

Familiengesundheit

Ein neues Handlungsfeld
für Pflegende und Hebammen



Gefördert von der Robert Bosch **Stiftung**

Stark für
die Pflege



DBfK

Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe



Gefördert von der Robert Bosch Stiftung
4. überarbeitete und erweiterte Auflage

Herausgeber:

Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung gGmbH
Kompetenzzentrum Familiengesundheitspflege
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Bundesverband e.V.
Salzufer 6
D-10587 Berlin

Tel.: +49 30/21 91 57 0
Fax: +49 30/2 91 57 77
E-mail: dbfk@dbfk.de
Internet: www.familiengesundheitspflege.de

Redaktionelle Bearbeitung:
Andrea Weskamm DBfK, Dörte Schüssler
© DBfK 2009
Grafik: vincent.dilg.design.com, www.burning-ideas.com

Vorwort



Fast täglich lesen wir Nachrichten über misshandelte und vernachlässigte Kinder, Alkohol- und Drogenexzesse bei Jugendlichen, überforderte Eltern, vereinsamte Ältere oder überlastete pflegende Angehörige. Diese Berichte sind erschütternd.

Die Bundesregierung setzt sich intensiv für die Stärkung von Familien ein. Die Familienförderung umfasst dabei neben Steuersenkungen, Kindergelderhöhungen und der Einführung des Elterngeldes auch gesundheitsbezogene Maßnahmen, wie z.B. den Aufbau eines nationalen Frühwarnsystems oder die Einführung der Pflegezeit für die Angehörigen hilfebedürftiger Familienmitglieder. Trotz aller Fördermaßnahmen ist der Zugang zu den Familien schwierig. Die Familie ist ein Ort der Privatheit und Intimität und bleibt dem Zugriff staatlicher Kontrollen weitgehend entzogen. Einen erprobten Zugangsweg bietet die Familiengesundheitspflege.

Angesichts der drängenden sozial- und gesundheitspolitischen Herausforderungen stellt die Familiengesundheitspflege ein dringend benötigtes Leistungsangebot für vulnerable Gruppen dar. Familiengesundheitspflegerinnen und –hebammen kommen zu den Familien nach Hause. Sie helfen den Familien ihren Alltag zu meistern und unterstützen sie in vielfältigen Gesundheitsfragen. Der Vertrauensvorschuss, den Pflegende und Hebammen in der Bevölkerung genießen, erleichtert den Zugang in die Familien.

Für Pflegende und Hebammen bietet Familiengesundheitspflege eine Möglichkeit, die eigenverantwortliche Betreuung und Versorgung von Familien in allen Lebenssituationen im Sinne einer Advanced Nursing Practice oder einer Advanced Midwifery Practice professionell zu gewährleisten. Wie dies in der Praxis aussieht, zeigen Fallbeispiele im folgenden Text.

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe DBfK setzt sich dafür ein, dass die Potenziale der Pflegenden und Hebammen für die Gesundheit der Bevölkerung anerkannt und genutzt werden. Er unterstützt die Forderung der Weltgesundheitsorganisation nach einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (healthy public policy). Politik und Gesellschaft sind aufgefordert sich der Frage zu stellen: Können wir es uns leisten, uns die Familiengesundheitspflege nicht zu leisten?

*Gudrun Gille, Präsidentin DBfK
im Juni 2009*

Inhalt

	Vorwort	3
1	Familien – Fundament und Potenzial für Gesundheit	5
1.1	Die Familie als Sozialisationsinstanz	5
1.2	Die Familie als Ressource in der Betreuung und Pflege	6
1.3	Die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Deutschland	7
2	Public Health – Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik	8
2.1	Pflegende und Hebammen im Kontext von Public Health	10
3	Familiengesundheitspflege – ein neues Angebot für vulnerable Gruppen	11
3.1	Das Konzept der Familiengesundheitspflege	12
3.2	Ein Beispiel aus der Praxis: Frau S., demenziell erkrankt	13
3.3	Neuausrichtung auf Gesundheitsförderung und Prävention	14
3.4	Familiensystemischer Ansatz	14
3.5	Ein Beispiel aus der Praxis: die Familiengesundheitshebamme	15
3.6	Aufsuchende Betreuung im häuslichen Umfeld	16
3.7	Ein Beispiel aus der Praxis: Yamal darf nach Hause	17
4	Ergebnisse der Begleitforschung	19
5	Die Weiterbildung Familiengesundheit	21
6	Das Kompetenzzentrum Familiengesundheitspflege	23
7	Ausblick	23

1 Familien – Fundament und Potenzial für Gesundheit

„Grundsätzlich ist die Familie für den allergrößten Teil der Bevölkerung unverändert mit Abstand das wichtigste Lebensfeld, weit vor Beruf und Freizeitaktivitäten.“

(Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Familienmonitor 2008)

Familien bilden das Fundament unserer Gesellschaft. Sie stellen mit die wichtigste Ressource für die Gesundheit der Bevölkerung dar. Die Familie befindet sich im Hinblick auf die Familienstrukturen und ihre Funktionen im Wandel, doch ihre Bedeutung für den Einzelnen und die Gesellschaft bleibt bestehen (BMFSFJ 2009a, Gehring 2001).

Im Jahr 2006 lebten in Deutschland knapp 8,8 Millionen Familien mit mindestens einem minderjährigen Kind.¹ Hiervon waren mehr als 6,5 Millionen „traditionelle Familien“, d.h. Ehepaare mit Kindern (Radermacher 2007). Der Anteil alternativer Familienformen wie z.B. Einelternfamilien, Stieffamilien, unverheiratete Paare gleichen und verschiedenen Geschlechts mit Kindern nimmt zu (Schnabel 2005:2). Jede fünfte Familie ist alleinerziehend; das betrifft 2,2 Millionen Kinder. Die Zahl der Haushalte mit minderjährigen Kindern sinkt und immer seltener wohnen drei oder mehr Generationen in einem gemeinsamen Haushalt. Im Jahr 2007 lebte in 30% der Haushalte mindestens eine Person im Seniorenalter (Statistisches Bundesamt 2009).

Mit dem Wandel in den Familienstrukturen verändert sich auch die Rollenverteilung innerhalb der Familien. So wünschen sich z.B. 73% der Männer zwischen 15 und 41 Jahren heute eine Ausweitung der Vätermonate, um sich an der Betreuung des Neugeborenen zu beteiligen (BMFSFJ 2009b).

1.1 Die Familie als Sozialisationsinstanz

Die Familie fungiert als primäre Sozialisationsinstanz. Sie prägt Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensweisen, Krankheits- und Gesundheitskulturen, Bewältigungskompetenzen und unterstützt sozio-emotionale Bindungen (vgl. Schnabel 2001:20, 76f.). Kein anderes System entfaltet seine Wirkungen so früh im Leben von Menschen. In der Familie lernen wir, wie man sich gegenüber eigener und fremder Krankheit verhält. Die Familie vermittelt grundlegende Einstellungen und Verhaltensweisen, die über die Lebenstüchtigkeit, Gesundheitspotenziale und psychosomatische Erkrankungsrisiken entscheiden (Schnabel 2005:1). Die Familie kann selbst als Entlastungs-, aber auch als Belastungsfaktor fungieren. Sie birgt protektive wie auch pathogene Potenziale, sie formt gesundheitsförderliche Lebensweisen ebenso wie gesundheitsgefährdendes Verhalten (Kolip 2003, Schnabel 2001). Falsche Essgewohnheiten, der Gebrauch von Drogen, fehlende Bewegung und Stress sind Faktoren, die Auswirkungen auf unsere Gesundheit haben und z.B. zu Herz-Kreislaufkrankungen, Einschränkungen im Bewegungsapparat oder Lungenerkrankungen führen können. „Wissen und Integrieren von Gesundheit in die persönliche, familiäre alltägliche Lebensgestaltung sind als Selbstverständlichkeit in erheblichem Umfang verloren gegangen. Dies lässt sich besonders an Aspekten wie Ernährung und Essverhalten, Bewegung oder Belastungen durch Suchtmittelgebrauch, Medienkonsum oder Fehlgebrauch von Pharmaka aufzeigen“ (Jugendministerkonferenz 2005 zitiert von Altgeld 2006:29).

¹ Im Mikrozensus umfasst die Familie im statistischen Sinn alle Eltern-Kind- Gemeinschaften mit mindestens einem ledigen Kind im Haushalt. Eingeschlossen sind Ehepaare, nichteheliche (gegengeschlechtliche) und gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften sowie Alleinerziehende (Statistisches Bundesamt 2008b).

1.2 Die Familie als Ressource in der Betreuung und Pflege

Nach Schnabel (2003:4) hat Familie viele Funktionen, z.B. als Rückzugs- und Ruheraum, zur erholsamen Freizeitgestaltung oder als Betreuungsinstanz in Fällen von Behinderung und Krankheit. So wurden laut Statistischem Bundesamt (2008) im Jahre 2007 von insgesamt 2,25 Millionen Pflegebedürftigen (im Sinne der sozialen Pflegeversicherung) mehr als zwei Drittel zu Hause versorgt. Davon wurden mehr als eine Million Pflegebedürftige allein durch Angehörige, weitere 504.000 Pflegebedürftige zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste gepflegt. Die Familie wird somit zu Recht als „größter ambulanter Pflegedienst der Nation“ bezeichnet (Enquête-Kommission 2005). Inwieweit diese familiären Pflegepotenziale, die vor allem durch 50-70-jährige Frauen getragen werden (RKI 2004:47), auch in Zukunft ausreichen, ist ungewiss. Bereits heute sind viele Familien mit der Pflege von erkrankten oder von Behinderung betroffenen Angehörigen überlastet. Diese Belastungen, die sich u.a. in Rücken- und Schulterschmerzen, Herz- und Kreislaufbeschwerden, Schlafstörungen und psychischen Problemen äußern, führen zu erheblichen Gesundheitseinschränkungen. Soziale Kontakte werden reduziert und häufig kommt es zu finanziellen Einbußen (Enquête-Kommission 2005, Koeppel et al. 2003). Auch Kinder und Jugendliche übernehmen z.T. die Pflege ihrer kranken Eltern und sind hierdurch besonderen Belastungen ausgesetzt (Metzing 2007). Gesundheitlich gefährdete, kranke oder pflegebedürftige Familienmitglieder stellen eine umso größere Herausforderung für den Zusammenhalt und die Gesundheit der Familienmitglieder dar, je geringer die finanziellen und personellen Ressourcen sind (Schnabel 2001:78). Hinzu kommt, dass familienunterstützende und -ergänzende professionelle Dienste bislang zu selten bzw. zu spät in Anspruch genommen werden (Kofahl & Mnich 2005).

Die Ausführungen zeigen, dass es in Deutschland eine steigende Zahl von Familien gibt, die in mehrfacher Hinsicht hoch belastet sind. Diese Familien setzen täglich einen großen Teil ihrer personellen, zeitlichen, finanziellen Ressourcen ein, um ihrer (vermeintlichen) sozialen Verpflichtung gerecht zu werden – und immer häufiger scheitern sie daran. Nach Schnabel (2003:3) sind als Adressaten für Gesundheitsförderung besonders auch jene Familien wichtig, die bislang unauffällig, aber dennoch dekompressionsgefährdet sind.

Das Gutachten des Sachverständigenrates zur Entwicklung im Gesundheitswesen 2009 konstatiert, dass die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung davon abhängt, „inwieweit es gelingt, das informelle Hilfef Potenzial zu stärken und zu einem produktiven Zusammenwirken von professioneller und informeller Hilfe zu gelangen“. Allein aufgrund des steigenden Alters der Kinder hochbetagter Eltern ist davon auszugehen, dass das Pflegepotenzial von Familien instabiler wird. „Daher“ so die Empfehlung des Rates „ist es notwendig, künftig vermehrt zu gemischten Pflegearrangements zu gelangen. Solche Arrangements setzen ein integriertes Zusammenwirken von professioneller und informeller Pflege voraus“. Sie erfordern seitens der Pflege eine Überwindung der individuenzentrierten zugunsten einer familienorientierten Arbeitsweise – wie sie dem Family Health Nursing Konzept der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zugrunde liegt (SVR 2009:118).

1.3 Die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Deutschland

Drei große Trends bestimmen die Entwicklung der Gesundheit in der Bevölkerung. Hierzu gehören laut Rosenbrock und Gerlinger (Friedrich-Ebert-Stiftung 2006:38):

- die steigende Lebenserwartung,
- die Dominanz chronischer, aber vermeidbarer Krankheiten und
- die ungleiche Verteilung der Gesundheitschancen.

Die Lebenserwartung steigt pro Jahrzehnt um etwas mehr als ein Jahr (Friedrich-Ebert-Stiftung 2006:9). Ein heute geborenes Kind wird mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent 100 Jahre alt werden (Bertram 2008). Während 1950 etwa 700 000 Menschen 80 Jahre und älter wurden, waren es 2007 mehr als fünfmal so viele (3,9 Millionen). Die Gruppe der unter 20-Jährigen sank demgegenüber von 20,8 Millionen (1950) auf 15,9 Millionen (2007) (Tabelle 1).

Jahrgang	20 Jahre und jünger	80 Jahre und älter
1950	20,8 Millionen	0,7 Millionen
2007	15,9 Millionen	3,9 Millionen

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung in Deutschland nach Altersgruppen (Statistisches Bundesamt 2009)

Die Zahl chronisch kranker Menschen steigt. Sie sind in ihrer Lebensqualität meist erheblich eingeschränkt und lebenslang auf medizinische und soziale Behandlung und Betreuung angewiesen. Hinzu kommen finanzielle Belastungen für die Betroffenen wie auch die Gesellschaft. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Krebserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus Typ II), chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, chronische Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Erkrankungen verursachen mehr als zwei Drittel der Ausgaben der Krankenversorgung (Friedrich-Ebert-Stiftung 2006:10). Wie die Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (RKI 2008) zeigen, sind aber nicht nur ältere Menschen betroffen. Auch bei Kindern und Jugendlichen haben chronische Erkrankungen, Übergewicht und Verhaltensauffälligkeiten stark zugenommen. Circa 13% der Kinder leiden an Bronchitis oder Neurodermitis; je 15 % sind übergewichtig, haben Verhaltensauffälligkeiten oder emotionale Probleme (Bertram 2008). Allerdings sind diese Erkrankungen größtenteils vermeidbar – und zwar durch den Abbau von Gesundheitsbelastungen in der physischen und sozialen Umwelt, durch Vermeidung von Fehlanreizen in der Ausbildung, bei der Arbeit und beim Konsum sowie durch eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens. Beispielhaft sei hier das Rauchverhalten genannt: In keinem anderen Industrieland rauchen so viele Kinder und Jugendliche wie in Deutschland (ca. 20% der Elf- bis 17-Jährigen) (ebd).

2 Public Health – Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik

Das deutsche Gesundheitssystem gilt weltweit als eines der besten (Sawicki & Bastian 2008). Allerdings ist es bislang v.a. auf Kuration (Heilung) und Therapie (Krankheitsbehandlung) ausgerichtet. Dies spiegelt sich in den Ausgaben des Gesundheitssystems wie auch in der gesetzlichen Rahmenregelung im deutschen Gesundheitswesen wider. Für präventive Ansätze stehen nur etwa 4% des gesamten Budgets der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung (Hurrelmann et al. 2004:14). **Abbildung 1** veranschaulicht den Versorgungsablauf, welcher Therapie und Kuration in den Mittelpunkt der Versorgung stellt. Dabei werden die „Versorgungssegmente“ Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie/Kuration, Rehabilitation und Pflege als aufeinander folgende Schritte im Verlauf einer Erkrankung betrachtet. Ihre Größe symbolisiert ihr jeweiliges Gewicht im Gesundheitswesen (ebd.). Pflege steht dabei am Ende der Versorgungskette. Diese Perspektive spiegelt sich im elften Sozialgesetzbuch, dem Pflegeversicherungsgesetz wider.

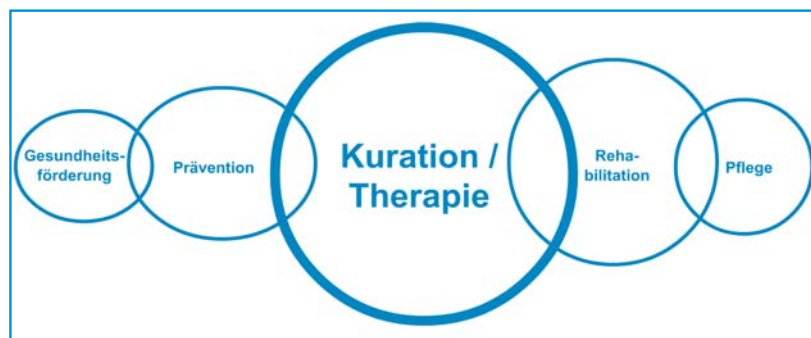


Abbildung 1: Der Versorgungsablauf: eine vereinfachte Darstellung des Ist-Zustandes der Gewichte der einzelnen Versorgungssegmente des Gesundheitssystems (aus Hurrelmann et al. 2004:15). Abgedruckt mit freundlicher Genehmigung des Hans Huber Verlags.

Angesichts der beschriebenen Veränderungen im Krankheitsspektrum und der damit verbundenen Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen und volkswirtschaftliche ökonomische Konsequenzen ist eine Neuausrichtung im Gesundheitswesen auf Gesundheitsförderung und Prävention dringend erforderlich. Beratung sollte nicht erst stattfinden, wenn bereits eine Erkrankung vorliegt. Präventive aufsuchende Angebote fehlen bislang in den Versorgungsstrukturen. Partizipation und Eigenverantwortung von Patienten erhalten nicht die ihnen im Rahmen der Gesundheitsversorgung zukommende Bedeutung.

Vieles spricht dafür, dass sich die Gesundheitsversorgung durch die Integration von Gesundheitsförderung und Prävention verbessern ließe (Hurrelmann et al. 2004:16). Während über Kosteneinsparungen durch eine gezielte Präventionspolitik noch kontrovers diskutiert wird, gilt es mittlerweile als unumstritten, dass Gesundheitsförderung und Prävention einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität haben, weil die Anzahl gesunder Lebensjahre steigt (ebd.). Dieses ist auch der Gegenstandsbereich von Public Health.

Public Health ist die Wissenschaft und die Kunst, Krankheiten zu verhüten, Leben zu verlängern und Gesundheit zu fördern. Dieses sollte durch die organisierten Anstrengungen der Gesellschaft, sprich (gesundheits)politische Maßnahmen erfolgen (Hurrelmann & Laaser 1993). Dabei geht Public Health über die rein medizinische Sichtweise hinaus und zielt auf ein interdisziplinäres arbeitsteiliges Vorgehen (Brieskorn-Zinke 2004:36). Die Einführung der Anschnallpflicht 1978 in Deutschland oder die Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gegen AIDS sind Beispiele für gelungene, präventive Maßnahmen im Sinne von Public Health.

Die WHO nimmt bei der Etablierung von gesundheitsfördernden Strukturen eine Schlüsselrolle ein. Die **Ottawa Charta** zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) gilt als Ausgangspunkt für ein neues Gesundheitsverständnis und als Startsignal für die Einführung von gesundheitsfördernden Strategien.

Die Krankheitsorientierung traditioneller Präventions- und Gesundheitserziehungsprogramme wurde aufgegeben (Altgeld & Kolip 2004:43). Flankierend dazu erarbeitete die WHO den Setting-Ansatz (Lebenswelt-Ansatz) als wichtigste Umsetzungsstrategie von Gesundheitsförderung. Der Begriff „Setting“ wird hierbei verstanden als „ein Ort oder sozialer Kontext, in dem Menschen ihren Alltagsaktivitäten nachgehen, im Verlauf derer umweltbezogene, organisatorische und persönliche Faktoren zusammenwirken und Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen“ (WHO 1998:23). Dabei umschließt **Gesundheitsförderung** nach der WHO Handlungen und Aktivitäten, die auf die Stärkung der Kenntnisse und Fähigkeiten von Individuen gerichtet sind. Hinzu kommen Aktivitäten, die die sozialen, ökonomischen und Umweltbedingungen so verändern, dass sie eine positive Wirkung auf die individuelle und öffentliche Gesundheit haben (WHO 1998).

Als Strategien hierzu dienen:

- **Advocacy:** anwaltschaftliches Eintreten für die Belange einer Person,
- **Empowerment:** Menschen befähigen, selbstbestimmt ihr Leben zu führen,
- **Mediation:** vermitteln zwischen unterschiedlichen gesellschaftlichen Interessen und
- **Participation:** aktive Beteiligung ist essentiell, um Gesundheitsförderungsaktivitäten zu erhalten (WHO 1998:2).

Grundlage der Gesundheitsförderung ist das Modell der Salutogenese von Antonovsky. Hier steht im Gegensatz zur Pathogenese nicht die Entstehung von Krankheiten im Vordergrund, sondern die Frage, was Menschen trotz Risiken und Belastungen gesund erhält (Altgeld & Kolip 2004:41). Während durch gesundheitsförderliche Maßnahmen Gesundheit bzw. Wohlbefinden gesteigert werden soll, ist die Prävention auf das Vermeiden von Erkrankungen bzw. deren Risikofaktoren gerichtet.

Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen können sich entweder auf eine Änderung des Verhaltens der einzelnen Person richten (**verhaltensbezogene** Intervention) oder auf eine Änderung des sozialen Umfelds, der gesellschaftlichen oder rechtlichen Rahmenbedingungen (**verhältnisbezogene** Interventionen). Besonders wirkungsvoll ist Gesundheitsförderung, wenn verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionen miteinander kombiniert werden (Altgeld & Kolip 2004:42). Hierzu bietet der Setting-Ansatz sehr gute Voraussetzungen.

Abbildung 2 veranschaulicht den Sollzustand der Versorgungssegmente im Gesundheitswesen und stellt die Schnittmengen der Bereiche dar. Gesundheitsförderung und Prävention betreffen alle Segmente.

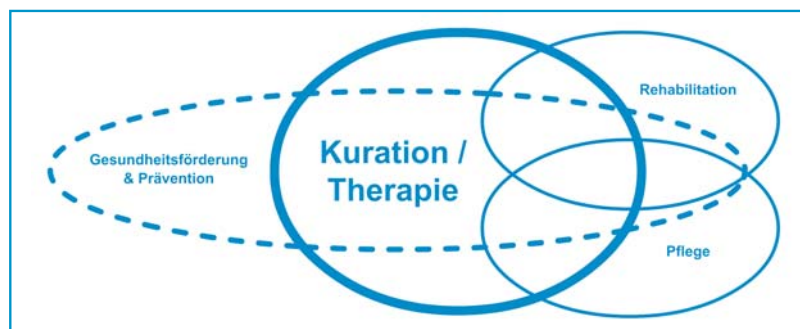


Abbildung 2: vereinfachte Darstellung des Soll- Zustandes der Versorgungssegmente des Gesundheitssystems (aus Hurrelmann et al, 2004:17). Abgedruckt mit freundlicher Genehmigung des Hans Huber Verlags.

2.1 Pflegende und Hebammen im Kontext von Public Health

In Deutschland spielen Pflegende und Hebammen im Kontext von Public Health bislang nur eine untergeordnete Rolle (vgl. Enquête-Kommission 2005:502). Pflegerische Konzepte zur Veränderung von gesundheitlichen Rahmenbedingungen stehen noch am Anfang. Dennoch können Pflegende als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen durch ihre besondere Nähe zu den Klienten eine Schlüsselrolle im Bereich von Public Health einnehmen (Brieskorn-Zinke & Weyand 2008:486). „Die Erklärung von München“, die im Jahr 2000 von der WHO-Ministerkonferenz Pflege- und Hebammenwesen verabschiedet wurde, befasste sich mit der einzigartigen Rolle, die die sechs Millionen Pflegenden und Hebammen in Europa für Gesundheitsförderung und Prävention spielen. So wurden seit der ersten WHO-Konferenz Pflege- und Hebammenwesen 1988 Schritte unternommen, um das berufliche Prestige von Pflegenden und Hebammen zu stärken und das Potenzial dieser Berufsgruppen besser auszuschöpfen. Dazu gehörte z.B. die Unterstützung von familienorientierten Pflege- und Hebammenprogrammen und -diensten, wie z.B. die Familiengesundheitspflege. In Deutschland thematisierte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in diversen Jahresgutachten die Rolle der Pflege (SVR 2003, 2005, 2007, 2009) und empfahl dringend, die bislang brachliegenden präventiven und gesundheitsfördernden Potenziale der Pflegeberufe zu entwickeln und auszuschöpfen und zu einem präventiv ausgerichteten Gesundheits- und Versorgungssystem zu gelangen. „Der Rat empfiehlt, die Prävention von Pflegebedürftigkeit zu einem herausgehobenen Gesundheitsziel der altersgewandelten Gesellschaft zu erklären“ (SVR 2009:114).

In der Pflegepraxis gewinnen präventive und gesundheitsfördernde Aufgaben, wie z.B. Anleitung, Beratung und Information von Menschen mit Beeinträchtigungen und zur Kompetenzerhaltung an Bedeutung (Ströbel 2004:249f.). Sturzprävention, (In)Kontinenzberatung, Schmerzmanagement oder Patientenedukation sind Beispiele hierfür. Pflegende werden als geeignete Berufsgruppe für präventive Hausbesuche zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit bei älteren Menschen angesehen (Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. 2006). Im Rahmen der Berufsausbildungen und -fortbildungen werden zunehmend gesundheitsbezogene Angebote entwickelt und z.B. in Kindergärten oder Schulen durchgeführt. Exemplarisch als ein Handlungsfeld von Public Health sei hier die „Schulgesundheitspflege“ erwähnt: Die Schulgesundheitspflegerin (School Health Nurse) ist sowohl für Fragen rund um die Gesundheit, Sexualität, Sucht etc als auch für die Erstversorgung im Falle kleinerer Verletzungen zuständig (Kocks 2009:246). Neben den Schulen, Kindertagesstätten und Betrieben wird jedoch die Familie als Setting zur Umsetzung von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen noch viel zu wenig beachtet. Nach Empfehlung des Sachverständigengutachtens 2005 kann dort – speziell auf die Lebenssituation der Familie zugeschnittene – Primärprävention² erfolgen.

² Unter Primärprävention werden alle Maßnahmen verstanden, die geeignet sind, eine Krankheit zu verhindern bzw. ihre Entstehung zu verlangsamen. Die Sekundärprävention soll eine Verschlimmerung verhindern. Wenn es bereits zu Beeinträchtigungen gekommen ist, soll die sogenannte Tertiärprävention das Ausmaß der Behinderung und den Umgang mit ihr günstig beeinflussen.

3 Familiengesundheitspflege – ein neues Angebot für vulnerable Gruppen

„Die Familiengesundheitspflege entwickelt sich zu einem Spezialgebiet und stellt damit ein bedeutsames Bindeglied dar zwischen dem traditionellen Weg, sich auf Dienstleistungen für Einzelne mit akuten und episodischen Gesundheitsproblemen zu konzentrieren, und dem sich entwickelnden Modell der primären Gesundheitsversorgung, die sich an alle Familienmitglieder in ihrem sozialen Umfeld oder an ihrem Arbeitsplatz wendet.“

(McHugh M./Cotroneo M. 2000: 147)

Familiengesundheitspflege³ (Family Health Nursing and Midwifery) ist ein von der WHO entwickelter Ansatz zur Stärkung der Gesundheit der Bevölkerung durch die Etablierung familien- und gesundheitsorientierter, gemeindenaher Dienstleistungsangebote von Family Health Nurses (WHO 2000a). Dieser neue Typ von Pflegenden wird in „Gesundheit 21“, dem gesundheitspolitischen Rahmenkonzept der WHO in Europa eingeführt. „Gesundheit für alle“ wurde 1981 als globale Strategie beschlossen und ist seither Überschrift über ein detailliertes Arbeitsprogramm zur Veränderung der Weltgesundheitspolitik. Dem liegt die Erkenntnis zugrunde, dass der weitere Ausbau des stationären Krankenwesens und die Konzentration auf eine immer perfektere Krankheitsbehandlung den Gesundheitsproblemen der Zeit nicht gerecht werden. Daher wurde zur Neuorientierung im Gesundheitswesen aufgerufen und gemeindenaher, bedürfnisorientierte, alltagsnahe und niederschwellige Angebote der Gesundheitssicherung und -versorgung empfohlen (Brieskorn-Zinke 2004:21).

Die Family Health Nurse ist Teil dieses Konzeptes: Sie soll „innerhalb eines multidisziplinären Teams von Gesundheitsfachkräften einen Beitrag zur Verwirklichung der in diesem Konzept dargelegten 21 Ziele für das 21. Jahrhundert“ leisten (WHO 2000b). Oberstes Ziel ist dabei, die in der Deklaration von Alma Ata (WHO 1978) konkretisierte Vision der „Gesundheit für alle“ zu realisieren (WHO 1999). Eine der vier Hauptstrategien, die „integrierte familien- und gemeindeorientierte primäre Gesundheitsversorgung“⁴ bezieht sich direkt auf die Rolle der Family Health Nurse (WHO 1999:5).

Die von der WHO initiierte multinationale Pilotstudie zur Etablierung der Family Health Nurse untersuchte die Umsetzbarkeit der Familiengesundheitspflege innerhalb verschiedener Gesundheitssysteme. Darüber hinaus gab die Studie Auskunft darüber, welchen Beitrag die Familiengesundheitspflegerin/-hebamme zur gemeindenahen und familienorientierten gesundheitlichen Versorgung leisten kann (WHO 2006:13). Die Ergebnisse zeigten, dass Familiengesundheitspflege in verschiedenen Gesundheitssystemen umsetzbar ist und von vielen Regierungen in Europa unterstützt wird (WHO 2006:22). Jedoch muss die Rolle der Familiengesundheitspflegerin/-hebamme⁵ weiter präzisiert und eine nachhaltige Finanzierungsgrundlage geschaffen werden (WHO 2006:4). Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) hat als WHO-Kollaborationszentrum an dem Pilotprojekt der WHO zur Family Health Nurse teilgenommen und mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung und des Bundesministeriums für Gesundheit die Familiengesundheitspflege in Deutschland modellhaft umgesetzt.

³ Anstelle der englischen Bezeichnungen „Family Health Nurse“ und „Family Health Nursing and Midwifery“, werden im weiteren Text auch die Begriffe „Familiengesundheitspflegerin“ bzw. „Familiengesundheitshebamme“ und „Familiengesundheitspflege“ verwendet.

⁴ Die primäre Gesundheitsversorgung soll als erste Berührungsebene mit dem nationalen Gesundheitssystem gesundheitsfördernde, präventive, kurative und rehabilitative Dienste bereitstellen.

⁵ In dieser Broschüre wird für Personen die weibliche Bezeichnung verwendet; selbstverständlich sind Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen.

3.1 Das Konzept der Familiengesundheitspflege

Die Familiengesundheitspflege zeigt Möglichkeiten und Wege auf, wie beruflich Pflegende und Hebammen durch gesundheitsfördernde und präventive Leistungen einen Beitrag zur Unterstützung von Familien leisten können. Der Begriff „Familie“ ist im Konzept der Familiengesundheitspflege offen gehalten. Die Familie besteht aus jenen Mitmenschen, die eine Person als ihre Familie betrachtet. Sie fühlt sich mit den Familienmitgliedern emotional verbunden und pflegt den Kontakt zu ihnen (Friedemann & Köhlen 2003:37). Fürsorge und die Bereitschaft, Verantwortung für den anderen zu übernehmen, sind Kennzeichen der Familie (Gubrium & Holstein 1990 In: Gehring 2001:25). Damit umfasst der im weiteren verwendete Familienbegriff jegliche Form sozialen Zusammenlebens, d.h. sowohl traditionelle Familienstrukturen als auch Patchwork-Familien oder (gleichgeschlechtliche) Lebensgemeinschaften. Sie schließt auch das soziale Netzwerk (Gemeinde) des Betroffenen mit ein. Familiengesundheitspflege stellt ein neues Handlungsfeld von Pflegenden und Hebammen im Bereich von Public Health und primärer Gesundheitsversorgung dar.

Es wird kein neuer Gesundheitsberuf eingeführt, sondern die originären Aufgaben der Pflegenden und Hebammen um folgende Elemente erweitert:

1. die Neuausrichtung auf gesundheitsfördernde und präventive Leistungen,
2. die Umsetzung eines familiensystemischen Ansatzes und
3. die aufsuchende (präventive) Versorgung im häuslichen Umfeld.

Diese Elemente sind heute schon mehr oder weniger Bestandteil der Arbeit von Pflegenden und Hebammen, neu – und eine Herausforderung – ist die Synthese der drei Aspekte.

3.2 Ein Beispiel aus der Praxis: Frau S., demenziell erkrankt⁶

Suizidale Äußerungen von Frau S. veranlassen den Hausarzt zur Einweisung der Patientin in die psychiatrische Klinik. Bislang wurde sie von ihrem 80-jährigen Ehemann im gemeinsamen Haushalt betreut. Bei der Einweisung in die Klinik äußert Frau S., dass Sie „auf keinen Fall“ zum Ehemann zurück möchte. Es gibt Anzeichen für Gewalt von Herrn S. gegenüber seiner gleichaltrigen Ehefrau. Ein Familiengesundheitspfleger wird zur weiteren Betreuung hinzugezogen. Fraglich ist, wo Frau S. nach dem stationären Aufenthalt weiter betreut werden kann. Der Sohn wohnt mit Familie im Nachbarort und erklärt sich bereit seine Mutter zu betreuen. Allerdings ist er berufstätig und seine Frau mit dem dritten Kind schwanger. Die Tochter, 16 Jahre und der Sohn, 10 Jahre, leben im gleichen Haushalt. Bei einer gynäkologischen Untersuchung ist der Verdacht auf Down-Syndrom bei dem ungeborenen Kind geäußert worden.

Nach der Entlassung der Mutter zeigt sich schnell, dass die Familie des Sohnes mit der Pflege überfordert ist. Es kommt zu Streit zwischen den Eheleuten. Der Familiengesundheitspfleger initiiert eine Familienkonferenz. Wegen des schwierigen Vaters, der damit droht sich umzubringen, wenn seine Frau ins Altenheim verlegt werden sollte, wird ein fachärztlicher Rat eingeholt.

Der Familiengesundheitspfleger baut in 13 Hausbesuchen ein Vertrauensverhältnis zu den Familienmitgliedern auf. Zudem wird von ihm eine fachärztlich unterstützte Familienkonferenz in der psychiatrischen Klinik initiiert und diverse Telefonate geführt, die der Organisation und dem Zugang zu Hilfen dienen. Alle Familienmitglieder zeigen gesundheitliche Stresssymptome; mit Hilfe eines Familienassessments mit ASF-E⁷ wird der Familie bewusst, woher der Stress kommt. Die junge Familie nimmt weitere ambulante Hilfen für die häusliche Pflege wie Tagespflege, Kurzzeitpflege an. Für die Geburtsvorbereitung wird eine Hebammenbegleitung und Familienpflege in Anspruch genommen.

Durch die Interventionen des Familiengesundheitspflegers wird erreicht, dass:

- es der demenzkranken Frau besser geht und ein weiterer Krankenhausaufenthalt vermieden werden kann,
- SGB XI-Pflegeleistungen (ambulanter Pflegedienst) in Anspruch genommen werden und dadurch die Familienangehörigen, insbesondere der Ehemann entlastet wird,
- für die Familienangehörigen der Umgang mit der demenzkranken Großmutter erleichtert wird,
- die häusliche Situation im Hinblick auf die bevorstehende Geburt und das Wochenbett entspannt werden konnte (Vogt, 2008).

⁶ Bei den unter Kapitel 3.2, 3.5 und 3.7 ausgeführten Fallbeispielen handelt es sich um reale Fälle aus der Praxis der Familiengesundheitspflege.

⁷ ASF-E steht für Assessment of Strategies in Families – Effectiveness und ist nach Marie-Luise Friedemann ein relativ einfaches Instrument, um die Qualität der Familiendynamik einzuschätzen. Hintergrund ist die Theorie des systemischen Gleichgewichts.

3.3 Neuausrichtung auf Gesundheitsförderung und Prävention

Die Familiengesundheitspflege ist auf die gesamte Lebensspanne der Mitglieder einer Familie ausgerichtet und umfasst Maßnahmen der Gesundheitsförderung, der Prävention, der Rehabilitation, der pflegerischen Versorgung bei Krankheit sowie der Begleitung und Betreuung in der finalen Lebensphase. Die Familiengesundheitspflegerin/-hebamme tritt als Fürsprecherin von Gesundheit und bevölkerungsbezogenen Maßnahmen, wie z.B. der Durchführung von Ernährungskursen oder Erste-Hilfe-Kursen auf. Sie unterstützt die Familien bei Entscheidungsprozessen, fungiert als Kommunikatorin, als Meinungsbildnerin, als Managerin im Sinne von Case Management und als Anbieterin von Pflege- und Versorgungsleistungen (Schnepf & Eberl 2005; WHO 1999).

Während familienbezogene Gesundheitsförderung auf die Stärkung von innerfamiliären Ressourcen, Problemlösungs-, Bewältigungs- und Kommunikationskompetenzen abzielt, geht es bei der familienbezogenen Prävention um die frühzeitige Erkennung von gesundheitlichen Risikofaktoren wie z.B. Gewalt in der Familie, Missbrauch oder Sucht.

Aufgaben der Familiengesundheitspflegerin und –hebamme:

- Sie berät und unterstützt in Alltags- und Gesundheitsfragen.
- Sie befähigt die Familien gesunde Lebensstile für sich zu finden.
- Sie stärkt Selbstständigkeit und Eigenverantwortung.
- Sie erkennt potenzielle und aktuelle Gesundheitsprobleme frühzeitig z.B. durch präventive Hausbesuche.
- Sie setzt in Absprache mit Klienten Prioritäten in Gesundheitsfragen, unterstützt bei Entscheidungen und zieht ggf. Experten hinzu.
- Sie ist Verbindungsglied, im Sinne von Case Management, zum Hausarzt, anderen Gesundheits- und Sozialberufen und zu Selbsthilfegruppen.
- Sie fungiert als Lotsin zu angrenzenden Bereichen wie z. B. zum Sozial- oder Arbeitsamt, Kranken- und Pflegekassen.
- Sie übernimmt Versorgungs- und Pflegeleistungen bei Krankheit, Behinderung und Krisen.

Die Familiengesundheitspflegerin/-hebamme ist eigenverantwortlich, jedoch in enger Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Institutionen tätig, z.B. Krankenhäusern, Arztpraxen, ambulanten Pflegediensten, Kranken- und Pflegekassen, Gesundheitsämtern oder Beratungseinrichtungen.

3.4 Familiensystemischer Ansatz

Die Familiengesundheitspflege setzt im Setting Familie an und verfolgt einen systemischen Ansatz⁸. Dies ist wichtig, denn Erkrankungen werden in erster Linie durch die Familien und soziale Netzwerke, in denen die Betroffenen leben, bewältigt (Büscher & Schnepf 2001:133). Die Familiengesundheitspflegerin/-hebamme berücksichtigt, dass das Gesundheits- und Krankheitsverhalten des Einzelnen durch die Familie geprägt ist und dass jede Erkrankung oder auch pflegerische Intervention zu einer Änderung im Familiensystem führt. Damit wird das gesamte familiäre Gefüge

⁸ Bei einem systemischen Ansatz geht man davon aus, dass jeder Mensch in ein Beziehungsgeflecht (ein System, z.B. die Familie) eingebunden ist. Jede Person beeinflusst die andere und wird wiederum durch deren Reaktion beeinflusst. In der Regel geht es darum, die wechselseitigen Beeinflussungen und Abhängigkeiten zu durchschauen und dann den je eigenen Anteil in diesem Kreislauf zu erkennen und womöglich zu verändern.

im Betreuungsprozess berücksichtigt. Familiensystemisches Arbeiten erfordert die Einbeziehung der Familie in den Gesundheits- und Pflegeprozess sowie die Arbeit mit neuen Assessment- und Interventionsinstrumenten wie z.B. Ecomap⁹, Genogramm¹⁰, Familieninterviews oder auch Familien-Helfer-Konferenzen.

3.5 Ein Beispiel aus der Praxis: die Familiengesundheitshebamme

Beim Jugendamt geht ein Anruf ein: Nachbarn teilen mit, dass das Neugeborene von Frau J. häufig schreit. Frau J. ist dem Jugendamt bekannt, ihr Kind ist 8 Wochen alt und auch bei der Kinderärztin als zu klein und schlecht ernährt aufgefallen.

Eine Familiengesundheitshebamme nimmt telefonisch Kontakt auf und besucht die Familie: Frau J. bewohnt mit ihrem Freund (19 Jahre) ein 1-Zimmer-Appartement. Es ist mäßig aufgeräumt, aber zweckmäßig eingerichtet. Die kleine Melissa hat ein Bett, einen Wickelplatz und eine Spieldecke auf der Erde. Frau J. ist 20 Jahre alt, im 3. Ausbildungsjahr zur Bäckereifachverkäuferin und ungeplant schwanger geworden. Ihr Freund ist in der Lehre zum Koch. Frau J. hat 8 Wochen nach der Geburt weder eine Geburtsurkunde, Kinder- oder Elterngeld beantragt noch eine Vereinbarung getroffen, wann sie ihre Lehre wieder aufnimmt. Mit diesen Dingen scheint sie völlig überfordert und ohne Unterstützung. Ihre Eltern sind geschieden. Melissa ist blass und dünn, war bei der termingerechten Geburt 2490g schwer, ein klassisches Mangelgeborenes bei Nikotinabusus. Sie ist an der Umwelt interessiert und lacht viel. Frau J. geht liebevoll mit ihr um. Beide Eltern rauchen, aber nicht in der Wohnung.

Die Familiengesundheitshebamme ist zunächst beruhigt, sie sieht keine akute Gefahr für das Kind. Sie versucht, den Freund von Frau J. in die Betreuung einzubeziehen. Dieser ignoriert jedoch die Kontaktangebote, so dass sie sich bei ihrer Betreuung auf Frau J. konzentriert.

In den nächsten 8 Wochen bietet die Familiengesundheitshebamme Frau J. Unterstützung bei folgenden Aktivitäten:

- Anträge ausfüllen, abschicken,
- zur Säuglingspflege und -ernährung beraten und anleiten,
- Kinderarzttermine vereinbaren und darauf achten, dass sie eingehalten werden,
- Verhütung ansprechen, für gynäkologische Beratung sorgen,
- Frau J. motivieren, im Kinderzentrum eine Gruppe für junge Mütter zu besuchen,
- Termin mit Frau J. und ihrer Chefin vereinbaren, Arbeitsbeginn festlegen,
- Kinderbetreuung und Finanzierung mit dem Jugendamt regeln,
- bei der Kündigung der Wohnung eine kurzfristige Aufnahme im Mutter-Kind-Heim organisieren.

Nach der Aufnahme im Mutter-Kind-Heim übernimmt eine Sozialarbeiterin im Rahmen der pädagogischen Familienhilfe die Betreuung von Frau J. und die Familiengesundheitshebamme zieht sich zurück. Melissa ist nun 4 Monate alt, hat kräftig zugenommen und ist altersgerecht entwickelt. In 2 Monaten kann Frau J. ihre Prüfung machen und dann will sie ihre Elternzeit genießen. (Nieting 2007 in Schüssler 2006).

⁹ Die Ecomap stellt die Netzwerkeinbindung von Klienten in das soziale System dar.

¹⁰ Ein Genogramm ist eine piktographische Darstellung familiärer Beziehungen.

3.6 Aufsuchende Betreuung im häuslichen Umfeld

Familiengesundheitspflegerinnen und -hebammen besuchen die Familien im häuslichen Umfeld. Dem liegt die Erkenntnis zugrunde, dass die Voraussetzung für die wirksame Unterstützung von Familien in Alltags- und Krisensituationen die Kenntnis über die persönliche Situation der Klientinnen ist. Nach der WHO (1999:147) sollen die „Leistungserbringer in der primären Gesundheitsversorgung die Lebensumstände ihrer Patienten kennen, wissen, wie sie wohnen, wie ihre familiären Verhältnisse aussehen, was sie beruflich tun und wie ihr soziales bzw. natürliches Umfeld aussieht.“ Ohne diese Kenntnisse besteht z.B. die Gefahr, dass Symptome falsch interpretiert, Gesundheitsgefährdungen nicht (frühzeitig) erkannt aber auch vorhandene Ressourcen nicht genutzt werden. Dies kann zu unnötigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen führen, was die Kosten in die Höhe treibt, ohne dass dabei die wirklichen Probleme gelöst werden (ebd.).

Durch die aufsuchende Hilfe ermöglicht die Familiengesundheitspflege vulnerablen Gruppen einen niedrighschwelligem und einfachen Zugang zum Sozial- und Gesundheitswesen und schließt so bestehende Versorgungslücken. Sozioökonomische Auswirkungen auf die Gesundheit einer Familie können so frühzeitig erfasst und beeinflusst werden. Die Kenntnis der Lebensumstände der Familien ermöglicht es, alltagstaugliche und nachhaltige Strategien zur Stärkung der Familiengesundheit zu entwickeln und umzusetzen.

Darüber hinaus wird es für die Familiengesundheitspflegerin/-hebamme erst durch die Verortung in der Gemeinde möglich, schnell erreichbar zu sein und Hilfen aus dem bereits vorhandenen Netz zu mobilisieren. Kindergärten, Schulen und Betriebe können für den Zugang zu Familien der genannten Zielgruppen hilfreich sein.

Zielgruppen der Familiengesundheitspflege sind:

- gesundheitlich, sozial und/oder wirtschaftlich benachteiligte Einzelpersonen, Familien und Bevölkerungsgruppen,
- vulnerable Gruppen wie Kinder, Jugendliche, Frauen mit Risikoschwangerschaften und alleinstehende ältere Personen, Migrantinnen,
- allein erziehende Mütter und Väter,
- Familien in Krisen- und Umbruchsituationen,
- chronisch kranke, pflegebedürftige und/oder behinderte Personen mit ihren Familien,
- Individuen, Familien oder Gruppen mit erschwertem Zugang zum Gesundheits- und Sozialsystem.

3.7 Ein Beispiel aus der Praxis: Yamal darf nach Hause

Yamal ist ein Jahr alt, als er die Kinderklinik verlässt. Er leidet an Morbus Hirschsprung, einer chronischen Darmerkrankung und hat zwei künstliche Darmausgänge (Stomata). Die Ernährung erfolgt parenteral. Die Stationsleitung organisiert die häusliche Versorgung durch einen ambulanten Kinderkrankenpflagedienst, bei dem eine Familiengesundheitspflegerin beschäftigt ist. Diese übernimmt die Behandlungspflege, die Beratung und Anleitung der Eltern. Insbesondere beim Umgang mit dem Zentralen Venenkatheter einschließlich des Verbandswechsels, dem Vorbereiten und Anstöpseln der Infusionen und der Versorgung der Stomata mit Darmspülungen braucht die Mutter Unterstützung.

Im Rahmen des Familienassessment erfährt die Familiengesundheitspflegerin, dass Frau P. aus Tunesien stammt, seit 4 Jahren in Deutschland lebt und Sprachprobleme hat. Yamals Vater ist auch tunesischer Abstammung, aber in Deutschland geboren. Er ist nur selten zu Hause. Frau P. hat neben dem kranken Yamal noch einen vier Wochen alten Sohn und die 2-jährige Tochter zu betreuen und ist sehr beansprucht. Yamal muss immer beobachtet werden. Er hat die Infusionsleitung bereits einmal durchgebissen und sich den venösen Katheter gezogen. Yamals Schwester spricht schlecht, schreit und weint häufig, motorische Defizite sind erkennbar. Gelegentlich schlägt sie ihre Brüder. Frau P. schafft es nicht, mit allen drei Kindern zum Spielplatz zu gehen, so dass die Tochter keinerlei Kontakte zu anderen Kindern hat. Yamals Bruder schläft noch viel, bleibt oft allein im Schlafzimmer, damit die Schwester ihm nicht wehtut. Die Haut am Hinterkopf ist stark gerötet, da er sich oft schreiend im Bett hin und her bewegt und die Mutter nicht immer sofort zur Stelle sein kann.

Die Familiengesundheitspflegerin führt die erforderlichen pflegerischen Interventionen im Rahmen der Behandlungspflege durch. Sie leitet Frau P. zum Esstraining, zur Versorgung der Stomata und zum Umgang mit den Infusionen an. Nach einiger Zeit beherrscht Frau P. dies sehr gut. Angesichts der familiären Situation sieht die Familiengesundheitspflegerin jedoch zusätzlichen Unterstützungsbedarf insbesondere bei:

- dem Kontakt/der Begleitung zum Kinderarzt (1 mal wöchentlich telefonisch),
- dem Kontakt zur Ernährungsberaterin (Lieferung von Infusionen/Zubehör und Wartung der Infusionspumpe),
- dem Kontakt zur Caritas, zum Jugendamt (wegen Hilfen zur Kinderbetreuung/-erziehung) und zur Pflegekasse,
- dem Kontakt zum Frauenhaus/Frauenberatungsstelle und Beratung zur Notrufnummer 110 (infolge häuslicher Gewalt von Herrn P.),
- der Kontaktvermittlung zur Selbsthilfegruppe K.i.s.E. e.V (Kinder in schwieriger Ernährungssituation) sowie bei
- dem Kontakt und der Begleitung zur Kinderklinik.

Durch die Familienbegleitung konnten:

- der Aufbau von Vertrauen und Zuversicht,
- Sicherheit in der Behandlungspflege,
- ein wöchentlicher Telefonkontakt zum Arzt,
- der Kinderarzt wird als wichtiger Ansprechpartner akzeptiert,
- ein Kindergartenplatz für die Tochter,
- Frühförderung für die Tochter,
- Familienhilfe,
- ein Notfallplan für Gewaltsituation und
- die Vermittlung in eine Selbsthilfegruppe erreicht und entwickelt werden.

Frau P. übernahm im weiteren Verlauf zunehmend Eigenverantwortung und trennte sich von ihrem Mann. Der Familiengesundheitspflegerin gelang es, die Isolation von Frau P. aufzubrechen, das Tabuthema häusliche Gewalt aufzudecken und eine weitere Eskalation der Situation zu verhindern. Frau P. nahm mit ihren Kindern bestehende regionale Hilfsangebote wahr und es konnte ein sektorenübergreifendes Hilfenetz aufgebaut werden. Neben dem Kontakt zum Kinderarzt, zum Pflegepersonal und der Ernährungsberaterin im Krankenhaus wurde der Kontakt zur Pflegekasse, zur Caritas, zum Jugendamt, zum Frauenhaus/Frauenberatungsstelle wie auch zu einer Selbsthilfegruppe angebahnt und unterstützt (Düchting in Schüssler 2007).

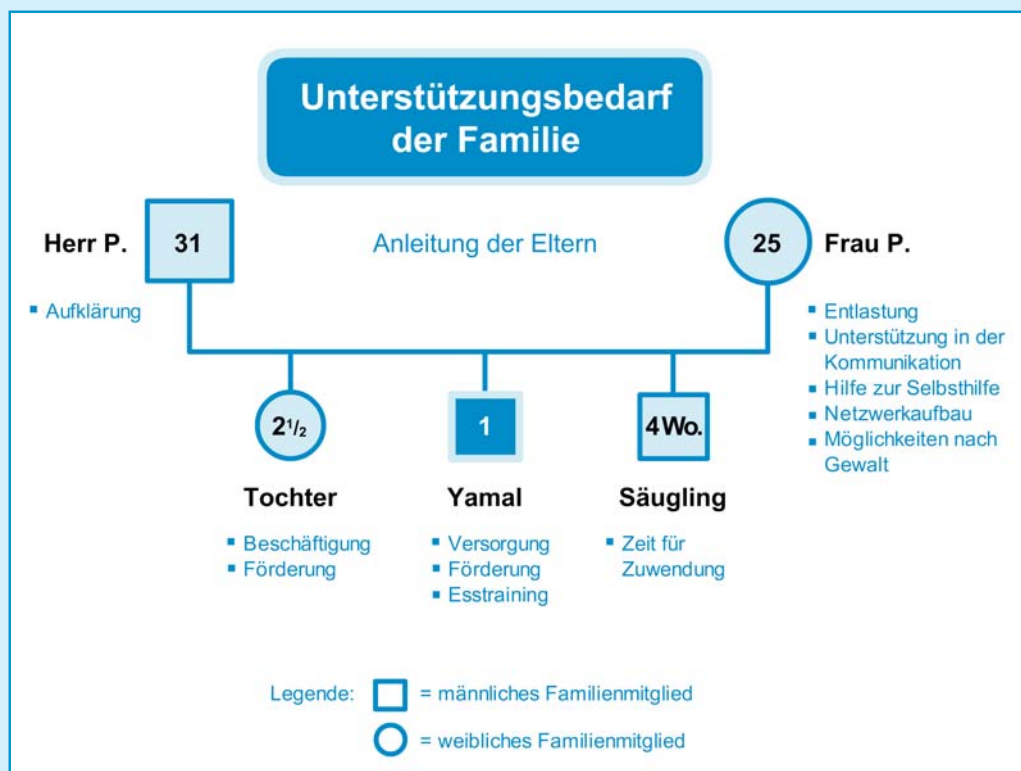


Abbildung 3: Genogramm der Familie P. verdeutlicht familiäre Beziehungen und Unterstützungsbedarf

4 Ergebnisse der Begleitforschung

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) hat in seiner Rolle als WHO Collaborating Center Pflege am internationalen WHO-Pilotprojekt zur Family Health Nurse teilgenommen und für Deutschland das Modellprojekt zur Untersuchung der Machbarkeit der Familiengesundheitspflege initiiert. In einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS) geförderten ersten Projektphase (2004-2005) wurde zunächst untersucht, ob die Familiengesundheitspflege für die Bedingungen des deutschen Gesundheitswesens kompatibel ist. Anhand von Szenarien wurden die Notwendigkeit und die Bedarfe für das neue Handlungsfeld aufgezeigt (Schnepp & Eberl 2005).

Die zweite Projektphase (2005-2008) rückte die Umsetzbarkeit des Konzeptes in der Praxis in den Mittelpunkt. Die zweijährige Weiterbildung Familiengesundheit für Pflegendе und Hebammen wurde in Anlehnung an das WHO-Curriculum zur Familiengesundheitspflege (WHO 2000) entwickelt, durchgeführt und evaluiert. Darüber hinaus wurden der Verbleib der Absolventinnen und erste Auswirkungen des neuen Handlungsfeldes auf die deutschen Versorgungsstrukturen untersucht. Hierbei flossen die Erfahrungen aller am Projekt beteiligten Personen (Weiterbildungsteilnehmerinnen, Familien, Kursleiterinnen) ein. Eine große Herausforderung bestand in der Anpassung des WHO Curriculums „Family Health Nurse“ an die Strukturen des deutschen Versorgungswesens (durch die Durchführung der zweijährigen berufs begleitenden Weiterbildung „Familiengesundheit für Pflegendе und Hebammen) sowie die Erfassung und Bewertung der praktischen Auswirkungen der Tätigkeit der Familiengesundheitspflegerinnen und -hebammen in den Familien. Diese Projektphase wurde von der Robert Bosch Stiftung und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Privaten Universität Witten/Herdecke gGmbH. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse aus dem Abschlussbericht zur Machbarkeit der Familiengesundheitspflege (Eberl & Schnepp 2008) dargestellt.

Familiengesundheitspflege unterstützt und entlastet:

Die Ergebnisse der Begleitforschung bestätigen den Bedarf für die Familiengesundheitspflege und zeigen, dass das Angebot eine wichtige Ergänzung zu bestehenden Angeboten darstellt. Das aufsuchende Angebot der Familiengesundheitspflegerinnen und -hebammen wird von den Familien als Entlastung erlebt. Nach Aussagen der Familien erhalten sie wertvolle Hinweise für die Bewältigung des Alltags. Die Familien vertrauen sich an, fühlen sich ernst genommen und entlastet. Die Familiengesundheitspflegerinnen/-hebammen stabilisieren die Familien bei Krisen und Umbruchsituationen. Sie vermitteln bei Konflikten innerhalb der Familie und mit anderen Personen und Institutionen. Stabilisierung und Entlastung der Familien sind Voraussetzung für die Bearbeitung von Themen im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung. Hierzu zählt z.B. die Veränderung von Essgewohnheiten oder die Tabakentwöhnung. Familiengesundheitspflegerinnen/-hebammen fungieren hier hauptsächlich als Berater, Lotsen, Vermittler, Vernetzer und Fürsprecher.

Die Familiengesundheitspflegerinnen betreuten vorrangig Familien mit chronisch kranken bzw. pflegebedürftigen Kindern und Erwachsenen. Dabei zeigte sich, dass zuerst die vorrangigen Hilfebedarfe zur Krankheit, Pflegebedürftigkeit und/oder Behinderung für die Familiensituationen befriedigt werden mussten. Erst wenn die Familien zur Ruhe kommen, können sie über Alternativen nachdenken und Zukunftspläne entwickeln. Dann öffnen sich die Familien für nachhaltige präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen. Hierzu gehören z.B. Veränderungen der Lebensgewohnheiten, Ernährungsumstellung, regelmäßige Bewegung, Raucherentwöhnung und Teilnahme an sozialen Aktivitäten in der Gemeinde bzw. im Stadtteil.

Die Forschungsergebnisse geben erste Hinweise auf den potenziellen gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Nutzen der Familiengesundheitspflege. Exemplarisch sei hier erwähnt, dass in zwei Familien die Begleitung der Familiengesundheitspflegerin dazu beigetragen hat, dass pflegebedürftige Familienmitglieder weiter in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden konnten. In einer Familie wurde die demenzkranke Angehörige in einer Einrichtung zur Tagespflege und nicht, wie erst geplant, in einem Pflegeheim untergebracht. Bei einer Familie wurde durch die Begleitung der Familiengesundheitshebamme die Heimeinweisung eines Kindes verhindert. Die Unterstützung der Familiengesundheitspflegerinnen hat zudem dazu beigetragen, dass die weiblichen Hauptpflegepersonen wieder bzw. weiter berufstätig sein können. Damit können die Frauen zu ihrer eigenen Absicherung und zur finanziellen Unterstützung der Familie beitragen. Gleichzeitig hat die aufsuchende Hilfe der Familiengesundheitspflegerin in diesen Fällen dazu geführt, dass die soziale Isolation der Familien und hier vor allem der Hauptpflegepersonen aufgebrochen und die soziale Reintegration gestärkt wurden.

Empfehlungen und Handlungsbedarfe zur Familiengesundheitspflege

Aus den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung (Eberl & Schnepf, 2008) lassen sich für das weitere Vorgehen Empfehlungen ableiten, die zur Etablierung der Familiengesundheitspflege hilfreich sind.

- Um das Einsatzgebiet der Familiengesundheitspflegerinnen und –hebammen zu erweitern ist es wichtig, über das Angebot zu informieren, eine Nachfrage zu schaffen und Politik und Kostenträger von der Wirksamkeit und dem hohen Nutzen dieses innovativen Angebotes zu überzeugen.
- Wünschenswert ist die Verortung von Familiengesundheitspflege in Institutionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie z.B. Gesundheits- und Jugendämtern, Einrichtungen des Quartiersmanagements. Über die Einbindung in das soziale Frühwarnsystem für gefährdete Kinder können Familiengesundheitspflegerinnen und -hebammen dazu beitragen, einer Kindeswohlgefährdung vorzubeugen bzw. diese frühzeitig zu erfassen.
- Die Familiengesundheitspflegerinnen sind geeignete Akteure für die individuelle und umfassende Pflegeberatung und das Case Management und sind in dieser Funktion z.B. im Rahmen von Pflegestützpunkten (PFWG 2008) anzuerkennen und einzubinden.
- Die Familiengesundheitspflegerinnen und -hebammen können die Versorgung vulnerabler Gruppen wie z.B. älterer und/oder chronisch kranker Personen und ihrer Familien verbessern. Daher ist gezielt darauf hinzuwirken, dass die Kooperation mit Haus- und Kinderarztpraxen ausgedehnt und verbessert wird.
- Aufgrund der Qualifikation der Familiengesundheitspflegerinnen können sie z.B. das Familienassessment und das geriatrische Assessment übernehmen sowie Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung (Information, Anleitung, Beratung, Schulung und Begleitung etc.) durchführen.
- Erweiterte Tätigkeiten können Familiengesundheitspflegerinnen im Rahmen des Case- bzw. Disease- und Medikamentenmanagements zur verbesserten Versorgung chronisch kranker Personen in Orientierung an dem Chronic Care-Modell (Gerlach et al. 2006) übernehmen.

Immer noch ist es schwierig, die Familiengesundheitspflege in Deutschland zu etablieren, da die Finanzierung bislang ungeklärt ist. Jedoch zeigt sich, dass die Absolventinnen der Weiterbildungen Einmündung ins Handlungsfeld finden, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung. Daher ist entscheidend für die nachhaltige Verankerung die Klärung der Frage, wie die Tätigkeit der Familiengesundheitspflegerinnen/-hebammen im Leistungsrecht verortet wird.

5 Die Weiterbildung Familiengesundheit

Die Weiterbildung „Familiengesundheit für Pflegende und Hebammen“ ermöglicht eine Spezialisierung für die aufsuchende, salutogenetisch und systemisch orientierte Arbeit mit Einzelpersonen, Familien und Gruppen. Grundlage ist das europäische Rahmenkonzept und Curriculum der WHO für die Qualifizierung der „Familiengesundheitsschwester“ (WHO 2000b), welches im Projekt inhaltlich und formal an das deutsche Gesundheitssystem angepasst wurde (DBfK 2005, DBfK 2008). Darüber hinaus dienen das Handbuch zur Fortbildung Public Health / Gesundheitsförderung für Pflegeberufe in der Europäischen Union (DBfK 2004) und die in der ersten Projektphase erarbeiteten fünf Szenarien als Orientierungsrahmen (siehe Schnepf & Eberl 2005). Das Curriculum kann sowohl in der beruflichen Weiterbildung wie auch in Hochschulstudiengängen eingesetzt werden. Es ist modularisiert und mit Credit Points versehen.

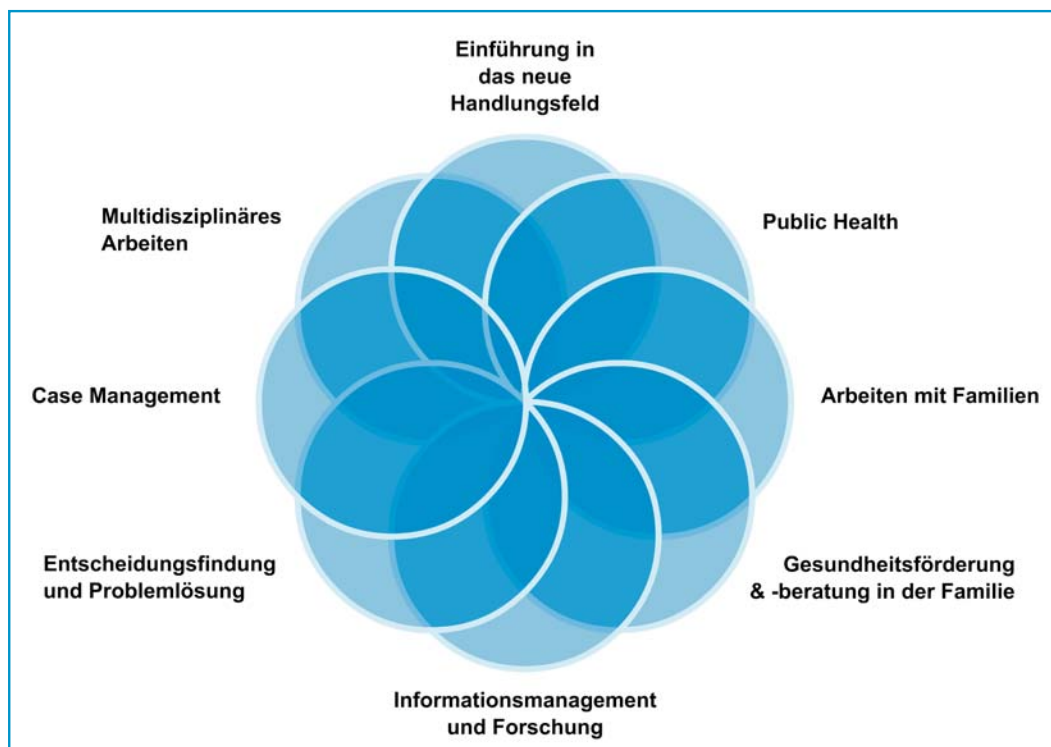


Abbildung 4: Die Inhalte der Weiterbildung Familiengesundheit

Die Weiterbildung dauert zwei Jahre und ist berufsbegleitend. Sie umfasst insgesamt 1.560 Stunden, die sich in Zeiten der Präsenz, Vor- und Nachbereitung sowie Praktikumszeiten aufteilen. Die Begleitung von mindestens zwei Familien zieht sich durch die gesamte Weiterbildung und ist Basis der Theorie-Praxis-Verknüpfung. Die Weiterbildung richtet sich an Pflegefachkräfte und Hebammen mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung. Eine parallele, mindestens 50%ige Berufstätigkeit in den Praxisfeldern der Pflege und des Hebammenwesens, in denen das Konzept der Familiengesundheitspflege umgesetzt werden kann, ist nachzuweisen. Stationär tätige Fachkräfte können zugelassen werden, wenn sie ihren Bezug zum Handlungsfeld in erforderlichem Umfang nachweisen können. Die Abbildung 4 zeigt eine Übersicht der Module und verdeutlicht entstehende Synergieeffekte durch thematische Überlappungen.

Die Module der Weiterbildung

Einführung – dieses Modul dient der Einführung in das Handlungsfeld der Familiengesundheitspflegerin/-hebamme und der Auseinandersetzung mit Aufgaben, Rollen, zukünftigen Arbeitsfeldern, Klientel, ethischen Grundsätzen sowie internationalen Ansätzen von Family Nursing / Family Health Nursing.

Public Health – gibt Einblick in die Strukturen und Institutionen des deutschen Gesundheitssystems. Gemeinwesenarbeit und Familiengesundheitspflege werden als Teilbereiche von Public Health und als neue Aufgabenfelder von Pflegenden und Hebammen thematisiert. Epidemiologische Grundlagen, Modelle und Konzepte werden vermittelt und Handlungskonzepte der Gemeinwesenarbeit und Gesundheitsförderung erprobt.

Arbeit mit Familien – in diesem Modul werden die theoretischen Hintergründe, Einflussfaktoren, Kommunikations- und Beratungsstrategien zur Beziehungsgestaltung in der Familie und die Umsetzung zielorientierter Handlungskonzepte vermittelt.

Gesundheitsförderung und -beratung in der Familie – hier werden eigene Konzepte zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung in Familien und Gemeinden entwickelt, umgesetzt und evaluiert.

Entscheidungsfindung und Problemlösung – Autonomie, Patientenrechte, Informed Choice und Methoden der Entscheidungsfindung, Verhandlungsführung und des Konfliktmanagements werden thematisiert.

Informationsmanagement und Forschung – hier wird Einblick in nationale, regionale und lokale Informationssysteme und Netzwerke genommen. Pflege- und hebammenwissenschaftliche Forschung wird als Basis für theoriegeleitetes Handeln im Handlungsfeld Familiengesundheitspflege analysiert.

Case-Management – die Grundlagen von Casemanagement und Ressourcenmanagement werden vermittelt.

Multidisziplinäres Arbeiten – die Konzepte interdisziplinärer Gesundheitsförderung und -beratung sind Kernaspekte des achten Moduls. Es zielt auf die Entwicklung von professionellem Selbstverständnis / Selbstmanagement unter Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher und qualitätssichernder Maßnahmen.

Die Robert Bosch Stiftung fördert die Qualifizierung von Familiengesundheitspflegerinnen und -hebammen durch ein Stipendiatenprogramm. Aktuelle Informationen zu dem Stipendiatenprogramm sowie Informationen zu Standorten, Beginn und Kosten der Weiterbildung stehen im Internet unter www.familiengesundheitspflege.de/Weiterbildung zur Verfügung.

6 Das Kompetenzzentrum Familiengesundheitspflege

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

Familiengesundheitspflege durch Pflegende und Hebammen trägt maßgeblich zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation in Familien bei, jedoch wird die Bedeutung der Familien für die Gesunderhaltung immer noch völlig unterschätzt. Daher werden neben einer breiten Presse- und Medienarbeit mit Fachbeiträgen und Pressemitteilungen und einer eigenständigen Homepage www.familiengesundheitspflege.de folgende Ziele verfolgt:

- die kontinuierliche Weiterentwicklung der Familiengesundheitspflege in Deutschland und im internationalen Kontext,
- die Bündelung von nationaler und internationaler Fachexpertise zur Familiengesundheitspflege,
- Informations- und Beratungsstelle für Bildungseinrichtungen, Absolventinnen, Weiterbildungsteilnehmerinnen, Studentinnen, Medien und (Fach-)Öffentlichkeit,
- die aktive Verbreitung des Konzeptes und
- die Weiterentwicklung des Qualifizierungsangebotes „Familiengesundheitspflege“ in der beruflichen Weiterbildung, aber auch in der hochschulischen Ausbildung.

7 Ausblick

Der International Council of Nurses (ICN) definiert Pflege als die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung von Familien in allen Lebenssituationen, einschließlich der Förderung ihrer Gesundheit, der Wahrnehmung ihrer Interessen und Bedürfnisse sowie der Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik (ICN 2005). Pflegende haben sich nie nur um die Pflege einzelner Kranker gekümmert, sondern immer auch um die Gesunderhaltung besonders vulnerabler gesellschaftlicher Gruppen. Allerdings sind diese präventiven pflegerischen Tätigkeiten auch im Zuge der Einführung der sozialen Pflegeversicherung mit dem „Teil-Kasko-Charakter“ in den Hintergrund getreten. Präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen werden in der alltäglichen Pflege zwar durchgeführt, jedoch häufig nicht als solche wahrgenommen und finden im Rahmen des Leistungsrechtes keine Beachtung. Durch die Familiengesundheitspflege werden diese in Deutschland bislang vernachlässigten Aufgaben der Pflege aufgegriffen.

Die Pflegenden sind bereit, sich der Verantwortung für den Erhalt, die Entwicklung und den Schutz gesunder Lebensstile und gesunder Lebenswelten zu stellen. Bei der Gestaltung des Sozial- und Gesundheitssystems und den daraus folgenden politischen Entscheidungen gilt es eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik anzustreben. Denn Umwelt, Bildung, Städtebau, Verkehr, Wirtschaft und Gesundheitspolitik beeinflussen über unsere Lebensstile, Lebens- und Arbeitsbedingungen auch unsere Gesundheit.

Die wichtige Rolle von Familien in Prävention und Gesundheitsförderung anzuerkennen und Pflegende und Hebammen aktiv in gesundheits- und familienpolitische Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Familien einzubeziehen sind Aufgaben, der sich die Pflege verpflichtet hat.

Das Literaturverzeichnis steht als Download unter www.familiengesundheitspflege.de zur Verfügung oder kann beim Kompetenzzentrum abgefragt werden.

Wenn Sie Kontakt mit dem Kompetenzzentrum Familiengesundheitspflege aufnehmen möchten, schreiben Sie bitte ein E-Mail an dbfk@dbfk.de oder rufen unter **030/21 91 57 0** an.

