

Abschlussbericht

Die multizentrische Pilotstudie der WHO zur Family Health Nurse Eine Untersuchung über die Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland

Auftraggeber: Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe e.V. (DBfK)
Bundesverband
Salzufer 6, 10587 Berlin

Auftragnehmer: Private Universität Witten/Herdecke gGmbH
Fakultät für Medizin
Institut für Pflegewissenschaft
Stockumer Straße 12, 58453 Witten

Verfasser: I. Eberl MScN, Prof. Dr. W. Schnepf
Lehrstuhl für familienorientierte
und gemeindenaher Pflege

August 2008

Zusammenfassung

Von April 2005 bis Juni 2008 wurde vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Bundesverband e.V. das Pilotprojekt zur Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland durchgeführt. Die Kernelemente dieses Projekts bildeten die Adaption des Family Health Nurse-Curriculums der europäischen Weltgesundheitsorganisation (WHO) an die deutschen Versorgungsstrukturen sowie die zweijährige Weiterbildung Familiengesundheit für Pflegende und Hebammen. Diese Weiterbildung dauerte von Herbst 2005 bis Oktober 2007 und wurde bundesweit an zwei Instituten durchgeführt. Gefördert wurde das Pilotprojekt von der Robert Bosch Stiftung und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Der DBfK Bundesverband e.V. hat den Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenaher Pflege der Privaten Universität Witten/Herdecke gGmbH beauftragt, das Pilotprojekt wissenschaftlich zu begleiten.

Die Notwendigkeit und die Bedarfe für das neue Handlungsfeld Familiengesundheitspflege in der deutschen Gesundheits- und Sozialversorgung konnten bereits in der „Projektdesign- und Konsensphase zur Implementierung der Family Health Nurse in Deutschland“, die dem Pilotprojekt als Vorstudie vorangestellt wurde, anhand der erarbeiteten fünf Szenarien aufgezeigt werden. Ebenso verdeutlichte der ausgesprochene Konsens der Vertreter entscheidungstragender Einrichtungen, Verbände und Organisationen, die in der Vorstudie als Experten fungierten, dass das neue Handlungsfeld zur Stärkung der Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung als erforderlich erachtet wird. Die Szenarien der Vorstudie ermöglichten Aussagen über die virtuelle Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in der deutschen Gesundheits- und Sozialversorgung. Aussagen über die praktische Machbarkeit und die Passung der multifaktoriellen Rolle für Pflegende und Hebammen wurden jedoch erst durch das wissenschaftlich begleitete Pilotprojekt des DBfK Bundesverbands e.V. zur Machbarkeit der Familiengesundheitspflege möglich.

Die wissenschaftliche Begleitforschung dauerte von Juni 2005 bis Juni 2008 und war als Longitudinalstudie mit mehrmaligen Befragungen aller Beteiligten der Weiterbildung sowie der Familien der WeiterbildungsteilnehmerInnen bzw. AbsolventInnen und ihrer ArbeitgeberInnen konzipiert. Sie gliederte sich in zwei Untersuchungsphasen. In der ersten Phase wurden die Passung des Curriculums und die Weiterbildung evaluiert. In der zweiten Phase wurden der Verbleib der AbsolventInnen und

mögliche erste Auswirkungen des neuen Handlungsfelds Familiengesundheitspflege auf die deutschen Versorgungsstrukturen analysiert und bewertet. In beiden Untersuchungsphasen wurde eine formative und am Ende des Pilotprojekts eine summative Evaluation durchgeführt. Zur Datenerhebung und -analyse wurden qualitative und quantitative Methoden verwendet.

Die Ergebnisse der ersten Untersuchungsphase zeigen, dass das Curriculum der WHO an die Bedarfe und Gegebenheiten der deutschen Gesundheitsversorgung angepasst wurde. Für alle Beteiligten lag die Herausforderung in der Weiterbildung vor allem in dem „Neuem“ und dem „Besonderen“. Sie bot aber auch die Chance, die neue Rolle für Pflegende und Hebammen mitzuentwickeln. Aus den Aussagen der AbsolventInnen ist abzuleiten, dass es den Kursleiterinnen und den DozentInnen gelungen ist, eine praxisbezogene und qualitativ hochwertige Weiterbildung zu gestalten. Insbesondere die Ergebnisse der zweiten Untersuchungsphase bestätigen, dass die Bedarfe für das neue Handlungsfeld vorhanden sind und die Aufgabenfelder der Familiengesundheitspflegenden und -hebammen eine wichtige Ergänzung zu den Leistungen anderer Akteure darstellen. Durch die Verknüpfung des zugehenden, systemischen und salutogenetischen Ansatzes, die zielgruppenorientierten und settingbezogenen Angebote sind die Pflegenden und Hebammen befähigt, die bestehenden Versorgungslücken vor allem für pflegebedürftige und/oder behinderte Personen und ihre Familien sowie für vulnerable Gruppen adäquat zu füllen und in Kooperation mit den anderen Akteuren, auf die aktuellen Gegebenheiten und Anforderungen aber auch auf die künftigen Entwicklungen und Trends im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen zu reagieren. Damit wurden die Ergebnisse der Vorstudie bestätigt. Außerdem konnten erste Hinweise auf den potenziellen gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Nutzen der Familiengesundheitspflege ermittelt werden.

Insgesamt betrachtet hat sich das neue Handlungsfeld Familiengesundheitspflege bewährt. Für dessen Verstetigung ist es wichtig und notwendig, die multifaktorielle Rolle gemäß den Bedarfen und Spezifitäten der deutschen Gesundheits- und Sozialversorgung kontinuierlich weiterzuentwickeln und den nachgewiesenen Nutzen, sowie die zusätzlichen Potenziale und Möglichkeiten, die durch die neuen Rollen der FGP und FGH entstehen, auf politischer Ebene, bei allen Akteuren im Gesundheits- und Sozialwesen und in der Gesellschaft transparent zu machen.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	2
Inhaltsverzeichnis	4
1 Einleitung	6
2 Das Handlungsfeld der Familiengesundheitspflege	8
2.1 Das Family Health Nurse-Konzept der WHO	8
2.2 Die Adaption der Familiengesundheitspflege in Deutschland	10
2.3 Die Bedarfskonstellationen im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen	13
2.3.1 Die Familien	13
2.3.2 Die pflegebedürftigen Personen und ihre Familien	15
2.3.3 Die vulnerablen Gruppen und Familien.....	23
3 Problemstellung und Forschungsfragen	36
4 Methodisches Vorgehen	39
4.1 Forschungsdesign.....	39
4.2 Zeitrahmen.....	40
4.3 Instrumente zur Datenerhebung und -analyse	42
4.4 Ethische Anforderungen.....	47
5 Ergebnisse	48
5.1 Ergebnisse der ersten Untersuchungsphase	49
5.1.1 Das Curriculum	49
5.1.1.1 Adaption des WHO-Curriculums	49
5.1.1.2 Umsetzung des Curriculums	52
5.1.2 Erfahrungen mit dem Curriculum	58
5.1.2.1 Aussagen der WeiterbildungsteilnehmerInnen	59
5.1.2.2 Aussagen der Kursleiterinnen	62
5.1.2.3 Aussagen der AnsprechpartnerInnen	66
5.1.3 Die Weiterbildung.....	67
5.1.3.1 Profile der an der Weiterbildung beteiligten Personen.....	67

5.1.3.2 Erfahrungen mit der Weiterbildung	72
5.1.3.3 Erfahrungen aus den Praxiseinsätzen	102
5.1.3.4 Die drei nicht gestarteten Weiterbildungsinstitute	105
5.2 Ergebnisse der zweiten Untersuchungsphase	106
5.2.1 Aussagen der AbsolventInnen	106
5.2.2 Aussagen der ArbeitgeberInnen	116
5.2.3 Aussagen der Familien	125
5.2.3.1 Kurze Beschreibung der Familien	126
5.2.3.2 Erfahrungen der Familien mit Pflege und Versorgung	130
5.2.3.3. Erfahrungen der Familien mit der FGP und FGH	137
5.2.4 Auswirkungen der Unterstützung durch die FGP bzw. FGH	156
6 Fazit und Empfehlungen	160
Literaturverzeichnis	172
Abkürzungsverzeichnis	180
Abbildungsverzeichnis	181
Tabellenverzeichnis	181
Anhang 1 Analysen der Berichte aus dem ersten Praktikum	184
Anhang 2 Analysen der Berichte aus dem zweiten Praktikum	197

1 Einleitung

Im Frühjahr 2005 wurde in Deutschland vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) Bundesverband, als Kollaborationszentrum der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Empfehlung der WHO (1999) zur Etablierung der neuen Rolle der Family Health Nurse aufgenommen und im Rahmen des Pilotprojekts zur Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland umgesetzt. Die Kernelemente dieses Pilotprojekts bildeten die Adaption des Family Health Nurse-Curriculums der WHO (2000) an die Gegebenheiten der deutschen Versorgungsstrukturen sowie die zweijährige modellhafte Weiterbildung „Familiengesundheit für Pflegenden und Hebammen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung“ (DBfK 2005). Insgesamt absolvierten 15 Pflegenden und drei Hebammen diese Weiterbildung. Sie wurde am Weiterbildungsinstitut des DBfK Landesverband Nordwest in Essen und der Akademie des Städtischen Klinikums München GmbH, Fort- und Weiterbildung, in München durchgeführt und dauerte von Oktober 2005 bis Oktober 2007. Gefördert wurde das Pilotprojekt von der Robert Bosch Stiftung und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Die Notwendigkeit für das neue Handlungsfeld Familiengesundheitspflege wurde bereits auf der zweiten Ministerkonferenz der WHO für das Pflege- und Hebammenwesen in Europa im Juni 2000 in München formuliert. Die damals beteiligten europäischen Minister führten an, dass den Pflegenden und Hebammen bei der Bewältigung der aktuellen Herausforderungen im Bereich Public Health und bei der Sicherstellung einer hochwertigen, chancengleichen, effizienten und gegenüber den sich wandelnden Bedürfnissen der Menschen ausgerichtete Versorgung eine immer wichtiger werdende Schlüsselrolle zukommt. Zur Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens wurden die Schaffung und Unterstützung von gemeindebezogenen, familienorientierten Pflege- und Hebammenprogrammen sowie die Ausweitung der Rollen dieser beiden Berufsgruppen in den Bereichen Public Health, Gesundheitsförderung und gemeindenaher Entwicklungsarbeit gefordert (DBfK Bundesverband 2000). Eine ähnliche Forderung formulierte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen¹ (SVR 2003) in seinem Gutachten. Der Rat wies darauf hin, dass die Potenziale der Pflegenden stärker für die Prä-

¹ Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung zum 01.01.2004 änderte sich u.a. auch die bis dahin gültige Bezeichnung des Sachverständigenrates der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen.

vention und Gesundheitsförderung genutzt werden sollten, da dadurch die Lebensqualität kranker und hilfebedürftiger Menschen verbessert wird. Außerdem empfahl der Rat die Implementierung gemeindenaher Ansätze zur Gesundheitssicherung, um bestehende Defizite in den Versorgungsstrukturen wie z.B. Fragmentierung, mangelnde Vernetzung und Koordination der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgungsstrukturen ausgleichen sowie eine stärker auf Prävention ausgerichtete Versorgung etablieren zu können. Nach Meinung der Sachverständigen sollten die Pflegenden hierbei eine wesentliche Rolle übernehmen (SVR 2003).

Im Rahmen des Pilotprojekts zur Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland hat der DBfK Bundesverband e.V. den Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenaher Pflege des Instituts für Pflegewissenschaft der Privaten Universität Witten/Herdecke gGmbH beauftragt, die wissenschaftliche Begleitforschung des Pilotprojekts durchzuführen. Sie hatte insgesamt eine Laufzeit von drei Jahren und wurde vom BMG in Jahresschritten finanziert.

Die wissenschaftliche Begleitforschung startete im Juni 2005 und endete im Juni 2008. Im Verlauf der dreijährigen Evaluation wurde jährlich ein Zwischenbericht erstellt. Diese drei Zwischenberichte (Eberl & Schnepf 2005, 2006, 2007) beschreiben die Ergebnisse der ersten Untersuchungsphase (Juni 2005 bis Oktober 2007) zur Evaluation der Curriculumsadaption und der zweijährigen modellhaften Weiterbildung. In dem vorliegenden Abschlussbericht werden neben den Ergebnissen der ersten Untersuchungsphase auch die Resultate der zweiten Untersuchungsphase (November 2007 bis Juni 2008) zum Verbleib der AbsolventInnen und möglicher erster Auswirkungen des neuen Handlungsfelds Familiengesundheitspflege vorgestellt.

2 Das Handlungsfeld der Familiengesundheitspflege

Zur Verdeutlichung des Handlungsfelds der Familiengesundheitspflege werden nachfolgend das zugrunde liegende Konzept der Family Health Nurse der WHO und dessen Adaption an die bundesdeutschen Gegebenheiten beschrieben. Des Weiteren werden die verschiedenen Zielgruppen der Familiengesundheitspflege, ihre Situationen und Bedarfe im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen dargestellt.

2.1 Das Family Health Nurse-Konzept der WHO

Das Pilotprojekt mit dem darin formulierten neuen Handlungsfeld für Pflegende und Hebammen basiert auf dem von der WHO, Regionalbüro Europa, konzipierten Strategiekonzept „Gesundheit 21- Gesundheit für alle“ (WHO 1999) und gilt für alle europäischen Mitgliedstaaten der WHO. Diese sieht hierin eine zentrale neue Rolle in der primären Gesundheitsversorgung, die „Family Health Nurse“ (FHN), vor.

Mit dem Strategiepapier „Gesundheit 21“ wurden die globalen Wertprinzipien, Ziele und Strategien des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ konkretisiert. Das übergeordnete Ziel verfolgt die Erreichung des vollen gesundheitlichen Potenzials für die gesamte Bevölkerung der europäischen Region. Um diese Maxime zu erreichen, wurden wiederum zwei Hauptziele formuliert. Das erste Ziel dient der Förderung und dem Schutz der Gesundheit der Menschen während ihrer gesamten Lebensspanne. Mit dem zweiten Ziel sollen die Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen reduziert sowie die hierdurch entstehenden Leiden gemindert werden.

Durch die Umsetzung von „Gesundheit 21“ sind die einzelnen Regionen dazu befähigt, einen Nutzen aus der verbesserten Chancengleichheit und der qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung zu ziehen, die Gesundheit und die Produktivität während der gesamten Lebensspanne der Menschen zu verbessern, die durch die Gesundheitsbeeinträchtigungen entstehenden Belastungen und Kosten zu senken, aus den multisektoralen Maßnahmen neue Ressourcen zu eröffnen und sich mit gesundheitlichen Belangen sowie den Determinanten von Gesundheit auseinanderzusetzen.

Zur Erreichung dieser Ziele wurden in „Gesundheit 21“ vier Hauptstrategien formuliert. Die dritte der vier Strategien bezieht sich direkt auf die Rolle der FHN, indem sie auf die Einrichtung einer familienorientierten und gemeindenahen primären Gesund-

heitsversorgung, die durch ein flexibles und reaktionsfähiges Krankenhaussystem unterstützt wird, abzielt. Insgesamt wurden zur Umsetzung dieser vier Strategien 21 Ziele formuliert. Das Konzept der WHO für die Weiterbildung zur FHN basiert auf dem Ziel 18 zur „Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben“ von „Gesundheit 21“.

Die WHO sieht in der FHN eine Fachkraft der primären Gesundheitsversorgung, die pflegerische Aufgaben übernimmt und erheblich zur Gesundheitsversorgung und Prävention beitragen kann. Basierend auf den in „Gesundheit 21“ formulierten erforderlichen Maßnahmen und Kompetenzen der FHN bzw. der hieraus resultierenden multifaktoriellen Rolle wurde von der WHO ein Konzept erarbeitet, in dem diese Rolle definiert ist. Nach dieser Definition kann die FHN *„dem einzelnen Menschen und ganzen Familien helfen, mit Krankheit und chronischer Behinderung fertig zu werden und in Stresssituationen zurechtzukommen, indem sie einen großen Teil ihrer Arbeitszeit im Zuhause der Patienten und mit deren Familien verbringt.“* *„...Sie können die gesundheitlichen Probleme der Familie schon im Frühstadium erkennen und damit gewährleisten, dass sie auch frühzeitig behandelt werden.“* Sie können *„die Auswirkungen sozioökonomischer Faktoren auf die Gesundheit einer Familie erkennen und die Familie an die richtige zuständige Stelle überweisen. Durch häusliche Pflege können sie eine frühe Entlassung aus dem Krankenhaus erleichtern, ...als Verbindungsglied zwischen Familie und Hausarzt dienen und an die Stelle des Arztes treten, wenn eindeutig eher pflegerische Sachkenntnis gefordert ist“* (WHO 1999:169-170).

Mit der Qualifizierung zur FHN ist nicht nur eine Vorbereitung auf die fachliche Arbeit als Gesundheitsfachkraft vorgesehen, sondern die Weiterbildung umfasst weitaus mehr. Diese Fachkräfte sollen Einzelpersonen, Familien und Bevölkerungsgruppen zum eigenständigen Handeln befähigen, vermitteln und als Fürsprecher von Gesundheit und bevölkerungsbezogenen Maßnahmen auftreten. Dabei ist das pflegerische Handeln auf die gesamte Lebensspanne der Menschen ausgerichtet und umfasst die Gesundheitsförderung, die Prävention und die Rehabilitation der Betroffenen und ihrer Familien einschließlich der pflegerischen Versorgung bei Krankheit sowie die Begleitung und Betreuung der Betroffenen und ihrer Familien in der finalen Lebensphase.

Für alle Zielgruppen fungiert die FHN hauptsächlich als Anbieter von Pflege- und Versorgungsleistungen, als Entscheidungsträger, als Kommunikator, als Meinungsbildner und als Manager. Ausgehend von der Definition der Rolle der FHN kann diese in Kooperation mit anderen Berufsgruppen insgesamt an der Umsetzung von 20 der 21 formulierten Ziele von „Gesundheit 21“ mitwirken. Damit nimmt die FHN, zusammen mit den Hausärzten, eine Schlüsselrolle bei der Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Einzelpersonen, Familien und Bevölkerungsgruppen ein. Für die WHO stellt die FHN eine zentrale Stütze unter „dem Schirm von Public Health und primärer Gesundheitsversorgung“ (WHO 2000:3) dar.

Das von der WHO konzipierte Curriculum für die Weiterbildung zur FHN soll die Pflegenden und Hebammen durch die Vermittlung entsprechender Kenntnisse und Instrumente auf ihre komplexe Rolle vorbereiten. Des Weiteren enthält das Konzept 14 Szenarien, anhand derer die möglichen Handlungsfelder der FHN in ihrer „Breite und Tiefe, der Rolle, dem angewandten theoretischen und praktischen Wissen, den erforderlichen Instrumenten und dem jeweiligen Verständnis“ (WHO 2000:6) verdeutlicht werden sollen.

Das FHN-Konzept der WHO gilt als Rahmen für alle europäischen Mitgliedstaaten und soll in Form einer multizentrischen Pilotstudie an die Gegebenheiten und Anforderungen der jeweiligen Länder bzw. Regionen angepasst werden. Die Curriculumadaption, die Inhalte und Konzeption der Weiterbildung sowie der Verbleib der Absolventen der Weiterbildung sollen zudem wissenschaftlich begleitet werden. Bisher wurde ein solches Pilotprojekt, einschließlich der geforderten wissenschaftlichen Evaluation, nur in Schottland umgesetzt (Macduff & West 2005, Macduff & West 2003, Murray 2004). Eine erste Evaluation zum Verbleib der Absolventen und möglicher Auswirkungen dieses neuen Handlungsfelds erfolgte innerhalb des ersten Jahres nach Beendigung des Pilotprojekts.

2.2 Die Adaption der Familiengesundheitspflege in Deutschland

Dem von der WHO empfohlenen Pilotprojekt zur Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland wurde die „Projektdesign- und Konsensphase zur Implementierung der Family Health Nurse in Deutschland“ als Vorstudie vorange-

stellt, da die Sorge bestand, dass das FHN-Konzept der WHO und das deutsche Gesundheitswesen nicht kompatibel sein könnten. Für die Adaption sollten deshalb die neue berufliche Rolle der FHN, ihre Integration in die bestehenden Strukturen der deutschen Gesundheitsversorgung und der curriculare Anpassungsbedarf entsprechend dem deutschen Gesundheitssystem untersucht werden. In dieser Studie sollten auf der Basis einer Konsensfindung der Vertreter entscheidungstragender Einrichtungen, Verbände und Organisationen, die als Experten fungierten, festgestellt werden, ob und in welchem Umfang die Rolle der FHN in der deutschen Gesundheitsversorgung etabliert werden kann bzw. ob es sinnvoll ist, dies über ein Pilotprojekt herauszufinden. Hierbei sollten Aussagen über die virtuelle Machbarkeit getroffen werden. Zu den Experten zählten Vertreter der Landesministerien, der Bundesverbände gesetzlicher Krankenkassen, der Versorgungs- und Pflegeforschung, der Bundesärztekammer, des Bundes Deutscher Hebammen und der Verbraucherzentrale.

Der letztendlich einstimmig ausgesprochene Konsens der Experten zur Durchführung des Pilotprojekts in Deutschland zeigt, dass die verschiedenen entscheidungstragenden Einrichtungen, Verbände und Organisationen das neue Handlungsfeld der Familiengesundheitspflege mit den darin enthaltenen neuen Rollen der Familiengesundheitspflegenden² (FGP) und der Familiengesundheitshebamme (FGH) zur Stärkung der Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung als erforderlich und notwendig erachten. Alle Experten identifizierten in dieser Vorstudie die Unterstützungsbedarfe, die aus strukturschwachen ländlichen Regionen mit einer niedrigen Hausarzttdichte entstehen, als ein wesentliches Handlungsfeld der FGP in Deutschland. Des Weiteren definierten die Experten vor allem chronisch kranke Personen und ihre Familien, vulnerable Gruppen sowie sozial benachteiligte Einzelpersonen, Familien und Gruppen als Zielgruppen der FGP und der FGH. Sie erachteten die Beratung, Begleitung und Befähigung dieser Klienten zur Alltagsbewältigung als grundlegende Handlungskompetenzen. Die Ansiedlung der FGP in einer Hausarztpraxis wurde von allen Experten als enormer Fortschritt bei der Einbindung der neuen Rolle in die deutschen Versorgungsstrukturen gewertet.

² Im ersten Expertenworkshop wurde festgelegt, künftig nicht mehr die Bezeichnung FHN, sondern die deutschsprachige Übersetzung „Familiengesundheitspflege (FGP)“ und -hebamme (FGH) als weitere Arbeitsbegriffe zu verwenden (Schnepp & Eberl 2005).

Entsprechend einer der beiden Zielformulierungen der Vorstudie wurden anhand von fünf Szenarien Aussagen zur virtuellen Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland getroffen. In vier Szenarien sind dabei die möglichen Handlungsfelder der FGP und in einem Szenario das Handlungsfeld der FGH dargestellt. Außerdem wurden die spezifischen Merkmale der FGP bzw. der FGH in Deutschland, entsprechend den jeweiligen Zielgruppen, identifiziert und definiert. Damit existieren bereits erste Aussagen über den Anlass, den Bedarf, den Zugang, die Handlungskompetenzen, die Ansiedlung und die Finanzierung der FGP und der FGH in der deutschen Gesundheitsversorgung (Schnepp & Eberl 2005).

Mit dem vom DBfK Bundesverband e.V. durchgeführten Pilotprojekt zur Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland konnten diese neuen Rollen für Pflegende und Hebammen nun auch praktisch umgesetzt und erprobt werden.

Zu den Zielgruppen der FGP und FGH in Deutschland zählen insbesondere gesundheitlich, sozial und wirtschaftlich benachteiligte Einzelpersonen, Familien und Bevölkerungsgruppen, Familien in Krisen- und Umbruchsituationen, vulnerable Gruppen wie Migranten, Kinder, Jugendliche und alleinstehende ältere Personen, chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen mit ihren Familien, Frauen mit Risikoschwangerschaften, drogenabhängige Schwangere und Mütter, alleinerziehende Personen sowie Einzelpersonen, Familien und Gruppen mit einem erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem. Durch das präventive Aufsuchen, die Begleitung, Befähigung und Unterstützung dieser Familien soll vor allem vulnerablen Gruppen der Zugang zu den Versorgungsleistungen des Sozial- und Gesundheitswesens erleichtert werden (Schnepp & Eberl 2005).

Bei den neuen Rollen der FGP und der FGH handelt es sich nicht um neue Gesundheitsberufe, sondern um die Erweiterung der jeweiligen originären Aufgaben der Pflegenden und Hebammen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, hier insbesondere mit dem Fokus auf die Primärprävention sowie das Arbeiten mit Familien. Das Handlungsfeld umfasst unter anderem Aufgaben wie die Beratung und Unterstützung von Individuen, Familien und Bevölkerungsgruppen in allen Phasen der Lebensspanne, das frühzeitige Erkennen potenzieller und aktueller Gesundheitsprobleme, das Schnittstellenmanagement zu anderen Akteuren im Gesundheitswesen, die Beratung und Begleitung der Betroffenen und ihrer Familien

im Umgang mit der Erkrankung und bei der Alltagsbewältigung, die Erbringung von Pflege- und Versorgungsleistungen sowie die Hilfestellung der Betroffenen und ihrer Familien bei der Bewältigung von Krisensituationen, bei chronischen Krankheiten, bei Behinderung und bei Pflegebedürftigkeit.

Die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Weiterbildung zur FGP bzw. FGH sind eine Ausbildung in den Bereichen Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege oder Hebammenwesen, eine mindestens zweijährige Berufserfahrung in einem dieser Bereiche sowie eine Berufstätigkeit in den Praxisfeldern der ambulanten und häuslichen Versorgung, auf Gemeindeebene, im Gesundheitsamt oder in Beratungseinrichtungen.

Die berufsbegleitend angelegte zweijährige Weiterbildung gliedert sich in einen theoretischen Teil mit 720 Stunden und acht Modulen und einen praktischen Teil. Letzterer umfasst 120 Stunden und muss in übergeordneten Einrichtungen des Gesundheitswesens und in Institutionen der Gesundheitsberatung erbracht werden. Des Weiteren sind 720 Stunden Selbststudium vorgesehen. Die Begleitung von zwei oder mehreren Familien während der Weiterbildung soll die Vernetzung von Praxis und Theorie fördern (DBfK Bundesverband 2005).

2.3 Die Bedarfskonstellationen im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen

Nachfolgend werden die Bedarfskonstellationen einiger Zielgruppen der Familiengesundheitspflege im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen, und hier vor allem mit dem Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung, näher betrachtet. Dazu werden zuerst die Situation der Familien im allgemeinen und anschließend die der pflegebedürftigen Personen und ihrer Familien beleuchtet. Des Weiteren erfolgt eine Betrachtung der aufgrund ihrer Situation besonders vulnerablen Gruppen der chronisch kranken Menschen, der Kinder und Jugendlichen, der älteren Personen und der Familien mit Migrationshintergrund.

2.3.1 Die Familien

Nach Leahey & Wright (2002) ist die Familie das, was die Betroffenen darunter verstehen. Dies umfasst also alle denkbaren Lebensformen, wenn sie für die Mitglieder

die Familie darstellen. Die Familie als zentraler Faktor für die Gesundheit der Bürger, sei es bei der Gesundheitserhaltung oder als Mitauslöser von Krankheit, findet in der Gesundheitspolitik zunehmend Beachtung. Ihre Gesundheitsförderung wird mittlerweile als wichtiger gesundheitsrelevanter Faktor angesehen, da die Eigenverantwortlichkeit jeder einzelnen Person für seine Gesundheit hauptsächlich im privaten Rahmen und damit in der Familie ausgeübt wird. In der Familie wird das Gesundheitsbewusstsein geprägt. Hier werden Kenntnisse und Erfahrungen gesammelt sowie Bereitschaft und Motivation entwickelt. Die Familie ist der „ursprüngliche Ort, wo Alltagssolidaritäten gelebt werden“, es ist eine „Gemeinschaft mit starken Bindungen, in der mehrere Generationen füreinander sorgen“ (BMFSFJ 2006:XXIV). Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS 2008) erachtet die Familie als einen Grundpfeiler der Gesellschaft. Die Familienmitglieder kümmern sich wechselseitig um emotionale Bedürfnisse, sie lösen gemeinsam Probleme, sie unterstützen sich in Krisensituationen und betreuen einander bei Krankheit. Die Kinder werden in den Familien primär sozialisiert, sie entfalten hier ihre Persönlichkeit und „nehmen in der Regel relativ stabile Verhaltensweisen an, die es ihnen ermöglichen, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen“ (BMAS 2008:83). Die Familie ist aber auch „ein fragiles Unternehmen“, dem die Mitglieder abhanden zu kommen drohen“ (BMFSF 2006:68).

Trotz der positiven Beachtung und Wertschätzung der Familie und dem Umdenken in der Gesundheitspolitik, weg von der Kuration hin zur Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung, wurden bisher dringend notwendige gemeindebezogene und familienorientierte Versorgungsprogramme im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung nicht im erforderlichen Maß berücksichtigt und realisiert. Obwohl bereits 1995 die Schaffung bzw. Optimierung entsprechender gesetzlicher, umweltbezogener und sozialer Rahmenbindungen und die höhere Bewertung unterstützender Leistungen wie Beratung und Hausbesuche gefordert wurden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ 1995). Ebenso lagen die Investitionen für den gesamten Gesundheitsschutz und die Prävention im Jahr 2003 lediglich bei 4,6% aller bundesdeutschen Gesundheitsausgaben (Statistisches Bundesamt 2006).

Häufig sind Betreuungseinrichtungen, familienbezogene und kindfördernde Angebote sowie Dienstleistungen auf kommunaler Ebene noch getrennt organisiert. Sie

befinden sich meist in unterschiedlichen Institutionen mit jeweils unterschiedlichen Anspruchsvoraussetzungen, Leistungshöhen und Zuständigkeiten. Daraus resultiert, dass die Familien über viele Angebote nicht oder nur unzureichend informiert sind und/oder sich davon nicht angesprochen fühlen. Die Familien müssen oftmals einen hohen Aufwand betreiben, um die verschiedenen Angebote in Anspruch nehmen zu können. Hinzu kommt, dass viele der vorhandenen Angebote sich nicht an den unterschiedlichen Lebenslagen und Bedarfen der Familien orientieren (BMFSFJ 2006, BMFSFJ 2007).

Gleichzeitig haben ein einkommensbedingter niedriger Lebensstandard und die daraus resultierenden eingeschränkten Konsum- und Pflegemöglichkeiten einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand einer Familie. Zudem stellen Stressbelastungen infolge von finanziellen Notlagen, damit verbundene Zukunftsängste, Ausgrenzungserfahrungen und soziale Vergleichsprozesse weitere wesentliche Belastungsfaktoren für die Familien dar (BMAS 2008).

Für Höffinger (2005) muss sich die Familienpolitik verstärkt an den unterschiedlichen Lebensphasen der Familien orientieren, sie muss die Lebensformen und -situationen der Familien berücksichtigen und im direkten Lebensumfeld der Familien ansetzen. Dabei stellen die Stärkung der Handlungskompetenzen der Familien, die Gestaltung von Rahmen- und Lebensbedingungen, welche die Familien in ihrer Entwicklung fördern, und ihre Entlastung wenn sie mit Problemen alleine nicht mehr fertig werden, zentrale Aufgaben der Familienpolitik dar.

Zur Verbesserung der Versorgungssituation für die Familien sieht der siebte Familienbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ 2006) in der Gestaltung „neuer Formen des Zusammenwirkens von Familie und professionellen Dienstleistungen“ eine Aufgabe der Zukunft. Hierfür sollten zielgruppenspezifische Hilfen bereitgestellt werden. Des Weiteren werden die Bündelung und Integration familienbezogener Maßnahmen z.B. durch die Einrichtung einer „Familienkasse“ oder eines „Bundesamts für familienbezogene Maßnahmen“ (BMFSFJ 2006:290) empfohlen.

2.3.2 Die pflegebedürftigen Personen und ihre Familien

Laut Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2008) erhalten etwa 1,4 Millionen pflegebedürftige Personen ambulante und knapp 0,7 Millionen Personen stationäre

Leistungen aus der Pflegeversicherung. Es wird davon ausgegangen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen der sozialen Pflegeversicherung von derzeit rund 1,97 Millionen bis zum Jahr 2040 auf rund 3,4 Millionen ansteigen wird. Diese Zahl resultiert aus den Auswirkungen der demografischen Entwicklung, da der Anstieg der älteren Personen auch mit einem deutlichen Anstieg der pflegebedürftigen Personen einhergehen wird. Denn mit zunehmendem Alter nimmt auch das Risiko für eine Pflegebedürftigkeit zu. Derzeit sind von der Bevölkerung unter 60 Jahren nur 0,6% pflegebedürftig, von den 60-80jährigen sind es 3,9% und von den über 80jährigen bereits 28,3% (BMG 2008:97). Hierbei stellt bei der häuslichen Versorgung die Familie immer noch den „größten Pflegedienst der Nation“ (Landtag Nordrhein-Westfalen 2005:103) dar. So wurden bundesweit Anfang des Jahres 2003 ca. 92% der in den Privathaushalten lebenden Pflegebedürftigen von ihren Angehörigen versorgt. Diese Leistungen gehen nicht in die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung ein (BMFSFJ 2002).

Die familiäre Pflege und Versorgung wird sich allerdings verändern. Der steigende Pflegebedarf bei gleichzeitig abnehmenden Verfügbarkeiten zur pflegerischen Versorgung in den Familien wird zu Pflegeengpässen führen. Die Ursachen hierfür liegen in den sich verändernden Gesellschaftsstrukturen. Diese ergeben sich u.a. aus der zahlenmäßig abnehmenden nachwachsenden Generation, der zunehmend eigenständigen Lebensführung der verschiedenen Generationen, der zunehmenden Bevölkerungsdichte in den Städten und der damit einhergehenden Ausdünnung in den ländlichen Regionen sowie der Zunahme der Single-Haushalte. Daraus resultiert auch, dass bei der Versorgung der Betroffenen und ihrer Familien vermehrt professionelle Hilfen eingebunden werden müssen (BGW 2007, BMFSFJ 2006, BMFSFJ 2005, BMFSFJ 2002).

Allerdings fällt die „Wissensaneignung über die Rolle und die Beschaffenheit der Qualität professionell erbrachter familiennaher Dienste und ihr Zugewinn für die davon Betroffenen bei uns immer wieder auf unfruchtbaren Boden“ (BMFSFJ 2006:99). Es wird teilweise zu wenig gesehen, dass die professionellen Dienste die Familien nicht nur entlasten, sondern ihnen auch Kompetenzen zur Alltagsbewältigung vermitteln. Dies „setzt allerdings sehr gut geschultes Personal mit entsprechender Behandlungs-Zeit voraus, die in den Abrechnungssystemen der Pflegeversicherung noch nicht vorgesehen ist“ (BMFSFJ 2006:99). Die Qualifikation und die

Zeit für die Versorgung und Begleitung der Familien haben jedoch wesentlichen Einfluss auf die Art und die Dauer der Pflegeabhängigkeit, die Nutzung und die Erhaltung der vorhandenen Ressourcen, die Befähigung zur Alltagsbewältigung im Umgang mit der Erkrankung bzw. Beeinträchtigung und den Erhalt bzw. die Förderung der Selbstbestimmung der Betroffenen und ihrer Familien.

Dabei darf die professionelle Unterstützung nicht nur auf die pflegebedürftige Person ausgerichtet sein, sondern sie muss die gesamte Familie im Blick haben, da die Erkrankung und/oder Hilfebedürftigkeit eines Familienmitglieds nie diese Person allein betrifft, sondern immer die gesamte Familie, jedoch möglicherweise auf unterschiedliche Arten. Somit ist „Krankheitserleben geteiltes Erleben“ (Schnepp 2006:62) und die Krankheit verändert die Bedürfnisse der Familien (Schnepp 2006).

Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen nehmen familienunterstützende und -ergänzende professionelle Dienste immer noch viel zu selten in Anspruch. Gründe hierfür sind u.a. Gefühle von Schuld und Versagen, Ängste vor der Einmischung Fremder oder Unkenntnis darüber, welche Entlastungen durch professionelle Dienste oder Angehörigengruppen angeboten werden. Die Inanspruchnahme erfolgt erst, wenn der Pflege- und Hilfebedarf stark ansteigt und die Hauptpflegeperson zunehmend überlastet ist. Eigentlich handelt es sich bei der Tätigkeit der Hauptpflegeperson um einen „Fulltime-Job“ (Landtag Nordrhein- Westfalen 2005:107). Dabei stößt die häusliche Pflege schon jetzt in vielen Fällen an ihre Grenzen. Neben den unzureichenden infrastrukturellen Unterstützungsformen sind die hohen Belastungen der Familienmitglieder ein wesentlicher Grund dafür. (Landtag Nordrhein- Westfalen 2005, BMFSFJ 2002).

Der laut BMFSFJ (2006, 2002) auffällig hohe Krankenstand der pflegenden Angehörigen weist auf die hohe körperliche und psychische Belastung dieser Personen hin. Diese betrifft aber „nicht nur die Hauptpflegepersonen, sondern das gesamte familiäre und soziale Umfeld“ und teilweise sind „Hilfeleistende und Pflegebedürftige so miteinander verstrickt, dass starke Konflikte ausbrechen“ (BMFSFJ 2006:142). Hinsichtlich der Hauptpflegepersonen ist anzuführen, dass dies in der Mehrzahl zwar Frauen sind, aber Pflege ist nicht nur Frauenarbeit, sie wird auch von Männern erbracht (Landtag Nordrhein- Westfalen 2005). In vielen Familien sind auch Kinder und Jugendliche in die Pflege und Versorgung mit eingebunden. Allerdings wurde dieser Gruppe als pflegende Familienmitglieder bisher kaum Beachtung geschenkt. Metzger

(2007) belegt in ihrer Studie nicht nur die „Existenz pflegender Kinder auch in Deutschland“, sie macht auch deutlich, dass „Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige ein für jede Gesellschaft relevantes Thema“ (Metzing 2007:171) ist.

Die ständige Konfrontation mit dem physischen und psychischen Abbau der pflegebedürftigen Person und die mangelnde Anerkennung und Unterstützung der sozialen Umwelt wirken zusätzlich belastend. Von den Familienmitgliedern muss verarbeitet werden, dass bei der Pflege alter Menschen, insbesondere bei Demenzerkrankten, eine kontinuierliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eintritt, die letztendlich zum Tod führt. Die Pflegetätigkeit führt auch häufig auch zu einer Verringerung der sozialen Beziehungen und zu finanziellen Einbußen. Nach wie vor berücksichtigt die Pflegeversicherung diesen besonderen Unterstützungsbedarf nur unzureichend. Dies gilt nicht nur für finanzielle Zuwendungen, sondern auch für Maßnahmen zur Stärkung der häuslichen Pflege, die informelle Pflegesysteme durch den Einbezug professioneller Dienste entlasten (SVR 2005, Landtag Nordrhein-Westfalen 2005, BMFSFJ 2002). Zudem sind etwa 40% der pflegenden Angehörigen berufstätig, dies bedeutet, dass Berufstätigkeit und Pflege vereinbart werden müssen.

Als weitere Problematik in der Versorgung von pflegebedürftigen Personen und ihren Familien kommt hinzu, dass das deutsche Gesundheits- und Sozialwesen von zahlreichen Fragmentierungen gekennzeichnet ist, die sich in vielfältiger Weise auf die Qualität der Hilfen für Pflegebedürftige auswirken. Hierzu zählen die Schnittstellenprobleme zwischen dem Krankenhaus und den nachsorgenden Institutionen, dem ambulanten und dem stationären Sektor einschließlich der unterschiedlichen Steuerungstechniken, die Abgrenzung zwischen den Hilfen für Menschen mit Behinderung und denen für pflegebedürftige Personen und das Zusammentreffen von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) V und SGB XI, insbesondere im Bereich der sogenannten „Behandlungspflege“ aber auch im Bereich der Rehabilitation (Landtag Nordrhein-Westfalen 2005). Die Unterteilung in die sogenannte „Grund- und Behandlungspflege“ und die damit verbundenen sozialgesetzgeberischen Unterscheidungen ziehen ebenfalls Probleme nach sich. Die „Grundpflege wird qualitativ völlig vernachlässigt, was sich auch in den Ergebnisindikatoren der Pflege zeigt, die oft hohe Dekubitusraten, Fehlernährung, Dehydratation und Stürze mit einschneidenden Folgen aufweisen“ (BMFSFJ 2002:288). Hier muss bei den Pflegenden und

den Leistungsträgern aber auch in der Gesellschaft ein Umdenken erfolgen (BMFSFJ 2002).

Zudem werden bei den Pflegebedürftigen und ihren Familien die Anreize für Prävention und Rehabilitation falsch gesetzt. Ausgeschöpfte Rehabilitationspotenziale wirken sich zwar positiv auf die Gesundheit und damit zusammenhängend auch auf die Lebensqualität der Betroffenen aus, sie führen aber bei einer verbesserten Einstufung der Pflegebedürftigkeit zu Leistungskürzungen. Dies kann die Motivation der Pflegebedürftigen, präventive und rehabilitative Maßnahmen in Anspruch zu nehmen, einschränken (SVR 2005, SVR 2003).

Im Vergleich zu Familien mit einem pflegebedürftigen Erwachsenen finden Familien mit einem pflegebedürftigen Kind, „ihre Situation und die Situation der betroffenen Familien vergleichsweise geringe Aufmerksamkeit“ (Büker 2008:77). Dabei sind etwa 62.000 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren in Deutschland pflegebedürftig (Statistisches Bundesamt 2007). Die Kinder leben fast immer in den Familien und meist sind die Mütter die Hauptpflegepersonen. Der Alltag der Familie wird vorrangig durch die Bedürfnisse des pflegebedürftigen, chronisch kranken oder behinderten Kindes bestimmt. Die Pflege und Versorgung der Kinder ist wesentlich komplexer, als bei alten Menschen, da hier u.a. auch Faktoren wie Entwicklungsförderung und Erziehung eine wesentliche Rolle spielen. Zudem sind meist viele verschiedene Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens in die Versorgung mit eingebunden. Die Gestaltung und Bewältigung von Übergängen im Lebenslauf wie z.B. der Eintritt in den Kindergarten oder die Einschulung des Kindes, die Herstellung von Normalität und die Sicherstellung der Zukunft des Kindes sind für die Familien und hier vor allem für die Mütter mit großen Herausforderungen verbunden, die trotz der vielen professionellen Akteure oftmals zu einer Überlastung der Mütter führen. Aufgrund dieser komplexen Anforderungen und Belastungen fordert Büker (2008), der Pflegeberatung von Familien mit pflegebedürftigen Kindern und ihren speziellen Bedürfnissen besondere Beachtung zu schenken und entsprechende Beratungskonzepte zu entwickeln.

Im zweiten Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung (BMGS 2001) wurde aufgeführt, dass die Pflegebedürftigen und ihre Familien einen hohen Beratungs-, Anleitungs- und Begleitungsbedarf haben. Hierbei wurde auf die Bedeutung der Be-

ratungseinsätze nach § 37 SGB XI und der Pflegekurse nach § 45 SGB XI hingewiesen. Diese Pflegeeinsätze, die eigentlich vorrangig der Beratung der Betroffenen und ihrer Familien dienen sollten, hatten eher Kontroll-, anstatt Beratungscharakter. Nicht zuletzt wurde dies u.a. auch durch die damit verbundenen Vorgaben und Formalitäten provoziert. Im entsprechenden dritten Bericht (BMGS 2004) wurde darauf hingewiesen, dass die Pflegeeinsätze einen stärkeren Beratungscharakter erhalten haben und die Beratungen durch Qualitätsstandards verbessert wurden. Des Weiteren haben Pflegebedürftige nach dem dritten Bericht mit Pflegestufe III das Recht, eine zusätzliche Beratung pro Vierteljahr bzw. Pflegebedürftige mit Pflegestufe I und II pro Halbjahr, abzurufen. Außerdem sollen die Pflegekurse vermehrt im häuslichen Umfeld der Betroffenen und ihrer Familien stattfinden. Die Ausführungen zu den Beratungen und Pflegekursen zeigen aber auch, dass die bisherigen Kompetenzen der Pflegenden oftmals nicht ausreichen bzw. zusätzliches Wissen und Instrumente erforderlich sind, um angemessene Beratungen und Anleitungen durchzuführen. Außerdem tragen Kontinuität und Vertrauensaufbau wesentlich zum Gelingen der Beratung bei (BMGS 2004).

Im aktuellen vierten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (BMG 2008) finden nun auch Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wie psychisch kranke Personen, geistig behinderte Menschen und Personen mit demenzieller Erkrankung, die Zuhause versorgt werden, Berücksichtigung. Die bisherigen Begutachtungen zeigen, dass mit zunehmender Pflegestufe der Anteil der Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zunimmt.

Zur Pflegeversicherung ist anzuführen, dass die Regelungen und Finanzierungsmodelle der häuslichen Pflege primär auf die Pflegebedürftigen, jedoch nicht oder kaum auf die Familie als System, ausgerichtet sind. Die Versorgung durch die Familie wird nach Schnepf (2006) immer mehr durch staatliche Eingriffe formalisiert, ohne jedoch die Familienmitglieder, die diese Sorge erbringen, als aktive Gestalter zu sehen. Im Rahmen der Pflegeversicherung wird der pflegenden Personen eine passive Rolle zugewiesen, mit wenig Einfluss auf die zu erbringende Leistung. Professionell Pflegenden in der häuslichen Versorgung leisten das, „was von ihnen erwartet wird, nämlich das, was finanziert wird: Das Erbringen von Leistungskomplexen zu einigen wenigen gestörten Funktionen, die häufig gar nicht das Problem bei der Krankheitsbewältigung darstellen“ (Schnepf 2006:69). Zudem schränkt die

Ausgestaltung des Versicherungssystems die bestehenden präventiven und rehabilitativen Möglichkeiten, einer Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, ungewollt ein (SVR 2005). Der SVR (2005) sieht in „Modellprojekten zu trägerübergreifenden persönlichen Budgets“ (SVR 2005:56) die Chance, einen flexibleren Umgang mit den Leistungen der Pflegeversicherung zu erproben.

Hier bei allen Beteiligten ein Umdenken herbeizuführen, ist nicht einfach. Büscher et al. (2005) weisen darauf hin, dass eine Veränderung der Versorgungsstrukturen alleine nicht ausreicht. In ihrer Untersuchung wurde deutlich, dass man mit dem persönlichen Budget besser auf sich verändernde Notwendigkeiten und Bedürfnisse eingehen kann, es den professionell Pflegenden aber teilweise schwer fällt, anhand des persönlichen Budgets auf die individuellen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen einzugehen, da sie weiterhin in Leistungskomplexen und Einzeltätigkeiten denken. Das Budget scheint insbesondere für alleinstehende ältere Personen, Demenzkranke und schwerst mehrfach erkrankte Personen sinnvoll zu sein (Büscher et al. 2007, Büscher et al. 2005).

Metzler et al. (2007) haben im Rahmen der Evaluation des Modellprojekts „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ u.a. festgestellt, dass die Leistungsform Persönliches Budget sich nach den geltenden gesetzlichen Regelungen auf alle Leistungen zur Teilhabe, wie sie im SGB IX definiert werden, erstreckt. Allerdings wurde dieses breite Leistungsspektrum bisher nicht annähernd ausgeschöpft. Zudem bestehen bei der Einbeziehung von Pflegeleistungen im Rahmen des SGB XI noch deutliche leistungsrechtliche Hürden. Die für Pflegesachleistungen sowie Tages- und Nachtpflege vorgesehene Gutscheinelösung wird von den Betroffenen bisher nur selten in Anspruch genommen, da ein „Vorteil gegenüber der klassischen Sachleistung insbesondere für Budgetnehmer/innen nicht erkennbar ist“ (Metzler et al. 2007:245).

Mit dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (BMG 2008) soll die Pflegeversicherung nun besser auf die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen und Angehörigen ausgerichtet werden. Ab Juli 2008 werden die Leistungen im Bereich der häuslichen Pflege, aber auch für demenziell erkrankte Personen im stationären Bereich, schrittweise erhöht. Dabei soll es erstmals einen Anspruch auf individuelle und umfassende Pflegeberatung, dem sogenannten „Fallmanagement“ geben. Außerdem sollen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehö-

rigen, je nach Länderentscheidung, Pflegestützpunkte eingerichtet werden, um den Auf- und Ausbau wohnortnaher Versorgungsstrukturen für eine quartiersbezogene und an den Bedürfnissen der hilfebedürftigen Menschen ausgerichtete Versorgung und Betreuung zu ermöglichen. Die Reform soll insgesamt zu einer Verbesserung der pflegerischen Qualität beitragen, gute und weniger gute Einrichtungen transparent und die erbrachten Leistungen besser vergleichbar machen (BMG 2008).

Der DBfK hat zum Entwurf dieses Gesetzes eine Stellungnahme abgegeben. Hierin wurde darauf hingewiesen, dass „die erhofften und angekündigten Leistungsverbesserungen für die Pflegebedürftigen hinter den von der Regierung gesetzten Erwartungen zurück bleiben. Stattdessen werden zahlreiche ressourcenaufwändige Bürokratien eingeführt“ (DBfK 2007:2). Mit der Schaffung der Pflegestützpunkte und den Pflegeberatern wird ein kassengesteuertes Pflegesystem eingeführt, welches das Selbstbestimmungsrecht eher einschränkt. Der DBfK (2007) hat u.a. auch darauf hingewiesen, dass für die Aufgaben eines Fallmanagers im Gesundheits- und Sozialwesen die Qualifikation als Pflegefachkraft unabdingbare Grundvoraussetzung ist. Hier wäre die weiterführende Qualifikation zum Casemanager oder zur FGP wünschenswert, die ihre pflegerische Expertise als unabhängige Beteiligte einbringen. Der DBfK lehnt „Pflegestützpunkte, in denen keine unabhängige Beratung gesichert ist und zudem Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsangebote aus dem Kreis der Beteiligten angeboten werden, ab“ (DBfK 2007:9).

Pflege ist eines der zentralen gesellschaftlichen Handlungsfelder der Zukunft. Für ihre Entwicklung ist es notwendig, die Nachhaltigkeit des begonnenen Modernisierungsprozesses zu gewährleisten und gleichzeitig strukturelle Defizite abzubauen (SVR 2005). Deshalb muss die Prävention von Pflegebedürftigkeit künftig ein gesellschaftliches und gesundheitspolitisches Anliegen sein. Dabei geht es auch um die Entwicklung eines Bewusstseins dafür, dass Pflegebedürftigkeit kein unabwendbarer Zustand ist und z.B. durch Lebensstil oder Anpassung des Wohnumfeldes verhindert oder zumindest in der Schwere vermindert bzw. hinausgezögert werden kann. Die entsprechenden Möglichkeiten hierfür wurden bislang nur unzureichend genutzt. Hierbei müssen sich auch Länder und Kommunen verantwortlich fühlen (SVR 2005).

Des Weiteren müssen präventive und gesundheitsfördernde Aktivitäten zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Personen und ihrer Familien auf unter-

schiedlichen Ebenen ansetzen. Entsprechende Aktivitäten hierzu sind die Weiterentwicklung der pflegerischen Aus- und Weiterbildung, der Ausbau niedrigschwelliger wohnortnaher Versorgungsangebote, die verbesserte Kooperation, Koordination und Vernetzung der an der Versorgungsgestaltung beteiligten Institutionen und Akteure sowie der Ausbau der Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige. Hierzu gehören auch Maßnahmen der Beratung, Anleitung, supervidierenden Begleitung und Kompetenzförderung der pflegenden Angehörigen. Ebenso sollten zielgruppenorientierte Angebote erprobt werden, die assessmentgestützt, besonders belastete Angehörige erkennen, deren Unterstützungs- bzw. Entlastungsbedarfe erfassen und entsprechend den Bedarfen ausgerichtet sind. Diese Angebote sollen auch zur Stärkung der Ressourcen der Pflegebedürftigen und ihrer Familien und zur Vermeidung von Überlastungserscheinungen und Gesundheitsgefährdungen der pflegenden Angehörigen beitragen. Dazu muss die Erreichbarkeit der Leistungen erleichtert werden. Gleichzeitig sind Konzepte wie das Casemanagement und die anwaltschaftliche Unterstützung umzusetzen (SVR 2005, Landtag Nordrhein-Westfalen 2005).

Zusätzlich zu professionellen Helfern müssen laut Robert Koch Institut (RKI) u.a. „auch Formen informeller Pflege an Bedeutung gewinnen“ (RKI 2004). Die Arbeit der Selbsthilfegruppen kann hier eine wichtige Ergänzung darstellen. Selbsthilfegruppen tragen durch ihre Tätigkeiten zur Gesundheitsvorsorge und zur Bewältigung von krankheitsbedingten, krankheitsauslösenden und belastenden Lebenssituationen bei. In Selbsthilfegruppen werden unterschiedlichste Probleme bearbeitet, die auch „Raum für die psychischen und sozialen Faktoren der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung, wie beispielsweise die Überwindung von Einsamkeit und Isolation lassen“ (RKI 2004:8).

2.3.3 Die vulnerablen Gruppen und Familien

Zu den Präventionsmaßnahmen bei vulnerablen Gruppen muss angeführt werden, dass diese Maßnahmen vor allem die Zielgruppen erreichen, die sowieso schon bessere Gesundheitschancen haben. Die Personen- und Bevölkerungsgruppen mit den größten Bedarfen werden bislang kaum oder nur sehr schwer erreicht. Es wird immer noch zu wenig beachtet, dass Angehörige statusniedrigerer sozialer Schichten tendenziell größeren Belastungen, z.B. durch die Arbeit oder ihr Lebensumfeld, ausgesetzt sind. Sie weisen überproportional häufig gesundheitsschädigende Ver-

haltensweisen auf und verfügen zugleich über weniger Ressourcen bzw. Bewältigungsstrategien als Angehörige statushöherer Sozialschichten (BMAS 2008, Rosenbrock 2005, SVR 2005).

Bereits im Gutachten von 2000/2001 verwies der SVR auf die unzureichende Umsetzung der per Gesetz geforderten „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ (SVR 2000/2001, Band I:30). Seiner Meinung nach sollten die Handlungsfelder, Formen und Akteure der Prävention Teil der gesamtgesellschaftlichen Diskussionen über Gesundheitsziele sein, um so eine breitere Öffentlichkeit mit der begrenzten Bedeutung der Kuration für die Gesundheit und die Potenziale und die Verantwortlichkeiten von Prävention vertraut zu machen. In Zusammenhang mit Gesundheit und sozialer Ungleichheit wird immer noch zu selten beachtet, dass sich stark belastete Bevölkerungsgruppen häufig in bestimmten Regionen bzw. Stadtteilen konzentrieren. Die Beachtung der regionalen Verteilung von Gesundheitsproblemen bzw. -chancen ist vor allem dann wichtig, wenn Interventionen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit geplant werden (SVR 2005).

Chronisch kranke Menschen und ihre Familien

Nach den Angaben des RKI (2006) spielen bei chronischen Erkrankungen vor allem psychische und neurodegenerative Krankheiten eine immer größere Rolle. Die „größte Herausforderung für das Gesundheitssystem liegt indes in der Alterung der Gesellschaft“ (RKI 2006:6). Chronische Erkrankungen wie Krebserkrankungen, Diabetes, Osteoporose, Schlaganfall und Demenz nehmen mit steigendem Lebensalter zu. Deshalb werden zukünftig immer mehr ältere Menschen mit chronischen Krankheiten eine gute Behandlung und Pflege benötigen. Viele chronische Erkrankungen treten in der unteren Sozialschicht häufiger auf. Auch die psychische Gesundheit ist in unteren Sozialschichten schlechter (RKI 2006).

Gerade bei chronisch kranken Menschen sind laut Schaeffer & Moers (2008) die Zustandsveränderungen nicht klar definierbar sind, sie vollziehen sich schleichend und werden vom sozialen Umfeld oft kaum registriert. Chronisch Kranke erleben die Bewältigungsbemühungen oftmals als belastend, sie fühlen sich unverstanden, nicht gesehen und teilweise sogar stigmatisiert. Die Betroffenen sind darauf angewiesen, dass ihre Situation ohne große Worte verstanden wird und die in das familiäre und professionelle Umfeld gesetzten Erwartungen und Hoffnungen ohne lange Erklä-

rungen erfüllt werden. Sie setzen hierbei großes Vertrauen in die professionellen Akteure, finden aber häufig nicht die erhoffte Resonanz. „Oft setzt in dieser Zeit ein stillschweigender Rückzug der professionellen Akteure ein“ (Schaeffer & Moers 2008:S.21). Gensichen et al. (2006) weisen in der Untersuchung zur primärmedizinischen Versorgung von chronisch kranken Patienten darauf hin, dass Diagnostik und Therapie von chronischen Erkrankungen nur einer ungenügenden Evidenzlage entsprechen, die Patienten während ihrer Behandlung passiv sind bzw. wenig effektive Hilfen erhalten, die Behandlungen oft unkoordiniert und fragmentiert erfolgen und das systematische Beobachten von Behandlungsergebnissen häufig vernachlässigt wird. Hausarztpraxen spielen in der Versorgung von chronisch Kranken und ihren Familien eigentlich eine wesentliche Rolle, diese sind aber nach Meinung von Gerlach et al. (2006) bisher kaum für eine strukturierte Langzeitversorgung der Betroffenen gerüstet, da die Versorgung in den Arztpraxen immer noch vorrangig auf die Behandlung akuter Probleme ausgerichtet ist.

Des Weiteren herrscht bei der Versorgung chronisch Kranker und ihrer Familien sowie bei vielen Volkskrankheiten ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung vor. Die Betroffenen und ihre Angehörigen müssen ihre alltags, krankheits- und biografiebezogene Bewältigungsarbeit in einem fragmentierten Versorgungssystem leisten. Gleichzeitig werden präventive Maßnahmen vernachlässigt, Information, Schulung und Anleitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen sind unzureichend. Es besteht eine Dominanz der Akutmedizin und eine somatische Fixierung bei der Versorgung dieser Personen. Gleichzeitig gibt es ein Übergewicht an individuellenbezogenen Präventionsmaßnahmen und Überschneidungen in der Versorgung. Partizipation und Eigenverantwortung der Patienten erlangen immer noch nicht die ihnen im Rahmen der Gesundheitsversorgung zukommende Bedeutung. Zur Vermeidung bzw. Minimierung von Über-, Unter- und Fehlversorgung bestehen bei der Versorgungsqualität, trotz erkennbarer Anstrengungen und einiger Fortschritte, erhebliche Verbesserungsmöglichkeiten (SVR 2007, SVR 2005, SVR 2000/2001, BMFSFJ 2002). Die bereits bestehenden „hausarztzentrierten Case-Management-Modelle“ beziehen sich laut RKI (2004) „bisher fast ausschließlich auf medizinische Leistungen. Soziale und pflegerische Vernetzungsleistungen spielen dagegen in diesen Modellen kaum eine Rolle“ (RKI 2004:51). Bei den meisten Formen des Casemanagement fehlt eine Verständigung der an der Versorgung Beteiligten unter-

einander die Casemanager haben oft wenig Einfluss auf abgestimmte Behandlungsmöglichkeiten. Bei der Übertragung des Schnittstellenmanagements an einzelne Stelleninhaber sollte vorab ein Informationsaustausch erfolgen (RKI 2004).

Vor allem die Entwicklung der Demenzerkrankungen fordert Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention der älteren Personen. Nach Angaben des RKI (2004) fehlt es bei den Familien mit einem demenzkranken Angehörigen oftmals an Leistungs- und Betreuungsangeboten, welche die pflegenden Angehörigen entlasten und damit einer drohenden Überforderung entgegenwirken. Gleichzeitig besteht eine unzureichende Vernetzung der „Bereiche der Diagnostik, Kuration, Rehabilitation und Pflege“ (RKI 2004:50). Durch eine verbesserte Koordination, Kooperation und Information zwischen diesen Leistungsbereichen und den jeweiligen Akteuren könnte die Versorgung der demenzkranken Personen und ihrer Familien erheblich verbessert werden. Diese Koordinations- und Kooperationsaufgaben können aber nicht „nebenher“ (BMFSFJ 2002:317) erbracht werden. Sie müssen einen sichtbaren Stellenwert mit expliziten Zeitbudgets erhalten.

Die Schnittstellenprobleme zwischen Kranken- und Pflegeversicherung führen zu einer mangelnden Gewährleistung der Behandlungskontinuität für alte kranke Menschen. Ein besonders großes Problem der nicht stationären Versorgung hochaltriger und demenzkranker Personen „liegt in der Zersplitterung der nicht stationären Altenhilfe und Gesundheitsversorgung und den daraus folgenden Brüchen zu Lasten der Betroffenen“ (BMFSFJ 2002:288). Wichtig sind Aktivitäten, welche die geistige und körperliche Mobilität erhalten und eine soziale Integration der älteren Menschen unterstützen (MAGS 2007, BMFSFJ 2002). Unter der Bedingung verkürzter teilstationärer und stationärer Behandlungsdauer ist der Ausbau ambulanter geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitation notwendig, wenn die häusliche Versorgung weiterhin Priorität haben und Heimaufnahmen vermieden werden sollen. Außerdem muss die restriktive Handhabung einer Kostenübernahme durch die Krankenkassen für die tagesklinische Behandlung abnehmen (BMFSFJ 2002). Auch wenn die Einführung der Pflegeversicherung insgesamt dazu beigetragen hat, dass es den pflegebedürftigen älteren Menschen finanziell besser geht, darf nicht unterschätzt werden, dass „die Einkommensverteilung im Alter deutlich ungleicher ist und die Gefahr der Altersarmut zunehmen wird (BMFSFJ 2005).

Durch eine effektive und effiziente Gesundheitsförderung und Prävention können die Gesundheit, die Lebensqualität, die Mobilität und die Leistungsfähigkeit der Menschen nachhaltig verbessert und daraus resultierend, ein großer Teil der daraus entstehenden Krankheitskosten, insbesondere im Bereich der Verzögerung oder Vermeidung von chronischen Krankheiten, verringert werden. Auch hier sind Gesundheitsförderung und Prävention nicht allein gesundheitspolitische, sondern gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Die Bewältigung chronischer Krankheit ist mit einer Vielzahl konzeptioneller Herausforderungen und neuer Pflegeaufgaben verbunden. Die ambulante Pflegeversorgung muss für die Bedarfe der speziellen Personen- und Bevölkerungsgruppen weiter ausgebaut und entsprechend qualifiziert werden. Die gilt vor allem für die Bedarfe der demenziell erkrankten Menschen, für schwer kranke Personen mit technikintensivem Pflegebedarf, für chronisch kranke Menschen in den Spätphasen des Krankheitsverlaufs und für Sterbende. Dabei müssen auch die Unterstützungsbedarfe der pflegenden Angehörigen berücksichtigt werden. Ebenso sollen lebensraumbezogene Ansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung Beachtung finden. Diese umfassen vor allem die Gesundheitserhaltung und -förderung, die Unterstützung bei den vielfältigen Anpassungsprozessen, welche das Leben mit chronischem Kranksein aufwirft, die Anleitung und Beratung zum Umgang mit der Erkrankung bzw. Beeinträchtigung und zur Alltagsbewältigung, die Entwicklung ressourcenstützender, multiperspektivischer Pflegekonzepte, die Patientenedukation und -beratung und das Case- bzw. Trajektmanagement. Wichtig ist hierbei, den Gesamtverlauf und die Verlaufsdynamik chronischer Krankheit und deren Auswirkungen unter Kontrolle zu halten, die Verschlechterungen und Abwärtsentwicklungen zu verzögern oder zu verhindern (BGW 2007, SVR 2005, Landtag Nordrhein-Westfalen 2005, BMFSFJ 2002).

Die vorab angeführten Anforderungen können von den Gesundheitsberufen und hier vor allem den Hausärzten und Pflegenden nur angemessen bewältigt werden, wenn sie kooperieren, die Aufgaben einschließlich der damit verbundenen Verantwortung umverteilt und die bestehenden Versorgungsstrukturen durch entsprechende Programme und Modelle verbessert werden. Diese neuen Kooperationsformen sollten dabei nicht vorrangig aus der Perspektive der Berufsgruppen, sondern ausgehend von den Bedarfen der Betroffenen und ihrer Familien betrachtet werden. Die Empfehlung zur stärkeren Einbeziehung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe und

die Forderung nach einer verbesserten Kooperation sollte „primär auf eine effizientere und effektivere gesundheitliche Leistungserstellung und weniger darauf abzielen, einem eventuellen Ärztemangel vorzubeugen“ (SVR 2007:11). Hierbei sieht es der Rat als unumgänglich an, den Pflegenden entsprechende Aufgaben und eine größere Handlungsautonomie zu übertragen, um die Gesundheitsversorgung aufrecht zu erhalten bzw. zu optimieren. Zudem sollten den Pflegenden Kompetenzen zur Verordnung von Pflegehilfsmitteln übertragen werden (SVR 2007, BGW 2007). Bisher können diese nur von Ärzten verordnet werden. Dies führt vor allem in ländlichen Regionen mit einer niedrigen Hausarztichte oftmals zu Versorgungsbrüchen. Gleichzeitig ist nach Angaben des Sachverständigenrats die Verordnung bestimmter Medikamentengruppen durch Pflegende zu prüfen (SVR 2007).

Des Weiteren empfiehlt der SVR (2007) die Übertragung der Prinzipien des Chronic Care Modells zur Verbesserung der ambulanten Versorgung in Deutschland und den verstärkten Einsatz nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe für beratende, edukative, organisatorische und präventive Aufgaben. Hierbei sollen vor allem die Kompetenzen der Pflegeberufe genutzt werden (SVR 2007, BGW 2007, BMFSFJ 2002). Für Gerlach et al. (2006) können die Implementierung von Versorgungsprogrammen wie Chronic Care-Modell und Casemanagement dazu beitragen, dass Hausarztpraxen zu „lokalen Kompetenzzentren für die strukturierte Versorgung chronisch Kranker“ (Gerlach et al. 2006:351) werden. Bei der Einführung von Überleitungsmodellen, Case-, Care- oder Disease-Management ist aber auch zu beachten, dass hier nicht wieder neue Brüche geschaffen werden (RKI 2004).

Kinder und Jugendliche

Die Betrachtung präventiver und gesundheitsfördernder Interventionen nach dem lebensphasenspezifischen Zugang lässt vor allem bei Kindern und Jugendlichen einen besonderen Unterstützungsbedarf und eine hohe Vulnerabilität erkennen. Der 2002 veröffentlichte Bericht zur „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen“ weist deutlich darauf hin. Der Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen hat sich zwar in den 90er Jahren grundsätzlich weiter verbessert und die biologischen Risiken in Form medizinisch behandelbarer Erkrankungen sind zurückgegangen. Allerdings steigen die Gesundheitsstörungen, die mit ökologischen und sozialen Kontexten in Verbindung stehen, an. Hiervon sind hauptsächlich Kinder

und Jugendliche von sozial benachteiligten Familien und von Migrantenfamilien betroffen. Dies lässt erkennen, dass von der Gesundheitsaufklärung und -erziehung nicht alle Teile der Bevölkerung entsprechend erreicht werden und damit immer noch deutliche Auswirkungen der sozialen Ungleichheit in der Verteilung der Gesundheit und der Gesundheitsrisiken vorhanden sind. Der Bericht zeigt, dass die angestrebte Gewährleistung einer gesundheitlichen Chancengleichheit und die Kompensation der sozialen Ungleichheit nicht gewährleistet sind. Deshalb müssen gezieltere Aktivitäten zur Erreichung der betroffenen Gruppen und verbesserte Unterstützungsleistungen für die Familien durchgeführt werden (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 2002).

Lampert & Kurth (2007) führen an, dass die „Chance eines sehr guten Gesundheitszustands bei Kindern und Jugendlichen aus der niedrigen im Verhältnis zu denjenigen aus der hohen Statusgruppe um etwa den Faktor 2 verringert,“ (Lampert & Kurth 2007:2948) ist. In dem vom Robert Koch Institut durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) wurde eine Studie zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-17 Jahren in Deutschland durchgeführt. Die Ergebnisse der KiGGS-Studie weisen zum Teil auf stark ausgeprägte soziale Unterschiede hin. Diese zeigen sich vor allem im allgemeinen Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen, in psychischen Auffälligkeiten, Verhaltensauffälligkeiten und Übergewicht. Ebenso konnten in den Bereichen der motorischen Entwicklung, der körperlich-sportlichen Aktivität, der Ernährungs- und Essstörungen, dem Rauchen und der Passivrauchbelastung soziale Unterschiede nachgewiesen werden. Aufgrund dieser Ergebnisse muss eine möglichst früh ansetzende Prävention und Gesundheitsförderung erfolgen, die auch sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen erreicht. Das ist bislang nur unzureichend der Fall. Dies lässt sich z.B. „für die Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen im Kindesalter, aber auch für Programme der Gesundheitsförderung und Suchtprävention, wie sie in der Kindertagesstätte und Schule umgesetzt werden, feststellen“ (Lampert & Kurth 2007:2948).

Nach den Ausführungen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (2008) bewältigt die Mehrzahl der Familien ihr Leben selbst und lebt in sicheren materiellen Verhältnissen. Störungen, Krisen sowie externe Einflüsse können aber zu Armut und zu sozialer Ausgrenzung führen. Diese stellen als Folge mangelnder Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten für die Familien und hier besonders für die Kinder

und Jugendlichen, einschließlich der sozialen Netzwerke der Familien, eine große Belastung dar. Armutsrisiken in Familien beschränken sich aber nicht nur auf unzureichende finanzielle Mittel. Bei Kindern zeigen sich zusätzlich Entwicklungsdefizite, Unterversorgung einschließlich der daraus resultierenden gesundheitlichen Probleme und soziale Benachteiligungen. Oftmals kommen Kinder und Jugendliche, die von Krankheiten und Gesundheitsstörungen betroffen sind, vermehrt aus sozial benachteiligten Familien. Sie sind häufiger von Unfällen betroffen, leiden häufiger an Übergewicht und psychischen Auffälligkeiten (BMAS 2008).

Um gesundheitlichen und sozialen Risiken bei Kindern und Jugendlichen vorzubeugen, sind angemessene Hilfen für sozial benachteiligte und betroffene Familien bereitzustellen, zu vernetzen und dort anzusiedeln, wo die Familien leben. Vor allem für sozial benachteiligte Familien müssen die klassischen Komm-Strukturen (z.B. Beratungsstellen) vieler Angebote zielgruppenbezogen verbessert und neue Geh-Strukturen (z.B. Hausbesuche) entwickelt werden. Des Weiteren sollen soziale Frühwarnsysteme eine Kindeswohlgefährdung frühzeitig identifizieren (Deutsche Liga für das Kind 2006, BMFSFJ 2006, Helming et al. 2006).

Die Deutsche Liga für das Kind hat 2006 ein Statement herausgegeben, um Kinder besser vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen. Auch ihrer Meinung nach bedarf es eines frühen Warn- und Hilfesystems, bei dem das rechtzeitige Erkennen von Hilfebedarfen der Familien mit geeigneten Angeboten früher Hilfen systematisch verknüpft werden. Allerdings erachtet die Liga die Etablierung eines staatlichen Kontrollsystems ohne die Bereitstellung wirksamer Hilfen rechtlich und ethisch als problematisch. Ihrer Meinung nach würde ein allgemeines „Screening“ von Gefährdungen ohne begleitende Unterstützung die Familien stigmatisieren, diese weiter isolieren und die Kinder damit einer noch größeren Gefahr aussetzen.

Misshandlung und Vernachlässigung in den Familien geschehen zumeist in Überforderungssituationen. Bei der Unterstützung der Familien, und dies gilt insbesondere für sozial benachteiligte Familien, müssen die Autonomie und die Selbstbestimmung der Familien soweit als möglich erhalten bzw. wieder hergestellt werden. Es gibt bereits geeignete Hilfen und Unterstützung durch Angebote der Jugendhilfe, der Familienbildung und des Gesundheitswesens. Diese Hilfen müssen sich sinnvoll ergänzen und miteinander verzahnt sein, damit auch sozial benachtei-

ligte Familien und Familien mit Migrationshintergrund diese Angebote nutzen können. Bei Bedarf sollten Fachkräfte die Funktion eines Lotsen übernehmen.

Des Weiteren ist eine Erhöhung der Teilnahmequote an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen insbesondere von Kindern aus sozial benachteiligten Familien und Familien mit Migrationshintergrund anzustreben. Dabei soll an der Freiwilligkeit der Untersuchungen festgehalten werden, da die Überwachung und Sanktionierung einer gesetzlichen Teilnahmepflicht das Gesundheitswesen mit Kontrollaufgaben befrachten und das Vertrauensverhältnis der Familien zu den professionellen Akteuren nachhaltig belasten würde. Außerdem ist laut der Deutschen Liga für das Kind (2006) zu bezweifeln, ob dadurch mehr als bisher Fälle von Misshandlung oder Vernachlässigung aufgedeckt würden.

Des Weiteren sollten Hausbesuche bei allen Eltern nach der Geburt des ersten Kindes erfolgen. Diese Hausbesuche sollten u.a. von zusätzlich geschulten Kinderkrankenschwestern und Familienhebammen durchgeführt werden. Zudem sollten bei Erstellern Trainingsangebote und in besonders belasteten Stadtteilen und Regionen darüber hinaus niedrigschwellige Anlaufstellen für Eltern eingerichtet werden, in denen direkte Hilfen im Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern angeboten werden können (Deutsche Liga für das Kind 2006, Helming et al. 2006). Helming et al. (2006) erachten zudem den Aufbau einer Vertrauensbeziehung für eine kontinuierliche und aktive Teilnahme der Familien als unverzichtbar. Auch sie betonen die Wichtigkeit der multidisziplinären Zusammenarbeit der Akteure des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe. Ihrer Meinung nach müssen die Ziele der Unterstützung und der Vermittlung geeigneter Hilfen bei belasteten Familien mit unzureichenden Ressourcen die „soziale Integration sowie Verbesserung der Teilhabechancen und nicht soziale Kontrolle sein“ (Helming et al. 2006:76).

Für Mazzola et al. (2008) greifen ausschließlich Früherkennungsuntersuchungen zur Prävention ebenfalls zu kurz, da ihrer Meinung nach die Intervalluntersuchungen nicht dafür geeignet sind, einem latenten Versorgungsproblem zu begegnen. Für sie bietet die bereits vorhandene Infrastruktur der ambulanten pflegerischen Versorgung „optimale Voraussetzungen für die Implementierung von gemeindenahen und flexiblen Ansätzen“ (Mazzola et al. 2008:71). Die damit verbundene aufsuchende Hilfe bietet u.a. die Vorteile einer niedrigen Zugangsbarriere, der optimalen Erreichbarkeit der Familien und die Vernetzung des sozialen Umfelds. Die ambulanten Pflege-

dienste stellen ein bereits etabliertes Versorgungssystem aufsuchender Hilfen dar, das in der Gesellschaft breite Zustimmung findet und damit eine geringe Gefahr der Stigmatisierung birgt. Diese bereits vorhandenen Strukturen finden hier noch zu wenig Berücksichtigung und sollten weiter ausgebaut werden (Mazzola et al. 2008).

Ältere Personen

Betrachtet man die Lebensphase im Alter, so werden hier die präventiven Potenziale erheblich unterschätzt (SVR 2000/2001). Der Rat führt an, dass fast alle epidemiologisch wichtigen Erkrankungen im Alter wie z.B. Diabetes mellitus Typ II, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Inkontinenz, Osteoporose und Stürze sowie bestimmte psychische Erkrankungen große präventive Potenziale aufweisen. Hierbei ist vor allem die Veränderung der Lebensweise, besonders hinsichtlich der Ernährung, der Bewegung und dem Lebensumfeld, besonders vielversprechend.

Körperliche Erkrankungen und damit verbundene funktionelle Einschränkungen steigen mit zunehmendem Alter stark an und führen zu einer überdurchschnittlich hohen Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen. Die beträchtliche Multimorbidität bei älteren Menschen, etwa 30% der älteren Personen haben fünf und mehr Diagnosen, wird begleitet von einer häufigen Anwendung von Arzneimitteln. Hier nehmen etwa über ein Drittel der älteren Personen fünf und mehr Medikamente ein. Auf der Grundlage differenzierter Konsensuratings von Experten konnte gezeigt werden, dass die medikamentöse Behandlung durchaus Über- und Fehlmedikation einschließt, andererseits aber auch in erheblichem Umfang Untermedikationen vorkommen (BMFSFJ 2002).

Nach den Ausführungen des SVR (2000/2001) sollte die Ermöglichung „erfolgreichen Alterns“ gesellschaftlich und professionell leitend sein. Da auch im Alter die Gesundheitschancen nach wie vor ungleich verteilt sind, erfordern die Ermittlung und die Ausgestaltung der Zugangswege, die Einschätzung der erforderlichen Bedarfe und Ressourcen sowie die Interventionen selbst speziell auch für diese Zielgruppe besondere Aufmerksamkeit. Zur verbesserten Versorgung alter Menschen werden u.a. die Nutzung des geriatrischen Assessments, die Durchführung assessmentgestützter Vorsorgeprogramme und aufsuchende Betreuungen in Form von Hausbesuchen, verbunden mit Wohnberatung und zielgruppenspezifisch wirksamen Interventionen, empfohlen. Ebenso sollten die Förderung der Selbstständigkeit und der

Erhalt der Selbstbestimmung der älteren Personen angestrebt werden. Die Prävention im Alter sollte darauf ausgerichtet sein, verschiedene Risikofaktoren für körperliche und psychische Erkrankungen frühzeitig aufzuspüren und zu beeinflussen (SVR 2007, SVR 2005, Landtag Nordrhein-Westfalen 2005, Nüchtern 2003, BMFSFJ 2002, SVR 2000/2001). Der SVR empfiehlt zudem, die Entwicklung zielgruppenspezifischer, multimodaler und sektorübergreifender Strategien zu unterstützen, die geeignet sind, die Gesundheitsressourcen der älteren Personen zu steigern und ihre gesundheitsrelevanten Belastungen zu senken. Dabei muss das zentrale Setting der Ort sein, wo die älteren Personen leben, also der Stadtteil, die Kommune, das Quartier oder das Dorf (SVR 2007).

Die präventiven Hausbesuche zielen vorrangig auf die Förderung der Lebensqualität, die Erhaltung der Selbstständigkeit und der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit älterer, noch selbstständiger Menschen ab. Hierbei können bereits frühzeitig Unterstützungsbedarfe und Präventionspotenziale erkannt und entsprechende Versorgungsangebote organisiert werden. Dazu sollte die Prävention im Alter bereits zu einem Zeitpunkt ansetzen, an dem die Person noch selbstständig bzw. nicht pflegebedürftig ist. Pflegebedürftigkeit wird besonders ab dem 65. Lebensjahr zu einem wachsenden Thema, denn mit zunehmendem Lebensalter steigt auch das Risiko für Pflegebedürftigkeit. Davon sind vor allem Frauen betroffen, da diese im Alter häufig alleine leben und somit ergibt sich für sie eine besondere Relevanz für präventive Hausbesuche. (Bartholomeyczik et al. 2008, Schmidt & Gebert 2007, RKI 2004, Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund Public Health 2002, BMFSFJ 2002). Im Projekt „mobil“ (Schmidt & Gebert 2007) wurden präventive Hausbesuche bei Senioren durchgeführt, um potenzielle Gesundheitsrisiken zu mindern und die individuellen Gesundheitsressourcen zu erhalten und zu fördern. Hierbei fanden der Rahmen der Beratung im eigenen Heim, die Länge und die Frequenz der Hausbesuche große Zustimmung bei den Senioren. Sie empfanden dies nicht als Störung ihrer Privatsphäre. Die Personen gaben zudem an, dass sie u.a. besser über die Leistungen der Krankenkasse informiert und angeregt wurden, ihre Probleme mit dem Hausarzt zu besprechen. Insgesamt hat das Projekt verdeutlicht, dass präventive Hausbesuche dazu beitragen, einer Pflegebedürftigkeit vorzubeugen.

Allerdings sollten präventive Hausbesuche nicht nur bei selbstständigen bzw. gesunden, sondern auch bei chronisch kranken oder pflegebedürftigen älteren

Personen und ihren Familien durchgeführt werden, da diese durch die kontinuierliche Begleitung und Beratung in der Bewältigung und im Umgang mit der Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit im Alltag unterstützt werden können. Nach Nüchtern (2003) kann dadurch die Krankheitsschwere günstig beeinflusst, die Krankenhauseinweisungsrate gesenkt und die Verweildauer reduziert werden. Den pflegebedürftigen Personen kann es durch die präventiven Hausbesuche oftmals ermöglicht werden, ihr Leben in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld zu verbringen (RKI 2004).

Für die positive Gestaltung der präventiven Hausbesuche sind einige wesentliche Aspekte zu berücksichtigen. So sollten die bestehende hausärztliche Tätigkeit und die familiären Versorgungsstrukturen berücksichtigt und integriert, die Informationsvermittlung und die Öffentlichkeitsarbeit zur präventiven Maßnahme verbessert und ein positives Bild des Alters und des Alterns transportiert werden. Laut dem Bayerischen Forschungs- und Aktionsverbund Public Health (2002) wird vor allem der Pflegefachkraft, die diese Hausbesuche durchführt, eine besondere Bedeutung für die erfolgreiche Umsetzung der präventiven Hausbesuche zugewiesen. Die Forscher sind der Meinung, dass in der Weiterbildung nach dem FHN-Konzept der WHO die Kompetenzen für eine angemessene Durchführung der präventiven Hausbesuche vermittelt werden (Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund Public Health 2002).

Familien ausländischer Herkunft

Zur Versorgung von Familien ausländischer Herkunft in Deutschland wird im sechsten Familienbericht (BMFSFJ 2000) angeführt, dass gerade bei diesen Familien nach wie vor erhebliche Schwellen bei der Inanspruchnahme von unterstützenden Diensten bestehen. Diese Schwellen resultieren aus unzureichenden Kenntnissen über Versorgungssysteme und medizinische Vorgänge. Die Bundesregierung sieht hierbei u.a. einen Bedarf in der verstärkten Information über die verfügbaren Angebote. Gleichzeitig ist ihrer Meinung nach viel Sensibilität erforderlich, um die jeweils individuell vorhandenen, familiären oder nachbarschaftlichen Unterstützungs- und Hilfesysteme aufzugreifen, einzubeziehen und zu stärken. Des Weiteren stellt die Bundesregierung fest, dass ältere Menschen ausländischer Herkunft oftmals mit gesundheitlichen Problemen allein gelassen werden. Hier sind Betreuungsangebote erforderlich, die auf die besonderen ethnischen, sozialen, kulturellen, religiösen und sprachlichen Prägungen und Bedarfe ausgerichtet sind. (BMFSFJ 2000).

Nach wie vor sind Menschen mit Migrationshintergrund häufiger nachteiligen Lebens- und Arbeitsbedingungen ausgesetzt. Die oftmals geringeren Bildungschancen, die höheren Belastungen am Arbeitsplatz und die niedrigeren Einkommen sind vielfach mit negativen Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit verbunden. Die migrationsspezifischen Unterschiede im Gesundheitsstatus und -verhalten zeigen sich bereits im Kindes- und Jugendalter. Die Kinder und Jugendlichen leiden zwar seltener an chronischen Krankheiten wie Asthma oder Neurodermitis, dafür ernähren sie sich ungesünder, sind häufiger übergewichtig und nehmen seltener an Untersuchungen zur Früherkennung für Kinder teil (BMAS 2008).

Insgesamt betrachtet, weisen, trotz einiger positiver Ansätze, die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention immer noch beachtliche und noch nicht ausgeschöpfte Potenziale hinsichtlich „einer Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes“ auf (SVR 2007:S.10). Dies erfordert eine Weiterentwicklung der ambulanten Pflege, eine angemessene Gesundheits- und Pflegeberatung, die Etablierung eines integrierten Beratungs- und Casemanagement, die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements, die Stärkung und professionelle Unterstützung des Ehrenamtes, die Förderung einer interdisziplinären und kooperativen Arbeitsweise in den Gesundheitsberufen und die Entwicklung von zielgruppengerechten Zugangswegen. Hierbei müssen milieuspezifische Einflussfaktoren wie z.B. Unterschiede in der sozialen Lage, unterschiedliche Bildungsniveaus, ungünstige Wohnverhältnisse und belastende Arbeitsbedingungen berücksichtigt werden (SVR 2005, Landtag Nordrhein-Westfalen 2005, SVR 2003).

Für diese besonders vulnerablen Personen- und Bevölkerungsgruppen und ihre jeweiligen Bedarfskonstellationen sind die Schaffung niederschwelliger, wohnortnaher Versorgungsangebote sowie die Verbesserung von Vernetzung und Koordination zentrale Aufgaben der Zukunft. Ebenso müssen „gesundheitsfördernde Settings“ z.B. durch Gesundheitsförderung in Kindergärten, Schulen und Betrieben geschaffen werden (SVR 2005, Landtag Nordrhein-Westfalen 2005). Die WHO (1999) erachtet vor allem hier die aufsuchenden Dienste als besonders wichtig, da diese Menschen oft nicht wissen, wie sie die erforderliche Unterstützung erhalten können, oder durch

soziale, psychologische und physische Barrieren daran gehindert werden, diese Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Der setting- bzw. lebensweltbezogene Ansatz ist zur Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen besonders geeignet, da er einfach zu organisieren ist, einen weniger stigmatisierenden bzw. diskriminierungsfreien Zugang zu den verschiedenen Zielgruppen und durch präventive Maßnahmen eine Stärkung bzw. Förderung der gesundheitsrelevanten Ressourcen ermöglicht. Als entsprechende Settings können u.a. Stadtteile mit einem hohen Anteil sozial benachteiligter Einwohner z.B. im Rahmen des Quartiermanagements ausgewählt werden. Im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung müssen Einflussfaktoren wie kulturelle Prägungen, geschlechtsspezifische Unterschiede, unterschiedliche Lebens- und Entwicklungshasen und weitere, „die Lebenslage prägende Faktoren“ (SVR 2005:31), berücksichtigt werden (SVR 2005, SVR 2003).

3 Problemstellung und Forschungsfragen

Die Ausführungen zum Handlungsfeld der Familiengesundheitspflege mit der daraus resultierenden multifaktoriellen Rolle für die Pflegenden und Hebammen, ihre Zielgruppen und die erforderlichen Kompetenzen zeigen, dass das Konzept der Familiengesundheitspflege sehr umfassend und vielfältig ist. Anhand der dargestellten Bedarfskonstellationen der verschiedenen Zielgruppen in der bundesdeutschen Gesundheits- und Sozialversorgung wird auch deutlich, dass vor allem in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung Bedarfe vorhanden sind und die unterstützenden Angebote hierzu weiter ausgebaut werden müssen. Die neuen Rollen der FGP und FGH können hierbei einen wesentlichen Beitrag leisten.

Dies konnte bereits in der „Projektdesign- und Konsensphase zur Implementierung der Family Health Nurse in Deutschland“ anhand der erarbeiteten fünf Szenarien aufgezeigt werden. Allerdings ermöglichen diese Szenarien, wie bereits vorab angeführt, Aussagen über die virtuelle Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in der deutschen Gesundheits- und Sozialversorgung. Aussagen über die praktische Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in der deutschen Gesundheits- und Sozialversorgung und die Passung der neuen Rollen der FGP und FGH sind jedoch

erst durch das wissenschaftlich begleitete Pilotprojekt zur Machbarkeit der Familiengesundheitspflege möglich.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung wurden deshalb die Erfahrungen aller am Projekt beteiligten Personen, die Adaption des Family Health Nurse-Curriculums der WHO an die Gegebenheiten der deutschen Versorgungsstrukturen, die zweijährige Weiterbildung Familiengesundheit für Pflegende und Hebammen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung sowie erste Auswirkungen der neuen Rollen der FGP und der FGH auf die deutschen Versorgungsstrukturen systematisch erfasst, analysiert und bewertet.

Zur Untersuchung dieser Bereiche wurde die wissenschaftliche Evaluation in zwei Untersuchungsphasen gegliedert. In der ersten Untersuchungsphase, die dauerte von Juni 2005 bis Oktober 2007, wurde die Weiterbildung evaluiert. Bei der zweiten Untersuchungsphase, diese dauerte von November 2007 bis Juni 2008, richtete sich das Hauptaugenmerk der Studie auf den Verbleib der AbsolventInnen und mögliche erste Auswirkungen der neuen Rollen. Entsprechend der beiden Untersuchungsphasen wurden folgende Forschungsfragen formuliert:

Fragen zum Curriculum, dessen Anpassung und Umsetzung:

- Weicht das Curriculum des DBfK von den Empfehlungen und Vorgaben der WHO ab und wenn ja, was sind die Gründe hierfür?
- Wie wird das Curriculum des DBfK von den Kursleiterinnen der beiden Weiterbildungsinstitute inhaltlich ausgestaltet?

Fragen zu den AnsprechpartnerInnen, den Kursleiterinnen und den DozentInnen, ihren Profilen, Meinungen und Sichtweisen:

- Was sind die Meinungen und Sichtweisen der AnsprechpartnerInnen und der beiden Kursleiterinnen zum Verlauf der Weiterbildung?
- Wer sind die DozentInnen der beteiligten Weiterbildungsinstitute, über welche Profile bzw. über welche Kompetenzen verfügen sie?
- Welche methodischen und didaktischen Instrumente werden in der Lehre eingesetzt?

Fragen zu den WeiterbildungsteilnehmerInnen, ihren Erwartungen und Entwicklungen:

- Wer nimmt an der Weiterbildung Familiengesundheit für Pflegende und Hebammen teil?
- Aus welchen Bereichen kommen die WeiterbildungsteilnehmerInnen?
- Was erwarten die TeilnehmerInnen von der Weiterbildung?
- Welche Schwierigkeiten und Belastungen erleben die WeiterbildungsteilnehmerInnen?
- Wie zufrieden sind die TeilnehmerInnen mit der Weiterbildung?
- Wie entwickeln sich die Zufriedenheit und die Belastungen im Laufe der Weiterbildung?

Fragen zum Verbleib der FGP und FGH:

- Wo und in welchen Bereichen arbeiten die FGP und FGH nach Abschluss der Weiterbildung?
- Wie werden sie finanziert?
- Wie schätzen sie ihre Tätigkeit nach Abschluss der Weiterbildung ein?
- Wie werden sie von anderen (Familien, professionelle Helfer, Arbeitgeber) eingeschätzt?

Fragen zur professionellen Rolle, zu den Entwicklungen und Rahmenbedingungen:

- Wie entwickeln sich die neuen Rollen der FGP bzw. FGH nach Ende der Weiterbildung?
- Welche Faktoren beeinflussen diese Entwicklung?
- Welche verschiedenen Typologien der Familiengesundheitspflege können beschrieben werden?
- Inwieweit können diese Typologien durch die Ansiedlung, den Aufgabebereich, die Zusammenarbeit mit anderen professionellen Akteuren, die betroffenen Familien und die Finanzierung erklärt werden?

Fragen zum professionellen Handeln der FGP und der FGH:

- Wer sind die Zielgruppen der FGP und der FGH?
- Auf welche Probleme reagieren die beiden Handlungsfelder?

- Wie gehen die weitergebildeten Pflegenden und Hebammen mit den Instrumenten der Familien- bzw. Gemeindeorientierung (Assessment und Interventionen) um?
- Mit wem kooperiert die FGP bzw. die FGH zur Lösung der Probleme der Familien?
- Inwieweit weicht ihr professionelles Handeln von den erarbeiteten Szenarien der Projektdesign- und Konsensphase ab?

4 Methodisches Vorgehen

Nachfolgend werden das Design für die wissenschaftliche Begleitforschung, die verwendeten Instrumente zur Datenerhebung und -analyse, der Zeitrahmen und die ethischen Anforderungen beschrieben.

4.1 Forschungsdesign

Das Design für die wissenschaftliche Begleitforschung entspricht einem Longitudinaldesign, bei dem die WeiterbildungsteilnehmerInnen, die AnsprechpartnerInnen und die beiden Kursleiterinnen der beteiligten Weiterbildungsinstitute sowie die Familien der FGP und der FGH mehrmals im Verlauf des Projekts befragt wurden. Des Weiteren erfolgte eine einmalige Befragung der DozentInnen der beiden Weiterbildungsinstitute und der ArbeitgeberInnen der FGP. Nach Polit et al. (2004) liegt der vorrangige Wert des Longitudinaldesigns in der Fähigkeit, Veränderungen über die Zeit hinweg und die zeitliche Abfolge von Phänomenen aufzuzeigen.

In beiden Untersuchungsphasen wurde eine formative Evaluation durchgeführt. Hierbei zielte die Evaluation auf die Einschätzung der Durchführung des Programms ab. Es wurde vorrangig der Prozess der Weiterbildung evaluiert. Am Ende des Projekts erfolgte eine summative Evaluation, um die Ergebnisse des Pilotprojekts zu bewerten (LoBiondo-Wood & Haber 1996). Die Prozessorientierung ist wichtig und notwendig, da sie für die Lernprozesse der Implementierung, für die Akzeptanzgewinnung und die Analyse von Fehlschlägen und Widerständen wesentliche Hinweise zur Beurteilung sowie zur Weiterentwicklung der untersuchten Aktionen und Maßnahmen liefert.

Im Rahmen der Evaluation wurden qualitative und quantitative Methoden angewendet. Die Analyse von Aussagen der Beteiligten über besondere Ereignisse, ihre Wahrnehmungen und Gefühle waren erforderlich, da diese Aussagen als sensible Indikatoren für relevante Entwicklungen während des Pilotprojekts und für unerwartete Effekte gewertet werden konnten. Es wurden Wahrnehmungs- und Deutungsmuster erschlossen, die auf ihre Dominanz im untersuchten Kontext aber auch auf projektübergreifend verallgemeinerbare Elemente hin überprüft werden konnten (von Kardorff 2000). Die qualitative Form der Evaluationsforschung war vorrangig auf die Spezifität und weniger auf die Generalisierbarkeit ausgerichtet, da in diesem Projekt u.a. die lokalen Gegebenheiten der einzelnen Weiterbildungsinstitute, die jeweiligen Besonderheiten der praktischen Einsatzorte, die Vorerfahrungen der WeiterbildungsteilnehmerInnen und die jeweiligen Familien der Pflegenden und Hebammen sowie ihre Kontexte eine zentrale Rolle in diesem Pilotprojekt darstellten.

Die gesamte Untersuchung orientierte sich an der „Realistischen Evaluation“ (Pawson & Tilley 1997) und der „Fallstudienforschung“ (Yin 1994). Dies bedeutet, dass die Rahmenbedingungen wesentliche Variablen für diese Untersuchung darstellten und der reale Kontext für die Evaluation wesentlich war. Ausgehend von dieser methodischen Orientierung ergab sich die Einbeziehung mehrerer Betrachtungsweisen und somit aller Beteiligten dieses Projekts sowie die Zusammenführung multipler Datenquellen. Daraus resultierte sowohl eine Triangulation mehrerer Datenquellen als auch verschiedener Erhebungsmethoden.

4.2 Zeitrahmen

Die wissenschaftliche Begleitforschung der ersten Untersuchungsphase zur Weiterbildung startete im Juni 2005 und endete im Oktober 2007. Im Anschluss daran folgte die zweite Phase der Evaluation zur Untersuchung des Verbleibs der Absolventen. Diese dauerte von November 2007 bis Juni 2008.

In den nachfolgenden Tabellen 1 bis 4 sind die jeweiligen Aktivitäten der beiden Untersuchungsphasen, differenziert nach den Berichtsjahren, dargestellt.

Jahr 2005/Monat							
Aktivitäten	06	07	08	09	10	11	12
Literaturanalyse							
Entwicklung der Fragebögen und Interviewleitfäden							
Vergleich der Curricula							
Datenerhebung							
Datenanalyse							
Zwischenbericht							

Tabelle 1: Zeitplan und Aktivitäten für das Jahr 2005

Jahr 2006/Monat												
Aktivitäten	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Weiterführende Datenanalyse 1. Befragung												
Literaturanalyse												
Datenerhebung und -analyse 2. Befragung												
Dozentenbefragung und Analyse												
Analyse Praktikumsberichte												
Entwicklung Fragebogen Belastung												
Befragung und Analyse Belastung												
Abfrage/ Vergleich der Curricula												
Datenerhebung und -analyse 3. Befragung												
Datenerhebung und -analyse Belastung												
Analyse Praktikumsberichte (Essen)												
Zwischenbericht												

Tabelle 2: Zeitplan und Aktivitäten für das Jahr 2006

Jahr 2007/Monat												
Aktivitäten	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Weiterführende Datenanalyse 3. Befragung												
Analyse Berichte 1. Praktikum (Essen)												
Durchführung Familieninterviews												
Analyse Familieninterviews												
Analyse Berichte 2. Praktikum												
Vergleich der Curricula/ Präsenzphasen												
Datenerhebung und -analyse 4. Befragung												
Zwischenbericht												

Tabelle 3: Zeitplan und Aktivitäten für das Jahr 2007

Jahr 2008/Monat							
Aktivitäten	01	02	03	04	05	06	07
Weiterführende Analyse Familieninterviews							
Weiterführung Familieninterviews							
Befragung AbsolventInnen							
Fachtagung Familiengesundheit							
Abschließende Analyse der Curricula							
Interviews ArbeitgeberInnen							
Weiterführende Interviewanalysen							
Abschlussbericht							

Tabelle 4: Zeitplan und Aktivitäten für das Jahr 2008

4.3 Instrumente zur Datenerhebung und -analyse

Zur Datenerhebung und -analyse wurden quantitative und qualitative Instrumente bzw. Methoden verwendet. Diese werden nachfolgend dargestellt.

Literaturanalyse

Zur Erarbeitung der standardisierten Fragebogeninhalte, der zu behandelnden Themen für die Gruppendiskussionen mit den WeiterbildungsteilnehmerInnen bzw. AbsolventInnen, den Leitfragen für die Interviews mit den KursleiterInnen, den AnsprechpartnerInnen und den Familien wurde eine kritische Literaturanalyse durchgeführt. Des Weiteren erfolgte ein Vergleich zwischen dem Curriculum des Family Health Nurse-Konzepts der WHO und dem Curriculum des DBfK Bundesverbands e.V. sowie den jeweiligen Modulhalten der beiden Weiterbildungsinstitute.

Standardisierte Fragebögen

Die soziodemografischen Daten der WeiterbildungsteilnehmerInnen, der AnsprechpartnerInnen, der beiden KursleiterInnen und der DozentInnen der beteiligten Weiterbildungsinstitute, ihre Qualifikationen, Kompetenzen und Arbeitsbereiche wurden anhand standardisierter Fragebögen erfasst. Diese wurden eigens für diese Untersuchung von den Forschern entwickelt.

Für den standardisierten Fragebogen zur Evaluation der Weiterbildung und zur Ermittlung der Belastung der TeilnehmerInnen wurde von den Forschern aus Fragebögen zur Ermittlung der „Lernermerkmale und Lehrqualität als Bedingungen der

Studienzufriedenheit“ (Schiefele & Jacob-Ebbinghaus 2006), einer Skala zur „Erfassung psychischer Befindensbeeinträchtigung im Arbeitskontext“ (Mohr et al. 2006, Mohr et al. 2005, Müller et al. 2004)³ und Fragen zur Erfassung von „Schwierigkeiten und Belastungen in einem berufsbegleitenden Studium (Schulze 1998) erarbeitet. Die Skalen wurden ausgewählt, da diese in anderen Untersuchungen bereits mehrmals verwendet wurden, auf Validität und Reliabilität bereits getestet sind und für diese Untersuchung passend und praktikabel waren. Zur Analyse aller standardisierten Fragebögen wurden die Verfahren der deskriptiven Statistik (Bortz & Döring 2002) angewandt.

Experteninterviews

Die AnsprechpartnerInnen und die beiden Kursleiterinnen der Weiterbildungsinstitute wurden zu Beginn, im Verlauf und am Ende der Weiterbildung sowie die ArbeitgeberInnen nach Abschluss der Weiterbildung anhand leitfadengestützter Experteninterviews jeweils in Einzelinterviews zu ihren persönlichen Meinungen und Sichtweisen befragt. Die leitfadengestützten Experteninterviews wurden auch bei denjenigen AbsolventInnen durchgeführt, die in Einzelinterviews befragt wurden.

Die Experteninterviews wurden ausgewählt, da bei diesen Beteiligten ihre jeweiligen Funktionen als Experten für ein bestimmtes Handlungsfeld für die Forscher von Interesse waren. Die Befragten wurden nicht als einzelne Fälle, sondern als Repräsentanten ihrer Gruppe in die Untersuchung einbezogen. Der Leitfaden diente hierbei als Steuerungsinstrument, um Themen die nichts mit der Sache zu tun haben, ausschließen zu können. Zugleich ermöglichte der Leitfaden den Experten, ihre Sache und Sicht der Dinge zu extemporieren (Flick 1998).

Zur inhaltsanalytischen Bearbeitung der Interviews wurde die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) angewandt. Diese Methode ist besonders geeignet, um vor allem große Textmengen systematisch und theoriegeleitet bearbeiten zu können. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse handelt es sich grundsätzlich um eine eher reduktive qualitative Inhaltsanalyse, bei der in einer ersten explorativen Phase das vorliegende Textmaterial gesichtet und ein System von Kategorien festgelegt wird, auf das hin die vorliegenden Texte untersucht werden sollen. Die Aus-

³ Die „Irritationsskala“ und die Skalen zur Studie „Lernermerkmale und Lehrqualität als Bedingungen der Studienzufriedenheit“ wurde uns von den jeweiligen Verfassern freundlicherweise in der Originalversion zur Verfügung gestellt.

sagen der befragten Personen wurden als Ausprägungen dieser Kategorien durch die interpretativen Techniken „Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung“ (Mayring 2002:115) herausgearbeitet und den definierten Kategorien zugeordnet. Dabei wurden spezifische Merkmalskombinationen herangezogen, um den Einzelfall charakterisieren zu können. Abschließend wurden die individuellen Einzeldarstellungen jeweils fallübergreifend generalisiert.

Bei den Interviewanalysen wurde vorrangig die Technik der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2002) verwendet. Die anderen beiden Techniken wurden hauptsächlich unterstützend eingesetzt, um die zentralen Aussagen der Experten durch eine Kontextanalyse einzelner Meinungen und Sichtweisen eingehender erklären oder beschreiben und durch eine inhaltliche Strukturierung bestimmte Aussagen extrahieren und zusammenfassen zu können. Bei der Technik der Explikation wird zu einzelnen interpretationsbedürftigen Stellen im Text zusätzliches Material herangezogen, um dieses zu erläutern oder verständlich zu machen. Dabei kann sowohl eine „enge“ als auch eine „weite Kontextanalyse“ (Lamnek 1995:211) durchgeführt werden. Mit der inhaltsanalytischen Technik der Strukturierung soll eine bestimmte Struktur aus dem Textmaterial herausgefiltert werden. Diese kann nach formalen, inhaltlichen, typisierenden oder skalierenden Strukturierungsgesichtspunkten erfolgen (Lamnek 1995). Für die weitere Auswertung wird das gesamte Kategoriensystem in Bezug auf die Fragestellung und die dahinter liegende Theorie interpretiert.

Gruppendiskussionen

Zur Ermittlung der Erwartungen, Wünsche und der möglichen Ängste der WeiterbildungsteilnehmerInnen bzw. den Erfahrungen der AbsolventInnen wurde das methodische Verfahren der Gruppendiskussion angewandt. Nach Loos & Schäffer (2001) unterscheidet sich die Gruppendiskussion von anderen gruppenförmigen, kommunikativen Interaktionen vor allem dadurch, dass ihr Zustandekommen von außen initiiert wird. Die Gruppe kommt zusammen, um sich über ein von der Diskussionsleitung zunächst vorgegebenes Thema zu unterhalten. Im Gegensatz zur Gruppenbefragung geht es hierbei nicht um ein Abfragen von Einzelmeinungen, sondern das Interesse richtet sich vor allem auf die Entwicklung eines Austauschs über ein Thema in der Gruppe. Es werden Kommunikationsprozesse initiiert, die sich „in ihrem Ablauf und

der Struktur zumindest phasenweise einem „normalen“ Gespräch annähern“ (Loos & Schäffer 2001:13). Die Vorteile der Gruppendiskussion liegen nach Friedrichs (1999) in der Methode selbst, da sie eine dem Alltag ähnliche Erhebungssituation ermöglicht. Durch sie werden „tieferliegende Meinungen aktualisiert, spontane Reaktionen provoziert, Einstellungsdispositionen im Prozess der Diskussion erkennbar“ (Friedrichs 1999:246). Es werden die Prozesse der Meinungsbildung einzelner Personen in bestimmten Gruppen sichtbar, sowie die Abhängigkeit der Meinung des Einzelnen von der Gruppenmeinung und deren Wechselwirkung. Zudem können Meinungen, Einstellungen und Konflikte der jeweiligen Gruppe abgefragt werden.

Als Analysemethode der Gruppendiskussionen wurde die Diskursanalyse (Loos & Schäffer 2001) auch „dokumentarische Interpretation“ (Bohnsack 2000) bzw. „interpretativ-rekonstruktive Inhaltsanalyse (Lamnek 1998) genannt, angewandt. Es ist als rekonstruktives Verfahren zu verstehen, da sich dieses aus dem Prozess direkter Forschungstätigkeit heraus entwickelt und somit eine rekonstruktive Beziehung zum Forschungsgegenstand besteht. Loos & Schäffer (2001) sehen in der Anwendung dieses Verfahrens in Zusammenhang mit Gruppendiskussionen die Analyse „von in der Regel face-to-face stattfindender sprachlicher Interaktionen, wie sie etwa in der Tradition der Ethnomethodologie ..., der Konversationsanalyse ... oder der Soziolinguistik ... betrieben wird“ (Loos & Schäffer 2001:59-60). Die Analyse umfasst, neben einem vorbereitenden Überblick über den thematischen Diskussionsverlauf, die Schritte der formulierenden und der reflektierenden Interpretation sowie der Diskursbeschreibung und der Typenbildung.

Im ersten Schritt, der formulierenden Interpretation, werden zuerst der Text bzw. einzelne Textpassagen thematisch gegliedert (rekonstruiert), indem diese in Ober- und Unterthemen unterteilt und mit entsprechenden Überschriften versehen werden. Es werden „zusammenfassende Formulierungen“ (Bohnsack 2000:149) gebildet. Anschließend werden diejenigen Passagen ausgewählt, die eine thematische Relevanz für die Forschungsfrage aufweisen und für die Vergleiche mit anderen Passagen der gleichen sowie weiterer Gruppendiskussionen im Sinne einer „komparativen Analyse“ (Bohnsack 2000:150) herangezogen werden können. Zudem werden Textstellen ausgewählt, die sich durch eine hohe „interaktive und metaphorische Dichte“ (Lamnek 1998:196) auszeichnen. Alle ausgewählten Textpassagen werden dann der detaillierten formulierenden Interpretation unterzogen. Den zweiten Schritt der Ana-

lyse bildet die reflektierende Interpretation. Diese zielt darauf ab, den Rahmen innerhalb dessen das Thema abgehandelt wird, zu rekonstruieren und zu explizieren. Es geht hierbei um die Frage, wie das Thema von den Teilnehmern behandelt wird. Dieser Auswertungsschritt vollzieht sich als eine dokumentarische Interpretation der Ausführungen unter Bezugnahme auf die positiven und negativen Gegenhorizonte, einem Einbezug des Diskussionsablaufs und eine Durchführung fallinterner und fall-externer Vergleiche innerhalb der Gruppe und zwischen den verschiedenen Gruppen. Der dritte Schritt des Analyseverfahrens zielt auf die Fall- bzw. Diskursbeschreibung ab. Dabei wird die Gesamtgestalt des Falles zusammenfassend dargestellt. Hierbei geht es nicht nur um die Beschreibung der zentralen Aussagen der Diskussionsteilnehmer, sondern auch um die Darstellung der „dramaturgischen Entwicklung“ der vorab interpretierten Textpassagen, also der „Diskursorganisation“ (Bohnsack 2000:155). Die Interpretationen werden in den Kontext eingebettet und somit in ihrer Komplexität dargestellt. Im vierten und letzten Schritt erfolgt dann die Typenbildung indem über die Technik der minimalen und maximalen Kontrastierung die einzelnen Fälle (Gruppen) gegenübergestellt und so die Aussagen sukzessive generalisiert werden. Dabei ist der „Kontrast in der Gemeinsamkeit“ (Bohnsack 2000:160) das grundlegende Prinzip der Generierung von Typen aber auch der Rahmen für die Typologie.

Bei jeder Befragung wurde jeweils bereits nach den ersten Gruppendiskussion mit den Analysen begonnen, um die Fragestellungen bzw. Themen reflektieren und bei Bedarf modifizieren zu können.

Problemzentrierte Interviews

Die Meinungen, Sichtweisen und Erfahrungen der Familien der WeiterbildungsteilnehmerInnen bzw. der in Einzelinterviews befragten AbsolventInnen wurden anhand problemzentrierter Interviews ermittelt. Anhand eines Leitfadens, der aus Fragen und Erzählanreizen bestand, wurde der interessierende Problembereich eingegrenzt und ein erzählgenerierender Stimulus angeboten. Das problemzentrierte Interview ist durch die drei Kriterien „Problemorientierung“, „Gegenstandsorientierung“ und „Prozessorientierung“ (Flick 1998:105-106) gekennzeichnet. Die Problemzentrierung bezieht sich auf die Orientierung an einer gesellschaftlich relevanten Problematik, die Gegenstandsorientierung bedeutet, dass die Methoden

gegenstandsorientiert entwickelt bzw. modifiziert werden und die Prozessorientierung bezieht sich auf den Forschungsprozess und die Gegenstandsorientierung. Bei dieser Interviewform bilden der erzählgenerierende Gesprächseinstieg, die allgemeinen und spezifischen Sondierungsfragen sowie die „ad-hoc-Fragen“ (Lamnek 1995:76) die zentralen Kommunikationsstrategien. Die ad-hoc-Fragen ermöglichen dem Interviewer, direkte Fragen zu Themenbereichen zu stellen, die bisher nicht angesprochen wurden (Flick 1998, Lamnek 1995). Zur inhaltsanalytischen Bearbeitung der problemzentrierten Interviews wurde ebenfalls die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) verwendet.

Alle Interviews und Gruppendiskussionen wurden auf Tonband aufgezeichnet, transkribiert, anonymisiert und inhaltsanalytisch bearbeitet.

Analyse der Praktikumsberichte

Zur Analyse der von den WeiterbildungsteilnehmerInnen erstellten Praktikumsberichte wurde wiederum die Methode der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) verwendet.

4.4 Ethische Anforderungen

Die AnsprechpartnerInnen der Weiterbildungsinstitute wurden erstmals ein Jahr vor Beginn der Weiterbildung im Rahmen einer Informationsveranstaltung, und nochmals direkt vor Beginn des Pilotprojekts ausführlich vom DBfK Bundesverband e.V. und den Forschern über die Ziele, die Inhalte und die methodische Vorgehensweise zur Untersuchung informiert. Außerdem stimmten die am Pilotprojekt beteiligten Weiterbildungsinstitute, vertreten durch die jeweiligen AnsprechpartnerInnen in einer schriftlichen Vereinbarung zwischen dem DBfK und den Weiterbildungsinstituten der wissenschaftlichen Begleitforschung durch die Private Universität Witten/Herdecke gGmbH zu. Die WeiterbildungsteilnehmerInnen wurden von den beiden Weiterbildungsinstituten bereits in den Vorstellungsgesprächen über die wissenschaftliche Evaluation, deren Vorgehensweise und Ziele informiert. Zusätzlich dazu wurden alle Beteiligten die Ziele und Inhalte der wissenschaftlichen Begleitung von den Forschern nochmals gesondert in mündlicher und schriftlicher Form erläutert.

Bei den Familien der Weiterbildungsteilnehmerinnen bzw. AbsolventInnen wurde den ethischen und rechtlichen Anforderungen in Bezug auf informierte Zustimmung, Vertraulichkeit, Anonymität und Datenschutz besondere Bedeutung beigemessen, da diese als vulnerable Gruppen gelten. Die Familien wurden zuerst von den Pflegenden und Hebammen über die wissenschaftliche Begleitung informiert und ihre erste Zustimmung für ein Interview eingeholt. Anschließend erfolgte eine schriftliche Information durch die Forscher zu den Zielen und Inhalten der wissenschaftlichen Begleitforschung sowie ein persönliches Gespräch mit den Forschern vor den Interviews. Dieses Vorgehen wurde auch bei den ArbeitgeberInnen der FGP angewendet. Alle Beteiligten der wissenschaftlichen Begleitforschung wurden im Rahmen der informierten Zustimmung darauf hingewiesen, dass sie jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an der Untersuchung ablehnen bzw. von dieser zurücktreten können und ihnen daraus kein Nachteil entstehen darf. Alle weiteren ethischen und rechtlichen Anforderungen in Bezug auf die informierte Zustimmung, die Vertraulichkeit, die Anonymität und den datenschutzrechtlichen Anforderungen (Schnell & Heinritz 2006, Polit et al. 2004, LoBiondo-Wood & Haber 1996) wurden bei der Untersuchung berücksichtigt.

Die Aufzeichnungen der Gruppendiskussionen und der Interviews auf Tonband erfolgte nur nach vorheriger Information und Zustimmung der Interviewteilnehmer. Die Tonbänder und Fragebögen wurden im Sinne des Datenschutzes am Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenaher Pflege des Instituts für Pflegewissenschaft sicher verwahrt. Für beide Untersuchungsphasen wurde jeweils das Votum der Ethikkommission des Instituts für Pflegewissenschaft der Privaten Universität Witten/Herdecke gGmbH eingeholt.

5 Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus den beiden Untersuchungsphasen der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Pilotprojekt beschrieben. Hierbei muss angeführt werden, dass die ersten Familien, die von den TeilnehmerInnen begleitet wurden, bereits im zweiten Jahr der Weiterbildung befragt werden konnten. Erste Kernaussagen dieser Familien wurden im dritten Zwischenbericht (Eberl & Schnepf 2007) aufgeführt. Um alle Familien bzw. Fälle vergleichend darstellen zu können,

wurde die Interviewanalysen nochmals verglichen, kontrastiert und zusammengefasst, um Typologien ableiten zu können. Deshalb werden die Kernaussagen der Familien in den Ergebnissen der zweiten Untersuchungsphase aufgeführt.

5.1 Ergebnisse der ersten Untersuchungsphase

Wie bereits angeführt, wurden in der ersten Untersuchungsphase die Adaption des WHO-Curriculums an die bundesdeutschen Gegebenheiten, die Durchführung der Weiterbildung einschließlich der inhaltlichen Umsetzung des Curriculums, die Profile der AnsprechpartnerInnen, der KursleiterInnen, der DozentInnen und der WeiterbildungsteilnehmerInnen sowie die jeweiligen Meinungen, Sichtweisen und Erfahrungen der AnsprechpartnerInnen, der KursleiterInnen und der TeilnehmerInnen analysiert und bewertet. Die Ergebnisse hieraus werden nachfolgend, entsprechend der Forschungsfragen, dargestellt.

5.1.1 Das Curriculum

Zu Beginn wurden das WHO-Curriculum und das adaptierte Curriculum des DBfK Bundesverbands e.V. vergleichend gegenübergestellt. Anschließend erfolgte eine Gegenüberstellung der im DBfK-Curriculum angesetzten Stundenzahl zu den einzelnen Modulen mit den erbrachten Stunden pro Modul und die jeweiligen Präsenzphasen, in denen die jeweiligen Modulinhalte erbracht wurden. Abschließend wurden die von den beiden Weiterbildungsinstituten vermittelten Themeninhalte zu den einzelnen Modulen vergleichend gegenübergestellt.

5.1.1.1 Adaption des WHO-Curriculums

Zur Verdeutlichung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Curricula wurden die jeweiligen Inhalte des WHO-Curriculums und des DBfK-Curriculums miteinander verglichen und analysiert. In der nachfolgenden Tabelle 5 sind die jeweiligen Ausführungen in den Curricula aufgeführt.

Inhalte	WHO-Curriculum	DBfK-Curriculum
1. Einführung	<ul style="list-style-type: none"> - Family Health Nurse (FHN) im Kontext „Gesundheit 21“ - Definition der Rolle der FHN - Familienbegriff bzw. Zielgruppen - Konzept FHN 	<ul style="list-style-type: none"> - Internationaler und nationaler Kontext der FGP bzw. FGH - Handlungsfelder der FGP und FGH (einschließlich Ziel der Weiterbildung) - Zielgruppen der FGP und FGH - Grundzüge eines Bildungskonzepts (im Anhang ausgeführt)
2. Beschreibung des Lehrgangs		
2.1 Ziel	<ul style="list-style-type: none"> - Vorbereitung der FHN auf die Praxisrolle entsprechend „Gesundheit 21“ 	<ul style="list-style-type: none"> - Vorbereitung der Teilnehmer auf das neue Handlungsfeld, um Familien im Sinne von „Gesundheit 21“ im eigenverantwortlichen gesundheitsfördernden Handeln zu unterstützen und zu motivieren.
2.2 Struktur	<ul style="list-style-type: none"> - Studium (Vollzeit, Teilzeit, Fernstudium) 	<ul style="list-style-type: none"> - Weiterbildung
2.3 Dauer	<ul style="list-style-type: none"> - 40 Wochen, angelegt in 7 Modulen - insgesamt ca. 10-12 Wochen Praxis (Modul II-VII) 	<ul style="list-style-type: none"> - 1560 Stunden - davon: 90 Tage bzw. 720 Zeitstunden Theorie als Präsenzphasen, angelegt in 8 Modulen, 720 Zeitstunden Selbststudium, 120 Stunden Pflichtpraktika (Modul II & Modul IV)
2.4 Zugangsvoraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> - Ausbildung im Pflege- bzw. Hebammenbereich - Zweijährige Berufserfahrung - 3 Monate Praktikum in der familien- bzw. gemeindeorientierten Pflege (Supervision durch FHN bzw. Community Nurse) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausbildung zur Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege, Hebammenwesen - Zweijährige Berufserfahrung - Teilzeitstelle 50% (s. Weiterbildungs- und Prüfungsordnung)
2.5 Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> - Praxis-Theorievernetzung - Aufbau einer professionellen Beziehung zu den Familien bereits im Kurs - Teilnehmer sind während des Lehrgangs für bestimmte Gruppen zuständig 	<ul style="list-style-type: none"> - Praxis-Theorievernetzung - Begleitung von Familien ist Teil der geforderten Praxiseinsätze und zieht sich durch gesamte Weiterbildung
3. Theoretischer Rahmen	<ul style="list-style-type: none"> - Rahmenkonzept für die europäischen Mitgliedstaaten der WHO - Basiert auf Systemtheorie, Interaktionstheorie, Entwicklungstheorie, Kombination als Modellkonzept - Hauptinterventionen: primäre, sekundäre und tertiäre Prävention, Krisenintervention, direkte Betreuung - Verdeutlichung anhand von Szenarien 	<ul style="list-style-type: none"> - Kernstück des Pilotprojekts - Vorlage für die am Projekt beteiligten Weiterbildungsinstitute - FHN-Konzept der WHO, Handbuch zur Fortbildung Public Health/ Gesundheitsförderung für Pflegeberufe in der Europäischen Union, Ergebnisse der Vorstudie - Hauptinterventionen: Prävention, Gesundheitsförderung, Kontinuität
4. Qualifikation und Lernziele	<ul style="list-style-type: none"> - Beschreibung der Kompetenzen und Kernqualifikationen 	<ul style="list-style-type: none"> - In der Präambel im Abschnitt „Handlungsfeld“ aufgeführt

Tabelle 5: Inhaltlicher Vergleich der beiden Curricula

Inhalte	WHO-Curriculum	DBfK-Curriculum
5. Lehr- und Lernstrategien	<ul style="list-style-type: none"> - Anregung des Lernens auf allen 6 Ebenen der von Bloom beschriebenen kognitiven Fähigkeiten - Prinzipien der Erwachsenenpädagogik - Szenarien des FHN-Konzepts - Problemorientiertes Lernen und andere Methoden - Interaktive Konzepte 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausführliche Beschreibung des Bildungskonzepts im Anhang - Bildungsverständnis - Entwicklung von Methodenkompetenz - Selbstgesteuertes Lernen, Didaktik - Handlungsorientierte Strukturierung der Lehre, - Szenarien der Vorstudie - Soziales Lernen, Reflexion
6. Supervision	<ul style="list-style-type: none"> - Supervision durch FHN bzw. Community Nurse oder entsprechend qualifizierte Pflegende und Lehrkräfte 	<ul style="list-style-type: none"> - keine Angaben
7. Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> - externe Überprüfung - Überprüfung durch Lehrende, Teilnehmer, Praktiker 	<ul style="list-style-type: none"> - Formative und summative Evaluation im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung
8. Lehrende & Mentoren	<ul style="list-style-type: none"> - entsprechend qualifizierte und vorbereitete Lehrende und Mentoren 	<ul style="list-style-type: none"> - Entsprechend qualifizierte Lehrende (Mentoren sind nicht aufgeführt) - Anforderungen in der Weiterbildungs- und Prüfungsordnung
9. Ansiedlung	<ul style="list-style-type: none"> - Hochschule 	<ul style="list-style-type: none"> - Weiterbildungsinstitut
10. Qualifikation	<ul style="list-style-type: none"> - Erhalt der Gebietsqualifikation, Spezialisierung - Postgradualer akademischer Titel „FHN“ 	<ul style="list-style-type: none"> - Bezeichnung: Familiengesundheitspflegende bzw. -hebamme
11. Modulaufbau	<ul style="list-style-type: none"> - Titel - Dauer in Wochen - Zusammenfassung des Modulinhalt einschl. Praxisanteil - Modulinhalt - Literaturempfehlungen - Lehr-/Lernstrategien - Beurteilungsmethoden, jedes Modul schließt mit einer Prüfungsleistung ab 	<ul style="list-style-type: none"> - Titel - Dauer in Stunden - Kurzbeschreibung (Zusammenfassung der Ziele des Moduls) - Zu erreichende Kompetenzen - Modulinhalt (einschl. Stundenzahl) - Beispiele für Praxisaufgaben - Praxisanteile (Modul II und IV) - Prüfungsleistungen (jedes Modul schließt mit Prüfungsleistung ab) - Credit Points je Modul, insgesamt 63 (1 Credit Point entspricht ca. 25 Stunden) - Literaturempfehlungen
12. Module	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Einführung - 2 Arbeit mit Familien - 3 Entscheidungsfindung - 4 Informationsmanagement & Forschung - 5 Arbeit mit Bevölkerungsgruppen - 6 Ressourcenmanagement - 7 Leitungsaufgaben & interdisziplinäre Zusammenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Einführung - 2 Public Health - 3 Arbeit mit Familien - 4 Gesundheitsförderung & Gesundheitsberatung in der Familie - 5 Entscheidungsfindung & Problemlösung - 6 Informationsmanagement & Forschung - 7 Ressourcenmanagement - 8 Multidisziplinäres Arbeiten

Fortsetzung Tabelle 5

Bis auf die Supervision, diese wurde nachträglich eingefügt, sind im DBfK-Curriculum alle Inhalte des WHO-Curriculums berücksichtigt. Beim DBfK-Curriculum wurden für die Bereiche „Public Health“, „Gesundheitsförderung“ und „Gesundheitsberatung“ deutlich mehr Zeit eingeplant, als beim WHO-Curriculum. Die Gründe hierfür liegen wohl in der bisher nicht ausreichenden Etablierung dieser Bereiche in Deutschland und in der immer noch zu geringen Berücksichtigung und Vermittlung dieser Themen in der pflegerischen Ausbildung. Im Curriculum der WHO sind bei den Modulen II bis IV jeweils zwischen 40% und 10% als praktische Anteile vorgesehen. Beim DBfK-Curriculum sind die Praktika in den Modulen II und IV als Pflichtpraktika angelegt. Der Praxisanteil zu Modul III umfasst die kontinuierliche Betreuung von Familien über den gesamten Zeitraum der Weiterbildung. Anhand der Familienbegleitung soll eine Verknüpfung von Praxis und Theorie erreicht werden. Zusätzlich zum Curriculum wurde vom DBfK Bundesverband e.V. für die am Pilotprojekt beteiligten Weiterbildungseinrichtungen eine verbindliche Weiterbildungs- und Prüfungsordnung herausgegeben (DBfK Bundesverband 2005).

5.1.1.2 Umsetzung des Curriculums

In der Tabelle 6 sind die im DBfK-Curriculum zu den Modulen I bis VIII vorgegebenen Stunden den von den beiden Weiterbildungsinstituten erbrachten Stunden einschließlich der jeweiligen Präsenzphasen vergleichend gegenübergestellt.

Modul	DBfK	Essen		München	
	720 Stunden*	726 Stunden	Präsenz- phase	726 Stunden	Präsenz- phase
I Einführung	80	80	1-3, 7	80	1,2
II Public Health	160	160	3-11, 13, 14	192	3-7, 9, 11
III Arbeit mit Familien	128	158	8-18	144	7-12, 15, 16, 19
IV Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung in der Familie	80	80	4, 9-12, 14- 17, 19, 20	96	10, 12-16, 20
V Entscheidungsfindung und Problemlösung	64	64	13, 15-17, Supervision 11-20	38	15-20
VI Informationsmanagement und Forschung	72	72	4-9, 14, 17, 19	76	12, 15, 17- 20,22
VII Ressourcenmanagement	56	56	7, 8, 10, 15, 17-19	56	13, 15, 16, 19-21
VIII Multidisziplinäres Arbei- ten	56	56	14-16, 18 ,19	44	5, 14, 17, 19, 21

* Hierin sind 24 Stunden für das Abschlusskolloquium enthalten

Tabelle 6: Verteilung der Module nach Stunden und Präsenzphasen

Die theoretischen Inhalte des Curriculums wurden am Weiterbildungsinstitut in Essen auf 20 Präsenzphasen verteilt. Für den Abschluss waren 24 Stunden veranschlagt. Die Supervision umfasste insgesamt 20 Stunden, startete in der elften Präsenzphase und wurde jeweils im Anschluss an die Unterrichte erbracht. Die hierfür angesetzte Stundenzahl wurde in Modul V eingerechnet. Für das „Lerntagebuch“ wurden insgesamt 48 Stunden aufgewendet. Die Themen hierzu umfassten vorrangig die „Reflexion der Weiterbildung“ und das „Informationsmanagement“.

Die theoretischen Inhalte des Curriculums verteilten sich am Weiterbildungsinstitut in München auf 22 Präsenzphasen. Für den Abschluss wurden 18 Stunden veranschlagt, diese sind in Modul VI eingerechnet. Die Supervision umfasste ebenfalls 20 Stunden. Hierfür wurden die TeilnehmerInnen in zwei Gruppen aufgeteilt. Pro Gruppe fanden insgesamt fünf Sitzungen mit jeweils zwei Stunden, während des Seminartages statt. Die Supervision startete in der zwölften Präsenzphase. Zum Lerntagebuch wurden keine Angaben gemacht.

Die Supervisionen wurden in den beiden Weiterbildungseinrichtungen unterschiedlich genutzt. In München wurden vorrangig die Erlebnisse aus den Familienbegleitungen bearbeitet. In Essen war die Supervision hauptsächlich auf die Bearbeitung der Belastung der TeilnehmerInnen, die bestehenden Konflikte in der Gruppe und die Erarbeitung von Bewältigungsstrategien ausgerichtet.

In den nachfolgenden Tabellen 7 bis 14 sind die Inhalte der Module I bis VIII der beiden Weiterbildungsinstitute dargestellt.

Modul I Einführung

Weiterbildungsinstitut Essen	Weiterbildungsinstitut München
<ul style="list-style-type: none"> - Einführung und Vorstellung - DBfK – als Berufsverband Vortrag und Diskussion: Rolle der Pflege - Einführung wissenschaftliches Arbeiten - Vorstellung Curriculum und Bildungsverständnis - Vorstellung und Einarbeitung in die Szenarien - Einführung in Konzepte/Modelle der FGP/H (angloamerikanisches Modell) - Einführung in die Gruppenarbeit - Vorstellung der Rahmenbedingungen der Weiterbildung - Erarbeitung eines Portfolios - Reflexionsrunde - Einführung in die Arbeit mit Texten - Arbeit mit Texten - Einführung und Übungseinheit zur Präsentation - Einführung in die Methoden der Moderation - Einführung in die Anfertigung schriftlicher Arbeiten - Einführung in die Literaturrecherche - Einführung in die Konzeptentwicklung - Ethische Grundlagen 	<ul style="list-style-type: none"> - Einführung und Vorstellung - Szenarien als Grundlage der Weiterbildung FGP/H - Selbstgesteuertes Lernen, Methodenkompetenz - Einführung in wissenschaftliches Arbeiten - Führung Bibliothek, Nutzung, Recherche - Demografische Entwicklung - Familiengesundheit und Umwelt (Theorie von Friedemann) - Fremde Kulturen, Arbeit mit Migrantinnen - Selbstorganisiertes Lernen, Lerntagebuch in der Weiterbildung - Hebammen und Familiengesundheit - Frühkindliche Prävention - Methodenkompetenz: Präsentation und Visualisierung - Historie der FGP/H - Methodenkompetenz: Problemorientiertes Lernen am Beispiel - Präsentationen nach Auftrag - Entwicklung von Lern- und Handlungskompetenz - Kulturelle Handlungskompetenz - Auswertung der Praxisaufgabe

Tabelle 7: Vergleich der Inhalte von Modul I

Modul II Public Health

Weiterbildungsinstitut Essen	Weiterbildungsinstitut München
<ul style="list-style-type: none"> - Begriff Wissenschaft, Kriterien und Herangehensweisen, Merkmale qualitativer und quantitativer Forschung - Einstieg in Public Health: Geschichte, Entwicklung, Inhalte, Bedeutung - Einführung in das deutsche Gesundheitssystem - Konzepte von Gesundheit und Krankheit, Gesundheitsforschung, Salutogenese - Vorstellung zum Thema „Diabetes“ - Strukturen und Institutionen der Gesundheitsförderung in Deutschland - Ottawa-Charta - Einführung in gesetzliche Grundlagen und die Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) - Einführung in die Thematik „Soziale Stadt“, Quartiersmanagement, Gesundheitsprojekte im Quartiersmanagement - Gesundheitskonferenz: zentrales Instrument kommunaler Gesundheitsförderung, Aufgaben, Ziele - Strukturen kommunaler Selbstverwaltung - Strukturen kommunaler Gesundheitsförderung - Ansätze der Gesundheitsförderung: themen-, zielgruppen- und settingbezogen - Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung - Regeln des „TZI“ - Rolle der FGP: Kritische Auseinandersetzung mit Medienbeiträgen - Kommunale Gesundheitsförderung am Beispiel der Stadt H. - Sozialgesetzbuch V - Konzepte der Gesundheitspsychologie - Interkulturelle Kompetenz - Gendergesundheitsforschung, Sensibilisierung für Genderproblematik 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufbau Gesundheitswesen - Grundlagen Rhetorik - WHO-Projekt Familiengesundheitspflege, Gesundheitsziele - Einführung in die Epidemiologie - Gesundheitsmodelle - Gesundheitsförderung - Prävention und Früherkennung Sozialgesetzbuch V §§ 20-26 - Beratung, Selbstverpflichtung, Gruppenregeln - Übungen zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung - Stadtteilbezogene Gesundheitsförderung, Gesundheitsladen - Gesundheitsprogramme: zielgruppen- und settingbezogene Ansätze - Vorbereitung zum Kontakt mit Familien - Biografisches Arbeiten - Gesundheitswesen: Überblick Setting, Kommune, Betriebe - Konzeptentwicklung: Systematische Ressourcenarbeit - Empirische Sozialforschung - Projektmanagement - Besprechung Anforderung an die FGP/H - Arbeitsmarkt und Arbeitsmarktpolitik - Vorstellung von Projekten, u.a des Projekts „Hilfe vor Ort“.

Tabelle 8: Vergleich der Inhalte von Modul II

Modul III Arbeit mit Familien

Weiterbildungsinstitut Essen	Weiterbildungsinstitut München
<ul style="list-style-type: none"> - Systemische Herangehensweise am Beispiel der Theorie von Friedemann - Erfahrungsbericht zu Community Health Nursing (Philippinen) - Assessmentinstrumente: Genogramm, Ecomap, Familienkreis - Methoden und Begrifflichkeiten systemischer Beratung - Vorstellung des Calgary Assessment Models von Whyte & Leahey - Systemische Familienberatung (Arbeit einer Erziehungsberatungsstelle) - Einführung in klientenzentrierte Gesprächsführung - Beratung als Prozess, Ressourcen, Grenzen, Vermittlung von Hilfen - Grundlagen zur Psychodynamik chronisch kranker Menschen - Chronische Erkrankungen aus systemischer Sicht - Entwicklung der systemischen Beratung - Theorie des systemischen Gleichgewichts - Theorie und Praxis der familien- und umweltbezogenen Pflege - Sexuelle Gewalt in Familien - Misshandlung, Gewalt in Familien, Bindungstheorie - Abhängigkeitserkrankungen - Pflegeplanung und Dokumentation für die FGP/H - Psychische Erkrankungen - Jugendliche Entwicklung, Störungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Einführung in das Familiensystem, mit Familien arbeiten - Sozialrecht und Sozialpolitik - Familiensystem, Entwicklungsphasen - Quartiersmanagement, Quartiersbezogene Bewohnerarbeit - Kommunikation und Beratung im Familiensystem - Assessment Familiengesundheit - Theorien zur Familiengesundheit - Kommunikation und Beratungsprozess als Aufgabe der FGP/H - Einführung in die Präventionsarbeit - Gesprächsführung und Beratung n der Familienbegleitung - Assessmentverfahren, Dokumentation, Systemisches Gleichgewicht

Tabelle 9: Vergleich der Inhalte von Modul III

Modul IV Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung in Familien

Weiterbildungsinstitut Essen	Weiterbildungsinstitut München
<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitsförderung und Prävention - Stressbewältigung (Modell Kaluza) - PatientInnenberatung - Gesundheitsförderung in der Familie - Methoden der Patientenedukation - Techniken der motivierenden Gesundheitsgespräche - Projekten zur Familiengesundheit - Projektvorstellungen zu „Ernährung“, „Bewegung/Entspannung“, „Sucht/ Abhängigkeit“ - Prävention: Allergien, Asthma, Neurodermitis - Patientenedukation, Gesundheitsbildung als Methode der Gesundheitsförderung - Vorstellung der Projekts „Mo.Ki“ (Monheim für Kinder) - Gesundheitsförderung im Alter 	<ul style="list-style-type: none"> - Präventiver und therapeutischer Einfluss von Bewegung in der Prävention und Gesundheitsförderung - Umgang mit eigener Bewegung - Erkennen psychischer Erkrankungen, Prävention und Umgang im Familiensystem - Familiengesundheit nach Friedemann - Prävention und Gesundheitsförderung - Selbstständigkeit/ Selbstmarketing „Fit für den Auftritt“ - Prävention und Beratung im Alltag am Beispiel Sucht - Vorstellung des Projekts „Pro Kind“ - Ernährungskompetenz in Familien - Gesundheitsförderung/ Prävention im Alltag (Konzepte, Interventionen etc.) - Sucht und Suchtverhalten

Tabelle 10: Vergleich der Inhalte Modul IV

Modul V Entscheidungsfindung und Problemlösung

Weiterbildungsinstitut Essen	Weiterbildungsinstitut München
<ul style="list-style-type: none"> - Grundlagen der Kommunikationspsychologie und Gesprächsführung - Konflikttraining - PatientInnenrechte (Patientenrecht, Ärztepfllichten, Mündiger Patient, Empowerment, Patientenautonomie, Nutzerorientierung, Gesundheitsreform 2007) - Fallorientierte Familienpflegeplanung: Vertiefung und Spezialisierung anhand eines Falls mit den diagnostischen Instrumenten des „Branching logic“ 	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitsförderung und -beratung - Störungen bei Säuglingen und Jugendlichen - Empowerment/ Ressourcenoptimierung bei Klienten - „Mit Krisen umgehen“ - Praktische Übung: Elterngespräche - Entscheidungskompetenz: Grundlagen, Einsatz und Erfahrungswerte - Aktive Familienhilfe: psychosomatische Störungen bei Kindern - Menschen mit Alzheimer: Gesundheitsförderung, Prävention im familiären System - Jugendliche und Sucht - Patienten- und Klientenedukation: Unterweisen, Anleiten, Schulen, Beraten

Tabelle 11: Vergleich der Inhalte Modul V

Modul VI Informationsmanagement und Forschung

Weiterbildungsinstitut Essen	Weiterbildungsinstitut München
<ul style="list-style-type: none"> - Einführung in die Pflegewissenschaft, Metaparadigma der Pflege - Wissenschaftliche Theorien - Evidenzbasierte Medizin, Bewertung von Studien, Datenbanksuche - Kriterien evidenzbasierter Patienteninformation - Pflegemodelle, Prinzipien des kritischen Denkens in der Pflegewissenschaft - Einführung in die Pflegeforschung - Entwicklung eines Konzepts der Pflegeplanung und Dokumentation: Erarbeitung eines Erhebungsmanuals 	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegewissenschaft und Forschungsdesign - Forschungsinterpretation - Poster-Workshop - Pflegeatheorien - Projekt und Innovation für die FGP/H in der Zukunft

Tabelle 12: Vergleich der Inhalte Modul VI

Modul VII Ressourcenmanagement

Weiterbildungsinstitut Essen	Weiterbildungsinstitut München
<ul style="list-style-type: none"> - SGB V und XI, Leistungsrecht und Beratung, Anwendung für FGP/H - Selbstpflege: Wahrnehmung, Stressreduzierung, Schöpferische Pausen, Selbstcoaching - Gesundheitsförderung in der Pflege: Ganzheitliche Pflegeberatung, Wickel, Auflagen - Stressbewältigung: Entwicklung eines eigenen Konzepts - Konzeptentwicklung: FGP/H als Leistung - Konzeptentwicklung für die Arbeit als FGP/H in den Strukturen des Gesundheitswesens und im Zusammenhang mit anderen Berufsgruppen - Ressourcenmanagement: Transfer zur praktischen Arbeit der FGP 	<ul style="list-style-type: none"> - Präventiver Hausbesuch: Projekt, Methode, Dokumentation, Erfahrungen - Krisenintervention, Deeskalation - Moderne betriebliche Arbeitsmethoden und -instrumente - Qualitätsmanagement in der Familiengesundheitspflege - Qualitätszirkelarbeit - Ressourcenorientiertes Arbeiten - Pflegebudget

Tabelle 13: Vergleich der Inhalte Modul VII

Modul VIII Multidisziplinäres Arbeiten

Weiterbildungsinstitut Essen	Weiterbildungsinstitut München
<ul style="list-style-type: none"> - Projektvorstellung „Pro Kind“ - Casemanagement, Interdisziplinäre Zusammenarbeit - Casemanagement in der Familiennachsorge (Bunter Kreis Münsterland) - Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Familiengesundheitspflege 	<ul style="list-style-type: none"> - Coaching, Selbstmanagement - Kommunikations- und Präsentationstraining, Argumentation - Psychohygiene und Selbstmanagement - Gewalt in Familien, Kindesmissbrauch: Konzepte, Interventionen - Gesundheitsökonomie - Integrierte Versorgungskonzepte - Nationale Expertenstandards

Tabelle 14: Vergleich der Inhalte Modul VIII

Die Module II bis IV stellen die Kernmodule des Curriculums dar. Diese Modul-inhalte zogen sich durch die gesamte Weiterbildung, um die theoretischen Grundlagen mit den Instrumenten zur praktischen Umsetzung zielgruppenbezogen verbinden zu können. Die Inhalte bilden das breite Handlungsfeld der Familiengesundheitspflege, die verschiedenen Zielgruppen der FGP und FGH und die dafür erforderlichen Kompetenzen ab. Bei den verschiedenen Zielgruppen wurde die gesamte Lebensspanne abgedeckt, dabei wurde auch immer wieder auf die unterschiedlichen Anforderungen hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention eingegangen. Gleichzeitig wurden aktuelle Projekte aus der Praxis vorgestellt. Die Themen waren teilweise sehr pflegespezifisch ausgerichtet. In Zusammenhang mit den sozialrechtlichen Inhalten wurden nur das fünfte und das elfte Sozialgesetzbuch vermittelt. Den WeiterbildungsteilnehmerInnen wurden neben den Kompetenzen, die für die Vernetzung und Kooperation mit anderen Berufsgruppen erforderlich sind, auch Instrumente an die Hand gegeben, die sie für die eigene Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung benötigen.

5.1.2 Erfahrungen mit dem Curriculum

Die Kernaussagen zu den Sichtweisen und Erfahrungen der WeiterbildungsteilnehmerInnen, der Kursleiterinnen und der AnsprechpartnerInnen zum Curriculum bzw. dessen Umsetzung werden nachfolgend aufgeführt.

5.1.2.1 Aussagen der WeiterbildungsteilnehmerInnen

Die Aussagen der WeiterbildungsteilnehmerInnen entstammen den analysierten Gruppendiskussionen, die ein Jahr nach Beginn und am Ende der Weiterbildung erfolgten.

Die Inhalte waren anspruchsvoll und komplex

Die TeilnehmerInnen empfanden die theoretischen Inhalte der Weiterbildung als „anspruchsvoll“ und „komplex“. Sie hatten dafür teilweise zu wenig Vorkenntnisse. Einigen TeilnehmerInnen bereitete vor allem das „Lesen wissenschaftlicher Texte“ und das „Schreiben von Berichten“ große Schwierigkeiten. Sie haben „eine ganze Zeit gebraucht“, sich „in die vielen Gebiete einzuarbeiten“.

Die TeilnehmerInnen empfanden einen „deutlichen Unterschied zwischen dem ersten und dem zweiten Jahr“. Die Inhalte im ersten Jahr waren „sehr theoretisch“, sie hatten das Gefühl, mit „Theorien bombardiert zu werden“. Den TeilnehmerInnen war oftmals nicht klar, „was tue ich damit (Public Health) in der Familie?“. Sie erachten diesen Bereich eher wichtig, wenn man in „in der Gemeinde arbeitet“.

Für die Teilnehmerinnen müssen von Anfang an Praxis und Theorie vernetzt werden. Instrumente wie „Pflegerplanung, Assessment, Genogramm, Beratung, Casemanagement, also das Handwerkszeug, das muss mit in die Anfangsphase und das Theoretische muss wohl dosiert über die Zeit verteilt werden, damit es einen nicht so erschlägt“. Die TeilnehmerInnen wendeten ihrer Meinung nach „viele schon intuitiv“ an, aber sicherer fühlten sie sich erst, als sie das „praktische Handwerkszeug“ zu den „theoretischen Hintergründen“ hatten.

Die TeilnehmerInnen erlebten eine „Kluft zwischen Theorie und Praxis“. Sie haben erfahren, dass es „praktisch total anders aussieht, als in der Theorie“. Diese „Kluft“ empfanden sie vor allem bei der Begleitung ihrer Familien, da die „Theorie oft gar nicht umgesetzt“ werden konnte. Beispielhafte Aussagen dazu: „Wir sollen Gesundheitsförderung in einer Familie machen, die Familie sagt aber, gesunde Ernährung will sie nicht, da kann man sich den Mund fusslig reden“. In „Familien mit akuten Problemen ist keine Zeit für Gesundheitsförderung. Das geht erst, wenn die den Kopf frei haben, wenn man die Grundproblematik im Griff hat“. „Das Verständnis von Gesundheit ist ein anderes, es geht erst einmal um die Krankheit“. Hier hätten es die TeilnehmerInnen als Unterstützung empfunden, wenn man „auch negative Fälle“ in

den Szenarien dargestellt hätte, „aus denen man lernen kann“, da es gerade bei den „problematischen Situationen kein Schema F. gibt“.

Viele TeilnehmerInnen empfanden die „Stoffverteilung unglücklich“ und „unbefriedigend“. Sie „fühlten sich dadurch sehr unsicher“ und die TeilnehmerInnen stellten sich oft „die Frage, ist das jetzt richtig, was du da machst?“. Sie hatten das Gefühl, „nichts in der Hand zu haben“, „aus dem hohlen Bauch heraus zu entscheiden“ und „nicht wissenschaftlich fundiert“ zu arbeiten.

Die TeilnehmerInnen hätten es besser gefunden, „nicht so viele Themen anzureißen“. Oftmals hat die „Zeit gefehlt, die Themen zu intensivieren und zu üben“. Sie fanden es schwierig, die theoretischen Inhalte mit den praktischen Themen zu verbinden, da sie „sehr weit auseinander gezogen“ waren. Dadurch fehlte der „rote Faden“. Erst bei den Themen, „die am Schluss“ vermittelt wurden, empfanden die TeilnehmerInnen eine Vernetzung von Theorie und Praxis.

Die Inhalte waren sehr auf die Pflege ausgerichtet

Die Hebammen fühlten sich in der Weiterbildung teilweise „fehl am Platz“, da die Inhalte „sehr stark auf die Pflege“ ausgerichtet waren. Sie fanden es zwar „insgesamt positiv, mit den verschiedenen Pflegeberufen zusammenzuarbeiten“ und in Bezug auf die „Familie haben sie viel profitiert“, trotzdem hätten sie es besser gefunden, wenn „sie öfter getrennte Unterrichte gehabt hätten“. Die Hebammen empfanden sich als „gutes Zugpferd für die Weiterbildung“ und als „politischer Türöffner“, da das was sie machen, „ein klareres Bild gibt“ und Themen wie „Frühwarnsystem gerade sehr unterstützt werden“. Die Pflegenden erachteten die „Mischung Hebammen und Pflegenden“ als äußerst wichtig, da der Austausch untereinander notwendig und bereichernd war. Gleich den Hebammen sind sie der Meinung, dass das „Berufsbild der Hebammen klarer ist“ und die Pflegenden „umdenken“ müssen. „Vorher war die Krankheit der Mittelpunkt, wir müssen jetzt in Gesundheitspflege denken“

Die Rolle wird unterschiedlich definiert

Für die TeilnehmerInnen in Essen fungieren die FGP und FGH vorrangig als Berater, Vernetzer, Vermittler, Casemanager, Begleiter und Anleiter. Bei der aufsuchenden Hilfe im Zuhause der Familien ist für sie die „Hilfestellung zur Alltagsbewältigung“ wesentlich. Die TeilnehmerInnen sehen sich auch als „Lehrer“ darin, „jemanden an-

zuleiten, wieder anders mit seinem Leben umzugehen“. Sie erachten es zudem wichtig, zu vermitteln und „aufzufangen“, wenn es z.B. „um Konflikte zwischen dem Pflegedienst und der Familie“ oder um Konflikte innerhalb der Familie geht.

Die TeilnehmerInnen in München formulierten ihre Rolle nicht so konkret. Für sie „tun sich Wege auf“, sie sehen eine „Erweiterung des Tätigkeitsfelds vom Einzelnen auf die Familie und die Vernetzung der Auswirkungen der einzelnen Reaktionen auf das Familiensystem“. Ihrer Meinung nach braucht „man den theoretischen Hintergrund, um diese Auswirkungen deuten zu können“. Die TeilnehmerInnen fanden es gut, „dass die Rolle nicht einengt“ und man sich „seinen Bereich selber suchen kann“. Insgesamt hatten die TeilnehmerInnen kein „klares Bild“, sondern man „bekommt viel Handwerkszeug“ und „gute Ausblicke“. Für sie gibt es „keine einheitliche Rolle, sondern es hat mit dem zu tun, wo man arbeitet“. Für die TeilnehmerInnen ist „die „Spielwiese groß, man muss sein gewohntes Terrain verlassen und es geht um die Familien, die Familiensysteme und die verschiedenen Wohnformen“.

Die Praktika waren wichtig

Alle TeilnehmerInnen haben von den Praktika profitiert und sie fanden, dass „sie wichtig“ waren, damit die Akteure „einen kennen lernen“ und man kann ein „Netzwerk aufbauen“. Das Praktikum „eröffnet viel mehr“ und „es bleibt mehr hängen, als wenn wir jetzt hier jemand (als Dozent) haben und der sagt, wir haben das Programm und das Programm“. Eine Teilnehmerin schätzte den „Lerneffekt“, der sich in den Praktika ergibt, als „sehr hoch“ ein. Für die TeilnehmerInnen war es teilweise „nicht machbar, das Praktikum in einem Stück“ zu absolvieren. Das Unterbringen der Praxiseinsätze war für viele ein „Akt des Jonglierens“.

Nach Meinung der TeilnehmerInnen sollten Kooperationen mit Einrichtungen wie z.B. Beratungsstellen, Gesundheitsamt und Jugendamt abgeschlossen werden, damit „man bereits während der Weiterbildung die Chance hat, dass man da mit der Praxis so reinwächst“ und „wenn sie eine Familie für einen haben, dass sie anrufen, wir haben da jemanden für sie“.

Die Supervision war unterstützend

Die Supervision wurde von den TeilnehmerInnen als Unterstützung gewertet. Bei den TeilnehmerInnen in München bildete die Familienbegleitung den „Schwerpunkt und

weniger der Gruppenprozess“. Bei den TeilnehmerInnen in Essen war es genau umgekehrt. Dies ergab sich daraus, dass die Supervision in Essen zu einem Zeitpunkt startete, an dem die TeilnehmerInnen „noch keine konkrete Familienbegleitung gemacht haben“. Somit ging es dann mehr um die vorhandenen „inneren Konflikte“ in der Gruppe. Der von den TeilnehmerInnen „gewünschte Effekt, für den Blick auf die Familien und die Arbeit in den Familien ist nicht unbedingt eingetreten“.

Die Weiterbildung muss auf Hochschulebene angesiedelt sein

Nach Aussagen der TeilnehmerInnen muss die Weiterbildung auf Hochschulebene angesiedelt werden, da sie so „mehr Akzeptanz“ finden würde. Außerdem haben die „anderen Akteure einen akademischen Hintergrund und dadurch auch mehr Lobby“. Zudem hätte man „die Anbindung zu anderen Studiengängen und einen besseren Zugang zu verschiedenen Medien“.

Die Begrifflichkeit FGP ist unpassend

Die TeilnehmerInnen aus Essen fanden die Bezeichnung „FGP“ unpassend. Die Begrifflichkeit „Family Health Nurse“ wäre besser, da die Bezeichnung „Nurse“ einen ganz anderen Stellenwert im Ausland hat, als bei uns „Pflege“ und „damit die Qualifikation nicht zum Ausdruck kommt“. Ebenso wurde die Erfahrung gemacht, dass „z.B. Mitarbeiter in Krankenkassen oder in Gesundheitsämtern das Aufgabenfeld und die Qualifikation der FGP nicht von dem der Familienpflege unterscheiden können“. Bei den TeilnehmerInnen bestand zudem die Sorge, dass die Weiterbildung bzw. der Abschluss international nicht vergleichbar und damit nicht anerkannt ist.

5.1.2.2 Aussagen der Kursleiterinnen

Die Erfahrungen der beiden Kursleiterinnen werden entsprechend der Interviews zu Beginn, im Verlauf und am Ende der Weiterbildung dargestellt.

Erste Aussagen zu Beginn der Weiterbildung

Zu Beginn der Weiterbildung empfanden die beiden Kursleiterinnen die Modulinhalte „vom Aufbau her nicht nachvollziehbar“. Sie erachteten erst einmal die Befähigung zum „Casemanagement“ und zur Kommunikation erforderlich, um darauf aufbauend Kompetenzen vermitteln zu können, wie man z.B. ein Familienassessment, eine Be-

ratung der Familien oder eine Familien-Helfer-Konferenz durchführt. Beide Kursleiterinnen empfanden das Curriculum als zu „theorielastig“ und vermissten entsprechende „Räume für Kursbegleitung und Supervision“. Ebenso wurden moderne Lehr- und Lernverfahren wie z.B. Studienbriefe, E-Mail und Internet nicht berücksichtigt. Diese Verfahren hätten nach Meinung der beiden Kursleiterinnen u.a. dazu beitragen können, die Präsenzzeiten zu reduzieren und das Selbststudium zu vereinfachen. Sie empfanden die „Ziele der Weiterbildung als zu hoch gesteckt.“

Für die Kursleiterinnen war das Curriculum teilweise zu „undifferenziert“ und es fehlte ihnen „die klare Linie“. Zudem hätten Begrifflichkeiten wie „Ressourcenmanagement in Bezug auf FGP“ vorab geklärt und „fachliche Diskussionen zur inhaltlichen Umsetzung des Curriculums“ geführt werden sollen.

Das Curriculum ist zu theorielastig

Bei der Befragung nach einem Jahr bezogen sich die Aussagen der beiden Kursleiterinnen vor allem auf die WeiterbildungsteilnehmerInnen und deren Schwierigkeiten mit den Inhalten des Curriculums. Für beide Kursleiterinnen spiegelten sich die „Sozialisation sowie die unterschiedlichen Vorerfahrungen“ der TeilnehmerInnen“ in der Bewältigung der curricularen Anforderungen und der Auseinandersetzung mit den geforderten Inhalten wider. Für viele TeilnehmerInnen war der „Umgang mit sehr viel theoretischem Material, das einzuordnen, das schnell zu strukturieren“ sehr schwierig. Ebenso waren die TeilnehmerInnen bei der Erbringung der schriftlichen Leistungsnachweise teilweise überfordert. Es wurde „viel Zeit damit verbracht“, mit den TeilnehmerInnen die notwendigen Grundlagen zur Umsetzung der theoretischen Inhalte zu erarbeiten. Viele TeilnehmerInnen hatten „große Schwierigkeiten damit, Artikel zu lesen und Berichte zu schreiben“. Außerdem hatten sie aufgrund ihrer beruflichen Anforderungen oft nicht die Zeit, die vermittelten Inhalte in ihrer Freizeit nochmals zu reflektieren und weiter zu vertiefen. Dies wurde für die Kursleiterinnen vor allem bei den jeweiligen Modulabschlussarbeiten deutlich.

Teilweise setzten die DozentInnen Grundlagen voraus, die den TeilnehmerInnen fehlten. Deshalb wurden zusammen mit den DozentInnen Strategien und Konzepte erarbeitet, um die „wesentlichen Themen“ zu vermitteln und diese trainieren zu können. Dabei musste immer wieder „abgewogen werden, was brauchen die Teil-

nehmer, damit sie in die Familien gehen und mit ihnen arbeiten können, und was kann weggelassen werden“.

Beide Kursleiterinnen versuchten von Anfang an einen Praxisbezug herzustellen und die theoretischen Inhalte mit praxisbezogenen Beispielen und Instrumenten zur praktischen Umsetzung zu vernetzen. Laut Kursleiterinnen hat die Vermittlung der theoretischen Inhalte zum zweiten Modul „Public Health“ den TeilnehmerInnen große Schwierigkeiten bereitet und „viel zu viel Zeit“ beansprucht. Es war „zu theoretisch“ und für die TeilnehmerInnen war oftmals nicht klar, wie sie die Inhalte „in die Praxis umsetzen“ sollen. Den TeilnehmerInnen fiel es schwer, „den Bezug und den Transfer zu ihrer Arbeit herzustellen“.

Die Kursleiterinnen hatten Probleme damit, die geforderten Inhalte in der vorhandenen Zeit umzusetzen bzw. zu vermitteln. Sie konnten „viele Themen nur anreißen, aber nicht vertiefen“. Diese Vertiefung und Übung wäre ihrer Meinung nach jedoch wichtig gewesen, um die TeilnehmerInnen für die „anspruchsvolle Rolle“ zu befähigen.

Die Rolle ist nicht klar definiert

Für beide Kursleiterinnen geht aus dem Curriculum nicht klar hervor, was die TeilnehmerInnen „nachher machen sollen“, da ihrer Meinung nach keine „klare Definition“ ersichtlich ist und „zu viel Überlagerung“ vorherrscht. Eine Kursleiterin meinte hierzu: „Es ist gelungen, das zu konkretisieren, aber das volle Bild der FGP konnte nicht entwickelt werden, sondern nur Einzelaspekte daraus, die dadurch bedingt sind, aus welchen Bereichen die TeilnehmerInnen kommen“. Beide Kursleiterinnen führen an, dass für die Hebammen die Umsetzung der Rolle wohl weniger ein Problem darstellt, aber im „Pflegebereich ist es eher so ein Mosaik von Vorstellungen, aber nicht die Rolle der FGP“.

Empfehlungen zur Überarbeitung des Curriculums

Die Kursleiterinnen waren der Ansicht, dass zu Beginn der Weiterbildung Grundlagen wie „Kommunikation“, „Beratung“, „Moderation“ und „Sicherheit im Auftreten“ vermittelt und trainiert werden sollten. Eine Kursleiterin meinte hierzu: „Man kann von den TeilnehmerInnen nicht verlangen, dass sie ne Gesundheitskonferenz machen, wenn sie nicht wissen, was ne Moderation ist“. Außerdem sollte mit den Themen

„systemische Familientherapie“ und „Gesundheitsförderung“ früh begonnen werden, damit genügend Zeit für die Reflexion und zur Übung bleibt. Das Modul „Public Health“ sollte nach „hinten gestellt“ und weniger ausdifferenziert, sondern konkret auf die Bedarfe, die sich durch die Rolle ergeben, zugeschnitten sein. Nach dem Erleben der Kursleiterinnen ergeben sich die Fragen dazu erst, „wenn die TeilnehmerInnen drinnen sind“, also die Familien begleiten und ihre Praktika absolvieren. Es sollte hier die Möglichkeit bestehen, die Themen bedarfsbezogen zu bearbeiten.

Die „Arbeits- und Praxisaufträge“, die „Supervision“, die „kollegiale Beratung“ und die Praktika müssen unbedingt beibehalten bzw. ausgebaut werden. Nach Aussage der Kursleiterinnen werden „viele Sachen erst im Nachhinein Früchte tragen“, da die TeilnehmerInnen „viele Informationen“ erhalten haben, die sie „gar nicht so schnell verarbeiten können“. Die Teilnehmer sollten die praktischen Einsätze flexibel handhaben und sie entsprechend ihren Bedarfen auswählen können. Die Praktika haben den TeilnehmerInnen die Chance ermöglicht, ein Netzwerk aufzubauen, Kontakte zu knüpfen und „Akquise für die Familiengesundheitspflege zu machen“. Einige TeilnehmerInnen hatten zudem die Möglichkeit, darüber Arbeitsstellen zu erhalten. Die TeilnehmerInnen aus München hatten Probleme, Praxisplätze zu finden, da für viele Einrichtungen die vorgegebene Zeit für das Praktikum zu kurz war. Für beide Kursleiterinnen stellt die Supervision einen wichtigen Teil des Curriculums dar. Deshalb sollte ihrer Meinung nach der zeitliche Rahmen dafür ausgedehnt werden. In den Supervisionen bestand die Möglichkeit „Krisen aufzufangen“ und „Belastungen zu bearbeiten“. Durch die Supervision haben die TeilnehmerInnen „Hilfe zur Selbsthilfe“ bekommen. Die Kursleiterinnen sehen in der Supervision als eine wichtige „Grundlage, um nach der Weiterbildung alleine zurechtzukommen“.

Nach Aussagen der beiden Kursleiterinnen muss die Weiterbildung auf Hochschulebene angesiedelt werden, da die FGP und FGH „verantwortliche Entscheider“ sein und mit anderen Akademikern wie z.B. Ärzten auf „gleicher Augenhöhe“ stehen müssen. „Ansonsten sind sie den Kooperationspartnern nicht gewachsen.“ Des Weiteren sollten „Studienbriefe“ und „interaktive Module“ erarbeitet, Themenbereiche zusammengefasst und damit „griffiger“ bzw. „handhabbarer“ gemacht werden.

5.1.2.3 Aussagen der AnsprechpartnerInnen

Bei der Befragung nach einem Jahr und am Ende der Weiterbildung wurden von den AnsprechpartnerInnen der beiden Weiterbildungsinstitute ebenfalls Aussagen zum Curriculum angeführt. Diese können, insgesamt betrachtet, als Empfehlungen zur Überarbeitung des Curriculums gewertet werden.

Nach Aussagen der AnsprechpartnerInnen müssen bei der inhaltlichen Überarbeitung des Curriculums Themen zusammengefasst werden. Eine Ansprechpartnerin meinte hierzu: „Es kann nicht realistisch sein, dass z.B. das Thema „Ethik“ nur in einem Modul vorkommt, es muss mit allen Themen, unabhängig von Modulen, bearbeitet werden.“ Ihrer Meinung nach sollte auch eine Modularisierung erfolgen. „Dabei soll jedes Modul so aufgebaut sein, dass es in sich abgeschlossen ist. Hierfür müssen Inhalte zusammengefasst werden.“

Ein Ansprechpartner sieht in der Modularisierung auch kritische Aspekte. Für ihn ermöglicht die Modularisierung „Flexibilität“, die Module können in sich abgeschlossen werden und man kann sie „aufeinander aufbauen“. Die Nachteile bestehen darin, dass die „Kontinuität fehlt“, die „Reflexionsprozesse nicht aufeinander aufbauen“ und es keine „stabile Personengruppe gibt“. Damit fehlt die „Vernetzung“, die Vermittlung der „Handlungskompetenz ist sekundär“. Sollte eine Modularisierung angestrebt werden, müssen „Transfereinheiten“ geschaffen werden, die es ermöglichen, die einzelnen Themen „zusammenzubringen und die theoretischen und praktischen Inhalte zu vernetzen“.

Laut einer Ansprechpartnerin sollte eine Kooperation mit einer Hochschule und eine Ausdehnung der Weiterbildung auf drei Jahre angestrebt werden. Die „Inhalte und die Stundenzahl sollen gleich bleiben“, aber es soll zu einer „Entzerrung“ kommen. Dabei sollte die Weiterbildung mit einem Hochschulabschluss, z.B. einem „Bachelorabschluss“ gekoppelt sein.

Für die Weiterführung der Weiterbildung muss ein „Mindeststandard“ vorgegeben sein, damit sie „Anerkennung findet“. Die AnsprechpartnerInnen betonen, dass das „Niveau der Weiterbildung gleich hoch bleiben“ muss. Es darf nichts „Abgespecktes“ werden, aber es muss auch „machbar“ sein. Eine Ansprechpartnerin führt an, dass „man auch wirtschaftlich denken muss, es nützt nichts, wenn man Abbrecherquoten hat, weil der Aufwand insgesamt zu hoch ist“. Des Weiteren sollte nicht vorgegeben

werden, wie viel die TeilnehmerInnen arbeiten. Eine Ansprechpartnerin meint hierzu: „Sie müssen den ambulanten Bereich kennen, aber ich glaube nicht, dass es davon abhängt, ob ich fünfzig, vierzig oder dreißig Prozent arbeite“.

5.1.3 Die Weiterbildung

Wie bereits angeführt, startete die berufsbegleitend angelegte, modellhafte Weiterbildung im Oktober 2005 und endete im Oktober 2007. Insgesamt absolvierten 18 TeilnehmerInnen die Weiterbildung, davon haben 14 mit einem Zertifikat abgeschlossen.

Zu Beginn werden die Profile der TeilnehmerInnen, der Kursleiterinnen, der AnsprechpartnerInnen und der DozentInnen kurz dargestellt. Im Anschluss daran sind die Meinungen, Sichtweisen und Erfahrungen der Kursleiterinnen, der AnsprechpartnerInnen und der TeilnehmerInnen zur Weiterbildung beschrieben. Hierbei werden auch die Analysen der nach einem Jahr durchgeführten standardisierten Befragung der TeilnehmerInnen zur „Evaluation der Weiterbildung und zur Belastung der WeiterbildungsteilnehmerInnen“ dargestellt. Anschließend werden die die Analysen zu den Praxiseinsätzen aufgeführt und abschließend werden kurz die Aussagen der drei nicht beteiligten Weiterbildungsinstitute abgebildet.

5.1.3.1 Profile der an der Weiterbildung beteiligten Personen

Nachfolgend werden die mittels standardisierter Fragebögen ermittelten Profile der WeiterbildungsteilnehmerInnen, der AnsprechpartnerInnen, der Kursleiterinnen und der DozentInnen dargestellt.

Die WeiterbildungsteilnehmerInnen

Insgesamt nahmen 18 TeilnehmerInnen an der Weiterbildung Familiengesundheit für Pflegende und Hebammen teil. Elf TeilnehmerInnen absolvierten die Weiterbildung an der Akademie des Städtischen Klinikums München GmbH in München, die übrigen sieben TeilnehmerInnen besuchten die Weiterbildung am Weiterbildungsinstitut des DBfK Landesverband Nordwest in Essen.

Von den elf TeilnehmerInnen in München waren zehn Personen weiblich und eine Person männlich. Zu Beginn der Weiterbildung lag das Durchschnittsalter der TeilnehmerInnen bei 41,0 Jahren, (Minimum=24 Jahre, Maximum=55 Jahre). Sechs

TeilnehmerInnen haben eine Ausbildung in der Krankenpflege, zwei Teilnehmerinnen eine Ausbildung in der Kinderkrankenpflege und eine Teilnehmerin in der Altenpflege absolviert. Die übrigen zwei Teilnehmerinnen waren Hebammen. Die TeilnehmerInnen waren bis zum Beginn der Weiterbildung im Durchschnitt bereits seit 16 Jahren berufstätig, wobei das Minimum bei zwei und das Maximum bei 33 Berufsjahren lagen. Zu Beginn der Weiterbildung waren sechs Teilnehmerinnen in der ambulanten Pflege tätig, zwei TeilnehmerInnen arbeiteten in der stationäre Krankenpflege und eine Teilnehmerin der stationäre Altenpflege. Die beiden Hebammen waren freiberuflich tätig. Von den elf TeilnehmerInnen waren bereits vier Personen vor der Weiterbildung in der familienorientierten Pflege bzw. Versorgung tätig. Als entsprechende Tätigkeitsbereiche wurden die ambulante Krankenpflege (n=3), die ambulante Kinderkrankenpflege (n=1), das Pflegeheim (n=1) und das Entlassungsmanagement (n=1) angeführt. Die Weiterbildung wurde bei drei TeilnehmerInnen von der B.Braun-Stiftung gefördert, bei drei Personen haben die Arbeitgeber die Weiterbildungskosten übernommen und bei einer Teilnehmerin übernahm der Rentenversicherungsträger die Kosten. Die übrigen vier TeilnehmerInnen

In der Einrichtung in Essen haben im Oktober 2005 sieben Teilnehmerinnen mit der Weiterbildung angefangen, nach einigen Monaten kam ein weiterer Teilnehmer hinzu und eine Teilnehmerin hat die Weiterbildung abgebrochen. Der Altersdurchschnitt der insgesamt sieben TeilnehmerInnen entsprach mit 40,0 Jahren annähernd dem der TeilnehmerInnen in München, das Minimum lag hier bei 29 und das Maximum bei 51 Jahre. Von den sieben TeilnehmerInnen in Essen haben sechs eine Ausbildung in der Krankenpflege, eine Teilnehmerin hiervon hat zusätzlich eine Ausbildung zur Hebamme und eine Teilnehmerin hat eine Ausbildung in der Kinderkrankenpflege absolviert. Die TeilnehmerInnen waren bis zum Beginn der Weiterbildung bereits vorher im Durchschnitt seit 15 Jahren berufstätig. Hierbei liegen das Minimum bei vier und das Maximum bei 27 Berufsjahren. Von den sieben TeilnehmerInnen waren zu Beginn der Weiterbildung drei Personen in der ambulanten Pflege tätig, eine Person arbeitete in einem Hospiz, eine in einem ambulanten Operationszentrum und eine Person war in der diabetologischen Abteilung einer Klinik tätig. Die Hebamme arbeitete freiberuflich. Von den sieben befragten Personen waren bereits sechs vor der Weiterbildung in der familienorientierten Pflege bzw. Versorgung tätig. Hierbei wurden die Bereiche Jugendamt, Hebammenwesen,

Wochenbettbetreuung, Pflegegutachten, ambulante Kinderkrankenpflege und ambulante Pflege genannt. Zwei der Teilnehmerinnen waren selber pflegende Angehörige. Alle TeilnehmerInnen finanzierten die Weiterbildung selbst.

Die AnsprechpartnerInnen und Kursleiterinnen

Die Profile der AnsprechpartnerInnen und der Kursleiterinnen wurden aufgrund der geringen Probandenzahl (n=5) für die beiden Institute München und Essen zusammengefasst. Bei den AnsprechpartnerInnen gab es in München etwa ein Jahr nach Beginn der Weiterbildung einen Wechsel der zuständigen Personen.

Von den fünf befragten Personen sind vier weiblich, eine Person ist männlich. Alle fünf Personen haben eine Ausbildung in der Krankenpflege absolviert. Bei den befragten Personen hat eine Person zusätzlich eine Ausbildung als Industriekaufmann und ein Studium in Biologie absolviert, eine weitere Person hat zusätzlich noch eine Ausbildung als Koch, ein Studium in Germanistik und eines in Geschichte absolviert. Des Weiteren verfügen die Befragten über Weiterbildungen in den Bereichen Anästhesie und Intensivpflege, Supervision, Transaktionsanalyse, Organisationsentwicklung, Erwachsenenbildung, Casemanagement, Moderation, Management und Gesundheitsförderung. Zwei der befragten Personen haben Pflegepädagogik und eine Person hat Pflegewissenschaft studiert. Die übrigen beiden Personen haben ein Studium in Gesundheitswissenschaft absolviert. Eine der Befragten hat promoviert.

Als Aufgabenschwerpunkte im Rahmen der Weiterbildung wurden von den AnsprechpartnerInnen die Bereiche „Zuständigkeit für strukturelle und finanzielle Fragen“, „Kommunikation zwischen den Akteuren“, „Organisation des Kurses“, „Unterstützung“, „Begleitung“ und „Öffentlichkeitsarbeit“ genannt. Neben ihrer Funktion als Kursleiterinnen führten diese als Schwerpunkte in der Weiterbildung die Themenbereiche „Praxisaufgaben gestalten“, „Pflegeorganisation“, „Prüfungen abnehmen“ und „Kursorganisation“ an. Beide fungierten in der Weiterbildung zudem als Dozentinnen in den Bereichen Public Health und Gesundheitsförderung.

Die DozentInnen

Nachfolgend werden die Profile der DozentInnen aufgeführt, welche die meisten Inhalte im Curriculum und hier vor allem in den drei Kernmodulen „Public Health“,

„Arbeiten mit Familien“ und „Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung in Familien“ übernommen haben.

Von den 14 befragten DozentInnen in München haben insgesamt acht Personen den Fragebogen ausgefüllt. Dies entspricht einem Rücklauf von 57%. Von den acht Personen sind vier Frauen und vier sind Männer.

Die acht befragten Dozentinnen waren bereits vor dieser Weiterbildung zwischen einem Jahr und elf Jahren in den unterschiedlichsten Bereichen als Lehrende tätig und die Hälfte der Befragten haben eine Ausbildung als Pflegende absolviert. Von diesen vier Pflegenden verfügen wiederum drei Personen über eine Ausbildung im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege und eine Dozentin ist Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Hebamme. Von den übrigen drei DozentInnen sind zwei Sozialpädagogen und ein Dozent ist Politologe. Alle DozentInnen mit einer Pflegeausbildung verfügen zudem über weitere Berufsausbildungen. Hierbei wurden von zwei Personen „Angewandte Gesundheitswissenschaft“ und von den übrigen zwei DozentInnen „Pflegepädagogik“, „Erziehungswissenschaft“, „Gesundheitsökonomie“, „Rettungsassistenz“ sowie „Atem- und Entspannungspädagogik“ genannt. Zusätzlich dazu haben alle Befragten noch eine oder mehrere Weiterbildungen absolviert. Hierzu wurden die Weiterbildungen zum „Lehrer für Pflegeberufe“, zum „Mentor“ und zur „Stationsleitung“ sowie Weiterbildungen in den Bereichen „Themenzentrierte Interaktion“ und „Ganzheitliche Gesundheitspflege mit Naturheilkunde“ angegeben. Bei den drei DozentInnen ohne Pflegeausbildung wurden als zusätzliche Qualifikationen bzw. Weiterbildungen ebenfalls „Themenzentrierte Interaktion“ sowie „Psychologie“, „Volkswirtschaftslehre“, „Kommunikationspsychologie“, „Pädagogik“, „Neurolinguistische Psychologie“ und „Interkulturelle Kommunikation“ genannt. Zwei der befragten DozentInnen unterrichten in den Bereichen Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege, ein Dozent ist in den Bereichen Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege tätig und ein Befragter lehrt in allen drei Pflegebereichen sowie im Hebammenwesen. Zudem unterrichten zwei Personen auch in pflegebezogenen Studiengängen, nämlich Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft und Pflegemanagement. Zwei der Befragten kreuzten die Rubrik „Sonstige“ an, führten diese jedoch nicht weiter aus.

Bei der Frage zu ihren Schwerpunkten als DozentInnen wurden folgende Themenbereiche von den Befragten aufgeführt (s. Tabelle 15):

Dozent	Themenbereiche als Schwerpunkte
1	- „Das Berufsbild der Hebamme“ - „Gesundheitsmodelle“ - „Projektplanung“
2	- „Interkulturelle Kommunikation“ - „Politisches und soziales System“ - „Trends und Entwicklungen“
3	- „Lerntagebuch“
4	- „Epidemiologie“ - „Gesundheitsprävention/ Gesundheitsförderung“ - „Internationale Entwicklung von Gesundheitssystemen“
5	- „Präsentation“ - „Rhetorik“ - „Kommunikation“ - „Moderation“
6	- „Kommunikation“ - „Lerntechniken“
7	- „Selbstpflege für Pflegenden“
8	- „Prävention und Gesundheitsförderung“

Tabelle 15: Inhaltliche Schwerpunkte der DozentInnen aus München

Von den neun befragten DozentInnen in Essen haben insgesamt fünf Personen, vier davon sind Frauen, den Fragebogen ausgefüllt. Der Rücklauf ist mit 56% annähernd gleich dem Rücklauf der DozentInnen in München.

Die befragten Personen waren bis zum Beginn der Weiterbildung Familiengesundheit bereits zwischen acht und 23 Jahren als DozentInnen tätig und hier haben alle eine Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege absolviert. Als sonstige Berufsausbildungen wurden „Drechsler“, „Rettungsassistent“ und „Lehramt für berufsbildende Schulen“ angegeben. Als zusätzliche Weiterbildungen wurden „Unterrichtsschwester im Studiengang Gesundheitspflege an einer Fachhochschule“, „Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege“, „Lehrer für Pflegeberufe“, „Kinästhetik“ und „Qualitätsmanagement“ aufgeführt. Alle Befragten haben zudem einen oder mehrere Studiengänge absolviert. Hierbei wurden „Pflegepädagogik“, „Nursing & Education“, „Pflegewissenschaft“, „Jura“, „Anglistik“, „Kommunikationswissenschaften“, „Politik“ sowie „Nursing and Health Studies“ genannt. Zwei der fünf befragten DozentInnen lehren an Aus- und Weiterbildungsinstituten sowie an Hochschulen, zwei weitere DozentInnen unterrichten an Aus- und Weiterbildungsinstituten und einer der Befragten lehrt an Weiterbildungsinstituten und Hochschulen. Von den fünf befragten Personen unterrichten vier an Ausbildungseinrichtungen der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, der

Altenpflege. Drei der Befragten lehren zusätzlich in pflegebezogenen Hochschulstudiengängen. Ein Dozent unterrichtet ausschließlich an Hochschulen.

Auf die Frage zu ihren inhaltlichen Schwerpunkten als DozentInnen wurden folgende Themenbereiche aufgeführt (s. Tabelle 16):

Dozent	Themenbereiche als Schwerpunkte
1	- „Ansätze von Family Nursing“ - „Familienspezifisches Assessment“ - „Pflegeprozess“
2	- „Leistungsrechtliche Grundlagen für die Familienberatung“
3	- „Pflegewaterwissenschaft“ - „Pflegeforschung“ - „Patientenedukation“
4	- „Rechtliche und ethische Belange“
5	- „Theorie“ - „Instrumente der praktischen Umsetzung“

Tabelle 16: Inhaltliche Schwerpunkte der DozentInnen aus Essen

5.1.3.2 Erfahrungen mit der Weiterbildung

Nachfolgend werden die Analysen zu den Meinungen, Sichtweisen und Erfahrungen der WeiterbildungsteilnehmerInnen, der AnsprechpartnerInnen und der Kursleiterinnen zur Weiterbildung Familiengesundheit aus allen Interviews dargestellt. Während der ersten Untersuchungsphase wurden insgesamt 20 mündliche und zwei schriftliche Befragungen durchgeführt. Die Interviews bzw. Gruppendiskussionen dauerten zwischen 45 und 125 Minuten. Sie wurden jeweils in den beiden Weiterbildungseinrichtungen durchgeführt.

Die erste schriftliche Befragung erfolgte zu Beginn der Weiterbildung bei allen Beteiligten, die zweite schriftliche Befragung wurde bei den TeilnehmerInnen nach einem Jahr durchgeführt. Bei den TeilnehmerInnen und den Kursleiterinnen wurden die Interviews bzw. Gruppendiskussionen jeweils im Oktober 2005, im Mai 2006, im Oktober 2006 und im Oktober 2007 durchgeführt. Die Ansprechpartnerinnen wurden jeweils zu Beginn und am Ende der Weiterbildung interviewt.

Die jeweiligen Ergebnisse wurden bereits in den Zwischenberichten aufgeführt. Für diesen Abschlussbericht wurden die Analysen nochmals bearbeitet und zusammengefasst.

Aussagen der WeiterbildungsteilnehmerInnen

Nachfolgend werden die Kernaussagen der TeilnehmerInnen zu ihren Erfahrungen mit der Weiterbildung beschrieben.

Es war der Aufbruch zu etwas Neuem

Die TeilnehmerInnen waren von Anfang an sehr motiviert und engagiert. Sie haben teilweise erhebliche Einbußen in Kauf genommen, um die Weiterbildung absolvieren zu können und einige der TeilnehmerInnen haben während der Weiterbildung ihre Stelle gewechselt. Fast alle Pflegenden und Hebammen waren bereits vor der Weiterbildung auf der Suche nach etwas „Neuem“, sie wollten „etwas verändern. Sie haben versucht, bereits vor der Weiterbildung „ansatzweise“ die Bereiche „Gesundheitsförderung, Beratung, Unterstützung und Begleitung“ bei ihren Klienten und Familien umzusetzen. Denn nach Aussagen der Befragten sind gerade diese Bereiche wesentliche Teile ihrer Pflege- bzw. Hebammenarbeit. Sie waren deshalb der Meinung: „Wir sind in dieser Weiterbildung genau richtig“. Die TeilnehmerInnen haben festgestellt, dass sie „schon vieles machen“, aber die Hebammen formulieren auch, „Hebamme sein ist viel mehr“, als das, was bisher erbracht wird. Alle Beteiligten der Weiterbildung wollten die bereits vorhandenen Kompetenzen weiter ausbauen und vor allem Instrumente an die Hand bekommen, um die Klienten und ihre Familien „besser unterstützen“ zu können. Fast alle TeilnehmerInnen haben, als sie zum ersten Mal von dem Pilotprojekt und der darin enthaltenen Weiterbildung gehört haben gedacht, „das ist es, was wir wollen und was wir brauchen“. Sie waren überzeugt davon, dass sie die „Herausforderung wollen“ aber auch „Mut brauchen werden“.

Man kommt an seine Grenzen

Die Pflegenden und Hebammen haben sich für die Weiterbildung entschieden, da sie bestehende „Hemmschwellen abbauen“ und die Bereiche Gesundheitsförderung, Gesundheitsberatung und Prävention ausbauen bzw. die bestehenden Angebote verbessern wollten. Während der Weiterbildung mussten sie feststellen, dass sie „an ihre Grenzen kommen“ und teilweise überfordert waren. Diese Überforderung ergab sich einerseits durch die curricularen Anforderungen der Weiterbildung und hier vor allem dem Selbststudium, dem Absolvieren der Praktika und der Familienbegleitungen sowie dem Erbringen der jeweiligen Modulabschlüsse. Die TeilnehmerInnen mussten feststellen, dass sie die „Notwendigkeit der Unterstützung für die Betroffenen und ihre Familien erkennen“, diese „aber oftmals nicht oder nur unzureichend er-

bringen“ konnten, da ihnen die „notwendigen Argumente, die erforderlichen Kompetenzen und vor allem die entsprechenden Instrumente“, fehlten. Sie sahen sich teilweise nicht in der Lage, die erforderlichen Entscheidungen zu treffen oder die Verantwortung hierfür zu übernehmen.

Vor allem die Hebammen haben entsprechende Erfahrungen hierzu gemacht. Eine Hebamme führte hierzu an: „Kann und will ich das verantworten, dass man der Frau das Kind wegnimmt, ...tue ich dem Kind damit einen Gefallen?“. Eine andere Hebamme „versorgt ja bereits Problemfamilien, aber oft entscheide ich aus dem Bauch heraus, äh mit meinem Laienwissen, und dann habe ich Gewissensbisse und die will ich nicht mehr haben“. Noch deutlicher wurde dies in Aussagen zur Betreuung bei „Problemfamilien“. Die TeilnehmerInnen waren der Meinung, dass gerade die Personen, Gruppen und Familien die Unterstützung der Familiengesundheitspflege brauchen, mit denen ein „Großteil unserer Gesellschaft nichts zu tun haben will“. Deshalb geht „man bei der Betreuung dieser Familien auf Abstand, weil man nicht weiß, wie man damit umgehen soll, ... das hat viel mit Angst zu tun, ... oder wenn ich gehört habe, dass der Vater seine Kinder sexuell missbraucht,... da bin ich völlig überfordert, ...viele möchten nicht mit solchen Familien umgehen, die will auch keiner betreuen und das ist fatal“.

Die Pflegenden und Hebammen fühlten sich teilweise allein gelassen. Sie bezeichnen ihre Arbeit als „Einzelkämpfertum“. Vor allem Leistungen wie Beratung und Begleitung werden in vielen Fällen nicht anerkannt und damit auch nicht finanziert. Die TeilnehmerInnen waren der Meinung, dass die Erhaltung der Gesundheit zwar „Kosten spart“ aber die öffentlichen Diskussionen darüber und die politische Unterstützung fehlen und diese unbedingt angeregt werden müssen. Hierzu erwarteten sich die TeilnehmerInnen auch entsprechende Effekte durch die Weiterbildung und ihre Tätigkeit als FGP und FGH.

Alle Beteiligten erlebten in ihrer Tätigkeit als Pflegenden und Hebammen und zwei in ihrer Rolle als pflegende Angehörige teilweise erhebliche Defizite in der Gesundheitsversorgung, eine fehlende oder unzureichende Beratung und Begleitung der Betroffenen, eine mangelnde Vernetzung der vorhandenen Angebote sowie eine fehlende Kommunikation der Akteure untereinander. Die TeilnehmerInnen empfanden das Gesundheitssystem als zu komplex und nicht transparent, denn „...alle haben das Problem nicht zu wissen, wer macht was, was ist möglich, ... ein Buch mit

sieben Siegeln“. Sie waren auch der Meinung, dass die Klienten und ihre Familien in ihrer Situation nicht ernst genommen werden und erleben deren Versorgung sogar teilweise als „ethisch nicht vertretbar“. Die TeilnehmerInnen waren sich einig darüber, dass die „Bedarfe riesengroß sind“, aber für eine individuelle häusliche Versorgung der Betroffenen und ihrer Familien der „ambulante Pflegedienst nicht ausreicht, da ist einfach das Spektrum zu klein“.

Nach Aussagen der TeilnehmerInnen brauchen nicht nur die Klienten und ihre Familien Unterstützung, sondern auch die Pflegenden und Hebammen, die diese Leistungen erbringen. Sie erhofften sich in der Weiterbildung Strategien vermittelt bekommen, um einerseits für sich selbst besser sorgen und andererseits den Kollegen und Mitarbeitern Hilfen und Unterstützungen anbieten zu können.

Es war ein Hin- und Hergerissen sein

Für alle TeilnehmerInnen waren die Aktivitäten und die Aussagen der AnsprechpartnerInnen und vor allem der beiden Kursleiterinnen eine „große Unterstützung“, „Motivation“ und „Rückhalt“. Die TeilnehmerInnen konnten die Weiterbildung von Anfang an aktiv mitgestalten, sie mussten sich aber auch „vieles selbst erarbeiten“. Sie fanden es gut, auf das eigenständige Arbeiten vorbereitet zu werden. Einigen TeilnehmerInnen wurde so erst bewusst, „was in ihnen drinsteckt, was sie für eine Erfahrung haben“. Die TeilnehmerInnen hatten sich im Verlauf der Weiterbildung darauf verständigt, dass sie nach Abschluss der Weiterbildung ein Netzwerk bilden und weiterhin „Kontakt halten“ sollten. Es wurde den TeilnehmerInnen erst im Verlauf der Weiterbildung wirklich bewusst, dass sie Vorreiter in dem neuen Handlungsfeld sind und damit „keinen haben, den sie fragen können, bei uns gibt es das nicht, wir sind die Ersten die reinschnuppern“.

Die Pflegenden und Hebammen fühlten sich durch die Bezeichnung „Pioniere“ und die Tatsache, Teilnehmer in einem Pilotprojekt zu sein, unter Druck gesetzt. Sie sahen darin ein „große Verantwortung und diese auf unseren Schultern zu wissen, ist schon ziemlich hart.“ Für alle gab es in der Weiterbildung einen „ordentlichen Berg“ zu bewältigen. Die TeilnehmerInnen waren aber auch „sehr stolz auf sich selbst“. Sie erachteten die Weiterbildung als positive Herausforderung und empfinden die „Bestätigung in der Weiterbildung“ als eine enorme Stärkung. Es „gehört auch Mut dazu, ja und Stolz, das wird uns auch stolz machen“, „ja es ist von beidem etwas“, „ja,

wenn es klappt natürlich“, „wir können viel daraus machen“. Die TeilnehmerInnen waren während der gesamten Weiterbildung „hin und her gerissen“ sind hatten immer wieder „Zweifel“, ob sie die Herausforderungen der Weiterbildung schaffen und nach Abschluss eine Arbeitsstelle als FGP bzw. FGH finden werden. Einerseits hatten sie Angst davor, dass „keiner an uns Interesse hat“ und andererseits gab es Bedenken, dass sie „mit Interesse überschwemmt werden und gar net wissen, wie wir das alles hinkriegen sollen“. Die TeilnehmerInnen waren sich bewusst darüber, dass „einiges von ihnen erwartet wird“ und auch ein Jahr nach Beginn der Weiterbildung waren ihnen ihre Rollen als FGP und FGH immer noch nicht klar „man kann es erst mal keinem erklären, der (der Arbeitgeber) würde das nicht verstehen“, „es ist etwas, was ich jetzt gar net fassen kann“. Alle TeilnehmerInnen mussten bereits während der Weiterbildung viel Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit hinsichtlich des neuen Handlungsfelds leisten.

Alle TeilnehmerInnen sahen in der ungeklärten Finanzierung der Leistungen eine wesentliche Hürde für die Umsetzung ihrer Tätigkeit als FGP und FGH. Sie waren der Meinung, dass „Gesundheit Kosten spart und die Krankenkassen die Leistungen deshalb finanzieren werden“. Sie waren sich aber auch einig darüber, dass „mit der Krankheit viele Geld verdienen“ und die Finanzierung ihrer Leistungen ein „Umdenken in der Gesellschaft erfordert“.

Die TeilnehmerInnen fanden es schade, dass insgesamt nur so wenige Pflegende und Hebammen an der Weiterbildung teilnehmen konnten bzw. wollten und sie fragten sich immer wieder: „Wir sind jetzt 18 Leute in ganz Deutschland, warum haben sich nicht mehr interessiert und welche Lobby und welche Möglichkeiten haben 18 Leute?“ Die Befragten sahen in den Kursgebühren, den zusätzlichen Kosten z.B. für Fahrt, Übernachtung oder Lernmittel, dem erforderlichen Aufwand in der Freizeit, der mangelnden Unterstützung vieler Arbeitgeber und den noch unklaren Perspektiven nach der Weiterbildung die Hauptgründe für die Entscheidung vieler Pflegenden und Hebammen, nicht an der Weiterbildung teilzunehmen.

Es gab Höhen und Tiefen

Die TeilnehmerInnen waren während der gesamten Weiterbildung motiviert, sie hatten aber auch Phasen, in denen sie „ganz schön gestrampelt“ und „immer wieder gezweifelt“ haben, ob die Entscheidung zur Teilnahme an der Weiterbildung auch

wirklich richtig war. Nach der „anfänglichen Euphorie“ und der Motivation hatten fast alle TeilnehmerInnen nach einem Jahr „den totalen Einbruch“. Sie erlebten teilweise eine „Informationsflut“ und sie hatten Angst, die Anforderungen nicht bewältigen zu können. Eine Teilnehmerin formulierte hierzu: „Ich denke schon, dass es Höhen und Tiefen bei uns allen gegeben hat, wo man auch mal überlegt hat, die Sachen zu schmeißen“. Hierbei empfanden alle TeilnehmerInnen die gegenseitige Motivation und Unterstützung als sehr wichtig. Die Möglichkeit hierzu ergab sich vor allem während der Präsenzphasen. Eine Teilnehmerin sagte dazu: „... zu hören, wie läuft es bei den anderen, ich kann davon viel profitieren und wenn für Praxisbeispiele der Einzelnen keine Zeit bleibt, dann finde ich ist es schade, denn Nachlesen und Nachbüffeln kann man daheim für sich allein, aber den Praxisbezug der anderen, den kann ich nicht nachlesen“. Eine andere Teilnehmerin meint hierzu: „Wenn ich nach den vier Tagen (Präsenzphase) hier raus gehe, dann bin ich immer sehr motiviert und denke mir, das könntest du noch machen und das und das, ... die Motivation ist schon da, aber die Zeit fehlt einfach“.

Die TeilnehmerInnen empfanden die Situation, keine Ansprechpartner mit praktischen Erfahrungen als FGP bzw. FGH zu haben, teilweise sehr belastend. Sie waren phasenweise verunsichert, vor allem dann, wenn sie das Gefühl hatten, sie müssen sich verteidigen, warum sie diese Weiterbildung machen und erklären, welchen Nutzen die Familiengesundheitspflege hat oder wie die Finanzierung aussehen soll. „Wenn man uns fragt, was macht Ihr eigentlich, was ist das und wer bezahlt das, da kommt man schon ins Grübeln, was machst Du eigentlich damit, wenn du fertig bist?“. Die TeilnehmerInnen waren der Meinung: „Es ist ein Modell und wenn das Modell nochmal läuft, dieser zweijährige Kurs, wird es wahrscheinlich anders sein, weil wir sind einfach Versuchskaninchen und da probiert man was aus und weiß es noch nicht anders“.

Zu der Ungewissheit und der Unsicherheit kam bei vielen TeilnehmerInnen „eine ziemlich heftige Doppelbelastung“ hinzu, „... nicht nur die Schule, sondern viele arbeiten Vollzeit und der Druck ist auch noch da und mit dem Arbeitgeber und versuchen seinen Weg zu finden...“. Den meisten „fehlte einfach die Zeit und es ist sehr viel, das man macht, die Familie und den Job, es ist schwer alles zu kombinieren“.

Für die TeilnehmerInnen stellten vor allem die „Suche nach den Praktikumsplätzen“, die „Durchführung der Praktika neben der Arbeit“, die „Modulabschluss-

arbeiten“, „die Begleitung der Familien“ und „deren aber auch die eigene Unsicherheit“ eine „extreme Belastung“ dar. Viele TeilnehmerInnen hatten im zweiten Jahr der Weiterbildung „massive Zeitprobleme“ und „Zeitdruck“. Eine Teilnehmerin führt an, dass „ihr nicht klar war, was ein Pilotprojekt ist und das es auch sein kann, dass wir einfach verheizt werden, und das schwächt mich“. Eine andere Teilnehmerin meinte hierzu: „Es war ja angekündigt, aber dass das so hart wird, war mir nicht klar“. Alle Befragten waren letztendlich der Meinung, dass man bei dieser Weiterbildung „eigentlich nicht mehr als 50%“ arbeiten sollte, denn was „darüber hinaus geht, ist eine Tortur“.

Der Blick hat sich verändert und der Horizont erweitert sich

Die Perspektive der TeilnehmerInnen hat sich im Verlauf der Weiterbildung verändert. Eine Teilnehmerin „nimmt jetzt die Familien anders in den Blick. Die Familienmitglieder, das waren sonst für mich der Pflegebedürftige und die Angehörigen, in ihrer Position in der Überforderung, jetzt sehe ich doch dieses weitere Umfeld und ich merke, dass die Familien einen ganz anderen Kontakt zu mir haben, weil mein Horizont weiter wird“. Eine andere Teilnehmerin „sieht jetzt die Situationen, man hat nicht nur einen Patienten, sondern man hat alles drum herum und nicht nur die Eltern, als Kinderkrankenschwester, sondern man guckt auch auf die Geschwister, wie kann man da eine Förderung besorgen, ...ich merke, dass mir das zugute kommt.“ Bei einer Teilnehmerin hat sich „in der Beratungssituation das Blickfeld erweitert, ich bringe es sehr oft in die Schulungen der Patienten mit ein und versuche sie darauf zu stupsen, dass sie auch eine eigene Verantwortung haben und das Schulungskonzept habe ich verändert“.

Die TeilnehmerInnen haben es sehr bedauert, dass keine Pflegenden aus dem stationären Bereich an der Weiterbildung teilnehmen konnten, denn ihrer Meinung nach müsste „auch im stationären Bereich der Blick geweitet“ und „Sensibilität entwickelt“ werden. Trotzdem sehen sie in der „ambulanten Erfahrung“ eine wesentliche Voraussetzung für die Teilnahme an der Weiterbildung, da „z.B. der häusliche Pflegebedarf, die Besorgung von Hilfsmitteln sowie Problematiken, die durch das häusliche Umfeld entstehen, im stationären Bereich noch nicht so präsent sind oder auch noch nicht so wahrgenommen werden“. Entsprechend erleben die TeilnehmerInnen aus dem ambulanten Bereich „die Schwierigkeiten die dann daraus

folgern, wenn jemand freitags nach Hause kommt und keine Lebensmittel Zuhause hat. Das ist für den stationären Bereich was ganz Banales, für den Menschen Zuhause ist es lebenswichtig“.

Den TeilnehmerInnen fehlte in ihrer „täglichen Arbeit neben dem theoretischen Wissen und den erforderlichen Instrumenten zur praktischen Umsetzung vor allem die Zeit, um die Familien angemessen beraten und begleiten“ zu können. Eine Teilnehmerin meinte dazu: „Ich muss schon gucken, dass ich nicht zu lange bleibe, die Zeit fehlt mir, mich mit den Patienten zu beschäftigen und das befriedigt mich nicht, da habe ich Probleme damit“. Die TeilnehmerInnen mussten feststellen, dass „ambulante Pflegedienste das so gar nicht leisten können, weil da viele Stunden an Telefonaten, Gesprächen drauf gehen. Wir können uns die Freiräume eher noch nehmen, für eine normale Mitarbeiterin wäre es schwierig“.

Es ist noch nicht ganz klar, wo der Weg hingeht

Im Verlauf der Weiterbildung wurde den TeilnehmerInnen bewusst, dass sie „nicht alles anbieten können, wir werden uns abgrenzen, aber wohin der Weg geht, das ist noch nicht so klar“. Die TeilnehmerInnen fühlten sich unsicher, weil die Strukturen für sie nicht unbedingt „klar“ und „greifbar“ waren, sie sahen aber auch Chancen darin, die „Strukturen mit zu entwickeln“. „Da muss man genau gucken, wo gehe ich hin bzw. wo komme ich her und was kann ich mitnehmen und wohin kann ich mich orientieren aber irgendwo muss ich auch sehen, wo ist meine Grenze, was ich noch abdecken kann“. Auf die Frage nach der „Abgrenzung zu den Pflegenden im ambulanten Dienst“ führte eine Teilnehmerin an, dass es „ein riesengroßes Feld gibt, das brachliegt, wo sich keiner für zuständig fühlt und dies müssen wir übernehmen“. Eine andere Teilnehmerin fand es wichtig „eine Entlastung zu schaffen, für die Pflegenden, die dort (in den Familien) arbeiten“.

Die TeilnehmerInnen haben im Verlauf der Weiterbildung die Erfahrung gemacht, dass man den „theoretischen Hintergrund braucht, um die Auswirkungen in den Familien deuten zu können“. Sie fanden es gut, „dass die Rolle nicht einengt“ und man sich „seinen Bereich selber suchen kann“. Für die TeilnehmerInnen ergab sich nicht unbedingt ein „klares Bild“, sondern man „bekommt viel Handwerkszeug“ und „gute Ausblicke“. Ihrer Meinung nach gibt es „keine einheitliche Rolle, sondern es hat mit dem zu tun, wo man arbeitet“. „Die „Spielwiese ist groß, man muss sein ge-

wohntes Terrain verlassen und es geht um die Familien, die Familiensysteme und die verschiedenen Wohnformen und da müssen wir rein“.

Die Pflegenden sahen „in der integrierten Versorgung“ eine große Chance, das Handlungsfeld der FGP umzusetzen. Einige hätten sich auch vorstellen können, bei niedergelassenen Ärzten angesiedelt zu sein. Die Hebammen in der Weiterbildung fanden die Kooperation mit den Gesundheits- und den Jugendämtern wichtig, denn das sind die „Stakeholder“. Alle übrigen Akteure der Gesundheitsversorgung „sind Netzwerkpartner“.

In den Diskussionen stellten die Hebammen für sich immer wieder fest, dass sie „da sowieso in einer anderen Situation sind“ und es insgesamt betrachtet für sie „einfacher“ ist. „Erstmal wegen dem Finanziellen, wir können unsere Gebührenordnung über einen langen Zeitraum schröpfen, und aufgrund dessen bin ich eigentlich schon drin“. Die Hebammen sahen für sich vielmehr das Problem in der, mittlerweile in einigen Bundesländern implementierten, Fortbildung für Familienhebammen (FH). Sie hatten die Sorge, dass ihnen die FH die Arbeit wegnehmen, Konkurrentinnen sind und die „Leute die Unterschiede zwischen den beiden Aufgabenfeldern nicht kennen“.

Bis jetzt alles ehrenamtlich gemacht

Die TeilnehmerInnen haben für die Familienbegleitung keine Bezahlung erhalten, sondern haben diese „ehrenamtlich“ und teilweise auch in ihrer Freizeit erbracht. Es war den TeilnehmerInnen bewusst, dass sie sich nach der Weiterbildung „profilieren“ und die „Arbeitgeber überzeugen“ müssen, damit ihre Tätigkeit bezahlt wird. Sie erachteten dies als „eine neue Herausforderung“. Die TeilnehmerInnen waren sich einig darüber, dass es nicht „Sinn der Weiterbildung sein kann, dass wir hinterher ein Heer von Ehrenamtlichen sind, das hätten wir günstiger haben können“.

Trotz der Bedarfe für das neue Handlungsfeld erlebten die TeilnehmerInnen bei der Frage nach der Finanzierung ihrer Leistungen meist eine ablehnende Haltung. „Das ist echt schade, etwas das so wichtig ist für Deutschland und dringlich, ...im Jugendamt sind sie ganz begeistert, Praktikum jederzeit, ...gefragt sind wir, aber zahlen will keiner“. Eine andere Teilnehmerin meinte: „Ich höre es von allen Stellen, wer soll das denn bezahlen, die haben irgendwie das Verständnis nicht dafür, der Bedarf ist mehr als groß, das ist schade“. Durch Aussagen wie „das kriegt ihr nicht

bezahlt“, „das gibt kein Geld“, „das hätten sie sich schenken können“, „das Geld hätten sie anders investieren können“ wurden die TeilnehmerInnen zusätzlich frustriert und teilweise auch demotiviert.

Die TeilnehmerInnen sahen in der Klärung der Finanzierung eine wesentliche Voraussetzung zur Umsetzung der Rolle. Solange „kein Verrechnungsmodus mit den Kassen besteht, wird das (die Familiengesundheitspflege) keine Regelgeschichte werden können, sondern nur eine Ausnahmegeschichte. Ansonsten läuft das eher über die freiberufliche Schiene“. Die Teilnehmerinnen hatten auch die Sorge, dass sie trotz der Bedarfe letztendlich nur eine „Nischenfunktion“ erfüllen werden. Ein Teilnehmer „glaubt schon, dass es notwendig ist, aber momentan sehe ich nicht, wie wir das umsetzen können“. Einer andere Teilnehmerin meinte: „also man hört sehr viel Theoretisches, aber es wird sich zeigen, es ist ja ein Modell, was davon kann man wirklich übersetzen, kann man es überhaupt umsetzen, das weiß man nicht, zu wünschen wäre es“, „...oder man landet wieder in irgendeiner Nische, wo das Ganze erstmal so vor sich hinbrutzelt, solange die grundsätzlichen Dinge nicht geklärt sind“.

Sagt ihnen, dass wir da sind

Die TeilnehmerInnen erhofften sich neben einer Klärung der Finanzierung auch „Unterstützung von außen“. Ihrer Meinung nach „muss man die verschiedenen Stellen sensibilisieren, wir brauchen Finanzierung und Leute, die das mittragen, sonst schaffen wir paar Leute das wahrscheinlich nicht.“ Sie wünschten sich Personen, „die einen bei der Stange halten oder einem den Rücken stärken“ und sie in der „Öffentlichkeitsarbeit unterstützen“. Die verschiedenen Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen müssen über die Weiterbildung, die neuen Rollen und die möglichen Arbeitsfelder informiert werden, da die TeilnehmerInnen immer wieder erleben mussten, dass „vor allem Gesundheitsämter und Krankenkassen noch zu wenig über die Familiengesundheitspflege und die damit verbundenen Chancen wissen“. Bei der letzten Befragung forderten die TeilnehmerInnen: „Sagt ihnen, dass wir da sind“.

Für die Befragten muss es auch von der „Politik getragen und nicht nur geredet werden“. Ihrer Meinung nach müssen „bundesweit Projekte gestartet werden, um die Effektivität der Arbeit“ darzustellen und zu verdeutlichen, „das die Art des Einsatzes durchaus Sinn macht“. Die TeilnehmerInnen hatten das Gefühl, „keine Stimme“ zu haben. Nach Aussagen der TeilnehmerInnen sollten aktuelle Geschehnisse auch als

Chance genutzt werden. „Die Politik hat gerade in Zusammenhang mit den Fällen der Kindesmisshandlungen und Kindstötungen mächtig geschrien, wir brauchen etwas, was früher ansetzt, wir brauchen Prävention und wir dürfen da jetzt nicht locker lassen“. Die Politik muss wissen, „wir haben jemanden, die speziell für dieses Klientel eine Weiterbildung machen, die in die Kindergärten und in die Schulen reingehen und nicht warten, bis etwas passiert ist, so wie es beim Jugendamt ist“.

Die FGP und FGH müssen zudem für ihre Tätigkeit die „Befugnisse haben und in ihrer Rolle akzeptiert werden“. Eine Teilnehmerin hätte sich „gewünscht, ich hätte irgendwie `ne Befugnis gehabt oder so was, das ich einfach in der Lage gewesen wäre zu sagen, jetzt muss das so gemacht werden“. Für eine andere Teilnehmerin ist es wichtig, dass „man da `ne Akzeptanz findet, bei diesen Ämtern, dass die sagen, das ist eine FGP, die hat das und dies festgestellt und man kann die und die Maßnahmen einleiten, ohne dass man im Prinzip wieder einen Kontrolleur schickt, um den Bedarf zu kontrollieren“.

Nach Aussagen der Befragten müssen die Arbeit der FGP und FGH und die Auswirkungen auch nach dem Pilotprojekt von der „Pflegewissenschaft weiter untersucht“ und entsprechende „Projekte durchgeführt werden“.

Schriftliche Befragung zur Evaluation der Weiterbildung und Belastung der TeilnehmerInnen

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse aus den Analysen des standardisierten Fragebogens zur „Evaluation der Weiterbildung und zur Belastung der TeilnehmerInnen“, der explizit für diese Untersuchung erstellt wurde, aufgeführt. Der Fragebogen wurde im zweiten Zwischenbericht als Anhang beigefügt. Insgesamt haben 17 TeilnehmerInnen den Bogen ausgefüllt.

Der Fragebogen ist in acht übergeordnete Punkte bzw. Fragen gegliedert. Im ersten Punkt wurden Aussagen zur Bewertung der „Lernermerkmale und Lehrqualität als Bedingungen für die Zufriedenheit mit der Weiterbildung“ aufgeführt. Diese, insgesamt 40 Aussagen, waren in die Bereiche zur Bewertung der „sozialen Kompetenz“ der TeilnehmerInnen und ihrer „psychischen Stabilität/Belastungstoleranz“ sowie Aussagen zur Bewertung der „Qualität der Lehre“ und zur Bewertung der „Zufriedenheit mit der Weiterbildung“ unterteilt. Im Anschluss daran wurden anhand der Fragen 2 bis 7 die möglichen „Schwierigkeiten und Belastung durch die Weiter-

bildung“ in Bezug auf das Selbststudium, die arbeitstechnischen Anforderungen in der Weiterbildung, die Belastungen aufgrund der kontextuellen Faktoren und möglicherweise vorhandenen, zusätzlichen Stressfaktoren sowie die typischen Lernschwierigkeiten der TeilnehmerInnen erfasst. Mit der achten und letzten Frage wurden mittels der „Irritationsskala“ die psychischen Befindensbeeinträchtigungen der TeilnehmerInnen ermittelt. Die nachfolgende Darstellung der Ergebnisse orientiert sich an der inhaltlichen Abfolge des Fragebogens.

1. Lernermerkmale und Lehrqualität als Bedingungen für die Zufriedenheit mit der Weiterbildung

Zur Erfassung der „Lernermerkmale und Lehrqualität als Bedingungen für die Zufriedenheit mit der Weiterbildung“ sollten die TeilnehmerInnen anhand einer sechsstufigen Skala von „stimmt gar nicht“ (1) bis „stimmt genau“ (6) jede einzelne Aussage für sich bewerten. Zu den Aussagen wurden folgende Ergebnisse ermittelt:

- Bewertung der sozialen Kompetenz:

Die analysierten Häufigkeiten zur Bewertung der sozialen Kompetenz lassen erkennen, dass die Mehrzahl der TeilnehmerInnen (TN) eher über hohe soziale Kompetenzen verfügte, sich also in die Stufen 4 bis 6 einordnete. Nur für max. fünf Teilnehmer trafen diese Aussagen eher nicht zu (s. Tabelle 17).

N=17	stimmt gar nicht			stimmt genau		
	1	2	3	4	5	6
Ich verfüge über gute rhetorische Fähigkeiten*.	0	2	3	6	4	2
Es macht mir nichts aus, vor einer größeren Gruppe zu sprechen.	0	1	2	5	5	4
Ich kann meine Gefühle bei TN in akzeptabler Weise ausdrücken.	1	0	0	6	6	4
Ich kann meine Gefühle bei Lehrenden in akzeptabler Weise ausdrücken.	0	1	1	5	8	2
Wenn mich an TN etwas stört, kann ich es akzeptabel mitteilen.	0	0	1	2	7	7
Wenn mich an Lehrenden etwas stört, kann ich es akzeptabel mitteilen.	0	2	3	6	4	2
Es bereitet mir Schwierigkeiten, mit Lehrenden Kontakt aufzunehmen.	0	1	2	5	5	4
Es fällt mir leicht, meine Forderungen bei TN durchzusetzen.	1	0	0	6	6	4
Es fällt mir leicht, meine Forderungen bei Lehrenden durchzusetzen.	0	1	1	5	8	2
Es fällt mir leicht, mich gegen ungerechte Behandlung zu wehren.	0	0	1	2	7	7
Es fällt mir leicht, meine Meinung gegenüber den WB-TN zu vertreten.	0	2	3	6	4	2
Es fällt mir leicht, meine Meinung gegenüber Lehrenden zu vertreten.	0	1	2	5	5	4

*Bei der ersten Frage fehlt eine Angabe

Tabelle 17: Aussagen zur sozialen Kompetenz der TeilnehmerInnen

- Bewertung der psychischen Stabilität/Belastungstoleranz:

Die Angaben der TeilnehmerInnen zur Bewertung ihrer psychischen Stabilität/Belastungstoleranz zeigen, dass sich auch hier die Mehrzahl der befragten Personen vornehmlich in die Skala von 4 bis 6 einordnete. Dies bedeutet, dass sich die TeilnehmerInnen eher als psychisch stabil bewerteten und ihre Belastungstoleranz als eher hoch einstufen. Auch in dieser Bewertung gab es wiederum bis zu fünf TeilnehmerInnen, die sich eher in die Situation der psychischen Instabilität einordneten und eine niedrige Belastungstoleranz hatten. Konkret zeigt sich dies in der Aussage, dass sie mit „frustrierenden Situationen in der Weiterbildung (WB)“ eher weniger gut umgehen konnten (s. Tabelle 18).

N=17	stimmt gar nicht			stimmt genau		
	1	2	3	4	5	6
Ich kann auch mit frustrierenden Situationen in der WB gut umgehen.	0	2	3	6	4	2
Auch in Zeiten großer Belastung lasse ich mich nicht unterkriegen.	0	1	2	5	5	4
Ich lasse mich nicht so schnell aus der Ruhe bringen.	1	0	0	6	6	4
Es macht mir nichts aus, Früchte der Arbeit erst nach langer Zeit zu ernten.	0	1	1	5	8	2
Auch wenn sich eine Sache länger hinzieht, gebe ich nicht auf.	0	0	1	2	7	7

Tabelle 18: Aussagen zur psychischen Stabilität/Belastungstoleranz der TeilnehmerInnen

- Bewertung der Qualität der Lehre:

Die nachfolgenden Tabellen 19 bis 21 stellen die Bewertungen der TeilnehmerInnen zur Qualität der Lehre dar. Sie beinhalten die Relevanz der Weiterbildungsinhalte, das Engagement der Lehrenden sowie die Aussagen zur Überforderung der TeilnehmerInnen. Entsprechend den analysierten Angaben wurden, bis auf wenige Ausnahmen (n=3), die Inhalte der Weiterbildung als relevant erachtet und die TeilnehmerInnen wurden durch die Inhalte der Weiterbildung zum „Mitdenken motiviert“ (s. Tabelle 19).

N=17	stimmt gar nicht			stimmt genau		
	1	2	3	4	5	6
Der Stoff wird anhand von Beispielen veranschaulicht.	0	1	2	4	5	5
Die Bedeutung/ der Nutzen der behandelten Themen wird dargelegt.	0	1	2	5	6	3
Ein Bezug zwischen Theorie und Praxis wird hergestellt.	0	0	3	3	8	3
Ich werde zum Mitdenken motiviert.	0	0	0	2	7	8
Ich lerne viel in den Veranstaltungen.	0	1	1	4	6	5
Ich lerne etwas Sinnvolles und Wichtiges.	0	0	1	2	7	7

Tabelle 19: Aussagen zur Relevanz der Weiterbildungsinhalte

Die Analysen zum Engagement der Lehrenden zeigen, dass fast alle TeilnehmerInnen die DozentInnen als engagiert und aufgeschlossen erlebt haben. Sie haben Begeisterung vermittelt und wollten, dass die TeilnehmerInnen in ihrer Veranstaltung „etwas lernen“ (s. Tabelle 20).

N=17	stimmt gar nicht				stimmt genau	
	1	2	3	4	5	6
Die Dozenten zeigen Engagement und vermitteln Begeisterung	0	0	2	2	7	6
Den Dozenten ist wichtig, dass TN in der Veranstaltung was lernen.	0	1	0	1	5	10
Dozenten sind gegenüber den TN freundlich und aufgeschlossen.	0	0	1	1	6	9

Tabelle 20: Aussagen zum Engagement der Dozenten

Bei den Aussagen zur Überforderung der TeilnehmerInnen ist festzustellen, dass sich nur wenige Personen durch die Inhalte überfordert gefühlt haben. Sie konnten die „Stoffmenge verkraften“ und es war alles verständlich. Die „Höhe der Anforderungen“ wurde als angemessen empfunden. Ebenso empfanden 14 von 17 TeilnehmerInnen das Tempo der Veranstaltungen als adäquat. Für fünf TeilnehmerInnen waren die Anforderungen eher zu hoch (s. Tabelle 21).

N=17	stimmt gar nicht				stimmt genau	
	1	2	3	4	5	6
Die Stoffmenge kann ich noch verkraften.	0	1	2	4	4	6
Das Tempo der Veranstaltungen ist zu schnell.	4	6	5	1	0	1
Ich verstehe alles.	2	0	3	3	7	2
Die Höhe der Anforderungen ist angemessen.	0	2	3	5	6	1

Tabelle 21: Aussagen zur Überforderung der TeilnehmerInnen

- Bewertung der Zufriedenheit mit der Weiterbildung:

Die nachfolgenden Tabellen 10 bis 12 zeigen die Angaben der befragten Personen zur Zufriedenheit mit der Weiterbildung. Fast alle TeilnehmerInnen hatten „Freude an der Weiterbildung“ und würden sich nochmals für die Weiterbildung entscheiden. Allerdings verschieben sich die Häufigkeiten bei der Beurteilung zur „Weiterempfehlung der Weiterbildung“. Hierbei waren sieben von 16 Teilnehmern (44%) nicht unbedingt der Meinung, dass sie die Weiterbildung weiterempfehlen würden (s. Tabelle 22). Möglicherweise ergeben sich die Gründe hierfür aus den, im Anschluss aufgeführten, Bewertungen zu den strukturellen Rahmenbedingungen der Weiterbildung.

N=17	stimmt gar nicht			stimmt genau		
	1	2	3	4	5	6
Ich habe richtig Freude an der WB.	1	0	2	4	6	4
Insgesamt bin ich bis jetzt mit meiner WB zufrieden.	1	1	2	2	6	5
Ich würde mich noch einmal für die WB entscheiden.	2	1	3	2	2	7
Meine WB kann ich bisher jedem nur weiterempfehlen*.	1	2	4	1	5	3

* 1 fehlende Angabe

Tabelle 22: Aussagen zu den Inhalten der Weiterbildung

Bei der Frage nach den strukturellen Bedingungen der Weiterbildung ist zu erkennen, dass sich elf von 17 befragten Personen, also fast zwei Drittel, bessere Bedingungen gewünscht hätten. Dabei scheint nicht die Beachtung der „Belange der Teilnehmer“ die Ursache zu sein, da sich zwölf der Befragten in den Bereich „stimmt gar nicht“ einordnen. Bei den Bewertungen der „äußeren Umstände“ ergibt sich kein klares Bild. Hier waren neun von 17 TeilnehmerInnen (53%) der Meinung, dass die Umstände eher „frustrierend“ waren (s. Tabelle 23).

N=17	stimmt gar nicht			stimmt genau		
	1	2	3	4	5	6
Ich wünsche mir bessere Bedingungen am WB-Institut.	1	5	0	6	4	1
Die äußeren Umstände sind einfach frustrierend.	3	3	3	1	3	4
Am WB-Institut wird zu wenig auf die Belange der TN geachtet.	4	6	2	4	1	0

Tabelle 23: Aussagen zu den Bedingungen der Weiterbildung

Bei den Angaben zur „Bewältigung der Belastungen durch die Weiterbildung“ ist zu erkennen, dass über die Hälfte der TeilnehmerInnen (n=9) eher Schwierigkeiten damit hatte, die Weiterbildung mit anderen Verpflichtungen zu vereinbaren. Trotzdem war die Mehrzahl (82%) nicht der Meinung, dass sie die Weiterbildung „auffrisst“. Allerdings fühlte sich knapp ein Drittel durch die berufsbegleitende Weiterbildung und den Anforderungen oftmals „müde und abgespannt“ (s. Tabelle 24).

N=17	stimmt gar nicht			stimmt genau		
	1	2	3	4	5	6
Die WB ist nur schwer mit anderen Verpflichtungen zu vereinbaren.	0	4	4	4	2	3
Die WB frißt mich auf.	9	3	2	2	1	0
Ich fühle mich durch die WB oft müde und abgespannt.	3	6	3	2	2	1

Tabelle 24: Aussagen zur Bewältigung der Belastungen durch die Weiterbildung

2. Schwierigkeiten und Belastungen durch die Weiterbildung

Die Fragen 2 bis 7 dienten zur Erfassung der möglichen Schwierigkeiten und Belastungen der TeilnehmerInnen durch die Weiterbildung. Hierzu wurden Fragen zum Selbststudium, zur Bewältigung der arbeitstechnischen Anforderungen in der Weiterbildung, zu möglichen Schwierigkeiten und Belastungen durch die berufsbegleitende Weiterbildung, weiteren Stressfaktoren, typischen Lernschwierigkeiten der TeilnehmerInnen und Schwerpunkten für die Arbeit in Arbeitsgruppen gestellt.

- Zeit für das Selbststudium:

Die Angaben der TeilnehmerInnen auf die Frage, wann sie hauptsächlich Zeit für ihr Selbststudium finden, lassen erkennen, dass nur eine befragte Person nach der Arbeit Zeit für das Selbststudium hatte. Die Mehrzahl der TeilnehmerInnen nutzte die Zeit nach der Arbeit und die freien Tage für das Selbststudium (s. Abb. 1).

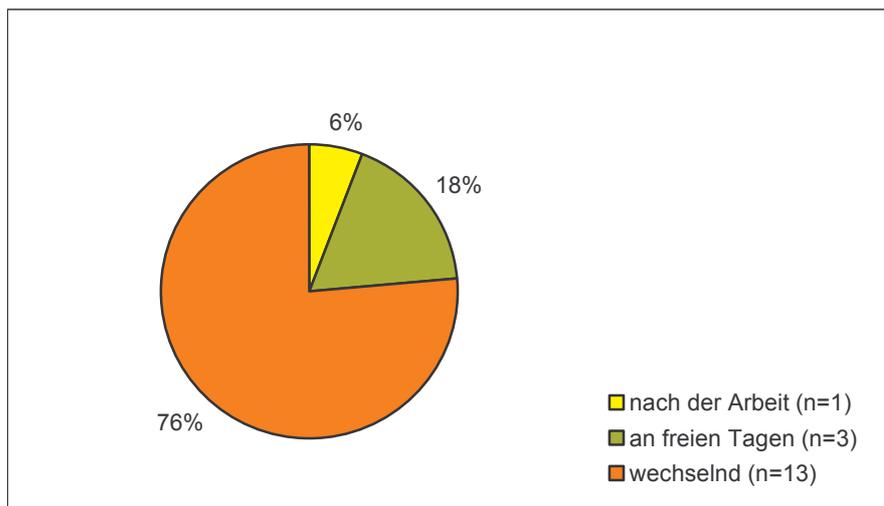


Abb. 1: Zeit für das Selbststudium

- Bewältigung der arbeitstechnischen Anforderungen in der Weiterbildung:

Zur Beurteilung der Bewältigung der arbeitstechnischen Anforderungen sollten die TeilnehmerInnen Fragen zum Selbststudium, zur Beschaffung von Literatur und zum kooperativen Arbeiten in Arbeitsgruppen anhand einer vierstufigen Skala von „keine Schwierigkeiten“ bis „sehr schlecht“ bewerten. Knapp die Hälfte der TeilnehmerInnen (47%) kam mit dem Selbststudium „eher leicht“ zurecht. Für fast ein Drittel der Befragten (29%) stellte das Selbststudium ein Problem dar. Sie konnten die Anforderungen „eher schlecht“ bzw. nur „sehr schlecht“ bewältigen (s. Abb. 2).

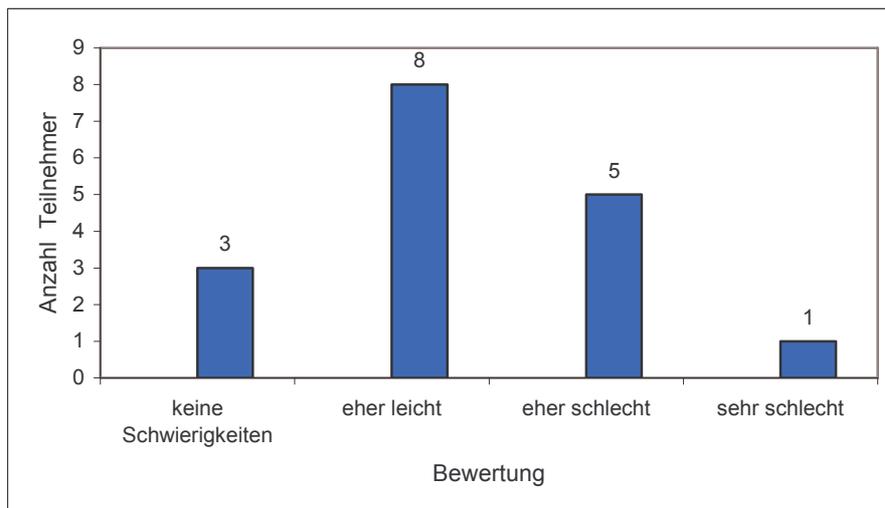


Abb. 2: Bewältigung des Selbststudiums

Mit der Beschaffung von Literatur hatten etwa zwei Drittel der befragten Personen „keine Schwierigkeiten“ bzw. es fiel ihnen „eher leicht“. Für die übrigen TeilnehmerInnen war die Beschaffung von Literatur eher problematisch (s. Abb.3).

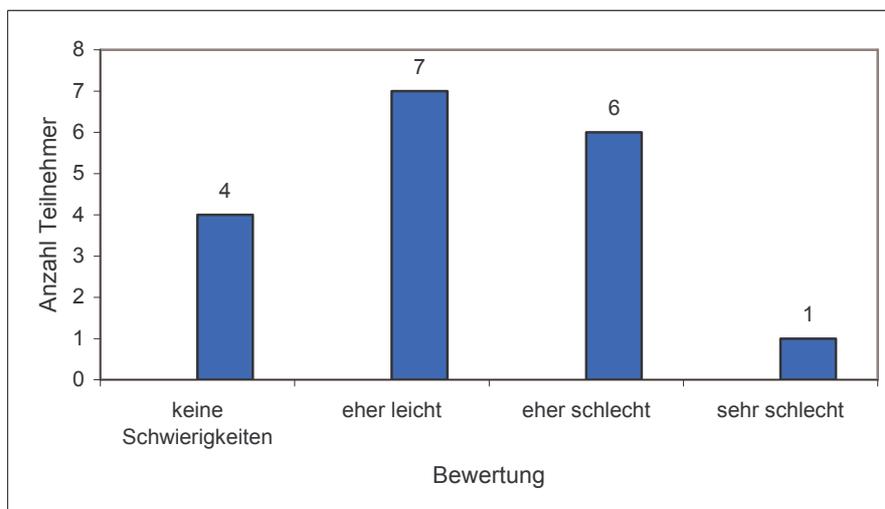


Abb. 3: Anforderungen durch die Beschaffung von Literatur

Die Angaben der TeilnehmerInnen zu den Anforderungen zum „kooperativen Arbeiten in Arbeitsgruppen“ hat gezeigt, dass nur wenige Teilnehmer (n=3) „eher schlecht“ damit zurecht gekommen sind. Für die übrigen Teilnehmer war das kooperative Arbeiten in Arbeitsgruppen keine große Anforderung bzw. eher unterstützend (s. Abb. 4).

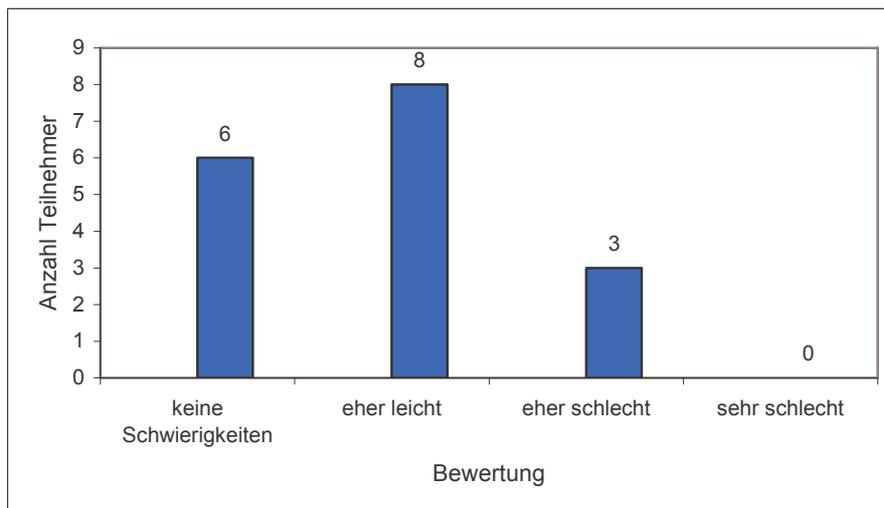


Abb. 4: Anforderung durch kooperatives Arbeiten in Arbeitsgruppen

- Schwierigkeiten und Belastungen durch die berufsbegleitende Weiterbildung:

Zur Ermittlung der Schwierigkeiten und der Belastungen durch die berufsbegleitende Weiterbildung wurden im Fragebogen Situationen aus dem Lebenskontext aufgeführt. Hierbei sollten die Teilnehmer anhand einer vierstufigen Skala von „trifft nicht zu“ bis „trifft voll zu“ ihre mögliche Belastung einschätzen. Die nachfolgende Tabelle 25 und Abbildung 5 lassen erkennen, dass vor allem die „Koordination von Arbeit und Weiterbildung“ und die „zu kurzen Ruhepausen“ für die TeilnehmerInnen belastend und nur schwer zu bewältigen waren.

N=17	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft eher zu	trifft voll zu
1. Belastung durch familiäre Verpflichtungen und WB	7	5	4	2
2. Belastung durch zu kurze Ruhepausen	3	4	8	3
3. Belastung durch Koordination von Familie und WB	4	7	4	2
4. Belastung durch Koordination von Arbeit und WB	0	4	8	5
5. Belastung durch Koordination von Haushalt und WB	2	9	5	1
6. Belastung durch Koordination von Kindererziehung und WB	8	3	3	2
7. Belastung durch gesellschaftliche Verpflichtungen und WB	7	4	2	3

Tabelle 25: Einschätzung der Belastung durch vorhandene Lebensumstände

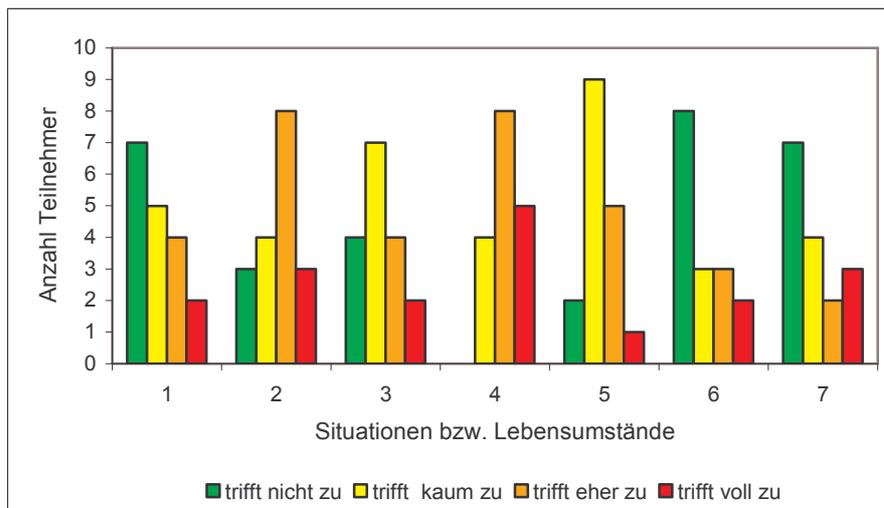


Abb. 5: Einschätzung der belastenden Situationen bzw. Lebensumstände

- Besondere Stressfaktoren:

Auf die Frage nach weiteren, bisher nicht angeführten, besonderen Stressfaktoren, wurden von den TeilnehmerInnen nachfolgende Aussagen (s. Tabelle 26) angeführt. Die „Suche nach einem Praktikumsplatz bzw. die Koordination“ (n=3), die Zeiten der Präsenzphasen (n=2) und die „finanzielle Situation“ (n=2) stellten anscheinend für mehrere TeilnehmerInnen besondere Stressfaktoren dar.

Häufigkeiten	Aussagen der Teilnehmer
3	1. Suche nach Praktikumsplatz/Koordination
2	2. Frühe Anfangszeiten, vor allem Samstag: schwierig mit Familie zu koordinieren
2	3. Finanzielle Situation/Kosten der WB
1	4. Andere Teilnehmer, die die Weiterbildung offensichtlich nicht ernst nehmen; "lasche" Bedingungen, die das Niveau senken
1	5. Das Gefühl zu haben, dass ich mehr lesen und arbeiten müsste, als ich tatsächlich tue.
1	6. Durch meine spontanen Äußerungen erfahre ich sehr oft Zurechtweisungen durch andere TN und durch Dozenten.
1	7. Keine Akzeptanz des Arbeitgebers der WB, werde deshalb schon fast gemobbt
1	8. Berufsbild der FGP noch unklar
1	9. Zu wenig Zeit für Austausch
1	10. Kaum soziale Kontakte
1	11. Familiäre Situation (Scheidung)
1	12. Arbeitsplatz: Neid und Missgunst der Kollegen
1	13. Mangelnde Kompetenz in der Textarbeit
1	14. Mangelnde Computer-Kenntnisse

Tabelle 26: Besondere Stressfaktoren der TeilnehmerInnen

Im zweiten Schritt wurden die von den befragten Personen angeführten 18 Stressfaktoren in folgende fünf übergeordnete Kategorien zusammengefasst:

- Arbeitsbedingte Belastungen
- Familiäre/soziale Kontakte
- Eigene Anforderungen
- Gruppendynamik
- Strukturelle Bedingungen der Weiterbildung

Die Analysen zu diesen Kategorien ergaben, dass die „Strukturellen Bedingungen der Weiterbildung“ (n=8) mit Abstand die höchsten Stressfaktoren für die TeilnehmerInnen darstellten (s. Abb. 6).

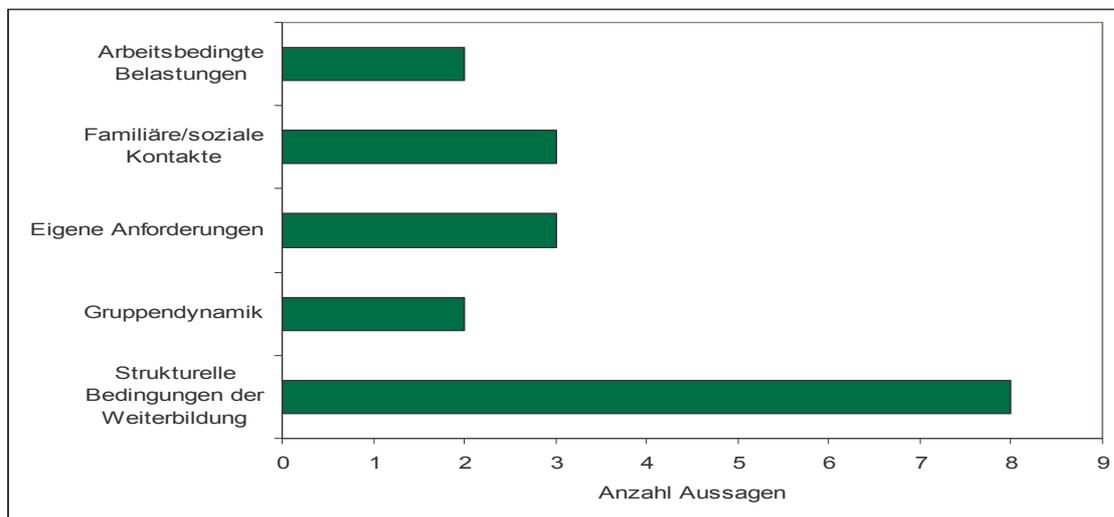


Abb. 6: Verteilung der Aussagen nach den übergeordneten Kategorien

- *Typische Lernschwierigkeiten:*

Die folgende Abbildung 7 zeigt die Angaben der TeilnehmerInnen zu der Frage nach ihren typischen Lernschwierigkeiten in der Weiterbildung. Es ist zu erkennen, dass das „Einhalten eines Arbeitsrhythmus“ (n=12), gefolgt von „mangelnden Arbeits- und Sozialkontakten zu den anderen Teilnehmern“ (n=9) und das „selbstständige Erarbeiten fehlender fachlicher Voraussetzungen“ (n=8) den TeilnehmerInnen die größten Lernschwierigkeiten bereitet hat. Bei dieser Fragen waren Mehrfachantworten möglich.

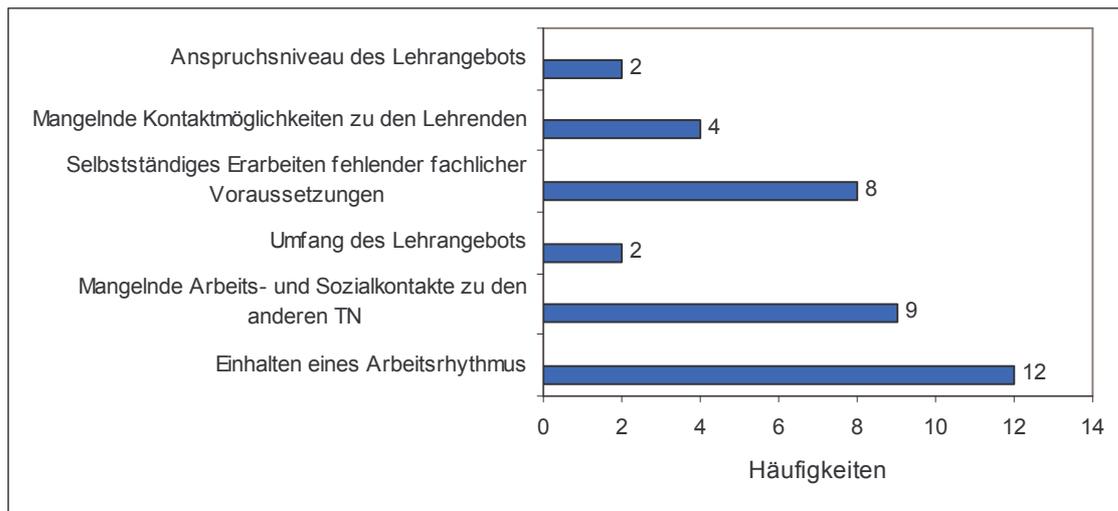


Abb. 7: Typische Lernschwierigkeiten der TeilnehmerInnen

- *Wichtigste Schwerpunkte und Funktionen in der Arbeit mit anderen WeiterbildungsteilnehmerInnen:*

Die Ergebnisse zur Frage, welche Schwerpunkte bzw. Funktionen in der Arbeit mit anderen TeilnehmerInnen den Befragten besonders wichtig waren zeigen, dass ihnen vor allem die „kritische Diskussion der Weiterbildungsinhalte“ (n=14) und die „Bearbeitung aktueller Praxisprobleme“ (n=13) in der Gruppe sehr wichtig waren. Ebenso stellten die „kollegiale Kommunikation“ und die gegenseitige „Motivation zur Weiterbildung“ in der Gruppe wesentliche und wichtige Faktoren für die Arbeit mit den anderen TeilnehmerInnen dar (s. Abb. 8). Bei dieser Frage waren erneut Mehrfachantworten möglich.

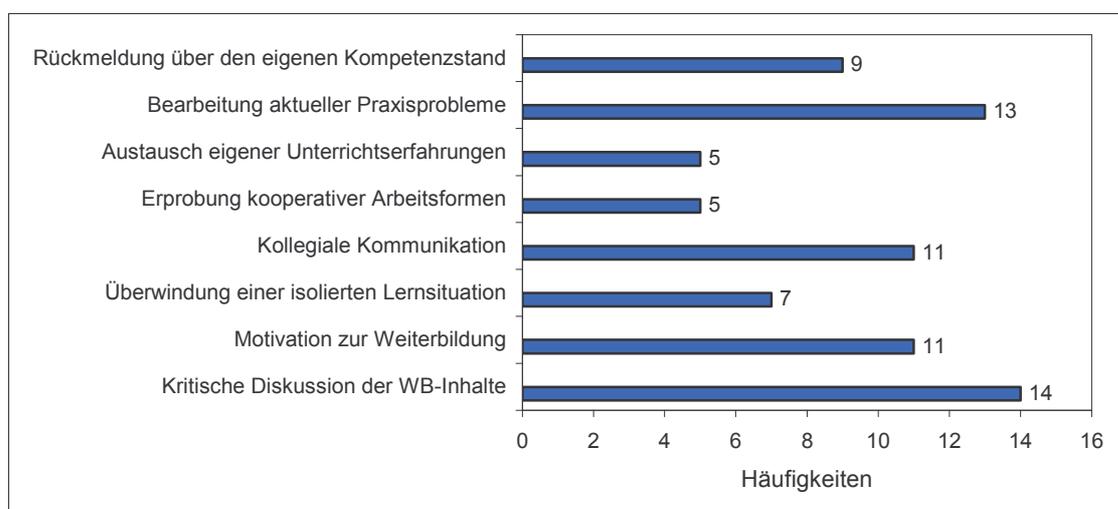


Abb. 8: Schwerpunkte in der Arbeit mit anderen TeilnehmerInnen

3. Erfassung der psychischen Befindensbeeinträchtigung im Arbeitskontext

In der achten und letzten Frage des Bogens wurden die psychischen Befindensbeeinträchtigungen „Stress/Gereiztheit“ im Arbeitskontext anhand der „Irritationsskala“ abgefragt. Hierbei sollten die TeilnehmerInnen die vorgegebenen Aussagen, die entweder dem kognitiven Bereich (KI) oder dem emotionalen Bereich (EI) zugeordnet werden, anhand einer sechsstufigen Skala von „trifft nicht zu“ (1) bis „trifft voll zu“ (6) für sich bewerten.

Die nachfolgenden Analysen (s. Tabelle 27) deuten zwar insgesamt darauf hin, dass sich die meisten TeilnehmerInnen bezogen auf den Arbeitskontext nicht oder nur in geringem Maße gestresst bzw. gereizt fühlten. Es gab aber auch TeilnehmerInnen, die psychische Befindensbeeinträchtigungen erlebt haben. Für die TeilnehmerInnen war es schwierig, „nach der Arbeit abzuschalten“. Insgesamt haben nur zwölf Personen alle aufgeführten Aussagen bewertet.

N=17	trifft nicht zu			trifft voll zu			keine Angabe
	1	2	3	4	5	6	
(KI) Es fällt mir schwer, nach der Arbeit abzuschalten.	0	10	3	2	1	1	0
(KI) Ich muss auch zu Hause an Schwierigkeiten bei der Arbeit denken.	0	8	3	3	1	2	0
(EI) Wenn andere mich ansprechen, kommt es vor, dass ich mürrisch reagiere.	4	4	4	2	0	1	2
(KI) Selbst im Urlaub muss ich manchmal an Probleme bei der Arbeit denken.	12	6	2	0	0	0	1*
(EI) Ich fühle mich ab und zu wie jemand, den man als Nervenbündel bezeichnet.	6	3	2	0	3	2	1
(EI) Ich bin schnell verärgert.	5	8	2	0	2	0	1
(EI) Ich reagiere gereizt, obwohl ich es gar nicht will.	6	4	3	2	2	0	0
(EI) Wenn ich müde von der Arbeit nach Hause komme, bin ich ziemlich nervös.	7	4	3	1	1	1	0

* Die Person hat keinen Urlaub

Tabelle 27: Skala zur Erfassung der psychischen Befindensbeeinträchtigung

Insgesamt spiegelten sich die Aussagen der TeilnehmerInnen in den Gruppendiskussionen auch größtenteils in dieser standardisierten Befragung zur Evaluation der Weiterbildung und zur Erfassung der Belastung der TeilnehmerInnen wider.

Aussagen der Kursleiterinnen

Die Analysen aller Interviews mit den beiden Kursleiterinnen zu ihren Meinungen und Erfahrungen mit der Weiterbildung ergab nachfolgend aufgeführte Kernaussagen.

Zwischen Motivation und Frustration

Beide Kursleiterinnen beschreiben die Situation, analog den TeilnehmerInnen, als Wechsel zwischen Motivation und Frustration. Es war für „beide Seiten sehr anstrengend“. Die Frustration zeigte sich bei den TeilnehmerInnen vor allem ein Jahr nach Beginn der Weiterbildung. Nach der anfänglichen Begeisterung und Motivation kam diese Zwischenphase, wo es dann „nur noch mühsam war“ und alle „hatten ein Tief“. Trotzdem waren die Kursleiterinnen der Meinung, dass sie es „schaffen werden“, die Weiterbildung „zu einem guten Ende zu bringen“.

Die Umsetzung und die inhaltliche Ausgestaltung der Weiterbildung wurden von den Kursleiterinnen als „Herausforderung“ erlebt, die ihnen „Sorgen bereitet aber auch Spaß gemacht hat“. Eine Kursleiterin fand die Situation, den TeilnehmerInnen keine Erfahrungen mit auf den Weg geben zu können, da sie selbst teilweise „keine klaren Optionen“ hatte und es dadurch „für die Teilnehmer nicht einfach war, als sehr belastend. Trotz der Sorgen und Belastungen sahen die beiden Kursleiterinnen die Herausforderung auch als Chance, etwas „Neues auszuprobieren“. Man „musste aus der Situation heraus das Bestmögliche“ machen.

Die Kursleiterinnen haben gesehen, dass die TeilnehmerInnen durch die Anforderungen teilweise sehr belastet waren. „Bei Einigen ist schon eine gewisse Überforderung eingetreten und sie fragen sich, wie schaff ich das alles, mit den Praxisaufträgen, mit den Studienaufträgen“. Zu den Anforderungen in der Weiterbildung kamen bei den TeilnehmerInnen noch „die berufliche und bei Einzelnen auch die familiäre Belastung“ hinzu. Nach Meinung der Kursleiterinnen hatten die TeilnehmerInnen oftmals das Gefühl, dass sie „doch sehr alleine auch stehen“. Sie erlebten die Demotivation der Teilnehmerinnen über das Unverständnis in der eigenen Berufsgruppe und die mangelnde Unterstützung. Für eine Kursleiterin resultierte die zunehmende Frustration der Teilnehmer auch aus der Situation, dass „nicht jeder Hurra schreit, bloß weil sie kommen und sich FGP nennen, sie müssen sehr viel Aufklärungsarbeit leisten“. Beide Kursleiterinnen haben in den Präsenzphasen

immer wieder versucht, „dagegen zu steuern“, „aufzufangen“ und „gemeinsam Wege zu suchen“.

Die Kursleiterinnen haben anhand der Rückmeldungen der TeilnehmerInnen festgestellt, dass es wichtig ist, von Anfang an einen Praxisbezug herzustellen und die theoretischen Inhalte mit praxisbezogenen Beispielen und Instrumenten zur Umsetzung zu vernetzen. Die Kursleiterinnen spürten „auch eine sehr große Angst der TeilnehmerInnen davor, eigentlich noch nichts richtig an der Hand zu haben, womit sie arbeiten könnten“.

Für die beiden Kursleiterinnen war es vor allem bei den beiden Kernmodulen „Arbeit mit Familien“ und „Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung in der Familie“ schwierig, geeignete DozentInnen zu finden. Diese „fanden die Inhalte des Curriculums sehr ansprechend und sie waren auch neugierig da mitzumachen“. Die Schwierigkeiten ergaben sich dann aber durch die Überforderung der TeilnehmerInnen, da die DozentInnen Grundlagen voraussetzten, die den TeilnehmerInnen fehlten. Beide Kursleiterinnen haben deshalb zusammen mit den DozentInnen Strategien und Konzepte erarbeitet, die „wesentlichen Themen“ zu vermitteln und diese zu trainieren. So ergab sich die Möglichkeit „zum gegenseitigen Austausch und zur Reflexion“. Die Kursleiterinnen und die DozentInnen bildeten ein „multiprofessionelles Team“. Trotzdem erlebten beide Kursleiterinnen bei der inhaltlichen Ausgestaltung des Curriculums „einen großen Druck“ und sie hatten Sorge, die TeilnehmerInnen könnten den curricularen Anforderungen nicht gerecht werden.

Für die TeilnehmerInnen war es schwierig, Praktikumsplätze zu finden, da für viele Einrichtungen die vorgegebene Zeit zu kurz war. Zudem hatten einige TeilnehmerInnen Probleme damit, „Familien zu finden und diese über längere Zeit begleiten zu können“. Eine Kursleiterin sah hierbei für die Hebammen weniger das Problem, „die Hebammen kommen leichter in die Familien rein“, aber die Pflegenden „tun sich schwer, obwohl sie in der aufsuchenden Pflege sind“. Für die Kursleiterin resultierte dies aus der Tatsache, dass die „Familien noch nicht so weit sind, um zu sagen, begleite mich in meiner Gesundheitsförderung“.

Motivation und Unterstützung

Für beide Kursleiterinnen war es sehr wichtig, die TeilnehmerInnen zu begleiten, sie immer wieder zu motivieren und zu unterstützen. Nach Aussagen der Kursleiterinnen

waren die TeilnehmerInnen trotz der Belastungen bereit, sich auf die Veränderungen und die Herausforderung einzulassen. Dafür musste „man sicher auch Abstriche machen“, die Kursleiterinnen waren aber überzeugt davon, dass sie die TeilnehmerInnen „auf den Weg bekommen“. Die Kursleiterinnen haben die TeilnehmerInnen „immer wieder motiviert“ und versucht, durch „Übungen im Unterricht“ Hilfestellung zu geben. Eine Kursleiterin erachtete es als eine ihrer wichtigsten Aufgaben, den TeilnehmerInnen „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu geben. Für beide Kursleiterinnen war der Austausch in den Präsenzphasen sehr wichtig, da die TeilnehmerInnen „wenig Möglichkeiten haben, sich unter der Zeit zu treffen, also das bringt halt einen hohen Ressourcenaufwand mit sich und den können sie nicht mehr leisten neben den sonstigen Belastungen die sie eh schon haben“. In den Präsenzphasen hatten die TeilnehmerInnen die Möglichkeit, sich gemeinsam immer wieder „Klarheit“ und „Orientierung über die nächsten Schritte zu verschaffen und Fragen für das weitere Vorgehen abzuklären“.

Zeit, um sich auf das neue Feld einzulassen und auszuprobieren

Den Kursleiterinnen war es wichtig, sich und den TeilnehmerInnen die Zeit zu geben, die sie für die Erarbeitung des neuen Handlungsfelds benötigen. Ihr Ziel war, „dass sie ihren Platz finden, dass sie wissen, was sie können, dass sie darauf vertrauen können und das muss ich nicht innerhalb von vier Wochen machen, das ist für mich Entlastung und ich weiß den Weg und die Zeit braucht´s auch.“ Die Erarbeitung der Kernkompetenzen für das neue Handlungsfeld stellte für die Kursleitungen, ebenso wie für die TeilnehmerInnen, einen Prozess dar. Sie mussten sich dem grundlegenden Verständnis für die multifaktorielle Rolle der FGP und FGH „erst annähern“ und die praktische Umsetzung der neuen Aufgabenfelder bzw. die hierzu erforderlichen Inhalte erst erarbeiten. Eine Kursleiterin meinte: „Ich hatte am Anfang nicht so richtig die Vorstellung, was ist eigentlich Familiengesundheitspflege, wir versuchten immer wieder an praktischen Beispielen das zu füllen, das führt natürlich dazu, dass man immer mehr so mit kleinen Mosaiksteinchen plötzlich eine Vorstellung kriegt, was ist das eigentlich und diesen Prozess musste ich erst abwarten“. Die vom DBfK Bundesverband organisierten Schulungen zu verschiedenen Themen wie z.B. „systemische Familientherapie“ oder „Familienassessment“ waren den Kursleiterinnen hierbei eine wichtige Unterstützung.

Die Kursleiterinnen haben den Perspektivenwechsel der TeilnehmerInnen wahrgenommen. Eine Kursleiterin meinte hierzu, dass sich „ihre Sicht geändert hat, sie Texte anders lesen und Sachen anders einordnen und werten können“. Die andere Kursleiterin war sich „ziemlich sicher, dass, trotz der Anstrengungen, diese ganzen Sachen eben in ihr tägliches Leben und in ihr Selbstverständnis einfließen und dass sie offen sind, für das was passiert“.

Beide Kursleiterinnen wollten den TeilnehmerInnen immer wieder die Möglichkeit geben, „auszuprobieren und auch selber zu gucken, wo setze ich mich fest“. Den Kursleiterinnen war bewusst, dass sich die TeilnehmerInnen „selbst reflektieren müssen, was tu ich da eigentlich und wie tu ich´s, um sich auf diesen Prozess einlassen zu können“. Für sie war hierbei die Supervision eine wichtige Unterstützung für die TeilnehmerInnen, vor allem ab dem Zeitpunkt der Familienbegleitung. Hierbei war es den Kursleiterinnen wichtig, dass die TeilnehmerInnen von der „Öffentlichkeit wahrgenommen“ werden und „dass man ihnen auch die Tür öffnet“.

Gruppendynamik

Den Kursleiterinnen war es von Anfang an wichtig, dass sich die TeilnehmerInnen „gegenseitig kollegial beraten und unterstützen können, denn das brauchen sie auch nach ihrer Weiterbildung“.

Bei der Gruppe in Essen gab es zu Beginn der Weiterbildung einige „Bewegungen“, da eine Teilnehmerin die Weiterbildung bereits kurz nach Beginn wieder abgebrochen hat und eine Teilnehmerin ist erst etwas später dazu gekommen. Für die Kursleiterin war es deshalb wichtig, „dass die Gruppe gut zusammenwächst und sie gut zusammenarbeiten können.“ Ihrer Meinung nach hat sich im Verlauf der Weiterbildung „ein sehr positives Gruppenklima“ gebildet. Die Kursleiterin hat „am Anfang viel sehr stark vorgegeben, so ´n bisschen in die Richtung, in die das laufen soll, das wir also gut zusammenarbeiten wollen, das war mir wichtig“. Im zweiten Jahr der Weiterbildung war die Kursleiterin nicht mehr so oft bei den Unterrichten anwesend, dadurch hat sie „sich etwas von der Gruppe entfernt, was auf der anderen Seite auch eine Entlastung war“. Ihr war es wichtig, dass die „Fachdozenten mit den TeilnehmerInnen eng zusammenarbeiten“. Sie hat die „inhaltliche Gestaltung an die Dozenten abgegeben“ und mehr die Funktion einer „Managerin“ übernommen.

Die Gruppe aus München war sehr „heterogen“. Diese Heterogenität ergab sich u.a. durch die verschiedenen Regionen aus den die TeilnehmerInnen kamen und ihre unterschiedlichen „Lebenserfahrungen“. Zu Beginn der Weiterbildung erachtete die Kursleiterin dies als „Ressource“, da die „unterschiedlichen Erfahrungen die sie mitbringen und während der Weiterbildung machen, die unterschiedlichen Einrichtungen, die sie sich so erschlossen haben, auch bereichernd ist für die anderen und das auch ihren Denkhorizont erweitert“. Im Verlauf der Weiterbildung hat sich diese Heterogenität eher als erschwerend herausgestellt. Es gab immer wieder Spannungen innerhalb der Gruppe, die „erst einmal bearbeitet werden mussten, bevor man mit den Themen weitermachen konnte“.

Für beide Kursleiterinnen war die Gruppendynamik der TeilnehmerInnen „sehr stark aus dem Pflegedenken geprägt und das behindert schon manchmal“. Diese Prägung bzw. Sozialisation sowie die unterschiedlichen Vorerfahrungen der Teilnehmer spiegeln sich ihrer Meinung nach auch in der Bewältigung der curricularen Anforderungen und der Auseinandersetzung mit den geforderten Inhalten wider.

Es muss auf mehreren Ebenen gearbeitet werden

Die Kursleiterinnen waren der Ansicht, dass für die Etablierung des neuen Handlungsfelds „auf mehreren Ebenen gearbeitet werden muss“. Hierbei erachteten sie die Evaluation zur Arbeit der FGP und FGH einschließlich einer Analyse zu den Auswirkungen und dem Nutzen, die „Unterstützung durch die Politik“ und dem „Vorantreiben der neuen Rollen durch die Berufsverbände“ als unerlässlich. Gleichzeitig muss ihrer Meinung nach ein Umdenken in der Gesellschaft erfolgen, damit die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention nicht „herangetragen“ sondern „von den Familien eingefordert“ werden.

Aussagen der AnsprechpartnerInnen

In diesem Abschnitt werden die Meinungen und Erfahrungen der AnsprechpartnerInnen der beiden Weiterbildungsinstitute aufgeführt.

Vorbereitung der Weiterbildung

Nach Aussagen der AnsprechpartnerInnen war der Aufwand zur Akquise der TeilnehmerInnen sehr groß. Dieser Aufwand wurde vorab unterschätzt. Trotz regen

Interesses haben sich die meisten Personen dann doch dafür entschieden, den Verlauf des Projekts und die Entwicklungen abzuwarten. Es kamen sehr viele Anfragen aus dem „akutstationären Bereich und hier vor allem von Intensivstationen und Dialyseabteilungen“. Viele Interessenten sagten erst nach „mehrmaligen Gesprächen ab“. Die Absagen wurden vorrangig mit den „hohen Kursgebühren, der mangelnden Unterstützung durch die Arbeitgeber und den noch unklaren Perspektiven nach der Weiterbildung“ begründet. Bei den ambulanten Pflegediensten und den bereits bestehenden Beratungsstellen für Familien war das Interesse insgesamt sehr gering. Nach Meinung der AnsprechpartnerInnen haben diese Einrichtungen „die Chance und die Notwendigkeit der Qualifizierung ihrer Mitarbeiter nicht erkannt, außerdem wird es von den Leitungen nicht unterstützt“.

Die AnsprechpartnerInnen empfanden „den frühen Einbezug der Weiterbildungsinstitute in die Vorbereitungen für die Weiterbildung als gut und wichtig“. Allerdings wäre ihrer Meinung nach für die Vorbereitung noch mehr Zeit erforderlich gewesen. Des Weiteren hätten die Fördermöglichkeiten und die Anerkennung der Weiterbildung vorher abgeklärt werden sollen. Der DBfK stellte sowohl in „der Vorbereitungszeit als auch im Verlauf der Weiterbildung eine große Unterstützung“ für die Institute dar. Allerdings hätten sich die AnsprechpartnerInnen mehr „Unterstützung aus der Politik“ erwartet.

Entwicklung und Verlauf der Weiterbildung

Die AnsprechpartnerInnen waren „stolz darauf, dass sie die TeilnehmerInnen gewinnen und bei der Stange halten“ konnten. Dies war Ihrer Meinung nach für alle Beteiligten teilweise „ein Gewaltakt“ und eine „große Herausforderung“. Für sie haben die beiden Kursleiterinnen wesentlich zum Gelingen der Weiterbildung beigetragen und dies, obwohl es auch für sie ein ganz „neues Feld“ war und sie, gleich den TeilnehmerInnen, Pioniere waren. Alle AnsprechpartnerInnen betonten, dass sie sich wieder am Projekt beteiligen würden, da sie „hinter der Sache stehen“ und die Familiengesundheitspflege ein „innovatives Handlungsfeld“ ist. Betrachtet man jedoch die „finanzielle Seite“, so haben die Weiterbildungsinstitute „deutlich mehr eingebracht, als herausgenommen“. Ohne die „Unterstützung der Robert Bosch Stiftung wäre es nicht möglich gewesen, die Weiterbildung in der Form durchzuführen“.

Verbleib der AbsolventInnen

Zum Verbleib der Absolventen war eine Ansprechpartnerin der Meinung, dass diese „erst einmal in ihren Arbeitsstellen bleiben und die Arbeit da nutzen werden, soweit es möglich ist“. Gleichzeitig werden die „Gesundheitsämter und die Beratungsstellen mehr Interesse zeigen“. Hier wird die Chance zunächst darin bestehen, „auf Honorarbasis zu arbeiten“. Die AnsprechpartnerInnen sahen für die Hebammen „weniger das Problem, hier ist der Zugang klarer“. Bei den Pflegenden ist der Zugang in die Familien ihrer Meinung nach „vorerst noch an die Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit gekoppelt“. Eine Ansprechpartnerin war weiterhin der Meinung, dass die „ambulanten Dienste immer noch nicht verstanden haben, um was es geht“. Sie erhoffte sich durch die Reform der Pflegeversicherung „große Chancen“ für die FGP, da sich durch die „Pflegebegleitung und die Pflegestützpunkte mögliche Arbeitsfelder für sie“ ergeben werden.

Die AnsprechpartnerInnen haben darauf verwiesen, die Notwendigkeit für die FGP und die FGH nicht mehr anhand der Bedarfe zu begründen, da diese mittlerweile „allen klar sind, aber es fehlen die finanziellen Mittel“. Die Argumentation zur Etablierung der neuen Rollen sollte sich vielmehr auf die „Potenziale“ beziehen, die aus den neuen Aufgabenbereichen resultieren. Des Weiteren muss das „Besondere des neuen Handlungsfelds herausgestellt“ werden, da es „auch andere Berufsgruppen gibt, die auch nach neuen und erweiterten Aufgaben suchen“. Hierzu zählen nach Meinung der AnsprechpartnerInnen vor allem die „Arzthelferinnen, die in den Arztpraxen das Casemanagement übernehmen werden“, die „Sozialpädagogen und die Sozialarbeiter, die sich in diesem Markt schon tummeln“. Es wird zu „neuen Diskussionen über Zuständigkeiten“ und einer „Umverteilung der Aufgabenbereiche“ kommen. Ein Ansprechpartner wies darauf hin, dass sich der „Bildungsmarkt verändert“ und sich „neue Berufsbilder entwickeln“ werden.

Ein Teil der AnsprechpartnerInnen fand den Begriff FGP „nicht passend, da es nicht nur um die Familie geht, auch die Erhaltung der Gesundheit, die Begleitung und Beratung und das Casemanagement sind wichtige Leistungen.“ Mit dem Begriff FGP wird das „Aktive“ an der Tätigkeit nicht berücksichtigt und die „Gesellschaft kann mit der Bezeichnung nichts anfangen“. Zudem wird die „Abgrenzung zur Familienpflege nicht deutlich“. Eine Ansprechpartnerin meinte, dass die Bezeichnungen „Pflegefachkraft für Familiengesundheit“ und „Hebamme für Familiengesundheit“ besser wären.

Nach Meinung der AnsprechpartnerInnen sollte die Evaluation zum Verbleib der FGP und FGH auch nach dem Pilotprojekt weitergeführt werden. Die AbsolventInnen „müssen in den jeweiligen Einrichtungen bei ihrer Arbeit begleitet werden, um zu zeigen, wie das Outcome ist und ob die Kosten gleich bleiben oder sich verringern.“

Der politische Dialog ist wichtig

Die AnsprechpartnerInnen waren der Ansicht, dass der „politische Dialog“ zur Etablierung des neuen Handlungsfelds wichtig und notwendig ist. Hierbei sollten die verschiedenen Berufsverbände, die Pflegewissenschaft und die „Stakeholder“ „an einem Strang ziehen“ und „konzertierte Werbeaktionen machen“, da die Weiterbildungsinstitute dies nicht leisten können. Ein Ansprechpartner meinte hierzu, dass die Zeit für das neue Handlungsfeld „noch zu früh“ ist und im Moment noch „wenig Gehör findet“. Die AnsprechpartnerInnen haben immer wieder darauf verwiesen, dass sie die erforderliche Öffentlichkeitsarbeit nur auf regionaler Ebene leisten können. Die Öffentlichkeitsarbeit auf „Bundesebene“ und auf „berufspolitischer Ebene“ müssen die Berufsverbände übernehmen.

Wir wecken einen Bedarf, den wir nicht decken können

Zum Zeitpunkt der letzten Befragung stand bereits fest, dass die Weiterbildung in Essen weitergeführt werden kann. In München konnte die Weiterbildung bisher nicht starten, da es zu wenig Anmeldungen gab. Nach Aussagen der AnsprechpartnerInnen muss weiter Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden, damit das neue Handlungsfeld „nicht im Sande verläuft“. Eine Ansprechpartnerin führte hierzu an, dass der „Aufwand sehr hoch und die Weiterbildung sehr teuer ist“. Ihrer Meinung nach kann man dafür mittlerweile auch „einen Bachelor-Abschluss“ machen. Sie findet, dass der „Bedarf da ist, aber keine Nachfrage“ und deshalb gibt es nach wie vor viele Interessenten für die Weiterbildung, aber „die meisten sind dann doch verunsichert, warten lieber ab, wie es weiter geht“. Die Ansprechpartnerin war der Ansicht, dass sie als Institution „abwarten müssen, bis der Markt den Wert auch sieht“.

Eine Ansprechpartnerin wies darauf hin, dass „wir einen Bedarf wecken, den wir nicht decken können“, da bundesweit nur 18 Personen die Weiterbildung absolviert haben und nur ein Institut die Weiterbildung fortführen kann. Eine andere AnsprechpartnerInnen hätte es gut gefunden, „den Übergang von der modellhaften

Weiterbildung in die Weiterführung weiter zu begleiten und finanziell zu unterstützen“. Sie empfand den Abbruch als „sehr abrupt“ und meinte hierzu: „Nun stehen wir alleine“. Man kann das Projekt „zwar schön evaluieren, aber es stirbt, wenn es keine Weiterbildung mehr gibt.“

5.1.3.3 Erfahrungen aus den Praxiseinsätzen

Alle Praktikumsberichte der TeilnehmerInnen wurden anhand der Kriterien „Einrichtung“, „Ziele“ für das Praktikum, „Schwerpunkte bzw. Tätigkeiten“ während des Praxiseinsatzes, Aussagen über die „Zuordnung im Gesundheitssystem“ und Ausführungen über den möglichen „Nutzen für die FGP“ analysiert. Die entsprechenden Analysen zu den Erfahrungen der TeilnehmerInnen aus den beiden Praxiseinsätzen werden nachfolgend als Zusammenfassung dargestellt. Die Tabellen mit den entsprechenden Analysen der ersten Praktika sind im Anhang 1 und die Analysen der Berichte zum zweiten Praxiseinsatz im Anhang 2 aufgeführt.

Erstes Praktikum

Entsprechend den Vorgaben des Curriculums wurde der erste Praxiseinsatz von den TeilnehmerInnen in Einrichtungen des Gesundheitswesens absolviert. Hierfür wurde ein zeitlicher Rahmen von 40 Stunden festgelegt. Die TeilnehmerInnen des Weiterbildungsinstituts absolvierten ihr erstes Praktikum im Frühjahr bzw. Sommer 2006.

Fast alle TeilnehmerInnen haben ihr Praktikum vorwiegend in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes absolviert. Bei den TeilnehmerInnen aus München waren es die „gemeindeorientierte soziale Beratungsstelle des Kreiscaritasverbandes“, das „Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelhygiene (LGL)“, die „verschiedenen Gesundheitseinrichtungen einer Stadt wie Tafel, Jugendtreff und ein Sozialprojekt“, die „Abteilung soziale Beratungsstelle eines Gesundheitsamts“, der „Fachbereich Gesundheit eines Landratsamts“, die „sozialpädiatrische Abteilung, Familienhebammen, eines Gesundheitsamts“, die Bereiche „Gesundheitsförderung und Pflegeversicherung einer AOK-Landesgeschäftsstelle in Bayern“, ein „SOS-Kinderzentrum“, die „Pflegeüberleitung in einer Klinik“, ein „Gesundheitsamt und ein Jugendamt“ und die „Aufbaugilde einer evangelischen Landeskirche in Baden-Württemberg“. Die TeilnehmerInnen aus Essen absolvierten ihr erstes Praktikum an einem „Amt für Stadtentwicklung und Statistik eines Stadtteilbüros“, einer „Kommu-

nale Gesundheitskonferenz (KGK) eines Gesundheitsamts“, einem „kinder- und jugendärztlichen Dienst eines Gesundheitsamts“, einem „Sozialamt“, einem „Gesundheitshaus einer Betreuungsstelle in einem Kreishaus und jeweils einem Fachbereich Gesundheit der Kreisverwaltung und des Kreisgesundheitsamts“ und einem „Eltern-Kind-Treff eines Stadtteilvereins im Rahmen des Quartiersmanagements“. Bis auf eine Teilnehmerin wurden alle, die sich für ein Praktikum bei einer Krankenkasse beworben hatten, von den Mitarbeitern der Kassen abgelehnt. Als Argumente hierfür wurden hauptsächlich die „zu kurze Zeit für den Praxiseinsatz“ und „kein Interesse“ genannt.

Fast alle TeilnehmerInnen haben bereits in diesem ersten Praktikum von den Mitarbeitern der Einrichtungen positive Rückmeldungen zu ihrer Weiterbildung bzw. den möglichen Aufgabenfeldern der FGP und FGH erhalten. Dies hat die TeilnehmerInnen motiviert, sie haben „weitere Ideen“ bekommen, sie hatten die „erste Möglichkeit, Kontakte zu Mitarbeitern der Einrichtungen zu knüpfen“ und sie konnten ein erstes „Netzwerk aufbauen“. Mit diesem Praxiseinsatz hatten die Pflegenden und Hebammen erstmals die Chance, das neue Handlungsfeld und die neuen Rollen der FGP und FGH vorzustellen sowie über die Weiterbildung zu informieren.

Die TeilnehmerInnen stellten fest, dass die Vernetzung der Akteure und der unterstützenden Hilfen sowie die Übernahme von Koordinationsaufgaben wesentliche und wichtige Aufgaben zur Begleitung und Befähigung der hilfebedürftigen Personen und ihrer Familien sind. Einige TeilnehmerInnen hatten in ihren Praxiseinsätzen die Gelegenheit, präventive Maßnahmen wie „Hausbesuche“ und „niedrigschwellige Angebote bei vulnerablen Gruppen wie z.B. Wohnungs- und Arbeitslosen“ kennen zu lernen. Sie sahen hierbei wichtige Aufgabenfelder im Rahmen der Gesundheits- und Sozialversorgung, die weiter ausgebaut werden sollten.

Bis auf zwei Personen stellten alle TeilnehmerInnen in ihren Berichten einen Transfer zwischen den verschiedenen Aufgabenfeldern der Akteure und dem Handlungsfeld der FGP und FGH her. Von zwei TeilnehmerInnen wurde zudem beschrieben, welche Aufgabenfelder sie als FGP in der jeweiligen Einrichtung übernehmen könnten. Diese ersten Praxiseinsätze ermöglichten es den TeilnehmerInnen, die für sie bis zu diesem Zeitpunkt immer noch „sehr theoretischen“ Inhalte aus dem Modul „Public Health“ in der praktischen Umsetzung zu erleben.

Eine Teilnehmerin hat in ihrem Praktikum auch kritische bzw. „demotivierende“ Rückmeldungen von den Mitarbeiterinnen der Einrichtung erhalten. Diese fanden die „Weiterbildung ganz interessant, aber zu teuer und sie schätzten die Chance, damit eine Anstellung zu bekommen als sehr gering ein“. Einer Teilnehmerin wurde während ihres Praxiseinsatzes bewusst, dass sie sich über ihre Rolle als FGP, über die Kompetenzen und das, was sie „später anbieten und leisten“ wollen, noch mehr Klarheit verschaffen müssen.

Zweites Praktikum

Den zweiten Praxiseinsatz absolvierten die TeilnehmerInnen in Einrichtungen der Gesundheitsberatung. Hierfür wurde ein zeitlicher Rahmen von 80 Stunden festgelegt. Fast alle TeilnehmerInnen haben dieses Praktikum im zweiten Weiterbildungsjahr absolviert.

Die TeilnehmerInnen aus München absolvierten ihre Praktika in einer Einrichtung „KindErleben“, einer „Fachambulanz für Suchterkrankungen der Diakonie“, einer Einrichtung der „Drogenhilfe“, einer „Gemeinschaftspraxis von Fachärzten für Allgemeinmedizin“, einer „Home Care Einrichtung“, einem Bereich für „Schwangerenberatung und Sexualpädagogik eines Gesundheitsamts“, einer „Angehörigenberatungsstelle der Diakonie“, einer „Kindertagesstätte im AWO-Dorf eines Stadtteils mit sozialen Brennpunkten“ und einem „Caritasverband“. Bei den TeilnehmerInnen aus Essen zählten zu den Institutionen eine „Firma für Projektentwicklung“, ein „Internationales Betreuungs- und Beratungszentrum des Bereichs Migration und Integration der Arbeiterwohlfahrt“, ein „Sozialdienst der gerontopsychiatrischen Abteilung einer Klinik“, ein „Mütterzentrum der Evangelischen Familienbildung“, ein „Demenz-Zentrum“, ein „Accident & Family Medical Care Center in Neuseeland“, ein „Altenzentrum eines Gemeinnützigen Vereins für Sozialeinrichtungen“ und ein „Familienzentrum der Sozialpädagogischen Familienhilfe“.

Die TeilnehmerInnen konnten von ihren zweiten Praxiseinsätzen „enorm profitieren“. In allen Berichten wurde von den TeilnehmerInnen darauf hingewiesen, wie wichtig und bereichernd diese Praktika für ihr eigenes Verständnis über ihre neuen Rollen mit den möglichen Aufgabenbereichen waren. Die Pflegenden und Hebammen haben neben den Einblicken in die Strukturen der verschiedenen Einrichtungen und die Tätigkeitsfelder der Akteure wiederum wichtige Anregungen erhalten. Bei

diesem Praxiseinsatz wurden die Akteure deutlich mehr als mögliche künftige Arbeitgeber und/oder kooperierenden Berufsgruppen wahrgenommen, als im ersten Praktikum. Deshalb war es für die TeilnehmerInnen besonders wichtig, hier weitere „Kontakte zu knüpfen“ und das bereits bestehende Netzwerk aus dem ersten Praktikum zu erweitern. Für einige TeilnehmerInnen ergaben sich durch diese zweiten Praktika sogar „künftige Arbeitsmöglichkeiten“.

5.1.3.4 Die drei nicht gestarteten Weiterbildungsinstitute

Zu Beginn des Pilotprojekts waren noch drei weitere Einrichtungen, nämlich das Städtische Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dölau gGmbH, Weiterbildungsinstitut in Halle an der Saale, die Wannsee-Akademie in Berlin und das Diakonie-Fortbildungszentrum an der Anscharhöhe DFA in Hamburg eingebunden. Diese konnten jedoch die Weiterbildung nicht durchführen, da hier die Teilnehmerzahlen zu niedrig waren. Die Ansprechpartnerinnen bzw. Kursleiterinnen dieser drei Weiterbildungsinstitute wurden in Telefoninterviews befragt, um die Gründe für ihre Nichtteilnahme zu ermitteln. Insgesamt wurden hierzu drei Telefoninterviews durchgeführt. Diese dauerten zwischen 15 und 25 Minuten.

Nach Aussagen der Befragten war das Interesse für die Weiterbildung insgesamt sehr groß und es kamen viele Anfragen von Interessenten aus den verschiedensten Bereichen. Zu den Interessenten zählten Pflegende der stationären Kranken-, Alten- und Kinderkrankenpflege, freiberuflich tätige Hebammen, Sozialarbeiter und Physiotherapeuten. Einige Interessenten kamen aus Einrichtungen der Behindertenhilfe und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Im Vergleich dazu kamen wenig Anfragen aus dem ambulanten Pflegebereich.

Analog den beiden, an der Weiterbildung beteiligten Einrichtungen, wurden in allen drei Weiterbildungsinstituten zusätzlich zu den mit dem DBfK vereinbarten Werbeaktionen auch Informationsveranstaltungen durchgeführt. Trotzdem konnten nicht ausreichend Teilnehmer akquiriert werden. Ein Hauptgrund lag nach Aussagen der Befragten darin, dass die interessierten Pflegenden aus dem akutstationären Bereich die geforderten Zugangsvoraussetzungen nicht erfüllten und auch nicht bereit waren, wegen der Weiterbildung in den ambulanten Pflegebereich zu wechseln. Viele Interessenten begründeten ihre Absagen mit den für sie zu hohen Kursgebühren, dem zu hohen Zeitaufwand für die theoretischen und praktischen Anteile der Weiter-

bildung, der mangelnden Unterstützung seitens ihrer Arbeitgeber und die bestehenden Unklarheiten bei der Finanzierung der Leistungen für das neue Handlungsfeld. Zudem wurden anscheinend viele Interessenten durch den Begriff „Pioniere in einem neuen Handlungsfeld abgeschreckt“ und wollten erst abwarten, ob sich die Weiterbildung etablieren wird.

Auch diese Ansprechpartner- und Kursleiterinnen waren der Meinung, dass die „ambulanten Pflegedienste die zusätzlichen Chancen und Möglichkeiten, die das neue Handlungsfeld für Pflegende bietet, für ihren Bereich noch nicht erkannt“ haben und somit erst einmal nicht von Interesse ist. Des Weiteren waren die Befragten der Ansicht, dass in vielen Einrichtungen die Flyer und Einladungen zu den Informationsveranstaltungen „auf der Leitungsebene verbleiben und nicht an die Mitarbeiter an der Basis weitergegeben werden“. Zudem war die vorhandene Zeit für eine breite Information über die neuen Handlungsfelder der FGP und FGH und damit für die Akquise nicht ausreichend. Hierzu wäre „mindestens ein Jahr“ erforderlich gewesen. Die Befragten begründeten dies u.a. damit, dass gerade in den letzten Monaten vor Beginn der Weiterbildung die Anfragen nochmals deutlich zugenommen haben und anscheinend viele Interessenten die Informationen erst in der Zeit erhalten haben.

5.2 Ergebnisse der zweiten Untersuchungsphase

Die für die zweiten Untersuchungsphase formulierten Forschungsfragen beziehen sich auf den Verbleib der AbsolventInnen, die Umsetzung der neuen Rollen der FGP und FGH innerhalb der bundesdeutschen Rahmenbedingungen und Versorgungsstrukturen sowie dem professionellen Handeln der FGP und FGH. Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurden die AbsolventInnen der Weiterbildung Familiengesundheit, ihre ArbeitgeberInnen und die von den FGP und FGH begleiteten Familien befragt.

5.2.1 Aussagen der AbsolventInnen

Zur Befragung der AbsolventInnen wurden eine Gruppendiskussion, ein Einzelinterview und drei Telefoninterviews durchgeführt. Insgesamt konnten zwölf AbsolventInnen befragt werden. Die Interviews dauerten zwischen 25 und 94

Minuten. Nachfolgend werden die Aussagen der FGP und FGH über die Zeit nach der Weiterbildung aufgeführt.

Wer bezahlt das

Alle befragten AbsolventInnen führten an, „dass es sehr schwierig ist, als FGP zu arbeiten, weil es keine Möglichkeiten gibt, wie das abgerechnet wird“. In den Einrichtungen wären die Arbeitgeber „schon sehr an der Umsetzung (des Handlungsfelds) interessiert, wenn die Finanzierung geregelt wäre.“ Eine Absolventin findet dies „echt schade, aber man muss sich da wirklich abgrenzen, sonst ist es nur Eigenengagement, den Arbeitgeber freut das natürlich, ich mache für die Einrichtung mit meiner Arbeit eine gute Werbung.“ In einer anderen Familie wurde die FGP „von den Sozialpädagogen angefordert, in dieser Familie mitzuarbeiten“. Trotzdem gab es Schwierigkeiten mit der Finanzierung ihrer Leistungen. Eine Absolventin „verdient jetzt schlechter als vorher“, aber sie „sieht einen Sinn darin, Familien zu betreuen.“

Vor allem für die AbsolventInnen, die bei ambulanten Pflegediensten angestellt sind, ist die Umsetzung der neuen Rolle schwierig. Eine Pflegende „macht ihre normale Arbeit“, aber sie „versucht jetzt schon, mit den Patienten und ihren Angehörigen mehr ins Gespräch zu kommen“ und eine andere Absolventin macht jetzt mehr „Beratung und Anleitung in den Familien“. Einer weiteren FGP gibt die „Chefin noch bis zum Sommer (dieses Jahres) ein bisschen Freiraum, ... ich mein ich mache auch viel von Zuhause aus, ... aber ich muss die Stunden aufschreiben, die ich für die Arbeit als FGP verbrauche und nen Beleg führen, wie viel Zeit ich dafür aufwende.“ Die Leiterin des Pflegedienstes hat dieser FGP „ganz deutlich gesagt, wenn sich das nicht trägt ne, dann wird sie das nicht übernehmen können, obwohl sie es sich ja gewünscht hatte, ... wir basteln im Moment an einem Flyer, wo wir die FGP auch aufführen und unser Organigramm ist umgestellt worden, wo ich als FGP auch drin bin“. Diese Absolventin „weiß noch nicht, wo es jetzt genau hinführt“, sie „schwimmt so ein bisschen“ und ist „zwischen durch auch frustriert ne, weil man einfach nicht weiterkommt, weil man immer wieder gebremst wird.“

Eine FGP war „bei einer Mutter, der es unheimlich gut tut, dieses Reden, dieses Zuhören und das das schon ein Stück mit Prävention und ne Entlastung, und wenn man dann keine Psychologin ist, kriegt man so was nicht bezahlt und das ist das

Problem im Moment, ... ich brauche einfach jemanden, der mir da Rückhalt oder Verstärkung gibt“.

Eine Befragte hat „viel Geld investiert für die Weiterbildung, weil ich möchte ja auch, dass das Ganze jetzt nicht umsonst gewesen ist, und deshalb ist mein Wunsch, dass einfach die Arbeit anerkannt wird und ich weiß, dass ich auch gute Arbeit abliefern kann, man kann jede meiner Familien befragen, da hab ich also ein ganz gutes Gewissen, das kann ich auch ganz selbstbewusst sagen, aber die die Arbeit muss anerkannt und honoriert werden.“

Für eine andere Absolventin ist ebenfalls schwierig, „die FGP in der Arbeit umzusetzen“. Sie macht schon „vermehrt Pflegeberatungen, Einsätze im Rahmen der Pflegeversicherung und schaut jetzt anders hin, ist da mehr Bedarf nötig.“ Die Absolventin „kommt ja dann auch in die entsprechenden Familien, denn mein Arbeitgeber hat es bezahlt, wollte es.“ Diese Absolventin arbeitet zudem „ehrenamtlich in der Gemeinde.“ Hierzu sagt sie: „Da schaue ich bzgl. Pflegeplätzen, Tagesbetreuung, Senioren und Kinder, der Mittagstisch in der Schule, die Mittagsbetreuung.“ Sie arbeitet daran, wie „man die Tafel anders gestalten und für die Schule etwas einrichten kann, wie z.B. gesünder essen und miteinander kochen, also etwas Sinnvolles draus machen kann.“ Die Absolventin ist weiter „am Kontakte knüpfen, aber das ist halt alles nebenbei.“

Ein Absolvent „hat die Kollegen und die Leitungen in seiner Einrichtung“ zumindest soweit „überzeugen können, wenn sich die Gelegenheit bietet, einen Pflegestützpunkt aufzubauen“ und er hat „den Projektauftrag bekommen Überleitungspflege zu installieren.“ Der FGP begleitet „nach wie vor die Familien (aus der Zeit der Weiterbildung)“, hat „aber keine weiteren Aufträge angenommen“, da er es nicht bezahlt bekommt. Gleichzeitig engagiert er sich für die „Arbeit im Verein Familiengesundheit, hier wurde gerade eine Demenzschulung beendet“ und „wir wollen versuchen, ein Mehrgenerationenhaus zu etablieren, wir haben auch schon positive Resonanz bekommen.“ Im Rahmen des Vereins „läuft auch noch der Mittagstisch im Kindergarten“ und der FGP stellt fest, dass sich die Arbeit hier gelohnt hat, denn „mittlerweile stützen sich die familiären Netzwerke gegenseitig.“ Nach Meinung des FGP „gibt es viele Synergien und Überschneidungen, wir (FGP) bringen den professionellen Hintergrund, was Gesundheitsarbeit betrifft.“

Eine weitere Absolventin ist „Pflegedienstleitung in einem ambulanten Pflegedienst“, aber sie „würde gerne in ihrem neuen Aufgabenfeld arbeiten“. Sie hat auch „versucht Kontakte zu den Politikern in der Kommune herzustellen, aber hier war nicht viel Interesse, ... und in der Nachbarschaftshilfe hieß es, das kannst du gern machen, aber ehrenamtlich, zahlen können wir dir dafür nichts.“ Mittlerweile kommt diese Absolventin „in der Arbeit in einen Interessenskonflikt, denn die Familien haben Schwierigkeiten, es gibt Konflikte in den Familien, meine Arbeit ist aber nicht abrechenbar und ich kriege keine Unterstützung ...“.

Bei einer Absolventin hat „die Chefin hat gesagt, ich kann die Zeit nicht bezahlen, sieh erst zu, dass du ne Finanzierung zustande kriegst, bevor du anfängst, mit der nächsten Familie zu arbeiten“. Die FGP hat darauf hin mit „dem Sozialamt, dem Jugendamt gesprochen und mit der Krankenkasse telefoniert“. Bei der Krankenkasse wurde dieser Absolventin mitgeteilt: „Vom Gesetzgeber her sind diese Leistungen nicht legitimiert“ und dies ist „etwas, das mich irgendwo immer einholt, mit wem immer ich auch rede und ... und somit stiehlt sich jeder aus der Verantwortung, um da die Kosten zu übernehmen“. Eine Mutter, die diese FGP „angefordert hat, hat nen schriftlichen Antrag beim Jugendamt gestellt“ und sie „muss jetzt einfach abwarten wie das weitergeht ne“. Bei einer Familie „könnte man noch viel mehr machen, aber es muss halt auch ankommen bei den Leuten, um ne Finanzierung zu bekommen ...“. Die FGP empfinden es als „Vorteil, dass die Hebammen eine Gebührenverordnung haben“ und sie würden sich für ihre Tätigkeit auch „so eine Gebührenverordnung wünschen“.

Wir müssen sichtbar werden

Die FGP und FGH sind überzeugt davon, dass sie mit ihrer Weiterbildung gerade die „Felder Gesundheitsförderung und Jugendhilfe gut besetzen können, das zeigt Thüringen, das zeigen die Bedarfe psychisch kranker Familien.“ Die FGP sind einhellig der Meinung, dass sie „z.B. beim Frühwarnsystem ihre Kompetenzen ins richtige Licht setzen müssen“. Eine FGP mit einer Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege führt hierzu an: „Eine Kinderkranken Schwester sieht, wenn ein Kind unternährt oder in der Entwicklung verzögert ist, das hat sie in ihrer Ausbildung gelernt, allein schon deshalb sollten wir in das Frühwarnsystem mit eingebunden sein.“ Eine andere Absolventin ist überzeugt davon, dass die FGP für „das Präven-

tionskonzept prädestiniert“ sind. Ihrer Meinung nach „wäre bei einer Patientin der Sturz durch präventive Hausbesuche eventuell vermeidbar gewesen, denn da hätte man die Sturzgefährdung erkennen können, der Hausarzt hat den Bedarf auch nicht gesehen, die Frau war dement und dies war nach außen hin erstmal nicht sichtbar, dies wurde erst im längeren Gespräch deutlich.“ Die AbsolventInnen erachten deshalb eine „breit angelegte Information“ über das neue Handlungsfeld äußerst wichtig. Sie wollen an „Veranstaltungen teilzunehmen“, um „weitere Kontakte zu knüpfen“ und ihre Tätigkeit als FGP und FGH vorzustellen. Die FGP und FGH „brauchen konkrete Projekte, bei denen die Familiengesundheitspflege inhaltlich dargestellt wird, ... sie müssen uns kennen lernen, wir brauchen Ansprechpartner, wir müssen irgendwo eingebunden sein, ... wir müssen sichtbar werden“.

Die AbsolventInnen haben die Sorge, dass nach Abschluss des Modellprojekts keine weiteren Aktivitäten zur Etablierung des neuen Handlungsfelds mehr erfolgen. Eine der Befragten hat im Moment das Gefühl: „Alles bleibt stehen, die Weiterbildung ist abgeschlossen und das war`s“. Alle Befragten sind sich einig darüber: „Es muss was passieren, sonst verläuft es im Sand“. Ihre Sorge wird noch verstärkt, denn sie sind noch „zu wenige, wir haben die Strukturen nicht und wir werden nicht ohne Weiteres reinkommen“. Sie glauben, dass sie deshalb „im Moment eigentlich nur Nischen besetzen können und sich gleichzeitig darauf konzentrieren müssen, weitere Modellprojekte zu bekommen.“

Eine weitere Erfahrung ist, dass viele Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen über das neue Handlungsfeld immer noch nicht informiert sind. Dies führt u.a. dazu, dass die FGP bzw. FGH nicht als Leistungsanbieter für Familiengesundheit gesehen und somit ihre Kompetenzen in diesem Bereich nicht eingefordert werden. Die AbsolventInnen sind der Meinung, dass „die Angebote nicht bekannt sind, es ist noch nicht im Bewusstsein, dass es diese Weiterbildung gibt, ... die Informationen erreichen die Leute nicht“. Eine Absolventin musste vor einer gemeinsamen Familienbegleitung die „Kollegin erst einmal informieren“, denn die „Sozialpädagogin, die kannte das nicht, sie dachte zuerst, es wäre Familienpflege.“ Einige Absolventinnen mussten erfahren, dass „sich die Landesjugendämter dagegen ausgesprochen haben, sie einzustellen, da deren Mitarbeiter keine Erfahrungen mit uns haben, deshalb sind sie der Meinung, dass man mit uns kein Frühwarnsystem aufbauen kann.“

Hinzu kommt, dass die Begrifflichkeiten FGP und FGH einschließlich ihrer Zuständigkeiten und Kompetenzen häufig mit denen der „Familienpflege“, der „Familienhilfe“, der „Familienhebammen“ und der „Pflegehelfer“ verwechselt werden. Eine Absolventin meinte hierzu „Die erzählen immer was von Familienpflegerin, dann habe ich gesagt, Moment mal, ihr habt es nicht wirklich verstanden, um was es hier geht, es geht um Netzwerkarbeit.“ Eine andere Absolventin führt an: „Familiengesundheitspflege ist immer gleich Familienpflege und Familienhilfe, das ist eigentlich sehr unglücklich ne, da fragen mich die Leute dann, was ist den das, ach so Familienhilfe kenn ich, man muss immer wieder erklären, es ist nicht die sozialpädagogische Hilfe, es ist auch nicht die Haushaltshilfe, da besteht Verwirrung ...“.

Man muss Sicherheit vermitteln

Die FGP und FGH in Deutschland fungieren vor allem als Berater, als Begleiter, als Anleiter, als Gesprächspartner, als Vernetzer, als Vermittler und als Fürsprecher. Die Familien brauchen jemand, der ihnen Sicherheit vermittelt und zu dem sie Vertrauen haben können. Einige AbsolventInnen führten hierzu an: „Die Familien brauchen vor allem Beratung, Begleitung und Anleitung, man muss den Freiraum (für die pflegenden Angehörigen) schaffen und ihnen erklären, dass sie für sich sorgen müssen, und die Familien nehmen das dann auch an.“ Man muss den Familien „Sicherheit vermitteln, die Angehörigen brauchen ganz viel Anleitung“, „ganz wichtig ist halt die Beratung der Familien, die merken das dann auch, sie fühlen sich sicherer, wenn so jemand da ist“. Die Familien „haben wahrgenommen, dass sie ganzheitlicher betreut werden, also umfassender und dass mehr Zeit aufgewendet wird“. Eine FGP ist der Überzeugung, dass dieses Aufgabenfeld „nicht jeder machen kann, man braucht eine Aus- und Weiterbildung“. Für die Arbeit mit den Familien ist aber auch „Erfahrung wichtig“. Die FGP meint hierzu: „Ich profitiere von den 14 Jahren Arbeit im ambulanten Dienst und ich habe ja immer nur mit Familien gearbeitet und heute kann ich sagen ich hab auch meine Erfahrungen, damit kann ich den Eltern auch Sicherheit vermitteln, denn wenn ich jedes Mal sage, na ich weiß nicht und diese Unsicherheit ausstrahle, dann ist auch dieses Vertrauensverhältnis nicht da“.

Nach Aussagen einer FGP brauchen die Familien „unheimlich viel Gespräche, da ist eine hohe Belastung, Unsicherheit, Trauerprozesse, man ist irgendwie für alles da, wichtig ist dabei, dass man selber (als FGP) den Druck aushalten kann, den die

Leute erleben, denn oft ist es ja viel Palliativ- und Hospizarbeit, man muss gucken, dass sich die Angehörigen nicht übernehmen, die einen halten es gar nicht aus, die anderen kriegen es einigermaßen auf die Reihe.“ Eine andere Absolventin hat festgestellt, dass sie „durch die Gespräche anders an ihn (den pflegenden Ehemann) rankommt, er vertraut mir auch und erzählt dann auch mal, man merkt dann erst, dass er Raum für sich braucht und Unterstützung.“

Die Familien belastet zusätzlich, dass es „die Gesellschaft nicht sieht“ und sie (die Familien) haben deshalb „mittlerweile resigniert“. Die FGP bekommen „die Belastungen mit“, so ist z.B. in einer Familie „die Mutter durch die Krankheit ihrer Tochter selbst schon krank geworden, aber das läuft alles so nebenher“. Bei den Familien mit Pflegebedürftigen und demenzkranken Familienmitgliedern geht es vorrangig erst einmal um Themen wie „dem Umgang mit Demenz, welche Ansprüche habe ich, wo bekomme ich das Geld her und die Begleitung beim MDK-Gutachten“. Eine FGP hat „jetzt gerade eine Familie, wo wirklich Chaos pur ist, ich habe ihr (der pflegenden Ehefrau) angeboten, sie kann mit mir über ihre Situation reden, sie braucht Zeit, das Organisatorische hat sie sehr überfordert, sie muss erst vom Stress runterkommen, es braucht eine lange Begleitung.“

Nach Aussagen einer Absolventin ist es „utopisch, dass die FGP die gesamte Pflege übernimmt, die ganze Beratung und das ganze Casemanagement, das alles ist gar nicht umzusetzen“. Für sie liegen die „Schwerpunkte in der Beratung, der Begleitung und der Information“. Man muss „wissen, wie man Gespräche in ne bestimmte Richtung lenkt, um die (Familien) auch zum Umdenken zu bewegen, die müssen selber drauf kommen, sie müssen das Gefühl haben, dass das ihr Gedanke ist ne und dass man diese Dinge dann üben muss, ... aber manchmal ist es einfach dieses Loslassen ne, einfach drüber reden ist schon eine Erleichterung und dann kann es sein, dass sie wieder Mut und Kraft haben für den nächsten Tag.“ Hierfür muss es aber „auf jeden Fall auf der Empathie-Schiene harmonieren, es muss Vertrauen aufgebaut werden, denn, wenn da kein Vertrauen ist, dann läuft das auch noch nicht so“.

Eine FGP findet „die aufsuchende Tätigkeit total wichtig, ich mein ich telefoniere ja sehr häufig mit den Müttern, aber es ist ganz anders, wenn ich dann da bin und wenn ich das Gegenüber sehe und sehe, wie gut oder wie schlecht es dem geht, ... und das ist auch das, was die Mütter mir immer wieder sagen, es ist schön, dass sie da

sind und dass mich mal einer fragt wie es mir geht ne und wenn ich dann mit ihnen geredet habe, dann geht es mir besser“.

Als FGP muss man immer wieder als Vermittler innerhalb der Familie aber auch zwischen der Familie und den professionellen Akteuren agieren. Eine FGP schilderte dies am Beispiel eines pflegebedürftigen Kindes, das Zuhause versorgt wird: „Wenn man das Pflegepersonal täglich 20 Stunden in der Wohnung hat, das ist schon was ganz anderes, das ist sehr belastend und alle Mütter sagen, ich hab mir das nicht so vorgestellt ne, und darüber muss man reden und sie sollen auch ruhig mal sagen, es geht mir tierisch auf die Nerven ich habe keinen Freiraum mehr“. Für die Familien ist es wichtig, dass sich die FGP und FGH „in diese Situation hineinversetzen kann“.

Eine Absolventin hat während der Weiterbildung ihre Arbeitsstelle gewechselt und „arbeitet jetzt bei Patienten die heimbeatmet sind und von ihren Familien betreut werden oder alleine leben“. Sie kann „viel für die Familien tun, Familien zusammen führen, Kontakte herstellen.“ Sie leitet auch ihre Kollegen zur Betreuung der Betroffenen und ihrer Familien an und hat erlebt, dass „die alle so toll mitgemacht haben, ich habe den Kollegen das Konzept (Familiengesundheitspflege) plausibel gemacht, wir konnten ein tolles Team aufbauen, und sie (die Kollegen) machen das auch weiter so.“

Bei einer weiteren Absolventin hat sich mittlerweile ebenfalls das Arbeitsfeld verändert. Sie arbeitet im Rahmen eines Projekts, das von gemeinnützigen Einrichtungen getragen wird, an einer Grundschule. Die „Kinder sollen in unterschiedlichen Bereichen wie z.B. gesunde Ernährung, fit und firm gemacht werden, da die Kinder teilweise aus Familien kommen, bei denen es schwierig ist, eine regelmäßige warme Mahlzeit oder gesunde Mahlzeit auf den Tisch zu bringen.“ Zu ihren Aufgaben gehören neben der „Hausaufgabenbetreuung vor allem auch die Freizeitgestaltung, die Bereiche des Essens und des Miteinanders.“ In diesem Projekt sind „die Eltern mit eingebunden, es gibt z.B. ein Elterncafe, dadurch können z.B. Probleme gemeinsam besprochen werden“. Die FGP findet es wichtig, dass „Beratung und Begleitung sowohl bei den Kindern als auch bei den Eltern stattfinden“. Sie hat die Erfahrung gemacht, dass „man die Eltern ins Boot holen muss, um für die Kinder etwas verändern zu können“.

Erst mal geht es um Krisenbewältigung und Stabilisierung

Die FGP und FGH haben die Erfahrung gemacht, dass Prävention und Gesundheitsförderung in den Familien erst möglich sind, wenn die Akutphase oder Krise bewältigt ist. Eine FGP, die in der ambulanten Pflege arbeitet, beschreibt hierzu: „Es ist ja so, dass wir ja durch einen Patienten in die Familie kommen und bei mir ist es so, dass die Kinder z.B. gerade aus der Klinik kommen und dann komm ich als Kinderkrankenschwester da hinein und da muss ja erstmal der Alltag bewältigt werden, die Anfangsprobleme, die Familie Y ist das beste Beispiel, da gab es so viele Dinge, Prävention, Gesundheitsförderung das war hinten, ganz weit weg, weil wir erst einmal die Waldbrände austreten mussten ...“. Die meisten AbsolventInnen erleben, dass man „erst mal ne Krisenbewältigung durchführen muss, bis man ne Stabilität in den Alltag der Familie gebracht hat, dann kommt so ne kleine Pause, wo man das erst mal alles so sacken lassen muss und einfach mal reden muss.“

Eine Absolventin begleitet immer noch die Familie, über die sie ihre Abschlussarbeit geschrieben hat. Ihrer Meinung nach ist „die Begleitung jetzt nicht mehr so dringlich, es ist nicht mehr so, dass da jetzt irgendwas brennt oder was man sofort jetzt umsetzen müsste, sondern ich denke die Familie ist jetzt stabil“. Die FGP hat mit der Familie „im Moment einen lockeren Kontakt, ich rufe dann schon mal an, oder die Mutter meldet sich, wenn sie was hat, was sie mit mir besprechen möchte.“ In einer anderen Familie ist jetzt die Mutter „soweit, dass sie gesagt hat: Ich hab mir überlegt ob ich aufhöre zu rauchen, haben sie (die FGP) ne Idee für mich?, und wo wir jetzt auch Zeit für dieses Thema haben, vorher als ich das mal angesprochen habe da hat sie gesagt: Hören sie mir bloß auf, ich kann doch nicht jetzt, und das kann man nachvollziehen“.

Trotzdem machen die FGP und FGH von Anfang an Gesundheitserziehung und -beratung in den Familien. Teilweise sind es „Kleinigkeiten, wie dieses Problem da in der anderen Familie mit den Tieren ne, die haben zehn Haustiere und die Ratten haben Nachwuchs und ich hab ihr (der Mutter) auch gesagt, also die müssen ähm abgeschafft werden, wenn das Kind von der Klinik nach Hause kommt“, ... oder wenn es hygienisch nicht grad zum Besten ist ne, dann muss man ihr (der Mutter) da halt auch mal ne andere Sichtweise aufzuzeigen“. Bei einer anderen Familie „robbt der Kleine durch die Wohnung, kriegt Asthmaspray und die Besucher sitzen da und rauchen, also da musste ich natürlich das Thema ansprechen, dass sie wenigstens

dann nach draußen gehen, weil ich kann nicht dem Kind nen Asthmaspray verabreichen und im Nachbarzimmer wird geraucht“.

Manchmal muss man „manches überhaupt erst in den Blick bringen“. Dies bezieht sich aber nicht nur auf die Familien, sondern auch auf die professionellen Helfer. Eine FGP schildert hierzu: „Bei einer Familie ist keinem der Helfer aufgefallen, dass da gar keine Heizung im Badezimmer ist, im November war ich da und es war kalt draußen, und es ist doch das Naheliegendste dass man so ne Badesituation auch kuschelig macht, grad ein Herzkind ne das hat eh schon ne bläuliche Verfärbung und wenn das da (vom Baden) rauskommt dann ist das ganz blau ja, und dann hab ich gesagt, sie sollen nen Heizradiator aufzustellen, damit die Kinder sich nicht erkälten, ... die Sozialarbeiterin sagte Mensch, da hab ich überhaupt noch gar nicht drüber nachgedacht ne,aber es sind manchmal Kleinigkeiten die man da anstoßen muss aber es muss einer hin, der den Blick dafür hat“.

Die Weiterbildung hat viel gebracht

Die Weiterbildung hat den AbsolventInnen „sehr viel gebracht hat“, die „Inhalte waren sehr interessant und man kann vieles daraus umsetzen.“ Die AbsolventInnen haben „eine andere Sichtweise bekommen“ und „haben gelernt sich abzugrenzen“. Eine Absolventin führt an: „Ich musste auch lernen, dass wir nicht therapeutisch arbeiten, wir stellen die Verbindung zum Therapeuten her, aber wir selber machen es nicht, das wird oft vermischt.“ Eine andere Absolventin arbeitet in der „Fachstelle für pflegende Angehörige“ und auch sie kann „vieles aus der Weiterbildung gebrauchen und einbringen“. Dabei geht es weniger um „eine kontinuierliche Familienbegleitung, diese ist eher selten, es geht mehr um die Krisenbewältigung“. In einer Familie wurde die FGP „von den Sozialpädagogen angefordert, in dieser Familie mitzuarbeiten“. Eine FGP hat von einem pflegenden Ehemann als Rückmeldung erhalten: „Sie machen viel mehr als die anderen (Pflegerinnen)“ und die FGP „hat sich darüber gefreut, dann habe ich ihm (dem pflegenden Ehemann) das erklärt, und da habe ich meine Kollegin in Schutz nehmen müssen, weil die hat diese Weiterbildung nicht gemacht.“

Die AbsolventInnen sind der Meinung, dass gerade dieses „Durchspielen von Beratungssituationen“ und die „Rollenspiele“ sehr viel gebracht haben. Sie hätten teilweise noch „mehr praktische Übungen“ gebraucht, da sich „im Nachhinein immer die

Frage stellt, wie wendet man es an“. Eine Absolventin ist der Meinung, „vor allem die Gespräche, wie gehe ich auf die Familien ein und hinterher dieses Ganze wieder umzusetzen, im Alltag, ... da bin ich immer noch nicht so weit, da fehlt mir noch was.“ Eine andere Absolventin sagt hierzu: „Wir haben zwar viel Handwerkszeug und Wissen mitgekriegt, aber man muss sich ja auch ein bisschen spezialisieren, ich kann nicht sagen, ich geh jetzt da rein und mach das mal eben, weil da fehlt mir schon noch die Erfahrung“.

Zudem haben die AbsolventInnen die Erfahrung gemacht, dass sie in ihrer Arbeit als FGP bzw. FGH mehr sozialrechtliches Wissen brauchen, da die Familien bei entsprechenden Fragen oft nicht an „jemand anders weiter verwiesen werden wollen“. Deshalb sollte die „Auseinandersetzung mit den Sozialgesetzbüchern intensiviert werden“. Die „Sozialgesetzbücher V und XI reichen nicht aus, es müssen auch andere Sozialgesetzbücher bearbeitet werden“. Nach Meinung der Befragten müssen die Inhalte des „Casemanagements erweitert und entsprechend den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Casemanagement offiziell ausgewiesen“ werden.

Bereits während der Weiterbildung hatten die TeilnehmerInnen beschlossen, sich auch nach der Weiterbildung regelmäßig zur „kollegialen Beratung“ zu treffen und auszutauschen. Die AbsolventInnen der Weiterbildungseinrichtung in München nutzen u.a. den Verein Familiengesundheit als Plattform für Treffen und für Öffentlichkeitsarbeit. Bei den AbsolventInnen der Weiterbildungseinrichtung in Essen gibt es nur wenig Austausch. Der Großteil der Befragten findet dies „schade“, sie haben zwar „Telefon- und Mailkontakt aber kein direktes Netzwerk“. Eine Absolventin würde sich „mehr Rückhalt von den (ehemaligen) Kurskollegen wünschen“ und eine Absolventin hat „das Gefühl, wenn die Evaluation abschließt, dass man dann wirklich alleine kämpft, ... und da wünschte ich mir schon Unterstützung.“

5.2.2 Aussagen der ArbeitgeberInnen

Insgesamt haben sich sechs Arbeitgeberinnen für ein Interview bereit erklärt. Von diesen sechs Interviews wurden fünf per Telefon durchgeführt und ein Interview fand in der Einrichtung der Leitung statt. Die Interviewdauer lag zwischen 10 und 58 Minuten. Die Befragten waren alle ArbeitgeberInnen der FGP, da die FGH freiberuflich tätig sind. Bei den jeweiligen Einrichtungen handelt es sich um eine Fachstelle

für pflegende Angehörige, eine stationäre Einrichtung und vier ambulante Pflegedienste. Bei zwei FGP haben die Leitungen die Weiterbildung finanziell unterstützt.

Man versucht halt den Spagat

Fünf der befragten Arbeitgeber unterstützen die FGP dahingehend, dass sie auch ohne Finanzierung zumindest „Teile aus dem Konzept“ umsetzen kann. Für eine Arbeitgeberin ist es „dieser Familienkontext, auch die Angehörigen mit einzubeziehen, gerade in sozial schwächeren Familien oder wo es neben der Erkrankung des Kindes noch andere psychosoziale Probleme gibt, und in diesen Familien kann man sie (die FGP) verstärkt einsetzen und das tun wir auch, also man versucht halt den Spagat würde ich sagen, das schon.“ Nur ein Arbeitgeber sagt ganz deutlich, solange ich „keine Möglichkeit habe, das abzurechnen, ist es auch nicht unsere Aufgabe.“

Die Arbeitgeber „sehen durchaus die Bedürfnisse, die ungeklärte Familiensituation, hier wären die Inhalte (der Familiengesundheitspflege) eine tolle Ergänzung zu unserer Arbeit, aber wir haben keine Möglichkeit, wir wissen nicht, wer das finanzieren könnte.“ Nach Aussagen einer weiteren Leitung wäre es „vom Ansatz her sehr wichtig für die Familien, man könnte vieles für die Familien kompensieren, vorbeugen, aber es ist nicht möglich es selbstständig zu implementieren, solange es keinen Kostenträger dafür gibt.“

Ein Arbeitgeber findet „wenn die Mitarbeiter die Weiterbildung machen wollen, unterstützen wir das auch, wenn sie das machen wollen, für sich, ich denke, das ist auch ganz toll, aber aus meiner Sicht als Arbeitgeber, habe ich keinen Benefit daraus, ...weil es nicht abrechenbar ist.“ Eine Leiterin betont, sie „würden es (die Weiterbildung) vorerst nicht wieder finanzieren, aber nicht wegen den Inhalten, sondern wegen den Kosten, ... wenn man in der Praxis jetzt sehen würde, da gibt es eine Refinanzierung, dann würden wir das (die Finanzierung der Weiterbildung) auch sofort wieder tun, ... wenn da ein Markt ist, dann machen wir da schon mit.“

Auf die Frage, wie die Leistungen der FGP in den einzelnen Einrichtungen momentan finanziert werden, wurden folgende Aussagen angeführt: „Unsere Beratungsstelle bietet die Leistungen kostenlos an, weil wir ja gefördert sind, wir haben jetzt keine Stelle, wo wir Geld für die Leistungen bekommen“. Die ambulanten Pflegedienste „finanzieren es hauptsächlich selbst, eigentlich ist es noch ein Ehrenamt“ und in der

stationären Einrichtung „können wir die Leistungen nicht abrechnen, wir versuchen, dass er (der FGP) trotzdem Teile aus dem Konzept umsetzen kann, aber eigentlich hat er andere Aufgaben“.

Die Arbeit macht Sinn

Alle befragten Personen finden das neue Handlungsfeld sinnvoll und wichtig. Eine Arbeitgeberin meint hierzu: „Wir haben die Weiterbildung mitfinanziert, die Sache ist gut, sie passt in unsere Einrichtung, wir machen uns für Familien stark.“ Die ArbeitgeberInnen sind „von der Notwendigkeit des neuen Handlungsfelds überzeugt und sehen „einen Sinn in der Arbeit der FGP, aber die „Umsetzung hängt auch an der Finanzierungsfrage“. Für eine Leitung macht das „Konzept aus volkswirtschaftlicher Sicht absolut Sinn, wenn man nur die „enge“ betriebswirtschaftliche Seite sieht, dann ist es momentan ein Luxus, da es niemand zahlt.“ Nach Meinung eines Arbeitgebers müssen „Prävention und die nachhaltige Qualität erkannt und finanziell berücksichtigt werden.“ Eine Arbeitgeberin sieht in der Tätigkeit der FGP eine „komplexe und aufwendige Aufgabe, die auch finanziert werden soll.“ Für zwei der befragten Personen ist es ein Teil ihres Unternehmenskonzepts, „weil da jemand qualifizierter ist, das ist eine unternehmensinterne Geschichte, wir haben ihr (der FGP) ja auch die Weiterbildung bezahlt, weil das kann der Qualität der Arbeit nur gut tun ...“. Bei einer Leitung liegt es an der „Finanzierungsfrage, um das effektiv so zu machen, wie das angedacht ist“ und eine Befragte meint: „Unser Aufgabengebiet bleibt genau das Gleiche, nur wir haben jetzt eine Mitarbeiterin, die besonders qualifiziert ist, wo wir als Unternehmen sagen können, das ist uns das wert, aber da sagt jetzt keine Krankenkasse im Bereich der häuslichen Pflege, da kriegen sie jetzt auch ein bisschen mehr Geld, und die Kinder haben wir ja so oder so, also es ist ja jetzt nicht so, dass wir deswegen mehr Kinder oder andere Kinder bekommen.“

Die Aufgabenfelder der FGP

Für eine Arbeitgeberin gehören zu den Aufgabenfeldern der FGP vor allem die „Tätigkeitsbereiche, in denen man jetzt nicht gleich mit dem Kind klar kommt, oder eine mangelhafte Ernährung in der ganzen Familie, da passt die FGP gut.“ In einer Einrichtung werden nach Aussagen der Leitung „die Dinge schon ähnlich gemacht und sie (die FGP) kann sie auch einbringen“. Die FGP „berät pflegende Angehörige

und macht auch aufsuchende Beratung, wenn die Betroffenen nicht in die Beratungsstelle kommen können, ... in der Beratungsstelle geht es auch darum, neben dem Betroffenen auch die Familiensituation zu sehen, was für ein soziales Umfeld existiert, es wird also eine Bestandsaufnahme gemacht und dann wird das soziale Netz aufgebaut, um die Entlastung für den pflegenden Angehörigen zu schaffen.“

In einer anderen Einrichtung kann der FGP vor allem in der „Pflegeüberleitung“ die Kompetenzen einbringen, da es nach Aussagen der Leitung „gerade bei psychiatrischen Erkrankungen wichtig ist, dass nicht wie bisher das Individuum, sondern die gesamte Familie betreut wird, insbesondere Kinder psychisch kranker Eltern werden bisher nicht gesehen.“ Für die Arbeitgeber eines ambulanten Pflegedienstes sind die Leistungen (der FGP) bisher nur punktuell umsetzbar, es sind „professionelle Beratung“, „Schulung“ und „Pflegeüberleitung“. In einem weiteren ambulanten Dienst ist nach Aussage des Arbeitgebers die FGP seit Abschluss ihrer Weiterbildung vorrangig für die „Schulungen im häuslichen Bereich und die Pflegeberatung“ sowie „Fragen bei der Einstufung im Rahmen der Pflegeversicherung zum Betreuungsgeld“ zuständig. Ein Arbeitgeber sieht in der Tätigkeit der FGP „ein zusätzliches Angebot für die ambulanten Pflegedienste“.

Für die Befragten eines ambulanten Pflegedienstes ist es wichtig, dass die FGP auch einen „Blick auf Kindeswohlgefährdung hat“, denn „es geht nicht nur darum, dass das Kind ein ausreichendes Gewicht hat und die richtige Nahrung kriegt, sondern es geht um die Gesamtversorgung dieses Kindes, auch ein gut ernährtes Kind kann misshandelt sein, da muss man sich von seinem ursprünglich erlernten Pflegeberuf ein Stück weit auch distanzieren können“.

Für eine Arbeitgeberin sind es eher „klassische Pflege Themen, also eine Familie mit Ernährungsprobleme, Beratung übers SGB IX zu Hilfsmitteln usw., ... es geht aber auch um ein Beratungsangebot auf einer ganz anderen Ebene, was wir ja noch nicht so drin haben in der Pflege“. Eine Leiterin sieht das Aufgabenfeld der „FGP mehr im niedrighwelligen Bereich, also, wenn es um Ernährungsprobleme und so diese Dinge geht, weniger bei den „Extremfällen“ und da gibt es genug zu tun, also wenn ich so unsere Familien anschau, Ernährungsgeschichten gibt es da überall oder so ganz klassische Dinge ja, die lebenspraktischen Dinge, die nahe an der Pflege dran sind, und da kann ich mir das Konzept gut vorstellen, auch in Kindergärten, in Schulen.“

Eine Leiterin führt an, dass, „gerade wenn es um sozialrechtliche Dinge geht, psychosoziale Beratung und Entlastung in einem ambulanten Dienst so nicht leistbar ist, da differenziert sich die Beratung ganz deutlich, und das ist was, wo ich denke, dass das noch mal in der Öffentlichkeit klar werden muss, gerade in Bezug auf die Pflegestützpunkte erlebt man, dass jeder hier schreit und sagt, wir machen Beratung, aber welche Art von Beratung, das denke ich muss noch mal deutlich differenziert werden ...“.

Ein ambulanter Pflegedienst „kooperiert mit dem Jugendamt“ und die Leiterin ist der Meinung, „Kinderkrankenschwester ist eine gute Voraussetzung (für das Aufgabenfeld der FGP), sie hat den Blick dafür.“ Eine andere Leiterin sieht es als eine wesentliche Aufgabe der FGP „die Eltern zu fördern, damit sie alleine zurechtkommen, man muss ihre Selbstständigkeit fördern, es muss Alltag einkehren.“

Eine der Befragten beschreibt die Aufgabenfelder der FGP anhand ihres „Klientels“. Sie meint dazu: „Wir haben dieses Klientel, das sagt, wir brauchen eine Information, dass Klientel das die Feuerwehr braucht, z.B. einen Kurzzeitpflegeplatz, wo das System droht zusammen zu brechen, also ganz kurzfristige Geschichten, die andere Gruppe sind die Klienten, die längerfristig begleitet werden, ... es ist auch so, dass wir auch intensiv betreuen, wenn es sichtbar ist, dass der Betroffene und die Angehörigen einfach selber noch nicht alleine weiter kommen können, ... diese psychosoziale Begleitung nimmt immer mehr zu, weil die Menschen sehr belastet sind und eine Entlastung schaffe ich nicht dadurch, in dem ich einmal ein Gespräch geführt habe, es muss ein Vertrauen, eine Arbeitsbasis aufgebaut werden, ... und dann können sie auch das eine oder andere Angebot annehmen, und wenn sie den Schritt schon mal geschafft haben, dann wächst das Vertrauen immer mehr, ... die Betroffenen wechseln auch nicht gerne ihre Ansprechpartner, sie haben ihren Ansprechpartner und da möchten sie auch bleiben.“ Die Leiterin nimmt auch wahr, dass „die Bedarfe steigen, wir haben 1400 bis 1500 Klientenkontakte im Jahr und dann ist eben ein großer Teil auch intensive psychosoziale Begleitung, das ist eigentlich mit dem Personal gar nicht leistbar.“

Für die ambulanten Pflegedienste stellt die „Pflegeüberleitung“ ein wesentliches Aufgabenfeld der FGP dar. Sie erleben nach wie vor eine mangelnde Kommunikation, Kooperation und Vernetzung der jeweiligen Leistungsanbieter. Eine Leiterin ist der Meinung, dass „man immer wissen muss, welche Personen gerade dafür zu-

ständig sind und das sind in jedem Haus ja andere Berufsgruppen“, ebenso stellt sie fest, „wenn die verschiedenen Berufsgruppen nicht so gern miteinander arbeiten, dann wird's schwierig.“ Ihre Kollegin meint dazu: „Es zieht sich und die Informationen, also ein halbes Jahr auf einen Arztbrief warten ist nix, oder Pflegeübergabebericht, und manchmal wird auch angerufen, das Kind soll in zwei Tagen entlassen werden und liegt aber schon zehn Monate da ...“, und „ob es gut läuft, ist sehr personenabhängig“.

Die Finanzierung ist eine gesundheitspolitische Aufgabe

Eine Interviewfrage bezog sich auf mögliche Überlegungen, wie man das Handlungsfeld bzw. die Leistungen der FGP finanzieren könnte. Mit Ausnahme von zwei Arbeitgeberinnen hatten sich alle übrigen Informanten bisher keine konkreten Überlegungen dazu gemacht.

Allerdings sind alle Arbeitgeber der Meinung, dass die „Regelung der Finanzierung eine gesundheitspolitische Aufgabe“ ist und „sich die Kommunen verantwortlich fühlen müssen“. Vor allem die „Präventionsarbeit“ erachten die Befragten „als eine Sache der Kommunen“. Sie betonen auch, dass „der Sachbearbeiter es nicht entscheiden kann, es muss von oben kommen“. Die Arbeitgeber sehen „eine Lücke zu den Kostenträgern und diese Lücke muss man schließen“. Für die Arbeitgeber arbeiten „alle Kostenträger kurzfristig“ und „oftmals sind die Krankenkassen nicht informiert, sie zahlen lieber Kuration anstatt Prävention, das Potenzial von Prävention wird nicht erkannt.“

Von den beiden Arbeitgeberinnen, die sich Gedanken zu Finanzierungsmöglichkeiten gemacht haben, meint eine Leiterin: „Bei den Leistungen der FGP geht es nicht um Krankheit, sondern um die Unterstützung der Familien, daher sollte die Finanzierung nicht primär durch die Kassen erfolgen, es sollte ein Stundensatz festgelegt werden“.

Die andere Arbeitgeberin hat sich überlegt, dass man „Ideen sammeln und ein Projekt dazu machen sollte, wo man schon auch Eigenarbeit reinsteckt, aber irgendwo müsste was zurückkommen“. Für sie und ihre Mitarbeiterinnen stellt „sich immer wieder die Frage, wie kriegst du Krankenkassen dazu, dass die dann da vielleicht was bezahlen, wo man sagt, ihr spart ja hinten raus was.“ Es wäre zudem ein Anreiz, dass „man einen Bonus kriegt, wenn man im Pflorgeteam eine FGP hat“. Eine

Schwierigkeit in der Finanzierung liegt nach Meinung dieser Leiterin „in dem Nachweis, zu sagen, es bringt ja was, und da sind ja die Kostenträger dann doch immer, vielleicht auch mit Recht, drauf erpicht zu sagen, was ham wir denn davon, wo spart es uns denn dann was.“ Für die Leiterin gibt es diesen Nachweis eigentlich schon, „weil wo ich den Bericht von ihr (der FGP) gelesen hab, also ne Mutter hat abgenommen und die Ernährung umgestellt, und da habe ich mir gedacht toll, das haben sie (die Krankenkasse) alles kostenlos, für ihre paar Euro für die Pflege, noch mitgekriegt. Die Frau hat abgenommen, sie fühlt sich wieder wohler, das nutzt der ganzen Familie, ... aber das sind ja auch weiche Parameter, die man so wahnsinnig schwer messen kann, hätte sie (die Mutter) den Rückenschaden schneller bekommen, wenn sie mehr wiegt, oder den Herzinfarkt etwas eher oder nicht?“.

Eine Arbeitgeberin „stellt sich gerne für weitere Gespräche und die Ausarbeitung von Finanzierung und Umsetzungsmöglichkeiten zur Verfügung“, denn sie „will unterstützen, dass es vorwärts geht.“

Weiterbildung und Rolle der FGP

Die Arbeitgeber haben aus ihren bisherigen Erfahrungen mit der Arbeit der FGP auch Anregungen für die Weiterbildung und die Etablierung der Rolle der FGP. Eine Leiterin hat festgestellt, dass sie (die FGP) in ihrer Arbeit „das Assessment und das System von Friedemann sehr gut verwenden kann“. Ebenso findet es die Leiterin wichtig, dass „die Beratung einen wesentlichen Inhalt der Weiterbildung darstellt, es ist eine andere Art von Beratung, und, dass sie (die FGP) auch Inhalte aus dem Casemanagement in der Weiterbildung hatte“. Die Leiterin bemängelt aber, „dass der Begriff nicht auftaucht und dann habe ich auch den Nachweis nicht“. Sie empfiehlt deshalb, die Begrifflichkeit „Casemanagement“ konkret im Curriculum aufzuführen, damit es anerkannt wird.“

Eine andere Arbeitgeberin ist der Meinung, dass in der Weiterbildung mehr Wissen hinsichtlich der „Beratung in Bezug auf sozialrechtliche Angelegenheiten“ vermittelt werden sollte. „Kenntnisse in der Pflegeversicherung hat sie (die FGP) ja, aber SGB IX und XII, Behinderte, Hilfe zur Pflege, also da haben wir ganz viele Anfragen und das wird auch immer wichtiger und das ist ein Part, der in der Weiterbildung fehlt.“ Eine weitere Informantin ist der Meinung, dass das Thema „Kommunikation z.B. im Umgang mit Demenzkranken und ihren Angehörigen in der Weiterbildung weiter

ausgebaut werden soll, ... weil das Thema Demenz ist immer ausgeprägter, da ist auch viel Bedarf“.

Für eine Arbeitgeberin „ist die Weiterbildung zu breit angelegt“. Für die Familien, die ihr Pflegedienst betreut, braucht die FGP „mehr pädagogische Elemente, mehr Reflexion und mehr Ethik, weil das sind ja ganz schwierige Entscheidungsgeschichten auch, gerade mit dem Thema Kindeswohl, ... da kommt man sofort in einen Interessen- und Entscheidungskonflikt, ... ich würde sagen, rein rechtlich kann die FGP nur entscheiden, involviere ich noch jemanden oder nicht, aber der muss dann letztendlich entscheiden, ... sie (die FGP) kann entscheiden, was sie weitergibt und das ist ja manchmal auch eine schwierige Entscheidung, wenn ich noch in die Familie will, oder wenn ich der Meinung bin, das Kind kann da nicht bleiben und das Jugendamt sagt, das Kind bleibt aber da, dann kann ich erst mal nicht mehr dagegen tun.“

Die Rolle der FGP empfindet eine Informantin „erst mal fremd, ... wir sind jetzt Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende, und Familie, nicht mehr nur eine Person zu sehen, die man pflegt, sondern den Kontext außen rum, und diesen Gesundheitsbegriff finde ich schon in Ordnung, ob sich Laien was drunter vorstellen können, mag ich zu bezweifeln, aber letztendlich bringt das die Zeit dann mit sich, ... man kann nicht bei Gemeindeschwester bleiben, nur weil's alle wissen, was damit gemeint ist, manchmal muss einen Begriff verändern und ihn dann benutzen.“ Ihre Kollegin findet den „Begriff Gemeindeschwester auch negativ besetzt, auch geschichtlich, die kommen zum Spionieren, ist ja auch in gewissen Regimen dann geglückt, dass man die dann da vorschiebt, von dem her denke ich, wäre es gefährlich.“ Beide Informantinnen betonen, dass „transparent gemacht werden muss, was Familiengesundheitspflege ist.“

Abgrenzung zu und Kooperation mit anderen Berufsgruppen

Für einige ArbeitgeberInnen stellt sich „die Frage, ob es so ganz klar ist, was die FGP ist und wo sie sich gegenüber den anderen Bereichen abgrenzt.“ Sie sind der Meinung, dass die „FGP auch erst lernen muss sich abzugrenzen“ und sich darüber „klar werden muss, na ja, das ist jetzt mehr Therapie oder geht in die Psychologie und das ist dann nicht Familiengesundheit, also der Platz ist glaube ich noch nicht so gefunden, würde ich jetzt mal so sagen, ... weil es in viele Spektren reingeht ...“.

Zur Arbeit der Sozialpädagogen und der FGP erlebt eine Arbeitgeberin, dass „sie sich natürlich ergänzen und das finde ich auch sehr wichtig, klar kennt sich ein Sozialpädagoge sozialrechtlich gut aus, aber das nutzt mir herzlich wenig, wenn`s um die pflegfachlichen Geschichten geht, aber eben dieses Miteinander und das Ergänzende ist denk ich ein guter Weg.“

Ein Arbeitgeber hat die Erfahrung gemacht, dass beim „Ehrenamt, beim Quartiersmanagement vor allem die Sozialarbeiter skeptisch sind, die haben Angst, dass man ihnen den Platz streitig macht.“ In einer Einrichtung erhalten der Leiter und der FGP mittlerweile „positive Rückmeldung von den Medizinerinnen, der eine hat sich nach eineinhalb Jahren gemeldet und gesagt, dass er die Arbeit wichtig und gut findet.“ Ein weiterer Arbeitgeber stellt fest, dass die „Hausärzte über moderne Techniken zu wenig informiert sind, z.B. modernes Wundmanagement, oder über Hilfsmittel zur Versorgung und da wird die Zusammenarbeit oft schwierig.“ Ein Arbeitgeber stellt fest, dass sie als „ambulanter Pflegedienst nicht an die Familien kommen, die diese Leistungen (der FGP) brauchen“, da „die öffentlichen Einrichtungen wie Sozialamt, Gesundheitsamt und Jugendamt das Konzept nicht kennen“.

Einige Arbeitgeber weisen darauf hin, dass die „Begrifflichkeit Familienpflegerin oft zu Verwirrung führt“ und dieser „Begriff oft anstatt FGP verwendet wird“. Eine Arbeitgeberin meint dazu, dass es „ja auch nicht überall die Familienpflegerin gibt, die kennt nicht jeder und das macht es sicherlich schwieriger, das voneinander abzugrenzen.“

Häusliche Pflege ist ein guter Zugang in die Familien

Die Arbeitgeber der ambulanten Pflegedienste erachten die „häusliche Pflege als einen guten Zugangsweg für die FGP“. Eine Arbeitgeberin erklärt dies am Beispiel einer Familie, in der die Mutter durch die Ernährungsberatung der FGP es geschafft hat, abzunehmen. Die Arbeitgeberin ist überzeugt, „wenn von draußen jemand gekommen wär, quasi von Amtswegen, von der Gemeinde und gesagt hätte, ich bin jetzt ihre FGP, morgen fangen wir mal an mit dem Abnehmen, dann hätte die (Mutter) gesagt, danke, ich habe andere Sorgen, aber durch die ambulante Pflege hatte die (FGP) natürlich nen Zugang gekriegt“.

Eine andere Leiterin ist ebenfalls der Meinung, den Zugang „kriegt man sicherlich in manchen Familien leichter, wenn man sagt, man ist Kinderkrankenschwester und

man kümmert sich um das Kind und über das Vertrauen sich dann das Familiensystem anschaut ...“. Eine Leiterin eines ambulanten Pflegedienstes erlebt in ihrer alltäglichen Arbeit, dass das „Jugendamt überfordert ist“ und deshalb „Fälle abgeben soll“. Sie stellt weiter fest: „Die Familien haben Angst vorm Jugendamt, wir könnten es aus einer Hand anbieten, die Familien haben Vertrauen und keine Angst.“.

Eine Informantin glaubt, dass es „für die Hebammen einfacher ist, der Zugang ist leichter und es ist eine andere Sichtweise.“ Letztendlich ist es ihrer Meinung nach wichtig, dass sich die „Familien nicht an jemand anderes gewöhnen müssen, sondern alles in einer Hand bleibt.“

Auf die Frage, warum dann trotzdem bisher so wenige ambulante Pflegedienste ihre Mitarbeiter zur Weiterbildung schicken, meint eine Leiterin: „Sie findet das nicht erstaunlich, also es ist tatsächlich so, dass im Erwachsenenbereich gar keine Zeit ist, allein von dem Druck, der über die Finanzierung gemacht wird, ... und dann glaube ich, besteht ganz oft das Gefühl, das machen wir doch eh schon alles, das können wir“. Ihre Kollegin glaubt „zudem ist auch so das Gefühl, da bin ich nicht zuständig, ich bin jetzt für den kranken Menschen da und die Wunde, also ganz reduziert zuständig, und dann kriege ich den Verbandswechsel bezahlt, aber ob jetzt die Ehefrau da ein Problem hat, ... also man muss es ja zwangsweise sogar ein Stück weit ausblenden, also, selbst wenn man es beachten wollte, muss man sich ja teilweise sagen, da schaue ich jetzt gar nicht hin.“

Beide Arbeitgeberinnen sind überzeugt davon, „dass ganz viele Pflegedienste sofort ihre Leute schicken würden, würde es dafür Geld geben und nicht nur, weil sie dafür Geld kriegen, sondern weil sie den Sinn darin schon erkennen und auch gerne soviel Zeit hätten, aber das muss finanziert werden, sonst funktioniert das überhaupt nicht.“

5.2.3 Aussagen der Familien

Insgesamt haben sich neun Familien für ein Interview bereit erklärt. Drei davon konnten nach einem Jahr ein zweites Mal befragt werden. Alle zwölf Interviews wurden bei den Familien zu Hause durchgeführt. Die Interviewdauer lag zwischen 54 und 190 Minuten. Bei einigen Befragungen waren, zumindest zeitweise, alle Familienmitglieder, auch die Kinder, am Interview beteiligt, bei den übrigen Interviews

waren entweder ein Teil der Familie oder nur die Hauptpflegepersonen die Interviewpartner.

Nachfolgend werden die neun befragten Familien, der Anlass für die Begleitung durch die FGP bzw. FGH und deren Zugang zu den Familien kurz dargestellt. Dabei handelt es sich um zwei Familien mit einem pflegebedürftigen Kind, eine alleinerziehende Mutter, einer Familie, bei der die Frau eine Risikoschwangerschaft hatte, einer sozial schwachen Familie, drei Familien mit einem an Demenz erkrankten Familienmitglied und einer Familie mit einer pflegedürftigen Großmutter, bei der im Verlauf auch eine Demenz festgestellt wurde. Diese Großmutter sowie ein an Demenz erkrankter Großvater sind zwei bzw. vier Monate vor den Familieninterviews verstorben.

5.2.3.1 Kurze Beschreibung der Familien

Familie A lebt in einer Stadt und besteht aus den beiden Eltern und vier Kindern. Das jüngste Kind ist drei Jahre alt und seit der Geburt pflegebedürftig. Die anderen Kinder sind zwischen vier und 14 Jahre alt, die vierjährigen Kinder sind Zwillinge. Der Vater ist berufstätig und kann sich daher nur wenig an der Pflege des Kindes beteiligen. Er unterstützt seine Frau bei der Pflege des Kindes und der Versorgung der übrigen drei Kinder, soweit dies durch die Berufstätigkeit möglich ist. Die Großeltern mütterlicherseits leben im Ausland, die Großeltern väterlicherseits und eine Schwester des Ehemannes einschließlich ihrer Familie leben im gleichen Mehrfamilienhaus. Diese Familienmitglieder unterstützten die Familie vor allem im ersten Jahr nach der Geburt des pflegebedürftigen Kindes, das fast das gesamte erste Lebensjahr in der Klinik verbringen musste und die Mutter die meiste Zeit bei dem Kind in der Klinik war. Professionelle Unterstützung bei der Versorgung des pflegebedürftigen Kindes erfährt die Familie u.a. durch einen ambulanten Kinderkrankenpflegedienst. Den Anlass für die Begleitung durch die FGP bildete die bevorstehende Entlassung des pflegebedürftigen Kindes aus der Klinik. Den Zugang erhielt die FGP über den ambulanten Kinderkrankenpflegedienst, der das Kind versorgt.

Familie B lebt in einem Haus auf dem Land und umfasst die beiden Eltern und drei Kinder zwischen vier und sieben Jahren. Das vierjährige Kind ist seit seiner Geburt pflegebedürftig und wird hauptsächlich von der Mutter versorgt. Der Vater ist berufstätig und kann sich daher nur wenig um das pflegebedürftige Kind kümmern. Die

Eltern der Mutter wohnen in der Nähe und beteiligen sich an der Unterstützung der Familie. Professionelle Unterstützung erfährt die Familie durch einen ambulanten Kinderkrankenpflagedienst. Des Weiteren erhält das pflegebedürftige Kind eine Frühförderung, eine Logo- und eine Ergotherapie. Der Anlass für die Versorgung durch die FGP entstand vorrangig durch die Pflegebedürftigkeit des Kindes, der Zugang der FGP erfolgte über den ambulanten Kinderkrankenpflagedienst.

Bei Familie C handelt es sich um eine alleinerziehende Mutter mit zwei Kindern. Das Kind aus erster Ehe ist zehn Jahre und das zweite Kind aus einer anderen Beziehung zwei Jahre alt. Die Familie lebt in einer Stadt. Das ältere Kind hat engen Kontakt zu seinem Vater, mit dem die Mutter auch nach der Trennung noch freundschaftlichen Kontakt pflegt. Zum Vater des jüngeren Kindes besteht seit der Trennung, diese erfolgte während der Schwangerschaft, kein Kontakt mehr. Die Eltern der Mutter sind bereits verstorben. Das zweijährige Kind hat eine angeborene Fehlbildung, die bisher noch nicht operativ behoben werden konnte. Daher leidet das Kind unter Schmerzen, es erbricht ständig und schreit seit der Geburt sehr viel. Die Mutter hat keine kontinuierliche professionelle Unterstützung. Der Anlass für die Begleitung durch die FGP bestand durch die Überforderung der Mutter. Den Zugang zur Familie erhielt die FGP bei einem Treffen von alleinerziehenden Müttern und Vätern, im Rahmen ihres Praktikums.

Bei Familie D handelt es sich um den Vater, der aus einem afrikanischen Land immigriert ist, die Mutter mit einer Risikoschwangerschaft mit Zwillingen und den drei Kindern zwischen vier und neun Jahren. Das neunjährige Kind wurde in Afrika geboren und von der Familie adoptiert. Es ist eigentlich der Neffe der Familie. Bei dem jüngsten Kind wurde ein Down-Syndrom festgestellt. Die Familie wohnt in einer Stadt, neben dem Haus der Eltern mütterlicherseits, die die Familie teilweise materiell unterstützen. Der Vater arbeitet sehr viel und kann sich daher nur wenig um die Familie kümmern. Die Frau engagiert sich sehr in gemeindebezogenen und kirchlichen Programmen bzw. Projekten. Den Anlass für die Begleitung durch die FGH bildete die Risikoschwangerschaft der Mutter. Der Zugang erfolgte durch die Mutter selbst, sie hat die FGH beim Einkaufen angesprochen, da sie die Hebamme vorher bei einer Informationsveranstaltung für werdende Mütter kennen gelernt hat.

Familie E lebt im ländlichen Raum und umfasst die noch relativ jungen Eltern und ihre fünf Kinder. Das jüngste Kind ist einige Monate und das älteste Kind zehn Jahre

alt. Von den fünf Kindern leben zwei bei ihren Eltern, die übrigen drei Kinder wurden vom Jugendamt aus der Familie genommen. Ein Kind wurde in einem Kinderheim und zwei Kinder wurden in Pflegefamilien untergebracht. Die Familie erhält Unterstützung von der Sozialhilfe. Weder der Vater noch die Mutter haben eine Ausbildung absolviert und zum Zeitpunkt der ersten Schwangerschaft war die Mutter noch minderjährig. Der Vater arbeitet stundenweise in einer betreuten Werkstatt für Menschen mit psychischen Erkrankungen und die Mutter war vor der letzten Schwangerschaft, einer Risikoschwangerschaft, zeitweise als Reinigungskraft tätig. Nach dem Entzug der drei Kinder ist die Familie in eine andere Stadt gezogen, „um einen Neuanfang zu machen und den Zuständigkeitsbereich des vorherigen Jugendamts zu verlassen“. Die Eltern leiden unter dem Entzug der drei Kinder und wünschen sich eine Familienzusammenführung. Den Anlass für die Begleitung durch die FGH bildete der erneut vom Jugendamt angedrohte Entzug des vierten Kindes. Der Zugang der FGH in die Familie erfolgte durch die Risikoschwangerschaft der Mutter.

Zur Familie F zählen die verwitwete Tochter, ihr Mann ist vor fünf Jahren verstorben, ihr an Demenz erkrankter hochaltriger Vater und ihre fünf erwachsenen Kinder. Die Frau lebt mit dem Vater und dem jüngsten (mittlerweile 19jährigen) Kind im eigenen Haus, von den übrigen vier Kindern ist eines verheiratet und wohnt ebenfalls im gleichen Dorf. Die anderen drei Kinder sind weggezogen und leben allein oder in einer Partnerschaft. Der demenzkranke Vater wird hauptsächlich von der Tochter versorgt, die bis zu der massiven Verschlechterung ihres Vaters, am Wochenende stundenweise in einer Gaststätte gearbeitet hat. In den meisten Fällen unterstützt die im Haus lebende Tochter ihre Mutter bei der Versorgung ihres schwer demenzkranken Vaters. Der Anlass für die Begleitung der FGP war die Überforderung der pflegenden Tochter. Den Zugang erhielt die FGP über einen Angehörigengesprächskreis, an dem die pflegende Tochter teilnahm.

Die Familie G umfasst die Eltern, die drei Kinder zwischen 15 und 18 Jahre und die an Demenz erkrankte Großmutter mütterlicherseits. Die Familie lebt im Haus der Großmutter auf dem Land. Beide Eltern sind berufstätig, die Ehefrau ist teilzeitbeschäftigt, da sie sich hauptsächlich um ihre demenzkranke Mutter kümmert. Unterstützung erfährt sie hierbei teilweise durch das volljährige Kind, das allerdings nach Abschluss der Schule das Haus verlassen und in die Stadt ziehen wird. Die anderen beiden Kinder können das Verhalten der Großmutter nicht verstehen und verhalten

sich eher ablehnend ihr gegenüber. Der Ehemann unterstützt seine Frau bei der Versorgung der Mutter kaum, da seit der Ehe Konflikte zwischen ihm der Schwiegermutter bestehen. Die beiden Schwestern der pflegenden Tochter beteiligen sich nicht an der Versorgung ihrer Mutter, da es auch hier Konflikte zwischen den drei Schwestern einschließlich ihrer Familien gibt. Den Anlass für die Begleitung der FGP bildete die bevorstehende Entlassung der demenzkranken Großmutter aus der psychiatrischen Klinik. Der Zugang der FGP erfolgte über die Entlassungsplanung und die hierin vorgesehene Beratung im Rahmen einer ambulanten Nachbegleitung der Betroffenen und ihrer Familien.

Familie H lebt in einem Haus in der Stadt und besteht aus den Eltern, zwei Kindern zwischen acht und zehn Jahren und der pflegebedürftigen Großmutter mütterlicherseits, bei der im Verlauf ihrer zweijährigen Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Demenz festgestellt wurde. Beide Eltern sind berufstätig, wobei sich die Ehefrau hauptsächlich um die Versorgung ihrer Mutter kümmert. Sie erhält professionelle Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst. Den Anlass für die Begleitung durch die FGP bildete die Überforderung der Hauptpflegeperson. Der Zugang entstand durch die persönliche Bekanntschaft zwischen der Hauptpflegeperson und der FGP.

Familie I lebt in einer Kleinstadt und umfasst neben den Eltern, drei Kinder und die Großeltern väterlicherseits. Das jüngste Kind ist erst fünf Monate, die anderen beiden Kindern sind bereits acht und 16 Jahre alt. Die Mutter hatte bei dem jüngsten Kind eine Risikoschwangerschaft. Von den Großeltern lebt die demenzkranke Großmutter seit etwa einem Jahr im Haus ihres Sohnes und seiner Familie. Der Großvater lebt weiterhin allein im eigenen Haus. Die Familie hat die Großmutter zu sich genommen, da der Großvater nicht wahrhaben wollte, dass seine Frau demenzkrank ist und sich u.a. auch dadurch die Situation der Großmutter letztendlich immer mehr verschlechtert hat. Sie wurde in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Die Großmutter ist mittlerweile von Montag bis Freitag in der Tagespflege, die übrige Zeit wird sie hauptsächlich von der Schwiegertochter versorgt. Der Ehemann ist berufstätig und beteiligt sich kaum an der Versorgung seiner Mutter. Das älteste Kind unterstützt ihre Mutter bei der Versorgung der Großmutter. Der Großvater kann nach wie vor nicht akzeptieren, dass seine Frau krank ist, was immer wieder zu Konflikten in der Familie führt. Der zweite Sohn der Großeltern und seine Familie kümmern sich nicht um die

Großmutter, was wiederum zu Konflikten innerhalb der Familie führt. Den Anlass der Begleitung durch die FGP stellte die damals bevorstehende Entlassung der Großmutter aus der psychiatrischen Klinik dar. Der Zugang der FGP erfolgte über die nachstationäre Beratung der Familie im Rahmen der Entlassungsplanung.

5.2.3.2 Erfahrungen der Familien mit Pflege und Versorgung

In diesem Abschnitt werden die Kernaussagen der Familien zu ihrem alltäglichen Erleben und den Erfahrungen, die sie immer wieder im Rahmen der Versorgung ihrer pflegebedürftigen Familienmitglieder gemacht haben, dargestellt. Diese Erfahrungen beziehen sich auf die Zeit ohne die Begleitung durch die FGP bzw. FGH.

Man muss lernen, mit der Situation umzugehen

Alle befragten Familien haben sich „im Laufe der Zeit Strategien“ erarbeitet, um mit der Belastung umgehen bzw. diese bewältigen zu können. Eine pflegende Tochter hat für sich festgestellt, „da wächst man dann rein“ und eine Familie betont, sie braucht ihre festen „Alltagsrituale und Regeln, sonst schaffen wir das nicht“. Oftmals „macht man vieles gleichzeitig“. Bei einigen Familien hat die Pflegesituation dazu beigetragen, dass der Zusammenhalt in der Familie stärker geworden ist. Eine Mutter betont hierzu: „Wenn wir nicht so wären, wären wir nicht so weit gekommen“. Alle Hauptpflegepersonen kümmern sich darum, dass ihre Familien versorgt sind und der Alltag „soweit als möglich normal weiterläuft“, doch „selber stellt man sich halt immer an hinterster Stelle an“. Eine Informantin erklärt dies damit, dass „wir Frauen ja so sind, wir würden zehn Arbeiten gleichzeitig machen“. Eine andere Frau sagt, es „leidet dann auch die Familie zu sehr drunter, die Ehe und ich denk mal das muss nicht sein und man kann das halt dann einfach auch anders bewältigen, ...man muss das lernen mit der Situation umzugehen.“ In einer Familie „helfen halt alle zusammen das funktioniert schon, am Anfang war halt wirklich alles nur an mir (der pflegenden Schwiegertochter) gehängt, da hat mein Mann sich nur auf mich verlassen.“

Die Familien haben gelernt, mit der Situation umzugehen. Sie sind der Meinung, dass „man nicht nachgeben darf, man lernt, am Ball zu bleiben“ und dass „man stark bleiben muss, um das überhaupt zu verkraften oder um überhaupt das zu lernen.“ Eine Mutter „würde das auch wieder so machen“ und den Eltern „raten, das Kind so zu akzeptieren, wie es ist und es so lieben zu können, weil sonst kommt man damit

nicht klar, man muss sich nicht schämen, dass man ein krankes Kind hat, man soll damit offen umgehen, man muss das erst lernen.“

Man kommt an seine Grenzen

Bei Familien, in denen die Erkrankung oder die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen langsam und schleichend verläuft, versuchen die Familienmitglieder den Alltag soweit als möglich weiter aufrecht zu erhalten. Die Familie stellt sich mit dem Verlauf auch immer mehr auf die Bedarfe der Betroffenen ein und richten ihren Alltag darauf aus. Erfährt die Familie keine begleitende Unterstützung oder Entlastung, tritt früher oder später eine Krisensituation ein, mit der die Familie alleine nicht umgehen kann. Die Familien, bei denen die Erkrankung oder die Pflegebedürftigkeit plötzlich und unvorhergesehen eintritt, erleben einen „Bruch“, das alltägliche Leben ändert sich schlagartig und es bleibt keine Zeit, sich auf die neue Situation einzustellen. Sie befinden sich in einer Krisensituation, die sie bewältigen und teilweise „ganz neu denken lernen müssen“. In beiden Verläufen sind die Familiensysteme fragil, vulnerabel und auf Hilfe von außen angewiesen.

Viele Familienmitglieder erleben, dass sie „an ihre Grenzen kommen“ und „nicht mehr weiter wissen“. Eine pflegende Schwiegertochter hat „dann selber nicht mehr können, weil ich gesagt hab, die macht unsere ganze Familie kaputt, die (demenz- kranke Großmutter) war tagtäglich am Wochenende bei uns, hat nur geflennt und wollt dann nimmer heim am Abend und es war einfach ein volles Chaos, ... und dann hab ich den Termin gemacht (für die Großmutter beim Psychiater) und dann ist natürlich mein Schwiegervater total ausgerastet weil ich des in die Hand genommen habe“. Eine pflegende Tochter meint, „also ich war am Ende der Schwangerschaft so fix und fertig, ich hab sie (die demenzkranke Mutter) an manchen Tag fast nimmer sehen können, ... und ich mit meinem riesen dicken Bauch hab schon fast nimmer laufen können und das hat mich dann so gestresst“. Eine andere Mutter „weiß, wie es ist kaputt und fertig zu sein, es gibt Tage, wo ich denke, ich kann nicht mehr.“ Eine pflegende Tochter „steht immer unter Strom“ und eine Mutter „muss immer irgendetwas tun“ und „nur wenn ich irgendwo anders bin, dann kann ich ruhig sitzen bleiben, solange ich hier (Zuhause) bin, geht das nicht.“ In einer Familie waren es „einfach so Kleinigkeiten wo die Kinder sich auch furchtbar geekelt haben davor, also für den ihn (das jüngste Kind) war das ganz furchtbar, wo er mitgekriegt hat Oma

kackt in die Hose oder Oma verbieselts Bett, das war also ganz schlimm der hat ne Zeit lang wirklich Ekel vor ihr gehabt, der wollt nichts mehr mit ihr zu tun haben.“ Eine Mutter hat es „halt ausgehalten aber ich hab halt zwischendrin null geschlafen ne und sie (die Tochter) hat alles ausgebrochen, sie hat ganz ganz viel gebrüllt, ... und mein Problem war halt wirklich, dass ich zu wenig geschlafen hab ne dann auch irgendwie chronische Erkrankungen darüber entwickelt hab“. Rückblickend stellt diese Mutter fest: „Ich hab zum Teil wirklich nicht beantworten können wie ich heiße ne, ich war so müde konnt meinen Namen auch nicht schreiben, irgendwann ist man dann so fertig ..., ich weiß nichts mehr von den zwei Jahren ... ich habe halt nur funktioniert, Kind gefüttert, sauber gemacht, das Schlimmste wenigstens, weil sie (das Kind) ja permanent gespuckt hat“.

Es belastet die Eltern pflegebedürftiger Kinder, dass sie die gesunden Geschwister teilweise benachteiligt werden oder dass sie weniger Zeit mit ihnen verbringen können. Denn „auch wenn man mit den anderen Kindern spielt, die Kinder kriegen das mit, man ist mit dem Kopf nicht da, man konzentriert sich nicht auf die Kinder“. Eine Mutter meint hierzu: „Also war echt schwierig ne, hat mein Sohn auch darunter gelitten, der war dann nur noch traurig und nur noch depressiv, weil ich mich null um ihn gekümmert hab ...“.

Eine Frau „konnte bisher ihre Trauer nicht aufarbeiten, ich kann nicht vor den Kindern weinen, ich muss mich zusammennehmen“. Gleichzeitig ist es ihr wichtig, dass auch „gelacht wird, wir haben immer gelacht, Lachen hilft, wir sind halt so.“ Eine Mutter weiß, dass ihr Sohn „vernachlässigt“ wurde, aber „seitdem ich besser schlafe, versuche ich das dann auch wieder auszugleichen und jetzt momentan schaffe ich ja eigentlich alles ganz gut ne.“ Eine Mutter meint, „und dann ja braucht man halt einfach die Zeit, dass halt die zwei (gesunden Geschwister) halt auch nicht zu kurz kommen, ... also durch die Pflege von ihm (dem pflegebedürftigen Kind) darf halt nicht sein, dass die anderen beiden zu kurz kommen, find ich ...“.

Eine pflegende Tochter sagt in diesem Zusammenhang: „Aber klar ich mein es war auch eine Stresssituation für die Familie, weil wenn jetzt sagen wir mal ein Wochenende mal fortfahren zu Verwandte, es war halt eigentlich fast nicht drin, also dann halt entweder getrennt, mein Mann ist alleine gefahren ähm mit den Kindern oder wir sind halt dann gar nicht mehr gefahren, und da haben die Kinder teilweise dann schon auch nen bisschen drunter gelitten, weil es musste halt immer jemand da sein,

... weil sie (die demenzkranke Mutter) in Kurzzeitpflege zu tun, dass ist halt glaub ich für so einen alten Menschen auch sehr viel Stress.“

Alle helfen mit

Zur Bewältigung der Anforderungen ist der Familienzusammenhalt wichtig. Hierbei hat „jeder seine Aufgabe“ und „alle helfen mit“, auch die Kinder. In allen Familien mit Kindern sind diese in unterschiedlichster Weise in die Pflege und Versorgung mit eingebunden. Eine Mutter beschreibt dazu: „Ich merk halt an den Kindern schon, dass die oft an ihre Grenzen kommen und sie (die 16jährige Tochter) macht das aber ganz toll, und irgendwie macht sie für die Oma auch alles muss man sagen, also, wenn es mal bei uns klemmt, dann wäscht sie auch die Oma oder bringt Oma ins Bett.“ In einer anderen Familie musste der achtjährige Sohn als die Mutter aufgrund einer Operation zwei Tage nicht aufstehen konnte „als es ganz schlimm war auch kochen ne, er (der Sohn) hat halt dann morgens das Essen hingestellt, dann ist er zur Schule, dann hat die Kleine (das zweijährige Kind) sich selber das Essen genommen. Die Mutter findet es „halt auch problematisch, dass er (der achtjährige Sohn) durchaus miterziehen muss“ und er muss „halt mithelfen.“

Eine Mutter führt an: „Es war schon ein Stress für alle, wir haben es dann auch besprochen, wie können`s wir als Familie zusammen machen, wer kann äh welche Aufgaben übernehmen, dass ich halt dann auch eben etwas entlastet bin, weil ich auch berufstätig war und ich mein ich muss sagen es hat eigentlich dann auch ganz gut geklappt.“

Außenstehende sehen das nicht

Die Familien und hier vor allem die Hauptpflegeperson können oftmals mit keinem Außenstehenden über ihre Situation, die Belastungen und Sorgen sowie den Spannungen und Konflikten innerhalb der Familie reden. Die „Außenstehenden sehen, die ist frisch gewaschen, die Oma, weil die schaut für ihre achtzig Jahre echt noch gut aus, und das versteht gar keiner, dass des bei der im Kopf absolut nicht mehr stimmt, mich ham auch schon Leut aus dem Ort angerufen, warum wir die Oma in die Tagespflege tun, des können mir doch nicht machen und so weiter, da denk ich immer, ihr wisst ja gar nicht was mir den ganzen Tag mitmachen mit ihr.“ Ein Ehemann hat, seit dem die Mutter pflegebedürftig ist, „von seinem Bruder keinen ein-

zigen Ton mehr gehört, der hat seitdem noch nie nach seiner Mutter gefragt, ... und jetzt hängt halt alles nur an uns und das ist manchmal schon heftig“.

Oftmals brechen die betroffenen Familien selber den Kontakt nach außen ab, weil sie nicht darüber reden können, sich schämen oder weil „ihnen die Kraft fehlt“. Eine Mutter hat ihre „sozialen Kontakte abgebrochen, weil ich dafür keine Kraft hatte, ich bin auch nicht mehr ans Telefon gegangen also da war ich zu müde.“ Eine Informantin findet es zwar „schade, dass man die alten Freunde verloren hat, aber da würde ich jetzt auch nicht mehr anrufen einfach, weil die mich in der Situation erlebt haben“. Für die Familien ist es schwierig, mit „jemandem darüber zu reden, der das nicht kennt“, sie ziehen sich zurück oder versuchen, „sich nichts anmerken zu lassen“. Sie schützen sich vor „tausend Fragen, die ich auch nicht beantworten kann“. Oftmals haben sie auch „sonst keinen Gesprächspartner, über so was redet man kaum, normal erzählt man das ja niemand so, ich mein, man schützt sie (die demenzkranke Mutter) ja auch, sogar die Kinder schützen sie“. Eine Informantin erklärt „man isoliert sich, ich mein, man hat ja auch `ne Hemmschwelle ...“.

Eine Mutter meint, dass die „Leute es auch gar nicht wissen wollen, wie es einem geht. Weil ich sag jetzt mal man fragt ja oft wie geht es, kenn ich, sehe ich oft bei Bekannten, wenn die dann fragen, und wie geht es, wenn man dann gesagt hat, naja irgendwie nicht so gut, man hat gemerkt so ungefähr, ach hätte ich doch bloß nicht gefragt, ja dann hört man halt auf zu reden“. Eine pflegende Tochter musste feststellen, dass „keiner sagt, jetzt tu mal langsam, äh du bist auch noch da und du hast auch noch ein Leben, ...weil, jeder sagt naja ich hab selber genug zu tun, und des ist dann schon schwierig, weil jeder hat gesagt ja deine Mama hat es bei dir ja eh so gut und du bist eine tolle Tochter, aber was halt einfach dahinter gesteckt ist, da haben sich eigentlich die wenigsten danach erkundigt, ... da waren sie dann selber wieder alle zu sehr beschäftigt.“

Jeder macht sein Ding

Betrachtet man die verschiedenen Akteure, die in den Familien sind, so zeigt sich vor allem bei den Familien mit den pflegebedürftigen Kindern, dass hier viele verschiedene Leistungsanbieter agieren, sie sind jedoch nicht vernetzt, „jeder macht sein Ding“ und sie „geben sich die Klinke in die Hand“. Ein Vater meint dazu: „Manchmal

haben wir dann das große Los gezogen, dann kommen sie am gleichen Tag, dann geht der eine gerade raus, dann kommt der Nächste rein ...“.

Die verschiedenen Akteure haben „ihre festen Zeiten“, ihre festgelegten Tätigkeiten und sie bestimmen, analog dem pflegebedürftigen Familienmitglied, den „Tagesablauf der Familie“. Die Familien „leben immer nach der Uhr“, sind ständig unter Zeitdruck und vor allem die Hauptpflegepersonen fühlen sich gehetzt und stehen „ständig unter Strom“. Gleichzeitig erleben die Familien, dass sie nicht „als Ganzes“ wahrgenommen werden, sondern immer nur die Betroffenen im Blickpunkt der Akteure stehen. Eine Mutter formuliert hierzu: „Die gesunden Kinder existieren eigentlich nicht“.

Im Umgang mit den verschiedenen Leistungsanbietern hat eine Mutter für sich gelernt, dass „man sich arrangieren muss.“ Sie meint, „am liebsten würde man alles selber machen, aber man muss lernen abzugeben und erst dann ist es eine Entlastung“. Eine pflegende Tochter hat erlebt, dass sie der Pflegedienst „ständig angerufen hat, wo ich also in der Arbeit war, sie müssen jetzt sofort heimkommen äh ihre Mutter ist gestürzt, ich hab dann auch also alles liegen und stehen lassen und bin natürlich heim und in der Arbeit musste ich alles absagen.“ Eine Mutter sagt, „ohne Pflegedienst geht es nicht, aber man nimmt nicht mehr Stunden als man braucht ist so mein Denken“. Die andere Mutter stellt fest: „... weil, wenn ich da jetzt ständig dabei bin und schau was machen die und wie machen sie es und machen sie es richtig mit ihm (dem pflegebedürftigen Kind), dann brauche ich keinen Pflegedienst dann kann ich es gleich selber machen“.

Die Interviewaussagen zeigen auch, dass die verschiedenen Akteure „die im Haus aus- und eingehen“ oftmals nicht „miteinander sprechen“ und teilweise sprechen sie „mit einem selbst auch nur, wenn man etwas besorgen soll oder wenn etwas passiert ist.“ Teilweise haben die Hauptpflegepersonen das Gefühl, dass sie von den Mitarbeiterinnen der Pflegedienste „nicht wirklich gesehen werden“. Eine pflegende Tochter, die halbtags berufstätig war, hat für sich wenig Unterstützung erfahren bzw. „eigentlich gar nicht, also weder vom Arzt, noch vom dem Pflegedienst, ich hab sie halt einfach relativ selten gesehen, weil ich oft in der Früh schon außer Haus war und mittags war ich noch nicht da, ... aber die gingen rauf (zur pflegebedürftigen Mutter), die gingen runter, des ist ne Zeitsache muss ich auch sagen, die kriegen für die Leis-

tungen so und so viel, einerseits kann ich`s verstehen, aber die haben eigentlich oft gar keine Zeit für irgendein persönliches Gespräch.“

Den Familien bleibt oftmals wenig Zeit für gemeinsame Aktivitäten, vor allem zur Freizeitgestaltung, und dies wiederum führt zu Spannungen und Konflikten innerhalb der Familie. Eine Mutter „schaut ständig auf die Uhr“ und wenn sie „nachmittags was unternehmen, dann müssen wir spätestens um fünf Uhr daheim sein, weil da kommt der Pflegedienst wieder, da muss ich daheim sein und das verstehen die Kinder halt nur schwer.“

Trotz der vielen Akteure haben die Familien enormen Beratungs- und Informationsbedarf. Fast alle Informanten weisen darauf hin, dass sie sich die Informationen selber beschaffen mussten. „Man fragt sich dann schon irgendwo so durch“. In den meisten Fällen fand keine Beratung statt oder wenn doch, dann waren es oftmals „Fehlberatungen“. Hinsichtlich Beratung und Information stellen vor allem die Haus- und Fachärzte für die Familien wichtige Akteure dar. Die Erfahrungen der Familien hierzu sind allerdings unterschiedlicher Art. Eine Mutter hat ihre Situation ihrer „Ärztin erzählt“ und sie hat ihr „sogar eine Haushaltshilfe aufgeschrieben“, als sie „operiert war ne und dann auch nicht so viel laufen konnte.“ Eine andere Familie beschreibt ihre Erfahrung folgendermaßen: „Also die Hausärztin ist alle vierzehn Tage zu ihr (der Großmutter) gekommen und dann hab ich der Hausärztin halt erklärt, wie schlecht es der Oma eigentlich geht und die hat das eigentlich eher lächerlich genommen und hat zu mir gesagt, die Frau hat schon zwanzig Jahre Depressionen, also das sei nichts Dramatisches, und der Psychiater hat dann gesagt sofort in die Klinik und dann war sie da vier Wochen.“

Eine pflegende Tochter „ist zum Hausarzt gegangen, der hat mir überhaupt nicht geholfen, das war schrecklich, ja ich bin da hin, weil, es war fast nicht mehr auszuhalten“. Eine pflegende Tochter „will jetzt nicht sagen, dass der Arzt vielleicht einen da nicht so unterstützt, vielleicht auch aus Mangel an Wissen, aber es waren halt viele Dinge, wo sie (die FGP) gesagt hat, das können wir noch machen, das können wir beantragen, was der Arzt eigentlich nicht gesagt hat.“ Eine Familie fühlte sich vom Hausarzt allein gelassen, als es der pflegebedürftigen Mutter zunehmend schlechter ging, „weil der nicht erreichbar war und da muss ich sagen, da war ich jetzt eigentlich auch vom Hausarzt ein bisschen enttäuscht, weil er hat eigentlich gesehen wie schlecht äh es ihr ging, und da hätte ich eigentlich jetzt auch von ihm er-

wartet, reden wir über die Situation mal wie ist es, wenn sie gestorben ist wie können wir das machen.“

Einige Familien sind der Meinung, dass die Hausärzte keine Pflegehilfsmittel verschreiben sollten, da sie „anscheinend nicht die erforderliche Ahnung dazu haben“. Für eine pflegende Tochter ist das „mit den Inkontinenzsachen jetzt mal so ein typisches Beispiel, oder dem Pflegebett oder Toilettenstuhl, Duschstuhl, dass man sich das erleichtern kann, aber da muss ich sagen, ist jetzt der Arzt nicht unbedingt der Ansprechpartner, also da muss man schon auf ihn (den Hausarzt) zukommen, sie das brauch ich und das verschreiben sie mir bitte.“

Teilweise haben die Familien auch negative Erfahrungen mit Ämtern bzw. deren Vertretern oder entsprechenden Einrichtungen gemacht. Eine Familie hatte z.B. „so eine, SPFH (Sozialpädiatrische Familienhilfe), die war immer nur am Schimpfen, nur am Kommandieren und das ist falsch, alles was man machte war scheiße und dann war ich soweit und hab die Leute rausgeschmissen“. Eine andere Familie hat „keine Hilfe gekriegt, man konnte ruhig nach Hilfe rufen, zum Jugendamt hört mal, der Junge macht uns verrückt, wir kommen da nicht mehr richtig mit klar, die haben sich da gar nicht drum gestört, ... ja so ist das dann abgelaufen, statt dass die uns geholfen haben, haben die uns ins Feuer rennen lassen.“ Eine Informantin war „in so ner Mutter-Kind-Einrichtung, aber da sie mich da wie fünfzehn behandelt haben bin ich gegangen, weil ich hab gesagt, hören sie mal, ich bin zweiunddreißig Jahre alt ich bin hier keine fünfzehn, ... ich sollte lernen im Haushalt und so zurechtzukommen, wo ich ja nicht brauch, ich weiß, wie ich mit mein Haushalt umgehen muss, ich bin ja kein Kind.“

5.2.3.3. Erfahrungen der Familien mit der FGP und FGH

Nachfolgend werden die Kernaussagen der Familien zu ihren Erfahrungen mit der der Begleitung und Betreuung durch ihre FGP und FGH dargestellt.

Hat mein/unser Vertrauen

Für die Familien stellt die FGP bzw. FGH eine Vertrauensperson dar, der sie alles erzählen können. Eine Informantin „findet das eine gute Sache“, denn „er (der FGP) hat mein Vertrauen“. Das Vertrauen muss aber erst aufgebaut werden. Eine Informantin war „anfangs skeptisch, aber wir hatten dann sehr intensive Gespräche, es ist

ein Vertrauen dann rausgekommen, was ich sonst Niemandem sagen würde“. Für eine befragte Mutter ist es sehr wichtig, dass die FGP nicht nur das pflegebedürftige Kind, sondern auch ihre anderen Kinder im Blick hat. Für sie ist das eine wichtige Vertrauensgrundlage. Sie meint hierzu: „Ich habe Vertrauen zu ihr (der FGP), sie kümmert sich auch um die anderen Kinder.“ Eine andere Mutter betont: „Ich kann nicht irgendjemanden hier reinsetzen, dem muss ich erst mal vertrauen“. Weitere Aussagen der Familien hierzu sind z.B. „das tät ich jetzt zu der Schwester die jetzt heute da war jetzt nicht sagen“, „so war das, so ging das dann und dann kam das Vertrauen nachher zwischen uns“, „sie (die FGP) ist nicht jeder, sie wird es nicht weiter erzählen“ und „wenn ich kein Vertrauen hätte, hätte ich mich gar nicht geöffnet oder diesen Kontakt aufrecht erhalten“.

Das Vertrauen führt auch zu einer Beziehung, die sehr persönlich wird. Für eine Informantin zeigt sich dies z.B. an der Teilnahme der FGP bei privaten Anlässen „und dann hab ich halt Geburtstag gehabt und dann hat sie uns die Karte hier geschrieben und das find ich eigentlich ganz nett, weil des einfach auch so persönlich ist.“ Ein Vater meint dazu: „Ich denk mal das kommt davon weil die (die FGH) schon zweieinhalb Jahre hier in die Familie ist und zwei Schwangerschaften, und mit ihr (der FGH) tu ich mich duzen und mit den anderen sag ich Sie,obwohl, bei den Gesprächen (beim Jugendamt) sieze ich sie (die FGH) auch schon mal, weil ich einfach Angst habe, dass die nachher sagen, die Bindung wird so stark, wir müssen die Frau (die FGH) aus der Familie tun und das wäre schade ...“.

Bei einer anderen Familie gibt das Vertrauen zur FGP der pflegenden Schwiegertochter Sicherheit, die ihr hilft, sich durchzusetzen. Sie sagt hierzu: „... bei uns war es am Anfang schon so, nachdem sie (die pflegebedürftige Mutter) dann immer geweint hat, da hat mein Mann auch gemeint, wir holen sie wieder heim (aus der Tagespflege) und da hab ich mich auch wirklich durchgesetzt, ich hab gesagt das war so besprochen mit ihm (dem FGP) und so abgemacht und jetzt halten wir das ein und ich denk das hat allen gut getan.“

Gibt uns Tipps

Für die Familien ist es wichtig, dass Ihnen die FGP bzw. FGH Tipps und Ratschläge gibt, wie sie im Alltag besser zurechtkommen. „Es sind keine großen Dinge“ und für eine pflegende Tochter war es eine große Unterstützung, dass „sie immer wieder

nach Wegen gesucht hat, wie können wir es machen, was ist für alle Beteiligten auch gangbar“. Für die Familien sind es „so kleine Tipps und Vorschläge und Ratschläge, das machst du dann, versuch das mal und seitdem läuft es auch“. Oftmals bleibt den Familien, vor allem den Hauptpflegepersonen, wenig oder keine Zeit, um etwas Neues auszuprobieren. Eine Mutter findet es deshalb gut, dass die FGP ihr Anregungen gibt, denn „man ist ja schon so eingefahren sag ich jetzt mal und denkt gar nicht dran, dass man auch mal was anderes ausprobieren kann und da hilft sie (die FGP) mir immer weiter.“ Eine andere Familie führt diesbezüglich an: „Ja also das war dann auch der (FGP) ihr Tipp also, dass man gleich nach einem Rollstuhl schaut, das haben wir dann auch mit der Krankengymnastin besprochen und die fand das auch gut.“ Für eine andere Informantin sind es „so Alltagstipps, sie (die FGP) macht sich immer viele Gedanken, wie kann sie ihn (das pflegebedürftige Kind) fördern oder dann halt auch ja zum Beispiel das man ihm eben was hinstellt, wo man seinen Teller draufstellt, dass er sich nicht so abbuckeln muss oder ja so Sachen eben.“ Für eine Mutter sind es „so die praktischen Dinge“, „da hatte sie (die FGP) zum Beispiel so `ne Idee, so eine Sprossenwand, damit er (das pflegebedürftige Kind) sich aufziehen kann und dann hat sie dies meinem Papa gesagt und der hat dann gleich so `ne Sprossenwand gebaut“.

Für eine Familie ist es zur Aufrechterhaltung für die, mittlerweile, stabile Familiensituation absolut wichtig, dass sie ihre „alltäglichen Regeln“, die sie sich aufgestellt haben, einhalten können. Die Tipps der FGP helfen ihnen dabei „denn sie (die FGP) hat unsere Alltagsrituale akzeptiert und sie gibt mir Tipps, wie ich diese beibehalten kann“. Eine pflegende Tochter sagt nach dem Tod ihrer pflegebedürftigen Mutter, die Zuhause verstorben ist: „und da hat sie uns halt einfach auch viele Tipps gegeben wie man denn das machen können, dass wir sie hier behalten können und das muss ich sagen, das war schon ne tolle Sache“.

Ein Vater ist im Umgang mit seinem kleinen Sohn unsicher und die FGP gibt ihm Anregungen, er sagt, „der hat jetzt diese Nase zu, da muss ich dann sie (die FGH) fragen, hör mal das ist ein Säugling was mach ich da, die sagt dann pass auf, nimm ein Liter koch einen Liter Wasser ab und hau ein Teelöffelchen Salz rein, machst du dir Salzwasser und dann tust du ihm das in die Nase sprühen für so was ist sie (die FGP) gut und das funktioniert, ... ich würde da nie draufkommen.“ In einem anderen Zusammenhang führt der Vater an: „hab aber erst sie (die FGH) gefragt, was hältst

du davon und nachher kamen die Tipps von ihr, ... zum PEKiP-Programm sagt sie macht das, tut doch mal da teilnehmen, das waren dann so Tipps die sie gab, und dann lief das nachher...“.

Mit jemandem darüber sprechen können, der das versteht

Die Familien empfinden es als große Entlastung, mit jemandem reden zu können, dem sie nicht immer „alles von vorne erzählen müssen“. Eine Mutter meint hierzu: „Es muss eine Person sein, mit der ich mich unterhalten kann, ich habe mehr Kontakt zu ihr, als zu anderen“. Oftmals erleben gerade die Hauptpflegepersonen, dass man „fremden Leuten manchmal eher vertrauen kann, weil jemand aus der Familie hört dir nicht so zu, manche Sachen sind für die lächerlich, darum rede ich mit jemandem, der das nicht lächerlich findet, ich kann z.B. nicht mit jemanden aus der Familie über die tote L. (ihre verstorbene Tochter) reden“.

Eine andere Familie findet es „gut, weil wir haben da jetzt unseren eigenen Ansprechpartner im Endeffekt und wir können dann beides lösen, wenn wir `ne akute Krise haben und wie wir damit umgehen können.“ Eine andere pflegende Tochter ist froh darüber, dass das Gespräch von der FGP initiiert wurde, denn sie selbst hätte es von sich aus nicht getan. „Also ich war dankbar diese Hilfe zu haben, dass sie (die FGP) es immer wieder angesprochen hat und dann sind wir auch eben ein Stückle abgewichen vom Opa weg und da sind mir dann schon auch noch einige Sachen gekommen und ja ham wir dann auch sehr gute Gespräche gehabt doch auch einige Hilfestellungen, die mir dann wieder ein Stückel weiter geholfen haben.“

Eine andere Informantin erlebt die FGH als „sehr offen und ähm sie widmet sich also ne längere Zeit von bestimmt manchmal anderthalb Stunden mit vielerlei Fragen und sie kann sich sehr in meine Rolle hineinversetzen. Sie macht Vorschläge, die ähm diskret sind und die Anteilnahme und Verständnis signalisieren.“ Eine pflegende Mutter fühlt sich durch die FGP wahr- und ernst genommen und meint dazu: „Sie fragt mich, wie es mir geht und ob es passt so oder ja.“ Eine Informantin sagt dazu: „Ich mein, ich find die Sache toll, ich fand das schon gut, dass da jemand alle zwei Wochen für zwei Stunden kommen und mit mir sprechen konnte“. Es ist wichtig, dass die FGP empathisch ist. So stellt eine Informantin fest, sie habe „schon so das Gefühl, sie (die FGP) interessiert sich da halt auch oder fragt“ und sie meint, „dass das halt schon zu ihr (der FGP) auch noch dazugehört, das man eben nachfragt, was

macht ihr oder was war los die letzte Zeit oder was kann ich noch mit ihm (dem pflegebedürftigen Sohn) machen.“ Es ist wichtig, dass „halt eben schon noch so zwischendurch ein Gespräch ist, was halt mit den andern (vom Pflegedienst) nicht ist.“ Bei einer Mutter fragt die FGP „schon oft wie es mir geht, also so nicht jetzt „wie geht es so allgemein“ sondern speziell wie es mir geht“ und „man kann sich öffnen und das erzählen, was wirklich ist.“ Für eine Familie war „das Wesentliche eigentlich, so was mal konkret besprechen zu können.“

Eine andere Informantin ist mittlerweile der Überzeugung, „sie kann mir nur helfen, wenn ich sage, was ich für Probleme habe oder was mir wirklich Sorgen macht, ich rede auch über mein Privatleben, über mich mit ihr, nicht nur über sie (das pflegebedürftige Kind). Sie kennt eigentlich alles.“ Ähnliches betont eine weitere Mutter und meint dazu: „Wenn man nicht darüber redet, kommt man auch nicht weiter, ... sicher ist es ne Erleichterung man hat einen Ansprechpartner, der die Probleme schon kennt in der Familie und uns da ein bisserle führt oder ja Ratschläge gibt auch, uns nicht anweist sagen wir mal so.“ Ein Vater sagt: „Sie kam also von April jetzt bis August kam sie halt regelmäßig zu mir also so zum Teil schon wöchentlich, ...und dann hab ich im Prinzip das erzählt was grad anstand also, was mir auf dem Herzen lag, wo ich auch mir noch Unterstützung erhoffte. Ich hab ihr dann auch zu Beginn erzählt was ich eben versucht habe, was mit mir los ist, was mit meiner Familie los ist.“

Die FGP bzw. FGH initiiert und moderiert das Gespräch, damit die Familienmitglieder über ihre Sorgen und Belastungen sprechen können. Bei einer Informantin „hat sie gesagt, ob das denn mal möglich wäre, wenn wenigstens die die I. (die Tochter) zum Gespräch dazu käme, also die I. war dann zuerst am Sträuben, aber dann ist sie doch dazu gekommen und da hat die es so richtig rausgelassen, so richtig was sie belastet, das hat sie mir nie gesagt und das hat mir dann stark die Augen geöffnet, also das war dann für mich `ne große Hilfe.“

Alleine das Wissen der Familien darum, bei Bedarf einen festen Ansprechpartner zu haben „ist schon hilfreich, weil man einfach weiß, wenn man jetzt irgendein Problem hat, dass man drüber sprechen kann, ...weil man kann jetzt anders reden als wie halt jetzt mit dem Mann oder mit der Mutter, das kommt dann halt immer drauf an halt, was grad ist.“ Bei einer anderen Familie „war der Besuch wichtig, dann schon wirklich so nen Gesprächspartner zu haben und so Lösungen durchzuspre-

chen, also sie (die FGP) hat halt hauptsächlich mit mir gesprochen und das eben zusammengefasst, strukturiert, ... halt dann noch mal so mitgedacht ne.“ Eine andere Informantin betont: „Also ich war jetzt halt schon froh da hinterher (nach dem Tod ihrer Mutter) noch drüber zu reden zu können, das ist schon sehr wichtig, dass man sich da nicht ganz alleine gelassen fühlt, da haben wir dann auch nochmal geredet, wie ging`s den Kindern, wie war der Tod, also ich muss sagen, des hab ich schon sehr toll gefunden, weil ich hatte schon äh eine gewisse Angst davor.“

Eine Mutter hat die Gespräche mit der FGP immer als „Auszeit“ für sich genutzt, hier konnte sie „zur Ruhe kommen“. Die beiden haben „Kaffee getrunken und für die Mutter war sie „immer so eine Gesprächsperson, sie hat sich Zeit für mich genommen, ... das alles spielt für mich eine große Rolle, man kann mit den Verwandten über diese Dinge nicht reden und mein Mann ist halt nicht so oft da, ist am Arbeiten und ich fand und finde es heute noch super.“ Für eine andere Informantin muss die FGP „eine Person sein, mit der ich mich unterhalten kann, die einen versteht, ...wenn man etwas nicht selber durchmacht, kann man es nicht verstehen, aber sie (die FGP) versteht das.“

Für eine Familie war es eine „Hauptmotivation so einen Gesprächspartner zu haben der außen vorsteht, der dann auch nicht die Hintergründe so genau kennt sondern einfach sich das anschaut und wenn dann von Außen das jemand sagt, manchmal ist man dann halt da nicht so helle und setzt halt die falschen Prioritäten.“

Durch die vertraulichen Gespräche mit der FGP bzw. FGH entwickelt sich ein Gefühl der familiären Zugehörigkeit und Anteilnahme. Ein Informant sagt hierzu: „Ich mein ich hab das jetzt gesagt, das alles so gut läuft mit ihr (der FGP), also wir sprechen über alles, ...ich mein jetzt von der Familiensituation her ja man kann ja schon sagen sie gehört ja schon fast zur Familie.“ Eine andere Informantin meint: „... und dann hab ich es ihr erzählt, ... und dann sagte sie das find ich ja super, dass das ihrem Mann so gut gefällt und das hätte ich jetzt gar nicht gedacht, so eben, ich weiß nicht wie ich es sagen soll aber das interessiert sie dann halt auch wirklich, bei ihr hat man halt schon das Gefühl, dass sie das wirklich dann halt ernst nimmt und auch so meint.“

Motivieren und Mut geben

Viele Familien erfahren durch die FGP und FGH Motivation und Bestärkung, indem was sie tun. Die Begleitung gibt ihnen Mut, weiter zu machen. Das Aufzeigen, dass es die Familien „richtig machen“ und „schaffen können“ bestärkt die Familien in ihrem eigenständigen Handeln und in ihrer Entscheidungsfindung. Es gibt den Familien Sicherheit in ihrem Tun. Für einen Vater ist das „einfach nur hingeführt werden, was ist den jetzt und was war noch vor ein paar Wochen“ wichtig, um „so weiter machen zu können“. Einer Mutter hat die FGP geholfen, indem sie ihr gesagt hat, „jetzt schlafen sie doch schon mehr und sie (die Tochter) schreit doch schon weniger.“ Für sie „war so diese Wahrnehmung einfach, dass man so diesen positiven Trend sieht und dann dadurch auch gestärkt wird oder jemand sagt, da waren sie ja schon toll.“

Eine andere Informantin wurde von der FGP dazu ermutigt, sich gegenüber dem Pflegedienst zu behaupten. Sie hat es als eine große Entlastung empfunden, da sie immer ihre Arbeitsstelle verlassen musste, wenn mit der pflegebedürftigen Mutter etwas passiert ist. Sie meinte hierzu: „und da hab ich nachher auch mit der Frau X (der FGP) drüber gesprochen und dann hat sie auch gesagt, also des muss nicht sein, du kannst da ja auch der C. (dem Pflegedienst) klare Anweisungen geben, rufen sie den Arzt oder schauen sie was es ist, ich kann jetzt nicht kommen“. Diese pflegende Tochter „war schon sehr froh, dass sie mich da unterstützt hat, weil da ist man als Laie dann auch oft einfach überfordert“. Bei einer anderen pflegenden Tochter hat die FGP „gesagt, hol dir Hilfe und dann hat sie in diese Richtung mir da immer Mut gemacht, dass ich doch wirklich alle Hilfe ausschöpfen sollte, wo ich am Anfang sehr zögerlich war.“

Die Motivation hilft den Familien, mit ihren Ängsten und Sorgen besser umgehen zu können. Ein Vater führt an, „wenn ich ein Problem hatte oder Angst und dann ja hat sie (die FGH) immer gesagt so schnell schießt das alles nicht, versucht mal das in Ruhe zu bereden“. Eine andere Aussage dazu war: „Ich hab immer Angst, weil ich denk wie soll es jetzt weitergehen jetzt nimmt man mir den S. (den Sohn) vielleicht auch noch weg aber Gott sei Dank hab ich gekämpft, hat Frau X (die FGH) mir noch gut zugeredet, ... ihr macht das gut, macht so weiter, ihr seid auf dem besten Weg. Das fand ich dann so toll und Frau X immer gesagt, ihr schafft das“.

Eine Mutter hat durch die Unterstützung der FGP gelernt zu „kämpfen, das haben schon viele gesagt, da wären viele nicht mit fertig geworden, weil ich einfach sag den

Kopf jetzt in den Boden stecken bringt auch nichts.“ Für eine andere Familie „ist es dieses Zureden, wenn sie (die FGP) sagt, mach so weiter, du bist auf dem richtigen Weg, dann denkt man nach, denkt man ja die hat recht, weiterkämpfen und deswegen gibt das Stärke.“ Eine Vater stellt fest, er war „so am Anfang, wo ich Frau X (die FGH) kennen gelernt hab, da war ich ja noch nicht so weit wie heute, da war ich noch in die Phase, es ist alles scheiße, ... bis ich dann erstmal dahinter kam was meint die überhaupt damit, du musst stark bleiben du musst kämpfen, ... und dann kam das erst, ... dann bin ich zur Eheberatung überall hingegangen, zu Beratungsstellen, überall hab ich mir helfen lassen, wo ich mir helfen lassen konnte“.

In einer Familie hat die FGP die Mutter dahingehend bestärkt, sich überhaupt erst einmal mit ihrer Situation auseinander zu setzen und über einen möglichen Ausweg nachzudenken, bevor es „gar nicht mehr geht“. Die Mutter hat „das dann auch durchgedacht, hab gesagt, wenn du das nicht schaffst, dann musst du sie (das Kind) halt weggeben und irgendwie war das dann auch gut zu wissen, ich muss mich jetzt nicht aufhängen oder aus dem Fenster springen oder sie (das Kind) aus dem Fenster schmeißen, sondern wenn`s halt gar nicht geht, dann geb ich sie halt dem Jugendamt ne in diese Notfallbetreuung, also einfach nur so von der Möglichkeit her ne.“

Sich professionell versorgt wissen und sich verlassen können

Die Familien erachten die FGP und FGH als professionelle Ansprechpartner, auf die sie „sich verlassen können“. Vor allem bei den Familien mit pflegebedürftigen Kindern ist es wichtig, dass die FGP eine Pflegefachkraft ist, die Erfahrung hat und „weiß, um was es geht“. Eine Mutter meint hierzu: „Ich kann nicht irgendjemanden zu ihr (der pflegebedürftigen Tochter) lassen“. Für die Eltern ist die Unterstützung nur dann eine Entlastung, wenn sie ihr Kind „in guten Händen wissen“, also bei jemandem, der auch fachliches Wissen hat. „Ich weiß, wenn sie (die FGP) kommt, dann ist sie (das pflegebedürftige Kind) professionell versorgt, das ist eine Entlastung für mich.“ In einer Familie hat der FGP zur Entlastung der pflegenden Tochter ehrenamtliche Helfer organisiert. Die Familie vertraut ihm und sie „verlassen sich“ auf ihn, „dass er sozusagen die Leute (ehrenamtliche Helferinnen) da auch richtig auswählt, die das machen können.“ Eine Mutter ist beruhigt, denn sie „muss nicht immer alles erklären, wenn ich hier rausgehe, weiß ich, ich muss mir keine Gedanken machen.“

Eine pflegende Tochter erachtet es als wesentlich, „dass man da eine kompetente Hilfe bekommt, weil ich mein, die meisten die Zuhause pflegen, werden mit Sicherheit äh Laien sein...“.

Die Professionalität der FGP bzw. FGH stellt sich für die Familien auch durch das eigenständige Handeln und Entscheiden sowie die Anwendung verschiedener Instrumente wie z.B. die Verwendung eines Einschätzungsinstruments oder die Durchführung von Familienkonferenzen dar. Gerade die Familien, die aufgrund ihrer Erfahrungen mit anderen Pflegenden bzw. Hebammen einen Vergleich herstellen können, erachten dies als Besonderheit und als Kompetenz der FGP und FGH. Bei einer Familie hat die FGP „zuerst einmal also die Situation aufgenommen wie schaut`s aus, wo kann man was äh besser machen, wo kann man unterstützen und vor allem, welche Möglichkeiten gibt`s alle.“ Eine Informantin meint hierzu: „Sie (die FGP) organisiert das dann, so beschreibe ich es jetzt mal und dann wird es halt aufgeschrieben und dann wird`s (vom ambulanten Pflegedienst) schon so gemacht, es muss schon jemand sein, der sich auskennt.“ Eine Mutter beschreibt die Professionalität der FGP anhand des Verhaltens ihres pflegebedürftigen Kindes. Sie sagt: „Sie (die FGP) kennt ihn jetzt wirklich auch lang schon, bei ihr (der FGP) da macht er es, sie hat gegessen und er hat dann auch ein bisserl gegessen..., das klappt auch, dann denk ich mir dann auch gut, die werden das jetzt schon machen, ... die Ärzte haben gesagt das geht nicht, der aspiriert, dann hab ich mir gedacht, Essen ist so ein Stück Lebensqualität eigentlich... und dann haben wir das halt so angefangen.“

Einer Familie hat der FGP „so Fragebögen gebracht, für jeden einzeln, da sind vier Fragen drinne gewesen, wo jeder für sich selber beantwortet hat, wie er sich in der Familie fühlt und ob man das Gefühl hat einer in der Familie könnt mehr mithelfen wie der andere, ... und des will er (der FGP) jetzt auch auswerten und dann vor vier Wochen war das ungefähr, da haben wir uns alle an Tisch gesetzt mit ihm (dem FGP), der hat auch jedes Kind befragt...“. In einer anderen Familie hat die FGP „zu Anfang wirklich ne Familienkonferenz gemacht, ob mir das überhaupt machen, dass mir sie (die demenzkranke Großmutter) zu uns hernehmen.“

Bei einer Familie hat die FGP „das mitgeschrieben, hat immer noch mal drauf zurückgegriffen ne hier das, und das waren doch die Wünsche, also so jetzt von Monat zu Monat, wie ist die Ist-Situation ne wie war die Situation so nochmal zusammengefasst...“. Ein Vater führt an, da waren „die (die FGH, die Familienhilfe und ein Ver-

treter vom Jugendamt) zum Hilfeplangespräch da, da wird dann besprochen, was sich verändert hat oder ob noch was gemacht werden muss was für Maßnahmen und meistens sind wir jetzt auf dem gleichen Stand, dass das alles hier gut läuft aber dass wir die Hilfe hier noch ein bisschen beanspruchen, ... und wir sind auf dem richtigen Weg.“ Des Weiteren stellt die Familie fest, „also die (die FGH und die sozialpädiatrische Hilfe) teilen sich da ganz gut drin auf, sprechen sich da ab, ... also es läuft eigentlich super.“

Für eine Mutter „gibt es halt manche Schwestern die mag er (das pflegebedürftige Kind) total gerne und die gehen wirklich auch nett um mit ihm, aber die sind für mich furchtbar anstrengend, wo fünfzehntausend Sachen gefragt werden und ich das jetzt aber auch nicht weiß und in dem Ordner dann nachschauen muss.“ Eine Informantin erachtet die Arbeit der FGP als „sehr personenbezogen“ und ist deshalb der Meinung, „dass zu der Ausbildung unbedingt Gesprächsführung gehört, in irgendeiner Form, dass man demjenigen wirklich hilft, sich selbst zu erkennen oder sich selbst zu reflektieren, denn dazu ist ja keine Zeit, wenn man rund um die Uhr arbeitet und nicht schläft und gar nichts, dann bleibt ja irgendwie das Kognitive total auf der Strecke.“

Kommt nach Bedarf/ kann jederzeit anrufen

Für die befragten Familien stellen die Angebote der aufsuchenden Hilfe, die sich nach ihren Zeiten bzw. Bedarfen richtet, und das Wissen, dass sie die FGP bzw. FGH „jederzeit anrufen können“, eine große Unterstützung und Entlastung dar. Eine Informantin sagt dazu: „Wir können momentan vierzehntägigen Termin vereinbaren und das ist toll..., mit der Hebamme vorher das war schwierig, bis sie überhaupt einen Termin gefunden hat zu mir zu kommen und ähm sie hatte viel weniger Zeit... und sie hat sich hauptsächlich auf die Untersuchung konzentriert“. Eine andere Familie führt hierzu an: „Schwester A (die FGP) kommt nach Bedarf, sie war erst vor ein paar Tagen da, wenn ich Hilfe brauche, wenn ich Fragen habe, dann hilft sie mir.“ Eine Informantin, deren pflegebedürftiger Vater verstorben ist, weiß, dass sie weiterhin Unterstützung von der FGP bekommt, wenn sie dies möchte. Die FGP hat ihr „angeboten, wir können uns wieder zusammensetzen, wenn ich drüber reden möchte.“

Für eine pflegende Tochter und ihren Ehemann ist es beruhigend, zu wissen, dass „wenn ich akut was hab, dann hab ich `ne Telefonnummer, da kann ich anrufen und

sagen, ja was soll ich denn machen...“. Bei einer anderen Familie sagt die Ehefrau während des Interviews zu ihrem Mann: „Ich bin zufrieden, ich weiß, an wen ich mich wenden kann.“ Eine andere Informantin meint: „Ich ruf an, wenn ich Fragen habe, z.B. Bericht von der Krankenkasse; wenn mit ihr (dem pflegebedürftigen Kind) was ist; wie man Betreuung für sie bekommen kann, mittlerweile weiß ich, an wen ich mich wenden kann und das ist eine große Hilfe.“

Für eine andere Familie ist die FGH „Tag und Nacht erreichbar, ... also, wenn jetzt was wär, es würde jetzt was brennen, ich könnte jederzeit anrufen, ... dann kommt die (die FGH) auch, dann ist die auch sofort bei Stelle, ... ja das Gefühl einfach zu wissen, ich kann anrufen, ... aber ich ruf jetzt nicht für jede Kleinigkeit an, also ausgenutzt hab ich das noch nie, meistens warte ich dann bis zum nächsten Tag, bis sie kommt“. Eine Mutter hat „manchmal so Stimmungsschwankungen, dann geht`s mir schlecht und dann geht`s mir gut, manchmal auch diese traurige Stimmungen“ und sie weiß, „wenn es schlimm ist, und ich ruf an, ich muss mit ihr (der FGP) mal drüber sprechen, dann würde die auch kommen aber es reicht mir dieses Gefühl zu wissen“.

Bei einer Familie ist es schon „öfter vorgekommen, dass er (der FGP) gekommen ist und es geht ihr (der demenzkranken Mutter) gut und er (der FGP) ist heimgefahren und eine halbe Stunde später ist sie ausgerastet und da hab ich ihn (den FGP) angerufen.“ Bei einer anderen Familie „hat sie (die FGH) auch zwischendurch noch mal angerufen, sich erkundigt und dann konnte ich auch anrufen, wenn dann irgendwie was war“. In einer Familie hat es sich „eingependelt“ und die FGP „kommt mittlerweile einmal im Monat, je nach Anliegen wie z.B. Beantragen von Verhinderungspflege und so“.

Schaut nach, ob alles in Ordnung ist

Die Familien erleben es als Entlastung, wenn die FGP bzw. FGH zu ihnen nach Hause kommt. Bei einer Familie „hat er (der FGP) eben auch mitgekriegt, dass wir halt total überfordert sind mit der ganzen Situation und er kommt dann halt immer wieder und schaut halt, wie wir klar kommen ...“. Eine Mutter findet es gut, dass die FGH die Hausbesuche auf ihren „Alltag mit drei Kindern und deren Termine abstimmt und dass dann noch die Hürde oder die Benommenheit gegenüber einer Behörde ausgeräumt ist.“ Sie findet es „toll, dass dies jetzt für mich auch in Frage kommt.“

Für die Familien scheint es wichtig zu sein, dass die FGP und FGH die häusliche Situation kennt. Eine Mutter findet es gut, „dass sie (die FGP) eben die häusliche Situation sieht, sie wollte auch B (ihr jüngstes Kind) und mich im Zusammenspiel beobachten und wollte auch gucken, wenn mein Sohn da ist wie das klappt. Sie kam dann immer für ein anderthalb Stündchen hierher und hat sich das angeschaut, durchgesprochen, was mitgebracht.“ In einer anderen Familie kommt die FGH „viermal in der Woche, fragt nach Problemen oder was wir haben oder ob sie noch was machen kann für uns, ... guckt ob alles in Ordnung ist bei uns“. Ein Vater erachtet die aufsuchende Hilfe als „ne Verpflichtung von beiden Seiten“. Für eine Mutter ist „dies in Ordnung, also ich find es ja schon toll, dass die nach Hause kommen, ...ja man kann ja nun wirklich auch mehr sehen ne, man sieht dann die Räumlichkeiten und man kennt so die Strukturen der Küche, kann da ja schon viel mitkriegen, man kann den Kühlschrank so sehen ne und kann gucken ob da irgendwie was angesprochen werden muss ne wenn was nicht in Ordnung ist“.

Beraten und Informieren

Die Familien erleben die „Beratung“ und die „Information“ durch ihre FGP und FGH als wesentliche und wichtige Hilfen. Bei vielen Familien bestehen Unsicherheiten und mangelnde Aufklärung über die Erkrankung der Betroffenen sowie im Umgang mit der Erkrankung bzw. dem betroffenen Familienmitglied. Dies wurde vor allem bei den Familien mit einem demenzkranken Familienmitglied deutlich. So war einer Familie wichtig, dass der FGP die Kinder zur Situation der demenzkranken Großmutter aufklärt, damit sie diese besser verstehen können. Der FGP „kam dann zu uns nach Hause und da haben wir halt gesagt, dass es ganz gut wär, wenn er mal unsere Kinder über die Krankheit von meiner Mutter aufklären würde, weil grad mein mittlerer Sohn, der hat da arge Probleme damit oder hat`s halt immer ernst genommen, was sie sagt und das ist dann immer total in Konflikt ausgeartet..., wir haben uns dann im April mit der ganzen Familie getroffen und er hat es den Kindern erklärt und seither funktioniert es auch besser.“ Eine Familie hat aufgrund der Informationen durch den FGP „gelernt, dass man keine großen Aktionen machen muss mit so demenzkranken Leuten, einfach möglichst gleichmäßig umgehen.“ Beide Familien sagen, dass der FGP ihnen „entsprechende Verhaltensweisen beigebracht“ hat. In einer Familie führte die Veränderung der Großmutter zu ständigen Konflikten, da der

Ehemann der demenzkranken Frau die Erkrankung und die damit zusammenhängenden Veränderungen, nicht wahrhaben wollte. Die Schwiegertochter erzählt „wenn wir da jetzt zum Beispiel sagen, die Oma hat des ganze Bett wieder verbieselt dann sagt er (der Ehemann der Großmutter) zu mir, mein Weib hat noch nie in die Hos gebieselt, des tät ich bloß in die Welt setzen, und dann kommt er (der FGP) halt wieder und erklärt ihm, dass des die Krankheit ist und halt alles Tatsache ist.“

Für eine pflegende Tochter war „die Unterstützung, also hauptsächlich halt einfach auch sag ich mal die Beratung, wie man also sozusagen umgeht damit, weil ich hatte also am Anfang schon Probleme, also ich hab mich sehr dann unter Druck gesetzt auch, weil was ist wenn sie (die pflegebedürftige Mutter) wieder stürzt, ich hatte schon richtige Panik äh zu ihr (der pflegebedürftigen Mutter) raufzugehen und gedacht, hoffentlich liegt sie nicht wieder irgendwo...“.

Die Familien haben vor allem in Bezug auf die Ernährung einen großen Informations- und Beratungsbedarf. Eine Mutter „profitiert enorm von ihr (der FGH), weil ähm ich hab die schon gefragt nach dem Gewicht meiner Tochter ob das so passt und auch nach dem, wie viel sie am Tag trinken sollte ähm, weil ich manchmal das Gefühl habe, sie hat zu wenig Flüssigkeit, und dann mit dem Diätplan, dann weiß man gar nicht, was man dem Kind zum Essen geben soll.“ Bei einer anderen Familie hat die FGP die Mutter beraten, wie sie die Ernährung umstellen kann und die Mutter stellt fest, „das ist jetzt fest in dem Speiseplan von ihm (dem pflegebedürftigen Kind) drin, das Polenta-Maisgrieß, das hab ich eh gar nicht gekannt, oder halt so ja so verschiedene Öle oder wir haben halt auch mal drüber unterhalten, dass man eine gescheite Milch kauft.“ Bei einer Familie mit einer demenzkranken Großmutter hat der FGP „so einen Ernährungsplan gebracht, was wir ihr zum Essen geben können, praktisch das man schaut jetzt halt, dass sie einfach am Abend nicht mehr so viel isst.“ In einer Familie hat die FGP mit der Mutter besprochen, auch mal Vollkornprodukte auszuprobieren und dann „hat sie (die FGP) halt mal so Suppenudeln, so Vollkornsuppenudeln gekocht“ und „seitdem isst er (das pflegebedürftige Kind) halt diese Suppenudeln unpüriert.“ Eine FGP hat die dabei Mutter beraten, wie sie die Ernährung ihrer Familie umstellen kann, da sie alleine damit überfordert war. Die Mutter erzählt dazu: „Sie hat jetzt halt angefangen bei uns also Ernährungsberatung zu machen, wo sie mir halt Tipps gibt in Bezug auf Ernährung allgemein, was jetzt auch die ganze Familie betrifft und halt aber auch speziell auf ihn (das pflegebedürftige Kind)“.

tige Kind), weil der halt stark Osteoporose hat..., sie probiert halt viel aus und das hat bisher keiner gemacht..., sie hat mich auch gefragt, ob mir das recht ist und hat alles mit mir abgesprochen.“

Die FGP berät und unterstützt die Familien auch bei der Pflege. Hierzu meinte die Mutter eines pflegebedürftigen Kindes, sie habe „viel von ihr (der FGP) gelernt, so Sachen wie Lunge abhören, Magensonde legen, Kind sondieren, PEG verbinden, mit Monitor etc. umgehen.“ Bei einer Familie wollten die Mutter und die Geschwister den Patientenlifter des pflegebedürftigen Kindes an sich selber auszuprobieren, um zu „erfahren wie das ist“. Dann ist die FGP „gekommen, und dann habe ich gesagt, mich tät das auch mal interessieren wie das ist und da hat sie (die FGP) gleich gesagt, ja dann probieren wir es halt gleich aus“.

Teilweise benötigen die Familien auch Beratung zur Strukturierung des Alltags. Eine Informantin schildert hierzu: „Zunächst haben wir mal so ein Brainstorming gemacht und da haben wir erst mal gesammelt, was ähm so über die Bühne muss, des ham wir dann alles auf einem großen Plakat gesammelt und dann hat sie (die FGH) gesagt, was ist mir unangenehm und was angenehm und hat die Prioritäten gesetzt, dass ich irgendwie ausloten konnte, was ist dringendst und was nicht so dringend, und dann ist sie nach zwei Wochen wieder gekommen, und dann hat sie gesagt, wir machen ´ne Zeitschiene, bis wohin muss ich umgezogen sein, wie lange ist dann das Wochenbett usw. und das ist meine Schiene also an der orientiere ich mich und damit fahre ich bestens.“

Für die Familien stellt die Beratung dann eine positive Unterstützung dar, wenn die FGP bzw. FGH sie bei ihrer Entscheidungsfindung unterstützen und ihnen Alternativen aufzeigen. Die Familien haben „gelernt, man muss sich schon einen Rat einholen, aber dann muss man doch das machen, was man selber für richtig hält.“ Einer Familie „hat das viel geholfen, wir haben auch Ratschläge angenommen, haben gefragt, was kann man da am Besten machen so und sie (die FGH) hat gesagt, ach probiert das einfach mal, das hat viel geholfen.“ Für einen Vater war es wichtig, dass er selber entscheiden und sagen konnte „das probieren wir mal aus, ich kann ja immer noch sagen gefällt mir nicht, will ich nicht.“ Bei einer Familie sagt „sie (die FGH) immer, nur wenn wir wollen, das sagt sie ja immer wieder ich kann nur helfen wenn ihr wollt und ich kann nicht dagegen arbeiten und das machen wir, wir müssen miteinander arbeiten.“ Ebenso ist den Eltern klar geworden, „man muss auch dann

mal Entscheidungen akzeptieren, die man dann nicht so gerne hört, ...zum Beispiel mit die Kinder jetzt, ...das weiß ich auch, dann akzeptier ich...“. Ein Vater „würde auch ganz ehrlich sagen, wenn sie (die FGP) jetzt sagen würde: ihr müsst!, das würde nicht klappen, da würde ich sofort sagen Frau hier (zeigt Richtung Wohnungstür), wenn ich muss, dann mache ich das Gegenteil, nee ich habe es bei ihr noch nicht erlebt.“

Vermittlung von Hilfen

Teilweise sind die Familien darauf angewiesen, dass ihnen die FGP und FGH entlastende Hilfen vermitteln, da sie nicht wissen, an wen sie sich wenden sollen oder welche Hilfen sie in Anspruch nehmen können. Für eine Mutter war es wichtig, „einfach mal so eine Auszeit zu haben vom Alltäglichen und dann hat sie (die FGP) mir dann nen Verein vermittelt ganz hier in der Nähe was ich schon mal gut fand, nun gehe ich auch regelmäßig hin ja.“ Einer anderen Mutter hat die hat FGP „dann eben selber auch Dinge mitgebracht, wenn sie irgendwo was gefunden hat oder herausbekommen hat, so ne Leihomavermittlungsstelle zum Beispiel.“ Des Weiteren hat die FGP zusammen mit der Mutter „überlegt, wo ich hingehen kann ne wegen meiner Kinder die ja zum Teil auch Schwierigkeiten machen und dann auch zu Kontaktpersonen eben vermittelt und hab ich dann auch einmal so nen richtigen Berater ausprobiert, ...der ist glaub ich Psychotherapeut, da ist jetzt mein Sohn erstmal.“

Oftmals erhalten die Betroffenen und ihre Familien keine oder nur eine unzureichende Informationen, wenn es um Hilfsmittel geht. Der Hausarzt hatte ein Rezept für Inkontinenzartikel ausgestellt, bei dem die Tochter „automatisch so und so viel dann auch selber hätte dazuzahlen müssen, das sagt einem keiner, da hat sie (die FGP) gesagt, also nee da gibt`s so und so viel, die heißen so und so und dann ich in diesen Laden, so eine Art Sanitätshaus und das war dann prima da und die haben auch gesagt, das wird von der Kasse voll übernommen, ... oder auch mit äh mit der Sondernahrung, mit der Astronautennahrung, mir haben die halt immer so gekauft bis ich erfahren hab, die kann ich mir verschreiben lassen und da ist man halt dann teilweise schon allein gelassen.“

Als eine Mutter der FGP mitteilt, dass sie nun „so weit ist, dass sie Hilfe bei der Verarbeitung ihrer Trauer über den Tod ihres Vaters und ihres Kindes annehmen

will“ verspricht ihr die FGP, beim nächsten Treffen „verschiedene Adressen über Selbsthilfegruppen und eine Trauergruppe mitzubringen“.

Vermittlung innerhalb der Familie

Oftmals erfordern Konflikte und Spannungen innerhalb der Familien auch eine Vermittlung durch die FGP und FGH. Eine Familie führt hierzu an: „Da tut er (der FGP) dann eigentlich ein bisschen vermitteln zwischen uns, wenn wir mit dem Opa dann wieder Probleme haben, weil er sieht das halt alles oft von einer ganz anderen Perspektive, er (der Großvater) will das nicht akzeptieren dass es Alzheimer ist und meint halt immer die Oma die kann noch alles selber.“ Eine Mutter war sich der Spannung zwischen ihr und der Tochter bis zu dem gemeinsamen Gespräch mit der FGP nicht bewusst, „bis sie (die Tochter) dann mal rausgeplatzt ist und gesagt hat, Mama hast du auch noch einen anderen Satz, wenn ich heimkomm, als wie kannst du mal schnell ...“.

Teilweise fällt es den Familienmitgliedern auch schwer, innerhalb der Familie über die Belastungen und Spannungen miteinander zu sprechen. Der Ehemann einer pflegenden Tochter findet es deshalb gut, „dass meine Frau jemanden hat, mit dem sie regelmäßig darüber sprechen kann“. Eine Frau sagt, „das merk ich doch an mir, dass wir da manchmal an unsere Grenzen kommen, mir machen es jetzt inzwischen so, dass er (der FGP) immer mal wieder bei ihm (dem Großvater) anruft und er (der FGP) ist auch schon bei ihm selber vorbeigekommen.“

Sich einsetzen und zuständig fühlen

Die Familien erleben die FGP bzw. FGH als jemanden, der sich „für sie einsetzt“ und sich für ihre Belange „zuständig fühlt“. Die FGP bzw. FGH fungieren hierbei oftmals als Anwalt und Fürsprecher der Familien. Bis auf eine Familie haben oder hatten die Familien teilweise sehr große Probleme damit, die erforderlichen Hilfen bewilligt zu bekommen oder die entsprechenden Anträge ordnungsgemäß auszufüllen. Oftmals wissen die Familien gar nicht, was sie beantragen können oder sollen. Eine Informantin beschreibt hierzu: „...und dann bin ich da mit der Kasse in Konflikt gekommen, also die wollte mir das Geld für die Verhinderungspflege absolut nicht genehmigen, ...und da hat sich die Frau X (die FGP) auch mit eingesetzt und hat gesagt, das muss doch gehen...“. Für eine Familie leistet die FGH „Unterstützung bei

den verschiedenen Anträgen, den Kindergeldantrag, den Elterngeldantrag ähm anzufragen und dann auch in den Griff zu kriegen weil das ja wirklich nen Haufen Detailinformationen sind, die man da besorgen muss, dass einem da nicht die Zeit wegrennt, weil es sich dann so verzögert, bis das Geld endlich kommt“. Bei einer anderen Familie hat „sie (die FGP) viel rumtelefoniert, hat versucht, bei jedem Gespräch dabei zu sein, auch beim Jugendamt“.

Für eine Familie „machte sie (die FGP) alles, was an Papierkram ist, an wen man sich wenden kann, wo wir alle überhaupt kein Ahnung hatten, oder krankenkassenmäßig, was man da für sie (die pflegebedürftige Tochter) bekommen kann, was einem zusteht, das kannten wir alles gar nicht, sie (die FGP) war auch da, als der Medizinische Dienst da war“. Bei einer anderen Familie hat sich die FGP „um die Intensivkur gekümmert, mit der Logopädin komme ich nicht voran..., sie (die FGP) hat vier Kliniken rausbekommen...“. In vielen Fällen fehlt den Familien die Zeit, sich die „Sachen selber zu suchen“ oder zu recherchieren, was es noch an Möglichkeiten und Hilfen geben könnte. Eine Mutter meint hierzu: „Sie (die FGP) kümmert sich um alles, macht ne Internetsuche, egal was ich brauche, sucht, druckt alles aus und bringt es mir, oder wir sind am Telefonieren, ich habe nicht die Zeit, im Internet zu suchen, ich würde es gerne tun und Kontakt aufbauen, ich schaffe es nicht.“

Für die Familien ist es oftmals sehr belastend, sich mit den „Ämtern und Behörden“ auseinander zu setzen. Teilweise wissen sie nicht, was es alles an Hilfen gibt, wie sie diese Hilfen erhalten und wo sie anrufen können. Eine Familie sagt hierzu: „Da haben wir Glück, dass mit dem Blindengeld hätten wir nicht gewusst, sie (die FGP) informiert uns.“ Eine pflegende Tochter fühlt sich „dann sag ich mal sehr allein gelassen bei so Anträgen oder wenn halt dann der medizinische Dienst kommt also was muss man beachten, ... aber eigentlich ist man in der Situation, dass man eigentlich Hilfe bräuchte und da ist es halt schon eine super Sache wenn eine Person wie sie (die FGP) da also zur Hilfe steht die wo sagt also darauf müssen wir achten.“ Eine pflegende Tochter betont, „ich mein jetzt so als Laie weiß man das halt einfach auch nicht was gibt`s denn da alles und wenn man da jetzt sag ich mal einfach eine Person hat, die wo sag ich auch mal die Situation feststellt was braucht man denn als Pflegebedarf was kann man denn als Hilfsmittel haben ist des schon also sehr hilfreich“. Ein FGP informiert die Familie darüber, „was man machen kann, an Leistungen in Anspruch nehmen kann, also Tagespflege, Kurzzeitpflege, Ver-

hinderungspflege, des sind alles Dinge wo wir als Normalbürger eigentlich gar nicht wissen und wie man das beantragt, da stehst du eigentlich sagen wir mal so ganz schön dumm da, und da hat er (der FGP) uns schon sehr geholfen muss ich sagen oder die Familienpflege wo er beantragt hat“.

Bei einer Familie hat der FGP sich darum gekümmert, dass die hochschwängere Frau Hilfe bei der Versorgung der demenzkranken Großmutter bekommt „und dann hab ich zwei Wochen für den Haushalt die Familienpflege bekommen, das hat auch alles er (der FGP) organisiert, weil zuerst hat es geheißen, dass wir des nicht in Anspruch nehmen können für die Oma, ... und da hat er das aber durchgekämpft“. Für einen Ehemann ist „das ganze System ein bissle fragwürdig, ... und ich denk, wenn er (der FGP) uns nicht unterstützt hätte dann hätten wir auch nicht gewusst wie machen wir das eigentlich, ... der Formalismus war viel, man muss jedes Ding beantragen des ist der Wahnsinn.“ Bei einer anderen Familie „hat sie (die FGP) sich`s halt dann auch einfach mal angeschaut und die hat gesagt das ist klar eine Pflegestufe zwei wenn nicht sogar drei und vorher haben wir halt praktisch die zusätzlichen Kosten übernommen, weil es ging ja nicht anders, man will ja auch, dass sie (die pflegebedürftige Mutter) gut versorgt ist.“

Teilweise haben die Familien Angst davor, alleine zu den Ämtern und Behörden zu gehen, teilweise haben sie auch negative Erfahrungen mit diesen Einrichtungen gemacht. Ein Vater ist froh darüber, dass die FGH sie begleitet hat. „Die Frau X (die FGH) die ist mit uns dahingefahren, sie sagt, wir boxen das gemeinsam durch ihr behaltet den Kleinen, ...die hat das mit durchgeboxt.“ Eine Familie stellt fest, dass die „Ämtergeschichten normalerweise nicht ihre (der FGH) Aufgaben sind, aber sie macht es, wenn wir nen Problem haben mit dem Amt, ... sie hat gesagt, Leute so geht das nicht wie ihr mit die Familien umgeht, ...sie hätte ja auch sagen können das fällt nicht in meinen Bereich rein da halte ich mich raus aber das tut sie nicht.“ Eine Mutter „war beim Jugendamt, ich hab auch die Erziehungsberatungsstellen ange laufen, aber eigentlich wollte ich konkret jemand, der mir bei meiner Tochter hilft aber das hab ich halt nicht realisieren können, und dann hat sie (die FGP) eben noch mal nachgehakt.“ Eine andere Informantin war beim ersten Besuch „zur Beratung alleine bei der dort Hauptamtlichen, aber das brachte nichts also, deswegen war das schon gut, dass die (FGP) beim zweiten Besuch mitgekommen ist“. Bei einer Familie hat die Unterstützung und Begleitung durch die FGH „nach anfänglichen Kämpfen“ dazu

geführt, „dass vom Jugendamt so das Vertrauen dann so langsam wieder kam.“ Dies war letztendlich auch ausschlaggebend dafür, dass das Kind in der Familie bleiben konnte.

Dieses sich „zuständig fühlen“ der FGP und FGH wird von den Familien auch anhand der nachfolgenden Beispiele verdeutlicht. Eine Mutter stellt fest, die FGP „macht sich viele Gedanken, was man verbessern kann, was man anders machen kann und hat auch viele Ideen, sie animiert ihn (das pflegebedürftige Kind) halt auch viel, sich zu bewegen.“ Eine Familie hat „das Gefühl, sie (die FGP) engagiert sich total und sie interessiert sich dann auch für uns und das das freut mich dann“. Mit Unterstützung der FGH haben zwei Kinder einer „zwei nagelneue Kinderzimmer bekommen“. Die FGH „kümmert sich auch, wenn wir jetzt Sachen brauchen dann hört sie sich um und bringt Anzihsachen mit, ... kommt glaube ich viel rum in die Familien und fragt dann die Familien, habt ihr was zum Abgeben, doch so was macht sie auch.“ Eine andere Mutter „wär jetzt gar nicht drauf gekommen zur Diakonie zu gehen und zu fragen, wie sieht das aus ich habe nichts ne, also auf so was würde ich nicht kommen, ja das macht sie (die FGP) doch muss ich sagen.“ Eine Familie sagt, „wenn man sie (die FGP) fragt, dann sagt sie ich hab da wohl was, ich ruf da mal an und tu einen Termin vereinbaren und dann guck ich mal was wir da machen können, die sagt jetzt nicht so ich versprech dir das, sie sagt ich guck mal, das find ich gut“.

Wir hoffen, dass es anderen Familien hilft

Alle befragten Familien haben entweder im Vorgespräch oder während des Interviews darauf hingewiesen, dass sie es „interessant finden, dass es jetzt so eine Ausbildung oder Weiterbildung gibt“. Ihrer Meinung nach sollten diese Angebote „weiter ausgebaut“ werden. Die Familien können nicht nachvollziehen, dass „so etwas nicht bezahlt wird, wo es doch wichtig für alle ist.“ Eine Mutter meinte in diesem Zusammenhang, dass „der Staat dahinter stehen sollte, also auch mit so einer Leistung, dass Hebammen nach Hause kommen und Gesundheitsamt... und das positiv bewerten, dass die jungen Mütter unterstützt werden.“

Die Familien haben auch an der Befragung teilgenommen, „um das Ganze zu unterstützen.“ Vier Familien führten zudem an, sie machen an der Befragung mit, in der Hoffnung, „dass es anderen Familien hilft“ und „diese auch so eine Unterstützung erhalten.“ Ein Vater betont „für mich macht es viel Sinn, ich denke mal wenn das

keinen Sinn machen würde, dann wäre sie (die FGH) auch gar nicht mehr hier, dann hätte das Jugendamt schon lange gesagt das bringt nichts raus aus der Familie aber es klappt ganz gut ja.“ Für eine Mutter ist das „Projekt, das da jetzt läuft, das ist sinnvoll, also für uns ist es auf jeden Fall sinnvoll das muss ich immer wieder sagen, ... auch die Hilfe es ist einer da der sagt so ich bin jetzt bei euch und ich werde helfen, wo ich kann, das hat alles so sinnvoll gemacht.“ Mittlerweile empfiehlt eine Mutter die FGP auch an Andere weiter z.B. an ihre Freundin, deren Vater krank ist, sie sagt: „Soll ich mit ihr (der FGP) reden, vielleicht hat sie einen Tipp oder weiß, an wen man sich wenden kann“.

Eine Mutter ist der Überzeugung, dass sie „nicht alle diese Misserfolge gesammelt“ hätte. Sie denkt, „wenn das dann erstmal läuft mit dieser Familienbegleitung also ich denke ja auch, dass Alleinerziehende Hilfe brauchen, war ich ja schon fertig und ich sehe die Frauen und wie überfordert sie auch sind, ... dass man dann eben so schaut ne, dass da wirklich jemand da ist, der dann hilft, ...so gut geschulte Fachkräfte, dass es dann wirklich so für die Mutter ne Erleichterung wird.“ Die Mutter fügt hinzu: „Ich mein per se braucht man nicht Hilfe, aber wenn dann eben Hilfe notwendig ist, dass es halt dann doch greift das wäre schön und nicht nur für ältere Menschen, sondern auch für Mütter“.

5.2.4 Auswirkungen der Unterstützung durch die FGP bzw. FGH

Die nachfolgend aufgeführten Kernaussagen aus den Familieninterviews können als erste Auswirkungen bzw. Effekte der neuen Rollen der FGP und FGH gewertet werden.

Wir hätten sie weggeben müssen

Bei den Familien mit den an Demenz erkrankten Personen hat die Begleitung und Unterstützung der FGP dazu beigetragen, dass die demenzkranken Familienmitglieder weiter Zuhause versorgt werden konnten. Für die Familien ist dies sehr wichtig, da sie ihre Angehörigen „lieber Zuhause versorgen und eigentlich nicht in eine Pflegeeinrichtung geben wollen“. Die stationäre Pflege wäre erforderlich geworden, da die Hauptpflegepersonen, in beiden Fällen die Töchter, überfordert waren und keinen „anderen Ausweg“ mehr wussten. Eine Informantin meint hierzu „ja sie haben sich schon Sorgen um mich gemacht, muss man einfach sagen, ne, es war äh für sie

auch nicht einfach und ja aber die haben dann unterschiedlich reagiert, für meinen Sohn wäre es kein Thema gewesen, ja gut, dann tun wir ihn (den Großvater) halt ins Heim, wenn du nicht mehr kannst, das wär für ihn überhaupt keine Frage gewesen, sag ich also gut, ich weiß, was mir mal blüht...“.

Der Ehemann einer pflegenden Tochter führt an, „also, wenn das so weitergegangen wäre, dann wäre sie (die demenzkranke Mutter) wahrscheinlich im Heim gelandet, ich mein das Problem ist, wenn sie (die Ehefrau) ausfällt, dann muss sie (die demenzkranke Mutter) eben in Pflege, weil das Problem ist, ich kann`s nicht, bei mir geht es nicht.“ Bei einer anderen Familie war ebenfalls geplant, die Großmutter in ein Pflegeheim zu geben. Die Schwiegertochter meint hierzu: „Geplant war ja zuerst, dass Oma ins Pflegeheim kommt da und dann haben wir uns halt entschlossen, dass wir bei uns Platz machen für die Oma und dass mir sie unter der Woche in Tagespflege geben und am Wochenende ham mir sie ganz da“. Eine weitere Familie hat dies ebenfalls überlegt. Die pflegende Tochter sagt dazu: „Da waren wir eigentlich schon so weit, dass wir sagen, wir schaffen es nicht mehr, wir müssen sie (die Großmutter) in ein Heim geben, das funktioniert nicht mehr, weil wir halt dann davor geredet haben auch wie schön das eigentlich vielleicht für einen selber ist Zuhause zu sterben und da muss ich sagen, also im Endeffekt da war ich schon sehr froh dass ich sie bis zum Schluss da hatte, ich hab auch mit ihr (der FGP) geredet“.

Bei der Familie mit einem drohenden Sorgerechtsentzug „durfte er (das Kind) dann bleiben, es wurde damals noch mal ein Gutachten gestellt bei uns aber Gott sei Dank hat das Gutachten neun Monate gedauert, und wir hatten neun Monate um zu zeigen, dass wir es schafften können, und da hat der Richter gesagt hat, der Kleine bleibt bei die Eltern, wenn die Hebamme da bleibt und so ist das nachher gekommen und seitdem sagt das Jugendamt immer, wir wären ein Paradebeispiel, ja weil das bei uns so gut läuft weil mit ihr (der FGH), ... und wir waren das erste Projekt jetzt in A. wo man gesagt hat, Kinder können drin bleiben aber mit Hilfe.“ Der Vater stellt weiterhin fest, „ja also wir haben ja jetzt fünf Kinder insgesamt, wenn ich damals schon sie (die FGH) gehabt hätte und wenn die Kinder noch hier gewesen wären, dann wären die heut noch hier“.

Zeit zum Durchatmen

Vor allem aus den zweiten Familieninterviews wurde deutlich, dass die Arbeit der FGP und FGH zu einer Stabilisierung der Familiensituation führt. Diese Stabilisierung ist für die Familien wesentlich, denn erst dann „kommen sie zum Durchatmen“. Sie haben dann erst „den Kopf frei“, um wieder an sich selbst und die Familie zu denken. Sie können nun auch Zukunftspläne zu schmieden. Eine Familie plant, wieder in das Herkunftsland ihrer Eltern zurückzugehen. Der Ehemann ist bereits dort, hat eine Arbeitsstelle und die Großeltern freuen sich darauf. Ausschlaggebend für diese Entscheidung ist u.a., dass das pflegebedürftige Kind mittlerweile „keinen ambulanten Pflegedienst mehr braucht“ und die Mutter hat „alles gelernt“, um auch weiter mit dem Kind zurechtzukommen. Die Mutter hat nun für sich auch den Entschluss gefasst, „die Trauer, die sie seit über drei Jahren nicht verarbeitet hat, aufzuarbeiten“ und sie „will jetzt psychologische Unterstützung in Anspruch nehmen“.

Eine andere Mutter musste für sich erst wieder lernen, dass „wenn er (das pflegebedürftige Kind) jetzt im Kindergarten ist, auch kein Pflegedienst im Haus ist“ und sie jetzt auch wieder Zeit für sich hat. Sie sagt, „Das ist halt dann was weiß ich ein paar Tage eine Woche bis man sich dran gewöhnt hat und dann ist es ja ganz schön irgendwie, man kommt halt viel zum Durchatmen genau.“ Die Mutter muss sich erst an diese Situation gewöhnen. Sie findet, „des läuft jetzt ganz gut, ... also es soll jetzt die nächsten fünf Jahre so weiterlaufen“.

Wieder oder weiter arbeiten gehen können

Für die Frauen ist es wichtig, dass sie durch die Entlastung „wieder“ oder „weiter“ arbeiten gehen können. Eine Mutter stellt fest, „es ist ja eigentlich auch schon wieder ganz gut also seit August (2006) arbeite ich ne also jetzt ist die Situation eh anders.“ Eine andere Mutter hat seit August (2007) „so einen vierhundert Euro Job, das hat sich auch ganz zufällig ergeben, das passt jetzt eigentlich auch ganz gut am Vormittag für mich jetzt, dass ich ein bisschen rauskomme halt, ... und es ist halt auch ganz was Anderes und man denkt halt überhaupt nicht an daheim, wenn man da ist dann ist des wichtig, war zwar eine Umstellung ich war acht Jahre ja daheim.“

Für eine pflegende Tochter war es ganz wichtig, am Wochenende wieder ein „paar Stunden in der Gastwirtschaft arbeiten zu können“. Dies hat ihr immer „Spaß gemacht“, sie ist „unter Leute gekommen“ und das „Geld konnte ich gut gebrauchen“.

Seit der schweren Demenzerkrankung ihrer Vaters konnte sie diese Arbeit nicht mehr machen, denn er ist immer „rumgelaufen und hat mich gesucht, ich konnt ihn doch net allein lassen und jemand anders hätt ich nicht fragen wollen“. Die FGP hat die pflegende Tochter dazu motiviert und unterstützt, Betreuungsgeld zu beantragen, damit sie eine Hilfe bezahlen konnte. In einer anderen Familie hat die FGP die pflegende Tochter darin bestärkt, sich gegenüber dem Pflegedienst „auch mal zu behaupten und nicht immer von der Arbeit wegzugehen, wenn die anrufen“. Die pflegende Tochter „hätte dies mit der Arbeit nicht mehr lange machen können, wenn es so weiter gegangen wäre“.

6 Fazit und Empfehlungen

Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse aus beiden Untersuchungsphasen der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Pilotprojekt nochmals kurz zusammengefasst und daraus resultierende Empfehlungen zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Verstetigung des neuen Handlungsfelds Familiengesundheitspflege aufgeführt.

Das Curriculum und die Weiterbildung

Die Ergebnisse der ersten Untersuchungsphase im Pilotprojekt zeigen, dass das FHN-Curriculum der WHO (2000) an die Bedarfe und Gegebenheiten der deutschen Gesundheitsversorgung angepasst wurde. Durch eine Erweiterung des Curriculums mit dem Modul „Public Health“ wurde auch auf die bisher noch unzureichende Berücksichtigung dieses Themenfeldes in den Ausbildungsinhalten der Pflegenden und Hebammen in Deutschland reagiert.

Die Weiterbildung hat die Pflegenden und Hebammen auf ihre neuen Rollen als FGP und FGH vorbereitet und „sehr viel gebracht“. Für alle Beteiligten lag die Herausforderung vor allem in dem „Neuem“ und dem „Besonderen“ sowie in der Chance, die Rollen der FGP und der FGH und ihre Handlungsfelder mitzuentwickeln und mitgestalten zu können. Die Anforderungen lagen vor allem in der Vermittlung der für das neue Handlungsfeld spezifischen theoretischen Inhalte, die Erarbeitung der hierfür erforderlichen praktischen Instrumente sowie die ständige Vernetzung von Theorie und Praxis. Hierbei erlebten die TeilnehmerInnen teilweise eine „Kluft zwischen Theorie und Praxis“. Weder die Kursleiterinnen noch die DozentInnen hatten praktische Erfahrung mit dem neuen Handlungsfeld und sie mussten sich diese Inhalte erst erarbeiten. Die TeilnehmerInnen vermissten FGP und FGH als Vorbilder. Dies stellt sich in den Folgekursen bereits anders dar.

Die Aussagen der AbsolventInnen zeigen, dass es den beiden Kursleiterinnen und den DozentInnen gelungen ist, eine praxisbezogene und qualitativ hochwertige Weiterbildung, zugeschnitten auf die aktuellen Entwicklungen in der deutschen Gesundheits- und Sozialversorgung und die Bedarfe der verschiedenen Zielgruppen, zu gestalten. Für die Qualität dieser Weiterbildung sprechen vor allem die Wissensvermittlung, zugeschnitten auf die multifaktorielle Rolle, der Praxistransfer und die

Anwendbarkeit bzw. Umsetzung der Inhalte auf die verschiedenen Aufgabenfelder der AbsolventInnen (Fichten 2004).

Die Supervision, die Vermittlung der Kompetenzen zur „kollegialen Beratung“ und der eigenen Gesunderhaltung der TeilnehmerInnen stellen nach Aussagen der Befragten wesentliche Elemente für die Arbeit als FGP und FGH dar, die unbedingt beibehalten werden müssen. Dies gilt auch für die Praktika. Hier konnten die TeilnehmerInnen die theoretischen Inhalte der Weiterbildung in der Praxis erproben und vertiefen. Die TeilnehmerInnen hatten die Möglichkeit, die verschiedenen Akteure und künftigen Kooperationspartner über das neue Handlungsfeld zu informieren und ein Netzwerk aufzubauen. Letzteres ist für die Arbeit als FGP und FGH bzw. für ihre Rolle als Vernetzer und Vermittler eine grundlegende Voraussetzung. Besonders erfreulich ist, dass durch die Praxiseinsätze für einige TeilnehmerInnen bereits während der Weiterbildung Arbeitsfelder entstanden sind.

Der interdisziplinäre Austausch zwischen den Pflegenden und den Hebammen während der Weiterbildung, ihre unterschiedlichen Vorerfahrungen und Tätigkeitsfelder wurden von beiden Berufsgruppen als Bereicherung erlebt. Diese Heterogenität der TeilnehmerInnen erforderte ein ständiges Ausbalancieren und Zuschneiden der Curriculumsinhalte auf die Anforderungen der TeilnehmerInnen. Die beiden Kursleiterinnen haben immer wieder auf die verschiedenen Aufgabenfelder der TeilnehmerInnen sowie auf die aus der multifaktoriellen Rolle resultierenden Weiterbildungsbedarfe der Pflegenden und Hebammen reagiert.

Die TeilnehmerInnen erlebten „Höhen und Tiefen“. Sie mussten feststellen, dass sie „an ihre Grenzen kommen“ und teilweise überfordert waren. Diese Überforderung ergab sich einerseits durch die curricularen Anforderungen der berufsbegleitenden Weiterbildung und hier vor allem dem Selbststudium und andererseits durch die Anforderung, die Praxiseinsätze und die Familienbegleitungen zusätzlich zu ihrer bereits bestehenden Berufstätigkeit zu erbringen. Hier ist darauf hinzuweisen, dass diese Schwierigkeiten als erwartbar eingestuft werden können und ein typisches Phänomen von berufsbegleitend angelegten Weiterbildungen darstellen, da u.a. die Koordination von Arbeit und Weiterbildung allein schon eine zusätzliche Belastung ist. Die beiden Kursleiterinnen haben die TeilnehmerInnen immer wieder motiviert, unterstützt und die Kursplanung angepasst.

Die Rückmeldungen der AbsolventInnen zeigen, dass bei den sozialrechtlichen Inhalten, über SGB V und XI hinaus, auf alle Sozialgesetzbücher noch ausführlicher eingegangen werden muss, damit die FGP und FGH auf die komplexen Bedarfe der verschiedenen Familien reagieren können bzw. wissen, an welche Stellen sie die Familien verweisen müssen. Die Qualifizierung für das Casemanagement ist in der Weiterbildung beinhaltet. Es sollte, insbesondere zur Darstellung gegenüber den ArbeitgeberInnen, konkreter im Curriculum ausgewiesen werden. Bereits während der Weiterbildung stellten die TeilnehmerInnen fest, dass die Bedarfe für das neue Handlungsfeld vorhanden sind, die Leistungen der FGP und FGH aber anscheinend „keiner bezahlen“ wolle.

Alle Beteiligten haben darauf hingewiesen, dass die Weiterbildung anspruchsvoll und komplex ist. Es wurde aber auch betont, dass bei einer Revision des Curriculums und einer Weiterführung der Weiterbildung das „Niveau gleich bleiben muss“. Langfristig sollte eine Ansiedlung auf Hochschulebene geprüft werden.

Der DBfK Bundesverband e.V. hat bereits im Juni diesen Jahres auf die Erfahrungen und die daraus resultierenden Empfehlungen aller an der Weiterbildung beteiligten Personen reagiert und eine erste Revision des Curriculums vorgenommen. Hierbei waren neben der Curriculumsguppe auch eine Kursleiterin, eine Absolventin, die gleichzeitig auch den Bund Deutscher Hebammen e.V. vertritt, und eine Familienhebamme beteiligt.

Die Weiterbildung wird seit Oktober 2007 vom DBfK Regionalverband Nordwest e.V. in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Gesundheits- und Pflegewissenschaft mbH bereits weitergeführt. Für Oktober 2008 ist ein dritter Kurs geplant. Die vom Weiterbildungsinstitut in München geplante Weiterführung der Weiterbildung konnte bisher, trotz der bereits im Jahr 2007 geänderten Zugangsvoraussetzungen zur Weiterbildung, nicht erfolgen, da zu wenig Anmeldungen vorliegen. Hier muss weiter eine breite Information der Pflegenden und Hebammen, der verschiedenen Leistungsanbieter sowie eine Unterstützung durch die Berufsverbände erfolgen. Hierzu können nun auch die ersten AbsolventInnen einen wesentlichen Beitrag leisten.

Die Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Pilotprojekt und hier vor allem der zweiten Untersuchungsphase bestätigen, dass die Bedarfe für das neue Handlungsfeld Familiengesundheitspflege vorhanden sind und die Aufgabengebiete der FGP und FGH mit ihren zielgruppenorientierten und settingbezogenen Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung in Familien/Gemeinden eine wichtige Ergänzung zu den Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens darstellen.

Die FGP und FGH fungieren in den Familien vor allem als Gesprächspartner, als Berater, als Anleiter, als Begleiter, als Motivator, als Lotsen, als Vermittler, als Vernetzer, als Fürsprecher und als Stabilisator. Die **Rolle** der FGP bzw. FGH kann somit, analog des FHN-Konzepts der WHO (1999), als multifaktoriell bezeichnet werden. Entsprechend befähigt die Unterstützung der FGP und FGH Einzelpersonen, Familien und Gruppen zum eigenständigen Handeln. Ihre Versorgung ist auf die gesamte Lebensspanne ausgerichtet und umfasst neben der pflege- und hebamenspezifischen Begleitung und Betreuung vor allem Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation.

Die bisherigen **Zielgruppen** der FGP und FGH sind Familien mit pflegebedürftigen Kindern und Erwachsenen sowie vulnerable Personen und Gruppen. Hierzu zählen chronisch Kranke und hier vor allem auch an Demenz erkrankte Personen und ihre Familien, Frauen mit Risikoschwangerschaften und ihre Familien, sozial schwache Familien, Familien mit Migrationshintergrund und alleinerziehende Personen. Diese Familien und Gruppen befinden sich alle in Krisen- und Umbruchsituationen, sie sind teilweise auch sozial, gesundheitlich und wirtschaftlich benachteiligt. Zu den Zielgruppen zählen auch Kinder und Jugendliche mit ihren Eltern im Setting Schule.

Den **Anlass** für die Begleitung und Unterstützung durch die FGP und FGH bilden die drohende oder bereits bestehende Pflegebedürftigkeit der Betroffenen, die Risikoschwangerschaft, die Überlastung der Hauptpflegeperson bzw. der Familien der Betroffenen und die Entlassung der demenzkranken und/oder pflegebedürftigen Kinder und Erwachsenen aus der Klinik. Im Setting Schule stellen vor allem die Gesundheitsberatung und -förderung in Bezug auf eine gesunde Ernährung sowie die Konfliktprävention bzw. -bewältigung in den Familien den Anlass für die Unterstützung durch die FGP dar.

Der **Zugang** der FGP und FGH erfolgt über die Tätigkeit als freiberufliche Hebamme, den ambulanten Pflegedienst, das Gesundheitsamt, das Jugendamt, die Klinik und den Angehörigengesprächskreis. Eine FGP erhält den Zugang zur Schule über ein Projekt, das von einem gemeinnützigen Träger ausgerichtet wird. Die FGP sind im ambulanten Pflegedienst, in der Klinik, in der Beratungsstelle und in der Schule **angesiedelt**. Die FGH sind freiberuflich tätig.

Zu den **Bedarfen** der befragten Familien und daraus resultierend, den erforderlichen **Handlungskompetenzen** der FGP und FGH zählen neben ihren originären Aufgaben als Pflegende und Hebammen, vor allem der Vertrauensaufbau, das familiensystemische Assessment einschließlich der Einschätzung und Nutzung erforderlicher Hilfen und vorhandener Ressourcen. Die Planung, Durchführung und Evaluation der daraus resultierenden Interventionen wie z.B. die Durchführung von Familienkonferenzen oder Familien-Helfer-Konferenzen, die Information und Beratung über die vorhandenen Hilfsangebote sowie die frühzeitige Einbindung und Vernetzung aller, für den Versorgungsprozess erforderlichen, Leistungsanbieter gehören zu den Kernaufgaben der FGP und FGH. Des Weiteren sind das koordinierte Entlassungsmanagement, die Stabilisierung des Pflegearrangements, die Stärkung der Eigenverantwortung und die Hilfe zur Selbsthilfe grundlegende Bedarfe der Familien.

Den Familien ist es wichtig, dass sie aktiv in die Entscheidungsprozesse eingebunden werden. Hierbei sind das Aufzeigen von Perspektiven und damit die Erweiterung ihrer Handlungsmöglichkeiten wesentlich. Die Familien benötigen eine fördernde Unterstützung und Begleitung, die ihr Vertrauen stärkt, sie motiviert, ihnen Sicherheit vermittelt und zu eigenständigem Handeln befähigt. Ebenso stellen die professionelle Begleitung der Betroffenen und ihrer Familien, ihre Unterstützung in der Alltagsbewältigung im Umgang mit der Erkrankung, der Pflegebedürftigkeit oder der Behinderung einschließlich der Vermittlung entlastender Hilfen wie z.B. Selbsthilfegruppen, Angehörigengesprächskreise oder ehrenamtliche Helfer wesentliche Bedarfe dar. Die niedrigschwelligen Angebote und die aufsuchenden Hilfen der FGP und der FGH werden von den Familien als positive Unterstützung und als Entlastung erlebt. Für die Familien ist es wichtig, dass die FGP bzw. FGH ihre häusliche Situation kennt. Die FGP und FGH stabilisieren die Familien bei Krisen- und Umbruchsituationen. Sie vermitteln bei Konflikten innerhalb der Familien und mit anderen Personen. Die Kompetenzen der FGP und FGH ermöglichen somit eine Versorgung,

die zusammen mit den anderen Leistungsanbietern, auf die aktuellen Gegebenheiten und Anforderungen aber auch auf die künftigen Entwicklungen und Trends im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen, wie sie bereits im zweiten Kapitel dieses Berichts zu den Bedarfskonstellationen der Familien bzw. verschiedenen Zielgruppen beschrieben wurden, reagiert (Mazzola et al. 2008, BMAS 2008, BGW 2007, BMFSFJ 2006, RKI 2006, SVR 2007, Deutsche Liga für das Kind 2006, SVR 2005, Landtag Nordrhein-Westfalen 2005, RKI 2004, SVR 2003, BMFSFJ 2002, SVR 2000/2001).

Eine **Finanzierung** der Leistungen der FGP erfolgt bisher fast ausschließlich über das SGB XI z.B. über die Beratungseinsätze nach § 37 und das SGB V über die Behandlungs- und Vermeidungspflege. In der Klinik werden die Leistungen im Rahmen der Pflegeüberleitung abgerechnet. Ein Teil der FGP hat bei Projekten zur aufsuchenden Hilfe eine Finanzierung über die Kommune erhalten. Die Leistungen der FGH werden teilweise über die Gebührenordnung der Hebammen und/oder durch die Kommune u.a. über das SGB VIII finanziert. Der DBfK Bundesverband e.V. hat bereits die Aufnahme der FGP in die Liste der Anbieter gemäß § 20 SGB V beantragt.

Die Resultate zeigen bereits in der kurzen Zeit des Pilotprojekts die mögliche Bandbreite des neuen Handlungsfelds einschließlich erster Auswirkungen. Dabei konnte das Konzept der Familiengesundheitspflege im Rahmen des Pilotprojekts noch längst nicht voll ausgeschöpft werden. Vor allem die FGP haben vorrangig Familien mit chronisch kranken bzw. pflegebedürftigen Kindern und Erwachsenen begleitet. Die Ressourcen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung konnten hierbei jedoch erst ansatzweise zum Tragen kommen. Ein wesentlicher Grund hierfür ist, dass zuerst die Familiensituationen stabilisiert werden muss. Erst wenn die Familien zur Ruhe kommen, können sie über Alternativen nachdenken und Zukunftspläne entwickeln. Die bis dahin vorrangigen Hilfebedarfe zur Krankheit, Pflegebedürftigkeit und/oder Behinderung rücken in den Hintergrund und die Familien sind für nachhaltige präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen wie z.B. Veränderung der Lebensgewohnheiten, Ernährungsumstellung, regelmäßige Bewegung, Raucherentwöhnung und Teilnahme an sozialen Aktivitäten in der Gemeinde bzw. im Stadtteil offen und bereit. Hierfür bildet der Vertrauensvorschuss, den die FGP und FGH in den Familien bekommen haben, die Basis aber auch die

einmalige Chance für präventive und gesundheitsfördernde Strategien in den Familien.

Anhand der Pilotstudie konnten auch erste Hinweise auf den potenziellen gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Nutzen der Familiengesundheitspflege ermittelt werden. So hat in zwei Familien die Begleitung der FGP dazu beigetragen, dass die pflegebedürftigen Familienmitglieder weiter Zuhause versorgt werden konnten und in einer Familie wurde die demenzkranke Person in einer Einrichtung zur Tagespflege und nicht, wie erst geplant, in einem Pflegeheim untergebracht. Bei einer Familie wurde durch die Begleitung der FGH die Heimeinweisung eines Kindes verhindert. Die Unterstützung der FGP hat zudem dazu beigetragen, dass vier weibliche Hauptpflegepersonen wieder bzw. weiter berufstätig sind. Damit können die Frauen zu ihrer eigenen Absicherung und zur finanziellen Unterstützung der Familie beitragen. Gleichzeitig hat die aufsuchende Hilfe der FGP in diesen Fällen dazu geführt, dass die soziale Isolation der Familien und hier vor allem der Hauptpflegepersonen aufgebrochen und die soziale Reintegration gestärkt wurden.

Der Vergleich der erwarteten Ergebnisse der Pilotstudie mit den in der Vorstudie definierten Merkmalen der Familiengesundheitspflege lässt in fast allen Bereichen große Übereinstimmung erkennen. Die wesentlichen Unterschiede ergeben sich bei den Kategorien Zugang, Ansiedlung und Finanzierung. Eine FGP arbeitet an einer Schule, ein Aufgabenfeld, das in der Vorstudie nicht erwartet worden war und erneut die Breite der möglichen Handlungsfelder dokumentiert.

Erstaunlicherweise hat keine FGP oder FGH ihren Zugang zu den Familien über den Hausarzt erhalten. Ebenso war zum Zeitpunkt der wissenschaftlichen Begleitforschung keine der FGP bzw. FGH bei einer Krankenkasse, in einer Hausarztpraxis, beim Gesundheitsamt oder im Quartiersmanagement angesiedelt. Zur Finanzierung der Leistungen konnten weder die von den Experten in der Vorstudie angeführte Integrierte Versorgung noch die Finanzierung durch die Kommune im Rahmen des Quartiersmanagements genutzt werden. In diesen bisher nicht genutzten Bereichen der Ansiedlung und der Finanzierung sollten daher weitere Aktivitäten erfolgen, um das Konzept der Familiengesundheitspflege und den damit verbundenen Nutzen voll ausschöpfen zu können.

Empfehlungen zur Weiterentwicklung und Verstetigung des neuen Handlungsfelds

Die Empfehlungen zur Weiterentwicklung und zur nachhaltigen Verstetigung des neuen Handlungsfelds Familiengesundheitspflege beziehen sich im Spezifischen auf die Bereiche Verortung in den Strukturen des Gesundheits- und Sozialwesens, Weiterentwicklung der Pflegeberufe und Aufgabenfelder sowie Finanzierung der Leistungen.

Ausgehend von den Empfehlungen des SVR (2007) sollte die Ansiedlung einer FGP in einer Hausarztpraxis erprobt werden. Damit würde eine Umverteilung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowie eine verbesserte Versorgung vor allem vulnerabler Gruppen wie z.B. älterer und chronisch kranker Personen und ihrer Familien erzielt. Der Bedarf wurde bereits von den Experten in der Vorstudie formuliert und ein entsprechendes Szenario zum Aufgabenfeld einer „FGP als Pflegeexpertin in einer Hausarztpraxis“ entwickelt. Des Weiteren wurde von den Experten der Bedarf, der in ländlichen Regionen mit einer niedrigen Hausarztdichte entsteht, als Handlungsfeld für die Familiengesundheitspflege formuliert (Schnepp & Eberl 2005). Die Qualifikation und die Kompetenzen der FGP entsprechen auch den Anforderungen der vom SVR (2007) angeführten Nurse Practitioner (NP). Der International Council of Nurses (ICN) definiert NP als Pflegespezialisten, die über Expertenwissen, komplexe Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung und Kompetenzen für eine erweiterte Pflegepraxis verfügen (ICN 2006). Laut de Jong (2006) arbeiten diese Pflegeexperten, in enger Kooperation mit dem Arzt, beratend, anleitend, behandelnd, untersuchend, analysierend, z.B. in Hausbesuchen oder in Sprechstunden. Die NP fungieren als Fürsprecher und Casemanager für die Betroffenen und ihre Familien. Sie sind aufgrund ihrer Qualifikation in der Lage, vor allem bei chronisch kranken Menschen und ihren Familien eine individuelle Versorgung zu erbringen, da ihr Fokus nicht primär auf die Erkrankung, sondern auf die daraus resultierenden Gesundheitsprobleme, einschließlich der Gesundheitsförderung, die Prävention und die palliative Versorgung in der Endphase des Lebens ausgerichtet ist (Cumbie et al. 2004).

Übertragen auf die bundesdeutschen Gegebenheiten sollte die FGP in der Hausarztpraxis, nach Absprache mit dem Arzt, z.B. das Familienassessment und das geriatrische Assessment übernehmen sowie im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung aufsuchende Angebote zur Beratung, Schulung und Begleitung z.B. zur Ernährungsberatung bei Kindern und Jugendlichen und ihren Familien

durchführen. Des Weiteren könnte die FGP das Case- bzw. Disease- und Medikamentenmanagement zur verbesserten Versorgung chronisch kranker Personen u.a. mit Asthma, Diabetes, Herz- und Kreislauferkrankungen, in Orientierung an entsprechende Versorgungsmodelle wie z.B. dem Chronic Care-Modell (Gerlach et al. 2006) übernehmen. Die FGP sind zudem prädestiniert, präventive Hausbesuche bei älteren Personen (Bartholomeyczik et al. 2008, RKI 2006, Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund Public Health 2002) sowie Pflegebedürftigen und ihren Familien (Nüchtern 2003) z.B. zur Sturz- und Dekubitusprophylaxe, zur Beratung bei Inkontinenz oder zur Kontinenzförderung, zur Erfassung von Mangel- bzw. Fehlernährung, im Rahmen des Schmerzmanagements und zur Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger durchzuführen. Ebenso können sie das Wundmanagement bei Betroffenen mit chronischen Wunden übernehmen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, DNQP 2008). In Anlehnung an die Empfehlungen des SVR (2007) und bezugnehmend auf die Ergebnisse dieser Untersuchung sollte den FGP die Verordnung der Pflegehilfsmittel übertragen werden.

Hinsichtlich hausarztentlastender Modelle wie z.B. das „AGnEs-Projekt“ oder das „Modellprojekt Gemeindeschwester“ (van den Berg et al. 2007), die zurzeit in Erprobung sind, ist zu betonen, dass sich hierbei lediglich Verantwortlichkeiten von einem Leistungserbringer auf einen anderen verschieben. Das Konzept der Familiengesundheitspflege bzw. die darin enthaltenen Verantwortlichkeiten und Aufgabenfelder stellen bislang nicht verfügbare niedrighschwellige Leistungsangebote dar, die primär auf Prävention und Gesundheitsförderung in und mit Familien bzw. Gemeinden abzielen.

Mit der Reform der Pflegeversicherung (BMG 2008) wurden Aufgabenfelder geschaffen, für die die FGP aufgrund ihrer Weiterbildung ebenfalls geeignete Akteure darstellen. Interessante Bereiche für die FGP sind hierbei vor allem die Pflegestützpunkte, einschließlich der individuellen und umfassenden Pflegeberatung, das Casemanagement sowie die Möglichkeit, dass sich Pflegende selbstständig machen und Verträge mit den Pflegekassen zur Versorgung eines oder mehrerer Pflegebedürftiger und ihrer Familien abschließen können. Die zuletzt angeführte Möglichkeit kann dazu beitragen, dass die FGP ähnlich den FGH, über eine eigene Gebührenverordnung abrechnen können.

Bereits während der Praxiseinsätze in der Weiterbildung Familiengesundheit haben die Pflegenden und Hebammen von den Mitarbeitern der entsprechenden Einrichtungen die Rückmeldung erhalten, dass sie als FGP und FGH gerade an Institutionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes wie Gesundheitsamt, Jugendamt, Beratungszentren und Quartiersmanagement bzw. bei öffentlichen Projekten zur Prävention und Gesundheitsförderung mit ihren Leistungen eine wichtige Ergänzung zu den bestehenden Unterstützungsangeboten darstellen würden. Entsprechend sollten diese Institutionen die zusätzlichen Potenziale und Chancen, die sich für die Gesundheits- und Sozialversorgung ergeben, nutzen. Die FGP und FGH könnten direkt dort angesiedelt sein oder auf Honorarbasis in Projekten mitarbeiten. Sie sollten vor allem auch in aktuelle Projekte wie „Soziale Stadt“ oder „Regionale Knoten (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2007, Deutsches Institut für Urbanistik 2007, Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007) eingebunden sein. Ebenso sollten die Kompetenzen der FGP und FGH zur Etablierung von Mehrgenerationenhäusern und zur Implementierung von niedrigschwellig angelegten, familiennahen Angeboten wie z.B. Kindertageszentren, Familienbildungs- und Beratungsangeboten (BMFSFJ 2007) genutzt werden.

Bezugnehmend auf aktuelle Geschehnisse und damit verbundene Anforderungen in Zusammenhang mit Kindeswohlgefährdung, Vernachlässigung bzw. Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen und entsprechenden Risiken bei sozial benachteiligten Familien sollten die FGP mit einer Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege unbedingt in das soziale Frühwarnsystem eingebunden werden. Aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung können sie, in Kooperation mit anderen Akteuren der Gesundheits- und Jugendhilfe, wesentlich dazu beitragen, einer Kindeswohlgefährdung vorzubeugen bzw. diese frühzeitig zu erfassen, Hilfebedarfe von Familien rechtzeitig zu ermitteln und geeignete Hilfen zielgruppenorientiert zu erbringen bzw. zu vermitteln (Mazzola et al. 2008, Deutsche Liga für das Kind 2006, Helming 2006).

Bisher haben die Krankenkassen die Potenziale der FGP und FGH anscheinend noch nicht ausreichend erkannt. Die Tätigkeit einer FGP im Setting Schule zeigt jedoch, dass die Familiengesundheitspflege auch hier einen wesentlichen Beitrag leisten kann. Gerade bei den aktuellen und künftigen Präventionskampagnen und -projekten der Krankenkassen zur Primärprävention in Settings u.a. wie Betrieben,

Schulen, Kindertagesstätten oder Stadtteilen sind die Kompetenzen und Erfahrungen der FGP und FGH eine wichtige Ressource. Denn nach Aussagen des MDS (2008) können u.a. in Schulen „Kinder und Jugendliche in einer Altersstufe erreicht werden, in der bestimmte gesundheitsschädigende Verhaltensweisen noch nicht aufgetreten bzw. noch nicht stark ausgeprägt sind“ (MDS 2008:21). Außerdem können hier auch Kinder aus sozial benachteiligten Familien erreicht werden. Die FGP und FGH können im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung u.a. an Projekten zur Suchtprävention, Bewegung, Ernährung und Entspannung mitwirken. Dass gesundheitsfördernde Angebote aber bereits vom Lebensbeginn an in der Familie ansetzen können und sollten, wie das Konzept der Familiengesundheitspflege zeigt, wird vonseiten der Leistungsträger wie auch der Politik bislang noch nicht entsprechend berücksichtigt.

Entscheidend für die nachhaltige Verstetigung und Verbreitung des Angebots ist vor allem die leistungsrechtliche Klärung der Aufgaben der FGP und FGH. Bisher sind die AbsolventInnen darauf angewiesen, im Zusammenwirken mit den Kostenträgern, vorhandene Nischen zu finden und zu nutzen. Hier ist die Situation für die FGH etwas einfacher. Für die Weiterentwicklung des Handlungsfelds ist es wichtig, dass die Familiengesundheitspflege nicht nur eine Nischenfunktion übernimmt. Die FGP und FGH müssen als professionelle Akteure mit ihren jeweiligen Aufgabefeldern anerkannt, die Leistungen entsprechend finanziert und abrechenbar gemacht werden. Zur Finanzierung der Leistungen der FGP sollen deshalb auch die Möglichkeiten, die sich aus der Integrierten Versorgung (BGW 2007) und den persönlichen Budgets (Metzler et al. 2007, Büscher et al. 2007, Büscher et al. 2005) ergeben, erheblich mehr genutzt und die damit verbundenen Chancen einer angemessenen Finanzierung geprüft bzw. untersucht werden. Zudem muss, zusätzlich zu den bereits bestehenden Abrechnungsmöglichkeiten mit den Kranken- und Pflegekassen, eine Finanzierung auf der Basis weiterer Sozialgesetzbücher angestrebt werden, da Prävention und Gesundheitsförderung sowie Leistungen zur Reduzierung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen (SVR 2005, SVR 2000/2001) auch andere Sozialgesetzbücher betreffen. Für die FGP, die im ambulanten Pflegebereich tätig sind und Leistungen der Familiengesundheitspflege erbringen, ist es dringend erforderlich, dass die ambulanten Pflegedienste diese Leistungen auch abrechnen können. Nur so kann sich auch hier das neue Handlungsfeld in seiner Breite und

entsprechend den Bedarfen der Betroffenen und ihrer Familien angemessen etablieren. In die Erarbeitung weiterer Abrechnungsmöglichkeiten bzw. -modelle zur häuslichen Versorgung sollten zudem Vertreter ambulanter Pflegedienste, Patientenvertreter und Selbsthilfegruppen eingebunden werden. Zur Klärung bereits bestehender Regelungen zur Finanzierung der Leistungen der Familiengesundheitspflege hat der DBfK bereits im Mai 2008 ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben.

Zusätzlich zu den vorab aufgeführten Empfehlungen zur Weiterentwicklung und Verstetigung des neuen Handlungsfelds sind weiterführende Untersuchungen, die über mehrere Jahre angelegt sind, erforderlich, da sich die Auswirkungen von Prävention und Gesundheitsförderung in den Familien erst nach mehreren Jahren zeigen werden. Diese weiterführenden Studien könnten u.a. mit Projekten zu den verschiedenen Aufgabenfeldern der FGP und FGH, analog dem Modellprojekt „Pro Kind“ (Maier-Pfeiffer 2008, Stiftung Pro Kind 2006), und angemessenen Finanzierungsmodellen kombiniert werden. Zu Fragen der Effektivität und Effizienz des neuen Handlungsfelds sind auch Kosten-Nutzen-Analysen zu erbringen. Allerdings ist hier darauf hinzuweisen, dass diese nur für bestimmte Leistungen angemessene Aussagen liefern können bzw. hier auch ihre Grenzen haben (SVR 2007, Landtag Nordrhein-Westfalen 2005). Darüber hinaus ist das Weiterbildungsangebot Familiengesundheitspflege, unter Einbeziehung internationaler Forschungsergebnisse, kontinuierlich weiterzuentwickeln und deutschlandweit zu etablieren.

Insgesamt betrachtet hat sich die neue Rolle bewährt. Für die Etablierung und Verstetigung des neuen Handlungsfelds Familiengesundheitspflege ist es aber auch wichtig und notwendig, die multifaktorielle Rolle der FGP bzw. FGH gemäß den Bedarfen und Spezifitäten der deutschen Gesundheits- und Sozialversorgung kontinuierlich weiterzuentwickeln und den nachgewiesenen Nutzen, sowie die zusätzlichen Potenziale und Möglichkeiten, die durch die neuen Rollen der FGP und FGH entstehen, auf politischer Ebene, bei allen Akteuren im Gesundheits- und Sozialwesen und in der Gesellschaft transparent zu machen.

Literaturverzeichnis

- Bartholomeyczik, S.; Brieskorn-Zinke, M.; Eberl, I.; Schnepf, W.; Weidner, F.; Zegelin, A. (2008): Prävention als Aufgabe der Pflege: Konzepte und Projekte. In: Kirch, W.; Badura, B.; Pfaff, H. (Hrsg.): Prävention und Versorgungsforschung. Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung. Dresden, Oktober 2007. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 539-568
- Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund Public Health (2002): Machbarkeitsstudie. Prävention im Alter-geriatriisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen. Abschlussbericht. <http://www.optiserv.de/gesund-im-alter/Endbericht20Nov2002.pdf>, (01.07.2004)
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, BGW (2007): Empfehlungen zur Umsetzung der Integrierten Versorgung unter Einbezug der Pflege. Positionspapier. Expertenkommission Pflege der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw_20themen/Expertenkommission__Integrierte__Versorgung__Gesamt,property=download.pdf, (01.05.2008)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, BMAS (2008): Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Entwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 19.05.2008. http://www.sozialpolitik-aktuell.de/docs/Dritter_Armuts-_%20Reichtumsbericht.pdf, (05.06.2008)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ (2007): Kernaussagen des Siebten Familienberichts für Lokale Bündnisse. <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung2/Pdf-Anlagen/empfehlungen-siebter-familienbericht-lobue,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf>, (05.06.2008)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ (2006): Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Siebter Familienbericht. Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission. Bericht der Sachverständigenkommission. <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung2/Pdf-Anlagen/siebter-familienbericht,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf>, (01.04.2008)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ (2006): Auszüge aus dem Koalitionsvertrag zum geplanten Frühwarnsystem. Projekt "Frühe Förderung für gefährdete Kinder - Prävention durch Frühförderung". <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/aktuelles,did=65480.html>, (15.05.2008)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission. <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/fuenfter-altenbericht,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf>, (01.06.2008)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ (2002): Viertes Bericht zur Lage der älteren Generation. <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/>

PRM-21786-4.-Altenbericht-Teil-I,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf,
(12.04.2008)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ (2000): Sechster Familienbericht. Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen – Belastungen – Herausforderungen und Stellungnahme der Bundesregierung. Drucksache 14/4357. <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Internetredaktion/Pdf-Anlagen/PRM-3529-Familienbericht,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf>, (02.04.2005)

Bundesministerium für Gesundheit, BMG (2008): Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Bundesanzeiger Verlag. <http://www.bgblportal.de/BGBL/bgbl1f/bgbl108s0874.pdf>, (17.06.2008)

Bundesministerium für Gesundheit, BMG (2008): Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Bundestag Drucksache 16/772 http://www.bmg.bund.de/cIn_041/nn_773126/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/4-bericht-entwicklung-pflegeversicherung,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/4-bericht-entwicklung-pflegeversicherung.pdf (10.06.2008)

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2001): Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Drucksache 14/5590. http://www.bmgs.bund.de/downloads/2._Bericht-Pflegeversicherung.pdf, (24.06.2004)

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004): Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. <http://www.bmgs.bund.de/downloads/DritterBerichtPflegeversicherung.pdf>, (24.01.2005)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. Gesundheitsförderung Konkret Band 5. <http://www.bzga.de/?uid=c8c68b95131d39d782967adf9b278987&id=medien&sid=62&idx=1262>, (04.05.2008)

Büker, C. (2008): Familien mit einem pflegebedürftigen Kind. Herausforderungen und Unterstützungserfordernisse. *Pflege & Gesellschaft*, 13(1):77-88

Büscher, A.; Budroni, H.; Hartenstein, A.; Holle, B.; Vosseler, B. (2007): Auswirkungen von Vergütungsregelungen in der häuslichen Pflege. Ein Modellprojekt zur Einführung personenbezogener Budgets. *Pflege & Gesellschaft*, 12(4):343-359

Büscher, A.; Boes, C.; Budroni, H.; Hartenstein, A.; Holle, B. (2005): Finanzierung der häuslichen Pflege. Eine qualitative Untersuchung zur Einführung personenbezogener Budgets. Abschlussbericht, Institut für Pflegewissenschaft, Private Universität Witten/Herdecke

Bohnsack, R. (2000): Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in die Methodologie und Praxis qualitativer Forschung. Leske und Budrich, Opladen

Bortz, J.; Döring, N. (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer-Verlag, Berlin

- Cumby, S.A.; Conley, V.M.; Burman, M.E. (2004): Advanced Practice Nursing. Model for Comprehensive Care with Chronic Illness. Model for Promoting Process Engagement. *Advances in Nursing Science*, 27, (1):70-80
- de Jong, A. (2006): Nurse Practitioner: Pflege zwischen care und cure. *Die Schwester Der Pfleger*, 45, (9):698-701
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, DBfK (2007): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (PfWG). <http://www.dbfk.de/bv/download/stenaPflegeWeiterentwicklungsgesetzPV2007-09-20.pdf>, (01.06.2008)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, DBfK Bundesverband (2005): Curriculum. Weiterbildung Familiengesundheit für Pflegenden und Hebammen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. DBfK Bundesverband, Berlin
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, DBfK (2000): Zweite WHO-Ministerkonferenz Pflege- und Hebammenwesen München 15.-17. Juni 2000. *Pflege aktuell* 54, (7-8): Sonderbeilage
- Deutsches Institut für Urbanistik (2007): Gesundheitsförderung in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf. *Soziale Stadt info* 20. Der Newsletter zum Bund-Länder-Programm Soziale Stadt. April 2007.
- Deutsche Liga für das Kind (2006): Kinder besser vor Gefahren für ihr Wohl schützen. Anregungen der Deutschen Liga für das Kind zur Entwicklung eines frühen Warn- und Hilfesystems. Stellungnahme. <http://liga-kind.de/downloads/Stellungnahme%20Liga.pdf>, (01.06.2008)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, DNQP (2008): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Kommentierung und Literaturanalyse. Fachhochschule Osnabrück. (08.07.2008)
- Eberl I, Schnepf W (2007): Die multizentrische Pilotstudie der WHO zur Family Health Nurse. Eine Untersuchung über die Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland. Dritter Zwischenbericht. Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Witten
- Eberl I., Schnepf W. (2006): Die multizentrische Pilotstudie der WHO zur Family Health Nurse. Eine Untersuchung über die Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland. Zweiter Zwischenbericht. Private Universität Witten/Herdecke, Witten
- Eberl I., Schnepf W. (2005): Die multizentrische Pilotstudie der WHO zur Family Health Nurse. Eine Untersuchung über die Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland. Erster Zwischenbericht. Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Witten
- Fichten, W. (2004): Wissensverwendung und Praxistransfer in der beruflichen Weiterbildung am Beispiel des Kurses „Psychologische Gesundheitsförderung für Pflegepersonal“. In: Fröhlich, W.; Jütte, W. (Hrsg.): *Qualitätsentwicklung in der postgradualen Weiterbildung. Internationale Entwicklungen und Perspektiven*. Waxmann, Münster, S. 498 – 518
- Flick, U. (1998): *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg
- Friedrichs, J. (1999): *Methoden empirischer Sozialforschung*. Westdeutscher Verlag

- Gensichen, J, Muth, C.; Butzlaff, M.; Rosemann, T.; Raspe, H.; Müller de Cornejo, G.; Beyer, M.; Härter, M.; Müller, U.A.; Angermann, C.E.; Gerlach, F.M; Wagner, E. (2006): Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Überreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronisch Kranke. Zeitschrift für ärztliche Qualität und Versorgung im Gesundheitswesen, 100, (5):365-374
- Gesundheitsministerkonferenz der Länder, GMK (2007): Beschluss der 80. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 5.6.2007, TOP 10.4. Ausbau der Strukturen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_80&id=80_10.04 (19.06.2008)
- Gerlach, F.M.; Beyer, M.; Saal, K.; Peitz, M.; Gensichen, J. (2006): Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 2: Chronic Care-Modell und Case Management als Grundlagen einer zukunftsorientierten hausärztlichen Versorgung. Zeitschrift für ärztliche Qualität und Versorgung im Gesundheitswesen, 100, (5):345-352
- Gerlach, F.M.; Beyer, M.; Saal, K.; Peitz, M.; Gensichen, J. (2006): Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Zeitschrift für ärztliche Qualität und Versorgung im Gesundheitswesen, 100, (5):335-343
- Helming, E.; Sandmeir, G.; Sann, A.; Walter, M. (2006): Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Abschlussbericht. Deutsches Jugendinstitut e.V., Abteilung Kurzevaluation Frühe Hilfen, München
- Höffinger, W. (2005): Örtliche und regionale Familienpolitik ist zukunftsorientierte Familienpolitik. Das online-Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik. Amt der Oö. Landesregierung, Familienreferat, Linz. http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Programme/a_Familienpolitik/s_847.html, (18.06.2008)
- International Council of Nurses, ICN (2006): Nurse Practitioner/Advanced Practice Network. Definition and Characteristics of the Role. <http://icn-apnetwork.org>, (05.11.2007)
- Kardorff, E. von (2000): Qualitative Evaluationsforschung. In: Flick, U.; Kardorff, E. von; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg, 238-250
- Lamnek, S. (1998): Gruppendiskussion. Theorie und Praxis. Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Lamnek, S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Abschlussbericht.jsp, (18.04.2008)

- Lampert, T.; Kurth, B.-M. (2007): Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). Deutsches Ärzteblatt, 104(43):2944-2949
- Leahey, M.; Wright, L.M. (2002): Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention. F.A. Davis
- Lo-Biondo-Wood, G.; Haber, J. (1996): Pflegeforschung. Methoden-kritische Einschätzung-Anwendung. Ullstein Mosby GmbH & Co. KG, Berlin/Wiesbaden
- Loos, P.; Schäffer, B. (2001): Das Gruppendiskussionsverfahren. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendung. Qualitative Sozialforschung. Band 5. Leske + Budrich, Opladen
- Macduff, C.; West, B.J.M. (2005): An evaluation of the first year of family health nursing practice in Scotland. International Journal of Nursing Studies, 42, (1): 47-59
- Macduff, C.; West, B.J.M. (2003): Evaluating Family Health Nursing through Education and Practice. Scottish Executive Social Research. Crown Copyright, Edinburgh
- Maier-Pfeiffer, A. (2008): Modellprojekt Pro Kind – Ein Hausbesuchsprogramm für schwangere Frauen in schwierigen Lebenssituationen. Vortrag auf der Fachtagung Politischer Dialog „Frühe Hilfe – Gesunde Familie“ am 24.01.2008. Bosch Repräsentanz Berlin. <http://www.familiengesundheitspflege.de/download/Pro%20Kind%20Praes.%20A.%20Maier-Pfeiffer%20Politischer%20Dialog%2024.1.pdf>
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. Beltz Verlag, Weinheim und Basel
- Mazzola, R.; Meyer, G.; Habermann, M. (2008): Misshandelte und vernachlässigte Kinder: Weniger Aktionismus, mehr evidenzgestütztes Handeln. Pflegezeitschrift, 61:70-73
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V, MDS (2008): Präventionsbericht 2007. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2006. <http://www.mds-ev.org/index2.html> (10.06.2008)
- Metzler, H.; Meyer, T.; Rauscher, C.; Schäfers, M.; Wansing, G. (2007): Trägerübergreifendes Persönliches Budget. Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Begleitung und Auswertung der Erprobung trägerübergreifender Budgets. Abschlussbericht. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. http://www.bmas.de/coremedia/generator/23072/property=pdf/f366__forschungsbericht.pdf (19.06.2008)
- Metzing, S. (2007): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Erleben und Gestalten familialer Pflege. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
- Mohr, G.; Müller, A.; Rigotti, T.; Zeynep, A.; Tschan, F. (2006): The Assessment of Psychological Strain on Work Contexts. Concerning the Structural Equivalency of Nine Language Adaptations of the Irritation Scale. European Journal of Psychological Assessment, 22, (3): 198-206

- Mohr, G.; Rigotti, T.; Müller, A. (2005): Instrumente der Arbeits- und Organisationspsychologie. Irritation – ein Instrument zur Erfassung psychischer Beanspruchung im Arbeitskontext. Skalen- und Itemparameter aus 15 Studien. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 49, (1): 44-48
- Müller, A.; Mohr, G.; Rigotti, T. (2004): Differenzielle Aspekte psychischer Beanspruchung aus Sicht der Zielorientierung. Die Faktorstruktur der Irritationsskala. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 25, (4):213-225
- Murray, I. (2004): Family health nursing: the education programme for the WHO Europe Scottish Pilot. British Journal of Community Nursing, 9, (6): 245-250
- Nüchtern, E. (2003): Präventive Hausbesuche im Alter: Notwendiger Leistungsumfang aus medizinischer Sicht. Sozialmedizinische Expertise. MDK Baden-Württemberg
- Pawson, R.; Tilley, N. (1997): Realistic Evaluation. Sage, London
- Polit, D.F.; Beck, C.T.; Hungler, B.P. (2004): Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung. Verlag Hans Huber, Bern
- Robert Koch Institut, RKI (2006): Gesundheit in Deutschland. Zusammenfassung. Robert Koch Institut Berlin.
http://www.rki.de/cIn_100/nn_204568/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/Geslndtld/gesundheitsbericht_kurzfassung,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gesundheitsbericht_kurzfassung.pdf, (19.07.2007)
- Robert Koch Institut. RKI (2004): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Pflege. Robert Koch Institut, Berlin
http://www.rki.de/cIn_049/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/pflege,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/pflege.pdf, (15.02.2008)
- Robert Koch Institut, RKI (2004): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 23. Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Robert Koch Institut, Berlin.
http://www.rki.de/cIn_049/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/selbsthilfe,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/selbsthilfe.pdf, (05.04.2007)
- Rosenbrock, R. (2005): Das deutsche Präventionsgesetz 2005 – ein gescheiterter Anlauf.
<http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/Rosenbrock-Praeventionsgesetz.pdf>, (08.09.2007)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, SVR (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Kurzfassung. <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Kurzfassung%202007.pdf>. (30.07.2007)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, SVR (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Kurzfassung. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht05/Kurzfassung.pdf>, (15.02.2006)
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, SVR (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen. Gutachten 2003. Kurzfassung. <http://www.svr-gesundheit.de/guchacht/gutalt/gutaltle.htm>, (23.06.2004)

- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, SVR (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I. Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Kurzfassung. <http://www.svr-gesundheit.de/guchtacht/gutalt/gutaltle.htm>, (23.06.2004)
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, SVR (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2001/2002. Ausführliche Zusammenfassung. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/kurz-de.pdf>, (23.06.2004)
- Schaeffer, D.; Moers, M. (2008): Überlebensstrategien – ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter. *Pflege & Gesellschaft*, 13(1):6-31
- Schiefele, U.; Jacob-Ebbinghaus, L. (2006): Lernermerkmale und Lehrqualität als Bedingungen der Studienzufriedenheit. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 20, (3):199-212
- Schmidt, C.; Gebert, A. (2007): Präventive Hausbesuche für Senioren – Erkenntnisse und Perspektiven im Ausklang des Projektes mobil. *Perspektiven*, 2:1-3. Informationen des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung, dip
- Schnell, M. W.; Heinritz, C. (2006): *Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft*. Verlag Hans Huber, Bern
- Schnepf, W. (2006): Im Angesicht des Anderen: „Schützen müssen“. Antrittsvorlesung am Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenaher Pflege, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke gGmbH. *Pflege & Gesellschaft*, 11(1):61-76
- Schnepf, W.; Eberl, I. (2005): *Projektdesign- und Konsensphase zur Implementierung der Family Health Nurse in Deutschland. Abschlussbericht*. Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Witten
- Schulze, G. (1998): *Zur Evaluation des Studienganges „Berufsbegleitende Weiterbildung für Lehrer an Förderschulen“ am Institut für Förderpädagogik der Universität Leipzig*. Universität Leipzig
- Statistisches Bundesamt (2007): *Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Bonn
- Statistisches Bundesamt (2006): *Datenreport 2006. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Auszug aus Teil 1*. http://www.gesis.org/Sozialindikatoren/Publikationen/Datenreport/pdf2006/1_08.pdf, (01.06.2008)
- Stiftung Pro Kind (2006). <http://www.stiftung-pro-kind.de/index.php?id=288> (08.03.2008)
- van den Berg, N.; Meinke, C.; Heymann, R.; Dreier, A.; Terschüren, C.; Hoffmann, W. (2007): *Community Medicine Nurses – Arztunterstützung in ländlichen Regionen*. *Pflege & Gesellschaft*, 12,(2):118-134
- Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, WHO (1999): *Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“. Nr.6, Kopenhagen

World Health Organization Regional Office for Europe, WHO (2000): The Family Health Nurse. Context, Conceptual Framework and Curriculum. Copenhagen

Yin, R. (1994): Case study research: design and methods. Sage, California

Abkürzungsverzeichnis

Abb.:	Abbildung
BGW:	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BMAS:	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ:	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG:	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS:	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
bzgl.:	bezüglich
DBfK:	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V
DNQP:	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
EI:	Emotionaler Bereich
FGP:	Familiengesundheitspflegende
FGH:	Familiengesundheitshebamme
FHN:	Family Health Nurse
ICN:	International Council of Nurses
KI:	Kognitiver Bereich
MDS:	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
NP:	Nurse Practitioner
RKI:	Robert Koch Institut
s.:	siehe
SVR:	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
SGB:	Sozialgesetzbuch
TN:	TeilnehmerInnen
u. a.:	unter anderem
WB:	Weiterbildung
WHO:	Weltgesundheitsorganisation
z.B.:	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abb. 1: Zeit für das Selbststudium	87
Abb. 2: Bewältigung des Selbststudiums	88
Abb. 3: Anforderungen durch die Beschaffung von Literatur	88
Abb. 4: Anforderung durch kooperatives Arbeiten in Arbeitsgruppen	89
Abb. 5: Einschätzung der belastenden Situationen bzw. Lebensumstände	90
Abb. 6: Verteilung der Aussagen nach den übergeordneten Kategorien	91
Abb. 7: Typische Lernschwierigkeiten der TeilnehmerInnen	92
Abb. 8: Schwerpunkte in der Arbeit mit anderen TeilnehmerInnen	92

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Zeitplan und Aktivitäten für das Jahr 2005	41
Tab. 2: Zeitplan und Aktivitäten für das Jahr 2006	41
Tab. 3: Zeitplan und Aktivitäten für das Jahr 2007	41
Tab. 4: Zeitplan und Aktivitäten für das Jahr 2008	42
Tab. 5: Inhaltlicher Vergleich der beiden Curricula	50
Tab. 6: Verteilung der Module nach Stunden und Präsenzphasen	52
Tab. 7: Vergleich der Inhalte von Modul I	54
Tab. 8: Vergleich der Inhalte von Modul II	55
Tab. 9: Vergleich der Inhalte von Modul III	56
Tab. 10: Vergleich der Inhalte Modul IV	56
Tab. 11: Vergleich der Inhalte Modul V	57
Tab. 12: Vergleich der Inhalte Modul VI	57
Tab. 13: Vergleich der Inhalte Modul VII	57
Tab. 14: Vergleich der Inhalte Modul VIII	58
Tab. 15: Inhaltliche Schwerpunkte der DozentInnen aus München	71

Tab. 16: Inhaltliche Schwerpunkte der DozentInnen aus Essen	72
Tab. 17: Aussagen zur sozialen Kompetenz der TeilnehmerInnen	83
Tab. 18: Aussagen zur psychischen Stabilität/Belastungstoleranz der TeilnehmerInnen	84
Tab. 19: Aussagen zur Relevanz der Weiterbildungsinhalte	84
Tab. 20: Aussagen zum Engagement der Dozenten	85
Tab. 21: Aussagen zur Überforderung der TeilnehmerInnen	85
Tab. 22: Aussagen zu den Inhalten der Weiterbildung	86
Tab. 23: Aussagen zu den Bedingungen der Weiterbildung	86
Tab. 24: Aussagen zur Bewältigung der Belastungen durch die Weiterbildung	86
Tab. 25: Einschätzung der Belastung durch vorhandene Lebensumstände	89
Tab. 26: Besondere Stressfaktoren der TeilnehmerInnen	90
Tab. 27: Skala zur Erfassung der psychischen Befindensbeeinträchtigung	93
Tab. 28: Praktikumsbericht A	184
Tab. 29: Praktikumsbericht B	184
Tab. 30: Praktikumsbericht C	185
Tab. 31: Praktikumsbericht D	185
Tab. 32: Praktikumsbericht E	186
Tab. 33: Praktikumsbericht F	187
Tab. 34: Praktikumsbericht G	188
Tab. 35: Praktikumsbericht H	188
Tab. 36: Praktikumsbericht I	189
Tab. 37: Praktikumsbericht J	189
Tab. 38: Praktikumsbericht K	190
Tab. 39: Praktikumsbericht A	191
Tab. 40: Praktikumsbericht B	192
Tab. 41: Praktikumsbericht C	193
Tab. 42: Praktikumsbericht D	194

Tab. 43: Praktikumsbericht E	195
Tab. 44: Praktikumsbericht F	196
Tab. 45: Praktikumsbericht G	197
Tab. 46: Praktikumsbericht H	198
Tab. 47: Praktikumsbericht I	198
Tab. 48: Praktikumsbericht J	199
Tab. 49: Praktikumsbericht K	200
Tab. 50: Praktikumsbericht L	201
Tab. 51: Praktikumsbericht M	202
Tab. 52: Praktikumsbericht N	203
Tab. 53: Praktikumsbericht O	204
Tab. 54: Praktikumsbericht P	204
Tab.:55: Praktikumsbericht Q	205
Tab. 56: Praktikumsbericht R	206
Tab. 57: Praktikumsbericht S	207

Anhang 1 Analysen der Berichte aus dem ersten Praktikum

Die Analysen der Berichte aus dem ersten Praktikum der TeilnehmerInnen aus München sind in den Tabellen 28 bis 38 aufgeführt.

Bericht A der Einrichtung: Gemeindeorientierte soziale Beratung des Kreis Caritasverbandes
1. Ziele Keine Aussagen
2. Schwerpunkte/Tätigkeiten <ul style="list-style-type: none"> - Einblick in den Aufgabenbereich „Hilfe für Flüchtlinge“: Beratung in einem Wohnheim für Asylbewerber Ansprechpartner und Berater für verschiedene „Freundeskreise Asyl“ einer Unterkunft „Tafel“ für Bedürftige Allgemeine soziale Beratung in der Geschäftsstelle - Begleitung in ein Heim für Asylbewerber - Teilnahme an einem Treffen des „Freundeskreises“ - Beteiligung bei der Vorbereitung und Ausgabe in der „Tafel“
3. Zuordnung im Gesundheitssystem <ul style="list-style-type: none"> - Zur Beratung im Asylbewerberheim: regelmäßige und problemorientierte Beratung stellt eine konkrete Hilfestellung dar, „hat Wertschätzung zur Folge“ - Begleitung der Freundeskreise: Bürger „verschiedener Generationen und Sozialisierungen finden eine neue und sinnvolle Aufgabe, lernen andere Menschen, auch „verschiedener Kulturen“ kennen, „Selbstwertgefühl wird positiv beeinflusst – dies fördert die Kohärenz“ - Tafel: „Bedürftige werden selbst aktiv“, „Kontaktbörse“, Entstehen „sozialer Kontakte“ und „Verständnis für die Bedürftigen durch persönliche Gespräche“
4. Nutzen für die FGP <ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit zur Motivation der Betroffenen, entsprechend ihren Fähigkeiten - Einbindung von ehrenamtlich tätigen Personen ist wichtig - Motivation, das „Leben in verschiedenen Generationen und Gesellschaftsstrukturen mitzugestalten“ - Wertschätzung und professionelle Begleitung der Bedürftigen, der Helfenden und Begleiter ist ein „absolutes Muss“ - „Auch ein Generalist braucht Ansprechpartner im Team und z.B. Supervision“

Tabelle 28: Praktikumsbericht A

Bericht B der Einrichtung: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
1. Ziele Keine Aussagen
2. Schwerpunkte/Tätigkeiten <ul style="list-style-type: none"> - Einblick in Präventionsprojekte - Bereiche des LGL kennen lernen - Vorstellung des Pilotprojekts FGP - Mitarbeit an einem Statistikbogen für Schuleingangsuntersuchungen - Heranbringen der SIDS-Kampagne (Studie zum plötzlichen Kindstod) an Risikogruppen
3. Zuordnung im Gesundheitssystem Keine Aussagen
4. Nutzen für die FGP <ul style="list-style-type: none"> - Netzwerk mit verschiedenen Ärztinnen aufbauen - Als Multiplikator für SIDS-Kampagne fungieren - Möglichkeiten zur Umsetzung des „theoretischen Wissens in die Praxis“

Tabelle 29: Praktikumsbericht B

Bericht C der Einrichtung: Verschiedene Gesundheitseinrichtungen: Tafel, Jugendtreff, Sozialprojekt in einer Stadt
1. Ziele - Einblick in die verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und deren „Zusammenarbeit“
2. Schwerpunkte/Tätigkeiten - Teilnahme am „offenen Betrieb“ im Jugendtreff - Teilnahme an der „Tafel“ - Einblick in ein Sozialprojekt der Stadt: Angehörigenberatung; Unterricht in einer Trainingsmaßnahme für Arbeitslose, die künftig in der Pflege arbeiten wollen
3. Zuordnung im Gesundheitssystem - Niedrigschwelliges Angebot für Jugendliche - Tafel: Organisation durch Quartiersmanagerin, Unterstützung durch freiwillige Helfer und Zivildienstleistende der evangelischen Kirche: Zuteilung von Lebensmitteln an Familien, Senioren - Ziel des Sozialprojekts: Das „Klientel zur Übernahme von Eigenverantwortung und selbstbestimmter Lebensführung zu befähigen“
4. Nutzen für die FGP - „Die FGP könnte in der Angehörigenberatung sowie in der Behinderten- und Altenpflege tätig sein“

Tabelle 30: Praktikumsbericht C

Bericht D der Einrichtung: Gesundheitsamt: Abteilung soziale Beratungsstelle
1. Ziele - Netzwerkarbeit - Kontakte zu Sozialpädagogen aller Arbeitsbereiche - Einblick und „Miterleben“ von Arbeitskreisen, Einzelberatungen und Hausbesuchen
2. Schwerpunkte/Tätigkeiten „Gehört, Erlebt und Mitgemacht“: - Vorträge an einer Hauptschule über Verhütung und Aids - Arbeitskreis: Gemeinsame Gesundheitskonferenz - Arbeitskreis: Bündnis für Familie (Thema: Familiengesundheit) - Vortrag an einem Gymnasium: Lehrgesundheit - Entwurf des Konzepts: „Spaß an Bewegung“ - Beratung eines alkoholabhängigen Mannes - 2 Hausbesuche (bei einem davon öffnet die Person trotz Ankündigung nicht) - Informationsgespräche über pränatale Diagnostik, Essstörungen, Präventionsprojekte
3. Zuordnung im Gesundheitssystem - Schwerpunkte: Beratung in der Schwangerschaft; „Gesundheitsförderung“ (Suchtprävention, Sexualpädagogik, Suchtberatung), „spezifische Beratung“ (seelische und psychische Erkrankungen, schwierige Lebenssituationen, Essstörungen, Fachberatung für Heime/Heimaufsicht) - Kooperation und Vernetzungsarbeit mit anderen Institutionen und Anbietern nehmen einen hohen Stellenwert ein
4. Nutzen für die FGP - Ausbau des bereits vorhandenen Netzwerks mit den Sozialpädagogen - 2 Sozialpädagogen würden die „FGP als Ansprechpartnerin in ihrem oft schwierigen Arbeitsfeld als Bereicherung und Ergänzung aber nicht als Konkurrenz sehen“

Tabelle 31: Praktikumsbericht D

<p>Bericht E der Einrichtung: Landratsamt: Fachbereich Gesundheit</p>
<p>1. Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einblick in die Aufgaben eines Gesundheitsamtes
<p>2. Schwerpunkte/Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einführung in die Tätigkeitsbereiche der Abteilungen: Tuberkulose, Umweltschutz, Kultur - Jugendzahnpflege in verschiedenen Schulen - Teilnahme an der Konferenz über geplante Kooperation mit „KORN“ (Selbsthilfegruppen in der Region)
<p>3. Zuordnung im Gesundheitssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitsamt erhält die Daten über die gemeldeten Erkrankungen - Dokumentation, Registrierung und Überwachung des Verlaufs und der Kontroll-Termine bis zur völligen Ausheilung der gemeldeten Erkrankung - Tuberkulosefürsorge: Testimpfung bei gemeldetem Verdachtsfall zur Diagnosebestätigung, („unwillige Verdachtspersonen werden mithilfe des Ordnungsamtes der weiteren Therapieempfehlung zugeführt)
<p>4. Nutzen für die FGP Mögliche Aufgabengebiete als FGP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Begleitung und Beratung der Betroffenen und seines Umfelds“ durch die FGP in Bezug auf „Ernährung, Hygiene, gesunde Lebensführung, gesunde Wohnverhältnisse und Einbindung in die vorhandene Sozialstruktur und Familienkultur“ - Nutzung der Daten des Gesundheitsamtes (z.B. gemeldete Erkrankungen, Verlauf, Kontrolltermine) - Jugendzahnpflege: Begleitung bei Schulterminen wie Zahnarzt-Reihenuntersuchung, Beratung der Familien über Wichtigkeit und Möglichkeiten der prophylaktischen Zahnpflege - Zuführung zu Selbsthilfegruppen und Angeboten im Wohngebiet, auch in „kultureller und gesellschaftlicher Hinsicht trägt die empfehlende Teilnahme der FGP einen sehr großen Teil bei“, „fungiert hier oft als erste Kontaktperson zwischen der vorhandenen Infrastruktur“ - Beratung und Aufklärung zum Abkochen des Trinkwassers nach Reparaturarbeiten und Umweltverschmutzungen - „Bei den Einschulungsuntersuchungen berät die FGP die förderungsbedürftigen Kinder und ihre Familien zu Therapievor schlägen und –maßnahmen und begleitet sie“

Tabelle 32: Praktikumsbericht E

<p>Bericht F der Einrichtung: Gesundheitsamt, sozialpädiatrische Abteilung: Familienhebammen (FH)</p>
<p>1. Ziele Einblicke in folgende Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eingliederung der FH in die Struktur des Gesundheitsamts - Zugang zu den Zielgruppen und Zusammenarbeit mit anderen Institutionen - Aus-, Fort- und Weiterbildung der FH - Bewältigung der erlebten Situationen - Kennen lernen der Arbeit der FH „vor Ort“
<p>2. Schwerpunkte/Tätigkeiten Beschreibung entsprechend den Zielen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsstruktur und Zuständigkeiten: 10 FH (Kinderkrankenschwestern und Hebammen) für vier Bezirke; Hausbesuche, Fallbesprechungen, „Falldokumentation“, „Epikrise“ bei sechs Monate alten Kindern - Klientenvermittlung durch „Selbstmelder“ und Institutionen - Ausbildung: nur 1 Hebamme hat eine Ausbildung als FH, Bedarf wäre da - Bewältigung: Supervision, kollegialer Austausch (hoher Krankenstand, Unzufriedenheit) - Begleitung bei Hausbesuchen, Bürotätigkeit, Teilnahme an Teamübergaben
<p>3. Zuordnung im Gesundheitssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> - FH sind seit 26 Jahren in der Stadt B. etabliert, hoher Bekanntheitsgrad, gute Akzeptanz - Betreuung ist für die Familien kostenfrei, sie wird von der Stadt finanziert - 50% der Klienten sind „Selbstmelder“ ansonsten Meldung durch Wohlfahrtsverbände, Krankenhäuser, Jugendamt, Kinderärzte, Gynäkologen; Kooperation mit Gesellschaft für ambulante psychiatrische Betreuung, Mutter-Kind-Heime - „Die FH haben mehr zu tun, als zu bewältigen ist“ - „Zusammenarbeit mit den freiberuflichen Hebammen funktioniert sehr gut“
<p>4. Nutzen für die FGH</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Das was die Kolleginnen leisten, kann und mache ich zum Teil auch schon jetzt“ - Für die Arbeit sind Weiterbildung und Erfahrung erforderlich - Als FGH Bedarf an Wissen zur Entwicklungsbeurteilung von Kindern - Austausch, Rat und Motivation durch Zusammenarbeit untereinander - Kooperation mit Institutionen im Bezirk ist für die Arbeit als FGH unersetzlich - „Es wird sicher eine Weile dauern, wenn es überhaupt geschieht, bis sich der neue Beruf der FGH etabliert hat und angenommen wird“ - „Die herkömmliche Gebührenordnung erschwert das Arbeiten als FGH“

Tabelle 33: Praktikumsbericht F

<p>Bericht G der Einrichtung: AOK Bayern, Bereiche: Gesundheitsförderung, Pflegeversicherung</p>
<p>1. Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nischen und Finanzierungsmöglichkeiten für das Aufgabenfeld der FGP eruieren
<p>2. Schwerpunkte/Tätigkeiten Einblicke in folgende Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prävention: Möglichkeiten, AOK Präventionsprogramm - Pflegeversicherung: Inhalt, Aufgaben, Leistungen - Tätigkeit der Pflegefachkraft: Aufgabengebiet, Hausbesuche mit Vor- und Nacharbeit - Curaplan: AOK-Programme für chronisch Kranke
<p>3. Zuordnung im Gesundheitssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> - In den Präventionsprogrammen arbeiten keine Pflegenden - „Es werden viele Gelder für Präventionskurse ausgegeben, der Erfolg wird aber nicht evaluiert“ - Nach den Präventionskursen erfolgen keine Kontakte mehr zu den Familien - „Im integrierten Hausarztmodell sind noch Gelder frei“ - Es gibt Gelder, die nicht abgerufen werden
<p>4. Nutzen für die FGP Mögliche Tätigkeitsfelder der FGP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Präventionsprogramme: präventive Hausbesuche z.B. bei adipösen Kindern - Hausbesuche im Rahmen des Entlassungsmanagements: Absprachen mit Hilfsmittelerbringern, ambulanten Diensten, Kranken- und Pflegekassen - Pflegeversicherung: niedrigschwellige Betreuungsangebote, Entwicklung von Projekten zur „Erhöhung und Weiterentwicklung der Lebensqualität dementer Menschen“

Tabelle 34: Praktikumsbericht G

<p>Bericht H der Einrichtung: SOS-Kinderzentrum</p>
<p>1. Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einblick in die Einrichtung - Kennen lernen der Bedeutung von interdisziplinärer Zusammenarbeit - Entwicklung einer Kooperation mit der Einrichtung
<p>2. Schwerpunkte/Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einmal pro Woche für zwei Stunden Begleitung eines Teammitglieds - Hausbesuche im Rahmen der Gesundheitsförderung - Einblicke in die interdisziplinäre Zusammenarbeit
<p>3. Zuordnung im Gesundheitssystem Ziel des Zentrums:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interdisziplinäre frühkindliche Förderung (Team besteht aus Psychologen, Sozial- und Heilpädagogen, Ergo- und Physiotherapeuten, Logopäden, Kinderarzt) - Kooperation mit der Kinderklinik, den Kinderärzten und dem Jugendamt - Betreuung von Familien mit behinderten und/oder frühgeborenen und/oder verhaltensauffälligen Kindern oder von Familien mit Problemen aufgrund der „neuen Familiensituation“ - Nur wenig Familien nutzen diese Institution - Die Bevölkerung weiß zu wenig über die Angebote der Einrichtung Bescheid
<p>4. Nutzen für die FGP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Als FGH muss man über die Angebote Bescheid wissen und mit der Institution kooperieren - Aufsuchende Angebote zur Gesundheitsförderung sind notwendig

Tabelle 35: Praktikumsbericht H

Bericht I der Einrichtung: Pflegeüberleitung in einer Klinik, gehört zum „Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser“
1. Ziele <ul style="list-style-type: none"> - Erkenntnisse über Pflegeberatung von Familien - Informationen zu Strategien zur Schnittstelle Klinik – häusliche Versorgung - Kennen lernen von Konzepten zur Pflegeüberleitung und deren Umsetzung - Wissen über familienorientierte Angebote zur Gesundheitsförderung in der Region - Netzwerkarbeit - Möglichkeiten zur Anknüpfung für die FGP
2. Schwerpunkte/Tätigkeiten <ul style="list-style-type: none"> - Einblicke in die Tätigkeiten der Pflegeüberleitung in der Klinik: Pflegeberatung der Betroffenen und ihrer Familien; Einleitung von ambulanten Hilfen, Casemanagement; Vermittlung weiterführender ambulanter Hilfen - Einblicke in das Modellprojekt „COPD-Nursing“ für Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung
3. Zuordnung im Gesundheitssystem <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeüberleitung in der Klinik sollte durch Hausbesuche ergänzt werden - Mit dem Projekt „COPD-Nurse“ soll den Patienten in ihrem häuslichen Umfeld mehr Selbstständigkeit und Sicherheit ermöglicht, eine Wiedereinweisung in die Klinik vermieden und die Angehörigen entlastet werden. Die COPD-Nurse soll helfen, die Therapieziele zu erreichen, zu sichern und die Patienten solange als möglich beschwerdefrei zu halten. Sie führt Hausbesuche durch und kann so „u.a. auch die soziale Dimension der Erkrankung, wie z.B. Risiko der sozialen Isolation, Überforderung der Angehörigen, erfassen“.
4. Nutzen für die FGP <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeüberleitung und das Projekt „COPD-Nurse“ können Handlungsfelder der FGP sein - Verbindung der Pflegeüberleitung mit den regionalen Gegebenheiten

Tabelle 36: Praktikumsbericht I

Bericht J der Einrichtung: Gesundheitsamt, Jugendamt
1. Ziele Keine Aussagen
2. Schwerpunkte/Tätigkeiten Gesundheitsamt: <ul style="list-style-type: none"> - Besuch eines Kindergartens zur Testung der Hör- und Sehfähigkeit von Kindern ab vier Jahren durch einen Arzt - Nachuntersuchung eines Kindes: Information, Vorgespräch und Mitarbeit einer Kinderkrankenschwester - Gespräch mit Sozialpädagogin (Aufgabenbereiche: Schwangeren- und Schwangerenkonfliktberatung, Netzwerkarbeit mit nicht-staatlichen sozialen Beratungsstellen) - Gespräche mit dem Leiter des Gesundheitsamts über die sonstigen Aufgaben wie z.B. AIDS-Beratung, Hilfe bei AIDS-Erkrankung, Suchtberatung für Erwachsene, Impfaufklärung und -beratung, Lebensmittel- und Trinkwasserüberwachung, Aufklärung über Hygienemaßnahmen Jugendamt: <ul style="list-style-type: none"> - Besuch einer Kindertagesstätte - Besuch eines Wohnheims für „schwer erziehbare“ Mädchen ab 15 Jahre (Betreuung erfolgt durch Sozialpädagogen)
3. Zuordnung im Gesundheitssystem Keine Aussagen
4. Nutzen für die FGP Keine Aussagen

Tabelle 37: Praktikumsbericht J

<p>Bericht K der Einrichtung: „Aufbaugilde“ (Mitglied im Diakonischen Werk, Evangelische Landeskirche Baden-Württemberg)</p>
<p>1. Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einblick in die aufsuchende Gesundheitspflege – Hausbesuche auf der Straße - Kennen lernen der Mitarbeiter, der Arbeit und der Organisation der „Aufbaugilde“ - Kontakte mit Besuchern und der Hausärztin der dazugehörigen Tagesstätte - Etablierung eines Angebots zur Gesundheitsberatung in der Einrichtung
<p>2. Schwerpunkte/Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einblicke in die Arbeit der „Aufbaugilde“: Beratung, Betreuung und Beschäftigung sozial schwacher Menschen, Beschaffung von Wohnraum für diese Personen, „Gilden-Treff: Tagesstätte für Wohnungslose und „Stadtarme“: Anlauf- und Informationsstelle, Möglichkeit des Tagesaufenthalts ohne Verpflichtung, Kleiderkammer; „Lebenshilfe-Angebote“ in der Tagesstätte: Fachberatung für Wohnungslose, Kontaktbörse, Beratungsangebote, Vernetzung von Tagesstätte und Beratungsstelle, Beratung und Begleitung bei wirtschaftlichen und gesundheitlichen Versorgungsaspekten - Gesundheitsförderung und Prävention: regelmäßige Besuche durch eine Ärztin, eine Friseurin und eine Fußpflegerin
<p>3. Zuordnung im Gesundheitssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Hausbesuche auf der Straße“ als niedrighschwelliges Angebot zur Ergänzung der bestehenden Unterstützungselemente für Wohnungslose bzw. von Wohnungslosigkeit bedrohten Personen - Ziele der Angebote: Aufhalten der sozialen Ausgrenzung, Wiedereingliederung von alleinstehenden wohnungs- und arbeitslosen Menschen in die Gesellschaft, Information der Öffentlichkeit über die Hintergründe von Wohnungs- und Arbeitslosigkeit, Angebot eines differenzierten Hilfesystems mit stationären und ambulanten Eingliederungsprogrammen für vulnerable Gruppen - „Angebote des Treffs tragen wesentlich zur psychischen Gesundheit der Betroffenen bei“ - Die Betroffenen sind auf Unterstützung durch Ehrenamt und Spenden angewiesen - „Durch die niedrighschwelligigen Angebote können die Betroffenen besser erreicht werden“
<p>4. Nutzen für die FGP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufgaben der FGP am Beispiel Alkohol- und Drogenkonsum bei den Betroffenen: FGP kann z.B. als „Casemanager“ für die Betroffenen Unterstützung anbieten und „Verbindungsglied“ zur Ärztin im Treff und anderen Gesundheits- und Sozialberufen nach einem Krankenhausaufenthalt sein, kann bei Bedarf Pflege- und Versorgungsleistungen anbieten - Kontakte knüpfen und den „Grundstein für eine zukünftige Zusammenarbeit legen“

Tabelle 38: Praktikumsbericht K

Die nachfolgenden Tabellen 39 bis 44 zeigen die Berichte der ersten Praktika der TeilnehmerInnen aus Essen.

<p>Bericht A der Einrichtung: Stadtteilbüro, Amt für Stadtentwicklung und Statistik</p>
<p>1. Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erweiterung und Vertiefung der Informationen über das Programm „Soziale Stadt“ - Überblick über die vorhandenen gesundheitsfördernden Projekte - Überblick über Angebote, um Menschen mit Migrationshintergrund zu erreichen - Möglichkeiten zur Teilnahme der Eltern an Projekten durch die Sensibilisierung Ihrer Kinder
<p>2. Schwerpunkte/Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Begleitung des Stadtbereichmanagers - Teilnahme an einer Stadtteilkonferenz - Teilnahme an der Besprechung zur „Zertifizierung eines Förderantrages speziell für Frauen“
<p>3. Zuordnung im Gesundheitssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Programm „Soziale Stadt NRW“ dient der Verbesserung der ökonomischen, ökologischen und sozialen Situation der Bürger in den einzelnen Stadtteilen. - Die Schaffung von sozial-integrativen Projekten soll durch eine verbesserte Qualifizierung der Arbeitskräfte den Wirtschafts- und Beschäftigungsbereich stärken und damit auch die Integration von Migranten fördern. - Durch das gesundheitsfördernde Projekt „Runder Tisch Sport und Bewegung“ soll bei den Kindern und Jugendlichen eine stärkere Bewegungsförderung zur Vorbeugung von Krankheit und zur Vermeidung von Gewalttaten erreicht werden. - Das „Rucksackprojekt“ dient der Sprachförderung der Mütter und ihrer Kinder. Durch Besuche anderer Einrichtungen wie z.B. der Familienberatungsstelle oder der Bücherei werden die Mütter aus der Isolation geholt. Zudem werden sie im Rahmen der Gesundheitsförderung im Bereich „gesunde Ernährung“ geschult. - Es gibt auch gesundheitsfördernde Projekte in Schulen wie z.B. das Angebot „Gesund macht Schule-Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung in der Primarstufe“.
<p>4. Nutzen für die FGP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure und die Vernetzung der Angebote bzw. Projekte in dem Programm „Soziale Stadt“ sind sehr wichtig, da „ein Akteur alleine wenig ausrichten kann“. - Als „Pfleger mit Migrationshintergrund fiel mir auf, dass es viele ungenutzte Potenziale von Fachpersonal mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen“ gibt.

Tabelle 39: Praktikumsbericht A

<p>Bericht B der Einrichtung: Gesundheitsamt, Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK)</p>
<p>1. Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine Aussagen
<p>2. Schwerpunkte/Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information über die Tätigkeiten der KGK - Mitarbeit bei der Erstellung des Flyers „Stillen in D.“ - Einblicke in das Institut für Jugendhilfe und in die Arbeit des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes - Besuch der Familienberatungsstelle - Kennen lernen der Kommunalen Gesundheitsberichterstattung
<p>3. Zuordnung im Gesundheitssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Genereller Auftrag des Gesundheitsamts sind der Gesundheitsschutz und die Gesundheitshilfe für die Bevölkerung sowie die Gesundheitsförderung in der Kommune. - Die Aufgabe der Gesundheitsförderung übernimmt die, 1998 gegründete, KGK in enger Kooperation mit allen Diensten des Gesundheitsamts, durch gemeinsame Aktionen und die Gesundheitsberichterstattung. - Entsprechend den Vorgaben der WHO möchte die KGK den Menschen helfen, so gesund wie möglich zu leben und im Bedarfsfall die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten, unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Lage und ihrer Herkunft. - Aufgrund der hohen Anzahl an Bürgern mit Migrationshintergrund in der Region ist einer der Schwerpunkte die Arbeit mit und für Migranten. - Die Mitglieder der KGK sind Vertreter von Einrichtungen und Verbänden, welche die Bürger beraten und mit Gesundheitsleistungen versorgen. Zu ihren Institutionen zählen kommunale Einrichtungen, Beratungseinrichtungen und verschiedenste Leistungsanbieter wie z.B. Einrichtungen der Wohlfahrtspflege, niedergelassene Ärzte. - Die KGK ist die „zentrale Gesprächsplattform für Gesundheit“.
<p>4. Nutzen für die FGP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Einblicke in die Arbeit der künftigen Kooperationspartner und die Schnittstellen bieten einen guten Rahmen, um die Bürger und Familien in der Stadt in der Rolle als FGP zu beraten und zu begleiten.

Tabelle 40: Praktikumsbericht B

<p>Bericht C der Einrichtung: Gesundheitsamt, Bereiche im kinder- und jugendärztlichen Dienst</p>
<p>1. Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine Aussagen
<p>2. Schwerpunkte/Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an der Einschulungsuntersuchung von Kindern - Einblick in das Projekt „School Nurse“ zur Gesundheitsberatung für Schüler - Einblick in die Aufgaben der Hygieneaufsicht - Teilnahme an der Fachtagung der Gesundheitskonferenz zum Thema „Möglichkeiten einer ganzheitlichen medizinischen und therapeutischen Versorgung von Gewaltopfern nach Gewaltereignis“ - Teilnahme an der Teamsitzung des kinder- und jugendärztlichen Dienstes - Information über das Präventionsprojekt „Zukunft für Kinder in D.“
<p>3. Zuordnung im Gesundheitssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Gesundheitskonferenz ist das zentrale Gremium der Stadt zur Steuerung und Koordination der gesundheitlichen Versorgung. Alle im Gesundheitsbereich tätigen Akteure und Institutionen sind hierin vertreten. Die Empfehlungen der Gesundheitskonferenz dienen den Verantwortlichen im Gesundheitswesen als Grundlage für ihre Planungen und Projekte. - Die Schuleingangsuntersuchung ist ein Screeningverfahren zur Früherkennung von möglichen Beeinträchtigungen, um diese durch fördernde und kompensatorische Maßnahmen auszugleichen. Sie ist ein Instrument zur systematischen Erfassung des Gesundheitszustandes der Schulanfänger, gibt Hinweise auf die allgemeine Entwicklung von Krankheiten, ermöglicht die Identifizierung von Betroffenengruppen und möglicher Defizite in der Versorgung. Sie stellt eine wichtige Datenbasis für die Gesundheitsberichterstattung dar. - Der „Gesundheitsbus“ als Teil des Projekts „School Nurse“ wird als niedrigschwelliges Angebot in Stadtteilen mit sozialen Brennpunkten eingesetzt. Eine Pflegerin und ein Arzt führen u.a. Vorsorgeuntersuchungen, Hör- und Sehtests durch. - Das Präventionsprojekt „Zukunft für Kinder in D.“ ist ein Kooperationsprojekt des Jugend- und des Gesundheitsamts und bietet Gesundheits- und Jugendhilfe für „Risiko und Hochrisikokinder“ einschließlich ihrer Familien. Im Rahmen des Projekts wurde eine Clearing-Stelle eingerichtet. Diese soll während der ersten drei Lebensjahre für Kinder mit erhöhtem medizinischem und sozialem Risiko sowie deren Eltern eine koordinierte, optimale, individuelle Vor- bzw. Nachsorge sicherstellen. Das „Grüne Heft“ ist ein Instrument zur Sicherstellung der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. Mit dem Projekt „Bites D. - Bindungsförderndes Training für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“ sollen Störungen und Probleme in der frühen Eltern-Kind-Beziehung rechtzeitig erkannt und bearbeitet werden.
<p>4. Nutzen für die FGP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Als FGP „kann ich mir die interdisziplinäre Zusammenarbeit (mit der Einrichtung) gut vorstellen“.

Tabelle 41: Praktikumsbericht C

<p>Bericht D der Einrichtung: Sozialamt</p>
<p>1. Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einblicke in die Inhalte der Sozialhilfe mit Fragen zu ihrem Ursprung, den Veränderungen, den Voraussetzungen und der Unterstützung sowie dem Zusammenhang zwischen der Arbeit der FGP und den Leistungen des Sozialamts
<p>2. Schwerpunkte/Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information über die Aufgaben des Sozialamts
<p>3. Zuordnung im Gesundheitssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Modernisierung und Weiterentwicklung des Sozialhilferechts steht in engem Zusammenhang mit der Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für Erwerbsfähige zur neuen Leistung Arbeitslosengeld II (ALG II). Das ALG II ist Bestandteil des als „Hartz IV“ bezeichneten Gesetzgebungsverfahrens zur Einführung des Zweiten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB II). Die Leitlinien der Reform umfassen die Stärkung der Eigenverantwortung des Einzelnen, die Verwaltungsvereinfachung, die Transparenz und das Prinzip „ambulant vor stationär“. - Auf Sozialhilfe im engeren Sinn haben seit Januar 2005 nur noch Erwerbsunfähige auf Zeit, Vorruheständler mit niedriger Rente, längerfristig erkrankte Personen und hilfebedürftige Kinder mit nicht hilfebedürftigen Eltern einen Anspruch. Rechtsgrundlage ist das SGB XII. Hierin sind auch Regelungen zur Grundsicherung für dauerhaft Erwerbsunfähige enthalten.
<p>4. Nutzen für die FGP</p> <p>Überlegungen zum Aufgabengebiet der FGP beim Sozialamt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ermittlung des Hilfebedarfs der betroffenen Familie und Entwicklung eines Konzeptes zur individuellen Versorgung und Begleitung bei der Durchführung. Basis und Wissensgrundlage sind das Casemanagement und das Wissen über die Aspekte der Prävention zur Stärkung der betroffenen Familie. - Die zuständigen Sachbearbeiter und Sozialarbeiter würden die Integration einer FGP in der Betreuung begrüßen, allerdings müsste die Finanzierung abgeklärt werden. - Familien als System werden eher in der Jugendpflege wahrgenommen. Ältere Menschen werden eher als Individuum gesehen. Familie als System existiert nur noch im Einzelfall. Die Familie wird wichtig, wenn Unterhaltsleistungen für den Betroffenen zu erbringen sind.

Tabelle 42: Praktikumsbericht D

<p>Bericht E der Einrichtungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kreisgesundheitsamt, Fachbereich Gesundheit; Kreisverwaltung, Fachbereich Gesundheit; Betreuungsstelle in einem Kreishaus; Gesundheitshaus
<p>1. Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einblick in die Strukturen des Gesundheitsamts, die Arbeit, die Projekte, die Fachbereiche und die Informationsstellen - Knüpfen von Kontakten
<p>2. Schwerpunkte/Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einblick in die Arbeit des kinder- und jugendärztlichen Dienstes - Teilnahme an Schuleingangsuntersuchungen für das Schuljahr 2007 - Information über „KISS“ (Kontakt und Informationsstelle für Selbsthilfe im Gesundheitshaus) - Einblick in die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) im Gesundheitshaus - Information über die Stiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ und das Projekt „Aufsuchende Mütterberatung“ - Teilnahme an einem Beratungsgespräch - Informationen über das Projekt „JUMP UP - Jugend und motorische Prävention“ - Information zur Gesundheitsberichterstattung, Teilnahme an der Gesundheitskonferenz - Einblick in das Projekt „HELP“
<p>3. Zuordnung im Gesundheitssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Kreisgesundheitsamt nimmt Aufgaben im Gesundheitsschutz, der Gesundheitshilfe und der Gesundheitsförderung wahr. Schwerpunkte sind Infektionsschutz, Hilfen für behinderte, psychisch kranke und ältere Menschen und gesundheitliche Prävention vor allem für Kinder und Jugendliche. - „KISS“ berät bei Fragen zum Thema Selbsthilfe. Hier werden der „Selbsthilfespiegel“ und der regionale Selbsthilfegeweiser erstellt. - Der SpDi erfüllt Aufgaben der Vor- und Nachsorge sowie der Krisenintervention für psychisch kranke Menschen. - Die Hilfe aus der Stiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ richtet sich an Schwangere, die sich wegen finanzieller Schwierigkeiten in einem Konflikt befinden. Die Frauen werden nach der Geburt durch das Projekt „Aufsuchende Mütterberatung“ begleitet. - „JUMP UP“ dient der kindlichen Entwicklungsförderung, dabei sollen die Bewegungs- und Persönlichkeitsentwicklung im Kindesalter unterstützt werden. - Das „Klinomobil“ ist eine mobile „Zahnarztpraxis“, es besucht die Grund- und Hauptschulen im Kreis. Hier werden Reihenuntersuchungen durchgeführt. - „HELP“ unterstützt Jugendliche bei schulischen und gesundheitlichen Problemen. Es konzentriert sich auf zwei Hauptschulen mit einem hohen Anteil an ausländischen Schülern. - Die Kommunale Gesundheitskonferenz soll zu einer verbesserten gesundheitlichen Versorgung beitragen. Hier werden wichtige und aktuelle Themen diskutiert, Handlungsempfehlungen entwickelt und Fachkonferenzen gebildet.
<p>4. Nutzen für die FGP</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Die vielfältigen Informationen und die entstandenen Kontakte helfen mir bei meiner Arbeit z.B. bei der Suche nach Selbsthilfegruppen oder Empfehlungen für junge Mütter“.

Tabelle 43: Praktikumsbericht E

<p>Bericht F der Einrichtung: Quartiersmanagement, Stadtteilverein: Einrichtung „Eltern-Kind-Treff“ (Projekt des Kinderschutzbundes)</p>
<p>1. Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einblicke in die Arbeit des Quartiermanagements - Hospitation im Projekt der Lebenshilfe aus dem Bereich Frühförderung - Aufbau von Kontakten
<p>2. Schwerpunkte/Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an einer ambulanten Sprechstunde einer Kinderärztin des Gesundheitsamts - Einblicke in das „KiZ“ Kinder und Familienzentrum der Lebenshilfe B. - Information über das Projekt „Sonnenschein und Schreihals“ - Teilnahme an einer Informationsveranstaltung zum Thema Zahngesundheit - Teilnahme an Veranstaltungen des Wissenschaftsladens zum Thema „Gesunde Ernährung“
<p>3. Zuordnung im Gesundheitssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Quartiersmanagement soll die Weiterentwicklung des Stadtteils voranbringen. Dies geschieht vor allem durch „individuelle Hilfe“ und „Qualifizierung“. Die individuelle Hilfe verfolgt einen ganzheitlichen Beratungsansatz zur Verbesserung der Lebenslage der Bürger unter Einbeziehung eigener und örtlicher Ressourcen. Die Qualifizierung erfolgt durch Gemeinwohlarbeit wie z.B. dem PC-Betreuerprojekt, dem Schülerhilfeprojekt und in Sprachkursen für Migranten. - Die Stadtteilarbeit orientiert sich an gesundheitlichen Problemlagen. Um gesundheitlichen Risiken und Defiziten, vor allem bei Kindern und Jugendlichen, vorzubeugen, wird ein präventives Stadtteil-Gesundheitskonzept aufgebaut. - Es wird nach dem „Setting-Ansatz“ gearbeitet. Ausgangspunkt ist der Eltern-Kind-Treff im Stadtteil, als „Starteinrichtung“. Unter aktiver Einbeziehung der Eltern werden Gesundheitspotenziale und -risiken ermittelt und ein Prozess der Veränderung angeregt. - „KiZ“ ist ein Pilotprojekt mit ressourcenorientiertem Ansatz. Es ist vernetzt mit vor Ort tätigen medizinisch-therapeutisch und sozialintegrativen Beratungs- und Hilfeangeboten. Das Angebot ist niederschwellig, wohnortnah und bei Bedarf erfolgen Hausbesuche.
<p>4. Nutzen für die FGP</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine Aussagen

Tabelle 44: Praktikumsbericht F

Anhang 2 Analysen der Berichte aus dem zweiten Praktikum

In den Tabellen 45 bis 52 sind die Analysen zu den Berichten des zweiten Praktikums der TeilnehmerInnen aus München beschrieben.

<p>Bericht G der Einrichtung: „KindErleben“</p>
<p>1. Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kennenlernen der Einrichtung, der Tätigkeitsfelder, der Strukturen und der Tagesabläufe - Einbindung in die Praxis und Einsicht in die Dokumentation - Teilnahme an Beratungsgesprächen und Teambesprechungen - Einblick in die Netzwerkarbeit im Gesundheitswesen - Erkennen von möglichen Arbeitsfeldern für die FGP
<p>2. Schwerpunkte/Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an „sensiblen Beratungen und Situationen“ - Mitarbeit im Team
<p>3. Zuordnung im Gesundheitssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die öffentliche Einrichtung betreut Eltern mit Kindern bis 3 Jahre. Die Eltern können sich an die Institution wenden, wenn das Kind stundenlang schreit, sich nicht beruhigen lässt, nachts häufig aufwacht, tagsüber keine Ruhe findet, das Essen verweigert, nicht spielt oder ein „schwieriges Temperament“ hat. - Die Angebote der Einrichtung können entweder ambulant oder teilstationär in Anspruch genommen werden. Sie umfassen u.a. Beratungsgespräche, praktische Übungen zur gemeinsamen Erarbeitung „neuer Wege des Miteinanderlebens und Sichverstehens“, Hausbesuche und das Kennenlernen anderer Eltern in ähnlichen Lebenssituationen. - Die Dauer der Begleitung ist einzelfallabhängig und erstreckt sich von wenigen Monaten bis zu einem Jahr. - Die Einrichtung arbeitet u.a. eng mit allgemeinen Sozialen Diensten, Bezirkssozialarbeitern mit Haus- und Kinderärzten, Kinderkliniken, Entbindungsstationen, Hebammen, der häuslichen Kinderkrankenpflege, Mutter-Kind-Wohnheimen, Sucht- und Schuldnerberatungsstellen sowie Behörden zusammen.
<p>4. Nutzen für die FGP</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Als FGP könnte ich Eltern und Kind zu „KindErleben“ begleiten, umgekehrt wäre es wünschenswert, wenn die Kolleginnen aus dem Team (der Einrichtung) die Familien aufsuchen. Es wäre nötig und sinnvoll, das familiäre Umfeld mehr mit einzubeziehen. Dies wäre eine ideale Begleitung und eine große Chance für Eltern und Kinder in sozial instabilen Familiensystemen.“

Tabelle 45: Praktikumsbericht G

Bericht H der Einrichtung: Fachambulanz für Suchterkrankungen, Träger: Diakonie
1. Ziele - keine Aussagen
2. Schwerpunkte/Tätigkeiten - Teilnahme an Orientierungsgruppen, Teambesprechungen, verschiedenen Beratungsgesprächen und einer Supervision - Beteiligung an Gesprächen zur Erstellung eines Sozialberichts - Mitgestaltung des Kursangebots: „Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten“ - Teilnahme an einer externen Suchtberatung in einer Justizvollzugsanstalt
3. Zuordnung im Gesundheitssystem - Die Einrichtung bietet verschiedenste spezifische Angebote für Personen mit Suchtproblemen an. Dazu zählen u.a. Orientierungsgruppen als niedrigschwelliges Angebot für Betroffene und ihre Angehörigen, Kurse zur Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten, Beratung für Substituierte, die ambulante Entwöhnungstherapie, der Elternkreis für suchtgefährdete Jugendliche und die externe Suchtberatung in Justizvollzugsanstalten. - Die Fachambulanz arbeitet im engen Netzwerk mit anderen Gesundheits- und Rehabilitationseinrichtungen, den Krankenkassen und den Behörden zusammen.
4. Nutzen für die FGP - Einblicke in die Suchtprobleme unterschiedlicher Altersgruppen sowie die Auswirkungen. - Erkennen, welche positiven oder negativen Einflüsse die Familie hierbei hat.

Tabelle 46: Praktikumsbericht H

Bericht I der Einrichtung: Drogenhilfe e.V.
1. Ziele - Einblick in die Arbeit mit drogenabhängigen Personen
2. Schwerpunkte/Tätigkeiten - keine Aussagen
3. Zuordnung im Gesundheitssystem - Die Drogenhilfe e.V. berät, begleitet und behandelt Personen, die ihre Drogenabhängigkeit überwinden wollen. Hierbei unterstützt sie durch präventive und nachsorgende Angebote, einschließlich der Vermittlung in ambulante oder stationäre Einrichtungen. - Zur Drogenhilfe gehört auch der „Elternkreis drogenabhängiger Kinder“.
4. Nutzen für die FGP - „Als künftige FGP sehe ich in der Drogenhilfe e.V. und im Elternkreis drogenabhängiger Kinder wichtige Netzwerkpartner.“

Tabelle 47: Praktikumsbericht I

<p>Bericht J der Einrichtungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gemeinschaftspraxis von Fachärzten für Allgemeinmedizin - Home Care N. (Einrichtung in Trägerschaft eines Praxisnetzes)
<p>1. Ziele</p> <p>Hausarztpraxis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einblick in die Arbeit des Hausarztes vor allem in den Bereichen Beratung, Gesundheitsförderung, Prävention und Netzwerkarbeit <p>Home Care:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information über die Angebote der Einrichtung, Teilnahme an Hausbesuchen
<p>2. Schwerpunkte/Tätigkeiten</p> <p>Hausarztpraxis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an Sprechstunden <p>Home Care:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information über die Entstehung und Weiterentwicklung des ehemaligen Modellprojekts „Praxisnetz N.“
<p>3. Zuordnung im Gesundheitssystem</p> <p>Hausarztpraxis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neben den üblichen Leistungen eines Facharztes für Allgemeinmedizin werden von den Ärzten Akupunktur, Naturheilkunde, Palliativmedizin und Diabetesberatung angeboten. - Die Arbeit der Ärzte in den Bereichen Beratung, Gesundheitsförderung, Prävention und Netzwerkarbeit wird von der Weiterbildungsteilnehmerin anhand von Fallbeispielen dargestellt. - Nach Aussagen der Ärzte gibt es eine optimale Versorgungsstruktur, sie wird aber oftmals nicht genutzt. <p>Home Care:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Einrichtung informiert, vermittelt und berät zu Fragen aus den Bereichen Medizin, Pflege, alltagspraktische Hilfen, Altenhilfe und Selbsthilfe. Die Einrichtung „organisiert gemeinsam mit verschiedenen Beratungsstellen und Dienstleistern ein Versorgungsnetz. Dieses soll alten Menschen helfen, „so lange wie möglich sicher und selbstständig Zuhause zu leben“.
<p>4. Nutzen für die FGP</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Netzwerkarbeit, die den kranken bzw. hilfeschuchenden Menschen auffängt funktioniert nur, wenn das Netz gut verknüpft bzw. geknüpft ist“.

Tabelle 48: Praktikumsbericht J

<p>Bericht K der Einrichtung: Gesundheitsamt, Bereich Schwangerenberatung und Sexualpädagogik</p>
<p>1. Ziele Klärung der Fragen im Bereich Sexualpädagogik an Schulen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zugrunde liegendes Konzept der Arbeit? - Unterrichtsvorbereitung der Sozialpädagoginnen? - Rückmeldungen über die Arbeit der Sozialpädagoginnen? - Strukturierung der Zusammenarbeit mit den Schulen? - Möglichkeit der Zusammenarbeit als Hebamme? <p>Klärung der Fragen im Bereich Schwangerenberatung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klienten der Beratung? - Anliegen der Frauen?
<p>2. Schwerpunkte/Tätigkeiten Sexualpädagogik an Schulen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an Unterrichtseinheiten der 10. Klasse einer Hauptschule <p>Schwangerenberatung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informationen zu den gestellten Fragen
<p>3. Zuordnung im Gesundheitssystem Sexualpädagogik an Schulen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keine Aussagen <p>Schwangerenberatung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frauen aller Altersgruppen und hier sowohl Erst- als auch Mehrgebärende nutzen die Beratung. - Die Frauen benötigen vorrangig zu den Themen „Beantragung des Elterngeldes“, „weitere Möglichkeiten zur finanziellen Unterstützung“, „Partnerschaft“, „Schwangerschaftsverlauf“, „Mutterschutzgesetz“ und „Sorgerecht“ Beratung.
<p>4. Nutzen für die FGP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einblick in die Arbeit der Sozialpädagoginnen im Gesundheitsamt - Möglichkeit zur Zusammenarbeit im „Netzwerk Gesundheit und Prävention rund um die Schwangerschaft, Geburt und die erste Zeit danach“

Tabelle 49: Praktikumsbericht K

<p>Bericht L der Einrichtung: Angehörigenberatungsstelle der Diakonie</p>
<p>1. Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einblick in die Arbeit der Angehörigenberatungsstelle
<p>2. Schwerpunkte/Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorbereitung einer Angehörigenschulung von Demenzkranken - Durchführung mehrerer Hausbesuche - Planung eines Vortrags bei einem Gesundheitsforum - Teilnahme an einem Mitarbeitertreffen im Gesundheitsamt - Vorbereitung einer Fahrt für pflegende Angehörige nach D. - Vorbereitung und Durchführung von zwei Unterrichtseinheiten in einer Altenpflegeschule - Teilnahme an einem Angehörigentreffen - Planung und Durchführung einer Schulung für Angehörige - Durchführung von Beratungsgesprächen in der Einrichtung
<p>3. Zuordnung im Gesundheitssystem</p> <p>Ziele der Angehörigenberatung sind u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durch psychosoziale Beratung, begleitende Unterstützung und Entlastung der pflegenden Angehörigen von älteren pflegebedürftigen Personen soll verhindert werden, dass die Angehörigen durch die oft lang andauernde Pflege selbst erkranken. Zudem soll die Pflegebereitschaft der Angehörigen erhalten und gesichert werden. - Stabilisierung und Aufrechterhaltung der häuslichen Betreuungs- und Pflegesituation. - Stärkung der Selbsthilfefähigkeiten (Ressourcen) der Angehörigen. - Entgegenwirken einer Isolation oder Vereinsamung. - Förderung der Zusammenarbeit zwischen allen am Pflege- und Betreuungsprozess beteiligten Personen sowie deren Vernetzung. - Sensibilisierung der Öffentlichkeit, Förderung der Hilfsbereitschaft in der Bevölkerung und Förderung des Ehrenamts.
<p>4. Nutzen für die FGP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ziele und Tätigkeiten der Angehörigenberatung „decken sich gut mit den Zielen der FGP.“ - „Eine FGP wäre eine gute Ergänzung in diesem Team, da unsere Blickrichtung noch mehr auf die Familie als System ausgerichtet ist.“

Tabelle 50: Praktikumsbericht L

<p>Bericht M der Einrichtung: Kindertagesstätte (Kitz) im „AWO-Dorf“ eines Stadtteils mit sozialen Brennpunkten</p>
<p>1. Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kennenlernen der Einrichtungen im „AWO-Dorf“ - Einblick in die Arbeit des Kitz - Teilnahme an der aufsuchenden Familienhilfe des Kitz
<p>2. Schwerpunkte/Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an Hausbesuchen bei Familien mit Migrationshintergrund und einer Familie in einer Krisensituation - Besuch einer Schuldnerberatungsstelle der Caritas - Teilnahme an einem Kurs „Starke Eltern - Starke Kinder“ in einer Förderschule
<p>3. Zuordnung im Gesundheitssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Kitz ist ein Tageszentrum für Kinder ab einem halben Jahr bis zur Einschulung. Die Kinder werden in altersgemischten Gruppen betreut, so können auch Geschwister dieselbe Gruppe besuchen. - Das Kitz arbeitet vorrangig an Problempunkten wie Migration, Armut, Entwicklungsverzögerungen von Kindern, Missachtung von Regeln und Grenzen sowie Gewalterfahrungen. - Bei der Betreuung der Kinder wird das jeweilige Lebensumfeld der Familie berücksichtigt und mit einbezogen. - Für die Eltern besteht die Möglichkeit, Kontakte zu knüpfen und sich auszutauschen. Die Eltern werden beraten, sie erhalten Unterstützung zur Bewältigung „schwieriger Lebensumstände“ und bei Bedarf werden weiterführende Hilfen vermittelt. - Das Kitz arbeitet eng mit einem Sozialpädagogen einer Förderschule, einem Kinderarzt, Mitarbeitern einer Gesundheitsberatungsstelle und einer Psychologin einer Erziehungsberatungsstelle zusammen.
<p>4. Nutzen für die FGP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nach Aussagen der betreuenden Sozialpädagogin wäre „eine FGP hier hilfreich“, da die entsprechenden „Bedarfe der Familien da sind“.

Tabelle 51: Praktikumsbericht M

<p>Bericht N der Einrichtung: Caritasverband M.-U. e.V.</p>
<p>1. Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfassen der spezifischen Leistungsangebote und der Struktur der Einrichtung - Einblick in die Beratung von Familien und Einzelpersonen - Wissenserwerb über familienorientierte Angebote zur Gesundheitsversorgung in der Region - Erkenntnisse zur Netzwerkarbeit - Analyse der Ansätze für Gesundheitsförderung und Prävention für spezifische Zielgruppen - Erkenntnisse zu möglichen Anknüpfungspunkten für die FGP
<p>2. Schwerpunkte/Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einblicke in die Bereiche „Schuldner- und Insolvenzberatung“ - Informationen über den „Fachdienst für Migration“
<p>3. Zuordnung im Gesundheitssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Caritasverband M.-U. stellt ein Bindeglied zwischen den sozialen Diensten und den katholischen Pfarreien der Region dar. - Die Berater arbeiten in einer Komm- und Bringstruktur. Sie „können sich über Hausbesuche einen Eindruck über die Lebenswelt ihrer Klienten verschaffen“. - Der Fachdienst für Migration ist für Menschen mit Migrationshintergrund in der Region zuständig. Zur Einrichtung gehören mehrere Beratungsbüros, davon ist eines in einem Heim für Asylbewerber des Bezirks und eines in einer Wohnanlage für Spätaussiedler angesiedelt. Die beiden Büros sind Teil eines Quartiersmanagement-Konzepts, das einen verbesserten Zugang zu Sozial- und Gesundheitsleistungen sowie die verbesserte Integration der Migranten zum Ziel hat. - Gesundheitsförderung und Prävention sind vor allem in den Beratungstätigkeiten erkennbar. Der klientenzentrierte Ansatz befähigt und stärkt die Selbsthilfe der Klienten und erzielt dadurch eine höhere Wirksamkeit. In komplexen Problemlagen werden Unterstützungsmanagements wie Fallsteuerung und Vernetzung von Hilfen angeboten.
<p>4. Nutzen für die FGP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familienorientierung ist in fast allen Angeboten des Caritasverband M.-U. zu finden. - Die FGP wäre ein „ergänzender Baustein in den Quartiersmanagement-Konzepten“. - Bei der Schuldner- und Insolvenzberatung gaben „mir die Einblicke in die Beratungspraxis wertvolle Hinweise über die Zusammenhänge, die zwischen der finanziellen Situation der Klienten mit seiner Familie und der Familiengesundheit bestehen.“ - Eine Zusammenarbeit würde „Synergieeffekte hervorbringen und beide Seiten motivieren, ihre Stärken einzubringen.“ - Das Profil der FGP könnte die „Schnittstellenproblematik zum Hausarzt oder zum Krankenhaus deutlich entschärfen.“ Ebenso würde für die „gesundheitlich benachteiligten Zielgruppen der Zugang zu Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung erleichtert.“

Tabelle 52: Praktikumsbericht N

Die Tabellen 53 bis 57 enthalten die Analysen der Berichte des zweiten Praktikums der TeilnehmerInnen aus Essen.

Bericht O der Einrichtung: Firma für Projektentwicklung
1. Ziele - keine Aussagen
2. Schwerpunkte/Tätigkeiten - Mieterbefragung in einem Stadtteil - Standortanalyse im Projekt „Alleinerziehende“: Recherche zu Kindergärten, Kindertagesstätten, Ganztagsbetreuung und ähnlichen Einrichtungen bzw. Initiativen - Zusammenstellung einer Liste der sozialen Dienstleister einer Stadt - Mitarbeit am Curriculum zur „Qualifizierung von Mitarbeitern in Beratungsbüros“ - Recherche zur Standortanalyse für einen Landkreis nach Einrichtungen zur Tagespflege und Erholung, Leistungsanbietern wie z.B. Pflegedienste, Kliniken, sozial- politische Initiativen, ehrenamtlich engagierte Gruppen sowie zu Initiativen in den Bereichen Prävention, Gesundheit und Pflege - Recherche für ein Projekt mit Fokus auf Tagespflege, Erholung und Kulturangeboten sowie Leistungsanbietern wie z.B. Pflegedienste und Kliniken - Mitarbeit am Handbuch zur „Qualifizierung für Familienassistenz“
3. Zuordnung im Gesundheitssystem - Die Projekte sollen das „Wohnen der Menschen in bestimmten Quartieren verbessern“ und damit zu einer „Gesundheitsförderung durch Verbesserung des Wohnumfeldes“ beitragen.
4. Nutzen für die FGP - Einblick in den „Entwicklungsprozess von Projekten“ und die „wissenschaftliche Datenerhebung“, diese Bereiche sind auch für die Tätigkeit der FGP wichtig.

Tabelle 53: Praktikumsbericht O

Bericht P der Einrichtung: Arbeiterwohlfahrt, Bereich Migration und Integration: Internationales Betreuungs- und Beratungszentrum
1. Ziele - keine Aussagen
2. Schwerpunkte/Tätigkeiten - Teilnahme an einem Deutschkurs für Migranten - Teilnahme an Beratungsgesprächen - Teilnahme am „interkulturellen Frühstück“ einer Begegnungsstätte für ältere Migrantinnen und Deutsche - Teilnahme an einem Sprachförderungskurs für Migrantinnen - Hausbesuch bei einer Migrantin
3. Zuordnung im Gesundheitssystem - Die Zielgruppen der Beratungsstelle sind Neuzuwanderer, Spätaussiedler und bereits hier lebende Migranten. - Zu den Angeboten der Beratungsstelle zählen Information und vermittelnde Beratung für länger Zuwanderer über soziale Projekte und Angebote, Beratung in Krisensituationen, die intensive Beratung mit individuellem Förderplan und Kompetenzanalyse für Neuzuwanderer, Begleitung während der Integrationskurse und Hilfe zur Vermittlung von Kinderbetreuung während der Integrationskurse. - Oftmals liegen, neben Sprachproblemen, auch Probleme in der Familie vor. Hier wird ein Casemanagement durchgeführt. Dieses Angebot gilt überwiegend für Neuzuwanderer. - Seit 2005 darf die Beratungsstelle nur noch 20% der länger hier lebenden Migranten betreuen. Dies betrifft vor allem die ältere Generation. Wird diese Quote überschritten, müssen die Berater die Migranten an andere Stellen verweisen.
4. Nutzen für die FGP - Die FGP „könnte für die Beratungsstelle eine Hilfe sein, da durch den Stress des Zurechtfindens und die Integration der Mensch aus dem Gleichgewicht kommen kann“.

Tabelle 54: Praktikumsbericht P

<p>Bericht Q der Einrichtung: Sozialdienst der gerontopsychiatrischen Abteilung in einer Klinik</p>
<p>1. Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kennenlernen der teil- und vollstationären Einrichtungen für ältere Menschen in der Region
<p>2. Schwerpunkte/Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an Vorstellungsgesprächen als erster Kontakt zu den Patienten - Einblick in das Assessment, die Behandlungs- und die Entlassungsplanung
<p>3. Zuordnung im Gesundheitssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die gerontopsychiatrische Tagesklinik ist eine teilstationäre Einrichtung und gehört zum gerontopsychiatrischen Zentrum der Klinik. Sie ist vorrangig auf die Behandlung von Menschen in der zweiten Lebenshälfte mit psychischen Erkrankungen wie z.B. depressive Störungen, demenzielle Syndrome, Psychosen und Anpassungsstörungen ausgerichtet. - Zuerst wird in einer krankheitsspezifischen Behandlung die psychiatrische Symptomatik abgemildert (kurativer Ansatz), anschließend wird eine Stabilisierung des Behandlungserfolgs durch die Wiedereingliederung in das bestehende soziale Lebensumfeld angestrebt. Dazu werden Bewältigungsstrategien für Alltagsprobleme, Handlungskompetenzen und Selbstständigkeit gefördert (präventiver und rehabilitativer Ansatz).
<p>4. Nutzen für die FGP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einblick in die Umsetzung eines fallbezogenen Casemanagements. - Die „Umsetzung verschiedener Methoden zur Erschließung personaler, intrapersonaler und familiärer Bedürfnisse wie z.B. das fallspezifische Assessment, Einzel- und/ oder Familiengespräche waren sehr interessant und hilfreich“.

Tabelle 55: Praktikumsbericht Q

<p>Bericht R der Einrichtungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evangelische Familienbildung: „efa-Stadtteiltreff, Mütterzentrum - Hospitationstag in einem Demenz-Zentrum
<p>1. Ziele</p> <p>Mütterzentrum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine Aussagen <p>Demenz-Zentrum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an einer Beratungssituation
<p>2. Schwerpunkte/Tätigkeiten</p> <p>Mütterzentrum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einblick in die Arbeit des Mütterzentrums - Teilnahme an verschiedenen Treffen für Alleinerziehende und ihre Kinder - Teilnahme an Beratungsgesprächen - Einblick in die Vernetzungsarbeit <p>Demenz-Zentrum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an drei Beratungen
<p>3. Zuordnung im Gesundheitssystem</p> <p>Mütterzentrum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Mütterzentrum ist ein Treffpunkt für Frauen mit Kindern in der Vorschulphase, Alleinerziehende, deutsche und ausländische Bewohnerinnen des Stadtteils und „Menschen in besonderen Lebenssituationen“. Das Prinzip ist „Hilfe zur Selbsthilfe“. Das Zentrum ist ein Forum für Kommunikation und Austausch sowie eine Anlaufstelle bei Krisen und Konflikten. - Das Mütterzentrum hilft den Frauen, gemeinsam ein Bewusstsein zu ihrer Lebenssituation zu entwickeln. Es soll einer Isolation der Mütter aber auch älterer Menschen entgegen wirken, unterstützt alleinerziehende Mütter, die gesellschaftliche Ausgrenzung erleben und koordiniert Bildungsangebote für Frauen. - Es gibt Kooperationen mit Selbsthilfegruppen und anderen Trägern, die den Lebensalltag von Menschen in besonderen Lebenssituationen thematisieren z.B. Rechtsfragen bei Trennung und Scheidung. In Kooperation mit dem „efa-Stadtteiltreff“ werden stadtteilorientierte Angebote wie Informationsveranstaltungen, das „Stadtteilfrühstück“ und Kurse durchgeführt. <p>Demenzzentrum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Im Demenz-Servicezentrum wird mit allen, die sich für Demenzkranke engagieren, ein umfassendes Serviceangebot aufgebaut. Die Angebote der Region werden vernetzt und gemeinsam mit allen Anbietern, die Demenzkranke betreuen, weiterentwickelt. Das Zentrum organisiert Tagungen, interaktive Foren und Veranstaltungsreihen zum Thema Demenz.
<p>4. Nutzen für die FGP</p> <p>Mütterzentrum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Die Mütter hatten großes Vertrauen zu mir“. Eine Zusammenarbeit mit dieser Einrichtung wäre sehr wichtig und „positiv“ für die Tätigkeit als FGP. <p>Demenz-Zentrum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Mitarbeiter des Demenz-Servicezentrums „können sich die Mitarbeit einer FGP in der Beratungsstelle gut vorstellen“.

Tabelle 56: Praktikumsbericht R

<p>Bericht S der Einrichtungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Radicus Medical, The Palms, Accident & Family Medical Care Centre, Neuseeland - Tagespflege im Altenzentrum des „Gemeinnützigen Vereins für Sozialeinrichtungen“ (GVS) - Familienzentrum der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH)
<p>1. Ziele</p> <p>The Palms:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informationen über die Aufgaben, Kompetenzen und Ausbildungen des Pflegepersonals - Einblick in die Gesundheits- und Präventionsprogramme und die ambulante Versorgung - Informationen über das neuseeländische Gesundheitssystem <p>GVS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einblick in die Arbeit in der Tagespflege <p>Familienzentrum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information über die Arbeit der SPFH
<p>2. Schwerpunkte/Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mitarbeit in der Tagespflege und bei der sozialen Gruppenarbeit
<p>3. Zuordnung im Gesundheitssystem</p> <p>The Palms (Neuseeland):</p> <ul style="list-style-type: none"> - The Palms ist eine Privatklinik/Praxis mit elf Ärzten und elf Pflegenden. Es sind eine „Nursesstation“, eine „Nursesclinic“, eine Apotheke, eine radiologische und eine physiotherapeutische Praxis und ein Akustiker angesiedelt. - In ländlichen Regionen übernehmen die „Nursesclinics“ einen Großteil der medizinischen Versorgung, da es oftmals keine niedergelassenen Ärzte gibt. Die Pflegenden versorgen Patienten mit Herz-Kreislaufproblemen, Asthma und Diabetes, sie beraten und unterstützen die Patienten und bieten Präventionsprogramme an. Integriert sind die „Travelclinic“ und die „Sexualhealth Clinic“. Hier werden von den Pflegenden u.a. Vorsorguntersuchungen bei Frauen, Beratungen zum Thema Verhütung durchgeführt und Rezepte ausgestellt. Ist häusliche Pflege nötig, leiten sie die Patienten an die District Nurses weiter. Sie sind den Krankenhäusern angegliedert und gleich den Public Health Nurses, bei den Kommunen angestellt. Die Public Health Nurses führen u.a. Gesundheitsförderprogramme durch. - „Plunket“ ist ein Vorsorgeprogramm für alle Kinder von 0-5 Jahre und wird von Kinderkrankenschwestern geleitet. „Plunket“ bietet für die Familien z.B. bei Hausbesuchen Beratung, Unterstützung und Begleitung ab dem Zeitpunkt der Schwangerschaft. <p>GVS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hier wird den älteren, behinderten und zum Teil dementen Tagesgästen ermöglicht, so lange als möglich Zuhause zu leben und die pflegenden Angehörigen zu entlasten. <p>SPFH:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die soziale Gruppenarbeit ist ein Angebot, das die Kinder nach der Schule besuchen. Ziele sind u.a. Stärkung sozialer Kompetenzen und der Persönlichkeitsentwicklung, Umgang mit Konflikten sowie die Erarbeitung von Lösungsstrategien in der Familie.
<p>4. Nutzen für die FGP</p> <p>The Palms:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der „systemische Ansatz und die Arbeit der Familienpraxis haben mich beeindruckt“.

Tabelle 57: Praktikumsbericht S