

Ulrike Dölz

Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. Kooperationen gemeinsam mit ASD und SPFH für Familien gestalten.

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2021

Ulrike Dölz

Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. Kooperationen gemeinsam mit ASD und SPFH für Familien gestalten.

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2021

Erstprüferin: Prof. Dr. phil. Babara Wolf

Zweitprüferin: Dipl.- Soz.- Päd. Katrin Schaup

#### Bibliografische Beschreibung:

Ulrike Dölz:

Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. Kooperationen gemeinsam mit ASD und SPFH für Familien gestalten. 42 S.

Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit,  
Bachelorarbeit, 2021

#### Referat:

Die vorliegende Bachelorarbeit untersucht, welche Voraussetzungen es braucht, um eine synergiebildende Zusammenarbeit von Gesundheitsfachkräften der Frühen Hilfen, ASD und SPFH in einer gemeinsamen Fallarbeit zu initiieren. Darüber hinaus wurde die Fragestellung auch aus Sicht der Metaebene diskutiert, um sowohl arbeitspraktische Ausgestaltungen mit theoretischen Modellen in Beziehung zu setzen.

Durch Literaturrecherche sowie ergänzende praktische Erfahrungen der Autorin, auf dem Gebiet der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung, wurde das Thema untersucht. Es wurden Lösungsmöglichkeiten für die interdisziplinäre und interprofessionelle Kooperationsarbeit aufgezeigt.

Handlungsleitendes Motiv bei der Auseinandersetzung mit dem Thema stellte dabei das Ziel Früher Hilfen dar, einen Beitrag zu leisten Systemgrenzen, vor allem zwischen SGB V sowie SGB VIII abzubauen, um eine Verantwortungsgemeinschaft für Familien mit Belastung zu bilden.

## Inhalt

### Abkürzungsverzeichnis

Einleitung .....	1
1 Kooperation von Gesundheitsfachkräften der Frühen Hilfen ASD und Sozialpädagogischer Familienhilfe- Wie aus Unterschieden Synergien werden können .....	2
1.1. Grundgedanke Frühe Hilfen.....	4
1.2 Arbeitsauftrag und Verortung der Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen .....	7
1.3.1 Bedeutung und Auftrag der Hilfe nach § 31 SGB VIII.....	12
1.4 Frühe Hilfen- ein Parallelsystem zu den Hilfen zur Erziehung?!.....	14
2 Der Hilfeplan nach § 36 SGB VIII als Kooperationsvertrag zwischen Hilfeempfängern und den beteiligten Professionen.....	17
2.1 Beteiligung gestalten- Der erste Schritt zu einer gelingenden Kooperation .....	20
2.1.1 Verantwortungsvolle Hilfestaltung- Über die Herausforderung eine gemeinsame Sprache zu finden.....	24
2.2 Die Professionelle Beratungshaltung im Hilfeprozess .....	27
3 Kooperation und Kooperationsformen zwischen Sozialer Arbeit und Gesundheitsorientierter Familienbegleitung- Warum wird sie benötigt?.....	30
3.1 Interinstitutionelle Kooperation .....	33
3.2 Interprofessionelle Kooperationen .....	35
4. Fachliche Anregungen zur Überwindung von Systemgrenzen zum Wohl der Kinder in ihren Familien.....	38
5. Fazit.....	40
Anlage 1- Tätigkeitsprofil Familienhebammen .....	43
Anlage 2- Tätigkeitsprofil der Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen.....	71
Anlage 3- Stufenmodell der Partizipation nach Hart (1992) und Gernert (1993).....	81
Literaturverzeichnis.....	82

## Abkürzungsverzeichnis

ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
BKiSchG	Bundeskinderschutzgesetz
FGKiKP	Familien- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in
GFK	Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen
GG	Grundgesetz
HZE	Hilfen zur Erziehung nach §27 ff. SGB VIII
HP	Hilfeplan nach §36 SGB VIII
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KRK	UN- Kinderrechtskonvention
LJA	Landesjugendämter
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
PSB	Personensorgeberechtigte*r
SGB V	5. Sozialgesetzbuch
SGB VIII	Sozialgesetzbuch- Kinder- und Jugendhilfe
SGB X	10. Sozialgesetzbuch
SGB XII	12. Sozialgesetzbuch- Sozialhilfe
SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe gemäß §31 SGB VIII

## **Einleitung**

Geleitet durch die Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes 2012 wurde der Auf- und Ausbau von Netzwerken Früher Hilfen, und damit auch der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung vorangetrieben. Ziel dieser Gesetzgebung ist es, dass der (präventive) Kinderschutz in Deutschland nachhaltig gestärkt und ausgebaut wird, wodurch sich ein effektiver Schutz von Kindern vor Gefahren, welche ihr gesundes Aufwachsen beeinflussen, erwartet wird. Durch gezielte, koordinierte und professionsübergreifende Zusammenarbeit von Angeboten des Gesundheitswesens sowie der verschiedenen Sozialen Dienste sollen „[...] Frühe Hilfen im Kontext bereits bestehender und gewachsener Arbeitsstrukturen“ (Kerl- Wienecke, 2015, S. 48) integriert werden und ihre Wirkkraft entfalten.

Durch die Etablierung der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung mit ihren Gesundheitsfachkräften (GFK) sollen Frühe Hilfen dazu beitragen, dass Entwicklungsbedingungen für Säuglinge und Kleinkinder in ihren Familien, hier besonders für Familien mit hohen psychosozialen Belastungen (Sann, 2014, S. 227), positiv beeinflusst werden. Dabei ist es nicht selten, dass die GFK mit ihrem Angebot in das klassische Feld der Sozialpädagogischen Familienhilfe (§ 31 SGB VIII) hineinwirken und beide Professionen in einer Familie zusammenarbeiten, was nachfolgend als Tandembegleitung bezeichnet wird. Daher soll in der vorliegenden Arbeit in einem ersten Schritt ergründet werden, wie es trotz Unterschiedlichkeit in der Profession gelingen kann, kooperativ in einem Fall zusammen zu arbeiten und daraus Synergien für die Fallarbeit, aber auch individuell, zu generieren (Kapitel 1). Dafür ist ein Exkurs in das Verständnis Früher Hilfen (1.1) sowie den darin arbeitenden GFK (1.2) erforderlich. Daran anschließend, und um Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Professionen zu verdeutlichen, wird der Arbeitsauftrag und die Verortung von Sozialpädagogischen Familienhilfen (SPFH) (1.2) innerhalb der Hilfen zur Erziehung ergründet. Erst dieser Exkurs eröffnet die Möglichkeit, die Frage zu beantworten, ob es sich bei den Frühen Hilfen um eine Parallelstruktur zu den Hilfen zur Erziehung handelt (1.4).

„In Anbetracht der komplexen Anforderungen an Frühe Hilfen bleiben monoprofessionelle Handlungskonzepte stets unzureichend“ (NZFH, o. J. 1, S. 6), was das Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte im Fall erforderlich macht. Daher soll in einem zweiten Schritt der Frage nachgegangen werden, was erforderlich ist, damit unterschiedliche Professionen, verbunden durch einen Hilfeplan (§ 36 SGB VIII) gleichberechtigt zusammenwirken können. Der Hilfeplan wird dabei als Kooperationsvertrag zwischen Hilfeempfänger und beteiligten Professionen (Kapitel 2) betrachtet. Darüber hinaus wird untersucht, warum es in helfenden Beziehungen Partizipation (2.1) bedarf, damit Unterstützungsleistungen ihre Wirkung entfalten können. Ferner möchte die Autorin die Herausforderung diskutieren, wie es gelingen kann, trotz Unterschiedlichkeit der Professionen einen gemeinsamen Sprachduktus (2.1.1) zu entwickeln, da

erst über ein gemeinsames Verstehen reale Partizipation, vor allem für Hilfeempfänger, im Rahmen von helfenden Beziehungen ermöglicht wird. Daran anschließend wird die Frage aufgeworfen, was Kennzeichen einer professionellen Beratungshaltung (2.2) der beteiligten Fachkräfte sind, um Unterstützungsprozesse, wie es die Tandembegleitung aus ASD (Allgemeiner Sozialer Dienst), SPFH und GFK darstellen, kennzeichnen und wie diese Haltung professionelle Hilfe beeinflusst.

Nachdem intensiv das Zusammenwirken von sozialpädagogischen Fachkräften und Gesundheitsorientierter Familienbegleitung am Fall beleuchtet wurde, soll im dritten Teil der Arbeit die Metaebene von kooperativen Beziehungen eingenommen werden, ohne die eine Zusammenarbeit nicht möglich wäre (Kapitel 3). Nur mit dem Wissen um das Wirken von interinstitutioneller Kooperation (3.1) in Kombination der einzelfallbezogenen interprofessionellen Kooperation (3.2) kann es langfristig gelingen, das Ziel Früher Hilfen, nämlich Systemgrenzen zwischen Kinder- und Jugendhilfe zu verflachen, wenn nicht gleich aufzuheben, zu erreichen.

Im vierten und letzten Kapitel der vorliegenden Arbeit sollen, aus wissenschaftlicher Perspektive sowie aus der Arbeitserfahrung der Autorin heraus, Anregungen gesammelt werden, wie es gelingen kann, Systemgrenzen zu überwinden. Dies ist notwendig und erforderlich, damit Frühe Hilfen ihr Ziel erreichen und Familien von Anbeginn eine koordinierte, multiprofessionelle Unterstützung, geleitet durch die Bedarfe der Adressaten und nicht durch die Logik der einzelnen Systeme, zuteil wird. Die Überwindung von Professions- und Systemgrenzen „[...] sind wichtige Voraussetzungen für das fallübergreifende wie auch fachspezifische Zusammenwirken“ (NZFH, o. J. 1, S. 7) der Institution und Fachkräfte der Sozialen Dienste und dem Gesundheitswesen. Was es braucht, um diesen Prozess in der gemeinsamen Fallarbeit aber auch zwischen den handelnden Organisationen anzustoßen, soll nachfolgend erörtert werden.

## **1 Kooperation von Gesundheitsfachkräften der Frühen Hilfen ASD und Sozialpädagogischer Familienhilfe- Wie aus Unterschieden Synergien werden können**

Bereits 2009 formulierte der Wissenschaftliche Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH)<sup>1</sup>, dass „Zentral für die praktische Umsetzung Früher Hilfen [...] eine enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der

---

<sup>1</sup> Der Beirat wurde durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und das NZFH berufen. Er berät und begleitet das NZFH fachlich. Seit 2011 besteht ein gemeinsames Gremium aus Wissenschaft und Fachpraxis, um den Transfer zwischen diesen Bereichen zu gestalten. Er besteht aus 40 Mitgliedern unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen sowie Vertretungen relevanter Institutionen und Verbände. (Die aktuelle Zusammensetzung kann unter <http://www.fruehehilfen.de/wir-ueber-uns/beirat> nachgelesen werden.); zugänglich unter: [https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation\\_NZFH\\_Kompakt\\_Beirat\\_Leitbild\\_fuer\\_Fruehe\\_Hilfen.pdf/](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompakt_Beirat_Leitbild_fuer_Fruehe_Hilfen.pdf/), letztmalig abrufbar am 29.11.2020

Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste“ sind (ebd.). Damit wird drei Jahre vor dem Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes (BKSchG) ein wesentlicher Kerngedanke Früher Hilfen publik, nämlich die Forderung nach Vernetzung von Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe mit den Fachkräften des Gesundheitswesens. Diesem Anliegen verleiht der Gesetzgeber mit der Implementierung des BKSchG zum 01.01.2012 und dem darin enthaltenen Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) wiederholt Nachdruck. Die Legislative fordert darin, dass „verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit der zuständigen Leistungsträger und Institutionen im Kinderschutz mit dem Ziel aufgebaut und weiterentwickelt [werden], sich gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum zu informieren, strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung zu klären sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abzustimmen.“ (Art. 1 §3 Abs. 1 KKG). Die Pflicht zur kooperativen Zusammenarbeit ist den Trägern der öffentlichen und freien Jugendhilfe nicht neu. Diese wurde bereits lange vor dem Inkrafttreten des BKSchG im §4 Abs. 1 SGB VIII gesetzlich normiert. Die Träger und Institutionen der Jugendhilfe sind demnach verpflichtet, partnerschaftlich zum Wohl von Kindern und Jugendlichen in ihren Familien zusammen zu wirken. Mit der Einführung des BKSchG hat der Gesetzgeber den Personenkreis, welchen er zur kooperativen Zusammenarbeit verpflichtet, um wesentliche Akteure im Kinderschutz erweitert. Das Entstehen von Synergien wird durch eine intensiv vernetzte Zusammenarbeit von Gesundheitswesen- sowie Kinder- und Jugendhilfe erwartet, da diesen zwei Akteuren laut Lohmann „[...] für die Unterstützung von Schwangeren und Familien mit Kindern zwischen 0 bis 3 Jahren ein hohes Potential zugeschrieben“ (Lohmann, 2013, S. 17) wird. Darüber hinaus betont das Gesetz wiederholt die staatliche Verantwortung, Eltern bei der Wahrnehmung ihres, bereits in Art. 6 Abs. 2 GG sowie §1 SGB VIII fortgeschriebenen, Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung (§1 Abs. 4 BKSchG) zu unterstützen. Dem Grundgedanken Früher Hilfen folgend, soll der präventive Kinderschutz nachhaltig gestärkt werden. Um diesem Auftrag gerecht zu werden, ist es erforderlich, dass „[...] möglichst frühzeitige, koordinierte und multiprofessionelle Angebote im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern vor allem in den ersten Lebensjahren für Mütter und Väter sowie schwangere Frauen und werdenden Väter (Frühe Hilfen)“ (§1 Abs. 4, Satz 2 BKSchG) flächendeckend in Deutschland vorhanden sind.

Zur Verwirklichung dieses Anspruches wurde seit 2012 der bundesweite Aus- und Aufbau von Netzwerkstrukturen gefördert sowie durch den Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen (GFK) gestärkt. Inzwischen ist aus dem Aktionsprogramm Frühe Hilfen die Bundesstiftung Frühe Hilfe erwachsen. In ihrer 2018 veröffentlichten Publikation ziehen Paul, Backes, Renner und Scharmansky ein erstes Resümee und geben gleichzeitig die perspektivische Ausrichtung Früher Hilfen bekannt. Es soll eine „direkte psychosoziale und gesundheitliche



Beratung und Betreuung von (werdenden) Eltern“ erfolgen sowie interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen und Institutionen zusammengewirkt werden (2018a, S. 160).

Hieraus wird deutlich, dass es viele Schnittmengen zwischen den erzieherischen Hilfen nach §27 ff. SGB VIII und dem Arbeitsauftrag der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung in den Frühen Hilfen geben könnte. Daher ist zu erwarten, dass Tandembegleitungen in Familien, bestehende aus GFK und Sozialpädagogischer Familienhilfe (SPFH), Synergien, aber auch Herausforderungen mit sich bringen. Diese Komplexität soll im Folgenden untersucht werden. Dabei wird, ausgehend von dem Grundgedanken Früher Hilfen (1.1), dem Arbeitsauftrag der GFK (1.2) nachgegangen. Darauf aufbauend werden die erzieherischen Hilfen nach § 27 ff. SGB VIII (1.3) in den Blick genommen, mit einem besonderen Schwerpunkt auf die Sozialpädagogische Familienhilfe (1.3.1), da anzunehmen ist, dass diese Hilfeform die meisten Schnittstellen zum dem Unterstützungsangebot der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung aufweist. Abschließend soll im Kapitel 1 die Frage diskutiert werden, ob die Frühen Hilfen ein Parallelsystem zu den Hilfen zur Erziehung (HzE) (1.4) darstellen.

### **1.1. Grundgedanke Frühe Hilfen**

Wie einleitend bereits beschrieben zielen Frühe Hilfen darauf ab, die „Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern“ (NZFH, o. J. 1, S.13). Um dieses Ziel zu erreichen, stellen Frühe Hilfen ein universell präventives Angebot im „Sinne der Gesundheitsförderung“ (ebd.) dar. „Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/ sekundäre Prävention)“ (ebd.). Bei näherer Betrachtung der Begriffsbestimmung Früher Hilfen fällt auf, dass alle (werdenden) Eltern adressiert werden, was dem Gleichbehandlungsgrundsatz (Art. 3 GG) entspricht. Vorwiegend sollen jedoch „[...] werdende Eltern(teile) und Familien mit Kindern zwischen null und drei Jahren in “Problemlagen“ [...] Adressat\_innen (...)“ (Buschhorn/ Böllert, 2015, S. 102) des Unterstützungsangebotes sein, was der selektiven/ sekundären Prävention entspricht.

Frühe Hilfen knüpfen mit ihren universell präventiven Angeboten sowohl an §1 SGB VIII wie auch an § 16 SGB VIII an, in dem sie das unabänderliche Recht von Kindern und Jugendlichen auf ein gesundes Aufwachsen, ihr Recht auf Teilhabe und Förderung in den Mittelpunkt ihrer Arbeit stellen. Um diesem Anspruch noch mehr Gewicht zu verleihen, bezieht sich das NZFH in seinem Leitbild auf die UN Kinderrechtskonvention Art. 2 Abs. 1 KRK (NZFH o. J. 1, S. 6)

Um möglichst viele Eltern mit ihren Kindern zu erreichen, wird von der intensiven Vernetzung des Gesundheitswesens mit der Kinder- und Jugendhilfe ein großer Mehrwert erwartet. Eickhost folgend, wird sich durch eine Bündelung von Know-how aus diesem Bereich erhofft, dass Kinder besser als in der Vergangenheit vor Gefährdung geschützt werden (Eickhorst, 2019, S. 18). Hinter der intensiven Einbeziehung des Gesundheitswesens in den präventiven Kinderschutz „steht die Erkenntnis, dass Eltern rund um die Geburt und in den ersten Lebensjahren ihres Kindes deutlich regelmäßiger im Kontakt mit der Gesundheitshilfe stehen [...]“ (NZFH, 2015, S. 9). Gesundheitliche Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und medizinisch- präventive Untersuchungen im Säuglings- und Kleinkindalter richten sich im Rahmen der universellen Prävention an alle Eltern und werden daher als nicht stigmatisierend empfunden. Schon 2006 weist Ziegenhain darauf hin, da „bereits verhältnismäßig geringe Versäumnisse im Kleinkindalter weit reichende Folgen auf den gesamten weiteren Entwicklungsverlauf eines Kindes nehmen könnten, hätten Hilfen oder Interventionen hier als besonders relevant zu gelten“ (Ziegenhain u.a. 2006).

Damit Frühe Hilfen ihrem durchaus engagierten Anspruch gerecht werden können, hat sich seit Implementierung des Bundeskinderschutzgesetzes eine heterogene Angebotsvielfalt präventiver Unterstützungsangebote entwickelt. Im Leitbild Frühen Hilfen wurde dieser Entwicklung Rechnung getragen, in dem die Begriffsbestimmung<sup>2</sup> Früher Hilfen konkretisiert wurde.

Der Grundgedanke Früher Hilfen besteht darin, allen Kindern in ihren Familien ein gesundes Aufwachsen, frei von Gewalt und in möglichst förderlichen Lebensbedingungen zu gewährleisten (NZFH o. J. 1, S.6). Darüber hinaus soll dazu beigetragen werden, dass (werdende) Eltern bereits ab Schwangerschaftsbeginn Unterstützung zu Teil wird, „indem ihnen Anleitung und Hilfestellung bei der Versorgung des Säuglings und dem Aufbau einer Beziehung zum Kind bedarfsgerecht angeboten werden“ (ebd.). Damit gehen Frühe Hilfen in ihren Unterstützungsleistungen einen Schritt weiter, als es die bisherigen Hilfen zur Erziehung (HzE) des SGB VIII es vermögen. Um Eltern den Zugang zu Angeboten nach dem SGB VIII zu ermöglichen, ist das Vorhandensein eines Kindes, wofür Erziehungsverantwortung getragen wird, erforderlich. Präventive Hilfe bereits vor der Geburt eines Kindes sieht das SGB VIII in aller Regel nicht vor. Dennoch können bereits in der Schwangerschaft Lebensbedingungen der werdenden Eltern vorliegen, welche die verantwortungsvolle Erfüllung der Elternrolle

---

<sup>2</sup> Die Begriffsbestimmung wurde von der Arbeitsgruppe „Leitbild“, die vom Beirat eingerichtet wurde, erstellt und auf der Beiratssitzung vom 02. April 2014 einstimmig verabschiedet. Die Begriffsbestimmung spiegelt den aktuellen Stand der Diskussion über Frühe Hilfen wider (April 2014). zugänglich unter:  
[https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation\\_NZFH\\_Kompakt\\_Beirat\\_Leitbild\\_fuer\\_FrueheHilfen.pdf/](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompakt_Beirat_Leitbild_fuer_FrueheHilfen.pdf/),  
letztmalig abrufbar am 29.11.2020

erschweren oder gar unmöglich machen. Diese Versorgungslücke zu schließen wird sich seit 2012 vom BKiSchG erhofft.

Den Erkenntnissen der Bindungsforschung folgend, dass eine positiv und bewusst erlebte Schwangerschaft durch die Hauptbezugsperson, bereits vor Geburt des Kindes, sich förderlich auf das elterliche Bindungsverhalten auswirkt, machen sich Frühe Hilfen zu Nutze, in dem ihre Angebote bereits werdende Eltern adressieren. Damit knüpfen Frühe Hilfen an die Bindungstheorie nach Bowlby (1958) an.

Einen zentralen Schutzfaktor zur Vermeidung einer Kindeswohlgefährdung wird sich von einer positiven Eltern-Kind-Beziehung versprochen. Nach Brand und Jungmann bildet eine stabile sozio- emotionale Eltern-Kind-Beziehung die Basis für ein gesundes körperlich und psychisches Aufwachsen des Kindes (Brand/Jungmann, 2013, S.30). Hingegen können „Eigene negative Bindungserfahrungen der [...] (Eltern)“ (ebd.) sich später in einem gestörten Bindungs- und Erziehungsverhalten dem Kind gegenüber niederschlagen. Daher verfolgen Frühe Hilfen mit ihren Angeboten das Ziel, das Erziehungs- und Fürsorgeverhalten von Eltern langfristig und nachhaltig zu beeinflussen, um das gesunde Aufwachsen der Kinder in ihren Familien zu gewährleisten.

Dieser Auftrag kann nur erfolgreich sein, wenn die Lebenslagen von Kindern und ihren Eltern vor Ort in den Blick genommen werden. Nur durch Kenntnis der Lebenswelt der Adressaten ist es möglich, bedarfsgerechte Unterstützung anzubieten. Damit nehmen Frühe Hilfen in ihrer Grundausrichtung Bezug zur Theorie der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit von Hans Thiersch. Beide Ansätze vereint, dass sie, „indem sie die lebensweltlichen Potentiale der AdressatInnen (zu) stärken (suchen), ihre Defizite [...] überwinden und Optionen freisetzen [...] (um) einen gelingenden Alltag zu ermöglichen und zu erleichtern [...]“ (Grunewald/ Thiersch, 2018, S. 906). Damit die Potentiale der Adressat\*innen entfaltet werden können, stehen die Themen Ressourcenstärkung sowie Mobilisierung von Selbsthilfepotentialen (NZFH, o. J, 1, S.9) im Zentrum der Arbeit Früher Hilfen.

Mit der Geburt eines Kindes verändert sich die bisherige Lebenswelt der Eltern fundamental. Cowan und Cowan bezeichnen Paare, die ein Kind bekommen, als Pioniere auf einer Reise, deren Ziel noch unbekannt ist (Cowan & Cowan, 1994, S. 24). Um mit den veränderten Lebensbedingungen zurecht zu kommen, sollte bei den Eltern innerhalb kürzester Zeit die intrinsische Motivation zur Veränderung des eigenen Lebens entstehen.

Obwohl Frühe Hilfen per Definition allen Eltern offenstehen (NZFH o. J. 1, S. 9), „[...] richten [sie] sich insbesondere an Familien, die über geringe Ressourcen verfügen und wenig in der Lage sind, sich selbst Unterstützung zu organisieren“ (ebd. S. 10). Um diese Familien zu erreichen,

sollen die Zugänge zu den Angeboten Früher Hilfen möglichst niedrigschwellig gestaltet werden. Um diesem Gedanken gerecht zu werden, suchen die Gesundheitsfachkräfte der Frühen Hilfen psychosozial belastete Familien auf Wunsch zu Hause auf. Folgt man Eickhorst, hat sich die „Gehstruktur“ für die Unterstützung von belasteten Familien mit mehreren Risikofaktoren als besonders erfolgversprechend erwiesen (Eickhorst, 2019, S. 21).

Gleichwohl, wenn eine familiäre Situation von Fachkräften aus dem Gesundheits- oder Jugendhilfebereich als risikobehaftet, aber noch nicht gefährdend für die kindliche Entwicklung eingeschätzt wird, obliegt es der Entscheidung den Eltern, ob sie eine Unterstützung annehmen möchten, da Frühe Hilfen dem Freiwilligkeitsgrundsatz folgen. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Eltern von einer Veränderungsmotivation getragen sind, welche die Arbeit in den Familien erst ermöglicht.

Es ist davon auszugehen, dass Unterstützungsleistungen aus dem medizinischen Bereich allgemein nicht als stigmatisierend wahrgenommen werden. Daher haben sich „Als besondere Brückenangebote im Bereich Früher Hilfen [...] die Leistungen der Familienhebamme oder der Familien- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (FGKiKP)“ (NZFH, 2015, S. 9) erwiesen. Sie verbinden gesundheitlich- medizinische Expertise mit psychosozialer Beratung und Betreuung. Darüber hinaus können die GFK bei Bedarf im Rahmen ihrer Lotsenfunktion in weiterführende Angebote des Gesundheitswesens oder der Kinder- und Jugendhilfe vermitteln.

Die praktische Ausgestaltung des Angebots der Familienhebammen/ FGKiKP, welche inzwischen unter dem Namen der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung firmiert, soll den Lesenden nachfolgend beschrieben werden.

## **1.2 Arbeitsauftrag und Verortung der Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen**

Die vorangegangenen Ausführungen verdeutlichen, dass Frühe Hilfen alle (werdenden) Eltern ansprechen, jedoch vorwiegend Familien mit Säuglingen und Kleinkindern „[...] mit hohen psychosozialen Belastungen [...]“ (Sann, 2014, S. 227) in den Blick nehmen.

Nach einer Aufbauphase von fünf Jahren wird das Angebot der gesundheitsorientierten Familienbegleitung „[...] von der überwiegenden Mehrzahl der Kommunen in Deutschland vorgehalten.“ (Renner, Scharmansky, Paul, 2018 b, S. 119)

Im Rahmen von länderspezifischen Weiterbildungen wurden und werden, insbesondere staatlich examinierte Hebammen/ Geburtshelfer sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger\*innen, zu Gesundheitsfachkräften der Frühen Hilfen qualifiziert. Die Weiterbildungsinhalte wurden im Auftrag des NZFH erstellt (NZFH, 2016). Nach Abschluss der Zusatzqualifikation sind die

Fachkräfte der Frühen Hilfen befähigt, „[...] Familien zu unterstützen, die unter psychosozial belasteten Bedingungen Kinder erziehen.“ (Renner/ Scharmanski, 2016, S. 1323) Gesundheitsfachkräfte der Frühen Hilfen arbeiten ausschließlich auf Wunsch der Eltern. Dieser Freiwilligkeitsgrundsatz gilt auch dann, wenn die Familien durch Netzwerkpartner\*innen (z.B. Schwangerschaftsberatungsstellen, Kliniken, Arztpraxen, Frühförderstellen, Jugendamt, Jobcenter, Bewährungshilfe u.a.) vermittelt werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die angebotene Unterstützung auch ihre Wirkung entfalten kann.

Häufig sind die Belastungslagen der Familien hoch komplex. Diese reichen über „[...] gravierende Armut, körperlicher [und/ oder] psychischer Erkrankung“ (Renner, Scharmansky, Paul, 2018 b, S. 119), Suchterfahrung, ungewollte Schwangerschaft, Trennung, eigene belastende Bindungserfahrung, traumatische Erlebnisse rund um die Geburt des Kindes bis hin zur Inobhutnahme eigener, älterer Kinder. Die Arbeitserfahrung der Autorin (Tätigkeit als FGKiKP am Gesundheitsamt Leipzig) zeigt, dass selten eine Belastungssituation in den Familien allein auftritt. Es wird auch kein Anspruch auf Vollständigkeit der hier benannten Belastungsfaktoren erhoben. Vielmehr sollen sie der/ dem Lesenden einen Eindruck von den Arbeits- und Lebenswelten vermitteln, denen die GfK täglich begegnen.

Der gewährte Einblick in den Arbeitsalltag der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung macht deutlich, dass diese Tätigkeit nur durch eine Qualifizierung möglich ist, die höchsten fachlichen Standards entspricht. Die grundständige Ausbildung zur Hebamme/ Geburtshelfer bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger\*innen kann hier nur ein erster Zugang sein. So baut die Weiterbildung auf das medizinisch- gesundheitliche Wissen der Fachkräfte auf. Dabei ist es erforderlich, dass der meist in der Medizin praktizierte defizitäre Blickwinkel auf Situationen hin zu einem ressourcenorientierten, salutogenetischen Ansatz weiterentwickelt wird. Die Fachkräfte erlangen in der Fortbildung Wissen und Methoden im Bereich Fachkompetenz (Wissen, Fertigkeiten) sowie personale Kompetenzen (Selbst- und Sozialkompetenz) durch Coaching und motivierende Gesprächsführungsinhalte. Hebammen führen nach abgeschlossenem Curriculum die Bezeichnung Familienhebamme und arbeiten entsprechend des „Kompetenzprofils Familienhebamme“ (Hahn/ Sander, 2013) mit schwangeren Frauen und Familien mit ihren Kindern bis zum ersten Geburtstag des Kindes. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger\*innen erhalten nach Abschluss der Qualifikation den Namen FGKiKP und sind gemäß dem Kompetenzprofil FGKiKP des NZFH (NZFH, 2014 a) befähigt, Familien ab der Geburt des Kindes bis maximal zum dritten Geburtstag des Kindes zu begleiten.

Die GfK unterstützen Eltern auf ihrem Weg als familiäre Gemeinschaft mit ihrem Kind zusammen zu wachsen. Indem sie die Eltern im Umgang mit dem Säugling beobachten, praktisch anleiten oder bei Bedarf korrigierend eingreifen, begleiten sie verantwortungsvoll den

Beziehungsaufbau zwischen Eltern und Kind. So können diverse elterliche Stressoren, wie z.B. „[...] eigene psychische Belastungen (u.a.) zu einer Abnahme der Sensitivität für die Signale des Kindes und zu einer reduzierten Bereitschaft, auf die kindlichen Interaktions- und Kommunikationsversuche einzugehen (Responsivität)“ (Adamaszek, Brand, Kurtz, Jungmann, 2013, S. 204) reduziert sein. Durch gemeinsame Betrachtung des Kindes, versuchen die GFK den Eltern die Erlebniswelt des Säuglings erfahrbar zu machen. Dabei wird das Ziel verfolgt, die intuitive Elternkompetenz zu stärken und eine bedürfnisorientierte, feinfühligere Versorgung des Kindes zu gewährleisten. Feinfühligkeit kann als der Schlüssel zum Aufbau einer tragfähigen, sicheren und damit Kindeswohl dienlichen Beziehung zwischen Eltern und Kind angesehen werden. Sie ist die Fähigkeit der Mutter oder einer anderen primären Hauptbezugsperson, die Kommunikation des Kindes zu erkennen und prompt, richtig und angemessen darauf zu reagieren. (Ainsworth, 2003, S. 414). In der praktischen Arbeit wird die Vermittlung von Feinfühligkeit unter dem Namen „Baby lesen und verstehen“ gemeinsam mit den Eltern erarbeitet. Damit können Frühe Hilfen ihrem präventiven Charakter gerecht werden, in dem sie Unterstützung und Begleitung anbieten, bevor pathologische bzw. destruktive Verhaltensweisen entstehen oder sich manifestieren, welche langfristig zu einer latenten Gefährdung des Kindeswohls führen können.

Die Interaktionsförderung zwischen Eltern und Kind ist nur ein Baustein, aber der wohl Wesentlichste, auf dem die Unterstützung der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung aufbaut. Wie bereits erläutert, arbeitet die GFK mit der vorgefundenen Lebenswelt der Klient\*innen, greifen vorhandene Ressourcen auf und versuchen, diese zusammen mit den Eltern zu stärken und auszubauen.

Um den Fachkräften eine Handlungsorientierung zu bieten und zielorientiertes Arbeiten zu ermöglichen, wurden durch das NZFH fünf wesentliche elterliche Kompetenzbereiche definiert und mit spezifischen Items untersetzt (NZFH, 2013). Sie bilden den Arbeitsauftrag der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung in den Familien ab. Diese gliedern sich in „Interaktion zwischen Hauptbezugsperson (1), Fürsorge für das Kind (2), Annahme von Unterstützung bei weiterem, speziellen Hilfebedarf (3) Aktivitäten im Zusammenhang mit Haushalt und Lebensführung (4) und soziale Unterstützung (5)“ (Renner, Scharmanski, 2016, S. 1325). Um den sich dynamisch wandelnden Bedarfen in Familien, aber auch den fachlich gewachsenen Ansprüchen in der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung gerecht zu werden, wurde durch das NZFH eine Überarbeitung der Dokumentationsvorlage beauftragt. Seit Jahresmitte 2020 steht diese nun den GFK unter dem Namen „Dokumentationsvorlage Frühe Hilfen- Anleitung für Gesundheitsfachkräfte“ (NZFH, 2020) zur Verfügung. Mit Hilfe des neu entwickelten Arbeitsinstrumentes, gelingt es der GFK noch besser, ihre methodisch geleitete, an Zielen der Familien orientierende Arbeit abzubilden und für Netzwerkpartner\*innen im Fall,

nachvollziehbar zu gestalten. Damit wird das Ziel verfolgt, eine neue Qualität und Professionalität erreicht.

Im Rahmen der Qualitätsentwicklung und um externen Netzwerkpartnern\*innen die Arbeit der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung transparent darzustellen, wurden am Gesundheitsamt Leipzig die spezifischen Arbeitsfelder der GFK fachinhaltlich untersetzt (Anlage 1 und 2).

Es ist nicht selten, dass die familiären Belastungen „[...] so stark ausgeprägt sind, dass die Gesundheitsfachkraft die Vermittlung in zusätzliche Hilfsangebote in Erwägung zieht [...]“ (Renner, Scharmanski, 2016, S. 1325 S. 1325). Damit kommt die GFK ihrem Lotsenauftrag nach. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wird von der GFK umfangreiches Wissen über Angebote im Sozialraum der Familien vorausgesetzt. Gleichzeitig sollen die Fachkräfte über Wissen verfügen, welche Unterstützungsleistungen und Interventionsmöglichkeiten im Kinderschutzfall die Regelungen des SGB VIII vorhalten und wie sie selbst in einer Kindeswohl gefährdenden Situation zu handeln haben (§4 KKG).

Wie die Erläuterungen verdeutlichen, zeigt das Arbeitsfeld der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung durch sein breites Tätigkeitsfeld viele Schnittmengen zur Sozialen Arbeit und der Medizin auf. Eine eindeutige Zuordnung der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung ist weder zu den Leistungen des SGB V noch zum SGB VIII möglich. Vielmehr ist mit dem Auf- und Ausbau der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung ein “hybrides“ Tätigkeitsfeld zwischen Gesundheitsförderung und Familienhilfe (Sann, 2014) entstanden. Damit haben Frühen Hilfen ein erstes Zwischenziel erreicht, den Brückenschlag zwischen Medizin sowie Kinder- und Jugendhilfe herzustellen.

Nachfolgend soll daher die Frage erörtert werden, was erzieherische Hilfen (§27 ff. SGB VIII) für Familien leisten können und wann die Familienhilfe (§31 SGB VIII) eine geeignete Hilfeform darstellt.

### **1.3 Grundgedanken der Hilfen zur Erziehung nach § 27 ff. SGB VIII**

Wie bereits vorangehend dargestellt, sollen Frühe Hilfen besonders Familien mit Säuglingen und kleinen Kindern präventiv begleiten, welche sich in herausfordernden Lebenssituationen befinden. Sollten die familiären Belastungen so stark ausgeprägt sein, dass Frühe Hilfen allein nicht mehr wirksam sind, ist es Aufgabe der GFK bei den Personensorgeberechtigten (PSB) auf die Inanspruchnahme weiterer Hilfen hinzuwirken. Im Regelfall werden die GFK auf die Möglichkeiten der Hilfen zur Erziehung (HzE) hinweisen, und versuchen, die Eltern zu motivieren, ein Beratungsgespräch beim örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe, dem Jugendamt mit dem Bereich des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD), in Anspruch zu nehmen.

Um Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsauftrages sowie Erziehungsrechts (Art. 6 Abs. 2 GG, §1 Abs. 2 SGB VIII) wirksam zu unterstützen, werden im SGB VIII ab §27 ff. zahlreiche intensive Beratungs-, Betreuungs- und Hilfe- Arrangements für junge Menschen und ihre Familien vorgehalten (Trede, 2014, S. 15). Die im § 27 ff. SGB VIII aufgeführten Leistungen sind den PSB immer dann auf Antrag zu gewähren, „wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist (§27 Abs. 1 SGB VIII). Tammen und Trenczek verweisen darauf, dass auch im Rahmen der HzE der präventive Handlungsauftrag der Jugendhilfe greift, da für die Inanspruchnahme dieser Hilfen „[...] weder eine Kindeswohlgefährdung noch ein konkreter Schaden vorliegen muss“ (ebd., 2014. S. 476). Bereits im 8. Jugendbericht (1990) wurde der präventive Handlungsauftrag der Kinder- und Jugendhilfe diskutiert. Darin heißt es:

*„Schwierigkeiten entwickeln sich in Stufen, in Phasen, im Lauf einer Biographie, sie würden sich häufig nicht entwickeln, wenn die Situationen weniger belastend wären und Hilfen rechtzeitig gelängen, also: wenn präventive Hilfen erreichbar gewesen wären“ (8. Jugendbericht, BT- Ds 11/6576, 85).*

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, sieht der Gesetzgeber eine Vielzahl von Unterstützungsmöglichkeiten im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich vor, welche gesetzlich normiert sind. Unter Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII sind insbesondere Erziehungsberatung (§28), Soziale Gruppenarbeit (§29), Erziehungsbeistand/ Betreuungshelfer (§30), Sozialpädagogische Familienhilfe (§31), Erziehung in einer Tagesgruppe (§32), Vollzeitpflege (§33), Heimerziehung (§34) sowie die intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§35) zu verstehen. Wenn eine Hilfe nach eingehender sozialpädagogischer Diagnostik als notwendig und geeignet angesehen wird, ist eine Hilfe nach § 27 ff. SGB VIII zu gewähren. Nicht zuletzt finden auch alle Kombinationen i. V. m. § 41 SGB VIII (Hilfe für junge Volljährige) Anwendung.

Die Erfahrungen der Autorin aus der Praxis haben gezeigt, dass besonders die Hilfeform der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) in Familien mit Säuglingen und Kleinkindern eingesetzt wird, wenn eine Unterstützung durch die Frühen Hilfen nicht ausreichend ist, um dem Bedarf in der Familie gerecht zu werden. Dieses Zusammenwirken wird dann als Tandembegleitung bezeichnet.

Um die abschließende Fragestellung dieses Kapitels beantworten zu können, wird sich im Folgendem mit dem Arbeitsauftrag einer SPFH auseinandergesetzt. Nur so ist es möglich zu verstehen, wie aus Unterschieden in den Professionen Synergien für die begleitenden Familien erwachsen können.



### 1.3.1 Bedeutung und Auftrag der Hilfe nach § 31 SGB VIII

Wie den vorangegangenen Erläuterungen zu entnehmen ist, handelt es sich bei der Sozialpädagogischen Familienhilfe um eine ambulante Maßnahme der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der Hilfen zur Erziehung (§27 ff. SGB VIII), welche durch §31 SGB VIII gesetzlich normiert ist. Sie wird den PSB auf Antrag durch das Jugendamt gewährt, wenn ein erzieherischer Bedarf in der Familie vorliegt und die Hilfe als geeignet und notwendig eingeschätzt wird, um die PSB in ihrem Erziehungsrecht und ihrer Erziehungsverantwortung dem Kind oder Jugendlichen gegenüber zu stärken. Die Hilfe nach §31 SGB VIII ist auf einen längeren Zeitraum ausgelegt und soll den Familien Hilfe zur Selbsthilfe geben. In der Praxis wird meist ein freier Träger der Kinder- und Jugendhilfe mit der Durchführung der Hilfe beauftragt.

Sozialpädagogisch ausgebildete Fachkräfte suchen psychosozial hoch belastete Familien regelmäßig in ihrem Wohnraum auf. Diese „eignen sich bei hoher fachlicher und persönlicher Kompetenz für die Arbeit mit [...] Familien, die eine komplexe Problematik aufweisen“ (Rothe, 2017, S.19). Dabei sollen sie die Bedarfe aller Familienmitglieder in den Blick nehmen und diese bei der Bewältigung ihrer Probleme unterstützen. Dabei zielt die Hilfe nach Frindt (2010) darauf ab

*„[...] Familien zu einem gelingenden Leben zu befähigen, sie beim Umgang mit ihren Problemen, Schwierigkeiten und vielfältigen Belastungen zu unterstützen. Durch die Unterstützung der Eltern sollen die Lebensbedingungen der Kinder und Jugendlichen in den Familien verbessert werden. Ziel der sozialpädagogischen Intervention ist es, die Beziehung der Familienmitglieder untereinander zu verbessern und die Eltern zu einer verstärkten Übernahme ihrer Erziehungsverantwortung anzuleiten.“ (Frindt, 2010, S. 8-9)*

Familienhelfer\*innen müssen bereit sein, eine Beziehung mit der Familie einzugehen, ungeachtet der teilweise widrigen Lebensbedingungen, in welche die PSB mit ihren Kindern leben. „Das Leben erwartet von Eltern, den Kindern eine Zukunft zu geben, ihnen ein normgerechtes Verhalten vorzuleben, ihnen die Grundlage für eine Ausbildung zu ermöglichen, Vorbild zu sein in Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit etc.“ (Rothe, 2017, S. 21). Diese von der Gesellschaft erwarteten Verhaltensweisen stehen nach Roth häufig den tatsächlich vorgefundenen Realitäten in den Familien entgegen. Es ist daher Aufgabe der SPFH, nach der Phase der Auftragsklärung durch einen gelungenen Beziehungsaufbau zu den Adressaten, vorsichtig unangemessenes Verhalten anzusprechen und gemeinsam alternative Handlungsweise zu erarbeiten (ebd.)

Um dieses zu erreichen, muss die Hilfe durch eine SPFH mehrdimensional angelegt sein. Nur unter Einbeziehung des gesamten Familien- und Sozialsystems sowie den individuellen Erziehungs- und Beziehungsproblemen der Familie kann es gelingen, die familiären Probleme zu mildern oder bestenfalls vollständig zu lösen. Nach Schmidt soll die Fachkraft familienkontextuell orientiert, aufsuchend, zeitintensiv, ressourcen- und lebensweltorientiert, präventiv und kostenreduzierend arbeiten und gleichzeitig die Autonomieentwicklung aller

Familienmitglieder fördern (Schmidt, 2007. S.8). Damit dies gelingen kann, ist die SPFH auf die Mitwirkungsbereitschaft der Familie angewiesen.

Diese kann nur durch einen angemessenen Partizipationsprozess der Adressaten an der Hilfe bzw. dem Hilfeplan (§36 SGB VIII) erreicht werden. Auf die herausragende und herausfordernde Bedeutung des Hilfeplans (HP) wird im Kapitel 2 der vorliegenden Arbeit näher eingegangen.

Aufsuchend arbeitende sozialpädagogische Fachkräfte nach §31 SGB VIII arbeiten in der Regel nach unterschiedlichen, ineinandergreifenden sozialpädagogisch bzw. psychologisch erprobten Methoden. Dabei stehen nach Wolf der systemische Zugang zu einem Familiensystem, Ansätze aus der familientherapeutischen Intervention, die lebensweltorientierte Soziale Arbeit, die Sozialraum- und Ressourcenorientierung und zunehmend die Resilienzförderung (vgl. Wolf, 2015, S. 143) als methodische Instrumente zur Verfügung.

Auch wenn sich die sozialpädagogische Arbeit an den Bedarfen und Wünschen der Familie ausrichtet, ist das Kindeswohl immer handlungsleitendes Prinzip (Bayrisches Landesjugendamt, 2014). Sollten die Fachkräfte in ihrer Arbeit kindeswohlgefährdende Aspekte wahrnehmen, haben sie diese mit den Erziehungsberechtigten zu erörtern (§8a Satz 4 SGB VIII). Darüber hinaus sind durch die Fachkräfte geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die Kindeswohlgefährdung abzuwenden. Sollten die PSB jedoch nicht Willens und/ oder in der Lage sein, den Hilfsangeboten zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung nachzukommen, hat die SPFH eine Gefährdungsmeldung gemäß §8a SGB VIII an das zuständige Jugendamt zu übermitteln.

Diesem Argumentationsstrang folgend wird deutlich, dass sich mit der SPFH eine bedeutende Hilfeform im Kanon der erzieherischen Hilfen etabliert hat (Fröhlich- Gildhoff, 2014, S. 114). Es ist gelungen, mit der SPFH eine Hilfeform zu konstituieren, welche sehr flexibel und umfassend auf die Bedarfe von Familien und deren Kindern eingehen kann, um die PSB bei ihrem Erziehungsauftrag zu unterstützen. Dabei müssen die Fachkräfte, analog der GFK, hohe Personale- und Fachkompetenzen mitbringen, um die Familien zielführend zu unterstützen.

Vergleicht man das junge Arbeitsfeld der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung mit der langen Tradition der Familienhilfe, können viele Gemeinsamkeiten (z.B. Zielgruppe, methodisches Vorgehen, Gehstruktur, u. a) aber auch Unterschiede (z.B. Zugangskriterien, Grundprofession der Helfenden, Schwerpunkt in der Arbeitsbeziehung) ausgemacht werden. Im letzten Kapitel soll diskutiert werden, ob es sich bei den GFK der Frühen Hilfen um eine Parallelstruktur zu den HzE handelt, oder ob die Unterstützungslandschaft für Familien in Deutschland durch sie bereichert wurde.

#### **1.4 Frühe Hilfen- ein Parallelsystem zu den Hilfen zur Erziehung?!**

Wie eingangs erläutert, zielen Frühe Hilfen mit der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung darauf ab, als universell präventives Angebot allen (werdenden) Eltern mit ihren Kindern bis zum dritten Lebensjahr unterstützend zur Seite zu stehen. Darüber hinaus richtet sich die GFK besonders an Familien, welche „[...] unter psychosozial belasteten Bedingungen Kinder erziehen“ (Renner/ Scharmanski, 2016, S. 1323). Aufgrund dieser Ausrichtung, sowie der beschriebenen methodischen Arbeitsweise der GFK, könnte der Eindruck entstehen, dass sich Frühe Hilfen an die gleiche Zielgruppe wie die Erziehungshilfen (§27 ff. SGB VIII) richten und daher ein Parallelsystem bzw. ein konkurrierendes System darstellen könnten.

Durch die systematische Einbeziehung des Gesundheitswesens in die Konzeption Früher Hilfen, soll der präventive Kinderschutz (§4 KKG) gestärkt werden. Dies gründet sich nach Sann (2014) auf die Erkenntnis, dass eine Kumulation von unterschiedlichen familiären, gesellschaftlichen aber auch gesundheitlichen Risikofaktoren „[...] eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Entstehung von Entwicklungsschwierigkeiten und/oder das Vorkommen von Vernachlässigung bzw. Misshandlung“ (Sann, 2014, S. 277) anzunehmen sind. So ist es beispielsweise Gynäkologen\*innen, Geburtskliniken und Pädiater\*innen möglich, eine entsprechende Sozialanamnese vorausgesetzt, familiäre Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen und den Frauen/Familien eine niedrigschwellige, frei von Zugangsvoraussetzungen, längerfristige, bedarfsgerechte wie auch interdisziplinär vernetzte Unterstützung für sie und das Kind im Bereich der Frühen Hilfen anzubieten. Damit richten sich Frühe Hilfen in zweierlei Hinsicht früh an die Familien, „[...] nämlich früh in der Problementwicklung, also zu einem Zeitpunkt, wo die Risikointensität noch gering ist, und zum anderen bezogen auf das Alter, also die biographische Entwicklung des Kindes“ (Hentschke, 2011, S. 52). Frühe Hilfen sind mit ihren Angeboten den erzieherischen Hilfen vorgelagert, können aber bei Bedarf den Brückenschlag zu den Hilfen nach §27 ff. SGB VIII gewährleisten.

Anders als bei den Leistungen nach §27 ff. SGB VIII, zu deren Gewährung eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist (§27 Abs. 1 SGB VIII), also bereits konkret gefährdenden Aspekte im Fürsorgeverhalten der Eltern eingetreten ist, reicht es laut Sann bei der Inanspruchnahme Früher Hilfen aus, einer definierten Risikogruppe zugehörig zu sein (Sann, 2014, S. 227). Im Gegensatz zu den Hilfen zur Erziehung, welche den PSB auf Antrag und nach eingehender Prüfung gewährt werden, sind die Zugangsvoraussetzungen bei den Frühen Hilfen bewusst niederschwellig gewählt. Für die Inanspruchnahme genügen das Vorliegen einer Schwangerschaft bzw. das Vorhandensein eines Kindes unter drei Jahren im Haushalt.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal in welchem sich Frühe Hilfen von den Hilfen nach §27 ff. SGB VIII abgrenzen ist, dass sie bereits ab Beginn der Schwangerschaft unterstützend in den Familien tätig werden können. So ist lange Zeit vor Geburt des Kindes möglich, familiäre Risikofaktoren zu identifizieren und auf deren Abmilderung zusammen mit den Eltern hinzuwirken. Hingegen ist für die Inanspruchnahme erzieherischer Hilfen das Vorhandensein eines Kindes, für welches Erziehungsverantwortung getragen wird, erforderlich. Die Praxiserfahrung der Autorin zeigt, dass in seltenen Fällen bereits vor Geburt des Kindes durch den ASD eine HzE installiert wird. Ist dies aber der Fall, wird sie meist in Form einer Krisenhilfe, koordiniert, um risikobehaftete Lebensumstände in den Familien abzumildern und den Verbleib des Kindes nach Geburt in der Familie zu gewährleisten.

Erzieherische Hilfen haben, wie es der Name bereits impliziert, einen erzieherischen Auftrag. Nach Helming gibt es „[...] ein gewisses Risiko, dass sich die Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendhilfe und die Erwachsenen in den Familien stark aufeinander beziehen, sodass die Frage, ob die Hilfe erfolgreich läuft oder nicht, nicht ausreichend an den tatsächlichen Belangen des Kindes bewertet“ (Helming 2016, S. 24) werden. Dies kommt den Praxiserfahrungen der Autorin in einigen Fallsteuerungsverläufen nahe und soll an einem Beispiel verdeutlicht werden.

Seit Geburt lebt ein Säugling im Haushalt seiner Großmutter und wird von dieser vollumfänglich und bedarfsgerecht versorgt. Das Kind hat eine sichere Bindung zu seiner Hauptbezugsperson aufgebaut und entwickelt sich altersentsprechend. Seine langjährig drogenkonsumierende Mutter lebt nicht im Haushalt und sucht auch nicht intrinsisch motiviert Kontakt zu ihrem Kind. In den Unterstützungsprozess der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung bringt sie sich, trotz anderslautender Angebote, nicht ein. Durch den ASD wurde mehrfach signalisiert, dass, sollte der Wunsch der Mutter bestehen, eine Entzugs- und Langzeittherapie mit dem Kind anzustreben, dem entsprochen wird, da dies dem natürlichen Elternrecht entspricht (Art. 6 Abs. 2 GG; §1 SGB VIII). Sollte diesem Wunsch nachgekommen werden, ist die bisher stabil und sicher verlaufende Entwicklung des Kindes gefährdet. Nimmt man den extremsten Fall (“Was kann schlimmsten Falls passieren?“) an, könnte dies unter Umständen in einem neuen Fall für den ASD oder die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) münden. Dies begründet sich in den entwicklungspsychologischen Erkenntnissen, dass sich Bindungsabbrüche im Kindesalter negativ auf die weitere psychische Entwicklung des Kindes auswirken können. Weber folgend, verspürt das Kind eine existenzielle Angst und nimmt Schaden (Weber, 2013, S. 5), in dem es von seiner Hauptbezugsperson getrennt wird. Es wird daher als die natürliche Pflicht der Autorin gesehen, die Bedarfe des Kindes aus den Standards der Frühen Hilfen gegenüber dem ASD aufzuzeigen, um die kindlichen Bedarfe objektiv, aus medizinisch- entwicklungspsychologischer Sicht abzubilden. Damit kommt diese dem Arbeitsauftrag der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung aktiv nach, in dem das natürliche Recht des Kindes auf ein gesundes

Aufwachsen in förderlichen Lebensbedingungen fordert und gleichzeitig auf die Gefahren für die kindliche Entwicklung aufmerksam gemacht wird, sollte das Kind aus seiner bisherigen Lebenswelt herausgenommen werden.

Dieses Praxisbeispiel verdeutlicht, dass Gesundheitsorientierte Familienbegleitung und HZE ähnliche Zielgruppen adressieren. Dabei findet die GFK über einen gesundheitspräventiven-entwicklungsfördernden Zugang zu den Familien. Der Schwerpunkt der Hilfen nach § 27 ff. SGB VIII orientiert sich überwiegend an den erzieherischen Bedarfen der Familie. Darüber hinaus ist der zeitliche Rahmen einer Familienbegleitung in der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung maximal begrenzt, in dem die Frühen Hilfen von vornherein bis zum dritten Geburtstag eines Kindes Unterstützung anbieten können. Hingegen wird die HZE „[...] nach dem Sozialrecht erst beendet, wenn eine nachträgliche Veränderung der (tatsächlichen und rechtlichen) Verhältnisse eingetreten ist (§ 48 SGB-X), also z.B. der erzieherische Bedarf nicht mehr vorliegt oder die Altersgrenzen des SGB VIII erreicht sind“ (Trenczek, 2015).

Wie die Praxis zeigt, ist es nicht unüblich, dass sich SPFH und GFK in einer Familie begegnen. Gerade psychosozial hoch belastete Familien mit heterogenen Herausforderungen bedürfen passgenauen, aufeinander abgestimmten, häufig multiprofessioneller Hilfen, welche zum Wohle der Familie kooperativ zusammenarbeiten. Durch die Bündelung von Wissen und Fertigkeiten der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung mit denen der SPFH, können Synergien für die Familien im Hilfeprozess entstehen, von denen letztendlich die Familien und interdisziplinären Fachkräfte profitieren. Um genau abzugrenzen, wann welche Hilfeform geeignet ist, wann eine Tandembegleitung aus SPFH und GFK erfolgreich sein kann und Wirkung zeigt, wäre es nach Helming empfehlenswert, die Frage zu diskutieren, „[...] bei welchen Problemlagen welche Fachkräfte mit welchen Rahmenbedingungen, Aufträge und Hilfskonzepte eingesetzt werden sollen“ (Helming, 2016, S. 25).

Nach nunmehr acht Jahren Früher Hilfen mit der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung kann gesagt werden, dass Frühe Hilfen eine weitere Möglichkeit eröffnet haben, Familien bereits vor Geburt des Kindes spezifische Hilfe anzubieten und Kindern ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Frühen Hilfen ist es in vielen Fallbeispielen gelungen, die Entsülung zwischen den Systemen von Gesundheitswesen und Jugendhilfe durch alltagspraktische Arbeit voranzutreiben. So konnten Versorgungslücken im präventiven Kinderschutz minimiert und präventiver Kinderschutz als gesamtgesellschaftliche Aufgabe bewusster wahrgenommen bzw. interdisziplinär verdeutlicht werden.

## **2 Der Hilfeplan nach § 36 SGB VIII als Kooperationsvertrag zwischen Hilfeempfängern und den beteiligten Professionen**

Wie im voranstehenden Kapitel erläutert, können Lebensbedingungen und psychosoziale Belastungen in Familien so stark ausgeprägt sein, dass eine alleinige Unterstützung durch die Gesundheitsorientierte Familienbegleitung nicht ausreichend ist, um Familien zielführend bei der Bewältigung dieser Herausforderungen zu unterstützen. Hier sind die GFK angehalten, im Rahmen ihrer Lotsenfunktion, an geeignete Angebote und Institution, auch die der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe weiter zu vermitteln.

Als einer der wichtigsten Kooperationspartner in diesem Netzwerk hat sich der Allgemeine Sozialdienst (ASD) der örtlichen Jugendämter herauskristallisiert. Sollten die PSB einen Antrag auf Hilfen nach §27 ff. SGB VIII gestellt haben, und die „[...] Fachkraft des Jugendamtes und die Familie Klarheit darüber gewonnen haben, dass zur Bearbeitung der anstehenden Problemlagen eine Hilfe zur Erziehung sinnvoll und angemessen erscheint“ (Schwabe, 2019, S. 20), wird das Hilfeplanverfahren (§36 SGB VIII) eröffnet.

Dabei bezeichnet Hilfeplanung nach §36 SGB VIII einen „[...] geregelten Beratungs-, Aushandlungs- und Planungsprozess, in dem Personensorgeberechtigte (...) und ihre Kinder in umfassender Weise von Fachkräften des Jugendamtes beraten werden sollen“ (Schrapper, 2018, S. 1029). Schrapper folgend, soll Gegenstand der Beratung sein, dass sich gemeinsam mit den PSB darüber verständigt wird, „[...] welche Hilfen zur Erziehung nach den §§28 bis 35 und ggf. 41 SGB VIII geeignet und notwendig sind, die Entwicklung des Kindes (...) so zu fördern, dass sein Wohl (wieder) gewährleistet ist“ (ebd.). In allen Ebenen sind alle am Hilfeplan Beteiligten partizipativ einzubeziehen. Als Hilfeplanung wird der „[...] Gesamtprozess von der Beratung und Beteiligung über Bedarfsaufstellung und Aufstellung des Hilfeplans bis hin zur Beendigung der Einzelfallhilfe“ (Bundesarbeitsgemeinschaft der LJA, 2015, S. 11) bezeichnet. Partizipation hat dabei in mehreren Bereichen zu erfolgen. Zum einen sind die PSB vor Inanspruchnahme der Hilfe, und auch während dieser, intensiv und allumfassend durch den fallzuständigen Mitarbeiter des ASD zu beraten sowie einzubeziehen (§36 Abs. 1 Satz 1 SGB VIII). Darüber hinaus sind die PSB über ihr Wunsch- und Wahlrecht (§36 Abs. 1 Satz 3-5 SGB VIII) aufzuklären. Weiterführend ist es Aufgabe des ASD, gemeinsam mit den PSB individuelle Ziele, welche im Rahmen einer HzE (§ 27 ff. SGB VIII) erreicht werden sollen, zu erörtern. „Der Unterstützungsbedarf ist ohne die Beteiligung Betroffenen nur unvollkommen festzustellen“ (Nonninger, Meysen, 2019, S.90). Im Rahmen eines, möglichst systemisch orientierten Aushandlungsprozesses, ist zu ergründen, was es braucht, damit die PSB ihrem in Art. 6 GG sowie §1 SGB VIII verbrieften Erziehungsrechts und –pflicht wieder eigenverantwortlich und kindeswohldienlich nachkommen können. Durch die Beteiligung der PSB am Prozess der Hilfeplanung sollen, Eisenbraun folgend,

Adressaten zu aktiven Subjekten werden (Eisenbraun, Lux, Mayer, 1998, S. 79) und ihre gewährte Hilfe bewusst mitgestalten.

In einem weiteren Schritt, wenn die Hilfe über einen längeren Zeitraum zu leisten ist, ist eine Entscheidung im Zusammenwirken mit mehreren Fachkräften zu treffen (§36 Abs. 2 Satz 1 SGB VIII). Die fachliche Ausrichtung in der Hilfeplanung findet Anschluss an dem Leitgedanken Früher Hilfen. Diese fordern eine „Interprofessionelle, systemübergreifende Zusammenarbeit [...]“ (NZFH, 2017, S. 8) aller Akteure. Für die Frühen Hilfen stehen nicht die Systemlogiken der unterschiedlichen Systeme im Vordergrund allen Bemühens, sondern die Familien mit ihren Bedarfen (ebd.).

Das Hilfeplanverfahren gewährleistet, dass auch externe Sichtweisen, wie z.B. die der GFK, gesehen werden. Hierbei ist darauf zu achten, dass nicht allein die von Netzwerkpartnern\*innen geäußerten Bedarfe der Familie Eingang in den Hilfeplan finden. Dabei würde es sich um Fremdziele handeln, mit denen sich Hilfeempfänger nur begrenzt oder gar nicht identifizieren können, was im schlimmsten Fall zu einem Scheitern der Hilfe führen könnte. Hilfeplanung versteht sich vielmehr als sozialpädagogisch moderierter Prozess, welcher „[...] die betroffenen (...) Familien befähigen soll, die für die Hilfe ursächlichen Probleme mit Unterstützung (...) zu lösen“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter, 2015, S.12). Alle Beteiligten sind aufgefordert, sich aktiv und gleichberechtigt an diesem Aushandlungsprozess zu beteiligen. Der Hilfeplan (§36 SGB VIII) ist bindendes Strukturelement bei allen Hilfen nach §27 ff. SGB VIII, und ist durch den örtlichen Jugendhilfeträger durchzuführen. Dabei ist die „[...] gesetzlich normierte Adressaten- und Beteiligungsorientierung und reflexive Professionalität (...) Kennzeichen einer modernen lebenswelt- und dienstleistungsorientierten Jugendhilfe“ (ebd., S. 12).

In der vorliegen Arbeit wird sich allein auf die Kooperation von SPFH (§31 SGB VIII) sowie der GFK bezogen, wohl wissend, dass es auch andere Formen der Zusammenarbeit im Rahmen der Hilfen zur Erziehung gibt.

Die Praxiserfahrung der Autorin, sowie die Ausrichtung der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung in Leipzig haben über die Jahre gezeigt, dass Tandembetreuung, bestehend aus SPFH und GFK, für die Familie und die beteiligten Netzwerkpartner\*innen Synergien für den Hilfeprozess generieren können. Ein Grundsatz der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung in Leipzig ist es, trotz Vorortung am Gesundheitsamt, die Versäulung der Systeme Gesundheitswesen und Jugendhilfe aufzulösen, und aktiv am Hilfeplanverfahren mitzuwirken, mit Ziel ihre medizinisch- sozial ergänzende Expertise einzubringen. Dies wird von den Familien, und den sozialpädagogischen Fachkräften den meisten Fällen begrüßt.

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass ein erfolgversprechendes Hilfeplanverfahren, „[...] sowohl multiprofessionelle Perspektiven und Überlegungen als auch abgestimmte Schritte und Verfahren“ (ebd. S. 58) erfordern, um die gesetzlich verankerte Zusammenarbeit zu realisieren. Der Prozess der Hilfeplanung setzt eine enge, kooperative Zusammenarbeit aller Beteiligten voraus, um zielführend zu sein. Der Begriff Kooperation leitet sich aus dem lateinischen *cooperare* ab und wird als Kooperation bzw. Zusammenarbeit übersetzt. Nach Merten, Kaegi und Zängel wird unter Kooperation die „[...] engste Form der Zusammenarbeit (verstanden) (...) (welche) sich (durch) ein bewusstes und planvolles Herangehen bei der Zusammenarbeit sowie durch Prozesse des wechselseitigen Austausches und gegenseitigen Abstimmungen“ (Merten, Kaegi, Zängel, 2019, S. 19) auszeichnen. Damit führen Merten, Kaegi und Zängel zentrale Merkmale von Kooperation an, welche nicht nur Anschlussfähigkeit in der Hilfeplanung finden, sondern auch einen Grundpfeiler Früher Hilfen darstellen. Hilfeplanung erfordert, die Zusammenarbeit mit anderen öffentlichen Stellen und Einrichtungen, also auch der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung, welche mit den Belangen von Kindern und Jugendlichen befasst sind (Bundesarbeitsgemeinschaft LJA, 2015, S.58). Behringer und Höfer definieren, Kooperation als eine „soziale Interaktionsform zwischen verschiedenen beteiligten (teil-) autonomen Systemen (Schnittstellen) (welche) in einem Kommunikationsprozess zwischen gleichberechtigten Partnern Differenzen klären und gemeinsam Ziele aushandeln. Die gemeinsam vereinbarten Ziele, gleich der Hilfeplanziele, werden durch verbindliche Regelungen und deren Umsetzung festgeschrieben (Behringer/ Höfer, 2005, S.23).

„Insbesondere die Frühen Hilfen stellen (...) ein Handlungsfeld dar (...) welches vielfältige Anknüpfungspunkte und Schnittstellen zu den Angeboten und Maßnahmen der Jugendhilfe im Bereich der erzieherischen Hilfen aufweist“ (Bundesarbeitsgemeinschaft LJA, 2015, S. 59). Daher bietet es sich an, die Expertise der GfK in die Hilfeplanung mit einzubeziehen, um die Kooperation zwischen Leistungsempfänger (PSB), Leistungsträger (öffentliche Jugendhilfe) sowie den beteiligten Leistungserbringern (freie Träger der Jugendhilfe, Frühe Hilfen) im Rahmen des sozialrechtlichen Leistungsdreiecks zu befördern, sowie sich die Verschiedenheit der Professionen nutzbar zu machen. Aus diesen Unterschieden können Synergien für die Familien in der Ausgestaltung der Hilfe entstehen.

Damit ein Hilfeplanverfahren möglichst wirksam ausgestaltet werden kann, ist die beständige Beteiligung der PSB erforderlich. Dieser Prozess wird im Kapitel 2.1 näher beleuchtet. Darauf aufbauend soll sich mit der Herausforderung befasst werden, wie es im Hilfeplanprozess gelingen kann, eine gemeinsame Sprache (2.1.1), trotz Unterschieden in den Professionen, zu finden, damit sich Adressaten und Helfende im Prozess gesehen und mitgenommen fühlen. Um das Kapitel der Hilfeplanung zu schließen, mit dem Wissen der Möglichkeiten und Grenzen der einzelnen



Professionen, soll sich mit dem Thema der professionellen Beratungshaltung (2.2) auseinandergesetzt werden.

Nur im Zusammenwirken kann es gelingen, Familien mit ihren Kindern bei der Bewältigung ihrer individuellen Problemlagen zielführend zu unterstützen, und diese zu Profis ihres Lebens und Handelns werden zu lassen.

## **2.1 Beteiligung gestalten- Der erste Schritt zu einer gelingenden Kooperation**

Wie dargestellt, ist die Beteiligung aller am Hilfeplanverfahren Mitwirkenden ein zentrales, wenn nicht das bedeutendste Qualitätsmerkmal einer modernen Hilfeplanung. In der hier vorliegenden Arbeit soll Partizipation von Adressat\*innen, jedoch nicht allein, auf das Beteiligungsverfahren im Rahmen des Hilfeplans gedacht werden. Dies würde zu kurz greifen. Vielmehr soll Partizipation global auf helfende Unterstützung, als Frühe Hilfen und HzE, gedacht werden, da dies „[...] ein Grundprinzip unserer demokratischen Gesellschaft“ (Schnurr, 2015, S. 1171) und eine „[...] Strukturmaxime einer „lebensweltorientierte(n) Jugendhilfe“ (ebd.), und damit auch Früher Hilfen, darstellt.

Es besteht Einigkeit darüber, dass jede Form der Familienunterstützung „[...] umso erfolgreicher und wirksamer gestaltet werden (kann), je mehr sie den unterschiedlichen Bedürfnis- und Interessenlagen der Adressatinnen und Adressaten entsprechen und je mehr sie von allen Beteiligten getragen und gewollt werden“ (Bundesarbeitsgemeinschaft, LJA, S. 20). Hitzler und Messmer beschreiben Partizipation als ein „[...] Instrument der Berücksichtigung von Klientinnen und Klienten in Settings der institutionellen Problembearbeitung“ (Hitzler/ Messmer 2015, S. 174). Jegliche lebensweltorientierte Unterstützungsleistung, sei es die der SPFH oder der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung, würde Gefahr laufen zu scheitern, wenn sie sich nicht an den Bedarfen ihrer Adressaten orientiert. Diesem Gedanken folgend, ist es von Anbeginn jedes Hilfeprozesses erforderlich, dass die Fachkräfte die Eltern einladen „[...] aktiv mitzudenken und eigene Vorstellungen und Wünsche zu äußern“ (Krause, 2019, S. 102), sich also partizipativ an der Hilfe beteiligen, damit diese externe Hilfe, zu ihrer Hilfe wird.

Die Angebote von GFK und SPFH sollen dazu beitragen, die familiären Ressourcen und Kompetenzen zu stärken, und Familien bei der Überwindung von Problemlagen zu unterstützen. Dabei richten sich beide Angebote an den individuellen, und von der Familie formulierten Bedürfnissen aus. Die Gesundheitsorientierte Familienbegleitung kann dabei für sich proklamieren, da es sich bei Frühen Hilfen immer um ein freiwilliges Unterstützungsangebot handelt, dass die Adressaten, welche ein GFK in Anspruch nehmen möchten, in einem hohen Maß von einer intrinsischen Veränderungsmotivation getragen sind. Daher ist zu erwarten, dass

sich diese Zielgruppe in einem besonderen Maß aktiv an der Ausgestaltung der Zusammenarbeit beteiligt, in dem sie Wünsche und eigene Zielvorstellungen formuliert.

Hilfen zur Erziehung stellen auch ein freiwilliges Angebot an PSB dar, jedoch greifen diese erst, wenn eine dem Wohl des Kindes (...) entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist (§27 Abs. 1 SGB VIII), d.h. es müssen bereits besondere Problemlagen eingetreten sein, die eine Unterstützung erforderlich machen.

Die Praxiserfahrung der Autorin zeigt, dass es eher selten ist, dass Familien aus eigener Motivation heraus den Weg zum Jugendamt finden. Dies begründet sich häufig in der langläufig bekannten Angst, dass das "Jugendamt die Kinder wegnehmen würde". Daher ist es nicht nur Aufgabe der Sozialarbeiter\*innen, sondern auch Aufgabe der vermittelnden Frühen Hilfen, mit einer wertschätzenden Grundhaltung den PSB zu begegnen, und ihnen auf angemessene Weise das Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle zu erläutern. Gerade vor dieser Herausforderung ist es erforderlich, den PSB eigene Gestaltungsspielräume aufzuzeigen und diese gemeinsam, entlang der individuellen Wünsche und Bedarfe der Adressat\*innen, auszugestalten.

Partizipation von Adressaten muss dabei in den Köpfen der Helfer beginnen. Dabei handelt es sich um eine individuelle Haltung und Bereitschaft, Adressaten als die Profis für ihr Leben anzunehmen. Es gilt, PSB im Beteiligungsprozess in alle Überlegungen einzubeziehen, damit für sie Abläufe nachvollziehbar werden und sie zugleich in die Lage versetzt, sich aktiv für oder gegen ein Vorhaben zu positionieren bzw. dieses durch die Entwicklung einer eigenen Haltung zu beeinflussen. Friederike Alle folgend, ist es Aufgabe der Sozialarbeit, Eltern zu begleiten und zu beraten, sie dabei zu unterstützen, ihre Sichtweisen zu reflektieren und Bestehendes einer kritischen Prüfung zu unterziehen, um so eigene Veränderungsziele zu formulieren (Alle, 2017, S. 100), sie also zur aktiven Mit- und Ausgestaltung ihrer Hilfe zu motivieren und anzuleiten. Diese Grundhaltung wird auch von den GfK in den Frühen Hilfen angenommen und im täglichen Miteinander umgesetzt.

Klientenbeteiligung in jeglichen Unterstützungsprozessen entsteht jedoch nicht allein durch den guten Willen oder den gesetzlich verbrieften Beteiligungsanspruch. Damit Partizipation gelingen kann, benötigen Fachkräfte der Frühen Hilfen und der Sozialen Arbeit didaktische sowie methodische Kompetenzen, aber vor allem eine wertschätzende eigene Grundhaltung den Klient\*innen gegenüber. Beteiligungsverfahren, welche rein auf der Haltung gründen, sie durchführen zu müssen, da sie gesetzlich verankert sind, werden nach Harts Partizipationsstufenmodell<sup>3</sup> (1992) maximal als Alibi- Teilnahme (Stufe 3) bezeichnet werden

---

<sup>3</sup> Hart (1992) beschreibt acht Partizipationsstufen, wobei Stufe 1–3 dem Bereich der Nicht-Partizipation zugeordnet sind und die weiteren fünf Grade (Stufe 4–8) Partizipation repräsentieren. Aktivitäten auf den untersten drei Stufen sollten vermieden werden. Alle anderen Stufen des Modells bezeichnen bedeutsame Formen der Partizipation. Die Stufen werden dabei als Partizipationsgrad verstanden die weder nacheinander noch alle zum Erreichen eines

können. Die Wahrscheinlichkeit, dass die geplante Intervention, sei es eine Frühe Hilfe oder HzE, vor diesem Hintergrund fehlläuft, ist groß.

Ziel von echter Partizipation muss es sein, dass Selbstwirksamkeitserleben (Neumann, Rennner, 2016, S. 1281) der PSB zu stärken und auszubauen, was als wesentliche Wirkvoraussetzung für einen gelingenden Unterstützungsprozess angesehen wird. „Wer spürt, dass mit dem eigenen Handeln Veränderungen herbeigeführt werden können, ist (...) motiviert, Veränderungs- und Entwicklungsprozesse anzustoßen. Damit wird durch die Möglichkeit zur Partizipation gleichzeitig die Annahme von Unterstützung erleichtert, da mit Partizipation die eigene Expertise zugesprochen wird“ (Schulze/ Schauer, 2020- Tagungsunterlagen).

Dabei stellt es keine Relevanz dar, ob es sich bei einer Unterstützungsleistung um eine Frühe Hilfe, eine freiwillig in Anspruch genommene Hilfe zur Erziehung oder eine Hilfe im Zwangskontext, auf welche hier nicht näher eingegangen werden soll, handelt. Die Mitbestimmung durch die Adressat\*innen ist immer möglich und erforderlich, da Partizipation Handlungsoptionen, im Sinn von Selbstwirksamkeitserleben und Ressourcenfindung, eröffnet und für alle Beteiligten Transparenz im Prozess herstellt.

Die Kooperationserfahrung der Autorin aus nunmehr siebenjähriger Tätigkeit im Bereich der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung Leipzig haben aber gezeigt, dass die Kinder- und Jugendhilfe, vor allem im Hilfeplanverfahren, noch einen langen Weg vor sich hat, um echte Partizipation in Form von Selbstverwaltung, Selbstbestimmung und Mitbestimmung (vgl. Hart, 1992, Partizipationsstufen 6-9) der Adressaten umsetzen kann. Noch immer kommt es in der Fachpraxis vor, dass nach sozialpädagogischer Diagnostik, der nachfolgende Hilfeplan Fremdziele aufweist. Fremdziele meint, dass den Hilfeadressaten „[...] Zielvorstellungen und Lösungswege über(ge)stülbt“ (Schwabe, 2019, S. 118) werden, mit denen sie sich nicht identifizieren können, von denen aber Dritte meinen, es wäre für die Familie gut, wenn sie diese verfolgen würden. Fremdziele im Hilfeplan können als Form der Exklusion verstanden werden, was wiederum der Partizipation entgegenwirkt. Diese Form der Hilfeausgestaltung ist leider noch immer stark im sozialpädagogischen Alltag vertreten. Sie entspricht aber weder einer lebensweltorientierten-, klientenzentrierten noch einer partizipativen Hilfeplanung. Schröders Partizipationsleiter (1995) folgend, kann hier maximal von Beteiligung in Form von Dekoration (Stufe 2) gesprochen werden. Das bedeutet, dass die PSB gefragt wurden, ob sie sich vorstellen könnten, zusammen mit den Helfern an der Zielerreichung zu arbeiten. Ob es sich dabei um die Ziele der Familie handelt, wird dabei weniger thematisiert.

---

Ziels bzw. zum Erreichen einer „besten“ und erstrebenswerten Form der Partizipation durchlaufen werden müssen (<https://www.kinderbeteiligen.de/partizipation-kinder-jugendliche.htm> ;, letztmalig abrufbar am 29.11.2020) Partizipationsstufen Anlage 3

Die Konsequenzen dieser fehlgeleiteten Partizipation zeigen sich meist relativ rasch im Hilfeverlauf. „[...] Familien wehren sich dagegen mehr oder weniger offen, z.B. dadurch, dass sie sich unmotiviert zeigen oder Hilfeangebote unterlaufen. Sie haben kein Interesse dran, sich für die Ziele anderer Personen oder Institutionen einspannen zu lassen“ (Schwabe, 2019, S. 118).

Die Wissenschaft der Sozialarbeit ist sich dem Spannungsfeld bewusst. „Während die Zentralität der Adressat\_innenbeteiligung für die Hilfeplanung übereinstimmend betont wird, wird bereits seit geraumer Zeit die defizitäre Umsetzung der Beteiligungsnorm bemängelt bzw. auf praktische Probleme und Dilemmata bei ihrer Umsetzung hingewiesen“ (Klinger, 2019, S. 19). Um die zentrale Frage, wie das Beteiligungsdilemma, in der Kinder- und Jugendhilfe aufgelöst werden kann, sollte ein flächendeckender, an der Praxis orientierter Diskurs angestoßen werden. Ohne Beteiligung der Betroffenen, darunter werden Adressat\*innen, Sozialarbeiter\*innen und anderer Fachkräfte welche mit den Belangen von Familien verstanden, kann kein zufriedenstellender Diskurs geführt werden. Es wird nicht zielführend sein, wenn allein aus der Theorie heraus Diskussionen geführt werden, welche in einer Top- down Mentalität der Praxis übergeholfen werden. Es müssen Gespräche miteinander und nicht übereinander geführt werden.

Diesen Diskurs haben die Frühen Hilfen noch vor sich. Im Fokus des NZFH für das Jahr 2021 steht daher die Frage, wie kann Elternbeteiligung in den Frühen Hilfen angestoßen, umgesetzt und gelebt werden. Frühe Hilfen können hierbei von den bereits gemachten Erfahrungen der Kinder- und Jugendhilfe profitieren. Vielleicht können in diesem Prozess Anregungen und Impulse gesammelt werden, von denen beide Arbeitsfelder im Sinn der Synergiebildung profitieren, und aus den Erfahrungen der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich Partizipation gemeinsam lernen. Nach Schulze und Schauer ist es zwingend erforderlich, „[...] alle am Prozess Beteiligten in angemessener Weise zu unterstützen um partizipative Prozesse umzusetzen (Schulze/ Schauer, 2020- Tagungsunterlagen). Dies gilt in einem besonderen Maß für die Kommunikation innerhalb der Hilfeausgestaltung.

Das gegenseitige Verstehen öffnet dabei allen Beteiligten Teilhabechancen. Hierbei sind vor allem Familien zu motivieren, aktiv „[...] ihrer Erwartungen und Bedürfnisse sowie zur Mitbestimmung in Entscheidungsprozessen“ (ebd.) zu kommunizieren. Darüber hinaus ist es Aufgabe und Herausforderung der Fachkräfte, eine gemeinsame, verstehende Sprache, im Hilfeprozess zu finden. Dies gewährleistet, dass sich die Beteiligten im Prozess verstanden fühlen.

Eine gemeinsame Sprache zu finden, kann einen weiteren Weg öffnen, um Systemgrenzen zwischen Kinder- und Jugendhilfe sowie Gesundheitswesen abzubauen, Familien aktiv verstehend am Prozess teilhaben zu lassen und gemeinsam den Hilfeprozess auszugestalten.

Anregungen, wie diese Hürde genommen werden kann, um einen weiteren Schritt im partnerschaftlichen Miteinander der Professionen und Adressat\*innen zu gehen, soll im Zentrum des folgenden Kapitels stehen, da Beteiligung ein gemeinsames Verstehen voraussetzt.

### **2.1.1 Verantwortungsvolle Hilfestellung- Über die Herausforderung eine gemeinsame Sprache zu finden**

Den vorangegangenen Erläuterungen folgend, wird unter Partizipation die Mitwirkung, Mitgestaltung und Mitbestimmung von allen an einem Unterstützungsprozess Beteiligten verstanden. Dies schließt die Adressaten der Hilfen sowie die professionellen Fachkräfte mit ein. Daher besteht die Notwendigkeit, dass ein Konsens über den verwendeten Sprachduktus im Hilfeprozess gefunden wird. Denn nur wer das Gesprochene versteht, kann sich aktiv am Umsetzungsprozess der Hilfe beteiligen. Dies gilt sowohl für Hilfeadressaten als auch für die professionellen Unterstützer\*innen.

Sprache besitzt die Möglichkeit, Menschen zu integrieren, ihnen das Verstehen auch in schwierigen Situationen zu erleichtern. Sprache kann exkludieren, soziale Ungleichheiten, aber auch unterschiedliche Bildungserfahrungen aufzeigen und verfestigen. Sprache ist also Macht.

Die Kooperationserfahrung der Autorin aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe sowie dem Gesundheitswesen haben gezeigt, dass es den unterschiedlichen Professionen schwerfällt, kommunikativ aufeinander zuzugehen. Häufig sind beide Fachdisziplinen in ihren jeweiligen Termini und Denkweisen verhaftet. „Die soziale Prägung bzw. Sozialisation der einzelnen Berufsgruppen ist unterschiedlich und wird in den jeweiligen Professionen bzw. Disziplinen auch unterschiedlich vermittelt und gelebt. Es gibt eine jeweils eigene Entwicklung einer ‘Sprache’, eigene Handlungsstränge und eine eigene professionelle Kultur“ (Blank, 2020, S. 170) versucht Blank die unterschiedlichen Kommunikationsweisen der Fachdisziplinen zu erklären.

Frühe Hilfen haben begonnen ein zu leisten, um Systemgrenzen zu überwinden. Sie können ihre Wirkkraft jedoch nur im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte, wie es auch im Hilfeplan nach § 36 SGB VIII gefordert ist, entfalten. Dazu ist es erforderlich, dass eine gemeinsame Sprache zwischen Helfenden und Hilfeempfänger\*innen gefunden wird. Wie bereits einführend dargestellt, besitzt Sprache die Macht, Menschen miteinander zu verbinden. Sie kann aber auch Menschen ausgrenzen, in dem ein Sprachterminus verwendet wird, welcher nur einer kleinen, fachspezifischen Zielgruppe zugänglich ist.

Gerade der zweitgenannte Aspekt ist, der Praxiserfahrung der Autorin folgend, häufig in Hilfeplangesprächen und Helfertreffen zu finden.

In diesem Kontext treffen nicht nur Sozialarbeiter\*innen auf zumeist fachfremde Klient\*innen, mit unterschiedlichen Bildungserfahrungen. Auch die medizinisch- sozial ergänzende Expertise der GFK, trifft auf Sozialpädagogik und hilfeschuchende Klient\*innen. Jede Paarkonstellation (Sozialarbeiter\*in- Klient; GFK- Klient; Sozialarbeiter\*in- GFK) an sich würde schon eine sprachliche Herausforderung mit sich bringen, da die Teilnehmenden unterschiedliche Sozialisations-, Bildungs-, und Professionserfahrungen mitbringen und meist über die Jahre ein eigenes sprachliches Verstehen entwickelt haben. Daher ist es erforderlich, dass eine gemeinsame Sprache gefunden wird, damit alle Beteiligten die gleichen Möglichkeiten haben, verstehend an einem Prozess teilzuhaben. Ohne eine gemeinsame Sprache ist Partizipation nur eingeschränkt umsetzbar.

Die Fachpraxis der Autorin zeigt, dass der Diskurs, um eine gemeinsame Sprache zu finden, noch geführt werden muss. In Kooperationsgesprächen zwischen Hilfeempfänger, GFK und Sozialarbeit ist es nicht unüblich, dass durch den ASD geplante Hilfe- bzw. Interventionsformen allein durch Nennung des entsprechenden Paragraphen benannt werden. Beispielhaft kann hier folgende Aussage angeführt werden: „Da prüfen wir eine 33“. Für die Fachdisziplin der Sozialarbeit mag es eindeutig sein, dass es sich bei „der 33“ um eine Vollzeitpflege gemäß §33 SGB VIII handelt. Die Mitarbeitenden der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung können mit diesen Aussagen jedoch nichts anfangen, sofern sie nicht sozialpädagogisch vorgebildet sind. Die Qualifikation zur GFK enthält keine Schulung in Bezug auf das SGB VIII und die darin enthaltenen Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen für Familien. Die Mitarbeitenden der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung werden ausschließlich zu den rechtlichen Bestimmungen im Zusammenhang mit Kindeswohlgefährdung unterrichtet. Daher wäre zu prüfen, ob es den sozial Arbeitenden bekannt ist, dass die GFK nicht mit den in der Sozialarbeit gebräuchlichen Termini und Abkürzungen vertraut sind. Hier könnten ohne große Probleme, Verständigungshürden abgebaut werden. Darüber hinaus würde es auch die Wertschätzung von fachfremden Professionen, hier der GFK, erhöhen. Dies wäre nur logisch, da die Beteiligung der GFK am Hilfeprozess häufig durch den ASD ausdrücklich erwünscht ist.

Um dem Gegenüber eine wertschätzende Haltung entgegen zu bringen und, um Verständigungsproblemen aufgrund verwendeter Fachtermini vorzubeugen, hat sich die Gesundheitsorientierte Familienbegleitung in Leipzig zu Aufgabe gemacht, dort, wo es möglich ist auf die Verwendung der medizinischen Fachsprache zu verzichten. Natürlich ist es, für langjährig, medizinisch erfahrenes Personal eine Herausforderung, nicht mehr den gewohnten lateinischen Terminus im Sprachgebrauch zu verwenden. Die GFK ist sich bewusst, dass weder Eltern, noch medizinisch nicht bewanderte Netzwerkpartner\*innen, mit medizinischen Fachtermini wie Gemini (Mehrlingsschwangerschaft) oder Gastroschisis (lat. für angeborenen Bauchwandbruch), um nur zwei zu nennen, etwas anfangen können. Eine noch größere

Verwirrung könnte die Abkürzung ASD in den Ohren aller Beteiligten hervorrufen. Aus sozialpädagogischer Sicht wird unter ASD der Allgemeine Soziale Dienst des Jugendamtes verstanden. Verwendet hingegen eine pädiatrische Fachkraft den Begriff des ASD, wird darunter ein angeborener Herzfehler verstanden.

Allein dieses Beispiel verdeutlicht, welche großen Verständigungsprobleme es zwischen Fachkräften geben kann. Ein und dieselbe Abkürzung kann, je nach Profession unterschiedliche Bedeutungen tragen. Spricht eine GFK davon, dass ein Kind ein ASD hat, versteht der Mediziner, dass das Kind an einem angeborenen Herzfehler leidet. Die Sozialarbeit hingegen könnte unter dieser Aussage verstehen, dass in der Familie der Allgemeine Soziale Dienst des Jugendamtes tätig ist.

Bis dato wurde nur die Seite der professionellen Netzwerkpartner\*innen beleuchtet. Es sollte sich aber vor allem die Frage gestellt werden, wie die Fülle an Fachtermini der professionell Helfenden auf Familien wirkt, welche multiple psychosoziale Belastungen mit sich bringen.

Dies könnte bei den Adressaten Unsicherheit und Angst hervorrufen, da sie das Gesagte gar nicht oder nur bedingt verstehen können. Diese Art der Gesprächsführung baut unnötig Hürden für die Identifizierung mit der Hilfe auf, und drängt Adressaten in eine Art Objektstatus, in welchem sie sich wenig oder gar nicht mehr selbstwirksam empfinden.

Aus den genannten Gründen, haben sich die GFK in Leipzig bewusst gegen die Verwendung von medizinischen Fachtermini in Begleitungsprozessen aber auch bei Netzwerkkontakten entschieden.

Damit soll erreicht werden, dass sich die Beteiligten auf Augenhöhe begegnen und in die Lage versetzt werden, gemeinsam den Prozess zu gestalten, wohl wissend, dass „[...] interdisziplinäre Kommunikation systematisch gelernt und eingeübt werden“ (ebd. S. 172) muss. Jegliche Gespräche sollten vor dem Wissen geführt werden, dass eine „[...] gute Kommunikation die Zufriedenheit im Arbeitsprozess (...) verbessert“ (ebd.) wenn sie auf Augenhöhe erfolgt. Darüber hinaus wird das gegenseitige Verstehen erhöht, was sich wiederum positiv auf den Arbeit- und Unterstützungsprozess auswirkt.

Die Veränderung bzw. Anpassung der eigenen, lang erlernten (Fach-) Sprache bedarf ein hohes Maß an Veränderungsbereitschaft. Nur wenn die Fachdisziplinen der Sozialen Arbeit sowie die des Gesundheitswesens bereit sind, ihre eigene professionelle Beratungshaltung zu überprüfen und bedarfsgerecht anzupassen, kann es gelingen Systemgrenzen zu überwinden. Nicht die eigene Fachdisziplin sollte egozentrisch im Mittelpunkt helfender Beziehungen stehen, sondern die Familien mit ihren Wünschen, Bedarfen und Fähigkeiten.

Um diesen Prozess anzustoßen bedarf es bei jeder Profession einer kritischen, reflektierenden Überprüfung der eigenen Haltung verbunden mit dem Mut, vertraute Denkstrukturen anzupassen. Das Zusammenspiel von Fachwissen, Partizipation, gemeinsamer Sprache sowie einer entsprechenden beraterischen Haltung kann einen gelingenden Hilfeprozess unterstützen.

## **2.2 Die Professionelle Beratungshaltung im Hilfeprozess**

Wie aus den vorangegangenen Erläuterungen hervorgeht, ist die Beratung von Klient\*innen, egal ob im Hausbesuchsetting oder im Hilfeplangespräch, das wohl wesentlichste Instrument der Sozialarbeit sowie der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung, um Hilfe- und Unterstützungsprozesse auszugestalten. Beratung wird nach Sickendiek, Engel und Nestmann als „[...] eine weitverbreitete und vielfältige Hilfeform (sowie) eine der zentralen professionellen Handlungsorientierungen und eine der wichtigsten Methoden sozialer, sozialpädagogischer und psychosozialer Arbeit“ (Sickendiek, Engel, Nestmann, 2002, S. 13) betrachtet. Aufgrund der hervorgehobenen Stellung der Beratung innerhalb der Sozialarbeit, wie auch in der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung werden hohe fachliche wie auch personale Kompetenzen von den Fachkräften erwartet, um den heterogenen Problemlagen der Klient\*innen gerecht zu werden.

Bevor mit Klient\*innen im Rahmen einer Hilfe, sei es die der SPFH oder Gesundheitsorientierten Familienbegleitung, in den Arbeitsprozess eingestiegen werden kann, ist ein intensiver und offener Beziehungsaufbau zwischen Adressat\*in und Fachkraft erforderlich. Dies gründet sich auf der Erkenntnis, dass die „[...] Qualität der Beziehung: im Sinne einer kooperativen, vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung zwischen Fachkraft und Klient“ (Albrecht, 2017, S. 47) die Basis für eine konstruktive Zusammenarbeit im Hilfesetting bildet. „In erster Linie sind Kompetenzen in der Beziehungsgestaltung entscheidend; methodische Kompetenzen spielen demgegenüber eine nachgeordnete Rolle“ (ebd.). Um eine Arbeitsbeziehung gestalten zu können, ist eine professionelle Beratungshaltung der Fachkräfte erforderlich. Aber was wird unter einer professionellen Beratungshaltung verstanden? Hat jede Fachkraft dieselbe Beratungshaltung, und wenn nein, wovon wird sie beeinflusst? Diesen Fragen soll im Folgenden nachgegangen werden, da die Beratungshaltung als Basis für das Beratungshandeln (ebd.) verstanden wird. Die professionelle Beratungshaltung der Sozialarbeitenden wie auch der GFK ist ein wesentlicher Wirkmechanismus, für einen gelingenden Hilfe- und Unterstützungsprozess.

Wie beschrieben, bildet die Beratungshaltung der Fachkräfte die Basis für das beraterische Handeln den Klient\*innen gegenüber. Sie beruht unter anderem auf individuellen Normen und Wertvorstellungen, „[...] sozialem Status, Kultur, Ethnie, Nationalität, Religion, Sprache, Hautfarbe, Geschlecht, Lebensstil“ (Albrecht, 2017, S. 51) der Fachkraft. Damit wird offenbar,



dass jede Fachkraft eine individuelle professionelle Beratungshaltung entwickeln wird, so dass man nicht davon sprechen kann, dass es nur die eine richtige professionelle Haltung gibt. Krause und Schäfer gehen in ihren Ausführungen in Bezug auf professionelle Haltung noch einen Schritt weiter, in dem sie kontrastieren, dass Haltung sich aus „[...] persönlichen Menschenbild, der gültigen Ethik und Moral sowie den Erfahrungsaufschichtungen der bisherigen Biografie“ (Krause, Schäfer, 2014, S. 280- 281) zusammenfügt. Den Erläuterungen folgend, ist Haltung nichts Statisches, sondern durch heterogene interindividuelle und intraindividuelle Prozesse und Erfahrungen wandelbar. Darüber hinaus verlangt jeder Fall den Fachkräften andere Fragen, andere Antworten, andere Methoden und Vorgehensweisen ab, so dass jeder Fall eine andere professionelle Beratungshaltung erfordert.

Ziel des Beziehungsaufbaus zwischen Fachkraft und Hilfeempfänger\*in ist der „Aufbau einer anteilnehmenden, zugewandten, verständnisvollen und fürsorglichen Beziehung“ (Albrecht, 2017, S. 50), um die Basis zu schaffen, gemeinsam Herausforderungen zu bewältigen und Veränderungsprozesse zu initiieren. Dabei bildet eine wertschätzende, akzeptierende Grundhaltung der Fachkräfte gegenüber den Hilfeadressaten\*innen die Basis jeder Zusammenarbeit. Dies bedeutet, dass Sozialarbeiter\*innen wie auch GFK von einer wertschätzenden, systemischen Haltung geprägt sind, dass jedes Verhalten, jede Einstellung und jede Handlung der Klient\*innen aus einem guten Grund erfolgt, und für die Handelnden Sinn ergibt. Dabei bedeutet uneingeschränkte Akzeptanz gegenüber der Lebenswelt der Adressat\*innen auch, dass die Fachkraft sich auf deren Realität einlassen kann, auch wenn diese nicht mit den eigenen Wertvorstellungen vereinbar ist. „Dieser vorurteilsbewusste Umgang mit den Klienten setzt eine Auseinandersetzung mit den eigenen Einstellungen, Werten und Verhaltensweisen voraus“ (ebd. S.51).

Allerdings erfährt diese Haltung ihre Begrenzung, wenn die Fachkraft kindeswohlgefährdendes oder selbst- und fremdgefährdendes Verhalten wahrnimmt und intervenieren muss. Im Sinne der Lösungsorientierung ist es dann Aufgabe der Fachkräfte, auch im Tandem, Lösungs- und Veränderungsmöglichkeiten aufzuzeigen, um die Gefährdung abzuwenden oder zu beseitigen.

Ein weiteres Merkmal professioneller Beratungshaltung im Hilfeprozess, ungeachtet ob es sich dabei um SPFH oder GFK handelt, ist das einführende Verstehen verbunden mit Kongruenz im Handeln (Rogers, 1983) der Fachkraft. Dies bedeutet, dass sich die Helfer in die Gedanken- und Gefühlswelt der Klient\*innen einlassen, diese akzeptieren, ohne mit vorschnellen Ratschlägen oder Interpretationen (Albrecht, 2017, S.51) zu reagieren. Dies ermöglicht den Beratenden die Perspektive der Klient\*innen einzunehmen, um so Handlungsweisen besser nachvollziehen zu können. Dabei ist es wichtig, dass sich die Fachkräfte kongruent, d.h. echt, unverfälscht und transparent gegenüber den Hilfeempfängern verhalten. Dies bedeutet in der Praxis, dass sich der

Beratende „[...] dessen, was er erlebt und leibhaftig empfindet, deutlich gewahrt wird und dass ihm diese Empfindungen verfügbar sind, so dass er sie dem Klienten mitzuteilen vermag, wenn es angemessen ist“ (Roger, 1983, S. 31). Kongruentes Verhalten gegenüber den Adressaten ist ein weiterer Gradmesser für eine professionelle Beratungshaltung, da nur sie authentisches Verhalten möglich macht.

Ein weiterer Aspekt, welcher Einfluss auf die Ausbildung einer professionellen Beratungshaltung hat, ist das Nähe- Distanz- Verhältnis zwischen Hilfeempfänger\*in und Fachkraft. In dem sich die Helfer diesen Wirkmechanismus bewusst machen, ist es ihnen möglich, diesen aktiv zu nutzen. So kann es im Rahmen der Hilfeausgestaltung notwendig werden, wenn psychosoziale Belastungen bei Klient\*innen so stark ausgeprägt sind, oder sich biografische Passungen zwischen Klient\*in und den professionell Helfenden ergeben, welche die Fachkraft in der Ausgestaltung der Hilfe sehr einschränken, dass die Fachkraft bewusst auf Distanz zum Unterstützenden geht., um zu verhindern sich „[...] selbst (zu) desillusionieren und nicht mehr hilfreich agieren zu können“ (Albrecht, 2017, S. 52).

Darüber hinaus arbeiten Sozialarbeiter\*innen und GFK prinzipiell ressourcen- und lösungsorientiert mit ihren Klient\*innen zusammen. Diese Haltung ermöglicht es ihnen, den Adressaten\*innen Handlungsmöglichkeiten und Gestaltungsspielräume aufzuzeigen, wo sie selbst keine Lösungsmöglichkeiten konstruieren können. Die Ressourcenorientierung geht davon aus, dass jeder Mensch, egal wie psychosozial belastet er auch ist, über individuelle Ressourcen verfügt, die bei der Bewältigung der Herausforderung hilfreich sind. Darauf baut die Lösungsorientierung in der Fallarbeit auf, in dem davon ausgegangen wird, dass positive Veränderungen in der Lebensführung der Ratsuchenden immer möglich sind. Lösungsorientierung zielt nicht zwanghaft darauf ab, ein Problem final zu lösen. Vielmehr wird dabei auch in Betracht gezogen, dass gewisse Herausforderungen nicht komplett bewältigt werden können und daher die Annahme bzw. Akzeptanz des Problems eine Bewältigungsstrategie darstellen können. Dabei ist es hilfreich, dass GFK und Sozialarbeiter\*innen die Hilfeempfänger immer als Experten für ihr eigenes Leben betrachten. Die Beratung speist sich hier aus der professionellen Haltung, dass sich Klient\*in und Berater\*in als Experten auf Augenhöhe (Albrecht, 2017, S. 53) begegnen. Dabei nimmt der/ die Klient\*in die Rolle des Experten für das eigene Leben, was der Lebensweltorientierung entspricht, ein und die Fachkraft die des „[...] Experten für die Unterstützung von Menschen in der Bewältigung von psychosozialen Problemlagen“ (ebd.). Den Fachkräften ist „[...] bewusst, dass sie nicht die Verantwortung für das Wohlbefinden der Klienten übernehmen können“ (ebd.). Dabei fördern und fordern SPFH und GFK von den zu Unterstützenden immer Hilfe zur Selbsthilfe ein. Nur in dem sie dies konsequent von den Adressaten einfordern, gelingt es, dass Klienten die ihnen angebotene Unterstützung im Sinne des Empowerments aktiv selbstverantwortlich und selbstbestimmt mit-

und ausgestalten. Nur so kann gewährleistet werden, dass sich die Hilfeempfänger ihre Hilfe zu eignen machen und sich in den Prozess einbringen. Dabei ist es essentiell, dass sich jede am Prozess beteiligte Fachkraft vergegenwärtigt, dass der Beratungsprozess einer besonderen Diskretion und Verschwiegenheit unterliegt. Darüber werden die Hilfeempfänger zu Unterstützungsbeginn allumfassend aufgeklärt. Nur dadurch wird es möglich, dass sich Klient\*innen im Rahmen eines Hilfeprozesses öffnen, und bereit sind, über individuelle Herausforderungen und Problemlagen zu sprechen.

Gerade in Kooperationsprozessen, wie ihn die Zusammenarbeit von SPFH und GFK darstellt, ist es wichtig, sich diesen Grundsatz beständig zu vergegenwärtigen. Daher ist es zu Beginn jeder Tandembegleitung erforderlich, in gemeinsamen Gesprächen mit den Klient\*innen auszuloten, welche Fachkraft für welche Herausforderung Ansprechpartner ist, und welche Themengebiete gemeinschaftlich bearbeitet werden. Den handelnden Fachkräften ist bewusst, dass im Rahmen einer Zusammenarbeit im Fall, die Fachkräfte durch die Klienten kontextbezogen von der beruflichen Schweigepflicht entbunden werden können. Dabei folgen sie dem Grundsatz, dass nur so viele Informationen wie nötig ausgetauscht werden und nicht so viele wie möglich.

Die Ausführungen in Kapitel 2 verdeutlichen, dass ein Hilfeplanverfahren sowie die Ausgestaltung einer Hilfe sehr komplex ist und weit über den formalen Verwaltungsakt einer Behörde hinausgeht. Nur das Zusammenspiel von Fach- und Methodenkompetenz, das Wissen um die Macht der Partizipation aller am Hilfeprozess, gepaart mit einer professionellen Beratungshaltung, kann die Wahrscheinlichkeit einer zielführenden Hilfeausgestaltung vergrößern. Kooperation stellt dabei nicht nur ein notwendiges Instrument zur Zielerreichung dar. Kooperation beschreibt vielmehr eine Haltung, welche von Personen und Institutionen mit Leben erfüllt werden muss, und nicht allein durch das Verabschieden von Kooperationsvereinbarungen umsetzbar ist.

Daher soll sich im folgenden dritten Kapitel mit den Arten von Kooperation sowie deren unmittelbaren Auswirkungen auf die aktive Zusammenarbeit von Gesundheitsorientierter Familienbegleitung sowie Sozialarbeit auseinandergesetzt werden.

### **3 Kooperation und Kooperationsformen zwischen Sozialer Arbeit und Gesundheitsorientierter Familienbegleitung?**

Den vorangehenden Ausführungen zu den Arbeitsweisen der GFK in den Frühe Hilfen sowie der Sozialpädagogischen Familienhilfe folgend, wird deutlich, dass beide Professionen, wenn sie in Tandembegleitungen in Familien aktiv werden, nur durch eine enge, kooperative und damit aufeinander abgestimmte Arbeitsweise, erfolversprechend handeln können. Der erstellte

Hilfeplan gemäß §36 SGB VIII stellte dabei nur eine Form eines Kooperationsvertrages zwischen Hilfeempfänger und helfenden Professionen dar.

Daher soll im vorliegenden dritten Kapitel ergründet werden, welchen Wert Kooperation im Zusammenwirken der Professionen zwischen GfK und Sozialarbeitenden hat, und wie sich interinstitutionelle (3.1) sowie interprofessionelle Kooperation (3.2) auf die Zusammenarbeit auswirken.

Es besteht ein gesamtgesellschaftlicher und politischer Konsens darüber, dass „Ein umfassender und nachhaltiger Kinderschutz (...) nicht ohne gelingende Kooperation und funktionierende Netzwerkarbeit“ (Alle, 2017, S. 169) möglich ist. Zu diesem Zweck wurden im SGB VIII zahlreiche Regelungen (u. a. §§ 4, 8a, 27, 36) verankert, um die verschiedenen Professionen und Fachdisziplinen zu verpflichten, zum Wohle von Kindern zusammenzuarbeiten (ebd.). Mit der Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes (BKSchG) 2012 und dem darin enthaltenen Art. 1 § 3- Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG), hat das Thema der Vernetzung und Kooperation noch einmal deutlich an Bedeutung gewonnen. Erstmals sind nicht nur die Träger der öffentlichen und freien Jugendhilfe zur Zusammenarbeit angehalten, sondern weitere relevante Personenkreise, welche mit den Belangen von Kindern und Jugendlichen betraut sind, werden zur Kooperation verpflichtet. Darüber hinaus wurden die Länder aufgefordert, aktiv den Netzaufbau im (präventiven) Kinderschutz voranzutreiben mit dem Ziel „[...] flächendeckend verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit der zuständigen Leistungsträger und Institutionen im Kinderschutz (...) (aufzubauen und weiterzuentwickeln), sich gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum zu informieren, strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung zu klären sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abzustimmen“ (Art. 1 §3 Abs. 1 KKG).

Es ist die Frage, ob es die aktive Aufforderung zur kooperativen Zusammenarbeit durch das BKSchG benötigt, da bereits im SGB VIII zahlreiche Regelungen zur fachübergreifenden Zusammenarbeit getroffen wurden. Eine Begründung kann darin gefunden werden, dass das SGB VIII nur die nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz Arbeitenden zur kooperativen Zusammenarbeit verpflichten kann, was sich durch Finanzierungs- und Professionsgrenzen begründen lässt. Ein weiteres Argument kann in der zunehmenden Ausdifferenzierung und Spezialisierung sozialer Dienstleistungen gesehen werden. Diese haben es sich zur Aufgabe gemacht, durch immer spezifischere Fragestellungen und Herausforderungen des sozialen Miteinanders, exklusive Angebote für eine Zielgruppe zu unterbreiten. Van Santen und Seckinger sehen die Ausdifferenzierung als eine Folge der zunehmenden Wissensvermehrung (Van Santen, Seckinger, 2005, S. 203) an. „Zu immer mehr Sachverhalten gibt es erklärende Theorien und empirisch gesicherte Erkenntnisse, die selbst wieder neue Fragen hervorrufen“ (ebd.) und in Form

von Angeboten Antworten verlangen. Nach van Santen und Seckinger wächst damit die Gefahr, dass „[...] Gesamtzusammenhänge immer stärker aus dem Blickfeld“ (ebd.) verschwinden. Um dieser Verinselung entgegen zu wirken, welche nicht nur in der Sozialen Arbeit, sondern auch in den Gesundheitssektoren Einzug gehalten haben, soll, durch das BKiSchG befeuert, auf bestehende Strukturen aufgebaut werden (Kerl- Wienecke, 2015, S. 48) dort wo sich Synergien versprochen werden.

Frühe Hilfen wollen dieser Verinselung entgegenwirken, in dem sie interdisziplinär, ausgerichtet sind. Im Rahmen Früher Hilfen ist kooperative Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen keine mögliche Option, sondern eine Verpflichtung. „[...] eine gute Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitsbereiches, der psychosozialen Beratungsstellen und Dienste sowie weiterer relevanter Akteure im Sinne von fachlichen Synergieeffekten zu fördern und andererseits fachfeld- und professionsübergreifend ein Netzwerk als zentralen Gelingensfaktor Früher Hilfen zu etablieren bzw. weiter zu entwickeln“ (ebd.) ist eine umfassende Aufgabe Früher Hilfen. Die aktive Forderung nach kooperativer Zusammenarbeit in den Frühen Hilfen soll der, bereits 2005 durch van Santen und Seckinger beschriebenen, starken Ausdifferenzierung und Verinselung entgegenwirken. Kerl- Wernicke folgend, wird durch die gesetzlich verpflichtende Zusammenarbeit von Diensten und Professionen, welche mit den Belangen von Kindern und Familien betraut sind, „[...] dem Rechnung getragen, dass in der Sozialen Arbeit eine institutionelle Zerstückelung der familiären und individuellen Lebenswelten von Eltern und Kindern nicht selten eine Vielzahl von Zuständigkeiten und Angeboten“ (Kerl- Wienecke, 2015, S. 48) entgegenstehen. Zentrales Anliegen Früher Hilfen ist es, einen Beitrag zur Entsäulung der Systeme beizutragen, und über Systemgrenzen hinweg kooperativ im Sinne der unterstützungsbedürftigen Familien zusammen zu arbeiten.

Über die Jahre hat sich in Deutschland eine heterogene Unterstützungslandschaft in der Sozialen Arbeit, wie auch dem Gesundheitswesen etabliert, um Kinder, Jugendlichen und ihren Familien, entsprechend ihrer Systemlogik, Unterstützung anzubieten. Daher bildeten sich in den jeweiligen Fachdisziplinen Angebote heraus, welche unter Umständen ein Parallelsystem zum anderen Arbeitsbereich darstellten. Dabei ist es nicht selten, dass die jeweiligen Akteure nichts voneinander wissen, wodurch die Übergänge der Familien nicht immer abgestimmt und koordiniert begleitet werden (ebd.). Dem möchten Frühe Hilfen mit ihrem multiprofessionellen, wie auch kooperativen sowie koordinierten Netzwerkgedanken entgegenwirken. Parallelstrukturen sollen aufgedeckt und zusammengeführt, sowie Versorgungslücken im Netzwerk geschlossen werden. „Ein gut funktionierendes Netzwerk Frühe Hilfen, (in welchem die sozialen Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe eine zentrale Rolle einnehmen), stellt für die Akteure eine Ressource dar, in dem durch die Erweiterung des Blickwinkels und durch

generierte Sichtweisen eigene Unsicherheiten oder die Begrenztheit der Expertise der Fachfelder und Organisationen ersetzt werden können“ (ebd.).

Dabei besteht in den Frühen Hilfen das Bewusstsein, dass jede Profession und jede Organisation anderen System- und damit Arbeitslogiken folgt. Um diese zu überwinden, sowie Kapazitäten zu bündeln, ist es erforderlich, dass alle Akteure sich einer Zusammenarbeit öffnen, in dem sie miteinander ins Gespräch kommen und dort, wo es sinnvoll und erforderlich ist, kooperative Beziehungen eingehen. Mit dieser Form der intendierten Zusammenarbeit wird es möglich, dass Akteure ihr Leistungsspektrum beziehungsweise das der Organisation erweitern, so dass sie Ergebnisse realisieren können, zu denen sie allein nicht in der Lage gewesen wären (ebd. S. 49).

Um dieses Ansinnen umzusetzen, sind kooperativ ausgehandelte und abgestimmte Beziehungen zwischen den Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe sowie dem Gesundheitswesen (interinstitutionelle Kooperationen) erforderlich. Sie bilden die Basis für die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachkräfte im Fall (interprofessionelle Kooperation). Daher besteht die Notwendigkeit, sich mit den jeweiligen Eigenarten und Wirkmechanismen dieser Kooperationsformen auseinander zu setzen, was im Folgenden geschehen soll.

### **3.1 Interinstitutionelle Kooperation**

Aus den voranstehenden Ausführungen wird deutlich, dass Frühe Hilfen und damit auch das Handeln der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung von ihrer Anlage her auf Kooperation ausgerichtet sind. Daher muss nun die Frage beantwortet werden, wie es gelingen kann, unterschiedliche Organisationen mit ihren jeweiligen Systemlogiken so zu verknüpfen, dass die Zusammenarbeit für die Beteiligten Synergieeffekte generiert. Die Frühen Hilfen verfolgen mit ihrem koordinierten und systemübergreifenden Ansatz das Ziel, Familien frühzeitige und passgenaue Hilfe anzubieten. Auch „Die Kinder- und Jugendhilfe ist für eine erfolgreiche Bearbeitung ihrer Aufgaben, also bei der passgenauen Unterstützung in Einzelfällen, bei der Bereitstellung von Infrastrukturangeboten und bei der Erfüllung ihres politischen Auftrages, auf eine entwickelte interinstitutionelle Kooperationskultur angewiesen“ (van Santen, Seckinger, 2019, S. 360).

Damit wird offenbar, dass Frühe Hilfen und die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe ein gemeinsames Ziel verfolgen, in dem sie das Erfordernis einer interinstitutionellen Kooperation anerkennen und ihr fachliches Wirken daran ausrichten. Diese Form der kooperativen Zusammenarbeit benötigt intensive gemeinsame Aushandlungsprozesse, welche sachliche, fachliche und institutionelle Aufteilung von Zuständigkeiten, Schnittstellen, Klientenzuweisung sowie Informationsrückkopplung festschreiben (von Kardorff, 1998, S. 210).

„Im Zusammenhang mit Frühen Hilfen sollte (Seckinger folgend,) von institutioneller Kooperation gesprochen werden, um zu verdeutlichen, dass es sich bei der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren aus den Bereichen Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitsbereich, psychosoziale Beratungsstellen und weiteren Akteurinnen und Akteuren (...) in der Regel nicht um Einzelpersonen handelt, sondern Institutionen und Organisationen miteinander kooperieren“ (Seckinger, 2015, 46). Diese Ausführung verdeutlicht, dass jede professionell handelnde Fachkraft, sei die der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung, die Sozialarbeitenden des ASD oder eine Sozialpädagogische Familienhilfe, ihren jeweiligen Organisationen und deren Handlungslogiken verpflichtet ist und diese auch nach außen repräsentiert. In diesem Zusammenhang definieren van Santen und Seckinger interinstitutionelle Kooperation als „[...] ein Verfahren- also keinen inhaltlich definierbaren Handlungsansatz- der intendierten Zusammenarbeit, bei dem im Hinblick auf geteilte oder sich überschneidende Zielsetzungen durch Abstimmung der Beteiligten eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösungskompetenz angestrebt wird“ (van Santen, Seckinger, 2003, S. 29). Damit stellen van Santen und Seckinger klar, dass es sich bei interinstitutioneller Zusammenarbeit um eine „Arbeitsmethode“ (Seckinger, 2015, S. 46) handelt.

Interinstitutionelle kooperative Beziehungen in den Frühen Hilfen verfolgen das Ziel, die Zusammenarbeit zwischen professionsfremden Partnern, z.B. Gesundheitswesen und Sozialer Arbeit, und Organisationen auf- und auszubauen, Hürden für eine Kooperation zu überwinden und die „[...] Qualität der Zusammenarbeit zu verbessern“ (ebd.), mit der Absicht, Optimierungsprozesse anzustoßen. Merten und Amstutz gehen in ihrer Begründung zur Notwendigkeit kooperative Beziehungen in der Sozialen Arbeit einzugehen, noch einen Schritt weiter. Sie begründen den Kooperationsbedarf mit „[...] Kosteneinsparungen, Vermeidung von Fehl- und Doppelversorgung, Steigerung von Wirksamkeit und Effizienz sowie die Nutzung von Synergieeffekten durch gezielte Formen von Zusammenschlüssen“ (Merten, Amstutz, 2019, S. 44). Ziel ist es, dass sich alle handelnden Organisationen der Sozialen Arbeit sowie der Frühen Hilfen über ihre Unterstützungsangebote, Arbeitsweisen und Institutionslogiken austauschen, um Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Schnittstellen herauszuarbeiten, was den Forderungen des Art. 1 § 3 Abs. 1 KKG entspricht. Erst das Wissen um diese Faktoren macht eine intendierte Zusammenarbeit der Organisationen und darüber hinaus im Fall erst möglich.

Um in den Austauschprozess zu gelangen, ist eine bereite, sowie offen angelegte Netzwerkarbeit erforderlich. Da die Netzwerke Früher Hilfen kommunal sehr unterschiedlich ausgestaltet sind, sind auch die regional vorhandenen Netzwerke sehr heterogen. Damit Frühe Hilfen aber ihrem interinstitutionellen Kooperationsanspruch gerecht werden können, besteht der bundesweite Konsens, „[...] dass auf jeden Fall die Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitsbereich, psychosoziale Dienste (...)“ (Seckinger, 2015, S. 46) in das Netzwerk einbezogen sein müssen.

Nur so kann sichergestellt werden, dass sich alle regional verantwortlichen Akteure, welche mit den Belangen von Kindern und Familien betraut sind, austauschen und in einen Diskurs gehen können.

Die so gestiftete Zusammenarbeit verfolgt das Ziel, dass Angebote gebündelt werden oder, indem Gemeinsamkeiten identifiziert werden, Synergieeffekte generiert werden können. Darüber hinaus können noch Bedarfe im Versorgungsnetzwerk erkannt, und Lösungen, in Form von Angeboten oder kooperativen Zusammenschlüssen, erarbeitet werden. Dabei spielt es in der Logik Früher Hilfen keine Rolle, ob es sich dabei um Angebote der Kinder- und Jugendhilfe oder des Gesundheitswesens handelt. Vielmehr sollte im Sinn der Interdisziplinarität über gemeinsame Angebotsformate diskutiert werden, um die Entsäulung der Systeme voranzutreiben.

Dieser Prozess muss planvoll, koordiniert, sowie durch die Bedarfe der Familien und Netzwerkpartner\*innen geleitet sein. Koordination im Bereich der Sozialen Arbeit wie auch der Frühen Hilfen versteht sich dabei als Aushandlungsprozess, in welchem „[...] fachliche, institutionelle und/ oder regionale Aufteilung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zwischen zwei oder mehr beteiligten Handlungssystemen, die nur lose miteinander gekoppelt sind und in ihrer internen Arbeitsweise ansonsten selbständig handeln“ (von Kardorff, 1998, S. 210), geklärt und abgestimmt werden.

Nur wenn auf organisatorisch- administrativer Ebene die Weichen für eine aufeinander abgestimmte interinstitutionelle Kooperation gestellt werden, kann die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Professionen im Fall funktionieren und ausgebaut werden. Damit stellt die interinstitutionelle Zusammenarbeit die Basis für die Kooperationen von unterschiedlichen Fachkräften im Fall, welche als interprofessionelle Kooperation bezeichnet wird, dar. Daher soll sich nachfolgend mit dieser Zusammenarbeitsform, welche die Kooperation von ASD, GFK und Sozialpädagogischer Familienhilfe im Fall abbildet, auseinandergesetzt werden.

### **3.2 Interprofessionelle Kooperationen**

Wie vorangehend dargestellt, kann das Ziel Früher Hilfen, nämlich Familien frühzeitig passgenaue Unterstützung anzubieten, nur erreicht werden, indem das Gesundheitssystem sowie die Akteure der Sozialleistungssysteme interdisziplinär und sektorenübergreifend zusammenarbeiten. Für die Kinder- und Jugendhilfe und ihrem wohl prominentesten Akteur, dem ASD, ergeben sich aus dieser Zusammenarbeit auch Synergien, welche die interprofessionelle sowie interinstitutionelle Kooperation mit den Frühen Hilfen attraktiv machen. Der ASD Mitarbeitende muss sich den Herausforderungen stellen „[...] eine Balance zu finden zwischen notwendiger Spezialisierung und den damit verbundenen spezifischen Kompetenzen, sowie einer



ausreichend breiten Zuständigkeit, die dazu beiträgt, dass sich die Familien an möglichst wenige Fachdienste wenden müssen“ (van Santen, Seckinger, 2019, S. 360). Dadurch begründet sich die Notwendigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit mehrerer Fachkräfte aus unterschiedlichen Disziplinen im Fall. Jede Profession bringt ihre eigene fachspezifische Expertise ein, so dass durch das Zusammenwirken mehrerer Fachdisziplinen im Fall Synergieeffekte für die Familien und Fachkräfte erwartet werden.

Die Basis für diese Zusammenarbeit bildet die zuvor beschriebene interinstitutionelle Kooperation zwischen den handelnden Organisationen. Dabei ist es nicht ausreichend, Kooperationen ausschließlich formal im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung festzuschreiben. Erst die praktische Umsetzung zwischen den handelnden interprofessionellen Akteuren macht Kooperation für die beteiligten Professionellen wie auch für die Familien erfahrbar.

Durch die Ausführungen zur interinstitutionellen Zusammenarbeit wurde deutlich, dass alle handelnden Akteure ihrer jeweiligen Organisation und deren Handlungslogiken verpflichtet sind und diese auch nach außen, also auch im Rahmen einer Tandembegleitung bestehend aus SPFH und GFK, vertreten. Die Sozialarbeitenden sowie die GFK entstammen „[...] unterschiedlichen Professionen und Disziplinen mit unterschiedlichen Spezialisierungen, beruflichen Selbst- und Fremdbildern, Kompetenzbereichen, Tätigkeitsfeldern“ (Mertens, Kaegi, Zängl, 2019, S. 29), welche jedoch im Fall „[...] unmittelbar zusammenarbeiten“ (ebd.). Daher besteht die Notwendigkeit, dass die Akteure aus den Systemen eine „[...] gemeinsame Haltung im Sinne einer Verantwortungsgemeinschaft für Familien und Kinder“ entwickeln (NZFH, o. J. 3). Nicht die Profession steht im Mittelpunkt des fachlichen Wirkens, sondern die Familien mit ihren individuellen Bedarfen.

Besonders in komplexen Fallverläufen, welche durch multiple Problemlagen der Familien gekennzeichnet sind, ist eine arbeitsteilige Organisation der Fachkräfte, entsprechend ihrer Profession erforderlich, welche für alle Parteien einen Mehrwert generieren kann.

Diese Wirkkraft kann sich aber nur entfalten, wenn sich zu Beginn des Unterstützungsprozesses über die jeweiligen fachlichen Rollen sowie deren Verantwortungsbereiche verständigt wird. Gerade in Tandembegleitungen kommt dabei dem ASD, als die leistungsgewährende und steuernde Institution eine zentrale Rolle zu. „Da die Gesamtverantwortung für die Aufgabenwahrnehmung (...) beim öffentlichen Träger verbleibt, ist der ASD auf eine enge partnerschaftliche Zusammenarbeit“ (Nonninger, Meysen, 2019, S. 103) mit allen an der Hilfe beteiligten Professionen angewiesen. Um Überschneidungen, Dopplungen oder auch möglicherweise Missverständnisse in der Aufgabenzuständigkeit im Fall von Anbeginn zu vermeiden oder abzumildern, ist es Aufgabe der handelnden Fachkräfte, aber vor allem die des

steuernden ASD, in moderierten Abstimmungsgesprächen, über die Arbeitsfelder und –aufgaben der jeweiligen anderen Profession zu informieren und sich gegenseitig über die Aufgabenteilung im Fall zu verständigen.

Um Missverständnissen oder einer Überfrachtung mit Aufgaben in der Fallarbeit entgegen zu wirken, haben die GFK der Frühen Hilfen in Leipzig, entlang ihrer Grundprofession, spezifische Tätigkeitsfelder (Anlage 1 und 2) erarbeitet. Diese werden allen am Fall Beteiligten zu Beginn des gemeinsamen Arbeitsprozesses übergeben und bilden die Grundlage, um in einem kooperativen und arbeitsteiligen Aushandlungsprozess über die Zuständigkeitsbereiche im Fall überein zu kommen. Dies ist erforderlich, um Differenzen zwischen den Professionen im Fallverlauf über Zuständigkeiten vorzubeugen. Da es sich bei der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung um ein „hybrides Tätigkeitsfeld zwischen Gesundheitsförderung und Familienhilfe“ (Sann, 2014), wie in Kapitel 1.2 diskutiert, handelt, kann es zu Überschneidungen zwischen SPFH und GFK in der Fallarbeit kommen. Aber auch die Fragen nach den jeweiligen Zuständigkeiten werden aufgeworfen. Dies gilt es im Sinne der Klient\*innen zwingend zu vermeiden.

Zwar werden durch den Hilfeplan (§36 SGB VIII) Hilfeplanziele, entsprechend der SMART<sup>4</sup> Methode, festgeschrieben, sowie Personen benannt, die mit deren Durchführung betraut sind. In der Praxis wird dann aber häufig die Frage aufgeworfen, welche Profession, also SPFH oder GFK, für die Realisierung verantwortlich zeichnet. Daher ist ein wohl koordinierter Austausch zu Beginn jeder Hilfe, aber auch im Hilfeverlauf, erforderlich, um gemeinsam mit den Familien und beteiligten Fachkräften Handlungsstrategien abzustimmen und transparent Zuständigkeiten zu klären. Nur so kann es gelingen, dass Familien in Belastungssituationen passgenaue Hilfe aus den Unterstützungssystemen Gesundheitswesen sowie Kinder- und Jugendhilfe erhalten, und eine Fehlversorgung vermieden wird (NZFH, o. J. 3). Darüber hinaus sammeln die Mitarbeitenden beider Versorgungssysteme Erfahrungen im interprofessionellen Miteinander, was den Abbau von Hürden in der Zusammenarbeit vorantreibt und sich damit perspektivisch auf weitere Tandembegleitungen auswirkt.

Über eine zielgerichtete interinstitutionelle und interprofessionelle Kooperation zwischen den Systemen des SGB V, des SGB VIII sowie dem hybriden Bereich der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung (Sann, 2014) kann es langfristig gelingen, Grenzen zwischen den Systemen zu überwinden. Über die gemeinsamen Erfahrungen im Fall wird kontinuierlich die Zielerreichung Früher Hilfen, Familien frühzeitige und passgenaue Hilfe anzubieten, erreicht (NZFH, o. J., 3) werden können.

---

<sup>4</sup> Das SMART Prinzip ist eine Methode, um Ziele systematisch zu planen und zu erreichen. Dabei müssen alle Nah- und Fernziele entsprechend des SMART Prinzips beschrieben werden. S= Spezifisch; M= Messbar; A= Akzeptiert; R= Realistisch; T= Terminiert

Um über die bereits ausgetauschten Argumente, warum eine Zusammenarbeit von Sozialarbeit wie auch Gesundheitsorientierter Familienbegleitung für alle Beteiligten Mehrwerte generieren kann, hinauszugehen, soll im Folgenden das Blickfeld über die Zusammenarbeit im Einzelfall hinaus erweitert werden, um Anregungen zu sammeln, wie bestehende Hürden der Zusammenarbeit weiter und nachhaltig abgebaut werden können.

#### **4 Fachliche Anregungen zur Überwindung von Systemgrenzen zum Wohl der Kinder in ihren Familien**

Voranehend wurde sich mit der, durch einen gemeinsamen Fall generierten, intendierten Zusammenarbeit der Fachkräfte des ASD, der SPFH sowie der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung auseinandergesetzt. Die Notwendigkeit in dieser Konstellation eine Kooperation einzugehen, ergab sich hierbei aus den Bedarfen der Familien. Die langjährige Erfahrung der Autorin im Bereich der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung hat gezeigt, dass sich kooperative und arbeitsteilige Beziehungen zwischen den handelnden Akteuren verbessern, je häufiger diese in einem gemeinsamen Fall, gesteuert über einen Hilfeplan (§ 36 SGB VIII), zusammenwirken.

Über diese intendierte Zusammenarbeit hinaus gibt es weitere Berührungspunkte zwischen den Akteuren des SGB V, SGB VIII, teilweise auch des SGB XII sowie den Frühen Hilfen, welche einer abgestimmten und koordinierten Zusammenarbeit bedürfen. Da, wie bereits erläutert, jede Profession eigenen Systemlogiken unterliegt, ist es nicht selten, dass es in der Zusammenarbeit zu Missverständnissen kommt, aus denen dann Konflikte resultieren. Um ein gegenseitiges Verstehen zu erlangen, ist es erforderlich, dass gemeinsam Professions-, Handlungs- und Systemlogiken besprochen und abgeglichen werden. Erst ein gegenseitiges Verstehen eröffnet weitere, aufeinander abgestimmte Handlungsformen. Im Folgenden sollen daher Anregungen gesammelt werden, wie es gelingen kann, trotz Unterschiedlichkeit in den Professionen, gemeinsame, sich ergänzende Schnittstellen zu finden, um so Systemgrenzen zu überwinden. Handlungsleitendes Ziel muss dabei sein, dass die Versorgung von unterstützungsbedürftigen Familien und ihren Kindern im Sozialraum verbessert wird.

Frühen Hilfen mit ihrem Angebot der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung haben eine neue Perspektive, nicht nur in die lang erprobte Fallarbeit Sozialer Dienste, sondern auch in Kinderschutznetzwerke eingebracht. Damit stoßen Frühe Hilfen, bedingt durch das BKiSchG, in lang gewachsene (kommunale) Strukturen, was den handelnden Akteuren und Einrichtungen Veränderung und Anpassung abverlangt. Zwar ist es das Ansinnen Früher Hilfen Systemgrenzen zu minimieren, in dem Vorbehalte abgebaut und Angebote aufeinander abgestimmt werden. Da sie jedoch in ein tradiertes Arbeitsfeld, wie es die Soziale Arbeit ist, hineinstreben, ist mit

Ablehnungen, Bedenken und Zurückhaltung gegenüber dem neuen Angebot zu rechnen. Diesen Herausforderungen müssen sich die Angebote Früher Hilfen und auch die Gesundheitsorientierte Familienbegleitung, auch acht Jahre nach ihrer Einführung noch immer stellen. In vielen Bereichen, vor allem in Bezug auf die interprofessionelle Fallarbeit konnten Hürden abgebaut werden. Um die Grenze zwischen den Systemen und ihren Institutionen abzuflachen, bedarf es jedoch weiterhin spezieller Angebots- und Diskussionsformate, um eine intendierte Zusammenarbeit zu generieren.

Das NZFH ist sich dieser Herausforderung bewusst und schlägt daher zur Überwindung die Implementierung von Interprofessionellen Qualitätszirkeln (NZFH, o. J., 3) vor. „Um eine Brücke zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen zu bauen, sind Akteure beider Systeme zu gleichen Teilen vertreten“ (ebd.). Ziel dieser Qualitätszirkel soll es sein, dass beide Professionen ein besseres Verständnis für die Handlungslogik des jeweils anderen Unterstützungssystems erhalten. Weiterhin kann über auseinanderliegende Sicht- und Handlungsweisen diskutiert werden, was das gegenseitige Verstehen erhöht. Darüber hinaus bietet ein interdisziplinärer Qualitätszirkel die Möglichkeit, sich zu Überleitungsfragen von Klient\*innen zu verständigen, was mehr Handlungssicherheit im Einzelfall generiert. In dem die Handlungssicherheit der Akteure aus dem Qualitätszirkel, bedingt durch multiperspektivisches Wissen, erhöht wird, können diese in herausfordernden Kinderschutzsituationen sicherer und aufeinander abgestimmt reagieren. Die Qualitätszirkel können dabei interprofessionell auf Fall- aber auch auf Administrationsebene einberufen werden. Da das Spektrum vertretenen Professionen nicht abschließend festgelegt ist, können viele Fachkräfte davon partizipieren, was sich positiv auf den aktiven Kinderschutz in der Kommune auswirkt.

Es ist anzumerken, dass neben den Akteuren, welche die Denk- und Arbeitsweise Früher Hilfen sowie der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung befürworten, auch Kritiker dieses Systems zu Wort kommen sollten. Nur indem deren Argumentation gehört wird, kann in einen offenen Diskurs gegangen werden. Dies ist erforderlich, um gemeinsam theoretische Lösungsansätze zu generieren, welche in der Praxis umgesetzt werden und später eine Evaluation unterzogen werden. Nur in dem alle beteiligten Parteien partizipativ und gleichberechtigt in den Prozess einbezogen werden, kann ein Konsens gefunden werden, welcher von allen mitgetragen wird.

Als weiterer Handlungsort, um Systemgrenzen zu überwinden, können die regionalen Netzwerkkonferenzen gesehen werden. Dazu muss es möglich sein, dass alle interessierten Netzwerkpartner\*innen, ungeachtet der Disziplin oder Stellung innerhalb der Organisation, Zugang zu Netzwerkkonferenzen der Landkreise und kreisfreien Städte ermöglicht wird. Die Konferenzen des Netzwerkes „[...] ermöglichen und fördern wechselseitige und gemeinsame Lernprozesse“ (NZFH, o.J., 2), was sich wiederum positiv in Hinblick auf die Überwindung von

Systemgrenzen auswirkt. Nur indem allen Akteuren das erforderliche „[...] Wissen um Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten in Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen (...) auf breiter Ebene verfügbar (sind, kann es) bereichsübergreifend genutzt“ (NZFH, o. J., 2) und verstanden werden.

Insgesamt kann gesagt werden, „[...] dass die Teilnahme an spezifischen Veranstaltungen der Frühen Hilfen das Vertrauen (der Netzwerkpartner\*innen) in ihre eigenen Fähigkeiten“ (van Staa, Renner, 2019, S. 16) psychosozial hoch belastete Familien zu fördern mit der Möglichkeit sie durch gezielte Weiterverweisung zu unterstützen, verbessert werden. Nur in einen fortlaufenden, fachlich breit aufgestellten Diskurs über die Systeme hinweg, können zielgerichtete fachliche Aushandlungsprozesse geführt werden, indem systematisch Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Handlungslogiken identifiziert werden. Entlang dieser Befunde können Handlungsleitlinien für einen gemeinsamen Kinderschutz über Systemgrenzen hinaus implementiert werden.

## **5 Fazit**

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, zu analysieren, was es braucht, damit Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen sowie SPFH und ASD kooperativ und zielführend in einem Fall aktiv werden können. Dazu wurden in einem ersten Schritt die Arbeitsaufträge der Professionen untersucht und in den jeweiligen gesetzgebenden Kontext eingeordnet. Dabei zeigte sich, dass das Tätigkeitfeld der GFK in den Frühen Hilfen stark an den wissenschaftlichen Theorien sowie Arbeitsmethoden der Sozialen Arbeit orientiert ist, diese aber konsequent an den Inhalten der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung ausrichtet. Vor diesem Hintergrundwissen wurde deutlich, dass es sich bei der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung um ein “hybrides Tätigkeitfeld“ (Sann, 2014), angesiedelt zwischen Gesundheitswesen und Sozialer Arbeit handelt.

Aus den gewonnenen Erkenntnissen konnte abgeleitet werden, dass es zwischen SPFH und GFK Schnittmengen gibt, aber auch deutlich voneinander abweichende Arbeitsbereiche. Die GFK der Frühen Hilfen richten sich als freiwilliges Angebot an alle (werdenden) Eltern mit Kindern bis zum dritten Lebensjahr, als primär oder sekundär präventives Unterstützungsangebot. Die Gesundheitsorientierte Familienbegleitung entfaltet ihre Wirkkraft durch einen gesundheitlich-sozial ausgerichteten Arbeitsansatz. Dabei orientieren sie sich unter anderem an den Theorien der Lebenswelt- und Ressourcenorientierung in ihrer Arbeitsausrichtung. Frühen Hilfen sind eine freiwillige Leistung der Kommune. Durch den Bund wird jedoch eine flächendeckende Versorgung mit Frühen Hilfen in Deutschland angestrebt. Das Angebot der SPFH hingegen ist eine Pflichtleistung der Kommune, welche PSB auf Antrag und eingehender Prüfung gewährt

werden muss, wenn die Leistung als geeignet und notwendig eingeschätzt wird. Ziel dieser Leistung ist es, dass PSB ihrem Erziehungsauftrag in angemessener und kindeswohldienlicher Weise nachkommen können. Dabei kann sich, je nach Bedarf des Familiensystems, die Unterstützung durch die SPFH auf alle Lebensbereiche der Familie erstrecken.

Aufgrund der umschriebenen Tätigkeitfelder von GFK und SPFH können sich beide Professionen in der Zusammenarbeit ergänzen, wodurch Synergien sowohl für die unterstützungsbedürftigen Familien wie auch die Fachkräfte entstehen. Durch die Differenzen in den Arbeitsfeldern, aber auch durch die beschriebene gegenseitige Ergänzung, stellt die Gesundheitsorientierte Familienbegleitung kein Parallelsystem zu den erzieherischen Hilfen dar.

Damit die beschriebenen Synergien ihre Wirkkraft entfalten können, wurde in einem zweiten Schritt untersucht, wie ein Hilfeplan (§ 36 SGB VIII) durch den ASD ausgestaltet und gesteuert werden sollte. Dabei wurde der Hilfeplan als Kooperationsvertrag zwischen den beteiligten Professionen und Familien betrachtet, da nur eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen gleichberechtigten Partnern zielführend ausgestaltet werden kann. Durch die Autorin konnten drei Kernelemente identifiziert werden, welche maßgeblich für die Ausgestaltung helfender Prozesse sind. Eine allparteiliche ausgerichtete Partizipation, vor allem der Hilfeadressaten, aber auch der Fachkräfte ist wohl der wesentlichste Indikator, um Unterstützungsprozesse positiv und konstruktiv auszugestalten. Partizipation wurde dabei auch unter dem Gesichtspunkt einer gemeinsamen, verstehenden Sprache untersucht. Um einen Hilfeprozess auszugestalten, wird von den handelnden Fachkräften eine wertschätzende, verstehende, aber auch sich immer weiterentwickelnde, fachliche Beratungshaltung abverlangt. Nur ein Kanon aus diesen Faktoren, welche sich alle in einem Fall handelnden Fachkräfte zugehörig fühlen, erhöht die Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Hilfegestaltung.

Letztendlich wurde aus der Metaebene beleuchtet, wie sich interinstitutionelle sowie interprofessionelle Zusammenarbeit, wie es die Kooperation von GFK, SPFH und ASD darstellen, auswirken. Dabei wurde offenbar, dass jede handelnde Profession eigenen System- und Organisationslogiken unterliegt, welche es zu achten gilt. Als Ergebnis kann konstatiert werden, dass vor allem die Institutionen und Professionen des Gesundheitswesens sowie der Kinder- und Jugendhilfe miteinander in den Dialog gehen müssen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu identifizieren. Erst wenn diese Aspekte bekannt sind, kann sich darüber verständigt werden, wie eine intendierte Zusammenarbeit ausgestaltet werden kann. Fehlt diese Auseinandersetzung, entstehen möglicherweise parallel- oder gegenläufige Strukturen, welche sich destruktiv auf die Zusammenarbeit auswirken können. Im schlimmsten Fall kann dies zu einer Fehlversorgung der Familien führen. Dies gilt es zwingend zu vermeiden. Dieser Herausforderung ist sich das NZFH bewusst, und hat daher Handlungsstrategien unterbreitet, die

dabei helfen sollen, eine Entgrenzung der Systeme des SGB V sowie SGB VIII voranzutreiben. In der vorliegenden Arbeit wurde die Wirkweise von interprofessionellen Qualitätszirkeln sowie von Netzwerkarbeit/ Netzwerkkonferenzen diskutiert. Die methodischen Interventionen sind noch nicht ausreichend empirisch untersucht, weshalb nur von einer hypothetischen, positiven Wirkweise gesprochen werden kann. Um diese nachzuweisen, würde es einer weiterführenden Arbeit bedürfen.

Es kann resümiert werden, dass Frühe Hilfen mit der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung, maßgeblich in die Systeme des SGB V sowie SGB VIII hineingewirkt haben. Damit tragen sie wesentlich zur Überwindung von Systemgrenzen bei, was die Intention Früher Hilfen ist. Durch das Hinwirken die die Bereiche der Sozialen Arbeit, wie auch dem Gesundheitswesen, werden Prozesse der Selbstreflektion und Weiterentwicklung angeregt, welche nicht immer konfliktfrei verlaufen. Diese kritischen Auseinandersetzungen sind jedoch erforderlich, damit Frühe Hilfen ihr Ziel erreichen, eine Verantwortungsgemeinschaft aus unterschiedlichen Disziplinen zu bilden.

## **Anlage 1- Tätigkeitsprofil Familienhebammen**

Stadt Leipzig- Dezernat V- Soziales, Gesundheit und Vielfalt; Koordinierungsstelle  
Bundeskinderschutzgesetz und Familienhebammen

### **Spezifische Tätigkeitsfelder einer Familienhebamme in der Schwangerschaft**

#### **Gesundheitsförderung**

Mutterpass

- Erklärungen und Auswertungen der Einträge/Befunde (Anamnese, Ultraschall, Abkürzungen)
- Motivation zur regelmäßigen Wahrnehmung der Schwangerschaftsvorsorgen
- bei Bedarf Begleitung zum/ zur Gynäkologen/-in (Vermittlung, Bestärkung, Netzwerk)

Ziel

- Kindesmutter/ Eltern verstehen ärztliche und fachliche Ausdrücke.
- Kindesmutter/Eltern verfolgen interessiert den Schwangerschaftsverlauf.
- Sie fühlen sich gestärkt, um Anliegen mit dem Arzt zu besprechen

#### **Pränatal Diagnostik**

- Beratung zum Thema, wenn Unsicherheiten, Unklarheiten nach Aufklärung der/des Gynäkologin/en
- Bewusstmachen dieser Diagnostik => eigentliche Gründe für Untersuchung, was mach ich mit dem Ergebnis?
- Evtl. Begleitung zur Feindiagnostik oder Vermittlung zu entsprechenden Beratungsmöglichkeiten (Schwangerschaftsberatung, Psychologe/In vom Pränatalzentrum)

Ziel

- Kindeseltern können Risiken abwägen und gefestigt klar entscheiden.
- Kindeseltern erhalten Klarheit über Befunderhebungen.

#### **Genussmittel**

- Aufklärung bzgl. Alkohol, Nikotin, Drogen in der Schwangerschaft => Folgen für Kind und Mutter



- Bewusst machen des eigenen Konsumverhaltens
- Aufzeigen möglicher Hilfen, um Konsum zu reduzieren/ zu beenden

#### Ziel

- Kindesmutter erlangt Wissen zu Risiken.
- Kindesmutter findet Wege, Genussmittel zu reduzieren oder kann darauf verzichten.
- Kindeseltern leben gesund und verantwortungsbewusst gegenüber dem Kind und sich selbst.
- Kindeseltern nehmen Hilfe an und setzen diese um.

#### **Nahrungsergänzungsmittel/ „verbotene Lebensmittel“**

- Magnesium, Eisen, Folsäure, Jod
- Rohes Fleisch, roher Fisch, Rohmilchkäse
- Informationen zur Notwendigkeit, Informationen bezgl. eventueller Mangelerscheinungen
- Ernährungspyramide, Hinweise für Vegetarierinnen/ Veganerinnen

#### Ziel

- Kindesmutter ernährt sich und das Kind abwechslungsreich und ausreichend.
- Kindesmutter versteht ihre Ernährung als Voraussetzung für das Nährstoffangebot an das Kind.
- Kindesmutter nimmt Verordnung des Arztes ernst.

#### **Zahngesundheit**

- Aufklärung über Veränderungen in der Schwangerschaft
- Motivation zur regelmäßigen Wahrnehmung der Vorsorge beim Zahnarzt
- Erklärungen zur Zahngesundheit in Verbindung mit Schwangerschaft
- Beschwerden (Zahnfleischbluten, wenn vermehrt Karies => Auswirkungen auch auf die Placenta möglich)

#### Ziel

- Kindesmutter nimmt eigene Gesundheitsfürsorge ernst und wahr.
- Kindesmutter bildet Voraussetzungen für gesunde Zahnentwicklung beim Kind.

### **Schwangerschaftsbeschwerden (physiologisch)**

- Aufklärung über Ursachen, Veränderungen des Körpers, eventuelle Linderungsmöglichkeiten
- z.B. Ziehen im Unterbauch, Rückenschmerzen, Sodbrennen, „schwere Beine“ (Ödeme leicht), Brustschmerzen, Hautveränderung in Farbe und Feuchtigkeit, psychische Veränderungen, Übelkeit

#### Ziel

- Kindesmutter kann Beschwerden annehmen und akzeptieren.
- Kindesmutter weiß um Abweichungen von Normalität.
- Kindesmutter sieht Beschwerden als positive Erscheinung, denen sie mit
- Linderungsmöglichkeiten begegnen kann.
- Kindesmutter erlebt eine physisch, gesunde Schwangerschaft, deren Beschwerden zeitlich begrenzt sind.

### **Erkennen von pathologischen Anzeichen/ Verläufen aus dem Gesprächsverlauf heraus**

- Präeklampsie, HELLP, Hypertonie => Grundlage, die vom Facharzt erhobenen und dokumentierten Daten aus dem Mutterpass.
- Schwangerschaftsdiabetes,
- Erfragen von Kindsbewegungen (z.B. abnehmende Kindsbewegungen),
- klinisch kleiner Bauch (Oligohydramnion- Fruchtwasser zu gering? IUF- zu kleines Kind => Plazentainsuffizienz?) => Gesprächsgrundlage stellen die Daten des Mutterpasses dar
- Beckenendlage
- wenn optisch Auffälligkeiten => nähere Befragung der KM
- wenn eventuell neue Symptome (Kopfschmerzen, Wärme, Oberbauchbeschwerden, - Augenflimmern) => KM über mögliche ernste Ursachen aufklären => Verweis auf Gynäkologen/-in, Klinik oder 112
- Blutung (vorzeitige Plazentalösung, tiefsitzende Placenta, Ektopieblutung nach Geschlechtsverkehr oder bei Infektionen => örtliche Blutung am Muttermund)

#### Ziel

- Kindesmutter kennt Achtungszeichen und nimmt fachärztliche Beratung und Behandlung an.
- Kindesmutter hält ärztliche Verordnungen ein.
- Kindeseltern nehmen regelwidrige Verläufe wahr.

### **„Geburtsvorbereitung“**

## **Erstausrüstung**

- Kindesmutter aufklären über notwendige, nützliche und weniger nützliche Artikel, Möbel etc.
- Übergabe von geeigneten Checklisten => individuell an Bedürfnisse der Familie im Gespräch anpassen
- Gemeinsam Kleidung „begutachten“ => dabei auf Größen, Jahreszeiten, Stoffe achten => Hinweise zur Pflege
- Kinderbett: Wo schläft das Kind => SIDS (Plötzlicher Kindstod) – Prophylaxe (kein Himmel, keine Decken, kein Nestchen, Temperatur Schlafräum, nikotinfrei)

### Ziel

- Kindesmutter kann mit Gelassenheit Geburtsbeginn abwarten.
- Kindesmutter hat Sicherheit für Vollständigkeit der Utensilien.

## **Möglichkeiten Geburtsbeginn/ Wann in die Klinik?**

- Aufklärung über Wehen (Übungswehen vs. Geburtswehen) => Motivation zur Achtsamkeit gegenüber eigenem Körper
- Wie kann ich Wehen zu Hause beurteilen? => Messung Abstände, Dusche, Wanne,
- Massagen, Atmung
- Blasensprung
- Leichte Blutung („Zeichnen“) vs. Pathologischer Blutung
- Innere starke Unruhe => „Bauchgefühl“

### Ziel

- Die Kindesmutter kann mit Gelassenheit den Geburtsbeginn abwarten.
- Die Kindesmutter hat Sicherheit für Vollständigkeit der Utensilien.

## **Geburtsmodi**

- Spontan
- Forceps (Zangengeburt)
- Vacuumexkraktion (Saugglocke)
- Sectio (Kaiserschnitt) primär (geplant) / sekundär (plötzlich, unerwartet)
- Beratung der KM, wenn Fragen, Unklarheiten, Unsicherheiten bestehen

- Eventuell vermehrt bei vorangegangenen Geburtstrauma => im Nachgang Klärung offener, Fragen => damit sich KM unbeschwerter in neue Geburtssituation begeben kann.

#### Ziel

- Kindesmutter kann entscheiden, wann das Aufsuchen der Klinik notwendig ist.
- Kindesmutter ist in ihrer Körperwahrnehmung geschult.
- Kindesmutter fühlt sich kompetent, Geburtsbeginn zu erkennen.
- Kindesmutter hat einen Handlungsplan.

### **Wahl Klinik/Ablauf Klinik**

- Aufzeigen der verschiedenen Geburtsorte in Leipzig => Kliniken, welche eignet sich für die Familie?
- Auch alternative Möglichkeiten zur Wahl stellen => Geburtshaus, zu Hause => welche Risiken sind zu bedenken?
- Hinweis zu Verfahrensweisen der jeweiligen Klinik => Anmeldung Geburt, Infoabende
- Was ist für Familie unbedingt wichtig? => Kinderarzt 24h, Neonatologie. Ab welcher Schwangerschaftswoche eine Geburt möglich?

#### Ziel

- Kindeseltern können zügig Entscheidungen im Geburtsverlauf verstehen.
- Kindesmutter wirkt bewusst hilfreich bei Notfallsituation mit.
- Kindeseltern erleben Notfallsituation zustimmend als Notwendigkeit für das Kind.
- Kindesmutter hat Wissen über Geburtsmöglichkeiten.
- Kindeseltern haben Vertrauen in eigenen Körper.
- Kindeseltern sehen Geburt als positives Ereignis.

### **Kliniktasche**

- Checkliste übergeben und besprechen => Motivation zur selbständigen Vorbereitung
- Falls erforderlich oder gewünscht, gemeinsam mit KM „korrigieren/vervollständigen“

#### Ziel

- Kindesmutter hat konkrete Vorstellungen von notwendigen Utensilien.
- Am Tag der Geburt sind erforderliche Dokumente vorhanden.

## **Organisation bei Geburtsbeginn**

- „Was mache ich, wenn es losgeht?“
- Wie kommt KM in Klinik? Wer begleitet sie?
- Wer versorgt Geschwisterkinder?

### Ziel

- Kindeseltern haben Kontakte in Bereitschaft

## **Mutterschaft/ Vaterschaft**

- Anstoß und Beurteilung folgender Fragen:
  - In wie weit bereiten sich die Kindeseltern auf das Ungeborene vor?
  - Nimmt KV Anteil an der Schwangerschaft? Unterstützt er die Kindesmutter?
  - Hat er Verständnis für sie und ihre körperlichen und emotionalen Veränderungen?
  - Wie sprechen beide vom Kind => hat Beziehungsaufbau stattgefunden?
  - Wer möchte sich um Kind nach der Geburt kümmern? => beide Elternzeit?
  - Wie werden wir allen Kindern gerecht?
- Verantwortungsübernahme schon in der Schwangerschaft
- Vorschlag => Führung Tagebuch in der Schwangerschaft oder Album

### Ziel

- Kindeseltern wissen um elterliche Sorge und Verantwortungsübernahme.
- Kindeseltern erleben Geburt als Zugewinn für die Familie.
- Kindeseltern haben während der Schwangerschaft Beziehung zum Kind aufgenommen.
- Kindeseltern haben konkrete Vorstellungen vom Familienleben.
- Kindeseltern sind miteinander im Gespräch und stimmen sich ab.

## **Rollenverschiebung in Familie**

- Erfragen der Ideen für ein neues Familienbild
- Hinweise auf mögliche partnerschaftliche Veränderungen => Mutterschaft/Vaterschaft wird verschieden erlebt („normal“)

- Auch für Geschwister herausfordernd => Motivierung zur Einbeziehung schon in der Schwangerschaft => Erklärungen zur Schwangerschaft, Geburt, => kindgerecht (je nach Alter) mit anschaulichen Büchern, Videos etc. => Freude auf neues Familienmitglied wecken
- Pläne für neuen Familienalltag schmieden => Hilfe von Geschwistern willkommen (Freiwilligkeit!!!)
- Auch für Großeltern neue Aufgaben => Thematisierung der eigenen Kindheit => Achtung kann Traumata in Erinnerung rufen!

#### Ziel

- Kindeseltern nehmen Unterstützung von anderen vertrauensvoll an.
- Kindeseltern kennen gegenseitige Stärken.
- Familienmitglieder finden bereits in der Schwangerschaft ihre Rollen.
- Familienmitglieder setzen sich mit Veränderungen nach der Geburt auseinander.

### **Praktische Übungen / Methodik**

Hier steht die verbale Anleitung, unter Hinzuziehung von didaktischem Material (z.B. Geburtsatlas, „weibliches Becken“), der werdenden Mutter durch die Familienhebamme im Zentrum der GFB.

### **Leopoldsche Handgriffe- Erläuterung – Was macht die Hebamme und warum?**

- Aufbau/ Förderung Mutter – Kind – Bindung
- Beziehungsaufbau => Mutter und Kind und => FH und KM
- Stärkung Körperwahrnehmung der KM durch tiefgreifende Erläuterungen=> Förderung, dass KM Körper besser kennenlernt => eigenes Urvertrauen steigern („In mir wächst ein Kind heran!“/ „Ich kann ein Kind gebären!“) => Selbstwirksamkeit stärken => höheres Selbstbewusstsein

#### Ziel

- Kindesmutter spürt Kindesbewegungen und Aktivität des Kindes positiv.
- Kindeseltern erleben Schwangerschaft als Wachsendes.
- Kindeseltern bauen Beziehung zum Kind auf.
- Kindesmutter fühlt sich als Gebärende gestärkt.
- Beginn der Interaktion zwischen Eltern und Kind.
- Kindesmutter hat Vertrauen in sich und zur Familienhebamme.

## **Gebäratlas**

- Veränderungen in Schwangerschaft sehr anschaulich visualisieren => jede Schwangere „macht das durch“
- Anatomie (lerne meinen Körper besser kennen)
- Physiologie der Geburt => verschiedene Geburtsphasen, wie kann ich meinem Kind unter der Geburt helfen? => Gebärlagen besprechen
- Mechanik der Geburt, was leistet mein Kind?
- Warum handelt eine Hebamme wie in verschiedenen Situationen? => Warum ist es wichtig, ihr zu vertrauen?
- Stillpositionen; Aufbau einer Brust => Wo kommt die Milch her? Milchspendereflex? Kreislauf => Nachfrage regelt das Angebot!!

### Ziel

- Kindesmutter kann schwangerschaftsbedingte Veränderungen und Beschwerden verstehen.
- Kindesmutter kann Schwangerschaft gelassen verfolgen.
- Kindesmutter sieht Geburt gestärkt wissend gegenüber.
- Kindesmutter vertraut auf normalen Geburtsverlauf.

## **Handling– Badepuppe**

- Kindesmutter/Kindeselterne im Handling schon vor der Geburt vertraut machen
- Kennenlernen verschiedener Tragepositionen, zukünftige Veränderungen ganz praktisch empfinden/ bewusstmachen

### Ziel

- Kindesmutter erfährt Achtsamkeitssituationen-
- Kindesmutter entwickelt Gefühl für Neugeborenes.

## **Trinkflasche zubereiten (auch mit „Nest - Materialien“)**

- Besonders geeignet für Eltern, welche im Zahlenverständnis Schwierigkeiten haben  
=> geistige Behinderung, geringer Schulabschluss, Minderjährige, stark Unsichere

### Ziel

- Eltern haben nach Geburt schneller Sicherheit bei der Fütterung.
- Eltern kennen Utensilien für Fütterung und deren Hygiene.

## **„Nest - Materialien“**

- Verschiedene Themenbereiche in einfacher Sprache und geeigneten Illustrationen den KE näherbringen, sensibilisieren
- Vorwiegend für Eltern mit Intelligenzminderung, geistigen Behinderungen, Minderjährige, Kindeseltern mit geringem oder keinen Schulabschluss

**Ziel:** Kindeseltern können umfangreiche Themengebiete kleinschrittig verstehen.

Kindeseltern fühlen sich selbstwirksam und in ihrer Kompetenz gestärkt.

## **Soziale Rahmenbedingungen**

### **Wohnung**

- Förderliches Wohnumfeld für Kind schaffen
- Reicht Platz in der Wohnung aus? => evtl. neue Wohnung => Vermittlung von Hilfen, wenn nötig (PAAT)
- Haushaltführung? Struktur erkennbar? Sauberkeit auch ohne Kind!?
- Haustiere? => verträglich mit Schwangerschaft und Säugling (Katzen)=> Aufklärung über mögliche Infektionsgefahren (Toxoplasmose)

Ziel

- Kindeseltern sorgen für Sauberkeit.
- Das Kind kann sich sicher ausreichend bewegen.

### **Wege vor und nach der Geburt**

- Beratung der Eltern zu notwendigen Anträgen und zuständigen Behörden
- Hinweis Eltern- Info- Abend; PAAT bei großen Unsicherheiten bzw. vermitteln zu Schwangeren- und Familienberatungsstellen
- Niederschwellige Hilfe bei Vorbereitung der Anträge
- Aufklärung Procedere Kindergartenplatz

Ziel

- Kindeseltern kennen Inhalte der Anträge und zuständige Ämter/ weitere
- Netzwerkpartner/-innen.



- Kindeseltern haben erforderliche Dokumente und Unterlagen zusammengestellt, um zeitnah nach Geburt des Kindes alle notwendigen Beantragungen (Geburtsurkunde, Vaterschaftsanerkennung, Sorgeerklärung, Kinder- und Elterngeld, Veränderungsmitteilung für ALG II).

### ***Familiäre Ressourcen der Eltern***

- Genogrammarbeit
- Ressourcenorientiertes Arbeiten, Netzwerkkarte
- Wer kann Familie praktisch und emotional unterstützen?
- Welche Prägung haben Kindeseltern? Traumata?
- bei Bedarf, dann Motivation zur Wahrnehmung von Gruppenangeboten während der Schwangerschaft => Gymnastik, Schwimmen, Schwangerschaft- Yoga

### **Ziel**

- Kindeseltern verstehen Kontakte als Chance für ihren Austausch.
- Kindeseltern sind offen für Unterstützung aus dem Umfeld.

### **Kindertagesstätte oder Tagesmutter ?**

- „Was möchte ich perspektivisch für mein Kind“?
- Vorstellungen über Elternzeit, Wiedereinstieg in Arbeit
- Da Kindertagesstätten lange Wartezeiten haben, sollte das Procedere frühzeitig gemeinsam angeschoben werden.

### **Ziel**

- Kindeseltern planen gemeinsam ihre Zukunft.
- Kindeseltern haben Versorgung des Kindes thematisiert und umsetzbare Vorstellungen.

### **Netzwerkarbeit**

#### **Begleitung möglich**

- Ärzt/-innen, Kliniken, Schwangerschaftsberatungsstellen, Intensivschwangerenberatungen,
- Pränataldiagnostik
- Beratung zur Kontaktaufnahme verschiedener Hilfen/Ämter:

z.B. Agentur für Arbeit, Amt für Jugend, Familie und Bildung, andere Möglichkeiten aus den Frühen Hilfen, PAAT

### **Vorsorgehebamme/Nachsorgehebamme**

- Unterschiede der Arbeitsweise Familienhebamme vs. -Vorsorgehebamme und Nachsorgehebamme erläutern
- Motivation zur Inanspruchnahme von Angeboten der Hebamme => Geburtsvorbereitungskurse, Kurse in der Schwangerschaft, Anbindung an andere Mütter

Ziel

- Eltern gehen vorbereitet auf Institutionen zu.
- Eltern erhalten Unterstützung beim Vortragen ihrer Anliegen.
- Eltern wissen um Transparenz der Netzwerkpartner/-innen und ihre Mitbestimmung.

### **Spezifische Aufgabenfelder einer Familienhebamme nach der Geburt**

#### **Themen im Wochenbett (bis 6 Wochen nach der Geburt) bezogen auf die KM**

##### **Allgemein**

- Einschätzen (im Gespräch mit der KM) von Vitalität, Mobilität, Essverhalten und Stimmungslage der KM
- Erfragen aktueller körperlichen Beschwerden durch Regulation- und Rückbildungsprozesse im frühen (bis 10 Tage post partum) und späten (10. Tag- 6 Wochen post partum) Wochenbett
- Motivation zur angemessenen (je nach Wochenbettzeitpunkt), körperlichen Aktivität mit und ohne Kind in Absprache mit den Wochenbetthebammen

Ziel

- Stärkung des Gesundheitsbewusstseins der Kindesmutter und ihres neuen Körpergefühls.
- Stärkung der Mutter- Kind- Bindung durch gemeinsame Aktivität.
- Die Kindesmutter ist gut über körperliche Prozesse informiert und kann die Anregungen zur Unterstützung anwenden.

##### **Rückbildungsprozesse**

- Aufklärung zur Bedeutung der Beckenbodenmuskulatur
- Erfragen, ob sich Ausscheidungen reguliert haben und steuerbar sind?  
Hinweise auf schonende Bewegungsabläufe im Alltag => da u.a. die geraden Bauchmuskeln noch nicht an der Ursprungsposition sind (Rektusdiastase- „auseinandergelassene Bauchmuskeln“)
- Erkennen von niedrigen Hb (Hämoglobin - zu wenig Eisen im Blut) nach vermehrten
- Blutverlust unter der Geburt => Symptome besprechen (Müdigkeit, Schläpheit, Blässe, Kopfschmerzen) =>Hinweise zur Eisenreichen Ernährung (Hülsenfrüchte, rote Gemüsesorten, Hirse, Fleisch)
- Hinweise zu sanften Übungen => Wochenbettgymnastik für zu Hause (in Absprache mit der Wochenbetthebamme)

**Ziel:**

- Durch die Hinweise und Erläuterung soll die KM für in der eigenen Körperwahrnehmung sensibilisiert und zur Wahrnehmung fachlich angeleiteter Rückbildungsgymnastik motiviert werden.
- Die Kindesmutter kann Beckenbodenmuskulatur bewusst wahrnehmen, anspannen, entspannen und ist sich über eine Bedeutung einer stabilen Beckenbodenmuskulatur bewusst.
- Sie wendet empfohlene sanfte Übungen im Alltag regelmäßig an.
- Die Kindesmutter ernährt sich ausgewogen und Eisenreich, um die Blutbildung nach der Geburt zu gewährleisten.

**Heilungsprozesse**

- Nahtbeschwerden => Hinweise zur Pflege und Linderung (Hygiene, Kühlung, Komprimierung beim Hinsetzen) => ggf. vorzeitige Kontrolle durch Gynäkologen/-in oder Wochenbetthebamme, wenn Schmerzen nicht nachlassen, Schwellungen zunehmen oder Nässen und Blutung auftreten (Entzündungszeichen)
- Bewertung/ Einschätzung der Lochien (Wochenfluss), durch Beschreiben lassen der Wöchnerin - Hinweise zur Wochenbettpflege (Hygiene der Genitalien) => z.B. keine Vollbäder, Aufklärung zu „Alarmsignalen des Lochialstaus“ (Kopfschmerzen, Unterbauchbeschwerden, übler Geruch, plötzliches Versiegen der Lochien, Anstieg der Körpertemperatur, Unwohlsein allgemein) => unverzügliche Arzt-/ oder Klinikvorstellung

- fließender Lochien, ph-neutrale Seifen zur Pflege anwenden, regelmäßiges – häufiges Wechseln der Vorlagen, keine Tampons

Ziel

- Die Kindesmutter ist über verschiedene Heilungsprozesse informiert.
- Die Kindesmutter unterstützt diese mit empfohlenen Hinweisen zur Hygiene.
- Die Kindesmutter ist über Regelwidrigkeiten aufgeklärt und ergreift ggf. eigenverantwortlich Initiative zur Arztkonsultation.

### **Psychische- und physische Veränderungen der KM**

- Essverhalten der Kindesmutter erfragen => keine Diäten!! => Beratung zur gesunden Ernährung, vor allem, wenn KM stillt („verträgliche“ Lebensmittel für Kind, Vorgehen beim Testen Nahrungsmitteln)
- Wie ist Empfinden der KM gegenüber dem Kind?? Fühlt sie sich evtl. abgelehnt oder bestraft vom Kind?
- Annahme der neuen Mutterrolle => vor allem beim ersten Kind => Hinweise für KM, dass diese Umstellung auf jede Mutter zutrifft!
- Beobachten des mütterlichen Verhaltens dem Kind gegenüber => wenn Auffälligkeiten => ggf. EPDS Testung durchführen (Wochenbettdepression?) => Motivation zur Vorstellung beim Psychologen bzw. weiterführende Hilfsangebote anzunehmen
- Aufklärung zu den Unterschieden „Babyblues“ und Postpartale Depression
- Besprechung des Geburtserlebnisses / Raum für Reflexion der Erlebnisse => eventuell Beantwortung offener Fragen unter Einbeziehung des Entlassungsbriefes oder der Vermerke im Mutterpass => ggf. Weiterleitung an spezielle Geburtstraumabewältigungstherapien => nach Notsectio, schnelle Beendigung der Geburt (vaginal - operativ => Saugglocken- oder Zangengeburt), Eingriffe unter der Geburt- bei denen sich KM nicht wohl fühlte

Ziel

- Die Kindesmutter ist aufgeklärt über Möglichkeit der Veränderungen.
- Die Kindesmutter kann hormonelle Umstellungen einordnen und damit umgehen.

- Die Kindesmutter kennt Kontakte zur intensiveren Unterstützung und nimmt diese in Anspruch.

## Stillen

- Aufklärung zur Bedeutung des Stillens für die Kindesmutter (Stärkung Mutter- Kind Bindung => Ausschüttung von Oxytocin (Hormon) zur Förderung der Rückbildungsprozesse, Schutz vor Brustkrebs)
- Aufklärung der Eltern zur Bedeutung der MM (Muttermilch) => für das Kind (Aufbau Darmflora, Weitergabe von Antikörper „Nestschutz“, Schutz vor Allergien, Milch immer an Bedarfe des Kindes angepasst) wenn KM sich gesund ernährt
- Erläuterungen bezüglich der Physiologie des Stillens => „Nachfrage regelt das Angebot“, Wie kommt die Milch in die Brust und dann zum Kind? Nach wie viel Minuten fließt die sättigende Milch? (Stilldauer pro Brust besprechen?) Kann das Kind satt werden?
- Aufklärung zu Voraussetzungen des Stillens => Wunsch der KM? (oder doch der Wunsch des Umfeldes?), Atmosphäre für KM entspannend? bequeme Position für KM? Saugschluss, Schluckgeräusche, Position der Lippen, Haltung („Bauch an Bauch“)
- Erste Beratung/Hinweise bei Stillschwierigkeiten => Stillrhythmus? Länge/Ablauf der Mahlzeit? Wann schwierig? Welche Zeichen gibt Kind? Wie viel trinkt Kind? (Wiegeprobe vor und nach dem Anlegen) => ggf. Vermittlung zu weiterführenden Hilfen wie Stillberatung, Stillgruppe

## Ziel

- Die Kindesmutter kennt Zusammenhänge der Physiologie des Stillens.
- Die Kindesmutter ist informiert über Gegenregulationsmaßnahmen.
- Die Kindesmutter fühlt sich bestärkt in Entscheidung für das Stillen.
- Die Kindesmutter erlebt eine selbstbestimmte und ausgeglichene Stillbeziehung zum Kind.
- Die Kindesmutter steigert ihre Selbstwirksamkeit.
- Die Kindesmutter weiß, wo sie bei Problemen Hilfe finden kann.

## Stillbeobachtung durch die GFK

- Erkennen von Stillproblemen => kein oder ungenügender Saugschluss (Saugtraining), Versiegen der Muttermilch => Tipps zur Steigerung der Milchbildung (Wärme, Massage, Trinkmenge erhöhen (2-3l /Tag)], „Stilltee“ (Kümmel/Anis/Fenchel), Ruhe (Stressreduktion), eventuelle psychische Belastungen/ Kummer/Sorgen besprechen (Weinen löst Blockaden) => Unterstützung der Wochenbetthebamme nutzen (weitere Therapieansätze)

- Hinweise zu ersten Maßnahmen bei Milchstau => Brüste vorm Anlegen wärmen (warme Wickel, oder unter der Dusche) => dann Anlegen (Unterkiefer auf der Seite der Verhärtung / Stillposition anpassen) => nach dem Stillen kühlen (Quarkwickel oder spezielle Kühlpads für Brüste mit Aussparung der Warzen)
- Tipps /Anleitungen zu Stillpositionen => warum verschiedene sinnvoll sind? (Stimulierung der Brustdrüsen aus verschiedenen Richtungen => Vermeidung Milchstau => oder Mastitis (Brustentzündung)] => Steigerung der Flexibilität auch außerhalb der Wohnung
- Beratung zu Hilfsmitteln => z.B. Stillhütchen, Stilleinlagen, Stillkissen, Milchpumpe (Handpumpe, elektrische Pumpe)

### **Behördengänge**

- Beratung (niederschwellig) der Eltern zu den Wegen nach der Geburt (Kindergeld, Elterngeld, Änderungsmitteilung an das Jobcenter, Krankenversicherung, Absicherung der medizinischen Versorgung des Kindes)
- Ggf. Vermittlung weiterer Unterstützungsangeboten wie PAAT, Beratung anderer Institutionen
- Motivation der Eltern zur zeitnahen Abgabe der Anträge=> Sicherung Lebensunterhalt von Familie!
- Abbau eventueller Berührungängste mit Behörden durch Angebot der Begleitung, dennoch Stärkung der Eltern Eigenverantwortung zu übernehmen=> Ressourcen (Bestärkung im Handeln => Steigerung Selbstwirksamkeit) Aufzeigen eigener Handlungsspielräume

### **Ziel**

- Die Hauptbezugsperson /Eltern kenn(t)en notwendige Wege nach der Geburt und kann/können diese selbstständig oder mit Begleitung erledigen.
- Die Kindesmutter/ die Eltern sorg(t)en für finanzielle Absicherung des Lebensunterhaltes.

### **Themen nach dem Wochenbett (6 Wochen p.p. bis 1 Jahr)**

#### **Abstillen**

- Vermittlung von Wissen bezüglich Maßnahmen die Milchbildung (Pfefferminz- Salbeitee hemmen die Milchbildung, nur entlastend Pumpen oder ausstreichen der Brust nicht mehr anlegen, Kühlen (Quarkwickel, Kühlpads für Brust)], engen BH tragen („hochbinden“), ggf. ergänzend Homöopathie (Verweis auf Wochenbetthebamme)

## Ziel

- Die Kindesmutter kennt Maßnahmen des Abstillens und kann diese selbstständig anwenden.
- Die Kindesmutter erlebt einen ungestörten Abstillprozess

## **Rückbildung**

- Aufklärung der KM über physiologische Rückbildungsprozesse im ganzen Körper  
=> Motivierung zur Durchführung von Übungen => Wiedererlangen von vertrautem Körpergefühl
- Übergabe und Erläuterung von Übungen für „zu Hause“, wenn KM keinen Kurs besuchen kann oder möchte
- Motivation zur Teilnahme am Kurs => ggf. Vermittlung Kontaktdaten
- Aufklärung über Spätfolgen, wenn Rückbildung nicht aktiv unterstützt wird => z.B. Inkontinenz im Alter vor allem bei Multipara (Mehrgebärende)

## Ziel

- Die Kindesmutter kennt physiologische Vorgänge der Rückbildung.
- Die Kindesmutter weiß um die Notwendigkeit der Gymnastik.
- Die Kindesmutter nimmt an einem professionellen Kurs teil.
- Die Rückbildung verläuft organisch und muskulär regelrecht.

## **Schwangerschaftsverhütung**

- Vorstellungen der Kindeseltern thematisieren
- Aufzeigen verschiedener Verhütungsmethoden (mechanisch, hormonell, lokal mit methodischem Material)
- Verweis auf gynäkologische Nachuntersuchung, bei der auch dies besprochen wird, => Kindesmutter sollte sich darauf gedanklich vorbereiten und ggf. fachliche Fragen sammeln

## Ziel

- Die Kindesmutter ist über Möglichkeiten informiert.
- Die Kindesmutter entscheidet mit dem Partner eigenverantwortlich über eine für sie geeignete Verhütungsform.
- Die Kindeseltern wenden die Verhütungsform gewissenhaft an und tragen damit zu einer gezielten Familienplanung bei.

## **Paarbeziehung/ Sexualität nach der Geburt**

- Bewusst machen der neuen Rollen => Mutter und Vater
- Entlastende Gespräche => für alle Eltern ist Situation neu => Paarbeziehung verändert sich (Systemisches Denken), gegebenenfalls Anbindung an Beratungsstellen
- Kindliche Bedürfnisse haben nun Vorrang => ist wichtig und normal
- Hinweise geben, dass Libido sich nach der Geburt verändert (bis zu mehreren Monaten!!) => Informationen zu hormoneller Umstellung bei der Kindesmutter => reguliert sich meist
- Es ist natürlich, da die Hormonlage für Sicherung der kindlichen Bedürfnisse sorgt!
- Motivation zur offenen Ansprache zwischen den Kindeseltern => jeder fühlt anders, hat eigene und eventuell unterschiedliche Bedürfnisse / Vorstellungen
- Hinweis zu langsamen „Start“ („wie beim ersten Mal“)
- Wenn vermehrt (unüberwindbare) Konflikte zwischen Kindeseltern auftreten => Aufzeigen / Vermittlung zu entsprechenden Beratungsstellen (Paarberatung/Sexualberatung).
- Erlebtes bei Geburt kann auch für Kindesvater eine Ursache für Berührungsängste sein => erfragen, wenn Kindesvater offen.

### **Ziel**

- Die Kindesmutter weiß um die normalen hormonellen Veränderungen.
- Die Kindeseltern besprechen ihre Geburtserlebnisse.
- Die Kindeseltern reden über ihre sexuellen Bedürfnisse und suchen ggf. Unterstützung bei einer Beratungsstelle.

## **Alltagsstruktur**

- Übermittlung von praktischen Tipps zur Alltagsstrukturierung mit Baby => Tages- oder Wochenplan
- tgl. frische Luft für KM und Kind => günstig sind kleine Ziele das „Rausgehen“ => grob planen (Vormittag oder Nachmittag) => Hinweis => zu genauer zeitlicher Rahmen setzt schnell unter Druck => Anspannung wirkt sich auch auf das Kind aus
- Fragen klären wie: Wer kann Familie unterstützen? (fam. Ressourcen? Zeit für KE)
- Aufzeigen, Bedarfe des Kindes bestimmen den Alltag
- Eventuell Vermittlung weiterer praktischer Hilfen wie „Wellcome“, Haushaltshilfen, Notmütter, Paten



- Gemeinsame Überlegungen initiieren, wie KE Freiräume effektiv nutzen für Erholung oder andere Aufgaben des Alltags (Haushalt, Einkauf, Körperpflege) => Anstöße zur Prioritätensetzung geben.
- Hilfe zur Terminplanung => Kalenderführung, Reflexionen, Erinnerungen schaffen => realistische Planungen (Zeiten besprechen)
- Gemeinsame Mahlzeiten mit Kind => Rituale => Sicherheit für Kind (und Eltern) bewusstmachen => Bedeutung Rituale für das Kind; Tipps für „Zu- Bett- geh- Rituale
- Aufzeigen von Möglichkeiten der Aufgabenteilung zwischen den KE => Motivierung des KV's zur Übernahme der Versorgung des Kindes
- Bewusstmachen der Kindesmutter über Kompetenzen des Kindesvaters => „Zulassen/Abgabe“ => Zeichen für Vertrauen => ebenso Stärkung Partnerschaft

#### Ziel

- Die Kindeseltern orientieren sich zunächst am Rhythmus des Kindes.
- Die Kindeseltern wissen um die physiologischen Unregelmäßigkeiten.
- Die Kindesmutter kann einen Tages- und Wochenplan nutzen.
- Die Kindeseltern planen Freiräume für sich.
- Die Kindeseltern leben einen abgestimmten Rhythmus mit dem Kind.

#### **Gruppenangebote mit Kind**

- Informieren über verschiedene Möglichkeiten und deren Zweck (Vorteile für KE und Kind aufzeigen) => PEKIP, Krabbelgruppen, Babyschwimmen, Babymassage, offene Treffs

#### Ziel

- Vermeidung der Isolation, Förderung Eltern- Kind- Interaktion, Entwicklungsförderung, Stärkung Eltern- Kind- Bindung (Schaffung schöner Momente), Hilfe bei der Strukturierung des Alltags, Austausch bezüglich identischer, alltäglicher Herausforderungen mit Baby.
- Motivation zur Nutzung verschiedener Gruppenangebote (Dosierung individuell) für Kindeseltern und Kind => gemeinsame Überlegungen, welches „passt“ am besten zur Familie.

## **Themen bezogen auf das Kind**

### **Allgemein**

- Wahrnehmung, Beobachtung des kindlichen Allgemeinzustandes

=> Atmung, Hautfarbe, Turgor (Hautelastizität), Hautbeschaffenheit, motorischer Entwicklungsstand, Gemütszustand, Regulationsfähigkeit, emotionale Entwicklung, Sprachentwicklung, Mobilität, Muskeltonus, Gewichtsverlauf (regelmäßiges Wiegen und gemeinsam Perzentil Verlauf besprechen)

### **Ernährung**

- Beratung bei Zu- Fütterung => Becherfütterung, Fingerfütterung, Flasche
- Mengenanpassung der Nahrung, je nach Alter des Kindes
- Hygiene des Zubehörs (Flaschen, Sauger, Aufsätze) und bei der Zubereitung (Keime!)
- Stärkung der Kompetenz /Anleitung zur selbstständigen Nahrungszubereitung
- Beratung zur Beikost => Beginn, Zubereitung, Reihen der Breisorten (Gemüse, Obst, Milch, Fleisch)
- „Fütterbeobachtung“ => ggf. Anleitung/Korrektur
- Informationen zu alternativen Fütterformen wie: „Led- Weeding“, Fingerfood
- Beratung zum Übergang der Kleinkind- Familienkost => gemeinsame Mahlzeiten, Tischrituale, Förderung der Selbstständigkeit des Kindes beim Essen
- Aufzeigen gesunder Getränke => ungesüßte Teesorten, Wasser, wenig Saftschorlen, etc.
- Beratung zu altersgerechtem Geschirr, Besteck, Trinklernbecher
- Erkennen von Fütterstörungen => Anbindung der KM an geeignete Institution (je nach Gewichtsverlauf, eventuelle Ursache der Fütterstörung?)

### **Spucken**

- informieren über Unterschiede Spucken vs. Erbrechen, => Beratung zum Handeln (Hochlagern, Abklärung beim Arzt, ggf. Antirefluxnahrung)
- Erfragen der Mengen, Situationen, Aussehen

### **Koliken**

- Beratung zu Linderungsmaßnahmen wie Wärme, Bauchlage, Fliegergriff, Bauchmassage mit Kümmelöl, Medikamente (Lefax o.ä.) => unterstützende Lagerung / Handling

- Ggf. „Ursachenforschung“ für die Koliken (Ernährung der Kindesmutter wenn sie stillt, vermehrtes Schreien des Kindes? Darmerkrankung? => Abklärung Kinderarzt, Unverträglichkeiten der Nahrung?)

#### Ziel

- Die Eltern ernähren das Kind altersgerecht, bedürfnisorientiert und gesund.
- Die Eltern können auf Veränderungen im Essverhalten des Kindes adäquat reagieren, weil sie Lösungsansätze kennen.

#### **Pflege /Wickeln**

- Beratung zu Windelarten und entsprechende Techniken, Pflegeutensilien (was ist nötig?)
- Säuglingsbad => ggf. Anleitung, wenn Unsicherheiten => Stärkung der Selbstwirksamkeit im Handeln
- Aufklärung zur Pflege von Haar (Milchschorf), Nägel, Windelbereich, Ohren, Hautfalten, Achselhöhlen und Nabel
- Empfehlungen zu altersgerechten/geeigneten Sonnenschutz (Cremes, Bedeckung, Schatten); „Wintercreme“ (wenig Wasseranteile/Fettcreme)
- Witterungsgerechte Kleidung

#### **Handling**

- Motivierung zur Anwendung des Kinästhetik Infant Handling => gemeinsames Üben des Handlings (vorrangig über die Seite)
- Aufzeigen verschiedener Haltepositionen => Grundprinzipien => leichte Stütze für den Kopf, über die Seite aufnehmen, bestimmender Griff => Halt für Kind (mehr Sicherheit für Kind)
- Handling beim Wickeln, Baden, Beruhigen, Spielen, Ankleiden, bei Unruhe

#### Ziel

- Die Kindeseltern sind im Handling sicher.
- Die Kindeseltern können auf Unruhezustände des Kindes gestärkt reagieren.
- Die Kindeseltern vermitteln dem Kind Sicherheit.
- Die Kindeseltern setzen Hinweise der Familienhebamme im Alltag um.
- Die Kindeseltern können aktiv die Entwicklung des Kindes unterstützen.

## **Vorsorgen (U- Untersuchungen) /Schutzimpfungen**

- Besprechen der empfohlenen U- Untersuchungen
- Aufklärung über Inhalte, Ablauf der Untersuchungen, Vorbereitung => eventuelle Fragen an Pädiater im Vorfeld formulieren
- Ggf. Begleitung, wenn Hemmschwelle und Unverständnis seitens der Eltern vorhanden ist
- Reflexion der notierten Befunde im U- Heft
- Aufklärung zur allgemeinen Impfempfehlungen der STIKO => Verweis Arzt => umfassende Aufklärung

### Ziel

- Die Eltern nehmen empfohlene Vorsorgen bei/m Pädiater/-in regelmäßig wahr und sind über Inhalte informiert.
- Die Entwicklung des Kindes wird fachärztlich begleitet.
- Die Kindesmutter/Eltern ha(t)ben Verständnis über Impfempfehlungen der STIKO und kann/können diese für ihr Kind nutzen.

## **Unfallschutz**

- Aufklärung zu den häufigsten Unfallquellen im Alltag mit dem Baby => Nutzung der „Merkblätter Kinderunfälle“ (Hrsg. Vdek) zur Visualisierung
- Bewusstmachen des Unfallrisikos durch Haustiere! => deutlicher Hinweis Tier und Kind nie allein und unbeaufsichtigt lassen!
- Geschwister und Baby => je nach Alter des Geschwisterkindes (ausprobieren verschiedener Handlungen normal) ebenso nicht unbeaufsichtigt lassen => je geringer der Altersabstand, desto weniger berechenbar sind Handlungen
- babygerechtes Wohnumfeld => Unfallquellen in Wohnung aufzeigen
- Sturz, Vergiftung, Verätzung, Verbrennung, Verbrühung, Strangulation u.a. Kabel, Steckdosen, Stufen, Kanten, Treppen, allein auf der Couch, Hochstuhl, ungeeignetes Bewegungsspielzeug zum Laufen lernen, Putzmittel, Medikamente, Zigaretten (gesonderte Aufklärung zu den Folgen von Nikotin beim Baby!)

### Ziel

- Die Eltern nutzen empfohlene Hilfsmittel zur Kindersicherheit im Wohnbereich und bei Transportmitteln.
- Die Eltern sind achtsam im Alltag mit dem Kind und erkennen Gefahrenquellen frühzeitig.

## **Zahngesundheit**

- Motivation zur Pflege von Anfang an (Beginn des Zahnens) => thematische Querverbindung zur Mundhygiene der KM
- Empfehlung zur täglichen, regelmäßigen Mundhygiene beim Kind
- Beratung zu Vorstufen der Zahnbürste, Technik beim Baby, Zahncreme
- Besprechen möglicher Linderungshilfen beim Zahnen => Kühlung, Veilchenwurzel, Massage Kauleiste, Mundgel
- Hinweis auf ersten Zahnarzttermin

### Ziel

- Die Kindesmutter nutzt präventive Angebote der Zahnärzte.
- Das Kind erhält jeden Tag routiniert Mundpflege.

## **Babyschlaf**

- Aufklärung über physiologische Schlafdauer/Tag (altersabhängig)=> und Funktion des Schlafes für Entwicklung
- Beobachtung / Reflexion des Schlaf- Wachrhythmus
- Hinweise zum Schlafplatz => mit Verweis SIDS- Prophylaxe
- Einschlafrituale finden
- Lagerungshilfen im Bett
- Zeichen der Müdigkeit, wann lege ich Kind hin?

### Ziel

- Die Kindesmutter/- Eltern kennt/ en physiologische Schlafvariationen des Kindes.
- Die Kindesmutter/- Eltern kann/ können mit Veränderungen dieser umgehen.
- Die Kindesmutter/- Eltern weiß/ wissen die Schlafphasen des Kindes für sich zu nutzen.
- Das Kind schläft im schlaffördernden sicheren Umfeld.

## **Regulation/Beruhigung/Schreien**

- Besprechung/ Vorstellen geeigneter Beruhigungsstrategien (Pucken, gestuftes Trösten, Hilfen wie Schnuller) => Bestärkung / Anleitung der Mutter in der Situation

- Aufklärung über die Kompetenz der Eigenregulation des Kindes => Prozess => Kind benötigt Hilfe zur Selbstregulation (Unterstützung der KE für Kind)
- Aufzeigen der Kreisläufe => wenn KM nervös, angespannt => Übertrag auf das Kind
- Erkennen von Zeichen des Kindes der eventuellen Dysregulation, bzw. der Bedürfnisse (gemeinsame Beobachtungen am Kind und entsprechende Bewertung der Zeichen => üben)
- Einschätzen des Schreiverhaltens durch Erfragen oder erleben im Hausbesuch => wenn Auffälligkeiten => ggf. Weiterleitung an Schreispfachstunde o.a.
- Hinweis auf Reizüberflutung durch => vollgepackten Tagesablauf, Fernseher, Handy, laute Geräusche, Überstimulation im Spiel (Berührung, zu viel verschiedene Spielsachen)

#### Ziel

- Die Kindeseltern kennen Maßnahmen zum Beruhigen und wendet diese an.
- Die Kindeseltern kennen Kontakte zur weiteren Unterstützung.
- Die Kindeseltern können das Kind beruhigen.
- Die Kindeseltern achtet auf angemessene äußere Reize und vermeidet damit die Überforderung des Kindes.
- Die Kindeseltern können eigene Stresssituationen kompensieren.
- Das Kind hat Kompetenzen der Selbstregulation erlernt.

#### **Entwicklungsförderung**

- Aufklärung über Meilensteine der Entwicklung
- Motivierung zur täglichen Förderung des Kindes durch altersgerechte Beschäftigung => Beratung zu entsprechenden Spielzeug, tgl. intensive Angebote des Spielens, wenn Kind aufnahmebereit
- Beobachten/ Einschätzen der motorischen und geistigen Entwicklung
- Aufzeigen der Voraussetzungen für das Kind, um Entwicklung zu ermöglichen:
  - o Bewegungsfreiheit
  - o Positionswechsel
  - o verschiedene Materialien (mit allen Sinnen lernen)
  - o Hinweis: Dosierung des Angebotes („weniger ist mehr!“)
  - o Bedeutung Ansprache/ Geräusche => Bestärkung der Kindesmutter in Intuition (Singen, Sprechen, Ammensprache, Spiegelung des Lautierens)
  - o „Einhalten“ der motorischen Meilensteine => nicht vorgreifen => z.B. nicht zu zeitig hinsetzen

- Motivation zu Entwicklungsfördernde Mutter- Kind- Gruppen wie zum Beispiel PEKIP
- Erkennen von Bewegungseinschränkungen/ Fehlhaltungen, Entwicklungsverzögerungen => Verweis auf Arztvorstellung
- Ggf. Begleitung zur Physiotherapie und Motivation zur Durchführung der gelernten Übungen zu Hause.

#### Ziel

- Die Kindeseltern kennen Entwicklungsabschnitte eines Kindes.
- Die Kindeseltern verwenden altersgerechte und babygeeignete Spielutensilien zur sensorischen Entwicklung.
- Die Kindeseltern bieten dem Kind ausreichend Bewegungsfreiräume zur motorischen Entwicklung.
- Die Kindeseltern erleben eine stetige Weiterentwicklung des Kindes und unterstützen diese durch angemessene Beschäftigung.

#### **Interaktionsförderung**

- Beobachtung der Interaktionsfähigkeit von Mutter, Vater und Kind
- Einschätzung der Bereitschaft zur Interaktion (Prägung KM/ Bezugsperson)
- Förderung der der Interaktion zwischen Mutter, Vater und Kind
  - positives Feedback in gelungenen Situationen (unter Beachtung der Feinfühligkeit, Blickkontakt, Mimik, Körperkontakt, Reaktion auf Aktion des Kindes)
  - Angebot der Säuglingsgymnastik, Babymassage (auch Aufzeigen von Kursen), Sensibilisieren für das Babyschwimmen
- „Babylesen“ => „Babysprache“ => Was möchte mein Kind? Welche Bedürfnisse stehen im Vordergrund in der jeweiligen Situation? => gemeinsame Beobachtung der Zeichen des Kindes mit wichtigen Pausen, damit Kind die Chance hat, auf Aktion der Mutter zu reagieren. => Wie kann ich adäquat darauf reagieren?
- Gemeinsame Deutung und Bewertung verschiedener Zeichen => Mimik, Tonus, Verbalisierung, Blick, Körperhaltung, Haltung Extremitäten
- Aufzeigen des Kreislaufes der Interaktion! => Wechselwirkung zwischen Mutter und Kind!
- Aufzeigen der Notwendigkeit für das Baby, dass es stets eine „Antwort“ auf die Kontaktaufnahme bekommt! => Bsp. „Still Face Experiment“ verdeutlicht Folgen beim Kind, wenn es ignoriert wird!

- Bestärkung der KM in angemessener Reaktion auf das Kind => Besprechung verschiedener Situationen, vor allem im Stress

#### Ziel

- Die Kindeseltern nehmen kindliche Signale wahr und reagieren angemessen.
- Die Kindeseltern sind sicher in der Beurteilung von Gestik und Mimik des Kindes.
- Die Kindeseltern leben eine immer wieder neu abgestimmte Zuwendung zum Kind.
- Das Kind erfährt täglich Spiegelungen, Ansprachen, Körperkontakt und Selbstwirksamkeit.
- Die Kindeseltern begegnen dem Kind kontinuierlich feinfühlig und wohlwollend.
- Die Kindeseltern erkennen „Nichtpassung“ und reagieren mit „Anpassung“ oder nehmen ggf. bekannte, weitere intensiver unterstützende Angebote wahr.

#### **Aufklärung zu**

##### **SIDS (Plötzlicher Kindstod)**

- Aufklärung über Risikofaktoren unter Verwendung des aktuellen Flyers zur SIDS Prävention=> u.a. geeignete Raumtemperatur beim Schlafen, schaffen einer rauchfreien Umgebung, Lagerung in Rückenlage im Schlafsack im eigenen Bett ohne Himmel, Nestchen und Kuscheltiere

##### **Schütteln**

- Aufzeigen/ Aufklärung über Belastungssituationen welche diese Reaktion/ Intension hervorrufen können => Hinweis jede Mutter/Vater kann an den Punkt der absoluten Überforderung kommen!!!
- Verdeutlichung mit Broschüre und bewegliche Puppe zur Visualisierung
- Wer/ was kann in einer akuten Situation helfen??
- Folgen für das Kind
- Handlung nach Vorfall => „Notfallplan“ => immer sofort 112/ Klinik

##### **Erste Hilfe bei**

- Verbrennungen/ Verbrühungen
- Stürze
- Insektenstiche
- Vergiftung/ Verätzung



## Ziel

- Die Kindeseltern können im Notfall auf adäquat Handlungsstrategien zurückgreifen.
- Das Kind wird nach dem Ereignis schnellstmöglich ärztlich versorgt.

## „Unterwegs mit Baby“

- Beratung der KM zu folgenden Themenbereichen
  - Kinderwagen, Sportwagen, Buggy (was wann???)
  - Tragesysteme, Tragetuch (Haltung des Kindes, Bindetechnik, hüftunterstützende Position der Beine)
  - Autositz (Welchen für welches Alter? Wo im Auto?)
  - Vorbereitung von Urlaub mit Baby (Checklisten)
  - Wege im Alltag (Arztbesuch, Ausflüge)

## Ziel

- Die Kindeseltern können im Notfall adäquat Handlungsstrategien zurückgreifen.
- Das Kind wird nach dem Ereignis schnellstmöglich ärztlich versorgt.

## Netzwerk nach der Geburt

- enge, transparente Zusammenarbeit im Netzwerk, um Familie optimal unterstützen zu können
- Netzwerkpartner/-innen können:
  - Wochenbetthebammen
  - Ärztenetz => z.B. Gynäkologe/-innen, Pädiater/-innen, Psychiater/-innen
  - ASD/ PAAT (Jugendamt)
  - Kita
  - Frühförderstellen, Therapeut/-innen (Physiotherapeut/-innen, Psycholog/-innen)
  - Suchtberatungsstellen
  - Kliniken (Geburtsklinik, Kinderklinik)
  - Mutter- Kind- Gruppen/ Mütterzentren

## Ziel

- Die Kindeseltern kennen die Arbeitsbereiche der einzelnen Institutionen und können sich bei Bedarf an sie wenden.
- Es besteht ein guter interdisziplinärer Austausch.

## Spezielle Beratung und Anleitung bei Familien mit Migrationshintergrund

- Beachtung des unterschiedlichen, kulturgeprägten Krankheitsverständnisses unter Beachtung der Geschlechterrollen
- kulturelle Traditionen respektieren
- Arbeit unter Hinzuziehung eines/er Sprachmittlers/in
- Medizinische Fachbegriffe durch bildliche Erklärungen aufzeigen
- pflegerische Maßnahmen, Verabreichung von Medikamenten oder Durchführung von Therapien unter Verwendung von didaktischem Material (z.B. Handlingpuppe)

### **Präventiver Kinderschutz**

- Einschätzung der Gesamtentwicklung anhand der medizinischen und pflegerischen Situation (körperlicher, ernährungsbedingter und gesundheitlicher Zustand mit Blick auf die Gesundheitssorge)
- Einschätzung des kindlichen Verhaltens, Entwicklungsauffälligkeiten, soziale Bezugssysteme
- differenzierte, beschreibende und wertungsfreie Dokumentation unter Kenntnis der Risiko- und Schutzfaktoren
- Interaktions- und Bindungsqualität, Körperpflege, Hygiene, Kleidung, Ernährungssituation, Schlafsituation, Lebens- und Wohnumfeld, gesundheitliche Versorgung, Gewalt und Verletzungszeichen
- Verwendung einer Checkliste/Einschätzungsbogen, um den erforderlichen Unterstützungsbedarf zu verdeutlichen
- Unterstützung der Bezugspersonen in unsicheren Versorgungssituationen -> Stärkung der Elternkompetenz => Anleitung und Übung, Aufzeigen von weiteren Hilfen z.B. Frühförderung
- Anwendungsbereite Kenntnisse des §4 KKG und ggf. Anwendung der Offenbarungsbefugnis (Inanspruchnahme einer InsoFa, Besprechen der Situation mit den Eltern, Überleitung an den ASD, bei Gefahr in Verzug, um weitere Schäden abzuwenden, auch ohne Wissen der Eltern Meldung, entsprechend der gesetzlichen Vorgaben).

### **Netzwerkarbeit der Familienhebammen**

- Vermittlung an weitere Netzwerkpartner/-innen (z.B. PAAT)

- bei Erkrankungen der Bezugspersonen Vermittlung an entsprechende, weiterführende therapeutische Angebote (z.B. psychologische Beratung, Physiotherapie, Suchtberatung)
- Anbindung an Angebote der Familienbildung, nach Möglichkeit im Sozialraum der Familie
- Unterstützung bei der Vorbereitung auf eine Kur mit Kind
- bei erhöhtem Unterstützungsbedarf => Motivation und Begleitung der Familie eine Beratung beim Allgemeinen Sozialen Dienst anzunehmen
- Beteiligung im Hilfeplanverfahren

## **Anlage 2- Tätigkeitsprofil der Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen**

Stadt Leipzig- Dezernat V- Soziales, Gesundheit und Vielfalt; Koordinierungsstelle Bundeskinderschutzgesetz und Familienhebammen

### **Pflege**

Anleitung

- zum Baden und Waschen von Säuglingen und Kleinkindern => Häufigkeit, Dauer, Halten des Kindes, Anwendung von geeigneten Pflegemitteln und Badezusätzen, Sicherheit (Badetemperatur, Auskühlung, Unfallgefahr, Verbrühung, Ertrinken)
- zur Haut- und Körperpflege => Auswahl und Anwendung von Pflegeprodukten für Kinder, Windelbereich, Nabel, Hautfalten, Haare (Kopfgneis)
- Pflegemaßnahmen bei Hautirritationen (Intertrigo/Wundsein, Akne, Allergien)
- bei der Pflege von Finger- und Fußnägeln, der Augen-, Nasen- und Ohrenreinigung
- in Mund- und Zahnpflege (Pflegeprodukte und Utensilien)
- zur Verabreichung von Medikamenten (Suppositorien, Herstellung einer Suspension/Antibiotikum, Einreibungen, Wickel)

Ziel

Die Bezugspersonen:

- wechseln die Windeln sorgfältig, regelmäßig und dem Hautzustand (z.B. bei Durchfallerkrankungen) entsprechend häufig
- sorgen beständig für einen gut gepflegten und gesunden Zustand der Haut aller Körperregionen
- pflegen täglich die Zähne und achten auf eine gesunde Mundschleimhaut
- kleiden das Kind der Jahreszeit und Witterung entsprechend, sauber und in passender Kleider- und Schuhgröße
- unterstützen und fördert die Eigenständigkeit des Kindes bei der Körperpflege und dem An- und Auskleiden

### **Ernährung**

Beratung und Anleitung

- zum Stillen => Stillpositionen, Stilldauer, Stillprobleme, Ernährung und Brustpflege der stillenden Mutter
- zur Säuglingsnahrung => zu Fertig-Milchprodukten (z.B. bei Allergien), Zubereitung der Flaschenmahlzeit (Menge, Temperatur, Flasche, Saugergröße), Flaschen- und Sauger-Hygiene, Fütterungstechniken

- zur Beikosteneinführung => passender Zeitpunkt, altersgerechte Angebote (Fertigprodukte), zusätzlicher Flüssigkeitsbedarf (geeignete Getränke), selbst
- hergestellte Menüs
- zur Umstellung auf Familienkost (Kleinkindkost) => Förderung und Akzeptanz von eigenständigem Essen Information zu altersgerechter und gesundheitsfördernder Ernährung (Ernährungslehre, Nahrungs- und Getränkeangebote, Rezepte)
- zur Sensibilisierung und Befähigung, die Hunger- und Sättigungssignale des Kindes wahrzunehmen und angemessen darauf zu reagieren
- angenehme Gestaltung der Mahlzeiten => Essensrituale, gemeinsame Mahlzeiten am Familientisch, Umgebung, Essplatz (z.B. Hochstuhl)
- zu verschiedenen Fütterungstechniken => Halten des Kindes, Verwendung von Sitzhilfen z.B. Babywippe, Hochstuhl und ungeeigneter Methoden

#### Ziel

Die Bezugspersonen,

- sind sicher im Umgang mit dem Stillen des Kindes
- sind befähigt, für eine gesunde Ernährung des Kindes zu sorgen (Zubereitung, Art, Menge, Zusammensetzung, Hygiene)
- sorgen für eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr ab dem Zeitpunkt der Beikosteneinführung (Menge, gesunde und möglichst zuckerfreie Produkte)
- können die Ausscheidungen (Menge, Aussehen, Frequenz) adäquat einschätzen
- erkennen den Entwicklungsstand bezüglich des Ess- und Trinkverhaltens des Kindes (z.B. Zeitpunkt der Umstellung von Flasche auf Becher, Beginn der Beikosteneinführung und fester Nahrung)

#### **Begleitung bei Fütterungs-, Ess- und Gedeih Störungen**

Formen

- unzureichende Wechselseitigkeit der Eltern-Kind-Interaktion => Kind benötigt sicheren Rahmen, der die kindliche Exploration zulässt und die Nachahmung fördert
- Fütterungsstörung mit sensorischer Nahrungsverweigerung => Anleitung in optimale Position beim Füttern, Halten des Kindes, geeignete Löffel oder Sauger, Konsistenz der Nahrung, spielerischer Umgang
- Fütterungsstörung durch organische Erkrankungen => z.B. Einhaltung von Diätvorschriften (gemäß ärztlicher Verordnung)

- diagnostizierte-posttraumatische Fütterungsstörung => Aufzeigen eines umsichtigen und empathischen Verhaltens beim Füttern, um Unsicherheit, Verschlucken und Aspiration zu vermeiden

#### Methoden

- kompatible Ernährungspläne gemeinsam mit Eltern erarbeiten
- Erstellen von Trink- und Essensprotokollen
- Beobachtung der Gewichtsentwicklung anhand der Perzentilenkurven
- Stimulation der Mundmotorik
- Aufzeigen von geeigneten Positionen beim Stillen und Füttern
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Kinderarzt/-innen, Facharzt/-innen,
- Osteopath/-innen, Physiotherapeut/-innen, Logopäd/-innen, Frühförderung (z.B. Sozialpädiatrische Zentren)

### **Ruhen und Schlafen**

#### Beratung zu

- Prävention des plötzlichen Kindstodes (Rückenlage, Verwendung eines Schlafsacks)
- Lagerung des Kindes im Bett (z.B. bei Reflux und Spucken)
- Schlafbedarfe und Schlafenszeiten (Schlafprotokoll)
- Gesunde Schlafumgebung (Temperatur, Raumklima, Abdunkelungsmöglichkeiten)
- Thematisierung von Rauchen, Drogen, Alkohol

#### Ziel

#### Die Bezugspersonen

- sorgen für einen sicheren und ruhigen Schlafplatz des Kindes
- erkennen den Schlaf-Wach-Rhythmus des Kindes und den Schlafbedarf
- kommen dem Schlafbedürfnis des Kindes umfänglich nach
- berücksichtigen die Empfehlungen zur SIDS- Prophylaxe (plötzlicher Kindstod)

### **Schreien**

#### Anleitung zu

- Beobachtung des Schreiverhaltens des Kindes

- Beruhigungsstrategien => gestuftes Trösten, Pucken (Setzen von Körpergrenzen), Verwendung z.B. von Filmmaterial und Handlingpuppe zur Veranschaulichung, Tragetechniken, Anwendung von speziellen Beruhigungssaugern, Strukturierung des Tagesablaufes
- Erlernen und Förderung selbstregulatorischer Fähigkeiten des Säuglings
- Erkennen der möglichen Ursachen und Auslöser von Schreiattacken
- Stärkung der Bezugspersonen (Empathie und Verständnis)

Aufzeigen von

- Entlastungsmöglichkeiten der Bezugspersonen (Hilfsangebote)
- therapeutischer Anbindung (z.B. Schreiambulanzen)
- Gefahren des Schüttelns => Erstellung eines Notfallplanes (Handlungsstrategien für Bezugspersonen)

### **Interaktionsverhalten**

Baby lesen heißt, die Sprache der Babys“ verstehen

Anleitung

- Förderung der Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeiten der Eltern im Umgang mit dem Kind
- Begleitung zu einem sicheren Bindungsaufbau
- Vermittlung und Sicherheit im Verstehen der Signale des Kindes (Übersetzung der kindlichen Zeichen)
- Schutz vor Reizüberflutung (z.B. TV, Handy)

Methoden

- Sensibilitäts- und Sensitivitätsfähigkeit trainieren (z.B. Perspektivwechsel aus Sicht des Kindes)
- Erlernen z.B. der Babymassage, Babygymnastik
- gemeinsames Beobachten des Kindes und Interpretation der kindlichen Signale (Vermittlung in einfacher Sprache)
- altersgerechte Ansprache des Kindes durch die Bezugspersonen
- Beobachtung der eigenen Mimik und Reaktion des Kindes (z.B. Spiegel)
- altersgerechte Beschäftigung

- Demonstration der Umsetzung bei der Bedürfnisbefriedigung des Kindes durch Zuwendung, liebevolle Ansprache mit Blick- und Körperkontakt

## **Entwicklungsförderung**

### Beobachtung und Dokumentation

- körperliche Entwicklung => Länge, Gewicht und Kopfumfang anhand der Perzentilenkurven, Zahnentwicklung
- neurologische und motorische Entwicklung => Haltung, Bewegung, Reaktion (Überstreckung, Muskelhypotonie, Asymmetrie)
- sprachliche Entwicklung im Spiel- und Sozialverhalten
- Förderung der Autonomieentwicklung (eigenständiges An- und Auskleiden, selbständiges Essen, Sauberkeitstraining)
- emotionale und psychosoziale Entwicklung => Mimik, Gestik, Trotzreaktionen, Selbstregulation, Beruhigungsfähigkeit
- Akzeptanz der Bezugspersonen gegenüber der beginnenden Autonomieentwicklung des Kindes (Freiräume gewähren unter Beachtung des Unfallschutzes)

### Methoden

- Checklisten (nach Lebensalter)
- Grenzsteine der Entwicklung
- Anleitung in spielerischer Säuglingsgymnastik, Kinästhetik, bewegtes Lagern
- Anleitung für ein entwicklungsförderndes Handling
- altersgerechte Beschäftigung, Spielideen und förderliches Spielmaterial

### Ziel

#### Die Bezugspersonen

- können, die Motorik fördernde Spiel- und Lernangebote anbieten
- fördern die Bewegung, besonders an der frischen Luft
- bieten sensorische Spiel- und Lernangebote an
- sorgen für entwicklungsfördernde Spielbereiche (z.B. Spielecke)
- fördern und unterstützen die Motivation des Kindes
- schaffen freundliche und anregende Spielsituationen
- beschäftigen sich aktiv mit dem Kind in Spiel-/Alltagssituationen
- sorgen für ein sprachanregendes Klima in der Familie
- zeigen dem Kind Grenzen auf (konsequentes Handeln)



- unterstützen die Selbstständigkeit des Kindes
- respektieren das Schamgefühl des Kindes
- integrieren kindgerechte Rituale in den Familienalltag
- kontrollieren den Zu- und Umgang zu und mit elektronischen Medien

### **Sicherheit / Unfallverhütung**

Beratung und Anleitung zu

- Erste Hilfe Maßnahmen bei Unfällen, Vergiftung, Verbrühung, Verbrennung, Ertrinken, Unterkühlung, Sturz, Fremdkörperaspiration, Insektenstich, Bissverletzung (mit Hilfe der Merkblätter „Kinderunfälle“ der BZgA)
- kindersichere Wohnung
- Sonnenschutz
- Umgang mit Haustieren

Ziel

Die Bezugspersonen

- stellen eine altersgemäße Betreuung, Aufsicht und Anleitung sicher
- schützen das Kind vor unangemessenen äußeren Reizen
- erkennen und beseitigen Verletzungs- und Gefahrenquellen
- sorgen für Sicherheit bei Spielsachen und in den Spielräumen
- schützen das Kind vor körperlicher und emotionaler Bedrohung durch andere Personen (z.B. Beachtung von Geschwisterrivalität)
- respektieren die körperlichen und seelischen Grenzen des Kindes
- setzen die Tierhaltung, entsprechend der Kindersicherheit um

### **Vorsorgeuntersuchungen/ Impfungen/ Prophylaxen**

Beobachtung und Beratung zu

- den Ergebnissen von Vorsorgeuntersuchungen => mit dem Ziel, abweichende Entwicklungen frühzeitig zu erkennen (z.B. motorische- und/oder kognitive Entwicklungsverzögerung, Verhaltensauffälligkeiten)
- Schutzimpfungen (entsprechend der SIKO Empfehlungen) => Unterstützung bei der Entscheidungsfindung, ob das Kind geimpft werden soll (unter Einbeziehung des Impfkalenders werden Impfempfehlungen mit den Eltern besprochen)
- Vitamin D- Prophylaxe

- Zahnvorsorge
- Stoffwechselscreenings
- Hüftultraschall

#### Unterstützung bei

- Kinderarzt- und Facharztsuche (Vorbereitung auf Konsultation und auf Wunsch Begleitung zu Terminen)
- Auswertung der Untersuchungsergebnisse (Übersetzung von medizinischen Fachbegriffen)
- der Ergebnisanalyse von Vorsorgeuntersuchungen anhand von Checklisten

### **Umgang mit akuten und/ oder chronischen Erkrankungen/ Behinderungen**

#### Anleitung und Beratung

- zur Krankenbeobachtung
- Erkennen von Krankheitssymptomen und Unwohlsein
- bei der Anwendung von Heil- und Hausmitteln, Medikamenten und Therapien => mit dem Ziel, Unsicherheit, Überforderung und Ängste der Eltern abzubauen und die Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen zu erreichen
- was Kinder benötigen, um gesund aufzuwachsen => Geborgenheit, Sicherheit, körperliche und emotionale Zuwendung, Bewegung, frische Luft, bequeme Kleidung, Ruhepausen
- im Ermitteln der Körpertemperatur und Einschätzung der gemessenen Werte (normale Körpertemperatur, leicht erhöhte Körpertemperatur, Fieber, hohes Fieber) => Gegenmaßnahmen einleiten Aufzeigen von fiebersenkenden Maßnahmen => Anwendung altersentsprechender Medikamente zur Fiebersenkung (nach ärztlicher Verordnung), ausreichende Flüssigkeitszufuhr, leichte Kleidung, Raumklima, Bettruhe
- bei Atemwegserkrankungen => korrekte Verabreichung von Nasentropfen, Durchführung von Inhalationen (nach ärztlicher Verordnung), Möglichkeiten zur Befeuchtung der Raumluft, ausreichende Flüssigkeitszufuhr (Steigerung der Trinkmenge/leichte Kost), Oberkörper hochlagern (Lagerungstechniken/Hilfsmittel), frische Luft, Ruhigstellung/Beschäftigung (Vermeidung von Überanstrengung)
- bei Bindehautentzündung => Augenpflege mit abgekochtem Wasser und Kompressen, Anwendung von Augentropfen (nach ärztlicher Verordnung), Augenschutz durch Reizminderung, Hinweis auf Übertragungswege (Händedesinfektion)
- bei Blähungen/Bauchschmerzen => Wärmeanwendung z.B. Kirschkernkissen oder feuchte Wickel (Vorsicht Verbrennungsgefahr/Überhitzung), Bauchmassage mit Kümmelöl, Lagerungsmöglichkeiten und Tragetechniken zur Entlastung z.B. mit Knierolle und

„Fliegergriff“, Fenchel-Anis-Kümmeltee, Anwendung von Anti-Kolik-Tropfen (nach ärztlicher Empfehlung)

- bei Durchfall/Erbrechen => Zeichen der Austrocknung des Kindes erkennen => Gegenmaßnahmen einleiten z.B. ausreichende Flüssigkeitszufuhr, Diät (leichte Schonkost), Hygienemaßnahmen => bei Anzeichen eines Magen-Darm-Infektes beim Säugling/Kleinkind immer an den Pädiater/ Kinderklinik verweisen
- bei übermäßigem Spucken (Reflux) => Techniken zur Optimierung des „Aufstoßen Lassens“ nach dem Füttern, Hochlagerung des Oberkörpers beim Schlafen, Andicken der Nahrung (gemäß ärztlichem Rat), Mahlzeitenmenge- und Frequenz
- bei Obstipation => ausreichende Flüssigkeitszufuhr, ballaststoffreiche Ernährung (Gemüsebrei anstatt Milchbrei), zusätzliche Bewegung z.B. durch Säuglingsgymnastik, Bauchmassage
- muskulärer Schiefhals/Schädelasymmetrie/Vorzugshaltung => Abklärung der Ursachen und Therapieverordnung nach ärztlicher Konsultation, Physiotherapie/Begleitung, Umsetzung und Weiterführung der Therapieempfehlungen auch Zuhause (Stimulation des Kindes durch Ansprache, Spielzeug, Bilder oder Geräusche -> Förderung durch Drehung in gewünschte Richtung zur Korrektur der Fehlhaltung, Anwendung spezieller Lagerungstechniken (unterstützte Seitenlagerung)
- bei diagnostizierter Hüftreifungsstörung => Wickeltechniken zum Breitwickeln, Hilfsmittel z.B. Spreizhose, fördernde Lagerung und Tragetechnik (Spreiz-Anhock-Haltung)
- bei Fehlhaltung der Füße => fußgerechtes und passendes Schuhwerk, Fußmassage, Zwangshaltungen entgegenwirken, bei Fehlstellung Vorstellung beim Orthopäden
- bei Herzerkrankungen => Schreien, körperliche Anstrengungen und zusätzliche Belastungen vermeiden, erhöhte Oberkörperlagerung zur Verbesserung der Atmung, Veränderungen beobachten z.B. Zyanose der Haut (Mund-Nasen-Dreieck/ Finger), Wassereinlagerungen (Schwellung der Augenlider, Unterschenkel, Hand- und Fußrücken)

Ziel

Die Bezugspersonen

- erkennen rechtzeitig gesundheitliche Störungen, Veränderungen, Krankheiten, Auffälligkeiten oder Problemsituationen
- ergreifen angemessene Maßnahmen (z.B. Notfallplan), sind befähigt und wissen, wie sie sich verhalten müssen und an wen sich bei einer Erkrankung des Kindes wenden können
- sichern die Versorgung bei Akut- und chronischer Erkrankung und/oder Behinderung des Kindes ab
- reagieren adäquat auf die besonderen Bedürfnisse ihres kranken Kindes

- gewährleisten die Betreuung des Kindes in Krankheitsfällen und kennen ihre Rechte und Ansprüche
- sind in der Lage, bei chronischer Erkrankung und/oder Behinderung ihres Kindes, den pflegerischen/therapeutischen Mehrbedarf zu leisten
- verfügen über ein medizinisches und therapeutisches Netzwerk
- Spezielle Beratung und Anleitung bei Frühgeborenen, Kindern mit Regulationsstörungen, Missbildungen z.B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, Herzfehler, Trisomie 21 oder lebensverkürzenden Erkrankungen
- Besonderheiten in der kindlichen Entwicklung, z.B. gestörter Schlaf- Wach- Rhythmus
- fachliche Informationen verständlich vermitteln (leichte Sprache) => Übersetzung der medizinischen Fachtermini, bei Bedarf den Umgang mit Heimmonitor trainieren (erkennen von Fehlalarm und echtem Alarm), Anwendung von Inhalationsgeräten
- Unterstützung zu lösungsorientiertem Handeln, Entscheidungshilfen anbieten => Eltern stärken im Erleben und in der Auseinandersetzung mit Krankheit, Sterben, Ängsten, Tod und bei Partnerschaftskonflikten
- Zeit und Orientierungshilfe geben, um mit neuer Situation und Belastungen umgehen zu können => Verunsicherung, Ängste und Hilflosigkeit abbauen, Empathie vermitteln, Fragen zu allen Themen bearbeiten
- einen angemessenen Umgang mit dem kranken Kind fördern und unterstützen => den Familienzusammenhalt stärken (Elternrolle)
- Ressourcen der Familien erkennen, benennen, aktivieren und nutzen
- Akzeptanz des Kindes mit all seinen Besonderheiten und Eigenschaften

### **Spezielle Beratung und Anleitung bei Familien mit Migrationshintergrund**

- Beachtung des unterschiedlichen, kulturgeprägten Krankheitsverständnisses unter Beachtung der Geschlechterrollen
- kulturelle Traditionen respektieren
- Arbeit unter Hinzuziehung eines Sprachmittlers
- Medizinische Fachbegriffe durch bildliche Erklärungen aufzeigen
- pflegerische Maßnahmen, Verabreichung von Medikamenten oder Durchführung von Therapien unter Verwendung von didaktischem Material (z.B. Handlingpuppe)

## **Präventiver Kinderschutz**

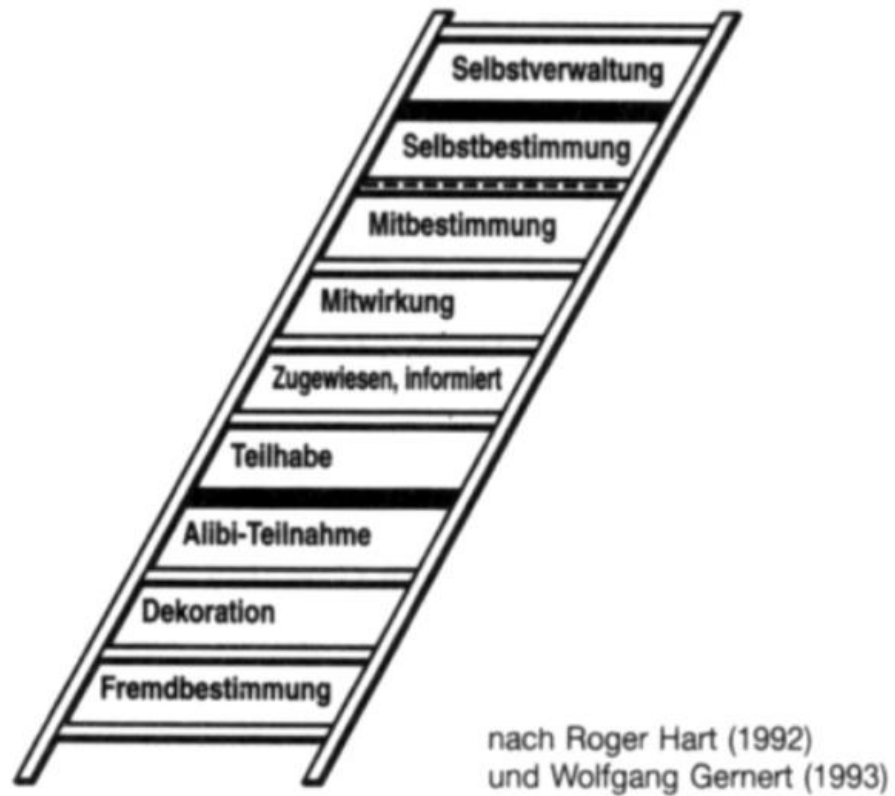
- Einschätzung der Gesamtentwicklung anhand der medizinischen und pflegerischen Situation (körperlicher, ernährungsbedingter und gesundheitlicher Zustand mit Blick auf die Gesundheitssorge)
- Einschätzung des kindlichen Verhaltens, Entwicklungsauffälligkeiten, soziale Bezugssysteme
- differenzierte, beschreibende und wertungsfreie Dokumentation unter Kenntnis der Risiko- und Schutzfaktoren
- Interaktions- und Bindungsqualität, Körperpflege, Hygiene, Kleidung, Ernährungssituation, Schlafsituation, Lebens- und Wohnumfeld, gesundheitliche Versorgung, Gewalt und Verletzungszeichen
- Verwendung einer Checkliste/Einschätzungsbogen, um den erforderlichen Unterstützungsbedarf zu verdeutlichen
- Unterstützung der Bezugspersonen in unsicheren Versorgungssituationen -> Stärkung der Elternkompetenz => Anleitung und Übung, Aufzeigen von weiteren Hilfen z.B. Frühförderung
- Anwendungsbereite Kenntnisse des §4 KKG und ggf. Anwendung der Offenbarungsbefugnis (Inanspruchnahme einer InsoFa, Besprechen der Situation mit den Eltern, Überleitung an den ASD, bei Gefahr in Verzug, um weitere Schäden abzuwenden, auch ohne Wissen der Eltern Meldung, entsprechend der gesetzlichen Vorgaben)

## **Netzwerkarbeit der FGKiKP**

- Vermittlung an weitere Netzwerkpartner/-innen (z.B. Frühe Hilfen- Präventiv arbeitend aufsuchendes Team des Jugendamtes- PAAT)
- bei Erkrankungen der Bezugspersonen Vermittlung an entsprechende, weiterführende therapeutische Angebote (z.B. psychologische Beratung, Physiotherapie, Suchtberatung)
- Anbindung an Angebote der Familienbildung, nach Möglichkeit im Sozialraum der Familie
- Unterstützung bei der Vorbereitung auf eine Kur mit Kind
- bei erhöhtem Unterstützungsbedarf => Motivation und Begleitung der Familie eine Beratung beim Allgemeinen Sozialen Dienst anzunehmen
- Beteiligung im Hilfeplanverfahren

Anlage 3- Stufenmodell der Partizipation nach Hart (1992) und Gernert (1993)

*Stufen der Beteiligung*



Quelle: <https://www.kinder-beteiligen.de/partizipation-kinder-jugendliche.htm> (letztmalig abrufbar am 29.11.2020)

## Literaturverzeichnis

**Adamaszek, Katrin; Brand, Tilmann; Kurtz, Vivien; Jungmann, Tanja** (2013): Stärkung psychischer Ressourcen im Rahmen Früher Hilfen. Erfahrungen und Empfehlungen des Modellprojektes Pro Kind. In: Makowsky, Katja; Schücking, Beate (Hrg.) Was sagen die Mütter. Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Weinheim/ Basel. Beltz Juventa.

**Ainsworth, Mary** (2003): Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys (1974). In: Grossmann, Klaus, & Grossmann, Karin. Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett Cotta.

**Albrecht, Ralf** (2017): Beratungskompetenz in der Sozialen Arbeit. In: Bauer, Petra; Bräutigam, Barbara; Foertsch, Dörte (Hrg.). Kontext. Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie. Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGST). Band 48. 1/ 2017. Göttingen: Vandenhoeck& Ruprecht.

**Alle, Friederike** (2017): Kindeswohlgefährdung- Das Praxishandbuch. 3. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

**Bayrisches Landesjugendamt** (2014): Fachliche Empfehlungen für Fachkräfte der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) gemäß §31 SGB VIII. Beschluss des Bayerischen Landesjugendhilfeausschusses in der 129. Sitzung am 21.10.2014, <https://www.blja.bayern.de/service/bibliothek/fachliche-empfehlungen/spfh.php> (letztmalig abrufbar 29.11.2020)

**Behringer, Luise; Höfer, Renate** (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. München: Ernst Reinhardt Verlag.

**Blank, Christian** (2020): Kommunikation und Kooperation mit anderen Professionen. In: Brisch, Karl- Heinz; Sperl, Wolfgang; Kruppa, Katharina (Hrg.). Early Life Care. Frühe Hilfen von der Schwangerschaft bis zum 1. Lebensjahr. Das Grundlagenbuch. Stuttgart: Klett- Cotta.

**Brand, Tilmann; Jungmann Tanja** (Hrg.) (2013): Pro Kind- Ein Modellversuch Früher Hilfen. In: Kinder schützen, Familien stärken. Erfahrungen und Empfehlungen für die Ausgestaltung Früher Hilfen aus der "Pro Kind"- Praxis und Forschung. Weinheim/ Basel. Beltz Juventa.

**Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter** (Hrg.) (2015): Empfehlungen- Qualitätsmaßstäbe und Gelingensfaktoren für die Hilfeplanung gemäß § 36 SGB VIII- beschlossen auf der 118. Arbeitstagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter. Mainz. Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter.

**Buschhorn, Claudia; Böllert, Karin** (2015): Adressierung von (werdenden) Eltern in Familienbildung und Frühen Hilfen. In: Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik. Sonderheft 12. Lahnstein. Verlag neue praxis GmbH.

**Cowan, Carolyn P. & Cowan, Philip, A.** (1994): Wenn Paare Eltern werden. Der große Umbruch im Leben des Paares. München: Piper.

**Eickhorst, Andreas** (2019): Frühe Hilfen. Früh im Leben und früh im Handeln. Göttingen: Vandenhoeck& Ruprecht.

**Eisenbraun, Axel; Lux, Stephanie, Mayer, Eva- Martina** (1998): Erfahrungen mit Hilfeplangesprächen aus Sicht beteiligter Jugendlicher, Fachkräfte und Eltern. In: (Hr.) Evangelischer Erziehungsverband e.V, 75. Jh- Heft 2. Hannover: Evangelische Jugendhilfe.

**Frindt, Anja** (2010): Entwicklungen in den ambulanten Hilfen zur Erziehung. Aktueller Forschungsstand und strukturelle Aspekte am Beispiel der Sozialpädagogischen Familienhilfe. München. DJI.

**Fröhlich- Gildhoff, Klaus** (2014): §31 SGB VIII: Sozialpädagogische Familienhilfe. In: Macsenaere, Michael; Esser, Klaus; Knab, Eckhart (Hg.): Handbuch der Hilfen zur Erziehung. Freiburg im Breisgau. Lambertus Verlag.

**Grunewald, Klaus; Thiersch, Hans** (2018): Lebensweltorientierung. In: Otto, Hans- Uwe; Thiersch, Hans; Treptow Rainer; Ziegler Holger (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. 6., überarbeitete Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag.

**Helming, Elisabeth** (2016): Ambulante Hilfen zur Erziehung im Kontext gesellschaftlicher Veränderung unter besonderer Berücksichtigung der Sozialpädagogischen Familienhilfe. In: Baumeister, Peter; Bauer, Anette; Mersch, Reinhild (Hr.): Arbeitsfeld Ambulante Hilfen zur Erziehung. Standards, Qualität und Vielfalt. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

**Hentschke, Anna- Kristin; Bastian, Pascal; Dellbrügge, Virginia; Lohmann, Anne; Böttcher, Wolfgang; Ziegler, Holger** (2011): Parallelsystem Frühe Hilfen?. In: Bock Karin; Böllert, Karin; Thole, Werrner; Ziegler, Holger. Soziale Passagen. Journal für Empirie und Theorie Sozialer Arbeit 3, 49 (2011). Wiesbaden: VS für Sozialwissenschaften.

**Kardorff, Ernst von** (1998): Kooperation, Koordination und Vernetzung. Anmerkungen zur Schnittstellenproblematik in der psychosozialen Versorgung. In: Röhrler, Bernd; Sommer, Gert; Nestmann Frank (Hr.). Netzwerkinterventionen. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung. Band 2. Tübingen: dgvt Verlag.

**Kerl- Wienecke, Astrid** (2015): „Auf vorhandene Strukturen soll aufgebaut werden“. Der Aufbau und die Weiterentwicklung von Netzwerken Früher Hilfen im Kontext bereits bestehender und gewachsener Arbeitsstrukturen. In: Sozial Extra. Zeitschrift für Soziale Arbeit. Ausgabe 1 2015. 39. Jahrgang. Wiesbaden: Springer Verlag.

**Klinger, Birte** (2019): Arbeit am Subjekt. Kinder und Jugendliche in der Hilfe Planung. Weinheim/ Basel: Beltz Juventa.

**Krause, Hans- Ullrich; Schäfer, Dirk** (2014): Professionelle Haltung. In: Düning, Diana; Krause, Hans- Ullrich; Peters, Friedhelm; Rätz, Regina; Rosenbauer, Nicole; Vollhase, Matthias (Hrg.). Kritisches Glossar Hilfen zur Erziehung. Frankfurt am Main: Internationale Gesellschaft für Erzieherische Hilfen, IGFH- Sektion Bundesrepublik Deutschland der Fédération Internationale des Communautés Educatives (FICE) e.V.

**Krause, Hans- Ullrich** (2019): Beteiligung als umfassende Kultur in den Hilfen zur Erziehung. Haltung- Methoden- Strukturen. Frankfurt am Main: Internationale Gesellschaft für Erzieherische Hilfen, IGFH- Sektion Bundesrepublik Deutschland der Fédération Internationale des Communautés Educatives (FICE) e.V.

**Lohmann, Anne** (2013): Kooperation bei Frühen Hilfen. Eine Analyse der kooperativen Beziehungen zwischen Akteuren des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe im Hinblick auf ihre Formen und Passgenauigkeit zur familiären Bedarfslage. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades im Fachbereich Erziehungswissenschaft und Sozialwissenschaften der Westfälischen Wilhelms- Universität in Münster. Münster.



**Merten, Ueli; Amstutz, Jeremias** (2019): Zur Notwendigkeit der Kooperation in der Profession Soziale Arbeit. In: Amstutz, Jeremias; Kaegi, Urs; Käser, Nadine; Merten, Ueli, Zängel, Peter (Hrg.). Kooperation kompakt- Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit- Ein Lehrbuch, 2. überarbeitete und ergänzte Auflage. Opladen/ Berlin/ Toronto: Budrich Verlag.

**Merten, Ueli; Kaegi, Urs; Zängel, Peter** (2019): Kooperation als intendierte Zusammenarbeit. In: Amstutz, Jeremias; Kaegi, Urs; Käser, Nadine; Merten, Ueli, Zängel, Peter (Hrg.). Kooperation kompakt- Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit- Ein Lehrbuch, 2. überarbeitete und ergänzte Auflage. Opladen/ Berlin/ Toronto: Budrich Verlag.

**Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)** (2013): Kompetenzprofil Familienhebammen (2. Aufl.). Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

**Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)** (2014): Kompetenzprofil Familien- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und- pfleger in den frühen Hilfen/ Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

**Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)** (2015): Materialien zu Frühen Hilfen 8. Expertise. Rechtsgutachten zu rechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Einsatz von Familienhebammen und Familien- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern (1. Aufl.). Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

**Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)** (2016): Qualifizierungsmodul für Gesundheitsfachkräfte. <http://www.fruehehilfen.de/qualitaetsentwicklung-fruehehilfen/qualifizierung/qualifizierungsmodule> (letztmalig abrufbar am 29.11.2020).

**Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)** (2017): Frühe Hilfen Kompakt 7. Frühe Hilfen und Präventiver Kinderschutz- Frühzeitige Unterstützung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Empfehlungen an die Politik zur weiteren Ausgestaltung der Frühe Hilfen vom Bereit des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

**Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)** (2020): Dokumentationsvorlage Frühe Hilfen. Anleitung für Gesundheitsfachkräfte. <https://www.fruehehilfen.de/service/arbeitshilfen-fuer-die-praxis/dokumentationsvorlage/dokuvorlage2020/> (letztmalig abrufbar: 29.11.2020).

**Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)** (o. J. 1): Frühe Hilfen Kompakt 1. Leitbild Frühe Hilfen- Beitrag des NZFH- Beirats (1. Aufl.). Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

**Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)** (o. J. 2): Empfehlungen zu Qualitätskriterien für Netzwerke Früher Hilfen. Beitrag des NZFH- Beirats. Kompakt 2 (1. Aufl.). Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

**Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)** (o. J. 3): Interprofessionelle Qualitätszirkel- Ziele und Umsetzung. <https://www.fruehehilfen.de/qualitaetsentwicklung-fruehehilfen/kooperationen-in-den-fruehen-hilfen/interprofessionelle-qualitaetszirkel/ziele-und-umsetzung/> (letztmalig abrufbar am 29.11.2020).

**Neumann Anna; Renner, Ilona** (2016): Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen. Die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz. In: Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz (59). Heidelberg/ Berlin. Springer- Verlag. S. 1281- 1291.

**Nonninger, Sybille; Meyesen, Thomas** (2019): Kinder- und Jugendhilfe (SGV VIII). In: Merchel, Joachim (Hg.). Handbuch Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

**Paul, Mechthild; Backes, Jörg; Renner, Ilona; Scharmanski, Sara** (2018a): Vom Aktionsprogramm über die Bundesinitiative zur Bundesstiftung Frühe Hilfen. JuKiP - Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 07 (04). Georg Thieme Verlag. S.157–161.

**Renner, Ilona; Scharmanski, Sara** (2016): Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen: hat sich ihr Einsatz bewährt? In: Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz (59). Berlin/ Heidelberg. Springer Verlag. S. 1323- 1331.

**Renner, Ilona; Schmarmanski, Sara; Paul, Mechthild** (2018 b): Frühe Hilfen- Wirkforschung und weitere Bedarfe. In: Die Hebamme. Jg. 31 (Heft 2- 2018). Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S. 119- 125.

**Rogers, Carl** (1983): Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

**Rothe, Marga** (2017): Sozialpädagogische Familien- und Erziehungshilfe. Eine Handlungsempfehlung. 8. Auflage. Stuttgart. Kohlhammer.

**Sann, Alexandra** (2014): Familienhebammen in den Frühen Hilfen: Formierung eines "hybriden" Tätigkeitsfeldes zwischen Gesundheitsförderung und Familienhilfe. In: Diskurs Kindheits- und Jugendforschung/ Journal of Childhood an Adolescence Research, 9 (2). Leverkusen. Budrich. S. 227- 232.

**Schmidt, Martin** (2007): Sozialpädagogische Diagnose. Die SPFH und andere ambulante Angebote der Kinder- und Jugendhilfe. 1. Auflage. Altenberge. Niederle- Media.

**Schnurr, Stefan** (2015): Partizipation. In: Otto, Hans- Uwe; Thiersch, Hans (Hrg.). Handbuch Soziale Arbeit. 5. Erweiterte Auflage. München/ Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

**Schrappner, Christian** (2018): Hilfeplanung nach §36 SGB VIII. In: Böllert, Karin (Hrg.). Kompendium Kinder- und Jugendhilfe, Band 2. Wiesbaden. Springer Verlag.

**Schulze, Friederike; Schauer, Marlene** (2020): Partizipation und Empowerment in den Frühen Hilfen. [https://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Kongress/Kongress\\_2020/Online-Doku\\_2020/048\\_Schauer\\_Schultz\\_VER\\_Rahmen.pdf](https://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Kongress/Kongress_2020/Online-Doku_2020/048_Schauer_Schultz_VER_Rahmen.pdf) (letztmalig abrufbar am 29.11.2020).

**Schwabe, Mathias** (2019): Methoden der Hilfeplanung- Zielentwicklung, Moderation und Aushandlung. 5. Auflage. Weinheim/ Basel. Beltz- Juventa.

**Seckinger, Mike** (2015): Kooperation in Netzwerken Früher Hilfen. Hinweise für eine erfolgreiche Zusammenarbeit. In: Sozial Extra. Zeitschrift für Soziale Arbeit. 39. Jhg. 1-2015. Wiesbaden: Springer Verlag.

**Sickendiek, Ursel; Engel, Frank; Nestmann, Frank** (2002): Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 2. Auflage. Weinheim/ München: Juventa Verlag.

**Tammen, Britta; Trenczek, Thomas** (2014): Individuelle Hilfen: Hilfen zur Erziehung, Eingliederungshilfe und Volljährigenhilfe (§§ 27- 41 SGB VIII). In: Trenczek, Thomas; Tammen, Britta; Behlert, Wolfgang; von Boetticher, Arne (Hrg.). Grundzüge des Rechts. Studienbuch für soziale Berufe. 4. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 475- 479.

**Trede, Wolfgang** (2014): Was sind erzieherische Hilfen?. In: Krause, Hans- Ulrich; Peters, Friedhelm (Hrg.). Grundwissen Erzieherische Hilfen. Ausgangsfragen, Schlüsselthemen, Herausforderungen. 4. Auflage. Weinheim/ Basel: Beltz Juventa. S. 15- 36

**Trenczek, Thomas** (2015): Hilfen zur Erziehung: Leistungsvoraussetzungen und Rechtsfolgen. In: Textor, Marin; Becker- Textor, Ingeborg; Büttner, Peter; Rücker, Stefan. SGB VIII- Onlinehandbuch.  
<https://www.sgbviii.de/s112.html#:~:text=Die%20Hilfe%20zur%20Erziehung%20wird,des%20SGB%20VIII%20erreicht%20sind.> (abrufbar: 29.11.2020).

**Van Santen, Eric; Seckinger Mike** (2003): Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. München: DJI Verlag.

**van Santen, Eric; Seckinger Mike** (2019): Kooperation im ASD. In: Merchel, Joachim (Hrg.). Handbuch Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

**van Santen, Eric; Seckinger, Mike** (2005): Fallstricke im Beziehungsgeflecht: die Doppelleben interinstitutioneller Netzwerke. In: Bauer, Petra; Otto, Ulrich (Hrg.). Mit Netzwerken Professionell Zusammenarbeiten. Band II: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 12. Tübingen: dgvt Verlag.

**van Staa, Juliane; Renner, Ilona** (2019): Die Kinderärztliche Praxis in den Frühen Hilfen. Ergebnisse aus dem NZFH- Forschungszyklus "Zusammen für Familien" (ZuFa- Monitoring). Kompakt. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

**Wabnitz, Reinhard J.** (2008): Wunsch- und Wahlrecht. In: Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe- AGJ (Hrg.). Kinder- und Jugendhilferecht von A-Z. München: Beck Verlag.

**Walper, Sabine; Franzkowiak, Peter; Meysen, Thomas; Papousek, Mechtild** (2009): Begriffsbestimmung Früher Hilfen. [https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/fruehe-hilfen-begriffsbestimmung-und-leitbild/?L=0&sword\\_list%5B%5D=hilfe&no\\_cache=1](https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/fruehe-hilfen-begriffsbestimmung-und-leitbild/?L=0&sword_list%5B%5D=hilfe&no_cache=1) (letztmalig abrufbar am 29.11.2020)

**Weber, Bettina** (2013): Bindungsabbrüche. Vortrag gehalten auf dem Jour Fixe des VAK e. V., Verband Anwalt des Kindes, Landesverband Berlin-Brandenburg (11.12.2013). [http://www.storm-knirsch.de/mediapool/136/1360359/data/Weber\\_Bettina\\_Bindungsabbrueche.pdf](http://www.storm-knirsch.de/mediapool/136/1360359/data/Weber_Bettina_Bindungsabbrueche.pdf) (letztmalig abrufbar am 29.11.2020)

**Weigelt, Claudia** (2011): Familie im Werden – Veränderungen der Paarbeziehung durch die Geburt des ersten Kindes. [https://www.kita-fachtexte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen//FT\\_weigeltI\\_2011.pdf](https://www.kita-fachtexte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen//FT_weigeltI_2011.pdf) (letztmalig abrufbar am 29.11.2020)

**Wolf, Klaus** (2015): Sozialpädagogische Intervention in Familien. 2. Auflage. Weinheim/ Basel: Beltz Juventa.

**Ziegenhain, Ute; Fries, Mauri; Bütow, Babara; Derksen, Bärbel** (2006). Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Weinheim/ München: Juventa.

## **Selbstständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel

### **Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. Kooperationen gemeinsam mit ASD und SPFH für Familien gestalten.**

selbstständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet und die den verwendeten Quellen und Hilfsmitteln wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Leipzig den,

---

Unterschrift