



**Andrea Weskamm**

Dipl.-Pflegerin (FH)  
Leitung Kompetenzzentrum  
Familiengesundheitspflege  
Deutscher Berufsverband für  
Pflegerberufe e.V. DBfK  
Alt-Moabit 91  
10559 Berlin  
weskamm@dbfk.de  
www.familiengesundheits-  
pflege.de

**Schlüsselwörter**

Familiengesundheitspflege  
Verbleib der Absolventinnen  
Prävention  
Gesundheitsförderung  
medizinische Grundversorgung

Seite 197-204

Eingereicht am: 17.10.2011

Akzeptiert am: 03.02.2012

DOI: 10.3936/1146

# Tätigkeitsfelder von Familiengesundheitspflegerinnen und -hebammen

## **Zum Verbleib der Absolventinnen der Weiterbildung „Familiengesundheitspflege“**

**Erhebung & Auswertung I und II, Dezember 2009/Januar 2010,  
Dezember 2010/Januar 2011**

Andrea Weskamm

*Familiengesundheitspflege gibt eine Antwort aus Sicht der Pflege auf die Herausforderungen der Zukunft. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. DBfK setzt sich seit der Erklärung von München (2000) für die Etablierung des Leistungsangebotes Familiengesundheitspflege in Deutschland ein. Der familien- und gemeindeorientierte Ansatz des WHO-Konzeptes verspricht nachhaltige Unterstützung von Familien und Einzelpersonen in vulnerabler Situation mit besonderem Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung und Prävention. In dem vorliegenden Beitrag werden die Ergebnisse der Verbleibstudie von Absolventinnen der Weiterbildung Familiengesundheitspflege dargestellt und vor dem Hintergrund aktueller sozialpolitischer Entwicklungen diskutiert.*

### **Einleitung**

Um die Familiengesundheitspflege im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen nachhaltig zu verankern, gründete der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) – als WHO-Kollaborationszentrum Pflege – mit Förderung der Robert Bosch Stiftung im Januar 2009 das „Kompetenzzentrum Familiengesundheitspflege“.

Im Vorfeld hatte der DBfK ein Modellprojekt zur Untersuchung der Machbarkeit der Familiengesundheitspflege von 2004 bis 2008 initiiert. Darin wurde die Kompatibilität des Konzeptes „Familiengesundheit für Pflegenden und Hebammen“ für das deutsche Gesundheitswesen untersucht. In der ersten Projektphase (2004-2005) wurden Szenarien entwickelt, in denen Familiengesundheitspflege ein Handlungsfeld findet. Die zweite Projektphase (2005–2008) rückte die praktische Umsetzbarkeit des Konzeptes in den Vordergrund. Die zweijährige Weiterbildung „Familiengesundheit für Pflegenden und Hebammen“ wurde in Anlehnung an das WHO-Curriculum entwickelt, durchgeführt und evaluiert – wissenschaftlich begleitet durch das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke. Der Verbleib der Absolventinnen<sup>1</sup> und die ersten Auswirkungen auf die Versorgungssituation wurden ebenfalls untersucht. Es zeigte sich, dass ein großer Bedarf für das neue Leistungsangebot vorhanden ist und die Familiengesundheitspflege eine wichtige Ergänzung zu Leistungen anderer Akteure im Sozial- und Gesundheitswesen darstellt. Pflegefachpersonen und Hebammen können Versorgungslücken bei Pflegebedürftigen und/oder Menschen mit Behinderungen und ihren Familien sowie anderen vulnerablen Gruppen schließen. Erste Hinweise während der Untersuchung zeigen einen potenziellen gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Nutzen durch Familiengesundheitspflege (Eberl & Schnepf 2008) auf.

Um den weiteren beruflichen Werdegang und die Einmündung ins Tätigkeitsfeld Familiengesundheit der Absolventinnen zu erheben, hat das Kompetenzzentrum 2009 und 2010 jeweils eine Querschnittserhebung durchgeführt.

## **2. Fragestellungen**

Ziel der Erhebungen war es, den Verbleib der Absolventinnen, die Umsetzung der neuen Rolle, die Bedingungen sowie die weitere Entwicklung des Handlungsfeldes Familiengesundheitspflege zu ermitteln.

## Title

**Field of activity of Family Health Nurses and Midwives**

## Abstract

*Family Health Nursing gives an answer from a nursing perspective to the complex challenges of the health system. The German Nurses Association (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. DBfK) promotes since the Munich Declaration in 2000 the implementation of the Family Health Nursing concept in German Health Structures. The family- and community-orientated approach of the WHO-Concept offers a sustainable support for families and single persons in vulnerable situation with special focus on health promotion and prevention. In this article, the results of the survey of the careers of alumni of the participants of the Family Health nursing-program will be described and discussed. The discussion incorporates the current development in policy of the social framework and healthcare-structures.*

## Keywords

Family Health Nursing  
career of the family health nurses  
prevention  
health promotion  
primary health care

Im Mittelpunkt des Interesses stehen folgende Fragen:

- Sind die Absolventinnen in der Familiengesundheitspflege tätig?
- Wie ist die aktuelle Beschäftigungssituation und in welchen Bereichen arbeiten die Familiengesundheitspflegenden und -hebammen
- Wie wird Familiengesundheitspflege finanziert?
- Welche Funktion bzw. Rolle übernehmen die Familiengesundheitspflegenden und -hebammen in unserem Gesundheitssystem?
- Bietet die Familiengesundheitspflege eine interessante berufliche Perspektive?
- Bereitet die Weiterbildung in ausreichendem Maße auf die Komplexität des Handlungsfeldes vor?
- Welche Inhalte der Weiterbildung sollten vertieft werden?
- Was unterscheidet die Familiengesundheitspflege von der „normalen“ Pflege/Hebammenbetreuung und der Sozialarbeit? (nur Erhebung II)
- Gab es eine finanzielle Unterstützung zur Weiterbildung? (nur Erhebung II)

## 3. Untersuchungsdesign

Im Mittelpunkt der Studie steht die Berufseinmündung der Absolventinnen der Weiterbildung „Familiengesundheit für Pflegende und Hebammen“ des Weiterbildungsjahrganges 2005 bis 2007<sup>2</sup> sowie 2007 bis 2009. Dazu erfolgten zwei Erhebungen (2009 und 2010), bei denen insgesamt 28 Personen befragt worden sind. Da die Absolventinnen bundesweit verteilt sind, fiel die Entscheidung aus forschungsökonomischen Gründen auf ein quantitatives Verfahren: es wurde eine schriftliche Befragung mittels eines teilstandardisierten Fragebogens durchgeführt. Der Fragebogen wurde im Kompetenzzentrum entwickelt und gliedert sich in drei Abschnitte, die die berufliche Situation, die Bedingungen in der Ausübung von Familiengesundheitspflege und die absolvierte Weiterbildung betreffen. Außer zwei offen formulierten Fragen, die eine Beschreibung der Tätigkeit in der Familiengesundheitspflege und eine Abschlussbemerkung ermöglichen, wurden alle Fragen in standardisierter Form gestellt.

In der Erhebung II (2010) wurde der Fragebogen durch drei offene Fragen ergänzt. Eine Frage beinhaltet die Einschätzung der Absolventin nach dem Typischen und Besonderen der Familiengesundheitspflege im Unterschied zu der „normalen“ Pflege/Hebammenbetreuung und zu der Sozialarbeit. Die anderen beiden Fragen beziehen sich auf das Stipendiatenprogramm der Robert Bosch Stiftung. Es wurde gefragt, ob die Teilnehmer eine finanzielle Unterstützung erhalten haben und wenn ja, welche.

Nach einem Pretest mit fünf Absolventinnen bei der Erhebung I erfolgte eine Überarbeitung des Fragebogens.

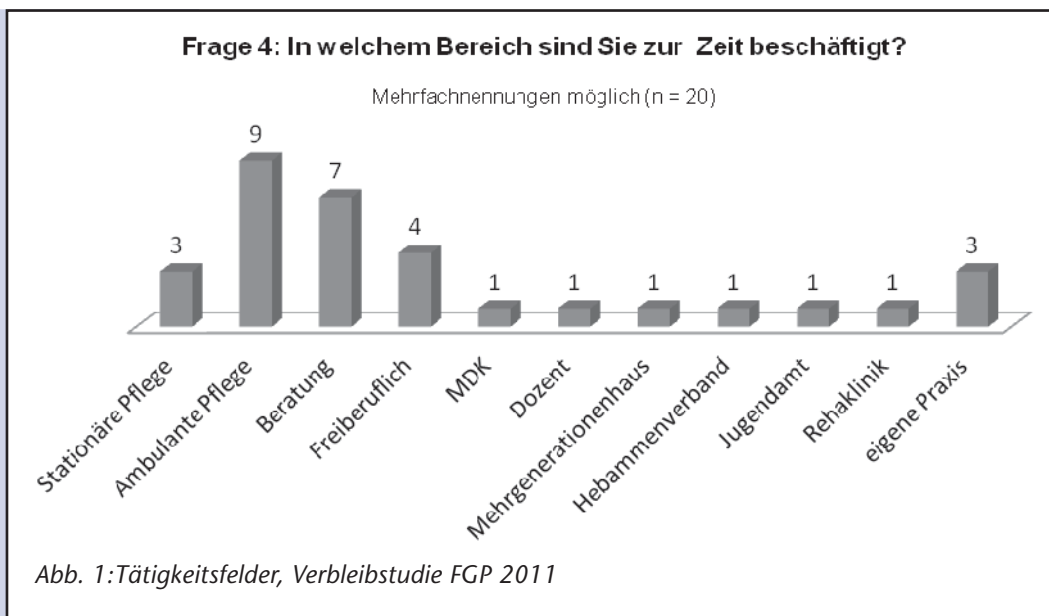
Der Fragebogen wurde 2009 an 18 Teilnehmerinnen der Weiterbildung zur Familiengesundheitspflege in Essen und München (Abschlussjahr 2007) versandt. Die Rücklaufquote der ersten Aussendung lag bei 44%. Ein zweites, bzw. drittes Anschreiben ergab einen Rücklauf von insgesamt 14 Fragebögen, was einer Quote von 77% entspricht. Im Jahr 2010 wurde der Fragebogen an die 8 Absolventinnen der Weiterbildung Familiengesundheitspflege in Essen (Abschlussjahr 2009) per E-Mail und per Post geschickt. 6 Absolventinnen haben den Fragebogen ausgefüllt zurück geschickt. Insgesamt lagen damit 20 Fragebögen zur Auswertung vor.

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte anonym und mittels des Tabellenkalkulationsprogrammes Excel. Die Verbleibstudie ist als Longitudinalstudie für einen noch nicht definierten Zeitraum angelegt.

## 4. Ergebnisse der Umfrage

Auf die Frage nach der Berufszugehörigkeit antworten 13 Absolventinnen der Gesundheits- und Krankenpflege sowie drei Absolventinnen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Vier Probandinnen sind Hebammen.

Alle 20 Absolventinnen sind derzeit erwerbstätig. Die Frage nach der aktuellen Beschäftigungssituation der Absolventinnen zeigt, dass acht Absolventinnen in Vollzeit beschäftigt sind. Einer Teilzeitbeschäftigung gehen zehn der befragten Personen nach, acht arbeiten mit 50% oder mehr der regelmäßigen Wochenarbeitszeit; zwei der Absolventinnen arbeiten weniger als 50%. Vier Absolventinnen (darunter zwei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und zwei Hebammen) geben an, zusätzlich selbstständig erwerbstätig zu sein.



Die Frage nach den derzeitigen Tätigkeitsfeldern der Absolventinnen (Abb. 1) zeigt, dass die Befragten in ganz unterschiedlichen Bereichen arbeiten.

Die Hälfte (9) der Probandinnen sind in der ambulanten Pflege, drei in der stationären Pflege tätig. Beratungstätigkeiten wie zum Beispiel in der Tabakentwöhnung, im öffentlichen Gesundheitsdienst,

in der Gesundheitsförderung und in einer Beratungseinrichtung üben sieben Absolventinnen aus. Beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist eine Absolventin beschäftigt. Vier Probandinnen geben an, freiberuflich und selbstständig tätig zu sein, davon drei als Hebamme in eigener Praxis. Weitere Angaben lauten: Dozententätigkeit, Tätigkeit in einem Mehrgenerationenhaus, bei einem Hebammenverband, beim Jugendamt sowie in einer Rehaklinik. Vier Absolventinnen gehen mehreren Beschäftigungen nach.

Insgesamt sind 14 der Befragten in der Familiengesundheitspflege tätig. Annähernd die Hälfte der Befragten ist „teilweise“ in der Familiengesundheitspflege beschäftigt, während 6 Absolventinnen nicht in der Familiengesundheitspflege arbeiten.

Auf die Frage: „Wie hoch ist schätzungsweise der Anteil Ihrer Tätigkeit in der Familiengesundheitspflege an Ihrer gesamten beruflichen Tätigkeit?“ geben fünf Absolventinnen an, dass der Anteil der Familiengesundheitspflege an der gesamten beruflichen Tätigkeit bei 10% liegt. Bei jeweils drei der Befragten nimmt die Familiengesundheitspflege ein Drittel (30%) bzw. ein Fünftel (20%) ihrer gesamten Arbeitszeit ein. Zwei Absolventinnen sind zu 50% in der Familiengesundheitspflege tätig. Zwei weitere Absolventinnen geben jeweils einen Anteil der Familiengesundheitspflege von 75% bzw. 100% an ihrer gesamten beruflichen Tätigkeit an. Fünf Probandinnen beantworten diese Frage nicht.

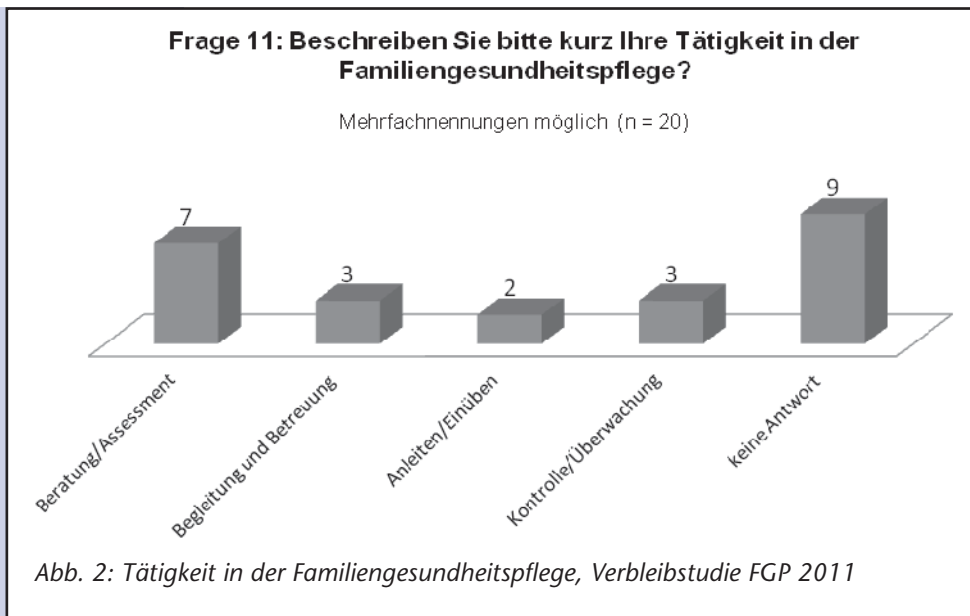
Die Frage nach der in der Familiengesundheitspflege geleisteten Anzahl der Stunden pro Woche beantworten 9 Absolventinnen nicht. Von den verbleibenden Absolventinnen machen fünf Angaben von „wöchentliche 0 bis 4 Stunden in der Familiengesundheitspflege“, gefolgt von jeweils 2 Probandinnen, die „10 Stunden bis 14h je Woche“ sowie „30 bis 34 Stunden je Woche“ in der Familiengesundheitspflege tätig sind. Der überwiegende Teil der in der Familiengesundheitspflege Tätigen arbeitet weniger als 15 Stunden wöchentlich in der Familiengesundheitspflege.

Die Frage, ob die Familiengesundheitspflegerinnen und -hebammen (FGP/FGH) in ihrer Tätigkeit dem öffentlichen Gesundheitswesen<sup>3</sup> zugeordnet sind, bejahen fünf der Absolventinnen. Zehn der Absolventinnen verneinen diese Frage, fünf geben dazu keine Antwort.

Auf die Frage nach der zugeordneten Institution antworten lediglich sechs Absolventinnen. Eine Absolventin ist als Familiengesundheitspflegerin/-hebamme beim SOS Familienzentrum angestellt, eine weitere ist in einer Fachstelle für pflegende Angehörige tätig. Eine Absolventin nennt das Akutkrankenhaus; hier bleibt unklar, ob dieses dem öffentlichen Gesundheitswesen zugeordnet werden kann. Eine weitere Absolventin ist als Familiengesundheitspflegerin bei der Diakonie im Auftrag des Kreissozialamtes bzw. des Kreisgesundheitsamtes angestellt. In der ambulanten Kinderkrankenpflege sowie in einem sozialpädagogischen Zentrum sind zwei weitere Absolventinnen tätig.

Die Umfrage zeigt, dass die Tätigkeit in der Familiengesundheitspflege überwiegend durch die Krankenkassen (bei fünf Absolventinnen) finanziert wird. Weitere Möglichkeiten der Finanzierung ergeben sich durch Projekte (zwei Absolventinnen) sowie durch kommunale und freie Träger (vier Absolventinnen). Weitere Finanzierungsquellen für die Familiengesundheitspflege sind der öffentlichen Gesundheitsdienst, Selbstzahler und Hospize (jeweils eine Absolventin). 9 Absolventinnen antworten nicht auf diese Frage.

Die Beschreibung der Absolventinnen zu Ihrer Tätigkeit in der Familiengesundheitspflege wurde in einer offen formulierten Frage in Cluster (Abb. 2) zusammengefasst.



In der Auswertung der Texte zeigt sich, dass die Absolventinnen überwiegend in der Beratung und im Assessment tätig sind (7 Absolventinnen), gefolgt von Begleitungs- und Betreuungsaufgaben sowie Aufgaben der Überwachung und Kontrolle (jeweils drei Absolventinnen). Ein kleiner Anteil (zwei Absolventinnen) nennen das Anleiten und Einüben von pflege- bzw. gesundheitsfördernden Techniken in der Familiengesundheitspflege.

Fünf Absolventinnen äußern Zufriedenheit

mit der derzeitigen beruflichen Situation in der Familiengesundheitspflege. 11 Absolventinnen sind „nicht“ oder „eher nicht“ mit der beruflichen Situation in der Familiengesundheitspflege zufrieden. Die Bezahlung für Leistungen in der Familiengesundheitspflege wird von 11 Absolventinnen als „nicht“ oder „eher nicht angemessen“ bezeichnet. Im Gegensatz dazu meinen fünf Absolventinnen finanziell angemessen vergütet zu werden. Sechs Absolventinnen haben die Frage nicht beantwortet. Die Umfrage zeigt, dass der derzeitige Stundenlohn (brutto) zwischen weniger als 10 und 35 Euro variiert. Über die Hälfte der Absolventinnen, die auf diese Frage antworteten, erhält über 21 € Stundenlohn, jedoch äußern sich vier Absolventinnen nicht zu dieser Frage.

Die Hälfte (10) der Absolventinnen sieht ihre Tätigkeit in der Familiengesundheitspflege als eine interessante Perspektive für die berufliche Zukunft. Für fünf Absolventinnen bietet die Familiengesundheitspflege „eher nicht“ oder „nicht“ eine interessante berufliche Perspektive. Fünf Absolventinnen geben dazu keine Antwort.

Im letzten Teil des Fragebogens wurden die Absolventinnen nach ihren Erfahrungen mit der Weiterbildung befragt. Auf die Frage, welche Inhalte der Weiterbildung vertieft werden sollten, äußern sie überwiegend Bedarf an Rechtlichen Grundlagen (11), Verhandlungsführung (8), Gemeinwesenarbeit (7) sowie Organisation, Management und Netzwerkaufbau (8). Der Beziehungsaufbau in der Familie sowie das Anleiten und Befähigen von Familien werden als vertiefende Inhalte der Weiterbildung von sechs bzw. vier Absolventinnen genannt. Fünf Absolventinnen äußern Bedarf an Kommunikations- und Gesprächstechniken, jeweils drei Absolventinnen zur Entscheidungsfindung und Problemlösung sowie zur Stressbewältigung/Coping. Ebenso wird von jeweils einer Absolventin Interesse für Case Management, für Finanzierungsmöglichkeiten sowie zum Thema Beraten, Aufklären und Informieren bekundet.

85 % (17) der Absolventinnen schätzen, dass die Weiterbildung sie in ausreichendem Maße auf die Weiterbildung vorbereitet hat. Drei Absolventinnen machen dazu keine Angaben.

19 Absolventinnen sind der Meinung, dass die erworbenen Kompetenzen sich gut anwenden lassen. Eine Probandin gibt dazu keine Antwort.

Eine in der Erhebung II ergänzte Frage lautet: Was unterscheidet in Ihren Augen die Familiengesundheitspflege von der „normalen“ Pflege oder Hebammenbetreuung, von der Sozialarbeit oder anderen Formen von Familienhilfe? Was macht das Typische und Besondere der Familiengesundheitspflege aus? Die Antworten wurden in Cluster gefasst und zeigen, dass die Absolventinnen die erweiterte Beratungskompetenz, die Einbeziehung der ganzen Familie und die Schwerpunktsetzung auf gesundheitliche Themen als typisch für die Familiengesundheitspflege erachten. Das gesundheitliche Hintergrundwissen aus der Pflege ist hilfreich und wird als Legitimierung gewertet, sich um das „Körperliche“ und die Gesundheit zu kümmern. Hinzu kommt die besondere Bedeutung und Akzeptanz von FGPs bei den Familien. Das Berufsbild der Familiengesundheitspflegerinnen und -hebammen ist positiv besetzt, im Gegensatz zu den „vom Amt“ geschickten Familienhelferinnen. Weitere Aspekte wie das Erkennen von Ressourcen, der Aufbau eines Netzwerkes und die Stärkung des Kohärenzgefühls, die als besondere Kennzeichen von Familiengesundheitspflege benannt werden, deuten darauf hin, dass der familienzentrierte, ganzheitliche und salutogenetische Ansatz wichtiger Bestandteil in der Beratung ist.



## Diskussion

Im Folgenden werden exemplarisch einige Umfrageergebnisse herausgegriffen und diskutiert. Eine abschließende Beurteilung und ein Ausblick runden die Erhebung ab.

Die Ergebnisse zeigen: Die überwiegende Anzahl der Absolventinnen (14 von 20) ist im Feld tätig, wenn auch nur teilweise und häufig in Verbindung mit anderen Beschäftigungen. 5 Absolventinnen geben an, dass ihre Tätigkeit dem öffentlichen Gesundheitswesen zugeordnet ist. Die Finanzierungssituation ist als diffus zu bezeichnen.

Der demografische Wandel, die gesellschaftlichen Veränderungen wie die steigende Anzahl von Einzelhaushalten, die vermehrte Berufstätigkeit von Frauen oder die wachsenden Anforderungen an die berufliche Mobilität erfordern für vulnerable Familien und Gruppen – sowohl jung als auch alt – innovative und nachhaltige Versorgungskonzepte. Bedeutsam ist die Entwicklung zukunftsfähiger Wohnumfeldkonzepte zum Erhalt der Häuslichkeit älterer Menschen. In einer vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (MASGFF) in Auftrag gegebenen Expertise zu „Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld“ wird den Kommunen die „Schlüsselfunktion in der Initiierung, der Organisation und der Förderung der kommunikativen und steuernden Prozesse bei der Innovation von Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld“ zugeschrieben (dip, 2009). Nach Meinung der Experten (BMFSFJ 2008, SONG 2008, Deutscher Verein 2006) müssen die familienbezogenen Hilfen der Kommunen intensiviert werden. Eine Öffnung der stationären Einrichtungen, die Einbeziehung bürgerschaftlichen Engagements, zugehende Angebote wie z. B. präventive Hausbesuche und eine systematische Pflegeberatung ist im Rahmen des kommunalen Leistungsangebotes Voraussetzung für den Verbleib in der Häuslichkeit. Diesen Erfordernissen entspricht die Charakteristik von Familiengesundheitspflege durch den familiensystemischen, salutogenetischen und zugehenden Ansatz.

### Prävention als gesellschaftliche Bringschuld

Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass erste Absolventinnen in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder freier Träger tätig sind. Ziel des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist es, die Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung zu fördern und zu schützen. Die Befragten sind in der Kinder- und Jugendhilfe tätig und setzen dort Elemente der „Family Health Nurse“ um.

Die WHO empfahl im Zuge der Umsetzung des gesundheitlichen Rahmenkonzeptes „Gesundheit 21“ die Einführung der Family Health Nurse. Diese Fachkraft für Gesundheitsförderung und Prävention setzt den Fokus auf die gesamte Familie und verbindet die häusliche Pflege mit der Zielgruppe „Familie“ und dem Public-Health-Ziel „Gesundheit“. Dadurch kann die Familiengesundheitspflegerin/-hebamme eine Schlüsselrolle in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung einnehmen. Jedoch muss das Bewusstsein für die Bedeutung präventiver und gesundheitsförderlicher Strukturen in allen Bereichen der Politik noch viel stärker werden. Laut Kickbusch (2010) betreffen die zukünftigen Probleme in der Prävention vor allem die psychische Gesundheit, Armut, Adipositas und Alkoholkonsum. Die Auswahl dieser Problemlagen verdeutlicht die Notwendigkeit, sozialen Determinanten mehr Beachtung zu schenken, „Soziales“ und „Gesundheit“ strukturell auf Regierungsebene zusammenzufassen und Gesundheitspolitik in allen Politikbereichen zu verorten. Die alte Forderung, Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgaben anzuerkennen und nicht in die Verantwortlichkeit der Krankenkassen zu geben, bleibt nach wie vor aktuell. Hier kann der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) seine Rolle ausbauen und als Garant für die öffentliche Daseinsvorsorge die gesundheitliche Versorgung besonders gefährdeter und schwer erreichbarer Gruppen unterstützen. Eine Neuausrichtung des ÖGD unter Einbeziehung der Expertise der Pflege in den kommenden Jahren ist unbedingt erforderlich.

### Die berufliche Situation

Die berufliche Situation der Absolventinnen ist sehr unterschiedlich. Das betrifft sowohl die aktuelle Beschäftigungssituation als auch die Tätigkeitsfelder. Die Absolventinnen, mehrheitlich aus der Profession Pflege kommend, sind überwiegend in der ambulanten oder stationären Pflege, als auch in der Beratung tätig. Die diffuse Finanzierung, die projektbezogen, über Nischen in der Sozialgesetzgebung, auf Honorarbasis oder auch freiberuflich erfolgt, zeigt, dass es schwierig ist, mit einer Vollzeit-Tätigkeit ein angemessenes Auskommen zu erzielen. Oft wird mehreren Arbeitsverhältnissen nachgegangen. Dieses spiegelt einerseits eine erfreuliche berufliche Vielfalt, kann jedoch auch als Beginn prekärer Arbeitsverhältnisse auch in der Pflege gewertet werden. Sowohl das niedrige Gehaltsniveau in der Pflege allgemein als auch die als mangelhaft anzusehende Honorierung der anspruchsvollen Weiterqualifikation in der Familiengesundheitspflege führen dazu, dass die Hälfte der Absolventinnen den von ihnen erzielten Stundenlohn als nicht angemessen erachtet. Gleichwohl zeigen die Ergebnisse, dass die Hälfte der Antworten auf einen Stundenlohn von über 21 Euro hinweist. Hierzu ist die abschließende Bewertung schwierig, da freiberuflich erzielte Honorare wegen der zusätzlichen Kosten mit einem Stundenlohn aus einer Angestelltentätigkeit nicht zu vergleichen sind<sup>4</sup>.

## Charakteristik der Tätigkeit

Die Tätigkeiten der Absolventinnen in der Familiengesundheitspflege sind vielseitig. Ein Schwerpunkt liegt in der Beratung/Durchführung von Assessments, gefolgt von „Begleitung und Betreuung“, „Kontrolle und Überwachung“ sowie „Anleiten und Einüben“. Komplexe Beratungsleistungen sind eher auszumachen als Leistungen in der Überwachung und Kontrolle, die vergleichsweise einfacher zu erbringen sind. Nur von einer Absolventin wird das Anleiten und Einüben von pflege- bzw. gesundheitsfördernden Techniken als Tätigkeit in der Familiengesundheitspflege genannt. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Potenziale von Pflegefachpersonen in der Gesundheitsförderung und Prävention, (wie ursprünglich im Konzept der WHO Family Health Nurse angedacht) in Deutschland wenig genutzt werden.

## Die Finanzierung der Leistungen in der Familiengesundheitspflege

Häufig wird die Tätigkeit in der Familiengesundheitspflege mit der herkömmlichen beruflichen Tätigkeit verbunden; es liegt nahe, dass sich dies sowohl auf das Engagement der Absolventinnen als auch auf die noch unsichere Finanzierungslage in der Familiengesundheitspflege zurückführen lässt. Obwohl nicht alle Absolventinnen in der Familiengesundheitspflege tätig sind, geben alle an, dass sich die in der Weiterbildung erworbenen Kompetenzen gut anwenden lassen. Unter Berücksichtigung der Aussage, dass nur wenige Familiengesundheitspflegende und -hebammen mit der derzeitigen beruflichen Situation zufrieden sind, könnte dieses dahingehend interpretiert werden, dass die Absolventinnen ihre Expertise (aufgrund mangelnder Finanzierung) eher im familiären, ehrenamtlichen Bereich oder informell im Rahmen der normalen Berufstätigkeit einbringen. Dieses führt aber nicht zu einer dauerhaften beruflichen Zufriedenheit und ist im Sinne des Professionsverständnisses nicht tragbar. Daher bedarf es dringend verstärkter Initiativen, um gemeindeorientierte, familienzentrierte Versorgungskonzepte, wie es die Familiengesundheitspflege darstellt, dauerhaft zu implementieren und nachhaltig zu finanzieren.

## Familiengesundheitspflege als berufliche Perspektive

Die überwiegende Mehrheit derjenigen, die die Frage nach der beruflichen Perspektive beantwortet haben, sehen in der Familiengesundheitspflege eine interessante berufliche Perspektive. Dem dürfte auch zugrunde liegen, dass in der gesellschaftlichen Diskussion Prävention und Gesundheitsförderung zunehmend an Bedeutung gewinnen. Dieses gilt sowohl für pflege- und hilfsbedürftige Betroffene als auch für deren „Versorger“, z. B. die pflegenden Angehörigen. Die Belastung pflegender Angehöriger ist im Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PFWG) thematisiert und aufgegriffen worden; hier übernehmen Familiengesundheitspflegende und -hebammen eine wichtige Rolle, indem sie Überlastungssituationen erkennen und gezielt Abhilfe schaffen. Das stabilisiert die häuslichen Pflegearrangements und erhöht die Lebensqualität der Betroffenen. Hinzu kommen die positiven ökonomischen Effekte. Die Kostenersparnis, die die Vermeidung eines Heimaufenthaltes mit sich bringt, ist erheblich. Eine Herausforderung in der Zukunft wird es sein, gesundheitsfördernde Konzepte speziell für pflegende Angehörige zu entwickeln und umzusetzen.

## Anmerkungen

<sup>1</sup> In diesem Text wird für Personen die weibliche Bezeichnung verwendet; selbstverständlich sind Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen.

<sup>2</sup> Die Absolventinnen werden jeweils mindestens ein Jahr nach Abschluss der Weiterbildung befragt, da es einer Orientierungsphase bedarf, um sich das Tätigkeitsfeld zu erschließen.

<sup>3</sup> Der Begriff „öffentliches Gesundheitswesen“ und „öffentlicher Gesundheitsdienst“ werden synonym verwendet.

<sup>4</sup> Nach Angaben des Deutschen Hebammenverbandes streben die Familienhebammen einen Stundenhonorar von 36 € bis 45 € an oder eine Eingruppierung nach EG 9 des TVöD.

<sup>5</sup> Nach dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz PFWG 2009

## Das Besondere an der Familiengesundheitspflege

Die Einbeziehung der ganzen Familie, das medizinisch-pflegerische Hintergrundwissen, erweiterte Beratungskompetenz, die Legitimierung, sich um das Körperliche zu kümmern und das Wissen um Gesundheit und deren Förderung: dieses sind die wesentlichen Merkmale der Familiengesundheitspflege. Pflegekräfte und Hebamme genießen in der Öffentlichkeit ein hohes positives Ansehen. Sie sind in der Lage, Netzwerke für die gesamte Familie aufzubauen. Sozial benachteiligte Familien haben häufig negative Erfahrungen mit Ämtern gemacht, jedoch werden Pflegefachpersonen und Hebammen nicht mit dem Jugend- oder Sozialamt in Verbindung gebracht: dieses beugt einer Stigmatisierung der Familien vor und fördert die Akzeptanz des Angebotes. Durch das Zusammenwirken im multidisziplinären Team (z. B. Sozialarbeit, Medizin, Familiengesundheitspflege und Psychologie) fließen unterschiedliche Perspektiven zum Nutzen der Familien mit ein und neue Lösungswege und Interventionen können geplant und umgesetzt werden. Die Praxis zeigt: die Frage nach der Abgrenzung der Berufsgruppen untereinander ist in der täglichen Zusammenarbeit selten. Es geht weniger darum, Schnittstellen zu definieren, als vielmehr Nahtstellen zu schaffen und dafür zu sorgen, dass keiner/keine Familie durch das Netz fällt. Denn der Bedarf nach dieser Leistung ist vorhanden und das Problem besteht eher darin, das Angebot öffentlich bekannt zu machen und die Finanzierung auf eine solide Basis zu stellen.

## Die Weiterbildung

Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass sich die Familiengesundheitspflegerinnen und -hebammen durch die Weiterbildung gut auf das neue Handlungsfeld vorbereitet fühlen.

## Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2008). Wohnen im Alter: Bewährte Wege – Neue Herausforderungen. Ein Handlungsleitfaden für Kommunen. Berlin. Download 17.10.2011. Zugriff unter [http://www.bertelsmannstiftung.de/bst/de/media/xcms\\_bst\\_dms\\_24884\\_24886\\_2.pdf](http://www.bertelsmannstiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_24884_24886_2.pdf).
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. DBfK (2010). Positionspapier des DBfK zum aktuellen Personalmangel, Januar 2010. Download 10.03.2011. Zugriff unter [http://www.dbfk.de/download/download/positionspapier\\_web.pdf](http://www.dbfk.de/download/download/positionspapier_web.pdf).
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (2008/09). Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? Fakten zum Pflegekollaps – Ausgewählte Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage. Download 10.03.2011. Zugriff unter [http://www.dbfk.de/wDefault/download/download/Abschlussbericht-Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus\\_.pdf](http://www.dbfk.de/wDefault/download/download/Abschlussbericht-Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus_.pdf).
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) (2009). Expertise Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld, Praxisbericht mit Beispielen und Empfehlungen für wohnortnahe Pflege- und Unterstützungsstrukturen. Köln. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland Pfalz. Download 15.04.2010. Zugriff unter <http://www.masgff.rlp.de/aktuelles/?0=>.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2006). Empfehlungen zur Gestaltung der sozialen Infrastruktur in den Kommunen mit einer älter werdenden Bevölkerung. Download 17.10.2011. Zugriff unter [http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen\\_archiv/empfehlungen2006/pdf/copy8\\_of\\_eugleichbehandlungsrichtlinien.pdf](http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/empfehlungen2006/pdf/copy8_of_eugleichbehandlungsrichtlinien.pdf).
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2010). Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur. Download 10.03.2011. Zugriff unter [http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen\\_archiv/2010/pdf/DV%2005-10.pdf](http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2010/pdf/DV%2005-10.pdf).
- Eberl, I. & Schnepf, W. (2008). Die multizentrische Pilotstudie der WHO zur Family Health Nurse. Eine Untersuchung über

Die dabei in der Weiterbildung erworbenen Kompetenzen lassen sich von den Befragten gut anwenden.

Wie schon in der wissenschaftlichen Evaluation (Eberl & Schnepf 2008) während der Modellprojektphase, wird am ehesten eine Vertiefung der sozialrechtlichen Inhalte für notwendig erachtet. Dieses könnte dem Dickicht der sozialrechtlichen Bundes- und Landesgesetzgebungen geschuldet sein, wo es insbesondere bei komplexen gesundheitlichen Problemlagen schwierig ist, sektorenübergreifende und maßgeschneiderte Lösungen zu finden. Hinzu kommt der Wunsch nach Vertiefung der Inhalte in der Verhandlungsführung; hier könnte gemutmaßt werden, dass dieses etwas mit dem (Un)Bekanntheitsgrad des neuen Leistungsangebotes Familiengesundheitspflege zu tun hat. Die Notwendigkeit, den Bedarf von Familiengesundheitspflege immer wieder darlegen zu müssen, könnte in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen.

Der Wunsch nach Vertiefung der Gemeinwesenarbeit sowie Organisation, Management und Netzwerkaufbau lässt vermuten, dass dieses die Situationen in den Familien sind, in der die Absolventinnen an ihre Grenzen stoßen.

## 6. Zusammenfassung und Ausblick

In der Umfrage konnte belegt werden, dass sich die Familiengesundheitspflege allmählich als Tätigkeitsfeld von Pflegefachpersonen und Hebammen etabliert. Die Weiterbildung bereitet gut auf das Handlungsfeld vor und der größte Teil der Absolventinnen mündet in das neue Tätigkeitsfeld ein. Häufig wird Familiengesundheitspflege mit herkömmlichen Tätigkeiten als Pflegefachperson oder Hebamme kombiniert, teilweise auch freiberuflich/selbstständig. Familiengesundheitspflegende und -hebammen bringen ihre Expertise über Projekte, den medizinischen Dienst der Krankenversicherung, im Rahmen ihrer Tätigkeit bei ambulanten Pflegediensten und in Beratungsstellen ein. Die Finanzierung ist uneinheitlich, jedoch weist die Unterschiedlichkeit auch auf die Fülle der Möglichkeiten hin. Dessen unbeachtet bedarf es einer nachhaltigen Regelung. Hier sind die Kommunen gefordert, Gesundheit zu ihrem Thema zu machen und niedrigschwellige und zugehende Angebote im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu schaffen.

Im Rahmen der Beratungstätigkeit von Familiengesundheitspflegenden und -hebammen spielen Prävention und Gesundheitsförderung eine große Rolle. Durch das Pflegewerterentwicklungsgesetz PfwG wurde die Bedarfslage der pflegenden Angehörigen thematisiert und der Rechtsanspruch ausgebaut. Jedoch gilt es weiterhin, die „bislang brachliegenden präventiven und gesundheitsfördernden Potenziale der Pflegeberufe zu entwickeln“ (SVR 2009 S.702). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt die Umsetzung familienzentrierter Pflegekonzepte, wie es die „Family Health Nurse“ darstellt (anstelle individuenzentrierter Modelle). Damit wird ein Impuls aufgegriffen, der bereits im Jahre 2000 von den Teilnehmern der WHO-Ministerkonferenz Pflege und Hebammenwesen in München (Erklärung von München 2000) diskutiert wurde. Dort befasste man sich mit der einzigartigen Rolle, die die sechs Millionen Pflegefachpersonen und Hebammen für die gesundheitliche Entwicklung und bei der Erbringung gesundheitlicher Leistungen in Europa spielen. Pflegende und Hebammen sollen eine Schlüsselrolle in der Prävention und der Gesundheitsförderung erhalten. Gemeinde- und familienorientierte Pflege- und Hebammenprogramme und -dienste, darunter (...) auch die Familiengesundheitspflege sollen geschaffen und unterstützt werden.

Das an die Bundesgeschäftsstelle des DBfK angeschlossene Kompetenzzentrum Familiengesundheitspflege hat die Aufgabe, die Familiengesundheitspflege in Deutschland zu etablieren und die Ergebnisse der Modellprojektphase zu sichern. Dazu gehört auch, die Rolle von Familiengesundheitspflegenden und -hebammen den aktuellen Entwicklungen in der Sozial-/Kranken- und Pflegeversicherung, der Jugend- und Familienpflege/-hilfe und der Altenhilfe anzupassen. Denn neue Impulse zur Weiterentwicklung der Familiengesundheitspflege werden durch die Umsetzung des „neuen“ Pflegebedürftigkeitsbegriffes, den Bestimmungen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im fünften Sozialgesetzbuch, den Anspruch auf Pflegeberatung<sup>5</sup>, die konsequente Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ im SGB V, IX und XI, das persönliche Budget für Menschen mit Behinderung sowie die Gesetzgebung zum Kinderschutz gesetzt. Hinzu kommt die Möglichkeit für speziell qualifizierte Pflegende, erstmalig im Rahmen des Pflegewerterentwicklungsgesetzes (PfwG) nach § 63 Abs. 3c SGB V Heilkunde auszuüben. Die Leitlinien hierzu hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entwickelt und im Bundesanzeiger mit Wirkung vom 22.03.2012 veröffentlicht (G-BA 2012).

Erfreulicherweise hat in den vergangenen Jahren eine gesellschaftliche Sensibilisierung für familiäre Belastungen (dazu gehören auch Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern und Jugendlichen) stattgefunden. Daraus resultieren unterschiedliche Initiativen und Projekte auf Bundes- und Landesebene, wie z. B. das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFA). Der Vorstoß aus dem Bundesfamilienministerium, den Kinderschutz über präventive Maßnahmen zu stärken, ist sehr zu begrüßen. Dabei sollte jedoch beachtet werden, dass die Diskussion



die Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland. Abschlussbericht. Private Universität Witten/Herdecke gGmbH. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), (2012). Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Erstfassung) vom 22.03.2012, Zugriff am 26.03.2012.

Hengsbach, Prof. Dr. oec. F. (2010). Prävention – eine gesellschaftliche Bringschuld, unveröffentlichter Vortrag auf der Fachtagung Prävention und Gesundheitsförderung, Berlin am 20.10.2010. Download 13.03.2011. Zugriff unter [http://www.damid.de/presse/pm/101021pm\\_praevention.pdf](http://www.damid.de/presse/pm/101021pm_praevention.pdf).

Kickbusch, Prof. Dr. I. (2010). Zukunft der Prävention: internationale Trends, unveröffentlichter Vortrag auf der Fachtagung Prävention und Gesundheitsförderung, Berlin am 20.10.2010. Download 13.03.2011. Zugriff unter [http://www.damid.de/presse/pm/101021pm\\_praevention.pdf](http://www.damid.de/presse/pm/101021pm_praevention.pdf).

Soziales neu gestalten (SONG) zum demographischen Wandel – Positionspapier des Netzwerks (2008). Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Download 17.10.2011. Zugriff unter [http://www.bertelsmannstiftung.de/bst/de/media/xcms\\_bst\\_dms\\_24884\\_24886\\_2.pdf](http://www.bertelsmannstiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_24884_24886_2.pdf).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, Langfassung.

Wallrafen-Dreisow, H. (2011). Schritt für Schritt zum Age-Management. Die Schwester/ Der Pfleger, 50. Jahrg. 02/2011, 164-166.

Weltgesundheitsorganisation WHO (1998). Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Download 10.03.2011. Zugriff unter [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/109761/EHFAS-G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109761/EHFAS-G.pdf).

Weltgesundheitsorganisation WHO (2000). Erklärung von München Pflegende und Hebammen – ein Plus für Gesundheit. Download 15.04.2010. Zugriff unter [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Muenchener\\_Erklaerung\\_062000.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Muenchener_Erklaerung_062000.pdf).

über das Kindeswohl nicht auf den Kinderschutz verengt wird. Denn echter „Kinderschutz“ als Sammelbegriff für rechtliche Regelungen und Maßnahmen zum Schutz von Kindern vor Übergriffen, Ausbeutung, Verwahrlosung etc. greift nur in ganz wenigen Fällen. Eine Gefährdung des Kindeswohls beginnt lange bevor Vernachlässigung, Gewaltanwendung und Missbrauch sichtbar werden. Dieses zu schützen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Zentrales Element im Gesetzesentwurf zum Kinderschutz ist der Einsatz von Familienhebammen, der sehr begrüßenswert ist. Allerdings müssen weitere Berufsgruppen mit einbezogen werden, um flächendeckend, bedarfsgerecht und angemessen Prävention in den Familien anzubieten. Im Sinne einer Ergänzung des Angebotes der Familienhebammen sollten Familiengesundheitspflegende und -hebammen auch über das erste Lebensjahr eines Kindes hinaus und mit Blick auf alle Familienmitglieder eingesetzt werden. Möglich wird diese Ausweitung des Tätigkeitsfeldes durch die umfangreiche Weiterbildung von insgesamt 720 Stunden. Auch wenn die Aktivitäten durch das NZFA sehr positiv sind, bleiben die Bemühungen nach gesetzlicher Regelung zur Prävention und Gesundheitsförderung für die gesamte Bevölkerung insgesamt bruchstückhaft und stehen fragmentiert nebeneinander, so dass neue Versorgungslücken entstehen. Aktuelle Pläne für ein Präventionsgesetz existieren im Kabinett Merkel II nicht. Eine insgesamt gesundheitsförderlich und präventiv ausgerichtete Gesamtorientierung in der Politik, wie es z. B. Public Health darstellt, ist nach wie vor unterentwickelt. Daher sollten Prävention und Gesundheitsförderung stärker in den landes- und bundesrechtlichen Rahmenbedingungen verankert werden.

Eine Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für ältere Menschen mit ihren sich wandelnden Bedarfen an die Sozialraumgestaltung und Versorgungsstrukturen darf nicht vernachlässigt werden. Eine Vielzahl von Veröffentlichungen weist immer wieder auf die Notwendigkeit hin, die Kommunen verstärkt in die Verantwortung zu nehmen, die wohnortnahe Pflegeinfrastruktur zu verbessern und/oder durch Quartiersprojekte den Verbleib im vertrauten Wohnumfeld zu ermöglichen (Deutscher Verein 2010). Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen empfiehlt in dem Sondergutachten 2009 eine „stärkere Verantwortungsübernahme der Kommunen für die Absicherung einer bedarfsdeckenden Versorgung bei Pflegebedürftigkeit im Alter, eine vorausschauende kommunale Steuerung des Versorgungsmix sowie eine zugehende Unterstützung und Beratung für ältere und alte Anwohner“ (SVR 2009 S. 522). Zur Lösung der bestehenden Problemlagen könnten dann Konzepte wie die Familiengesundheitspflege genutzt werden. Dadurch würde den Kommunen mehr Verantwortung übertragen werden und auf lange Sicht können so Kosten für Heimaufenthalte eingespart werden.

## Pflegewissenschaft Community

Sie finden weitere Informationen zu  
diesem Artikel unter

[www.pflege-wissenschaft.info/artikel/1052](http://www.pflege-wissenschaft.info/artikel/1052)

### Danksagung

Besonderer Dank gilt Susan Rehr für die Unterstützung bei der Planung, Durchführung und Auswertung der Verbleibstudie der Familiengesundheitspflegerinnen und -hebammen.