern zu Hause geführt, nur drei mit einem Vater. Die Interviewerinnen füllten den standardisierten Fragebogen gemeinsam mit den Befragten aus. Diese konnten allerdings nicht immer alle Fragen beantworten, weil sie nicht an allen Sitzungen teilgenommen hatten. Die meisten Befragten waren, so die Einschätzung der Interviewerinnen, im Gespräch offen und mit dem Kurs sehr zufrieden. Die Familieninterviews bestanden aus zwei Teilen: im 1. Teil geht es um den formalen Rahmen und die persönlichen Erfahrungen mit dem Kurs (neue Bekanntschaften, Unterstützungsangebote, Ausprobieren von Vorschlägen usw.); im 2. Teil geht es um die Zufriedenheit mit dem Kurs, die konkreten Lernergebnisse und die Einschätzung der Modulinhalte.

### 4.4.1 Erfahrungen mit dem Kurs

Die Ergebnisse:

- Von dem Kursangebot haben die meisten von den **Kursleiterinnen** selbst erfahren, die sie vermutlich angeworben haben (38 %), oder **Familienangehörige und Freunde** (30 %) haben sie darauf aufmerksam gemacht, gelegentlich haben auch Ärzte oder Hebammen darauf hingewiesen
- 43 % haben **regelmäßig an den Sitzungen teilgenommen**. Warum über die Hälfte nicht kontinuierlich dabeibleiben konnte, hat verschiedene – durchaus plausible – Gründe:
  - Das Team hat verabsäumt, rechtzeitig über den Termin zu informieren (8 von 35 Äußerungen – vermutlich eine ganze Gruppe)
  - Das Baby war zu klein bzw. es waren Zwillinge, es war kein Babysitter zu finden
  - Das Kind war krank (6 von 35 Äußerungen)

- Es gab Überschneidungen mit anderen Terminen, andere Verpflichtungen, Arbeit (6 von 35 Äußerungen)
- Es war zu kalt, zu glatt, zu weit (4 von 35 Äußerungen)
- Die Geburt stand kurz bevor bzw. hatte gerade stattgefunden (3 von 35 Äußerungen)
- Über die Hälfte der TeilnehmerInnen (56 %) hat durch den Kurs auch **neue Bekanntschaften** geschlossen, und die Hälfte von ihnen erwartet, dass diese von Dauer sind – d. h., dass sich damit für einen Teil auch die Chance für die Bildung von Netzwerken eröffnet
- 84 % der TeilnehmerInnen haben durch den Kurs **konkrete Unterstützung** für den Umgang mit ihrem Baby erfahren. Hier beziehen sie sich inhaltlich vor allem auf:
  - das **Baby besser zu verstehen**, z. B. wie man seine Signale erkennt, wie man es beobachtet, was es will, die Mimik versteht, erkennt, warum es weint und wie man richtig darauf reagiert u. a. (20 von 79 Äußerungen)
  - die **Kommunikation mit dem Baby**, z. B. sich mit dem Baby mehr zu unterhalten (12 von 79 Äußerungen)
  - den **Umgang mit dem Baby** (wie hält man es auf dem Arm, wie spielt man mit ihm, was man tun kann, wenn es weint ...) (10 von 79 Äußerungen)
  - wie sich das Baby **psychisch entwickelt** (5 von 79 Äußerungen)
  - über die **Beziehung**, die Liebe zum Kind (5 von 79 Äußerungen)
- 80 % haben das, was sie im Kurs gelernt haben, **zu Hause ausprobiert**, und fast alle sind mit dem Ergebnis der Umsetzung sehr oder weitgehend zufrieden (95 %)
 

Ausprobiert haben die Mütter vor allem:

  - **die Umsetzung konkreter Verhaltensweisen** (28 von 77 mal)
    - Ich beobachte mehr und bewusster*
    - Mein Mann versucht, mit dem Baby (in meinem Bauch) zu reden*
    - Ich probiere es am Kind meiner Schwester aus*
    - Ich habe die Übungen gemacht*

- **die Kommunikation mit dem Baby** (14 von 77 mal)  
*Man soll mit dem Baby reden, wenn es noch im Mutterleib ist*  
*Jeden Abend mit dem Baby reden*  
*Sich mit dem Baby besser verständigen, besser spüren, sprechen*
- **das Verstehen von Signalen** (11 von 77 mal)  
*Die Signale richtig deuten*  
*Ich versuche, das Gehörte umzusetzen, wenn das Baby weint*  
*Ich beobachte mehr und bewusster*
- Als **anstrengend** wurde der Kurs von den meisten nicht erlebt (85 %), ähnliche Kurse kennen nur wenige (16 %)
- Über die Hälfte (52 %) hat jedoch auch Inhalte vermisst, insbesondere hinsichtlich **Pflege und Gesundheit** des Kindes (10 von 35) – das war allerdings explizit nicht Gegenstand dieses Kurses
- Als Fazit lässt sich festhalten: Alle Teilnehmerinnen (100 %) würden den Kurs an ihre Schwester, Schwägerin, Freundin **weiterempfehlen**, einige mit der einen oder anderen Einschränkung, jedoch 78 % uneingeschränkt

#### 4.4.2 Zufriedenheit mit dem Kurs, konkrete Lernergebnisse und Einschätzung der Modulinhalte

(1) In einem zweiten Fragebogen wurden die Teilnehmerinnen nach ihrer **Zufriedenheit** mit dem Kurs und ihrer **Einschätzung der Kursinhalte** befragt.

- 78 % meinten ohne Einschränkung, der Kurs habe ihnen viel gebracht, mit Einschränkung (mal mehr, mal weniger) waren es 100 %
- 92 % erklärten die Kursleiterinnen/Kursleiter zu ihrer wichtigen Ansprechperson, ein sehr positives Signal, denn es fanden nur maximal fünf Treffen statt

(2) Was **die konkreten Lernergebnisse** betrifft, so sagen die Befragten:



- ... dass ich das, was mein Baby will, jetzt gut verstehen kann, z. B. wenn es sich gerne unterhalten möchte oder müde ist 90 %
- ... dass ich jetzt schnell erkennen kann, warum mein Baby sich nicht wohlfühlt und gleich zu weinen beginnt 90 %
- ... dass ich jetzt weiß, wie ich gemeinsam mit meinem Partner unsere Aufgaben als Mutter/Vater bewältigen kann (gut, teils/teils) 86 %
- ... dass ich jetzt weiß, wie ich meine Fähigkeiten als Mutter / als Vater weiter entwickeln kann (gut/teils/teils) 84 %
- ... dass ich jetzt weiß, wie ich mich entspannen kann, wenn ich sehr gestresst bin (gut, teils/teils) 46 %

**(3)** Schließlich wurde von den Befragten auch noch eine **Rangreihe der Module in Bezug auf ihre Relevanz** erstellt (Abb. 28):

Es zeigt sich, dass das Modul mit der Bezeichnung *Wie ich mein Baby verstehen kann (Modul 3)* für am wichtigsten gehalten wird (es ist gleichzeitig das „Supervisionsmodul“), gefolgt vom *Partnerschaftsmodul (2)* und vom *Stresssignalmodul (4)*. Das Modul *Selbstfürsorge (1)* kommt an Stelle 4, am Schluss steht das Modul über *Intuitives Elternverhalten (5)*.<sup>96</sup> Diese Bewertungen lassen sich mit gewisser Zurückhaltung z. B. im Hinblick auf das transportierte „Mutterbild“ so verstehen:

Die Aufgabe einer Mutter ist in erster Linie die einer sensiblen und aufmerksamen Beobachterin und „Versteherin“ des Babys; gleichzeitig ist sie für das Gelingen der Partnerschaft verantwortlich – Fürsorge für sich selbst und das Vertrauen in die eigenen Kompetenzen stehen weniger im Blickpunkt. Es ist ein hohes Ausmaß an Verantwortung für das Wohlergehen der Familie, das sie sich zuschreibt. Umso

<sup>96</sup> Das Vatermodul mit Videos von Interaktionssequenzen wurde versehentlich nicht mitbewertet, obwohl es nach Angaben der Teams in mehreren Kursen gezeigt wurde.

Rangplatz	Wert	Inhalt
1) Modul 3	1,8	Wie ich mein Baby verstehen kann
2) Modul 2	2,4	Wie ich gemeinsam mit meinem Partner die neuen Aufgaben bewältigen kann
3) Modul 4	2,7	Wie ich die Stresssignale meines Babys rechtzeitig erkennen und darauf reagieren kann
4) Modul 1	3,0	Wie ich etwas Gutes für mich selbst tun kann
5) Modul 5	3,9	Wie ich meine Fähigkeiten als Mutter weiterentwickeln und stärken kann

*Abb. 28: Reihenfolge der Module hinsichtlich ihrer Relevanz bei den Müttern*

wichtiger wäre es, die Selbstfürsorge – vielleicht missverstanden als Egoismus – nicht hintenanzustellen. Nicht zufällig steht dieses Modul im Manual für den Kurs an 1. Stelle.

Dass das 3. Modul bei den Müttern an 1. Stelle steht, überrascht allerdings nicht, es war, vom konkreten Inhalt abgesehen, sicher auch das vom Team am besten vorbereitete, denn es war dasjenige, das wir in der Startphase supervidiert hatten.

#### **(4) Anregungen, Verbesserungen**

Die Teilnehmerinnen wurden am Schluss der Befragung von den Interviewerinnen noch um Anregungen und Verbesserungsvorschläge gebeten. 11 von 55 Befragten hatten keinerlei Verbesserungsvorschläge, sondern waren mit dem Kurs vollauf zufrieden.

Andere äußerten Folgendes:

- Der Kurs sollte fortgesetzt werden, man sollte mehr Familien, mehr Väter erreichen (15 von 55)
- Die Rahmenbedingungen sollten verbessert werden (Raum, Zeit, Verpflegung, kein Unkostenbeitrag, Jahreszeit, Informationsfluss) (11 von 55)
- Die Videos sollten „auf Mongolisch“ vorliegen, d. h. Sequenzen mit mongolischen Müttern, Vätern und Babys gedreht und der Zusammenhang zur mongolischen Kultur hergestellt werden (3 von 55)

Was den letzten Punkt betrifft, sind uns selbst bei der Präsentation der Videos während der Fortbildung allerdings nur ein einziges Mal Einwände begegnet, obwohl wir immer wieder nach kulturellen Differenzen gefragt haben.

## **4.5 Einordnung der Ergebnisse und Diskussion**

Bei den folgenden Ausführungen ist zu berücksichtigen, dass die Schlussfolgerungen vorwiegend nur auf „weichen“ Daten beruhen (vor allem Selbstauskünften und Einschätzungen); zusätzlich fließen noch eigene Beobachtungen ein, die vor allem während der Supervision gewonnen wurden und die Daten aus den Fragebogenerhebungen noch etwas differenzieren.

### **(1) Programmziele**

Die Ziele des Programms in der klassischen Kurs-Variante, wie sie von Gregor und Cierpka formuliert worden sind, werden von diesen wie folgt beschrieben:<sup>97</sup>

- Vorbereitung von Paaren auf die Zeit nach der Geburt
- Sensibilisierung für die Signale des Säuglings  
→ „Feinfühligkeit“ stärken

---

97 Cierpka & Gregor (2004).

- stärken für eigene Wünsche und Gefühle
- Förderung der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung  
→ Bindung
- Prävention von Beziehungsstörungen

Die Prävention von Beziehungsstörungen lässt sich mit unseren Methoden und in dieser Zeitspanne natürlich nicht belegen, aber die Selbstauskünfte der Teilnehmerinnen zeigen, dass die anderen Ziele erreicht wurden – größere Lücken gibt es nur, wie bereits ausgeführt, im Bereich der Sensibilisierung für die eigenen Wünsche und Gefühle, vermutlich eine noch ungewohnte Dimension in der Selbstwahrnehmung.

Die Teilnehmerinnen haben, so berichten sie, die inhaltlichen Impulse verstanden, insbesondere das Konzept der Feinfühligkeit für die Signale des Babys, sie haben sie zu ihren persönlichen Lebensumständen in Beziehung gesetzt (z. B. ihrer Partnerschaft) und ihr neu erworbenes Wissen in ihre Alltagspraxis einfließen lassen (z. B. durch Ausprobieren) (vgl. S. 125).

Das Programm konnte also an die Situation der mongolischen Mütter, Väter und Familie erfolgreich angepasst werden, ist auf große Akzeptanz gestoßen und hat nach ihrer Selbstauskunft auch positive Auswirkungen auf die Feinfühligkeit und die Beziehung zu ihren Babys.

Nicht erreicht werden konnten dagegen die ursprünglich für das Projekt vorgesehenen jungen Mütter und Väter, die in Chingeltei unter schwierigen Bedingungen leben und für die eigentlich anderes Material und eine mindestens halbjährige Begleitung vorgesehen waren. Wir können nicht einschätzen, ob man sie motivieren könnte, an einem Kurs mit dem Programm *Das Baby verstehen* teilzunehmen, ob sie davon profitieren könnten und der Inhalt sie ansprechen würde. Die Mitarbeiterinnen von World Vision scheinen jedoch der Meinung zu sein, dass der Kurs auch für diese Gruppe nützlich wäre – sie müssten dann nur zu ihrer jeweiligen Gesundheitsambulanz gehen (vgl. S. 143).

## **(2) Programminhalte**

Die Kursinhalte wurden, soweit wir unseren Eindruck aus den Supervisionen auf den gesamten Kurs verallgemeinern können, bei den verschiedenen Gruppen sehr unterschiedlich präsentiert. Wie bereits ausgeführt, glich zumindest bei der 1. Sitzung, bei der wir bei allen Teams anwesend waren, kaum eine der anderen, und alle waren „vollgepackt“ mit Power-Point-Präsentationen, Übungen, Bildern, Videos u. a. Einige sehr professionell gestaltete Kurse umfassten auch mehr Inhalte als vorgesehen (vorgeburtliche Entwicklung, Entbindung, Gesundheit, Pflege, Ernährung, Massage usw.) und hatten hohes Niveau – andere hatten stärker experimentellen Charakter, und die Teams mussten sich in die Thematik erst einfinden.

Bemerkenswert ist, dass den Müttern und Vätern das eine wie das andere sehr gut gefallen hat, denn die Kursbewertung ist generell für alle Teams sehr positiv ausgefallen (z. B. S. 126). Es scheint also einige konstante Programmfaktoren gegeben zu haben, die die hohe Akzeptanz ausgemacht haben. Aus den Aussagen der Befragten und unseren Beobachtungen geht hervor, dass es methodisch gesehen in erster Linie das Gesamtkonzept und die Neuheit des Ansatzes mit Videosequenzen von lebensechten Eltern-Kind-Interaktionen, teilweise auch die aktivierenden Partnerschaftsübungen waren. Inhaltlich scheint es vor allem das Verstehen der Signale des Babys im vorsprachlichen Bereich und in der Eltern-Kind-Beziehung zu sein, was für die Mütter und Väter neu war, sie überrascht, beeindruckt, nachdenklich und neugierig auf ihr eigenes Baby gemacht und ihnen ihre eigenen Kompetenzen vor Augen geführt hat.

## **(3) Teilnehmerschwund, Fluktuation, Supervision**

Was die von den Teilnehmerinnen teilweise beklagten Rahmenbedingungen der Kurse angeht, so gibt es eine Reihe von Punkten, die vor allem mit der noch mangelnden Pro-

fessionalität der Teams, aber auch dem Zeitdruck zu tun hatten, rasch eine Müttergruppe zusammenstellen zu müssen.

- **Fluktuation, Teilnehmerschwund:** Der Teilnehmerschwund in den Kursen lag bei über 50 %, das ist sehr hoch. Auch die Anzahl der Teilnehmerinnen von Kurs zu Kurs schwankte beträchtlich. Dass ein solcher Kurs in einem Land wie der Mongolei, vor allem in der kalten Jahreszeit, zeitlich anders geplant werden muss als in Deutschland, z. B. als Block und grundsätzlich vor der Geburt, liegt nahe und würde die hohe Fluktuation und den Schwund in Grenzen halten. So gut wie keine Mutter hat z. B. nach der Geburt noch an den Kursen teilgenommen oder ihr Baby mitgebracht (vgl. auch S. 124f.), weil man sich bei den schlechten Wetterverhältnissen mit einem Neugeborenen nur dann, wenn es wirklich nicht anders geht, auf die eisglatte Straße begeben kann; Kinderwägen einzusetzen ist unüblich und wegen der Straßen- und Luftverhältnisse ebenfalls sehr beschwerlich und riskant.
- Ein weiterer Punkt, der die Fluktuation mitverursacht haben wird, ist die fehlende Verbindlichkeit in der vorherigen Festlegung der Termine, ein übliches Vorgehen in der Mongolei, das aber dazu führen kann, dass kognitiv kein Abbild der Gesamtaufgabe entsteht und keine kontinuierliche Arbeit zustande kommt, man beginnt gewissermaßen immer wieder von vorne. Auch für den Gruppenprozess ist das nachteilig. Wir haben aus diesem Grund den Teams geraten, die Termine von Anfang an festzulegen, der Rat konnte aber offenbar nicht immer umgesetzt werden (vgl. S. 124, Gründe für Fernbleiben).
- **Fehlende Supervision:** Leider gibt es keine Möglichkeit der externen Supervision; auch eine kollegiale Beratung der Teams untereinander wäre hilfreich, hierzu bedürfte es aber eines Anstoßes durch eine verantwortliche Person. In allen Teams hat es sehr kreative Umsetzungen des Kursinhalts gegeben, und ein Austausch könnte die Qualität der Angebote noch steigern. Supervision ist jedoch in der Mongolei unüblich.

#### **(4) Väter**

Besonders erwähnt werden soll die Situation der Väter. Es geht in der Debatte, die in der Mongolei gegenwärtig geführt wird, natürlich nicht um ihre Teilnahme oder Nichtteilnahme an Elternkursen, sondern um ihr Selbstverständnis und ihre Vorstellungen von Männlichkeit. Beides ist eng mit der Vaterrolle verwoben.

Die Initiative für eine Klärung sollte jedoch von mongolischer Seite ausgehen, denn was die komplizierte Gesamtsituation vor allem der jungen Männer und Väter betrifft, die in Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Veränderungen in der Mongolei steht (vgl. S. 49f.), sind sie die Experten; hier kann ein Kurs für werdende Eltern nur ein Mosaikstein sein. Aber da dieser sich explizit auch an junge Väter wendet, ermöglicht er ihnen, in einem wichtigen Teilbereich neues Verhalten auszuprobieren, die eigene Sicht einzubringen, aus dem angebotenen Material zu lernen und Wertschätzung zu erfahren; die große Bedeutung des Vaters für die gesunde Entwicklung des Babys wird hervorgehoben, und es gibt im Kurs spezielle Trainingsvideos zu Vater-Kind-Interaktionen.

Wir haben den Eindruck gewonnen, dass von diesen Möglichkeiten noch mehr Gebrauch gemacht werden könnte. So wurde z. B. sowohl von den Müttern als auch von den Teams zwar immer wieder die Abwesenheit der Väter in den Kursen beklagt – es könnten aber auch durchaus noch mehr Anstrengungen unternommen werden, Väter zu erreichen bzw. sie in den Kursen zu halten. Hierzu müsste wahrscheinlich ein eigenes Konzept erarbeitet und das eigene Verhalten reflektiert werden. Das betrifft scheinbare Äußerlichkeiten wie den Zeitpunkt der Kurse (der offenbar meistens in die Arbeitszeit der Väter fiel); es betrifft die Kursinhalte, z. B. die Verwendung von Babypuppen, wobei wir den Eindruck hatten, dass das für manche Väter anders als für die Frauen eher verunsichernd war, vor allem in der Öffentlichkeit und vor Publikum, und es betrifft die Tatsache, dass manche

Väter fürchteten oder erlebten, in der Frauenrunde Intimes preisgeben zu müssen und deshalb regelrecht flüchteten, wenn sich eine Gelegenheit dazu bot.

Wiederum gab es in diesem Zusammenhang durchaus auch produktive Ideen, z. B. Teams, die nur die Väter an einem arbeitsfreien Tag einluden oder die die Familien zu Hause aufsuchten – und es gab auch Väter, die mit ihrer Teilnahme überhaupt kein Problem hatten.



## **Teil V**

### **Gesamtbewertung**

#### **1. Probleme und Erfolge**

Zum Abschluss soll noch einmal mittels einer deskriptiven Stärken- und Schwächenanalyse versucht werden, den Gesamtverlauf des Projekts retrospektiv zu evaluieren. Es hat viele Herausforderungen und viele Probleme gegeben, aber alles in allem war das Projekt zweifellos ein Erfolg. Der Verlauf zeigt gleichermaßen die Schwierigkeiten wie die Chancen, ein in Deutschland etabliertes und gut evaluiertes Frühe-Hilfen-Projekt in einem deutlich unterschiedlichen kulturellen und sozialen Kontext zu etablieren.

#### **1.1 Mögliche Hintergründe**

Im Folgenden sollen zunächst einige Gründe aufgeführt werden, mit denen sich ein Teil der Kommunikations- und Kooperationsprobleme während des Projektverlaufs erklären lassen.

Neben divergierenden Wissenschaftsparadigmen in den beiden Ländern spielten dabei eine Rolle,

1. dass es sich bei der Mongolei nicht nur um ein kulturell fremdes und politisch und ökonomisch kriselndes Land, sondern um ein Transitionsland handelt, das nach einem schockartigen politischen und wirtschaftlichen Umbruch vor nunmehr 25 Jahren noch immer besondere Herausforderungen zu bestehen hat
2. dass es große Unterschiede in Bezug auf die Organisiertheit z. B. der sozialen Institutionen beider Länder gibt
3. dass in bestimmten Bereichen sehr verschiedene Kulturstandards gelten

4. dass, was die finanziellen Ressourcen angeht, ein enormes Ungleichgewicht besteht.

5.

Alles in allem ist zunächst jedoch festzuhalten, dass die Schwierigkeiten nicht auf der inhaltlichen Ebene lagen, in keinem Fall gab es bei der Durchführung des Programms am Inhalt substantielle Kritik. Es waren vielmehr bestimmte Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit, die den Fortgang des Projekts behinderten.

Die oben aufgeführten Gründe, die wir dafür verantwortlich machen, sollen im Folgenden noch kurz ausgeführt werden.

- Einige der Schwierigkeiten beruhen auf einem unterschiedlichen **Verständnis von Wissenschaft**, z. B. war es für manche mongolischen GesprächspartnerInnen ungewohnt, im Zusammenhang mit **psychosozialer Prävention** in psychologischen und sozialen Kategorien zu denken. Solche Ansätze genießen im ärztlichen Milieu vermutlich auch eher geringes Ansehen, denn Leitwissenschaft ist dort nach wie vor die Körpermedizin, und Konzepte von Gesundheit und Krankheit orientieren sich am medizinischen Modell. Die Mongolei war zudem jahrzehntelang Mitglied der sowjetischen Wissenschaftsgemeinschaft mit dem Primat der dialektisch-materialistischen Philosophie, und ein Paradigmenwechsel im Denken braucht ebenfalls Jahrzehnte.
- In der Mongolei spielen außerdem traditionelle kulturelle Überlieferungen und die Sorge vor einer Vereinnahmung durch westliche Denkweisen noch eine Rolle, auch für die **Akzeptanz wissenschaftlicher Erkenntnisse**. Wir haben z. B. gehört – auch von Hochschullehrern –, dass bestimmte entwicklungspsychologische Aussagen für sie inakzeptabel seien, wenn sie die Rolle der biologischen mongolischen Mutter nicht angemessen zu würdigen verstünden – das für unseren Ansatz zentrale Konzept der frühen Bindung von Pflegeperson und Kind wurde z. T. sogar zurückgewiesen.

- Die Mongolei unterscheidet sich auch im Hinblick auf ihre **politische Geschichte** als Transitionsland gravierend von einem Land wie dem gegenwärtigen Deutschland (mit der ehemaligen DDR gab es noch enge Beziehungen z. T. galt diese auch als Modell), z. B. hinsichtlich der Bedeutung und „Kultur“ des Kollektivs, des Umgangs mit Autorität, mit Verantwortung und Mitbestimmung, dem Ausmaß an Armut, der Art der Notlagen<sup>98</sup> ... und nicht zuletzt wegen der zahlreichen in der Mongolei tätigen NGOs, von denen nicht wenige hohe Erwartungen an ein westliches Projekt (z. B. seine mutmaßlich unerschöpflichen finanziellen Ressourcen) geweckt haben.
- Schließlich gab es Schwierigkeiten auf der **strukturell-organisatorischen Ebene**. Das ist wenig überraschend, denn die Art der Organisiertheit ist auch integraler Bestandteil einer Gesellschaft und somit bei jeder Planung zu berücksichtigen. Das gilt auch für Deutschland: Das Programm *Keiner fällt durchs Netz* ist in Deutschland unter anderem auch hinsichtlich seiner Implementierungsprozesse evaluiert worden, wobei sich neben vielen erfolgreich verlaufenen Prozessen auch einige typische strukturell-organisatorische Schwierigkeiten gezeigt haben (u. a. hinsichtlich der Entscheidungshierarchie, der Zusammenarbeit von bestimmten Institutionen, der Zuordnung der Projektkoordination, dem Miteinander der verschiedenen Professionen usw.).
- Ein Teil der Probleme, die sich in Ulaanbaatar gezeigt haben, lassen sich u. a. auch mit **Kulturstandards** erklären. Dies betrifft insbesondere den Umgang mit Zeit. Dabei geht es weniger um Pünktlichkeit – erwartungswidrig kein wirklich großes Problem –, sondern um verschiedene Zeitkonzepte.<sup>99</sup> So gab es häufiger divergierende

---

98 Vgl. z. B. Jung (2013).

99 Der Kulturanthropologe Hall untergliedert z. B. das Thema Zeit in monochron (wie in Deutschland oder den USA) und polychron. „Während Vertreter monochroner Kulturen eine Sache nach der anderen erledigen und strikte Zeitplanungen vornehmen, haben Ver-

Vorstellungen von Verbindlichkeit und Absprachen und einen divergierenden Zeit- und Planungshorizont, der zu Problemen führte.

- Im Zusammenhang mit Kulturstandards ist auch der unterschiedliche **Umgang mit Fehlern** zu berücksichtigen.<sup>100</sup> In einem Teil der asiatischen Länder werden z. B. Unstimmigkeiten und Misserfolge – die eigenen wie die fremden – in der Öffentlichkeit eher diskret übergangen als direkt benannt, Kritik eher zurückgehalten und Konflikte eher vermieden oder nonverbal kommuniziert. Selbstverständlich verbietet sich in diesem Zusammenhang auch ein schroffes „Nein“, doch auch ein „Ja“ darf nicht immer als verbindlich betrachtet werden. Zwar wird dieses Phänomen vor allem für China beschrieben, wir hatten jedoch immer wieder den Eindruck, dass diese Regel auch auf viele unserer Interaktionen mit den mongolischen Partnern zutrifft – die Mongolei war bis zum Jahr 1921 Teil Chinas. Eine wichtige Rolle spielt dabei das „das Gesicht verlieren“: Gesicht „verliert“ etwa der, der den in seiner sozialen Rolle, z. B. als Vorgesetzter, gestellten Anforderungen nicht genügt. Besonders stark ist der Gesichtsverlust, wenn dieses Defizit durch andere durch Bloßstellung vor Dritten erfolgt, wobei hier meist auch der Kritisierende sein Gesicht verliert.
- Gleichzeitig muss bei einem **binationalen Projekt mit faktisch ungleichen Partnern**, z. B. was die finanziellen Mittel angeht, auch immer sichergestellt sein, dass die Kooperation auf Augenhöhe erfolgt und der Kooperationspartner als gleichberechtigter Partner agieren kann – oft ein Balanceakt,
- Was die Schwierigkeiten während der Projektdurchführung allerdings potenziert hat, war die für alle nicht

---

*treter polychroner Kulturen ein flexibleres Verständnis von zeitlichen Vereinbarungen und erledigen meist mehrere Dinge gleichzeitig.“* Letzteres konnten wir immer wieder beobachten (vgl. Thomas, & Utler, 2013: 5).

100 Vgl. Schroll-Machl (2005: 3f.).

vorhersehbare politische/ökonomische **Krise in der Mongolei**, die die Arbeit für längere Zeit zum Erliegen gebracht und fast zu ihrem Scheitern geführt hätte. So war über Monate hinweg so gut wie kein Mailkontakt möglich, weil die Internetverbindung des Kooperationspartners nicht mehr funktionierte und nicht wiederhergestellt wurde; Postversand war unzuverlässig und sehr teuer, längere Telefonate wegen der Sprachbarrieren schwierig bis vergeblich – hierdurch ergaben sich zahlreiche Missverständnisse, Ungereimtheiten und gelegentlich auch Verstimmungen.

## 1.2 Beispiele für Probleme

Im Folgenden eine unvollständige Auflistung konkreter Probleme. Diese werden in erster Linie aus der Perspektive der deutschen Projektpartner dargestellt, die Sicht der mongolischen Partner einzuarbeiten, bedürfte weiterer Analysen.<sup>101</sup>

Die Beispiele sind in der Regel komplex, deshalb werden sie auch in der Mehrzahl keiner speziellen Kategorie zugeordnet:

- Terminverschiebungen oder Terminausfälle mit der relativ kostspieligen Folge des Absagens von Buchungen bei Flügen; während des Aufenthalts vor Ort zeitliche Ausfälle wegen anderer Verpflichtungen der Partner oder wegen vorher nicht eingeplanter arbeitsfreier Tage, was unsere Zeitpläne mehr als einmal völlig auf den Kopf stellte
- Wegbrechen geschulter Fachkräfte: 50 fortgebildete Fachkräfte bzw. Volunteers konnten ihr Wissen aus internen Gründen nicht praktisch einsetzen oder es nur unsystematisch und beiläufig tun

---

101 Es kam auch vor, dass wir Probleme wahrnahmen, die für unsere Projektpartner keine waren, z. B. wenn sie den Projektablauf änderten, weil das aus ihrer Sicht ökonomischer war, jedoch unseren Auswertungsinteressen und Zeitplänen widersprach.

- Verzögerungen und widersprüchliche Entscheidungen über den Einsatz des Programms wegen ungeklärter Zuständigkeiten der mongolischen Entscheidungsträger und divergierender Prioritätensetzungen, auch bei der kooperierenden NGO, z. B. der Einsatz der *NEST*-Arbeitsblätter
- Fehleinschätzung unsererseits bezüglich der Eigenmittel des lokalen Partners: selbst Ausgaben in aus unserer Sicht geringfügiger Höhe, z. B. für Fotokopien, konnten in der Regel nicht getätigt werden
- ein für uns gelegentlich unkonventioneller Umgang mit dem Copyright auf den eingesetzten Produkten – in vielen Ländern Asiens jedoch durchaus üblich. In China gilt das Kopieren von Vorbildern sogar als erwünscht, was mit zur Erklärung der dort florierenden „Produktpiraterie“ beiträgt
- eine aus unserer Sicht oft relativ aufwändige oder überflüssige Versorgung der TrainingsteilnehmerInnen mit Lunch und Pausensnacks während der Schulung, die in Deutschland im sozialen oder im Hochschulumilieu so nicht üblich ist bzw. berechnet wird oder über Sponsoren erfolgt<sup>102</sup> in unserem Finanzierungsplan waren hierfür auch keine Mittel vorgesehen. Das entspannte Miteinander in der Gruppe, das gegenseitige Sich-Kennenlernen und ein Bedürfnis nach Versorgtwerden spielten offenbar eine größere Rolle als von uns bedacht – typisches Beispiel unterschiedlicher Kulturstandards, die sich im übrigen auch innerhalb Europas finden
- Sprachbarrieren und damit verbundene Missverständnisse, divergierende Qualitätsstandards<sup>103</sup>: für alle Schulungen und entscheidenden Besprechungen waren DolmetscherInnen vonnöten – von insgesamt 11 empfohlenen Übersetzerinnen, mit denen wir gearbeitet haben, waren

---

102 Das geschah allerdings teilweise auch in Ulaanbaatar über World Vision.

103 Die Übersetzungen waren begehrt, weil sie relativ gut honoriert wurden.

jedoch nur drei wirklich geeignet; Verständigungsprobleme ergaben sich auch dadurch, dass unsere schriftlichen Vorlagen, sofern wie vereinbart in englischer Sprache abgefasst, teilweise mißverstanden oder nur überflogen bzw. gar nicht gelesen wurden, was wir natürlich erst dann bemerkten, wenn die Arbeit stockte oder sich in eine unerwartete Richtung entwickelte

- die Schwierigkeit, angemessenes kulturell passendes Material (z. B. Bilder mongolischer Eltern-Kind-Paare) zu bekommen bzw. zu erstellen, divergente ästhetische Vorstellungen
- Herausnahme der für die jeweilige Arbeit interessanten Aspekte, z. B. des Materials, unter Vernachlässigung des Gesamtkonzeptes: z. B. Einsatz von offenbar für die fortgebildeten Teams interessanten Teilmodulen aus dem Elternkursprogramm, die von der Konzeption her nicht zu dem Inhalt der jeweiligen Lektion passten<sup>104</sup> (kann auch als Erfolg betrachtet werden; siehe unten).

### 1.3 Beispiele für Erfolge

Es gab im Projektverlauf auch viele positive Überraschungen und gelungene Entwicklungen.

Im Folgenden eine (unvollständige) Auflistung:

- inhaltlich erfolgreich verlaufene Schulungen bei ca. 80 Personen (mehr als ursprünglich vorgesehen) aus unterschiedlichen Berufsgruppen des Gesundheitssektors
- sehr positive Evaluationen der Fortbildungen und der Kursangebote an die Eltern
- Erstellung einsatzfähiger mongolischer Versionen von *Das Baby verstehen* (Handbuch und Manual) sowie *NEST* (Kopiervorlagen); mongolische Version eines neu zusammengestellten Readers zu Praxisproblemen in den Frühen Hilfen

---

<sup>104</sup> Das weist natürlich darauf hin, dass das Gesamtkonzept noch nicht ganz verstanden worden ist.

- hohe Akzeptanz der übersetzten Fachbücher, Wunsch nach mehr
- hoher Rücklauf von Fragebögen
- trotz kultureller Unterschiede sehr hohes Interesse an Inhalten und Strukturen
- kulturelle Unterschiede als Quelle von Interesse und Diskussion und weniger als Wahrnehmen von Schwierigkeiten
- größere tatsächliche Flexibilisierungsmöglichkeiten im Projekt als vorher angenommen (bezogen z. B. auf Auswahl der *NEST*-Inhalte; Zuordnung der Berufsgruppen; Kontakt zu den Zielgruppen etc.)
- schnelle Neugewinnung von Fachkräften nach dem Wegbrechen fast aller aus der ersten Runde
- hilfreiches Konzept des Prinzips der dezentralen Gesundheitszentren in Chingeltei
- sehr gute Zusammenarbeit mit der lokalen Hilfsorganisation World Vision inklusive einer Teilförderung unseres Projekts
- zum Teil hoch motiviertes und sehr hilfreiches Personal vor Ort
- Möglichkeit der kurzfristigen Hinzugewinnung einer zweiten lokalen Projektkoordinatorin vom Fach mit biculturellem Hintergrund und hervorragenden Deutschkenntnissen in Wort und Schrift
- falls notwendig, teilweise sehr schnelle Organisation von Elternkursen, Jurtenbesuchen oder Supervisions-sitzungen
- gelungene Anpassung des deutschen Ansatzes (ursprünglich für Kurse und aufsuchende Arbeit in einer hochentwickelten westlichen Gesellschaft konzipiert) auf die lokalen Kontaktmöglichkeiten zu bedürftigen Familien in den Jurtenvierteln (siehe unten)
- flexible und oft durchaus gelungene Herausnahme der für die jeweilige Arbeit interessanten Aspekte unter Vernachlässigung des Gesamtkonzeptes (kann auch als Schwierigkeit betrachtet werden; siehe oben)



- Und schließlich:  
Fortsetzung des Projekts mit Aussicht auf eine nachhaltige Implementierung des Programms bei der ursprünglich vorgesehenen Zielgruppe im wesentlich größeren Maßstab als gedacht (S. 145f.).

## 1.4 Kulturelle Unterschiede und Erreichbarkeit der Zielgruppe

Der Punkt „Gelungene Anpassung“ unter „Erfolge“ soll weiter ausgeführt werden, denn hier zeigt sich sehr deutlich, wie sich kulturelle Unterschiede in einem vorher wenig reflektierten Bereich sehr *positiv* auf die Projektdurchführung auswirken können. Die Rede soll sein von der Erreichbarkeit der infrage kommenden Familien. In Deutschland besteht eine Hauptschwierigkeit in der Erreichbarkeit insbesondere der hochbelasteten Familien. Je mehr Belastungen vorliegen, desto schwieriger ist es oft überhaupt einen Kontakt herzustellen: es gelingt in der Regel so gut wie gar nicht, dass diese Familien von sich aus Angebote besuchen (Kommstruktur), noch gelingt es in vielen Fällen zu erreichen, dass diese Familien eine aufsuchende Arbeit von Fachkräften (Gehstruktur) zulassen; konkret, die Fachkräfte (z. B. Familienhebammen) in die Wohnung lassen.

In den Jurtenvierteln Ulaanbaatars scheint es hingegen ungleich leichter, die Familien, die Hilfe benötigen, auch zur Teilnahme zu bewegen. Einerseits sind diese Familien an die Präsenz von freiwilligen HelferInnen in ihren Vierteln gewöhnt und scheinen diese in der Regel auch bereitwillig in ihre Häuser oder Jurten zu lassen. Andererseits scheint es auch nicht sonderlich schwierig zu sein, (vermutlich die weniger schwer belasteten) Familien zu einem Besuch in den Gesundheitszentren zu motivieren. Sie scheinen dort ohnehin öfters zugegen zu sein, z. B. um medizinische Beratung, Medikamente oder Impfungen zu erhalten. Zu diesen Gelegenheiten scheint es auch recht einfach umsetzbar zu

sein, diese Familien zu einer Teilnahme an psychosozialen Angeboten, wie etwa dem Kurs *Das Baby verstehen* zu bewegen. Wenn man den Familien zudem ein kleines Präsent für ihre Teilnahme bieten kann, wird das ihre Bereitschaft noch erhöhen. So war es auch möglich, innerhalb weniger Stunden für ein geringes Entgelt in Chingeltei 10 Mütter und Väter mit ihren Babys zu einer mehrstündigen Gruppendiskussion und für Videoaufnahmen zusammenzurufen und 12 Familien zuhause aufzusuchen, um einen Eindruck von ihrer Lebenssituation zu erhalten.

Die Gesundheitszentren scheinen auch soziale Zentren zu sein, und jeder scheint jeden zu kennen. Wenn der Kontakt zu den bedürftigen Familien einmal gegeben ist, man also relativ zuversichtlich sein kann, dass kaum eine Familie „durchs Netz fällt“, verliert die konkrete Interventionsform und die konkrete Zuordnung einer Fachkraft deutlich an Bedeutung, zumindest wenn wir davon ausgehen können, dass alle Fachkräfte hinreichend von den Fortbildungen im Projekt profitieren können und genügend Wissen und Möglichkeiten besitzen, eine psychosoziale Weiterversorgung der betreffenden Familien zu gewährleisten. Auf den Punkt gebracht: wenn der Druck weitestgehend wegfällt, eine einmal kontaktierte Familie schnell „versorgen“ zu müssen, bevor diese potentiell den Kontakt wieder abbricht (wie in Deutschland), können die HelferInnen viel entspannter und flexibler reagieren und ihre Kompetenzen optimal einsetzen. Die meisten von ihnen sind selbst im Distrikt ansässig und auch von daher dichter an ihrer „Klientel“.

Allerdings gibt es Grenzen, insbesondere für die nicht registrierten BewohnerInnen des Quartiers (vgl. S. 58) und Hochrisikofamilien mit psychisch kranken, alkoholabhängigen, gewaltbereiten oder dissozialen Mitgliedern, und auch die personellen und finanziellen Kapazitäten der Gesundheitsambulanzen sind begrenzt.

## **2. Öffentlichkeitsarbeit und öffentliche Auszeichnung**

Inzwischen ist das Projekt auch in Ulaanbaatar bekannt, so wurde es mit seinen deutschen MitarbeiterInnen und den mongolischen Projektverantwortlichen in einer halbstündigen Informationssendung in einem angesehenen privaten Fernsehsender vorgestellt. Es wurde außerdem während der Durchführung der Schulung von verschiedenen Fernseherteams aufgesucht, die anschließend in ihren Sendern darüber berichteten. Ebenfalls wurde Prof. Cierpka während seines Besuchs zu einer Fernsehsendung zur Diskussion über präventive Ansätze für risikobelastete Familien eingeladen.

Auch in einem Rundfunksender und in Tageszeitungen wurde das Projekt präsentiert.

Die Arbeit des Projekts wurde schließlich auch mit dem höchsten Orden des Chingeltei-Distrikts, gebilligt von der Stadtverwaltung von Ulaanbaatar, ausgezeichnet.

## **3. Weitere Entwicklung**

Der fortgesetzte Einsatz unseres mongolischen Kooperationspartners Ulambayar Badarch nach Projektabschluss und die Aktivitäten von World Vision haben inzwischen dazu geführt, dass das Projekt in einer Weise fortgesetzt wird, die dem ursprünglichen Projektkonzept nicht nur entspricht, sondern sogar noch weit darüber hinausgeht:

- In einer der Familienambulanzen des Chingeltei sind von World Vision attraktive Räume für werdende Mütter zur Geburtsvorbereitung ausgestattet worden, die explizit auch für die Durchführung der Elternkurse vorgesehen sind – zuvor hatte es keinen geeigneten Raum gegeben
- World Vision Mongolia hat nach Projektabschluss – sozusagen im Austausch für den Druck der Handbücher von

*Das Baby verstehen* – Kursangebote für sämtliche betroffenen Familien in den Gesundheitsambulanzen in Chingeltei eingefordert

- Unser Kooperationspartner hat deshalb, nach Abschluss des Projekts Ende des Jahres 2015 dafür gesorgt, dass in wenigen Wochen 160 Mütter und Väter aus dem Chingeltei an einem Kursangebot teilnehmen konnten
- Außerdem wurde das gesamte Fachpersonal der Familienambulanzen und des zentralen Gesundheitszentrums (rd. 500 MitarbeiterInnen) in der Durchführung des Kursprogramms geschult
- Inzwischen (März 2017) haben weitere 300 Mütter und Väter des Distrikts Kurse von *Das Baby verstehen* besucht, und World Vision hat über 1000 Exemplare der Handbücher gedruckt. Alle Gesundheitsambulanzen des Chingeltei sind damit ausgestattet worden, und das Programm soll weiteren Eltern angeboten werden (vgl. Vorwort).
- Ende des Jahres 2017 werden voraussichtlich insgesamt 1000 Eltern aus dem Chingeltei-Distrikt das Programm kennengelernt haben. Seine Durchführung soll zukünftig auch auf weitere Distrikte der Stadt ausgedehnt werden.
- Außerdem sind im Chingeltei zurzeit organisatorische Umstrukturierungen in der Gesundheitsversorgung im Gang, die u. a. auch das Ziel haben, den Elternkurs für die Mütter und Väter in Chingeltei zu einem regulären Angebot, eingebettet in andere Maßnahmen der Geburtsvorbereitung und der Pflege der Gesundheit der Familien zu machen, um so langfristig die Voraussetzungen für eine produktive partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Eltern zu schaffen.

Unser Projektpartner Ulambayar teilt uns schließlich mit:

*Don't worry for us. We will continue our project of Understanding the Baby ... We are so glad about your intelligent donation ... and we will continue this program in future.*<sup>105</sup>

Das ist ein Ergebnis, das sogar über das hinausreicht, das wir ursprünglich anvisiert hatten und lässt eine nachhaltige Implementierung unseres Programms genau bei der Bevölkerungsgruppe, für die es anfangs gedacht war, erwarten.

---

<sup>105</sup> Persönliche Mitteilungen von Ulambayar B. (Emails vom 29.11.2016 und 22.02.2017).



## Literatur und Quellen

**Altangerel, G.**, 2015. *Der Sinn meines Lebens ist die Zukunft meiner Kinder. Zur Lebenssituation alleinstehender Mütter in der gegenwärtigen Mongolei.* Ulaanbaatar, Monsudar

**Auswärtiges Amt Mongolei** (*Beziehungen zu Deutschland: Entwicklungszusammenarbeit, Kultur und Bildung*)

[http://www.auswaertigesamt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/Mongolei/Bilateral\\_node.html#doc396386bodyText3](http://www.auswaertigesamt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/Mongolei/Bilateral_node.html#doc396386bodyText3)

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Bangert, K.**, 2012. *Research for Development.* In: Deutsches Institut für Armutsbekämpfung & World Vision.

[http://www.worldvisioninstitut.de/\\_downloads/allgemein/Research%20for%20Development.pdf](http://www.worldvisioninstitut.de/_downloads/allgemein/Research%20for%20Development.pdf)

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Bettmann, H.E., G. Jacques, C. J. Frost** (Eds.), 2013. *International Social Work Practice: Case Studies from a Global Context.* 1st edition. New York: Routledge

**Bormann, R.** 2016a. *Gesund bleiben.* In: LIPortal Das Länder- Informations-Portal Mongolei

<https://www.liportal.de/mongolei/alltag/>

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Bormann, R.**, 2016b. *Gesundheit und Sozialwesen.* In: LIPortal Das Länder-Informations-Portal Mongolei

<https://www.liportal.de/mongolei/gesellschaft/>

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Bundesinitiative Frühe Hilfen**, o. J. *Kompetenzprofil Familienhebammen*

[http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/downloads/Kompetenzprofil.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Kompetenzprofil.pdf)

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Cierpka, M., A. Gregor, und B. Frey**, 2004. *Das Baby verstehen*. Anleitungsheft zum Elternkurs. Focus Familie gGmbH.

<http://www.focus-familie.de>

**Cierpka, M., M. Stasch, A. Eickhorst, S. Groß**, o. J. *Projekt Frühe Interventionen für Familien – PFIFF: Entwicklungsorientierte psychosoziale Prävention zum Schutz der Kindheit – eine kontrollierte Studie unter naturalistischen Bedingungen*. Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie. Universitätsklinikum Heidelberg (unveröffentlichter Antrag an das NZFH)

**Cierpka, M.**, 2009. *Keiner fällt durchs Netz. Wie hoch belastete Familien unterstützt werden können*. In: *Familiendynamik* 2, 37–47

**Cierpka, M.**, 2014. *Bericht über den Aufenthalt in Ulaanbaatar, Mongolei, im Rahmen des Projekts „Gesund – geschützt – geborgen“: Frühe Hilfen für Familien in der Mongolei vom 25. Juli 2014 bis zum 07. August 2014*, ZPM Newsletter, Universitätsklinikum Heidelberg

**Cierpka, M., K. Scholtes & C. Wölfer**, 2009. *Das Baby verstehen*. Praxismanual für die aufsuchende Arbeit. Focus Familie gGmbH.

<http://www.focus-familie.de/>



**CREDENDO Group**, 25.1.14. *Länderstudie Mongolei*. (Regierung muss Herausforderungen des Wirtschaftsbooms bewältigen)

[https://www.credendo.com/de/country\\_risk\\_assessment/mongolia/laenderstudie-mongolei](https://www.credendo.com/de/country_risk_assessment/mongolia/laenderstudie-mongolei)

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**DEZA** (2016). *Geschlechtsspezifische Gewalt in der Mongolei anprangern und bekämpfen*.

<https://www.eda.admin.ch/deza/de/home/laender/mongolei.html/projects/SDC/de/2016/7F09457/phase1>

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Deutsch-mongolischer Unternehmensverband DMU**

<http://www.dmu-v-mn.com/de/mongolei/wirtschaftsinformation.html>

(erstellt am 15.09.2015; letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Stellungnahme des Deutschen Kinderschutzbunds Bundesverband e.V.** (Hrsg.): 14. November 2012:5

<http://www.dksb.de/images/web/PDFs/SN%20Gewalt%20gegen%20Kinder%20Entwurf%202012-11-14%20CLT.pdf>

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Durchschnittseinkommen aller Länder der Welt** – eine Liste

<http://durchschnittseinkommen.net/liste-durchschnittseinkommen/>

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Egle, U.T., M. Franz, P. Joraschky, A., Lampe, I. Seiffge-Krenke, M. Cierpka**, 2016. *Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit – ein Update*. Bundesgesundheitsblatt. DOI 10.1007/s00103-016-2421-9 Springer-Verlag Berlin Heidelberg

**Eickhorst, A.**, 2014. „Gesund-beschützt-geborgen“ – Frühe Hilfen für Familien – ein psychosoziales Präventionsprojekt in Ulaanbaatar / Mongolei für junge Eltern in schwierigen Lebenslagen. In: Nationales Zentrum für Frühe Hilfen: NEST-Material in der Mongolei.

<http://www.fruehehilfen.de/serviceangebote-des-nzfh/materialien/publikationen/nest-material/nest-material-in-der-mongolei/?L=0>

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Eickhorst, A.**, 2015. *Bedeutung der Familienpsychologie für die Soziale Arbeit und die Bildung und Erziehung in der Kindheit*, Vortrag 23.06.2015, HAW Hamburg (unveröffentlicht)

**Einloth, S.R.**, 2010. *Building Strong Foundations. World Vision's Focus on Early Childhood Development and Child Well-being No 5*. In: World Vision Institute of Research and Child Development Theory and Practice

[https://www.worldvisioninstitut.de/\\_downloads/allgemein/TheorieUndPraxis\\_5\\_StrongFoundations.pdf](https://www.worldvisioninstitut.de/_downloads/allgemein/TheorieUndPraxis_5_StrongFoundations.pdf)

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Frost, J.**, 2013. *Intimate Partner Violence*. In: Bettmann, H.E., G. Jacques, C. J. Frost (Eds.), 2013. *International Social Work Practice: Case Studies from a Global Context*. 1st edition. New York: Routledge; darin: Ch. Goodrich: Emotional abuse/verbal abuse in a marriage: A Social Worker of Mongolia Responds, 78–81

**Ganbold, D.**, Governor of Chingeltei District (Hrsg.), *Statistical Handbook 1992–2012*. Chingeltei 2013 (Broschüre)

**Government of Mongolia National Authority of Children,** 2014. *United Nations Children's Fund – Analysis of the Situation of Children in Mongolia 2014*  
[https://www.Unicef.org/mongolia/Unicef\\_sitan\\_english\\_final.pdf](https://www.Unicef.org/mongolia/Unicef_sitan_english_final.pdf)  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Gregor, A. & M. Cierpka,** 2004. *Das Baby verstehen.*  
<http://www.focus-familie.de/>

**Hahn, D. & D. Mehlich** (Hrsg.), 2014. *Glossar: Das „System Ulaanbaatar“.*  
[www.academia.edu/27954664/Das\\_System Ulaanbaatar](http://www.academia.edu/27954664/Das_System_Ulaanbaatar)  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Hennige, U.,** 2010/2014. *Familie und Nachbarschaft in der Mongolei.* Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Familienbildungsprojekts FuN.  
[www.eh-ludwigsburg.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/Evaluation\\_FuN.pdf](http://www.eh-ludwigsburg.de/fileadmin/user_upload/PDF/Evaluation_FuN.pdf)  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Jung, H.,** 2013. *Führungsauffassungen von Unternehmern in ländlichen Kleinbetrieben der westlichen Mongolei: Eine Analyse der Führungspraxis im Kontext Neocharismatischer Theorieansätze.* Vorgelegt zur Erlangung des Titels Dr. rer. pol. der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät Universität Potsdam  
<https://publishup.uni-potsdam.de/opus4-ubp/frontdoor/index/index/docId/7015>  
(Volltext kann heruntergeladen werden; letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Keiner fällt durchs Netz.** *Ein Präventionsprogramm für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern*  
<http://www.keinerfaelltdurchsNetz.de>  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**MONGOLIA.** *Social Indicator Sample Survey (SISS) 2013 Key Findings June, 2014*

[https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS5/East%20Asia%20and%20the%20Pacific/Mongolia/2013-2014/Key%20findings/Mongolia%202013%20MICS-SISS%20KFR\\_English.pdf](https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS5/East%20Asia%20and%20the%20Pacific/Mongolia/2013-2014/Key%20findings/Mongolia%202013%20MICS-SISS%20KFR_English.pdf)  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Mongolia PEOPLE 2016**

[http://www.theodora.com/wfbcurrent/mongolia/mongolia\\_people.html](http://www.theodora.com/wfbcurrent/mongolia/mongolia_people.html)  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Müller, S.,** 2007. *Interkulturelles Marketing: Kulturdimensionen.* Vorlesung SoSE 2007, TU Dresden

[https://tu-dresden.de/bu/wirtschaft/marketing/ressourcen/dateien/lehre/lehre\\_pdfs/Mueller\\_IM\\_A\\_Kultur\\_und\\_Interkulturelles\\_Marketing.pdf?lang=de](https://tu-dresden.de/bu/wirtschaft/marketing/ressourcen/dateien/lehre/lehre_pdfs/Mueller_IM_A_Kultur_und_Interkulturelles_Marketing.pdf?lang=de)  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Nationales Zentrum Frühe Hilfen,** o.J. *Kompetenzprofil Familienhebammen.*

[http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/downloads/Kompetenzprofil.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Kompetenzprofil.pdf)  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Neue Züricher Zeitung,** 12.08.2016, *Letzte Ausfahrt Ulaanbaatar.*

<https://www.nzz.ch/wirtschaft/wirtschaftspolitik/die-mongolei-und-der-klimawandel-letzte-ausfahrt-ulaanbaatar-ld.110513>  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Neue Züricher Zeitung**, 24.03.2015. *Schnelles Ende der Bonanza: Ernüchterung folgt in der Mongolei auf die Euphorie.*  
<http://www.nzz.ch/wirtschaft/ernuechterung-folgt-in-der-mongolei-auf-die-euphorie-1.18508468>  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Neues aus der Mongolei**, 06. bis 19.05.2013 (Armutsrates auf 27.4 Prozent gesunken)  
<http://www.mongolei.de/news/2013mai2.htm>  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Neues aus der Mongolei**, 16. bis 22.06.2014 (Statistik Mai 2014)  
<http://www.mongolei.de/news/2014jun4.htm>  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Neues aus der Mongolei**, 27.07. bis 09.08.2015 („Tag der Väter“)  
<http://www.mongolei.de/news/2015AUG1.htm>  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Neues aus der Mongolei**, 07. bis 13.12.2015 (Statistik Nov. 2015)  
<http://www.mongolei.de/news/2015DEZ2.htm>  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Neues aus der Mongolei**, 26.09. bis 02.10.2016 („Das Gerviertelprogramm muss fortgesetzt werden“)  
<http://www.mongolei.de/news/2016OCT1.htm>  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Neues aus der Mongolei**, 12.09. bis 18.09.2016 (Stopp für Überarbeitung des Gerviertel-Programms?)  
<http://www.mongolei.de/news/2016SEP3.htm>  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Neues aus der Mongolei**, 06.02. bis 19.02.2017 (Große Reichtumsunterschiede)

<http://www.mongolei.de/news/2017FEB2.htm>

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**NZFH** o. J. *Kompetenzprofil Familienhebammen*

<http://www.fruehehilfen.de/..//kompetenzprofile/kompetenzprofil-familienhebammen/>

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**NZFH**, o. J. *NEST Arbeitsblätter – Schnellsuche*

<http://www.fruehehilfen.de/serviceangebote-des-nzfh/materialien/publikationen/nest-material/filtermodul/>

(zum Suchen und Bestellen; letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Peterson, B. S.** u. a., 2015. *Effects of Prenatal Exposure to Air Pollutants (Polycyclic Aromatic Hydrocarbons) on the Development of Brain White Matter, Cognition, and Behavior in Later Childhood*. JAMA Psychiatry. 2015; 72(6): 531–540.

<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2205842>

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Plach, A.K.**, 2012. *Mongolische Familien und die Neufindung ihrer Tradition. Ausgewählte Beispiele urbaner Familien aus Ulaanbaatar*. LIT Verlag Wien/Berlin

**Save the children Sweden**, 2005. *What children say. Results of comparative research on the physical and emotional punishment of children in Southeast Asia and the Pacific*, 2005

[http://www.crin.org/en/docs/SCS\\_What\\_Children\\_Say.pdf](http://www.crin.org/en/docs/SCS_What_Children_Say.pdf)

(letzter Zugriff: 10.05.2017)

**Save the Children**, Resource Center (o.J.): *Mongolia bans physical and humiliating punishment of children*  
<https://resourcecentre.savethechildren.net/story/mongolia-bans-physical-and-humiliating-punishment-children>  
(letzter Zugriff: 10.5.2017)

**Schroll-Machl, S.**, 2005. *Kulturstandards Ostasiens*  
[https://www.ihk-krefeld.de/de/media/pdf/international/interkulturelle\\_kompetenz/ostasien\\_kulturstandards\\_050201.pdf](https://www.ihk-krefeld.de/de/media/pdf/international/interkulturelle_kompetenz/ostasien_kulturstandards_050201.pdf)  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Selye, H.**, 1976. *Stress in Health and Disease*. Boston/Mass./London: Butterworths Inc.

**Sidor, A., A. Eickhorst , M. Stasch & M. Cierpka**, 2012. *Einschätzung der Risikobelastung in Familien im Rahmen von Frühen Hilfen: Die Heidelberger Belastungsskala (HBS) und ihre Gütekriterien*. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61: 766–780

**Sidor, A., C. Fischer & M. Cierpka**, 2015. *The effect of the early prevention program "Nobody Slips Through the Net": a longitudinal controlled study in an at-risk sample*. Mental Health & Prevention, 3(3), 103–116

**Stolpe, I.**, 2015. *Zur Ambivalenz der nomadischen Identität in der Mongolei. Truly Nomadic? Die Mongolei im Wandel* | bpb  
<http://www.bpb.de/apuz/208255/truly-nomadic-die-mongolei-im-wandel>  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Takuya, K., J. Reichert, Tsevegmid, T., Kim, J., Sedgewick, B.,** 2010. *Managing Urban Expansion in Mongolia – Best Practices in Scenario. Based Urban Planning.* The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank Washington DC

<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2464/550280PUB0Urba100Box34943B01PUBLIC1.pdf?sequence=1>

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**The World Factbook Central Intelligence Agency,** o. J..

<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2010.html>

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Thomas, A. & A. Utler,** 2013. *Kultur, Kulturdimensionen und Kulturstandards.* In: Genkova, P., T. Ringeisen, F.T.L. Leong (Hrsg.). *Handbuch Stress und Kultur. Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven,* 41–59. Heidelberg: Springer

**Transparency International,** *Corruption Perceptions Index 2016*

[http://www.transparency.org/news/feature/corruption\\_perceptions\\_index\\_2016](http://www.transparency.org/news/feature/corruption_perceptions_index_2016)

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**UNICEF** (Hrsg.), 2009. *Situation analysis of children and women in Mongolia.* Unicef-Mongolia, Ulaanbaatar

[http://www.Unicef.org/sitan/files/SitAn\\_Mongolia\\_2009.pdf](http://www.Unicef.org/sitan/files/SitAn_Mongolia_2009.pdf)

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**UNICEF – At a Glance: Mongolia – Statistics.** 2013.

[https://www.Unicef.org/infobycountry/mongolia\\_statistics.html](https://www.Unicef.org/infobycountry/mongolia_statistics.html)

(letzter Zugriff: 28.04.2017)



**UNICEF** *Analysis of the Situation of Children in Mongolia 2014*  
[https://www.Unicef.org/mongolia/Unicef\\_sitan\\_english\\_final.pdf](https://www.Unicef.org/mongolia/Unicef_sitan_english_final.pdf)  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**UNICEF** *Annual Report 2014 Mongolia*  
[https://www.Unicef.org/about/annualreport/files/Mongolia\\_Annual\\_Report\\_2014.pdf](https://www.Unicef.org/about/annualreport/files/Mongolia_Annual_Report_2014.pdf)  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**UNICEF.** *Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children.* September 2014  
[https://www.Unicef.org/publications/index\\_74865.html](https://www.Unicef.org/publications/index_74865.html)  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**UNICEF** *Media Centre Launch of the Urban Profile of Children*  
25.11.2015.  
[https://www.Unicef.org/mongolia/2145\\_24919.html](https://www.Unicef.org/mongolia/2145_24919.html)  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**UNICEF** *Publications Clear the air for children, October 2016.*  
Unicef Publications free download  
[https://www.Unicef.org/publications/index\\_92957.html](https://www.Unicef.org/publications/index_92957.html)  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**UNICEF:** *At a glance: Mongolia, Statistics*  
[https://www.Unicef.org/infobycountry/mongolia\\_statistics.html](https://www.Unicef.org/infobycountry/mongolia_statistics.html)  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**United Nations Children's Fund National Statistical Office of Mongolia United Nations Population Fund.** *Questionnaire for children under five. Mongolia – Social Indicator Sample Survey 2013* (Documentation in pdf)  
[http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/2535/data\\_dictionary](http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/2535/data_dictionary)  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**United Nations Development Assistance Framework (UNDAF) 2017–2021, Mongolia Draft as at Thursday, May 11, 2017**

<http://www.Unicef.org/about/execboard/files/UNDAF-Mongolia.pdf>

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Verlag für Standesamtwesen: Internationales Ehe- und Kindschaftsrecht**

[https://www.vfst.de/apps/elbib/IEK\\_MNG\\_VORBEM](https://www.vfst.de/apps/elbib/IEK_MNG_VORBEM)

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**WHO Weltgesundheitsorganisation (1948). Präambel zur Satzung.** Genf, WHO

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**World Vision Mongolia, Mongolia's Most Vulnerable Children 2013.** Booklet.

<http://www.wvi.org/mongolia/publication/most-vulnerable-children>

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**World Vision Mongolia, Annual Review 2014**

<http://www.wvi.org/mongolia/publication/annual-review-2014>

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**World Vision Mongolia, Annual Review 2015a**

<http://www.wvi.org/publication/annual-review-2015>

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**World Vision Mongolia, 2015b. Strategy 2016–2018.**

<http://www.wvi.org/publication/strategy-2016-2018>

(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**World Vision Institut** o.J. *Die Zukunft der Kinder erforschen.*  
<https://www.worldvision-institut.de/>  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

**Wottawa, H. & H. Thierau,** 1998. *Lehrbuch Evaluation.*  
2. Aufl. Bern: Huber Verlag

**Zolbaatar Batayev,** 2013. *Verstädterung in der Mongolei unter besonderer Berücksichtigung der mongolischen Hauptstadt seit der Jahrtausendwende.* Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophisch-Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Augsburg  
[https://opus.bibliothek.uni-augsburg.de/opus4/files/2589/Dissertation\\_Batayev.pdf](https://opus.bibliothek.uni-augsburg.de/opus4/files/2589/Dissertation_Batayev.pdf)  
(letzter Zugriff: 28.04.2017)

## Bildnachweise

Titelbild: Ute Hennige

Abb. 1: Mariana Rudolf

Abb. 2: InfoMongolia.com

Abb. 3: Wikimedia Commons, the free media repository,  
Creative Commons Attribution-Unported  
[https://commons.wikimedia.org/w/index.php?title=File:Zaisan\\_Tolgoi.jpg&oldid=218021639](https://commons.wikimedia.org/w/index.php?title=File:Zaisan_Tolgoi.jpg&oldid=218021639)

Abb. 4: Ute Hennige

Abb. 5: Ute Hennige

Abb. 6: Andreas Eickhorst

Abb. 7: Ute Hennige

Abb. 8: Mariana Rudolf

Abb. 9: Ute Hennige

Abb. 11: Health Center of the Chingeltei District Ub, Ulaanbaatar Badarch

Abb. 15.1/15.2: Fingerspiele (NZFH, NEST)

Abb. 16.1/16.2: Spiele für Babys (NZFH, NEST)

Abb. 18: Ute Hennige

Abb. 19: Mariana Rudolf

Abb. 20: The UB Post, Mongol News Company,  
<http://news.mn/>

## Über die AutorInnen

**Dr. med. Ulambayar Badarch,**

Arzt für Allgemeinmedizin und MA in Public Health, Leiter für Planung und Kooperation am Gesundheitszentrum des Stadtteils Chingeltei in Ulaanbaatar/Mongolei.

**Prof. Dr. med. Manfred Cierpka,**

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker und Familientherapeut; Uniklinikum Heidelberg, Seniorprofessor am Institut für Psychosoziale Prävention; Arbeitsgebiete: Psychotherapieforschung, z. B. OPD; Psychosoziale Prävention, z. B. Curriculum „Faustlos“, Elternkurs „Das Baby verstehen“ und „Keiner fällt durchs Netz“, Eltern-Säuglings-Beratung und Therapie.

**Dr. rer. nat. Andreas Eickhorst,**

Entwicklungspsychologe, Leiter der Fachgruppe „Nationales Zentrum Frühe Hilfen“ am Deutschen Jugendinstitut, München; 2007–2013 Mitarbeiter bei Prof. Cierpka, Uniklinik Heidelberg. Schwerpunkte: Frühe Hilfen; Systemische Familienpsychologie; Väter. Berater an mehreren Eltern-Säuglings-Ambulanzen (bis 2013)

**Prof. Dr. rer. nat., Dipl.-Psych. Ute Hennige,**

bis 2005 Hochschullehrerin für Soziale Arbeit an der Evangelischen Hochschule Reutlingen-Ludwigsburg; 2007–2015 Lektorin für Entwicklungspsychologie an der Fachhochschule Kärnten/Österreich; seit 2007 Senior Expertin in Osteuropa sowie Vorder-, Zentral- und Südostasien, vorwiegend in sozialen Einrichtungen

# Danksagung

Unser besonderer Dank gebührt dem **Deutschen Bundesministerium für Gesundheit** und **World Vision in der Mongolei** für die finanzielle Unterstützung, dem **Nationalen Zentrum für Frühe Hilfen (NZFH)** als Rechte-Inhaberin der NEST-Materialien ([www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)) sowie der **Focus-Familie gGmbH**, Heidelberg als Rechte-Inhaberin des Elternkurses „Das Baby verstehen“ ([www.focus-familie.de](http://www.focus-familie.de)) für die großzügige Unterstützung unseres Vorhabens.

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages









Wie lassen sich junge Mütter und Väter in der kritischen Lebensphase des Übergangs in die Elternschaft unterstützen, wenn, wie z. B. in Gesellschaften im Umbruch, traditionelles Lernen und Aktivieren elterlicher Kompetenzen durch Anschauung und Tun im Alltagskontext nicht mehr gewährleistet ist?

Grundlage des Projekts *gesund – beschützt – geborgen* bildete das von Manfred Cierpka und seinem Team entwickelte Präventionsprogramm *Das Baby verstehen*. In einer explorativen Studie in der Mongolei wurden die Bedingungen für den Transfer sowie die Akzeptanz des Programms bei jungen Eltern in der Hauptstadt Ulaanbaatar untersucht.



**UNIVERSITÄT  
HEIDELBERG**  
ZUKUNFT  
SEIT 1386

ISBN 978-3-946531-55-5



9 783946 531555