

> Familiengesundheitspflege – eine Profession mit viel Potenzial

Eine Schwester für alle Fälle

ANDREA WESKAMM

In ihrem Rahmenkonzept „Gesundheit 21“ hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1998 empfohlen, eine neue pflegerische Qualifikation einzuführen: die Family Health Nurse. Als Fachkraft für Familiengesundheit setzt sie den Fokus auf die gesamte Familie. Dazu bringt sie verschiedene Qualifikationen mit: Beratungsfähigkeiten, medizinisches Hintergrundwissen und pflegerische Kernkompetenz, um nur die wichtigsten zu nennen. Anhand eines Fallbeispiels stellt der folgende Artikel die Aufgaben einer Familiengesundheitspflegerin genauer vor.

Die Bevölkerung in gesundheitlichen Fragen zu beraten und aufzuklären, Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen, präventive und rehabilitative Maßnahmen einzuleiten sowie Gesundheitsschutz, Planungs- und Gestaltungsaufgaben in der Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Versorgung: Das und mehr sind Aufgaben und Ziele des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Deutschland. Der ÖGD nimmt als ein Garant der öffentlichen Daseinsfürsorge eine besonders wichtige Stellung ein. Jenseits allgemeiner Profitorientierung in der Gesundheitswirtschaft bietet der ÖGD eine patientennahe, flächendeckende Versorgung für alle an. Einerseits stellt er angesichts allgemeiner Geldknappheit, Ärztemangels und wachsender sozialer Benachteiligung mit den daraus resultierenden gesundheitlichen Problemen eine wichtige Ressource für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung dar. Andererseits impliziert dies auch die Notwendigkeit, bestehende Strukturen zu modernisieren und den sich verändernden Bedarfen der Bevölkerung anzupassen.

Soziale Ungleichheit beeinflusst die Gesundheit

Die wachsenden sozialen Unterschiede in Deutschland zeigen sich nicht nur bei Einkommen und Bildung, sondern insbesondere auch beim Gesundheitszustand. Kinder, die in sozial benachteiligten Familien aufwachsen, sind häufig auch unter gesund-

heitlichem Blickwinkel benachteiligt. Ob Rauchen, Übergewicht, Essstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Karies oder Unfälle – ihr Risiko liegt teilweise dreifach höher als das von Kindern aus der Mittel- und Oberschicht (Kurth 2007). Bedauerlicherweise wird der Zusammenhang zwischen der sozialen Lage in der Kindheit und der Chance auf ein gesundes Erwachsenen- und Älterwerden jedoch häufig ignoriert. Laut Gutachten des Sachverständigenrates zur Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2009) sind 15 bis 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen von relativer Armut mit allen daraus folgenden Schwierigkeiten und Defiziten der Teilhabe betroffen. Gerade in dieser Lebensphase jedoch werden zentrale Weichen dafür gestellt, wie sich die Kinder physisch und psychisch entwickeln.

Neben dem Absichern der wirtschaftlichen Basis von Familien mit Kindern gilt es, präventive und zugehende Unterstützungsangebote zu entwickeln, um so die Familien und Einzelpersonen zu erreichen, die es dringend benötigen. Die Klienten erhalten damit die Chance auf gesundheitliche Chancengleichheit bei gleichzeitig eingedämmten Auswirkungen von sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit beim Aufwachsen, im Erwachsenenalter und beim Altwerden.

Im Fokus: Die Chancen der neuen Disziplin

Erweiterte Beratungskompetenz, medizinisch-pflegerisches Hintergrundwis-

sen, pflegerische Kernkompetenz, die Legitimierung, sich um das Körperliche zu kümmern und das Wissen um Gesundheit: Das ist das Besondere an Familiengesundheitspflege. Die berufliche Sozialisation als Pflegekraft/Hebamme und das damit verbundene hohe öffentliche Ansehen fördern die Akzeptanz des Angebotes, denn sozial benachteiligte Familien erleben häufig stigmatisierende Erfahrungen im Umgang mit Ämtern. Jedoch assoziieren sie Pflegekräfte und Hebammen nicht mit dem Jugend- oder Sozialamt. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gesundheitsamt (zum Beispiel mit Sozialarbeiterinnen, Ärztinnen, Psychologinnen) können Familiengesundheitspflegerinnen unterschiedliche Perspektiven und Blickwinkel beleuchten. Darüber hinaus unterstützen auf Prävention und Gesundheitsförderung spezialisierte Pflegerinnen und Hebammen die professionelle Entwicklung der Gesundheitsfachberufe. Das folgende Fallbeispiel einer Familiengesundheitspflegerin im öffentlichen Gesundheitswesen zeigt, dass diese die Lebensqualität von Familien in prekärer Situation deutlich verbessern können:

Familiengesundheit fängt bei den Kleinsten an

Zweimal wöchentlich besucht die Familiengesundheitspflegerin die geburtshilfliche Abteilung des örtlichen Krankenhauses in P. und lernt dort eine junge Frau kennen. Frau Y. ist 24 Jahre alt und hat gerade Adile, ihr erstes Kind, per Sectio zur Welt gebracht. Es kam vor Ablauf der 35. Schwangerschaftswoche und musste in die Kinderklinik verlegt werden. Frau Y. ist Migrantin. Die Frühgeburt schreibt sie dem immensen Stress durch die drohende Abschiebung in ihr Heimatland zu. Die Familie ist in Deutschland nur geduldet und ihr Verbleib wird immer nur für sechs Monate bewilligt, was die Familie nie richtig zur Ruhe kommen lässt. Beim Kennenlernen wirkt sie sehr angeschlagen: Sie hat große Schmerzen an der Kaiserschnittnarbe und macht sich Sorgen um ihr Kind.



In Familien geht es nicht immer nur harmonisch zu: Oftmals fühlen diese sich überfordert, insbesondere in prekären finanziellen Situationen. Dann kann die Unterstützung durch Familiengesundheitspflegerinnen viel bewirken.

Einige Wochen später kommt es zu einem Treffen der Familiengesundheitspflegerin mit Familie Y. Der Ehemann ist infolge von Folter vor zehn Jahren im Heimatland erblindet und wird von seiner Frau geführt. Frau Y. ist Friseurin. Seit fünf Jahren sind die beiden verheiratet. Herr Y., 44 Jahre, ist ausgebildeter Maler und Restaurator. Als politische Flüchtlinge sind sie vor zwei Jahren nach Deutschland gekommen. Frau Y. spricht gut deutsch, ihr Ehemann nur ein paar Worte. Sie haben kaum soziale Kontakte. Die junge Mutter hat seit ihrer Heirat keinen Kontakt mehr zu ihrer Familie, da diese ihre Ehe nicht befürwortete. Herr Y.'s Eltern und zwei der Brüder leben noch im Heimatland. Ein entfernter Bekannter lebt in einer Nachbarstadt.

Erschwerend kommt hinzu, dass Herr Y. seit 20 Jahren Diabetiker ist. Er leidet unter Sensibilitätsstörungen an Händen und Füßen, Blutdruckschwankungen und psychischen Problemen, die auf die Folter zurückzuführen sind. Bis zu sechsmal täglich müssen Blutzucker und Blutdruck kontrolliert werden. Herr Y. nimmt unterschiedliche Medikamente ein und seine Frau injiziert ihm das Insulin. Er muss beim Waschen, Essen, Trinken, Gehen und

beim Toilettengang (vor allem nachts bis zu fünfmal) unterstützt werden. All das übernimmt Frau Y. Auch kurze Besorgungen werden gemeinsam erledigt, da Frau Y. ihren Mann nicht allein lassen möchte. Die Familie lebt von den äußerst gering bemessenen Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Frau Y. hatte einen Schwangerschaftsdiabetes, der sich nun wieder einreguliert.

Die junge Frau bittet die Familiengesundheitspflegerin um Hilfe bezüglich einer Frühförderung für Adile. Die Familiengesundheitspflegerin recherchiert die Informationen und bietet der Familie ihre Hilfe an. In Absprache mit dem Sozialamt/Gesundheitsamt ...

- übernimmt sie die sozialmedizinische Nachsorge im Umfang von 20 Nachsorgeeinheiten über einen Zeitraum von zwölf Wochen.
- unterstützt sie die Familie bei den bürokratischen Abläufen.
- informiert sie sich über die Familie und deren Probleme und erstellt einen Maßnahmenplan.

Adile erlitt bei der Geburt einen Sauerstoffmangel und musste wiederbelebt und künstlich beatmet werden. Jetzt

leidet sie an Hirnschäden, die sich unter anderem in drohenden Krampfanfällen und einer Trinkschwäche zeigen. Bis kurz bevor sie entlassen wurde, musste Adile über eine Magensonde ernährt werden. Die Koordination von Saugen, Atmen und Schlucken bereitet ihr immer noch Schwierigkeiten.

Die überstürzte Geburt von Adile hat das Ehepaar Y. unvorbereitet getroffen und in eine Krise gestürzt. Bis heute hat das Ehepaar immer noch große Ängste bezüglich des Gesundheitszustandes von Adile. Den Umstand, dass Adile behindert sein könnte, müssen die Eltern erst mühsam verarbeiten. Sie haben sich immer vorgestellt, dass sie ein gesundes Kind bekommen würden.

Bei ihrem ersten Besuch verschafft sich die Familiengesundheitspflegerin einen Überblick über die alltäglichen Herausforderungen:

- Die Trinkschwäche von Adile besteht weiter, die Mahlzeiten dauern sehr lang.
- Aufgrund der zerebralen Krampfanfälle muss Adile täglich ein Antikonvulsivum erhalten.
- Zweimal wöchentlich erhält Adile Krankengymnastik.

- Einmal wöchentlich wird zu Hause Frühförderung mit Beratung der Eltern durchgeführt.
- Häufig stehen Besuche beim Kinderarzt, dem Augenarzt und dem sozialpädiatrischen Zentrum an.

Übung macht den Meister

Die Familiengesundheitspflegerin richtet ihren Fokus bei den ersten Hausbesuchen auf das Wohlergehen des Kindes. Adile ist nun 15 Wochen alt und offenbar altersgemäß entwickelt. Sie wird mit der Flasche ernährt. Frau Y. unterbricht die Mahlzeit häufig, zum Beispiel wenn Herr Y. etwas benötigt oder wenn sie der Familiengesundheitspflegerin diverse Amtsdokumente zeigen will. Die junge Mutter geht eher auf die Bedürfnisse von Herrn Y. ein, als auf die des Kindes. Daher bespricht die Familiengesundheitspflegerin als erstes die Nahrungsverabreichung und das Handling mit Adile. Sie erläutert mit Frau Y., wie wichtig eine ruhige und entspannte Atmosphäre bei den Mahlzeiten ist. Die ständigen Unterbrechungen während des Stillens irritieren Adile und ermüden sie. Die Saug-Schluck-Koordination wird gestört und Adile nimmt weniger Nahrung zu sich als möglich wäre. Dieses wiederum beeinflusst das Gewicht negativ. Beim Umgang der Mutter mit Adile fällt der Familiengesundheitspflegerin auf, dass diese beim Wickeln die Füßchen des Mädchens hochzieht und das Kind über die Rückenlage hochnimmt. Das erschwert Adile die Orientierung im Raum. Die Familiengesundheitspflegerin nimmt eine Babymassage zum Anlass, der Mutter das richtige Handling beim Wickeln und das entwicklungsförderliche Hochnehmen des Kindes über die Seite zu zeigen. Frau Y. nimmt das sehr interessiert auf und setzt es sofort um.

Beim dritten Hausbesuch entsteht erstmalig Kontakt zum Vater. Der liebevolle und respektvolle Umgang der Eheleute miteinander fällt auf und Herr Y. erzählt seinem Kind viel und singt ihm vor. Bei einem anderen Hausbesuch liegt zufällig der Werbeprospekt einer Möbelfirma im Zimmer. Frau Y. erwähnt, dass sie sich gerne ein Sofa kaufen würden, damit Herr Y. es sich bequemer machen kann, aber sie besitzen kein Auto. Kurzentschlossen unternimmt die Familiengesundheitspflegerin mit der Familie

Zusammenfassung

Die WHO empfahl 1999, eine neue pflegerische Qualifikation einzuführen: die „Family Health Nurse“. Ihre Aufgabe ist es, die Pflege in der Familie mit dem Public-Health-Ziel „Gesundheit“ zu verbinden. Das Fallbeispiel zeigt, dass es einer Familiengesundheitspflegerin gelingen kann, Ansprechpartner für Familien zu sein, ein Vertrauensverhältnis herzustellen, Kontakte zu Ärzten und anderen Institutionen zu fördern und insgesamt zu einer entspannteren Lebenssituation für Familien in schwierigen Lebenslagen beizutragen.

Schlüsselwörter: Familiengesundheit, Family Health Nurse, öffentlicher Gesundheitsdienst

an dem Tag einen „Ausflug“ ins Möbelgeschäft. Herr Y. sitzt auf dem Beifahrersitz und erzählt in seinem gebrochenen Deutsch, dass er früher auch gerne Auto gefahren ist. Er fragt dann ganz vorsichtig, ob er mal das Lenkrad und den Gangschalter anfassen könne. Auf dem Parkplatz des Möbelhauses setzt er sich mit Hilfe auf den Fahrersitz. Er fasst ganz vorsichtig das Lenkrad und den Schaltknüppel an und strahlt über das ganze Gesicht. Der Knoten scheint geplatzt zu sein. Trotz der Sprachschwierigkeiten ist es möglich, ein Gespräch zu führen und kleine Witze zu machen. Seit diesem Ausflug ist Herr Y. immer bei den Hausbesuchen anwesend, spricht Probleme an und beteiligt sich aktiv an den Gesprächen, die von seiner Frau übersetzt werden.

Fortschritte in der Familie

Ein halbes Jahr ist die Familiengesundheitspflegerin nun in der Familie tätig. Vieles konnte verbessert werden:

- Die Familiengesundheitspflegerin hat ein Vertrauensverhältnis zu der Familie aufgebaut; was sie empfiehlt, wird angenommen und umgesetzt.
- Adiles Mahlzeiten verlaufen ungestörter und sie hat gut zugenommen.
- Frau Y. hat einen festen Ansprechpartner für die Korrespondenz mit den Ämtern, vieles kann sie selbst machen.
- Ihr Selbstbewusstsein ist gewachsen und Dinge, die erledigt werden müssen, werden nicht mehr aufgeschoben.
- Der Kontakt mit dem Kinderarzt, dem sozialpädiatrischen Zentrum, der krankengymnastischen Praxis und der Frühförderung ist unkompliziert.

- Die Arzttermine des Vaters werden besser in den Tagesablauf integriert.
- Der Kontakt zum Sozialamt, dem Ausländeramt und einer Selbsthilfeorganisation für Menschen mit Migrationshintergrund ist hergestellt.

Die Besuche der Familiengesundheitspflegerin werden in Absprache mit den Eltern seltener. Durch eine fieberhafte Infektion von Adile rücken erneut medizinische Themen in den Vordergrund: Der Umgang mit Fieber löst große Ängste bei den Eltern aus. Die Familiengesundheitspflegerin vermittelt ihnen, dass Medikamente nur gezielt verabreicht werden dürfen und in einer festgelegten Dosis. Bei den kommenden Besuchen möchte die Familiengesundheitspflegerin noch weitere Themen ansprechen:

- den Umgang mit Krankheit und Behinderung.
- das Trauma von Herrn Y.
- den fehlenden Kontakt zur Familie von Frau Y.
- den Aufbau von sozialen Kontakten und einem sozialen Netzwerk.
- eine stärkere Einbindung Herrn Y.'s in die Versorgung des Kindes.
- eine weitere Entlastung von Frau Y.

Die Geschichte von Adile zeigt, wie komplex die Aufgaben in der Familiengesundheitspflege sind. Deutlich wird auch der hohe Nutzen, den die gesamte Familie durch die gesundheitsorientierte, familiensystemische und aufsuchende Beratung erfährt.

Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept der WHO

Als das gesundheitliche Rahmenkonzept „Gesundheit 21“ 1998 gestartet wurde, empfahl die WHO eine neue

pflegerische Qualifikation einzuführen, die „Family Health Nurse“. Diese Fachkraft für Gesundheitsförderung und Prävention setzt den Fokus auf die gesamte Familie und verbindet die häusliche Pflege in der Zielgruppe „Familie“ mit dem Public-Health-Ziel „Gesundheit“.

Familiengesundheitspflegende beraten Familien zu allen gesundheitlichen Fragen, unterstützen in Krisen- oder Umbruchsituationen und vermitteln im Bedarfsfall zwischen Hausarzt und anderen Gesundheitsberufen. Seit 2005 qualifiziert der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) in Kooperation mit sieben Weiterbildungsinstituten Pflegefachkräfte und Hebammen zu Familiengesundheitspflegerinnen und -hebammen. Dazu wurde 2009 das Kompetenzzentrum Familiengesundheitspflege, gefördert von der Robert Bosch Stiftung, gegründet. Die Zahl der Absolventinnen ist zwar noch klein, jedoch sind einige – und das ist besonders erfreulich – in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes tätig und setzen dort Elemente der „Family Health Nurse“ um.

Trotzdem muss das Bewusstsein für die Bedeutung präventiver und gesundheitsförderlicher Strukturen in allen Bereichen der Politik noch viel stärker beachtet werden. So vertritt Prof. Dr. Friedhelm Hengsbach, emeritierter Professor für christliche Gesellschaftsethik, die These, dass Prävention eine „gesellschaftliche und politische Bringeschuld“ ist. Seiner Meinung nach solle es einen Rechtsanspruch auf präventive Maßnahmen geben: Die Verantwortung müsse zuerst beim Staat liegen, da dieser die Rahmenbedingungen schafft, in denen Krankheiten (aber auch Arbeitslosigkeit, Stress, Gewalt, Ausgrenzung usw.) entstehen. Erst müsse die Politik handeln, bevor die persönliche Verantwortung beginne. Eine individuelle Verantwortung für die eigene Gesundheit könne den politischen Rahmen nicht ersetzen (Hengsbach 2010).

Soziale Determinanten nehmen immer mehr Einfluss auf die Gesundheit in der Bevölkerung. Daher empfiehlt es sich, Soziales und Gesundheit strukturell auf Regierungsebene zusammenzufassen und Gesundheitspolitik in allen Politikbereichen zu verorten (vgl. auch Ottawa-Charta 1986). Darauf zu bestehen, dass Gesundheitsförderung

und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgaben anzuerkennen und nicht in der Verantwortlichkeit der Krankenkassen zu belassen sind, bleibt weiter angezeigt. Aber auch die Krankenkassen sind im Sinne einer sozialen Kompensation gefordert, durch Leistungen zur Primärprävention dazu beizutragen, dass sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen vermindert wird. Hierzu hat der GKV-Spitzenverband den „Leitfaden Prävention“ beschlossen, in dem prioritäre Handlungsfelder und Bedarfskriterien festgelegt sind. Erfolgversprechende Orte des Handelns sind nach dem Setting-Ansatz Kitas, Schulen und/oder Familien in sozial benachteiligten Quartieren.

Kindeswohl vor Kinderschutz

In den vergangenen Jahren ist die Gesellschaft für familiäre Belastungen bis hin zu Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern und Jugendlichen sensibilisiert worden. Diese Entwicklung ist sehr positiv, resultieren daraus doch unterschiedliche Initiativen und Projekte auf Bundes- und Landesebene, wie zum Beispiel das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ (NFZA). Auch die Initiative, den Kinderschutz zu stärken, ist zu begrüßen (Bundeskinderschutzgesetz 2011). Dabei sollte man jedoch beachten, dass echter „Kinderschutz“ als Sammelbegriff für rechtliche Regelungen und Maßnahmen nicht-staatlicher und staatlicher Instanzen zum Schutz von Kindern vor Übergriffen, Ausbeutung, Verwahrlosung usw. nur in ganz wenigen Fällen greift, beispielsweise dadurch, dass die Behörden ein Kind aus seiner Familie herausnehmen. Doch gefährdet sind Kinder schon lange vorher. Es geht hier um das Kindeswohl, und dieses zu schützen ist eine riesige Herausforderung für unsere Gesellschaft und muss viel früher beginnen, zum Beispiel dadurch, dass man Familien in prekären Situationen umfassend unterstützt.

Hier ist auch die Pflege gefragt! Pflegekräfte sind mit großem Engagement dabei (teils ehrenamtlich, teils professionell), das Handlungsfeld Familiengesundheitspflege mit Leben zu füllen. Es ist an der Zeit, auch im öffentlichen

Gesundheitsdienst verstärkt die Expertise der Pflege einzubeziehen und als Ressource zu begreifen, wenn es darum geht, Gesundheit zu erhalten, zu fördern und durch Prävention zu schützen. Nur im Schulterschluss aller Akteure ist Gesundheit zu erreichen – die Pflege muss sich ihrer Verantwortung bewusst sein und die Bereitschaft mitbringen, sich den Herausforderungen zu stellen. <<



Link-Tipp

www.familiengesundheitspflege.de



Literatur

Fallbeispiel einer Familiengesundheitspflegerin (2009). Unveröffentlicht.

GKV-Spitzenverband (2010) *Leitfaden Prävention*. http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/GKV_Leitfaden_Pr%C3%A4vention_RZ_web4_2011_15702.pdf, download am 24.03.2011.

Hengsbach F. (2010) *Prävention – eine gesellschaftliche Bringschuld*. Unveröffentlichter Vortrag auf der Fachtagung Prävention und Gesundheitsförderung, Berlin, 20.10.2010. Presstext des Veranstalters unter http://www.damid.de/presse/pm/101021pm_praevention.pdf, download am 13.03.2011.

Kurth B.M. (2007) *Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements*. In: Bundesgesundheitsblatt. *Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys*. Band 50, H. 5/6.

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986). http://www.dngfk.de/fileadmin/user_upload/website/dngfk/Grundsatzdokumente/1986_Ottawa-Charta.pdf, download am 24.03.2011.

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

Autorenkontakt:

Andrea Weskamm, arbeitet im Kompetenzzentrum Familiengesundheitspflege des DBfK. Sie ist Dipl.-Pflegerin, Hebamme und Gesundheits- und Krankenpflegerin.
Kontakt: Salzufer 6, 10587 Berlin.
 E-Mail: weskamm@dbfk.de