

**„Projektdesign- und Konsensphase zur Implementierung
der Family Health Nurse in Deutschland“**

Ergebnisse aus der Expertenrunde zu den Szenarien

Auftraggeber: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)

Wissenschaftliche Begleitung: Dr. W. Schnepf; I. Eberl, MScN

Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahe Pflege

Institut für Pflegewissenschaft

Private Universität Witten/Herdecke gGmbH

Inhaltsverzeichnis

1 Szenarien.....	3
Szenario 1: Aufsuchende Hilfe bei einem alleinstehenden älteren Herrn	3
Szenario 2: Casemanagement und unterstützende Begleitung der Familie.....	5
Szenario 3: Die FGP als Pflegeexpertin in der Hausarztpraxis.....	7
Szenario 4: Die Familienhebamme im öffentlichen Gesundheitsdienst	9
Szenario 5: Stadtteilbezogene Prävention und Gesundheitsförderung.....	11
2 Merkmale der Familiengesundheitspflege	13
3 Kurzbeschreibung der Szenarien anhand ihrer Merkmale	14

1 Szenarien

Szenario 1: Aufsuchende Hilfe bei einem alleinstehenden älteren Herrn

Finanzierung: Krankenkasse (Behandlungspflege); evtl. Erweiterung durch SGB V (Vermeidungspflege) und Mittel aus der Soziotherapie

Ansiedlung: ambulanter Pflegedienst

Zielgruppe: ältere alleinstehende Personen; ältere Personen, die in ihrer Selbstfürsorge eingeschränkt sind; chronisch Kranke

Der Hausarzt verordnet bei Herrn H. Behandlungspflege. Er beauftragt hierzu den ambulanten Pflegedienst. In der Fallbesprechung informiert er die Familiengesundheitspflegerin¹ (FGP), dass Herr H. Unterstützung bei der Versorgung des infizierten Ulcus cruris sowie Beratung und Begleitung in der alltäglichen Lebensführung benötigt. Herr H. leidet an Diabetes mellitus mit peripheren Durchblutungsstörungen an den unteren Extremitäten und einem arteriellen Hypertonus. Die FGP setzt sich telefonisch mit Herrn H. in Verbindung und meldet sich zu einem Hausbesuch bei ihm an.

Herr H. ist 73 Jahre alt und seit acht Monaten Witwer. Er hat keine Kinder und lebt alleine in einem Reihenhaus am Stadtrand. Bis zu seiner Rente führte er einen kleinen Schreinereibetrieb. Herr H. und seine Frau sind erst vor fünf Jahren in die Stadt gezogen. Frau H. war kurz vor ihrem Tod aufgrund eines Schlaganfalls pflegebedürftig, ihre Pflege hatte Herr H. alleine übernommen. Herr H. vermisst seine Frau sehr und geht nur noch für die nötigsten Besorgungen außer Haus. Herr H. fühlt sich sehr einsam, er möchte aber trotzdem keine fremden Menschen in seinem Haus haben. Die FGP führt ein Assessment bei Herrn H. durch. Die Mobilität sowie der Ernährungs- und Allgemeinzustand sind deutlich reduziert. Herr H. klagt zudem über Schmerzen in den Beinen, er fühlt sich müde und abgeschlagen. Er kocht sich nur unregelmäßig warme Mahlzeiten und es bereitet ihm Schwierigkeiten, das Haus alleine zu versorgen. Insgesamt besteht bei Herrn H. ein erhebliches Selbstfürsorgedefizit.

Die FGP informiert Herrn H. über das notwendige Wundmanagement und vereinbart mit ihm das weitere Vorgehen. Herr H. zeigt wenig Interesse daran, die Wunde selbst zu versorgen, willigt aber einer Wundversorgung durch die FGP ein. Sie kommt zweimal pro Woche, führt die Wundversorgung durch und unterstützt Herrn H. bei der Medikation. Während der Besuche kontrolliert sie den Blutdruck und die Blutzuckerwerte und motiviert Herrn H. regelmäßig zu essen. Die FGP zeigt ihm Möglichkeiten und Alternativen auf, wie er im Alltag wieder besser zurecht kommen kann und leitet Herrn H. zur selbständigen Versorgung der Wunde an. Nach weiteren vier Wochen versorgt Herr H. die Wunde fast alleine. Herr H. entwickelt während dieser Zeit zunehmend Vertrauen zur FGP. Er redet oft über seine Frau und wie sehr sie ihm fehlt.

Ein halbes Jahr später ist das Ulcus am Bein abgeheilt und Herr H. fühlt sich insgesamt wieder besser, er geht jedoch nach wie vor nur sehr wenig aus dem Haus. Die FGP besucht Herrn H. weiterhin alle drei Monate, um die Behandlungserfolge, die bestehende Beziehung zu Herrn H. und den Vertrauensaufbau nicht zu gefährden. Durch die fördernde Unterstützung, die Begleitung und Beratung verbessert sich der Zustand von Herrn H. und er kommt wieder besser im

¹ In den Szenarien wird die Bezeichnung „Familiengesundheitspflegerin“ verwendet, diese schließt die männliche Form des „Familiengesundheitspflegers“ mit ein.

Alltag zurecht. Nach einem halben Jahr motiviert die FGP Herrn H., an einem Seniorentreffen teilzunehmen, um neue Kontakte knüpfen zu können. Herr H. lehnt anfangs ab, entscheidet sich dann aber doch zu einem Treffen zu gehen. Anfangs tut er dies noch unregelmäßig, später nimmt er regelmäßig einmal in der Woche an den Treffen teil. Nach einem weiteren Jahr überlegt Herr H. aus seinem Haus auszuziehen. Er ist unsicher und bittet die FGP um Rat. Diese motiviert ihn zur Wohnungssuche und nach einigen Monaten zieht er in eine kleinere, zentral gelegene Wohnung, die behindertengerecht ausgestattet ist. Als Herr H. in seiner neuen Wohnung alleine zurecht kommt und er wieder selbst für sich sorgen kann, ist die Unterstützung der FGP nicht mehr erforderlich. Nach einer gemeinsamen Fallbesprechung mit dem Hausarzt zieht sich die FGP aus der Versorgung zurück.

Szenario 2: Casemanagement und unterstützende Begleitung der Familie

Finanzierung: Krankenkasse, Pflegekasse

Ansiedlung: Krankenkasse; auch Krankenhaus (Entlassungsmanagement) oder Beratungsstelle möglich

Zielgruppe: Pflegebedürftige Personen und ihre Familien

Die FGP arbeitet bei einer Krankenkasse als Casemanagerin. Im Rahmen der integrierten Versorgung wird sie mit dem Fallmanagement von Frau A. beauftragt, die an einem Blasen-tumor im Endstadium erkrankt ist. Durch den Tumor haben sich bereits Metastasen in der Wirbelsäule gebildet. Frau A. kam vor zwei Wochen wegen Rückenbeschwerden in die Klinik und im Rahmen der Diagnostik wurden der Tumor und die Metastasen festgestellt. Frau A. lehnt eine ausgedehnte Operation und eine weitere Therapie ab. Sie möchte nach Hause zu ihrer Familie, zu der sie eine enge Beziehung hat und in der sie sich geborgen und gebraucht fühlt. Frau A. ist 65 Jahre alt, seit drei Jahren verwitwet und lebt bei ihrem Sohn und seiner Familie. Der Sohn und seine Frau verstehen und respektieren den Wunsch von Frau A. und wollen sie in der Familie versorgen. Die FGP vereinbart für den folgenden Tag einen Termin mit dem behandelnden Arzt und den Pflegenden der Klinik, Frau A., ihrem Sohn und der Schwiegertochter. Sie führt das Assessment durch und erstellt zusammen mit den Beteiligten einen Entlassungsplan. Nachdem bei Frau A. ein adäquates Schmerzmanagement eingeleitet wurde, wird sie eine Woche später nach Hause entlassen. Die FGP besucht die Familie anfangs alle vier, später alle sechs Wochen. Frau A. erhält durch ihren Hausarzt eine angemessene Schmerztherapie und kommt gut zuhause zurecht.

Nach einem halben Jahr verschlechtert sich der Zustand von Frau A.. Sie hat starke Schmerzen im Unterbauch. Sie wird von ihrem Hausarzt erneut in die Klinik eingewiesen. Der Blasen-tumor hat sich vergrößert. Die Ärzte empfehlen ihre eine Operation zur Entlastung, hierbei ist auch die Anlage eines künstlichen Blasen-ausgangs erforderlich. Frau A. willigt zwar in eine Palliativope-ration ein, sie möchte jedoch sobald als möglich wieder nach Hause entlassen werden. Sie benötigt jetzt Unterstützung bei der Körperpflege und bei der Versorgung des künstlichen Blasen-ausgangs. Die FGP leitet die weitere Versorgung in die Wege. Sie plant zusammen mit der Fa-milie die Entlassung aus der Klinik und die betreuende Pflegende leitet Frau A. und ihre Tochter in der Versorgung des Blasen-ausgangs und im Umgang mit den Hilfsmitteln an. In Kooperation mit dem Sozialdienst der Klinik wird der Antrag auf Pflegeversicherung und die entsprechende Hilfsmittelversorgung eingeleitet.

Die Schwiegertochter möchte die Hauptpflege von Frau A. übernehmen und deshalb nur noch halbtags arbeiten. Die FGP bespricht mit der Familie die Anforderungen und eventuellen Belas-tungen die auf sie und vor allem auf die Schwiegertochter als Hauptpflegeperson zukommen können. Die Familie hat dadurch die Möglichkeit, sich vorab mit den Belastungen auseinander zusetzen und in Ruhe ihre Entscheidung zu treffen. Die Schwiegertochter übernimmt die Hauptpflege und ihre Familie unterstützt sie dabei, indem sie ihr regelmäßige Freiräume schafft. Die FGP besucht nun die Familie alle vier Wochen. Sie unterstützt sie durch beratende Gesprä-che, leitet die Familie und vor allem die Schwiegertochter dazu an, rückschonend zu arbeiten und wie sie Frau A. aktivierend und fördernd versorgen können, damit sie ihre noch vorhande-nen Fähigkeiten auch weiterhin nutzen kann. Der Hausarzt besucht Frau A. regelmäßig, vor

allem um die adäquate Schmerztherapie sicherzustellen.

Nach einem Jahr hat sich der Zustand von Frau A. drastisch verschlechtert. Sie kann nicht mehr aufstehen, hat keinen Appetit und benötigt eine Versorgung rund um die Uhr. Die FGP empfiehlt Frau A. und ihrer Familie einen ambulanten Pflegedienst in die Versorgung einzubeziehen. Die Familie stimmt zu. In diesem Zusammenhang rät sie der Familie auch, eine Änderung der Pflegestufe und anstatt Pflegegeld jetzt Pflegesachleistung zu beantragen. Anschließend plant die FGP zusammen mit der Familie und dem Pflegedienst die entsprechende Versorgung von Frau A.. Der Pflegedienst kommt zweimal am Tag. Zusammen mit den Pflegenden informiert und berät die FGP die Familie über mögliche Komplikationen der Bettlägerigkeit wie z.B. die Gefahr des Druckgeschwürs und Kontrakturen, und wie sie diesen entgegenwirken können. Außerdem vermittelt die FGP Frau A. und ihrer Familie einen ambulanten Hospizdienst. Nach weiteren zwei Monaten stirbt Frau A. im Kreis ihrer Familie.

Die FGP besucht die Familie nach dem Tod von Frau A. insgesamt noch zweimal. Bei dem vorletzten Besuch spricht die FGP mit der Familie über ihre Trauer. Sie rät ihnen, ihre Trauer und den Verlust gemeinsam mit anderen Betroffenen aufzuarbeiten und empfiehlt der Familie am Gesprächskreis für Trauernde des ambulanten Hospizdienstes teilzunehmen. Außerdem gibt sie ihnen die Kontaktadresse einer Selbsthilfegruppe. Bei ihrem letzten Besuch erzählt die Schwiegertochter der FGP, dass sie wieder ganztags arbeiten wird. Die FGP verabschiedet sich nun von der Familie. Sie hinterlässt aber die Telefonnummer, damit die Familie sie bei Bedarf wieder kontaktieren kann.

Szenario 3: Die FGP als Pflegeexpertin in der Hausarztpraxis

Finanzierung: Integrierte Versorgung

Ansiedlung: Praxis eines Hausarztes für Allgemeinmedizin, der als Vertragspartner an der integrierten Versorgung beteiligt ist

Zielgruppe: Familien in Krisen- und Umbruchsituationen

Eine freiberuflich tätige Hebamme in einer ländlichen Region in Mecklenburg-Vorpommern benachrichtigt den behandelnden Hausarzt von Frau M., die zu ihr in die Beratung gekommen ist, dass die Familie von Frau M. zusätzliche Unterstützung benötigt. Der Hausarzt informiert die FGP. Sie ist seit zwei Jahren in seiner Praxis tätig. Er möchte, dass die FGP die Familie in dieser komplexen Situation unterstützt und regulierend eingreift und bespricht mit ihr das weitere Vorgehen. Die FGP setzt sich daraufhin mit der Hebamme in Verbindung und informiert sich über die bestehende Situation.

Frau M. ist 40 Jahre alt und im vierten Monat schwanger, die anderen beiden Kinder sind bereits zehn und 16 Jahre alt. Ihr Mann arbeitet als Vertreter im Außendienst und ist deshalb beruflich viel unterwegs. Frau M. kümmert sich um ihre 75jährige Mutter, die im Haus der Familie lebt. Dies war bisher kein Problem, da Frau M. zuhause im Büro ihres Mannes gearbeitet hat und sich so um die Familie kümmern konnte. Die Mutter hat jedoch vor drei Wochen einen Schlaganfall erlitten. Sie ist momentan noch in der stationären Rehabilitation, soll aber in vier Wochen entlassen werden. Aufgrund des Schlaganfalls hat sie eine Hemiplegie der linken Körperhälfte und ist deshalb pflegebedürftig. Frau M. ist völlig überfordert und weiß nicht wie es weitergehen soll. Ihr Mann und ihre 16jährige Tochter sind der Meinung, dass die Großmutter in eine Pflegeeinrichtung soll, Frau M. möchte dies aber nicht. Allerdings ist ihr auch bewusst, dass sie die Mutter alleine nicht angemessen versorgen kann. Die Hebamme hat Frau M. angeboten, die FGP nach Rücksprache mit dem Hausarzt einzubeziehen, um die Familie in ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen.

Die FGP ruft bei Frau M. an und vereinbart mit ihr einen Termin. Sie bittet Frau M., auch die übrigen Familienmitglieder in das Treffen einzubeziehen. Bei dem Treffen lernt die FGP den Ehemann und die beiden Kinder kennen. Im Rahmen des Familienassessments stellt sich u.a. heraus, dass der 10jährige Junge Angst um die Großmutter hat und sie sehr vermisst. Die 16jährige Tochter wirkt abweisend und sieht die FGP als Eindringling an. Der Ehemann kann den Wunsch seiner Frau verstehen. Er ist jedoch der Meinung, dass sich seine Frau nicht mehr um ihre Mutter kümmern kann, wenn erst einmal das dritte Kind geboren ist. Da er durch seinen Beruf wenig zuhause ist, kann er sie bei der Versorgung der Schwiegermutter nicht unterstützen. Frau M. ist verzweifelt. Die FGP spricht lange mit der Familie. Sie schlägt ihnen vor, sich selbst einen Eindruck über den Zustand und den Hilfebedarf der Mutter zu verschaffen. Zusammen mit Frau M. besucht sie diese in der Rehabilitationseinrichtung und bespricht mit den behandelnden Ärzten und den Pflegenden den erforderlichen Betreuungsbedarf. Sie informieren sie darüber, dass sich der Hilfebedarf der Mutter bei einer intensiven Förderung deutlich verbessern kann, allerdings ist sie im Moment auf die volle Unterstützung angewiesen. Die Mutter von Frau M. ist über ihre Hilflosigkeit und ihren Zustand sehr deprimiert, da sie bisher größtenteils unabhängig war.

Die FGP schätzt den erforderlichen Pflege- und Unterstützungsbedarf für die häusliche Versor-

gung ein. Sie verdeutlicht der Familie, dass die Großmutter eine aktivierende und fördernde Pflege benötigt und welcher Aufwand hierbei zu leisten ist. Frau M. möchte nach wie vor ihre Mutter zuhause versorgen, sie willigt jedoch dem Vorschlag der FGP ein, einen ambulanten Pflegedienst in die häusliche Versorgung einzubeziehen. In Absprache mit der Betroffenen, ihrer Familie und dem Hausarzt veranlasst die FGP die Antragstellung für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, sie initiiert zusammen mit dem Sozialdienst der Rehabilitationseinrichtung die Hilfsmittelversorgung und vermittelt der Familie einen ambulanten Pflegedienst. Eine Wohnberatung ist nicht erforderlich, da die Großmutter im Erdgeschoss eine eigene Wohnung hat und diese bereits behindertengerecht ausgestattet ist.

Nach der Entlassung übernimmt der ambulante Pflegedienst die hauptsächliche Versorgung der Großmutter. Diese macht nach sechs Wochen bereits erste Fortschritte. Die FGP zieht sich vorerst aus der Familie zurück, da die Familie zurecht kommt. Die Hebamme kümmert sich weiterhin um Frau M., die mittlerweile im siebten Monat schwanger ist. Die 16jährige Tochter beteiligt sich zwar nach wie vor nicht an der Pflege ihrer Großmutter, sie unterstützt jedoch Frau M. und sie sprechen wieder offener miteinander. Der 10jährige Sohn verbringt viel Zeit mit der Großmutter. Die Hebamme führt zusammen mit der FGP und dem Hausarzt von Frau M. kurz vor dem Entbindungstermin eine Fallbesprechung zur aktuellen Situation der Familie durch. Die Mutter von Frau M. benötigt zwar noch die Unterstützung des ambulanten Pflegedienstes, vor allem bei den Aktivitäten im Rahmen der Körperpflege und der Mobilisation, allerdings ist die Hemiplegie deutlich besser geworden und die Mutter kann bereits einige Tätigkeiten wieder selbständig und ohne fremde Hilfe durchführen.

Sechs Monate nach der Geburt des Babys sind die Unterstützungen des ambulanten Pflegedienstes bei der Mutter von Frau M. nicht mehr erforderlich. Die Hebamme kümmert sich noch um Frau M., da sie weiterhin stillt. Die Großmutter beschäftigt sich jetzt viel mit dem 10jährigen Enkel, da er sich seit der Geburt des Bruders etwas vernachlässigt fühlt. Als die Hebamme nach Ende der Abstillphase von Frau M. die Familie verlässt, besucht die FGP nach Rücksprache mit der Hebamme noch einmal die Familie. Da diese jetzt wieder alleine zurecht kommt und keine Unterstützung mehr benötigt, zieht sich die FGP ebenfalls ganz aus der Familie zurück.

Szenario 4: Die Familienhebamme im öffentlichen Gesundheitsdienst

Finanzierung: Kommune, Krankenkassen

Ansiedlung: Gesundheitsamt

Zielgruppe: Sozial und gesundheitlich benachteiligte Familien, Schwangere, Mütter und ihre Kinder wie z.B. Teenagerschwangere, Migrantenfamilien, Alleinerziehende, Familien in extremer Armut, Familien mit Gewalterfahrungen, drogen- oder alkoholranke Schwangere und Mütter, Frauen mit körperlicher oder geistiger Behinderung

Die Familienhebamme (FH) arbeitet seit vier Jahren im Gesundheitsamt der Stadt B.. In B. gibt es eine hohe Anzahl an Zuwanderern und soziale Brennpunkte. Familien, die sozialen und medizinischen Risiken ausgesetzt sind, werden von den „Komm-Angeboten“ des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nicht in ausreichendem Maße erreicht und sind damit unterversorgt. Die FH soll durch niedrigschwellige, aufsuchende „Bring-Angebote“ diese gefährdeten Gruppen für medizinische und soziale Hilfs- und Beratungsangebote öffnen. Die Arbeit der FH findet schwerpunktmäßig im häuslichen Rahmen statt, um das soziale Umfeld und die häuslichen Lebensumstände mit ihren Defiziten und Ressourcen in die Betreuung mit einbeziehen zu können.

Ein wichtiger Bestandteil der Arbeit ist die langfristig angelegte Betreuung einzelner Frauen, Familien und Gruppen. Der Kontakt soll möglichst bereits in der Schwangerschaft hergestellt werden. Um Zugang zur Zielgruppe zu bekommen und Familien ggf. im interdisziplinären Team betreuen zu können, ist neben der guten Öffentlichkeitsarbeit auch die enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Kooperationspartnern notwendig. Diese sind u.a. niedergelassene Ärzte, Beratungsstellen, Kliniken, niedergelassene Hebammen sowie das Sozial- und Jugendamt. Die Vermittlung der Frauen und Familien erfolgt mit deren Einverständnis.

Im Gesundheitsamt hat die FH ein Büro, indem sie nach Arbeitsbeginn täglich zwei Stunden präsent ist. In dieser Zeit führt sie telefonische oder persönliche Beratungen durch, spricht Termine ab, berät sich mit den Kooperationspartnern, bereitet Gruppenangebote vor, verfasst Berichte und schreibt Rechnungen. Anschließend bricht sie zu den Hausbesuchen auf.

Als erstes besucht sie Frau Ö., eine 24jährige Türkin, die von einer Beratungsstelle an die FH vermittelt wurde. Frau Ö. hatte sich dort gemeldet, da sie ihr zweites Kind bekommen hat und nun Gelder aus der Stiftung für Mutter und Kind in Anspruch nehmen möchte. Frau Ö. ist seit zwei Jahren in Deutschland. Sie lebt mit ihrem Mann in einer 1-Zimmer-Wohnung und versteht wenig Deutsch. Ihr erstes Kind ist im Alter von drei Monaten am plötzlichen Kindstod verstorben. Nur zwei Monate später wurde sie erneut schwanger. Bei dem ersten Kontakt mit der FH ist das Kind bereits vier Monate alt. Frau Ö. scheint keine angemessene Beziehung zu dem Säugling zu haben. Sie kann sich nicht über das Kind freuen und hat offensichtlich die Trauer über ihr erstes Kind noch nicht verarbeitet. Als die FH an der Tür läutet, öffnet Frau Ö. völlig aufgelöst und berichtet weinend, dass vor drei Tagen ihr Mann ins Gefängnis abgeholt wurde und sie nun völlig mittellos ist. Die FH hört zu und versucht Frau Ö. zu beruhigen. Sie bespricht mit ihr das weitere Vorgehen und bietet an, Frau Ö. am nächsten Tag zum Sozialamt zu begleiten um die Bezüge zu regeln. Anschließend schaut die FH nach dem Säugling, der aufgrund der Vorgeschichte an einen Überwachungsmonitor angeschlossen ist. Die Mutter hat Schwierigkeiten mit der Handhabung der Hautelektroden, die täglich gewechselt werden müssen. Die

FH weist sie in die Handhabung ein. Sie stellt fest, dass Frau Ö. die Früherkennungsuntersuchungen für den Säugling nicht wahrnimmt und erklärt ihr deren Wichtigkeit. Nach ca. zwei Stunden verlässt die FH Frau Ö., um zum nächsten Hausbesuch zu fahren.

Bei dieser Klientin handelt es sich um Frau K., eine 16jährige, alleinstehende Schwangere im fünften Monat, die aufgrund ihrer Schwangerschaft von ihren Eltern zuhause nicht mehr geduldet wurde. Frau K. wurde beim Sozialamt vorstellig und von dort an die FH weitervermittelt. Anfangs war Frau K. misstrauisch und zurückhaltend gegenüber der FH, allerdings verbesserte sich der Kontakt nach einigen Besuchen. Nachdem die FH gemeinsam mit Frau K. verschiedene Mutter-Kind-Einrichtungen besucht hat, wartet Frau K. nun auf einen freien Heimplatz. Bis dahin ist sie in einem Zimmer im 8.Stock eines Wohnblocks in einem sozialen Brennpunktstadtteil untergebracht. Frau K. befindet sich in einem schlechten Ernährungszustand, raucht sehr viel und hat eine behandlungsbedürftige Schwangerschaftsanämie. Die FH führt die Schwangerschaftsuntersuchungen bei Frau K. zuhause durch, da diese nur unregelmäßig zu den Untersuchungen geht. Auch an diesem Tag ist eine Untersuchung vorgesehen. Nachdem Frau K. auch nach wiederholtem Klingeln die Tür nicht öffnet, versucht die FH sie telefonisch zu erreichen, Frau K. meldet sich jedoch nicht. Die FH beschließt, es später erneut zu versuchen, um einen neuen Termin mit Frau K. abzusprechen.

Der nächste Hausbesuch erfolgt bei Frau M.. Die FH kennt die Familie seit vier Jahren und es besteht ein vertrauensvoller Kontakt. Frau M. ist 32 Jahre alt, drogenabhängig und wohnt mit ihrem, ebenfalls drogenabhängigen, Freund zusammen. Frau M. nimmt seit ihrer Schwangerschaft am Methadonprogramm teil. Das Paar hat bereits zwei Kinder, die im Heim leben. Vor fünf Wochen hat Frau M. Zwillinge entbunden. Sie liegen noch in der Kinderklinik und machen einen Entzug durch. Bis auf eine leichte Untergewichtigkeit ist der Zustand der Kinder stabil. Frau M. ist primär abgestillt, hat aber seit einigen Tagen Beschwerden an der Brust. Die FH untersucht die Brust und gibt Empfehlungen zum Trinkverhalten sowie zu physikalischen Maßnahmen. Die FH bespricht mit der Familie einige organisatorische Angelegenheiten. Sie weist daraufhin, dass nach der Entlassung der Kinder engmaschigere Hausbesuche und bei Bedarf die Einbeziehung einer Kinderkrankenschwester erforderlich sind. Ebenso wären weitere Unterstützungen wie z.B. sozialpädagogische Familienhilfen denkbar. Mit dem Hinweis, sich zu melden, falls die Beschwerden an der Brust nicht besser werden bzw. sich verschlimmern, verlässt die FH die Familie.

Am Nachmittag ist ein Gruppenangebot vorgesehen. In den Räumen des Gesundheitsamtes findet eine Ernährungsberatung für Mütter statt. Neben der Stillberatung wird auch über Einführung und Art der Beikost aufgeklärt. Gemeinsam werden einfache Gerichte zubereitet, die von den Frauen sehr gut angenommen werden. Anschließend nimmt die FH noch einen Termin wahr, um den eine Lehrerin der 9. Klasse einer Hauptschule gebeten hat. Diese hatte sich beim Gesundheitsamt gemeldet, da sie einen Anstieg der Teenagerschwangerschaften an ihrer Schule wahrnimmt. Es soll besprochen werden, wie Prävention aussehen könnte und ob z.B. ein Projekt der FH über Verhütung, Schwangerschaft und Elternschaft in den Unterricht eingebunden werden kann.

Szenario 5: Stadtteilbezogene Prävention und Gesundheitsförderung

Finanzierung: Kommune (Quartiersmanagement, Projekte „Soziale Stadt“)

Ansiedlung: Interdisziplinäres Beratungszentrum als Teil des Quartiersmanagements

Zielgruppen: 1. Sozial und gesundheitlich benachteiligte Gruppen, Familien und Einzelpersonen; Familien und Gruppen mit Risikoprofilen wie z.B. ältere Personen, Migranten, Kinder und Jugendliche, Alleinerziehende, Arbeitslose, chronisch kranke und pflegebedürftige Personen und ihre Familien; Gruppen, denen der Zugang zur Gesundheitsversorgung erschwert ist
2. kommunale Gremien; öffentliche Einrichtungen wie z.B. Schulen; Multiplikatoren wie Lehrkräfte oder Führungskräfte in den Betrieben; Selbsthilfegruppen; Vereine

Das Beratungszentrum wurde von der Stadt D. eingerichtet. Das interdisziplinäre Team dieses Zentrums, das sich aus einer FGP, einem Sozialpädagogen und einer Sozialmedizinerin zusammensetzt, arbeitet bürgerorientiert. Es will die Eigenverantwortung der Bürger in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten durch einen gesundheits- und suchtpreventiven Ansatz, der vorwiegend die Primär- und Sekundärprävention umfasst, stärken. Dabei stehen der Aufbau von Vertrauen, die Stärkung der Eigenverantwortung der Bürger, die Hilfe zur Selbsthilfe und die Befähigung zur Alltagsbewältigung im Vordergrund.

Der Stadtteil hat einen hohen Anteil an türkischen Mitbürgern. Der Anteil arbeitsloser Menschen ist im Vergleich zu den anderen Stadtteilen sehr hoch. Die vorrangigen Gesundheitsprobleme resultieren vielfach aus der desolaten sozialen und wirtschaftlichen Situation der Bürger. Gesundheit spielt bei den Erwachsenen oftmals eine untergeordnete Rolle. Der Zugang zur Gesundheits- und Krankheitsversorgung ist für viele Bürger erschwert. Eine Durchführung der Therapien wie z.B. die angemessene Medikation bei Diabetes mellitus scheitert oft an der Brisanz der Alltagsprobleme und in vielen Fällen unterbleiben Vorsorgeuntersuchungen und medizinische Maßnahmen. Die wirtschaftlichen und psychosozialen Probleme führen in verstärktem Maße zu Nikotin- und Alkoholproblemen und oftmals sind davon bereits Kinder und Jugendliche betroffen. Bei vielen Familien besteht ein Gefühl der Hilflosigkeit, das sich mehrfach in Gewalt und Aggressivität, vor allem gegenüber Kindern und Frauen, äußert. Ein hoher Anteil der Kinder und Jugendlichen ist fehlernährt. Dies zeigt sich z.B. an ihrem Zahnstatus, an Gewichts- und Entwicklungsproblemen. Ein Teil der Bürger scheut den Gang zum Sozialamt und einige haben bereits negative Erfahrungen mit Vertretern öffentlicher Gesundheitseinrichtungen hinter sich.

Das Team der Beratungsstelle hat zwar unterschiedliche Aufgabenbereiche, die vorrangig durch die Probleme des Stadtteils bestimmt werden, teilweise sind aber keine so klaren Abgrenzungen möglich und vieles ist Entwicklungsarbeit, die sich aufgrund der Probleme und Bedarfe der Bürger ergibt. Der Sozialpädagoge der Beratungsstelle bietet Einzel- und Gruppenangebote zur Sucht- und Angstbewältigung, Konfliktberatung, strukturierende Angebote und sozialpsychiatrische Dienste an. Außerdem hat er eine Drogenberatungsstelle eingerichtet. Die Sozialmedizinerin führt u.a. Schul- bzw. Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Kurse zur Zahnprophylaxe und sozialmedizinische Gutachten durch. Sie berät und unterstützt die Bürger bei Sozialeleistungsansprüchen und ist für die Gesundheitsberichterstattung zuständig.

Die FGP arbeitet seit drei Jahren in diesem Beratungszentrum und ist vorrangig aufsuchend

tätig. Die Schwerpunkte ihrer Tätigkeit umfassen vorrangig die pflegebezogene Gesundheitserziehung und -beratung, die Unterstützung, Befähigung, Begleitung und Beratung von Einzelpersonen, Familien und Gruppen in Krisen- bzw. Umbruchsituationen sowie die Vernetzung der vorhandenen Versorgungsangebote. Für die Identifikation der Probleme nutzt sie neben ihren Kenntnissen über die Bürger des Stadtteils auch professionelle Einschätzungsinstrumente. Sie erfasst die gesundheitsbezogenen Problematiken, die jeweiligen Bedarfe sowie vorhandene Ressourcen und vermittelt, nach Beratung und Absprache mit den Betroffenen, erforderliche Hilfen wie z.B. den ambulanten Pflegedienst oder die Wohnberatung. Die FGP hat im interdisziplinären Beratungszentrum eine Pflegeberatungsstelle eingerichtet. Sie motiviert die Bürger zu den Vorsorgeuntersuchungen zu gehen, führt aufklärende und beratende Gespräche und berät und begleitet chronisch kranke und pflegebedürftige Personen und ihre Familien. Die FGP arbeitet eng mit den Hausärzten, den Kliniken, den ambulanten Pflegediensten und den Hebammen sowie den öffentlichen Einrichtungen des Stadtteils zusammen. Die FGP nimmt regelmäßig an Treffen mit den Vertretern der kommunalen Behörden teil.

Im Rahmen der pflegebezogenen Prävention und Gesundheitsförderung organisiert die FGP auch Gruppenangebote. Sie sollen die Menschen befähigen, ihren Alltag besser zu bewältigen und belastende bzw. beeinträchtigende Faktoren frühzeitig zu erkennen und diesen entgegenzuwirken. Aktuell betreut die FGP eine Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige und eine Gruppe für adipöse Kinder. Im Rahmen der Gesundheitserziehung bzw. -förderung in Schulen und Kindergärten erarbeitet die FGP zusammen mit den Lehrern, Kindergärtnerinnen und interessierten Eltern altersgerechte Programme zu den Themen „Körperbewusstsein, Ernährung und Hygiene“ und „Stressbewältigung im Alltag“.

Der FGP ist es sehr wichtig, dass die Leute dort über alltagsbezogene präventive und gesundheitsfördernde Möglichkeiten informiert und beraten werden, wo sie in ihrem täglichen Leben hingehen. Sie nutzt Gelegenheiten wie z.B. Elternabende, Versammlungen, den Wochenmarkt und das Einkaufszentrum, um gesundheitsbezogene Themen einzubringen, ein Bewusstsein dafür zu schaffen und Diskussionen anzuregen. Oft ergeben sich spontan Gespräche auf der Straße oder beim Einkaufen. Diese Gespräche sind für die FGP wichtig, da sie zusätzlich Vertrauen schaffen und ihr helfen, einen Einblick in das Alltagsleben der Menschen zu erhalten und entsprechend anzusetzen. Auf Anregung der FGP beteiligen sich mittlerweile auch die Bürger des Stadtteils ehrenamtlich an gesundheitsbezogenen Projekten und Aufklärungskampagnen. Einige von ihnen haben sogar Patenschaften für Kinder, deren Eltern sich zuwenig kümmern können, übernommen.

Die Tätigkeit der FGP wird durch das aufsuchende Vorgehen von den Bürgern des Stadtteils als niedrigschwellig empfunden und die Präsenz vor Ort stärkt deren Partizipation und das Vertrauensverhältnis. Da die FGP nicht als Repräsentantin einer Kontrollinstanz erlebt wird, werden ihre Interventionen größtenteils akzeptiert und angenommen. Sie wird von den anderen Berufsgruppen mit denen sie kooperiert ernst genommen und unterstützt. Da für die FGP, ebenso wie für die übrigen Mitarbeiter des Beratungszentrums, die private Abgrenzung als Voraussetzung für die stadtteilbezogene Arbeit wichtig ist, wohnt sie in einem anderen Teil der Stadt D..

Strukturvariablen	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4	Szenario 5
Zielgruppe	Ältere Personen: alleinstehend und oder mit Selbstfürsorgedefizit; Chronisch Kranke	Pflegebedürftige Personen und ihre Familien	Familien in Krisen- und Umbruchsituationen	Gesundheitlich, sozial und wirtschaftlich benachteiligte Familien; Familien mit Gewalterfahrungen; Migrantenfamilien; Alleinerziehende; Schwangere; Teenagerschwangere; drogenabhängige Schwangere und Mütter; Frauen mit geistiger oder körperlicher Behinderung	Sozial und gesundheitlich benachteiligte Gruppen, Familien und Einzelpersonen; Gruppen mit Risikoprofilen oder mit erschwerter Zugang zum Gesundheitssystem Kommunale Gremien, öffentliche Einrichtungen; Multiplikatoren; Selbsthilfegruppen; Vereine
Anlass	Chronische Wunde, Selbstfürsorgedefizit; sozialer Rückzug; drohende Pflegebedürftigkeit	Entlassung aus der Klinik mit anschließender, entstehender Pflegebedürftigkeit	Entlassung aus der Rehabilitation mit Pflegebedürftigkeit	Soziale Brennpunkte; Unterversorgung mit sozialen und medizinischen Risiken	Gesundheitsprobleme aufgrund der desolaten sozialen und wirtschaftlichen Situation; Hilflosigkeit; Misstrauen
Bedarf	Wundversorgung, soziale und pflegerische Betreuung, Veränderung der alltäglichen Lebensführung	Koordinierte Entlassung, Stabilisierung des Pflegearrangements	Strukturschwache Region, Gestaltung des Pflegearrangements, Entscheidungsfindung	Aufklärung, langfristige Betreuung, Vertrauensaufbau, Öffnung gefährdeter Gruppen und Familien für Hilfs- und Beratungsangebote	Vertrauensaufbau, Stärkung der Eigenverantwortung, Hilfe zur Selbsthilfe, verbesserter Zugang zum Gesundheitssystem
Zugang	Hausarzt	Klinik	Freiberufliche Hebamme	Aufsuchende Angebote, öffentliche Einrichtungen	Aufsuchende Angebote, Alltagsbezug, „vor Ort sein“
Handlungskompetenz der FGP bzw. FH	Assessment, Wundversorgung, Gesprächsführung, Beziehungs- und Vertrauensaufbau, Beratung und Begleitung in der alltäglichen Lebensführung, Anleitung und Motivation, Förderung der Eigenaktivität, Aufzeigen von Alternativen, Befähigung zur Alltagsbewältigung, Gesundheitsförderung durch Kompetenzerweiterung, Motivation zur Knüpfung sozialer Kontakte, Kontinuität in der Begleitung	Casemanagement, Familienassessment, Einschätzung der in den verschiedenen Krankheitsphasen erforderlichen Bedarfe und Ressourcen, Vermittlung, Koordination und Vernetzung unterstützender Dienste, Information, Beratung und Begleitung, Unterstützung in der Entscheidungsfindung, Anleitung zu einer aktivierenden und fördernden Pflege, sozialrechtliche Kompetenzen, Kooperation mit anderen Akteuren	Familienassessment, Beratung und Unterstützung in komplexen Situationen, regulierendes Eingreifen, Unterstützung in der Entscheidungsfindung, Vermittlung, Vernetzung und Koordination erforderlicher Hilfen, Erkennen der Prioritäten, sozialrechtliche Kompetenzen, Kooperation mit anderen Akteuren	Anwendung verschiedener Assessments, Gesprächsführung, Beratung, Vermittlung und Koordination unterstützender Hilfen, Begleitung, Befähigung, sozialrechtliche Kompetenzen, Kooperation mit anderen Akteuren und Institutionen, Öffentlichkeitsarbeit	Anwendung verschiedener Assessments, Gesprächsführung, Gesundheitserziehung, Alltagsbezogene Beratung und Begleitung in Krisen- und Umbruchsituationen, Befähigung zur Alltagsbewältigung, Vernetzung von Angeboten, Entwicklungsarbeit, Nutzung alltagsbezogener Einrichtungen für die Öffentlichkeitsarbeit, Kooperation mit anderen Akteuren und Institutionen, Fähigkeit zur Abgrenzung
Ansiedlung	Ambulanter Pflegedienst	Krankenkasse, evtl. Krankenhaus (Entlassungsmanagement), Beratungsstelle	Hausarztpraxis (Vertragspartner integrierte Versorgung)	Gesundheitsamt	Interdisziplinäres Beratungszentrum als Teil des Quartiersmanagements
Finanzierung	Krankenkasse (Behandlungspflege), evtl. SGB V (Vermeidungspflege), Soziotherapie	Krankenkasse, Pflegekasse	Integrierte Versorgung	Kommune, Krankenkasse	Kommune (Quartiersmanagement, Projekte „Soziale Stadt“)

3 Kurzbeschreibung der Szenarien anhand ihrer Merkmale

Szenario 1: Aufsuchende Hilfe bei einem alleinstehenden älteren Herrn

Bei den Zielgruppen der FGP handelt es sich um *ältere, alleinstehende Personen, um ältere Personen mit Selbstfürsorgedefiziten und um chronisch Kranke*. Die Anlässe für eine Versorgung durch die FGP bilden hierbei die *chronische Wunde, das bestehende Selbstfürsorgedefizit, der soziale Rückzug und die drohende Pflegebedürftigkeit* dieser Personen. Ihre Bedarfe umfassen die *Versorgung der chronischen Wunde, die pflegerische und soziale Betreuung und die Veränderung der alltäglichen Lebensführung*.

Der Zugang zu den Betroffenen ergibt sich *über den Hausarzt*, der Behandlungspflege verordnet. Die Handlungskompetenzen der FGP umfassen die *Versorgung der chronischen Wunde, die Einschätzung der vorhandenen Ressourcen und Defizite, die Gesprächsführung, den Beziehungs- und Vertrauensaufbau, die Beratung und Begleitung der Personen in der alltäglichen Lebensführung, die Anleitung und Motivation zur selbständigen Durchführung der Aktivitäten, die Förderung der Eigenaktivität, das Aufzeigen von Alternativen und die Befähigung zur Alltagsbewältigung* sowie die *Gesundheitsförderung durch die Erweiterung der Kompetenzen*. Zudem stellen die *Motivation* zur Knüpfung sozialer Kontakte und die *Kontinuität in der Begleitung* wesentliche Kompetenzen hierbei dar.

Die FGP ist beim *ambulanten Dienst* angestellt. Ihre Leistungen werden über die *Krankenkasse* im Rahmen der Behandlungspflege finanziert, wobei evtl. eine Erweiterung der Finanzierung durch das *Sozialgesetzbuch V, über die Vermeidungspflege, oder aus Mitteln der Soziotherapie* erforderlich ist.

Szenario 2: Casemanagement und unterstützende Begleitung der Familie

In diesem Szenario sind die Zielgruppen der FGP *pflegebedürftige Personen und ihre Familien*. Den Anlass für das Handeln der FGP stellen die *Entlassung aus der Klinik und die anschließende Pflegebedürftigkeit der Betroffenen* dar, wobei hierbei die *koordinierte Entlassungsplanung* und die *Stabilisierung des häuslichen Pflegearrangements* im Vordergrund stehen.

Den Zugang zu der Patientin und ihrer Familie erhält die FGP über die *Pflegenden und Ärzte der Klinik*, bei der sie im Rahmen der integrierten Versorgung für das Casemanagement zuständig ist. Die Handlungskompetenzen der FGP stellen neben dem *Casemanagement, das Familienassessment, die jeweilige Einschätzung der in den verschiedenen Krankheitsphasen erforderlichen Bedarfe und Ressourcen der Betroffenen und ihrer Familie, die Vermittlung, Koordination und Vernetzung unterstützender Dienste und Hilfsmittel, die Information, Beratung und Begleitung der pflegebedürftigen Person und ihrer Familie, die Unterstützung der Familie in der Entscheidungsfindung* und die *Anleitung der Pflegeperson zur aktivierenden, fördernden und rückschonenden Pflege* dar. Außerdem sind für die angemessene Versorgung *sozialrechtliche Kompetenzen* und die *Kooperation mit anderen Leistungsanbietern bzw. Akteuren* erforderlich.

Die FGP arbeitet bei einer *Krankenkasse* als Casemanagerin. Ebenso wäre hierbei die Ansiedlung im *Krankenhaus im Rahmen des Entlassungsmanagements* oder an einer *Beratungsstelle* möglich. Die Leistungen der FGP werden durch die *Kranken- und die Pflegekasse* finanziert.

Szenario 3: Die FGP als Pflegeexpertin in der Hausarztpraxis

Die Zielgruppen der FGP sind *Familien in Krisen- und Umbruchsituationen*. Den Anlass für das professionelle Handeln der FGP bildet die bevorstehende *Entlassung einer pflegebedürftigen Person aus der Rehabilitationseinrichtung*. Die Bedarfe resultieren in diesem Fall vorrangig aus den Gegebenheiten der *strukturschwachen Region*, der *erforderlichen Gestaltung eines häuslichen Pflegearrangements* und der *Unterstützung der Familie in der Entscheidungsfindung*.

Den Zugang erhält die FGP über eine *freiberuflich tätige Hebamme*, die durch die Schwangerschaft der Tochter bereits in die Betreuung der Familie eingebunden ist. Die Grundlagen für das professionelle Handeln stellen hierbei das *Familienassessment*, die *Beratung und Unterstützung der Betroffenen und ihrer Familie in komplexen Situationen*, das *regulierende Eingreifen*, die *Unterstützung in der Entscheidungsfindung*, die *Vermittlung*, *Vernetzung und Koordination erforderlicher Hilfen* und das *Erkennen, zu welchem Zeitpunkt die Leistungen der Hebamme bzw. die der FGP Priorität* haben, dar. Des Weiteren sind auch hier wiederum *sozialrechtliche Kompetenzen* und die *Kooperation mit anderen Leistungsanbietern und Akteuren* wichtig.

Die FGP ist in der *Praxis eines Hausarztes, der als Vertragspartner an der integrierten Versorgung* beteiligt ist, angestellt. Ihre Leistungen werden im Rahmen der *integrierten Versorgung* finanziert.

Szenario 4: Die Familienhebamme im öffentlichen Gesundheitsdienst

Die FH ist für die Betreuung gesundheitlich, sozial und wirtschaftlich benachteiligter Familien, Familien mit Gewalterfahrungen, Migrantenfamilien, Schwangere, Mütter *und ihre Kinder wie z.B. Teenagerschwangere, Alleinerziehende, drogen- oder alkoholranke Schwangere und Mütter* sowie *Frauen mit körperlicher oder geistiger Behinderung* zuständig. Die Anlässe für ihre Tätigkeit stellen die in der Stadt vorhandenen, *sozialen Brennpunkte* und die *Unterversorgung der Familien mit sozialen und medizinischen Risiken*, da diese von den „Komm-Angeboten“ *nicht erreicht werden*, dar. Die Bedarfe der entsprechenden Zielgruppen umfassen neben der *gesundheitsbezogenen Aufklärung* vor allem eine *langfristig angelegte Betreuung*, den *Aufbau von Vertrauen* und ihre *Öffnung für die vorhandenen Hilfs- und Beratungsangebote*.

Den Zugang zu den Gruppen, Familien und Einzelpersonen erhält die FH einerseits durch die *niedrigschwiligen aufsuchenden „Bring-Angebote“* und andererseits über *Institutionen und öffentliche Einrichtungen* wie z. B. die Beratungsstelle oder das Sozialamt. Das professionelle Handeln der FH erfordert die *Anwendung verschiedenster Assessmentinstrumente*, die *Gesprächsführung*, die *Beratung, Begleitung und Befähigung der Frauen, Familien und Gruppen*, die *Vermittlung und Koordination erforderlicher Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen*, *sozialrechtliche Kompetenzen*, die *Kooperation mit anderen Leistungsanbietern bzw. Akteuren und Institutionen* sowie eine kontinuierliche *Öffentlichkeitsarbeit*.

Die FH selbst ist am *Gesundheitsamt* angestellt. Ihre Leistungen werden von der *Kommune* und den *Krankenkassen* finanziert.

Szenario 5: Stadtteilbezogene Prävention und Gesundheitsförderung

Zu den Zielgruppen der FGP zählen *sozial und gesundheitlich benachteiligte Gruppen, Familien und Einzelpersonen, Familien und Gruppen mit Risikoprofilen wie z.B. ältere Menschen, Migranten, Kinder und Jugendliche, Alleinerziehende, Arbeitslose, chronisch kranke und pfl-*

gebedürftige Personen und ihre Familien sowie Gruppen, denen der Zugang zur Gesundheitsversorgung erschwert ist. In diesem Fall stellen aber auch kommunale Gremien, öffentliche Einrichtungen wie z.B. Schulen und Kindergärten, Multiplikatoren wie z.B. Lehrer oder Führungskräfte in den Betrieben, Selbsthilfegruppen und Vereine Zielgruppen der FGP dar. Die Anlässe für ihr professionelles Handeln ergeben sich, zusätzlich zu der grundsätzlichen Problematik, die mit dem sozialen Brennpunktsstadtteil verbunden ist, durch die Gesundheits-, Ernährungs- und Suchtprobleme, die durch die desolante soziale und wirtschaftliche Situation der Bürger entstehen, die Hilflosigkeit der Bürger und das Misstrauen, das viele gegenüber Vertretern öffentlicher Einrichtungen entwickelt haben. Die Bedarfe der Bürger des Stadtteils liegen vorrangig im Angstabbau, im Vertrauensaufbau, in der Stärkung ihrer Eigenverantwortung, in der Hilfe zur Selbsthilfe und in der Schaffung eines verbesserten Zugangs der Gruppen, Familien und Einzelpersonen zur Gesundheitsversorgung.

Als Zugangsmöglichkeiten nutzt die FGP neben den niedrighschwelligem aufsuchenden Angeboten auch den Alltagsbezug, indem sie dahin geht, wo sich die Bürger des Stadtteils aufhalten. Für das professionelle Handeln der FGP sind neben den Kenntnissen über die Bürger des Stadtteils und dessen Besonderheiten auch die Anwendung verschiedener Assessmentinstrumente zur Einschätzung der Bedarfe und Ressourcen der Bürger erforderlich. Gleichzeitig stellen die Gesprächsführung, die alltagsbezogene Beratung, die Beratung und Begleitung der Einzelpersonen, Familien und Gruppen in Krisen- bzw. Umbruchsituationen, die Befähigung zur Alltagsbewältigung, die Vernetzung vorhandener Angebote, die Nutzung alltagsbezogener Einrichtungen für die Gesundheitsberatung und die Öffentlichkeitsarbeit sowie die Entwicklungsarbeit wesentliche Handlungskompetenzen dar. Des Weiteren sind die Kooperation mit anderen Akteuren, Institutionen und Gremien sowie die Fähigkeit zur Abgrenzung wichtige Faktoren für die stadtteilbezogene Arbeit der FGP.

Damit sie diese Arbeit leisten kann, ist die FGP in einem interdisziplinären Beratungszentrum des Quartiersmanagements angestellt. Die Leistungen werden von der Kommune über das Quartiersmanagement und über die Projekte „Soziale Stadt“ finanziert.