

Family Health Nursing in Deutschland

Inge Eberl, MScN

Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahere Pflege

Leitung: Prof. Dr. Wilfried Schnepf

Institut für Pflegewissenschaft

Private Universität Witten/Herdecke gGmbH

Das Konzept der Family Health Nurse

- **Strategiekonzept „Gesundheit 21- Gesundheit für alle“ der WHO für die europäische Region**
 - Etablierung der Family Health Nurse als zentrale neue Rolle in der primären Gesundheitsversorgung
- **Zweite WHO-Ministerkonferenz für Pflegende und Hebammen in München (2000)**
 - Ausweitung der Rollen für Pflegende und Hebammen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung
 - Schaffung und Unterstützung von gemeindebezogenen und familienorientierten Programmen für Pflegende und Hebammen
- **Multinationale Pilotstudie der WHO (2000-2006)**

Kernelemente:

 - Adaption des WHO-Curriculums
 - 2-jährige Weiterbildung „Familiengesundheit für Pflegende und Hebammen im Bereich Prävention & Gesundheitsförderung“

Ziel:

 - Kompetenzerweiterung, um Familien im Sinne des Strategiekonzepts „Gesundheit 21“ zu motivieren und im eigenverantwortlichen, gesundheitsfördernden Handeln zu unterstützen

„Projektdesign- und Konsensphase“ als Vorstudie

- **Ziele der Vorstudie**
 - Durch die Konsensfindung verschiedener Entscheidungsträger soll festgestellt werden, ob und in welchem Umfang die Family Health Nurse in der bundesdeutschen Gesundheitsversorgung etabliert werden kann bzw. ob es sinnvoll ist, dies über ein Modellprojekt herauszufinden.
 - Es sollen Aussagen über die virtuelle Machbarkeit getroffen werden.
- **Methode**
 - Untersuchung der Machbarkeit anhand von Szenarien
- **Dauer**
 - Mai 2004 bis Februar 2005

„Projektdesign- und Konsensphase“

- **Entwicklung von 5 Szenarien**
 - Aufsuchende Hilfe bei einem alleinstehenden älteren Herrn
 - Casemanagement und unterstützende Begleitung der Familie
 - Die Familiengesundheitspflegende als Pflegeexpertin in der Hausarztpraxis
 - Die Familiengesundheitshebamme im öffentlichen Gesundheitsdienst
 - Stadtteilbezogene Prävention und Gesundheitsförderung
- **Ableitung der Merkmale der Familiengesundheitspflege**
- **Konsens zur Durchführung des „Pilotprojekts zur Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland“**

Pilotprojekt „Familiengesundheitspflege“

- **Träger**
 - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Bundesverband (www.familiengesundheitspflege.de)
- **Kernelemente des Pilotprojekts**
 - Adaption des WHO-Curriculums
 - 2-jährige Weiterbildung „Familiengesundheit für Pflegende und Hebammen im Bereich Prävention & Gesundheitsförderung“
- **Ziel**
 - Kompetenzerweiterung, um Familien im Sinne des Strategiekonzepts „Gesundheit 21“ zu motivieren und im eigenverantwortlichen, gesundheitsfördernden Handeln zu unterstützen
- **Förderer**
 - Bundesministerium für Gesundheit; Robert Bosch Stiftung

Weiterbildung „Familiengesundheit“

- **Voraussetzungen**
 - Ausbildung und 2-jährige Berufserfahrung als Pflegende bzw. Hebamme
 - Berufstätigkeit in der häuslichen Versorgung, auf Gemeindeebene, im öffentlichen Gesundheitsdienst etc.
- **Curriculum**
 - 720 Std. Theorie
 - 720 Std. Selbststudium
 - 120 Std. Pflichtpraktika:
 - 40 Std. Einrichtungen des Gesundheitswesens
 - 80 Std. Einrichtungen der Gesundheitsberatung
 - Begleitung von zwei Familien während der Weiterbildung
- **Beteiligte Weiterbildungsinstitute**
 - DBfK Landesverband Nordwest, Essen
 - Akademie, Städtisches Klinikum München GmbH

Wissenschaftliche Begleitforschung

- **Untersuchung folgender Bereiche**
 - Passung des Curriculums und der Weiterbildung für Pflegende und Hebammen
 - Verbleib der Absolventen nach ihrer Weiterbildung
 - Praktische Umsetzung der neuen Rollen
 - Mögliche Auswirkungen der neuen Rollen auf die deutsche Gesundheitsversorgung
- **Design und Methode**
 - Längsschnittstudie
 - 2 Untersuchungsphasen
 - Formative und summative Evaluation
- **Förderer**
 - Bundesministerium für Gesundheit
- **Dauer**
 - Juni 2005 bis Juni 2008

Wissenschaftliche Begleitforschung

Methodisches Vorgehen

- **1. Untersuchungsphase (Juni 2005 – Oktober 2007)**
 - Analyse und Vergleich der Curricula (WHO, Pilotprojekt)
 - Mehrmalige Befragung der Institutsleitungen, der Kursleitungen und der Weiterbildungsteilnehmer (Fragebogen, Interview, Gruppendiskussion)
 - Befragung der Dozenten
 - Analyse der Modulinhalte der Weiterbildungsinstitute
 - Inhaltsanalysen der Praktikumsberichte
 - Befragung der Klienten der Weiterbildungsteilnehmer
- **2. Untersuchungsphase (November 2007 – Juni 2008)**
 - Befragung der Absolventen
 - Befragung der Klienten
 - Befragung der Arbeitgeber

Ergebnisse zum adaptierten Curriculum

Ergebnisse zu den Kernmodulen

- **Public Health**
 - Kommune und Setting als Klienten: settingbezogene Prävention und Gesundheitsförderung
 - Epidemiologie: Gesundheitskonferenz, Pflegeberichterstattung
 - Handlungskonzepte: Community Health Assessment, Stadtteilarbeit
- **Arbeit mit Familien**
 - Familie als Klient: systemischer Ansatz
 - Kommunikation und Beratung: Alltagsbewältigung, Hilfe zur Selbsthilfe
 - Handlungskonzepte: Familienassessment, familienorientierte Interventionen
- **Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung in der Familie**

Ergebnisse zur Weiterbildung

- Für alle Beteiligten lag die Herausforderung vor allem in „dem Neuen und dem Besonderen“ sowie in „der Chance, die Rollen der FGP bzw. FGH mitzuentwickeln“
- Die Wissensvermittlung erfolgte entsprechend der multifaktoriellen Rolle
- Der Praxistransfer ist für die Entwicklung der neuen Rollen grundlegend
- Der Austausch zwischen Pflegenden und Hebammen, die Heterogenität der Teilnehmer und ihre Erfahrungen waren für die Gestaltung der neuen Rollen wichtig
- Die Weiterbildung muss langfristig auf Hochschulebene angesiedelt werden

Ergebnisse zur Weiterbildung

- **Aussagen der Absolventen und Kursleiterinnen**
 - Die Weiterbildung hat „auf die neue Rolle vorbereitet und sehr viel gebracht“
 - „Der Blick hat sich verändert und der Horizont hat sich erweitert“
 - „Es gab Höhen und Tiefen“
 - Für die Hebammen waren die Inhalte teilweise sehr auf Pflege ausgerichtet
 - „Supervision, Kompetenzen zur kollegialen Beratung“ und zur eigenen Gesunderhaltung sind wesentliche Elemente“
 - „Es ist noch nicht ganz klar, wo der Weg hingeh“
 - Praktika waren wichtiger Bestandteil des Curriculums
- **Empfehlungen zur Curriculumsrevision**
 - Sozialrechtliche Inhalte erweitern
 - Casemanagement konkreter ausweisen
 - Inhalte zu Public Health mehr auf die Rolle zuschneiden

Ergebnisse zu den Praktika

- **Grundsätzlich**
 - Möglichkeit zur Information der Akteure des Gesundheits- und Sozialsystems über das neue Handlungsfeld für Pflegende und Hebammen
 - Aufbau erster Netzwerke, von Kommunikations- und Informationsstrukturen
 - Interesse der Akteure für eine künftige Kooperation
- **Aussagen von Mitarbeitern aus den Einrichtungen**
 - „Eine FGP als Ansprechpartnerin in diesem oft schwierigen Arbeitsfeld wäre eine Bereicherung und Ergänzung, keine Konkurrenz“
 - „In den Präventionsprogrammen der Kassen arbeiten keine Pflegenden“
 - „In Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden Pflegende als Akteure nicht wahrgenommen“

Ergebnisse zur Familienbegleitung

- **Zielgruppen der FGP bzw. FGH und Anlass der Begleitung**
 - Zwei Familien mit einem pflegebedürftigen Kind
 - Drei Familien mit einem demenzkranken Familienmitglied
 - Eine Familie mit einer pflegebedürftigen Familienangehörigen
 - Eine Familie in einer Krisensituation, Risikoschwangerschaft der Mutter, behindertes Kind, Migrationshintergrund
 - Eine alleinerziehende Mutter in einer Krisensituation
 - Eine sozial schwache Familie, Risikoschwangerschaft der Mutter, zwei Kinder leben in Pflegefamilien und ein Kind im Heim
 - Kinder und Jugendliche mit ihren Familien im Setting Schule

Ergebnisse zur Familienbegleitung

- **Zugang der FGP und FGH**
 - Ambulante Pflegedienste
 - Stationäre Einrichtung im Rahmen der Pflegeüberleitung
 - Gesundheits- und Jugendamt
 - Angehörigenberatung
 - Private Bekanntschaft
- **Ansiedlung der FGP und FGH**
 - Ambulanter Pflegedienst
 - Stationäre Pflege
 - Gemeinnütziger Träger
 - Selbstständige Tätigkeit als Hebamme
- **Finanzierung der Leistungen der FGP und FGH**
 - Vorrangig Sozialgesetzbücher V, VIII und XI
 - Kommune
 - „Ehrenamtliche Tätigkeit“ im Rahmen der Weiterbildung

Ergebnisse zur Familienbegleitung

- **Bedarfe der Familien**
 - Einschätzung erforderlicher Hilfen, Aufzeigen vorhandener Ressourcen und deren Nutzung
 - Familiensystemisches Assessment und Interventionen: Genogramm, Familienkonferenz, Familien-Helfer-Plan
 - Information, Beratung zur Erkrankung und entsprechenden Hilfsangeboten, Hilfe bei der Antragstellung
 - Frühzeitige Einbindung und Vernetzung der erforderlichen Leistungsanbieter
 - Unterstützung bei Entscheidungsprozessen
 - Aufzeigen von Alternativen und Perspektiven
 - Fördernde Unterstützung und Begleitung, die das Vertrauen stärkt, motiviert und zu eigenständigem Handeln befähigt
 - Begleitung und Befähigung zur Alltagsbewältigung im Umgang mit der Erkrankung, der Pflegebedürftigkeit, der Behinderung
 - Vermittlung entlastender Hilfen wie Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Helfer

Ergebnisse zur Familienbegleitung

- **Rolle der FGP bzw. FGH**
 - Berater, Begleiter, Lotsen, Vermittler, Vernetzer, Fürsprecher, Motivatoren
- **Bisherige Auswirkungen des neuen Handlungsfelds**
 - Familiensituationen wurden stabilisiert
 - Alltagsstrukturierung, Befähigung zur Alltagsbewältigung und Stärkung des Selbstwertgefühls ermöglichen „Hilfe zur Selbsthilfe“
 - Familien bekommen für präventive und gesundheitsfördernde Beratung „ein Ohr“
 - Niedrigschwellige, aufsuchende Angebote werden angenommen
 - Leistungen stellen eine Ergänzung zu den bestehenden Akteuren im Gesundheits- und Sozialwesen dar
 - Heimeinweisung demenzkranker Familienmitglieder und Heimunterbringung eines Kindes wurden verhindert

Kernaussagen der Familien

- „Sie gibt mir immer Tipps, wie ich damit besser zurecht komme“
- „Es ist beruhigend zu wissen, dass ich sie jederzeit anrufen kann, wenn ich Fragen habe, sie kennt ja unsere Situation“
- „Sie schaut nach, ob alles in Ordnung ist“
- „Wir haben gar nicht gewusst, was es alles an Hilfen gibt, sie hat uns erst einmal informiert und uns dann die Kontakte verschafft“
- „Sie/Er hat unser Vertrauen“
- „Sie fühlt sich zuständig“
- „Er/Sie motiviert uns und gibt uns Mut“
- „Wir wissen uns professionell versorgt und können uns darauf verlassen“
- „Hier hat man doch jemanden, der das versteht und mit dem man darüber sprechen kann“
- „Wir hätten sie/ihn ins Heim geben müssen“
- „Wir hoffen, dass es anderen Familien hilft“

Aussagen der Arbeitgeber

- „Die Arbeit macht absolut Sinn“
- „Man versucht halt den Spagat“
- „Häusliche Pflege ist ein guter Zugang in die Familien“
- „Abgrenzung zu und Kooperation mit den anderen Berufsgruppen ist wichtig“
- „Die Regelung der Finanzierung ist eine gesundheitspolitische Aufgabe“
- „Die Wichtigkeit von Prävention und nachhaltiger Qualität müssen erkannt und finanziell berücksichtigt werden“
- „Gerade bei psychiatrischen Erkrankungen ist es wichtig, dass die gesamte Familie betreut wird, insbesondere Kinder psychisch kranker Eltern werden bisher nicht gesehen“
- „Volkswirtschaftlich macht das Konzept absolut Sinn, sieht man nur die enge betriebswirtschaftliche Seite, dann ist es ein Luxus, da es niemand zahlt“

Kernaussagen der FGP und FGH

- „Es ist der Aufbruch zu etwas Neuem“
- „Man muss Sicherheit vermitteln“
- „Erst mal geht es um Krisenbewältigung und Stabilisierung“
- „Man muss immer wieder als Vermittler agieren“
- „Man muss Manches überhaupt erst in den Blick bringen“
- „Es muss einer hin, der den Blick dafür hat“
- „Man kommt an seine Grenzen“
- „Die Bedarfe sind da, aber finanzieren will es keiner“
- „Wir Hebammen sind in einer besseren Situation“
- „Wir brauchen Leute die das mittragen“
- „Wir müssen sichtbar werden“
- „Sagt Ihnen, dass wir da sind!“

Aktueller Stand

- **Klärungsbedarf**
 - Anerkennung und Förderung der Weiterbildung
 - Finanzierung der Leistungen
- **Empfehlungen für weitere Aufgabenbereiche der FGP/ FGH**
 - Ansiedlung der FGP in einer Hausarztpraxis
 - Einbindung in der Pflegereform: Pflegestützpunkte, Pflegeberatung, Casemanagement, Pflegende als selbstständige Anbieter
 - Beteiligung am „sozialen Frühwarnsystem“
 - Anstellung an Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (z.B. Projekt „Soziale Stadt“)
 - Beteiligung an Präventionskampagnen der Krankenkassen (z.B. Kindergärten, Schulen, Betriebe)
 - Abrechnung z.B. über Integrierte Versorgung, persönliche Budgets, alle Sozialgesetzbücher
 - Weiterführende Untersuchungen (auf mehrere Jahre angelegt, projektbezogen, Kosten-Nutzen-Analysen)



**Herzlichen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**