



Achtsam von Anfang an

Qualitätsstandards in Einrichtungen für Familien rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit

Standards in der Psychosozialen
Beratung bei vorgeburtlichen
Untersuchungen

Standards für eine Mutter-Kind-
zentrierte, bindungsorientierte
Begleitung in geburtshilflichen
Einrichtungen

Standards für die außerfamiliäre
Betreuung von Kindern unter
3 Jahren

Standards in der Fort- und
Weiterbildung

Netzwerk Lebensbeginn
St. Virgil Salzburg

In Kooperation mit der Österreichischen
Liga für Kinder- und Jugendgesundheit

Projektzeitraum 2010 - 2012

Gefördert durch das
BM für Wirtschaft, Familie und Jugend

Jänner 2013

Inhaltsverzeichnis	I. Einleitung	4
	II. Grundlagen der Entwicklung	6
	II.1 Präambel	7
	II.2 Die pränatale Entwicklung	7
	II.3 Die Geburt	7
	II.4 Vom Neugeborenen zum Kleinkind: die Entwicklung der ersten drei Lebensjahre	8
	II.5 Frühe Kindheit – Chancen und Gefahren	9
	II.6 Fazit	10
	II.7 Glossar	11
	II.8 Literatur	12
	III. Standards in der Psychosozialen Beratung bei vorgeburtlichen Untersuchungen (Pränatale Diagnostik; PND)	14
	III.1 Vorbemerkung	15
	III.2 Die rechtliche Situation in Österreich	15
	III.3 Persönliche Kompetenzen der Beratungsperson – Haltung	15
	III.4 Standards für die Rahmenbedingungen psychosozialer Beratung	16
	III.4.1 Interdisziplinarität, Vernetzung und Qualitätszirkel	16
	III.4.2 Räumlichkeiten und Beratungsstandort	16
	III.4.3 Zeitlicher Rahmen	16
	III.4.4 Kontinuität und Flexibilität der Beraterin/ des Beraters	16
	III.5 Anforderungen an BeraterInnen	16
	III.5.1 Alter	16
	III.5.2 Erforderliche Ausbildung	16
	III.5.3 Erforderliche Zusatzkenntnisse:	17
	III.5.4 Persönliche Fähigkeiten und Voraussetzungen	17
	III.6 Standards im Beratungsprozess	17
	III.6.1 Beratung vor der PND	17
	III.6.2 Beratung während PND	17
	III.6.3 Beratung nach auffälligem Befund	18
	III.6.4 Beratung – Begleitung nach der Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch	18
	III.6.5 Beratung nach der Entscheidung die Schwangerschaft fortzusetzen – das Kind auszutragen	19
	III.7 Literatur	19

Inhaltsverzeichnis



IV.	Standards für eine Mutter-Kind-zentrierte, bindungsorientierte Begleitung der Geburt in Geburtshilflichen Einrichtungen	20	VI.4	Handlungsstandards	34
IV.1	Vorbemerkung	21	VI.4.1	Theoretische Inhalte	34
IV.2	Grundhaltung	21	VI.4.2	Instrumente und Methoden der praktischen Weiterbildung (fakultative Aufzählung)	34
IV.3	Gute Qualität braucht gute Rahmenbedingungen!	22	VI.5	Fort- und Weiterbildungsstandards für Begleitung von Kindern von 0 bis 3 Jahren mit ihren Eltern und anderen Bezugspersonen	34
IV.4	Standards für eine Mutter/Eltern-Kind-zentrierte, bindungsorientierte Begleitung der Geburt	22	VI.5.1	Spezifische und ergänzende Inhalte der Fort- und Weiterbildung für Begleitung	34
IV.4.1	Anpassung an individuelle Bedürfnisse/ kulturelle Merkmale	22	VI.5.2	Umfang und Dauer – Fort- und Weiterbildung für Begleitung	35
IV.4.2	Personalschlüssel	22	VI.6	Fort- und Weiterbildungsstandards für Beratung von Schwangeren und Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren	35
IV.4.3	Qualität der Betreuung	22	VI.6.1	Spezifische und ergänzende Inhalte der Fort- und Weiterbildung für Beratung	35
IV.4.4	Räumlichkeiten und Material	22	VI.6.2	Praktische Inhalte der Fort- und Weiterbildung für Beratung	35
IV.4.5	Qualität der Beratung und Kommunikation	23	VI.6.3	Umfang und Dauer – Fort- und Weiterbildung für Beratung	35
IV.4.6	Professionalität	23	VI.7	Fort- und Weiterbildungsstandards für Psychotherapie von Schwangeren und Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren	36
IV.4.7	Qualitätssicherung	23	VI.7.1	Theoretische Inhalte	36
IV.4.8	Gesundheit und Ressourcen des Personals	24	VI.7.2	Praktische Inhalte	36
IV.5	Literatur	24	VI.7.3	Umfang und Dauer	37
V.	Standards für die außerfamiliäre Betreuung von Kindern unter 3 Jahren	26	VI.8	Literatur	37
V.1	Vorbemerkung	27	VII.	Anhänge	38
V.2	Haltung der Fachkräfte/Bild vom Kind/ Beziehungsaufbau/Zusammenarbeit mit Eltern	27	VII.1	Mitglieder des Netzwerks Lebensbeginn. Initiative für interdisziplinäre Begleitung rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit (Anhang 1)	39
V.3	Rahmenbedingungen	27	VII.2	AutorInnen (Anhang 2)	39
V.3.1	Ausstattung/Räumlichkeiten und Material	27			
V.3.2	Gruppenzusammensetzung, Personalschlüssel und BezugspädagogIn	28			
V.3.3	Pädagogische Ausbildungen der Fachkräfte	28			
V.3.4	Pädagogische Prinzipien	28			
V.4	Handlungsstandards	29			
V.4.1	Tagesablauf	29			
V.4.2	Pädagogisch-Prozessuale Merkmale	29			
V.4.3	Operative Qualität und Professionalität	29			
V.5	Literatur	30			
VI.	Standards für Fort- und Weiterbildungen	32			
VI.1	Vorbemerkung	33			
VI.2	Ziele der Fort- und Weiterbildung	33			
VI.3	Rahmenbedingungen	33			

Aktion Leben Österreich
 St. Virgil Salzburg | Dia-
 onie-Zentrum Salzburg
 | Eltern-Kind-Zentrum
 lzburg | European Soci-
 for Primal Healthcare
 chhochschule Salzburg
 udiengang Hebammen
 burtsallianz Österreich
 ellschaft für seelische
 esundheit in der frühen
 ndheit (GAIMH e.V.) | In-
 ative Birthday, Salzburg
 ernationaler Studienge-
 meinschaft für Pränatale
 Perinatale Psychologie
 d Medizin (ISPPM) | Ko-
 tee Geburt an der Jahr-
 endwende | Kuratorium
 psychische Gesundheit
 eche Liga | Lebenshilfe
 | Mamacoach | Nanaya
 sterreichischer Dachver-
 nd für Vorbereitung auf
 rt und Elternschaft e. V.
 sterreichisches Hebam-
 premium (OHG) | Pikler-
 gstenberg-Gesellschaft
 reich | PRENET – Netz-
 für kritische Ausein-
 anersetzung mit Pränatal-
 agnostik | Preyer'sches
 inderspital Wien – Baby
 are Ambulanz | Verband
 Still- und Laktationsbe-
 raterInnen Österreichs

I. Einleitung

Vor viereinhalb Jahren gründeten engagierte Frauen und Männer aus unterschiedlichsten Gruppen (aus ganz Österreich) in St. Virgil Salzburg das „Netzwerk Lebensbeginn. Initiative für interdisziplinäre Begleitung rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit“. Mittlerweile sind fast 30 Einrichtungen in diesem Netzwerk¹ tätig. Im ersten öffentlichen Positionspapier hat das Netzwerk u.a. folgende Perspektive formuliert:

„Menschliche Entwicklung gelingt nur innerhalb der Gesellschaft. Wir sind alle sozial geprägte Wesen, bis hin zu unserer neurobiologischen Entwicklung, die nur in Gemeinschaft möglich ist. Menschenkinder ohne Bindung und Beziehung können nicht überleben! Somit ist die Schaffung optimaler Bedingungen für die Entwicklung von Kindern, beginnend mit der Schwangerschaft, nicht nur ein humanitäres Gebot, sondern die zentrale Voraussetzung für die Zukunftsfähigkeit unserer Gesellschaft!“ (Positionspapier vom Dezember 2008, 1f)².

Auf diesem Hintergrund hat vor etwas mehr als zwei Jahren das Netzwerk ein Projekt zur Entwicklung von „Qualitätsstandards in Einrichtungen für Familien rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit“ begonnen. Als Ziel des Vorhabens haben wir zu Beginn des Projekts festgehalten:

„... die Öffentlichkeit, konkret öffentliche Institutionen und private Initiativen für Kinder und deren Bedürfnisse zu sensibilisieren. Dazu sollten Qualitätsstandards für ausgewählte Einrichtungen für Familien rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre beispielhaft gesichtet, bewertet, ergänzt und allenfalls neu erstellt werden. Dabei geht es auch um Qualitätsstandards für die Fort- und Weiterbildung der Personen, die in diesen Einrichtungen tätig sind.“

Die Absicht unserer Bemühungen insgesamt ist es, einen Beitrag zur Entwicklung einer familienfreundlichen Kultur des Aufwachsens in Österreich zu leisten, regional unabhängig davon, wo eine Familie ihr Zuhause hat. Eine familienfreundliche Kultur des Aufwachsens verlangt eine breite Vernetzung aller Beteiligten, ExpertInnen wie Eltern und Kinder, Träger wie KundInnen, politisch Verantwortliche wie Menschen mit bürgerschaftlichem Engagement, mit der Bereitschaft zu qualitätsorientiertem Handeln. Klaus Vavrik, Präsident der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, formuliert dazu folgende Voraussetzungen³:

„Eine Gesellschaft, die zukunftsfähig sein will, ist auf die Gesundheit ihrer Kinder und Jugend dringend angewiesen.“

¹ www.virgil.at/netzwerklebensbeginn

² www.virgil.at/netzwerklebensbeginn

³ Vavrik, Klaus. Frühe Hilfen in Österreich. Status quo und nächste Schritte. Vortrag bei der Tagung „Mit Würde ins Leben treten II“ 22.–24.11.2012 St. Virgil Salzburg

Dazu gilt:

- ▶ Bestmögliche Förderung der körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit von Anfang an gehört zu den Grundrechten aller Kinder.
- ▶ Eltern haben eine Schlüsselposition bei der Entwicklung von Lebensstil und Gesundheit ihrer Kinder.
- ▶ Die Gesellschaft hat die Rahmenverantwortung, ob diese Aufgabe leichter oder schwerer bewältigt werden kann und für die Qualität der externen Betreuungsangebote.“

In zwei eigens eingerichteten Arbeitsgruppen und in den Plenartreffen des Netzwerks Lebensbeginn sind die Grundlagen und die Standards auf der Basis einer breiten Literatur- und Praxisrecherche und entsprechender Kontakte zu einzelnen FachexpertInnen in den letzten zwei Jahren erarbeitet worden. Ein erster Entwurf wurde, wie geplant, im Rahmen der 2. Tagung des Netzwerks Lebensbeginn „Mit Würde ins Leben treten“ vom 22. bis 24. 11. 2012 in St. Virgil Salzburg einem breiten Fachpublikum präsentiert. Mit den TeilnehmerInnen wurde die Vorlage in nach Fachbereich getrennt organisierten Qualitätswerkstätten debattiert und abschließend im Plenum diskutiert. Im Anschluss an die Tagung sind diese fachlichen Rückmeldungen, Bedenken, Ergänzungen und Hinweise in die nun vorliegende Textfassung eingearbeitet worden.

Die konkreten Standards beziehen sich auf Strukturqualität (u.a. Rahmenbedingungen, räumliche Struktur, Ausstattung, Personalstruktur, Fachlichkeit/Qualifikation), auf Prozessqualität (u.a. Management, Begleitung/Beratung, pädagogische Prozesse, Kommunikation) und auf Ergebnisqualität (u.a. Dokumentation, Evaluation, Forschung).

Durch die Formulierung von Qualitätsmerkmalen im Rahmen von Gesetzen würde ein einheitlicher Qualitätsstandard sichergestellt, der dazu beitragen soll, gesellschaftliche und individuelle Benachteiligungen auszugleichen und Chancengleichheit für alle Kinder bzw. Familien zu schaffen. Dabei geht es uns nicht um Perfektion, sondern um die laufende Verbesserung der Bedingungen für die Interaktion mit den Familien rund um die Geburt, vor allem im Sinne der Entwicklungsförderung der Kinder und der Kompetenzentwicklung der Mütter und Väter.

Allen, die zu dieser Unterlage in irgendeiner Weise einen Beitrag geleistet haben, einen herzlichen Dank. Ein besonderer Dank gilt dem Netzwerk Lebensbeginn und Eva-Maria Schwaighofer, die den Diskussionsprozess mit vielen Recherchen und der Zusammenstellung der Ergebnisse begleitet hat, und den anderen KoordinatorInnen einzelner Textabschnitte, Dores Beckord-Datterl, Ursula Henzinger, Katharina Kruppa, Elisabeth Oedl-Kletter, Daniela Pichler-Bogner, Angelika Sams, Klaus Vavrik und Manuela Werth.

Die weitgehende Finanzierung des Projekts durch das Bundesministerium für Wirtschaft, Familie

und Jugend hat wesentlich zu seiner Realisierung beigetragen. Auch dafür an dieser Stelle nochmals ein besonderer Dank.

„Sie [Babys] brauchen Menschen, die bereit sind, ihre Bedürfnisse und Signale wahrzunehmen und verstehen zu lernen; Menschen, die sich auf sie einlassen und sie so annehmen wollen, wie sie sind, um ihnen die vier wichtigsten Aspekte für das menschliche Überleben zu geben: Schutz, Fürsorge, Würde und Liebe. Die Menschen wiederum brauchen Lebensbedingungen, in denen dies auch möglich ist.“⁴

Salzburg, den 30.01.2013

Mag.^a Michaela Luckmann

Mag. Peter Braun

AutorInnen:

Dores Beckord-Datterl
Eva Bogensperger
Peter Braun
Paula Diederichs
Ursula Henzinger
Christoph Jochum
Martina König
Katharina Kruppa
Michaela Luckmann
Elisabeth Oedl-Kletter

Ilona Pichelstorfer
Daniela Pichler-Bogner
Gerd Poerschke
Angelika Sams
Eva-Maria Schwaighofer
Ingrid Schneitter
Klaus Vavrik
Claudia Versluis
Edeltraud Voill
Manuela Werth

⁴Vavrik, Klaus. 2012 Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit. Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2012, 19

II. Grundlagen der Entwicklung

II.1 Präambel

Internationale Forschungen der letzten Jahrzehnte auf dem Gebiet der Neurobiologie, der Immunologie, der Endokrinologie, der Humanethologie und der modernen Entwicklungspsychologie (u.a. Säuglingsforschung, Bindungsforschung) stellen außer Zweifel, dass die menschliche Entwicklung von Anfang an – also ab der Empfängnis – ein bio-psycho-dynamisches und interaktionelles Geschehen darstellt, das die weitere Entwicklung eines Menschen grundlegend prägt. Es gibt keinen Organismus, dessen Entwicklung nicht von seinem Umfeld mitgestaltet wird – für die menschliche Entwicklung gilt daher ganz besonders, dass das Beziehungsumfeld, in dem der Fetus, der Säugling, das Kleinkind groß werden, seine neurobiologischen Grundlagen nachhaltig prägt: „... aus Beziehung wird Biologie.“⁵

Die Schaffung optimaler Entwicklungsbedingungen für Feten, Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder mit dem Fokus auf seine frühen Beziehungserfahrungen – das sind in erster Linie seine Eltern, Mutter, Vater, Geschwister und unmittelbare Betreuungspersonen – erfordert oberste Priorität in einer Politik mit Nachhaltigkeitsprinzipien und Zukunftsperspektiven.

II.2 Die pränatale Entwicklung

Bis zur Geburt dauert die Entwicklung des Ungeborenen durchschnittlich 267 Tage. Der Fetus entwickelt sich vorrangig unbeobachtet von außen, wird jedoch von seiner Mutter zunächst über ihr subjektives Körpererleben wahrgenommen. Die spürbaren Kindsbewegungen etwa ab der Schwangerschaftsmitte lassen die werdende Mutter in einen aktiven Dialog mit ihrem noch nicht geborenen Kind eintreten, an dem sie im günstigen Fall auch ihren Partner und werdenden Vater teilhaben lassen kann.

Die Fähigkeit zu einer triadischen Beziehungsgestaltung von Kind-Mutter-Vater schon vor der Geburt bezeichnen Bürgin und von Klitzing als „triadische elterliche Kapazität“ und verstehen darunter die psychische Fähigkeit der werdenden Eltern, ihr Kind als Drittes sowohl in ihren Vorstellungen als auch in ihrem Verhalten zu integrieren, ohne den/die andere/n auszuschließen. In einer Langzeitstudie konnte nachgewiesen werden, dass diese Fähigkeit eine Ressource bzw. einen protektiven Faktor für die kindliche Entwicklung darstellt (Bürgin 1998; von Klitzing 1998).

Die systematische Erforschung des intrauterinen Lebens wurde erst durch die Entwicklung moderner bildgebender Verfahren und verschiedener anderer Technologien (z.B. bio-chemische Analysen etc.) ermöglicht

und diese eröffneten der Genforschung und Epigenetik ganz neue Zugänge.

Die Strukturierung des Gehirns erfolgt schon pränatal durch die körperliche Entwicklung und Nutzung der Organe bzw. durch die aktive Interaktion der pränatalen Zellen über chemische Signalstoffe mit dem pränatalen Umfeld. Sowohl die embryonalen Zellen selbst als auch das Milieu, das der mütterliche Organismus zur Verfügung stellt, gehören zu diesem Umfeld. Wir wissen heute, dass das psychische Erleben der Mutter sich in vielen wechselwirkenden Prozessen auf Zellebene niederschlägt (Raffai 1997: 457–466) und eine große Rolle für die gesunde Entwicklung des Embryos und des Fetus spielt.

In mittlerweile zahlreichen Studien konnte der Zusammenhang zwischen Stressbelastung der Mutter in der Schwangerschaft und Auswirkungen auf die emotionale oder kognitive Entwicklung des Kindes nachgewiesen werden. Mütterlicher Stress und hoher Cortisolspiegel korrelieren mit erhöhten fetalen Cortisolwerten. Zugleich wurden aber auch Faktoren gefunden, die die Stressbelastung im Fetus wieder abfedern (z.B. bestimmte Ernährungsweise der Mutter, psychosoziale Begleitung und Entlastungshilfen für die Schwangere etc.) (Talge et al. 2007: 245–261).

Eine der wichtigsten Aufgaben jeder Gesellschaft ist es daher, dass sich eine Mutter in ihrem schwangeren Zustand willkommen und sicher fühlen kann. Kommt sie dadurch in Kontakt zu sich selbst, wird eine gute Voraussetzung dafür geschaffen, dass sie spontan eine positive Beziehung zu ihrem Ungeborenen aufbauen kann.

II.3 Die Geburt

Die vorgeburtliche Zeit wie auch das Erlebnis der Geburt sind integrale Bestandteile der Lebensgeschichte des Menschen. Die menschliche Geburt ist ein interaktiver und multifaktorieller Vorgang, der von psychologischen und biologischen Aspekten gleichermaßen geprägt ist. Der Beginn der Wehen scheint vom fetalen Hypothalamus ausgelöst zu werden (Moore/Persaud 2007: 148). Herzschlag, Sauerstoffversorgung und Zustand des autonomen Nervensystems von Mutter und Kind korrespondieren miteinander. Kindliche Geburtsreflexe helfen bei der Austreibung mit: So setzt sich während der Geburt der körperliche Dialog zwischen Mutter und Kind wirksam auf der Verhaltensebene fort.

Die Berücksichtigung komplexer autonomer physio-psychischer Steuerungsprozesse während der Geburt (individueller Rhythmus, Latenzphasen), das Eingehen auf die Persönlichkeit von Mutter und Kind, optimale Rahmenbedingungen während des Gebärens (Vertrauen schaffende, emotionale Sicherheit für die Mutter) und Sinn gebender Umgang mit dem Geburtsschmerz (Zugangsmöglichkeit für freie Beweglichkeit, selbständiges Einnehmen vor allem vertikaler Gebärpositionen), Kenntnisse und Nutzung der beteiligten

⁵ Bauer, Joachim: Vortrag über „Die Bedeutung früher Beziehungserfahrungen: Auswirkungen auf die Gene und die neurobiologische Entwicklung des Kindes“ anlässlich der 17. Jahrestagung der GAIMH in Basel am 2.2.2012

neuroendokrino-logischen Prozesse (Oxytocinausschüttung, Endorphine, Katecholamine) entsprechen einer Geburtshilfe, die sich am „evolutionären Modell“ (Schiefenhövel 1995: 263–282) orientiert.

In den letzten Jahren brachten diverse Studien erstaunliche Ergebnisse: Es wurde erkannt, dass der normale Geburtstress einen positiven Einfluss auf das physiologische Stresssystem des Kindes und die Lungenreifung (Barfood/Christensen/Twetman/Lexner 2011) hat und der Durchgang durch den Geburtskanal die Besiedlung des kindlichen Darms mit einer gesunden Darmflora bewirkt (Villar/Valladares/Wojdyla et al. 2006: 335).

II.4 Vom Neugeborenen zum Kleinkind: die Entwicklung der ersten drei Lebensjahre

Beim Neugeborenen kommen zu den physiologischen weitere nonverbale Kommunikationssysteme hinzu. Neben dem autonomen System (Atmung, Verdauung, Haut) spielen auch das System der Schlaf- und Wachzustände (Aufmerksamkeit, Balance), das motorische System (Muskeltonus, Bewegungsabläufe) und das interaktive System (Mimik, Gestik, Blickkontakt, Lautieren, Lächeln) eine Rolle.

Um die Aufmerksamkeit der Bezugspersonen auf sich zu lenken und die lebensnotwendige Nähe zu erhalten, verfügen Säuglinge über ein angeborenes „Bindungsverhalten“: Suchen, Saugen, Rufen, Schreien, Lächeln, Sich-Anschmiegen (Grossmann/Grossmann 2003: 78).

Darüber hinaus haben Babys ein weites Repertoire an Interaktionssignalen und Entschlüsselungskompetenzen zur Verfügung, das ihnen ermöglicht, Kontingenzen zu entdecken, zeitliche Zusammenhänge herzustellen und Bedeutungen zu erkennen (Keller 2000b; Keller/Eckensberger 1998; Keller/Greenfield 2000).

Diese Fähigkeiten ändern nichts an der Tatsache, dass Säuglinge als „physiologische Frühgeburten“ (Portmann 1964: 9ff) in hohem Maße hilfsbedürftig und angewiesen auf die verlässliche Versorgung durch Bezugspersonen sind. Die Entwicklung des Kindes hängt davon ab, ob seine Signale verstanden und wie sie beantwortet werden. Ohne eine beziehungs-fähige Kontaktperson werden sowohl emotionale als auch neurologische Entwicklungen verlangsamt bis völlig blockiert.

In der Regel verfügen Erwachsene über „intuitive elterliche Kompetenzen“, die sie nicht erst lernen müssen (Papoušek/Papoušek 1987: 140–146). „Feinfühligkeit“ (Ainsworth 1974: 414) als Fähigkeit, Signale des Säuglings wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und darauf prompt und angemessen zu reagieren, ist die Kernkompetenz, die einen positiven Dialog zwischen Kind und Bezugsperson ermöglicht.

Wird das Baby gestillt, ist der Dialog zwischen Mutter und Kind auch noch durch bindungsrelevante Hormone unterstützt; sowohl bei der stillenden Mutter

als auch beim gestillten Säugling gelangt das „Bindungshormon“ Oxytocin über den Blutkreislauf in das Gehirn und wirkt beruhigend auf die Verhaltensregulation, dämpft Angstzustände, senkt den Stresshormonpegel und erhöht die gegenseitige Vertrauensbereitschaft und Empathiefähigkeit. Doch Oxytocin wird nicht nur beim Stillen ausgeschüttet, sondern auch die Sinneszellen auf der Haut reagieren auf Wärme, leichten Druck und Streichelbewegungen mit der Freisetzung von Oxytocin (Uvnäs-Moberg in Brisch 2011: 13–33).

Die Erfahrung von Nähe und Berührung ist kein Privileg der Mutter-Kind-Dyade. Sowohl Vater als auch Mutter sind für das Kind bindungsrelevante Bezugspersonen; beide verfügen über intuitive Elternkompetenzen, sofern diese nicht durch schwere psychosoziale Belastungen und/oder psychischen Erkrankungen beeinträchtigt sind. Die Baseler Forschungsgruppe rund um Kai v. Klitzing konnte in ihren Längsschnittstudien zeigen, dass bereits vier Monate alte Kinder die Fähigkeit besitzen, in eine Drei-Personen-Beziehung einzutreten und diese eigenständig mitzugestalten, sofern sie die Möglichkeit haben, in einem triadischen Beziehungsraum aufzuwachsen. Tiefenpsychologische Entwicklungstheorien jedenfalls postulieren für die gelingende Entwicklung von Identität die Notwendigkeit eines „Dritten“, der aus der Genügsamkeit der Zweierbeziehung herausführt.

Die Beziehungsdynamik zwischen Kind-Mutter-Vater wird zwar auf der konkreten Handlungsebene sichtbar (Was tut jemand?), doch wie sich Vater und Mutter dem Kind gegenüber und zueinander verhalten, generiert sich vorwiegend aus der inneren Welt der Vorstellungen und Phantasien über den jeweils anderen. Diese inneren Repräsentanzen sind geprägt von der individuellen Lebens- und Erfahrungsgeschichte jener Personen, die sich um das Kind kümmern, und spielen eine zentrale Rolle, ob Muttersein, Vatersein, Partnersein in dieser frühen Phase der Elternschaft gelingt.

Ein Kommunikationskreis positiver Gegenseitigkeit entsteht dann, wenn Mütter und Väter ihre intuitiven Fähigkeiten gut entfalten und für das Kind passend seine Bedürfnisse und Signale beantworten können. Babys „belohnen“ ihre Eltern, indem sie zeigen, wenn es ihnen gut geht. Gelingt es der Familie nicht, sich immer wieder entlang von „positiven Feedbackschleifen“ (Papoušek 2004: 101) gegenseitig zu bestätigen, kommt es zu Missverständnissen und Verunsicherung, bis hin zu Ablehnung, Vernachlässigung, Wut und Gewalthandlungen.

Der Vater ist nicht nur eine wichtige Bezugsperson für das Kind, sondern stellt für die Mutter in seiner partnerschaftlichen Rolle eine wichtige soziale und emotionale Ressource dar, die präventiv gegen das Auftreten psychischer Erkrankungen wirkt (S. Elsenbruch et al. 2007; O’Hara & Swain 1996; Beck 2001).

Babys profitieren von ihren Bindungspersonen am meisten, wenn diese feinfühlig auf ihre Signale reagieren; dann entsteht Urvertrauen (innere Repräsentanzen von Sicherheit und Stabilität) sowie die Fähigkeit, die

kindlichen Affekte zu differenzieren (was spüre ich), zu regulieren (wie gehe ich damit um) und im gegenseitigen Dialog abzustimmen.

Die Bindungspersonen⁶ übernehmen die „externe Regulation“ (Ainsworth/Bell 1972: 1171–1190) der Erregung für den Säugling, der am Beginn seines Lebens Schutz und Abschirmung vor starken Reizen (sowohl von außen als auch aus seinem Körperinneren) braucht. Erst allmählich lernt er im haltgebenden Körperkontakt und durch achtsame Begleitung höhere Erregungsniveaus auszuhalten, dazu gehören auch aufregende positive Gefühle wie zum Beispiel: Freude (Stern 1977: 150). Die Bezugsperson ist der „sichere Hafen“, der immer dann angesteuert wird, wenn das Kind Schutz, Trost, Körperkontakt, Anerkennung und Ermutigung braucht. Als zentrale Beziehungsregulatoren erweisen sich emotionale Wärme, Rhythmus, Konstanz und Resonanz (Vavrik 2009). Der Säugling hat dabei nicht nur das Bedürfnis nach Sicherheit (Bindung) und Erregung (Exploration), sondern von Anfang an auch das Bedürfnis nach Selbständigkeit (Autonomie). In ständig erweiterndem Radius bewegt er sich von Geburt an nicht nur zur Mutter hin, sondern auch von ihr weg. Aus der daraus resultierenden Balance zwischen Geborgenheit und Exploration wird das Vertrauen in sich selbst und in die Umwelt, das sogenannte „Urvertrauen“ (Erikson 1950) bestätigt und gestärkt.

Ab dem zweiten Lebensjahr korrespondiert das Sprachverständnis in der Entwicklung des Kleinkindes mit seinen kognitiven Fähigkeiten (Bischof-Köhler in: Sulz 2010: 44), wodurch es sich nach und nach auch in Vergangenheit und Zukunft orientieren kann. Sprachliche Kommunikation kommt zu den schon bestehenden nonverbalen Interaktionssystemen dazu und setzt die Bindungserfahrung des Kindes mit seiner Bezugsperson auf einer höheren Ebene fort. Inwieweit es Eltern gelingt, die Verbindung zur emotionalen Ebene zu halten, konkret: Handlungen adäquat zu benennen, die innere Gefühlswelt ihres Kindes zu beschreiben, Gefühle anzuerkennen und Zusammenhänge herzustellen, prägt die weitere Entwicklung von Copingstrategien, wie die Fähigkeit zur Selbstregulation und Impulskontrolle und die Ausbildung von Mitgefühl, Empathie und anderen sozialen Kompetenzen (Vavrik 2011: 14ff). Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Verlässlichkeit der sicheren Basis, der Qualität der frühen Bindungserfahrung und der Form der Interaktion innerhalb der Familie mit der Entwicklung der kindlichen Theory of Mind (die Fähigkeit, sich in die Bewusstseinsvorgänge anderer Menschen hineinzudenken; Meins/Fernyhough/Wainwright et al. 2002: 1715ff).

So wird die individuelle Bindungserfahrung zur grundlegenden Matrix für den weiteren Welt- und Selbstbezug bzw. zum „inneren Arbeitsmodell“ (Bowlby 1973:

208), wie in der Bindungsforschung die verinnerlichte Beziehungserfahrung im ersten Lebensjahr genannt wird.

II.5 Frühe Kindheit – Chancen und Gefahren

Die frühe Eltern-Kind-Triade als „Kristallisationskern der menschlichen Familie und Gemeinschaft“ (Eibl-Eibesfeld 1995: 131) besteht aus drei gleichwertigen, aber unterschiedlichen Zweierbeziehungen. Im „evolutionären Modell“ (Schiefelhövel 1992: 169-192) sind Eltern mit ihrem Kind in eine Gemeinschaft eingebettet, die ihre Fürsorge teilt und unterstützt. Die Eltern-Kind-Beziehung ist stabil und enorm leistungsfähig, wenn alle Bedingungen stimmen. Für die damit verbundene komplexe nonverbale Kommunikation können aber schon vergleichsweise geringe Störungen große Auswirkungen haben.

In der frühen Lebensphase des Kindes ist dieses Beziehungsgefüge besonders vulnerabel und irritierbar. Damit hängt zusammen, dass das Spektrum von Optionen für die Entwicklung des Kindes enorm breit ist. Bei der Zeugung sind noch alle Anlagen offen. Was aber schließlich wirklich daraus wird, ist abhängig davon, welche neuronalen und synaptischen Verschaltungsangeboten genutzt werden, wie sich bestimmte Verbindungen stabilisieren und als innere Repräsentanzen verankern. Nicht nur unser genetischer Code, sondern auch der epigenetische Code prägt also unsere Entwicklung sowohl individuell als auch transgenerational. Damit werden die Zusammenhänge zwischen Umweltfaktoren, im gegebenen Fall das mütterliche Erleben während der Schwangerschaft und der Entwicklung des Kindes im Mutterbauch, erklärbarer: Ernährung, Stress, sogar das subjektive Erleben während der Konzeption können einen nachhaltigen Einfluss auf den epigenetischen Code und dadurch auch auf die Eltern-Kind-Beziehung haben.

Die intuitive Interaktion zwischen Eltern und Säugling kann durch hohe Stressbelastungen oder aktivierte ungelöste Konflikte aus der eigenen Biografie blockiert sein. Psychische Belastung in der Schwangerschaft, traumatisch erlebte Geburten, unstillbares Schreien beim Säugling, anhaltender Schlafentzug, Behinderungen, Gedeihstörungen und Krankheiten des Kindes, hohe Selbstansprüche, Traumata in der Familiengeschichte, geringe Ressourcen (alleinerziehend, soziale Isolation), chronischer sozialer Stress (Armut, beengte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit), der Gebrauch bewusstseinsverändernder Substanzen, schwere körperliche oder psychische Erkrankungen, Gewalt im familiären Kontext sind bekannte Risikofaktoren, die die Eltern-Kind-Interaktion zum Entgleisen bringen können. So leiden beispielsweise schon bald nach der Geburt etwa 10-20% der Mütter (aber auch etwa 4% der Väter) (Ramchandani et al. 2005: 2201-2205) unter einer postpartalen Depression, wobei diese nicht immer diagnostiziert wird.

⁶ Bindungspersonen sind Mutter und Vater bzw. beständige Betreuungspersonen, zu denen der Säugling im ersten Lebensjahr eine besondere Beziehung aufbaut (Grossmann 1989).

Neben „Engelskreisen“, wie sie in sicheren Bindungsverhältnissen entstehen, gibt es auch „Teufelskreise eskalierender Erregung“ (Papousek 2004: 211). Säuglinge, die während der Schwangerschaft vermehrt Stress ausgesetzt waren, sind weniger anpassungsfähig und zeigen häufiger „frühkindliche Regulationsprobleme“ (Papousek/Schieche/Barth/Wurmser 2004: 123). Sie wirken dadurch weniger anziehend und bekommen weniger spontane Zuwendung und Nähe im Vergleich zu Kindern, die Wohlbehagen und Zufriedenheit ausstrahlen. Dazu können Eltern mit einem „inneren Arbeitsmodell“, das einer unsicheren Bindung entspricht, die notwendige Nähe nicht flexibel der jeweiligen Situation anpassen. Sie verfügen über weniger adäquate Strategien für emotionale Regulationsprozesse. Unter diesen Bedingungen entstehen im ersten Lebensjahr wiederum unsichere Bindungsmuster (Ainsworth et al. 1978: 31ff). Erkenntnisse im Bereich der Neurobiologie, der Traumaforschung, der Psychotherapie und Medizin bestätigen den engen Zusammenhang einer unsicheren oder pathologischen (desorganisierten) Bindungsqualität mit zahlreichen Beeinträchtigungen und Erkrankungen sowie psychosozialen Regulations- und Integrationsstörungen, u.a. im kognitiven wie sozial-emotionalen Bereich, die sich wie ein Katalog der heute aktuellen gesellschaftlichen Probleme lesen: Stresserkrankungen, Burn-out, Hyperaktivität, Bluthochdruck, Angst und Panikattacken, Depression, Vereinsamung, Orientierungslosigkeit, fehlende Konstanz, Fatalismus, Resignation, wenig Selbstwirksamkeit (Laucht/Esser/Schmidt 2000: 246-262).

Doch längst nicht alle Kinder, die Risiken während der frühkindlichen Zeit ausgesetzt waren, leiden unter nachteiligen Folgen. Geht man der Frage nach, was den Unterschied macht, findet man zahlreiche Schutzfaktoren, die die Widerstandsfähigkeit beim Kind erhöhen: Resilienz entwickelt sich sowohl aus der emotionalen Sicherheit und Verlässlichkeit, die ein Kind in seiner Beziehung zu seinen Eltern findet, als auch aus seinen günstigen Eigenschaften, die es mitbringt (Temperament) (Laucht/Schmidt 2005: 135–142). Positive Bindungserfahrungen, durch ein gesundes soziales Umfeld oder professionelle Unterstützungssysteme gefördert, stärken das Kind in seinen Kompetenzen und wirken wieder auf die Bindung zurück. Die frühe Kindheit ist der idealste Interventionszeitpunkt, da mit wenig Einsatz sehr viel erreicht werden kann.

Aus der Körperpsychotherapie wissen wir, dass jede Krise mit bestimmten Zuständen des autonomen Nervensystems verbunden ist. Beim guten Gelingen einer selbstbestimmten Geburt oder am Beginn einer befriedigenden Stillbeziehung kann sich spontan ein „Engelskreis“ einstellen, wenn es der Mutter gelingt, in Selbstkontakt zu kommen und durch ein so genanntes „Rebonding“ (Harms 2008: 189ff) zu einem intensiven Bindungserlebnis mit dem Säugling zu finden.

Sonderthemen rund um Schwangerschaft und Geburt haben in den letzten Jahren enorm an gesell-

schaftlicher Bedeutung gewonnen. Die medizinisch-technische Entwicklung hat die Möglichkeiten der Reproduktionstechnologie, der Pränataldiagnostik und der Geburtsmedizin (Schmerzbekämpfung, Kaiserschnitt) deutlich verändert. In vielen Fällen als notwendige Problemlösung entstanden, hat sie diese nicht nur in den Griff bekommen und damit für Fachleute den Handlungsspielraum erweitert, sondern damit auch neue, mitunter schwerwiegende Probleme geschaffen. Im Umgang damit werden oft einseitig die Perspektiven der Anbieter oder auch der Eltern berücksichtigt. Ein bisher wenig beachteter Aspekt ist hier das Recht des Kindes auf seine möglichste Unversehrtheit und die Entfaltung seiner Anlagen. Das Kind ist Beziehungswesen von Beginn an!

II.6 Fazit

Professionelle Begleitung von Familien während Schwangerschaft, Geburt und den ersten Entwicklungsjahren ihrer Säuglinge und Kleinkinder erfordert von den Fachleuten durchgängige, nach aktuellen bindungstheoretischen, neurobiologischen und psychotherapeutischen Überlegungen entwickelte Konzepte und deren Anwendung.

Stillen und Stillberatung sind im Gesundheits- und Sozialbereich effektive Präventivmaßnahmen. Gestillte Kinder haben einen Entwicklungsvorteil⁷.

Im Vordergrund sollen weniger kurative Überlegungen stehen, sondern salutogenetische Ansätze (Antonovsky 1997). Für die präventive Bindungsförderung, Krisenintervention, Beratung, „Frühe Hilfen“ und Eltern-Säuglings-Therapie sind vor allem Modelle zielführend, die sich an der Selbstregulierungsfähigkeit von Eltern und Kind orientieren, diese erkennen und verstärken. Dabei ist die Eltern-Kind-Triade zu betonen und eine Lösung in gemeinsamer Verantwortung anzustreben.

Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit entstandene Konzepte haben betroffenen Familien viel zu bieten: Stabilisierung und Sicherheit, Reduktion von Ängsten und Unsicherheiten, Stärkung von Kompetenzen, Ressourcenhebung und der Vermittlung von Copingstrategien im Sinne einer optimalen Potentialentfaltung. So kann es auch biographisch belasteten Eltern gelingen, ihre dysfunktionalen Bindungsmuster (Maine et al 1995: 96f; Grossmann 1988: 356f) wie etwa die transgenerationale Weitergabe von Gewalt (Brisch 2007: 62–68) zu unterbrechen.

Unter dem Aspekt der „Frühen Hilfen“ geht es einerseits um die Unterstützung von Eltern und Kindern im Sinne einer wertschätzenden dialogischen Zusammenarbeit, andererseits um die Qualität der Betreuung an sich. Die Frage „Was braucht das Kind für eine gute

⁷ Mittlerweile ist der unterschiedliche Outcome von gestillten und nicht gestillten Kindern gerade in Industrienationen evidenzbasiert. Somit ist Nicht-Stillen ein unterschätzter Kostenfaktor im Gesundheitswesen.

Entwicklung?“ bezieht sich auf beide Bereiche.

Dazu müssen Standards und Leitlinien für die vorgeburtliche, perinatale und postpartale Zeit, für optimierte Routineabläufe, abgewogene Entscheidungsprozesse und die Krisenbewältigung in allen Einrichtungsformen und Arbeitsfeldern rund um die frühe Kindheit formuliert werden. Sie sollen in der „guten Praxis“ im achtsamen Dialog und durch Berücksichtigung der Bedürfnisse und Ressourcen aller Beteiligten entwickelt werden, unterstützt durch rechtliche Rahmenbedingungen, die diesen Prozess der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung ermöglichen.

II.7 Glossar

Affektabstimmung: Unbewusste Wahrnehmung der Gefühlslage anderer; spürt die Mutter zum Beispiel, wie es ihrem Säugling geht, so kann sie adäquat antworten.

Affektdifferenzierung: Fähigkeit, eigene Gefühlsregungen einzuordnen und mit ihnen angemessen umzugehen. Voraussetzung dafür ist die Erfahrung einer gelungenen Kommunikation und die Fähigkeit, sich in Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder und deren Eltern einzufühlen. Werden die kommunikativen Signale des Kindes falsch gedeutet, können seelische Belastungen und Verhaltensstörungen auftreten, aber auch körperliche Krankheiten und Beschwerden hervorgerufen werden wie z.B.: Schlaf-, Ess- oder Kommunikationsstörungen oder auch starke Erregbarkeit, Unruhe sowie Schreistörungen.

Autonomes Nervensystem: Synonym für vegetatives Nervensystem.

Bonding: Sensibler Zeitraum unmittelbar nach der Geburt, in dem der Hormonspiegel des Liebeshormons Oxytocin bei Mutter und Kind seinen Höhepunkt erreicht und daher die Bereitschaft erhöht ist, eine Bindung zueinander zu entwickeln.

Coping: Bewältigungsstrategie bzw. die Art des Umgangs mit einem als bedeutsam und schwierig empfundenen Lebensereignis oder einer Lebensphase.

Embryo: Ungeborenes Kind bis zur 9. Schwangerschaftswoche.

Endokrinologie: Wissenschaft von den Hormonen und hormoneller Signalübertragungssysteme und deren klinischer Anwendung.

Endorphine: Vom Körper selbst produzierte Morphine, die schmerzlindernd bzw. schmerzunterdrückend wirken.

Epigenetik: Spezialgebiet der Biologie, das sich mit Zelleigenschaften befasst, die auf Tochterzellen vererbt werden und nicht im Erbgut festgelegt sind.

Externe Regulation: Basiert auf externalen Kontingenzen, wie dem Erreichen von Belohnungen oder der Vermeidung negativer Konsequenzen. Die externe Regulation entspricht der traditionellen

Definition von extrinsischer Motivation und weist einen niedrigen Grad an wahrgenommener Selbstbestimmung auf.

Fetus: Nach Abschluss der Organogenese in der 9. Schwangerschaftswoche spricht man nicht mehr vom Embryo, sondern vom Fetus.

Humanethologie: Verhaltensforschung am Menschen.

Hypothalamus: Teil des Hirnstamms und oberstes Regulationszentrum für alle vegetativen (der willkürlichen Kontrolle durch das Gehirn entzogen) und hormonellen Vorgänge. Er steuert u.a. Kreislauf, Körpertemperatur, Sexualverhalten, Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme.

Immunologie: Wissenschaft vom Abwehrsystem der Lebewesen gegen fremde Substanzen und Krankheitserreger.

Inneres Arbeitsmodell: Kinder bilden auf der Basis wiederholt erfahrener typischer Interaktionsmuster mit ihren Bezugspersonen Erwartungen über zukünftige Interaktionen aus, die zunehmend verinnerlicht und in ein Gesamtbild integriert werden.

Katecholamine: Körpereigene Stoffe mit ähnlicher chemischer Struktur, in erster Linie die Neurotransmitter Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin, die bei Stress ausgeschüttet werden. Hohe Konzentrationen dieser Substanzen führen zu hohem Blutdruck, Schwitzen, Herzklopfen, Brustschmerzen und Angst.

Kontingenz: Übereinstimmung, starke Verbundenheit.

Konzeption: Empfängnis

Latenzphase: Physiologische Ruhephasen während der Wehentätigkeit.

Lungenreifung: Hormonell gesteuerter Vorgang der funktionellen Entwicklung der Lungen. Sie findet vor der Geburt statt und ist Voraussetzung für das Einsetzen der Lungenatmung unmittelbar nach der Geburt.

Maternal Sensitivity (Ainsworth 1974): Die mütterliche Feinfühligkeit - definiert über die mütterliche Fähigkeit, die kindlichen Signale richtig wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren, prompt und angemessen darauf zu reagieren.

Neurobiologie: Forschungsrichtung, die sich interdisziplinär mit der Funktion und Struktur des Nervensystems beschäftigt. Zu den in der Neurobiologie untersuchten Fragestellungen zählen unter anderem die physiologischen Grundlagen des Lernens und der Wahrnehmung.

Neuroendokrinologie: Wissenschaftsdisziplin, die sich mit der Verknüpfung des Hormonsystems mit dem Nervensystem befasst.

Oxytocin: Hormon, das für emotionale Bindungen, Liebe und Vertrauen verantwortlich ist; löst während der Wehentätigkeit die Kontraktionen der Gebärmutter aus und bewirkt den Milchspendereflex beim Stillen.

Physiologische Frühgeburt: Begriff nach Adolf Portmann, nach dem der Mensch von Geburt an,

wie sonst kein Lebewesen, alles lernen muss und dabei in höchstem Maße auf die wohlwollende und adäquate Unterstützung seiner Artgenossen, insbesondere seiner Mutter, angewiesen ist. Deshalb ist er von Natur aus ein soziales Lebewesen.

Pränatal: Vorgeburtlich

Rebonding: Versuch, die Bondingphase nachzuholen.

Salutogenese: Vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky entwickeltes Konzept, das sich im Gegensatz zur Pathogenese (Entstehung von Krankheiten) mit der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit beschäftigt.

Triade: Beziehungskonstellation Vater-Mutter-Kind.

Urvertrauen: Entwickelt sich durch die verlässliche, durchgehaltene, liebende und sorgende Zuwendung von primären Bezugspersonen (zumeist den Eltern). Es verschafft die innere emotionale Sicherheit, die später zu einem Vertrauen in seine Umgebung und zu Kontakten mit anderen Menschen überhaupt erst befähigt. Urvertrauen ermöglicht angstarme Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt.

II.8 Literatur

- Abelin, E.L. (1986): Die Theorie der frühkindlichen Triangulierung. Von der Psychologie zur Psychoanalyse. In: Stork, J. (Hrsg.): Das Vaterbild in Kontinuität und Wandlung. Zur Rolle und Bedeutung des Vaters. 45–72. Stuttgart, Bad Cannstatt
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen, dgvt-Verlag
- Ainsworth, M. (1973): The development of infant-mother attachment. In: Caldwell, B./Ricutti, H. (Hrsg.): Review of Child Development Research. Chicago, University of Chicago Press
- Ainsworth, M./Bell, S./Stayton, D. (1974): Infant-mother attachment and social development. In: Richards, M. (Hrsg.): The introduction of the child into a social world, London, Cambridge University Press
- Ainsworth, M. et al. (1978): Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, N.J.; Erlbaum
- Barfod, M./Christensen, L./Twetman, S./Lexner, M. (2011): Caries prevalence in Danish pre-school children delivered vaginally and by cesarean section. Acta odontologica Scandinavica, Stockholm, Informa healthcare
- Beck, C.T. (1996): Meta-analysis of predictors of postpartum depression. Nursing Research 45: 297–303
- Beck, C.T. (2001): Predictors of postpartum depression: an update. Nursing Research 50: 275–285
- Bell, S./Ainsworth, M. (1972): Infant crying and maternal responsiveness. In: Child Development 43, Oxford, Wiley-Blackwell
- Bischof-Köhler, D. (2010): Kognition, Motivation und Emotion in der frühen Kindheit und im Vorschulalter. In: Sulz, S./Höfling, S. (Hrsg.): ... und er entwickelt sich doch. Entwicklung durch Psychotherapie, München, CIP-Medien
- Bowlby, J. (1973): Attachment and loss, Vol.2: Separation, New York, Basic Books
- Bretherton, I./Waters, E. (Hrsg.) (1985): Growing points in attachment theory and research. Chicago, University of Chicago Press
- Brisch, K.H. (Hrsg.) (2011): Bindung und frühe Störungen der Entwicklung. Stuttgart, Klett-Cotta
- Brisch, K.H. (2007): Unterbrechung der transgenerationalen Weitergabe von Gewalt: Primäre Prävention durch Safe – Sichere Ausbildung für Eltern; Psychologie in Österreich 1/2007, Wien
- Bowlby, J. (2003): Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. In: Grossmann, K.E./Grossmann, K. (Hrsg.): Bindung und menschliche Entwicklung. Stuttgart, Klett-Cotta
- Bürgin, D. (Hrsg.) (1998): Triangulierung. Stuttgart, Schattauer
- Eibl-Eibesfeld, I. (1997): Die Biologie menschlichen Verhaltens, Grundriss der Humanethologie. München, Piper
- Elsenbruch, S. et al. (2007): Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. Human Reproduction Vol.22 (3) 869–877
- Fthenakis, W.E. (1985): Väter I, zur Psychologie der Vater-Kind-Beziehung. München/Wien/Baltimore
- Grossmann, K./Grossmann, K. et al. (1977): Maternal sensitivity and newborns' orientation responses as related to quality as related in northern Germany. In: Stern, D., The first Relationship: Infant and Mother. Cambridge, Harvard University Press
- Grossmann, K.E. et al. (1989: 31): Die Bindungstheorie. Modell und entwicklungspsychologische Forschung. In: H. Keller (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung, Springer Verlag
- Grossmann, K.E./Grossmann, K. (2003): Bindung und menschliche Entwicklung. Stuttgart, Klett-Cotta
- Harms, T. (2000): Auf die Welt gekommen. Berlin, Leutner
- Harms, T. (2008): Emotionelle Erste Hilfe. Berlin, Leutner
- Kennell, J./Klaus, M. (1976): Maternal-infant bonding: the impact of early separation or loss on family development. Michigan, Mosby
- von Klitzing, K. (1998: 104–115): Wenn aus zwei drei werden ... - Ergebnisse einer prospektiven Studie zur Entstehung der Eltern-Kind-Beziehung. In: Bürgin, D. (Hrsg.): Triangulierung, Stuttgart, Schattauer
- Laucht, M./Schmid, M. (2005): Entwicklungsverläufe von Hochrisikokindern; Ergebnisse der Mannheim Längsschnittstudie. In: Kinderärztliche Praxis, 76., Mainz, Kirchheim
- Laucht, M./Esser, G./Schmidt, M. (2000): Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen; Zielsetzung,

- Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29(4). Göttingen, Hogrefe
- Le Camus, J. (2001): Väter. Die Bedeutung des Vaters für die psychische Entwicklung des Kindes. Weinheim, Basel
- Meins, E./Fernyhough, C./Wainwright, R./DasGupta, M./Fradley, E./Tuckey, M. (2002): Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. In: Child Development 73(6). Ann Arbor-MI, Wiley
- Misri, S./Kostaras, X./Fox, D./Kostaras, D. (2000): The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. Canadian Journal of Psychiatry; 45: 554-8
- Moore, K./Persaud, T. (2007): Embryologie. München, Urban&Fischer
- O'Hara, M.W./Swain, A.M. (1996): Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. International Review of Psychiatry; 8: 37–54
- Papousek, M./Schieche, M./Barth, R./Wurmser, H. (Hrsg.) (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern, Huber
- Piontelli, A. (1996): Vom Fetus zum Kind. Stuttgart, Klett-Cotta
- Raffai, J. (1997): Mutter-Kind-Bindungsanalyse im pränatalen Bereich. In: Int. Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 9. Heidelberg, Mattes
- Ramchandani, P. et al. (2005): Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. In: The Lancet, Bd. 365. Oxford, Oxford University Press
- Talge, N.M./ Neal, C./ Glover, V., the Early Stress, Translational Research and Prevention Science Network: Fetal and Neonatal Experience on Child and Adolescent Mental Health (2007): Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? In: Journal of Child Psychology and Psychiatry 48/34: 245–261
- Schiefenhövel, W. (1992): Am evolutionären Modell - Stillen und frühe Sozialisation bei den Trobriandern. Berlin, VWB
- Schiefenhövel, W. (1995): Gebären – ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. In: Curare Sonderband. Berlin, Vieweg
- Villar, J./Valladares, E./Wojdyla, W. et al. (2006): Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. In: The Lancet. New York, Elsevier
- Vavrik, K. (2009): Frühe Bindung - späte Folgen; Zur Bindungsentwicklung bei peripartalen Krisen. In: Verbindungen: Bindungen, Trennung und Verlust in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Beiträge der 1. Drei-Länder-Tagung der DGPF, ÖGPGG und SAPGG, Salzburg
- Vavrik, K. (2011): Einen sicheren Hafen schaffen. In: Österreichische Hebammenzeitung 2/2011

**III. Standards in der Psycho-
sozialen Beratung bei vor-
geburtlichen Untersuchungen
(Pränatale Diagnostik; PND)**

III.1 Vorbemerkung

Seit ca. 30 Jahren gibt es die Pränataldiagnostik. Zu ihr zählen invasive und nicht invasive Verfahren. Ein nicht invasives Verfahren ist z. B. der Ultraschall (Sonographie), dessen Qualität in der Bilddarstellung über die Jahre hinweg weiterentwickelt wurde. So können gegenwärtig 3D- und 4D- Ultraschalluntersuchungen durchgeführt werden. Als Beispiel für invasive Verfahren sei an dieser Stelle die Chorionzottenbiopsie genannt, die seit 30 Jahren angewandt wird. Der Ultraschall ermöglicht es Frauen und Männern, bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft konkrete Vorstellungen von ihrem Kind zu bekommen. Dadurch kann sehr bald eine Bindung zum Kind aufgebaut werden. Diese Konfrontation führt jedoch unweigerlich zu Fragen, die sich Frauen und Männer vor dem Bestehen der Pränataldiagnostik nicht stellen mussten. Die Beantwortung dieser Fragen führt bei der Frau und dem Mann häufig zu Konflikten, Dilemma-Situationen und Krisen. Aus diesem Grund ist eine Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik wichtig, damit Frauen und Männer die Möglichkeit erhalten, durch professionelle Beratung begleitende Unterstützung in der Auseinandersetzung mit dieser sehr komplexen Thematik zu erfahren.

Ziel Psychosozialer Beratung ist es, mit der schwangeren Frau, dem Mann, dem Paar auf behutsame Art und Weise relevante Aspekte der Schwangerschaft, der Entwicklung des Kindes, der Elternschaft und mögliche medizinische Behandlungsmaßnahmen sowie daraus eventuell resultierende Konsequenzen zu besprechen. Durch das Eröffnen und zur Verfügung stellen genannter Themenbereiche soll es der Frau, dem Paar möglich sein, eine autonome, selbstverantwortete und lebensstragende Entscheidung für oder gegen vorgeburtliche Untersuchungen und/oder medizinische Behandlungsmaßnahmen zu treffen. Um das leisten zu können, braucht es definierte Standards, die es gegenwärtig in Österreich weder in inhaltlicher noch rechtlicher Form gibt.

III.2 Die rechtliche Situation in Österreich

In Österreich ist die rechtliche Situation so gestaltet, dass der/die behandelnde Arzt/Ärztin bei einem pathologischen Befund keine Verpflichtung hat, auf eine Psychosoziale Beratung zu verweisen. Anders regelt dies das Schwangerschaftskonfliktgesetz in Deutschland. Im Jänner bzw. Februar 2010 ist in Deutschland das neue Schwangerschaftskonfliktgesetz in Kraft getreten, das im Wesentlichen folgende Aspekte beinhaltet:

- ▶ Schwangere Frauen sind bereits vor pränataldiagnostischen Untersuchungen, welche der genetischen Risikoabklärung oder genetischen Diagnostik dienen, sowie nach dem Vorliegen des Untersuchungsergebnisses durch den/die beratende/n Mediziner/in auf das Angebot der Schwangerschaftsberatung hinzuweisen (vgl. GenDG).
- ▶ Zeigt die Diagnose einer vorgeburtlichen (auch nicht

genetisch ausgerichteten) Untersuchung eine Erkrankung oder Behinderung des ungeborenen Kindes an, muss der schwangeren Frau bzw. dem Paar ausreichend Beratung, sowohl hinsichtlich medizinischer als auch hinsichtlich psychosozialer Aspekte, angeboten werden (vgl. SchKG).

- ▶ Der/die die Diagnose mitteilende Mediziner/in ist verpflichtet, die schwangere Frau darauf hinzuweisen, dass sie ein Recht auf psychosoziale Beratung hat. Diese Hinweispflicht gilt unabhängig davon, ob die Frau einen Schwangerschaftsabbruch wünscht oder nicht. Im Einvernehmen mit der Patientin vermittelt der/die Mediziner/in zu psychosozialen Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden (vgl. SchKG).
- ▶ Zwischen der Mitteilung der Diagnose und der Ausstellung einer Indikationsbescheinigung müssen mindestens 3 Tage Bedenkzeit liegen. Lediglich bei „gegenwärtiger erheblicher Gefahr für Leib und Leben der Schwangeren“ gilt diese Frist nicht (vgl. SchKG).

In Österreich zeigt sich die rechtliche Situation gegenwärtig als unbefriedigend und bedarf zum Schutz der Frau und des ungeborenen Kindes dringend einer Veränderung, die der deutschen Gesetzeslage ähnlich ist.⁸

Im Folgenden sollen Standards für die Haltung der Beratungsperson, die Rahmenbedingungen sowie den eigentlichen Beratungsprozess formuliert werden. Dabei wird der Beratungsprozess in die Zeit vor, während und nach der Schwangerschaft eingeteilt.

III.3 Persönliche Kompetenzen der Beratungsperson – Haltung

- ▶ Der/die Berater/in ist in der Lage, eigene ethisch-moralische Vorstellungen und Einstellungen so zu reflektieren, dass es ihr/ihm möglich wird, im Beratungsprozess der Frau, dem Mann, dem Ehepaar, bezogen auf deren Einstellungen und Gedanken, unvoreingenommen und wertfrei zu begegnen.
- ▶ Sie/er ist in der Lage, auf Basis einer nicht-direktiven Gesprächsführung die Interessen und Bedürfnisse der Klienten/innen in den Vordergrund zu stellen (client-centered framework – Leuzinger-Bohleber, Engels, Tsiantis, 2008, S 310,) und ethische Elemente (genethische Beratung - Haker, 2002) klientenorientiert zu integrieren (C. Rogers, 1972).

⁸ Die Österreichische Gesellschaft für prä- und perinatale Medizin, die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie die Österreichische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin haben nun entschieden, den Vorarlberger Beratungsstandard Pränataldiagnostik ab Oktober dieses Jahres [2012] österreichweit einzuführen. Das ist eine Bestätigung für alle, die an der Entwicklung des Modells in Vorarlberg mitgewirkt haben, sagte Christoph Jochum, Geschäftsführer der Sophie von Liechtenstein Stiftung, der Trägerinstitution von schwanger.li. Die Kosten von 100.000 Euro für die Entwicklung des Beratungsstandards Pränataldiagnostik wurden durch die Sophie von Liechtenstein Stiftung sowie das Fürstentum Liechtenstein, das Land Vorarlberg, die Vorarlberger Ärztekammer und eine Versicherung getragen.
<http://presse.cnv.at/land/dist/vlk-42764.html> [20130123]

- ▶ Die psychosoziale Beratung erfolgt unabhängig von der medizinischen Behandlung und Beratung und wird als ein nicht-direktives, ergebnisoffenes und ressourcenorientiertes Beratungsangebot verstanden (Lammert, Dewald, 2002).
- ▶ Der/die Berater/in hat die Fähigkeit einfühlsamen Verstehens von Emotionen und Stimmungen der Frau, des Mannes und ist in der Lage, diese durch eine korrigierende, wertschätzende und akzeptierende Haltung ins Gespräch mit einfließen zu lassen (C. Rogers, 1972).
- ▶ Der/die Berater/in ist in der Lage, Wertschätzung und Respekt - z.B. durch das vorbehaltlose Annehmen des Mitgeteilten der Frau, des Mannes, durch Ermutigen oder Ausdrücken von Solidarität mit der Frau, dem Mann – zu vermitteln.
- ▶ Der/die Berater/in ist in der Lage, seine Sprache und die Wahl der Worte so zu gestalten, dass sie von der Frau und dem Mann verstanden werden. Bei Migranten/innen bedeutet das, dass bei Bedarf ein/e Dolmetscher/in zur Verfügung gestellt wird.
- ▶ Inter- bzw. transkulturelle Spezifitäten werden wahrgenommen, respektiert und kultursensitiv in die Beratung mit einbezogen.
- ▶ Eine frauenspezifische Sichtweise steht im Fokus der Psychosozialen Beratung (Lammert u. Cramer, 2002). Die Frau wird als Ganzheit gesehen. Der Mann wird mit einbezogen. Bei Bedarf wird ihm zusätzlich ein Berater zur Seite gestellt.

III.4 Standards für die Rahmenbedingungen psychosozialer Beratung

III.4.1 Interdisziplinarität, Vernetzung und Qualitätszirkel

- ▶ Die Beratung in der vorgeburtlichen Untersuchung erfolgt auf der Basis kooperativer, interdisziplinärer Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachdisziplinen (Gynäkologie, Humangenetik, Pädiatrie, Psychologie, ...) und der Vernetzung klinischer Institutionen, extramuraler Beratungsstellen, niedergelassener Ärzte/innen, sowie Hebammen, diverser Behinderten-einrichtungen, Selbsthilfegruppen usw.
- ▶ Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist gekennzeichnet durch ein einheitliches Vorgehen in der Beratung, der Behandlung und eine gemeinsame Sprache.
- ▶ Es finden regelmäßig interprofessionelle Qualitätszirkel (IQZ) statt, bei denen unter Anleitung eines/einer Moderator/in die Arbeit analysiert, bewertet und falls erforderlich verändert wird (Bahrs et al., 2007; Riehl-Emde et al., 2007; Kuhn/Emde, 2007).

III.4.2 Räumlichkeiten und Beratungsstandort

- ▶ Beratungsgespräche finden in geschützten Räumlichkeiten statt.
- ▶ Räumliche Nähe der Beratungsstelle, idealerweise die

direkte räumliche Anbindung an das pränataldiagnostische Zentrum, an die Ambulanz ist gegeben⁹.

- ▶ Die psychosoziale Beratungsperson gehört – für die schwangere Frau erkennbar – einer nichtärztlichen Institution an.

III.4.3 Zeitlicher Rahmen

- ▶ Es wird der Frau, dem Paar ein Mindestzeitfenster von drei Tagen Bedenkzeit bis zur Entscheidungsfindung eingeräumt¹⁰.
- ▶ Nach frühestens drei Tagen wird ein weiteres Beratungsgespräch angeboten, um zu einer Entscheidung zu gelangen¹¹. Selbstverständlich erhält die Frau, der Mann die Möglichkeit, schon früher Beratungsgespräche in Anspruch zu nehmen, die aber nicht das Finden einer endgültigen Entscheidung zum Ziel haben, sondern z.B. das Klären von Fragen.

III.4.4 Kontinuität und Flexibilität in der Beratung

- ▶ Es wird eine kontinuierliche Beratung gewährleistet. Diese Kontinuität wird von Beginn der Beratung bis zur Nachsorgeberatung beibehalten.
- ▶ Beratungstermine werden kurzfristig und flexibel zur Verfügung gestellt, bei gerade gestelltem auffälligen Befund besteht die Möglichkeit einer umgehenden Beratung bzw. Krisenintervention.

III.5 Anforderungen an Berater/innen

III.5.1 Alter Mindestalter: 25 Jahre

III.5.2 Erforderliche Ausbildung

Eine der folgenden Ausbildungen als Mindestanforderung:

- ▶ Abgeschlossene Ausbildung zur/zum Klinischen PsychologIn
- ▶ Abgeschlossene Ausbildung oder im Supervisionsstatus zur/zum PsychotherapeutIn
- ▶ Abgeschlossene Ausbildung oder in Ausbildung zur (drittes Jahr) Fachärztin/zum Facharzt für Gynäkologie und Frauenheilkunde mit psychosomatischem Diplom

⁹ Rohde und Woppen (2007a) konnten in ihrer Studie aufzeigen, dass die Akzeptanz und Inanspruchnahme psychosozialer Beratung mit der unmittelbaren Nähe der Beratung zur ärztlichen Versorgung zusammenhängt. „Die Beratung muss zur Patientin kommen, um sie in der Krisensituation zu erreichen“ (Rohde/Woppen, 2007b, S17).

¹⁰ Um eine reflektierte Entscheidung treffen zu können, braucht es Zeit. Gespräche unter Zeitdruck haben in der Regel zur Folge, dass besprochene Inhalte, Informationen usw. nicht verarbeitet werden können, wodurch es zu nicht integrierten Entscheidungen kommen kann. Dies gilt vor allem für Gespräche, die aufgrund bereits diagnostizierter Erkrankungen, Fehlbildungen usw. beim intrauterinen Kind getroffen werden, da sich in so einem Fall die Frau, das Paar in einem psychischen Ausnahmezustand befindet.

¹¹ In Deutschland wurde das Mindestzeitfenster von drei Tagen Bedenkzeit gesetzlich geregelt (Birgit Meyer Lewis, 2010).

- ▶ Abgeschlossene Ausbildung zur Hebamme mit Beraterausbildung bzw. -fortbildung
- ▶ Abgeschlossene Ausbildung zur/zum DGKP mit Beraterausbildung bzw. -fortbildung
- ▶ Abgeschlossene Ausbildung zur/zum SozialarbeiterIn mit Beraterausbildung bzw. -fortbildung
- ▶ Abgeschlossene Ausbildung zur/zum PädagogIn mit Beraterausbildung bzw. -fortbildung

III.5.3 Erforderliche Zusatzkenntnisse

Krisenintervention, Psychotraumatologie, affektive Erkrankungen, Angsterkrankungen, Persönlichkeitserkrankungen, Trauer – Trauerverarbeitung, Entwicklungspsychologie und Pränatalpsychologie, medizinisches Basiswissen

III.5.4 Persönliche Fähigkeiten und Voraussetzungen

Reflexionsfähigkeit, Empathie, Wertschätzung, Unvoreingenommenheit – Neutralität, Bereitschaft zur Selbsterfahrung, Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit, Teilnahme an interdisziplinären Qualitätszirkeln, Teilnahme an Supervision und Intervention, Teilnahme an regelmäßigen themenspezifischen Fortbildungen und/oder Lehrgängen

III.6 Standards im Beratungsprozess

Da Beratung ein prozesshaftes Geschehen ist, werden nun im Folgenden drei Beratungszeitpunkte unterschieden, innerhalb derer spezifische thematische Schwerpunkte gesetzt werden sollten (Mayer-Lewis, 2010; Dialog Ethik, 2010): Psychosoziale Beratung im Rahmen der PND vor, während und nach der pränatalen Untersuchung.

III.6.1 Beratung vor der PND

Idealerweise findet die erste Kontaktaufnahme mit einer/einem Berater/in vor Eintreten der Schwangerschaft statt. Die Erfahrung zeigt, dass das in Einzelfällen auch geschieht. Meist wissen diese Frauen bzw. Paare bereits von genetischen Vorbelastungen oder hatten schon Fehlgeburten. Kaum eine Frau ohne Vorbelastungen sucht eine Beratung vor dem Eintreten der Schwangerschaft auf. Dabei wäre gerade das der ideale Zeitpunkt für eine nicht unter Zeitdruck stehende Beratung, aufgrund derer es zu gefestigten Entscheidungen kommen kann.

Ziel Psychosozialer Beratung vor der PND ist es, die Entscheidungskompetenz und Entscheidungssicherheit der Frau, des Mannes, des Paares zu stärken. Die Beratung vor der PND beinhaltet folgende Themenbereiche:

- ▶ Informationen über Schwangerschaft, Schwangerschaftsverlauf, Entwicklung des Kindes einholen:
 - Klärung der Einstellung zur Schwangerschaft, Ängste, Befürchtungen, negative Erfahrungen in

der Vergangenheit, Bedeutung des Paarsystems, Erfahrung mit dem Thema Schwangerschaft, auch aus der Beobachterperspektive

- Bedeutung des Paarsystems
- ▶ Information über pränataldiagnostische Untersuchungen durch die psychosoziale Fachkraft – Beziehung eines/einer Arztes/Ärztin.
- ▶ Information über pränataldiagnostische Untersuchungsmethoden durch Arzt/Ärztin:
 - Information über Möglichkeiten der Diagnosestellung, über invasive und nicht invasive Untersuchungsmethoden
 - Information über das Ziel der Diagnostik
 - Information über Grenzen der Diagnostik
 - Information über Risiken der Diagnostik
- ▶ Information über daraus mögliche resultierende Konsequenzen für die Frau, den Mann, das Paar und das Kind.
- ▶ Zur Verfügung stellen von Zeit und Raum, damit Ängste und Fantasien bewusst werden und angesprochen werden können.
- ▶ Möglichkeit zu einer unzensurierten, neutralen und freien Auseinandersetzung mit Alternativen geben.
- ▶ Klärung von Motivation der Frau, des Mannes, des Paares für die Inanspruchnahme der PND:
 - Ob und in welchem Umfang die PND genutzt werden soll
 - Informationsstand des Paares klären und evtl. erneut Informationen geben bzw. Arzt/ÄrztIn noch einmal dazu bitten und/oder eine/n HumangenetikerIn beiziehen
 - Ansprechen von Ängsten, die hinter dem Wunsch nach PND stehen könnten
 - Lebensplanung
 - Einstellung zu Behinderung, Krankheit
- ▶ Umgang mit Krisen in der Vergangenheit, mit belastenden Situationen aus Vorschwangerschaften, mit belastenden Schwangerschaften in der Vorgeschichte, mögliche Traumatisierungen mit bedenken.
- ▶ Soziales Netzwerk erfragen, in dem sich die Frau, der Mann, das Paar befindet.
- ▶ Ressourcenklärung - sowohl interne als auch externe Ressourcen.
- ▶ Information über interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Verfügung stellen (Hebammen, Kinderkrankenschwestern, SonderpädagogInnen, ...).

III.6.2 Beratung während der PND

Beratung während der PND findet meist statt, nachdem der Verdacht auf einen positiven Befund gestellt wurde, in der Zeit zwischen pränataldiagnostischen Untersuchungen bzw. in der Zeit des Wartens auf einen Befund. Hier ist das Ziel, nach erfolgter emotionaler Stabilisierung und Wiederermächtigung, Informationen über den Status quo, das medizinische Procedere zu geben und abzuklären, welche Einstellungen, Gedanken und Ressourcen die Frau bzw. das Paar hat.

Die Beratung während der PND beinhaltet folgende Angebote:

- ▶ Krisenintervention:
 - Information einholen und strukturieren, um Überblick sichtbar zu machen: einerseits für die Frau, das Paar, andererseits zum besseren Verständnis für die psychosoziale Fachkraft (in Anwesenheit des/der behandelnden DiagnostikerIn)
 - Einnahme einer Zeugenschaft, um Übersetzungstätigkeiten leisten zu können
 - Anerkennen vorhandener Emotionen, Gedanken, Verhaltensweisen bzw. Reaktionen
 - Ausreichend Raum für diese Prozesse zur Verfügung stellen
 - Stabilisierung (Ressourcenaktivierung, Handlungsfähigkeit stärken, Aufzeigen von Möglichkeiten der Entlastung)
 - Raum und Zeit geben, um Ängste und Fantasien über ein Leben mit einem kranken und/oder behinderten Kind konkret werden zu lassen
- ▶ Reflexion möglicher Befunde, ihrer möglichen Konsequenzen und Handlungsoptionen:
 - Erfragen von Einstellung zu Erkrankungen, Behinderung
 - Erfragen von Erfahrungen mit dem Thema Erkrankung, Behinderung – gibt es Modelle? Gibt es Wissen darüber?
 - Erfragen von Fantasien, Ängsten, Hoffnungen und anderen Gefühlen
- ▶ Informationen über bzw. Kontakt herstellen zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten extramuraler Organisationen wie z.B. Hebammen, PsychotherapeutInnen, SeelsorgerInnen, Behindertenorganisationen, Selbsthilfegruppen
- ▶ Möglichkeit zu einer unzensurierten, neutralen und freien Auseinandersetzung möglicher Alternativen geben

III.6.3 Beratung nach auffälligem Befund

Die Frau und der Mann befinden sich zu diesem Zeitpunkt in einem Schock, einem emotionalen Ausnahmezustand. Hier ist das Ziel eine über eine längere Zeitspanne andauernde und mehrere Schritte beinhaltende Krisenintervention, um zu stabilisieren, zu strukturieren und innere Auseinandersetzung/Reflexion zu ermöglichen, damit eine für die Frau, den Mann positive Entscheidung erwirkt werden kann.

- ▶ Krisenintervention:
 - Information einholen und strukturieren, um Überblick zu schaffen
 - Einnahme einer Zeugenschaft; Übersetzungstätigkeiten
 - Anerkennen vorhandener Emotionen, Gedanken, Verhaltensweisen bzw. Reaktionen
 - Emotionale Stabilisierung (Ressourcenaktivierung, Handlungsfähigkeit stärken, Aufzeigen von Möglichkeiten der Entlastung)

- Ausreichend Raum für diese Prozesse zur Verfügung stellen
- Raum und Zeit geben, um Ängste und Fantasien über ein Leben mit einem kranken und/oder behinderten Kind konkret werden zu lassen
- Umgang mit möglicher Traumatisierung
- Klärung der Bedeutung des Befundes für die Frau, den Mann, das Paar und andere Familienmitglieder
- Orientierungshilfen im Entscheidungsfindungsprozess, Zeit geben, „Zeitfenster“ benennen, Raum geben, vor allem Raum für Emotionalität
- Möglichkeiten im Umgang mit der Diagnose und der meist unsicheren Prognose für den Entwicklungsverlauf des Kindes erarbeiten
- Mögliche Schuldgefühle ansprechen und bearbeiten
- Kontakt zum Kind herstellen, Bindungsarbeit
- Besprechen vorstellbarer Zukunftsperspektiven
- Mögliche Lösungswege und Handlungsoptionen reflektieren
- Information über extramurale Hilfsangebote z.B. Hebammen, SeelsorgerInnen, Behindertenorganisationen, Selbsthilfegruppen
- Aufarbeiten erlebter Gedanken- und Gefühlsprozesse
- Reflexion persönlicher Ängste und Hoffnungen in Bezug auf den Verlauf von Schwangerschaft, Geburt, Kindesentwicklung
- Copingstrategien ausarbeiten für die darauf folgenden Tage und Wochen, falls Erschöpfung spürbar wird
- Ressourcen aktivieren
- Aufgreifen der Mutter-Kind, Vater-Kind-Beziehung, d.h. Stärkung der Bindung zum Kind
- Paardynamik aufgreifen; bearbeiten möglicher Konflikte, aber auch Stärkung der Beziehung zueinander
- Klärung von Zukunftsperspektiven, Vorstellungen, Befürchtungen
- Information über Schwangerschaftsbegleitung durch Hebamme

III.6.4 Beratung – Begleitung nach der Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch

Entscheidet sich die Frau bzw. das Paar für einen Abbruch der Schwangerschaft, ist es notwendig, die Entscheidung zu akzeptieren, sie anzuerkennen und der Frau, dem Mann einen Einstieg in die Trauer zu ermöglichen. Folgende Schritte sind dazu nötig:

- ▶ Akzeptieren der Entscheidung
- ▶ Aufarbeiten möglicher Gefühlskonflikte, ethischer und religiöser Fragestellungen
- ▶ Emotionale Stabilisierung
- ▶ Informationsgabe durch behandelnde/n Arzt/Ärztin über alle weiteren medizinischen Interventionen, das Prozedere
- ▶ Begleitung und Unterstützung beim Abschied vom intrauterinen Kind, Abschiedsrituale, Zeit für Kontakt zum noch lebenden Kind anbieten

- ▶ Klärung der Befindlichkeiten beider Partner, Kommunikation zwischen dem Paar anregen, Reflexion des Paarerlebens, Stärkung der Paarbeziehung
- ▶ Ansprechen von Schuldgefühlen
- ▶ Soziale Ressourcen aktivieren: mit einbeziehen von Freunden, Verwandten
- ▶ Begleitung und Unterstützung bei den Abschieds- und Trauer Ritualen postpartal; Information über Bestattungsmöglichkeiten usw.
- ▶ Entwicklung positiver Zukunftsperspektiven
- ▶ Information über geeignete extramurale Unterstützungs- und Beratungsangebote
- ▶ Weiterführende psychotherapeutische Behandlung ansprechen bzw. anbieten

III.6.5 Beratung nach der Entscheidung, die Schwangerschaft fortzusetzen – das Kind auszutragen

Entscheidet sich die Frau, das Kind auszutragen, ist es unbedingt notwendig, ihr bis zur Geburt und in der Zeit danach weitere Beratungstermine zu ermöglichen, um das Erlebte, damit verbundene Gefühle und Gedanken und um neu aufkommende Gefühle und Gedanken zu reflektieren und Copingstrategien zu erarbeiten. Ein weiteres Ziel der Beratung in dieser Zeitspanne ist es, Informationen über Unterstützungssysteme zu geben oder auch auf den möglichen Verlust vorzubereiten, Trauerarbeit einzuleiten. Folgende Punkte sind Inhalt dieser Phase:

- ▶ Möglichkeit des Aufarbeitens des intrapsychischen Konfliktes während dem Entscheidungsfindungsprozess (Selbstzweifel überhaupt darüber nachgedacht zu haben, das Kind nicht auszutragen, ...)
- ▶ Reflexion von Ängsten und Hoffnungen bezogen auf die Schwangerschaft und ihren Verlauf, Geburtsmöglichkeiten, das Kind und seine Entwicklung, die Zeit nach der Geburt:
 - Zur Verfügung stellen von Informationen diesbezüglich
 - Kontakt zu behandelnden ÄrztInnen, KinderkrankenpflegerInnen usw.
 - Abschied vom „Wunschkind“, Bearbeiten möglicher „Monsterfantasien“
- ▶ Stärkung der Bindung zwischen Mutter und Kind, zwischen Vater und Kind
 - Paarsystem mit bedenken und mit einbeziehen
 - Interne Ressourcen aktivieren, externe Ressourcen wie z.B. Familie, Freunde aktivieren
- ▶ Kontakt zu extramuralen Institutionen, Selbsthilfegruppen, betroffenen Eltern ermöglichen
 - Informationen über Frühe Hilfen für die Familie, das Kind postpartal
- ▶ Ist der Tod des Kindes mit hoher Wahrscheinlichkeit aufgrund der Erkrankung vorhersehbar, müssen die Eltern darauf vorbereitet werden
- ▶ Hat die Erkrankung des Kindes den Tod des Kindes (Fehlgeburt, Totgeburt) oder einen frühen postnatalen Tod zur Folge:

- Begleitung und Unterstützung der Frau, des Mannes bei der Trauerarbeit, Informationen über mögliche Trauer Rituale, Bestattungsmöglichkeiten usw.; Information über Selbsthilfegruppen

III.7 Literatur

- Bahrs, O., Schmidt, U., Weiß, M. (2007): Qualitätsentwicklung durch Kooperationsförderung. Modellprojekt Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik. BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. 18–20. Frankfurt
- Dialog Ethik u.a. (Hrsg.) (2010): Psychosoziale Beratung bei vorgeburtlicher Untersuchung. Anleitung für die Beratungspraxis ergänzt mit interdisziplinärem Fachwissen. AZ Druck und Datentechnik. Kempten
- Haker, H. in: Hürlimann et al. (2008): Ethische Dimensionen in der Pränatalen Diagnostik. 43–56. Peter Lang. Bern
- Hürlimann, D.C., Baumann-Hölzle, R., Müller, H. (Hrsg.) (2008): Der Beratungsprozess in der Pränatalen Diagnostik. Peter Lang. Bern
- Kuhn, R., Riehl-Emde, A. (2007): Gute Voraussetzung für eine Zusammenarbeit zwischen Ärzten und psychosozialen Fachkräften in der Beratung zur Pränataldiagnostik - Empirische Ergebnisse zur Ausgangssituation eines Modellprojekts. Psychotherapie - Psychosomatik - Medizin; 57: 44–52. Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart, New York
- Lammert, C., Cramer, E., Pingen-Rainer, G., Schulz, J., Neumann, A., Beckers, U., Siebert, S., Dewald, A., Cierpka, M. (2002): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. Ein Praxishandbuch. Hogrefe Verlag. Göttingen
- Leuzinger-Bohleber, M., Engels, E.-M., Tsiantis, J. (2008): The Janus Face of Prenatal Diagnostics. A European Study Bridging Ethics, Psychoanalysis and Medicine. Karnac Books Ltd. London
- Mayer-Lewis, B. (2010): Best Practice Leitfaden. Psychosoziale Beratung bei Pränataler Diagnostik. Staatsinstitut für Familien – Universität Bamberg
- Riehl-Emde, A., Kuhn, R., Dewald, A., Cierpka, M. (2007): Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik: Ein Modellprojekt verbessert die Versorgung. BZgA Forum und Familienplanung. 21–25. Frankfurt
- Rohde, A., Woppen, C. (2007a): Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik – Evaluation der Modellprojekte in Bonn, Düsseldorf und Essen. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln
- Rohde, A., Woppen, C. (2007b): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik – ein Muss bei pathologischem fetalen Befund. BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. 14–17. Frankfurt

**IV. Standards für eine Mutter-
Kind-zentrierte, bindungsorien-
tierte Begleitung der Geburt in
geburtshilflichen Einrichtungen**

IV.1 Vorbemerkung

Über viele Jahrhunderte war die erste Phase eines Menschenlebens eine besonders vulnerable in einem ganz existenziellen Sinne. Sowohl bei den neugeborenen Kindern als auch deren Müttern war eine hohe Sterblichkeitsrate zu verzeichnen und so ist es sehr verständlich und gut, dass sich die Medizin darum bemüht hat, die offenkundigen Gefahren zu reduzieren. Das ist ihr auch insbesondere im letzten Jahrhundert zunehmend besser gelungen, sodass es inzwischen fast als Selbstverständlichkeit angesehen wird, dass Geburt und die Zeit davor und danach in erster Linie eine medizinische Angelegenheit darstellen. Über diesem erfolgreichen Bemühen, die unleugbare Not zu wenden, scheinen aber einige Fakten in den Hintergrund geraten zu sein, die nun wieder Aufmerksamkeit verdienen, ja für eine gedeihliche und ressourcenorientierte Weiterentwicklung unserer Gesellschaft (und insbesondere ihres Umgangs mit dieser frühen Lebensphase) unabdingbar sind.

An diesem Punkt ist der historisch erklärbare, defizitorientierte Blickwinkel der Medizin nur mehr bedingt hilfreich und muss durch die Blickwinkel anderer Professionen und vor allem der direkt betroffenen Eltern und Kinder ergänzt und stellenweise wohl auch korrigiert werden. Das erscheint bei der gegenwärtigen Themenvorherrschaft der Medizin in diesem Bereich nicht ganz einfach.

Das Physiologische, das Gesunde erfährt in der Medizin gegenüber dem Pathologischen deutlich weniger Beachtung. Wenn etwas nicht (mehr) funktioniert, entsteht die NOT-wendigkeit, sich darum zu kümmern. Wir möchten aber jetzt (da diese existenzielle Not im Wesentlichen gebannt scheint) dem Physiologischen mehr Aufmerksamkeit verschaffen und im Sinne einer Verhältnisprävention versuchen, Bedingungen zu formulieren, unter denen das Gesunde sich bestmöglich entwickeln kann und seine selbstregulierenden Kräfte wirken können.

Wo Entwicklungsprozesse in lebendigen Systemen (und als solche sind sowohl Kinder als auch Familien zu sehen) stattfinden, gibt es vielfältige Möglichkeiten, Irritationen und Störungen zu kompensieren oder aber zu potenzieren. Damit sich vor allem gelingende Prozesse entfalten können, braucht es bestimmte Rahmenbedingungen. In diesem Papier haben wir versucht, wissenschaftliche Erkenntnisse aus mehreren Forschungsbereichen zusammenzutragen, die zukunftsweisend aufzeigen, auf welche salutogenetischen und physiologischen Wirkfaktoren wir uns im Bereich der Geburtshilfe und Elternbegleitung vermehrt konzentrieren sollen. Der im Folgenden beschriebene Weg zu wünschenswerten Veränderungen ist nur möglich auf den Schultern jener, die die Entwicklung bis hierher getragen haben. Dessen sind wir uns bewusst, und so mögen alle Wünsche für die Zukunft auch als Anerkennung für den bisher zurückgelegten Weg gelten.

Das vorrangige Ziel der vorliegenden Standards ist das Empowerment von Müttern und Vätern. Sie und auch die ungeborenen Kinder haben ein Recht auf eine ungestörte, angstfreie und stärkende Geburt. Medizinische Interventionen während Schwangerschaft und Geburt haben neben ihren gesellschaftlichen und volksgesundheitlichen Auswirkungen einen enormen Anstieg von Versorgungskosten zur Folge und beanspruchen viele Ressourcen. Sie sind im Sinne der Familien oft nicht zu begründen und fachlich nicht zu akzeptieren. Alle wissenschaftlichen Erkenntnisse stärken in diesem Punkt die Position derjenigen, die bei einer normalen Geburt den sparsamen Einsatz medizinischer Routineeinsätze als Standard fordern.

IV.2 Grundhaltung

- ▶ Schwangerenversorgung und Geburtshilfe sind essentielle Aspekte der gesellschaftlichen Verantwortung und medizinischen Versorgung und müssen ausfinanziert sein.
- ▶ Es ist genügend Personal und Ausstattung vorhanden und für jede Frau frei zugänglich, unabhängig von Staatsbürgerschaft und sozialem Status.
- ▶ Mutter und Baby stellen während Schwangerschaft, Geburt und Säuglingszeit eine integrale Einheit dar und werden als solche behandelt, da die Behandlung der einen Person das Befinden der zweiten immer auf besondere Weise beeinflusst.
- ▶ Respekt gegenüber jeder Frau und die Berücksichtigung ihrer subjektiven Bedürfnisse sind die Grundlage der gesamten Schwangerenversorgung und Geburtshilfe.
- ▶ Mütter während Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett bzw. die Neugeborenen werden individualisiert versorgt.
- ▶ Die Bedürfnisse von Mutter und Baby haben gegenüber den Bedürfnissen des Versorgungsteams, der Institutionen und der Pharmaindustrie Vorrang.
- ▶ Schwangerschaft, Geburt und Stillen sind normale und gesunde Prozesse, die in den meisten Fällen nur die Aufmerksamkeit und die Unterstützung des medizinischen Personals erfordern.
- ▶ Jede Frau erhält auf ihre je individuell gestellten Fragen umfassende, verständliche, genaue und unparteiliche Informationen, damit sie eine Entscheidungsgrundlage für die Wahl der eigenen Versorgung und der ihres Kindes treffen kann.
- ▶ Ihr nach ethischen Grundsätzen verankertes „Recht auf Nichtwissen“ darf nicht zu Absicherungszwecken anderer verletzt werden.
- ▶ Geburtspraktiken beeinflussen Mutter und Baby körperlich und seelisch.
- ▶ Jede einzelne Person des Versorgungsteams ist individuell für die Mutter, die Familie und die Gesellschaft verantwortlich und das Gesundheitssystem wiederum für die Qualität des medizinischen Services, den es bietet.

- ▶ Eine der Gesundheit förderliche Atmosphäre zu schaffen, der Mutter zuzuhören, sie in ihrem Selbstausdruck zu unterstützen und ihre Privatsphäre zu respektieren, sind grundlegende Aspekte einer optimalen Versorgung rund um die Geburt.

IV.3 Gute Qualität braucht gute Rahmenbedingungen!

Gesundheitsfördernde und kostensenkende Präventionsmaßnahmen setzen schon in der Frühschwangerschaft an, müssen für alle Mütter und Väter zugänglich sein und (wie u.a. in Deutschland, der Schweiz, den Niederlanden, Großbritannien u.v.a.) von den Krankenkassen übernommen werden. Zu diesen Maßnahmen zählt in erster Linie eine qualitativ hochstehende, auf wissenschaftlichen Grundlagen beruhende Geburtsvorbereitung durch qualifizierte Personen mit folgenden Zielsetzungen:

- ▶ Angstreduzierende Information und Aufklärung über den gesunden und physiologischen Prozess Schwangerschaft und Geburt.
- ▶ Nicht manipulative Beratung, die Frauen/Paare befähigt, in die Durchführung von Interventionen einzuwilligen oder sie abzulehnen.
- ▶ Empowerment der Eltern.
- ▶ Schwerpunktmäßige Einbindung der werdenden Väter.

IV.4 Standards für eine Mutter/Eltern-Kind-zentrierte, bindungsorientierte Begleitung der Geburt

Eine optimale Begleitung von Mutter und Kind während der Lebensphasen Schwangerschaft und Geburt beruht auf schriftlichen Richtlinien, die sowohl den Ausbildungsstätten als auch in der Praxis berücksichtigt werden und in denen folgende Anforderungen an das Versorgungsteam aufgelistet werden:

IV.4.1 Anpassung an individuelle Bedürfnisse/kulturelle Merkmale

- ▶ Die geburtshilfliche Einrichtung ermöglicht werdenden Müttern und Vätern durch öffentlich zugängliche Informationen über geburtshilflich relevante Daten (Personalschlüssel, Sectorate, Episiotomierate, PDA-Rate), Menschenbild und Betreuungsstandard die bewusste Entscheidung für den geeigneten Geburtsort.
- ▶ Jede Frau wird ermutigt, eine/mehrere Person/en ihrer Wahl zu ihrer persönlichen Unterstützung mitzubringen.
- ▶ Die Bedürfnisse der Mütter/Väter und ihrer Kinder haben in allen Entscheidungsprozessen oberste Priorität.
- ▶ Es werden keine Routinemaßnahmen angewandt, die Frau/das Paar erhält in symmetrischer und offener Kommunikation umfassende Information in einer

Sprache, die sie/es versteht. Es kann bei Bedarf jederzeit ein/e Dolmetscher/in gestellt werden.

- ▶ Die Mutter/der Vater wird in die Entscheidungsfindung über die Versorgung, die sie selbst oder ihr Baby betrifft, einbezogen und befähigt, auf Grund der erhaltenen Informationen einzuwilligen oder abzulehnen.
- ▶ Jede Frau/jedes Paar erhält die Möglichkeit, die Geburt ihres Kindes zu einem für sie angemessenen Zeitpunkt mit der betreuenden Hebamme ausführlich nachzubesprechen und gegebenenfalls nachträglich Informationen einzuholen.
- ▶ Die geburtshilfliche Einrichtung stellt sicher, dass das Betreuungskontinuum nach der Entlassung von Mutter und Kind nicht abreißt. Es besteht eine kontinuierliche, gut funktionierende und breite Zusammenarbeit mit Nachsorgehebammen, Institutionen und Organisationen, die für Mütter, Väter und ihre Kinder kompetente Beratung und frühe Hilfen anbieten. Diese werden ausdrücklich kommuniziert.

IV.4.2 Personalschlüssel

Es steht genügend Personal zur Verfügung, um eine kontinuierliche und individualisierte 1:1 Betreuung von Mutter und Kind zu gewährleisten.

IV.4.3 Qualität der Betreuung

Angstreduzierung bzw. eine gute, salutogene Betreuung in der Schwangerschaft sind unerlässliche Grundvoraussetzungen für eine normale, komplikationsfreie Geburt und einen guten Start ins Familienleben und müssen integrale Bestandteile der Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettbegleitung sein. Informierte, verantwortungsbewusste und in ihrer Vaterrolle gestärkte Männer sind wesentliche Erfolgsgaranten für eine gelungene Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettzeit. Dies erfordert eine konsequente Integration der Männer in alle vorbereitenden Maßnahmen.

- ▶ Die Kontinuität der Betreuung durch das geburtshilfliche Fachpersonal wird sichergestellt, indem von allen an der Betreuung von Müttern/Eltern und Kindern beteiligten Personen gemeinsame Ziele und Vorgehensweisen ausgearbeitet und transparent gemacht werden.
- ▶ Es findet ein regelmäßiger, gemeinsamer Austausch aller Betreuungspersonen statt.

IV.4.4 Räumlichkeiten und Material

Die räumlichen Gegebenheiten und die Einrichtung in den Gebäuräumen sind den Bedürfnissen einer gebärenden Frau/eines werdenden Vaters angepasst und bieten ausreichend Raum und Möglichkeit für Rückzug und freie Beweglichkeit:

- ▶ Keine grelle Beleuchtung, außer in Notfällen
- ▶ Keine Bewegungseinschränkung durch routinemäßige Überwachungsmethoden (z.B. CTG)

- ▶ Toilette und Dusche ans Gebärzimmer anschließend
- ▶ Bett nicht einsehbar
- ▶ Ausreichend Alternativen zu einem Bett (Bodenmatten, Sprossenwand, Hocker, Seil, Wanne etc.)
- ▶ Türe bleibt/wird stets geschlossen
- ▶ Kein Eintritt ohne explizite Zustimmung der Gebärenden
- ▶ Aufenthaltsmöglichkeit für Begleitperson(en)
- ▶ Dokumentationsmöglichkeit im Gebärraum
- ▶ Keine Fernüberwachung mit zentraler Aufzeichnung
- ▶ Kinderversorgungseinheit im Zimmer

IV.4.5 Qualität der Beratung und Kommunikation

- ▶ Jede Frau/jeder werdende Vater und jedes Kind wird respekt- und würdevoll behandelt. Alle an der unmittelbaren Betreuung von Mutter/Vater und Kind beteiligten Personen verfügen über Aus- und Weiterbildungen im Bereich der Beratung und Kommunikation.
- ▶ Die Frau/ das Paar erhält stets im Vorhinein die ganze Information zu allen Maßnahmen und Handlungen, die sie oder ihr Kind betreffen.
- ▶ Die Informationsweitergabe erfolgt in einem ausgewogenen Maß und einer Art und Weise, die keine Angst macht. Die dazu nötige Kommunikationskompetenz wird in regelmäßig stattfindenden Fortbildungsveranstaltungen geschult.

IV.4.6 Professionalität

- ▶ Alle an der unmittelbaren Betreuung von Mutter/Vater und Kind beteiligten Mitglieder des medizinischen Personals verfügen über umfassende Kenntnisse über die Physiologie der Geburt.
- ▶ Sie kennen die diagnostischen, prognostischen und methodischen Instrumente, um eine normale Schwangerschaft, eine natürliche Geburt, ein normales Stillen und eine normale Wochenbettzeit zu begleiten, zu fördern und zu optimieren.
- ▶ Es werden im Zuge sämtlicher Betreuungsmaßnahmen ausschließlich solche Praktiken angewandt, die sich ausdrücklich als vorteilhaft in der Unterstützung einer normalen Physiologie der Wehen, Geburt und Nachgeburtszeit erweisen bzw. erwiesen haben, d.h.:
 - Keine festgelegten Zeitlimits für den Wehenverlauf
 - Beachten der physiologischen Latenzphasen
 - Anerkennen des je individuellen Wehenrhythmus
 - Verwenden von Partogrammen, um den Wehenverlauf zu beobachten
 - Uneingeschränkter Zugang zu Essen und Trinken nach Wunsch ermöglichen
 - Bewegungsfreiheit, Unterstützung in der freien Wahl der Positionen
 - Utensilien bereitstellen, die die aufrechte Haltung unterstützen
 - Sofortigen und anhaltenden Körperkontakt von Mutter und Baby ermöglichen und dafür sorgen, dass sie zusammen bleiben

- Abwarten, bis die Nabelschnur auspulsiert ist
- Erheben der routinemäßig zu erhebenden kindlichen Daten (Größe, Gewicht, Kopfumfang etc.). spätest möglich bzw. unmittelbar vor der Verlegung auf die Station, jedenfalls nach dem ersten Anlegen
- Den uneingeschränkten Zugang jeder Mutter zu ihrem kranken Baby oder Frühchen ermöglichen
- Känguru-Pflege anbieten
- Mütter auf die Vorteile des Stillens hinweisen
- Mütter dabei unterstützen, ihre eigene Milch bereit zu stellen, wenn es ihrem Baby nicht möglich ist, gestillt zu werden

Alle (unten angeführten) Maßnahmen und Praktiken, die nach wissenschaftlicher Erkenntnis bei Routineeinsätzen oder häufiger Anwendung bei normalen Geburten keine Vorteile haben, werden konsequent vermieden. Wenn sie für eine spezifische Situation angedacht werden, sollte von den besten derzeit verfügbaren Evidenzen belegt sein, dass die Vorteile überwiegen:

- ▶ Routinemäßiges Legen eines venösen Zuganges
- ▶ Legen eines Blasenkatheters
- ▶ Ständige CTG-Überwachung
- ▶ Rückenlage oder Steinschnittlagerung (Füße auf Fußstützen)
- ▶ Pressanleitung durch das med. Personal
- ▶ Sprengung der Fruchtblase
- ▶ Kristeller-Manöver
- ▶ Medikamentöse Einleitung
- ▶ Künstliche Wehenverstärkung
- ▶ Medikamentöse Schmerzkontrolle
- ▶ Gabe von Opioiden oder anderen bewusstseinsverändernden Drogen zur Geburtserleichterung
- ▶ Dammschnitt
- ▶ Vorenthaltung von Essen und Wasser
- ▶ Einlauf
- ▶ Wiederholte vaginaluntersuchungen
- ▶ Eipollösung
- ▶ Absaugen des Neugeborenen
- ▶ Sofortiges Abklemmen der Nabelschnur
- ▶ Primärer und wiederholter Kaiserschnitt
- ▶ Trennung von Mutter und Kind

IV.4.7 Qualitätssicherung

- ▶ Die geburtshilfliche Einrichtung stellt sicher, dass das gesamte Versorgungsteam über eine angemessene und fortlaufende Aus- und Weiterbildung in Notfallmaßnahmen rund um die Geburt für die Behandlung der Mütter und ihrer Neugeborenen verfügt und ermöglicht auch externen MitarbeiterInnen (Beleghebammen/BelegärztInnen), diese Fortbildungen zu absolvieren.
- ▶ Es existieren für alle an der Betreuung von Müttern und Kindern beteiligten Personen des Personals bindende Stillrichtlinien, die dem aktuellen Forschungsstand entsprechen und es gibt regelmäßige Schulungen, die das Personal befähigen, diese zu implementieren.

- ▶ Es existieren über die gesetzlich geregelte Dokumentationspflicht hinaus transparente Instrumente der Qualitätssicherung, die jeder Frau/jedem Mann ermöglichen, ihr Geburtserleben zu evaluieren.
- ▶ Nachsorge und Stillberatung durch ExpertInnen mit voller Kostenübernahme durch die Kassen als obligates Angebot im Wochenbett (6 Wochen pp).

IV.4.8 Gesundheit und Ressourcen des Personals

Professionelle, bindungsorientierte und individualisierte Betreuungsarbeit durch ExpertInnen setzt voraus, dass diese selbst Wertschätzung erfahren – dazu gehört als Grundlage die Anerkennung der jeweils berufsspezifischen Expertise, der daraus hervorgehenden Befugnisse und Verantwortlichkeit, eine klare, der Gesetzgebung entsprechende Kompetenzverteilung, eine adäquate Bezahlung sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe.

- ▶ Anerkennung von Hebammendiagnosen und daraus resultierende Handlungsplanungen (mehr Sicherheit durch natürliche Geburtshilfe)
- ▶ Es wird sichergestellt, dass Hebammen als Expertinnen für die physiologische, natürliche Geburt nicht an der Ausübung ihrer gesetzlich festgelegten Berufskompetenzen behindert werden
- ▶ Es wird eine der Ausbildung/dem Arbeitspensum/der Verantwortung entsprechende Entlohnung des Fachpersonals gewährleistet

IV.5 Literatur

- Enkin, M. et al. (2000): A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth, 3rs ed. Oxford: Oxford University Press
- Sakala, C./ Corry, M.P. (2008): The Milbank Report: Evidence-Based Maternity Care. Milbank Memorial Fund, New York
- Schmid, V. (2011): Schwangerschaft, Geburt und Mutter werden. Hannover, Staude
- Walsh, D. (2007): Evidence-based Care for Normal Labour and Birth. New York, Routledge
- <http://www.figo.org/> FIGO - the International Federation of Gynecology and Obstetrics, aufgerufen am 3. 4. 2012, 21:30
- <http://www.internationalmidwives.org> ICM – International Confederation of Midwives, aufgerufen am 28. 3. 2012, 23:58
- <http://www.who.int> World Health Organisation, aufgerufen am 4. 3. 2012, 15:35
- <http://www.imbci.org> International Mother-Baby Childbirth Organisation, aufgerufen am 2. 5. 2012, 22:30



Die salutogenische Hebamme,
in Gegenwart eines Symptoms denkt
nicht zuerst ans Risiko:

*„was ist die Gefahr für diese Frau,
oder dieses Kind“,*

sondern:

*„wie und wo sind ihre Ressourcen,
wie kann ich sie anregen,
wo sind Zeichen der Gesundheit“.*

Verena Schmid

Die vorgeburtliche Zeit als auch das
Erlebnis der Geburt sind integrale
Bestandteile der Lebensgeschichte des
Menschen.

Wir möchten aber jetzt (da diese
existenzielle Not im Wesentlichen
gebannt scheint) dem Physiologischen
mehr Aufmerksamkeit verschaffen und
im Sinne einer Verhältnisprävention
versuchen, Bedingungen zu formulieren,
unter denen das Gesunde sich
bestmöglich entwickeln kann und
seine selbstregulierenden Kräfte wirken
können.

Das vorrangige Ziel der vorliegenden
Standards ist das Empowerment von
Müttern und Vätern.

Sie und auch die ungeborenen Kinder
haben ein Recht auf eine ungestörte,
angstfreie und stärkende Geburt.



V. Standards für die außer-
familiäre Betreuung von Kindern
unter 3 Jahren

V.1 Vorbemerkung

Während des ersten Lebensjahres steht eine ausgedehnte institutionelle Betreuung den Entwicklungsbedürfnissen des Säuglings entgegen. Da die außerhäusliche Betreuung von Säuglingen (Kindern im ersten Lebensjahr) eine umstrittene Sache ist, sprechen wir in der Folge nur von Kleinkindern.

Für eine funktionierende außerhäusliche Betreuung ist eine stattgefundene primäre Bindung Voraussetzung, sodass der Übergang in die Fremd-Betreuung und die damit verbundene Trennung von den ersten Bezugspersonen bestmöglich bewältigt werden können und Vertrauen in die neue Bezugsperson aufgebaut werden kann.

Wünschenswert ist eine professionelle Begleitung der Eltern und ihrer Kinder in diesem Prozess, sodass auftauchende Schwierigkeiten erkannt und gelöst werden können.

Es gibt keine einhellige Meinung darüber, ab wann es günstig ist, kleine Kinder einer Betreuungseinrichtung anzuvertrauen. Worin jedoch Übereinstimmung besteht, ist, dass je früher kleine Kinder betreut werden, desto individuell angepasster das Betreuungssetting sein muss.

Dies setzt die Abstimmung der Betreuungseinrichtungen auf die besonderen Bedürfnisse dieser Altersgruppe voraus und beinhaltet, dass Kindergärten nicht einfach für Ein- und Zweijährige geöffnet werden können. Krippenbetreuung muss in ihrem Konzept strukturell (kleinere Gruppen, mehr Personal, altersadäquate Gestaltung der Umgebung und Abläufe) und inhaltlich (ausgebildetes Personal mit entwicklungspsychologischen und pädagogischen Kenntnissen der Frühen Kindheit) an die Erfordernisse der Säuglings- und Kleinkindpädagogik neu angepasst werden.

Die Qualifizierung und Kontrolle von familienergänzenden Einrichtungen muss sich an Vorgaben zur Strukturqualität messen lassen und über Fachwissen und Standards zur Beurteilung von Prozess- und Orientierungsqualität verfügen. Die nachfolgenden Standard-Vorschläge orientieren sich daher an den aktuellsten Empfehlungen zur Qualitätssicherung in familienergänzenden Einrichtungen für Säuglinge und Kleinkinder unter 3 Jahren (Gaimh 2008; Haug-Schnabel 2011; Pikler-Hengstenberg-Gesellschaft Österreich 2012).

Aufgabe ist es, in enger Zusammenarbeit mit den Familien entwicklungsgerechte Bedingungen zu ermöglichen, damit Kleinkinder von einer außerhäuslichen Betreuung profitieren können.

V.2 Haltung der Fachkräfte/Bild vom Kind/ Beziehungsaufbau/Zusammenarbeit mit Eltern

- ▶ Die Trägerschaft zeigt sich als wohlwollend und Kindorientiert.
- ▶ Die Haltung dem Kind und den Eltern gegenüber ist von Empathie, Interesse und dem Bestreben, den anderen zu verstehen, geprägt. Schwierigkeiten und Widerstände werden als Ausdruck von Unsicherheiten und Sorgen wahrgenommen und nicht als Opposition oder Ablehnung gedeutet, sodass Austausch und Zusammenarbeit gefördert werden können.
- ▶ Als Experten ihrer Kinder werden Eltern ernst genommen. Der Austausch über die Geschichte des Kindes und seiner Familie, wichtige Informationen zu individuellen Erfahrungen und Bedürfnissen sind Inhalte des Erstgesprächs und sollen die Basis für eine konstruktive Zusammenarbeit und den kontinuierlichen Dialog mit den Eltern legen.
- ▶ Elternabende, Entwicklungsgespräche, Angebote zur Elternmitarbeit unterstützen den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Eltern und Einrichtung.
- ▶ Die Eltern erhalten neben Informationen über Abläufe der Krippenbetreuung auch Auskunft darüber, an welchem Leitbild sich die Krippe orientiert. Es herrscht Transparenz bzgl. der Möglichkeiten, damit Eltern eine informierte Wahl treffen können.
- ▶ Die Einrichtung ist offen und interessiert am Erziehungsstil im Elternhaus und berücksichtigt die häuslichen Gewohnheiten des Kindes, um den Vertrauensaufbau so gut wie möglich zu unterstützen.
- ▶ Die Einrichtung signalisiert den Eltern gegenüber Gastfreundschaft und stellt ihnen auch einen Ort zum Verweilen zur Verfügung. Eltern und ErzieherInnen tauschen sich in der Eingewöhnungszeit besonders intensiv aus.
- ▶ Eine vertrauensvolle Atmosphäre zwischen BetreuerInnen und Eltern wird angestrebt, in der Gefühle, Erwartungen und Ängste wahrgenommen, ausgesprochen und geklärt werden können.
- ▶ Kinder mit besonderen Bedürfnissen und ihre Eltern werden willkommen geheißen, die Voraussetzungen dafür – entsprechender Betreuungsschlüssel und fachliche Qualifizierung – werden gewährleistet.

V.3 Rahmenbedingungen

V.3.1 Ausstattung/Räumlichkeiten und Material

- ▶ Als Richtwert für Raumgröße in m² gelten: 3 m² pro Kind im Gruppenbereich, wenn zusätzlich weiterer Raum vorhanden ist (Ruhe- und Schlafraum – etwa 1,5 m² Bodenfläche pro Kind).¹²

¹² Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg 2011. Ratgeber Kinderkrippen und betreute Spielgruppen, 7

- ▶ Damit die Kleinkinder ihrem eigenen Rhythmus gemäß Herausforderungen bewältigen lernen, existiert eine den frühkindlichen Entwicklungsschritten entsprechende Umgebung mit angrenzendem Außen Gelände, die den Bedürfnissen nach Bewegungs- und Spielaktivität aus eigener Initiative entgegenkommt.
- ▶ Entwicklungsgerechte Bewegungsgeräte und Spielmaterialien sollen die selbständige Aktivität der Kinder sowie die damit verbundene Freude und Zufriedenheit an kreativen, selbstbestimmten Lernerfahrungen ermöglichen.
- ▶ Die Kleingruppen verfügen über zwei miteinander verbundene Gruppenräume, in denen vertieftes Spielen, laute Aktivität, grobmotorische Bewegung und erholsamer Rückzug bzw. Schlaf möglich sind und in denen vielfältig gestaltete Spielorte den Kindern ein anregendes Aktivitätsfeld anbieten. Leicht zugängliche Außenräume ergänzen die Gruppenräume.
- ▶ Der Pflegebereich soll so gestaltet sein, dass Zeit und Raum für beziehungsvolles Miteinander durch ungeteilte Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse, Empfindsamkeiten und die Kooperationsbereitschaft des Kindes gewährleistet sind. Ein Wickeltisch mit seitlicher Umrandung in entsprechender Höhe, sodass Sicherheit und Bewegungsfreiheit garantiert sind, ermöglicht Pflegehandlungen auf Augenhöhe und in emotional sättigendem Kontakt.
- ▶ Es existieren konstante Schlafplätze in separaten Räumen mit „Nestcharakter“.

V.3.2 Gruppenzusammensetzung, Personalschlüssel und Bezugspädagogen

- ▶ Die Kleinkinder werden in Kleingruppen, je nach Alter und Bedürfnis (max. 6 bis 8 Kinder) betreut.
- ▶ Es wird darauf geachtet, eine Gruppenzusammensetzung zu gewährleisten, die den Kindern ermöglicht, selbst aktiv zu werden, ohne von den Entwicklungsschritten der anderen Kinder beeinträchtigt zu werden. Dies bedeutet darauf zu achten, dass Kinder in ihren Entwicklungsmöglichkeiten und -bedürfnissen wahrgenommen und Räume geschaffen werden, die ihnen Sicherheit für ungestörte Beschäftigungen vermitteln.
- ▶ Das Betreuungsverhältnis liegt zwischen 1:2 und 1:4.
- ▶ Es existiert ein klares Bezugspersonenkonzept, jedes Kind hat eine zuverlässige Bezugsperson, zu der eine sichere Bindung aufgebaut werden kann und die sich für das Kind zuständig fühlt.
- ▶ Sie legt besonderes Augenmerk auf die Bedeutung der Pflegehandlungen, durch die die persönliche und soziale Entwicklung der Kinder unterstützt werden kann.
- ▶ Die Einrichtung sorgt für die überwiegende Anwesenheit dieser Bezugsperson. Betreuungswechsel werden vermieden. Die Bezugsperson ist aufmerksame Begleitung und Unterstützung bei Schwierigkeiten und Konflikten im Sinne der Entwicklung von

Bewältigungsstrategien und sozialem Verhalten.

- ▶ Im Alltag ist die Bezugsperson des Kindes auch die/der Hauptansprechpartner/in für die Eltern und steht diesen wenigstens bei der Begrüßung des Kindes am Morgen und - wenn es der Dienstplan ermöglicht - auch bei der Übergabe des Kindes zurück an die Eltern für Rückmeldungen und Informationen zur Verfügung.

V.3.3 Pädagogische Ausbildungen der Fachkräfte

- ▶ Die Fachkräfte verfügen über eine hochwertige Ausbildung, die den Erwerb einer genauen Kenntnis der Entwicklungsphasen des Kleinkindes im Allgemeinen und die Schulung der Beobachtungskompetenz jedes einzelnen Kindes im Besonderen gewährleistet.
- ▶ Sie verfügen über ein reflektiertes Verständnis der eigenen Rolle und über das Verhältnis zwischen elterlicher Betreuung und der Betreuung in der Krippe.
- ▶ Die PädagogInnen verfügen über ausreichend Zeit und Fachwissen, um den individuellen Schlaf-Ess-Wachrhythmus des Kleinkindes begleiten, dokumentieren und den Eltern sowie den weiteren Bezugspersonen im Dialog vermitteln zu können.
- ▶ Die PädagogInnen sind mit der Bindungstheorie so weit vertraut, dass sie Bindungsbedürfnisse und Signale nach Hilfe bei der Regulation von Affekten sowie Vermeidungsverhalten von kleinen Kindern erkennen und feinfühlig darauf reagieren können.
- ▶ Sie erkennen Überlastungssignale des Kindes und passen bei Bedarf das Betreuungssetting seinen individuellen Bedürfnissen an.
- ▶ Sie kennen Bedeutung, Formen und Bedingungen des kleinkindlichen Spiels und ermöglichen und begleiten es entsprechend.
- ▶ Sie verfügen über fundiertes Wissen über Identitätsentwicklung, kulturelle Vielfalt und Verhaltensorganisation von kleinen Kindern und achten bei den ihnen anvertrauten Kindern auf individuelle Bedürfnisse und Empfindlichkeiten gegenüber Reizen. Sie sind in der Lage, für die Kindergruppe und für jedes einzelne Kind eine anregungsreiche Umgebung zu gestalten sowie Rückzugs – und Erholungsmöglichkeiten bereitzustellen.
- ▶ Die PädagogInnen verfügen über Kompetenzen in dialogischer und wertschätzender Gesprächsführung, die ihnen eine konstruktive Elternarbeit ermöglicht und wissen um deren Bedeutung.
- ▶ Sie verfügen über Beobachtungsinstrumente, um kleine Kinder in ihren Lernprozessen zu verstehen, und sie sind fähig, ihre Beobachtungen und Erfahrungen kritisch zu hinterfragen Probleme zu erkennen und damit konstruktiv umzugehen.

V.3.4 Pädagogische Prinzipien

- ▶ Eine Haltung, die die kindlichen Autonomiebestrebungen ernst nimmt, ohne Kinder mit Erwartungen, die nicht seinen Entwicklungsmöglichkeiten entsprechen, zu überfordern – „Selbständigkeit aus Freude, nicht aus Prinzip“ (Emmi Pikler).
- ▶ Das Bild vom Kind, das ihm für jede seiner Handlungen gute Gründe zugesteht und es daher versucht, in seinen Gefühlen, Intentionen und seinem Tun einfühlsam wahrzunehmen, zu verstehen und entsprechend zu begleiten.
- ▶ Eine Umgebung, die entwicklungsgerechte Materialien für Bewegung und Spiel bietet sowie Orientierung und Sicherheit im Tagesablauf und nährende Begegnungen ermöglicht.
- ▶ Unterstützung von Zufriedenheit, Kreativität und Selbstregulation durch Möglichkeiten zu selbständiger Aktivität: autonome Bewegungsentwicklung und freies Spiel.
- ▶ Anteilnehmende, aufmerksame Begleitung durch die PädagogInnen bei der Bewältigung von Schwierigkeiten und Konflikten, die den eigenen Versuchen und Möglichkeiten der Kinder Raum und Zeit gibt, ohne sie dabei alleine zu lassen, sodass die nötige Unterstützung gewährt werden kann.
- ▶ Beziehungsvolle Pflege durch ungeteilte Aufmerksamkeit, durch Achtsamkeit im Umgang mit kindlichen Empfindsamkeiten (z.B. Vorlieben und Abneigungen beim Essen, körperliche Empfindlichkeiten, Nähe-Distanz-Gefühle, Schamgefühle, Bedürfnis nach Zweisamkeit, Zurückgezogenheit) und durch Respekt gegenüber Bedürfnissen nach Selbständigkeit – durch Raum, Zeit und Gelegenheiten für Kooperationsbestrebungen.
- ▶ Die Rolle und Aufgabe der PädagogInnen als interessierte, zugewandte BeobachterInnen der kindlichen Entwicklung, bestrebt, diesen Prozess individuell zu unterstützen und im Austausch mit KollegInnen und Eltern zu begleiten.
- ▶ Inklusion als pädagogisches Prinzip: das Prinzip der Wertschätzung einer Vielfalt in Bildung und Erziehung setzt voraus, dass die pädagogischen Fachleute entsprechende Möglichkeiten – in der Ausbildung und in der Berufsbegleitung – erhalten, diese Grundhaltung aufgrund von begleiteter Selbsterfahrung und Selbstreflexion zu entwickeln und zu leben.

V.4 Handlungsstandards

V.4.1 Tagesablauf

- ▶ Die Präsenzzeiten der Kinder und Bezugspersonen werden so koordiniert und strukturiert, dass die Kinder kontinuierliche Beziehungen mit vertrauten Bezugspersonen und vertrauten anderen Kindern erfahren.
- ▶ Die Organisation des Tagesablaufes gewährt Orientierung, Verlässlichkeit, Beruhigung und Sicherheit, indem sie die Entwicklungsbedürfnisse kleiner Kinder erfüllt und Schutz vor Überforderung gewährt.
- ▶ Es werden Raum und Zeit für freies Spiel als Quelle von Selbstentwicklung, für aktives Forschen und Lernen aus eigener Initiative gewährleistet. Die Bezugspersonen begleiten aufmerksam und teilnehmend die Erfahrungen von Kreativität und Freude, von Selbstregulation und Selbstwirksamkeit.
- ▶ Der biologische Rhythmus der Unterdreijährigen, die unterschiedlichen Zeitpunkte und die Dauer des Tagesschlafs der Kinder werden berücksichtigt, und es wird von Seiten der PädagogInnen differenziert damit umgegangen. Es wird dafür gesorgt, dass Kinder nicht während der Schlafenszeit gebracht oder abgeholt werden.
- ▶ Es existieren je nach Kern- oder Ruhezeiten klar definierte Bringzeiten.
- ▶ Die Bestimmungen über die gesundheitliche Versorgung in Kinderbetreuungseinrichtungen sind in Österreich Aufgabe der Länder (Hygiene, Qualität der Mahlzeiten, Umgang mit Krankheiten). Als Mindeststandard gilt die Orientierung dieser Regelungen an den speziellen Bedürfnissen der Kleinkinder in den Einrichtungen. Exemplarisch dafür steht in wenigen ausgewählten Bereichen die neue Unterlage des Landes Salzburg (Krabbelgruppenhygiene, Nase putzen nach Maria Montessori etc.)¹³.

V.4.2 Pädagogisch-prozessuale Merkmale

- ▶ Es wird eine sorgfältige individuelle Beratung für die Eltern als Vorbereitung auf die Erweiterung des familiären Bindungs- und Beziehungsraums angeboten.
- ▶ Eltern werden sowohl auf die Bedeutung von Trennungserfahrungen für ein kleines Kind hingewiesen als auch in ihrer eigenen Trennungserfahrung wahrgenommen. Sie erhalten Informationen und Unterstützung für die Eingewöhnung und die Gestaltung der Bring- und Abholzeiten.
- ▶ Die zukünftige Bezugsperson des Kindes begleitet die Eingewöhnung – nach erprobten und die Bindungssicherheit gewährenden Modellen.
- ▶ Für die Ankunft ist für eine ruhige Atmosphäre, z.B. durch einen eigenen Empfangsraum gesorgt, in der

¹³ http://www.salzburg.gv.at/hygienebroschuere_2012_neu...pdf

Kontakt zum Elternteil, zum Kind und eine gute, vertrauensvolle Übergabe möglich sind.

- ▶ Ein konzeptuell vorgegebener Gruppen- bzw. Bezugspersonenwechsel innerhalb der ersten drei Jahre, also in den sensiblen Phasen des Identitäts-, Beziehungs- und Bindungsaufbaus, wird möglichst vermieden.
- ▶ Es werden wichtige Beobachtungen dokumentiert, um unter anderem bei Übergängen und Übergaben die Kontinuität der aufmerksamen Begleitung der kindlichen Bedürfnisse aufrechterhalten zu können.

V.4.3 Operative Qualität und Professionalität

- ▶ Die Qualifikation zur Leitung einer Institution wurde durch ein pädagogisches Studium oder entsprechende Berufserfahrungen erworben. Sie erkennt frühe Gefährdungen der seelischen Entwicklung, Situationen, in denen es um den Schutz des Kindes geht, sowohl in der Institution selbst wie in der Herkunftsfamilie der Kinder, und holt geeignete Hilfen ein.
- ▶ Sie sorgt für die Aus- und Weiterbildung der pädagogischen Fachkräfte.
- ▶ Es existieren Angebote zur Selbsterfahrung.
- ▶ Das Team reflektiert kompetent und stringent seine Arbeit. Es existieren Methoden zur Sicherung der pädagogischen Prozessqualität im Praxisalltag (Dokumentation der pädagogischen Arbeit, Kinderbesprechungen, Supervision und vernetztes interdisziplinäres Arbeiten im Team, mit den Eltern und bei Bedarf mit Fachkräften außerhalb der eigenen Institution).
- ▶ Die pädagogische Arbeit wird von Team- und Fallsupervision begleitet.
- ▶ Die nötige Zeit für Vorbereitung und Teamarbeit wird eingeräumt.

V.5 Literatur

- Bensel, J.; Haug-Schnabel, G. (2008): Krippenkinder integrieren. Betreuung, Bildung und Erziehung der 0–3-Jährigen, Freiburg, Herder
- GAIMH-Arbeitsgruppe Entwicklungsbegleitung (2008): Informationen zu Händen der Ländertreffen in Freiburg
- GAIMH: Verantwortung für Kinder unter drei Jahren. Empfehlungen der Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der Frühen Kindheit (GAIMH) zur Betreuung und Erziehung von Säuglingen und Kleinkindern in Krippen: www.gaimh.org
- Bensel, J./Haug-Schnabel, G. (2006): Kindergarten heute. Kinder unter 3 – Bildung, Erziehung und Betreuung von Kleinstkindern. Freiburg, Herder
- Haug-Schnabel, G.; Bensel, J. (2007): Grundlagen der Entwicklungspsychologie. Die ersten 10 Lebensjahre. 6. Aufl. Freiburg, Herder
- Haug-Schnabel, G. (2011): Offene Arbeit und Kinder unter drei. Geht das? TPS Ausgabe 7/2011, 22–25, Darmstadt, Friedrich
- Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (2011). Ratgeber Kinderkrippen und betreute Spielgruppen. www.kvjs.de/service/publikationen/kvjs-ratgeber.html, aufgerufen am 24. 1. 2013, 10:42
- Pichler-Bogner, D.; Obfrau der Pikler-Hengstenberg-Gesellschaft Österreich, schriftliche Mitteilung vom 3. 5. 2012
- www.verhaltensbiologie.com, Forschungsgruppe Verhaltensbiologie, aufgerufen am 2. 6. 2012, 21:30



Aufgabe ist es,
in enger Zusammenarbeit
mit den Familien
entwicklungsgerechte
Bedingungen zu ermöglichen,
damit Kleinkinder von einer
außerhäuslichen Betreuung
profitieren können.

*Die Aufgabe der
Umgebung ist nicht,
das Kind zu formen,
sondern ihm zu erlauben,
sich zu offenbaren.*

Maria Montessori

*Selbständigkeit aus Freude,
nicht aus Prinzip.*

Emmi Pikler



**VI. Standards für
Fort- und Weiterbildungen**

VI.1 Vorbemerkung

Das neue, umfangreich erweiterte Wissen über die frühe Entwicklung von Kindern macht eine laufende Aktualisierung der Grundausbildungen aller Berufsgruppen, die im Bereich der frühen Kindheit tätig werden, notwendig. Zudem steigt der Bedarf an Fort- und Weiterbildungen für Fachleute, die Familien begleitend, beratend und therapeutisch zur Seite stehen.

Sämtliche pädagogischen, psychologischen, medizinischen und sozialen Angebote für Säuglinge und Kleinkinder zwischen null und drei Jahren, ihre Mütter, Väter und andere Bezugspersonen lassen sich unter „Frühe Hilfen“ zusammenfassen. Diese umfassen Dienstleistungen von der Prävention bis zum Kinderschutz.

Für die vorliegenden Standards wird die von der GAIMH¹⁴ vorgeschlagene Einteilung der Frühen Hilfen in „Begleitung, Beratung und Psychotherapie“ übernommen – diese drei Versorgungsbereiche unterscheiden sich vor allem durch ihre Grundausrichtungen und Ausbildungen sowie den Intensitätsgrad ihrer Interventionsmöglichkeiten:

- ▶ Unter Begleitung verstehen wir niederschwellige, Lebenswelt bezogene, auf die Bewältigung des Alltags und zur Unterstützung gelingender Entwicklungsprozesse ausgerichtete, vielfältige Angebote rund um Schwangerschaft, Geburt und früher Kindheit.
- ▶ Beratung versteht sich als Prozess der gemeinsamen Erarbeitung von entwicklungs- und beziehungsförderlichen Lösungen bei Problemen, Krisen und Belastungen.
- ▶ Psychotherapie ist eine wissenschaftlich begründete Methode und dient der Behandlung von Kindern von 0-3 Jahren und ihren Eltern bzw. anderen primären Bezugspersonen mit dem Ziel, psychische und/oder somatisch-funktionelle Störungen der Kinder zu heilen oder zumindest zu verbessern.

Die Übergänge zwischen den Bereichen sind fließend; für alle drei Tätigkeitsbereiche gilt eine wertschätzende Haltung gegenüber den Kindern, ihren Müttern und Vätern und anderen Bezugspersonen in ihren konkreten Lebensumständen.

Eine der größten Herausforderungen an unsere moderne Gesellschaft wird sein, die komplexen Berufssysteme zu befähigen, miteinander zu kooperieren und sich über die jeweilige Fachsprache hinaus verständigen zu können. Inter- und transdisziplinäres, aber auch partizipatorisches Lernen durch Einbeziehen von Betroffenen ist die Zukunft.

Grundsätzlich soll die Methodik der Fort- und Weiterbildung die gleichen bindungstheoretischen Grundfragen aufgreifen, die auch in der Arbeit mit den

KlientInnen zentral sind; d.h. die sozialen Grundbedürfnisse der Fachkräfte nach Sicherheit, Anregung und Autonomie sollen ebenso erfüllt werden, wie sie in der Arbeit mit den KlientInnen oberste Priorität haben. Die zentralen Fragen lauten daher:

- ▶ Was brauchen HelferInnen - so wie ihre KlientInnen (Mutter, Vater, Kind)-, um sich emotional sicher zu fühlen (Stärkung des Sicherheitssystems)?
- ▶ Was macht eine Aufgabe für HelferInnen spannend und attraktiv, ohne überwältigend zu sein (Nutzbar-machung des Erregungssystems)?
- ▶ Wie können sich HelferInnen als selbstwirksam erleben (Förderung des Autonomiesystems)?

Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sind meist berufsbegleitend organisiert. Weiterbildungscurricula bieten Fachpersonen mit einer beruflichen Ausbildung und mehrjähriger Berufserfahrung die Möglichkeit einer aufbauenden Höher- und Zusatzqualifikation.

Um eine Qualitätsoptimierung des Wissens- und Erfahrungstransfers in die jeweiligen Praxisfelder der frühen Kindheit zu erreichen, brauchen wir sowohl Rahmenbedingungen für die Vermittlung als auch Standards, die inhaltliches und methodisches Vorgehen beschreiben.

VI.2 Ziele der Fort- und Weiterbildung

Ziele der Fort- und Weiterbildung sind:

- ▶ Vermittlung eines tieferen Verständnisses für die prä-, peri- und postnatale Entwicklung des Kindes, eingebettet in die Beziehungen zu seinen primären Bezugspersonen und deren sozialem Umfeld
- ▶ Wissensvermittlung über schützende und schädigende Entwicklungsprozesse in der frühen Kindheit
- ▶ Erkennen und angemessenes Eingehen auf Bedürfnisse und Signale des Kindes, von Mutter und Vater sowie anderen Bezugspersonen
- ▶ Kompetenzerweiterung zur Planung und Durchführung von unterstützenden Interventionen
- ▶ Reflexion der eigenen Haltungen und Einstellungen, der eigenen Bindungsgeschichte und Biografie
- ▶ Ausbau der methodischen Kompetenzen zur professionellen Kontaktaufnahme mit primären familialen und beteiligten Berufssystemen in den Bereichen Begleitung, Beratung und Therapie am Lebensbeginn und in der frühen Kindheit

VI.3 Rahmenbedingungen

- ▶ Die Vermittlung der Fort- und Weiterbildungsinhalte findet in ein- bis mehrstündigen Seminaren statt und diese können sich als Blockseminare über einen längeren Zeitraum erstrecken.
- ▶ Vor allem LehrgangsteilnehmerInnen an Weiterbildungsseminaren sollen bestimmte persönliche Kompetenzen mitbringen - diese können in einem Auswahlverfahren vorher festgestellt werden:
 - Soziale Kompetenz: Achtsamkeit, Empathie, Fähig-

¹⁴ 1996 gegründete, deutschsprachige „Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der Frühen Kindheit“ mit Mitgliedern aus Österreich, Deutschland und Schweiz. Sie ist eine interdisziplinäre Tochtergesellschaft der World Association for Mental Health (WAIMH); siehe www.gaimh.org

keit zur Selbstreflexion und zum Perspektivenwechsel, Fähigkeit zu „holding function“, Konfliktfähigkeit

- Fähigkeit zur Einschätzung eigener Kompetenzen
- Fähigkeit zu interdisziplinärer Zusammenarbeit und Kooperation
- ▶ Die TeilnehmerInnen erhalten eine Teilnahmebestätigung. Weiterbildungslehrgänge schließen mit einer Zertifizierung ab. Voraussetzung für einen zertifizierten Abschluss ist ein hoher Anwesenheitsnachweis, die positive Beurteilung von Prüfungen bzw. Haus- und Diplomarbeiten sowie gegebenenfalls die Bestätigung von erforderlichen Praktika.
- ▶ Die Ausstattung der Seminarräume muss modernen technischen Standards entsprechen. Die Räume sollen hell, freundlich und barrierefrei sein.
- ▶ ReferentInnen und LehrgangsführerInnen müssen eine langjährige Berufserfahrung nachweisen sowie besondere didaktische Kompetenzen mitbringen bzw. durch Zusatzqualifikation erworben haben.

VI.4 Handlungsstandards

Im Folgenden werden grundlegende Ausbildungsinhalte und -methoden aufgelistet, die nach dem derzeitigen Wissensstand für alle drei Bereiche – Begleitung, Beratung und Psychotherapie – notwendig sind, doch unterschiedlich gewichtet werden können. Anschließend erfolgen für die einzelnen Bereiche noch spezifische Anforderungen.

VI.4.1 Theoretische Inhalte

- ▶ Entwicklung des Kindes – körperlich, seelisch, geistig von der Pränatalzeit bis zum Vorschulalter (Pränatale Psychologie, Entwicklungspsychologie, Säuglingsforschung, Bindungstheorie, Ich-Entwicklung)
- ▶ Physiologie des Geburtsprozesses, würdevoller Eintritt in das Leben
- ▶ Bindung und Bindungsstörungen
- ▶ Soziale Kompetenzen des Säuglings: Resonanzfähigkeit, Bindungsverhalten, nonverbale Interaktion, Nähe-Distanz-Regulation
- ▶ Selbstregulation und physiologische Abläufe („evolutionäres Modell“): Stillen, Ernährung, Schlafen
- ▶ Entwicklungsschritte zum prosozialem Verhalten: Empathie, Perspektivenwechsel, Theory of Mind
- ▶ Umgebungsgestaltung, in der selbstbestimmte Entwicklung und Bildung möglich sind
- ▶ Umgang mit Regeln, Grenzen, entwicklungstypischen Krisen und Konflikten in der frühen Kindheit
- ▶ Risiko- und Schutzfaktoren der kindlichen Entwicklung
- ▶ Kinderschutz, Feinzeichen der Kindeswohlgefährdung
- ▶ Grundkenntnisse über Angebote im Frühbereich (Begleitung, Beratung, Therapie), Frühe Hilfen und soziale Netze für Familien
- ▶ Umgang mit „Miterziehenden“ (inkl. Medien)
- ▶ Umgang mit Migrantenfamilien und interkulturellen Partnerschaften

- ▶ Umgang mit jugendlichen und alleinerziehenden Eltern
- ▶ Umgang mit Armut, Trauer und Tod
- ▶ Juristische Fragen und institutionelle Grundlagen

VI.4.2 Instrumente und Methoden der praktischen Weiterbildung (fakultative Aufzählung)

- ▶ Supervision, Intervision, Peergroups (Lerngruppen während der Weiterbildung)
- ▶ Säuglings- und Kleinkindbeobachtung
- ▶ Methoden der Erwachsenenbildung: mit allen Sinnen lernen, Rollenspiele, szenische Darstellungen, Kleingruppenarbeiten, Einsatz von audio-visuellen Medien, Fallwerkstätten, Fall- und Methodenlabore, Lernen aus Fehlern und von Erfolgen
- ▶ Video-Analysen
- ▶ Hospitation/Praktikum

VI.5 Fort- und Weiterbildungsstandards für Begleitung von Kindern von 0 bis 3 Jahren mit ihren Eltern und anderen Bezugspersonen

Begleitung steht allen Müttern, Vätern und Kindern von der Schwangerschaft an bis zum dritten Lebensjahr zur Verfügung, durch vielfältige Angebote. Sie kann freiwillig in Anspruch genommen werden, ist niederschwellig, Lebenswelt bezogen und auf die Bewältigung des Alltags ausgerichtet. Begleitung leistet einen Beitrag zu gelingender Entwicklung von Kind, Mutter, Vater, Familie und anderen verantwortlichen Bezugspersonen, ohne dass ein definiertes Problem vorliegen muss. Begleitung geschieht auf der Grundlage einer achtsamen Beziehung zwischen begleitender Fachperson und Mutter, Vater, Kind innerhalb eines bestimmten Angebotes im direkten Einzelkontakt oder im Rahmen einer Gruppe. Begleitung bedient sich je nach Kontext verschiedener Mittel und Methoden und umfasst unterschiedliche Dienstleistungen. Sie wirkt präventiv, indem sie vorhandene Ressourcen aktiviert, hilfreiche Informationen gibt, bestehende Netzwerke nutzt und neue Netzwerke schafft.

VI.5.1 Spezifische und ergänzende Inhalte der Fort- und Weiterbildung für Begleitung

Zusätzlich zu den oben angegebenen theoretischen und methodischen Inhalten werden folgende Schwerpunkte gesetzt:

- ▶ Wahrnehmen von Beziehungssystemen aus verschiedener Sicht (Perspektive des Kindes, der Mutter, des Vaters, der „Begleiterin“/des „Begleiters“)
- ▶ Theorie und Methoden der bindungsorientierten Eingewöhnung in die Kinderkrippe
- ▶ Umgang mit der Verschiedenheit von Kindern, ihren Bindungsmustern sowie ihren Anpassungs- und Bewältigungsstrategien in neuen Situationen

- ▶ Einüben begleitender Methoden für die Gruppenarbeit mit (werdenden) Müttern und Vätern, mit und ohne Kinder
- ▶ Erkennen der eigenen professionellen Grenzen, Kenntnisse über das psychosoziale Netzwerk im Frühbereich und bei Bedarf Hilfestellung zur Anbahnung weiterer Hilfen
- ▶ Regelmäßige Praxisbegleitung (wenn möglich mit Videoarbeit) unter dem Aspekt von Selbsterfahrung und Selbstreflexion mit besonderer Fokussierung auf das eigene Bindungsverhalten, Intervention

Je nach sozialem Kontext, in dem Begleitung stattfindet – vor allem dann, wenn Begleitung systemübergreifend erfolgt (Familie und außerfamiliäre Betreuung, das Kind zwischen getrennt lebenden Eltern,...), sind besondere Kenntnisse über Bindungsaufbau und bindungsorientierte Ablösungsprozesse zu vermitteln.

VI.5.2 Umfang und Dauer – Fort- und Weiterbildung für Begleitung

Umfang und Dauer der Fort- und Weiterbildungsangebote richten sich nach dem Lernbedarf und den Lernbedürfnissen der Zielgruppen. Die Fort- und Weiterbildungsangebote sind mehrteilig; mit zeitlichen Abständen zwischen den einzelnen Teilen zur Selbstreflexion und zum Sammeln von Erfahrungen beim Praxistransfer.

VI.6 Fort- und Weiterbildungsstandards für Beratung von Schwangeren und Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren

Beratung ist ein Prozess der gemeinsamen Erarbeitung von entwicklungs- und beziehungsförderlichen Lösungen bei Belastungen, Problemen und Krisen. Sie kann im Einzel- oder Gruppensetting in Anspruch genommen werden. Beratung befähigt zur Nutzung vorhandener Ressourcen in einem zeitlich überschaubaren Rahmen, basiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und arbeitet situationsadäquat, Biographie bezogen, auftrags- und lösungsorientiert. Beratung macht ein Beziehungsangebot, ohne dies zum Gegenstand der Beratung zu machen. Sie bedient sich verschiedener professioneller Interventionstechniken und der Erkenntnispotenziale der Ratsuchenden.

Beratung bedeutet:

- ▶ Erweitern und Sichten von Informationen
- ▶ Fördern von Handlungskompetenzen
- ▶ Förderung der Selbstbestimmung
- ▶ Stärken der Entscheidungsfähigkeit
- ▶ Unterstützungsmöglichkeiten abklären und korrigieren von Einstellungen, Haltungen und Betrachtungsweisen
- ▶ Erweiterte Systeme mit einbeziehen
- ▶ Nutzen der Strukturen der Lebenswelt der KlientInnen
- ▶ Eine Chance zur Weiterentwicklung

VI.6.1 Spezifische und ergänzende Inhalte der Fort- und Weiterbildung für Beratung

Curricula für verschiedene Zielgruppen und Kontexte können anhand der sozialen Grundbedürfnisse für Fachleute in bestimmten Spezialgebieten flexibel erarbeitet oder modifiziert werden. Je nach Kontext werden folgende Themen angeboten:

- ▶ Familienplanung
- ▶ Schwangerschaftskonflikt
- ▶ Pränataldiagnostik
- ▶ Reproduktionsmedizin
- ▶ Förderung der Mutter/Eltern-Kind-Bindung
- ▶ Geburtstrauma
- ▶ Postpartale Verstimmung/Depression
- ▶ Regulationsstörungen (exzessives Schreien, Schlaf-, Still- und Ernährungsprobleme, Störungen der affektiven Verhaltensregulation)
- ▶ Frühgeborene bzw. medizinische Probleme
- ▶ Kinder mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen, während und nach Hospitalisation und operativen Eingriffen
- ▶ Vernachlässigung und Misshandlung
- ▶ Kinder in Pflege- und Adoptivfamilien
- ▶ Eltern mit Behinderungen, psychischen oder körperlichen Krankheiten (inkl. Suchterkrankungen)

VI.6.2 Praktische Inhalte der Fort- und Weiterbildung für Beratung

In der Fort- und Weiterbildung sind theoretische Inhalte mit Folgerungen für die Praxis und mit praktischer Anwendung verbunden. Insbesondere sollen folgende Kompetenzen erworben bzw. vertieft werden:

- ▶ Beratungskompetenzen im Einzel- und Mehrpersonensetting, insbesondere in Anwesenheit des Kindes, sowie im Mehrgenerationensetting
- ▶ Orientierende Entwicklungseinschätzung
- ▶ Erkennen von psychischen Störungen
- ▶ Umgang mit Kindeswohlgefährdungen
- ▶ Erkennen von Indikationen für Psychotherapie oder Überweisung an andere Helfersysteme
- ▶ Erlernen von Gesprächstechniken
- ▶ Praxisbegleitung und Supervision – Fort- und Weiterbildung für Beratung
- ▶ Dokumentierte Fallberatungen (wenn möglich mit Video)

Ergänzt und vertieft werden diese Fertigkeiten durch:

- ▶ Regelmäßige Supervision
- ▶ Intervention
- ▶ Selbsterfahrung

VI.6.3 Umfang und Dauer – Fort- und Weiterbildung für Beratung

Die Fort- und Weiterbildungsangebote für Beratung sind mehrteilig; mit zeitlichen Abständen zwischen den einzelnen Teilen zur Selbstreflexion, zur Selbst-

erfahrung und zum Sammeln von Erfahrungen beim Praxistransfer. Dazu ist folgender Mindestumfang notwendig:

- ▶ Theoretische und praktische Weiterbildung: mindestens 300 Stunden
- ▶ Themenzentrierte Selbsterfahrung: mindestens 30 Stunden
- ▶ Supervision: mindestens 15 Stunden

VI.7 Fort- und Weiterbildungsstandards für Psychotherapie von Schwangeren und Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren

Psychotherapie in der frühen Kindheit ist eine wissenschaftlich begründete Methode zur Behandlung von Kindern von 0 bis 3 Jahren und ihren Eltern und/oder anderen primären Bezugspersonen. Neben den für alle in diesem Bereich gültigen Zugangsvoraussetzungen ist eine abgeschlossene Psychotherapieausbildung Grundvoraussetzung.

VI.7.1 Theoretische Inhalte

Zusätzlich zu den oben angegebenen theoretischen Inhalten werden folgende Inhalte vermehrt vermittelt:

- ▶ Biologische und soziale Rahmenbedingungen
- ▶ Aspekte der biologischen Grundlagen der Entwicklung (genetische Bedingungen, neurologische Entwicklung, somatische Vorgänge von Schwangerschaft und Geburt)
- ▶ Pädiatrische Aspekte (z.B. Erkrankungen und funktionelle Störungen in der frühen Kindheit, Frühgeburtlichkeit, angeborene Missbildungen, Entwicklungsstörungen)
- ▶ Aspekte der Familiensoziologie, Bedeutung psychosozialer Faktoren
- ▶ Rechtliche Aspekte (z.B. Vormundschaftsrecht, Asylrecht)
- ▶ Kulturelle Aspekte (z.B. kulturspezifische Konzepte über kindliche Entwicklung und Erziehung, kindliches Verhalten, zur Entstehung gesundheitlicher Störungen)
- ▶ Möglichkeiten der institutionellen Unterstützung für Familien mit Kleinkindern (Krippe, Hort, Kindergarten, Angebote des Gemeinwesens), Qualitätskriterien dafür und deren Einfluss auf die kindliche Entwicklung
- ▶ Konzepte der physiologischen und pathologischen Entwicklung
- ▶ Entwicklungspsychologie der frühen Kindheit: Selbstentwicklung/Individuation, dyadische und triadische Beziehungsdynamik, frühe Beziehungen zu Geschwistern
- ▶ Psychodynamik der Elternschaftsentwicklung, Paar- und Familiendynamik in der frühen Elternschaft, mehrgenerationale Perspektive
- ▶ Psychopathologie in der frühen Kindheit
- ▶ Kinder mit psychischen Störungen infolge schwerer Erkrankungen und/ oder nach schweren Operationen und Eingriffen

- ▶ Frühe Interaktions- und Beziehungsstörungen (inkl. Störungen der kindlichen Verhaltensregulation im Kontext von Kommunikation und Beziehungsregulation zwischen Eltern und Kind)
 - ▶ Psychopathologie der Eltern in ihrer Bedeutung für die Entwicklung des Kindes inkl. Differenzierung psychiatrischer Krankheitsbilder der Eltern
 - ▶ Sensibilisierung für das differenzierte Erkennen kindlicher und elterlicher Anteile an der vorliegenden Fragestellung
 - ▶ Diagnostik: Im Besonderen sollen spezielle diagnostische Methoden, die mit der gewählten Behandlungsmethode in Verbindung stehen, vertieft gelernt werden. Grundsätzlich ist die Haltung einer prozessualen Diagnostik einzunehmen
 - ▶ Multiaxiale Diagnostik (ZTT DC 0 – 3, ICD-10, DSM IV)
 - ▶ Bindungsdiagnostik (AAI, Q-Sort, ...)
 - ▶ Diagnostik altersspezifischer kindlicher Störungsbilder
 - ▶ Beurteilung früher Beziehungsqualität und Beziehungsstörungen
 - ▶ Beurteilung von psychischen Störungen der Eltern, die die Eltern-Kind-Beziehung beeinträchtigen
 - ▶ Videogestützte Diagnostik der frühen Interaktionen
 - ▶ Familien- und Paardiagnostik, psychosoziale Diagnostik
- Die Besprechung der diagnostischen Untersuchungsbefunde mit den Eltern oder den verantwortlichen Bezugspersonen muss stets mit Bedacht und Umsicht erfolgen. Besondere Vorsicht ist im Umgang mit nicht gesicherten Befunden und Verdachtsmomenten geboten: Es ist sorgfältig abzuwägen zwischen der nötigen Beachtung einer Auffälligkeit oder Störung, insbesondere im Hinblick auf deren möglichen weiteren Verlauf, und der Gefahr der Verunsicherung der Eltern, die potentiell einen Pathologisierungsprozess auslösen könnte.

VI.7.2 Praktische Inhalte

- Die KandidatInnen sollten verschiedene Behandlungsmethoden kennenlernen, sich aber mit einer Methode vertieft auseinandersetzen und sich die entsprechende Behandlungstechnik aneignen. Bei allen Methoden ist es wichtig, dass die WeiterbildungsteilnehmerInnen lernen, die im Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern auftauchende persönliche Involvierung und den Aspekt der Gegenübertragung zu erkennen und zu reflektieren.
- ▶ Eltern-Säugling-/Kleinkind-Therapie: umschriebene Interventionen, Kurzzeittherapie, länger dauernde Behandlung, langfristige parallele Behandlung von Kind und Eltern
 - ▶ Primär systemischer Ansatz, Arbeit in interdisziplinären Netzwerken
 - ▶ Primär körpertherapeutischer Ansatz
 - ▶ Teilstationäre und stationäre Behandlungen, Praxisbegleitung und Supervision
 - ▶ Behandlung eigener Fälle unter Supervision: 4 Fälle, davon ein längerer Fall (> 10 Sitzungen)

- ▶ Insgesamt mindestens 40 Sitzungen Supervision
- ▶ Insgesamt mindestens 40 Sitzungen Supervision; davon können insgesamt 20 Stunden Supervision in einer kasuistischen Supervisionsgruppe absolviert werden
- ▶ Praktikum
- ▶ Baby-Kleinkindbeobachtung in der Familie mit Begleitseminar (Mindestens 5 protokollierte Stunden)
- ▶ Hospitation in einer geeigneten Institution (Neonatologie, Frühgeborenenstation, psychiatrische Mutter-Kind-Station, Frühförderung, Krippe, psychosomatische Station) mit psychotherapeutisch orientierter Begleitung (mindestens 80 Stunden)

VI.7.3 Umfang und Dauer

Die Ausbildung soll in einer fortlaufenden Gruppe stattfinden, in der auch Raum für themenzentrierte Selbsterfahrung und praktische Übungen in Triaden ist. Die fortlaufenden Seminare finden mit zeitlichen Abständen zwischen den einzelnen Teilen zur Selbstreflexion, zur Selbsterfahrung und zum Sammeln von Erfahrungen beim Praxistransfer statt, insgesamt 300 Unterrichtseinheiten in 2 Jahren. Die theoretischen Inhalte können auch durch Literaturstudium und online Arbeiten vermittelt werden, der Umfang wird nach ECTS berechnet. Zusätzlich findet parallel zu den Seminaren eine themenzentrierte Einzelselbsterfahrung in der gewählten Ausbildungsmethode statt (mindestens 30 Stunden) Praktikum und Supervision s.o.

VI.8 Literatur

Kruppa, K., Baby Care Ambulanz, Preyer'sches Kinderhospital. Fort- und Weiterbildungsrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Richtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates, veröffentlicht im Psychotherapie Forum, Vol. 8, Suppl. 3, Nr. 3/2000, 89ff sowie in den Mitteilungen der Sanitätsverwaltung, Heft 7/2001, 26

GAIMH: „Fort- und Weiterbildungsstandards für BEGLEITUNG, BERATUNG und PSYCHOTHERAPIE für Kinder von 0 bis 3 Jahren mit ihren Eltern und anderen Bezugspersonen“. Curriculum Ausbildungslehrgänge für Elternbildner/innen 1. Juli 2008, Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, Abt. II/2

VII.1 Mitglieder des Netzwerks Lebensbeginn. Initiative für interdisziplinäre Begleitung rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit (Anhang 1)

- ▶ Aktion Leben Österreich
- ▶ St. Virgil Salzburg
- ▶ Diakonie-Zentrum Salzburg
- ▶ Eltern-Kind-Zentrum, Salzburg
- ▶ European Society for Primal Healthcare
- ▶ Fachhochschule Salzburg, Studiengang Hebammen
- ▶ Geburtsallianz Österreich
- ▶ Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der Frühen Kindheit (GAIMH e. V.)
- ▶ Initiative BirthDay, Salzburg
- ▶ Internationale Studiengemeinschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM)
- ▶ Komitee Geburt an der Jahrtausendwende
- ▶ Kuratorium für psychische Gesundheit
- ▶ La Leche Liga
- ▶ Lebenshilfe Wien
- ▶ Mamacoach
- ▶ Nanaya
- ▶ Österreichischer Dachverband für Vorbereitung auf Geburt und Elternschaft e. V.
- ▶ Österreichisches Hebammengremium (ÖHG)
- ▶ Pikler-Hengstenberg-Gesellschaft Österreich
- ▶ PRENET - Netzwerk für kritische Auseinandersetzung mit Pränataldiagnostik
- ▶ Preyer'sches Kinderspital Wien - Baby Care Ambulanz
- ▶ Verband der Still- und LaktationsberaterInnen Österreichs

VII.2 AutorInnen (Anhang 2)

- Dr.ⁱⁿ Dores Beckord-Datterl** (Grundlagen, Redaktion), Klinische- und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin, Elternberatung des Referats Soziale Kinder- und Jugendarbeit im Land Salzburg; Vorstandsmitglied (Schriftführerin) GAIMH, Elternbildnerin; Vortragende, Salzburg
- Eva Bogensperger** (Grundlagen), DGKS, Still- und Laktationsberaterin IBCLC, Diakonie-Zentrum Salzburg, Salzburg
- Mag. Peter Braun** (Einleitung), Direktor St. Virgil Salzburg, Salzburg
- Dipl. Soz. Paula Diederichs** (Grundlagen), Dipl. Soz. Pädagogin, Heilpraktikerin, Körperpsychotherapeutin, Institutsleiterin für körperpsychotherapeutische Krisenbegleitung und SchreiBabyAmbulanzen, Autorin, Honorarkraft an der Hochschule in Darmstadt, Abt. Sozialwesen; Mitglied der ISPPM (Internationale Gesellschaft für Prä- und Perinatale Psychologie und Medizin) und der GAIMH, Berlin
- Ursula Henzinger** (Grundlagen), Dipl. Päd., Humanethnologin, Autorin, Leiterin des „Komitee Geburt an der Jahrtausendwende“, Mitarbeiterin von ZOI – Kufstein
- Mag. Christoph Jochum** (Standards für die vorgeburtliche Beratung), Geschäftsführer der Sophie von Liechtenstein Stiftung, Schaan
- Martina König MHPE** (Standards für die vorgeburtliche Beratung), Hebamme, Psychotherapeutin, Studiengangsleitung FH Bachelor Studiengang Hebamme und Master of Science in Advanced Practice Midwifery. FHG-Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH, Innsbruck
- Dr.ⁱⁿ Katharina Kruppa** (Grundlagen, Standards für die Fort- und Weiterbildung), Kinderärztin und Psychotherapeutin, Leiterin der Baby Care Ambulanz, Preyer'sches Kinderspital, Ländervorsitzende für Österreich in der GAIMH, Wien
- Dr.ⁱⁿ Elisabeth Oedl-Kletter**, Allgemeinmedizinerin, Psychotherapeutin, Vorstandsmitglied des Kuratoriums für Psychische Gesundheit, Lehrtherapeutin, Salzburg
- Mag.^a Michaela Luckmann** (Projektleitung, Einleitung, Gesamtredaktion), Erziehungswissenschaftlerin, Montessori-Pädagogin, Gestaltpädagogin, Qualitätsmanagement und Studienleiterin in St. Virgil Salzburg, Salzburg
- Mag.^a (FH) Ilona Pichelstorfer**, (Grundlagen, Standards für die Fort- und Weiterbildung), Sozialarbeiterin, Erwachsenenbildnerin, Pädagogische Mitarbeiterin im Eltern-Kind- Zentrum Salzburg, Seekirchen

Mag.^a Daniela Pichler-Bogner (Grundlagen, Standards für die außerfamiliäre Betreuung von Kleinkindern), Pikler®-Dozentin, Montessori-Pädagogin, Family counselling nach Jesper Juul, Obfrau der Pikler-Hengstenberg-Gesellschaft Österreich, Vorstandsmitglied des Pikler Verbandes Europa e.V., Wien

Dipl. Psych. Gerd Poerschke (Grundlagen), Diplom Psychologe, Körperpsychotherapeut in freier Praxis, Leiter der Berliner SchreiBabyAmbulanzen in den Nachbarschaftszentren, Trainer am Weiterbildungsinstitut für körperpsychotherapeutische Krisenbegleitung (WIKK), Lehrbeauftragter der HS Magdeburg/Stendal, Berlin

Angelika Sams, MSc (Standards für die Mutter-Kind-zentrierte und bindungsorientierte Begleitung der Geburt), Leitende Hebamme an den Salzburger Landeskliniken, Vorsitzende des Hebammengremiums Salzburg, Neumarkt a. Wallersee

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ingrid Schneitter (Standards für die vorgeburtliche Beratung), Klinische- und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin i. A.u.S., Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie, Innsbruck

Eva-Maria Schwaighofer, MAS (Grundlagen, Standards für die Mutter-Kind-zentrierte und bindungsorientierte Begleitung der Geburt, Redaktion, Projektassistentin), Freiberufliche Hebamme, Hausgeburtshilfe, Lehrende im Studiengang Hebammen, Fachhochschule Salzburg, Salzburg

Dr. Klaus Vavrik (Grundlagen, Standards für die außerfamiliäre Betreuung von Kindern unter 3 Jahren), FA für Kinder- und Jugendheilkunde, FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ärztl. Leiter des „Sozialpädiatrischen Ambulatoriums Fernkorngasse“ Wien, Lehrbeauftragter an Universitäten und Fachhochschulen, Präsident der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, Wien

Claudia Versluis, IBCLC (Grundlagen, Standards für die Fort- und Weiterbildung), DGKS, Anlaufstelle für schwierige Stillsituationen und bislang untröstliche Babys, Craniosacrale Biodynamik, Pre- und Perinatale Geburtsverarbeitung für Mutter, Kind und Therapeuten, Bindungsanalyse, Referententätigkeit, Vorstand mfm Projekte, Mitarbeit am IPPE Institut und in der Beratungsstelle Nanaya, Wien

Mag.^a Edeltraud Voill, (Grundlagen, Standards für die Fort- und Weiterbildung), Leiterin von NANAYA-Zentrum für Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kindern; Psychologin, Geburtsvorbereiterin, Sprecherin von prenet-Netzwerk für kritische Auseinandersetzung mit Pränataldiagnostik, Dachverband der unabhängigen Eltern- Kind-Zentren Österreichs (Kassierin Stv.), Wien

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Manuela Werth (Grundlagen, Standards für die vorgeburtliche Beratung), Klinische und Gesundheitspsychologin, Notfallpsychologin, Psychotherapeutin, in freier Praxis, Fachliche Leitung Psychosoziale Dienste ÖRK LV-Tirol, Lehrbeauftragte an der Leopold Franzens Universität, der FHG – Hebamme, Innsbruck

Impressum:
Medieninhaber und Herausgeber: St. Virgil Salzburg
Redaktion: Mag.^a Michaela Luckmann
F.d.l.v.: Direktor Peter Braun
Alle: Ernst-Grein-Straße 14, 5026 Salzburg

Fotos: Pilo Pichler, Wien
Grafik: Heribert Dankl, Salzburg
Druck: Samson Druck

Ein besonderer Dank für die Unterstützung bei der Ausarbeitung dieses Papiers gilt den TeilnehmerInnen und ModeratorInnen der Qualitätswerkstätten bei dem Internationalen Symposium „Mit Würde ins Leben treten. II“ in St. Virgil Salzburg, 22.–24. 11. 2012, mit dem Schwerpunkt: Qualitätsstandards in Einrichtungen für Familien rund um die Geburt.

